

# ART OF Life+Health

No 97



ISSN 2732-6276

12



9 772732 627008

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

## ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΥΡΙΟ

ΤΟ ΜΗΤΕΡΑ ΠΑΙΔΩΝ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ ΑΥΤΟ ΤΟ  
ΑΥΡΙΟ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΓΕΜΑΤΟ ΥΓΕΙΑ





## ΜΗΤΕΡΑ.

### κατάλληλο για όλους

Ένα νοσοκομείο όχι μόνο για τη μητέρα και τη γυναίκα, αλλά για κάθε ασθενή, όποιο ζήτημα υγείας αντιμετωπίζει. Διαθέτοντας τρεις άρτια οργανωμένες κλινικές, τη Μαιευτική/ Γυναικολογική, την Παιδιατρική και τη Γενική Κλινική, παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας 24/7, 365 ημέρες το χρόνο.



Μαιευτική/  
Γυναικολογική  
Κλινική



Παιδιατρική  
Κλινική



Γενική  
Κλινική

ΜΗΤΕΡΑ Ερυθρού Σταυρού 6, 151 23 Μαρούσι, Τ: 210 6869 000

www.mitera.gr |    



ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΗΗΓ



## ΜΕΛΛΟΝ

**Α**ν υπάρχει ένας λόγος που αξίζει να παλέψεις στη ζωή, αυτός είναι σίγουρα το χαμόγελο ενός παιδιού. Και αυτό γιατί τα παιδιά είναι το μέλλον του κόσμου μας. Είναι το αύριο. Είναι η ελπίδα για έναν κόσμο καλύτερο, πιο φωτεινό, πιο δίκαιο και πιο αισιόδοξο. Είναι η ελπίδα που πρέπει εμείς οι μεγάλοι να κρατήσουμε ζωντανή και να την προστατεύσουμε, δημιουργώντας ένα καλύτερο σήμερα.

Είμαστε εμείς που οφείλουμε, ή μάλλον όχι, έχουμε την υποχρέωση να χτίσουμε το παρόν, ώστε όταν έρθει η στιγμή να σταθούμε απέναντί τους, να τα κοιτάζουμε στα μάτια και με βεβαιότητα να τους πούμε πως κάναμε ό,τι μπορούσαμε για να τους παραδώσουμε έναν κόσμο βιώσιμο, έναν κό-

σμο όμορφο, όπου αξίζει να ζεις, να χαμογελάς και να μεγαλώνεις.

Αυτό κάνουμε εδώ και 20 χρόνια στην Παιδιατρική Κλινική του ΜΗΤΕΡΑ: υποδεχόμαστε τη νέα ζωή, φροντίζουμε το μέλλον, επενδύοντας στο σήμερα. Φροντίζουμε με αγάπη τα παιδιά όλου του κόσμου, είμαστε δίπλα τους όποτε μας χρειαστούν, κρατώντας ζωντανή τη λάμψη στα μάτια τους. Γι' αυτό το λόγο πασχίζει μια μεγάλη ομάδα ιατρών και νοσηλευτών που σκύβει πάνω στο άρρωστο παιδί και την οικογένειά του με στοργή και με αίσθημα ευθύνης διαφυλάττει καθημερινά την υγεία του.

Καλή σας ανάγνωση!  
**Κατερίνα Βασιλάκη**

**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  
**ΛΗΤΩ:** Κωνσταντίνος Μαυρέλος, Κωνσταντίνος Σαμαράς



Scan this code  
to hygeia.gr

**CREATIVE CONCEPT**

**McVictor & Hamilton SA**  
Αγρινίου 3, Χαλάνδρι, Αθήνα 15232,  
τηλ.: 210-6898492, contact@mcvictor.gr

**PHOTO AGENCIES**

Istock / Getty Images / Ideal Image, Shutterstock / Visual Hellas

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.

12





- 6. Ελκώδης κολίτιδα: τι πρέπει να γνωρίζουμε;
- 10. Ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική: το μέλλον στις επεμβάσεις καρδιάς
- 12. Ημερήσιας νοσηλείας ρομποτική αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος
- 14. Παχυσαρκία: η χειρουργική αντιμετώπισή της
- 18. Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας
- 20. PET/CT απεικόνιση
- 24. Στερεοτακτική ακτινοθεραπεία πνεύμονα: ριζική λύση χωρίς χειρουργείο
- 26. Αναπαραγωγική χειρουργική
- 28. Ο δεκάλογος της σύγχρονης εξωσωματικής γονιμοποίησης
- 30. Υπογεννητικότητα: Λύσεις με τη βοήθεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- 32. ΑΦΙΕΡΩΜΑ: Παιδων ΜΗΤΕΡΑ
- 70. Χρόνια νεφρική νόσος: μπορεί να προληφθεί;
- 72. Exercise stress echo: Δυναμική υπερηχογραφική μελέτη άσκησης
- 74. Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα: ασθένειες της τρίτης ηλικίας
- 76. Υπερπλασία προστάτου: Διάγνωση και θεραπεία
- 78. Καρκίνος παγκρέατος: Ελπιδοφόρα μηνύματα για το 1/3 των ανεγχειρητών καρκίνων
- 80. Καρκίνος ενδομητρίου: προκλήσεις και νεότερες εξελίξεις
- 84. Mommy makeover: Αισθητικές επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής
- 86. Φυσιολογική σύλληψη: Ο ρόλος του μαιευτήρα-γυναικολόγου
- 88. Εμβολιασμός στην κύηση έναντι της γρίπης και του κοκκύτη
- 90. Αναπνευστικός συγκυτιακός ιός
- 92. Χειρουργική τραχήλου μήτρας
- 94. Ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες βρέφους
- 96. Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος
- 100. Τα Νέα μας
- 118. Για την κοινωνία
- 120. Είπαν για εμάς





## ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ;

**Η** ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) είναι νόσημα που ανήκει στα λεγόμενα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ). Η ακριβής αιτιολογία των ΙΦΝΕ και ειδικά της ΕΚ δεν είναι γνωστή. Η τρέχουσα θεώρηση είναι πως παρουσιάζεται σε άτομα που έχουν γενετική προδιάθεση και αφορά μια έντονη διέγερση του ανοσολογικού συστήματος, πιθανόν ενάντια σε στοιχεία της μικροβιακής χλωρίδας του παχέος εντέρου.

### Ποια είναι τα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας;

Τα συμπτώματα της ΕΚ συνήθως είναι:

- διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη αίματος και βλέννης,
- αίσθημα έπειξης προς κένωση,
- αίσθημα τεινεσμού,
- κοιλιακό άλγος,
- πυρετός.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να υπάρχουν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να τίθεται διάγνωση της νόσου. Στον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να ανευρεθούν αυξημέ-

νοι οι δείκτες φλεγμονής, ενώ είναι πιθανό να υπάρχει και πτώση του αιματοκρίτη και του σιδήρου λόγω της απώλειας αίματος.

Η εξέταση εκλογής για τη διάγνωση είναι η κολonosκόπηση ή τουλάχιστον η ορθοσιγμοειδοσκόπηση (ουσιαστικά μια χαμηλή κολonosκόπηση) σε περιπτώσεις έξαρσης της νόσου.

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει και μπορεί να είναι ήπια (λιγότερες από 4 διαρροϊκές κενώσεις χωρίς αίμα), μέτρια (περισσότερες από 4 αλλά λιγότερες από 6 διαρροϊκές κενώσεις ανά ημέρα) ή βαριά (περισσότερες από 6 διαρροϊκές κενώσεις με πρόσμιξη αίματος, καθώς και παρουσία συστηματικών συμπτωμάτων όπως πυρετός ή/και ταχυκαρδία).

Αναλόγως της βαρύτητας και της έκτασης της νόσου χορηγούνται οι κατάλληλες θεραπείες.

### Ποιες οι διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες;

Οι διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες για την ΕΚ είναι:





- τα κορτικοστεροειδή, δηλαδή η κορτιζόνη,
- τα αμινοσαλικυλικά,
- τα ανοσοτροποποιητικά: αζαθειοπρίνη και 6-μερκαπτοπουρίνη,
- οι βιολογικοί παράγοντες: infliximab, adalimumab, golimumab, vedolizumab, ustekinumab,
- μικρά μόρια: tofacitinib.

Σε αποτυχία όλων των ανωτέρω και ως έσχατη λύση υπάρχει η χειρουργική θεραπεία.

#### **Ποια είναι η οδός χορήγησης των φαρμάκων;**

Οι οδοί χορήγησης των ανωτέρω φαρμάκων είναι:

- A) από το στόμα,
- B) από το ορθό σε μορφή υποθέτου ή υποκλυσμού (κλύσμα),
- Γ) υποδορίως, δηλαδή με ενέσεις στην κοιλιά,
- Δ) ενδοφλεβίως, δηλαδή με χορήγηση στη φλέβα.

Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται από το στόμα, ενδοφλεβίως και σε ειδικές περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν και από το ορθό. Τα αμινοσαλικυλικά χορηγούνται τόσο από το στόμα όσο και από το ορθό με υποκλυσμό, ενώ τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα χορηγούνται μόνο από το στόμα. Οι βιολογικοί παράγοντες δύνανται να χορηγηθούν ενδοφλεβίως και υποδορίως (δηλαδή με ενέσεις που γίνονται στην κοιλιά από τον ίδιο τον ασθενή). Το tofacitinib χορηγείται από του στόματος.

#### **Πώς επιλέγεται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή;**

Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται όταν ο ασθενής βρίσκεται σε φάση έξαρσης της νόσου, αλλά δεν αποτελούν θεραπευτική επιλογή για τη συντήρηση της ύφεσης της νόσου.



**Απόστολος Νταϊλιάνας**  
Γαστρεντερολόγος  
Διευθυντής  
Α' Γαστρεντερολογικής  
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



**Παντελής Καρατζάς**  
Γαστρεντερολόγος  
Συεργάτης  
Α' Γαστρεντερολογικής  
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Τα αμινοσαλικυλικά αποτελούν συνήθως την πρώτη γραμμή θεραπείας και χορηγούνται σε ήπιες περιπτώσεις της νόσου. Μπορούν να χορηγηθούν και για επαγωγή αλλά και για διατήρηση της ύφεσης.

Αν ο ασθενής παρουσιάζει συχνές εξάρσεις της νόσου και χρειάζεται πολλαπλές κορτιζονοθεραπείες, τότε απαιτείται η χορήγηση ανοσοτροποποιητικών. Οι βιολογικοί παράγοντες επιλέγονται κατά κύριο λόγο σε όσους ασθενείς δεν έχουν ανταποκριθεί στις προηγούμενες θεραπείες. Υπάρχουν, βέβαια, περιπτώσεις πολύ βαριάς εξάρσης της νόσου όπου οι βιολογικοί παράγοντες μπορεί να χρησιμοποιηθούν εξ αρχής. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου (βαρύτητα, έκταση κλπ.), την ηλικία του ασθενούς, την ύπαρξη συννοσηροτήτων και την παρουσία ή όχι εξωεντερικών εκδηλώσεων.

**Τι κινδύνους έχει η θεραπεία;  
Για πόσο καιρό θα την παίρνω;**

Ένα ερώτημα που βασανίζει συχνά τους ασθενείς είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες και η διάρκεια της θεραπείας. Φαίνεται πως όλα τα φάρμακα είναι σχετικά ασφαλή, αρκεί η χρήση τους να είναι η ενδεδειγμένη. Πιο συγκεκριμένα, τα αμινοσαλικυλικά έχουν ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και είναι κυρίως ιδιοσυγκρασιακές. Η κυριότερη είναι η διάμεση νεφρίτιδα, μια βλάβη στα νεφρά, η οποία είναι εξαιρετικά σπάνια και αν διαγνωσθεί εγκαίρως δεν έχει περαιτέρω συνέπειες. Τα ανοσοτροποποιητικά είναι τα πλέον δύσκολα φάρμακα για τον ασθενή και τον ιατρό, καθώς συνοδεύονται από μια σειρά ανεπιθύμητων ενεργειών όπως παγκρεατίτιδα, καταστολή του μυελού, αύξηση κινδύνου για ιογενείς λοιμώξεις, αύξηση του κινδύνου για μη-μελανωματικό καρκίνο του δέρματος και αύξηση του κινδύνου για λέμφωμα. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να τονιστεί ότι ο κίνδυνος αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών είναι σχετικά χαμηλός και δεν μας αποτρέπει από τη χορήγησή τους. Τέλος, οι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι χρησιμοποιούνται για περισσότερο από 20 έτη, είναι φάρμακα που πλέον γνωρίζουμε αρκετά καλά και μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε με ασφάλεια. Με τα δεδομένα που έχουμε αυτή τη στιγμή από την ιατρική βιβλιογραφία ίσως υπάρχει ελάχιστα

αυξημένος κίνδυνος για λοιμώξεις και ακόμα μικρότερος για μελάνωμα στο δέρμα για τους ασθενείς που λαμβάνουν anti-TNF (infliximab – adalimumab – golimumab). Το vedolizumab συνδέεται αποκλειστικά στο έντερο και δεν αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων, ούτε έχει σχετιστεί έως σήμερα με κακοήθειες. Αναφέρεται από αρκετούς ασθενείς συμπτωματολογία στις αρθρώσεις, η οποία όμως συνήθως υποχωρεί με το πέρασμα του χρόνου. Το ustekinumab είναι, επίσης, αρκετά ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία, με καλή μακροχρόνια αποτελεσματικότητα. Μέχρι στιγμής δεν έχουν αναφερθεί ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση του. Τέλος, το tofacitinib είναι σχετικά καινούργιο φάρμακο και δεν έχουμε επαρκή δεδομένα, αλλά σίγουρα γνωρίζουμε ότι αυξάνει τον κίνδυνο για ιογενείς λοιμώξεις και ειδικά για αναζωπύρωση του ιού του έρπητα ζωστήρα. Ως εκ τούτου συστήνεται να προηγείται εμβολιασμός πριν την έναρξη της θεραπείας, εφόσον και οι κλινικές συνθήκες το επιτρέπουν. Επιπροσθέτως, υπάρχει συσχέτιση του tofacitinib με περιστατικά θρόμβωσης και για αυτό ακριβώς το λόγο έχει απαγορευτεί η χρήση του σε ειδικές ομάδες πληθυσμών όπως οι καπνιστές, άτομα με καρδιαγγειακά νοσήματα, οι ηλικιωμένοι κλπ.

Όσον αφορά στη διάρκεια της θεραπείας, η τρέχουσα άποψη είναι ότι συνεχίζεται διά βίου. Παρ' όλα αυτά, σε επιλεγμένα περιστατικά όπου υπάρχει η λεγόμενη βαθιά ύφεση της νόσου μπορεί σε συνεννόηση με τον ασθενή να γίνει διακοπή της αγωγής. Σε κάθε περίπτωση, όμως, το 50% τουλάχιστον των ασθενών θα υποτροπιάσει εντός 2 ετών, γεγονός που πρέπει να καθορίζει τις επιλογές και του ιατρού αλλά και του ασθενούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ**

Η ελκώδης κολίτιδα είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που προσβάλλει το παχύ έντερο με διαφορετική βαρύτητα κάθε φορά. Κυριότερο σύμπτωμα αποτελούν οι αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις και για τη διάγνωση απαιτείται κολονοσκόπηση. Ευτυχώς σήμερα υπάρχει πληθώρα θεραπευτικών επιλογών, οι οποίες όμως πρέπει να επιλέγονται κατάλληλα ώστε να έχουν το μέγιστο αποτέλεσμα με τη μέγιστη δυνατή ασφάλεια.





**SIGMA MEDICAL**

Dedicated to Health

**Premium**  
Υγειονομική  
Ένδυση  
& Υπόδηση



**>>> MEDICAL.GR**

 **WonderWink**

**GREY'S ANATOMY**  
© ABC Signature  
PROFESSIONAL WEAR  
BY BARCO

**NURSE ♥ MATES**

**ΑΘΗΝΑ | ΣΠΑΤΑ**

**ΝΕΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ**  
 **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

# ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

## ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΙΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ





**Η** ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική αποτελεί τη νεότερη εξέλιξη στον τομέα των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων. Συνδυάζει το άριστο χειρουργικό αποτέλεσμα με την απaráμιλλη αισθητική, χωρίς τα μειονεκτήματα της μέσης στερνοτομής, δηλαδή την κλασική διάνοιξη του στήθους.

### **Η επέμβαση**

Η επέμβαση διενεργείται με ειδικά εργαλεία και τρισδιάστατη κάμερα που εισάγονται μέσα από μικρές οπές ανάμεσα από τα πλευρά στον δεξιό θώρακα του ασθενούς.

Ο χειρουργός πραγματοποιεί την επέμβαση με λεπτομερή ακρίβεια, έχοντας μεγεθυμένη εικόνα της περιοχής στην οποία επεμβαίνει, επιτυγχάνοντας την επιδιόρθωση των βαλβίδων της καρδιάς ή την αντικατάστασή τους.

### **Πλεονεκτήματα ελάχιστα επεμβατικής καρδιοχειρουργικής**

Πολλές μελέτες έχουν πλέον αποδείξει ότι τα αποτελέσματα της ενδοσκοπικής καρδιοχειρουργικής είναι το ίδιο καλά με εκείνα που επιτυγχάνονται με τη διάνοιξη του στήθους, χωρίς όμως τα μειονεκτήματα της μέσης στερνοτομής.

#### **Συγκεκριμένα:**

- Μειώνεται ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο.
- Μειώνονται οι μεταγγίσεις αίματος.
- Ο ασθενής διατρέχει μικρότερο κίνδυνο λοίμωξης.
- Μετεχειρητικά, οι ασθενείς δεν πονούν.

Το αισθητικό αποτέλεσμα είναι απaráμιλλο, αφού οι τομές είναι πολύ μικρές, ενώ στις γυναίκες γίνονται κάτω από το στήθος και δεν φαίνονται καθόλου.

### **Εφαρμογές ελάχιστα επεμβατικής καρδιοχειρουργικής**

Η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική σε εξειδικευμένα χέρια επιτρέπει να πραγματοποιήσουμε bypass, να επιδιορθώσουμε ή να αντικαταστήσου-

με τη μιτροειδή βαλβίδα, να αντικαταστήσουμε την αορτική βαλβίδα, να θεραπεύσουμε τη μεσοκολπική επικοινωνία ή ακόμη και να αφαιρέσουμε καλοήθεις όγκους της καρδιάς όπως το μύξωμα ή ακόμη και την αφαίρεση του θύμου αδένου.

Τα αποτελέσματα των επεμβάσεων αυτών είναι άριστα και αυτή τη στιγμή ο Δρ Α. Πάνος με την ομάδα του, της Γ' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ, συγκαταλέγεται μεταξύ των λίγων ομάδων διεθνώς με εμπειρία πολλών εκατοντάδων επεμβάσεων καρδιάς με αυτή την τεχνική.

Μερικές παθήσεις δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με την ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική και χρειάζονται κλασικό χειρουργείο, άλλες δε αντιμετωπίζονται με υβριδικές μεθόδους, δηλαδή την εφαρμογή χειρουργικών και καρδιολογικών επεμβατικών τεχνικών.

Εδώ έρχεται να επέμβει η έννοια του Heart Team, μιας ομάδας επιστημόνων που ασχολούνται με τις παθήσεις της καρδιάς, η οποία θα συζητήσει το συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενούς για να μπορέσει να του προτείνει εξατομικευμένα την καλύτερη και πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία.

Τελευταία δε διενεργήθηκε στο ΥΓΕΙΑ με απόλυτη επιτυχία πρωτοποριακή για τα ελληνικά δεδομένα επέμβαση ενδοσκοπικής επιδιόρθωσης σπάνιας συγγενούς ανωμαλίας του Ebstein σε ενήλικα ασθενή.



**Αριστοτέλης Πάνος**  
Καρδιοχειρουργός  
Διευθυντής Γ' Καρδιοχειρουργικής  
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

# ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ & ΓΟΝΑΤΟΣ





**T**α τελευταία χρόνια έχει γίνει τεράστια πρόοδος στις Αρθροπλαστικές Ισχίου & Γόνατος με την ανάπτυξη Τεχνικών Ελάχιστης Επεμβατικότητας, Minimal Invasive Surgery "MIS", την είσοδο της Ρομποτικής υποβοήθησης MAKO και των Πρωτοκόλλων Ταχείας Αποκατάστασης Fast track. Ο συνδυασμός των τριών αυτών πραγμάτων είναι ό,τι πιο πρωτοποριακό και καινοτόμο στις αρθροπλαστικές σήμερα.

Με τις Τεχνικές Ελάχιστης Επεμβατικότητας δεν κόβονται μύες ή τένοντες γύρω από το ισχίο, το τραύμα είναι ελάχιστο και η όλη επέμβαση γίνεται από μια μικρή τομή.

Με τη βοήθεια της Ρομποτικής MAKO, αφού γίνει ένα εξατομικευμένο πλάνο για τον κάθε ασθενή, ο ρομποτικός βραχίονας το εκτελεί με απόλυτη ακρίβεια χιλιοστού, με τον έλεγχο πάντα του χειρουργού.

Με τα Πρωτόκολλα Ταχείας Αποκατάστασης Fast track δεν χρησιμοποιούνται παροχετεύσεις, ουροκαθετήρες ή σωληνάκια, ο πόνος και η αιμορραγία ελαχιστοποιούνται και ο ασθενής ενθαρρύνεται να φάει και να πιει ελεύθερα και να γυρίσει στις φυσιολογικές του συνήθειες αμέσως, σαν να μην είχε υποβληθεί σε επέμβαση αρθροπλαστικής.

Ο ασθενής κινητοποιείται 2 με 3 ώρες μετεγχειρητικά και μπορεί να πάρει με ασφάλεια εξιτήριο λίγες ώρες αργότερα ακόμα και μέσα στην ίδια μέρα, κάνοντας πράξη την Αρθροπλαστική Ημερήσιας Νοσηλείας.

#### **Εξιτήριο την ίδια ημέρα**

Αρθροπλαστική Ημερήσιας Νοσηλείας είναι η Αρθροπλαστική που διενεργείται με τη χρήση Πρωτοκόλλων Γρήγορης Αποκατάστασης Fast Track ή Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) και ο ασθενής παίρνει εξιτήριο με ασφάλεια σε λιγότερο από 24 ώρες και σε πολλές περιπτώσεις την ίδια κιόλας ημέρα, για να συνεχίσει την ανάρρωση στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού του, αφού ο οργανισμός του είναι σε θέση να αντεπεξέλθει γρήγορα και αποτελεσματικά στο χειρουργικό stress και ο πόνος είναι ελεγχόμενος.

Είναι αποτέλεσμα ομαδικής δουλειάς της χειρουργικής ομάδας και της αναισθησιολογικής ομάδας με τη νοσηλευτική ομάδα του χειρουργείου, αλλά και με τους φυσικοθεραπευτές και τις άλλες ομάδες ειδικοτήτων όπως παθολόγους, καρδιολόγους και πνευμονολόγους και είναι δυνατή χάρη στο συνδυασμό τριών πραγμάτων: Τεχνικών Ελάχιστης Επεμβατικότητας, Ρομποτικής και Πρωτοκόλλων Ταχείας Αποκατάστασης Fast track.

Εκτός από πρωτοποριακή και επαναστατική είναι και ιδιαίτερα επίκαιρη στην εποχή μας, όπου η λιγότερο δυνατή παραμονή στο νοσοκομείο μειώνει σημαντικά τους κινδύνους τόσο από νοσοκομειακές λοιμώξεις όσο και από κορωνοϊό.

#### **Λιγότερος πόνος και αιμορραγία**

Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, ο χειρουργός με τεχνικές Ελάχιστης Επεμβατικότητας, σεβασμού και προστασίας των μαλακών μορίων (τεχνική Superpath ή mini posterior approach, Ρομποτική Ισχίου ή γόνατος), σε συνδυασμό με τεχνικές διήθησης των μαλακών μορίων, μέσω ειδικών φαρμάκων (LIA-Local Infiltration) και βεβαίως με τη συνδρομή της αναισθησιολογικής ομάδας, μειώνει σημαντικά την αιμορραγία και τον μετεγχειρητικό πόνο. Ο πόνος αντιμετωπίζεται πλέον με απλά παυσίπονα από το στόμα, χωρίς να υπάρχει ανάγκη χρήσης ισχυρών οπιούχων ή μορφίνης.

Ο συνδυασμός των παραπάνω τεχνικών επιτρέπει τελικά στον ασθενή να κινητοποιηθεί 2 μόλις ώρες μετά το χειρουργείο και να περπατήσει με τη βοήθεια βακτηρίας ή ακόμα και χωρίς αυτή. Παράλληλα, μειώνονται πολλές από τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως οι αναπνευστικές λοιμώξεις, οι θρομβώσεις κ.ά.

#### **Γρηγορότερη Αποκατάσταση**

Η αποκατάσταση του ασθενούς, η ανάρρωση και η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες και την προηγούμενη λειτουργικότητά του με την Αρθροπλαστική Ημερήσιας Νοσηλείας είναι σημαντικά γρηγορότερα τόσο για Αρθροπλαστικές Ισχίου όσο και Γόνατος. Μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων και ερευνών μάλιστα σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά έχει σαφώς επιβεβαιώσει τα ανωτέρω αποτελέσματα και πλεονεκτήματα των Fast Track & Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols.

Γι' αυτό και η διεθνής τάση είναι να υιοθετούνται αυτά τα πρωτόκολλα όχι μόνο στις ορθοπαιδικές, αλλά και σε όλο και περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις διαφόρων ειδικοτήτων.



**Κωνσταντίνος Σαράντος**  
Ορθοπαιδικός Χειρουργός  
Διευθυντής  
Ζ' Ορθοπαιδικής Κλινικής  
ΥΓΕΙΑ

# ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

## Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ



**Η** επεμβατική αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας αφορά ασθενείς που έχουν υψηλό δείκτη μάζας σώματος (BMI) και συνήθως η παχυσαρκία τους συνοδεύεται και από άλλα νοσήματα όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία κ.ά. Το BMI υπολογίζεται εύκολα με βάση το ύψος (m<sup>2</sup>) και το βάρος (kg) και όσοι έχουν δείκτη μεγαλύτερο από 35-40 πρέπει να λάβουν ιατρική προετοιμασία

και φροντίδα για τη μείωση του βάρους τους.

Οι ασθενείς χρειάζονται λεπτομερή προεγχειρητικό έλεγχο που περιλαμβάνει εξετάσεις αίματος, καρδιολογική και πνευμονολογική εκτίμηση, γαστροσκόπηση, υπερηχογράφημα κοιλίας κ.ά. Άλλοι παράγοντες όπως προηγούμενες επεμβάσεις, διατροφικές συνήθειες και η ψυχική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν πριν την απόφαση για επέμβαση.

## Βασικές κατηγορίες επεμβάσεων

Οι δύο κυριότερες κατηγορίες επεμβάσεων είναι αυτές που προκαλούν περιορισμό στη λήψη τροφής και αυτές που προκαλούν δυσαπορρόφηση της τροφής. Στην πρώτη κατηγορία η κυριότερη είναι η επιμήκης γαστρεκτομή (Sleeve gastrectomy) που αναφέρεται και σαν γαστρικό μανίκι. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται οι γαστρικές παρακάμψεις (gastric Bypass). Εκτός από το κλασικό gastric bypass, υπάρχουν αρκετές άλλες εγχειρήσεις ανάλογα με τον περιορισμό ή τη δυσαπορρόφηση που προκαλούν.

Η επιμήκης γαστρεκτομή είναι κυρίως εγχείρηση περιοριστικού τύπου, που σημαίνει ότι ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες φαγητού και έτσι, επιτυγχάνει την απώλεια βάρους. Πέραν, όμως, του περιορισμού υπάρχουν και ορμονικές επιδράσεις που βοηθούν σε αυτό το σκοπό. Η πρώτη αφορά στη μείωση της Γρελλίνης που είναι ορμόνη του θόλου του στομάχου και μετά την επέμβαση τα επίπεδά της είναι μειωμένα με αποτέλεσμα να μην υπάρχει έντονο το αίσθημα της πείνας. Η δεύτερη αφορά στην επίδραση σε ορμόνες του εντέρου και λιπώδους ιστού που έχουν σχέση με την κένωση του στομάχου και το αίσθημα του κορεσμού.

Οι γαστρικές παρακάμψεις είναι πιο δυναμικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας. Το μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου παρακάμπτεται, καθώς και μεγάλο τμήμα του λεπτού εντέρου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην απορροφώνται επαρκώς τα λίπη και οι υδατάνθρακες κι έτσι, οδηγείται ο ασθενής στην απώλεια βάρους, αλλά και στην καλύτερη αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

## Πώς γίνονται οι επεμβάσεις;

Οι επεμβάσεις γίνονται λαπαροσκοπικά και η νοσηλεία διαρκεί συνήθως δύο ημέρες. Οι ασθενείς εξέρχονται με οδηγίες και για τις πρώτες ημέρες λαμβάνουν υδρική δίαιτα. Σταδιακά επανέρχονται

σε κανονική διατροφή, δίνοντας βάση στην καλή ποιότητα της τροφής, που είναι πλούσια σε πρωτεΐνη, και την αποφυγή όλων των συμπυκνωμένων θερμίδων (γλυκά, παγωτά, οιονοπνευματώδη, ξηροί καρποί, αναψυκτικά κλπ.) που αν λαμβάνονται από τον ασθενή, θα μειώσουν την αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων. Η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής, η παρακολούθηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα και η τακτική φυσική δραστηριότητα (γρήγορο περπάτημα, κολύμπι, γυμναστήριο) όλων των ασθενών είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία των επεμβάσεων.

Οι χειρουργικές επιπλοκές είναι ευτυχώς σπάνιες, αλλά σε περίπτωση που συμβούν είναι σοβαρές. Η πιο σοβαρή επιπλοκή της επεμβάσεως, σε ποσοστό 1-5%, είναι η διαφυγή (έξοδος γαστρικού περιεχομένου στην κοιλιακή χώρα από αστοχία της γραμμής συρραφής του στομάχου). Συνήθως συμβαίνει τις πρώτες δύο εβδομάδες και γίνεται αντιληπτή από πυρετό, ταχυκαρδία και πόνο. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται συντηρητικά με καλά αποτελέσματα, ορισμένοι όμως μπορεί να χρειαστούν επανεπέμβαση ή και να έχουν μακρόχρονη νοσηλεία.



**Γιώργος Π. Σταυρόπουλος**  
Χειρουργός  
Αναπληρωτής Διευθυντής Δ' Χειρουργικής  
Κλινικής & Υπεύθυνος Τμήματος  
Βαριατρικής Χειρουργικής ΥΓΕΙΑ





Τα αποτελέσματα που αφορούν στην απώλεια βάρους είναι καλά και για τα πρώτα τρία χρόνια είναι συγκρίσιμα, της επιμήκουσ γαστρεκτομής (γαστρικό μανίκι) με αυτά της γαστρικής παράκαμψης (gastric bypass), περίπου δηλαδή απώλεια στο 65-75% του περιττού βάρους του ασθενούς. Μετά τα 3-5 χρόνια οι γαστρικές παρακάμψεις έχουν καλύτερη διατήρηση της απώλειας του περιττού βάρους.

Η επανάκτηση βάρους μπορεί να παρουσιαστεί μετά από χρόνια σε μικρό ποσοστό ασθενών και

μπορεί να οδηγήσει στη μετατροπή της επέμβασης σε άλλη επέμβαση.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ**

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η επιμήκουσ γαστρεκτομή (γαστρικό μανίκι) και η γαστρική παράκαμψη (gastric bypass) είναι οι καλύτεροι μέθοδοι για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας και καλύπτουν τον μεγαλύτερο αριθμό επεμβάσεων που γίνονται παγκοσμίως για τη θεραπεία της κακοήθους παχυσαρκίας.



35'

## Παράδοση σε λίγα μόνο λεπτά.

«As Μαγειρέψουμε...» στην κουζίνα μας νόστιμα πιάτα, γρήγορα και απλά.



Ogilvy

Ανακάλυψε τις 13 ελληνικές, αυθεντικές συνταγές, με λαχανικά κομμένα στις σωστές αναλογίες και ετοίμασε γεύματα, γεμάτα νοστιμιά.

As μαγειρέψουμε...



Μπάρμπα  
Στάδης

Μας κάνει καλό

# ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

**Ο**ι λοιμώξεις του ουροποιητικού στις γυναίκες χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες: λοιμώξεις του ανώτερου ουροποιητικού (πυελονεφρίτιδα) που εκδηλώνονται κατά κανόνα με εμπύρετο, ρίγος και άλγος στην οσφύ και λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού (κυστίτιδα, ουρηθρίτιδα) που προκαλούν δυσουρικά ενδοκλήματα (καύσο, τσούξιμο ή άλγος κατά την ούρηση), επιτακτική ούρηση, συχνουρία και αιματουρία, χωρίς ωστόσο πυρετό.

Ο όρος μη επιπλεγμένες υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις αφορά σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με φυσιολογικό ουροποιητικό σύστημα και χωρίς υποκείμενα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν συχνές κυστίτιδες. Χρησιμοποιούμε τον όρο υποτροπιάζουσες όταν παρατηρούνται περισσότερα από 3 επεισόδια στους προηγούμενους 12 μήνες ή περισσότερα από 2 επεισόδια στο τελευταίο έτη. Πρέπει να τονίσουμε ότι δεν πρόκειται για επιμονή ή ατελή θεραπεία μιας λοίμωξης αλλά για επαναλοίμωξη με διαφορετικό στέλεχος μικροβίου (κατά κανόνα διαφορετικά στελέχη κολοβακτηριδίου *E. coli*).

Ο όρος «υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις» δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται στην περίπτωση των ανδρών, καθώς έχουν διαφορετική ανατομία στο ουροποιητικό σύστημα και εξ ορισμού κάθε ουρολοίμωξη θα πρέπει να θεωρείται επιπλεγμένη και να αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης ως προς την αιτιολογία της. Επιπλέον, επιπλεγμένες υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις παρουσιάζονται σε ασθενείς με υποκείμενες ανατομικές ή λειτουργικές διαταραχές του ουροποιητικού.

## Παράγοντες κινδύνου

Υπάρχουν οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου υποτροπιάζουσας ουρολοιμώξεως, αλλά σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορούμε να εντοπίσουμε συγκεκριμένο αίτιο.

- Η συμπεριφορά και οι συνήθειες του ασθενούς (σεξουαλική συμπεριφορά, χρήση κολπικών διαφραγμάτων, σπερματοκτόνων κ.ά.).
- Πιθανή γενετική προδιάθεση, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα ουρολοιμώξεων εάν στο άμεσο περιβάλλον υπήρχε ένα μέλος που έπασχε από υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.
- Η ατροφία κολπικού επιθηλίου λόγω ανεπάρκειας οιστρογόνων σε μετεμηνόπαυσιακές γυναίκες.
- Μηχανικοί και λειτουργικοί παράγοντες που σχετίζονται με την κένωση της ουροδόχου κύστεως (ακράτεια ούρων, παρουσία κυστεοκήλης, υπόλειμμα ούρων μετά την ούρηση κ.ά.).

## Θεραπεία

Η θεραπεία της κυστίτιδας σε ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπές γίνεται με αντιμικροβιακή αγωγή βάσει αντιβιογράμματος. Τα συμπτώματα υποχωρούν κατά κανόνα

άμεσα μετά τη λήψη αντιμικροβιακών. Είναι σημαντικό γι' αυτή την απλή λοίμωξη, που σε ένα σημαντικό ποσοστό (46%) υποχωρεί αυτόματα και χωρίς ειδική θεραπεία, να χρησιμοποιήσουμε το αντιβιοτικό με το μικρότερο δυνατό φάσμα και να το χορηγήσουμε για τη μικρότερη δυνατή διάρκεια, ώστε να μη διαταράξουμε τη μικροβιακή χλωρίδα. Θεραπεία εκλογής, εφόσον το αντιβιογράμμα αναδείξει ευαισθησία, είναι η χορήγηση νιτροφουραντοίνης για 5-7 ημέρες. Εναλλακτικά, προτιμάται η χορήγηση φωσφομυκίνης άπαξ.

Ειδικότερα, θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση αντιμικροβιακών ευρέως φάσματος όπως αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό και κινολονών. Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγεται η παράταση της διάρκειας αγωγής σε υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, καθώς το φαινόμενο δεν αποδίδεται σε επιμονή της λοίμωξης αλλά σε επαναμόλυνση. Η χρήση αντιμικροβιακών για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θα επιφέρει διαταραχή της χλωρίδας, προετοιμάζοντας έτσι το επόμενο επεισόδιο με περισσότερο ανθεκτικό στέλεχος μικροβίου.

## Πρόληψη υποτροπών

Θα πρέπει να φροντίζετε να πίνετε αρκετά υγρά (> 2 λίτρα ημερησίως) και να ουρείτε άμεσα όταν αισθάνεστε την επιθυμία. Θα πρέπει να αφιερώνετε χρόνο, ώστε να αδειάζει πλήρως η ουροδόχος κύστη κατά την ούρηση. Καλό είναι να αποφεύγεται η χρήση σαπουνιού και τοπικών αντισηπτικών στην περιγεννητική περιοχή, καθώς διαταράσσει περαιτέρω τη μικροβιακή χλωρίδα.

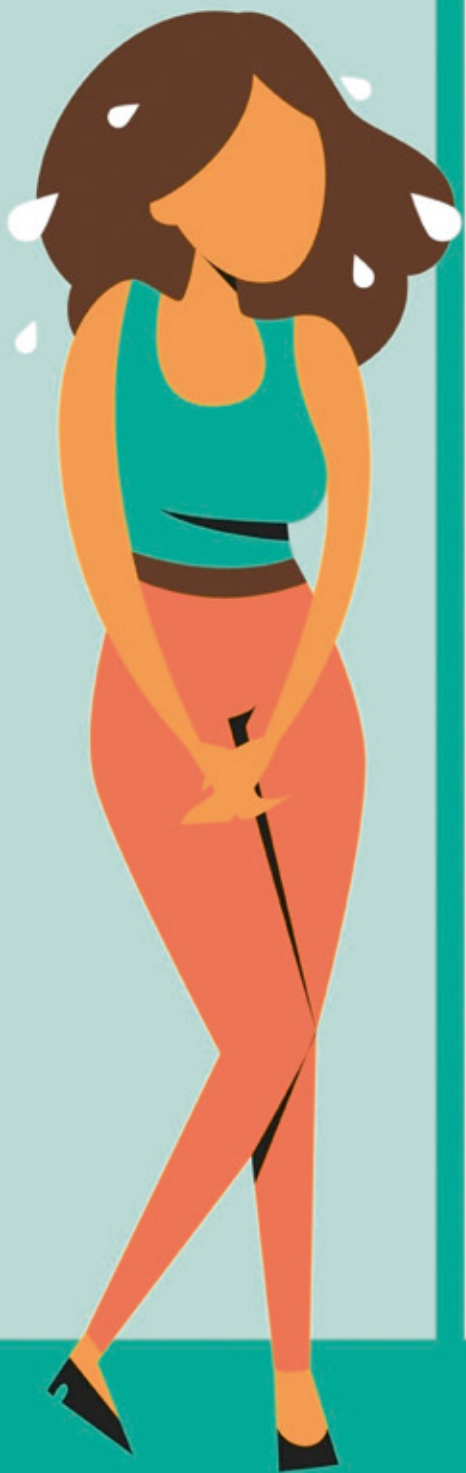
- Για την πρόληψη των υποτροπών μπορεί επιπλέον να δοθεί προφυλακτικά αντιμικροβιακή αγωγή (χημειοπροφύλαξη), δηλαδή μικρή δόση αντιβιοτικού κάθε βράδυ για 3 ή 6 μήνες. Αν τα επεισόδια παρουσιάζονται κατά κανόνα μετά από σεξουαλική επαφή, μπορεί η χορήγηση χημειοπροφύλαξης να γίνεται λίγο πριν ή μετά την επαφή.



Ελένη Πατρόζου

Παθολόγος – Λοιμωξιολόγος  
Διευθύντρια Γ' Παθολογικής –  
Λοιμωξιολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ





“ Μία στις πέντε γυναίκες που θα παρουσιάσουν κυστίτιδα θα υποτροπιάσουν μετά την ολοκλήρωση της αντιμικροβιακής αγωγής. ”

# ΡΕΤ/CT ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

## ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ & ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΟΓΚΩΝ

### Σταδιοποίηση και παρακολούθηση του καρκίνου του προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη είναι η συχνότερη κακοήθεια στους άνδρες και ευθύνεται για το 30% περίπου των θανάτων από νεοπλασματική νόσο στον ανδρικό πληθυσμό. Τα στατιστικά αυτά υπερτονίζουν τη σημασία της έγκαιρης και πρώιμης διάγνωσης. Παρά τις προόδους της μορφολογικής απεικόνισης (CT & MRI), υπάρχουν περιπτώσεις διηθημένων από καρκινικά κύτταρα λεμφαδένων που με βάση τη συμβατική απεικόνιση δεν θεωρούνται παθολογικοί. Η ακριβής σταδιοποίηση είναι κρίσιμη για το χειρισμό των ασθενών. Προς την κατεύθυνση αυτή στρέφεται η PET/CT απεικόνιση με τη χρήση του Ga68-PSMA, ενός νέου ιχνηθέτη στη μελέτη του καρκίνου του προστάτη.

Το PSMA είναι μια διαμεμβρανική πρωτεΐνη που υπερεκφράζεται στα καρκινικά κύτταρα σε σχέση με τα φυσιολογικά προστατικά κύτταρα και δείχνει εξαιρετικά αποτελέσματα τόσο στην αρχική σταδιοποίηση των ασθενών όσο και σε περιπτώσεις βιοχημικής υποτροπής (άνοδος του PSA). Αυτό συμπεριλαμβάνει και την ομάδα ασθενών με χαμηλό PSA.

Οι μελέτες σε ασθενείς με μετρίου και υψηλού κινδύνου καρκίνου του προστάτη καταδεικνύουν σαφή ανωτερότητα του Ga68-PSMA στην ανίχνευση παθολογικών λεμφαδένων και απομακρυσμένων μεταστάσεων σε σχέση με την αξονική και μαγνητική τομογραφία. Σε ασθενείς με βιοχημική υποτροπή τα αποτελέσματα είναι, επίσης, εξαιρετικά ικανοποιητικά ακόμη και σε πολύ χαμηλές τιμές PSA. Όλα αυτά οδηγούν σε ακριβέστερη και πιο πρώιμη διάγνωση

με σαφώς περισσότερες πιθανότητες ριζικής θεραπείας.

### Διάγνωση και παρακολούθηση των νευροενδοκρινών όγκων

Οι νευροενδοκρινείς όγκοι (NETS) είναι μια ομάδα νεοπλασμάτων με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα. Πρόσφατα έχει εισαχθεί στην κλινική πράξη η PET/CT απεικόνιση με χρήση ιχνηθετών επισημασμένων με Ga68 με εξαιρετικά αποτελέσματα. Οι χρησιμοποιούμενοι ιχνηθέτες είναι κυρίως οι DOTA-TOC, DOTA-TATE και DOTA-NOC. Συνδέονται με τους υποδοχείς σωματοστατίνης, μόρια τα οποία υπερεκφράζονται στα κύτταρα των NETS.

