

ART
OF

Life+Health

No 92

χρόνια
υγεία

ISSN 2732-6276



07

9 772732 627008

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



Η σχέση μας, σχέση ζωής.

50 χρόνια, 744 συνεργαζόμενοι ιατροί
και 1.230 εργαζόμενοι, 10 συνεχή χρόνια διαπίστευσης
με τη Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης του οργανισμού
Joint Commission International (JCI).

Αυτά τα νούμερα, όμως, λένε μόνο τη μισή αλήθεια.
Γιατί αντικατοπτρίζουν την πληρότητα και την αρτιότητα του ΥΓΕΙΑ, την
κορυφαία ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την τεχνολογία
αιχμής που διαθέτει, αλλά λένε λίγα για την ανθρώπινη πλευρά του Υγεία
και για τις αξίες που πρεσβεύει.

Για εμάς, αυτή η πλευρά είναι και η πιο σημαντική.
Ο Άνθρωπος. Η φροντίδα κάθε ασθενή με τον ίδιο τρόπο,
η αφοσίωση του προσωπικού μας, η υπευθυνότητα και ο σεβασμός
στην ανθρώπινη ζωή. Αυτά είναι που κάνουν το ΥΓΕΙΑ τόσο ξεχωριστό.





Με το βλέμμα στο μέλλον

Tο 1970, η πρωτοβουλία μιας ομάδας Ελλήνων Ιατρών με επικεφαλής τον καθηγητή Ν. Χρηστέα, με βασικό στόχο τη δημιουργία μιας σύγχρονης ιδιωτικής κλινικής στην Ελλάδα, οδήγησε στην ίδρυση του ΥΓΕΙΑ. Από την πρώτη ημέρα λειτουργίας του, συνέδεσε την πορεία του με την καινοτομία και τα πιο σημαντικά επιτεύγματα στον χώρο της ιατρικής, όπως η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στη χώρα μας.

Από τότε, η πρόοδος στον κλάδο υπήρξε συναρπαστική. Οι νέες ανακαλύψεις και οι τεχνολογικές εξελίξεις άνοιξαν νέους ορίζοντες στην ιατρική, προς όφελος πάντα των ασθενών. Ως πρωτοπόρος, το ΥΓΕΙΑ διαθέτει την υποδομή αλλά και τον τεχνολογικό εξοπλισμό, αποτελώντας σημείο αναφοράς για τη χώρα.

Σήμερα, το ΥΓΕΙΑ πρωταγωνιστεί και προσφέρει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, πάντα με δύναμη ψυχής, καλοσύνη και σεβασμό. Το κορυφαίο επιστημονικό και νοσηλευτικό δυναμικό του αποτελεί το πιο πολύτιμο κεφάλαιό του. Στηρίζεται στον ανθρώπινο παράγοντα και επενδύει στην επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων του, προσφέροντας ασφαλές εργασιακό περιβάλλον.

50 χρόνια μετά, το ΥΓΕΙΑ σχεδιάζει τα επόμενα βήματά του κοιτάζοντας με εμπιστοσύνη μπροστά. Τα 50 χρόνια ιστορίας του συμβάλλουν αποφασιστικά στην πορεία του προς το μέλλον.

ART OF Life + Health

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΥΓΕΙΑ

ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ

Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ Α.Ε.
Γενική, Μαιευτική, Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική Μητέρα Α.Ε.
ΛΗΤΩ Μαιευτικό Γυναικολογικό και Χειρουργικό Κέντρο 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: Ιωάννης Αποστολάκης, Κωστής Γεωργίλης,
Γιώργος Τζίμας, Δημήτρης Τσακαγιάννης
ΜΗΤΕΡΑ: Γεώργιος Καλλιπολίτης, Ιωάννης Ανδρέου
ΠΑΙΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑ: Ευαγγελία Λαγκώνα
ΛΗΤΩ: Κωνσταντίνος Μαυρέλος, Κωνσταντίνος Σαμαράς

CREATIVE CONCEPT

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

PHOTO AGENCIES

Istock, Getty Images / Ideal Image

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.

34



44



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

8

- 6 Πανδημία:** Πώς φτάσαμε έως εδώ και τι μας επιφυλάσσει το μέλλον
- 8 Στεφανιαία νόσος:** Η καθημερινή ζωή μετά το έμφραγμα
- 12 Αντιαρρυθμικά φάρμακα στην κοιλιακή μαρμαρυγή:** Ένας πραγματικός φίλος ή μήπως όχι;
- 14 Οστεοαρθρίτιδα:** Οι ειδικοί απαντούν
- 18 Ρήξη του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου:** Πόσο σημαντική είναι για τη λειτουργία του γόνατος;
- 20 Αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος ημερήσιας νοσηλείας**
- 22 Χειρουργική των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου**
- 24 Ρινόρροια ΕΝΥ:** Όταν η μύτη που τρέχει κρύβει κάτι πολύ πιο σοβαρό...
- 26 Σύνδρομο ερεθιστού εντέρου:** Η σημασία της κατάλληλης διατροφής
- 28 Λεμφώματα:** Ποια είναι τα συμπτώματα και ποια η θεραπεία
- 30 Καρκίνος παγκρέατος:** Στόχος η αύξηση της πενταετούς επιβίωσης
- 32 Φυσιολογική αποκατάσταση των νευρολογικών παθήσεων**
- 34 Απύρεση: 50 χρόνια ΥΓΕΙΑ**
- 68 Εξατομικευμένη ποιότητα ογκολογική φροντίδα**
- 70 Λυσανεξία στη λακτόζη**
- 72 Ρινοπλαστική:** Μύθοι και πραγματικότητα
- 75 Υπεριδρωσία των χεριών:** Υπάρχει λύση;
- 76 Συχνές ερωτήσεις για τον καρκίνο του ενδομητρίου**
- 78 Σακχαρώδης διαβήτης κύησης:** Παρακολούθηση και τρόπος τοκετού
- 80 Ασφάλεια της εγκύου στις μετακινήσεις**
- 82 Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών**
- 84 Αποτρίχωση με Laser:** Μύθοι και αλήθειες
- 88 Επεμβατικές τεχνικές στη γυναικολογία**
- 90 Καρκίνος μαστού στον άνδρα**
- 92 Καρδιοπαθείς ενήλικες χειρουργημένοι στην παιδική ηλικία**
- 94 Βουβωνοκίλη**
- 96 Η λευχαιμία στα παιδιά σήμερα**
- 98 Τα νέα μας**
- 110 Για την κοινωνία**
- 112 Είπαν για εμάς**



ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19



ΠΩΣ ΦΤΑΣΑΜΕ ΕΩΣ ΕΔΩ ΚΑΙ ΤΙ ΜΑΣ ΕΠΙΦΥΛΑΣΣΕΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;



Κάθε 10 χρόνια παρατηρούνται νέοι, για το ανθρώπινο είδος, ιοί που μπορούν να προκαλέσουν πανδημία. Από τις αρχές του 20ού αιώνα έλαβαν χώρα

τέσσερις πανδημίες του ιού της γρίπης: 1918, 1957, 1968, 2009. Τα τελευταία 20 χρόνια, τρεις νέοι κορωνοϊοί έχουν αναδυθεί και διασπαρεί στο ανθρώπινο είδος.

Πρώτος ο SARS (2002-2004), που αναδύθηκε από τις λαϊκές αγορές της Κίνας και εξαπλώθηκε σε 29 χώρες, μόλυθε 8.422 ανθρώπους και σκότωσε 831, προκαλώντας τον θάνατο στο 10% των προσβληθέντων.

Δεύτερος ο MERS CoV (2012-σήμερα), που απομονώθηκε πρώτη φορά στην Αραβική Χερσόνησο τον Σεπτέμβριο του 2012. Μέχρι σήμερα έχουν μολυνθεί 2.519 άνθρωποι και έχουν καταγραφεί 866 θάνατοι (35% θνητότητα).

Τρίτος ο SARS-CoV-2 (2019), ξεκινώντας από την πόλη Ουχάν της Κίνας, έχει εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο, προσβάλλοντας εκατομμύρια άτομα σε 213 χώρες και σκοτώνοντας εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους μέχρι και σήμερα.

Ο νέος ιός είναι ηπιότερος από τους προηγούμενους δύο κορωνοϊούς, προκαλεί ήπια και συχνά (στο 1/4 των προσβληθέντων) καθόλου συμπτώματα, παρ' όλα αυτά έχει προκαλέσει πολλαπλάσια θύματα σε όλο τον κόσμο σε σχέση με τους προηγούμενους κορωνοϊούς. Σε αντίθεση με τον SARS, που μεταδιδόταν μόνο όταν ασθενείς παρουσίαζαν πνευμονία και ήταν πια στο νοσοκομείο, και τον MERS, που δεν μεταδίδεται ευχερώς μεταξύ ανθρώπων, ο SARS-CoV-2 μεταδίδεται και από τους ήπια νοσούντες, ακόμα και από



Ελένη Πατρόζου
Παθολόγος – Λοιμωξιολόγος,
Επιστ. Συνεργάτις ΥΓΕΙΑ

τους ασυμπτωματικούς ανθρώπους. Εκτιμάται ότι το 40% της μετάδοσης του ιού γίνεται από ασυμπτωματικούς φορείς. Αυτό είναι το βασικό χαρακτηριστικό που τον κατέστησε ικανό να μας προσβάλει καθολικά και ανεξέλεγκτα. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε ποιος φέρει τον ιό και συνεπώς δεν μπορούμε να προφυλαχθούμε. Στην Ελλάδα θα πρέπει να είμαστε υπερήφανοι. Η χώρα μας, παρότι δεν υπήρχε προηγούμενη εμπειρία με τους κορωνοϊούς SARS και MERS, εφάρμοσε την κοινωνική απομόνωση χωρίς διαταγμούς αμέσως με την έναρξη της επιδημίας, με αποφασιστικότητα και με εξαιρετικά αποτελέσματα. Η επιδημική καμπύλη, ο αριθμός δηλαδή των κρουσμάτων στον χρόνο, επιπεδώθηκε και αποφεύχθηκαν χιλιάδες θάνατοι. Χρειάζεται όμως προσοχή και συνεχής επαγρύπνηση. Ανάμεσα σε πολλούς συμπολίτες μας επικράτησε «το παρὰδοξο της πρόληψης». Η επιτυχή διαχείριση της πανδημίας και η ελαχιστοποίηση των απωλειών σε ανθρώπινες ζωές είχαν ως αποτέλεσμα, λανθασμένα, πολλοί συμπατριώτες μας να θεωρήσουν ότι δεν υπήρξε ποτέ πρόβλημα ή ότι η πανδημία τελειώσε.

Το βασικό ερώτημα όλων είναι πότε θα τελειώσει η πανδημία.

Η μετάδοση του ιού θα παύσει όταν ποσοστό άνω του 60-70% του πληθυσμού έχει ανοσία, έχει δηλαδή αναπτύξει ειδικά αντισώματα έναντι του ιού SARS-CoV-2. Η ανοσία επιτυγχάνεται με δύο τρόπους: είτε με φυσικό τρόπο, δηλαδή μόλυνση με τον ιό, είτε με εμβολιασμό. Γνωρίζουμε ότι το εμβόλιο θα χρειαστεί αρκετούς μήνες ακόμη μέχρι να είναι διαθέσιμο. Η επίτευξη της φυσικής ανοσίας έχει κόστος σε ανθρώπινες ζωές: ένα 15% των ανθρώπων που θα νοσήσουν θα χρειαστούν νοσηλεία, 5% σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και 1-2% των νοσούντων θα πεθάνουν. Αν επιπλέον κορεστούν τα συστήματα υγείας, η θνητότητα αυξάνεται σημαντικά (μέχρι και 10%), καθώς οι ασθενείς που έχουν ανάγκη θεραπείας και υποστήριξης για να επιβιώσουν μένουν αβοήθητοι. Δεν μπορούμε να επιτρέψουμε την επίτευξη ανοσίας αγέλης με φυσικό τρόπο, καθώς οι απώλειες σε ανθρώπινες ζωές θα είναι μεγάλες. Μέχρι να είναι διαθέσιμο το εμβόλιο, θα πρέπει να εξασφαλίσουμε, με τα μέτρα δημόσιας υγείας που έχουν ήδη εφαρμοστεί και επιπλέον μέσα που θα μας παρέχει η ευρεία εξέταση των ατόμων για ενεργό (ανίχνευση του γενετικού υλικού του ιού σε ασυμπτωματικούς και νοσούντες) ή με παρελθούσα λοίμωξη (ανίχνευση αντισωμάτων), τη σταδιακή προσβολή κατ' αρχάς του υγιούς και ηλικιακά νεότερου μέρους του πληθυσμού. Οι ευπαθείς ομάδες, ηλικιωμένοι και έχοντες χρόνια προβλήματα υγείας, θα πρέπει να αποφύγουν την έκθεση στον ιό έως ότου είναι διαθέσιμο το εμβόλιο.



ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ



Γενικά, είναι λάθος να συνταξιοδοτείται ο ασθενής μετά το έμφραγμα. Η απραξία και η ακινησία είναι καταστροφικές τόσο από ψυχικής πλευράς, όσο και από πλευράς εξέλιξης της καρδιοπάθειας. Κανόνας για τους περισσότερους ασθενείς είναι να συνεχίσουν την εργασία τους. Σπάνια ο ασθενής είναι αναγκασμένος να αλλάξει εργασία. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει η εργασία του να είναι πολύ βαριά και οι δοκιμασίες (tests) στις οποίες υποβάλλεται από τον καρδιολόγο του να δείξουν ότι, εκτός από το έμφραγμα, υπάρχουν και άλλα προβλήματα στην καρδιά του.



Ηλίας Μ. Τσούγκος
Καρδιολόγος
Διευθυντής ΣΤ' Καρδιολογικής
Κλινικής, ΥΓΕΙΑ

Η ανάπαυση είναι αναγκαία. Η χαλάρωση και ο απογευματινός ύπνος αναζωογονούν και ενδυναμώνουν τον οργανισμό σε τέτοιο βαθμό, που του επιτρέπουν να αισθανθεί δυνατός για να εργαστεί ξανά 2-3 ώρες το βράδυ. Πρέπει επίσης να αποφεύγεται η υπερπροσπάθεια, είτε αφορά την εργασία είτε τη σωματική άσκηση, ιδιαίτερα μάλιστα όταν η υπερπροσπάθεια συνοδεύεται από stress. Με τίποτα όμως δεν θα πρέπει να εγκαταλείπονται η άσκηση, η κοινωνική ζωή και γενικά οι δημιουργικές δραστηριότητες. Η φυσιολογική δραστηριότητα σε συνδυασμό με την ψυχική και τη σωματική χαλάρωση αποτελούν τον χρυσό κανόνα συμπεριφοράς ενός καρδιοπαθούς. Στο πλαίσιο της χαλάρωσης εντάσσεται ο ήρεμος, βαθύς νυκτερινός ύπνος. Σε πολλές περιπτώσεις ο καρδιολόγος συστήνει στον ασθενή του να υποβάλλεται σε συγκεκριμένη σωματική άσκηση, συνήθως περισσότερο από ό,τι είχε πριν από την καρδιακή προσβολή. Ο τρόπος και το είδος της άσκησης (γυμναστικής) καθορίζονται με βάση την απόδοση που είχε ο ασθενής κατά τη δοκιμασία κοπώσεως στην οποία τον υπέβαλε ο γιατρός του.

Το βάδισμα είναι υποχρεωτικό και δεν πρέπει να είναι λιγότερο από δύο χιλιόμετρα την ημέρα. Στο πλαίσιο του βαδίσματος περιλαμβάνεται η χρήση του κυλιόμενου τάπητα στο σπίτι. Με το βάδισμα και την κινητοποίηση όλου του μυϊκού συστήματος απελευθερώνονται θρομβολυτικοί και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, οι οποίοι αντιστρατεύονται την αρτηριοσκλήρυνση και τη θρόμβωση των αρτηριών. Έτσι απεδείχθη ότι το βάδισμα δεν είναι απλώς ένα είδος σωματικής άσκησης, αλλά ένα ουσιαστικό φάρμακο για τον ασθενή.

Τέλος, μεγάλη σημασία για τον άρρωστο που πέρασε έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει ο νυκτερινός ύπνος (διάρκειας 6-8 ωρών). Ο ύπνος πρέπει να είναι ήρεμος και βαθύς, ούτως ώστε να επιτρέπει στον ασθενή να ξυπνά με ακμαίες τις δυνάμεις, για να μπορέσει να

πραγματοποιήσει όλο το πρόγραμμα της επόμενης ημέρας.

Μέτρα πρόληψης μετά το έμφραγμα

Ο ασθενής συνήθως διερωτάται: Μήπως ύστερα από ό,τι έπαθα θα πρέπει να ξεκουράζομαι όλο τον υπόλοιπο χρόνο όταν τελειώνω τη δουλειά μου; Αναμφισβήτητο όχι.

Όμως μια λογική ξεκούραση είναι σαφώς αναγκαία. Η ανάπαυση (ύπνος, μουσική, χαλάρωση) τουλάχιστον επί δύο ώρες μετά το τέλος της δουλειάς είναι απαραίτητη. Μετά την ανάπαυση, η δημιουργικότητα και η κοινωνική ζωή χρειάζονται στον καρδιοπαθή το ίδιο όπως σε κάθε άλλο άνθρωπο.

ΕΤΣΙ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:

- Είναι λάθος να συνταξιοδοτείται ο ασθενής μετά το έμφραγμα.

- Κάθε καρδιοπαθής που εργάζεται τις πρωινές ώρες πρέπει να έχει υποχρεωτικά δίωρη διακοπή της εργασίας του.

- Στο πλαίσιο της ψυχικής χαλάρωσης εντάσσεται ο ήρεμος και βαθύς νυκτερινός ύπνος, ο οποίος διασφαλίζει μια καλή επόμενη ημέρα από πλευράς οργανισμού και ψυχικής κατάστασης του ασθενούς.



Φροντίζουμε για να έχετε μια ασφαλή ζωή, στο παρόν και στο μέλλον

Εδώ και περισσότερα από 150 χρόνια στον κόσμο και 55 χρόνια στην Ελλάδα, στη MetLife εργαζόμαστε σκληρά για να χτίσουμε έναν καλύτερο, πιο ασφαλή κόσμο.

Εκατομμύρια ασφαλισμένοι μας σε κάθε γωνιά της γης μάς εμπιστεύονται τη ζωή, την υγεία, το μέλλον τους και το μέλλον της οικογένειάς τους.

Με σύγχρονα και ευέλικτα προϊόντα, είμαστε πάντα δίπλα σας σε κάθε στιγμή της ζωής σας.



Προχωράμε μαζί στη Ζωή

Αντιαρρυθμικά φάρμακα στην κοιλιακή μαρμαρυγή

ΕΝΑΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΦΙΛΟΣ Ή ΜΗΠΩΣ ΟΧΙ;



Στέλιος Ε. Τζέης
Καρδιολόγος – Αρρυθμιολόγος
Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής Ενηλίκων ΜΗΤΕΡΑ

Η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία από την οποία πάσχει μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 250.000 άτομα πάσχουν από κοιλιακή μαρμαρυγή. Βασικός πυλώνας στη θεραπευτική της κοιλιακής μαρμαρυγής είναι η επαρκής αντιπηκτική αγωγή με στόχο την αποτροπή της βασικής επιπλοκής της, η οποία είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο στόχος επιτυγχάνεται με τη διαθεσιμότητα των «νεότερων» αντιπηκτικών, που παρέχουν προστασία έναντι θρομ-

βοεμβολικών επιπλοκών χωρίς διατροφικούς περιορισμούς και κυρίως χωρίς ανάγκη για συστηματικές αιμοληψίες για καθορισμό της φαρμακευτικής δόσης.

Αποφυγή των υποτροπών

Πέραν της αντιπηκτικής προστασίας, δεύτερος βασικός στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του αριθμού και της διάρκειας των επεισοδίων της κοιλιακής μαρμαρυγής, με στόχο τη διατήρηση του κανονικού «φλεβοκομβικού» ρυθμού. Η αποφυγή των υποτροπών της κοιλιακής μαρμαρυγής βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και μειώνει τις εισαγωγές στο

νοσοκομείο. Βασικό θεραπευτικό μέσο για την επίτευξη του δεύτερου αυτού στόχου αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες η χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων. Τα ευρύτερα χρησιμοποιούμενα από του στόματος αντιαρρυθμικά φάρμακα είναι η αμιωδαρόνη, η προπαφαινόνη, η σοταλόλη, η φλεκαϊνίδη και η δρονεδαρόνη. Από τα φάρμακα αυτά, η αμιωδαρόνη παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην ανάταξη και στη διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει και στην κατηγορία των β-αναστολέων, η οποία περιλαμβάνει πληθώρα φαρμάκων που είναι αποτελεσματικά κυρίως στην ελάττωση της καρδιακής συχνότητας επί των κρίσεων, στοιχείο το οποίο συμβάλλει στην ελάττωση της συμπτωματολογίας των ασθενών στη διάρκεια της κολπικής μαρμαρυγής, χωρίς όμως να αποτρέπουν υποτροπές της αρρυθμίας.

Πώς γίνεται η επιλογή του φαρμάκου; Η επιλογή του αντιαρρυθμικού φαρμάκου για την αντιμετώπιση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή γίνεται με πρωταρχικό γνώμονα την ασφάλεια και όχι την αποτελεσματικότητα. Η προαναφερθείσα αρχή αποτυπώνεται και ως «πρώτα η ασφάλεια – safety first». Το σκεπτικό αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι τα αντιαρρυθμικά φάρμακα που διαθέτουμε στο οπλοστάσιό μας συνοδεύονται και από ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι σοβαρές ή ακόμη και απειλητικές για τη ζωή των ασθενών.

Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα, παρόλο που είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη της κολπικής μαρμαρυγής, εκθέτουν τους ασθενείς σε έναν μικρό, αλλά υπολογίσιμο κίνδυνο εμφάνισης απειλητικών για τη ζωή κοιλιακών ταχυαρρυθμιών, φαινόμενο το οποίο είναι γνωστό ως προαρρυθμία. Η προαρρυθμική δράση των αντιαρρυθμικών φαρμάκων μπορεί να επιταθεί σε περίπτωση συγχρόνησης άλλων φαρμάκων, συνήθως για μη καρδιακές καταστάσεις, όπως αντιβιοτικά, αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ή σε περίπτωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

Ένα άλλο βασικό στοιχείο το οποίο συχνά λησμονείται κατά τη συνταγογράφηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή είναι ότι η προπαφαινόνη και η φλεκαϊνίδη ΔΕΝ θα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς με συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο και ιδιαίτερα σε εκείνους με παλιό έμφραγμα μυοκαρδίου, καθώς σε αυτή την κατηγορία ασθενών υπάρχει μεγάλος κίνδυνος προαρρυθμίας. Ιδιαίτερα η αμιωδαρόνη, η οποία ναίμεν είναι το πλέον αποτελεσματικό αντιαρρυθμικό φάρμακο, αλλά σχετίζεται με κίνδυνο εμφάνισης πολλών και σημαντικών εξωκαρδιακών ανεπιθύμητων ενεργειών. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι τα αντιαρρυθμικά φάρμακα ίσως δεν είναι πάντα οι «καλύτεροι φίλοι» για τους ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή.

Επεμβατική αντιμετώπιση

Η επεμβατική αντιμετώπιση (κατάλυση – ablation) ενδείκνυται απόλυτα σε ασθενείς οι οποίοι συνεχίζουν να παρουσιάζουν επεισόδια ενώ βρίσκονται υπό αντιαρρυθμική θεραπεία. Οι Ευρωπαϊκές και Αμερικανικές Κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν τη διενέργεια κατάλυσης ακόμη και πριν από τη χορήγηση οποιασδήποτε φαρμακευτικής αντιαρρυθμικής θεραπείας σε επιλεγμένες ομάδες ασθενών, όπως οι νέοι ασθενείς με αυξημένο αριθμό επεισοδίων.

Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα αποσκοπούν μόνο στην ελάττωση των επεισοδίων της αρρυθμίας και η μοναδική θεραπεία με την οποία μπορεί να επιτευχθεί εξαφάνιση των επεισοδίων, και συνεπώς σε ορισμένες περιπτώσεις ίαση της αρρυθμίας, είναι η επέμβαση κατάλυσης. Η κατάλυση επιτυγχάνεται με μια διαδικασία παρόμοια με τη στεφανιογραφία, είναι ανώδυνη, καθώς ο ασθενής παραμένει σε βαθιά ύπνωση, και απαιτεί νοσηλεία μιας ημέρας, ενώ σε λίγες ημέρες επανέρχεται πλήρως σε κάθε είδους δραστηριότητα. Βασικό πλεονέκτημα είναι ότι μετά την επέμβαση ο ασθενής μπορεί να διακόψει τα αντιαρρυθμικά φάρμακα.



Η επιλογή του αντιαρρυθμικού φαρμάκου για την αντιμετώπιση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή γίνεται με πρωταρχικό γνώμονα την ασφάλεια και όχι την αποτελεσματικότητα.



OSTEOCHONDROLYSIS

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΑΠΑΝΤΟΥΝ

Τι είναι η οστεοαρθρίτιδα;

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια αργά εξελισσόμενη, μη φλεγμονώδης διαταραχή του μυοσκελετικού συστήματος.

Είναι συχνή η οστεοαρθρίτιδα και ποιους αφορά;

Η οστεοαρθρίτιδα είναι η συχνότερη ρευματική πάθηση, που συναντάμε στον γενικό πληθυσμό, αλλά και στο Ρευματολογικό Ιατρείο, καθώς και από τις συχνότερες γενικά παθήσεις που ταλαιπωρούν τον άνθρωπο. Ηλικιακά αφορά συνήθως άτομα μεγαλύτερα των 45 ετών, με τις γυναίκες να προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες.

Τι προκαλεί την οστεοαρθρίτιδα;

Η φθορά του αρθρικού χόνδρου αποτελεί την αιτία για την έναρξη της βλάβης της άρθρωσης και τη δημιουργία στη συνέχεια οστικών προεξοχών (οστεόφυτα) στις αρθρώσεις, που ο κόσμος γνωρίζει ως «άλατα» και τα οποία βεβαίως δεν έχουν καμία σχέση με την κατανάλωση αλατιού στο φαγητό. Η οστεοαρθρίτιδα διακρίνεται σε Πρωτοπαθή/Ιδιοπαθή όταν δεν διαπιστώνεται αιτία και Δευτεροπαθή όταν εμφανίζεται στο έδαφος υποκείμενου νοσήματος ή μετά από κάποια κάκωση της άρθρωσης.

Ποιες αρθρώσεις προσβάλλει;

Η οστεοαρθρίτιδα συναντάται:

- σε μεγάλες περιφερικές αρθρώσεις, όπως γόνατα, ισχία και ώμους. Οι καρποί, οι αγκώνες και οι ποδοκνημικές (αστράγαλοι) συνήθως πάσχουν από Δευτεροπαθή οστεοαρθρίτιδα.
- σε μικρές περιφερικές αρθρώσεις των χεριών, αλλά και των ποδιών.
- στη σπονδυλική στήλη, στην αυχενική μοίρα, στη θωρακική μοίρα και στην οσφυϊκή μοίρα.
- στις κροταφογοναθικές αρθρώσεις.

Ποια συμπτώματα θα μας οδηγήσουν στον ειδικό;

- πόνος στις αρθρώσεις, κυρίως με την κίνηση, που βελτιώνεται με την ανάπαυση.
- ολιγόλεπτη πρωινή δυσκαμψία, γιατί πρωινή δυσκαμψία >60 min παραπέμπει σε φλεγμονώδη αρθρίτιδα και όχι σε οστεοαρθρίτιδα.
- δυσκαμψία ολίγων λεπτών μετά από ακινησία.
- περιορισμός στην κίνηση ή κριγμός κατά την κίνηση.
- οστική παραμόρφωση της άρθρωσης.

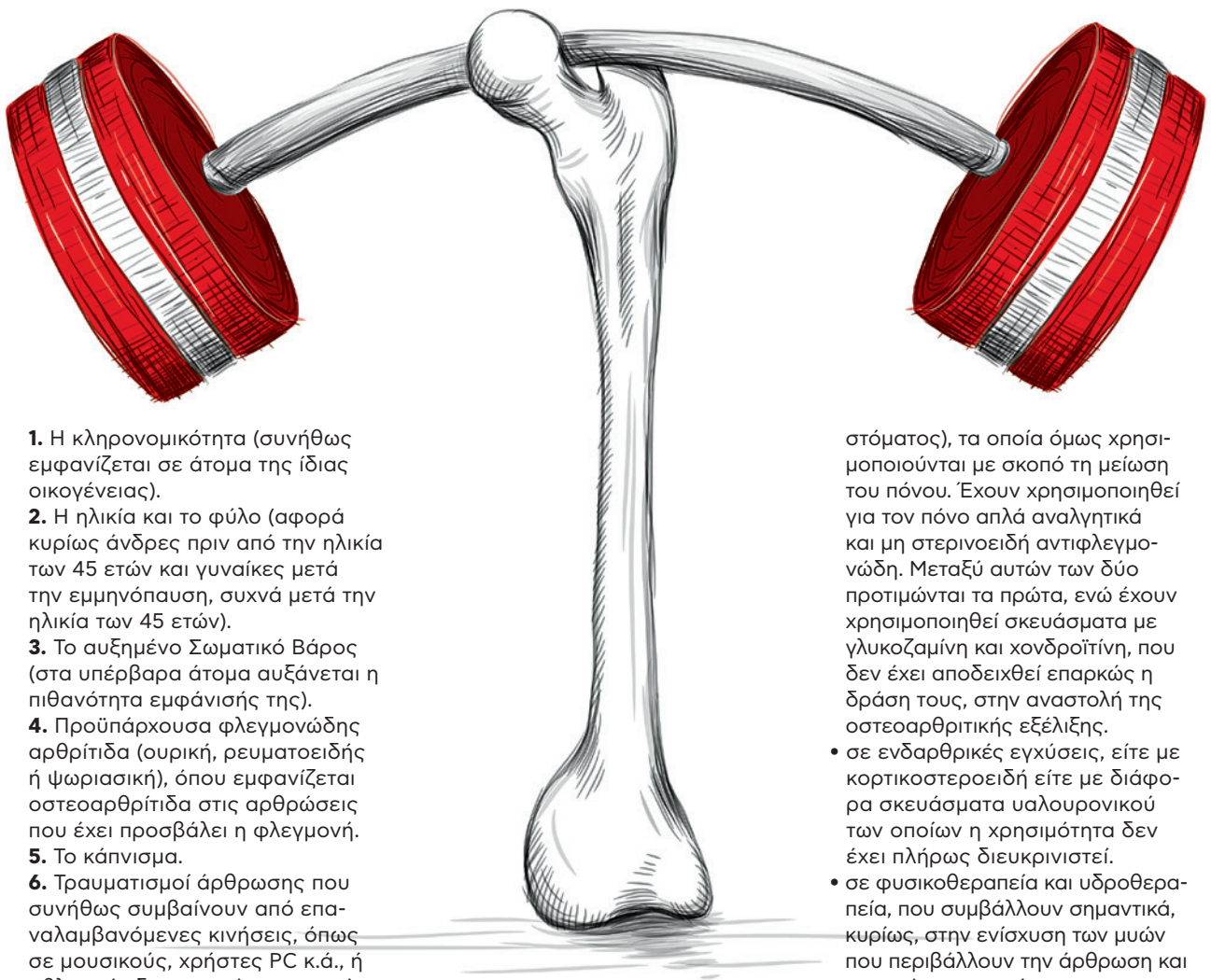
Ποιοι είναι οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης της οστεοαρθρίτιδας;



Γεώργιος Κήτας
Ρευματολόγος
Διευθυντής Τμήματος
Ρευματολογίας ΥΓΕΙΑ



Αγγελική Κοτσαλίδου
Ρευματολόγος
Επιμελήτρια, Τμήμα
Ρευματολογίας ΥΓΕΙΑ



1. Η κληρονομικότητα (συνήθως εμφανίζεται σε άτομα της ίδιας οικογένειας).
2. Η ηλικία και το φύλο (αφορά κυρίως άνδρες πριν από την ηλικία των 45 ετών και γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, συχνά μετά την ηλικία των 45 ετών).
3. Το αυξημένο Σωματικό Βάρος (στα υπέρβαρα άτομα αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισής της).
4. Προϋπάρχουσα φλεγμονώδης αρθρίτιδα (ουρική, ρευματοειδής ή ψωριασική), όπου εμφανίζεται οστεοαρθρίτιδα στις αρθρώσεις που έχει προσβάλει η φλεγμονή.
5. Το κάπνισμα.
6. Τραυματισμοί άρθρωσης που συνήθως συμβαίνουν από επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως σε μουσικούς, χρήστες PC κ.ά., ή αθλητικές δραστηριότητες χωρίς καλή προετοιμασία/προθέρμανση).

Πώς γίνεται η διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας; Η διάγνωση γίνεται από ειδικό Ιατρό Ρευματολόγο ή Ορθοπεδικό, αφού εξεταστεί λεπτομερώς ο ασθενής, ληφθεί πλήρες ιστορικό και διενεργηθεί ακτινολογικός έλεγχος της άρθρωσης ή των αρθρώσεων που πάσχουν. Αιματολογικές εξετάσεις δεν βοηθούν στη διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας, γιατί δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι δείκτες που να τη συνοδεύουν.

Ποια είναι η θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας; Η θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας δεν είναι ειδική. Η οστεοαρθρίτιδα αντιμετωπίζεται είτε συντηρητικά είτε χειρουργικά. Η Συντηρητική αντιμετώπιση αφορά:

- σε φάρμακα (τοπικά ή από του

στόματος), τα οποία όμως χρησιμοποιούνται με σκοπό τη μείωση του πόνου. Έχουν χρησιμοποιηθεί για τον πόνο απλά αναλγητικά και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Μεταξύ αυτών των δύο προτιμώνται τα πρώτα, ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί σκευάσματα με γλυκοζαμίνη και χονδροϊτίνη, που δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς η δράση τους, στην αναστολή της οστεοαρθρικής εξέλιξης.

- σε ενδοαρθρικές εγχύσεις, είτε με κορτικοστεροειδή είτε με διάφορα σκευάσματα υαλουρονικού των οποίων η χρησιμότητα δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί.
- σε φυσικοθεραπεία και υδροθεραπεία, που συμβάλλουν σημαντικά, κυρίως, στην ενίσχυση των μυών που περιβάλλουν την άρθρωση και στη μείωση του πόνου.

Η Χειρουργική αντιμετώπιση αφορά προχωρημένες καταστάσεις. Συνιστάται ολική αντικατάσταση της άρθρωσης, όταν αυτή έχει υποστεί μεγάλη παραμόρφωση ή αγκύλωση, που προκαλεί έντονο νυκτερινό πόνο και επηρεάζει την κινητικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Υπάρχει πρόληψη για την οστεοαρθρίτιδα;

Η οστεοαρθρίτιδα μπορεί να προληφθεί σε κάποιο βαθμό, τροποποιώντας μερικούς από τους αιτιολογικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν (μείωση σωματικού βάρους, αποφυγή καπνίσματος) και υιοθετώντας κάποιους άλλους τρόπους ζωής στην καθημερινότητά μας (φυσικοθεραπεία, κολύμβηση, ενδυνάμωση μυϊκού συστήματος κ.λπ.).

Η άσκηση βοηθάει στην οστεοαρθρίτιδα; Γενικά η άσκηση βοηθάει στην οστεοαρθρίτιδα από την πλευρά της ενδυνάμωσης του μυϊκού συστήματος και της καλύτερης συμπεριφοράς των αρθρώσεων στα φορτία που δέχονται στην καθημερινή δραστηριότητα.



Η/Υγεία στην υπηρεσία σας!

Αποκτήστε τώρα online πρόσβαση στον ιατρικό σας φάκελο!

Τώρα με το myυγεία μπορείτε να αποθηκεύετε όλες τις εξετάσεις που πραγματοποιούνται στο ΥΓΕΙΑ και να έχετε online πρόσβαση σε αυτές, όποτε τις χρειαστείτε. Η ηλεκτρονική πλατφόρμα myυγεία, χρησιμοποιώντας αυστηρά πρωτόκολλα ασφαλείας, δίνει στους ασθενείς και τους εξεταζόμενους τη δυνατότητα να συγκεντρώνουν ψηφιακά όλες τις πληροφορίες που αφορούν την υγεία τους για να τις μοιράζονται εύκολα και γρήγορα με τους ιατρούς τους. Μία ακόμα καινοτομία του ΥΓΕΙΑ που αξιοποιεί τις νέες τεχνολογίες με στόχο πάντα να προσφέρει ό,τι καλύτερο για τον Άνθρωπο.

ΥΓΕΙΑ Ερυθρού Σταυρού 4 & Κηφισίας, 151 23 Μαρούσι www.hygeia.gr
Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε στο **210 6867000**

iStock-1170874901



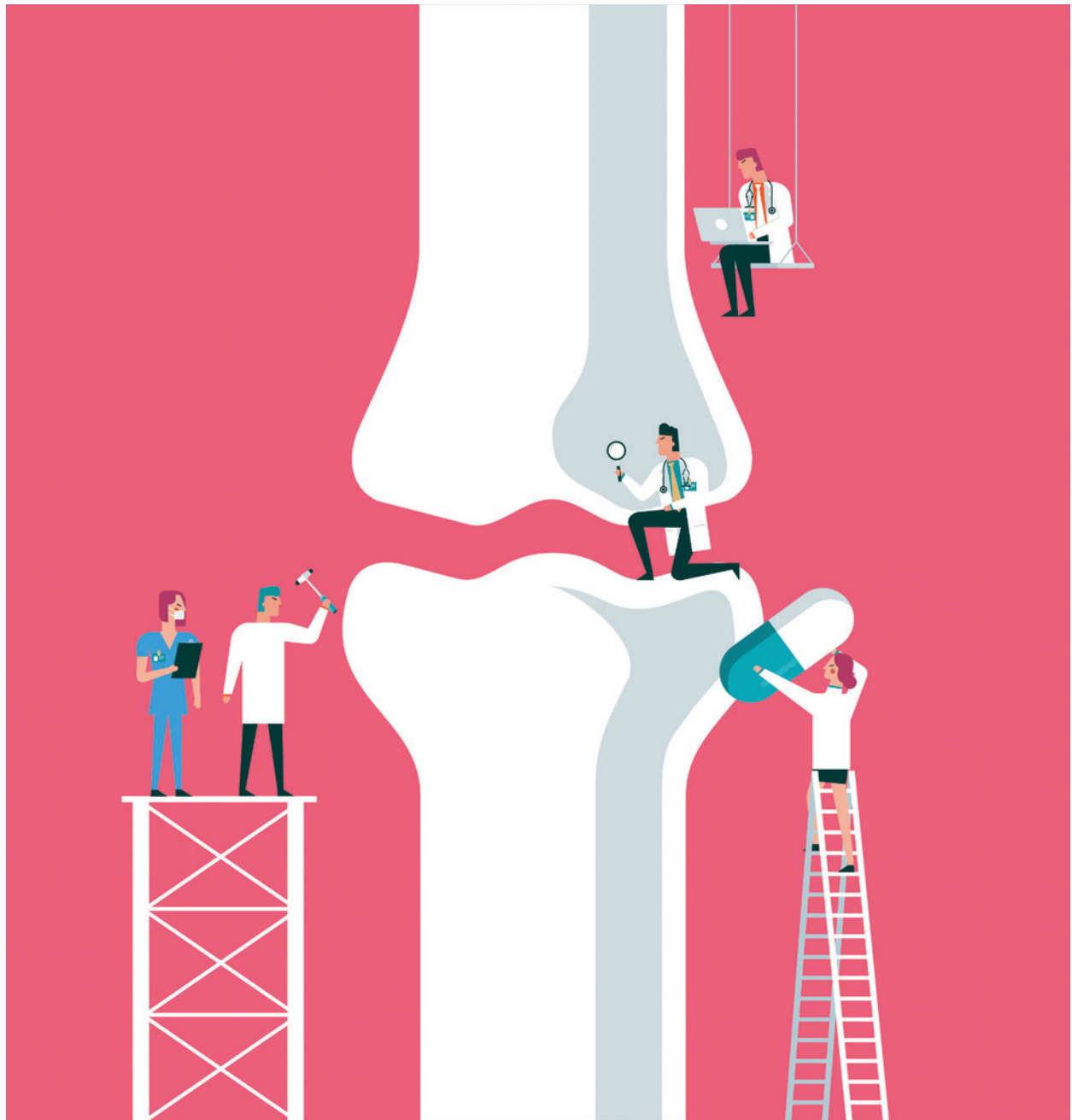
υγεία

Με ευθύνη για τη ζωή

ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΗΗΓ

Ρήξη του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου

ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ;



Τι είναι ο πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος;

Ο πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος βρίσκεται στο κέντρο της άρθρωσης του γόνατος. Συνδέει τον μηρό με την κνήμη και σταθεροποιεί το γόνατο κατά τη διάρκεια της κάμψης, της έκτασης αλλά και της στροφής του γόνατος. Η σημαντικότερη λειτουργία του είναι η συγκράτηση της κνήμης, ώστε να μην παρεκτοπισθεί προς τα πρόσω σε σχέση με τον μηρό κατά τη διάρκεια της κίνησης του γόνατος. Η ρήξη του πρόσθιου χιαστού είναι πολύ συχνή κάκωση στους αθλητές και προκαλείται μετά από βίαιη ή ξαφνική στροφική κίνηση ή πλάγια πλήξη του γόνατος.

Ρήξη Πρόσθιου Χιαστού Συνδέσμου. Ποιοι παράγοντες παίζουν ρόλο στη θεραπευτική απόφαση;

Ο ορθοπαιδικός, όταν εξετάζει έναν ασθενή με ρήξη του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου, πρέπει να λαμβάνει υπόψη του:

1. Την παλαιότητα του τραυματισμού
2. Τον βαθμό της αστάθειας του γόνατος
3. Την ηλικία του ασθενούς
4. Το επίπεδο των δραστηριοτήτων του ασθενούς
5. Τις προσδοκίες του ασθενούς για επιστροφή σε άθληση
6. Τυχόν συνυπάρχουσες κακώσεις.

Με βάση αυτά τα κριτήρια αποφασίζει –και πάντα σε διάλογο με τον ασθενή– για το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης:

1. Μη χειρουργική – συντηρητική αποκατάσταση
2. Χειρουργική – αρθροσκοπική αποκατάσταση.

Συντηρητική αποκατάσταση

Ο ασθενής θα ακολουθήσει συγκεκριμένο πρόγραμμα αποθεραπείας που στόχο έχει τη μυϊκή ενδυνάμωση, την ισορροπία και την ιδιοδεκτικότητα και τελικά τη σταδιακή επιστροφή του ασθενούς στις πριν από τον τραυματισμό δραστηριότητες. Το πρόγραμμα αυτό σχεδιάζεται από τον ορθοπαιδικό και εκτελείται σε συνεργασία με εξειδικευμένους στις αθλητικές κακώσεις φυσικοθεραπευτές. Στο ΥΓΕΙΑ υπάρχει εξειδικευμένο τμήμα

Φυσικής Αποκατάστασης, που σε συνεργασία με τους θεράποντες ορθοπαιδικούς αναλαμβάνει τη συντηρητική, αλλά και τη μετεγχειρητική αποθεραπεία και επιστροφή στην άθληση.

Αρθροσκοπική αποκατάσταση

Η αρθροσκοπική αποκατάσταση επιλέγεται σε νέα άτομα και αθλητές, καθώς και σε άτομα μέσης ηλικίας με αυξημένες δραστηριότητες. Επίσης, αρθροσκοπική αποκατάσταση του χιαστού επιβάλλεται όταν ο ίδιος ο ασθενής αισθάνεται την αστάθεια της άρθρωσης («γιατρέ, μου φεύγει το γόνατο, φοβάμαι να αθληθώ, δεν έχω εμπιστοσύνη στο πόδι μου...») ή όταν ο ιατρός διαπιστώσει συνυπάρχουσες βλάβες, όπως ρήξεις μηνίσκων, τραυματισμούς του αρθρικού χόνδρου ή ρήξεις και άλλων συνδέσμων του γόνατος.