Σημαντικές μελέτες καταδεικνύουν την υπεροχή των PET ιχνηθετών τόσο σε σχέση με τις μεθόδους της κλασικής πυρηνικής ιατρικής όσο και της συμβατικής ανατομικής απεικόνισης και πιο συγκεκριμένα, της αξονικής τομογραφίας, με ακρίβεια της PET απεικόνισης με Ga68 περί το 96% έναντι 75% της CT. Η μέθοδος είναι ευαίσθητη τόσο στην ανίχνευση της πρωτοπαθούς εστίας όσο και των δευτεροπαθών εντοπίσεων.

Μεγάλη είναι, επίσης, η επίδραση στην κλινική διαχείριση των ασθενών με τροποποίησή της στις μελέτες σχεδόν στο 20% των περιστατικών σε σχέση με τη CT απεικόνιση. Η μέθοδος έχει επίσης προγνωστική αξία, καθώς η καθήλωση του ραδιοφαρμάκου συνδέεται με καλύτερη διαφοροποίηση της νόσου και καλύτερες πιθανότητες ανταπόκρισης στη θεραπεία. Όσον αφορά στην ανταπόκριση στη θεραπεία, τα επισημασμένα με Ga68 πεπτίδια σωματοστατίνης



είναι η μέθοδος εκλογής στην παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η απεικόνιση με τους Ga68 συνδεδεμένους ικνηθέτες χρησιμοποιείται, επίσης, ως βάση και προαπαιτούμενο για τη θεραπεία με ανάλογα σωματοστατίνης επισημασμένα με θεραπευτικά ισότοπα όπως το Lu177-DOTATATE.

#### **Θεραπευτικές Εφαρμογές**

Τις ιδιότητες των ανωτέρω ικνηθετών εκμεταλλεύεται η Πυρηνική Ιατρική για την εφαρμογή στοχευμένων θεραπειών. Το ραδιοϊσότοπο εκλογής για την ακτινοβολήση των νεοπλασματικών εστιών είναι το Λουτέσιο (Lu-177).



**Θεόδωρος Πιπίκος**  
Πυρηνικός Ιατρός  
Διευθυντής Πυρηνικής  
Ιατρικής & PET CT, ΥΓΕΙΑ





Το Lu-177 είναι εκπομπός β ακτινοβολίας. Συνδέεται με τα μόρια PSMA και DOTATATE για τη θεραπευτική χορήγηση σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και νευροενδοκρινείς όγκους αντίστοιχα. Μετά την ενδοφλέβια χορήγησή του, το ραδιοφάρμακο ενώνεται με ειδικούς υποδοχείς στα καρκινικά κύτταρα, όπου ασκεί και την κυτταροτοξική του δράση.

Η θεραπεία γίνεται στο πλαίσιο ημερήσιας νοσηλείας, δηλαδή ο ασθενής εξέρχεται αυθημερόν. Είναι απλή και σύντομη. Για τον καρκίνο του προστάτη διαρκεί περίπου 2-3 ώρες, ενώ για τους νευροενδοκρινείς όγκους 4-5 ώρες. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο ασθενής βρίσκεται διαρκώς υπό την επίβλεψη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Μετά το πέρας αυτής ο θεράπων ιατρός ενημερώνει

τον ασθενή για τυχόν ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή, προβλεπόμενες αιματολογικές ή απεικονιστικές εξετάσεις και οδηγίες ακτινοπροστασίας.

Ακολουθεί πάντα μετά από λίγες μέρες μεταθεραπευτική απεικόνιση για την εκτίμηση του βαθμού ανταπόκρισης στη θεραπεία. Αυτό γίνεται τόσο με την ποιοτική ανάλυση της εικόνας όσο και με την εφαρμογή σύγχρονου προγράμματος δοσιμετρίας, το οποίο υπολογίζει το βαθμό ακτινοβόλησης-ανταπόκρισης των νεοπλασματικών εστιών.

Η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης και του ποιοτικού χρόνου ζωής κατατάσσει τη θεραπεία με Lu-177 στα νέα αξιολογικά όπλα που διαθέτει η Ιατρική στην επιτέλεση του έργου ίασης-ανακούφισης των ασθενών.



# EnCor Enspire™ Breast Biopsy System

Ultrasound/Stereotactic

© 2022 BD. All rights reserved.  
BD, the BD Logo and all other trademarks are property of Becton, Dickinson and Company or its affiliates.  
0621/6166 BD-77720

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

**BARD HELLAS S.A.**

1 Filellinon str. & Megalou Alexandrou, Gr 16452, Argiroupoli, Athens, Greece  
Phone: +30 210 969 0770, Fax: +30 210 962 8810, [www.bd.com/Greece](http://www.bd.com/Greece)



# ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΡΙΖΙΚΗ ΛΥΣΗ ΧΩΡΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ





**Η** στερεοτακτική ακτινοθεραπεία είναι μια σχετικά νεότερη τεχνική θεραπείας που ήρθε να αλλάξει τα δεδομένα, επιτρέποντας τη χορήγηση μεγάλων θεραπευτικών δόσεων με υψηλή ακρίβεια και ασφάλεια. Με αυτό τον τρόπο μεγιστοποιείται το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ ελαχιστοποιούνται οι παρενέργειες, καθώς περιορίζεται σημαντικά ο όγκος των υγιών ιστών που ακτινοβολείται.

Η τεχνική αυτή βρίσκει πολλές εφαρμογές σε όγκους (καλοήθεις και κακοήθεις) σε διάφορα σημεία του σώματος, με μια από τις πιο σημαντικές να αποτελεί η ακτινοβόληση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα αρχικών σταδίων. Απευθύνεται, λοιπόν, σε ασθενείς με μικρούς όγκους (συνήθως μέχρι 5 εκατοστά) και χωρίς λεμφαδένες. Αποτελεί εξαιρετική επιλογή για ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε θεραπευτικό χειρουργείο για ιατρικούς λόγους (π.χ. προχωρημένη ηλικία, κακή αναπνευστική λειτουργία) ή που δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Παρά το γεγονός ότι το χειρουργείο αποτελεί την πρώτη επιλογή, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η στερεοτακτική ακτινοθεραπεία —σε σωστά επιλεγμένους ασθενείς— προσφέρει τα ίδια ποσοστά επιβίωσης.

#### Η θεραπεία

Η θεραπεία πραγματοποιείται συνήθως σε 3–5 συνεδρίες, ενώ για πιο μεγάλους όγκους (> 5 εκ.) ή για όγκους που παρουσιάζουν μη ευνοϊκή θέση μέσα στον πνεύμονα μπορεί να χρειαστούν 4–10 συνεδρίες. Οι θεραπείες μπορεί να πραγματοποιούνται καθημερινά ή και μέρα παρά μέρα, ανάλογα την περίπτωση. Η κάθε συνεδρία διαρκεί λίγα λεπτά και είναι εντελώς ανώδυνη, ενώ ο ασθενής μετά το τέλος της μπορεί να ακολουθήσει κανονικά τις καθημερινές του δραστηριότητες, χωρίς να επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής του. Συνήθως δεν παρουσιάζονται παρενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ ως απώτερη παρενέργεια (μήνες μετά το τέλος της θεραπείας) βιβλιογραφικά αναφέρεται η πνευμονίτιδα. Πρόκειται για μια σχετικά σπάνια παρενέργεια, η οποία μοιάζει κλινικά με μια πνευμονία, χωρίς όμως να οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα. Η αντιμετώπισή της συχνά απαιτεί τη χορήγηση κορτιζόνης.

Η μεγάλη πρόκληση στη στερεοτακτική ακτινοθεραπεία του πνεύμονα είναι η ακρίβεια στη στόχευση, η οποία όμως καλείται να ξεπεράσει το εμπόδιο της κίνησης λόγω της αναπνοής. Υπάρχουν όγκοι του πνεύμονα που λόγω της ανατομικής τους θέσης δεν κινούνται σχεδόν καθόλου, οι περισσότεροι όμως εμφανίζουν μικρότερη ή μεγαλύτερη κίνηση, η οποία πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν κατά τη θεραπεία προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της εναπόθεσης μέγιστης δόσης στον όγκο χωρίς να απαιτηθεί η ακτινοβόληση μεγάλης έκτασης υγιούς ιστού γύρω-γύρω.

Η πρώτη θεραπεία αφορά στη χρήση του Active Breathing Coordinator (ABC) της εταιρείας Elekta. Πρόκειται για ένα μη επεμβατικό σύστημα που συνδέεται με τον Γραμμικό Επιταχυντή και με τη χρήση ενός αναπνευστήρα επιτρέπει τη χορήγηση ακτινοβόλησης μόνο σε βαθιά εισπνοή. Προηγείται μια εκπαίδευση του ασθενούς, στην οποία ορίζεται το κατώφλι και η διάρκεια

της άνετης βαθιάς εισπνοής. Κατά τη θεραπεία, μόλις η αναπνοή του ασθενούς φθάσει σε αυτό το προκαθορισμένο επίπεδο, η εισπνοή σταματάει, ο θώρακας ακινητοποιείται και αρχίζει η χορήγηση της θεραπείας. Με αυτό τον τρόπο η θεραπεία χορηγείται διακοπτόμενα, μόνο στη βαθιά εισπνοή, με διαλείμματα ήρεμων αναπνοών στο ενδιάμεσο.

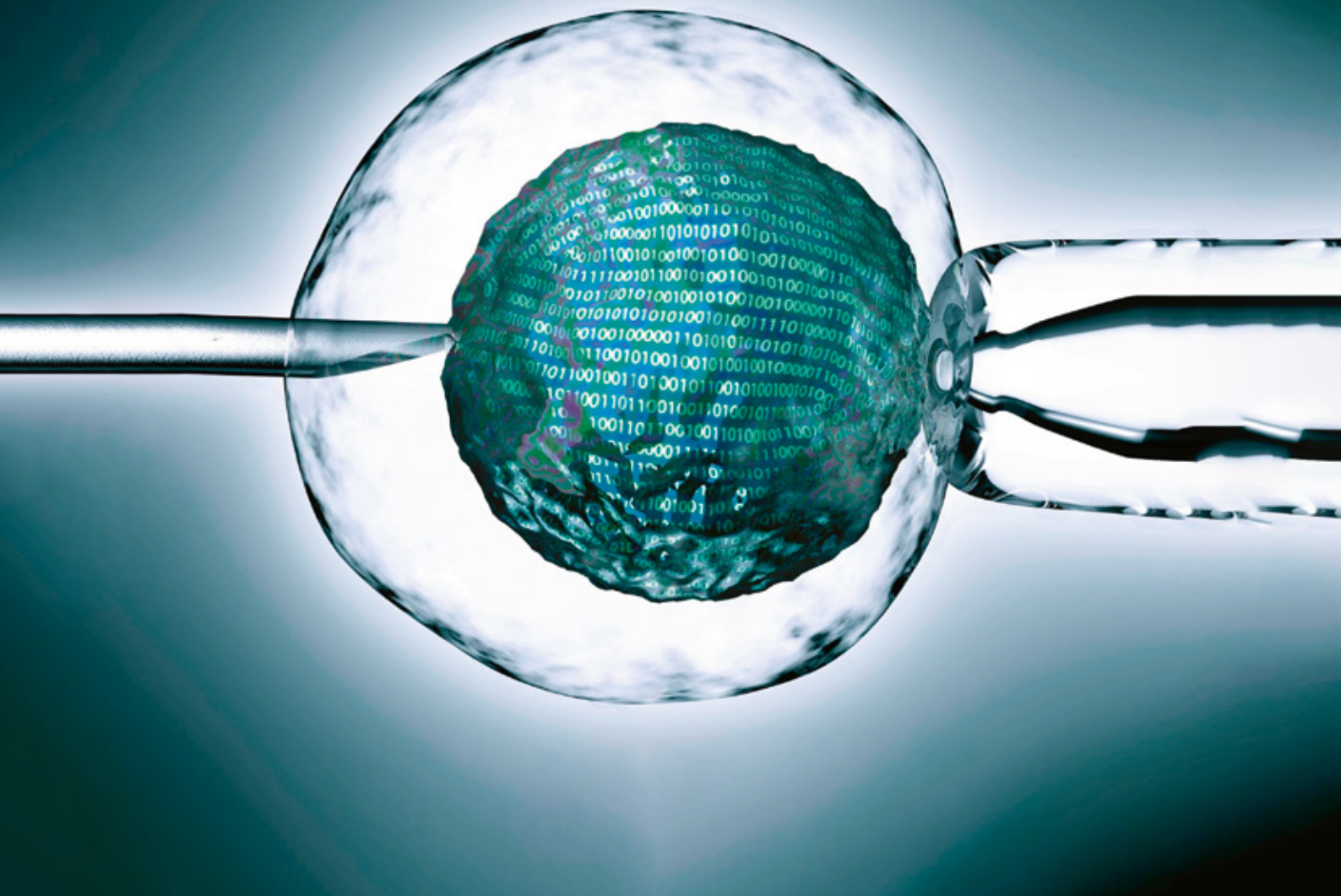
Ο δεύτερος τρόπος στεροτακτικής ακτινοβόλησης πνεύμονα πραγματοποιείται με τη διεξαγωγή 4D αξονικής τομογραφίας κατά το σχεδιασμό της θεραπείας, που απεικονίζει όλες τις φάσεις της αναπνοής, και την εφαρμογή αναπνευστικού gating κατά την καθημερινή θεραπεία. Με αυτή τη μέθοδο, κατά τη διάρκεια της θεραπείας «παρακολουθείται» η αναπνοή του ασθενούς με τη χρήση συστήματος κάμερας και ανιχνευτή που εφάπτεται στο δέρμα του ασθενούς. Ο ασθενής καλείται να αναπνέει ήρεμα και η θεραπεία χορηγείται μόνο σε συγκεκριμένη φάση της αναπνοής ή σε συγκεκριμένο εύρος της αναπνοής.

Και οι δύο μέθοδοι εξασφαλίζουν την επαναληψιμότητα, την απόλυτη στόχευση και την ασφάλεια, εξαλείφοντας το πρόβλημα της κίνησης και ικανοποιώντας τον βασικό στόχο της στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας που είναι η χορήγηση μεγάλων θεραπευτικών δόσεων με ακρίβεια χιλιοστού, χωρίς να επηρεάζονται οι γύρω φυσιολογικοί ιστοί. Ως αποτέλεσμα, επιτυγχάνονται εξαιρετικά ποσοστά πλήρους ίασης μικρών όγκων του πνεύμονα χωρίς να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

## Στο Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας του ΥΓΕΙΑ εφαρμόζουμε τις πιο σύγχρονες μεθόδους για τη χορήγηση στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας πνεύμονα εξαλείφοντας το πρόβλημα της αναπνευστικής κίνησης.



**Κωνσταντία Τσαμασιώτη**  
Ακτινοθεραπευτής – Ογκολόγος  
Συνεργάτις Κέντρου  
Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας  
ΥΓΕΙΑ



# ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ  
ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ  
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

**Η** υπογονιμότητα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της αναπαραγωγικής υγείας με μεγάλη κοινωνική σημασία. Εκτιμάται ότι 72,4 εκατομμύρια ζευγάρια είναι στέρια

παγκοσμίως και ότι 40,5 εκατομμύρια από αυτά αναζητούν θεραπεία γονιμότητας. Ο πλέον κοινώς αποδεκτός ορισμός της υπογονιμότητας περιγράφεται ως «ασθένεια του αναπαραγωγικού συστήματος που καθορίζεται από την αποτυχία

επίτευξης μιας εγκυμοσύνης μετά από 12 μήνες και πάνω, με κανονική, μη προστατευόμενη σεξουαλική επαφή».

Η αναπαραγωγική χειρουργική αποτελεί σημαντικό μέρος στη διάγνωση και θεραπεία της γυναικείας υπογονιμότητας. Παίζει σημαντικό ρόλο για τη μελλοντική διασφάλιση της γονιμότητας σε γυναίκες που χρήζουν γυναικολογικής επέμβασης, καθιστώντας δυνατή την ικανότητα αυτόματης σύλληψης ή αυξάνοντας σημαντικά τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Στις περιπτώσεις που ήδη υπάρχει κάποιο παθοφυσιολογικό εύρημα που παρεμποδίζει τη φυσιολογική σύλληψη, εφαρμόζονται χειρουργικές παρεμβάσεις που επιδιορθώνουν την εκάστοτε παθολογία και αυξάνουν την πιθανότητα μιας ερχόμενης φυσιολογικής κύησης. Αυτές οι περιπτώσεις μπορεί να αγγίξουν το 75%. Οι σημαντικότερες χειρουργικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της γυναικείας αναπαραγωγής είναι η λαπαροσκόπηση και η υστεροσκόπηση.

### **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Κατά τη λαπαροσκόπηση, η απαιτούμενη χειρουργική επέμβαση γίνεται διαμέσου πολύ μικρών τομών στην κοιλιά, μεγέθους μόλις 5 χιλιοστών. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για να διαγνώσει και να επιδιορθώσει βλάβες που μπορεί να έχει υποστεί το αναπαραγωγικό σύστημα όπως η αφαίρεση ινομυωμάτων, οι κύστες στις ωοθήκες, η ενδομητρίωση, αλλά και οι συμφύσεις που αλλοιώνουν τη σύνδεση των ωοθηκών και των σαλπινγών.

### **ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Πρόκειται για μια πρωτοπόρο μέθοδο εξέτασης του εσωτερικού της μήτρας, καθώς εξετάζεται με μεγάλη ακρίβεια και χρησιμοποιείται για να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει περιστατικά υπογονιμότητας. Η μέθοδος της υστεροσκόπησης μπορεί να αντιμετωπίσει ινομυώματα και πολύποδες, αλλά και άλλες αιτίες υπογονιμότητας όπως οι συμφύσεις και η παρουσία διαφράγματος μήτρας, αποτελεί μια διαδικασία χωρίς τομές και με τον επεμβατικό πόνο να είναι μηδαμινός και την

αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας να πραγματοποιείται την ίδια κιόλας μέρα.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ**

Το υπογόνιμο ζευγάρι μετά από 12 μήνες με κανονική, μη προστατευόμενη σεξουαλική επαφή χωρίς την επίτευξη κύησης, πρέπει να αναζητήσει τη γνώμη του ειδικού γυναικολόγου αναπαραγωγής. Η λύση δίνεται, σε ποσοστό που αγγίζει το 75-80%, πιθανόν με μια απλή χειρουργική επέμβαση από τον ειδικό γυναικολόγο αναπαραγωγικής χειρουργικής σε συνδυασμό με συμπληρωματικές θεραπείες ή εξετάσεις που θα βοηθήσουν σημαντικά στην καλύτερη λειτουργία των ορμονών της γυναίκας και αντίστοιχα στη βελτίωση και ενίσχυση του σπέρματος των ανδρών.

Η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα αυτών των ζευγαριών από τον ειδικό, παρεμβαίνοντας στις περιπτώσεις που περιγράφηκαν, θα οδηγήσουν σε εξωσωματική γονιμοποίηση τα ζευγάρια που πραγματικά χρειάζονται θεραπεία, αυξάνοντας σημαντικά και τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης.



**Στέφανος Χανδακάς**  
Μαιευτήρας-Ενδοσκοπικός  
Χειρουργός Αναπαραγωγής  
Μονάδα Υποβοηθούμενης  
Αναπαραγωγής ΥΓΕΙΑ  
IVF Εμβρυογένεσις



# Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ

## ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ



**Η** υπογονιμότητα είναι αναμφίβολα ένα σοβαρό πρόβλημα που επηρεάζει τη ζωή πολλών ζευγαριών. Η συχνότητα της υπογονιμότητας ανέρχεται σε 8%-16,7% στις ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, αφορά δηλαδή έως και ένα στα έξι ζευγάρια.

Ευτυχώς, οι καταγιστικές εξελίξεις στον τομέα

της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν επιτρέψει την επίλυση του συνόλου σχεδόν των προβλημάτων γονιμότητας, προσφέροντας υψηλά ποσοστά επιτυχίας και πολλαπλές εναλλακτικές.

Ανάλογα με την πρωτογενή αιτία της υπογονιμότητας, η αντιμετώπιση μπορεί να ξεκινήσει με απλές μεθόδους όπως η υποβοήθηση της ανάπτυξης και απελευθέρωσης του ωαρίου, ακολουθούμενη από

προγραμματισμένη επαφή ή η σπερματέγχυση. Αν οι απλές μέθοδοι αποτύχουν ή αν εξ αρχής υπάρχουν σοβαρές ή μη αναστρέψιμες διαταραχές, το επόμενο βήμα είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση. Η ευρύτητα της εφαρμογής της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε συνδυασμό με την ανεξέλεγκτη (όχι πάντα αθώα) διάχυση (όχι πάντα σωστών) πληροφοριών με τα σύγχρονα μέσα ενημέρωσης και επικοινωνίας, καθιστά αναγκαία την οριοθέτηση ενός πλαισίου σωστής πρακτικής και σε αυτό μπορεί να βοηθήσει ο ακόλουθος δεκάλογος:

**1.** Για να επιτύχουμε τα καλύτερα αποτελέσματα χρειαζόμαστε έναν ικανοποιητικό αριθμό ωαρίων, ώστε να αυξήσουμε την πιθανότητα ανάμεσα σε αυτά να υπάρχουν εκείνα τα «καλά» και «άρτια» ωάρια που θα γονιμοποιηθούν και θα οδηγήσουν στην κύηση. Συνεπώς, προτιμούμε, εφόσον είναι εφικτό, να ακολουθήσει η γυναίκα ένα πρωτόκολλο ωοθηκικής διέγερσης και η στρατηγική αυτή σαφώς και υπερέχει από τους φυσικούς κύκλους.

**2.** Τα σύγχρονα πρωτόκολλα εξωσωματικής είναι απλά, σύντομα, με μικρό αριθμό ενέσεων, ενώ με τους κατάλληλους χειρισμούς το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών, που αποτελούσε τη βασική επιπλοκή των πρωτοκόλλων, έχει πρακτικά εξαφανιστεί.

**3.** Τα φάρμακα της εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνους πιο πάνω από τον γενετικά ή ιδιοσυστασιακά προδιαγεγραμμένο για κάθε γυναίκα.

**4.** Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, η γονιμοποίηση στο εργαστήριο μπορεί να επιτευχθεί επιτυχώς με ειδικές μεθόδους επιλογής σπερματοζωαρίων (zymot, picisi, imsi) ή ενεργοποίησης (χρήση ιονοφόρων).

**5.** Η καλλιέργεια των εμβρύων σε επωαστές τελευταίας γενιάς (εμβρυοσκόπια) εξασφαλίζει ένα ιδεατό περιβάλλον ανάπτυξης, οδηγώντας σε έμβρυα καλύτερης ποιότητας. Επιπλέον, η συνεχής καταγραφή της εξέλιξης των εμβρύων με τη βοήθεια της τεχνητής νοημοσύνης καθιστά εφικτή την επιλογή των καλύτερων για εμβρυομεταφορά.

**6.** Με τον προεμφυτευτικό γενετικό έλεγχο είναι πλέον εφικτή η επιλογή των χρωμοσωμικά άρτιων εμβρύων, η μεταφορά των οποίων οδηγεί σε εξαιρετικά ποσοστά επιτυχίας και μείωση των αποβολών.

**7.** Οι περιβαλλοντικές συνθήκες στο εμβρυολογικό εργαστήριο είναι κορυφαίας σημασίας για υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Αυτό αποδείχθηκε και στο εργαστήριο της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, όπου η λειτουργία του τελειότερου συ-

στήματος καθαρισμού αέρα έχει εκτινάξει προς τα πάνω τα ποσοστά επιτυχίας.

**8.** Οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες εξωσωματικής θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με συνετές δράσεις ή παρεμβάσεις, καθώς η υιοθέτηση εμπειρικών ή πειραματικών μεθόδων είναι ηθικά μεμπτή. Η πραγματοποίηση υστεροσκόπησης, ο έλεγχος των χρωμοσωμάτων του ζευγαριού (καρυότυπος), ο έλεγχος για αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, ο σύγχρονος έλεγχος του παράθυρου υποδεκτικότητας και του μικροβιώματος του ενδομητρίου και η εφαρμογή προεμφυτευτικού γενετικού ελέγχου αποτελούν αποδεδειγμένες διαγνωστικές ή/και επεμβατικές πρακτικές για τα ζευγάρια αυτά.

**9.** Παρά τις εκπληκτικές ιατρικές και τεχνολογικές εξελίξεις στην εξωσωματική γονιμοποίηση, δεν πρέπει να αγνοούμε τα απλά και βασικά που επηρεάζουν εκ θεμελίων τα ποσοστά επιτυχίας. Η ηλικία, ιδίως της γυναίκας αλλά και του άνδρα, είναι εξαιρετικά κρίσιμη και η τεκνοποίηση σε μικρή ηλικία θα πρέπει να προάγεται και να υποστηρίζεται. Η παχυσαρκία και η υπερβαρότητα έχουν σημαντική αρνητική επίπτωση στην αναπαραγωγική επιτυχία. Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής επηρεάζει τα αποτελέσματα π.χ. γυναίκες που καπνίζουν χρειάζονται διπλάσιες προσπάθειες εξωσωματικής, η κατανάλωση αλκοόλ είναι επιβαρυντική ακόμα και σε μικρές ποσότητες, ενώ το stress ενδέχεται να επηρεάζει αρνητικά και γι' αυτό η ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού θα πρέπει να ενθαρρύνεται.

**10.** Κάθε υπογόνιμο ζευγάρι είναι μοναδικό και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών με απολύτως εξατομικευμένο τρόπο.



**Ευάγγελος Μακράκης**

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

# ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΛΥΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

**Α**ντικείμενο αυξανόμενων προβληματισμών και φαινόμενο με σοβαρές προεκτάσεις αποτελεί σήμερα η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα, ή αλλιώς το «δημογραφικό πρόβλημα». Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, μπορούμε πλέον να μιλήσουμε για δημογραφικές ακρότητες στη χώρα μας, δεδομένου ότι βιώνει τη χαμηλότερη γονιμότητα που έχει καταγραφεί στην ιστορία της. Η διαπιστωμένη υπογεννητικότητα που φαίνεται να έχει επηρεάσει σημαντικά το πρόβλημα έχει ως επακόλουθο οι θάνατοι να ξεπερνούν τις γεννήσεις, δημιουργώντας ένα αρνητικό ισοζύγιο έναντι της μείωσης των γεννήσεων, ενώ το φαινόμενο φαίνεται να παρουσιάζει αυξητικές τάσεις και συνεπάγεται κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις με ανησυχητικές προοπτικές.

Από την άλλη, σε ό,τι αφορά στο δημογραφικό πρόβλημα, οφείλουμε να συνυπολογίσουμε ένα άλλο σημαντικό ζήτημα των ημερών μας και αναφέρομαι στην υπογονιμότητα, η οποία απασχολεί πλέον εκατοντάδες ζευγάρια επηρεάζοντας την καθημερινότητα και την ψυχολογία τους, με αριθμό που ισοδυναμεί με το 18-20% του συνολικού πληθυσμού. Επιπρόσθετα, στη σημερινή κοινωνία της οικονομικής κρίσης, τα υπογόνιμα ζευγάρια δυσκολεύονται να αντέξουν το βάρος της εξωσωματικής γονιμοποίησης, με αποτέλεσμα να εγκαταλείπουν τις προσπάθειες και το όνειρό τους να αποκτήσουν παιδί. Αλλά και η αναβολή της δημιουργίας οικογένειας στη σημερινή εποχή, συνεπώς οι προσπάθειες τεκνοποίησης σε μεγαλύτερες ηλικίες, δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την κατάσταση. Επίσης, ακόμα και σήμερα η πληροφόρηση σχετικά με τις επιλογές και τις δυνατότητες που έχει ένα υπογόνιμο ζευγάρι είναι σε πολλές περιπτώσεις ελλιπής. Όλα αυτά είναι στενάχωρα, την ίδια στιγμή που η χώρα μας πρωτοπορεί στις εγκαταστάσεις, στις μεθόδους, στην τεχνολογία και στη νομοθεσία που αφορά στην εξωσωματική.

Δεδομένου, λοιπόν, ότι χρειάζεται μια πολύπλευρη, ρεαλιστική και αποτελεσματική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του δημογραφικού ζητήματος, η ιατρική κοινότητα δίνει αισιόδοξο μήνυμα. Πρώτον, παροτρύνει τις νέες γυναίκες που θέλουν να καθυστερήσουν να κάνουν παιδί για ιατρικούς, κοινωνικούς ή προσωπικούς λόγους να ελέγχουν τη γονιμότητά τους με τις απαραίτητες εξετάσεις. Έτσι, σε περίπτωση που χρειαστεί, να μπορούν να προχωρήσουν σε κρυσυντήρηση των ωαρίων τους για μελλοντική γονιμοποίηση. Όπως γνωρίζουμε, η μέθοδος πλέον είναι ιδιαίτερα απλουστευμένη και ασφαλής, ενώ μπορεί να μας διασφαλίσει ανώτερης ποιότητας ωάρια και συνεπώς αυξημένα ποσοστά εγκυμοσύνης.

Εξάλλου, οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ιδιαίτερα η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) εμπλουτίζονται συνεχώς με καινοτόμες τεχνικές που κάνουν τη διαδικασία περισσότερο προσιτή και λιγότερο επίπονη για τη γυναίκα, ανεβάζοντας εντυπωσιακά τα ποσοστά επιτυχίας. Σημαντικό επίτευγμα για τη γυναίκα που υποβάλλεται σε εξωσωματική είναι η απλούστευση του θεραπευτικού σχή-

ματος με ελάττωση της ποσότητας ορμόνης και του αριθμού των κορηγούμενων ενέσεων για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας.

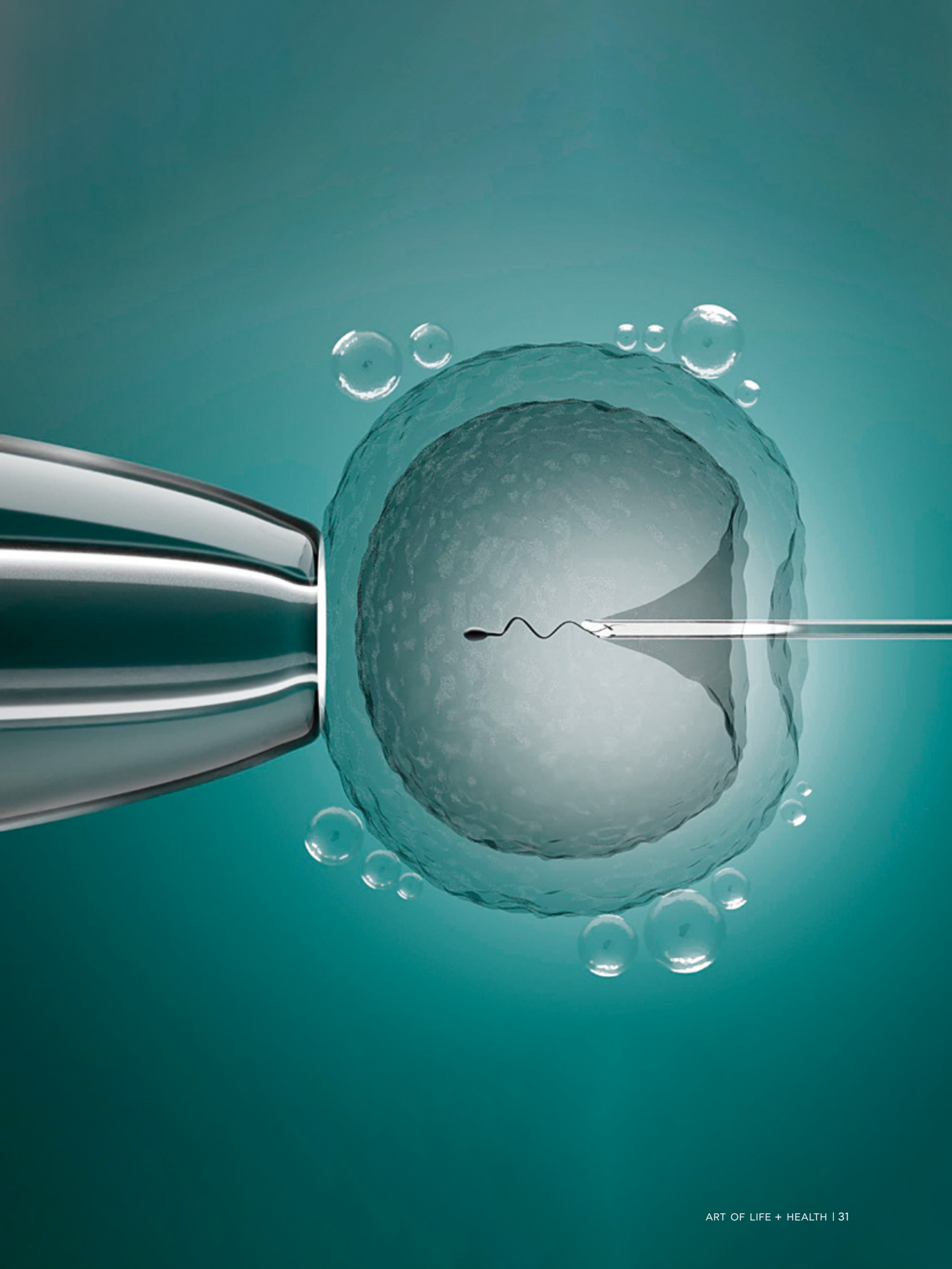
Πρωτοποριακές θεραπείες παρέχουν ασύλληπτες μέχρι πρόσφατα δυνατότητες. Η εφαρμογή «έξυπνων» συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης και μηχανικής μάθησης μας επιτρέπει να έχουμε φωτογραφική απεικόνιση εμβρύων στα διάφορα στάδια της καλλιέργειας στο εργαστήριο και να επιλέγουμε το κατάλληλο για εμφύτευση, με αποτέλεσμα το θετικό τεστ κύησης. Το τεστ «ελέγχου υποδεκτικότητας του ενδομητρίου» μας δίνει τη δυνατότητα να εντοπίσουμε τη χρονική περίοδο κατά την οποία το ενδομήτριο παρουσιάζει τη βέλτιστη ετοιμότητα για να υποδεχθεί το έμβρυο. Η θεραπεία ανανέωσης των ωοθηκών αυξάνει τη δυνατότητα σύλληψης σε όλο και περισσότερες γυναίκες που διαφορετικά θα στρέφονταν σε ωάρια δότης. Τέλος, η διαρκής βελτίωση των μεθόδων Προεμφυτευτικής Γενετικής Διάγνωσης, με κορυφαίο επίτευγμα τον μη επεμβατικό Προγεννητικό Έλεγχο, εγγυώνται μεγαλύτερη αξιοπιστία στην ανίχνευση γονιδίων υπεύθυνων για σοβαρά νοσήματα στο γενετικό υλικό, πριν την εμφύτευση στη μήτρα.

Με γνώμονα την ασφάλεια της γυναίκας, το σεβασμό στην επιστήμη αλλά και στην επιθυμία των ζευγαριών να αποκτήσουν παιδί, στη νέα Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, σε έναν πρωτοποριακό και φιλόξενο χώρο, δημιουργήσαμε τις καλύτερες συνθήκες για να στηρίξουμε όλα τα ζευγάρια να πραγματοποιήσουν το όνειρό τους. Αποτελώντας την επιτομή της τεχνολογίας και υποστηριζόμενη από κορυφαίους και καταξιωμένους γιατρούς αναπαραγωγής και εμβρυολόγους, αλλά και από άρτια εκπαιδευμένο και φιλικό προσωπικό, η μονάδα κάνει ακόμα πιο προσιτή τη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ακολουθώντας πιστά τις συναρπαστικές εξελίξεις που αδιαμφισβήτητα έχει σημειώσει ο τομέας τα τελευταία χρόνια.



**Βασίλης Κελλάρης**  
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος,  
Συνεργάτης ΜΗΤΕΡΑ  
Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις





# ΠΑΙΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑ

## «ΟΛΑ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΑΣ»

**Σ**το Παίδων ΜΗΤΕΡΑ, τη μεγαλύτερη Παιδιατρική Κλινική στον ιδιωτικό τομέα, παρέχουμε καθημερινά τις υπηρεσίες μας και φροντίζουμε να είναι «όλα υπέρ του παιδιού σας».

Ως μέλος του μεγαλύτερου Ιδιωτικού Ομίλου παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Hellenic Healthcare Group, πρωταρχικό μέλημα του Παίδων ΜΗΤΕΡΑ, εδώ και 18 χρόνια, παραμένει η παροχή άριστων ιατρικών υπηρεσιών προς τους μικρούς μας φίλους, εκείνους που κρατούν στα χέρια τους το μέλλον του κόσμου. Προκειμένου να γίνουμε αρωγός ενός κόσμου καλύτερου για όλους, προσφέρουμε αδιάλειπτα τις υπηρεσίες μας 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο.

Από την πρώτη ημέρα λειτουργίας, στο Παίδων ΜΗΤΕΡΑ έχουν νοσηλευθεί περισσότερα από 90.000 παιδιά με μέσο όρο νοσηλείας τις 2,5 με 3 ημέρες. Το ίδιο διάστημα πάνω από 700.000 παιδιά έχουν περάσει από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και τα τακτικά ιατρεία της κλινικής, έχοντας βρει άμεση ανακούφιση αλλά και βιώσει τη ζεστή, ανθρώπινη πλευρά όλου του προσωπικού που σκύβει με αγάπη πάνω από κάθε μικρό ασθενή.

### Κορυφαίοι ιατροί για τη φροντίδα του παιδιού

Με στόχο να παρέχουμε την καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα και αναγνωρίζοντας τη σημασία της θετικής ψυχολογίας και της υψηλής ποιότητας ζωής των παιδιών αλλά και των γονιών τους, εμείς στο Παίδων ΜΗΤΕΡΑ, μέσω του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μας, βρισκόμαστε δι-  
αρκώς δίπλα σας.

Οι γονείς που εμπιστεύονται το Παίδων ΜΗΤΕΡΑ είναι σίγουροι πως έχουν στη διάθεσή τους μια εξαιρετική επιστημονική ομάδα παιδιάτρων, αλλά και ιατρών όλων των υποειδικοτήτων της παιδιατρικής, ικανή να προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας σε κάθε παιδί τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας όσο και κατά την επίσκεψή του στα Εξωτερικά Ιατρεία.

Όταν επιλέγετε το Παίδων ΜΗΤΕΡΑ, επιλέγετε μια σύγχρονη, πρωτοποριακή και ολοκληρωμένη Κλινική, τη μοναδική στην Ελλάδα που διαθέτει 20 και πλέον υποειδικότητες εξειδικευμένων ιατρών.







# ΤΜΗΜΑΤΑ & ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΥΝ ΕΞΕΛΙΓΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

Το Παίδων ΜΗΤΕΡΑ διαθέτει πλήρως οργανωμένα τμήματα Παθολογικού, Διαγνωστικού, Χειρουργικού Τομέα, Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας, Εξωτερικά Ιατρεία, αλλά και Διαγνωστικά Εργαστήρια που παρέχουν ολοκληρωμένες και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Οι ειδικές Μονάδες του Παίδων ΜΗΤΕΡΑ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Παιδοκαρδιοχειρουργική ΜΕΘ) είναι άριστα οργανωμένες και η νοσηλεία σε αυτές γίνεται σε άσηπτο περιβάλλον με τις αυστηρότερες αντιμικροβιακές προδιαγραφές για την ελαχιστοποίηση των νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Οι υπερσύγχρονες χειρουργικές αίθουσες του Παίδων ΜΗΤΕΡΑ είναι πλήρως εξοπλισμένες και στελεχώνονται από έμπειρο και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό που αποτελείται από ιατρούς όλων των παιδιατρικών ειδικοτήτων, ομάδες κορυφαίων παιδο-χειρουργών, παιδο-αναισθησιολόγων και έμπειρων νοσηλευτών που βρίσκονται δίπλα στα παιδιά 24 ώρες το 24ωρο.

Ταυτόχρονα, πιστεύουμε ότι η υγεία του παιδιού είναι υπόθεση όλων μας, γι' αυτό και συνεργαζόμαστε με τον οικογενειακό παιδίατρο και τους γονείς του παιδιού, ώστε να αντιμετωπίζουμε ολιστικά το πρόβλημα όλοι μαζί ως ομάδα. Παράλληλα, και σε συνεργασία με τον παιδίατρο, δίνεται η δυνατότητα επανεκτίμησης των παιδιών για το πρόβλημα για το οποίο νοσηλεύθηκαν. Τέλος, υπάρχει η δυνατότητα διασύνδεσης με διάφορα κέντρα του Εξωτερικού για εξαιρετικά σπάνια και εξειδικευμένα περιστατικά.





“Οι υπερσύγχρονες χειρουργικές αίθουσες του Παιδων ΜΗΤΕΡΑ είναι πλήρως εξοπλισμένες και στελεχώνονται από έμπειρο και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό.”





## ΑΦΙΕΡΩΜΑ





# ΜΕΤΑΞΥ ΑΛΛΩΝ, ΤΟ ΠΑΙΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ:

- Διαγνωστικά εργαστήρια (микροβιολογικό – αιματολογικό – βιοχημικό) με δυνατότητα εφαρμογής των πλέον πρωτοποριακών μεθόδων με σκοπό την ταχύτερη και παράλληλα, ασφαλή διάγνωση.
- Τμήματα Παιδοκαρδιολογικής & παιδοκαρδιοχειρουργικής φροντίδας συγγενών και επίκτητων καρδιοπαθειών που εφαρμόζουν πρωτοποριακές επεμβάσεις.
- Οργανωμένη Ογκολογική κλινική παιδών & εφήβων που διαθέτει το πρώτο στην Ελλάδα ιατρείο Νι.Κα (Νικητών Καρκίνου) με αποκλειστικό στόχο τη φροντίδα των αποθεραπευμένων από καρκίνο σε συνεργασία με το Σύλλογο ενηλίκων που νόσησαν από καρκίνο στην παιδική ή εφηβική ηλικία «ΚΥΤΤΑΡΟ».
- Σύγχρονο κέντρο διάγνωσης των αιμοσφαιρινοπαθειών για τη διαγνωστική προσέγγιση των αναιμιών της παιδικής ηλικίας.
- Πλήρως οργανωμένα τμήματα Παιδιατρικής απεικόνισης με εξοπλισμό τελευταίας γενιάς.
- Εξειδικευμένες ομάδες χειρουργών παιδών (γενική χειρουργική παιδοορθοπαιδική, παιδονευροχειρουργική, κρανιοπροσωπική, παιδοχειρουργική ογκολογία και χειρουργική παχέος εντέρου).
- Την πρώτη αδειοδοτημένη Ενδοκρινολογική Κλινική Παιδών στο χώρο της ιδιωτικής υγείας.
- 28 εξειδικευμένα τακτικά ιατρεία.





ΑΦΙΕΡΩΜΑ





# ΣΤΟΧΟΣ ΜΑΣ, ΟΙ ΜΙΚΡΟΙ ΜΑΣ ΦΙΛΟΙ ΝΑ ΝΙΩΘΟΥΝ ΑΝΕΤΑ & ΟΙΚΕΙΑ

Εκτός από την υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα που παρέχει το Παιδών ΜΗΤΕΡΑ, θεωρούμε ότι είναι πολύ σημαντικό να έχει κάθε ασθενής μια όσο το δυνατόν καλύτερη εμπειρία παραμονής στην Κλινική. Για το λόγο αυτό δημιουργήσαμε ένα περιβάλλον που δεν θυμίζει νοσοκομείο, ώστε τα παιδιά να νιώθουν άνετα και οικεία.

Στο Παιδών ΜΗΤΕΡΑ κυριαρχούν τα ζεστά παιδικά χρώματα που δημιουργούν ένα φιλικό προς τα παιδιά, αλλά και τους γονείς, περιβάλλον ώστε η διαμονή τους να είναι όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη και η ανάρρωσή τους όσο το δυνατόν ταχύτερη.



## **Ιπποκράτης: ένας ξεχωριστός φίλος για τα παιδιά**

Κάθε μικρό ασθενή στο Παιδών ΜΗΤΕΡΑ περιμένει ένας τεράστιος ιπποπόταμος, ο Ιπποκράτης, ο οποίος αναλαμβάνει να χαρίζει χαμόγελα μα και πολλή αγάπη καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής των παιδιών στην Κλινική.

Ο χαρούμενος μωβ ιπποπόταμος-μασκότ, ο Ιπποκράτης, καθημερινά επισκέπτεται τα παιδιά που νοσηλεύονται στην Κλινική, καθώς και εκείνα στα Εξωτερικά Ιατρεία, παίζει και ζωγραφίζει μαζί τους, τα απασχολεί με δημιουργικά παιχνίδια ενώ παράλληλα, τα συνοδεύει, πάντα μαζί με ειδικευμένο νοσηλευτή, αν το επιθυμούν, στο χώρο διενέργειας των ιατρικών εξετάσεων.



# COVID-19

## ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ



**T**ον Δεκέμβριο 2019 η παγκόσμια ιατρική κοινότητα ενημερώθηκε για πρώτη φορά για την ύπαρξη ενός νέου κορωνοϊού, του SARS-CoV-2, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει σοβαρή πνευμονία και απώλεια της ζωής. Από τότε έχουν περάσει σχεδόν τρία χρόνια πανδημίας με σοβαρές συνέπειες για την ανθρωπότητα.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία αναφέρουν περισσότερους από 6,5 εκατομμύρια θανάτους και σχεδόν μισό δισεκατομμύριο ασθενείς που βρίσκονται σε διαδικασία ανάρρωσης. Τα νούμερα αυτά αποτελούν μια συντηρητική εκτίμηση, καθώς η καταγραφή των θανάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν είναι επαρκής.

Στην έναρξη της πανδημίας υπήρξε μεγάλη ανησυχία για την υγεία των παιδιών, καθώς οι κορωνοϊοί είναι αναπνευστικοί ιοί και προσβάλλουν κυρίως τον παιδιατρικό πληθυσμό. Αυτό οδήγησε στη θεωρία ότι τα παιδιά θα αναπτύξουν σοβαρή νόσο και θα αποτελέσουν το επίκεντρο της πανδημίας. Η άποψη αυτή διαψεύστηκε στην πορεία, καθώς σε Ευρωπαϊκό επίπεδο τα παιδιά συμμετείχαν σε ποσοστό 12% στη συνολική επίπτωση της νόσου, οι νοσηλείες ήταν περίπου 1-2% στο σύνολο των παιδιών που νόσησαν και η ανάγκη για εντατική φροντίδα κάτω από 1%. Οι λόγοι ήταν πολλοί αλλά ο βασικότερος είναι η αδυναμία του ιού να προσκολληθεί στο αναπνευστικό επιθηλίο των παιδιών.

Αυτό το πλεονέκτημα ήταν έκδηλο ακόμα και στα πολύ μικρά βρέφη, τα οποία εκδήλωναν ήπια νόσο και είχαν εξαιρετική έκβαση. Τα μεγαλύτερα παιδιά (συνήθως άνω των 7 ετών) μπορεί να αναπτύξουν πνευμονία, μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα και σπάνια το πολυσυστηματικό υπερφλεγμονώδες σύνδρομο (MIS-C), το οποίο αποτέλεσε και τη σοβαρότερη επιπλοκή της νόσου. Τα παιδιά με το σύνδρομο αυτό είχαν συχνά πολυοργανική ανεπάρκεια και ιδιαίτερα σοβαρή κλινική εικόνα που απαιτούσε νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Η συνεργασία που υπήρξε μεταξύ των κρατών οδήγησε σε γρήγορη ανταπόκριση των συστημάτων υγείας και δημιουργία διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων με σωτήρια αποτελέσματα για την υγεία των παιδιών.

Ο κορωνοϊός έχει τη δυνατότητα να μεταλλάσσεται όπως ο ιός της γρίπης, γεγονός που καθιστά την αντιμετώπισή του ιδιαίτερα δύσκολη. Σε παρόμοιες περιπτώσεις η λύση που προκρίνεται είναι αυτή της ανάπτυξης ενός εμβολίου που θα καλύπτει σε μεγάλο μέρος τις παραλλαγές. Το εμβόλιο κατά του κορωνοϊού αποτέλεσε ίσως το σημαντικότερο επίτευγμα της ιατρικής επιστήμης τις τελευταίες δεκαετίες.

Με fast track διαδικασίες, συνεργασία μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών, τη συμβολή των κυβερνήσεων και διεθνών οργανισμών, μεγάλη οικονομική υποστήριξη από την κρατική και ιδιωτική πρωτοβουλία, η παγκόσμια κοινότητα είχε τη δυνατότητα να έχει αποτελεσματικό και ασφαλές εμβόλιο σε χρονικό διάστημα λιγότερο από ένα χρόνο από την πρώτη αναφορά της νόσου. Το εμβόλιο οδήγησε στην αποφυγή εκατομμυρίων θανάτων κυρίως ηλικιωμένων και άλλων ευπαθών ομάδων.

### Εμβολιασμός παιδιών & εφήβων

Η απόφαση για τον εμβολιασμό των παιδιών και εφήβων οδήγησε σε πλήθος αντιδράσεων και αντιπαραθέσεων, καθώς αμφισβητήθηκε η αναγκαιότητά του σε πληθυσμούς που δεν νοσούσαν σοβαρά. Το επιχείρημα για τον εμβολιασμό των παιδιών αφο-

ρούσε κυρίως στη δυνατότητα επανέναρξης της διάζωσης εκπαίδευσης, στη μείωση της διασποράς της νόσου σε ευάλωτους πληθυσμούς και τέλος, στην αποφυγή των επιπλοκών της νόσου όπως το σύνδρομο MIS-C.

Το εμβόλιο επιτέλεσε το σκοπό του με επιτυχία, οι εμβολιασμοί προχώρησαν χωρίς επιπλοκές και είμαστε πλέον στην ευχάριστη θέση να αντιμετωπίζουμε τον κορωνοϊό ως έναν ενδημικό ιό που προσβάλλει ήπια την πλειοψηφία των παιδιών.

### Long Covid-19

Στην ύφεση της πανδημίας ο όρος του παρατεταμένου COVID-19, ή όπως τον γνωρίζουν οι περισσότεροι Long COVID-19, ήρθε στην επιφάνεια ως μακροχρόνια συνέπεια της θλοίμωξης. Πρόκειται, λοιπόν, για χρονίζοντα συμπτώματα (περισσότερο από 3 μήνες) όπως κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, πόνος στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή, αίσθημα παλμών ή γαστρεντερικές διαταραχές. Αυτά τα συμπτώματα αφορούν, βάσει των περισσότερων μελετών, το 10% των νοσούντων ενηλίκων και περίπου 5-7% των παιδιών. Είναι σημαντικό ότι ο παιδιατρικός πληθυσμός και σε αυτό τον τομέα εμφανίζει ηπιότερα συμπτώματα, ενώ η επιστροφή στη φυσιολογική καθημερινή εκπαιδευτική δραστηριότητα και κοινωνική ζωή οδήγησε σε ύφεση και σε αυτό το κλινικό σύνδρομο.

Η πανδημία από τον κορωνοϊό οδήγησε σε πρωτόγνωρες καταστάσεις την παγκόσμια κοινότητα, καθώς η υψηλή θνητότητα, οι επιπλοκές της νόσου και ο εγκλεισμός άφησαν σημαντικό αποτύπωμα. Αυτή τη στιγμή είμαστε σε διαδρομή ύφεσης, χωρίς όμως να εφησυχάζουμε. Δεν είναι η τελευταία πανδημία που θα έχουμε και γι' αυτό πρέπει να δημιουργήσουμε όλες τις συνθήκες που θα μας επιτρέψουν την έγκαιρη πρόβλεψη, καταγραφή και αντιμετώπισή τους.



**Νίκος Π. Σπυρίδης**  
Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος  
Διευθυντής Παιδιατρικής  
Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

# ΟΞΕΙΑ ΒΡΟΓΧΙΟΛΙΤΙΔΑ

## ΜΙΑ ΣΥΧΝΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



**Η** οξεία βρογχιολίτιδα είναι μια συχνή λοίμωξη του αναπνευστικού που αφορά σε παιδιά κυρίως βρεφικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των μικρών αεραγωγών (βρογχιολίων). Προκαλείται από ιούς και μας απασχολεί κατά κύριο λόγο τους χειμερινούς μήνες. Ξεκινά με συμπτώματα παρόμοια με εκείνα του κοινού κρυολογήματος, αλλά στη συνέχεια εξελίσσεται σε βήχα, συριγμό και μερικές φορές δυσκολία στην αναπνοή. Τα συμπτώματα της βρογχιολίτιδας μπορεί να διαρκούν για αρκετές ημέρες έως και εβδομάδες. Τα περισσότερα παιδιά αντιμετωπίζονται με φροντίδα στο σπίτι και μόνο ένα

μικρό ποσοστό χρειάζεται νοσηλεία στο νοσοκομείο.

### Συμπτώματα

Τις πρώτες ημέρες τα σημεία και συμπτώματα της βρογχιολίτιδας είναι παρόμοια με εκείνα του κοινού κρυολογήματος:

- ρινική καταρροή και συμφόρηση,
- βήχας,
- χαμηλός πυρετός.

Ακολουθεί συνήθως μία εβδομάδα ή περισσότερο με δυσκολία στην αναπνοή ή θορυβώδη αναπνοή στην εκπνοή (συριγμός).



Ορισμένα βρέφη μπορεί να κάνουν οξεία μέση ωτίτιδα.

### Πότε απαιτείται παιδιατρική εκτίμηση

Σε περίπτωση που το παιδί δυσκολεύεται να φάει και να πει και η αναπνοή του γίνεται πιο γρήγορη ή εργώδης, είναι απαραίτητη η εκτίμησή του από παιδίατρο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό εάν το παιδί είναι μικρότερο των τριών μηνών και έχει άλλους παράγοντες κινδύνου για σοβαρή βρογχιολίτιδα (προωρότητα, συγγενή καρδιοπάθεια ή άλλη πάθηση του αναπνευστικού).

Τα ακόλουθα σημεία και συμπτώματα αποτελούν λόγους άμεσης παιδιατρικής εκτίμησης:

- θορυβώδης αναπνοή στην εκπνοή (συριγμός),
- ταχύπνοια (>60 αναπνοές/λεπτό),
- εργώδης αναπνοή (οι πλευρές φαίνονται να μπαίνουν μέσα όταν το βρέφος εισπνέει, εισολκές μεσοπλευρίων),
- νωθρότητα, υπνηλία,
- άρνηση λήψης υγρών και τροφής,
- κυάνωση.

### Αιτιολογία

Η οξεία βρογχιολίτιδα συμβαίνει όταν ένας ιός μολύνει τα βρογχίλια που είναι οι μικρότεροι αεραγωγοί των πνευμόνων. Η λοίμωξη προκαλεί φλεγμονή και οίδημα των βρογχολίων. Βλέννη συσσωρεύεται σε αυτούς τους αεραγωγούς και κάνει δύσκολη την ελεύθερη μετακίνηση του αέρα μέσα και έξω από τους πνεύμονες.

Οι περισσότερες περιπτώσεις οξείας βρογχιολίτιδας προκαλούνται από τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV). Πρόκειται για έναν κοινό ιό που μολύνει σχεδόν όλα τα παιδιά μέχρι την ηλικία των 2 ετών. Οι επιδημίες του RSV εμφανίζονται κάθε χειμώνα και η επαναλοίμωξη από αυτό τον ιό είναι συχνή, καθώς η προηγούμενη νόσηση δεν φαίνεται να προκαλεί ανοσία για μεγάλο διάστημα. Βρογχιολίτιδα μπορεί να προκαλέσουν και άλλοι ιοί του αναπνευστικού όπως ο ρινοϊός, ο ιός της γρίπης, ο αδενοϊός κ.ά.

### Παράγοντες κινδύνου

Η οξεία βρογχιολίτιδα αφορά κυρίως σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 2 ετών. Βρέφη μικρότερα των 3 μηνών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης βρογχιολίτιδας επειδή οι πνεύμονες και το ανοσοποιητικό τους σύστημα δεν είναι πλήρως αναπτυγμένα.

Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο βρογχιολίτιδας σε βρέφη και πιο σοβαρή νόσηση είναι οι ακόλουθοι:

- προωρότητα,
- υποκείμενη νόσος του καρδιαγγειακού ή του αναπνευστικού,
- ανοσοκαταστολή,
- έκθεση στον καπνό τσιγάρου,
- τεχνητή διατροφή,

- συγχρωτισμός με πολλά παιδιά όπως στον παιδικό σταθμό,
- αδέρφια που πηγαίνουν σχολείο ή παιδικό σταθμό.

### Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της οξείας βρογχιολίτιδας περιλαμβάνουν:

- κυάνωση (μπλε χείλια ή δέρμα) που προκαλείται από την έλλειψη οξυγόνου,
- άπνοια (διακοπή της αναπνοής) που συχνότερα συμβαίνει στα πρόωρα και στα βρέφη τους δύο πρώτους μήνες ζωής,
- αφυδάτωση,
- χαμηλά επίπεδα οξυγόνου και αναπνευστική ανεπάρκεια.

Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο.

### Πρόληψη

Επειδή οι ιοί που προκαλούν βρογχιολίτιδα μεταδίδονται από άτομο σε άτομο, ένας από τους καλύτερους τρόπους πρόληψης είναι το συχνό πλύσιμο των χεριών, ειδικά πριν την ενασχόληση με το βρέφος σε περίπτωση συμπτωμάτων κοινού κρυολογήματος. Η χρήση μάσκας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι, επίσης, απαραίτητη.

### Εμβόλια και φαρμακευτική αγωγή

Δεν υπάρχουν εμβόλια για τα πιο συνηθισμένα αίτια βρογχιολίτιδας (RSV και ρινοϊούς).

Τα βρέφη που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη από RSV έχουν ένδειξη χορήγησης ενός φαρμάκου που λέγεται Synagis, προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα λοίμωξης από RSV.

Η αντιμετώπιση της οξείας βρογχιολίτιδας είναι κυρίως υποστηρικτική (οξυγονοθεραπεία, ενυδάτωση και μηχανικός αερισμός εάν είναι απαραίτητος). Η χορήγηση βρογχοδιασταλτικών ή κορτικοστεροειδών δεν φαίνεται να έχει αποτέλεσμα και δεν συνιστάται.



**Μόνικα Τσαρτσάλη**  
Παιδίατρος-Πνευμονολόγος  
Αναπληρώτρια Διευθύντρια  
Παιδιατρικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

# ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ



**Τ**α λιπίδια είναι απαραίτητα για τον ανθρώπινο οργανισμό, καθώς αποτελούν σημαντική πηγή ενέργειας και παράλληλα βοηθούν στη σύνθεση ουσιών όπως ορμονών και βιταμινών. Διαταραχές των επιπέδων των λιπιδίων ονομάζονται δυσλιπιδαιμίες με κυριότερη εξ αυτών την υπερκολληστερολαιμία, δηλαδή την υψηλή χοληστερόλη (πιο γνωστή ως χοληστερίνη). Οι δυσλιπιδαιμίες αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά επεισόδια, τα οποία είναι γνωστό ότι αποτελούν μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η υπερκολληστερολαιμία δεν αφορά αποκλειστικά την ενήλικη ζωή. Αν και τα παιδιά κατά κανόνα δεν κινδυνεύουν από καρδιαγγειακά επεισόδια, η διάγνωση της υπερκολληστερολαιμίας είναι πολύ σημαντικό να γίνεται νωρίς, καθώς στη νεαρή ζωή οι βλάβες των αγγείων είναι αναστρέψιμες. Η έγκαιρη αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου από την παιδική ηλικία είναι το κλειδί για την προστασία της υγείας των αγγείων και την αποφυγή επικίνδυνων για τη ζωή καρδιαγγειακών επεισοδίων στο μέλλον.

Ένα από τα πιο συχνά ερωτήματα είναι πώς είναι δυνατόν ένα μικρό παιδί, ιδιαίτερα μάλιστα εάν είναι λεπτόσωμο, να έχει υψηλές τιμές χοληστερόλης. Η υπερκολληστερολαιμία στα παιδιά στην πλειονότητα των περιπτώσεων οφείλεται σε γενετικά αίτια, δηλαδή έχει κληρονομηθεί από έναν ή και τους δύο γονείς. Μάλιστα, η οικογενής υπερκολληστερολαιμία είναι η συχνότερη γενετική νόσος, με επίπτωση που υπολογίζεται περίπου σε 1 ανά 250 άτομα.

---

## Κάθε 1 λεπτό στον πλανήτη μας γεννιέται ένας άνθρωπος με κληρονομική υπερκολληστερολαιμία!

Πολύ πιο σπάνια μπορεί να οφείλεται σε άλλα νοσήματα όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός και ο σακχαρώδης διαβήτης, σε φάρμακα ή να έχει διατροφικά αίτια.

### Ποια, όμως, είναι η κατάλληλη ηλικία για να υποβληθεί ένα παιδί σε έλεγχο λιπιδίων;

Τα επίπεδα χοληστερόλης σταθεροποιούνται μετά την ηλικία των 4 ετών. Πριν από αυτή την ηλικία και οπωσδήποτε όχι πριν από τα δύο έτη ζωής, οφείλουμε να ελέγξουμε μόνο τα παιδιά που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, δηλαδή αυτά που έχουν ιστορικό κληρονομικής υπερκολληστερολαιμίας στην οικογένεια ή νόσημα που να προδιαθέτει σε υψηλές τιμές χοληστερόλης. Τα υπόλοιπα παιδιά συστήνεται να ελεγχθούν για πρώτη φορά σε ηλικία 9-11 ετών και εάν τα επίπεδα είναι φυσιολογικά, να γίνει ένας δεύτερος προληπτικός έλεγχος σε ηλικία 17-21 ετών.

Για την αντιμετώπιση της υπερκολληστερολαιμίας ακρογωνιαίο λίθο αποτελεί η σωστή διατροφή και η άθληση. Καταρχάς, στην παιδική ηλικία δεν εφαρμόζουμε ποτέ στερητικές δίαιτες. Τα παιδιά με υψηλή χοληστερόλη πρέπει, όπως άλλωστε ισχύει για όλα τα παιδιά, να αποκτήσουν σωστές διατροφικές συ-

νήθειες από νωρίς, οι οποίες και θα αποτελέσουν τα θεμέλια για μια υγιή ενήλικη ζωή.

Οφείλουμε, λοιπόν, να μάθουμε στα παιδιά μας να τηρούν τα προγραμματισμένα τους γεύματα και να μην «τσιμπολογούν» ενδιάμεσα από αυτά, να περιλαμβάνουν στο διαιτολόγιό τους όλες τις ομάδες των τροφίμων και να αποφεύγουν την κατανάλωση τηγανισμένων ή τσιγαρισμένων φαγητών, καθώς και τροφών που περιέχουν μεγάλη ποσότητα επεξεργασμένης ζάχαρης όπως τα γλυκά.

Ενθαρρύνουμε την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθημερινώς, ενώ στο εβδομαδιαίο διαιτολόγιο πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνονται το κόκκινο κρέας, ιδανικά άπαχο, το ψάρι και τα όσπρια. Επιτρέπεται η κατανάλωση 2-3 κρόκων αυγών εβδομαδιαίως, ενώ από την ηλικία άνω των 2 ετών προτιμάμε τα μερικώς αποβουτυρωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα. Παιδιά παχύσαρκα ή με πολύ υψηλές τιμές χοληστερόλης θα πρέπει να παρακολουθούνται από διατροφολόγο. Παράλληλα, ενθαρρύνουμε τη σωματική δραστηριότητα μέσω της άθλησης και του παιχνιδιού, περιορίζοντας ταυτοχρόνως το χρόνο ενασχόλησης με οθόνη, ο οποίος δεν θα πρέπει να ξεπερνάει σε καμία περίπτωση την μία ώρα ημερησίως.

Τα παιδιά που συνεχίζουν να έχουν υψηλές τιμές χοληστερόλης παρά την εφαρμογή των διαιτητικών παρεμβάσεων για τουλάχιστον 6 με 12 μήνες, έχουν ένδειξη για φαρμακευτική αγωγή. Η αγωγή αυτή δίνεται στα Ειδικά Λιπιδαιμικά Ιατρεία κατά κανόνα σε παιδιά ηλικίας άνω των 8-10 ετών. Σήμερα διαθέτουμε αποτελεσματικά και ασφαλή φάρμακα που έχουν μελετηθεί σε παιδιά για περισσότερο από 20 έτη.

---

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η οικογενής υπερκολληστερολαιμία αποτελεί μια συχνή νόσο που στην παιδική ηλικία διαδράμει σιωπηλά. Χρειάζεται ευαισθητοποίηση και σωστή ενημέρωση, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της είναι ζωτικής σημασίας για τη μελλοντική υγεία των παιδιών.



---

**Μαρία Παπαδάκη**  
Παιδίατρος  
Αναπληρώτρια Διευθύντρια  
Παιδιατρικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ



# ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ;



**Η** παιδιατρική ακτινολογία αποτελεί υποειδικότητα της ακτινολογίας που περιλαμβάνει απεικονιστικές εξετάσεις διαφορετικών συστημάτων σε νεογνά, βρέφη και παιδιά.

## Στόχος της παιδιατρικής ακτινολογίας είναι η έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση παιδιατρικών παθήσεων που βοηθά στην κατάλληλη αντιμετώπιση των μικρών ασθενών.

### Τι είναι η παιδιατρική ακτινολογία;

Η παιδιατρική ακτινολογία είναι η υποειδικότητα της ακτινολογίας που μελετά με διαφορετικές μεθόδους τον παιδιατρικό πληθυσμό από τη νεογνική μέχρι την εφηβική ηλικία. Στις ακτινολογικές μεθόδους περιλαμβάνονται οι απλές ακτινογραφίες, οι ειδικές ακτινολογικές εξετάσεις που γίνονται με χρήση ειδικών φαρμάκων «των σκιαγραφικών» (όπως η ανιούσα κυστεοουρηθρογραφία, ο υποκλισμός, η μελέτη του ανώτερου πεπτικού, η μελέτη κατάποσης, η μελέτη τραχειο-οισοφαγικού συριγγίου), τα υπερηχογραφήματα, οι αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες. Τα τελευταία χρόνια στο πεδίο της παιδιατρικής ακτινολογίας έχει προστεθεί η μαγνητική τομογραφία εμβρύων για τη λεπτομερέστερη μελέτη εμβρύων με παθολογικά ευρήματα από το υπερηχογράφημα κύησης.

### Είναι όλες οι μέθοδοι απεικόνισης ασφαλείς για τα παιδιά;

Κάποιες μέθοδοι απεικόνισης έχουν ακτινοβολία (ακτίνες Χ), η οποία είναι επιβλαβής στους αναπτυσσόμενους ιστούς, εφόσον δεν χρησιμοποιηθεί για τις σωστές ενδείξεις ή με το σωστό τρόπο και δόσολογία. Όταν είναι απαραίτητο να γίνει σε παιδί μια τέτοια εξέταση, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί σε τμήμα εξοικειωμένο με την απεικόνιση των παιδιών όπως το τμήμα Παιδιατρικής Ακτινολογίας του ΜΗΤΕΡΑ, ώστε να χρησιμοποιηθούν τα σωστά μηχανήματα και τα κατάλληλα πρωτόκολλα «παιδιατρικής δόσης». Έτσι, το παιδί επιβαρύνεται με τη λιγότερη δυνατή ακτινοβολία προκειμένου να προκύψει η σωστή διάγνωση. Οι μέθοδοι απεικόνισης που δεν έχουν καθόλου ακτινοβολία είναι το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία.

### Ποιες είναι οι πιο συχνές απεικονιστικές εξετάσεις που κάνει ένα παιδί;

Όλες οι απεικονιστικές εξετάσεις στα παιδιά πραγματοποιούνται όταν υπάρχει ένδειξη από τον παιδίατρο.

Η συχνότερη, ευκολότερη και πιο ακίνδυνη απεικονιστική εξέταση στην οποία μπορεί να υποβληθεί

ένα παιδί είναι το υπερηχογράφημα που γίνεται πρακτικά σε όλα τα σημεία του σώματος.

Ακολουθούν οι απλές ακτινογραφίες: θώρακα (σε βήχα, πυρετό ή ακροαστικά ή κατάποση ξένου σώματος) και οστών (σε κακώσεις) που με τα σωστά παιδιατρικά πρωτόκολλα έχουν μικρή επιβάρυνση ακτινοβολίας.

Τα τελευταία χρόνια έχει κερδίσει σημαντικό έδαφος στην απεικόνιση των παιδιών κάθε ηλικίας και στα έμβρυα η μαγνητική τομογραφία, η οποία χωρίς καθόλου ακτινοβολία παρέχει σημαντικές πληροφορίες σε κλινικά ερωτήματα.

### Πώς συνεργάζεται ένα μικρό παιδί για να υποβληθεί σε απεικονιστικές εξετάσεις;

Όταν το παιδί πρέπει να υποβληθεί σε απεικονιστικές εξετάσεις, είναι ουσιώδες να αντιμετωπίζεται σε τμήματα εξοικειωμένα με το χειρισμό μωρών και μικρών παιδιών. Η προσέγγιση ξεκινά από το χώρο αναμονής που πρέπει να είναι φιλικός προς τα παιδιά και τους συχνά αγχωμένους γονείς. Στο ΜΗΤΕΡΑ δίνουμε μεγάλη σημασία στη δημιουργία ευχάριστου και φιλικού περιβάλλοντος: υπάρχουν παιχνίδια για παιδιά διαφορετικών ηλικιών, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Οι γονείς είναι ευπρόσδεκτοι στους χώρους των ακτινολογικών εξετάσεων για να αισθάνεται το παιδί ασφαλές και να είναι ήρεμο.

Ειδικά για τα παιδιά που υποβάλλονται σε μαγνητική τομογραφία διαθέτουμε παιχνίδι-εξομοιωτή του τομογράφου, όπου, πριν μπουν για εξέταση, «εξετάζουν» μόνα τους κάποιες ειδικές κούκλες και παρακολουθούν σε οθόνη τις ιστορίες τους. Έτσι, καταλαβαίνουν πώς θα γίνει η εξέταση, πώς ο γιατρός θα πάρει τις «φωτογραφίες», ηρεμούν και συνεργάζονται.

Στα πολύ μικρά παιδιά, οι τομογραφίες γίνονται με καταστολή από παιδοαναισθησιολόγο που παρίσταται σε όλη τη διάρκεια της εξέτασης, εξασφαλίζει την ήρεμη διεξαγωγή της εξέτασης και την ομαλή αφύπνιση του παιδιού.



Γεωργία Παπαϊωάννου  
Παιδοακτινολόγος  
Διευθύντρια Τμήματος Παιδιατρικής  
Ακτινολογίας ΜΗΤΕΡΑ

# ΘΩΡΑΚΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

ΜΙΑ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ





**Η** Παιδοκαρδιοχειρουργική ως ο πλέον εξειδικευμένος τομέας της Χειρουργικής και δη της Καρδιοχειρουργικής που αποσκοπεί απόλυτα στην επιδιόρθωση συγγενών καρδιακών παθήσεων ή ανωμαλιών σε έμβρυα, βρέφη, παιδιά, εφήβους ή νεαρούς ενήλικες εξελίσσεται συνεχώς.

Οι παιδοκαρδιοχειρουργοί χρησιμοποιούν όλες τις αναγκαίες και εξειδικευμένες χειρουργικές τεχνικές για την εκάστοτε περίπτωση, οι οποίες με την πάροδο των χρόνων, αλλά και τις νέες τεχνολογικές χειρουργικές εξελίξεις, γίνονται όλο και πιο ελάχιστα επεμβατικές.

Οι παιδιατρικοί ασθενείς δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να αντιμετωπιστούν ως μια απλή «μικρογραφία» των ενηλίκων ασθενών. Ως εκ τούτου, οι χειρουργικές διαδικασίες, οι τεχνικές και η μετεγχειρητική φροντίδα των παιδιών διαφέρουν σημαντικά από εκείνες των ενηλίκων. Για τους λόγους αυτούς απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα, όχι μόνο για τη χειρουργική αντιμετώπιση της σχετιζόμενης με τη νόσο παθήσεως, αλλά και για την εκπλήρωση των απαιτήσεων τόσο της μακροχρόνιας λειτουργικότητας, χωρίς επιπλοκές και επανεγχειρήσεις, όσο και της αισθητικής, οι οποίες αποτελούν βασικές ανησυχίες και των ασθενών, αλλά και του περιβάλλοντός τους.

#### **Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική**

Ως ένα περαιτέρω βήμα για τη μείωση της «επεμβατικότητας» χρησιμοποιείται πλέον όλο και περισσότερο η μέθοδος της Θωρακοσκοπικής ή Πλήρως Ενδοσκοπικής Καρδιοχειρουργικής (Thoracoscopic Cardiac Surgery or Complete Endoscopic Cardiac Surgery). Η νέα αυτή «εποχή» της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής χωρίς την κλασική διάνοιξη του στέρνου ή του θώρακα, βοηθά ακόμα περισσότερο στην ελαχιστοποίηση του τραύματος, σε μειωμένες έως μηδενικές επιπλοκές και στην πιο γρήγορη επαναφορά του ασθενούς στη φυσιολογικότητα.

Πολύ σημαντικό να επισημάνουμε στο σημείο αυτό ότι το αισθητικό αποτέλεσμα είναι άψογο και σχεδόν μη ορατό, μιας και οι οπές αυτές είναι ελάχιστες (1-3 cm).

Η χειρουργική διαδικασία πραγματοποιείται μέσω μικρών τομών στα ενδιάμεσα διαστήματα των πλευρών στο θώρακα του ασθενούς, οπών όπου τοποθετούνται εξειδικευμένα και απόλυτης ακριβείας εργαλεία, με τα οποία ο καρδιοχειρουργός εκτελεί μεθοδικά και με λεπτούς χειρισμούς την αποκατάσταση της καρδιακής βλάβης, έχοντας συνεχή εικόνα του σημείου μέσω ειδικής μεγεθυντικής κάμερας (ενδοσκόπιο).

Επί του παρόντος, η Θωρακοσκοπική πλήρως ενδοσκοπική Καρδιοχειρουργική θεωρείται μια πρωτοποριακή χειρουργική προσέγγιση σε μεγάλα παιδιά και ενήλικες με συγγενείς ή επίκτητες καρδιακές παθή-

σεις και χρησιμοποιείται για:

- επιδιορθώσεις και αντικαταστάσεις καρδιακών βαλβίδων,
- σύγκλειση μεσοκολπικών & μεσοκοιλιακών επικοινωνιών,
- αφαίρεση καρδιακών όγκων,
- αποκατάσταση υπερτροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας,
- επανεπεμβάσεις καρδιάς.

#### **Πλεονεκτήματα**

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι πολυάριθμα και καθοριστικής σημασίας και περιλαμβάνουν:

- ελαχιστοποίηση του ιστικού τραύματος με ταυτόχρονη αποκατάσταση της φυσιολογικής καρδιακής ανατομίας.
- σημαντική μείωση απώλειας αίματος και της αναγκαιότητας μεταγγίσεων.
- μικρότερα ποσοστά διεγχειρητικών & μετεγχειρητικών λοιμώξεων.
- συντομότερη παραμονή του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αλλά και μικρότερο χρόνο συνολικής νοσηλείας και φροντίδας του στο νοσοκομείο.
- γρηγορότερη επαναφορά και κινητοποίηση του ασθενούς.
- ελεγχόμενο και σε φυσιολογικό πλαίσιο μετεγχειρητικό πόνο.
- αποφυγή υποτροπής της αποκαθιστάμενης καρδιακής νόσου ή δυσλειτουργίας.
- άψογο σε όλα τα επίπεδα αισθητικό αποτέλεσμα.

Στην Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική Παίδων και Ενηλίκων Συγγενών Καρδιοπαθειών του ΜΗΤΕΡΑ παρέχεται η δυνατότητα Ελάχιστα Επεμβατικών Χειρουργικών επεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένης και της Θωρακοσκοπικής-Ενδοσκοπικής Καρδιοχειρουργικής σε παιδιά, εφήβους, αλλά και ενήλικες με συγγενείς και επίκτητες καρδιοπάθειες.



#### **Φώτιος Μητρόπουλος**

Καρδιοχειρουργός Παίδων, Ενηλίκων  
& Συγγενών Καρδιοπαθειών  
Διευθυντής Α' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Παίδων  
και Ενηλίκων Συγγενών Καρδιοπαθειών, ΜΗΤΕΡΑ

# ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΑΘΛΗΣΗ

**Ο**ι καρδιακές δυσπλασίες αποτελούν τη συχνότερη μορφή συγγενών (εκ γενετής) ανωμαλιών του εμβρύου. Περίπου 1 στα 100 παιδιά γεννιούνται με συγγενή καρδιοπάθεια, ενώ περί το 50-60% των παιδιών αυτών θα χρειαστούν κάποια διορθωτική παρέμβαση, κυρίως στην παιδική ηλικία, για να αποκατασταθεί ή να βελτιωθεί η καρδιακή ανατομία και λειτουργία. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των καρδιοπαθών παιδιών καταφέρνει στις μέρες μας να φτάσει στην ενηλικίωση σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90%.

Αυτοί οι νεαροί ενήλικες έχουν κίνδυνο να αναπτύξουν αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, μεταβολικό σύνδρομο ή και παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια, όπως και ο γενικός πληθυσμός, ενώ κατά περιπτώσεις διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο όταν συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου για τα ανωτέρω.

Ως εκ τούτου, η απώτερη μακροχρόνια υγεία και επιβίωσή τους εξαρτάται από όλους τους παράγοντες καλής καρδιαγγειακής υγείας, όπως ισχύει και για τον γενικό πληθυσμό. Αυτό συνίσταται σε καλή διατροφή και σωματική δραστηριότητα ή και οργανωμένη άσκηση, στο βαθμό που είναι επιτρεπτό από τον ιατρό τους. Παιδιά στα οποία δεν επιτρέπεται η άθληση γίνονται συνήθως υπέρβαρα με μειωμένη αντοχή στην κόπωση.

Στο παρελθόν επικρατούσε ο μύθος ότι σε παιδιά που είχαν χειρουργηθεί για συγγενή καρδιοπάθεια δεν επιτρεπόταν η άσκηση, ενώ στις μέρες μας επιστημονικές δημοσιεύσεις έχουν καταδείξει ακριβώς το αντίθετο. Συγκεκριμένα, παιδιά και νεαροί ενήλικες με άρτια αποκατάσταση της καρδιοπάθειας μπορούν να συμμετέχουν ακόμα και σε πρωταθλητισμό. Κατά αντιστοιχία, ακόμα και για ασθενείς με σοβαρές καρδιοπάθειες, όπως μονήρης κοιλία, συνιστάται να κάνουν διαφόρων επιπέδων άσκηση, ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες, καθώς έχει βρεθεί ότι η δραστηριότητα δύναται να βελτιώσει την καρδιακή λειτουργία, να μειώσει την αρτηριακή πίεση και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης.

Επομένως, κάθε παιδί με συγγενή καρδιοπάθεια πρέπει να ενθαρρύνεται να κάνει γυμναστική στο σχολείο του, αλλά και ως εξωσχολική δραστηριότητα, σύμφωνα με τις οδηγίες του ειδικού Παιδοκαρδιολόγου.

Για αυτό το λόγο, η Ευρωπαϊκή Παιδοκαρδιολογική Εταιρεία έχει εκδώσει κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τα συνιστώμενα επίπεδα άσκησης για διάφορες συγγενείς καρδιοπάθειες και προτείνει 60 λεπτά μετρίου επιπέδου άσκησης καθημερινά. Η συμβουλευτική αυτή πρέπει πλέον να γίνεται ως ρουτίνα κατά την περιοδική εξέταση του παιδιού από τον Παιδοκαρδιολόγο, καθώς οι βάσεις για έναν υγιή τρόπο ζωής μπαίνουν από νωρίς στην παιδική ηλικία.

Εξαίρεση στα ανωτέρω αποτελούν ασθενείς με σοβαρή πνευμονική υπέρταση, ανωμαλίες των στεφανιαίων αγγείων, αρρυθμιολογικά νοσήματα, μυοκαρδιοπάθειες κ.ά. νοσήματα, για τα οποία πρέπει να δίδονται εξατομικευμένες συμβουλές.



**Αφροδίτη Τζίφα**

Παιδοκαρδιολόγος – Καρδιολόγος  
Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων  
Διευθύντρια Κλινικής  
Παιδοκαρδιολογίας και Συγγενών  
Καρδιοπαθειών Ενηλίκων,  
Επιστ. Συνεργάτις ΥΓΕΙΑ και ΛΗΤΩ









# ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

## ΑΓΩΝΙΕΣ & ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

**Η** προοπτική ενός χειρουργείου προκαλεί κάποιου βαθμού άγχος σε όλους μας ανεξαιρέτως. Πόσο μάλλον όταν πρόκειται για το παιδί μας. Σκοπός μας με αυτό το κείμενο είναι να σας βοηθήσουμε να πάρει στο μυαλό σας η υπόθεση «χειρουργείο» τις πραγματικές του διαστάσεις. Ας ξεκινήσουμε από τα δύσκολα. Το πρώτο, λοιπόν, πράγμα που απασχολεί τους γονείς στο άκουσμα της λέξης «χειρουργείο» είναι αν αυτό μπορεί να αποφευχθεί. Αυτή, λοιπόν, είναι μια πρόκληση για τη συναισθηματική ευφυΐα του γονιού και

για τις επικοινωνιακές ικανότητες του γιατρού. Ποια είναι η συμβουλή μου; Ακούστε προσεκτικά αυτό που σας αναλύεται. Πολλές φορές κυριαρχεί το άγχος, με αποτέλεσμα την ώρα που μιλάει ο γιατρός εσείς να σκέφτεστε τις αμφιβολίες σας και τις ερωτήσεις σας. Αμέσως μετά, μη φοβάστε να ρωτήσετε ό,τι δεν καταλάβατε ή ό,τι δεν αναλύθηκε. Κανείς δεν γεννήθηκε γιατρός!

### Τι θα πρέπει να καλυφθεί;

- τι είναι η πάθηση, πέρα από ένας πολύπλοκος ιατρικός όρος (το σχέδιο σε χαρτί λύνει πολλές απορίες).



- γιατί η λύση είναι το χειρουργείο;
- υπάρχει εναλλακτική θεραπεία;
- τι θα συμβεί αν δεν χειρουργηθεί και τι αν καθυστερήσει το χειρουργείο;
- ποια είναι, αναλυτικά, η διαδικασία πριν από το χειρουργείο (από την εισαγωγή έως την αίθουσα του χειρουργείου);
- τι περιμένουμε μετά το χειρουργείο;
- πότε επιστρέφουμε στην κανονικότητα και με ποιους όρους;

Από εκεί και πέρα, καλό θα είναι να επιλέξετε γιατρό με τον οποίο έχετε ένα καλό επίπεδο επικοινωνίας.

#### Γενική αναισθησία

Το δεύτερο μεγάλο άγχος είναι η Γενική Αναισθησία, η οποία αντιμετωπίζεται δυστυχώς ως ο μεγάλος εχθρός. Στην πραγματικότητα η Γενική Αναισθησία είναι η φίλη των παιδιών. Αυτή φροντίζει το παιδί να μη βιώσει άγχος, πόνο ή αποχωρισμό από τον γονιό. Το παιδί «κοιμάται» στην αγκαλιά του γονέα και όταν αρχίζει να ανακτά επαφή με το περιβάλλον είναι πάλι μαζί με τους γο-

νείς. Είναι δε στις ημέρες μας εξαιρετικά ασφαλής. Πιστέψτε με. Κάθε μέρα κάνετε μαζί με το παιδί σας πράγματα που, στατιστικά, είναι πολύ πιο επικίνδυνα.

#### Θα πονέσει το παιδί;

Η αλήθεια είναι πως στα χειρουργεία ρουτίνας τα καταφέρνουμε πολύ καλά. Λίγοι οι αναισθησιολόγοι με τα κατάλληλα φάρμακα, λίγοι οι χειρουργοί με τη διεχειρητική τοπική ή περιοχική αναισθησία καταφέρνουμε οι μικροί ασθενείς να μη βιώσουν πόνο. Ακόμη και στα μεγαλύτερα χειρουργεία, τελικά, αυτό που ενοχλεί περισσότερο τα παιδιά είναι τα διάφορα «σωληνάκια» και monitors παρά πραγματικός πόνος.

#### Πόσο θα χρειαστεί να νοσηλευτεί;

Η επόμενη συνήθως ερώτηση είναι πόσο θα μείνουμε στο νοσοκομείο και πότε το παιδί θα είναι καλά. «Μα, είναι τόσο μικρό και εύθραυστο!» Εδώ βρίσκεται η με-

γαλύτερη πλάνη. Θα σας λυπήσω, αλλά εμείς είμαστε οι εύθραυστοι. Τα νεογνά, βρέφη, παιδιά είναι υγιείς, κατά τα άλλα, οργανισμοί, με τεράστιες επουλωτικές δυνατότητες και ταχύτατη αποθεραπεία. Δεν είναι σπάνιο παιδιά που έχουν υποστεί χειρουργείο 5-8 ωρών, μετά από 2-3 ημέρες να φεύγουν από το νοσοκομείο χαμογελαστά και χαρωπά. Έχω βρει κοριτσάκι 22 μηνών, 24 ώρες μετά από βαρύ χειρουργείο, να χρησιμοποιεί το κρεβάτι ως τραμπολίνο. Όλα αυτά, βέβαια, εφόσον τη διαχείριση την έχουν άνθρωποι εκπαιδευμένοι να διαχειρίζονται νεογνά, βρέφη και μικρά παιδιά. Στα χειρουργεία ρουτίνας το παιδί σας, λοιπόν, θα φύγει από το νοσοκομείο, λίγες ώρες μετά, περιπατητικό. Θα σας δοθεί δε η οδηγία, σε κάποια από αυτά, για καμιά εβδομάδα «το παιδί να προσέχει» και εσείς δεν θα μπορείτε να το συγκρατήσετε. Εδώ να εξηγήσουμε δε πως το «να προσέχει» σημαίνει να μη γίνονται υπερβολές όπως παιδότοπος, οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες κτλ. Διαφορετικά, παιδιά είναι, θα τρέξουν, θα κλωτσήσουν, θα χοροπηδήσουν. Δεν μπορείτε να κάνετε κάτι για αυτό ούτε παθαίνουν τίποτα από αυτό.

#### Διαχείριση ραμμάτων & αισθητικό αποτέλεσμα

Η τελευταία ερώτηση έχει να κάνει με τη διαχείριση ραμμάτων και το αισθητικό αποτέλεσμα. Συνήθως τα ράμματα είτε βρίσκονται κάτω από το δέρμα είτε είναι απορροφήσιμα. Δεν θα έχετε και πολλά πράγματα να κάνετε για τη φροντίδα του τραύματος. Το δε αισθητικό κομμάτι ως επί το πλείστον είναι άριστο. Σε αυτό συμβάλλουν τόσο τα μοντέρνα υλικά που χρησιμοποιούνται όσο και η άριστη επουλωτική ικανότητα των παιδιών που συζητήσαμε νωρίτερα.