Ποιο μόσχευμα είναι το καταλληλότερο για την αποκατάσταση του ΠΧΣ;

Το μόσχευμα που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του πρόσθιου χιαστού προέρχεται από το σώμα του ίδιου του ασθενούς (αυτομόσχευμα) και κατά συνέπεια είναι ελεύθερο από οποιεσδήποτε ανοσιακές αντιδράσεις. Επιπλέον, το αυτομόσχευμα εξασφαλίζει την ταχύτερη και καλύτερη ενσωμάτωσή του στην περιοχή που θα τοποθετηθεί. Η επιλογή του κατάλληλου αυτομοσχεύματος αποφασίζεται από τον θεράποντα και πάντα με ενημέρωση του ασθενούς.

Πρώτη επιλογή αποτελεί ο επιγονατιδικός τένοντας, που λαμβάνεται από την πρόσθια επιφάνεια του γόνατος. Εναλλακτική επιλογή αποτελεί το μόσχευμα των οπίσθιων μηριαίων – καμπτήρων του γόνατος (hamstrings) και του τετρακεφάλου. Η χρήση συνθετικών μοσχευμάτων ή αλλομοσχευμάτων (πτωματικών) επιτρέπεται μόνο σε εξαιρετικά ιδιαίτερες και σύνθετες αποκαταστάσεις γονάτων με πολλαπλές κακώσεις.

Το μόσχευμα του επιγονατιδικού τένοντα, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και με βάση τη χειρουργική εμπειρία του

θεράποντος, αποτελεί το πλέον ισχυρό μόσχευμα με τα μικρότερα ποσοστά αποτυχίας ή νέας ρήξης, αλλά και τα μικρότερα ποσοστά μετεγχειρητικής μόλυνσης. Πολλοί συνάδελφοι αποφεύγουν τη χρήση του επιγονατιδικού τένοντα, γιατί τόσο η λήψη του συγκεκριμένου μοσχεύματος όσο και η τοποθέτησή του παρουσιάζουν τεχνικές δυσκολίες και απαιτούν ιδιαίτερη εμπειρία και χειρουργική ικανότητα, αλλά το αποτέλεσμα πραγματικά ανταμείβει τόσο τον χειρουργό όσο και τον ασθενή!

Η αποκατάσταση της ρήξης του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου πραγματοποιείται πλέον με την ελάχιστη παρεμβατική τεχνική All Inside. Η τεχνική αυτή προσφέρει λιγότερο μετεγχειρητικό άλγος, μικρότερες χειρουργικές τομές και ευκολότερη αποθεραπεία. Δεν υπάρχει κανένας περιορισμός στην εφαρμογή της όσον αφορά στην ηλικία του ασθενούς ή τις δραστηριότητες και τα αθλήματα που κάνει. Μπορεί να εφαρμοστεί σε αθλητές υψηλών επιδόσεων, ερασιτέχνες αθλητές αλλά και σε νεαρούς αθλητές όπου έχουν ανοικτές επιφυσιακές πλάκες οπότε δεν θα επηρεαστεί η ανάπτυξη του πάσχοντος σκέλους.



Ιωάννης Τριανταφυλλόπουλος
Ορθοπαιδικός
Διευθυντής Ε' Ορθοπαιδικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος ημερήσιας νοσηλείας



Κωνσταντίνος Σαράντος
Ορθοπαιδικός Χειρουργός,
Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ

Τι είναι η αρθροπλαστική ημερήσιας νοσηλείας;

Η αρθροπλαστική ισχίου ή γόνατος ημερήσιας νοσηλείας διενεργείται με τη χρήση πρωτοκόλλων fast track γρήγορης αποκατάστασης ή enhanced recovery after surgery (ERAS) και τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας και ρομποτικής υποβοήθησης και επιτρέπει το ασφαλές εξιτήριο των ασθενών σε λιγότερο από 24 ώρες και σε πολλές περιπτώσεις την ίδια κί-

λας ημέρα. Τα πρωτόκολλα αυτά εμπνεύστηκε ο Δανός καθηγητής Henrik Kehle, με πρωταρχικό στόχο να βελτιώσει τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα των ασθενών του, και στη συνέχεια μετεξελίχθηκαν και προσαρμόστηκαν στις ανάγκες της κάθε ειδικότητας της Ιατρικής και στη δική μας περίπτωση στις αρθροπλαστικές του ισχίου και του γόνατος.

Είναι αποτέλεσμα ομαδικής δου-

λειάς, της χειρουργικής και αναισθησιολογικής ομάδας (χειρουργός και συνεργάτες), με τη νοσηλευτική ομάδα του χειρουργείου, αλλά και με τους φυσικοθεραπευτές και τις ομάδες άλλων ειδικοτήτων (καρδιολόγους, παθολόγους, πνευμονολόγους, κ.ά.).

Λιγότερος πόνος και αιμορραγία και άμεση κινητοποίηση

Κατά τη χειρουργική επέμβαση, ο χειρουργός, χρησιμοποιώντας τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας, προστατεύοντας και σεβόμενος τα μαλακά μόρια (Ρομποτική ισχίου ή γόνατος, mini posterior approach ή τεχνική Superpath), συνδυάζοντας τεχνικές διήθησης των ιστών με ειδικά φάρμακα (LIA – Local Infiltration) και με τη συνδρομή της αναισθησιολογικής ομάδας, μειώνει σημαντικά τον μετεγχειρητικό πόνο και ελαχιστοποιεί την αιμορραγία. Απλά παυσίπονα από το στόμα (ίσως ένα αντιφλεγμονώδες) είναι τα μόνα που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του πόνου, χωρίς να υπάρχει ανάγκη μορφίνης ή ισχυρών οπιούχων που συνήθως χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις αυτές.

Οι παραπάνω τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας, σε συνδυασμό με τα Fast track & Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols, επιτρέπουν τελικά στον ασθενή να κινητοποιηθεί και να περπατήσει, είτε με τη βοήθεια βακτηρίας είτε ακόμα και χωρίς αυτήν, μόλις δύο ώρες μετά το χειρουργείο! Η πρώτη αυτή κινητοποίηση βοηθάει στο να μειωθούν πολλές από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως οι θρομβώσεις και οι αναπνευστικές λοιμώξεις.

Ημερήσια νοσηλεία – εξιτήριο την ίδια ημέρα

Δεν χρησιμοποιούνται παροχέτευσεις, ουροκαθετήρες ή σωληνάκια. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να πει και να φάει ελεύθερα και να επιστρέψει στις φυσιολογικές του συνήθειες αμέσως, σαν να μην είχε υποβληθεί σε επέμβαση αρθροπλαστικής! Μπορεί να πάρει με ασφάλεια εξιτήριο από το νοσοκομείο την επομένη κιόλας ή

ακόμα και την ίδια ημέρα υπό κατάλληλες προϋποθέσεις και με την κατάλληλη προετοιμασία (Ημερήσια νοσηλεία), αφού ο οργανισμός του είναι σε θέση να αντεπεξέλθει γρήγορα και αποτελεσματικά στο χειρουργικό stress και ο πόνος είναι ελεγχόμενος.

Οι αρθροπλαστικές ημερήσιας νοσηλείας είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού των πρωτοκόλλων γρήγορης αποκατάστασης fast track, με τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας και τη βοήθεια της ρομποτικής, και αποτελούν την τελευταία εξέλιξη στις αρθροπλαστικές διεθνώς.

Γρηγορότερη αποκατάσταση και χρόνος ανάρρωσης

Με την αρθροπλαστική ημερήσιας νοσηλείας, τόσο για αρθροπλαστικές ισχίου όσο και γόνατος, η αποκατάσταση του ασθενούς, η ανάρρωση και η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες και στην προηγούμενη λειτουργικότητά του είναι σημαντικά γρηγορότερες σε σύγκριση με τις παραδοσιακές τεχνικές. Μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων και ερευνών σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά συνεχώς επιβεβαιώνουν τα πλεονεκτήματα και τα ανώτερα αποτελέσματα των πρωτοκόλλων Fast Track.

Γι' αυτό και πλέον η τάση διεθνώς είναι να χρησιμοποιούνται αυτά τα πρωτόκολλα, κατάλληλα προσαρμοσμένα, όχι μόνο στις ορθοπαιδικές, αλλά και σε όλο και περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων.

**Ο ασθενής
ενθαρρύνεται να πει
και να φάει ελεύθερα
και να επιστρέψει
στις φυσιολογικές του
συνήθειες αμέσως, σαν
να μην είχε υποβληθεί
σε επέμβαση
αρθροπλαστικής!**

Ο Κωνσταντίνος Σαράντος εφαρμόζει τα πρωτόκολλα Fast track & Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) πάνω από 8 χρόνια στην Αγγλία και στην Ελλάδα, με εξαιρετική επιτυχία και αποτελέσματα για τους ασθενείς του. Την τελευταία διετία τα εφαρμόζει με εξαιρετική επιτυχία αποκλειστικά στον Όμιλο Υγείας.

Χειρουργική των Ιδιοπαθών Φλεγμονώδων Νόσων του Εντέρου

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου περιλαμβάνουν την ελκώδη κολίτιδα, τη νόσο Crohn και, σπανίως, μη διαφοροποιημένες μορφές ενδιάμεσες των δύο. Η συχνότητα εμφάνισής τους στον δυτικό κόσμο είναι περίπου 400 ασθενείς ανά 100.000 άτομα.

Πρόκειται για ασθένειες που προσβάλλουν ιδιοπαθώς το παχύ και το λεπτό έντερο. Οι ασθενείς που προσβάλλονται από τις ασθένειες αυτές χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα και παρακολούθηση από ομάδα ειδικών. Η φύση των νόσων, όπως μαρτυρά το όνομά τους, είναι φλεγμονώδης, με αποτέλεσμα να προκαλούν πόνο, αιμορραγία και διαταραχές στη θρέψη. Επιφέρουν σχετικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στα όργανα που προσβάλλουν.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπισή τους απαιτεί τη χρήση πολλαπλών προσεγγίσεων, τόσο φαρμακευτικών όσο και χειρουργικών. Στόχος είναι κατά κανόνα η διατήρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών σε καλά επίπεδα, διατηρώντας την πάθησή τους σε μακροχρόνια ύφεση και αντιμετωπίζοντας τις εξάρσεις υποστηρικτικά. Οι ειδικότητες που εμπλέκονται στον σχεδιασμό αυτόν είναι χειρουργοί παχέος εντέρου-ορθού, γαστρεντερολόγοι, διατροφολόγοι, ακτινολόγοι και παθολογοανατόμοι.

Η χειρουργική παίζει σημαντικό ρόλο στον σχεδιασμό, καθώς περίπου το 30% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και το 70% των ασθενών με νόσο Crohn θα χρειαστεί να χειρουργηθούν κατά τη

διάρκεια της ζωής τους. Προϊόντος του χρόνου, η χειρουργική των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου έχει προοδεύσει, αφού η βαθύτερη κατανόησή τους έχει οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη συντηρητική αντιμετώπιση, αλλά και σε διαφοροποίηση τόσο της χρονικής στιγμής που επιλέγεται η χειρουργική παρέμβαση όσο και των ίδιων των επεμβάσεων. Η ελκώδης κολίτιδα απαιτεί την εκτομή του παχέος εντέρου και του ορθού. Γίνεται πάντοτε προσπάθεια για αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου, ώστε ο ασθενής να μην έχει διά βίου παρά φύσιν έδρα.

Ολική ορθοκολεκτομή

Η επέμβαση που διενεργείται είναι η ολική ορθοκολεκτομή με ειλική νεολήκυθο (J-pouch): Αφαιρείται το παχύ έντερο και το ορθό και στη θέση του κατασκευάζεται μια λήκυθος από το τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου, η οποία ενώνεται με τον πρωκτό. Οι επεμβάσεις αυτές γίνονται όταν αποτυγχάνει ο έλεγχος της νόσου με συντηρητικά μέσα, όταν υπάρχουν επαναλαμβανόμενα σοβαρά επεισόδια της νόσου, όταν ανακαλυφθεί σε έλεγχο δυσπλασία ή καρκίνος στο έντερο ή όταν στους ασθενείς αυτούς έχει παραμείνει ορθό από προηγούμενη επέμβαση.

Ελάχιστα επεμβατική τεχνική

Οι σύγχρονες χειρουργικές μέθοδοι μας δίνουν τη δυνατότητα να κάνουμε τις επεμβάσεις αυτές με ελάχιστα επεμβατικούς τρόπους, προσφέροντας έτσι ταχύτερη ανάρρωση και λιγότερο πόνο στους ήδη ταλαιπωρημένους αυτούς ασθενείς. Μπορούμε να τις κάνουμε τόσο λαπαροσκοπικά όσο και ρομποτικά, ενώ νεότερη



Κωνσταντίνος Μαυραντώνης
Χειρουργός, Διευθυντής ΣΤ' Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ



προσθήκη στο οπλοστάσιο των τεχνικών αποτελεί η διαπρωκτική εκτομή του ορθού, και πάλι λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά.

Νόσος Crohn

Η νόσος Crohn παρουσιάζει διαφορετικές χειρουργικές προκλήσεις, καθώς είναι πιο πολυπρόσωπη και στον τρόπο εμφάνισης, αλλά και στις θέσεις που προσβάλλει, οι οποίες μπορεί να είναι σε οποιοδήποτε σημείο του πεπτικού σωλήνα ή στον πρωκτό. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην πορεία της νόσου αυτής έχει η αντιμετώπιση των φλεγμονών και των μετα-φλεγμονωδών στενώσεων που προκαλεί στο λεπτό έντερο. Είναι εξαιρετικής σημασίας τόσο η επι-

λογή του σωστού χρόνου για την επέμβαση, όσο και ο περιορισμός της έκτασης των εκτομών που πραγματοποιούνται. Η σύγχρονη χειρουργική μπορεί να προσφέρει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα, συνδυάζοντας τεχνικές με πολύ στοχευμένες εκτομές του πάσχοντος εντέρου ή και πλαστική των στενώσεων.

Σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, η λειτουργία συντονισμένης και εξειδικευμένης ομάδας ειδικών είναι ύψιστης σημασίας. Ο χειρουργός που θα συμμετέχει στην ομάδα αυτή θα πρέπει να έχει εξειδίκευση στη χειρουργική του παχέος εντέρου και ορθού.

**Οι σύγχρονες
χειρουργικές μέθοδοι
μας δίνουν τη
δυνατότητα
να κάνουμε
τις επεμβάσεις
αυτές με ελάχιστα
επεμβατικούς τρόπους.**

ΡΙΝΟΡΡΟΙΑ ENY:

ΟΤΑΝ Η ΜΥΤΗ ΠΟΥ ΤΡΕΧΕΙ ΚΡΥΒΕΙ
ΚΑΤΙ ΠΟΛΥ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΟ...

Η μύτη που τρέχει μπορεί να είναι απλώς ένα σύμπτωμα κρυολογήματος, αλλά κάποιες φορές μπορεί να κρύβει κάτι πολύ πιο σοβαρό. Αυτό συνέβη και σε ασθενή μας η οποία είχε επισκεφτεί μια σειρά από ειδικούς, που είχαν κατά καιρούς διαγνώσει πολύποδες, κρύωμα και αλλεργική ρινίτιδα. Ωστόσο, κατά την εξέταση φάνηκε ότι υπήρχε μια επικοινωνία ανάμεσα στον εγκέφαλο και στη ρινική κοιλότητα –ένα «έλλειμμα της βάσης κρανίου»– και αυτό που νόμιζαν ότι ήταν πολύποδας ήταν ένα τμήμα του εγκεφάλου που είχε κατέβει μέσα στη μύτη, ενώ αυτό που έτρεχε δεν ήταν μύξα, αλλά εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Με μια επέμβαση ενδοσκοπική, η τρύπα (το έλλειμμα αυτό) έκλεισε με επιτυχία και η ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από 48 ώρες.

Η επικοινωνία αυτή δεν είναι κάτι συνηθισμένο, αλλά είναι κάτι που βλέπουμε αρκετά συχνά σε κέντρα αναφοράς σαν το δικό μας, και ενώ η σύγκλεισή της είναι μια επέμβαση χωρίς σημαντικές επιπλοκές, με ποσοστά επιτυχίας πάνω από 95% σε έμπειρα χέρια. Δυστυχώς, συχνά βλέπουμε ασθενείς στους οποίους η διάγνωση έχει καθυστερήσει ή και αναγκάζονται να κάνουν πολλαπλές επεμβάσεις (πάνω από τους μισούς ασθενείς που προσέρχονται σε εμάς με ρινόρροια ENY έχουν ήδη στο ιστορικό τους μία ή περισσότερες προσπάθειες σε άλλα κέντρα). Η

αποτελεσματική τους αντιμετώπιση είναι καιρία, καθώς πέρα από τη ρινόρροια οι ασθενείς αυτοί κινδυνεύουν από μηνιγγίτιδα: τα μικρόβια της μύτης μπορεί εύκολα να προσβάλουν τον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

Πότε υποψιαζόμαστε Ρινόρροια

ENY; Φυσικά, δεν είναι όλοι οι ασθενείς με ρινόρροια ύποπτοι για εγκεφαλονωτιαία ρινόρροια. Ωστόσο, αν το υγρό που τρέχει είναι διάφανο και διαυγές, έχει γεύση υφάλμυρη και κυρίως αν τρέχει πάντα μόνο από τη μία πλευρά και ειδικά μετά από σκύψιμο, τότε σίγουρα γεννά την υποψία ENY. Δυστυχώς, μερικές φορές η διάγνωση θα έρθει μόνο μετά από μηνιγγίτιδα – και μερικές φορές μετά από επανειλημμένα επεισόδια μηνιγγίτιδας.

Τι προκαλεί Ρινόρροια ENY;

Μερικές φορές το έλλειμμα βάσης κρανίου και η ρινόρροια ENY μπορεί να είναι το αποτέλεσμα προηγούμενου χειρουργείου, κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης ή όγκου, ενώ όλο και περισσότερο καταλαβαίνουμε τη σημασία της αυτόματης ρινόρροιας ENY. Αυτό συμβαίνει συνήθως σε γυναίκες υπέρβαρες και πιστεύουμε ότι συνδέεται με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση (πίεση μέσα στο κρανίο), καθώς το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, προσπαθώντας να βρει διέξοδο, διαβρώνει σιγά σιγά το οστό γύρω από τον εγκέφαλο (βάση κρανίου) βρίσκοντας διέξοδο προς τη μύτη.



Χρήστος Γεωργάλας

Ωτορινολαρυγγολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής Κλινικής Κεφαλής και Τραχήλου – Διευθυντής Τμήματος Ενδοσκοπικής Χειρουργικής Παραρρινίων και Βάσης Κρανίου ΥΓΕΙΑ

Πώς αντιμετωπίζεται η Ρινόρροια

ENY; Είναι σημαντική η χειρουργική αντιμετώπιση. Οποιαδήποτε προσπάθεια να αντιμετωπιστεί με συντηρητικά μέσα (κατάκλιση, φάρμακα που μειώνουν την πίεση) είναι προσωρινή και εμπεριέχει κίνδυνο μηνιγγίτιδας. Όπως είπαμε και πρόσφατα στις παγκόσμιες οδηγίες για την αντιμετώπιση της ρινόρροιας ENY (οι οποίες βγήκαν με πρωτοβουλία του Κέντρου Ενδοσκοπικής Χειρουργικής του ΥΓΕΙΑ), η χειρουργική αντιμετώπιση είναι το κλειδί.

Ποιες εξετάσεις πρέπει να γίνουν

προεγχειρητικά; Ο προεγχειρητικός έλεγχος είναι σημαντικός. Αν δεν είναι ξεκάθαρο, ένα τεστ βήτα τρανσφερίνης ή beta trace θα μας επιβεβαιώσει ότι είναι ρινόρροια ENY (τα τεστ γλυκόζης κ.λπ. είναι λιγότερο αξιόπιστα). Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι κρίσιμος και περιλαμβάνει οπωσδήποτε μαγνητική και αξονική υψηλής ευκρίνειας (High Resolution CT / MRI Cisternography χωρίς σκιαγραφικό) με λεπτές τομές, οι οποίες θα επιτρέψουν την εντόπιση του ελλείμματος. Πολύ συχνά η κακή ποιότητα ή η ελλιπής προσοχή κατά την εκτίμησή τους οδηγεί σε λάθος αποτελέσματα. Η δική μας εμπειρία είναι ότι με προσεκτική εξέταση πάνω από το 90% των ελλειμμάτων είναι ορατά.

Πώς γίνεται το χειρουργείο;

Το χειρουργείο γίνεται σχεδόν πάντα ενδοσκοπικά (ακόμα και σε πολλαπλά, μεγάλα ελλείμματα ή και ελλείμματα του μετωπιαίου κόλπου) και ο λόγος, πέρα από τη μειωμένη νοσηρότητα, είναι η αυξημένη αποτελεσματικότητα. Δεν υπάρχουν εξωτερικές τομές και δεν χρησιμοποιούμε επιπωματισμό. Πολύ σημαντική είναι, ωστόσο, και η μέτρηση και αξιολόγηση της ενδοκράνιας πίεσης μετεγχειρητικά, ώστε να αντιμετωπιστεί τυχόν συνυπάρχουσα ενδοκράνια υπέρταση.



Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



Γιώργος Αναγνωστόπουλος
Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής
Γαστρεντερολογικής Κλινικής
ΜΗΤΕΡΑ

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια ομάδα συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν πόνο στην κοιλιά και αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, χωρίς να αναγνωρίζεται κάποια συγκεκριμένη διαταραχή ή ασθένεια.

Πώς εμφανίζεται;

Συνήθως τα συμπτώματα υπάρχουν μήνες ή και χρόνια και ταλαιπωρούν τους ασθενείς. Ο πόνος μπορεί να συνδυάζεται με διάρροια, δυσκοιλιότητα, συχνά διάρροιες εναλλασσόμενες με δυσκοιλιότητα ή κυρίως πόνο χωρίς συνοδές διαταραχές στις κενώσεις.

Συχνά οι ασθενείς με ευερέθιστο

έντερο παρουσιάζουν και άλλα συμπτώματα, όπως βλέννα στις κενώσεις, μετεωρισμό, φούσκωμα, κεφαλαλγίες κ.λπ. Υπάρχουν βέβαια πολλές ασθένειες με συμπτώματα που μοιάζουν με το ευερέθιστο έντερο, αλλά εγκυμονούν πολλούς και μεγάλους κινδύνους για την υγεία μας και κατ' επέκταση για την ίδια μας τη ζωή. Για τον λόγο αυτόν είναι ιδιαίτερα σημαντική η λήψη σωστού ιστορικού από τους ασθενείς με πιθανό σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ώστε να μη γίνει λάθος διάγνωση. Υπάρχουν κάποια συμπτώματα που λέγονται συμπτώματα συναγερμού και τα οποία πρέπει να μας ανησυχήσουν και να μας οδηγήσουν σε περαιτέρω εξετάσεις πριν μπει η διάγνωση

του ΕΕ. Τα συμπτώματα αυτά είναι:

- Αναιμία
- Απώλεια βάρους
- Αίμα στις κενώσεις
- Ηλικία μεγαλύτερη από τα 45 έτη
- Πυρετός
- Νυκτερινά συμπτώματα (αφύπνιση)
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου.

Σε όλους, όμως, τους ασθενείς με πιθανό ΣΕΕ πρέπει να γίνονται βασικές αιματολογικές εξετάσεις και πιθανόν καλλιέργειες κοπράνων, καλπροτεκτίνη κοπράνων, κολοноσκόπηση και έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς, καθώς πολλές σοβαρές ασθένειες (όπως καρκίνος παχέος εντέρου, νόσος του Crohn κ.ά.) μπορεί να έχουν συμπτώματα που μοιάζουν με ευερέθιστο έντερο.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να αποκλείσουμε πολλά νοσήματα με τη λήψη σωστού ιστορικού και τη διενέργεια κατάλληλων εξετάσεων, πριν θέσουμε με ασφάλεια τη διάγνωση του ευερέθιστου εντέρου.

Στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου το βασικό πρόβλημα βρίσκεται στην επικοινωνία του εντέρου με τον εγκέφαλο και αντίστροφα. Τα τελευταία χρόνια, μελέτες έχουν δείξει πως το ανθρώπινο έντερο διαθέτει ένα εξαιρετικά πολύπλοκο νευρικό σύστημα το οποίο στέλνει και δέχεται μηνύματα από τον εγκέφαλο. Είναι ουσιαστικά το έντερό μας ένας δεύτερος εγκέφαλος με τεράστια σημασία για την άμυνα του οργανισμού μας.

Στους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο φαίνεται πως υπάρχουν πολλές διαταραχές που μπορούν να ερμηνεύσουν την ποικιλία των συμπτωμάτων των ασθενών και στις οποίες στοχεύουν οι διάφορες θεραπείες:

- Διαταραχή στην επικοινωνία εντέρου – εγκέφαλου
- Διαταραχή στην κινητικότητα, με τη μορφή είτε αυξημένης (διάρροιες) είτε ελαττωμένης κινητικότητας (δυσκοιλιότητα)
- Αυξημένη σπλαγχνική υπερευαισθησία (δηλαδή το ίδιο ερέθισμα που σε έναν φυσιολογικό άνθρωπο δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα, στον ασθενή με ΕΕ προκαλεί πόνο)

- Διαταραχή στο εντερικό μικροβίωμα, δηλαδή στα μικρόβια που υπάρχουν φυσιολογικά στο παχύ έντερο (εντερική χλωρίδα)
- Διαταραχή στη συνεκτικότητα του εντερικού τοιχώματος (leaky gut ή διαρρέον έντερο), με αποτέλεσμα την είσοδο στην κυκλοφορία τοξινών
- Διαταραχή στο τοπικό ανοσολογικό εντερικό σύστημα.

Πολύ συχνά τα συμπτώματα εμφανίζονται ή επιδεινώνονται:

- Μετά από κάποια γαστρεντερίτιδα (το 10% των περιπτώσεων ξεκινούν μετά από επεισόδιο οξείας γαστρεντερίτιδας)
- Μετά από επεισόδια οξείας εκκολπωματίτιδας
- Σε περιόδους άγχους ή μετά από στρεσογόνο ερέθισμα
- Κατά τη λήψη συγκεκριμένων τροφών ή συνδυασμών τροφών.

Θεραπεία

Η θεραπεία του ΣΕΕ κατευθύνεται συχνά στα συμπτώματα του ασθενούς, αλλά και στους μηχανισμούς δημιουργίας του συνδρόμου [προβιοτικά φάρμακα για τη βελτιστοποίηση του εντερικού μικροβιώματος, αντικαταθλιπτικά φάρμακα (SSRI's) για την αύξηση των επιπέδων της σεροτονίνης, γλουταμίνη για τη βελτίωση της συνεκτικότητας του εντερικού τοιχώματος κ.λπ.].

Κατάλληλη διατροφή

Φαίνεται πως στους ασθενείς με ΣΕΕ τα καλύτερα αποτελέσματα έχει μια συγκεκριμένη διατροφή που αναπτύχθηκε από το Πανεπιστήμιο Monash στη Μελβούρνη, η FODMAP diet. Η δίαιτα FODMAP αποτελεί την πιο επιτυχημένη θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, με ποσοστά επιτυχίας που ξεπερνούν το 70% ακόμη και σε βαριές περιπτώσεις. Βασίζεται στην απομάκρυνση από το διαιτολόγιο για 4-6 εβδομάδες συγκεκριμένων τροφών και στη σταδιακή επανεισαγωγή τους με διαδοχικά αυξανόμενες ποσότητες, έτσι ώστε να εξατομικευθεί σε κάθε ασθενή το διαιτολόγιό του χωρίς να δημιουργούνται θρεπτικά ελλείμματα και φυσικά χωρίς ή με ελάχιστα συμπτώματα.

Στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου το βασικό πρόβλημα βρίσκεται στην επικοινωνία του εντέρου με τον εγκέφαλο και αντίστροφα.

ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΑ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Τι είναι το λέμφωμα;

Το λέμφωμα είναι μια αιματολογική κακοήθεια που προσβάλλει το λεμφικό σύστημα, δηλαδή τους λεμφαδένες. Μπορεί να προσβάλλει επίσης τον σπλήνα και τον μυελό των οστών, καθώς και άλλα όργανα, όπως είναι το στομάχι, το έντερο, ο πνεύμονας, ο εγκέφαλος και τα οστά.

Πρέπει να τονίσουμε ότι, ανεξάρτητα από το στάδιο ή της επιθετικότητάς του, το λέμφωμα δεν συμπεριφέρεται όπως ο καρκίνος με την έννοια της μετάστασης, γι' αυτό και σε γενικές γραμμές θεωρείται «ιάσιμο» νόσημα.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες λεμφωμάτων: το λέμφωμα Hodgkin και το μη-Hodgkin λέμφωμα.

Τα μη-Hodgkin λεμφώματα, ανάλογα με την κλινική τους πορεία, διακρίνονται στα χαμηλής κακοήθειας ή βραδέως εξελισσόμενα και στα υψηλής κακοήθειας ή επιθετικά λεμφώματα. Είναι η πιο συχνή αιματολογική κακοήθεια στους ενήλικες. Προσβάλλονται συχνότερα οι άντρες από τις γυναίκες και εμφανίζονται πιο συχνά σε ασθενείς μέσης ή προχωρημένης ηλικίας, σε αντίθεση με το λέμφωμα Hodgkin, που προσβάλλει πιο συχνά παιδιά, εφήβους και νέους ενήλικες.

Ποιοι είναι οι προδιαθεσικοί παράγοντες;

Ως πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξή τους θεωρείται ο ιός Epstein-Barr, ο ιός HTLV-1, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, η ηπατίτις C, καθώς και ασθενείς με ανοσοκαταστολή.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Κύρια εκδήλωση της νόσου είναι η διόγκωση ενός ψηλαφητού λεμφαδένα ή ομάδας λεμφαδένων με την παρουσία ή όχι συνοδών συστηματικών συμπτωμάτων, όπως είναι πυρέτιο ή πυρετός, νυκτερινές εφιδρώσεις, απώλεια βάρους ή κνησμός. Μπορεί, όμως, το λέμφωμα να μιμηθεί οποιοδήποτε παθολογικό νόσημα χωρίς ειδικά χαρακτηριστικά.

Διάγνωση – Σταδιοποίηση

Η διάγνωση θα γίνει με τη χειρουργική αφαίρεση και τη βιοψία του διογκωμένου λεμφαδένα ή τη βιοψία του προσβεβλημένου οργάνου. Ακολουθεί η σταδιοποίηση της νόσου, που περιλαμβάνει ολόσωμες αξονικές τομογραφίες, βιοψία μυελού, μοριακό έλεγχο ανάλογα με τον τύπο του λεμφώματος και PET-CT για τα λεμφώματα υψηλής κακοήθειας και το λέμφωμα Hodgkin.

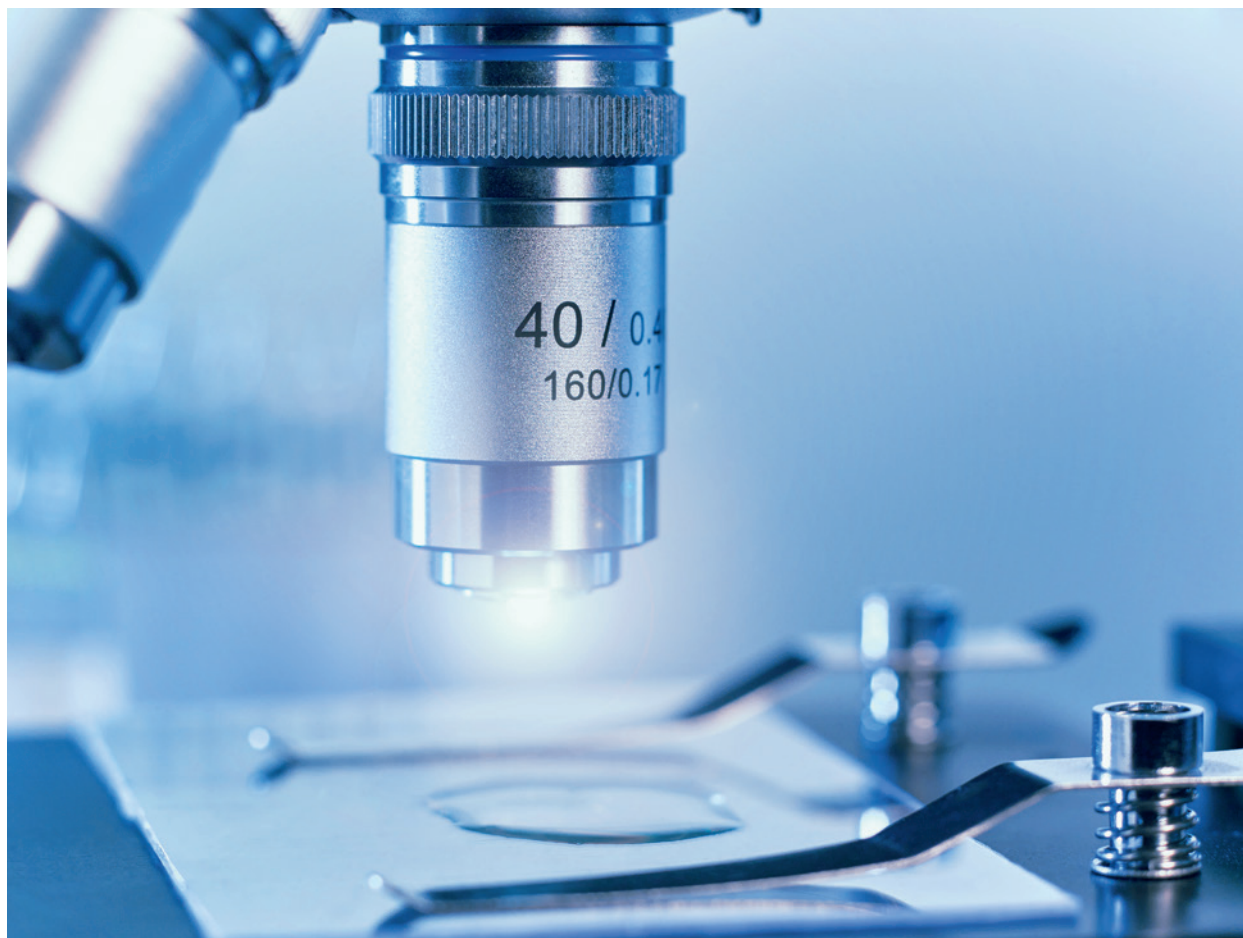
Ποιες είναι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις;

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις των κακοήθων λεμφωμάτων είναι η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ακτινοβολία. Οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται νωρίς και λαμβάνουν θεραπεία σε αρχικά στάδια της νόσου έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν καλά και λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν υποτροπές.

Για το λέμφωμα Hodgkin και ιδίως για τον κλασικό τύπο η επίτευξη ίασης κυμαίνεται στο 75-80% με την κλασική χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ακτινοβολία, ανάλογα με το



Ευφημία Βρακίδου
Αιματολόγος, Διευθύντρια
Ιατρικής Υπηρεσίας ΥΓΕΙΑ



στάδιο της νόσου και την παρουσία ογκόμορφης νόσου. Το 20-25% των ασθενών που θα εμφανίσουν υποτροπή ή ανθεκτική νόσο θα υποβληθούν σε αποτελεσματική ανοσοθεραπεία, ενώ επί αστοχίας και αυτής θα υποβληθούν σε μεταμόσχευση μυελού.

Για τα μη-Hodgkin λεμφώματα χαμηλής κακοήθειας που αφορούν άτομα μεγάλης ή μέσης ηλικίας, ο στόχος της θεραπείας δεν είναι η εκρίζωση της νόσου, αλλά η επιμήκυνση της επιβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ο συνδυασμός ανοσοθεραπείας και χημειοθεραπείας έχει φέρει θεαματικά αποτελέσματα.

Για τα υψηλής κακοήθειας Β-λεμφώματα, επίσης, ο συνδυασμός ανοσοθεραπείας και χημειοθεραπείας είναι εντυπωσιακά αποτελεσματικός, με το 60% περίπου

των ασθενών να ιώνται. Για τους ασθενείς με υποτροπιάζουσα ανθεκτική νόσο δοκιμάζονται συνδυασμοί ανοσοθεραπείας με μονοκλωνικά αντισώματα, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί στους θεραπευτικούς χειρισμούς η επαναστατική προσέγγιση με τα CAR T – λεμφοκύτταρα.

Η διαδικασία συνίσταται στην αφαίρεση κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς, τα οποία τροποποιούνται γενετικά με σκοπό να αναγνωρίζουν τα παθολογικά λεμφωματικά κύτταρα και να τους επιτίθενται. Το είδος αυτό της θεραπείας δημιουργείται για κάθε ασθενή. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα στη θεραπευτική αντιμετώπιση των κακοήθων λεμφωμάτων, με αποτέλεσμα η πλήρης «ίαση» αυτών να είναι γεγονός.

Το **20-25%**
των ασθενών που
θα εμφανίσουν
υποτροπή ή
ανθεκτική νόσο
θα υποβληθούν σε
αποτελεσματική
ανοσοθεραπεία.

Καρκίνος παγκρέατος

ΣΤΟΧΟΣ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι η τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου στους άντρες και η πέμπτη στις γυναίκες.

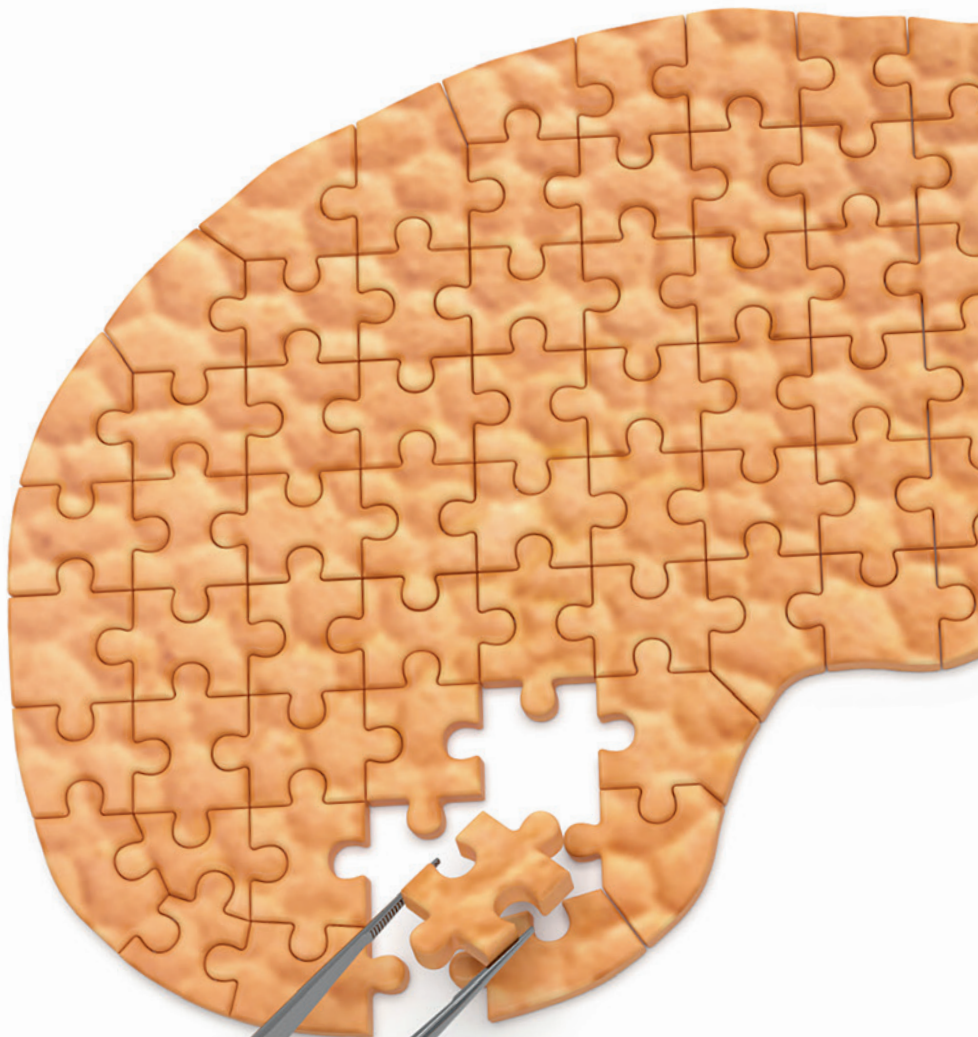
Είναι συχνότερος στους άντρες με αναλογία 2:1. Παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς άνω των 60 ετών, με μέγιστη επίπτωση την 7η και την 8η δεκαετία της ζωής. Εμφανίζεται στο 70% των ασθενών στην κεφαλή του παγκρέατος, στο 10-15% στο σώμα και στο 10-20% στην ουρά.

Ποιες είναι οι αιτίες εμφάνισης;

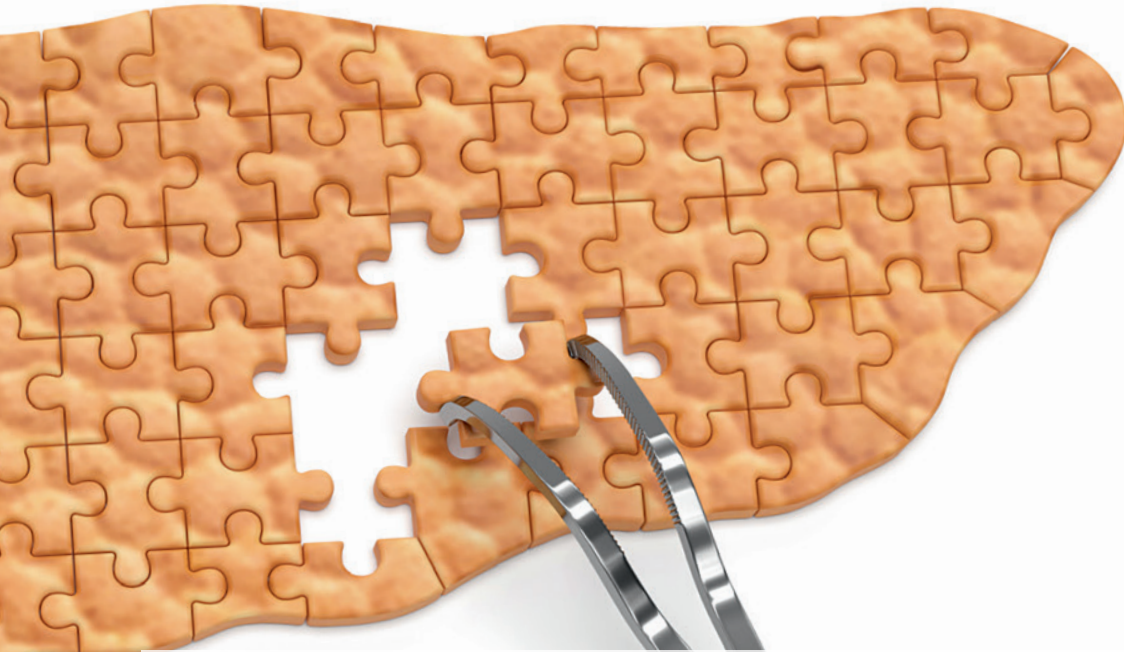
Οι αρωματικές αμίνες που παράγονται κατά την καύση του καπνού ενοχοποιούν το κάπνισμα ως σαφή παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη παγκρεατικού καρκίνου. Επίσης, η κατανάλωση ζωικού λίπους, ζωικών πρωτεϊνών, ψητών κρεάτων, ζάχαρης, μαργαρίνης, καφέ και αλκοόλ σχετίζονται θετικά με το ένα τρίτο των καρκίνων του παγκρέατος που οφείλεται σε διατροφικούς παράγοντες. Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι προϋπάρχουσες παθήσεις, όπως η χρόνια παγκρεατίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χολολιθίαση, το πεπτικό έλκος, η κυστική ίνωση και ο οικογενής καρκίνος του μαστού σχετίζονται με το συγκεκριμένο νεόπλασμα.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η πιο αποτελεσματική θεραπεία της νόσου είναι η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (με/χωρίς διατήρηση του πυλωρού του στομάχου), η περιφερική (σώματο-ουραία) παγκρεατεκτομή (με/χωρίς διατήρηση του σπληνός) και η ολική παγκρεατοδωδεκαδακτυ-



Αθανάσιος Σκορδάς
Χειρουργός, Επιστ. Συνεργάτης
Δ' Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Αλέξανδρος Ιαγμούρ
Χειρουργός, Διευθυντής Δ΄
Χειρουργικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ

λεκτομή μετά του σπληνός, ανάλογα με την εντόπιση της νόσου. Παρά την αύξηση των εκτομών, τη μείωση της μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας, δυστυχώς, η πρόγνωση των ασθενών αυτών παραμένει πτωχή.