Πραγματικά, σας εύχομαι να μη χρειαστείτε ποτέ, τόσο εσείς όσο και τα παιδιά σας, τις υπηρεσίες μας. Αν όμως τις χρειαστείτε, εύχομαι ως γονιός προς γονιούς, με αυτό το κείμενο να απαλύνουμε το άγχος σας και να μετριάσαμε τους φόβους σας. Καλή επιτυχία!



**Γιώργος Σπιρίδης**  
Παιδοχειρουργός  
Διευθυντής Β' Παιδοχειρουργικής  
Κλινικής & Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας,  
Παίδων ΜΗΤΕΡΑ

# ΣΙΤΙΣΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ







Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) που είναι εν ισχύ, «τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους, για να έχουν την ιδανική αύξηση, ανάπτυξη και υγεία».

Το μητρικό γάλα αποτελεί σημαντική πηγή ενέργειας και θρεπτικών συστατικών για τα παιδιά και μπορεί να καλύψει το μισό ή και περισσότερο των ενεργειακών αναγκών του βρέφους ηλικίας 6-12 μηνών και το ένα τρίτο από τις ενεργειακές ανάγκες στην ηλικία 12-24 μηνών.

Δυστυχώς, τα ποσοστά των βρεφών που θηλάζουν (και ιδιαίτερα αποκλειστικά) είναι χαμηλά στη χώρα μας. Συνιστάται να ενθαρρύνεται ο μητρικός θηλασμός και οι μητέρες να ζητούν βοήθεια και στήριξη από τους ιατρούς, τις μαίες, τις συμβούλους θηλασμού, την οικογένεια, το εργασιακό περιβάλλον και την πολιτεία. Βρεφικό τροποποιημένο γάλα αγελάδος χορηγείται εναλλακτικά σε βρέφη που δεν μπορούν να θηλάσουν.

#### **Εισαγωγή στερεών τροφών**

Από τον 6ο μήνα το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες των βρεφών και επομένως, άλλες στερεές τροφές εισάγονται παράλληλα με το μητρικό γάλα (συμπληρωματική διατροφή). Η εισαγωγή στερεών τροφών συνιστάται να μη γίνεται πριν τη συμπλήρωση των 4 μηνών ζωής, διότι αναγκαία προϋπόθεση για επιτυχή σίτιση είναι να στηρίζει καλά το κεφάλι του στην καθιστή θέση, να αναγνώνει και να δέχεται το κουτάλι, να ανοίγει το στόμα και να καταπίνει την τροφή χωρίς να πνίγεται.

Συστήνεται η κατανάλωση σπιτικών βρεφικών τροφών, που προετοιμάζονται σωστά, με φρέσκα και υγιεινά υλικά. Τα λαχανικά και τα φρούτα συστήνεται να είναι εποχιακά και τοπικά παραγόμενα. Δεν υπάρχει καθορισμένη σειρά εισαγωγής των τροφίμων, αλλά προτιμώνται τροφές πλούσιες σε σίδηρο όπως κόκκινο και λευκό κρέας. Η γλουτένη (π.χ. σιτάρι, κριθάρι, σίκαλη) εισάγεται σε μικρές ποσότητες καθ' όλο το 1ο έτος της ζωής. Τα φρούτα θα πρέπει να χορηγούνται αλεσμένα και όχι ως χυμοί (φρέσκοι ή τυποποιημένοι). Το αυγό και το ψάρι εισάγονται από τον 8ο μήνα και τα όσπρια από τον 9ο μήνα. Η εισαγωγή ποικιλίας τροφίμων με διαφορετικές γεύσεις και αρώματα και λαχανικών εξασφαλίζει όχι μόνο την πρόσληψη όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών αλλά και την αποδοχή αυτών των διαφορετικών τροφίμων στη συνέχεια. Ενθαρρύνεται η Μεσογειακή διατροφή.

Ένα βρέφος μπορεί να χρειαστεί να λάβει μια νέα γεύση τουλάχιστον 8 έως 10 φορές πριν από την τε-

λική αποδοχή της. Παράλληλα με την εισαγωγή των στερεών τροφών θα πρέπει να ξεκινήσει η προσφορά νερού. Από τον 10ο μήνα ζωής μπορεί σταδιακά να σταματήσει η πολτοποίηση των τροφών.

Τροφές που θα πρέπει να αποφεύγονται τον 1ο χρόνο ζωής:

- φρέσκο, μη τροποποιημένο γάλα εμπορίου,
- αλάτι,
- ζάχαρη και τα τρόφιμα που την περιέχουν,
- μέλι (κίνδυνος αλλαντίασης),
- χυμοί φρούτων,
- τσάι και αφεψήματα,
- ολόκληροι ξηροί καρποί,
- ολόκληρα σκληρά κομμάτια φρούτων (κίνδυνος πνιγμονής).

Τα βρέφη που θηλάζουν ενθαρρύνονται να συνεχίζουν κανονικά τον κατ' απαίτηση μητρικό θηλασμό (on demand) και στο 2ο εξάμηνο της ζωής ταυτόχρονα με την επαρκή πρόσληψη στερεών τροφών. Τα βρέφη που δεν θηλάζουν, μετά τη συμπλήρωση του 6ου μήνα, μπορούν να καλύψουν τις απαιτήσεις σε γάλα με δύο γεύματα τροποποιημένου γάλακτος 2ης βρεφικής ηλικίας την ημέρα, ενώ θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια να μην αντικαθιστούν άλλα γεύματα στερεών τροφών με γάλα.

Η σίτιση του βρέφους θα πρέπει να είναι μια ευχάριστη στιγμή, διαδραστική, υποστηρικτική σε ασφαλές περιβάλλον και το βρέφος να ενθαρρύνεται να πειραματίζεται με νέες τροφές και γεύσεις. Πρέπει να αποφεύγεται η σίτιση με απόσπαση ή η καταναγκαστική σίτιση με το ρολόι ή η σίτιση με βία για να ολοκληρώσει κάθε γεύμα. Ο υπερσιτισμός του βρέφους οδηγεί στην παχυσαρκία με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.



**Αίγλη Ζέλλου**

Παιδογαστρεντερολόγος

Διευθύντρια Τμήματος Παιδογαστρεντερολογίας  
Παιδων ΜΗΤΕΡΑ

# ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

**Ο** όρος «τραύμα» προέρχεται από το αρχαιοελληνικό ρήμα «πιτρώσκω» (πληγώνω) και σημαίνει τη βίαιη λύση της συνέχειας των ιστών (σωματικό τραύμα) που ανάλογα με την ένταση επηρεάζει το δέρμα, τους μύες, τα οστά (κατάγματα) και τα εσωτερικά όργανα.

Σε ψυχικό επίπεδο, όταν ο οργανισμός βιώνει έντονο συναισθηματικό γεγονός που αδυνατεί να το διαχειριστεί δημιουργείται ψυχικό τραύμα. Ως αναπτυσσόμενος οργανισμός το παιδί είναι πολύ πιο ευαίσθητο σε σύγκριση με τον ενήλικα όσον αφορά τόσο στο σωματικό όσο και στο ψυχικό τραύμα. Έτσι, λοιπόν, σωματικό τραύμα που προέρχεται από βία ίδιας τάξεως μεγέθους στον ενήλικα προκαλεί σοβαρό τραυματισμό, ενώ στο παιδί μπορεί να του στερήσει τη ζωή.

## Ταξινόμηση τραύματος

Όσον αφορά στην ταξινόμηση του τραύματος ανάλογα με τον εξωτερικό παράγοντα που επέδρασε, διακρίνουμε αυτά που προέρχονται από:

- μηχανική βία (μηχάνημα περιστροφής),
- δυναμική ενέργεια (πτώση από ύψος),
- κινητική βία (τροχαία),
- θερμική ενέργεια (έγκαυμα),
- ηλεκτρικό ρεύμα (ηλεκτροπληξία),
- χημικές ουσίες (χημικά εγκαύματα),
- τοξικές ουσίες (δηλητηριάσεις),
- ακτινοβολίες (ηλιακό έγκαυμα),
- πνιγμό,
- στερητικές καταστάσεις (ασφυξία).

## Διάγνωση

Στην καθημερινότητα του Τμήματος Επειγόντων ο ορθοπαιδικός τραυματολόγος αντιμετωπίζει θλάσεις μαλακών μοριών και κατάγματα που μπορεί να είναι κλειστά ή ανοικτά (με ή χωρίς λύση της συνέχειας του δέρματος). Σημειώτέο ότι είναι δυνατόν να υπάρχει κλειστή ή ανοικτή θλάση μαλακών μοριών, με ή χωρίς συνύπαρξη κατάγματος, διατομή τένοντα ή μύος ή νευραγγειακή βλάβη. Φυσικά, η ύπαρξη οστικής ευαισθησίας, με ή χωρίς παραμόρφωση, υποδηλώνει την ύπαρξη κατάγματος. Τελικά, στη διάγνωση βοηθά η προσεκτική και λεπτομερής κλινική εξέταση για εκτίμηση της βλάβης που συμπληρώνεται με τον απαιτούμενο εργαστηριακό έλεγχο (ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, υπερηχογράφημα, αγγειογραφία, ηλεκτρομυογράφημα), ώστε να γίνει η ενδεδειγμένη θεραπεία.

Εδώ θα πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερος πόσο σημαντική είναι η σωστή εκτίμηση της καταστάσεως του μικρού ασθενούς, καθ' όσον μπορεί να μας παραπλανήσει η τυχόν φαινομενικά καλή αρχική κατάσταση. Το ιστορικό και η κλινική εικόνα μας οδηγούν στον ενδεδειγμένο έλεγχο. Προέχει πάντα η σταθεροποίηση της γενικής καταστάσεως (πιθανή ενδοκοιλιακή αιμορραγία) και μετά, η επιμέρους αντιμετώπιση (ανάταξη κατάγματος). Μεγάλη προσοχή απαιτείται σε τραυματισμούς με νύσσοντα (καρφί, μαχαίρι, βελόνα) και τέμνοντα (γυαλί, νυστέρι) όργανα, καθ' όσον είναι απροσδιόριστο το βάθος και η πορεία τους κατά την είσοδο ή την έξοδο από το σώμα. Πάντοτε πρέπει να έχουμε στο νου μας, μετά από τραυματισμό στην ύπαιθρο με πέτρες, ξύλα, βελόνες κλπ., ότι η δημιουργία αποστήματος μπορεί να οφείλεται σε ύπαρξη ξένου σώματος.

## Τραύματα που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα είδη τραυμάτων που πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης. Τραυματικός ακρωτηριασμός είναι η μερική ή ολική αποκοπή της αιμάτωσης ενός μέλους άνω ή κάτω άκρου ή δακτύλου. Είναι μικτές βαριές τραυματικές βλάβες μετά από τροχαία ατυχήματα ή εμπλοκή του μέλους σε γεωργικά μηχανήματα. Η συμμετοχή στις βλάβες του δέρματος, των αγγείων, των νεύρων και των οστών απαιτεί για την αποκατάστασή της μια ομάδα ιατρών εξειδικευμένων στη μικροαγγειοχειρουργική και στη συγκόλληση μέλους. Τα τραύματα από πυροβόλο όπλο είναι μικτές βλάβες του δέρματος των αγγείων των νεύρων και των οστών που αντιμετωπίζονται από ειδικό πλαστικό και ορθοπαιδικό με εξειδίκευση στη μικροαγγειοχειρουργική. Αυτά τα τραύματα μπορεί να είναι τυφλά, χωρίς πύλη εξόδου του βλήματος, ή διαμπερή και να έχουν προκαλέσει πολλαπλές εσωτερικές βλάβες.

Τέλος, μια άλλη κατηγορία παιδικού τραύματος που δεν πρέπει να ξεχνάμε είναι η κακοποίηση. Συνήθως οι γονείς που συνοδεύουν το παιδί δηλώνουν άγνοια για τον τρόπο προκλήσεως του τραυματισμού. Ο έμπειρος, όμως, ορθοπαιδικός μπορεί να διακρίνει εκτός από το συγκεκριμένο τραύμα και άλλα κλινικά ευρήματα όπως εκχυμώσεις διαφόρου χρόνου προκλήσεως σε διάφορα μέρη του σώματος. Ο ακτινολογικός έλεγχος αναδεικνύει πολλαπλά κατάγματα σε διάφορο χρόνο πωρώσεως με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Εδώ η βοήθεια του παιδίατρου και της κοινωνικής υπηρεσίας είναι πολύ σημαντική.



---

Σε έρευνα που έγινε στο σωματείο «Αντιμετώπιση Παιδικού Τραύματος» διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι τραυματισμοί που οδηγούν σε εισαγωγή συμβαίνουν την άνοιξη ή το καλοκαίρι σε ποσοστό 68% και κυρίως τις απογευματινές ώρες. Τα αγόρια αποτελούν το 66% των εισαγωγών με τραύμα. Στην πλειοψηφία τους το 97% χαρακτηρίζονται σαν ατυχήματα. Κυριότερη αιτία εισαγωγής είναι οι πτώσεις με 50,8% και τα τροχαία με 20,6%. Οι σοβαροί τραυματισμοί σε ποσοστό 50% συνέβησαν σε ασφαλείς χώρους, στο σπίτι 50% και στο σχολείο 10,5%.



Γεώργιος Ματσίνος  
Ορθοπαιδικός Παιδων  
Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής  
Παιδων ΜΗΤΕΡΑ



# ΟΡΑΣΗ

## ΣΥΝΗΘΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

**A**πό τη γέννηση μέχρι και περίπου την ηλικία των 9 ετών, ο οφθαλμός του παιδιού βρίσκεται σε συνεχή ανάπτυξη και είναι ευάλωτος σε αναπτυξιακές ανωμαλίες. Προβλήματα, όπως διαθλαστικά σφάλματα (ανάγκη για γυαλιά) ή στραβισμός, μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια της σωστής συνεργασίας των οφθαλμών και αμβλυωπία («τεμπέλικο μάτι»). Ποια είναι, λοιπόν, τα πιο κοινά προβλήματα και πώς αντιμετωπίζονται;

### Διαθλαστικές ανωμαλίες

Οι διαθλαστικές ανωμαλίες είναι το πιο συχνό οφθαλμολογικό πρόβλημα για τα παιδιά. Οι ανωμαλίες αυτές είναι η μυωπία, η υπερμετρωπία και ο αστιγματισμός. Όταν υπάρχουν στον έναν μόνο οφθαλμό, είναι ακόμα πιο δύσκολη η εντόπισή τους, καθώς το παιδί δεν δείχνει σημεία ότι δεν βλέπει καλά. Η έγκαιρη χορήγηση γυαλιών σε αυτές τις περιπτώσεις είναι επιβεβλημένη για βελτίωση της όρασης και αποφυγή της αμβλυωπίας. Ιδιαίτερα για τα παιδιά της σχολικής ηλικίας, τα γυαλιά μπορούν να κάνουν μεγάλη διαφορά στη σωστή παρουσία του παιδιού στην τάξη. Τα περισσότερα παιδιά των μικρών τάξεων που χρειάζονται γυαλιά δεν παραπονιούνται ότι δεν βλέπουν καλά, με αποτέλεσμα να μένουν πίσω στο σχολικό πρόγραμμα και να γίνονται εσωστρεφή.

### Ο στραβισμός

Ο στραβισμός είναι συχνό πρόβλημα στα πρώτα χρόνια της ζωής, με τις μισές περιπτώσεις να υπάρχουν από τη γέννηση. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του είναι σημαντική για την αποφυγή μόνιμων προβλημάτων από τη διόφθαλμη όραση και την αποφυγή της αμβλυωπίας.

Ο μεγαλύτερος μύθος που κυκλοφορεί σχετικά με τον στραβισμό είναι ότι «μπορεί να φτιάξει από μόνος του». Στην πραγματικότητα ποτέ ο στραβισμός «δεν φτιάχνει» από μόνος του. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι ο πραγματικός στραβισμός χρειάζεται αντιμετώπιση όπως γυαλιά, χειρουργείο ή και τα δύο, ανάλογα με την περίπτωση.

Σε περίπτωση που ο στραβισμός έχει δημιουργήσει αμβλυωπία ενός οφθαλμού χρειάζεται αντιμετώπισή της με αποκλεισμό του υγιούς οφθαλμού μερικές ώρες την ημέρα (ή εναλλακτικά ενστάλλαξη σταγόνων που θολώνουν τον υγιή οφθαλμό) για ένα διάστημα.

Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι εκτός από την αποκατάσταση της λειτουργικότητας, η έγκαιρη διόρθωση

του στραβισμού αποκαθιστά την αισθητική εμφάνιση του παιδιού και αποφεύγονται τυχόν ψυχολογικές επιπτώσεις.

### Οι λοιμώξεις και οι αλλεργίες

Οι λοιμώξεις είναι συχνές στην παιδική ηλικία γιατί τα παιδιά αγγίζουν συχνά τα μάτια τους, με αποτέλεσμα την εισαγωγή μικροβίων και ιών. Βακτηριακές και ιογενείς επιπεφυκίτιδες είναι οι πιο συχνές λοιμώξεις και αντιμετωπίζονται από τον παιδίατρο ή οφθαλμίατρο με τοπική συνήθως αγωγή.

Οι αλλεργίες είναι από τα πιο ενοχλητικά, χρόνια προβλήματα της παιδικής ηλικίας. Αντιμετωπίζονται συνήθως με τοπικά αντιισταμινικά και σπάνια, σε περιπτώσεις έξαρσης, μπορεί να χρησιμοποιηθούν τοπικά κορτιζονούχα για μερικές ημέρες. Η πρόγνωση των οφθαλμικών αλλεργιών είναι, ευτυχώς, πολύ καλή, με τα περισσότερα παιδιά να έχουν λιγότερα ή καθόλου προβλήματα μετά την πρώτη δεκαετία της ζωής τους.

**Η πρόληψη, με την εξέταση όλων των παιδιών από οφθαλμίατρο πριν από το νηπιαγωγείο, και η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων που οι γονείς παρατηρούν συμβάλλει στο να αποφευχθούν μόνιμες βλάβες στον αναπτυσσόμενο οφθαλμό του παιδιού.**



**Γεωργία Χρούσου**  
Παιδο-οφθαλμίατρος  
Διευθύντρια Παιδο-οφθαλμολογικού  
Τμήματος Παίδων ΜΗΤΕΡΑ



“Ο μεγαλύτερος μύθος που κυκλοφορεί σχετικά με τον στραβισμό είναι ότι «μπορεί να φτιάξει από μόνος του». ”

# ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΟΞΑΛΟΥΡΙΑ

## ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ



**Ο**ι πρωτοπαθείς υπεροξαλουρίες (PH) αποτελούν μια ομάδα γενετικών νόσων. Η πρωτοπαθής υπεροξαλουρία τύπου 1 (PH1) αντιπροσωπεύει το 85% των περιπτώσεων PH. Οι PH2 και PH3 είναι πιο σπάνιες και διαπιστώνονται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας που συνήθως παρουσιάζουν μόνο νεφρολιθίαση (πέτρες στους νεφρούς).

Οι ασθενείς PH1 παρουσιάζουν προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής τους λειτουργίας και προσβολή άλλων οργάνων με σημαντική νοσηρότητα και επιβάρυνση της ποιότητας της ζωής τους.

Η επίπτωση της PH1 εκτιμάται ότι είναι περίπου 1 στις 120.000 γεννήσεις και ο επιπολασμός της είναι 1 έως 3 ασθενείς ανά εκατομμύριο πληθυσμού στη Βόρεια Αμερική και στην Ευρώπη.

Η ασθένεια είναι πιο διαδεδομένη σε ορισμένες ενδημικές περιοχές όπως στη Μέση Ανατολή και στη Βόρεια Αφρική σε απομονωμένους πληθυσμούς.

Η PH1 είναι αποτέλεσμα διαφόρων μεταλλάξεων του γονιδίου της αμινοτρανσφεράσης της αλανίνης - γλυοξυλικού οξέος (AGT) που οδηγεί σε ελαττωμένη δραστηριότητα του ενζύμου. Η μεγάλη ποικιλία του



τύπου της υποκείμενης μετάλλαξης έχει ως αποτέλεσμα την ετερογένεια στην κλινική πορεία της νόσου. Η μειωμένη δραστηριότητα της AGT οδηγεί σε αδυναμία μετατροπής του γλυοξυλικού σε γλυκίνη με αποτέλεσμα τη συσσώρευση γλυοξυλικού και την αυξημένη παραγωγή οξαλικού οξέος στο ήπαρ. Στους ασθενείς με PH1 διαπιστώνεται αύξηση των επιπέδων του οξαλικού οξέος στα ούρα, όταν διατηρούν ικανοποιητική νεφρική λειτουργία (GFR>60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>). Όμως, με την προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής τους λειτουργίας η διάγνωση γίνεται μόνο από την αύξηση των επιπέδων του οξαλικού στο αίμα.

Η υπερπαραγωγή οξαλικού του ήπατος έχει ως αποτέλεσμα το σχηματισμό κρυστάλλων οξαλικού ασβεστίου και τη νεφρολιθίαση ή/και τη νεφρασβέστωση (συσσώρευση κρυστάλλων οξαλικού οξέος στους νεφρούς). Αυτά τα ευρήματα πρέπει να αξιολογούνται έγκαιρα και να γίνεται η ορθή διερεύνηση για πιθανή PH1, ώστε να προληφθούν οι απώτερες μη αναστρέψιμες επιπλοκές. Σε μια επόμενη φάση προκαλείται επιδείνωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας με αποτέλεσμα την προσβολή και άλλων οργάνων που ονομάζεται οξάλωση. Έτσι, εμφανίζονται καρδιακές, οφθαλμικές, δερματικές και άλλες συστηματικές εκδηλώσεις της νόσου.

#### Συμπτώματα

Η PH1 είναι συνήθως παιδιατρική νόσος, με τα συμπτώματα να εμφανίζονται για πρώτη φορά πριν από την ηλικία των 6 ετών σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς. Δυστυχώς συχνά δεν γίνεται έγκαιρη διάγνωση, συνήθως λόγω της ετερογένειας της κλινικής εικόνας. Κάθε παιδί με νεφρολιθίαση ή/και νεφρασβέστωση πρέπει να διερευνάται για PH1, ιδίως όταν συνυπάρχει οικογενειακό ιστορικό, χρόνια νεφρική νόσος ή/και καθυστέρηση της αύξησης.

#### Θεραπεία

Στους ασθενείς με PH1 συνιστάται η χορήγηση αυξημένου όγκου υγρών (3 L/m<sup>2</sup>) και αναστολέων της κρυστάλλωσης όπως είναι το κιτρικό κάλιο. Δυστυχώς συχνά διαπιστώνονται προβλήματα συμμόρφωσης στη θεραπεία αυτή. Η χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών συχνά απαιτεί γαστροστομία ή τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα που έχει δυσμενή επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να είναι αποτελεσματική η χορήγηση μεγάλης δόσης πυριδοξίνης (βιταμίνης Β6), αν και δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες για τη μακρόχρονη αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής. Η θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης με αιμοκάθαρση ή χρόνια περιτονιακή κάθαρση είναι απαραίτητη για να επιζήσουν οι ασθενείς μέχρι να υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρού ή συνδυασμένη μεταμόσχευση νεφρού και ήπατος. Για την πρόληψη της εμφάνισης τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας έχει προταθεί η προληπτική

μεταμόσχευση ήπατος. Όμως, η προληπτική ηπατική μεταμόσχευση εκθέτει τους ασθενείς σε σημαντικό χειρουργικό κίνδυνο και σε πιθανές επιπλοκές από τη μακροχρόνια χορήγηση φαρμάκων που καταστέλουν το ανοσοποιητικό σύστημα.

Πρόσφατα (Νοέμβριος 2020) εγκρίθηκε από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) όσο και από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) η θεραπεία με τον παράγοντα ενδοκυττάριας γονιδιακής σίγασης Lumasiran. Το Lumasiran είναι ένα δίκλωνο παρεμβαλλόμενο RNA (siRNA) που προκαλεί ελάττωση της σύνθεσης μιας πρωτεΐνης στο ήπαρ. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της παραγωγής οξαλικού οξέος. Στις κλινικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση Lumasiran είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Στο Παίδων ΜΗΤΕΡΑ έχουν αντιμετωπισθεί με το Lumasiran δύο ασθενείς για περισσότερο από ένα χρόνο με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η θεραπεία αυτή θα συμβάλει στην πρόληψη των επιπλοκών της PH1 και στη βελτίωση της πρόγνωσης. Όμως, απαραίτητη προϋπόθεση παραμένει η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου.

“ Η PH1 είναι μια σπάνια νόσος με πολύ κακή πρόγνωση. Όμως, με την έγκαιρη διάγνωση και τη σύγχρονη θεραπεία η πρόγνωση έχει βελτιωθεί και είναι εφικτή η πρόληψη των επιπλοκών. ”

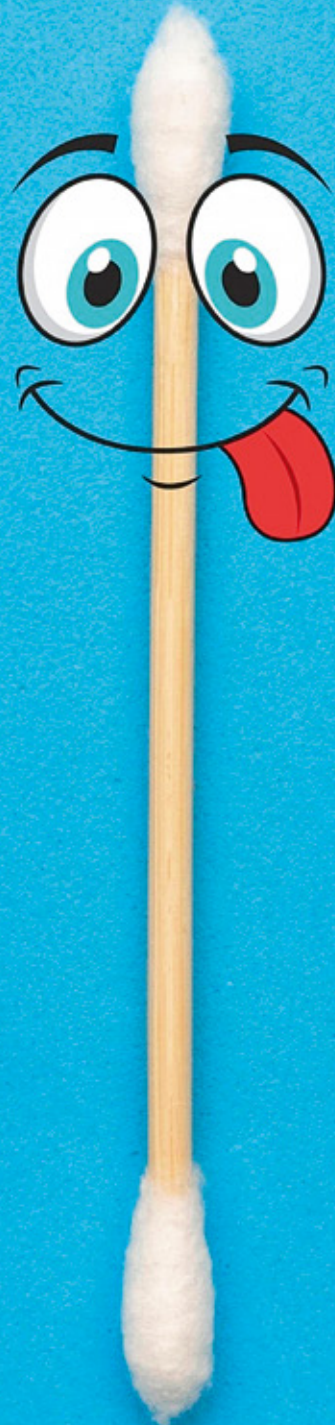


Κωνσταντίνος Ι. Στεφανίδης  
Παιδονεφρολόγος  
Διευθυντής Παιδονεφρολογικού  
Τμήματος Παίδων ΜΗΤΕΡΑ



# ΩΤΙΤΙΔΕΣ & ΒΑΡΗΚΟΪΑ

ΣΥΝΗΘΗ ΩΤΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ





Τα πιο συνήθη ωτολογικά προβλήματα στα παιδιά είναι οι φλεγμονές (ωτίτιδες) και η βαρηκοΐα.

## ΩΤΙΤΙΔΕΣ

### Εξωτερική ωτίτιδα

Αποτελεί φλεγμονή δέρματος έξω ακουστικού πόρου και αναφέρεται συχνά ως αυτί του κολυμβητή (swimmer's ear), ακριβώς γιατί παρατηρείται συνήθως μετά από κολύμβηση σε θάλασσα ή πισίνα ή λούσιμο στο σπίτι, μπορεί δε να προκληθεί ή να επιδεινωθεί από συχνή ή κακή χρήση μπατονέτας, η οποία καλό είναι να αποφεύγεται γενικώς. Χαρακτηρίζεται από οίδημα και ερυθρότητα έξω ακουστικού πόρου ή/και πτερυγίου, καθώς και έντονο πόνο, ιδίως κατά τη μετακίνηση του πτερυγίου, ή κνησμό (φαγούρα) σε περίπτωση μυκήτων. Προληπτικά, συνιστάται καλό στέγνωμα των αυτιών μετά την κολύμβηση ή το λούσιμο με καθαρή πετσέτα και η ενστάλαξη 1-2 σταγόνων καθαρού οίονοπνεύματος που αποτελεί την υγιεινή του έξω ακουστικού πόρου. Θεραπευτικά, χορηγούνται ωτικές σταγόνες ή αλοιφή με συνδυασμό τοπικού αντιβιοτικού και κορτιζόνης ή αντιμυκητιασικό, ανάλογα με το αίτιο, και επί εμμονής ή επιδείνωσης, αντιβιοτικό από το στόμα ή ενδοφλεβίως σε περιπτώσεις περιχονδρίτιδας.

### Μέση ωτίτιδα

#### Οξεία μέση ωτίτιδα

Είναι η πιο συχνή πάθηση της παιδικής ηλικίας, καθώς 90% των παιδιών έως 2 ετών, κυρίως 6-18 μηνών, παρουσιάζουν ένα τουλάχιστον επεισόδιο. Η ηλικία εμφάνισης πρώτου επεισοδίου συνδέεται με την πιθανότητα υποτροπής, δηλαδή όσο νωρίτερα παρουσιασθεί τόσο πιο πιθανό είναι να υποτροπιάσει. Προκαλείται από ιούς (30%) ή βακτήρια (70%) που μεταφέρονται από το ρινοφάρυγγα στο μέσο αυτί μέσω της ευσταχιανής σάλπιγγας (που συνδέει ρινοφάρυγγα-μέσο αυτί). Χαρακτηρίζεται από συλλογή πύου στο μέσο αυτί που συνοδεύεται από ταχεία έναρξη συμπτωμάτων όπως ωταλγία, πυρετός και ωτόρροια (επί ρήξεως τυμπάνου). Θεραπευτικά, χορηγείται αντιβιοτικό από το στόμα ή ενδοφλεβίως και επί εμμονής ή επιδείνωσης διενεργείται παρακέντηση τυμπάνου και παροχέτευση του πύου.

#### Εκκριτική ωτίτιδα

Είναι το συχνότερο αίτιο βαρηκοΐας στην παιδική ηλικία, καθώς το υγρό μπορεί να παραμείνει στο μέσο αυτί χωρίς συμπτώματα λοίμωξης μετά την οξεία ωτίτιδα σε ποσοστό 50-70%, ιδίως επί υπερτροφίας αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια) ή/και αμυγδαλών. Έτσι, είναι πιο επικίνδυνη από την οξεία ωτίτιδα, καθώς δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή και μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη λόγου και συμπεριφοράς του παιδιού και να δημιουργήσει χρόνια προβλήματα στο αυτί. Θεραπευτικά, χορηγείται αντιβιοτικό και αντιισταμινικό/βλεννολυτικό και επί εμμονής διενεργείται αδενοτομή/και αμυγδαλεκτομή και μυριγγοτομή (παρακέντηση) με ή χωρίς τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού (tubes).

## ΒΑΡΗΚΟΪΑ

Ονομάζεται οποιοδήποτε βαθμού απώλεια ακοής, οφείλεται δε σε γενετικούς (50%), περιβαλλοντικούς (25%) και άγνωστους παράγοντες (25%), που οι περισ-

σότεροι αναμένεται στο μέλλον να ανευρεθεί ότι είναι γενετικοί. Αναλόγως της εντοπίσεως της βλάβης, διακρίνεται σε βαρηκοΐα αγωγής (έξω ή μέσο αυτί), νευροαισθητήρια (έσω αυτί ή ακουστικό νεύρο), μεικτή (αγωγής και νευροαισθητήρια) και ψυχογενή. Η πρόγνωση είναι καλή, γιατί η φαρμακευτική αγωγή και οι σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές καθιστούν πιθανή την ίαση ή τουλάχιστον τη βελτίωση στις περισσότερες περιπτώσεις, ενώ η ακοή είναι η μόνη αίσθηση που αποκαθίσταται πλήρως τα τελευταία αρκετά χρόνια, καθώς τα παιδιά μπορούν να ακούσουν καλύτερα με ακουστικά βαρηκοΐας ή κοχλιακά εμφυτεύματα.

Επομένως, η πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση της βαρηκοΐας στα παιδιά είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη μελλοντική ανάπτυξή τους, γι' αυτό και ο έλεγχος της ακοής πρέπει να γίνεται πριν την έξοδο του μωρού από το Μαιευτήριο και να περιλαμβάνει όλα τα μωρά, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι το 50% περίπου της συγγενούς βαρηκοΐας (1 στις 1.000 γεννήσεις) αφορά νεογνά που δεν έχουν άλλα προβλήματα υγείας, ενώ μόνο το 50% αφορά τα λεγόμενα νεογνά υψηλού κινδύνου που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

**Στο ΜΗΤΕΡΑ η 24ωρη και όλο το χρόνο λειτουργία σύγχρονων ΩΡΛ Εξωτερικών Ιατρείων, ΩΡΛ Κλινικής και Ακοολογικού Τμήματος εξασφαλίζει την έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση των ωτολογικών παθήσεων στα παιδιά. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ΜΗΤΕΡΑ ήταν η πρώτη κλινική που το 1998 εφάρμοσε έλεγχο ακοής στα νεογνά.**



**Κωνσταντίνος Ν. Παπακώστας**  
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος  
Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής και  
Ακοολογικού Τμήματος ΜΗΤΕΡΑ



# ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ

Η ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΧΡΟΝΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ



**Η** ατοπική δερματίτιδα είναι η συχνότερη χρόνια δερματοπάθεια των παιδιών που προσβάλλει το 5-25% των παιδιών ιδιαίτερα σε χώρες δυτικού τρόπου ζωής. Η συχνότητά της τρι-

πλασιάστηκε τα τελευταία 30-40 χρόνια. Είναι μια πολυπαραγοντική νόσος με εκδηλώσεις που απορρέουν από το συνδυασμό περιβαλλοντικών και γεννητικών επιδράσεων και εκδηλώνεται με κνησμό, ξηρότητα και ερυθρότητα (έκζεμα).

### Γενετική προδιάθεση

Όταν ένας γονέας πάσχει από ατοπική δερματίτιδα ή αλλεργική νόσο, η πιθανότητα να νοσεί το παιδί είναι 50%, ενώ όταν και οι δύο γονείς έχουν ατοπική δερματίτιδα ή αλλεργική νόσο, τότε η πιθανότητα να νοσεί το παιδί είναι της τάξεως του 80%.

### Περιβαλλοντικά αίτια

- Ερεθιστικές ουσίες και αλλεργιογόνα: Υλικά ένδυσης, αφρόλουτρα, απορρυπαντικά, μαλακτικά ρούχων, χλώριο πισίνας και πολλά άλλα.
- Κλιματολογικές συνθήκες: Η ηλιοφάνεια και το ξηρό κλίμα λειτουργούν ευεργετικά στο Ατοπικό Δέρμα, ενώ το κρύο και η υγρασία το αντίθετο.

Το Ατοπικό Δέρμα είναι ευαίσθητο Δέρμα. Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη σπουδαιότητα του επιδερμικού φραγμού, δηλαδή την ικανότητα που έχει το δέρμα να απομονώνει το εξωτερικό περιβάλλον. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που η καθημερινή ενυδάτωση με την κατάλληλη ενυδατική κρέμα «μονώνει» το ευαίσθητο αυτό δέρμα και το προστατεύει σαν μια αόρατη ασπίδα.

### Πρόγνωση

Το 50% των περιπτώσεων βελτιώνεται ως την ηλικία των τεσσάρων ή πέντε ετών. Το 75% συνήθως παρουσιάζει βελτίωση-ίση στην εφηβεία, ενώ σε ένα 10-20% η νόσος συνεχίζει διά βίου. Το 30-50% των παιδιών με ατοπία μπορεί να εμφανίσει αλλεργικό βρογχικό άσθμα ή αλλεργική ρινίτιδα σε μεγαλύτερη ηλικία.

### Πώς χειριζόμαστε το ατοπικό δέρμα;

Η καθημερινή χρήση κατάλληλης ενυδατικής κρέμας αποτελεί τον βασικό άξονα στην αντιμετώπιση της νόσου σε συνδυασμό με την απομάκρυνση των περιβαλλοντικών παραγόντων που επιδρούν αρνητικά στο ατοπικό δέρμα.

Το μπάνιο του παιδιού πρέπει να γίνεται με ειδικά καθαριστικά, χωρίς τη χρήση σφουγγαριών. Στεγνώνουμε το δέρμα, χωρίς να το τρίβουμε και ταμπονάrouμε με βαμβακερή πετσέτα καλά ξεπλυμένη και χωρίς μαλακτικά πλυσίματος. Απλώνουμε την ενυδατική κρέμα με ήπιο μασάζ έως ότου απορροφηθεί.

Η ένδυση του παιδιού γίνεται με βαμβακερά ρούχα, τα οποία έχουν ξεπλυθεί καλά από τα απορρυπαντικά και δεν έχει γίνει χρήση μαλακτικών. Το ίδιο ισχύει για τα σεντόνια και τα λοιπά κλιννοσκεπάσματα. Φροντίζουμε την απουσία σκόνης από το παιδικό δωμάτιο και απομακρύνουμε πηγές σκόνης όπως λούτρινα ζώα, χαλιά, μοκέτες. Τα ακάρεα της οικια-

κής σκόνης είναι ίσως ένα από τα πρώτα αλλεργιογόνα που μπορεί να ευαισθητοποιήσουν αλλεργικά πλέον το παιδί με ατοπική δερματίτιδα.

### Θεραπεία

Το δέρμα του παιδιού κατά τη διάρκεια του έτους εμφανίζει εξάρσεις και υφέσεις ατοπίας. Η σωστή αντιμετώπιση περιλαμβάνει την καθημερινή περιποίηση με τα ενδεδειγμένα προϊόντα και την άμεση αποκατάσταση των εκζεμάτων και του κνησμού όταν αυτά εμφανίζονται. Ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών που πάσχουν από ατοπική δερματίτιδα θα χρειαστεί για την αντιμετώπιση των εξάρσεων τοπικά κορτικοστεροειδή σε δόσεις και διάρκεια που θα καθορίζονται από τον ειδικό Δερματολόγο. Τις περισσότερες φορές αυτά είναι αρκετά για την αποκατάσταση των συμπτωμάτων της νόσου και την αντιμετώπιση των εξάρσεων.

Συστηματική θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά ή χρήση βιολογικών παραγόντων συστήνεται μόνο σε περιπτώσεις βαρείας μορφής ατοπίας που στον ελλαδικό χώρο δεν είναι και τόσο συχνή.

“ Το 50% των παιδιών με ατοπική δερματίτιδα βελτιώνεται ως την ηλικία των τεσσάρων ή πέντε ετών. ”



Κυριάκος Βολονάκης  
Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος  
Διευθυντής Δερματολογικού  
Τμήματος ΜΗΤΕΡΑ



# ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΛΟΓΟΥ & ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

**Η** καθυστέρηση λόγου και ομιλίας συμβαίνει όταν ένα παιδί δεν αναπτύσσει ομιλία με τον αναμενόμενο ρυθμό για την ηλικία του. «Είναι ένα συχνό αναπτυξιακό πρόβλημα που αφορά έως και το 10%-15% των παιδιών 2 ετών και 4-5% των παιδιών μετά τα 3 έτη».

## Συμπτώματα

Το παιδί σας μπορεί να έχει καθυστέρηση ομιλίας

εάν δεν είναι σε θέση:

- να «μπαμπαλίσει» σε ηλικία 6 έως 9 μηνών.
- να πει απλές λέξεις (όπως «μαμά» ή «μπαμπά») με νόημα, περισσότερο ή λιγότερο καθαρά μέχρι την ηλικία των 12 έως 15 μηνών.
- να κατανοήσει απλές λέξεις (όπως «όχι» ή «σταμάτα») μέχρι την ηλικία των 18 μηνών.
- Να λέει λιγότερες από 50 λέξεις και να μη συνδυάζει 2 λέξεις μέχρι την ηλικία 2 ετών.
- Να μιλάει σε σύντομες προτάσεις μέχρι την ηλι-



κία των 3 ετών.

- Να λέει μια απλή ιστορία σε ηλικία 4 έως 5 ετών.

### Αιτίες

Οι πιο κοινές αιτίες καθυστέρησης ομιλίας περιλαμβάνουν προβλήματα ακοής, γενικότερη καθυστέρηση και σε άλλους τομείς της εξέλιξης, νοητική υστέρηση και προωρότητα (ανάλογα με το πόσο νωρίς γεννήθηκε, ένα παιδί ακολουθεί τα δικά του αναπτυξιακά ορόσημα).

Άλλες αιτίες είναι:

- Ψυχοκοινωνική στέρηση (το παιδί δεν περνάει αρκετό χρόνο μιλώντας με ενήλικες και μεγαλώνει σε περιβάλλον φτωχό σε ερεθίσματα).
- Αυτισμός (το παιδί δεν γυρίζει στο όνομά του, δεν σας κοιτάζει στα μάτια, δεν δείχνει αντικείμενα με τον δείκτη, κάνει επαναληπτικές κινήσεις στερεοτυπικά, μονότονες).
- Κληρονομικότητα (όταν ο ένας από τους γονείς έχει αργήσει να μιλήσει).
- Εκλεκτική αλαλία (το παιδί απλώς δεν θέλει να μιλήσει).
- Εγκεφαλική παράλυση (μια κινητική κυρίως διαταραχή που οφείλεται σε περιγεννητική συνήθως εγκεφαλική βλάβη και συνοδεύεται από άλλα προβλήματα όπως νοητικά, ομιλίας, συμπεριφοράς).
- Μεταβολικά νοσήματα όπως υποθυρεοειδισμός, φαιτυλακτονουρία.
- Γενετικά νοσήματα όπως σύνδρομο Down, εύθραυστο X.

Η διαβίωση σε ένα δίγλωσσο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί, επίσης, να επηρεάσει την παραγωγή λόγου και ομιλίας του παιδιού. Ο εγκέφαλος του παιδιού χρειάζεται να εργαστεί πιο πολύ για να κατανοήσει και να χρησιμοποιήσει δύο γλώσσες. Έτσι, μπορεί να χρειαστεί περισσότερος χρόνος γι' αυτά τα παιδιά να αρχίσουν να χρησιμοποιούν μία ή και τις δύο γλώσσες που μαθαίνουν. Δεν είναι ασύνηθες για ένα δίγλωσσο παιδί να χρησιμοποιεί μία μόνο γλώσσα στην αρχή.

### Διάγνωση

Ο παιδίατρός σας και ο παιδονευρολόγος μπορούν να σας βοηθήσουν να αναγνωρίσετε μια καθυστέρηση ομιλίας. Θα σας ρωτήσουν τι λέξεις χρησιμοποιεί το παιδί και θα το προκαλέσουν και οι ίδιοι να επικοινωνήσει μαζί τους λεκτικά και μπορεί να ακούσει και ο ίδιος πώς μιλάει το παιδί σας. Ταυτόχρονα ελέγχει τη συνολική ψυχοκινητική εξέλιξη του παιδιού.

Ο παιδίατρός σας μπορεί να σας παραπέμψει σε άλλους ειδικούς για να καθορίσει γιατί το παιδί σας δεν μιλάει. Για παράδειγμα, εάν ο γιατρός σας πιστεύει ότι το παιδί σας μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής, μπορεί να παραπέμψει το παιδί σας σε ωτορινολαρυγγολόγο για ακοολογικό έλεγχο.

Η διάγνωση του αυτισμού δεν γίνεται με κάποια εξέταση αίματος, αλλά μέσα από την κλινική παρατήρη-

ση και ειδικά ανιχνευτικά εργαλεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.