Ήδη από το 1942 ο Whipple εισάγει την επέμβαση εκλογής τόσο για τον καρκίνο του παγκρέατος, όσο και για ορισμένες καλοήθεις παθήσεις. Η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή κατά Whipple περιλαμβάνει εκτομή της κεφαλής του παγκρέατος, του δωδεκαδακτύλου, του περιφερικού τμήματος του στομάχου και του περιφερικού τμήματος του χοληδόχου πόρου. Σήμερα, σε κέντρα αναφοράς στη χειρουργική του παγκρέατος η επέμβαση εμφανίζει μετεγχειρητικές επιπλοκές σε λιγότερο από το 30% των ασθενών και θνητότητα μικρότερη του 3%. Το 1978 οι χειρουργοί Longmire και Trasverso, με την υπόθεση ότι η διατήρηση του πυλωρού συνεπάγεται φυσιολογικότερη λειτουργία της πέψης, εισήγαγαν την Pylorus Preserving Pancreato-Duodenectomy (PPPD – παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με διατήρηση του πυλωρού).

Αρκετές τυχαίοποιημένες μελέτες και μετα-αναλύσεις αποδεικνύουν ότι οι δύο επεμβάσεις δεν έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο ογκολογικό αποτέλεσμα, στην ποιότητα ζωής και στο ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Στόχος του χειρουργού για την αύξηση της πενταετούς επιβίωσης αποτελεί αφενός η Ro εκτομή του όγκου (χειρουργικό παρασκεύασμα χωρίς διηθημένα όρια εκτομής από τον καρκίνο) και αφετέρου ο εκτεταμένος λεμφαογλιακός καθαρισμός επί του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, επί του αλληρείου τρίποδα και επί του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Αντικείμενο πολλών μελετών αποτελεί την τελευταία εικοσαετία το αν θα πρέπει να αποφεύγεται η ριζική επέμβαση στις περιπτώσεις όπου ο όγκος διηθεί την Άνω Μεσεντέριο/ Πυλαία Φλέβα. Είναι πλέον, όμως, αποδεδειγμένο ότι η διήθηση δεν επηρεάζει την πρόγνωση και ότι η φλεβική εμπλοκή παριστά περισσότερο αποτέλεσμα της θέσεως του όγκου παρά είναι αποτέλεσμα της βιολογικής του συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά, η φλεβική διήθηση δεν αποτελεί πλέον αντένδειξη εκτομής και οι χειρουργοί που ασχολούνται με τη θεραπεία του καρκίνου του παγκρέατος πρέπει να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τις τεχνικές εκτομής και αντικατάστασης των αγγείων. Θα πρέπει, όμως, να τονισθεί ότι απόλυτη αντένδειξη εξαίρεσης αποτελεί η διήθηση της Άνω Μεσεντερίου Αρτηρίας.

Υπάρχει πενταετής επιβίωση στον καρκίνο του παγκρέατος;

Τα τελευταία χρόνια, εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα από τον συνδυασμό ριζικής χειρουργικής εκτομής με προεγχειρητική ή/και μετεγχειρητική ανοσο-χημειο-ακτινοθεραπεία. Μετα-αναλύσεις στην παγκόσμια βιβλιογραφία αναφέρουν ποσοστά μονοετούς, διετούς και πενταετούς επιβίωσης από εξειδικευμένα κέντρα, 95%, 60% και 45% αντίστοιχα. Παρόλο που η έρευνα έχει στραφεί σε συνδυασμένες θεραπείες, ο ακρογωνιαίος λίθος για την επίτευξη όποιας προόδου στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος είναι η με ασφάλεια επίτευξη μιας Ro χειρουργικής εκτομής.

Φυσιατρική αποκατάσταση των νευρολογικών παθήσεων



Ευάγγελος Μαναός
Φυσιάτρος, Διευθυντής Τμήματος
Φυσικής και Ιατρικής
Αποκατάστασης ΥΓΕΙΑ

Η αποκατάσταση των νεύρων είναι μείζονος σημασίας και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση και εξειδικευμένη γνώση. Η φυσικοθεραπεία που αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην αποκατάσταση, έχει αναπτύξει μεθόδους της νευρολογικής φυσικοθεραπείας για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Η νευρολογική φυσικοθεραπεία ενισχύει την ανάκτηση της κίνησης και της λειτουργίας σε ασθενείς με τραυματισμό ή ασθένεια του Κεντρικού ή του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος.

Ορισμένες από τις πιο συνηθισμένες νευρολογικές παθήσεις που χρήζουν φυσικοθεραπείας είναι οι ακόλουθες:

- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Νόσος του Πάρκινσον
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Μυοπάθειες
- Πολυνευροπάθειες
- Κακώσεις νωτιαίου μυελού
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Εξατομικευμένη αντιμετώπιση

Είναι σημαντικό ο ασθενής να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα με ένα πρόγραμμα φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης σύμφωνα με τις ανάγκες του και τις ιδιαιτερότητες της πάθησής του, με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής του.

Απαραίτητη θεωρείται η νευρολογική εκτίμηση, ώστε να αξιολογηθούν μυοσκελετικά προβλήματα, πιθανές αισθητικές βλάβες, διάφορες μορφές διαταραχών της

κίνησης, όπως η σπαστικότητα, η δυστονία και η αταξία, αλλαγές στη στάση του σώματος, στην ισορροπία, στη συγκέντρωση, στη μνήμη, γνωστικοί, αντιληπτικοί και νευροψυχικοί παράγοντες και πολλά άλλα, ώστε να καθοριστούν οι στόχοι του προγράμματος.

Τα ανωτέρω προβλήματα που μπορεί να προκύψουν σε έναν νευρολογικό ασθενή δυσχεραίνουν καθημερινές δραστηριότητες, όπως η βάδιση, το σήκωμα από μια καρέκλα, η σίτιση, η καθημερινή υγιεινή, η γραφή, η οδήγηση κ.ά. Η στρατηγική της αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων είναι ο διαχωρισμός των θεραπευτικών στόχων σε βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους.

Έτσι, ένας θεραπευτικός στόχος, όπως π.χ. η βάδιση, που μπορεί να φαίνεται ακατόρθωτος θα κατακερματιστεί σε μικρότερους που είναι εφικτοί και τελικά θα συνθέσουν τον μεγαλύτερο στόχο που έχει τεθεί.

Λόγω της ιδιάζουσας φύσης των νευρολογικών παθήσεων, η ορθοπαιδική αποκατάσταση είναι απόλυτα εξατομικευμένη και πραγματοποιείται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Οι στόχοι της νευρολογικής φυσικοθεραπείας είναι:

- Διατήρηση/επαναφορά ορθής στάσης και κίνησης
- Επανεκπαίδευση βάδισης
- Αύξηση δύναμης του μυϊκού συστήματος
- Διόρθωση παθολογικών αντανάκλαστικών
- Βελτίωση ισορροπίας
- Διατήρηση/βελτίωση εύρους κίνησης των αρθρώσεων
- Καλή αναπνευστική λειτουργία
- Αποκατάσταση λειτουργικών κινήσεων της καθημερινής ζωής
- Κοινωνική/εργασιακή επανένταξη.

Η εκτέλεση δραστηριοτήτων δεν εξαρτάται μόνο από τα επίπεδα μυϊκής δύναμης, αλλά κυρίως από το πώς ο εγκέφαλος θα μπορέσει να χρησιμοποιήσει με επιτυχία τον απαιτούμενο συνδυασμό μυών για τον σκοπό αυτόν. Επιπλέον, ο ίδιος μυς μπορεί να παρουσιάζει διαφορετική απόδοση δύναμης μεταξύ δια-

**Είναι σημαντικό
ο ασθενής να
αντιμετωπίζεται
εξατομικευμένα
με ένα πρόγραμμα
αποκατάστασης
σύμφωνα με τις
ανάγκες του και τις
ιδιαιτερότητες της
πάθησής του.**

φορετικών δραστηριοτήτων. Θα πρέπει επίσης να υπάρχει ικανή αισθητικότητα, γνωστική επάρκεια, βέλτιστο εύρος αρθρώσεων καθώς και οστική ακεραιότητα. Άρα ο θεραπευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τις κύριες αιτίες που μια συγκεκριμένη δραστηριότητα δεν εμφανίζει την αναμενόμενη εκτέλεση.

Η θεραπεία ως πρώτο στόχο θα πρέπει να έχει την ανάκτηση της εκτέλεσης μιας δραστηριότητας με τρόπο παρόμοιο με αυτόν που πραγματοποιούνταν πριν από τη δημιουργία της νευρικής βλάβης. Μπορεί όμως ο θεραπευτής να χρειαστεί να διδάξει εναλλακτικές στρατηγικές κίνησης μέσω των οποίων ο ασθενής θα μπορεί να καταστεί λειτουργικός.

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές λειτουργικής αποκατάστασης, οι οποίες στοχεύουν τόσο στη βελτίωση του νευρομυϊκού ελέγχου και στην επανεκπαίδευση της μυϊκής λειτουργίας όσο και στην ανάπτυξη φυσιολογικών προτύπων κίνησης και βάδισης. Αυτές είναι:

- Μέθοδος Bobath
- Μέθοδος Brunstrom
- Μέθοδος Vojta
- Αισθητηριακή ολοκλήρωση
- Ιδιοδεκτική νευρομυϊκή διευκόλυνση (Μέθοδος PNF)
- Στρατηγικές βελτίωσης κινητικής μάθησης (Motor Relearning)
- Τεχνικές εξισορρόπησης εμβιομηχανικών δυσλειτουργιών (Maitland, Myofascial Trigger Points)
- Ηλεκτρομυογραφική ανατροφοδότηση (EMG Biofeedback)
- Τεχνικές κινητοποίησης νευρικού ιστού (Neurodynamics)
- Τεχνική Vodder σε περιπτώσεις συνύπαρξης οιδημάτων.

Επιπροσθέτως μπορούμε να ενισχύσουμε αποτελεσματικά τη θεραπευτική μας φροντίδα με:

- Αναπνευστική φυσικοθεραπεία
- Ηλεκτροθεραπεία
- Βελονισμό (μόνο σε ενήλικες)
- Χημειοθεραπεία
- Θεραπευτική άσκηση σε πισίνα
- Πελματογραφία και κατασκευή ιατρικών ορθωτικών πελμάτων
- Άσκηση μεμονωμένων μυϊκών ομάδων άνω και κάτω άκρων
- Διάδρομο βάδισης
- Ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας και συντονισμού για όλο το σώμα
- Δίσκο ισορροπίας
- Ορθωτικά βοηθήματα
- Τροποποίηση του οικιακού και επαγγελματικού περιβάλλοντος.

Το πρόγραμμα αποκατάστασης είναι δυναμικό, δηλαδή αναπροσαρμόζεται συνεχώς ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και την εξέλιξή του.



ΙΔΡΥΤΕΣ

Αγγελόπουλος Βασίλειος
Γεωργούλης Βασίλειος
Καββαδίας Απόστολος
Καραγεώργης Βασίλειος
Κατσαράς Ερρίκος
Κατσουράκης Νικήτας
Κουτήφαρης Βασίλειος
Λήτος Μιχαήλ
Λυρατζάκης Δημήτριος
Μάτσας Μπενάκης
Μαυραντώνης Σοφοκλής
Μαυρίκιος Νικόλαος
Μπελλώνιας Ευάγγελος
Μπένος Σπυρίδων
Νομικός Νικόλαος
Οικονομίδης Εμμανουήλ
Πιπιλής Γεώργιος
Σεγδίτσας Θεόδωρος
Χρηστέας Νικόλαος

1970-2020

50

ΧΡΟΝΙΑ ΥΓΕΙΑ







50 ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΗΝ «ΥΠΗΡΕΣΙΑ» ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Το ΥΓΕΙΑ είναι το πρώτο μεγάλο Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα που λειτούργησε στην Ελλάδα και μία από τις μεγαλύτερες ιδιωτικές Νοσοκομειακές Μονάδες της χώρας μας.



Ιδρύθηκε το 1970 από μια ομάδα ιατρών που αποφάσισε να δημιουργήσει μια Νοσηλευτική μονάδα που να πληροί τους όρους και τις απαιτήσεις της σύγχρονης ιατρικής, ώστε να παρέχει στον ασθενή τη βεβαιότητα και την ασφάλεια της ορθής και άμεσης αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας του. Το ΥΓΕΙΑ αποτέλεσε έναν ναό της

τέχνης του Ασκληπιού, που διέθετε μεταξύ άλλων μοναδικά για την εποχή σύγχρονη εμφάνιση, πλήρη εργαστήρια, χειρουργεία πρωτόγνωρα τότε στην Ελλάδα, αίθουσα ανανήψεως, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, συστήματα αντιμετώπισης της καρδιακής ανακοπής, τμήμα προληπτικού ελέγχου κ.ά. Σήμερα, το ΥΓΕΙΑ συνεχίζει να πρωτοπορεί στην

υγεία, θέτοντας όλο και πιο ψηλά τον πήχη της ιδιωτικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Σκοπός μας είναι πάντα να είμαστε κοντά στον άνθρωπο, με υπευθυνότητα, καινοτομία, φροντίδα και σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή, αξίες που υπηρετούμε εδώ και πέντε δεκαετίες. Γιατί, για να είμαστε δίπλα σας, στο ΥΓΕΙΑ εργαζόμαστε ώστε να είμαστε μπροστά.



Ένα σπουδαίο επίτευγμα που μας κάνει πολύ υπερήφανους είναι η συμπλήρωση 50 χρόνων από την ίδρυση του ΥΓΕΙΑ.

Συχνά με ρωτούν πώς το καταφέραμε και πώς παραμένουμε ανταγωνιστικοί εδώ και 50 χρόνια, σε έναν κλάδο που αλλάζει συνεχώς. Από την πρώτη στιγμή που άνοιξε τις πύλες του το ΥΓΕΙΑ, ο προσανατολισμός μας ήταν ξεκάθαρος: να στηρίξουμε και να εμπλουτίσουμε την άσκηση της ιατρικής στη χώρα με τα πιο σύγχρονα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα και εργαλεία, διαμορφώνοντας την ιδιωτική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Ως οργανισμός, είμαστε leaders του κλάδου. Ανήκουμε σε αυτούς που δημιουργούν τις εξελίξεις και όχι σ' αυτούς που τις ακολουθούν. Ως πρωτοπόροι στον χώρο, συνεχίζουμε μέχρι σήμερα να αξιοποιούμε καινοτόμα και αποτελεσματικά επιχειρηματικά μοντέλα και βέλτιστες πρακτικές, με κύριο στόχο να παρέχουμε στον κάθε ασθενή ξεχωριστά μια ολιστική φροντίδα υγείας.

Κάθε νέα πρόκληση που αντιμετωπίζουμε μας κάνει ακόμη πιο δυνατούς και πιο προετοιμασμένους για το μέλλον. Βασικός μας στόχος είναι να οικοδομούμε σε καθημερινή βάση έναν ισχυρό δεσμό εμπιστοσύνης με τους ασθενείς μας, δίνοντας μεγάλη έμφαση στην υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουμε.

Κάθε μας επίτευγμα αποτελεί το αποτέλεσμα του οράματος και της αποστολής μας. Να παρέχουμε, δηλαδή, αξιόπιστη ιατρική περίθαλψη σε όλη τη χώρα, με ισχυρή πίστη στις ηθικές και διαφανείς ιατρικές πρακτικές και με μια ανθρωποκεντρική κουλτούρα φροντίδας και συμπόνιας. Παράλληλα, είμαστε κοντά στην κοινωνία μέσα από προγράμματα Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης.

Αντανακλώντας τη μακρά ιστορία του ΥΓΕΙΑ, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους υπαλλήλους μας, παλιούς και νέους, για την πολύτιμη συνεισφορά τους και την καθημερινή σκληρή δουλειά τους. Οι προσπάθειές σας είναι αυτές που μας επιτρέπουν να επιτύχουμε τους στόχους μας και με την αποφασιστικότητά σας να ανεβαίνουμε μαζί στην κορυφή. Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ βρίσκεται στο πλευρό των ανθρώπων μας και τους στηρίζει. Μαζί αποκαθιστούμε την ελπίδα για ένα υγιές αύριο.

Σας ευχαριστώ για τη συνεχή σας δέσμευση στο ΥΓΕΙΑ.

Με εκτίμηση
Ανδρέας Καρταπάνης
CEO Ομίλου ΥΓΕΙΑ



ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΜΑΣ

Οι άνθρωποι του ΥΓΕΙΑ αποτελούν τους πρωταγωνιστές της επιτυχημένης του πορείας. Φροντίζουμε για τη συνεχή ανάπτυξή τους, την παροχή ενός ασφαλούς και αξιοκρατικού εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς και για την έμπρακτη επιβράβευση των προσπαθειών τους, αναγνωρίζοντας την πολύτιμη συμβολή τους. Πρωταρχική μας μέριμνα είναι η διασφάλιση της αξιοκρατίας και η έμφαση στην ομαδικότητα και τη συνεργασία μέσα από την καλλιέργεια ενός ευχάριστου και φιλικού περιβάλλοντος εργασίας, το οποίο οδηγεί στο αναμενόμενο επιχειρηματικό αποτέλεσμα.

Ο τρόπος λειτουργίας του ΥΓΕΙΑ διακρίνεται από σαφείς διαδικασίες και τα πλέον σύγχρονα ανθρωποκεντρικά συστήματα, τα οποία διευκολύνουν τα άτομα του προσωπικού στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Επενδύουμε στον ανθρώπινο παράγοντα και στην επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων μας, προσφέροντας, εκτός από ένα πολλαπλά βραβευμένο εργασιακό περιβάλλον, πληθώρα οικειοθελών παροχών για την εξισορρόπηση της επαγγελματικής – προσωπικής και οικογενειακής ζωής τους, καθώς και συνεχή εκπαίδευση και εξέλιξη.

Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν εθελοντικά στις δράσεις Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης που οργανώνει το ΥΓΕΙΑ, αποδεικνύοντας ότι η υγεία και ο άνθρωπος είναι πάνω απ' όλα.

Κάθε έτος αξιολογείται το 100% των εργαζομένων και των στελεχών του ΥΓΕΙΑ, όπως επίσης και οι εργαζόμενοι αξιολογούν τους Προϊσταμένους και τους Διευθυντές τους, προκειμένου να υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση επικοινωνίας και συνεργασίας.

Στο ΥΓΕΙΑ εργάζονται περισσότεροι από **740** συνεργάτες ιατροί που καλύπτουν **50** διαφορετικές ειδικότητες, καθώς και **1.240** άτομα διοικητικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό.



ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΙ
ΒΡΑΒΕΥΤΕΙ 3 ΦΟΡΕΣ ΓΙΑ ΤΟ
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ
ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΤΑΞΗ **BEST
WORKPLACES** ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ
ΤΟ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΔΕΙΧΘΕΙ
ΚΑΛΥΤΕΡΟΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ
ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΤΟ **70%** ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ
ΔΥΝΑΜΗΣ ΕΙΝΑΙ **ΓΥΝΑΙΚΕΣ**,
ΕΝΩ ΣΕ ΚΑΠΟΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΟΠΩΣ ΤΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΥΤΟ ΑΓΓΙΖΕΙ ΤΟ **80%**

ΤΟ **20%** ΤΩΝ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΔΟΥΛΕΥΕΙ
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 ΧΡΟΝΙΑ

ΚΑΙ ΤΟ **60%** ΤΩΝ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΔΟΥΛΕΥΕΙ
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10 ΧΡΟΝΙΑ



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΜΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ



1974

Εισάγεται ο προληπτικός προσυμπτωματικός έλεγχος υγείας (check-up).

1975

Δημιουργία για πρώτη φορά στην Ελλάδα Τμήματος Φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης.

1980

Τοποθέτηση ενδοφακών για τη θεραπεία του καταρράκτη.

70s

1985

Καρδιοχειρουργική επέμβαση by-pass.

1989

- Επιτυχής διαχωρισμός σιαμαίων.
- Διάνοιξη πνευμονικής βαλβίδας με μπαλόνι σε παιδιά.
- Σπάνια εξωσωματική γονιμοποίηση σε γυναίκα 45 ετών που είχε εμμηνόπαυση πριν από περίπου 5 χρόνια.
- Ξεκίνησε ο θεσμός της εθελοντικής αιμοδοσίας του προσωπικού.

80s

1990

- Πραγματοποιείται η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στη χώρα μας.
- Δημιουργία Μονάδας Μεταμόσχευσης Ρευστών Οργάνων με την πρώτη μεταμόσχευση μυελού των οστών στη χώρα μας.
- Από τις πρώτες στην Ελλάδα επεμβάσεις λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής.

1992

- Δημιουργία Μονάδας Χειρουργείων Μιας Ημέρας.
- Δημιουργία νέου αιμοδυναμικού εργαστηρίου.
- Πρωτοποριακές επεμβάσεις γυναικολογικής λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

90s

1994

- Διαδερμική σπονδυλοπλαστική.
- Για πρώτη φορά στην Ελλάδα αντιμετώπιση ανευρύσματος εγκεφάλου χωρίς ανοιχτή χειρουργική επέμβαση.
- Τοποθέτηση προσωρινού φίλτρου στην κάτω κοίλη φλέβα, για να προληφθεί πνευμονική εμβολή.
- Λειτουργία δεύτερης Πρότυπης Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

'94

1995-1999

1995

- Επεμβατική νευροακτινολογία, εμβολισμός ανευρύσματος εγκεφάλου, εμβολισμός ΑVM εγκεφάλου.
- Θεραπεία ανευρυσμάτων αορτής με διχαλωτή ενδαυλική αρτηριακή πρόθεση.
- Ίδρυση Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας. Το πρώτο στην Ελλάδα που έλαβε πιστοποίηση ΕΛΟΤ EN ISO 9002.

1996

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, εφαρμογή μεθόδου μικρογονιμοποίησης σε 28χρονη μητέρα, που απέκτησε τετράδυμα.

1997

- Πραγματοποιείται η πρώτη βραχυθεραπεία του προστάτη.
- Για πρώτη φορά στην Ελλάδα εφαρμόζεται Breath test, που εντοπίζει το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
- Εφαρμόζεται πρωτοποριακή επέμβαση πλαστικής της μιτροειδούς βαλβίδας «Last».

1998

Δημιουργία πλήρως εξοπλισμένου τμήματος Μοριακής Βιολογίας.

1999

Το ΥΓΕΙΑ μετέχει στο «Partners International program» των κορυφαίων νοσοκομείων του Πανεπιστημίου του Harvard.



2000-2002

2000

- Για πρώτη φορά σε τέτοια ηλικία, στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε επέμβαση αποκατάστασης ανευρύσματος φλέβας γαληνού χωρίς κρανιοτομή σε νήπιο 3 μηνών.
- Βιοψία εμβρύων στην εξωσωματική γονιμοποίηση.
- Δημιουργία υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας.

2001

Δημιουργία δικτύου τηλεϊατρικής και κινητών μονάδων check up.

2002

- Για πρώτη φορά στην Ελλάδα γέννηση υγιούς κοριτσιού από μητέρα φορέα συνδρόμου Duchene.
- Επαναστατική μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης παθήσεων του μυοκαρδίου.
- Συνεργασία ΥΓΕΙΑ με Harvard Medical International.
- Εφαρμογή τεχνικής BiMBiE για την αφαίρεση οποιασδήποτε μορφής καταρράκτη.
- Για πρώτη φορά στο ΥΓΕΙΑ λαπαροσκοπική κοιλιοπερινεϊκή επέμβαση για την αντιμετώπιση διαγνωσμένου καρκίνου παχέος εντέρου.
- Εισαγωγή του ΥΓΕΙΑ στο Χρηματιστήριο Αθηνών.



**2003**

Λειτουργία Μονάδας Χημειοθεραπειών.

2004

- Για πρώτη φορά στην Ελλάδα εφαρμογή θεραπείας καρδιακού επανασυγχρονισμού, αμφικολιακός βηματοδότης σε ασθενή με σοβαρή ανεπάρκεια.
- Ξεκινά τη λειτουργία του μοναδικό στην Ελλάδα Τμήμα Ακτινοχειρουργικής Εγκεφάλου Gamma Knife.
- Ξεκινά τη λειτουργία του το πρώτο στην Ελλάδα Τμήμα PET/CT.

00s

2008

- Πρωτοποριακές επεμβάσεις με το Σύστημα Ρομποτικής Χειρουργικής Da Vinci:
 - Καρδιοχειρουργική επέμβαση by-pass
 - Γαστρικό by-pass
 - Ολική υστερεκτομή
 - Επεμβάσεις επιδιόρθωσης μιτροειδούς βαλβίδας
 - Χειρουργική Προστάτου.
- Μέθοδος Διέγερσης του Πνευμονογαστρικού Νεύρου και εφαρμογή της «Εν τω Βάθει Εγκεφαλικής Διέγερσης» για τη συμπληρωματική θεραπεία ασθενών με ανθεκτική κατάθλιψη.
- Επέμβαση σταθεροποίησης σπονδυλικής στήλης με το τελευταίας γενιάς σύστημα νευροπλοήγησης.
- Επέμβαση «Διαστοματικής Θολοπλαστικής Χωρίς Τομή EsorhyX».
- Επέμβαση Μεταβολικής Χειρουργικής για αντιμετώπιση Παχυσαρκίας και Διαβήτη τύπου 2.
- Επέμβαση με ρομποτικά καθοδηγούμενο μικροσκόπιο: νευροχειρουργική για αφαίρεση όγκου στον εγκέφαλο.

2008

2009

- Αφαίρεση ινομυωμάτων με το Da Vinci.
- Ρομποτική αφαίρεση θυρεοειδούς χωρίς τομή στον λαιμό με το Da Vinci.
- Ρομποτική χειρουργική σταδιοποίηση για καρκίνο της μήτρας.
- Εμφύτευση επαναφορτιζόμενου νευροδιεγέρτη σε ασθενείς με κινητικά προβλήματα.

'09

2010-2016

2010

- Εφαρμογή των νέων Ενδοαγγειακών τεχνικών για τη θεραπεία των κάτω άκρων των διαβητικών ασθενών.
- Η πρώτη στερεοτακτική ακτινοχειρουργική θεραπεία όγκου εγκεφάλου με Gamma-Knife χωρίς χρησιμοποίηση στερεοτακτικής στεφάνης ή ακτινοθεραπευτικής μάσκας
- Το πρώτο νοσοκομείο στην Ελλάδα διαπιστευμένο από τον οργανισμό JCI (Joint Commission International).

2011

- Διόρθωση συγγενούς σκολίωσης με εφαρμογή ψηφιακής νευροπλοήγησης.
- Πρωτοποριακή διαδερμική μέθοδος για την επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας χωρίς ανοιχτό χειρουργείο, με το σύστημα Mitraclip.
- Η πρώτη στην Ελλάδα ρομποτική Θωρακοχειρουργική επέμβαση με το σύστημα Da Vinci.

2012

- Οι πρώτες στην Ελλάδα επεμβάσεις με το σύστημα Da Vinci: αφαίρεση όγκου από μονήρη νεφρό, επέμβαση αφαίρεσης θύμου αδένα, κάθετη μερική λαρυγγεκτομή.
- Η πρώτη στην Ελλάδα Υβριδική Χειρουργική αίθουσα τελευταίας γενιάς.



2013

- Νέα μέθοδος διαδερμικής εμφύτευσης βαλβίδας για θεραπεία ασθενών υψηλού κινδύνου με ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας.
- Έναρξη προγράμματος εταιρικής κοινωνικής ευθύνης «Ταξιδεύουμε για την Υγεία».

2014

Εγκατάσταση νέου γραμμικού επιταχυντή VERSAHD στο ΚΑΟ.

2015

Η πρώτη εμφύτευση βηματοδότη χωρίς ηλεκτρόδια που διενεργήθηκε στο ΥΓΕΙΑ.

2016

- Αντιμετώπιση των κρισών με «super κόλλα» (Venaseal), για πρώτη φορά στην Ελλάδα.
- Εφαρμογή πρωτοποριακής μεθόδου ακτινοβόλησης μαστού για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

2017

- Η πρώτη στην Ελλάδα θωρακοσκοπική επέμβαση αφαίρεσης καρκίνου του πνεύμονα, χωρίς γενική αναισθησία.
- Ρομποτική μερική νεφρεκτομή & Διεγχειρητικό Υπερηχογράφημα.
- Δημιουργία του πρώτου οργανωμένου Κέντρου Καρδιάς.

2018

2018

- Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, ασθενής με καρκίνο του ενδομητρίου υποβλήθηκε σε νέα χειρουργική τεχνική βασισμένη στο Da Vinci Xi.
- Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, αφαίρεση όγκου από νεφρό ασθενούς με διατήρηση του υγιούς παρεγχύματος, χρησιμοποιώντας την τεχνολογία «Firefly».
- Πρωτοποριακή μέθοδος επιβεβαίωσης της ακτινοθεραπείας με ακριβές ομοίωμα του ασθενούς, RTsafe.
- Δημιουργία του Τομέα Ογκολογίας.
- Εγκατάσταση Ρομποτικού Συστήματος ΜΑΚΟ.
- Εφαρμογή νέας απεικονιστικής μεθόδου PET-CT με το ραδιοφάρμακο 18F-PSMA.
- Εγκατάσταση πλατφόρμας IBM Watson for Oncology.



2019

2019

- Νέα μέθοδος επιδιόρθωσης ανευρύσματος θωρακικής αορτής με ενδαγγειακό υπέρηχο.
- Δημιουργία πρωτοποριακού Προσωπικού Φακέλου Υγείας «my υγεία» του ασθενούς, ηλεκτρονικά.
- Επιτυχής επαναδιαπίστευση του ΥΓΕΙΑ από το Joint Commission International (JCI).



SURGERY ▶▶▶



Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Από το 1970 έως σήμερα, η πρόοδος στον τομέα της χειρουργικής υπήρξε συναρπαστική. Οι εξελίξεις στα υλικά, στη μηχανική, στην απεικόνιση, στις πηγές ενέργειας και στην ψηφιοποίηση τη μετέτρεψαν σε λιγότερο τραυματική, περισσότερο ακριβή και ριζική, λιγότερο αιμορραγική και με ταχύτερη αποκατάσταση για τον ασθενή. Η χειρουργική εμπλουτίζεται και με τα επιτεύγματα συγγενών της ειδικοτήτων: Ογκολογίας, Απεικόνισης, Ακτινοθεραπείας κ.ά. Η στενή αυτή συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες επιτυγχάνει τη διεπιστημονική αντιμετώπιση του ασθενούς με σημαντικά οφέλη.







Γενική χειρουργική

Η χειρουργική κοιλίας είναι διαβόητα επιθετική. Όμως, σήμερα στο ΥΓΕΙΑ επιτυγχάνουμε το ίδιο χειρουργικό αποτέλεσμα λαπαροσκοπικά και ρομποτικά. Με τη χρήση των τεχνικών αυτών μειώνεται σημαντικά ο πόνος, καθώς και ο χρόνος ανάρρωσης, και ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιστρέψει στην προηγούμενη δραστηριότητά του πολύ ταχύτερα. Με λαπαροσκοπικές οθόνες τεράστιας ανάλυσης και τρισδιάστατης όρασης, με τη χρήση ρομποτικής τεχνολογίας, με λεπτά εργαλεία που αντικαθιστούν τα χέρια που θα ήταν μέσα στην κοιλιά, η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική εφαρμόζεται πλέον στην ογκολογία με εφάμιλλα ή και ανώτερα θεραπευτικά αποτελέσματα από την ανοικτή χειρουργική.

Ουρολογία

Στην ουρολογία, η ριζική προστατεκτομή με χρήση ρομποτικής τεχνολογίας επιτρέπει στους ουρολόγους να βλέπουν και να προφυλάσσουν τα νεύρα, αποφεύγοντας διαταραχές της ούρησης και της στύσης. Παράλληλα επιτυγχάνουν μια πλήρως ογκολογική επέμβαση χωρίς απώλεια αίματος.

Γυναικολογία

Στη γυναικολογία, όπου ο καρκίνος της μήτρας αντιμετωπίζεται ανάλογα με την επέκτασή του ή όχι στους λεμφαδένες, με τη χρήση φθορίζουσας απεικόνισης και της ρομποτικής τεχνολογίας οι γυναικολόγοι αναγνωρίζουν τον λεμφαδένα φρουρό που θα καθορίσει την έκταση της εκτομής, αποφεύγοντας μείζονες τραυματικές και επώδυνες επεμβάσεις.

Παχέος εντέρου

Στη χειρουργική του παχέος εντέρου, με τις δυνατότητες που προσφέρει πλέον η λαπαροσκοπική τεχνολογία, γίνεται μικρολαπαροσκόπηση μέσα στο έντερο για όγκους αρχικού σταδίου, χωρίς καθόλου τομή. Για τους εκτεταμένους όγκους εντέρου που βρίσκονται κοντά στον σφιγκτήρα, και που κανονικά απαιτούν παρά φύσιν έδρα, μπορούμε πλέον να κάνουμε υβριδικές επεμβάσεις. Αυτό γίνεται μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα στον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου του ΥΓΕΙΑ, συγκαταλέγοντάς το στην ελίτ των ιδρυμάτων που μπορούν –παγκο-

σμίως– να προσφέρουν αυτού του επιπέδου χειρουργική θεραπεία για το ορθό, τόσο λαπαροσκοπικά όσο και ρομποτικά. Το ποσοστό των επεμβάσεων παχέος εντέρου και ορθού που γίνεται με ελάχιστα επεμβατική τεχνική ξεπερνά το 95% και αποτελεί τη μεγαλύτερη σειρά τέτοιων επεμβάσεων στην Ελλάδα.

Θωρακοχειρουργική

Ο εξοπλισμός με τεχνολογία αιχμής ως σταθερή αξία στο ΥΓΕΙΑ προσέφερε και προσφέρει στο ιατρικό δυναμικό του τη δυνατότητα πρωτοπορίας σε κάθε ειδικότητα. Έτσι η τεχνολογική εξέλιξη βοήθησε στην αλλαγή της τεχνικής από τις θωρακοτομές στις ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, θωρακοσκόπηση - Ρομποτική θωρακοχειρουργική. Το 1994 άρχισαν οι θωρακοσκοπικές επεμβάσεις στην Ελλάδα και στο ΥΓΕΙΑ. Αρχικά σε ελάχισον βαρύτητας χειρουργεία. Προοδευτικά αντικαταστάθηκαν τα κλασικά χειρουργεία από ελάχιστα επεμβατικά, σε αναλογία 60%. Αυτό αποτελεί σήμερα διεθνώς την αναλογία σε αξιολογές θωρακοχειρουργικές κλινικές.

Αγγειοχειρουργική

Στη σύγχρονη αγγειοχειρουργική οι ανοικτές επεμβάσεις έχουν σχεδόν πλήρως αντικατασταθεί από διαδερμικές, αναιμάκτες αγγειακές πράξεις. Είναι ανώδυνες, γίνονται μόνο με τοπική αναισθησία, χρειάζονται μονοήμερη συνήθως νοσηλεία, η ανάρρωση είναι ταχύτερη και οι πιθανές επιπλοκές μειώνονται στο ελάχιστο. Επίσης, επιτρέπουν τη διενέργεια σύνθετων επεμβάσεων σε μεγαλύτε-

ρο ποσοστό ασθενών, ακόμα και σε αυτούς με πολλαπλά συνοδά ιατρικά προβλήματα. Η ύψιστη ασφάλεια και επιτυχία των αναιμάκτων αγγειακών επεμβάσεων επιτυγχάνεται όταν διενεργούνται από εξειδικευμένους αγγειοχειρουργούς στον υπερσύγχρονο χώρο ενός υβριδικού χειρουργείου, κάνοντας χρήση ενδαγγειακών υλικών τελευταίας γενιάς.

Υβριδικό χειρουργείο

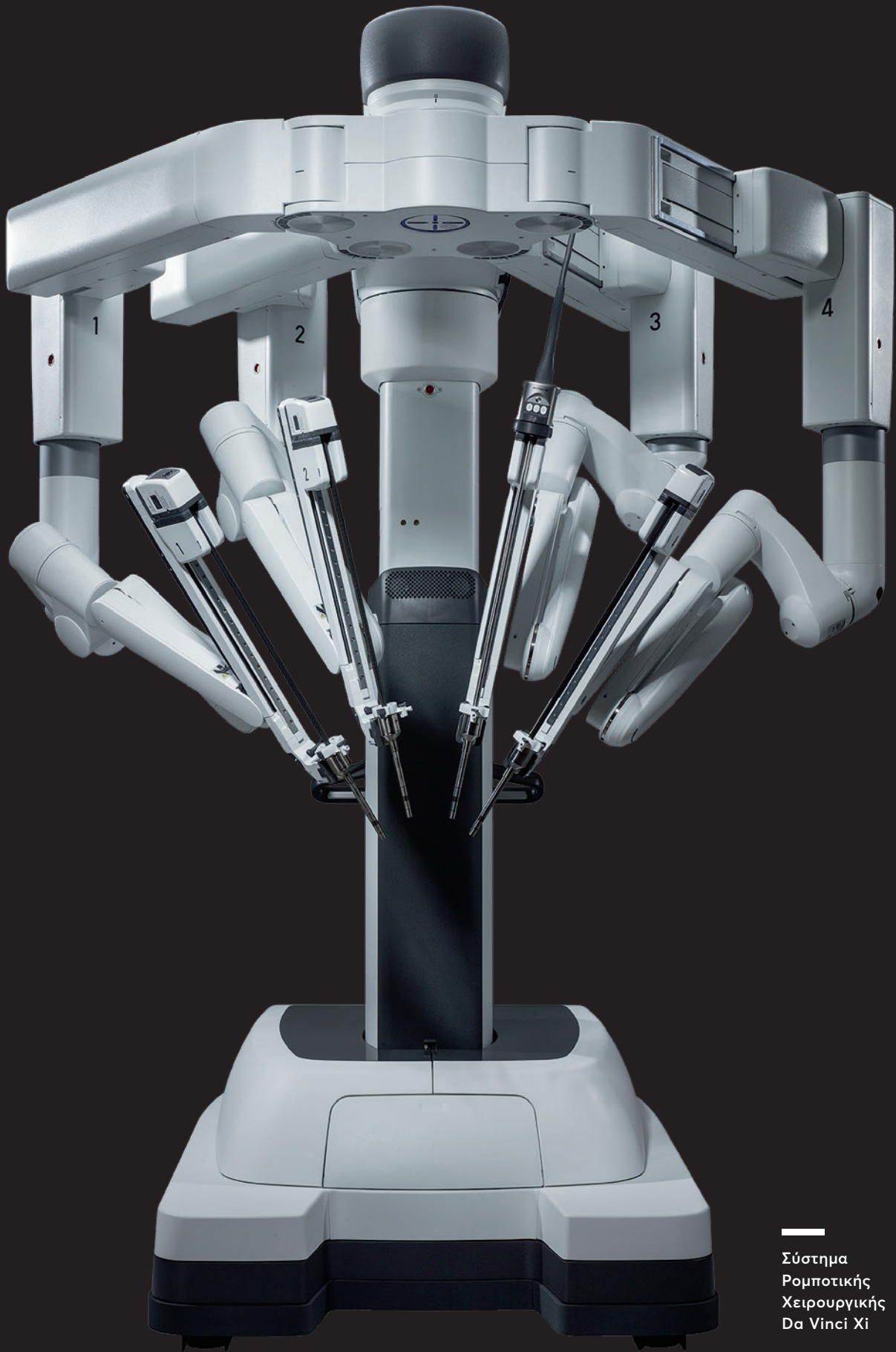
Το 2012 το ΥΓΕΙΑ, πάντα πρωτοπόρο στις ιατρικές τεχνολογίες αιχμής, εγκαινίασε το Πρώτο Υβριδικό Χειρουργείο στην Ελλάδα, εφάμιλλο των κορυφαίων Υβριδικών Χειρουργείων παγκοσμίως. Έως σήμερα έχουν διενεργηθεί χιλιάδες αναιμάκτες επεμβάσεις αιχμής, τις περισσότερες φορές σε ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, με άριστα αποτελέσματα και θεαματικά γρήγορη ανάρρωση. Είναι η τεχνολογία του αύριο και πιστεύουμε ότι είναι χρέος μας να συμβάλουμε στην προετοιμασία της ιατρικής κοινότητας για το αύριο.

Το μέλλον

Με αίθουσα για εκπαίδευση μέσω προσομοίωσης, διαδραστικά σεμινάρια κάθε 2 μήνες, πρακτική εκπαίδευση σε ειδικά προπλάσματα, το ΥΓΕΙΑ αποτελεί σήμερα το σημαντικότερο κέντρο πρακτικής μεταπτυχιακής εκπαίδευσης σε πολλούς τομείς της χειρουργικής. Είμαστε περήφανοι που παραμένουμε στην πρώτη γραμμή των εξελίξεων στη χειρουργική και που ιατροί από όλη την Ελλάδα επιθυμούν να εκπαιδευτούν κοντά μας.



Υβριδικό Χειρουργείο



—
Σύστημα
Ρομποτικής
Χειρουργικής
Da Vinci Xi



Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Η εξέλιξη της Ογκολογίας τα τελευταία 50 χρόνια είναι αλματώδης και έχει εκραγεί τις προηγούμενες δύο δεκαετίες. Η συμπλήρωση 50 χρόνων από την ίδρυση του ΥΓΕΙΑ έχει να δείξει βίους παράλληλους με αυτούς της Ογκολογίας.



Halcyon Elite KV (KAO)

ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΜΕΓΙΣΤΟΥ ΒΕΛΗΝΕΚΟΥΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΕΧΟΥΝ ΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΑ **ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ** ΑΝΤΑΞΙΟ ΜΕ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΤΟΣΟ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΣΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



Ιατρικό δυναμικό

Το ΥΓΕΙΑ, από την έναρξη της λειτουργίας του, είχε την ευτυχία να περιλαμβάνει διακεκριμένους Ογκολόγους με τεράστια εμπειρία και εκπαίδευση στα καλύτερα Ογκολογικά κέντρα της Ευρώπης και της Αμερικής. Αξίζει να αναφερθεί ο αείμνηστος Διονύσιος Ραζής, πρωτοπόρος Παθολόγος – Ογκολόγος, που έβαλε ένα σημαντικό λιθαράκι στο οικοδόμημα του ΥΓΕΙΑ. Ακολούθως, δημιουργήθηκαν οι πρώτες καλά οργανωμένες ογκολογικές κλινικές που τα τελευταία χρόνια πλήθυναν.

Οι ογκολόγοι του ΥΓΕΙΑ συνεργάζονται με άλλες ειδικότητες συνεχώς και η συνεργασία αυτή επισφραγίζεται μέσα από το Ογκολογικό Συμβούλιο, που είναι και το κύριο όργανο λήψης θεραπευτικών αποφάσεων. Τελευταία έχουν αναπτυχθεί και υπο-ομάδες ογκολογικών συμβουλίων με βάση την προσβολή συγκεκριμένου οργάνου από καρκίνο, όπως γυναικολογικό, μαστού, νευρο-ογκολογικό, κεφαλής – τραχήλου κ.λπ.

Νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό

Η ποσοτική και ποιοτική σύνθεση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στον ογκολογικό ασθενή έχει τεράστια σημασία για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας στους ασθενείς. Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών στο ΥΓΕΙΑ γίνεται με επιστημονικό τρόπο, ανθρώπινο πρόσωπο και στοργή.

Αξίζει να αναφερθεί και η πρότυπη Μονάδα Ημερήσιας Θεραπείας (ΜΗΘ), τόσο για τις υπηρεσίες που παρέχει όσο και για τη στελέχωση της. Η μονάδα παρασκευής χημειοθεραπευτικών διαλυμάτων έχει κατασκευαστεί με τον πλέον σύγχρονο τρόπο, ενώ η παρουσία του κλινικού φαρμακοποιού προσδίδει μέγιστη ποιότητα και ασφάλεια στην παρασκευή των κατάλληλων αντικαρκινικών μειγμάτων.