### Θεραπεία

Το παιδί σας μπορεί να μη χρειάζεται απαραίτητα θεραπεία. Μερικά παιδιά χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αρχίσουν να μιλούν. Αλλά αν το παιδί σας χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση, αυτό θα εξαρτηθεί από την αιτία της καθυστέρησης ομιλίας. Ο γιατρός σας θα σας ενημερώσει για την αιτία του προβλήματος του παιδιού σας και θα σας μιλήσει σχετικά με τις επιλογές θεραπειών. Ο γιατρός σας μπορεί να σας παραπέμψει σε ένα λογοθεραπευτή. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να σας δείξει πώς να βοηθήσετε το παιδί σας να μιλήσει περισσότερο και να μιλήσει καλύτερα και επίσης, μπορεί να διδάξει στο παιδί σας πώς να ακούει ή πώς να διαβάξει τα χείλη.

Άλλοι ειδικοί που μπορεί να σας συστήσει ο γιατρός σας περιλαμβάνουν έναν ψυχολόγο (ειδικό σε προβλήματα συμπεριφοράς) κι έναν εργοθεραπευτή (για ενίσχυση λεπτής κινητικότητας).

“ Είναι ένα συχνό αναπτυξιακό πρόβλημα που αφορά έως και το 10%-15% των παιδιών 2 ετών και 4-5% των παιδιών μετά τα 3 έτη. ”



Ιωάννα Κουρή  
Παιδονευρολόγος  
Επιστημονική  
Συνεργάτις Παίδων  
ΜΗΤΕΡΑ



Ελένη Ν. Σκουτέλη  
Παιδονευρολόγος  
Επιστημονική  
Συνεργάτις Μονάδας  
Εντατικής Νοσηλείας  
Νεογνών ΜΗΤΕΡΑ

# ΒΡΕΦΗ ΜΕ ΗΠΙΑ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ



**Π**ρωρότητα ορίζεται ως η γέννηση ενός νεογνού πριν από τις 37 εβδομάδες κύησης. Ενώ διεθνώς υπολογίζεται ότι 1 στα 10 νεογνά γεννιέται πρόωρα, στις αναπτυγμένες χώρες, μεταξύ αυτών και στην Ελλάδα, όπου οι θεραπείες υπογονιμότητας έχουν βελτιωθεί σημαντικά και οι πολύδυμες και επιπλεγμένες κυήσεις έχουν αυξηθεί, τα ποσοστά πρωρότητας εκτιμάται πως είναι ακόμα μεγαλύτερα.

### Όψιμα πρόωρα νεογνά

Αναμφισβήτητα, όσο πιο πρόωρο και λιποβαρές γεννιέται ένα νεογνό τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος επιπλοκών για την υγεία του. Τα νεογνά που γεννιούνται μεταξύ 34 και 36 εβδομάδων αποτελούν μια υποομάδα νεογνών, που συχνά αναφέρονται ως όψιμα πρόωρα νεογνά, για τα οποία ο γενικός πληθυσμός θεωρεί λανθασμένα ότι δεν κινδυνεύουν γιατί είναι «σχεδόν τελειόμηνα». Τα νεογνά αυτά ενώ έχουν χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας και θα καταφέρουν να επιστρέψουν στην οικογένειά τους κατά κύριο λόγο υγιά, μπορεί να αντιμετωπίσουν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα.

Οι διαδικασίες προσαρμογής και μετάβασης των νεογνών αυτών στο εξωμήτριο περιβάλλον είναι ανώριμες. Συχνά αντιμετωπίζουν αναπνευστικές δυσκολίες, αστάθεια θερμοκρασίας, υπογλυκαιμία, ίκτερο και προβλήματα σίτισης και ως επακόλουθο εισάγονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών αποχωριζόμενα τους γονείς τους. Ενώ είναι καθησυχαστικό ότι τα βραχυπρόθεσμα προβλήματα των νεογνών αυτών είναι αναστρέψιμα, η εμπειρία της γέννησης για την οικογένεια είναι τελικά στρεσογόνος με αυξημένο το συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι σημαντικό οι επίτοκες να λαμβάνουν προγεννητική συμβουλή (counselling) σχετικά με την ευαλωτότητα των όψιμων πρόωρων βρεφών και να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια, ώστε να προσφέρονται σε κάθε επίτοκο οι προγεννητικές παρεμβάσεις (κορτικοειδή, μαγνήσιο, καθυστέρηση απολίνωσης του ομφαλίου) που έχουν αποδειχθεί πως μειώνουν τη νοσηρότητα των πρόωρων νεογνών. Ιδανικά, οι κυήσεις χωρίς επιπλοκές θα πρέπει να φτάνουν την τελειόμηνη ηλικία των 40 εβδομάδων και οι κυήσεις υψηλού κινδύνου να πλησιάζουν τις 37 εβδομάδες. Αναμφίβολα σε όλες τις ηλικίες κύη-

σης, οι κίνδυνοι από τη συνέχιση της εγκυμοσύνης πρέπει να εκτιμώνται προσεκτικά έναντι των κινδύνων του τοκετού και του σχετικού κινδύνου πρωρότητας.

Τα νεογνά με ήπια πρωρότητα γεννιούνται πριν την ολοκλήρωση της ανάπτυξης του εγκεφάλου. Η αύξηση του όγκου του εγκεφάλου, της παρεγκεφαλίδας, της φαιάς ουσίας, καθώς και η μυελίνωση της λευκής ουσίας είναι ραγδαίες στο τέλος του τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης, μεταξύ 34 και 40 εβδομάδων. Στα όψιμα νεογνά διακόπτεται η ενδομήτρια ωρίμανση του εγκεφάλου προδιαθέτοντας αυτό τον πληθυσμό σε αναπτυξιακές διαταραχές.

Διεθνή δεδομένα δείχνουν ότι το όψιμο πρόωρο βρέφος θα χρειαστεί στενή αναπτυξιακή παρακολούθηση παρά τη φαινομενικά υγιή παρουσίασή του. Οι γονείς, οι παιδίατροι και οι επαγγελματίες της εκπαίδευσης πρέπει να παρακολουθούν τους ασθενείς αυτούς για προβλήματα συμπεριφοράς, λόγου, κινητικών δεξιοτήτων και πιθανή σχολική υποεπίδοση, ώστε να παρέχουν έγκαιρες παραπομπές σε ειδικές θεραπείες. Έχει αποδειχθεί συστηματικά ότι η πρώιμη παρέμβαση φυσιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών και εργοθεραπευτών, ακόμα και από τους πρώτους έξι μήνες της ζωής, βελτιώνει σημαντικά το νευρο-αναπτυξιακό αποτέλεσμα των βρεφών με ήπια πρωρότητα.



**Σταματίνα Λεοντιάδη**  
Παιδίατρος-Νεογνολόγος  
Επιστημονική Συνεργάτις Μονάδας  
Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών  
ΜΗΤΕΡΑ





## ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΕΙ;

**Η** Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) είναι ένα νόσημα που συναντάται όχι σπάνια και αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, μιας και η νόσος αυτή σχετίζεται με καρδιαγγειακά προβλήματα και συνοδεύεται και από πολλές άλλες παθήσεις (συνοσηρότητες), αυξάνοντας έτσι το κόστος για τη φροντίδα υγείας.

Κάθε χρόνο ένας όχι ευκαταφρόνητος αριθμός (περίπου 250/εκατομμύριο) των πασχόντων με ΧΝΝ καταλήγει στο τελικό στάδιο της νόσου (ΧΝΝ τελικού σταδίου ή όπως επίσης πολλές φορές αποκαλείται χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου) και για να επιβιώσει απαιτείται να αρχίσει να υποβάλλεται σε εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) ή μεταμόσχευση νεφρού.

### **Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου**

Για την εμφάνιση της νόσου ενοχοποιούνται σειρά παραδοσιακών και μη παραγόντων κινδύνου, με τον σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση και την παχυσαρκία να αποτελούν τους σπουδαιότερους παραδοσιακούς παράγοντες.

Στους μη παραδοσιακούς παράγοντες περιλαμβάνονται η έκθεση σε νεφροτοξικούς παράγοντες (όπως μακροχρόνια λήψη ακόμα και ήπιων αναλγητικών φαρμάκων ή αλόγιστη λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, δηλαδή φάρμακα που εύκολα λαμβάνονται για ρευματικούς πόνους ή οσφυοϊσχιαλγία ή λήψη νεφροτοξικών αντιβιοτικών φαρμάκων κ.ά.), η νεφρολιθίαση, οι υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, τα αυτοάνοσα νοσήματα, οι σπειρατονεφρίτιδες, τα κληρονομικά νοσήματα (π.χ. πολυκυστική νόσος των νεφρών κ.ά.), το κάπνισμα, η κλιματική αλλαγή και μόλυνση του αέρα, η εμφάνιση προεκλαμψίας σε εγκύους, η γέννηση πολύ πρόωρων παιδιών κ.ά.

Με βάση τα παραπάνω και με δεδομένο ότι πάντοτε θα πρέπει να λειτουργούμε έχοντας κατά νου το από τον πατέρα της ιατρικής Ιπποκράτη λεχθέν «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν», γιατί πράγματι η πρόληψη είναι ίσως το σημαντικότερο βήμα για την καλύτερη υγεία, είναι αυτονόητο ότι όπως και για κάθε νόσημα έτσι και για τη ΧΝΝ απαιτείται η εφαρμογή μιας στρατηγικής πρόληψης. Με δεδομένο πάλι ότι πρόληψη επιτυγχάνεται με την έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών με κίνδυνο εμφάνισης ΧΝΝ μέσω ενός γενικευμένου (δηλαδή απευθυνόμενο σε όλο τον πληθυσμό) προγράμματος εξετάσεων (screening) και ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα έχει αποδειχθεί αρκετά υψηλού κόστους για τα συστήματα υγείας, η πρόληψη μπορεί κυρίως να επιτευχθεί με μια εκστρατεία ενημέρωσης των πολιτών για τη σημασία των ενοχοποιητικών παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου και την πρόληψη εφαρμογή προγραμμάτων εκ μέρους της πολιτείας και των πολιτών, τα οποία θα στοχεύουν στην αποφυγή εμφάνισης ή στην αντιμετώπιση των ενοχοποιητικών παραγόντων που δύνανται να αντιμετωπιστούν.

### **Στρατηγική πρόληψης της ΧΝΝ**

Σημαντικά, επομένως, για την πρόληψη της ΧΝΝ είναι:

- η εφαρμογή εκ μέρους των πολιτών ενός προγράμματος ήπιας άσκησης, ο έλεγχος του σωματικού βάρους και η αποφυγή της παχυσαρκίας (πάρμετροι σημαντικοί για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και υπέρτασης), η αποφυγή του καπνίσματος, η παρακολούθηση του σακχάρου του αίματος ειδικά σε διαβητικούς ασθενείς, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (σημαντικός για τη ρύθμιση της είναι και ο περιορισμός λήψης αλατιού), η αποφυγή λήψης νεφροτοξικών παραγόντων και η απο-

φυγή των ουρολοιμώξεων, η πρόληψη εμφάνισης νεφρολιθίασης (επιτυγχάνεται με περιορισμό του αλατιού, της πρόσληψης κόκκινου κρέατος και των ζαχαρούχων ροφημάτων, την αυξημένη πρόσληψη υγρών και την ικανοποιητική πρόσληψη ασβεστίου).

- η ιατρική παρακολούθηση από τον οικογενειακό ιατρό και η πρόληψη θεραπευτική αντιμετώπιση των επιδεχόμενων θεραπεία παραγόντων κινδύνου.

- η εφαρμογή εκ μέρους της πολιτείας ενός προγράμματος screening σε στοχευμένο πληθυσμό ασθενών όπως είναι οι διαβητικοί, οι υπέρταστικοί, οι παχύσαρκοι και οι έχοντες καρδιακή ανεπάρκεια. Εκτός όμως από τα παραπάνω, σημαντικό ρόλο για την πρόληψη της νόσου και κυρίως για την αντιμετώπισή της παίζει και η μη καθυστερημένη προσέλευση ή παραπομπή στον ειδικό ιατρό-νεφρολόγο.

**Στη Ελλάδα, ο επιπολασμός της νόσου, δηλαδή η συχνότητα εμφάνισής της στο γενικό πληθυσμό, εκτιμάται στο 10-12% (το ποσοστό αυτό είναι περίπου ίδιο και για τα δύο φύλα), ποσοστό αντίστοιχο με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και παγκοσμίως.**



**Χρήστος Ιατρού**  
Νεφρολόγος

Διευθυντής Κέντρου Διάγνωσης και Θεραπείας & Έρευνας Νεφρικών Νοσημάτων ΥΓΕΙΑ & Διευθυντής Μονάδας Τεχνητού Νεφρού ΜΗΤΕΡΑ

# EXERCISE STRESS ECHO

## ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΚΗΣΗΣ

“**Χ**ρησιμοποιήστε καρδιά για κάθε καρδιά” (use heart for every heart) ήταν το μήνυμα της φετινής παγκόσμιας ημέρας καρδιάς (29/09), δίνοντας μια ευκαιρία σε όλους μας να χρησιμοποιούμε καλύτερα την καρδιά με σεβασμό στη φύση και στον άνθρωπο. Το κάπνισμα, ο διαβήτης, η υψηλή πίεση και χοληστερίνη, η κληρονομικότητα, το χρόνιο άγχος, η καθιστική ζωή, η παχυσαρκία και η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι οι κύριοι παράγοντες καρδιολογικών προβλημάτων που ευθύνονται για 18 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως. Στον αντίποδα, η φυσική δραστηριότητα με τη μεσογειακή διατροφή και τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων προστατεύει μακροπρόθεσμα την καρδιά μας.

Η δυναμική υπερηχογραφική μελέτη άσκησης (exercise stress echo) αποτελεί μια σύγχρονη μέθοδο αξιόπιστης διάγνωσης της στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς που μπορούν να ασκηθούν και πραγματοποιείται σε ύπτιο εργομετρικό ποδήλατο ή κυλιόμενο τάπητα με τη χρήση υπερήχων. Για όσους δεν μπορούν να ασκηθούν υπάρχει η δυνατότητα φαρμακευτικής άσκησης. Είναι ένα εξαιρετικά ασφαλές διαγνωστικό εργαλείο, χωρίς τη χρήση ακτινοβολίας ή ραδιενέργειας.

### Πώς γίνεται η εξέταση;

Ο εξεταζόμενος φοράει άνετα ρούχα και παπούτσια, έχοντας φάει κάτι ελαφρύ για πρωινό. Μετά τη λήψη του ιστορικού, ανεβαίνει στο ύπτιο εργομετρικό ποδήλατο ή στον κυλιόμενο τάπητα για την τοποθέτηση ηλεκτροδίων και τη συνεχή καταγραφή του ρυθμού ενώ στο μπράτσο εφαρμόζεται περιχειρίδα για τη διαδοχική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Η διάρκεια της εξέτασης συνήθως δεν ξεπερνά τα 20 λεπτά.

Στην περίπτωση του ύπτιου εργομετρικού ποδηλάτου, η λήψη εικόνων ξεκινά με τον ασθενή σε ηρεμία

και επαναλαμβάνεται σε κάθε στάδιο της άσκησης μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων ή την ολοκλήρωση του πρωτοκόλλου, ενώ στην περίπτωση του κυλιόμενου τάπητα λαμβάνονται υπερηχογραφικά εικόνες με τον ασθενή σε ηρεμία και στη συνέχεια, η λήψη επαναλαμβάνεται μόλις ο ασθενής τελειώσει την άσκηση και ξαπλώσει στο εξεταστικό κρεβάτι. Στη δεύτερη περίπτωση είναι σημαντικό η καταγραφή των εικόνων να πραγματοποιηθεί σε χρόνο 1-2 λεπτά μετά τον τερματισμό της άσκησης, ώστε να μη χαθούν βραχείας διάρκειας διαταραχές στην κινητικότητα της καρδιάς.

Εάν ο ασθενής είναι παχύσαρκος ή η απεικόνιση της καρδιάς είναι δυσχερής, μπορεί να χορηγηθεί μέσο ηχοαντίθεσης (contrast) με ασφάλεια, ακόμα και σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία.

Στη συνέχεια, ο ιατρός, ο οποίος θα πρέπει να διαθέτει πιστοποίηση και εμπειρία στην εξέταση, θα αναλύσει τις εικόνες και θα ενημερώσει τον ασθενή για το αποτέλεσμα.

### Σε ποιους πραγματοποιείται η εξέταση;

Αποτελεί εξέταση εκλογής για την ανίχνευση της μυοκαρδιακής ισχαιμίας σε ασθενείς που μπορούν να ασκηθούν, δεδομένου ότι πραγματοποιείται με φυσική άσκηση, ενώ παρέχει σημαντικές προγνωστικές πληροφορίες για τη λειτουργική ικανότητά τους. Ταυτόχρονα, αξιολογείται η αιμοδυναμική απάντηση, δηλαδή η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα, ενώ ανάλογα με την περίπτωση και με τη χρήση κατάλληλου λογισμικού ελέγχονται πρώιμοι δείκτες συστολικής (strain) και διαστολικής δυσλειτουργίας, η στεφανιαία εφεδρεία ροής στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο, η μικροαγγειακή δυσλειτουργία, η παρουσία βιωσιμότητας δηλαδή «ζωντανών» μυοκυττάρων μετά από έμφραγμα αλλά και βαλβιδοπάθειες όπως η ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας.



Κατάλληλοι ασθενείς είναι αυτοί με συμπτώματα όπως πόνο στο στήθος ή λαχάνιασμα σε κόπωση ή ασυμπτωματικοί ασθενείς με παράγοντες κινδύνου αλλά και αθλητές με έντονη φυσική δραστηριότητα στο πλαίσιο ελέγχου.

Ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο ή με αποκλεισμό αριστερού σκέλους μπορούν, επίσης, να υποβληθούν στην εξέταση.

Αντενδείξεις για την εξέταση αποτελούν η αρρυθμιστη αρτηριακή υπέρταση (>180 mmHg) σε ηρεμία, οι σοβαρές αρρυθμίες και τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα.

---

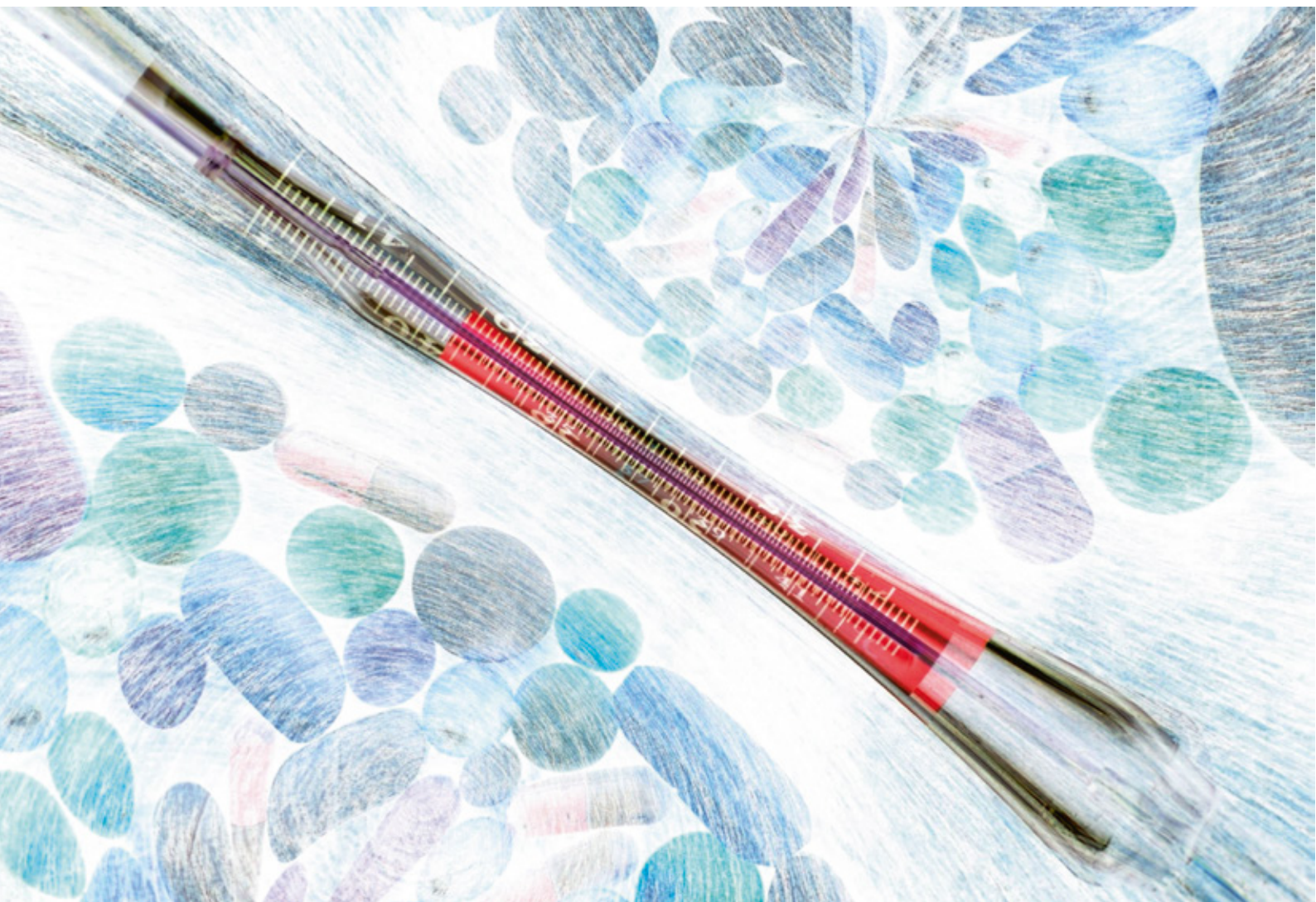
*Η δυναμική υπερηχογραφική μελέτη σε ύπτιο εργομετρικό ποδήλατο ή σε κυλιόμενο τάπητα αποτελεί σημαντικό και ασφαλές διαγνωστικό εργαλείο για την πρώιμη και αξιόπιστη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου και για τη λήψη κλινικών αποφάσεων, παρέχοντας πληροφορίες για την πρόγνωση και τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών που δύνανται να ασκηθούν.*



Αργύρης Γ. Κρομμύδας  
Καρδιολόγος  
Υπεύθυνος Τμήματος Καρδιολογικών  
Υπερήχων Ενηλίκων ΜΗΤΕΡΑ

# ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



**Υ**πάρχει στην αιματολογία μια ομάδα νοσημάτων με αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους, ώστε να τα θεωρούμε μια ιδιαίτερη κατηγορία, τα λεγόμενα «μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα». Αυτά, παρά τις επιμέρους διαφορές τους, έχουν μερικά κοινά σημεία που τα χαρακτηρίζουν ως «ομάδα». Προκύπτουν από διαταραχή του πολλαπλασιασμού και της ωρίμανσης των κυττάρων του αίματος (λευκά αιμοσφαίρια-ερυθρά αιμοσφαίρια-αιμοπετάλια). Ως αποτέλεσμα, στην εξέ-

ταση αίματος είναι ελαττωμένες οι τιμές σε όλα ή και μερικά από αυτά. Έτσι, έχουμε ελαττωμένα ερυθρά (αναιμία) ή/και λευκά (λευκοπενία) ή/και αιμοπετάλια (θρομβοπενία).

Υπάρχουν και ορισμένες ανωμαλίες στη μορφολογία των κυττάρων του αίματος, εμφανείς κατά τη μικροσκόπηση στον έμπειρο παρατηρητή. Η γενική εντύπωση σήμερα είναι ότι τα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα απαντούν συχνότερα από ό,τι στο παρελθόν. Οι λόγοι



είναι πολλοί. Ο βασικότερος είναι το γεγονός ότι εμφανίζονται σε άτομα μεγαλύτερων ηλικιών που γίνονται σιγά-σιγά η πλειοψηφία στο γενικό πληθυσμό. Αφού αυξάνει η αναλογία των μεγάλων ηλικιών, αυξάνει και η συχνότητα νοσημάτων των μεγάλων ηλικιών. Άρα, αυξάνεται και η συχνότητα των μυελοδυσπλαστικών συνδρόμων σε σχέση με τη συχνότητα του παρελθόντος. Βασικός, όμως, λόγος είναι η αυξημένη σήμερα «ευαισθητοποίηση» και «διαγνωστική ετοιμότητα» των ιατρικών επαγγελματιών, αλλά και του γενικού κοινού που οδηγεί σε ευκολότερη και πρώιμη αναγνώριση των πασχόντων.

Ακόμη, σήμερα οι αιματολογικοί έλεγχοι γίνονται πολύ συχνότερα, πολύ ευκολότερα και με αυτοματοποιημένη τεχνολογία που επιτρέπει την πρώιμη αναγνώριση και της παραμικρής απόκλισης από φυσιολογικές τιμές. Άλλος λόγος αυξημένης συχνότητας σήμερα στις στατιστικές είναι το γεγονός ότι παλαιότερα τα νοσήματα αυτά «εκκυκλοφορούσαν» και κατεγράφοντο με ποικίλα άλλα ονόματα. Αυτό μέχρι την καθιέρωση μιας ενιαίας ονοματολογίας γι' αυτά προς τα τέλη της δεκαετίας του 1960. Προηγουμένως, υπήρχαν διάφοροι όροι που τα περιέγραφαν όπως «προ-λευχαιμία», «ανθεκτική αναιμία», «λευχαιμία των ηλικιωμένων», «υποβόσκουσα λευχαιμία» κλπ. Με τους όρους αυτούς η παλαιότερη ιατρική περιέγραφε ότι σήμερα λέμε «μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα» (αυτό δεν σημαίνει ότι την εποχή εκείνη δεν «έβαζαν» και άλλα νοσήματα στις κατηγορίες αυτές).

#### Αιτίες

Τα αίτια που ενοχοποιούνται για τα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα είναι πολλά και διάφορα, αλλά ο έλεγχος και η ενοχοποίηση αιτίας είναι δύσκολα. Η μόνη σίγουρη αιτία είναι μερικά αντινεοπλασματικά φάρμακα (κυτταροστατικά). Οι περισσότεροι, όμως, ασθενείς με μυελοδυσπλασία συνήθως δεν έχουν ιστορικό έκθεσης σε κυτταροστατικά. Η προτίμηση των μεγάλων ηλικιών, όμως, και μερικά ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι βιολογικώς η μυελοδυσπλασία μάλλον αποτελεί μια ειδική «εκδήλωση» του γήρατος από το αιμοποιητικό σύστημα παράλληλη και ανάλογη με τις εκδηλώσεις του γήρατος από άλλα όργανα και ιστούς όπως το δέρμα, τα μαλλιά, τα οστά, οι οφθαλμοί, οι ενδοκρινείς αδένες κλπ.

#### Διάγνωση

Η διάγνωση των μυελοδυσπλαστικών συνδρόμων γίνεται από τον εξειδικευμένο ιατρό. Πάντοτε επικυρώνεται με μελέτη του αιμοποιητικού οργάνου, δηλαδή του μυελού των οστών (μυελόγραμμα). Συνήθως η μικροσκόπηση είναι ενδεικτική της διάγνωσης, η οποία επικυρώνεται με «λεπτές» μελέτες του αιματολογικού υλικού όπως χρωμοσώματα και ανοσολογικό έλεγχο

που θέτουν και τη «σφραγίδα» της διάγνωσης.

#### Θεραπεία

Θεραπεία που να αποκαθιστά πλήρως την αιμοποιητική διαδικασία ενός πάσχοντος από μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο δεν υπάρχει. Υπάρχει μόνο προσπάθεια αντιμετώπισης, όχι πάντοτε απόλυτα επιτυχής και συνήθως παροδική με μέσα που επιδιώκουν την άνοδο των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ερυθροποιητίνη), λευκών αιμοσφαιρίων (αυξητικοί παράγοντες) και αιμοπεταλίων (θρομβοποιητίνες), καθώς και μεταγγίσεις αίματος.

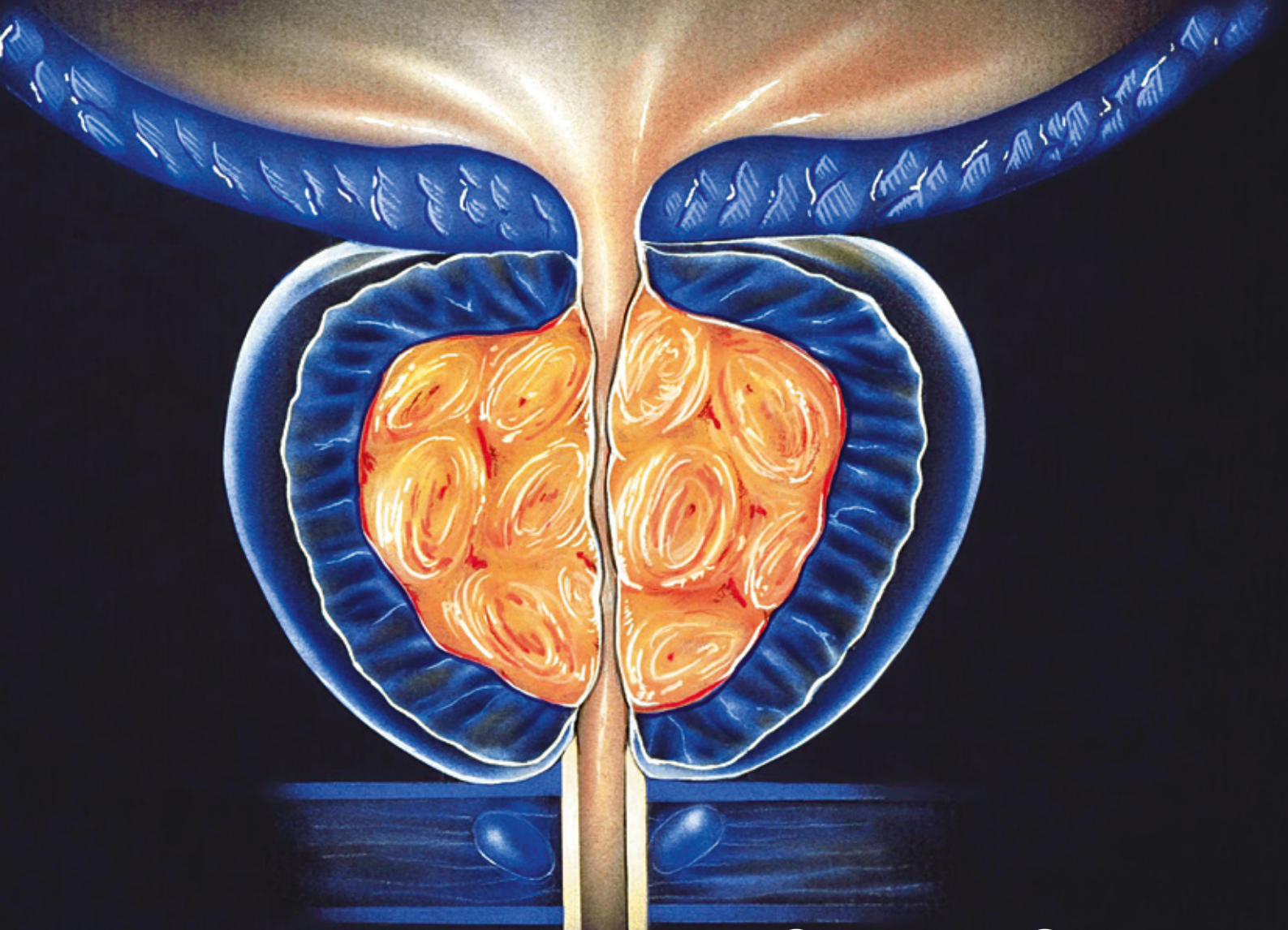
Όλα τα μέσα αυτά έχουν προβλήματα και δυσκολίες. Οι τυχόν λοιμώξεις αντιμετωπίζονται με τα κατάλληλα αντιβιοτικά. Νεότερες θεραπείες που αποβλέπουν στην αναστροφή της μυελοδυσπλαστικής αιμοποίησης δοκιμάζονται, αλλά ακόμη δεν έχουν τυποποιηθεί. Σοβαρή ανησυχία για το μέλλον του ασθενούς θέτει η πιθανότητα η νόσος να εξελιχθεί σε πλήρη οξεία λευχαιμία σε σοβαρή αναλογία των περιπτώσεων, πράγμα που ίσως δικαιολογεί την παλαιότερη ορολογία της μυελοδυσπλασίας ως «προλευχαιμία». Πάντως οι μελέτες επιβιώσεως πασχόντων δείχνουν ότι η μέση διάρκεια ζωής δεν διαφέρει μεταξύ αυτών που εξελίχθηκαν και αυτών που δεν εξελίχθηκαν σε οξεία λευχαιμία.

*Το γήρας είναι φαινόμενο με πολλές άγνωστες πτυχές και μυστικά. Μην ξεχνάμε ότι δεν υπάρχει ούτε γενική συμφωνία στο ερώτημα «πότε αρχίζει;». Και μόνο αυτό δείχνει τις δυσκολίες να κατανοηθεί επακριβώς, πόσο μάλλον να θεραπευθεί.*



**Κωνσταντίνος Κωνσταντόπουλος**  
Αιματολόγος  
Διευθυντής Αιματολογικής  
Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ





# ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Η** καλοήθης υπερπλασία του προστάτη είναι μια πάθηση που εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας (από 50 έως 80 ετών), δημιουργώντας διαταραχές στην ούρηση και τη λειτουργία της ουροδόχου κύστεως. Σήμερα η αντιμετώπισή της είναι πιο αποτελεσματική, χρειάζεται όμως παρακολούθηση και ορθή πληροφόρηση.

### Ποια είναι τα συμπτώματα;

Άνδρες με υπερπλασία προστάτου παρουσιάζουν συμπτώματα όπως:

- συχνουρία και ιδιαίτερα κατά τον ύπνο (νυκτουρία) αλλά και τις υπόλοιπες ώρες της ημέρας,
- αίσθημα μη κενώσεως της ουροδόχου κύστης στο τέλος της ούρησης,
- επείγουσα ούρηση, επιτακτικότητα,
- διακοπτόμενη ούρηση, καθώς και ασθενή ροή με αύξηση του χρόνου διάρκειας της ούρησης,

- καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης.

Όταν η υπερπλασία είναι προχωρημένη, οδηγεί σε αδυναμία ούρησης και επίσχεση, μια επείγουσα κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης με τοποθέτηση καθετήρα. Μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια της ουροδόχου κύστεως, βαριές ουρολοιμώξεις, αιματουρία ή ακόμη και νεφρική ανεπάρκεια.

### Διάγνωση

Η διάγνωση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη αν γίνει σε πρώιμα στάδια της νόσου, ενδέχεται να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Ο ασθενής αρχικά αξιολογείται από τον Ουρολόγο, ο οποίος λαμβάνει ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό και διενεργεί δακτυλική εξέταση του προστάτη για τον έλεγχο της ομαλότητας του σχήματος, της σύστασης, καθώς και του μεγέθους του προστάτη. Στη συνέχεια, ο ασθενής υποβάλλεται σε διαγνωστικό έλεγχο που περιλαμβάνει γενική ούρων, ουροκαλλιέργεια, κρεατινίνη, αν υπάρχει αιματουρία κυτταρολογικές εξετάσεις, μέτρηση PSA ορού και υπερηχογραφικό έλεγχο του ουροποιητικού, καθώς και έλεγχο αν η ουροδόχος κύστη αδειάζει στο τέλος της ούρησης.

### Αντιμετώπιση

Η θεραπεία της νόσου στηρίζεται στην κλινική εξέταση αλλά και στην επιλογή του ασθενούς. Όταν ο ασθενής εμφανίζει ήπια συμπτώματα μπορεί να παρακολουθείται σε ετήσια βάση, αν εμφανίζει μετρίου βαθμού συμπτώματα και περιορισμένη κατακράτηση ούρων, μπορεί να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική αγωγή για μακρύ χρονικό διάστημα. Στις περιπτώσεις, όμως, με έντονη συμπτωματολογία, συστήνονται ριζικές χειρουργικές θεραπείες.

### Χειρουργικές Θεραπείες

Οι κλασικές, καθιερωμένες επεμβάσεις με τομή, έστω και μικρή, έχουν εξαλειφθεί στις μέρες μας. Έχουν, όμως, την ένδειξή τους όταν πρέπει να χειρουργηθεί ένας άνδρας με αδένωμα πάνω από 150-200cm. Η χρυσή επιλογή στη χειρουργική της υπερπλασίας προστάτη παραμένει η διουρηθρική προστατεκτομή.

Σε ασθενείς, που αδυνατούν να λάβουν μακρά αναισθησία και δεν μπορούν να διακόψουν την αντιπηκτική τους αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα, συστήνονται τεχνικές μικρότερης χειρουργικής βαρύτητας όπως το Prostatic Urethral Lift (PUL), καθώς και το Water Vapor Thermal Therapy (REZUM), που όμως φαίνεται πως το θεραπευτικό αποτέλεσμά τους είναι μικρού χρονικού διαστήματος.

Χειρουργικές τεχνικές μεγαλύτερης βαρύτητας είναι η διατομή του αυχένα της κύστεως (TUIP), η

φωτοηλεκτρική εξάχνωση (PUP), η Thulium Laser Enucleation (ThuLEP), η διουρηθρική εξάχνωση (TUVP), η Transurethral Water-Jet (TWJA).

### Δύο τεχνικές που κυριαρχούν σήμερα

- Διπολική διουρηθρική προστατεκτομή, γνωστή ως TURIS, που αποτελεί την τεχνολογική εξέλιξη της κλασικής διουρηθρικής προστατεκτομής, TURP. Η τεχνική αυτή έφερε καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την αιμορραγία, τη δυνατότητα χρήσης της μεθόδου σε μεγαλύτερους προστάτες, αφού αύξησε τη δυνατότητα χειρουργείου μεγαλύτερης διάρκειας αλλά και τη δυνατότητα μικρότερης νοσηλείας του ασθενούς.

- Holmium Laser Enucleation of Prostate (HoLEP). Στην τεχνική αυτή ο χειρουργός διά του ρεζεκτοσκοπίου, σωληνωειδές εργαλείο που εισάγεται στην ουρήθρα, προωθεί μια ίνα Laser και με αυτό τον τρόπο εκपुरνίζει το αδένωμα του προστάτη και το ωθεί στην ουροδόχο κύστη. Στη συνέχεια, ένα νέο εργαλείο διά της ουρήθρας διαλύει και απορροφά το αδένωμα από την ουροδόχο κύστη. Πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι η λιγότερη αιμορραγία και η παραμονή στο νοσοκομείο για 24 ώρες.

---

*Η αιτία εμφάνισης της υπερπλασίας προστάτου δεν είναι ξεκάθαρη, φαίνεται όμως να οφείλεται σε αλλαγές στο ορμονικό προφίλ των ανδρών και στη δράση των ανδρογόνων που παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου.*



Παναγιώτης Παπαναστασίου  
Ουρολόγος  
Διευθυντής Α' Ουρολογικής  
Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

## ΕΛΠΙΔΟΦΟΡΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ 1/3 ΤΩΝ ΑΝΕΓΧΕΙΡΗΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ

**Ο** καρκίνος του παγκρέατος, περίπου στους μισούς ασθενείς, είναι πολύ συχνά ανεγχείρητος είτε γιατί έχει προχωρήσει πολύ τοπικά και συμπεριλαμβάνει μεγάλες και κρίσιμες αρτηρίες και φλέβες γύρω από το πάγκρεας είτε γιατί έχει κάνει μεταστάσεις.

Ο μοναδικός τρόπος να αφαιρεθούν τέτοιοι όγκοι είναι να αφαιρεθούν μαζί του και οι κρίσιμες αυτές αρτηρίες και φλέβες και φυσικά, να αντικατασταθούν με μοσχεύματα, ώστε να συνεχιστεί η κανονική λειτουργία τους. Τέτοιου είδους εγχειρήσεις θεωρούνται οι πιο δύσκολες από οποιαδήποτε άλλη στη χειρουργική της κοιλιάς και γι' αυτό γίνονται σε πάρα πολύ μικρό αριθμό νοσοκομείων στην Αμερική και στην Ευρώπη. Δηλαδή στα ελάχιστα σε αριθμό «Κέντρα Αναφοράς» (Referral Centers) στη χειρουργική του παγκρέατος.

Σήμερα στην Α' Χειρουργική Κλινική του ΜΗΤΕΡΑ, με την καθοριστική συμμετοχή εμπειρότατης αγγειοχειρουργικής ομάδας, τέτοια περιστατικά χειρουργούνται πλέον συχνά και πολλοί ασθενείς απ' όλη την Ελλάδα με θεωρούμενους «ανεγχείρητους» καρκίνους επιτυγχάνουν την αφαίρεση των όγκων τους. Πρέπει οπωσδήποτε να τονιστεί ιδιαίτερα ότι αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί πάντοτε, αλλά περίπου στο ένα τρίτο αυτών των ασθενών, γεγονός που εξηγείται στους ίδιους και στις οικογένειές τους.

Ο κύριος λόγος που αυτοί οι όγκοι θεωρούνται ανεγχείρητοι είναι η ιδιαίτερη δυσκολία και δυνητική επικινδυνότητα της αφαίρεσης μεγάλων φλεβών (πυλαία, μεσεντέρια φλέβα) και αρτηριών (ηπατική, κοιλιακή, μεσεντέρια αρτηρία) εάν δεν υπάρχει μεγάλη, εξειδικευμένη και αποδεδειγμένη εμπειρία με δημοσιευμένα (δηλαδή δημοσίως γνωστά και προσβάσιμα) αποτελέσματα στον ιδιαίτερα απαιτητικό αυτό τομέα.

**Η μετατροπή του ανεγχείρητου καρκίνου παγκρέατος σε εγχειρήσιμο βασίζεται σε δύο θεμελιώδεις άξονες.**

### • Προεγχειρητική χημειοθεραπεία

Στην Κλινική μας ακολουθούμε αποκλειστικά τα εγκεκριμένα από τα αναγνωρισμένα Κέντρα Αναφοράς των ΗΠΑ πρωτόκολλα χημειοθεραπείας (μείγμα φαρμάκων, δοσολογία, συχνότητα χορήγησης, συνολική διάρκεια). Η θεραπεία πρέπει να είναι εντατική με σκοπό να οδηγήσει σε θεραπευτική εγχείρηση. Γι' αυτό απαιτείται ογκολόγος που να γνωρίζει ότι τέτοιοι ασθενείς πράγματι μπορούν να χειρουργηθούν, για να χορηγεί τα φάρμακα, όπως πρέπει, με όλα τα μέτρα πρόληψης των ανεπιθύμητων ενεργειών. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρειάζεται και προεγχειρητική, στοχευμένη, μικρής διάρκειας ακτινοθεραπεία.

### • Ριζική εγχείρηση με αφαίρεση των εμπλεκόμενων φλεβών ή αρτηριών

Το κλειδί είναι να αφαιρεθεί με ασφάλεια και ριζικότητα ο όγκος. Αυτός είναι ο μοναδικός τρόπος που οδηγεί σε απαλλαγή από τη νόσο για πολύ καιρό ή πιθανόν σε ίαση. Πρέπει να επιτυγχάνονται ευρείς λεμφαδενικοί καθαρισμοί με περισσότερους από 15-20 λεμφαδένες. Το μέρος της εμπλεκόμενης (διηθημένης) πυλαίας, ή μεσεντέριας φλέβας, αφαιρείται μαζί με τον όγκο και μπορεί να αντικατασταθεί με μόσχευμα. Τα μέρη των εμπλεκόμενων αρτηριών (ηπατική, κοιλιακή, μεσεντέρια αρτηρία) αφαιρούνται επίσης και αντικαθίστανται με μόσχευμα ή παρακάμπτονται (by-pass).