Ιατροτεχνολογική υποδομή

Το ΥΓΕΙΑ ήταν και παραμένει πρωτοπόρο, διαθέτοντας διαγνωστικά, θεραπευτικά, αλλά και επεμβατικά μηχανήματα που συμβάλλουν στην εύρυθμη λειτουργία της ογκολογικής υπηρεσίας.

Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας (ΚΑΟ)

Το ΚΑΟ του ΥΓΕΙΑ, που λειτουργεί από το 1995, αποτελεί το πιο σύγχρονο και καλύτερα εξοπλισμένο κέντρο στην Ελλάδα και ένα από τα καλύτερα στην Ευρώπη. Διαθέτει μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας και τη μεγαλύτερη εμπειρία στις πλέον εξελιγμένες τεχνικές ακτινοθεραπείας, τις οποίες πρώτο εφάρμοσε στην Ελλάδα, με σκοπό τη βέλτιστη παροχή ακτινοθεραπείας στον ασθενή.

Το ΚΑΟ αποτελεί Κέντρο Αριστείας Στερεοτακτικής Ακτινοθεραπείας και Ακτινοχειρουργικής σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρεία



Ακτινοχειρουργικής IRSA. Επιλέχθηκε ως Ευρωπαϊκό Κέντρο Αναφοράς της εταιρείας ELEKTA και είναι ένα από τα πέντε κέντρα στην Ευρώπη που συνεργάζονται με το τμήμα Research & Development της εταιρείας για την ανάπτυξη και τον έλεγχο των νέων συστημάτων σχεδιασμού θεραπειάς.

Τμήμα Ακτινοχειρουργικής Εγκεφάλου Gamma Knife

Το Τμήμα Ακτινοχειρουργικής Εγκεφάλου Gamma Knife είναι το μοναδικό στην Ελλάδα και διαθέτει το πλέον εξελιγμένο μηχάνημα γ-knife Perfexion. Ξεκίνησε να λειτουργεί το 2004 και επιλέχθηκε ως Κέντρο Αναφοράς της εταιρείας Elekta και κέντρο Αριστείας από τη Διεθνή Εταιρεία Ακτινοχειρουργικής.

Τμήμα PET – CT SCAN

Το Τμήμα PET – CT SCAN είναι το πρώτο που λειτούργησε στη χώρα μας το 2004 και εξειδικεύεται στη διάγνωση νεοπλασματικών νόσων, αλλά και εκφυλιστικών παθήσεων του εγκεφάλου. Η ύπαρξη και η λειτουργία του PET άλλαξε τη σκέψη των ογκολόγων και η δι-αγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με καρκίνο εισήλθε σε εντελώς διαφορετική φάση προς όφελός τους.

Επιστημονική δραστηριότητα και Έρευνα

Το ΥΓΕΙΑ προάγει την έρευνα και συγκεκριμένα τα τελευταία δέκα χρόνια έχει εντατικοποιηθεί είτε εντός του Νοσοκομείου είτε σε

συνεργασία με άλλα κέντρα της χώρας μας ή του εξωτερικού. Η έρευνα βοηθάει στη συγγραφή άρθρων και η δημοσίευσή τους σε έγκριτα περιοδικά, οι ανακοινώσεις σε διεθνή συνέδρια αναδεικνύουν το υψηλό επίπεδο της Ογκολογίας και κάνουν το ΥΓΕΙΑ παγκοσμίως γνωστό. Ενδεικτικό είναι το ότι εκδόσεις που ξεκίνησαν από το ΥΓΕΙΑ έχουν τεράστια απήχηση στη διεθνή Ογκολογία και αποτελούν σήμερα βιβλία αναφοράς.

Καινοτόμες εξετάσεις & Θεραπείες

Η ραγδαία εξέλιξη και ανάπτυξη της Μοριακής Βιολογίας έχει παίξει καθοριστικό ρόλο στην έκρηξη της Ογκολογίας. Το ΥΓΕΙΑ, μπροστά στις εξελίξεις, δημιούργησε το 1998 ένα πλήρως εξοπλισμένο τμήμα Μοριακής που στη διάρκεια των χρόνων ενσωματώθηκε στο εργαστήριο ALPHA LAB. Στο εργαστήριο αυτό γίνονται όλες οι απαραίτητες μοριακές εξετάσεις, που πλέον αποτελούν απαραίτητο εργαλείο για τους ογκολόγους για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς τους με καρκίνο.

Προκλήσεις του μέλλοντος

Το ΥΓΕΙΑ, σήμερα, αξιοποιεί την τεχνητή νοημοσύνη, υιοθετώντας και εγκαθιστώντας την πλατφόρμα Watson for Oncology, με στόχο την υποστήριξη των ιατρών –σαν εργαλείο δεύτερης γνώμης–, καθώς έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης, διαδικτυακά και σε άμεσο χρονικό διάστημα, στις τελευταίες θεραπευτικές προσεγγίσεις ογκολογικών περιστατικών παγκοσμίως.







ΚΕΝΤΡΟ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ



Ανάπτυξη της Καρδιολογίας και της Καρδιοχειρουργικής

Με την έναρξη της λειτουργίας του ΥΓΕΙΑ, τέσσερις σημαντικοί Έλληνες καρδιολόγοι και δύο καρδιοχειρουργοί πρωτοστάτησαν στην ανάπτυξη των σχετικών γνωστικών αντικειμένων. Στην καρδιολογία, ο Γ. Πιπιλής, ο Γ. Ρουμπελάκης, ο Π. Καυκάς και ο Δ. Βαλασαμάκης υπήρξαν οι πρωτεργάτες και θεμελιωτές αυτής της προσπάθειας. Αργότερα ένωσαν τις δυνάμεις τους ο Καθηγητής Ε. Βορίδης, ο υφηγητής Ν. Καρατζάς και ο επίσης υφηγητής Κ. Μαλλιός, συμβάλλοντας αποφασιστικά στην περαιτέρω ανάπτυξη της καρδιολογίας.

Αντίστοιχα, θεμελιωτές και πρωτεργάτες της καρδιοχειρουργικής του ΥΓΕΙΑ υπήρξαν ο Γ. Ανδριτσάκης και ο Γ. Τόλης, καταξιωμένοι ειδικοί του ταχέως εξελισσόμενου πεδίου.

Προοδευτικά, η ποιότητα των κτιριακών και υλικοτεχνικών υποδομών του νοσοκομείου, η εμπνευσμένη διοίκηση, ο ενθουσιασμός και το όραμα των εργαζομένων και οπωσδήποτε οι χαρισματικές προσωπικότητες όσων εκάστοτε ηγούντο των κλινικών και των εργαστηρίων επέτρεψαν να αναγνωριστεί το ΥΓΕΙΑ ως κέντρο κλινικής αριστείας και καινοτομίας. Όντως οι νέες εφαρμογές και κατακτήσεις του πεδίου της καρδιολογίας και της καρδιοχειρουργικής αριθμούνται σε πολλές δεκάδες. Ενδεικτικά μόνο, χρειάζεται να αναφερθούν τα ακόλουθα:

- Το έτος 1985 πραγματοποιήθηκαν στο νοσοκομείο οι πρώτες χειρουργικές επεμβάσεις παρακαμπτήριων μοσχευμάτων σε στεφανιαίες αρτηρίες (by pass).
- Πέντε χρόνια αργότερα, το έτος 1990, ο καρδιοχειρουργός Γ. Τόλης πραγματοποίησε τις πρώτες δύο

μεταμοσχεύσεις καρδιάς στη χώρα μας, επίσης στο ΥΓΕΙΑ.

- Εξελικτικά αργότερα, οι πρωτοποριακές τεχνικές, αλλά και η εντυπωσιακή ανάπτυξη της υλικοτεχνικής υποδομής του τομέα καρδιάς και ευρύτερα του νοσοκομείου αναγνωρίζονται ως μια διαρκής πραγματικότητα.
- Συγκεκριμένα, ανάμεσα στις νέες εφαρμογές χρειάζεται να αναγνωριστεί ότι το έτος 1995 εφαρμόζεται στο νοσοκομείο η πρώτη ενδοαορτική ενδοαγγειακή διχλωτή πρόσθεση για τη θεραπεία αορτικού ανευρύσματος, το έτος 2002 αρχίζουν οι πρώτες απεικονίσεις καρδιάς με τη χρήση μαγνητικού τομογράφου και αργότερα, το έτος 2012, δημιουργείται η πρώτη στη χώρα υβριδική χειρουργική αίθουσα, προκειμένου να εξυπηρετούνται οι σύγχρονες επεμβατικές υβριδικές τεχνικές.



• Σήμερα, με την άριστη υλικοτεχνική υποδομή του νοσοκομείου, που συνεχώς ανανεώνεται, ο Τομέας Καρδίας του ΥΓΕΙΑ αναγνωρίζεται ευρύτερα στα δρώμενα της χώρας ως ένα κέντρο αριστείας καρδιοαγγειακών επιστημών με σημαντικές επιτυχίες και προοπτικές.

Όλες οι κλινικές του ΥΓΕΙΑ, υποστηρίζονται από ένα εξαιρετικό και σύγχρονο λειτουργικό ιστό εργαστηρίων, αντίστοιχο των μεγάλων διεθνών κέντρων καρδιοαγγειακής ιατρικής.

Σημερινές πρακτικές & δυνατότητες Καρδιολόγοι και καρδιοχειρουργοί του ΥΓΕΙΑ, συνεπείς στις εξελίξεις και στις διεθνείς πρακτικές, λειτουργούν συχνά ομαδοποιημένα (heart team), προκειμένου να λάβουν από κοινού τις μεγάλες και κρίσιμες αποφάσεις που συχνότατα κρίνουν την πορεία του ασθενούς.

Μέσα στο ΥΓΕΙΑ, αλλά συχνότατα και σε συνεργασία με το όμορο νοσοκομείο του ομίλου, το ΜΗΤΕΡΑ, εφαρμόζεται όλο το φάσμα της σύγχρονης διαγνωστικής και θεραπευτικής καρδιοαγγειακής ιατρικής. Όντως, εξαιρετικά σύμπλοκες νέες μεθοδολογίες, όπως οι ενδοσκοπικές ή οι ελάχιστα αιματηρές χειρουργικές επεμβάσεις βαλβίδων, οι επεμβάσεις κατάλυσης αρρυθμογόνων εστιών (ablation) για ασθενείς με κολλική μαρμαρυγή ή άλλου είδους αρρυθμίες, οι διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων, όπως και οι παρεμβατικές μεθοδολογίες αντιμετώπισης συγγενών παθήσεων σε βρέφη και παιδιά, αποτελούν επεμβάσεις επιτυχούς καθημερινής πρακτικής στο ΥΓΕΙΑ. Είναι ακριβώς ο χαρακτήρας της καινοτομίας, αλλά και η ποιότητα των πράξεων οι κύριοι λόγοι για τους οποίους εμπιστεύονται

χιλιάδες ασθενείς κάθε χρόνο, τις υπηρεσίες του Τομέα Καρδίας.

Ο ακαδημαϊκός χαρακτήρας του ΥΓΕΙΑ

Το επιστημονικό δυναμικό του ΥΓΕΙΑ, έχοντας στη μεγάλη πλειονότητά του εκπαιδευτεί σε εξαιρετικά ιδρύματα της χώρας ή του εξωτερικού, πέρα από το κλινικό του έργο έχει σταθερή παρουσία και σε μεγάλο φάσμα εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων. Ο Τομέας Καρδίας, με τις Κλινικές Καρδιολογίας και Καρδιοχειρουργικής και τα συναφή εργαστήρια, συμμετέχει σε έναν σημαντικό αριθμό καινοτόμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν κυρίως νέες μεθοδολογίες, νέα υλικά και τεχνολογίες αιχμής. Αυτή ακριβώς η δραστήρια παρουσία μετουσιώνεται σε έναν μεγάλο αριθμό δημοσιεύσεων που παρουσιάζονται σε αξιόπιστα διεθνή επιστημονικά περιοδικά.



Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ



Αξονικός τομογράφος



Μαγνητικός τομογράφος

Είναί προφανές ότι καμία από τις ιατρικές ειδικότητες δεν θα μπορούσε να είχε εξελιχθεί έτσι όπως τις γνωρίζουμε σήμερα χωρίς την ανάλογη αλματώδη ανάπτυξη των ιατρικών απεικονίσεων. Γι' αυτόν τον λόγο στο ΥΓΕΙΑ φροντίζαμε πάντοτε ώστε πρώτοι εμείς να θέτουμε στη διάθεση των κλινικών ιατρών μας όλες τις σύγχρονες μεθόδους απεικόνισης. Έχοντας πλήρη αντίληψη της σημασίας της ακτινολογίας στην ιατρική, οι πρώτοι μέτοχοι του νοσοκομείου Υγεία φρόντισαν ώστε το νοσοκομείο να εξοπλιστεί με τα καλύτερα ακτινολογικά μηχανήματα της εποχής, συμπεριλαμβανομένου του αναλογικού μαστογράφου. Στις αρχές της δεκαετίας του '80 έγινε πλήρης αντικατάσταση του εξοπλισμού του ακτινολογικού τμήματος με ψηφιοποιημένα μηχανήματα και εγκαταστάθηκε ο πρώτος αγγειογράφος που λειτούργησε σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Τότε έγιναν οι πρώτες επεμβατικές πράξεις στον ιδιωτικό τομέα, όπως αγγειογραφίες, εμβολισμοί και διαστολές αγγείων σε ολόκληρο το σώμα.

1985: Εγκαταστάθηκε ο αξονικός τομογράφος και έγιναν οι πρώτες καθοδηγούμενες επεμβατικές πράξεις. Η τρισδιάστατη απεικόνιση με την υπολογιστική επεξεργασία εικόνων αξονικού τομογράφου (3D, CT) επέτρεψε, για πρώτη φορά στη χώρα, την πραγματοποίηση επανορθωτικών επεμβάσεων σε παιδιά με σύνδρομο συγγενούς κρανιοπροσωπικής δυσόσωσης. Παράλληλα, με την εφαρμογή ειδικής απεικόνισης των γνάθων με την Αξονική (Dental CT scan) τελειοποιήθηκε και διαδόθηκε ευρέως η μέθοδος των οδοντικών εμφυτευμάτων. Την ίδια εποχή έγινε προμήθεια ειδικού πλαισίου, με τη χρήση του οποίου έγιναν οι πρώτες στερεοτακτικές βιοψίες εγκεφάλου.

1989: Εγκαταστάθηκε για πρώτη φορά μαγνητικός τομογράφος σε νοσοκομείο της χώρας μας. Τον ίδιο χρόνο πραγματοποιήθηκαν μαγνητικές αγγειογραφίες των μεγάλων αγγείων του σώματος και της καρδιάς, καθώς και κινηματοαγγειογραφία καρδιάς.

1992: Εγκαταστάθηκε προηγμένων δυνατοτήτων υπερηχοτομογρά-

φος, με τη χρήση του οποίου έγιναν οι κατευθυνόμενες βιοψίες των επιφανειακών οργάνων (θυρεοειδής, αδένες κ.λπ.), ενώ την επόμενη χρονιά με τη χρήση του ίδιου μηχανήματος απεικονίστηκαν οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου.

1993: Έγιναν οι πρώτες μαγνητικές μαστογραφίες και πυελογραφίες, αλλά και οι πρώτες εξετάσεις προστάτου με τη χρήση ενδοορθρικού πηγίου. Την ίδια χρονιά συνδέθηκαν ο αξονικός με το τμήμα ακτινοθεραπείας, ώστε να γίνουν οι πρώτες στη χώρα θεραπείες με τρισδιάστατη τεχνική.

1995: Με την εγκατάσταση κατάλληλου αγγειογράφου έγιναν οι πρώτοι εμβολισμοί σε ανευρύσματα του εγκεφάλου, ενώ στο τμήμα μαγνητικής τομογραφίας εφαρμόστηκε η μαγνητική χολαγγειογραφία (MRCP).

1997: Έγιναν οι πρώτες αξονικές αγγειογραφίες, καθώς και η χρήση των νέων πρωτοποριακών τεχνικών της μαγνητικής τομογραφίας, fusion, perfusion, δεσμιδογραφίας (DTI) και φασματοσκοπίας (f-MRI).

1999: Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική bolus track για την απεικόνιση ολόκληρου του ανθρώπινου σώματος και των αγγείων του με τη χρήση μαγνητικού τομογράφου (All body MRI και MRA). Παράλληλα, τον ίδιο χρόνο εισήχθη χαμηλής δόσεως ακτινοβολήσης low dose CT για τον έλεγχο των πνευμόνων, εξέταση της οποίας η αξία αναγνωρίστηκε αρκετά χρόνια αργότερα και υιοθετήθηκε ευρέως από όλους.

2002: Λόγω της ιδιαιτερότητας που παρουσιάζουν οι καρδιολογικές παθήσεις, δημιουργήθηκε το τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης Μαγνητικής Καρδιάς, ενώ συγχρόνως έγιναν οι πρώτες προσπάθειες απεικόνισης των στεφανιαίων αγγείων με τη χρήση πολυτομικού αξονικού τομογράφου οκτώ τομών.

2003: Εγκαταστάθηκε πολυτομικός αξονικός τομογράφος 16 τομών, οπότε και πραγματοποιήθηκαν οι αξονικές αγγειογραφίες ολόκληρου του σώματος, ενώ με την καθοδήγηση αυτού του μηχανήματος έγινε η πρώτη επιτυχής επέμβαση σε βλάβη του ήπατος, με τη χρήση της τεχνικής του θερμοκαυτηριασμού (ablation). Την ίδια περίοδο έγινε η πρώτη κατευθυνόμενη παρακέντηση βλάβης στον μαστό με τον μαγνητικό τομογράφο. Επίσης το 2003 εγκαταστάθηκε το πρώτο σύστημα διαχείρισης εικόνων (PACS) που αναβαθμίστηκε το 2008 στη σημερινή του μορφή.

2004: Δημιουργήθηκε το πρώτο στην Ελλάδα τμήμα ποζιτρονικής τομογραφίας ή αλλιώς τμήμα PET/CT, στο οποίο εξετάζονταν οι ασθενείς ολόκληρης της χώρας, της Κύπρου και των εγγύς βαλκανικών χωρών μέχρι το 2008, οπότε και εγκαταστάθηκε παρόμοιο μηχάνημα σε κρατικό νοσοκομείο. Αντιλαμβανόμενοι τότε την πολυπλοκότητα της λειτουργίας των τμημάτων απεικόνισης λόγω του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού του προσωπικού, των νέων εγκαταστάσεων, της εμφάνισης καινούργιων μεθόδων,

της ανάγκης προμήθειας πληθώρας ειδικών υλικών, των αναγκών εκπαίδευσης, συντήρησης και αντικατάστασης των μηχανημάτων, συγκεντρώσαμε όλες τις διαδικασίες και τα πρωτόκολλα εργασίας, τα οποία ανασυντάχθηκαν και αναπροσαρμόστηκαν σε ένα ενιαίο σύνολο. Ακολούθως προχωρήσαμε στην οργάνωση της Βιοϊατρικής υπηρεσίας σε αυτόνομο τμήμα και συνεργαστήκαμε με τους φυσικούς ιατρικής, οι οποίοι συγκροτήθηκαν επίσης σε αυτόνομο τμήμα Ιατρικής Φυσικής. Ακολούθως ζητήσαμε και λάβαμε πιστοποίηση κατά ISO, οπότε γίναμε το πρώτο τμήμα απεικονίσεων στη χώρα με πιστοποίηση από ανεξάρτητο φορέα.

2005: Εγκαταστάθηκε το μοναδικό μέχρι και σήμερα στην Ελλάδα σύστημα ακτινοχειρουργικής γκνίφε για τη μη επεμβατική θεραπεία βλαβών εγκεφάλου, καθώς και ο πρώτος αγγειογράφος διπλού τόξου (Biplane Angio), ο μοναδικός που υπάρχει στη χώρα.

2006: Χρησιμοποιήθηκε ο μαγνητικός τομογράφος για την εφαρμογή της τεχνικής της εν τω βάθει νευροδιέγερσης για τη θεραπεία σπάνιων νοσημάτων του εγκεφάλου.

2007: Λειτουργήσε ένας από τους πλέον σύγχρονους ψηφιακός μαστογράφους.

2008: Συνδυάστηκαν οι υπέρηχοι με την ελαστογραφία για την εξέταση του προστάτη αδένου.

2011: Συνδέθηκαν το σύστημα διαχείρισης ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία (MOSAIC) και το σύστημα ηλεκτρονικής αρχειοθέτησης εικόνων PACS.

2012: Εγκαταστάθηκε το πρώτο υβριδικό χειρουργείο στην Ελλάδα, που είναι συνδυασμός ακτινολογικού μηχανήματος με χειρουργική τράπεζα που λειτουργούν συγχρόνως, καθιστώντας έτσι την καθοδήγηση των χειρουργών αποτελεσματικότερη.

2014: Έγινε για πρώτη φορά στο νοσοκομείο μας ραδιοεμβολισμός ήπατος με ραδιενεργό Ύτριο και το τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής αναδείχθηκε σε κέντρο αναφοράς για την νοτιοανατολική Ευρώπη.

2016: Έγιναν οι πρώτες εξετάσεις με σύντηξη εικόνων υπερήχων και μαγνητικής, που επέτρεψαν τη διενέργεια βιοψιών του προστάτου αδένου με απόλυτη ακρίβεια (US-MR Biopsy fusion).

2018: Έγιναν οι πρώτες εξετάσεις PET/CT με Ga68-PSMA με in house παρασκευή των ραδιοφαρμάκων και το 2019 έγινε η πρώτη εφαρμογή της ραδιοανοσοθεραπείας (PRRT) με ραδιενεργό Λουτέσιο Lu177-DOTATATE σε ασθενείς με νευροενδοκρινείς όγκους (NET). Λειτουργήσε συσκευή συνδεδεμένη με τον αξονικό τομογράφο για την παραγωγή 3D ομοιωμάτων οστών και άλλων οργάνων.