### Ελπιδοφόρα μηνύματα για το 1/3 των ανεγχείρητων καρκίνων

Με τις μεθόδους αυτές μετατρέπεται σε εγχειρήσιμο περίπου το ένα τρίτο των ανεγχείρητων καρκίνων και προσφέρεται σε πολύ περισσότερους ασθενείς η μοναδική πιθανότητα μακρότερης επιβίωσης ή και ίασης. Οι εγχειρήσεις αυτές είναι πολύ απαιτητικές τεχνικά, απαιτούν εμπειρότατη χειρουργική ομάδα και γίνονται σε ελάχιστα νοσοκομεία παγκοσμίως.





Με αυτή τη μεθοδολογία στην Κλινική μας έχουμε επεκτείνει την επιβίωση από 4-6 μήνες σε 3 σχεδόν χρόνια (μέσον όρο), ενώ έχουμε ασθενείς που έχουν ξεπεράσει τα 5, 6, και 7 χρόνια.

Ο καρκίνος του παγκρέατος παραμένει νόσος επιθετική που η διάγνωσή της συχνά γίνεται σε ήδη προχωρημένο στάδιο. Σήμερα, έχουμε νέα όπλα και στρατηγικές και η πρόγνωση έχει βελτιωθεί σημαντικά. Ο ιατρός που θα επιλέξει ο ασθενής αποτελεί τον πιο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξη της νόσου διότι μόνο έτσι θα εξασφαλιστούν:

- διάγνωση χωρίς καθυστέρηση,
- στοχευμένες (όχι περιπτώσεις, χρονοβόρες) εξετάσεις που καθυστερούν τη θεραπεία,
- ριζική εγχείρηση με ευρύτατο καθαρισμό,
- συντονισμένη ογκολογική αντιμετώπιση (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία),
- μετατροπή του «ανεγχείρητου» καρκίνου σε εγχειρήσιμο με αφαίρεση των εμπλεκόμενων φλεβών και αρτηριών.



**Γρηγόριος Τσιώτος**  
Χειρουργός  
Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής,  
ΜΗΤΕΡΑ

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ & ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ



**Ο** καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί τη συχνότερη κακοήγη νόσο του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος και τον τέταρτο πιο συχνό καρκίνο στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου και των πνευμόνων.

Ο καρκίνος του ενδομητρίου εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες που είναι άνω των 50 ετών και επομένως, βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Εν τούτοις, άνω του 25% των περιπτώσεων μπορεί να εμφανιστεί και πριν την εμμηνόπαυση.

### **Παράγοντες κινδύνου**

Στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου ανήκουν ο παρατεταμένος υπεροιστρογονισμός, ο οποίος μπορεί να προκληθεί από την πρόωμη εμμηναρχή, την καθυστερημένη εμμηνόπαυση, την ατοκία, την παχυσαρκία ή την ορμονοθεραπεία.

Αναμφισβήτητα, στις σύγχρονες προκλήσεις που έχουμε να αντιμετωπίσουμε σε σχέση με τον καρκίνο του ενδομητρίου ανήκουν η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού και η αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας στο σύγχρονο πληθυσμό. Οι παχύσαρκες γυναίκες μπορεί να έχουν έως και 4πλάσιο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Αυτό συνεπάγεται μια αναμενόμενη αύξηση των νέων περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου, αύξηση που στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχει ήδη παρατηρηθεί. Μέχρι το 2040 ο καρκίνος του ενδομητρίου αναμένεται να ξεπεράσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου ως τρίτο πιο συχνό καρκίνο στις γυναίκες.

### **Ενδείξεις καρκίνου του ενδομητρίου**

Η πλέον συχνή ένδειξη του καρκίνου του ενδομητρίου είναι η αιμορραγία από τον κόλπο. Μετά την εμμηνόπαυση, δεν θα πρέπει να υπάρχει αιμορραγία από τον κόλπο. Επομένως, η παρουσία αιμορραγίας δεν είναι φυσιολογική. Πριν την εμμηνόπαυση, η αιμορραγία ανάμεσα στην έμμηνο ρύση ή η ασυνήθιστη σοβαρή κολπική αιμορραγία κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, θα πρέπει επίσης να προειδοποιεί τις γυναίκες να συμβουλευονται τον γιατρό τους. Η απουσία ωστόσο συμπτωμάτων πόνου, που σε άλλες ασθένειες μπορεί να κρούσουν τον κώδωνα του κινδύνου και να ευαισθητοποιή-

σουν τις ασθενείς, αποτρέπει συχνά τις γυναίκες να αναζητήσουν έγκαιρα ιατρική βοήθεια.

### **Διάγνωση**

Η διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου τίθεται ιστολογικά μετά τη λήψη βιοψίας του ενδομητρίου. Η βιοψία συνήθως λαμβάνεται με τη βοήθεια της υστεροσκόπησης και απόξεσης του ενδομητρίου.

Η μεγαλύτερη ωστόσο επανάσταση στην καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου συντελέστηκε με τη βοήθεια του Γονιδιακού Άτλαντα του Καρκίνου και ξεκίνησε το 2013. Σύμφωνα με τον Άτλαντα του Καρκίνου, ο καρκίνος του ενδομητρίου ταξινομείται σε τέσσερις διαφορετικές μοριακές ομάδες, η καθεμία από τις οποίες έχει τη δική της συμπεριφορά και χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης:

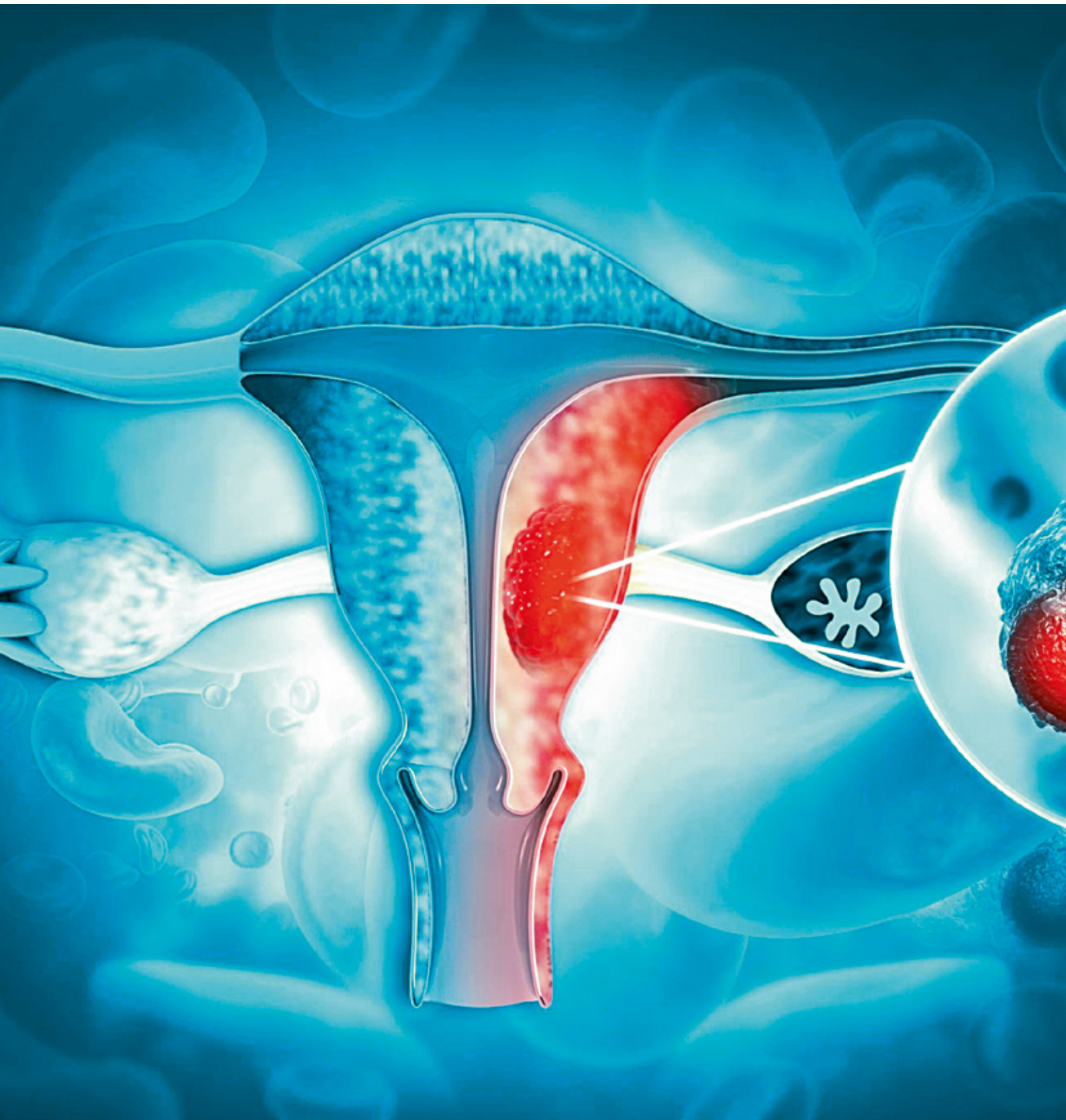
- Πολυμεράση epsilon ultra-mutated (POLE),
- μικροδορυφορική αστάθεια hypermutated (MSI),
- copy-number alternations low,
- copy-number alternations high (p53).

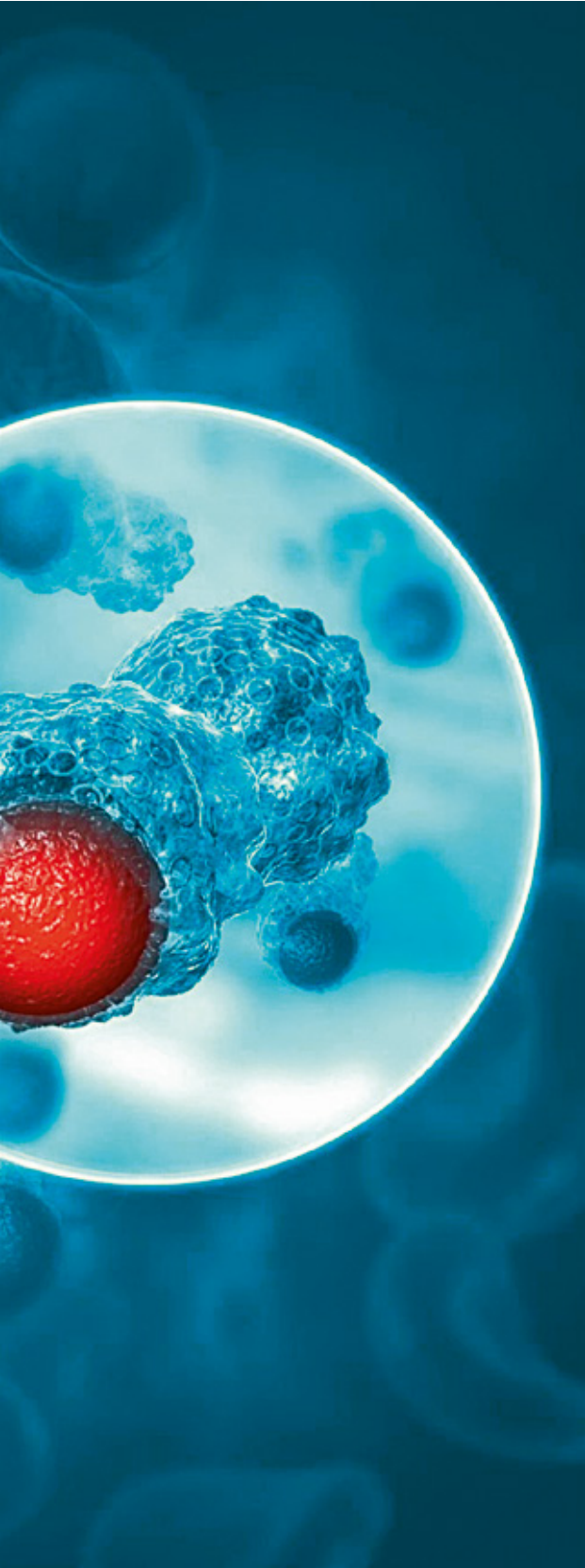
Επομένως, μετά τη λήψη της βιοψίας οφείλει ο θεράπων ιατρός με τη βοήθεια του Παθολογοανατόμου να κατατάξει τον καρκίνο του ενδομητρίου σε μία από τις παραπάνω κατηγορίες. Αυτά τα δεδομένα πρέπει να αξιολογηθούν από έναν έμπειρο γυναικολόγο-ογκολόγο για να προχωρήσει η ασθενής στην κατάλληλη θεραπεία.



**Παναγιώτης Σκλαβούνος**  
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος  
Διευθυντής Β' Κλινικής Γυναικολογικής  
Ογκολογίας ΜΗΤΕΡΑ







---

**Παγκοσμίως το 2020 διαγνώστηκαν πάνω από 420.000 γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου. Για το 2022 υπολογίζεται ότι περίπου 14.000 γυναίκες θα χάσουν τη ζωή τους εξαιτίας αυτής της νόσου.**

#### **Θεραπεία**

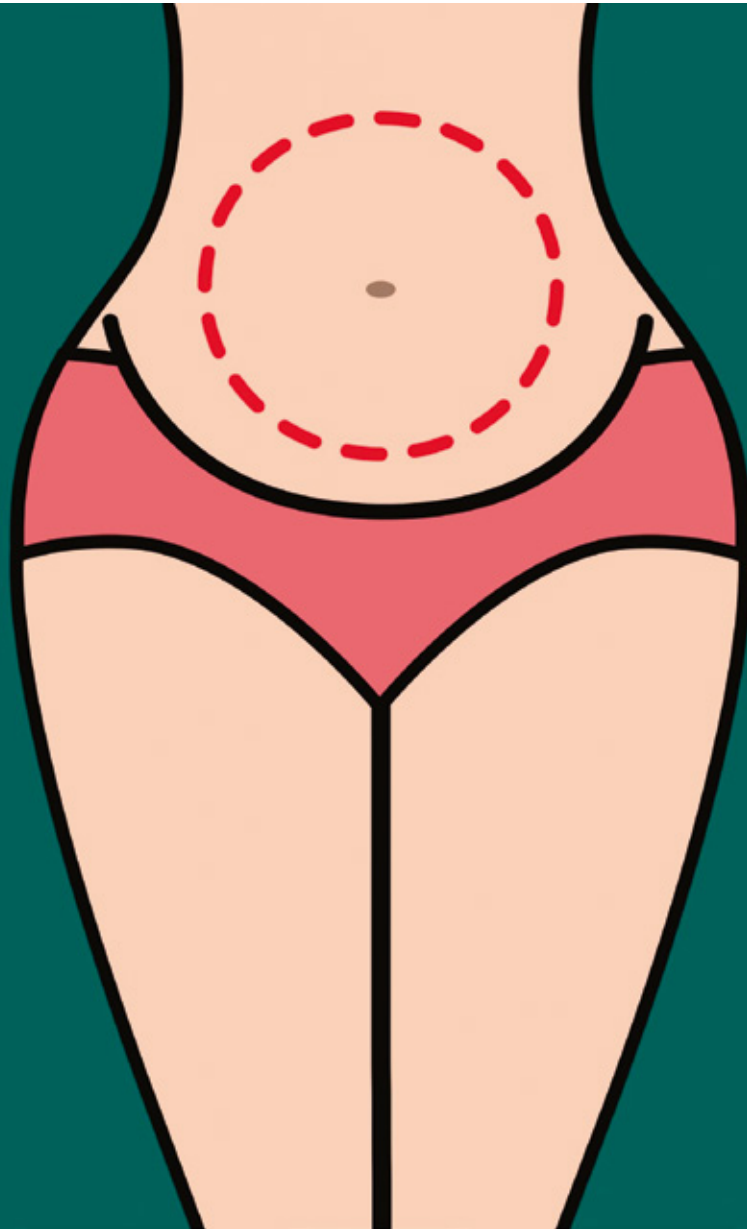
Η θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου είναι καταρχάς χειρουργική. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία που εφαρμόζονται μετά από τη χειρουργική επέμβαση ονομάζονται επικουρικές θεραπείες, που σημαίνει ότι εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση. Η χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει την αφαίρεση της μήτρας, των δύο σαλπιγγικών σωλήνων και των ωοθηκών. Σε ορισμένους ιστολογικούς τύπους (π.χ. ορώδης, διαυγοκυτταρικός, καρκινοσάρκωμα) απαιτείται και η αφαίρεση του επιπλόου (η λεγόμενη επιπλεκτομή) από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Ταυτόχρονα, η πιθανότητα λεμφαδενικής μετάστασης σε όλα τα στάδια FIGO είναι περίπου 15%. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της λεμφαδενεκτομής για τη σωστή αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου.

Τα τελευταία χρόνια επιβεβαιώθηκε η χρησιμότητα του Λεμφαδένα-Φρουρού. Στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γυναικολογικής Ογκολογίας (ESGO) που δημοσιεύθηκαν τον Ιανουάριο 2021 έγινε αποδεκτή η χρησιμότητα της ανεύρεσης του Λεμφαδένα-Φρουρού με τη χρήση του πράσινου ινδοκυανίνης (ICG) στη χειρουργική σταδιοποίηση του καρκίνου του ενδομητρίου. Τα υπάρχοντα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η χρήση του Λεμφαδένα-Φρουρού σχετίζεται με παρόμοια ογκολογικά αποτελέσματα, όπως η συστηματική λεμφαδενεκτομή, αλλά και με σημαντική μείωση των επιπλοκών. Η χρήση του αποτελεί πλέον τη θεραπεία εκλογής για τη σταδιοποίηση και θεραπεία του καρκίνου του ενδομητρίου και πρέπει να εφαρμόζεται από κάθε γυναικολόγο-ογκολόγο.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο αυξάνεται εντυπωσιακά όταν η αντιμετώπισή τους γίνεται από εξειδικευμένη χειρουργική ομάδα. Επιπρόσθετα, η παρουσίαση των περιστατικών αυτών σε Ογκολογικά Συμβούλια εξασφαλίζει μια εξατομικευμένη και πιστή στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπιση της εκάστοτε ασθενούς.

# MOMMY MAKEOVER

ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



**T**ο Mommy makeover είναι ουσιαστικά ο συνδυασμός επεμβάσεων πλαστικής χειρουργικής, με σκοπό την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν σε αρκετές γυναίκες μετά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό. Τόσο οι μαστοί όσο και η περιοχή της κοιλιάς παρουσιάζουν χαλάρωση, ενώ πολλές γυναίκες δυ-

σκολεύονται να απαλλαγούν από τα επιπλέον κιλά της εγκυμοσύνης. Η εικόνα τους αλλάζει και αυτό μπορεί να επηρεάσει γενικότερα την ψυχολογία τους.

Μητέρες κάθε ηλικίας, αφού ολοκληρώσουν τον οικογενειακό προγραμματισμό τους, επιλέγουν να διορθώσουν αισθητικές ατέλειες στο σώμα τους μέσα από



ένα συνδυασμό επεμβάσεων, ώστε να ανακτήσουν τη θηλυκότητα και την αυτοπεποίθησή τους.

#### **Τι μπορεί να γίνει για τη χαλάρωση της κοιλιάς;**

Η λύση ονομάζεται κοιλιοπλαστική. Μια επέμβαση κατά την οποία αφαιρείται η περίσσεια δέρματος που έχει προκύψει λόγω χαλάρωσης. Με την κοιλιοπλαστική υπάρχει η δυνατότητα να διορθωθεί, επίσης, και η διάσταση των μυών της κοιλιάς, οπότε η γυναίκα αποκτά «καλοχτισμένο» κοιλιακό τοίχωμα και επομένως, πιο κομψό και νεανικό σώμα. Οι τομές που μένουν κρύβονται μέσα στο μπικίνι.

Συνήθως γίνεται τουλάχιστον 6 μήνες μετά τον τοκετό, ώστε το σώμα της γυναίκας να έχει επανέρθει από μόνο του σε κάποιο βαθμό και να έχει φανεί αν έχει μείνει πράγματι πρόβλημα χαλάρωσης στο δέρμα.

#### **Η αύξηση του βάρους και ο θηλασμός αλλάζουν και την εμφάνιση του στήθους;**

Με την εγκυμοσύνη και το θηλασμό το στήθος μπορεί να υποστεί χαλάρωση, πτώση και άλλοτε συρρίκνωση, οπότε υπάρχουν αλλαγές στο σχήμα και στο μέγεθός του.

#### **A) Αυξητική στήθους**

Κάποιες φορές το στήθος μετά τη μεγέθυνση λόγω της εγκυμοσύνης και του θηλασμού μικραίνει και αδειάζει. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να αυξηθεί με ενθέματα σιλικόνης, τα οποία έχουν πλέον αποδειχθεί ασφαλή για τον οργανισμό όταν έχουν τις κατάλληλες προδιαγραφές.

#### **B) Μείωση στήθους**

Σε περιπτώσεις που το στήθος είναι πολύ μεγάλο και δημιουργεί επιπρόσθετο βάρος στη γυναίκα, μπορεί να γίνει μείωση. Αυτή η επέμβαση δεν έχει μόνο αισθητικό όφελος, αλλά και λειτουργικό, αφού το βάρος του στήθους συνήθως κουράζει τη σπονδυλική στήλη. Επίσης, ένας μικρότερος μαστός ψηλαφάται και απεικονίζεται πιο εύκολα.

#### **Γ) Ανόρθωση στήθους**

Πραγματοποιείται όταν ο μαστός παρουσιάζει πτώση. Είναι μια επέμβαση γενικά παρόμοια με τη μείωση του στήθους, κατά την οποία όμως αφαιρείται μόνο δέρμα, ώστε να σφίξει ο μαστός και να διαμορφωθεί σε μια καλύτερη θέση. Πολλές φορές η ανόρθωση συνδυάζεται με την τοποθέτηση και ενθεμάτων εφόσον κριθεί απαραίτητο.

#### **Για να αποκτήσουμε καλύτερη φόρμα σε όλο το σώμα υπάρχει λύση;**

Ναι και ακούει στο όνομα «λιπογλυπτική», μια μέθοδος κατά την οποία με τη βοήθεια ειδικής συσκευής αναρροφάται λίπος από το σώμα μέσα από ειδικές κάνουλες. Η διαδικασία αυτή θεωρείται η εξέλιξη της λιποαναρρόφησης. Με τη λιπογλυπτική προσφέρουμε πιο νεανική φόρμα σε όλο το σώμα. Γι' αυτό εξάλλου

αυτή η επέμβαση είναι κατάλληλη και για γυναίκες που δεν έχουν μόνο τοπικό πάχος, αλλά το σώμα τους έχει χάσει τη φόρμα του από κάποια περιττά κιλά μετά τη γέννηση των παιδιών. Η μέθοδος αυτή βελτιώνει και την κυτταρίτιδα στα σημεία όπου εφαρμόζεται.

#### **Μετά τη γέννα πολλές γυναίκες περνούν τη λεγόμενη «μετά τον τοκετό κατάθλιψη». Παίζει αυτή κάποιο ρόλο για τις διορθώσεις που αποφασίζουν να κάνουν στο σώμα τους;**

Ναι και γι' αυτό χρέος του γιατρού, αν τον επισκεφθεί μια γυναίκα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα από τον τοκετό, είναι να συζητήσει μαζί της και να διακρίνει αν πράγματι η γυναίκα είναι σε ψυχολογική κατάσταση κατάλληλη, ώστε να προχωρήσει σε μια από τις επεμβάσεις που προσφέρει η πλαστική χειρουργική. Η συνεργασία με τον γυναικολόγο της γι' αυτό το σκοπό κρίνεται απαραίτητη.

#### **Για τις ραγάδες υπάρχει λύση;**

Εξειδικευμένα laser μπορούν να πετύχουν σημαντική βελτίωση μέσω διέγερσης της φυσικής παραγωγής κολλαγόνου του δέρματος. Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται όσο αυτές είναι ακόμη ερυθρές. Μετά από κάποιες συνεδρίες, το δέρμα τονώνεται και το αποτέλεσμα είναι εντυπωσιακό.

---

**Κάθε επέμβαση και ο συνδυασμός τους, σχεδιάζονται με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε γυναίκας. Το Mommy makeover μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μία ή και περισσότερες επεμβάσεις.**



---

**Αναστάσιος Τσεκούρας**  
Αισθητικός και Επανορθωτικός  
Πλαστικός Χειρουργός  
Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής  
ΛΗΤΩ

# ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ



**Τ**ο δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας αποτελεί αναμφίβολα μια επικείμενη «ωρολογιακή βόμβα», έχοντας ρίζες βαθιές και πολυδιάσπαστες σε σημείο που μόνο η ανάγνωση των στατιστικών δεδομένων τρομάζει. Το 1962 μόλις το 8% του ελληνικού πληθυσμού ήταν άνω των 65 ετών, ενώ το 26% κάτω των 14 ετών. Αντιθέτως, σήμερα, το 23% των Ελλήνων είναι άνω των 65 ετών (σχεδόν ένας στους τέσσερις), ενώ μόλις το 14% κάτω των 14 ετών. Και αν εξακολουθήσουμε έτσι, το 2050 η χώρα μας θα έχει λιγότερους από 9 εκατομμύρια κατοίκους, με έναν στους τρεις άνω των 65 ετών.

Σε αυτή τη δύσκολη κοινωνικο-οικονομική πραγματικότητα, ο σύγχρονος Γυναικολόγος καλείται να δράσει αποφασιστικά, διαφυλάσσοντας όχι απλώς την αναπαραγωγική υγεία των πολιτών, αλλά και με τον πλέον οικονομικό και ασφαλή τρόπο.

### Κάπνισμα

Το κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένου και του παθητικού, συμβάλλει στο 13% των περιπτώσεων γυναικείας υπογονιμότητας και μάλιστα με δόσοεξαρτώμενο τρόπο. Κατά τη διάρκεια προγραμμάτων ART, το κάπνισμα μειώνει την ανταπόκριση των ωθηκών στις γοναδοτροπίνες, ελαττώνοντας τα

ποσοστά επιτυχίας έως και 50%, αριθμός που επανέρχεται στα φυσιολογικά μόλις σε έξι μήνες από τη διακοπή του. Μάλιστα, η Αμερικάνικη Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής (ASRM) από το 2013 έχει αναφερθεί εκτενώς στις βλαβερές επιπτώσεις του καπνού, με κυριότερες την πρόωρη εμμηνόπαυση (1-4 έτη νωρίτερα), τα χαμηλότερα επίπεδα Αντιμυλλέριου Ορμόνης (έως και 44%), τα υψηλότερα ποσοστά αποβολών (σχεδόν διπλάσιος κίνδυνος), την αλλοίωση των ποιοτικών παραμέτρων του σπέρματος (κινητικότητα - μορφολογία - αριθμό σπερματοζωαρίων), ακόμα και την αυξημένη συχνότητα έκτοπων κυήσεων.

### Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία, σε σύγκριση με νορμοβαρή άτομα, αλλοιώνει την αντίδραση του σώματος στην ινσουλίνη, οδηγώντας σε προφλεγμονώδεις και προθρομβωτικές καταστάσεις. Οι παχύσαρκες γυναίκες διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο για ανοωθυλακιορρηκτικούς κύκλους, ανάπτυξη συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών, χαμηλότερη ποιότητα ωοκυττάρων, υψηλότερα ποσοστά αυτόματων ή επαναλαμβανόμενων αποβολών και μειωμένη ανταπόκριση στις μεθόδους ART. Παράλληλα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι παχύσαρκες γυναίκες αντιμετωπίζουν 3-4 φορές υψηλότερο κίνδυνο για διαβήτη κύησης, προεκλαμψία, πρόωρο τοκετό, γέννηση μακροσωμικών εμβρύων και 1,3-2,1 φορές υψηλότερο κίνδυνο ενδομήτριων θανάτων.

### Σωματική δραστηριότητα

Η σωματική δραστηριότητα έναντι της καθιστικής ζωής συμβάλλει τα μέγιστα στην αύξηση του ποσοστού των κυήσεων (39,0% από 16,0%) και των ζώντων γεννήσεων (24,4% έναντι 7,4%). Μάλιστα, παχύσαρκες γυναίκες που ασκούσαν τακτικά κατά τη διάρκεια προγραμμάτων ART είχαν τριπλάσιες πιθανότητες ζώντων γεννήσεων έναντι εκείνων που παρέμεναν ανενεργείς. Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι και η υπερβολική άσκηση, ιδιαίτερα σε υψηλή ένταση ή μέχρι εξάντλησης, προκαλεί αντίστροφα αποτελέσματα κυρίως στις γυναίκες (διπλάσιος κίνδυνος για υπογονιμότητα), αλλά και στους άνδρες (ολιγοσπερμία, ορμονικές αλλοιώσεις).

### Κατάχρηση αλκοόλ

Η κατάχρηση αλκοόλ, σύμφωνα με μεταναλύσεις πολυκεντρικών μελετών των ΗΠΑ, ανέδειξε δραματικές επιπτώσεις στην κύηση και στο έμβρυο, συσχετίζοντάς τη με αυξημένα ποσοστά μικροκεφαλίας, χαμηλό βάρος γέννησης, ελλείμματα όρασης και ακοής, καθυστερήσεις λόγου και ομιλίας, διαταραχές αυτιστικού φάσματος, ακόμα και νοητική υστέρηση. Μάλιστα, γυναίκες που υποβάλλονταν σε ART και κατανάλωναν πάνω από τέσσερα ποτά

εβδομαδιαίως παρουσίασαν μείωση των ποσοστών των κυήσεων έως 16% με ταυτόχρονη ελάττωση κατά 13% του αριθμού των ωαρίων στην ωοληψία.

**Τέλος, η μεσογειακή διατροφή και η μείωση του στρες, που συχνά παραβλέπονται κατά την αξιολόγηση του υπογόνιμου ζεύγους, αναγνωρίζεται παγκοσμίως ότι ευεργετούν τον τομέα της γονιμότητας. Συγκεκριμένα, η κατανάλωση επεξεργασμένων και τυποποιημένων προϊόντων, καθώς και του κόκκινου κρέατος, σχετίζεται με διαταραχές του σπέρματος όπως ασθenoσπερμία-ολιγοσπερμία. Αντίθετα, διατροφή πλούσια σε Ω-3 και χαμηλή σε trans λιπαρά επιδρά θετικά τόσο στον αριθμό όσο και στην ποιότητα των βλαστοκύστεων. Τροφές όπως ψάρια, όσπρια, φρούτα, λαχανικά, ξηροί καρποί, βότανα και φυσικά, το ελαιόλαδο συμβάλλουν καταλυτικά στην απομάκρυνση του οξειδωτικού στρες, στην ευεξία και στην ύφεση των ψυχοσυναισθηματικών παθήσεων.**

“ Η εκτενής ενημέρωση ως προς τη φυσιολογία της αναπαραγωγής και των επιπτώσεων που έχει σε αυτήν ο σύγχρονος τρόπος ζωής αποτελεί προτεραιότητα, μιας και απλές αλλαγές στην καθημερινότητα επιδρούν καταλυτικά στη βελτίωσή της. ”



Ιωάννης Αναστασιάδης  
Μαιευτήρας, Χειρουργός Γυναικολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης ΛΗΤΩ



# ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

## ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΚΚΥΤΗ



**Η** κύηση αποτελεί κρίσιμη περίοδο για την ανάπτυξη και τη μετέπειτα εξέλιξη του εμβρύου. Υπάρχει πλήθος παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την έκβαση της κύησης ή το έμβρυο, μέσα στους οποίους ανήκουν σε κυρίαρχη θέση οι λοιμώξεις κατά την κύηση.

Η λοίμωξη της εγκύου συσχετίζεται σε πολλές περιπτώσεις —ανάλογα με το υπεύθυνο παθογόνο και την ηλικία κύησης κατά τη λοίμωξη— με δυσμενή προγεννητική έκβαση και συγγενείς ανωμαλίες, ενώ μπορεί δυνητικά να είναι απειλητική και για τη ζωή της εγκύου. Ορισμένες από αυτές τις λοιμώξεις δύναται να προληφθούν μέσω του εμβολιασμού, ο οποίος έχει αποδειχθεί ότι είναι ασφαλής και επωφελής

τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Παρ' όλα αυτά, σε πολλές περιπτώσεις η εμβολιαστική κάλυψη των εγκύων στη χώρα μας παραμένει χαμηλότερη της επιθυμητής.

Τα κλινικά δεδομένα δείχνουν ότι η εποχική γρίπη οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας όταν συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αυξάνει τις επιπλοκές του τοκετού. Ο δε κοκκύτης αποτελεί λοίμωξη με σοβαρές και πιθανόν θανατηφόρες εκβάσεις στο νεογνό που δεν μπορεί να εμβολιασθεί το πρώτο διάστημα.

Η χρήση αδρανοποιημένων εμβολίων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εφαρμόζεται για περίπου 20 χρόνια σε πολλές χώρες και έχει αποδειχθεί όχι μόνο μια ασφαλής λύση για τη μητέρα και το βρέφος της, αλλά και αποτελεσματική. Η εισαγωγή του εμβολιασμού Tdap στην εγκυμοσύνη μείωσε δραματικά τη συχνότητα εμφάνισης κοκκύτη σε βρέφη κάτω των 6 μηνών σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, παρά τα πρόσφατα κρούσματα σε ηλικιωμένους πληθυσμούς.

Ο εμβολιασμός της εγκύου έναντι της γρίπης συνιστάται επίσημα από τον ΠΟΥ από το 2005 και θεωρείται πιθανότατα ως η πιο οικονομικά αποτελεσματική στρατηγική. Αντίστοιχα, ο εμβολιασμός του κοκκύτη συνιστάται από το 2015. Ο εμβολιασμός στην κύηση για προστασία της εγκύου και του νεογνού κατά την εγκυμοσύνη κερδίζει έδαφος σε όλο τον κόσμο, με περίπου 90 χώρες να τον προτείνουν επίσημα σε παγκόσμιο επίπεδο.

Οι οδηγίες εμβολιασμού της εγκύου περιλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών ενηλίκων της χώρας μας, όπως και στις κατευθυντήριες γραμμές της Ελληνικής Εταιρείας Μαιευτήρων Γυναικολόγων.

### **Εμβολιασμός της εγκύου έναντι της γρίπης**

Ο εμβολιασμός της εγκύου έναντι της γρίπης πραγματοποιείται κάθε χρόνο κατά τη διάρκεια της εποχικής περιόδου γρίπης (1 Οκτωβρίου έως 30 Μαρτίου) ανεξάρτητα από το τρίμηνο της κύησης με αδρανοποιημένο τετραδύναμο εμβόλιο.

#### **Ο εμβολιασμός της εγκύου:**

- Μειώνει την πιθανότητα νόσησης από εποχική γρίπη.
- Μειώνει τη μητρική νοσηρότητα.
- Μειώνει τις εισαγωγές των εγκύων γυναικών στο νοσοκομείο.

- Βελτιώνει το περιγεννητικό αποτέλεσμα.
- Προσφέρει προστασία στο έμβρυο αλλά και στο νεογνό για μήνες μετά τη γέννηση, καθώς τα IgG αντισώματα περνούν στο έμβρυο μέσω του πλακούντα. Επιπρόσθετη προστασία στο νεογνό προσφέρει ο θηλασμός μέσω μεταφοράς IgA αντισωμάτων.

### **Εμβολιασμός της εγκύου έναντι του Κοκκύτη**

Ο εμβολιασμός της εγκύου έναντι του Κοκκύτη πραγματοποιείται σε κάθε κύηση ανεξάρτητα από προηγούμενο εμβολιασμό με σκοπό τη μεταφορά αντισωμάτων από τη μητέρα στο νεογνό και την προστασία του από κοκκύτη. Ο κοκκύτης αποτελεί ένα πολύ σοβαρό νόσημα των βρεφών και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές και θάνατο ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του που είναι απροστάτευτο από λοιμώξεις. Τα κλινικά δεδομένα δείχνουν ότι το 80% των θανάτων από κοκκύτη εμφανίζονται στα βρέφη των 3 πρώτων μηνών.

Ο εμβολιασμός πραγματοποιείται με μία δόση συνδυασμένου εμβολίου έναντι του τετάνου της διφθερίτιδας και του κοκκύτη (Tdap). Ο εμβολιασμός με μία δόση Tdap συστήνεται και στο άμεσο περιβάλλον του νεογνού (δηλαδή τα άτομα που έρχονται σε επαφή με αυτό και ασχολούνται με τη φροντίδα του). Ο εμβολιασμός της εγκύου γίνεται στις 27-36 εβδομάδες κύησης. Στην περίπτωση που παραλειφθεί η χορήγηση του Tdap κατά τη διάρκεια της κύησης, η χορήγησή του πρέπει να γίνει κατά τη λοχεία, με σκοπό τόσο την ανοσοποίηση του περιβάλλοντος του νεογνού έναντι του Κοκκύτη όσο και την παθητική μεταφορά αντισωμάτων σε αυτό μέσω του θηλασμού.



**Ιωάννα Τσιαούση**  
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος  
Επιστημονική Συνεργάτις ΛΗΤΩ



# ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΣ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟΣ ΙΟΣ

## ΕΜΒΟΛΙΑ & ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΑ ΒΡΕΦΗ

**Ο** αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV) είναι το συχνότερο αίτιο λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος σε βρέφη και μικρά παιδιά. Ευθύνεται για 60-80% των βρογχολιτίδων των βρεφών και 40% των πνευμονιών των παιδιών, καθώς και για μεγάλο αριθμό επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων. Η περίοδος έξαρσης του ιού καταγράφεται από Νοέμβριο μέχρι Μάρτιο.

**Ποια παιδιά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρής νόσησης από τον ιό;**

- βρέφη έως 6 μηνών,
- πρόωρα και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά,
- παιδιά με σοβαρές καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες ή ανοσοανεπάρκεια.

Τα προηγούμενα δύο χρόνια ο αριθμός των λοιμώξεων από RSV μειώθηκε σημαντικά λόγω των προληπτικών



μέτρων για τον COVID-19. Με τη χαλάρωση, όμως, των μέτρων, τα κρούσματα αυξήθηκαν ξανά, μάλιστα φέτος η εποχή έξαρσης του ιού ξεκίνησε νωρίτερα.

#### **Ποια είναι τα συμπτώματα της λοίμωξης από RSV;**

Τα συμπτώματα είναι αρχικά παρόμοια με αυτά του κοινού κρυολογήματος: πυρετός, καταρροή και βήχας. Μπορεί ωστόσο να παρουσιαστεί επιδείνωση με ταχύπνοια, βαθύτερος και συχνότερος βήχας, δυσκολία στην αναπνοή, λήθαργος ή ευερεθιστότητα, έμετοι και άρνηση σίτισης. Οι περισσότερες νοσηλείες αφορούν σε υγιή τελειόμηνια βρέφη. Δυστυχώς, δεν μπορούμε να προβλέψουμε ποια παιδιά θα νοσήσουν σοβαρά και θα χρειαστούν νοσηλεία. Ακριβώς αυτά τα σοβαρά περιστατικά έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωματολογίας άσθματος στα επόμενα χρόνια.

#### **Υπάρχει θεραπεία για τη λοίμωξη από RSV;**

Όχι. Η θεραπεία είναι συμπτωματική.

#### **Υπάρχει φαρμακευτική πρόληψη;**

Η μόνη στρατηγική πρόληψης που έχει εγκριθεί και εφαρμόζεται σήμερα είναι η χορήγηση 5 μηνιαίων δόσεων του μονοκλωνικού αντισώματος παλιβιζουμάμπη (Synagis) σε πρόωρα νεογνά <6 μηνών και σε ευπαθή παιδιά μέχρι 2 ετών κατά την περίοδο έξαρσης του ιού, ελαττώνοντας στο μισό τη σοβαρή νόσηση και τις νοσηλείες. Η προληπτική αυτή θεραπεία εφαρμόζεται σε <2% του συνόλου και συνεπώς, σημαντικό ποσοστό βρεφών παραμένει απροστάτευτο.

#### **Ποιες θεραπείες και στρατηγικές πρόληψης είναι υπό μελέτη;**

##### **Εμβόλια βρεφών και παιδιών**

Προσπάθειες για την ανεύρεση εμβολίου κατά του RSV γίνονται για περισσότερο από 50 χρόνια. Τα μελλοντικά παιδιατρικά εμβόλια για τον RSV είναι πιθανότερο να αφορούν ηλικίες >6 μηνών λόγω της ιδιαιτερότητας του ανοσοποιητικού συστήματος των βρεφών. Επί του παρόντος, υπάρχουν αρκετά υποψήφια παιδιατρικά εμβόλια σε κλινικές μελέτες.

##### **Εμβολιασμός εγκύων και ενηλίκων**

Ο εμβολιασμός της εγκύου έχει ως αποτέλεσμα την παθητική μεταφορά μητρικών αντισωμάτων στο έμβρυο μέσω του πλακούντα. Ο εμβολιασμός των εγκύων, ως πρακτική για την προστασία τόσο των ίδιων όσο και των βρεφών τους για τους πρώτους 6 μήνες ζωής, εφαρμόζεται σήμερα με τα εμβόλια της γρίπης, της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη μέχρι τα

βρέφη να είναι σε θέση να εμβολιαστούν πλήρως.

Πειραματικά εμβόλια έναντι του RSV έχουν δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε πολλές κλινικές μελέτες. Ήδη το πρώτο τέτοιο εμβόλιο, μεγάλης φαρμακευτικής εταιρείας, αναμένεται να λάβει έγκριση στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη εντός του 2023. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το εμβόλιο όταν χορηγήθηκε σε εγκύους στο 2ο-3ο τρίμηνο της κύησης αποδείχθηκε ασφαλές για τις μητέρες, ενώ παρείχε κατά 82% προστασία στα βρέφη από σοβαρή νόσηση και ανάγκη νοσηλείας τις πρώτες 90 ημέρες ζωής και σε μερικές περιπτώσεις μέχρι τους 6 μήνες. Άλλες τρεις φαρμακευτικές εταιρείες μελετούν εμβόλια σε ενήλικες και τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρα.

Ο εμβολιασμός της μητέρας είναι περισσότερο αποτελεσματικός όταν συνδυαστεί με εμβολιασμό άλλων ατόμων, ενηλίκων και παιδιών του στενού περιβάλλοντος του βρέφους.

#### **Μονοκλωνικά αντισώματα μακράς δράσης**

Η πιο πρόσφατη εξέλιξη αφορά στη Νιρσεβιμάμπη, ένα μονοκλωνικό αντίσωμα κατά του RSV, το οποίο χάρη στο μακρό χρόνο ημιζωής χορηγείται άπαξ ενδομυϊκά και παρέχει προστασία για όλη την περίοδο κυκλοφορίας του ιού. Το φάρμακο έλαβε πρόσφατα έγκριση κυκλοφορίας από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και αφορά όχι μόνο τα πρόωρα και ευπαθή νεογνά αλλά και τα υγιή τελειόμηνια.



**Καλλιόπη Δουβίτσα**

Παιδίατρος – Νεογνολόγος  
Επιστημονική Συνεργάτις  
Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας  
Νεογνών ΛΗΤΩ

# ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΜΙΚΡΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ



**Η** χειρουργική τραχήλου της μήτρας στοχεύει στην αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων αυτού. Είναι αρκετά συνηθισμένη στη γυναικολογική πρακτική και περιλαμβάνει μικρής διάρκειας και επικινδυνότητας επεμβάσεις. Ο τράχηλος αποτελεί το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Έχει τη μορφή σωλήνα μήκους

2-5cm, με διάμετρο περί τα 3cm και φέρνει σε επικοινωνία το ανώτερο τμήμα (σώμα) της μήτρας με τον κόλπο. Οι χειρουργικές επεμβάσεις στον τράχηλο της μήτρας δεν επηρεάζουν τη γονιμότητα της γυναίκας ή τη σεξουαλική της ζωή αφού ο τράχηλος επουλώνεται πλήρως εντός 2-3 εβδομάδων.

### **Αιτίες που ωθούν στη χειρουργική του τραχήλου**

Οι κατηγορίες των τραχηλικών παθήσεων που αντιμετωπίζονται χειρουργικά είναι οι ακόλουθες: Οι χρόνιες φλεγμονές (τραχηλίτιδες), που είναι ανθεκτικές στη συντηρητική (φαρμακευτική) θεραπεία.

Οι αλλοιώσεις (προκαρκινικές κυτταρικές αλλοιώσεις) και ο αρχικού σταδίου καρκίνος του τραχήλου που προκαλούνται, συνήθως, λόγω μόλυνσης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων.

Οι ανατομικές ανωμαλίες που προκύπτουν από τη χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους (πρόπτωση μήτρας).

### **Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων στον τράχηλο**

Οι τραχηλικές χειρουργικές επεμβάσεις επιλέγονται με βάση το είδος του προβλήματος που επιδιώκεται να αντιμετωπιστεί. Ανάλογα δε με την τεχνική που χρησιμοποιείται, διακρίνονται σε καταστροφικές ή αφαιρετικές:

#### **A) Καταστροφικές**

Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται επεμβάσεις που προκαλούν καταστροφή του παθολογικού τραχηλικού ιστού μέσω:

- της ψύξης του (Κρυοπηξία),
- της θερμικής (καυτηριασμός) εξάλειψής του με τη βοήθεια ηλεκτρικού ρεύματος (Διαθερμοπηξία),
- της εξάχνωσής του με laser.

Εφαρμόζονται σε περιπτώσεις αντιμετώπισης χρόνιων τραχηλιτιδών, κονδυλωμάτων και ήπιων δυσπλασιών του τραχήλου. Είναι ολιγόλεπτες και πραγματοποιούνται, συνήθως, στο γυναικολογικό ιατρείο υπό τοπική αναισθησία.

#### **B) Αφαιρετικές**

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις επεμβάσεις κατά τις οποίες απομακρύνεται τμήμα ή/και ολόκληρος ο τράχηλος. Το μέγεθος του τραχήλου που θα αφαιρεθεί, καθώς και η επιλογή της επεμβατικής μεθόδου, εξαρτώνται από το είδος της παθολογίας του τραχήλου και την έκταση της βλάβης.

Αν και αυτές οι επεμβάσεις διαρκούν επίσης λίγο χρόνο, επειδή ωστόσο εκτελούνται υπό γενική αναισθησία διενεργούνται σε νοσοκομειακό πε-

ριβάλλον. Πραγματοποιούνται με χρήση laser, με αγκύλη διαθερμίας (Loop) ή και με νυστέρι.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η απομάκρυνση τμήματος του τραχήλου με Αγκύλη Διαθερμίας (Loop) είναι η επικρατέστερη και πιο δημοφιλής επέμβαση των τελευταίων ετών. Οι λόγοι είναι:

- Η ακρίβεια της μεθόδου: Εφαρμόζεται στοχευμένα στην πάσχουσα περιοχή, χωρίς να επηρεάζονται οι πέριξ φυσιολογικοί ιστοί.
- Η απλοποιημένη διαδικασία: Οι ελάχιστες μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιπτώσεις.

Σε αυτή την ομάδα εντάσσονται οι επεμβάσεις: Της κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου, όπου αφαιρείται ένα ιστοτεμάχιο, κωνικού σχήματος. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ήσσονος και μέτριας βαρύτητας δυσπλασιών (προκαρκινικών αλλοιώσεων) του τραχήλου, καθώς και για την απομάκρυνση κονδυλωμάτων από την επιφάνεια αυτού.

Της τραχηλεκτομής (αφαίρεση ολόκληρου του τραχήλου). Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις μείζονος βαρύτητας και έκτασης προκαρκινικών αλλοιώσεων, αρχόμενου καρκίνου του τραχήλου και σε μετρίου βαθμού πρόπτωση (λόγω χαλάρωσης των μυών του πυελικού εδάφους) της μήτρας.

Η τραχηλεκτομή επιλέγεται σε σχέση με πιο «επιθετικές» θεραπείες όπως η αφαίρεση ολόκληρης της μήτρας (υστερεκτομή) όταν είναι επιθυμητή η παραμονή της μήτρας (π.χ. για διατήρηση της ικανότητας για εγκυμοσύνη).



**Κωνσταντίνος Δημητροκάλλης**  
Μαιευτήρας Γυναικολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης  
ΛΗΤΩ



# ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΒΡΕΦΟΥΣ

## Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΓΟΝΕΑ

**Η** έρευνα σχετικά με τη συμπεριφορική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη του βρέφους και την αντίληπτική του ικανότητα έχει εξελιχθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια. Πλέον γνωρίζουμε ότι το νεογνό διαθέτει ανεπτυγμένες αισθητηριακές ικανότητες και παρουσιάζει μεγάλο εύρος συμπεριφορών, καθώς αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του.

Η πρώιμη στενή επαφή μεταξύ του γονέα και του νεογνού αμέσως μετά τη γέννηση επηρεάζει την κοινωνική, ψυχική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού αργότερα στη ζωή του και συμβάλλει σημαντικά στη δημιουργία δεσμού, ο οποίος επιτυγχάνεται μέσω της εξοικείωσης των γονέων με το νεογνό και αντίστροφα. Η άμεση οπτική επαφή, το άγγιγμα, το χαμόγελο, η ομιλία με ψιθύρους ή νοήματα συμμετέχουν στην εξοικείωση αυτή. Η επαφή δέρμα με δέρμα γονέων – νεογνού μπορεί να διεγείρει τα συναισθήματα αγάπης για το νεογέννητο και να ενισχύσει την ευαισθησία των γονέων για ανταπόκριση στις ανάγκες του. Επιπλέον, ο θηλασμός, σύμφωνα με έρευνες, οδηγεί στη δημιουργία ασφαλέστερου δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και στο νεογνό σε σύγκριση με τα νεογνά που δεν θήλασαν.

Από τα πρώτα λεπτά της γέννησής τους, τα υγιή νεογνά έχουν τη βιολογική ικανότητα να δείχνουν σήματα για τα συναισθήματά τους στα άτομα που τα φροντίζουν και οι γονείς με τη σειρά τους είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν σε αυτά. Σε βρέφη 6 μηνών παρατηρήθηκαν εκφράσεις χαράς όπως ευχάριστες φωνές ή νοήματα όταν κοίταζαν τη μητέρα τους. Οι αντιδράσεις αυτές του βρέφους διεγείρουν τους γονείς να ανταποκριθούν με ένα φάσμα οπτικών, ακουστικών και απτικών απαντήσεων, οργανώνοντας παράλληλα το μοτίβο αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Ειδικότερα, οι περισσότερες μητέρες μπορούν να διακρίνουν τα συναισθήματα χαράς, φόβου, θυμού, έκπληξης, θλίψης στα βρέφη τους ακόμα και στην ηλικία του ενός μήνα και χρησιμοποιούν αντίστοιχα εκφράσεις του προσώπου, φωνές ή κινήσεις για να ανταποκριθούν σε αυτά. Η αντίληψη και η ερμηνεία των σημάτων και των συναισθημάτων των βρεφών, καθώς και η κατάλληλη ανταπόκριση σε αυτά, αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη μιας ασφαλούς σχέσης ανάμεσα στους γονείς και στο βρέφος.


Οι νέοι γονείς αισθάνονται ανασφάλεια και αναζη-

τούν σημάδια από το βρέφος ότι η συμπεριφορά τους και η φροντίδα που του παρέχουν είναι σωστή. Οι αντιδράσεις του βρέφους προσφέρουν μια διαρκή επιβεβαίωση για τις ικανότητές τους και τους καθοδηγούν για τον τρόπο που πρέπει να αλληλεπιδράσουν με αυτό. Η εγρήγορη και η άμεση οπτική επαφή με τους γονείς αμέσως μετά τη γέννηση, το χαμόγελο, το θετικό αντανακλαστικό δραγμού (π.χ. να πιάνει καλά το δάχτυλο του γονέα) και η ένδειξη ότι το βρέφος αναγνωρίζει τους γονείς του και τους προτιμά είναι συμπεριφορές που επιβεβαιώνουν τις ικανότητες των γονέων, οπότε ευνοείται η δημιουργία του δεσμού γονέων – βρέφους.

Τα βρέφη επιθυμούν και επιδιώκουν να διατηρήσουν την εγγύτητα με το άτομο που τα φροντίζει και να συμμετέχουν σε αλληλεπιδράσεις που προσφέρουν αμοιβαία ευχαρίστηση και θετικά συναισθήματα. Χρησιμοποιούν τις εκφράσεις, το σώμα και τη φωνή τους με σκοπό να προσελκύσουν την προσοχή του ατόμου που τα φροντίζει, περιμένοντας να ανταποκριθεί με ανάλογο τρόπο. Όταν, όμως, οι προσπάθειες για αλληλεπίδραση αποτυγχάνουν, τα βρέφη προσπαθούν να ελέγξουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και να ηρεμήσουν μόνα τους. Η συσσώρευση επιτυχών αλληλεπιδράσεων δημιουργεί ένα θετικό συναισθηματικό πυρήνα στο βρέφος και μια θετική εικόνα για τον εαυτό του, αισθάνεται ότι το άτομο που αλληλεπιδρά είναι αξιόπιστο και παράλληλα, τίθενται τα θεμέλια για την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους.



Χριστούλα Ζωρζιδάκη  
Μαία Χειρουργείου  
ΛΗΤΩ



“Ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης, οι έντονες κινήσεις του εμβρύου σε συνδυασμό με την απάντηση της μητέρας είναι μια πολύ πρώιμη μορφή της αλληλεπίδρασης μητέρας – παιδιού που συμβάλλει σημαντικά στη δημιουργία του δεσμού ανάμεσά τους.”

# ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

## ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΠΟΒΟΛΗΣ

**T**ην τελευταία δεκαετία, η δυνατότητα ανάλυσης του ελεύθερου εμβρυϊκού DNA (γενετικό υλικό από τον πλακούντα) που υπάρχει στο μητρικό αίμα κατά τη διάρκεια της κύησης, έκανε εφικτό τον μη επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο. Αποτελεί τη νεότερη μέθοδο διαλογής των τριών επικρατέστερων εμβρυϊκών χρωμοσωμικών ανωμαλιών με εξαιρετικά υψηλό ποσοστό ανίχνευσης.

Η απόδοση του μη επεμβατικού ελέγχου θεωρείται ανώτερη σε σύγκριση με όλες τις άλλες μεθόδους διαλογής που συνδυάζουν μητρική ηλικία, υπερηχογραφικά ευρήματα και ανάλυση βιοχημικών δεικτών (έλεγχος 1ου τριμήνου, Α-τεστ). Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει πως όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό του εμβρυϊκού DNA στο μητρικό αίμα τόσο πιο μεγάλη η ακρίβεια της μεθόδου. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο ορισμένων άλλων γενετικών συνδρόμων (μικροελλείψεις) με μη επιβεβαιωμένα, όμως, ποσοστά ανίχνευσης.

Βασικό πλεονέκτημα είναι πως αποτελεί μια ασφαλή δοκιμασία χωρίς κίνδυνο αποβολής της κύησης. Επίσης, είναι σημαντικό να τονίσουμε πως αν και πρόκειται για μια εξέταση με μεγάλη ακρίβεια δεν αποτελεί διαγνωστική δοκιμασία όπως η αμνιοπαράκέντηση και η βιοψία χοριακών λαχνών από τον πλακούντα. Εφαρμόζεται σε μονήρεις ή δίδυμες κύσεις που έχουν προκύψει φυσιολογικά ή με εξωσωματική γονιμοποίηση.

### Σε ποιες περιπτώσεις διενεργείται η εξέταση;

- Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου από τον έλεγχο 1ου ή 2ου τριμήνου που, όμως, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο αποβολής (αιμορραγία, αιμάτωμα πλακούντα, δίδυμη κύηση) ή δεν συναινούν σε επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο λόγω του μικρού πιθανού κινδύνου αποβολής.

- Σε γυναίκες με ιστορικό προηγούμενης κύησης με γνωστή χρωμοσωμική ανωμαλία.
- Ενδεχομένως, σε γυναίκες ενδιάμεσου κινδύνου (1/100-1/1.000) από τον έλεγχο 1ου τριμήνου, μεγάλης ηλικίας ή όταν η έγκυος επιθυμεί ένα ακίνδυνο τεστ υψηλής αξιοπιστίας προληπτικά.

### Πώς και πότε γίνεται η εξέταση;

Η εξέταση προτείνεται να γίνεται από τις 10 έως και τις 32 εβδομάδες της κύησης. Περιλαμβάνει μια απλή αιμοληψία από την έγκυο, ενώ απαιτείται προηγουμένως υπερηχογραφική εξέταση του εμβρύου (έλεγχος καρδιακής λειτουργίας, προσδιορισμός ηλικίας κύησης, έλεγχος για σοβαρές δομικές ανωμαλίες).

### Σε πόσο καιρό και σε τι μορφή παίρνουμε το αποτέλεσμα;

Το αποτέλεσμα λαμβάνεται συνήθως σε 10-14 ημέρες και εκφράζεται ως μια πιθανότητα, καθώς είναι δοκιμασία διαλογής και όχι διαγνωστικό τεστ.

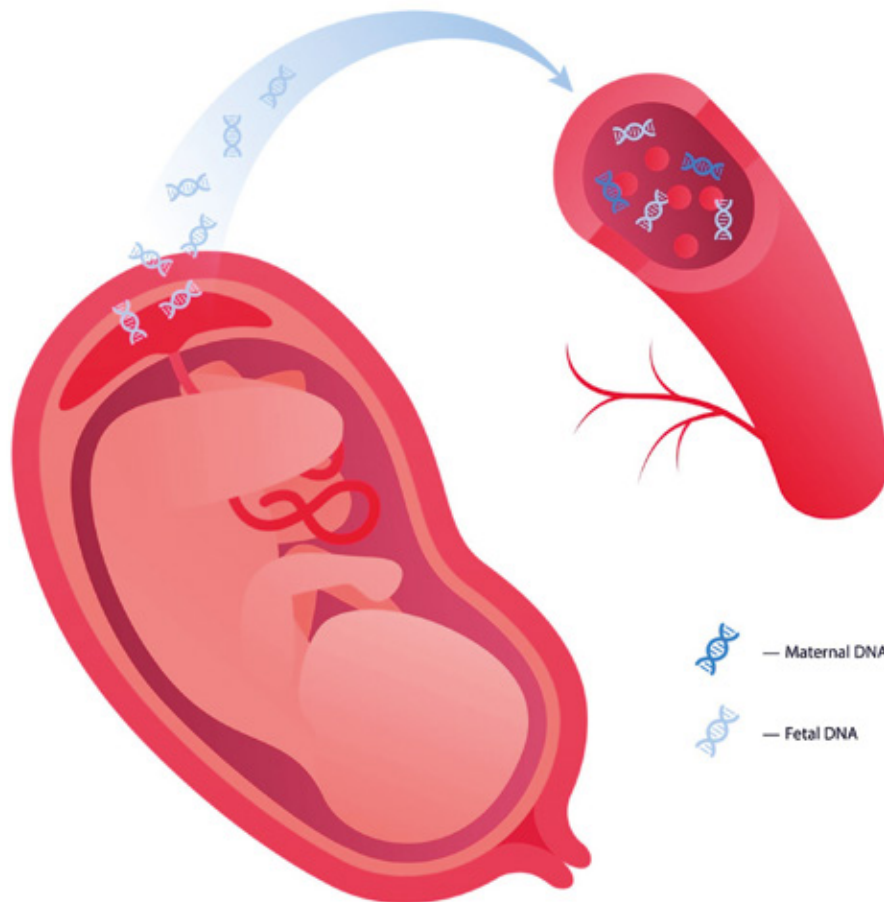


**Βασιλική-Αρετή Μαρίτσα**  
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος,  
Ειδικός Ιατρικής εμβρύου  
Συνεργάτις τμήματος Υπερήχων  
και Εμβρυομητρικής Ιατρικής  
ΛΗΤΩ



“Ανιχνεύει το Σύνδρομο Down σε ποσοστό >99%, τα Σύνδρομα Edwards και Patau σε ποσοστό περίπου 98% και προαιρετικά το φύλο του εμβρύου σε ποσοστό περίπου 98%.”





Ένα αποτέλεσμα χαμηλού κινδύνου δίνεται ως πιθανότητα 1 στα 10.000 και σημαίνει ότι το έμβρυο σε ποσοστό >99% δεν έχει τη χρωμοσωμική ανωμαλία στην οποία αναφέρεται. Ένα αποτέλεσμα υψηλού κινδύνου σημαίνει αντίστοιχα πως το έμβρυο σε ποσοστό >99% πάσχει από μια χρωμοσωμική ανωμαλία. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα κυμαίνονται σε ποσοστό μόλις 0,1-0,2%.

Υπάρχει περίπου 1-2% πιθανότητα να μην έχουμε αποτέλεσμα λόγω αποτυχημένης δοκιμασίας, χωρίς αυτό να υποδεικνύει αποτέλεσμα χαμηλού ή υψηλού κινδύνου. Αυτό συνήθως συμβαίνει λόγω χαμηλού ποσοστού εμβρυϊκού DNA στο αίμα της μητέρας. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να γίνει επαναληπτική αιμοληψία ή επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος αν κρίνεται απαραίτητο.

#### **Τι ακολουθεί μετά από ένα αποτέλεσμα χαμηλού ή υψηλού κινδύνου;**

Σε περίπτωση χαμηλού κινδύνου η έγκυος ακολουθεί την καθιερωμένη παρακολούθηση της κύησης

μετά το καθησυχαστικό αποτέλεσμα, ενώ σε περίπτωση υψηλού κινδύνου ή αλλιώς παθολογικού αποτελέσματος συνιστάται επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (αμνιοπαρακέντηση, βιοψία χοριακών λαχνών) προς επιβεβαίωση του ευρήματος.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως ένα αποτέλεσμα υψηλού ή χαμηλού κινδύνου δεν παρέχει καμία πληροφορία σχετικά με την ανατομία ή την ανάπτυξη του εμβρύου. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαίο να γίνεται κανονικά ο υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

#### **Σε ποιες περιπτώσεις αντενδείκνυται η εξέταση;**

Όταν η έγκυος κυοφορεί πάνω από δύο έμβρυα, έχει υποβληθεί σε πρόσφατη μετάγγιση ή πάσχει από νεοπλασματική νόσο.

#### **Υπάρχουν περιορισμοί στην εξέταση;**

Με αυτή τη μέθοδο δεν εξετάζεται ολόκληρο το γενετικό υλικό του εμβρύου ούτε μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις περιπτώσεις γενετικών νοσημάτων.



Νέος αξονικός  
τομογράφος  
με **πολύ χαμηλή**  
δόση ακτινοβολίας!



**λητώ**

Με ευθύνη για τη ζωή

ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ HEG

Άριστη ποιότητα  
διαγνωστικής απεικόνισης  
με τεχνολογία αιχμής.

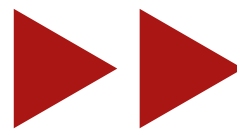


**Κλείστε ραντεβού  
στο 210 6902100**

ΛΗΤΩ Γενική, Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Α.Ε.  
Μουσών 7-13, Αθήνα, 115 24



# ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ



## ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΕ ΓΙΑ ΜΙΑ ΑΚΟΜΑ ΤΡΙΕΤΙΑ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)

Το ΥΓΕΙΑ αξιολογήθηκε επιτυχώς από την επιτροπή Joint Commission International (JCI) και διατηρεί και για την επόμενη τριετία τη Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης (Gold Seal of Approval®). Η εν λόγω πιστοποίηση σηματοδοτεί τον 13ο χρόνο που κατέχει αυτή την ιδιαίτερα τιμητική διαπίστευση από το διεθνώς αναγνωρισμένο Πρότυπο Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας.

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

### Ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος του ΥΓΕΙΑ, κ. Ανδρέας Καρταπάνης, δήλωσε σχετικά:

«Η διαπίστευσή μας, για ακόμη μια φορά, ανάμεσα στους κορυφαίους Οργανισμούς Υγείας που λαμβάνουν τη Χρυσή σφραγίδα της JCI, μας γεμίζει υπερηφάνεια και επιβεβαιώνει πως στο επίκεντρο των δράσεών μας βρίσκονται πάντοτε οι ασθενείς και οι άνθρωποί μας. Ανανεώσαμε και πάλι τη δέσμευση του προσωπικού και των ιατρών μας να βρίσκονται στην πρώτη γραμμή και να δίνουν τον καλύτερο τους εαυτό καθημερινά. Με όχημα την επιστήμη, συνεχίζουμε με το ίδιο πάθος και προσήλωση να γινόμαστε καλύτεροι και να παρέχουμε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, έχοντας βαθύ αίσθημα ευθύνης απέναντι σε όσους μας εμπιστεύονται ό,τι πιο πολύτιμο έχουν, την υγεία τους».

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



# 13 ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΡΥΦΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ



“ Η διαπίστευση JCI αποτελεί σύμβολο ποιότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά για εμάς στο ΥΓΕΙΑ είναι παράλληλα η επιβράβευση της μακρόχρονης δέσμευσής μας και της εντατικής προσπάθειας όλου του προσωπικού και των ιατρών μας για συνεχή βελτίωση. ”



## ΛΗΤΩ: ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ISO 9001:2015 ΚΑΙ EN 15224:2016 ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Το ΛΗΤΩ, κατόπιν αναλυτικής αξιολόγησης, πιστοποιήθηκε με τα πρότυπα ISO 9001:2015 Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας και EN 15224:2016 Σύστημα Διαχείρισης της Ποιότητας για υγειονομική περίθαλψη από τον Φορέα Πιστοποίησης TÜV Austria Hellas για το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της Κλινικής.

Η πιστοποίηση της Κλινικής τεκμηριώνει τη συμμόρφωσή της με τις απαιτήσεις της υφιστάμενης Νομοθεσίας, την αποτελεσματική διαχείριση των κινδύνων ασφάλειας των ασθενών, την εφαρμογή διαδικασιών ποιοτικού ελέγχου για την πρόληψη σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων, την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας, την επαρκή κατάρτιση του προσωπικού και τη συνεχή βελτίωση της κλινικής απόδοσης.

Σχολιάζοντας την έκδοση της πιστοποίησης, ο Διευθύνων Σύμβουλος του ΛΗΤΩ, κ. Λεωνίδας Παπαδόπουλος, δήλωσε: «Με τη λήψη των πιστοποιήσεων ISO 9001:2015 και EN 15224:2017

επισφραγίζεται ότι το ΛΗΤΩ, στα 52 χρόνια λειτουργίας του, συνεχίζει να ακολουθεί πιστά τη φιλοσοφία του Ομίλου Hellenic Healthcare για σεβασμό στον ασθενή, συνέπεια και συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του, σύμφωνα με τις διεθνείς προδιαγραφές. Καθημερινό μέλημα του συνόλου του προσωπικού μας είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλη την οικογένεια, καθιστώντας το ΛΗΤΩ κέντρο αναφοράς στον κλάδο της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα».



**λητώ**

Με ευθύνη για τη ζωή

ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ HHG



# ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ ΤΟΥ ΜΗΤΕΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ 10 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το Τμήμα Απεικόνισης Μαστού του ΜΗΤΕΡΑ επιλέχθηκε από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ακτινολογίας (ESR) και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Απεικόνισης Μαστού (EUSOBI) ως ένα από τα 10 κέντρα στην Ευρώπη που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα υποτροφιών για την εκπαίδευση ακτινολόγων στην απεικόνιση του μαστού.

Κατά τη διάρκεια του τρίμηνου εκπαιδευτικού προγράμματος, οι συμμετέχοντες θα έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν σε όλες τις νεότερες πρακτικές στην απεικόνιση του μαστού υπό την εποπτεία της Δρος Αλεξάνδρας Αθανασίου, Διευθύντριας Τμήματος Απεικόνισης Μαστού του ΜΗΤΕΡΑ, η οποία διαθέτει μεγάλη ακαδημαϊκή και εκπαιδευτική εμπειρία.

Συγκεκριμένα, οι νέοι ακτινολόγοι θα εξοικειωθούν με εξειδικευμένες τεχνικές που εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία στο Τμήμα όπως την ψηφιακή τομοσύνθεση, την ψηφιακή μαστογραφία με σκιαγραφικό και εξειδικευμένες επεμβατικές πράξεις, ενώ θα γνωρίσουν προηγμένης τεχνολογίας προγράμματα τεχνητής νοημοσύνης (AI) που υιοθετεί το τμήμα με στόχο την αρτιότερη φροντίδα του ασθενούς. Παράλληλα, στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους, θα συμμετέχουν στο Ογκολογικό συμβούλιο του ΜΗΤΕΡΑ, όπου διεπιστημονικά αποφασίζεται η κατάλληλη θεραπεία για κάθε ασθενή.

Τα κριτήρια του συστήματος αξιολόγησης του εκπαιδευτικού αυτού προγράμματος για την επιλογή του Τμήματος Απεικόνισης Μαστού του ΜΗΤΕΡΑ βασίστηκαν στην πολυετή εμπειρία και την άρτια οργάνωση του Τμήματος, στον αριθμό των εξετάσεων που διενεργούνται σε ετήσια βάση, στη διαθεσιμότητα όλων των απεικονιστικών και επεμβατικών τεχνικών που αφορούν στις παθολογίες του μαστού, καθώς και στη διε-



πιστημονική συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων, με στόχο την ασφαλή και αξιόπιστη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, η διενέργεια του ογκολογικού συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ σε τακτική βάση αποτέλεσε ένα ακόμη κριτήριο επιλογής του Τμήματος.

Η Δρ. Αλεξάνδρα Αθανασίου, Διευθύντρια Τμήματος Απεικόνισης Μαστού του ΜΗΤΕΡΑ και Μέλος του Executive Board Of European Society of Breast Imaging, τονίζει: «Είμαστε ιδιαίτερα υπερήφανοι που το Τμήμα Απεικόνισης Μαστού του ΜΗΤΕΡΑ επιλέγεται για 3η συνεχόμενη χρονιά ως ένα από τα δέκα κορυφαία εκπαιδευτικά κέντρα στην Ευρώπη για την μετεκπαίδευση ακτινολόγων στην απεικόνιση του μαστού. Ο συνδυασμός της μακροχρόνιας εκπαιδευτικής δραστηριότητας του Τμήματος με τον πολύ μεγάλο αριθμό παρακολούθησης των ασθενών μας κλινικά αποτελεί το συγκριτικό πλεονέκτημα του Τμήματος που το καθιστά σημείο αναφοράς για τη χώρα μας».

## ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ Η Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ

ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΗΛΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ & ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

**Η** Α΄ Χειρουργική Κλινική του ΥΓΕΙΑ πιστοποιήθηκε από τον Διεθνή Μη Κερδοσκοπικό Οργανισμό Surgical Review Corporation (SRC) ως Κέντρο Αριστείας (Center of Excellence in Hernia Surgery) στον Τομέα της Χειρουργικής αποκατάστασης κηλών κοιλιακού τοιχώματος και διαφράγματος. Παράλληλα, ο τίτλος «Master Surgeon» στον Τομέα αυτό απονεμήθηκε στον Δρα Περικλή Χρυσόχέρη, Γενικό Χειρουργό, Διευθυντή της Α΄ Χειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας πιστοποίησης, ο οργανισμός SRC εξέτασε τον αριθμό και το είδος χειρουργείων κήλης και διαφραγματοκήλης που διενεργούνται στην Α΄ Χειρουργική Κλινική του ΥΓΕΙΑ, καθώς και τα θεραπευτικά αποτελέσματα αυτών. Κατά την επιτόπια αυτοψία εμπειρογνώμονα επιθεωρητή, τεκμηριώθηκαν πληθώρα παραμέτρων και απαιτήσεων του προτύπου όπως η εμπειρία και εκπαίδευση της χειρουργικής ομάδας και η εφαρμογή αναγνωρισμένων

κλινικών χειρουργικών πρωτοκόλλων, η ποικιλία τεχνικών προσπελάσεων ανάλογα με την περίπτωση και η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών.

Η εμπειρία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, καθώς και το ολοκληρωμένο πρόγραμμα που εφαρμόζει το ΥΓΕΙΑ για την ασφάλεια των ασθενών, αποτέλεσαν επιπλέον κριτήρια αξιολόγησης για την πιστοποίηση. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι το ΥΓΕΙΑ κατέχει από το 2010 τη Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης του Οργανισμού Joint Commission International (JCI), την κορυφαία διαπίστευση στον κόσμο για την Ποιότητα και την Ασφάλεια στις υπηρεσίες υγείας.



## ΜΗΤΕΡΑ: ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

**Ν**έα δεδομένα στη χειρουργική αντιμετώπιση του μέχρι σήμερα ανεγχειρήτου παγκρεατικού καρκίνου θέτει η ομάδα της Α΄ Χειρουργικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ που τελεί υπό τη διεύθυνση του Χειρουργού Δρος Γρηγόρη Τσιώτου, καθώς πραγματοποίησε πρωτοποριακή επέμβαση ολικής παγκρεατεκτομής με συναφαίρεση της κοιλιακής αρτηρίας.

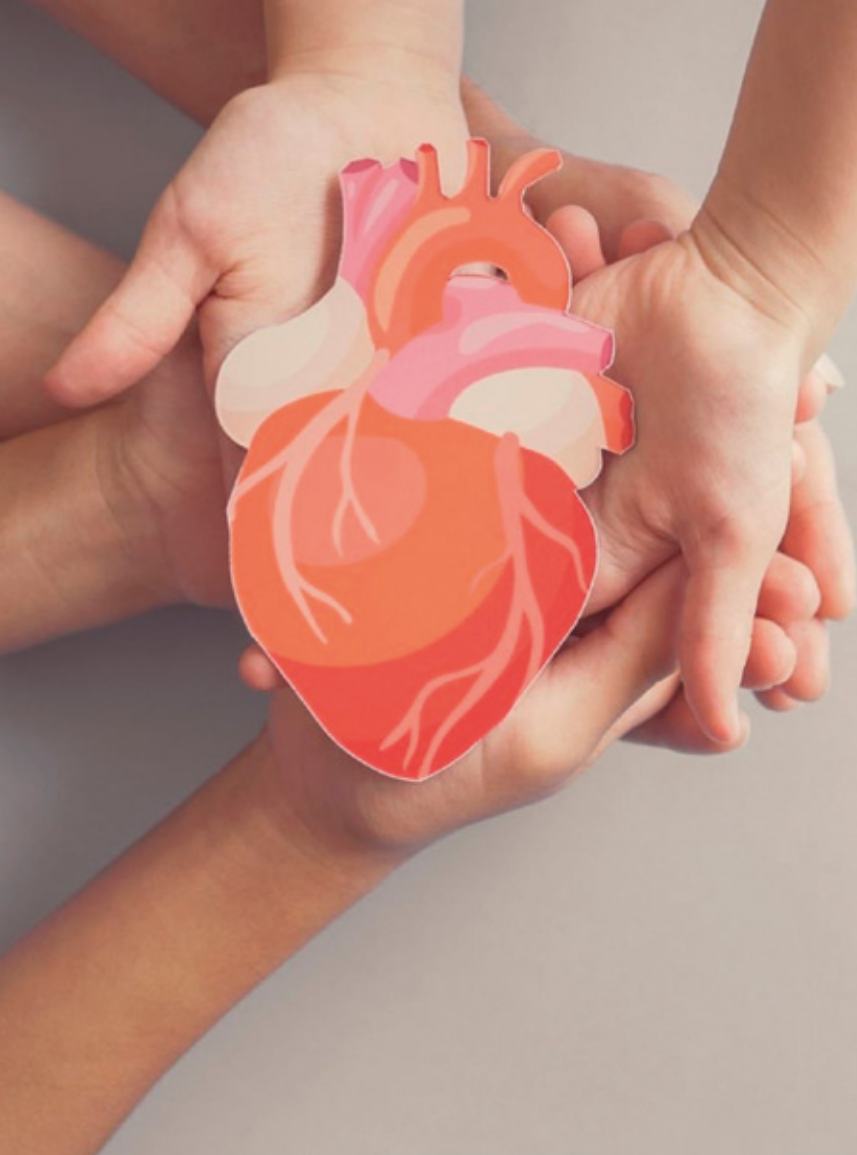
Αξιοσημείωτο είναι ότι στην επιστημονική βιβλιογραφία μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί συνολικά 31 τέτοιες αντίστοιχες επεμβάσεις, γεγονός που υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα και τη σπανιότητα αυτών των επεμβάσεων.

Συγκεκριμένα, ο Δρ Τσιώτος και η ομάδα της Α΄ Χειρουργικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ, σε στενή συνεργασία με τον αγγειοχειρουργό του ΥΓΕΙΑ Δρ Φώτη Μήλα, ανέλαβαν και αντιμετώπισαν επιτυχώς ασθενή με τοπικά προχωρημένο παγκρεατικό καρκίνο, όπου υπήρχε εμπλοκή της κοιλιακής αρτηρίας, της κοινής ηπατικής και γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας, προβαίνοντας σε μια πρωτοποριακή χειρουργική επέμβαση, η οποία περιελάμβανε ολική παγκρεατεκτομή με συναφαίρεση της κοιλιακής αρτηρίας και τοποθέτηση μοσχεύματος σαφηνούς φλέβας μεταξύ της αορτής και της ιδίως ηπατικής αρτηρίας. Η πορεία της ασθενούς μετεγχειρητικά

ήταν πολύ καλή και μετά από σύντομη νοσηλεία στη Γενική Κλινική του ΜΗΤΕΡΑ, επέστρεψε στις καθημερινές της δραστηριότητες.

Η πρωτοποριακή αυτή επέμβαση απαιτεί πολύ μεγάλη και επιβεβαιωμένη εμπειρία στην προχωρημένη παγκρεατική χειρουργική και ανοίγει ουσιαστικά νέους δρόμους θεραπείας για τους ασθενείς με παγκρεατικό καρκίνο. Για τους λόγους αυτούς, δημοσιεύθηκε τον Αύγουστο 2022 στην έγκριτη επιστημονική επιθεώρηση «International Journal of Surgery Case Reports».





# ΜΗΤΕΡΑ: Η ΠΡΩΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΩΣ ΝΕΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

**Γ**ια πρώτη φορά στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε επιτυχώς στο ΜΗΤΕΡΑ, μέλος του Ομίλου ΗΗG, με μια ελάχιστη επεμβατική διακαθετηριακή μέθοδο, εμφύτευση μιας νέας ειδικής ενδοκαρδιακής συσκευής σε παιδί ηλικίας 8 ετών που έπασχε από πνευμονική υπέρταση.

Η επέμβαση διενεργήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του ΜΗΤΕΡΑ από την επεμβατική ομάδα με υπεύθυνη ιατρό την Δρα Αφροδίτη Τζίφα, Παιδοκαρδιολόγο - Καρδιολόγο Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Διευθύντρια της Κλινικής Παιδοκαρδιολογίας και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων του ΜΗΤΕΡΑ.

Η μικρή ασθενής έλαβε εξιτήριο την επόμενη κιόλας ημέρα μετά την επέμβαση, με την μετεπεμβατική της πορεία να χαρακτηρίζεται άριστη, τόσο υπερηχογραφικά όσο και κλινικά.

Η νέα θεραπεία που συνίσταται στην ενδοκαρδιακή εμφύτευση της συσκευής AFR (Atrial Flow

Regulator) έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα σε 40 ασθενείς παγκοσμίως. Αναπτύχθηκε με σκοπό να προσφέρει μια καινοτόμο, εναλλακτική θεραπεία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, εντούτοις άρχισε σύντομα να χρησιμοποιείται και σε ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες και πνευμονική υπέρταση, βελτιώνοντας τα συμπτώματα της νόσου και της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.

Σε δηλώσεις της η Δρ Αφροδίτη Τζίφα, Διευθύντρια της Κλινικής Παιδοκαρδιολογίας και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων του ΜΗΤΕΡΑ τόνισε ότι «Η νέα αυτή συσκευή αναμένεται ότι θα βοηθήσει σημαντικό πληθυσμό ασθενών που χρήζουν κάποιας ενδοκαρδιακής επικοινωνίας ως “βαλβίδα εκτόνωσης” υψηλών ενδοκαρδιακών ή πνευμονικών πιέσεων. Χρησιμοποιείται τους τελευταίους μήνες στο εξωτερικό με ενθαρρυντικά αποτελέσματα και αυξάνει τις τεχνολογικές δυνατότητες που έχουμε στη φαρέτρα των διακαθετηριακών θεραπειών. Προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι η εφαρμογή της να γίνεται σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς και σε εξειδικευμένα κέντρα».



## ΥΓΕΙΑ: ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ



Με απόλυτη επιτυχία διενεργήθηκε στο ΥΓΕΙΑ πρωτοποριακή, για τα ελληνικά δεδομένα, επέμβαση ενδοσκοπικής επιδιόρθωσης σπάνιας συγγενούς ανωμαλίας του Ebstein σε ενήλικα ασθενή. Το ιατρικό επιτελείο της Γ' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ, με επικεφαλής τον Δρα Αριστοτέλη Πάνο, Καρδιοχειρουργό, Διευθυντή της Γ' Καρδιοχειρουργι-

κής Κλινικής και με τη βοήθεια του Δρος Κυριάκου Μπέλλου, Καρδιοχειρουργού, Αναπλ. Διευθυντή Γ' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ και του Αναισθησιολόγου, Συνεργάτη της Κλινικής, κ. Σίλβιο Βλαντ, ολοκλήρωσε με απόλυτη επιτυχία την επέμβαση πλήρως ενδοσκοπικά, χωρίς τη μέση στερνοτομή και η ασθενής έλαβε εξιτήριο την όη μετεγχειρητική ημέρα σε άριστη κατάσταση.

Η ανωμαλία του Ebstein, είναι μια συγγενής καρδιακή παθολογία, η οποία στην ατελή της μορφή συνδυάζει τη σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας, λόγω εκτόπισης του ελεύθερου χείλους της διαφραγματικής και οπίσθιας γλωχίνας της τριγλώχινας προς την κατεύθυνση της κορυφής της καρδιάς, έτσι ώστε ο δεξιός κόλπος να εμφανίζεται μεγαλύτερος και η δεξιά κοιλία μικρότερη, και την παρουσία μεσοκοιλιακής επικοινωνίας, με αποτέλεσμα να οδηγεί στην καρδιακή ανεπάρκεια στην περίπτωση που παραμεληθεί.

Κατά την επέμβαση, η χειρουργική ομάδα κατάφερε να επιδιορθώσει πλήρως και ενδοσκοπικά την τριγλώχιν βαλβίδα με μετατόπιση των γλωχίνων στο σωστό επίπεδο, με αποκλεισμό του ενδιάμεσου χώρου μεταξύ δεξιού κόλπου και δεξιάς κοιλίας και με σύγκλιση της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας.

## ΔΗΜΟΣΙΕΥΘΗΚΕ Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ BYPASS ΑΠΟ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΥΓΕΙΑ

Η μεγαλύτερη μελέτη για επεμβάσεις Bypass που έχει διενεργηθεί έως σήμερα στην Ελλάδα, αλλά και μια από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως, ολοκληρώθηκε από κορυφαίους Έλληνες ιατρούς, αξιοποιώντας δεδομένα 23 ετών του Νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ.

Η δημοσίευση της μελέτης κατατάσσει το ΥΓΕΙΑ στην κορυφή των Ελληνικών νοσοκομείων για επεμβάσεις bypass και επιβεβαιώνει τη μακρά παράδοση και εξειδίκευση του ΥΓΕΙΑ στον τομέα των παθήσεων της καρδιάς, πρωτοστατώντας τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο με δεκάδες πρωτοποριακές επεμβάσεις, μερικές εκ των οποίων μοναδικές για τη χώρα μας.

Η εν λόγω μελέτη παρουσιάστηκε πρόσφατα στο Συνέδριο European Society of Cardiology στη Βαρκελώνη με τίτλο "Changes in the Risk Profile and Outcomes of Patients Undergoing Isolated Coronary Artery Bypass Grafting: A 23-Year Analysis of Over 14,000 Patients". Σε αυτήν, καταγράφησαν συνολικά 14.235 επεμβάσεις bypass σε ενήλικες ασθενείς που διενεργήθηκαν από το 1997 έως το 2019 στο ΥΓΕΙΑ από όλες τις καρδιοχειρουργικές ομάδες του ΥΓΕΙΑ. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τη βάση δεδομένων που διατηρεί η Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ΥΓΕΙΑ, η οποία και δημιουργήθηκε από τον κ. Χαράλαμπο Πασκαλή, Εντατικολόγο, Διευθυντή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του ΥΓΕΙΑ.

Οι συγγραφείς της μελέτης, κ. Γρηγόρης Παττακός, Καρδιοχειρουργός, Αναπλ. Διευθυντής Β' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής και Αναπλ. Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων του ΥΓΕΙΑ, κ. Σταύρος Συμινελάκης, Καθ. Καρδιοχειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, κ. Ευστράτιος Αποστολάκης, Καθ. Καρδιοχειρουργικής, Πανε-



πιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, κ. Χαράλαμπος Πασκαλής και κ. Ιωάννης Γουδέβενος, Καθ. Καρδιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, στο πλαίσιο της έρευνας ανέλυσαν πολλές παράμετρους όπως το κλινικό προφίλ των ασθενών, τις συννοσηρότητες που παρουσιάζουν, καθώς και βραχυπρόθεσμες επιπλοκές των επεμβάσεων αυτών και πώς αυτές μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Οι ερευνητές κατέληξαν πως με την πάροδο του χρόνου, όλο και περισσότεροι ασθενείς υποβάλλονται σε επέμβαση bypass σε μεγαλύτερη ηλικία και με αυξανόμενες συννοσηρότητες, με μεγαλύτερη ποσοστιαία αυτή της υπέρτασης. Ενώ, παράλληλα, η περιεγχειρητική θνησιμότητα δεν μεταβλήθηκε με την πάροδο του χρόνου, παρά την επιδείνωση του κλινικού προφίλ των ασθενών και τις αυξανόμενες συννοσηρότητες, γεγονός που οφείλεται στην αυξανόμενη χρήση αρτηριακών μοσχευμάτων (έσω μαστικές αρτηρίες και κερκιδικές αρτηρίες).

# ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΖΩΗ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΠΛΕΜΜΕΝΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

## **Πώς βιώσατε την εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού;**

Είχα την τύχη να ζήσω μια όμορφη εγκυμοσύνη, χωρίς επιπλοκές, με αποτέλεσμα να μπορώ να φέρω εις πέρας την καλοκαιρινή μου περιοδεία. Ο τοκετός ήταν μια πρωτόγνωρη εμπειρία και αν και δεν γέννησα φυσιολογικά, το έζησα όλο τόσο ωραία, έχοντας την υπέροχη γιατρό μου Ελένη Τασσιούλα και τη μαία μου Μερόπη Μπουλτούκα, στο πλευρό μου!

## **Ποια ήταν τα συναισθήματά σας όταν αγκαλιάσατε για πρώτη φορά το παιδί σας;**

Αχ δεν περιγράφονται με λέξεις... Είναι δώρο και ευλογία ο ερχομός ενός παιδιού και όταν αυτό συμβαίνει, η στιγμή αυτή νομίζω μένει για πάντα χαραγμένη μέσα στην ψυχή!

## **Σε ποιον πιστεύετε ότι μοιάζει περισσότερο το μωράκι σας;**

Νομίζω ότι μοιάζει και στους δυο μας. Βεβαίως, λένε ότι μεγαλώνοντας θα έχουμε πιο ξεκάθαρη εικόνα. Όπως και να' χει για εμένα αυτό που μετράει είναι ότι ήρθε!

## **Θα θέλατε να μας πείτε λίγα λόγια για την ιατρό σας, κ. Τασσιούλα, καθώς και για το διάστημα παραμονής σας στο ΛΗΤΩ;**

Η διαμονή μας στο ΛΗΤΩ ήταν φανταστική. Η φιλοξενία στα υπέροχα δωμάτια, το φαγητό, το προσωπικό ευγενικό και χαμογελαστό. Ένωθα σε αυτή την τόσο σπουδαία στιγμή της ζωής μου σαν να βρισκόμουν στο σπίτι μου!

Τι να πρωτοπώ για τη γιατρό μου; Ήταν αυτή που με έκανε να πιστέψω ότι το θαύμα όταν το πιστέψουμε έρχεται... Είναι τόσο σημαντικό ο γιατρός μας να έχει



ενσυναίσθηση, να μπορεί να αντιλαμβάνεται ότι αυτό που βιώνει η γυναίκα όταν αποφασίσει να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, έχει πολλά σκαμπανεβάσματα, είτε παθολογικά είτε ψυχολογικά, κι αν δεν έχει τη στήριξη του γιατρού, δεν είναι εύκολη η διαδρομή. Αισθάνομαι τυχερή που βρήκα αυτή τη γιατρό. Σπουδαία επιστήμονα και άνθρωπο!

Και επίσης, θέλω να πω ότι σε αυτή τη διαδρομή, ο ρόλος της μαίας, καθώς και του παιδίατρου, είναι πολύ σημαντικός! Κι εκεί είμαι τυχερή, γιατί η μαία μας η Μερόπη Μπουλτούκα είναι απλά τοπ στο είδος της και υπέροχος άνθρωπος, καθώς και η παιδίατρός μας και νεογνολόγος Μαρία Λυκογεώργου!

Να είστε καλά και εις το επανιδείν!

# ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΕΡΑ ΓΙΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΠΑΝΙΩΝ ΟΓΚΩΝ

## ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

Το ΜΗΤΕΡΑ, με ευθύνη για τη ζωή, θέτει τις βάσεις για την εξατομικευμένη θεραπεία ασθενών με νευροενδοκρινείς και σπάνιους όγκους, με τη σύναψη συνεργασίας της Ογκολογικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ και του Διευθυντή της Δρα Ηλία Αθανασιάδη, με τον Prof. Χρήστο Τουμπανάκη, Καθηγητή Γαστρεντερολογίας με εξειδίκευση στους Νευροενδοκρινείς Όγκους στο University College of London (UCL) και στη «Μονάδα Νευροενδοκρινών Όγκων» του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Royal Free Hospital, London.

Στόχος αυτής της νέας συνεργασίας είναι η παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας μέσω της επιλογής και εφαρμογής της πλέον ενδεδειγμένης θεραπευτικής στρατηγικής, αλλά και της πρόσβασης των ασθενών αυτών σε όλες τις διαθέσιμες διεθνώς θεραπείες.

Τη διεπιστημονική ομάδα των νευροενδοκρινών όγκων, στελεχώνουν εξειδικευμένοι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων του ΜΗΤΕΡΑ και του ΥΓΕΙΑ (παθολόγοι-ογκολόγοι, παθολογοανατόμοι, ακτινολόγοι, πυρηνικοί ιατροί, γαστρεντερολόγοι, ενδοκρινολόγοι, γενικοί χειρουργοί, ακτινοθεραπευτές-ογκολόγοι). Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο έχει το Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής του ΥΓΕΙΑ που ξεχωρίζει για την πρωτοπορία του στο DOTA-TATE PET και στη θεραπευτική εφαρμογή του PRRT (Peptide Receptor Nucleotide Therapy). Έτσι, το επίπεδο της συνεργασίας και η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών ενισχύονται από το υψηλό επίπεδο τεχνολογίας των νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ που παρέχουν πρόσβαση σε νεότερες διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες στους νευροενδοκρινείς όγκους.

Ο Διευθυντής της Ογκολογικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ, Δρ. Ηλίας Ε. Αθανασιάδης, αναφορικά με τη νέα συνεργασία, επισημαίνει ότι «Οι νευροενδοκρινείς νεοπλασίες, παρότι θεωρούνται ακόμη σπάνιοι όγκοι, παρουσιάζουν αύξηση της επίπτωσής τους τα τελευταία χρόνια και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση απαιτεί έγκαιρη διάγνωση, κλινική εμπει-

ρία και την άμεση πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπευτικές δυνατότητες. Το υψηλό επιστημονικό επίπεδο και η αξιοπιστία της Ογκολογικής μας ομάδας, σε συνδυασμό με τη συνεργασία με τις λοιπές ειδικότητες στο υψηλότερο επίπεδο δημιουργεί τη βάση για σύγχρονη εξειδικευμένη φροντίδα. Η υψηλή τεχνολογία αιχμής που χαρακτηρίζει τον Όμιλο ΗΗG υποστηρίζει την ανάγκη για σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση. Τέλος, το αναγνωρισμένο διεθνές επίπεδο της Μονάδας Νευροενδοκρινών Όγκων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Royal Free εγγυάται την υποστήριξη από μια κορυφαία επιστημονική και νοσοκομειακή ομάδα που αποτελεί πρωτοπορία στην εξέλιξη της θεραπείας στο πεδίο αυτό».

Ο Καθηγητής της «Μονάδας Νευροενδοκρινών Όγκων» του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Royal Free London, Prof. Χρήστος Τουμπανάκης, σημειώνει: «Οι Νευροενδοκρινείς Όγκοι αποτελούν σπάνια και πολύπλοκα νεοπλασματικά νοσήματα. Η έγκαιρη διάγνωση και η παραπομπή σε Εξειδικευμένες Μονάδες, αποτελούμενες από ειδικούς ιατρούς πολλαπλών ειδικοτήτων, αποτελούν το «κλειδί» για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας και τη σημαντική παράταση της επιβίωσης των ασθενών. Οι Μονάδες αυτές εγγυώνται την ταχεία και λεπτομερή αξιολόγηση των εξετάσεων των ασθενών και την παροχή εξατομικευμένης θεραπείας που στοχεύει στον έλεγχο των συμπτωμάτων και της εξέλιξης της νόσου, με παράλληλη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η Μονάδα μας και Διεπιστημονική Ομάδα Νευροενδοκρινών Όγκων στο Royal Free Hospital, London, που αποτελεί πλέον το μεγαλύτερο διεθνές κέντρο αναφοράς με εμπειρία 22 ετών στο χειρισμό περισσότερων από 3.000 ασθενών και με πρόσβαση σε όλες τις διαθέσιμες διεθνώς θεραπείες, χαιρέτιζει και στηρίζει τη νέα πρωτοβουλία της, υψηλού επιπέδου, Ογκολογικής Κλινικής και Διεπιστημονικής Ομάδας του ΜΗΤΕΡΑ. Οι συνεργάτες μου και εγώ με ιδιαίτερη χαρά θα συνεργαστούμε με τους Έλληνες συναδέλφους και θα μοιραστούμε τη γνώση και εμπειρία μας προς όφελος των Ελλήνων ασθενών».





## ΥΓΕΙΑ: ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ ΙΣΧΙΑ ΣΕ ΜΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

**Μ**ε τη χρήση του Ρομποτικού Συστήματος ΜΑΚΟ, πραγματοποιήθηκε επιτυχώς στο ΥΓΕΙΑ, σε μια χειρουργική επέμβαση, ολική αρθροπλαστική και των δύο ισχίων σε ασθενή 58 ετών με βαριά οστεοαρθρίτιδα. Πρόκειται για την εφαρμογή ταυτόχρονης ολικής αρθροπλαστικής ισχίου και στα δύο μέλη, που διενεργήθηκε στο ΥΓΕΙΑ από τον Ορθοπαιδικό, Διευθυντή Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ, κ. Σάββα Σουρμελή. Η ταυτόχρονη ολική αρθροπλαστική επιλέχθηκε ως μέθοδος, καθώς ο ασθενής πληρούσε όλα τα απαραίτητα κριτήρια, παρουσιάζοντας αμφοτερόπλευρη νέκρωση κεφαλών των ισχίων με πλήρη αδυναμία βάδισης και εξυπηρέτησης στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Στον ασθενή πραγματοποιήθηκε μόνο μία αναισθησία για να αποκατασταθούν οι βλάβες και των δυο αρθρώσεων, με μικρή χειρουργική τομή, ενώ δεν χρειάστηκε μετάγγιση αίματος παρά το γεγονός ότι υποβλήθηκε ταυτόχρονα σε δύο χειρουργικές πράξεις την ίδια ημέρα. Η επέμβαση ήταν επιτυχής, με τον ασθενή να κινητοποιείται άμεσα και να λαμβάνει εξιτήριο τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.

Σε σχέση με τις παραδοσιακές μεθόδους, στην ελάχιστη επεμβατική ολική αρθροπλαστική ισχίου με το ρομποτικό σύστημα ΜΑΚΟ η ακρίβεια στην προπα-

ρασκευή των ιστών και στην τοποθέτηση των εμφυτευμάτων έχει τεράστια αξία, καθότι μπορεί να μας δώσει ένα εξαιρετικό χειρουργικό αποτέλεσμα που να προσομοιάζει απόλυτα στο ανθρώπινο γόνατο ή ισχίο. Η περιορισμένη επεμβατικότητα και απώλεια αίματος, η ελαχιστοποίηση του κινδύνου επιπλοκών και η άμεση δυνατότητα κινητοποίησης του ασθενούς, χαρακτηρίζουν τις σύγχρονες ρομποτικές μεθόδους ολικής αρθροπλαστικής ισχίου.



## ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΕ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ INTEROPERATE

**Τ**ο ΥΓΕΙΑ ολοκλήρωσε ύστερα από τρία συναπτά έτη τη συμμετοχή του στο μεγαλύτερο ευρωπαϊκό πρόγραμμα για την Έρευνα και Καινοτομία «Ορίζοντας 2020» με την επιτυχημένη συνεισφορά του στο εμβληματικό έργο InteropEHRate.

Πρόκειται για ένα καινοτόμο project που σκοπό έχει την εύκολη πρόσβαση, αλλά και τον πλήρη έλεγχο των δεδομένων υγείας των Ευρωπαίων πολιτών μέσα από τις κινητές τους συσκευές.

Το ΥΓΕΙΑ επιλέχθηκε ως ένα από τα τέσσερα νοσοκομεία σε διαφορετικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οποία συμμετείχαν ενεργά σε αυτό το καινοτόμο έργο.

Συγκεκριμένα, ασθενείς προερχόμενοι από την Ιταλία και το Βέλγιο επισκέφθηκαν ιατρούς του νοσοκομείου, στους οποίους έδωσαν πρόσβαση στα δεδομένα υγείας τους, τα οποία και μεταφράστηκαν σε πραγματικό χρόνο. Αντιστρόφως, ασθενείς του ΥΓΕΙΑ επισκέ-

φθηκαν τα Νοσοκομεία του Monasterio Foundation της Πίζα στην Ιταλία, για τον ίδιο ακριβώς σκοπό.

Στις δοκιμές συμμετείχαν: ο Πέτρος Παπαχρήστου, Διευθυντής Πληροφοριακών Συστημάτων, ο Πέτρος Δανιάς, Διευθυντής Τμήματος MRI καρδιάς, ο Στέργιος Τσισίπουλος, Διευθυντής Ζ' Παθολογικής Κλινικής, η Ευθυμία Παπαδοπούλου, Παθολόγος Ζ' Παθολογικής Κλινικής, η Κυριακή Φραγκιουδάκη, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Διεύθυνσης.



## ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΣΤΙΣ 3 ΠΙΟ ΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Τ**ο ΥΓΕΙΑ αναδείχθηκε στις τρεις πιο δυναμικές εταιρείες στην Ελλάδα, καθώς ξεχώρισε για τις εξαιρετικές επιδόσεις του στην κατηγορία «Ψηφιακή Εξέλιξη», στο πλαίσιο των Βραβείων Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας Growth Awards. Τα Growth Awards, που διοργανώθηκαν για έκτη συνεχή χρονιά από τη Eurobank και τη Grant Thornton, αποτελούν μια πρωτοβουλία με στόχο την ανάδειξη και επιβράβευση των ελληνικών επιχειρήσεων 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, κρίσιμη σημασία για το νέο ανοδικό κύκλο της οικονομίας.

Η επιλογή των νικητών γίνεται με γνώμονα βασικούς χρηματοοικονομικούς δείκτες και ποιοτικά χαρακτηριστικά, σε σύνολο 8.000 περίπου επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα. Ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος του ΥΓΕΙΑ, κ. Ανδρέας Καρτα-

πάνης, δήλωσε σχετικά με τη βράβευση: «Η διάκριση αυτή μας γεμίζει με υπερηφάνεια και αποδεικνύει τη σταθερή μας προσήλωση στην καινοτόμο προσφορά και την αδιαπραγμάτευτη ποιότητα και ασφάλεια για κάθε ασθενή μας. Το ανθρώπινο δυναμικό, η τεχνογνωσία, η αφοσίωση στο στόχο, ο ψηφιακός μετασχηματισμός και τα σύγχρονα τεχνικά χαρακτηριστικά του ΥΓΕΙΑ επιβεβαιώνουν το λόγο για τον οποίο το ΥΓΕΙΑ, εδώ και 52 χρόνια, κατέχει την πρωτιά στο χώρο της υψηλής ποιότητας παροχών υγείας ως το κορυφαίο ιδιωτικό θεραπευτήριο στην Ελλάδα».



## ΜΙΑ ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΥΓΕΙΑ & ΤΟ ΜΗΤΕΡΑ!

Ως υπερήφανοι χορηγοί και υποστηρικτές του Συλλόγου «Υγεία για όλους», το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ βραβεύτηκαν για τη συνολική τους υποστήριξη και συμβολή στις δράσεις που έχει θεσπίσει ο Σύλλογος με στόχο τη διασφάλιση της υγείας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.



## Ο ΟΜΙΛΟΣ HHG ΠΑΡΟΝ ΣΤΟ ITIC GLOBAL

**Ο** Όμιλος Hellenic Healthcare Group έδωσε δυναμικό παρόν στο Διεθνές Συνέδριο Ασφάλειας Υγείας και Ταξιδιού, ITIC Global, που πραγματοποιήθηκε φέτος στην Αθήνα από τις 23 έως τις 27 Οκτωβρίου στο Ξενοδοχείο Μεγάλη Βρετανία. Το συνέδριο διεξάγεται εδώ και 30 χρόνια σε διεθνές επίπεδο και αποτελεί σημείο συνάντησης για τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στον τομέα της ταξιδιωτικής ασφάλειας και της υγείας.

Τα θεραπευτήρια Υγεία, Metropolitan Hospital, Μητέρα, Metropolitan General, Λητώ, Creta Interclinic και Απολλώνειο Ιδιωτικό Νοσοκομείο της Κύπρου, τα διαγνωστικά Κέντρα HealthSpot, το ΗΥΓΕΙΑ IVF Embryogenesis, το Κέντρο Μοριακής Βιολογίας & Κυτταρογενετικής A-Lab, η Heal Academy και το Business Care, μέλη του Ομίλου HHG, του μεγαλύτερου ομίλου ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, προσφέρουν υψηλές υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας και στο εξωτερικό.





# ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΘΗΚΕ ΥΠΕΡΣΥΓΧΡΟΝΟΣ 3TESLA ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ

**Σ**το Τμήμα Απεικόνισης του ΜΗΤΕΡΑ εγκαταστάθηκε υπερσύγχρονος 3Tesla Μαγνητικός Τομογράφος (Magnetom Vida του κατασκευαστικού οίκου Siemens), βιομετρικής τεχνολογίας, ο οποίος αποτελεί κορυφαίο επίτευγμα της τεχνολογίας της ιατρικής απεικόνισης και ένα από τα πλέον εξελιγμένα σε ταχύτητα συστήματα Μαγνητικής Τομογραφίας που υπάρχουν σήμερα.

Ο Μαγνητικός Τομογράφος προσφέρει άριστης ποιότητας εικόνες, με εξαιρετική διακριτική ικανότητα ακόμα και σε εξετάσεις με ελεύθερη αναπνοή, όπως και σε δυναμικές εξετάσεις. Επιπλέον, το μηχάνημα αυτό προσαρμόζεται στη σωματομετρία και στην καρδιακή και αναπνευστική συχνότητα του ασθενούς, γεγονός που περιορίζει τα σφάλματα λόγω κίνησης, ενώ παράλληλα εξυπηρετεί ικανοποιητικά και κλειστοφοβικούς ασθενείς.

Η τεχνολογία αιχμής του συστήματος ισχύος 3Tesla επιτρέπει τη διενέργεια κορυφαίας ποιότητας ειδικών εξετάσεων όπως μεταξύ άλλων Μαγνητική Το-



μογραφία Καρδιάς, Μαγνητική Μαστογραφία, Πολυπαραμετρική Μαγνητική Προστάτη, Μαγνητική Ορθού, Μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου και σώματος, καθώς και Λειτουργική - Φασματοσκοπική μελέτη με Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

Επιπρόσθετα, στο Τμήμα Απεικόνισης του ΜΗΤΕΡΑ εγκαταστάθηκε νέος πολυτομικός αξονικός τομογράφος 64 τομών (Siemens Somatom), ο οποίος παρέχει τη δυνατότητα διενέργειας όλων των ειδικών και των σύνθετων εξετάσεων, όπως αξονική αγγειογραφία, αξονική στεφανιογραφία και αξονική εντερογραφία, με πολύ υψηλή πιστότητα και διαγνωστική ακρίβεια.

Αξίζει να σημειωθεί πως όλα τα αποτελέσματα των απεικονιστικών εξετάσεων αρχειοθετούνται στην εφαρμογή Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενούς my-Ygeia, όπου κάθε ασθενής έχει πρόσβαση 24/7 και μπορεί εύκολα να τα αποστείλει ηλεκτρονικά (με email) όπου επιθυμεί.



## ΔΥΟ ΒΡΑΒΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ HEALTHCARE BUSINESS AWARD 2022

Το ΥΓΕΙΑ απέσπασε το Bronze βραβείο για την ποιότητα των υπηρεσιών του και τη φροντίδα των ασθενών, διατηρώντας από το 2010 έως και σήμερα τη Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης του Οργανισμού JCI, την κορυφαία διαπίστευση στον κόσμο για την Ποιότητα και την Ασφάλεια στις υπηρεσίες υγείας.

Παράλληλα, βραβεύθηκε για τη χρήση καινοτόμου προγράμματος τεχνητής νοημοσύνης στο σχεδιασμό ακτινοθεραπείας του Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας. Το Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας (ΚΑΟ) του ΥΓΕΙΑ, στα 26 χρόνια λειτουργίας του, αποτελεί το πλέον σύγχρονο και πλήρως εξοπλισμένο κέντρο στην Ελλάδα και ένα από τα καλύτερα στην Ευρώπη. Αποτελεί ένα ολοκληρωμένο κέντρο που διαθέτει εκτός των τεσσάρων (4) τελευταίας γενιάς Γραμμικών Επιταχυντών και της υπερσύγχρονης μονάδας Βραχυθεραπείας υψηλού ρυθμού δόσης, το μοναδικό στην Ελλάδα μηχάνημα ακτινοχειρουργικής γ-Knife.



## ΒΡΑΒΕΙΟ ΕΚΕ ΣΤΟ ΥΓΕΙΑ & ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΜΗΤΕΡΑ



Το Βραβείο Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης για το 2022, έλαβαν το ΥΓΕΙΑ και η Παιδιατρική κλινική του ΜΗΤΕΡΑ από τον Διεθνή Οργανισμό IAG (International Assistance Group), για την έμπρακτη επιστημονική υποστήριξη που προσφέρουν στο Σύλλογο Γονιών Παιδιών με Νεοπλασματική Ασθένεια «ΦΛΟΓΑ» εδώ και πολλά χρόνια.

Η βράβευση έγινε κατά τη διάρκεια της ετήσιας συνάντησης στην Αθήνα των μελών του Διεθνούς Οργανισμού IAG, του μεγαλύτερου δικτύου εξυπηρέτησης παγκοσμίως με εταιρείες που διαχειρίζονται πάνω από 10 εκ. περιστατικά ετησίως. Ο θεσμός των βραβείων IAG Annual Awards προσβέει εδώ και χρόνια και αναδεικνύει τα πιο σημαντικά επιτεύγματα και τις βέλτιστες πρακτικές του κλάδου και

στην ψηφοφορία συμμετέχουν αποκλειστικά τα μέλη του δικτύου IAG.

Με έδρα το Παρίσι, ο οργανισμός IAG φέτος γιορτάζει 30 χρόνια δραστηριότητας στο χώρο της επείγουσας ιατρικής και οδικής βοήθειας. Το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ είναι τα μοναδικά νοσοκομεία από την Ελλάδα και την Ευρώπη που είναι Διαπιστευμένοι Πάροχοι Υπηρεσιών (Accredited Service Providers) και παρέχουν εδώ και πολλά χρόνια υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες σε όλα τα μέλη του IAG και στους πελάτες τους. Στο πλαίσιο αυτό, υποδέχθηκαν και ξενάγησαν στους χώρους των νοσοκομείων εκλεκτούς εκπροσώπους από τον διεθνή οργανισμό International Assistance Group.





# «GOLD & SILVER»

## ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑ IVF ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ

Η Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις απέσπασε το Χρυσό Βραβείο στα Healthcare Business Awards 2022, αποτελώντας τη μεγαλύτερη επένδυση που έγινε την τελευταία δεκαετία σε Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στη χώρα μας από τον Όμιλο Hellenic Healthcare Group, καθιερώνοντας διεθνώς την Ελλάδα ως τον καταλληλότερο προορισμό Ιατρικού Τουρισμού για τις υπηρεσίες αυτές.

Παράλληλα, η Μονάδα απέσπασε το Ασημένιο βραβείο στην ενότητα Πρωτοπορία στη Μαιευτική - Γυναικολογική Τεχνητή Νοημοσύνη, διαθέτοντας το πλέον προηγμένο εμβρυολογικό εργαστήριο στην Ελλάδα και ένα από τα καλύτερα στον κόσμο, όπου εφαρμόζονται οι πιο καινοτόμες και εξειδικευμένες μέθοδοι εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις υποστηρίζεται από μια κορυφαία ομάδα καταξιωμένων ειδικών, ιατρών εξειδικευμένων στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εμβρυολόγων, που έχουν εκπαιδευτεί στα καλύτερα κέντρα παγκοσμίως και διαθέτουν τη μεγαλύτερη εμπειρία στον τομέα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη χώρα μας, έχοντας βοηθήσει μέχρι σήμερα να έρθουν στον κόσμο περισσότερα από 70.000 μωρά.



# Ο ΟΜΙΛΟΣ ΗΗG ΙΔΡΥΕΙ ΚΕΝΤΡΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ



Ο Όμιλος ΗΗG, ο μεγαλύτερος ιδιωτικός όμιλος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ιδρύει στο ΜΗΤΕΡΑ, το νοσοκομείο με την πιο μακρά και επιτυχή παράδοση στη φροντίδα της γυναικολογικής υγείας στη χώρα μας, «Κέντρο Γυναικολογικής Ογκολογίας», με στόχο την άριστη φροντίδα των γυναικών που πάσχουν από γυναικολογικές κακοήθειες.

Επιστημονικοί Διευθυντές του Κέντρου Γυναικολογικής Ογκολογίας θα είναι οι κ.κ. Νικόλαος Ακρίβος και Βασίλειος Σιούλας, αμφότεροι πιστοποιημένοι Γυναικολόγοι Ογκολόγοι από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γυναικολογικής Ογκολογίας (ESGO).

Το Κέντρο Γυναικολογικής Ογκολογίας του Ομίλου ΗΗG αποτελεί την πρώτη νοσοκομειακή δομή στο χώρο της ιδιωτικής υγείας με απόλυτη αφοσίωση και εξειδίκευση στην αντιμετώπιση των γυναικολογικών καρκίνων. Ανάμεσα στις πρωτοποριακές τεχνικές, στις οποίες οι ασθενείς θα έχουν πρόσβαση, περιλαμβάνονται: η λαπαροσκοπική και ρομποτική χειρουργική, η τεχνική του λεμφαδένα-φρουρού για λεμφαδενική σταδιοποίηση της νόσου, οι κυτταρομειωτικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών και οι χειρουργικές στρατηγικές για τη διατήρηση της γονιμότητας σε νέες ασθενείς με γυναικολογικούς καρκίνους.

Πρωταρχικός στόχος του Κέντρου είναι η ολοκληρωμένη ογκολογική φροντίδα με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε ασθενούς, η οποία θα εκτείνεται από την πρώιμη διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου μέχρι την αποτελεσματική θεραπευτική της αντιμετώπιση. Για την επίτευξη αυτού, θα συνεργάζεται στενά μια μεγάλη ομάδα ιατρών όμορων ειδικοτήτων με πολυετή εμπειρία στη διαχείριση των γυναικολογικών καρκίνων όπως Παθολόγοι-Ογκολόγοι, Ακτινοθεραπευτές-Ογκολόγοι, Χειρουργοί-Ογκολόγοι, Παθολογοανατόμοι, Κυτταρολόγοι και Ακτινολόγοι. Επιπλέον, εξειδικευμένοι Ψυχολόγοι, Διατροφολόγοι και Φυσικοθεραπευτές θα διασφαλίζουν τη συνολική υποστήριξη των ασθενών αυτών.

Στο πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου, θα παρέχεται:

- αναλυτική ενημέρωση για τη νόσο, συμβουλευτική για την αντιμετώπισή της και ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενείς με διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου.
- χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου από Γυναικολόγους εξειδικευμένους και πιστοποιημένους στη Γυναικολογική Ογκολογία.
- διεξοδική συζήτηση για την κάθε ασθενή στο Γυναικολογικό Ογκολογικό Συμβούλιο, όπου ομάδα ιατρών όμορων ειδικοτήτων θα διαμορφώνει το κατάλληλο πλάνο θεραπείας και παρακολούθησης.
- πρόσβαση στο Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας του ΥΓΕΙΑ, που διαθέτει τέσσερις (4) τελευταίας γενιάς Γραμμικούς Επιταχυντές.
- πρόσβαση στη σύγχρονη Μονάδα Ημερήσιας Θεραπείας στο ΜΗΤΕΡΑ, για τις ασθενείς που ενδείκνυται η χορήγηση συστηματικής θεραπείας (χημειοθεραπείας, ανοσοθεραπείας, στοχευμένων θεραπειών).
- πλήρης διαγνωστική προσέγγιση και απεικονιστικός έλεγχος με εξοπλισμό τελευταίας γενιάς.
- υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα.
- γενετική συμβουλευτική και έλεγχος για γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό γυναικολογικού καρκίνου.

“Ως Όμιλος ΗΗG, είμαστε αποφασισμένοι να αποτελέσουμε τον πιο ισχυρό σύμμαχο στις ασθενείς με γυναικολογικούς καρκίνους σε μια μάχη που μπορεί και πρέπει να κερδηθεί.”

Ο κ. Νικόλαος Ακρίβος εξειδικεύτηκε στη Γυναικολογική Ογκολογία στη Γερμανία (Charite) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (St. Bartholomew's Hospital - Barts, Royal Surrey County Hospital, Norfolk and Norwich University Hospital) και είναι Διευθυντής της Γ΄ Κλινικής Γυναικολογικής Ογκολογίας στο ΥΓΕΙΑ από το 2019 και Υπεύθυνος του Τμήματος Διατήρησης Γονιμότητας σε ασθενείς με γυναικολογική και άλλη νεοπλασία στο ΜΗΤΕΡΑ από το 2021.

Ο κ. Βασίλειος Σιούλας εξειδικεύτηκε στη Γυναικολογική Ογκολογία στις ΗΠΑ (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) και είναι Διευθυντής της Α΄ Κλινικής Γυναικολογικής Ογκολογίας του ΜΗΤΕΡΑ και Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ από το 2021.

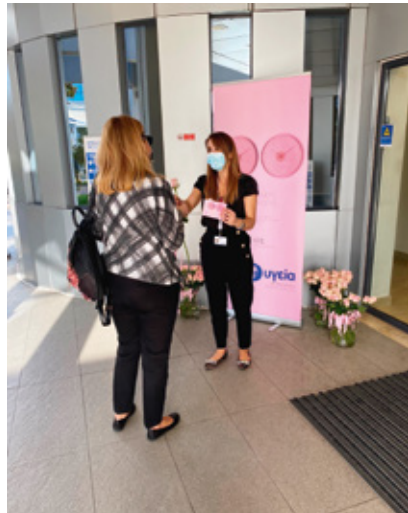
Οι κ.κ. Ακρίβος και Σιούλας είναι Διδάκτορες της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, έχουν δημοσιεύσει πολυάριθμες μελέτες σε έγκριτα, διεθνή επιστημονικά περιοδικά και έχουν συμμετάσχει ως ομιλητές ή εκπαιδευτές σε μεγάλο αριθμό ελληνικών και διεθνών επιστημονικών συνεδρίων.



**ΚΕΝΤΡΟ  
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ**  
ΜΗΤΕΡΑ



## ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ: ΕΝΑΣ ΜΗΝΑΣ ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Ο Οκτώβριος είναι ο Μήνας Ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης κατά του Καρκίνου του Μαστού και τα Νοσοκομεία ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ, όπως κάθε χρόνο, οργάνωσαν μια σειρά από δράσεις, προσθέτοντας το δικό τους λιθαράκι στην ενημέρωση του κοινού για ένα τόσο σημαντικό θέμα, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς ότι μία στις οκτώ γυναίκες κάποια στιγμή στη ζωή της θα νοσήσει από καρκίνο μαστού.

Με κεντρικό μήνυμα της καμπάνιας ευαισθητοποίησης που οργάνωσαν, «Αυτή την ειδοποίηση μην την αγνοήσεις!», το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ, κάλεσαν κάθε γυναίκα να αγκαλιάσει το πολύτιμο μέτρο της πρόληψης ενάντια στον καρκίνο του μαστού, υπενθυμίζοντάς της πως δεν πρέπει να αμελεί τον τακτικό της έλεγχο μαστού. Ως πιστοί σύμμαχοι στη μάχη κατά του καρκίνου του μαστού, το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ βρίσκονται σταθερά δίπλα στη γυναίκα, προσφέροντάς της μια ολοκληρωμένη προσέγγιση από το στάδιο του προσυμπτωματικού ελέγχου, της έγκαιρης διάγνωσης, καθώς και της

κατάλληλης και εξατομικευμένης θεραπείας των παθήσεων του μαστού. Γιατί κάθε γυναίκα είναι μοναδική, όπως και η υγεία της.

Παράλληλα, όλο τον μήνα Οκτώβριο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων φόρεσε ροζ γάντια και ροζ κορδέλα, διαδίδοντας το μήνυμα της πρόληψης.

Στις 25 Οκτωβρίου, Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου του Μαστού, τα Νοσοκομεία ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ προχώρησαν σε μια κίνηση συμβολικού χαρακτήρα, όπου εργαζόμενες των δύο νοσοκομείων μοίρασαν σε κάθε γυναίκα κατά την είσοδό της στο χώρο ένα ροζ τριαντάφυλλο και μια κάρτα. Μια κάρτα που στόχο είχε να της υπενθυμίσει πως μαζί μπορούμε να νικήσουμε τον καρκίνο του μαστού, φθάνει να προστατεύσει η καθημέρα τον εαυτό της, προγραμματίζοντας έγκαιρα τον ετήσιο έλεγχο μαστού της, παρακινώντας την να υπενθυμίσει τον ετήσιο έλεγχο σε κάθε γυναίκα της ζωής της.

# ΜΑΖΙ ΠΙΟ ΔΥΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ!



Ως πιστοί σύμμαχοι στον αγώνα κάθε ασθενούς ενάντια στον καρκίνο του μαστού, οι εργαζόμενοι του ομίλου έδωσαν δυναμικό «παρόν» στον αγώνα δρόμου 5 χλμ. και περιπάτου 2 χλμ. για τον καρκίνο του μαστού, που διοργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού Άλμα Ζωής στην Αθήνα την Κυ-

ριακή 2 Οκτωβρίου στο Ζάππειο. Οι ομάδες running των Νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ, ΜΗΤΕΡΑ, ΛΗΤΩ, φόρεσαν τη ροζ κορδέλα τους, έδεσαν καλά τα κορδόνια τους και έτρεξαν πιο δυνατοί από τον καρκίνο του μαστού! Κάθε χρόνο και πιο δυνατοί, θα συνεχίσουμε να συμβάλλουμε έμπρακτα για έναν κόσμο χωρίς καρκίνο του μαστού!

## ΟΛΟΙ ΜΙΑ ΟΜΑΔΑ

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!





THANK  
YOU



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

**ΜΗΤΕΡΑ.** ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΟΛΙΓΟΗΜΕΡΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ, ΕΧΩ ΝΑ ΣΑΣ ΠΩ ΠΩΣ ΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΣ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΠΛΗΚΤΙΚΕΣ. ΠΡΟΦΑΝΩΣ ΑΓΑΠΑΝΕ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΝΑ ΦΕΡΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΟΛΛΗ ΣΤΟΡΓΗ ΚΑΙ ΑΓΑΠΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΕΚΕΙ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΣΤΙΓΜΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΝΑΝΕ. **ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ!** Χ.Μ.

ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΚΦΡΑΣΩ ΤΙΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ. ΓΕΝΝΗΣΑΜΕ ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΜΙΑ ΤΕΤΟΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ, ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ, ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΠΟ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ. ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥΣ! Κ.Κ.



**ΥΓΕΙΑ.** ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΟΛΑ! ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΟΛΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ. **A.A.**

ΤΑ ΘΕΡΜΑ ΜΑΣ ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΛΟΥ ΤΟΥ ΟΡΟΦΟΥ. ΔΕΝ ΕΧΟΥΜΕ ΛΟΓΙΑ ΝΑ ΕΚΦΡΑΣΟΥΜΕ ΠΟΣΟ ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΜΑΣ. **Z.Π.**

ΟΠΩΣ ΚΑΘΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΦΟΡΑ **ΟΛΑ ΗΤΑΝ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ.** ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ. ΗΤΑΝ ΑΦΟΓΑ. **M.Γ.**

ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ ΒΑΘΙΑ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΩ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΟΡΟΦΟΥ. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΔΙΝΟΥΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΓΑΠΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΝΙΩΘΩ ΠΟΛΥ ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΕΓΚΑΡΔΙΑ. **Γ.Α.**

**ΥΓΕΙΑ IVF ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ.** ΕΥΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ. ΣΟΥ ΕΜΠΝΕΟΥΝ ΟΛΟΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ. ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΣ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ! **Φ.Κ.**

ΗΤΑΝ ΟΛΑ ΥΠΕΡΟΧΑ. ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ. ΓΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΜΑΙΕΣ ΑΦΟΓΟΙ. ΕΝΙΩΣΑ ΣΑΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΟΥ! ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΣ. **Δ.Ε.**

ΕΥΓΕΝΕΣΤΑΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΟΥΝ ΚΑΙ ΠΟΛΥ ΦΙΛΙΚΟΙ. ΑΡΙΣΤΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΑ. ΜΕΙΝΑΜΕ ΑΠΟΛΥΤΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΟΥ. **Z.O.**

**ΛΗΤΩ.** ΟΛΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ **ΕΙΧΑ ΤΗΝ ΑΜΕΡΙΣΤΗ ΑΓΑΠΗ,** ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΡΤΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ, ΜΑΙΩΝ ΚΑΙ ΟΛΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΤΟΥ ΛΗΤΩ, ΠΟΥ ΜΕ ΒΟΗΘΗΣΑΝ ΝΑ ΓΙΝΩ ΔΥΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΓΙΗΣ. ΘΕΛΩ ΝΑ ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΡΙΣΤΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ, ΠΟΥ ΧΑΡΗ ΣΕ ΕΣΑΣ ΒΡΗΚΑΝ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΝΑ ΠΟΡΕΥΤΟΥΝ ΑΥΤΟΥΣ ΤΟΥΣ ΔΥΣΚΟΛΟΥΣ ΜΗΝΕΣ. **N.Γ.**

ΤΟ ΜΩΡΟ ΜΟΥ ΜΠΗΚΕ ΣΤΗ ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΑ ΓΙΑ ΑΡΚΕΤΕΣ ΗΜΕΡΕΣ, ΟΜΩΣ, ΔΕΝ ΕΝΙΩΣΑ ΣΤΙΓΜΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ ΓΙΑΤΙ ΜΕ ΚΑΝΑΤΕ ΝΑ ΝΙΩΣΩ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΧΕΡΙΑ. ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΤΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΚΑΝΕΤΕ ΜΕ ΤΟΣΗ ΑΓΑΠΗ! **A.T.**

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΕΧΩ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΑΣ. ΟΦΕΙΛΩ ΟΜΩΣ ΝΑ ΠΩ ΟΤΙ ΓΙΑ ΑΛΛΗ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟΣΟ ΟΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΑΣ ΟΣΟ ΚΑΙ Η ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΑΡΙΣΤΑ. **E.M.**

# ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ Η ΔΩΡΙΣΤΕ ΣΕ ΕΝΑ 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.

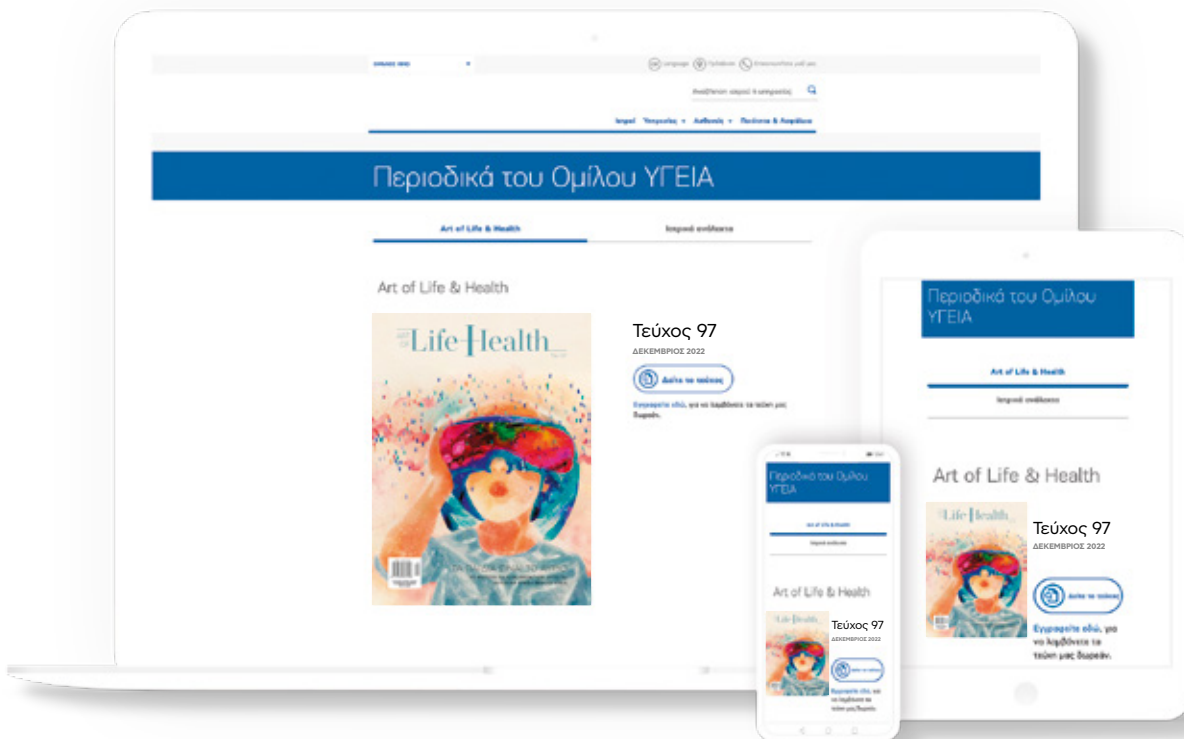
Για να λαμβάνετε ταχυδρομικά το περιοδικό στο χώρο που επιθυμείτε, έχετε τις παρακάτω δύο επιλογές:

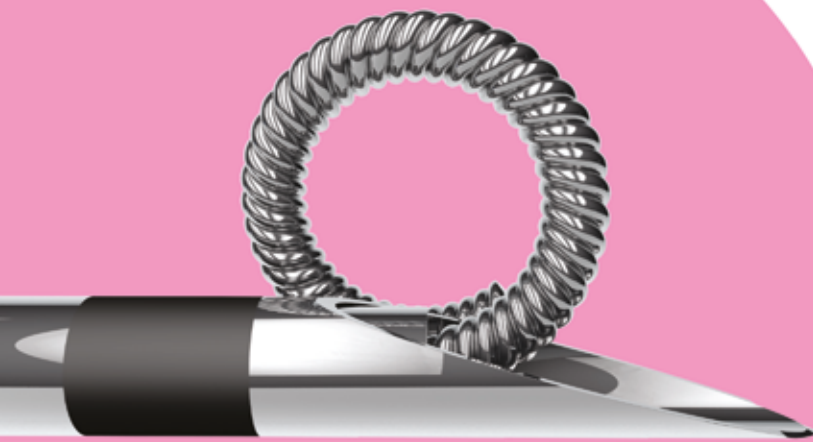
1. Συμπληρώστε τα στοιχεία σας στην ηλεκτρονική φόρμα που θα βρείτε στο [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr) στην ενότητα «Το ΥΓΕΙΑ/Περιοδικά του Ομίλου ΥΓΕΙΑ».
2. Στείλτε τα πλήρη στοιχεία σας (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) στο e-mail: [info@hygeia.gr](mailto:info@hygeia.gr) ή στο [hygeiacommercial@hygeia.gr](mailto:hygeiacommercial@hygeia.gr)

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.



Scan this code to [hygeia.gr/hygeia/periodika](http://hygeia.gr/hygeia/periodika)





Designed & Sized  
for Ultrasound  
Visibility

**UltraCor™ Twirl™**  
Breast Tissue Marker



BD, the BD logo, Twirl, and UltraCor are trademarks of Becton, Dickinson and Company or its affiliates. All other trademarks are the property of their respective owners. © 2022 BD. All rights reserved. BD-77717

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

**BARD HELLAS S.A.**

1 Filellinon str. & Megalou Alexandrou, Gr 16452, Argiroupoli, Athens, Greece

Phone: +30 210 969 0770, Fax: +30 210 962 8810, [www.bd.com/Greece](http://www.bd.com/Greece)





Ασφαλιστικά  
Προγράμματα  
Υγείας

εξασφαλίζω



Αν η υγεία ήταν  
ο καλύτερός σου φίλος  
θα τον αφήνες  
**απροστάτευτο;**

Αποκτήστε σήμερα μέσω της Eurobank,  
το πρόγραμμα υγείας Eurolife FFH  
που καλύπτει τις ανάγκες σας.

Σε κάθε μπροστά.

eurobank.gr