2019: Λειτουργήσε εξειδικευμένος αξονικός τομογράφος για τον πλέον ακριβή σχεδιασμό του πλάνου ακτινοθεραπείας.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι η είσοδος του αξονικού τομογράφου στα νοσοκομεία ακολουθήθηκε από έναν άνευ προηγουμένου αγώνα δρόμου μεταξύ των εταιρειών για τις εξελίξεις στον τομέα των απεικονίσεων, που συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Τις τεχνολογικές αυτές εξελίξεις, καθώς και τις νέες μεθόδους που εμφανίζονται φροντίζουμε να αποκτάμε και να εφαρμόζουμε άμεσα στο νοσοκομείο μας, ώστε να υποστηρίζονται και να διατηρούνται στην πρωτοπορία όλες οι ιατρικές ειδικότητες που υπάρχουν στο νοσοκομείο μας. Είναι άλλωστε ενδεικτικό των προσπαθειών που καταβάλλουμε το γεγονός ότι, ενώ στην αρχή της δεκαετίας του '80 οι εργαζόμενοι στα απεικονιστικά τμήματα του νοσοκομείου ήταν 32, σήμερα υπερβαίνουν τους 180.



Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ



Σύστημα VITEK MS, ΥΓΕΙΑ



Τα Κεντρικά Εργαστήρια του ΥΓΕΙΑ, με γνώμονα πάντοτε την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών που εξασφαλίζουν ποιότητα, ακρίβεια και ταχύτητα, λειτουργούν τα τελευταία πενήντα χρόνια με στόχο την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή. Ο τεχνολογικός εξοπλισμός των εργαστηρίων εξελίσσεται συνεχώς, ακολουθώντας σύγχρονη τεχνολογία αιχμής μαζί με θέσπιση διαδικασιών ποιότητας. Τα εργαστήρια είναι στελεχωμένα με έμπειρο προσωπικό, που αποτελείται από Ιατρούς Βιοπαθολόγους, Βιολόγους και Τεχνολόγους, είναι διαπιστευμένα με ISO 15189:2012 και Joint Commission International (JCI) και υφίστανται τις απαραίτητες επιθεωρήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για

τη διατήρηση της ποιότητας των εκτελούμενων εξετάσεων.

Υπερσύγχρονοι αναλυτές

Σύγχρονοι αιματολογικοί, βιοχημικοί, ανοσολογικοί αναλυτές, όπως και αναλυτές αιμόστασης και ούρων, διασφαλίζουν ευαισθησία, ειδικότητα και ταχύτητα αποτελεσμάτων. Διαταραχές πήξης ενδογενούς είτε εξωγενούς αιτιολογίας που προκύπτουν από τη λήψη των σύγχρονων αντιπηκτικών φαρμάκων προσδιορίζονται με ευαισθησία και ειδικότητα για τους ασθενείς με προβλήματα αιμόστασης. Όλοι οι αναλυτές ελέγχονται με πρόγραμμα εσωτερικού ελέγχου ποιότητας τριών επιπέδων σε ημερήσια βάση, καθώς και εξωτερικού ελέγχου ποιότητας κάθε μήνα σε διεργαστηριακό σχήμα, ώστε να

υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης της λειτουργίας τους με άλλους αναλυτές διεθνώς διαπιστευμένων εργαστηρίων.

Σύστημα αυτόματης αποθήκευσης δειγμάτων

Για την ασφάλεια του ασθενούς λειτουργεί ένα σύγχρονο σύστημα αυτόματης αποθήκευσης των δειγμάτων αίματος στους 4 °C για καθορισμένο χρονικό διάστημα επτά ημερών, μαζί με ένα σύστημα αυτόματης ανάκλησης των δειγμάτων. Σε περίπτωση που ζητούνται νέες επιπλέον εξετάσεις στα ήδη αποθηκευμένα δείγματα του ασθενούς, είναι δυνατόν αυτά να ανακληθούν και να γίνουν οι επιπλέον εξετάσεις χωρίς νέα αιμοληψία, που κατά περίπτωση μπορεί να είναι προβληματική για τον ασθενή. Για την εξοικονόμηση



Κεντρικά Εργαστήρια ΥΓΕΙΑ

πόρων, τα εργαστήρια διαθέτουν αυτόματο σύστημα διαχείρισης της κατανάλωσης των χρησιμοποιούμενων αντιδραστηρίων, ώστε να ελέγχεται η διαχείρισή τους σε σωστά χρονικά πλαίσια και βέλτιστη ποσότητα.

Σύστημα ταυτοποίησης μικροβίων

Στα Κεντρικά Εργαστήρια λειτουργεί το πρωτοποριακό σύστημα ταυτοποίησης μικροβίων VITEK MS MALDI TOF, που χρησιμοποιεί την τεχνολογία της φασματομετρίας μάζας για τον προσδιορισμό της αλληλουχίας των πρωτεϊνών που είναι χαρακτηριστικές στη δομή του κάθε μικροβίου. Ο χρόνος που απαιτείται για την ταυτοποίηση του μικροβίου προσδιορίζεται σε λίγα λεπτά της ώρας. Εκτός όμως από την ταχύτητα διάγνωσης, το

VITEK MS MALDI TOF είναι σε θέση να αναγνωρίζει περισσότερες από δέκα ποικιλίες ανά είδος μικροβίου και περισσότερα από είκοσι πέντε υποείδη ανά είδος, με αποτέλεσμα να προκύπτουν νέα παθογόνα στελέχη που ευθύνονται για τις λοιμώξεις και τα οποία ήταν αδύνατον να ταυτοποιηθούν μέχρι σήμερα με τις χρησιμοποιούμενες φαινοτυπικές μεθόδους.

Διαχείριση των λοιμώξεων

Για την καλύτερη διαχείριση των λοιμώξεων που αφορούν τις ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού, όπως των νεογνών, των ογκολογικών και των ανοσοκατασταλμένων ασθενών, το ΥΓΕΙΑ διαθέτει το Διαγνωστικό Σύστημα FilmArray 2.0. Η τεχνολογία αυτή επιτρέπει εντός μιας ώρας από τη λήψη του κλινι-

κού δείγματος την ταυτοποίηση 22 έως 24 διαφορετικών παθογόνων, συμπεριλαμβανομένων ιών, μυκήτων και παρασίτων που αφορούν το Ανώτερο και Κατώτερο Αναπνευστικό, το Γαστρεντερικό, το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και τις θετικές αιμοκαλλιέργειες.

Παρακλίνιες εξετάσεις

Το δίκτυο των παρακλινίων εξετάσεων (Point of Care Tests, POCT) στα σημεία φροντίδας των ασθενών (ΜΕΘ, ΜΑΦ, Χειρουργεία) λειτουργεί με την εποπτεία των Κεντρικών Εργαστηρίων και τη συνεργασία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Όλες οι παρακλίνιες εξετάσεις ελέγχονται από τα Κεντρικά Εργαστήρια με πρόγραμμα εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου ποιότητας σε ημερήσια και μηνιαία βάση.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Στο ΥΓΕΙΑ, οι νοσηλευτές αποτελούν πρωταρχικό και αναπόσπαστο κομμάτι του ανθρώπινου δυναμικού του. Βρίσκονται πάντα στην πρώτη γραμμή της υγείας, φροντίζοντας τον ασθενή με δύναμη ψυχής, καλοσύνη και σεβασμό.

Ολα αυτά είναι απαραίτητα στοιχεία, αλλά πρωτεύοντα ρόλο παίζει το απαραίτητο στοιχείο της νοσηλευτικής ιδιότητας, η ενσυναίσθηση. Η ικανότητα δηλαδή να μπορείς να συναισθάνεσαι την κατάσταση του άλλου, να μπορείς να νιώσεις όπως νιώθει ο ασθενής και αντίστοιχα να παρέχεις τη βοήθεια στην ανάγκη η οποία υπάρχει εκείνη τη στιγμή.

Ο νοσηλευτής του ΥΓΕΙΑ χαρακτηρίζεται από αφοσίωση, υψηλή εξειδίκευση, συνεχή εκπαίδευση, διότι αυτές οι συνθήκες τού παρέχονται και από το ίδιο το ίδρυμα. Προτεραιότητα ήταν ανέκαθεν η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε υψηλό επίπεδο. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αποτελεί η αφοσίωση, ο αλtruισμός και το υψηλό αίσθημα ευθύνης. Από την ίδρυση του ΥΓΕΙΑ, οι νοσηλευτές εξελίσσονται ως επαγγελματίες υγείας παράλληλα με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας.

Ενώ η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν ανέκαθεν ποιοτική και εξατομικευμένη, η πρόοδος της νοσηλευτικής επιστήμης διαφαίνεται χαρακτηριστικά στην εξέλιξη των νοσηλευτικών εντύπων.

Η τεκμηρίωση της νοσηλευτικής ξεκίνησε στο ΥΓΕΙΑ με τη χρήση απλών χειρόγραφων σημειώσεων και εξελίχθηκε σε έναν πολυδιάστατο φάκελο με πολλαπλά εργαλεία εκτίμησης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εκτίμηση πόνου, που αρχικά πραγματοποιούνταν με απλή ερώτηση στον ασθενή, ενώ τώρα υπάρχουν δύο εξειδικευμένα εργαλεία. Το ίδιο συμβαίνει

με πολλούς τύπους τεκμηρίωσης, όπως π.χ. η αναφορά ενεργειών νοσηλείας, η οποία εμπεριέχει όλα τα οργανικά συστήματα, ή ακόμη και η εκτίμηση πτώσεων ασθενών.

Άλλο παράδειγμα αποτελεί και η μέθοδος καταγραφής των ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία). Στο παρελθόν οι νοσηλευτές εκτιμούσαν τα ζωτικά σημεία χρησιμοποιώντας απλά σφυγμανόμετρα και υδραργυρικά θερμομέτρα, ενώ πλέον λαμβάνονται με τη χρήση σύγχρονου ηλεκτρονικού εξοπλισμού. Τα ζωτικά σημεία χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό ενός σκορ που βαθμολογεί τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς και ακολουθούνται αντίστοιχα βήματα για την ασφάλειά του.

Το ΥΓΕΙΑ είναι το πρώτο νοσοκομείο στην Ελλάδα που έλαβε τη διαπίστευση σύμφωνα με το πρότυπο Joint Commission International και οι νοσηλευτές αποτέλεσαν κείριο παράγοντα αυτής της επιτυχίας.

Εξαρχής στο ΥΓΕΙΑ υπήρχαν νοσηλευτικά πρωτόκολλα, τα οποία εξελίχθηκαν ανά τα έτη και αφορούν πάντα τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να παρέχει βοήθεια στον συνάνθρωπο με τον πλέον εμπεριστατωμένο τρόπο. Διατηρεί ένα υψηλό επίπεδο γνώσης, με συνεχή εκπαίδευση και παρακολούθηση αντίστοιχων σεμιναρίων. Παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα χωρίς διακρίσεις, με επίκεντρο πάντα την ασφάλεια του ασθενούς. Θα είναι εκεί στις στιγμές αγωνίας, πόνου, απώλειας, ασθένειας, χαράς και ίασης.



ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΑ ΤΟΣΟ ΜΟΝΑΔΙΚΟΥΣ;

- Η αγάπη τους για τους ασθενείς.
- Η πραγματική θέλησή τους να φροντίζουν όσους το έχουν ανάγκη.
- Η αφοσίωση στη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση, έτσι ώστε να είναι συνεχώς επιδέξιοι και ικανοί να φέρουν εις πέρας το δύσκολο καθήκον τους.



Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ΥΓΕΙΑ



ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ



Πρωταρχικός στόχος μας είναι η υψηλής ποιότητας περίθαλψη και η ασφάλεια για τους ασθενείς μας και τις οικογένειές τους. Ως επικύρωση αυτής της αδιαμφισβήτητης στρατηγικής δέσμευσης, έχουμε επιλέξει να επιδιώκουμε, σε εθελοντική βάση, διεθνείς διαπιστεύσεις και πιστοποιήσεις, όπως

των οργανισμών Joint Commission International (JCI), International Organization for Standardization (ISO), OHSAS Project Group, British Standards Institution (BSI), καθώς και εθνικά συστήματα διαπίστευσης, και ήδη έχουμε πραγματοποιήσει σημαντική επένδυση στον τομέα της πιστοποίησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Διαπίστευση και Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης από τον οργανισμό Joint Commission International

Το ΥΓΕΙΑ από το 2010 ανήκει στην επίλεκτη ομάδα νοσοκομείων παγκοσμίως που έχουν λάβει τη **Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης** (Gold Seal of Approval®) για Διαπίστευση Νοσοκομείων από τον οργανισμό **Joint Commission International (JCI)**.



Για το ΥΓΕΙΑ, η επιδίωξη της αρχικής διαπίστευσης με το πρότυπο JCI το 2010 ήταν ξεκάθαρη επιλογή, γιατί ο οργανισμός JCI είναι ο παγκόσμιος ηγέτης στη διαπίστευση οργανισμών υγείας, καθώς αξιολογεί με τις πιο αυστηρές διεθνείς προδιαγραφές την ποιότητα υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών.

Η Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης δηλώνει τη συνεχή συμμόρφωση του ΥΓΕΙΑ προς αυτό το διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο και αποτελεί σύμβολο ποιότητας που αντανακλά τη δέσμευση του οργανισμού στην παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας προς τους ασθενείς. Είναι το πρώτο νοσοκομείο στην Ελλάδα που έλαβε τη διαπίστευση και την έχει ανανεώσει μέχρι σήμερα τρεις φορές.

Το Εγχειρίδιο του προτύπου JCI αποτελείται από 14 ενότητες, από τις οποίες οι 8 επικεντρώνονται στον ασθενή και οι 6 στον οργανισμό, περιλαμβάνοντας συνολικά πάνω από 1.200 βαθμολογούμενες απαιτήσεις, οι οποίες εξετάζονται μία προς μία από επιθεωρητές διεθνούς εμπειρίας. Αυτή η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση περιλαμβάνει τις ιατρικές, νοσηλευτικές και διοικητικές διεργασίες, καθώς και τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση, συντελώντας στον στόχο του ΥΓΕΙΑ να παρέχει υπηρεσίες με όσο το δυνατόν ανώτερη ποιότητα.

Επιπλέον έχουν αναπτυχθεί και εφαρμόζονται ποικίλα Συστήματα Διαχείρισης, προκειμένου να υλοποιείται η Πολιτική Ποιότητας που έχει καθιερωθεί από τη Διοίκηση του οργανισμού. Τα συστήματα αυτά ενσωματώνουν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών και των οικείων τους, των θεραπόντων ιατρών, των εργαζομένων, καθώς και τις ισχύουσες νομοθετικές και κανονιστικές απαιτήσεις. Όλα τα συστήματα διαχείρισης που εφαρμόζει το ΥΓΕΙΑ έχουν πιστοποιηθεί με βάση διεθνή πρότυπα. Παρακάτω παρουσιάζονται οι λοιπές

πιστοποιήσεις του ΥΓΕΙΑ:

- **ISO 9001** – Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας
- **ISO 14001** – Σύστημα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης
- **OHSAS 18001** – Σύστημα Διαχείρισης της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία
- **Τεχνική Προδιαγραφή PAS 99** – Ενοποιημένο Σύστημα Διαχείρισης
- **ISO 15189** – Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας Κλινικών Εργαστηρίων
- **ISO 22000** – Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλειας Τροφίμων – Ανάλυση Κινδύνων και Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου (HACCP).

Το ΥΓΕΙΑ εφαρμόζει ένα ενοποιημένο και ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Βελτίωσης Ποιότητας & Ασφάλειας Ασθενών, που καλύπτει τα τρία από τα πιστοποιημένα διαχειριστικά συστήματα: Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας, Σύστημα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης και Σύστημα Διαχείρισης της Εργασιακής Υγείας & Ασφάλειας. Για τον λόγο αυτόν έχουμε επιτύχει την εγγραφή στο μητρώο του οργανισμού British Standards Institution (BSI), καθώς πληρούμε τις απαιτήσεις του PAS 99, της πρώτης παγκοσμίας τεχνικής προδιαγραφής απαιτήσεων για Ενοποιημένα Διαχειριστικά Συστήματα.

97%

ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝ ΤΟ
ΥΓΕΙΑ ΜΕ 9 & 10
ΓΙΑ ΤΗΝ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ





ΒΡΑΒΕΙΑ - ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

Το ΥΓΕΙΑ στη μακρόχρονη πορεία του έχει να επιδείξει ένα ευρύ φάσμα βραβεύσεων και διακρίσεων, τόσο για τις υπηρεσίες που παρέχει όσο και για τις σχέσεις συνεργασίας που προάγει μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, των εργαζομένων, των πελατών, της κοινωνίας.

ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ



ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ

2019

2η συνεχόμενη χρονιά διακρίνεται για το «Ταξιδεύουμε για την ΥΓΕΙΑ» από τον θεσμό BRAVO



2018-19

Κορυφαία διάκριση SILVER για τις υψηλές επιδόσεις του στην Εταιρική Υπευθυνότητα



2018

Τιμητική διάκριση για το «Ταξιδεύουμε για την ΥΓΕΙΑ» από τον θεσμό BRAVO

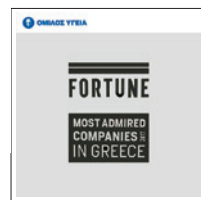


2011

Α' Βραβείο Εθελοντισμού για το πρόγραμμα «Περιβαλλοντική συνείδηση κατά της φτώχειας»



ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ



Τιμητική διάκριση για τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ στα βραβεία επιχειρηματικής αριστείας «Salus Index»

Για 2η φορά στις 20 πιο Αξιοθαύμαστες επιχειρήσεις της Ελλάδας

Κορυφαία Εταιρική Επωνυμία στην Ελλάδα

Βραβείο επιχειρηματικής αριστείας «Salus Index»

Στις 20 πιο Αξιοθαύμαστες επιχειρήσεις της Ελλάδας

Κορυφαία Εταιρική Επωνυμία στην Ελλάδα

2019

2019

2018

2017

2017

2016



ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Στο ΥΓΕΙΑ έχουμε πλήρη συναίσθηση της ευαισθησίας του χώρου που υπηρετούμε, ενός χώρου όπου το αγαθό της υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένο με το αίσθημα της ανθρωπιάς και της ευθύνης απέναντι στον συνάνθρωπο.

Στο πλαίσιο του εκτεταμένου Προγράμματος Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης, το ΥΓΕΙΑ διεκπεραιώνει μια σειρά σημαντικών ενεργειών που αποτυπώνουν τη δράση του σε κοινωνικό επίπεδο σε τρεις βασικές κατηγορίες:

1. Κάλυψη αναγκών ιατρικής περίθαλψης σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας

Από το 2013 υλοποιούμε το πρόγραμμα «Ταξιδεύουμε για την υγεία» με στόχο την κάλυψη πολύ σημαντικών αναγκών υγείας των κατοίκων μικρών νησιών και ορεινών κοινοτήτων που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες.

2. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για θέματα Υγείας

Στο πλαίσιο ανάπτυξης της ιατρικής επιστήμης, συστηματικά διοργανώνουμε και υλοποιούμε προγράμματα, συνέδρια – ημερίδες, με στόχο τη συνεχή ενημέρωση της ιατρικής και νοσηλευτικής κοινότητας για τις εξελίξεις στον χώρο της υγείας, καθώς και για τις νέες τεχνικές και μεθόδους που ακολουθούνται παγκοσμίως.

3. Πρόγραμμα κοινωνικής συνεισφοράς

Εφαρμόζουμε ένα εκτεταμένο πρόγραμμα κοινωνικής συνεισφοράς στον τομέα της υγείας, που περιλαμβάνει: την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και δωρεές ιατρικού εξοπλισμού. Επιπλέον, μέσω του προγράμματος ενισχύουμε αθλητικές διοργανώσεις, υποστηρίζουμε την Παιδεία και διάφορες δράσεις ΜΚΟ.

«Ταξιδεύουμε για την υγεία»

Το «Ταξιδεύουμε για την υγεία» είναι ένα πρόγραμμα παροχής



ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ, ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ **11** ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΕΣ,
ΕΧΟΥΝ ΕΞΕΤΑΣΤΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΑΠΟ **11.166**
ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ
ΑΠΟ **43.158** ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ



ιατρικής περίθαλψης των νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ, ΜΗΤΕΡΑ και ΛΗΤΩ, με στόχο την κάλυψη των αναγκών των κατοίκων σε απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας. Το πρόγραμμα στηρίζεται στην εθελοντική συμμετοχή όχι μόνο των ιατρών, αλλά και εργαζομένων των νοσοκομείων (νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό). Με εφόδιο τις κορυφαίες ιατρικές υπηρεσίες και με τον τεχνολογικό εξοπλισμό αιχμής που διαθέτουν οι κλινικές, οι εργαζόμενοι ταξιδεύουν και προσφέρουν ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις με σεβασμό και αγάπη. Κάθε ταξίδι απαιτεί πολύ μεγάλη οργάνωση, καθώς μεταφέρουμε στην απομακρυσμένη περιοχή τον απαραίτητο εξοπλισμό και τα ιατρικά μηχανήματα με οχήματα του νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ, μετατρέποντας σχολεία, μαθητικές εστίες ή συνεδριακά κέντρα σε «εξωτερικά ιατρεία» νοσοκομείου. Εκεί οι κάτοικοι έρχονται ελεύθερα να εξεταστούν από πολλαπλές ειδικότητες ιατρών. Ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε περιοχής, η Διοίκηση των νοσοκομείων προσφέρει, όπου υπάρχει ανάγκη, μηχανήματα, φάρμακα και αναλώσιμα υλικά, με στόχο να καλύψουν μελλοντικές ανάγκες των κατοίκων.

Μέχρι σήμερα, έχουν γίνει 11 εθελοντικές εκστρατείες, έχουν εξεταστεί περισσότεροι από 11.166 κάτοικοι και έχουν διενεργηθεί περισσότερες από 43.158 ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις (στα νησιά και στις περιοχές: Λειψοί και Αγαθονήσι, Καρπενήσι, Κάρπαθος, Καλάβρυτα, Καλαμπάκα, Λέρος, Τήλος-Νίσυρος, Άργος Ορεστικό, Σύμη, Αργιθέα Αγραφών, Σίφνος).



ΣΧΕΔΙΑΣΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΛΟΓΟΤΥΠΟΥ

1970

Το πρώτο σήμα ήταν γραμμικό και τόνιζε το όνομα ΥΓΕΙΑ. Χρησιμοποιούνται επίσης στοιχεία αισθητικά, όπως μια κυματοειδής απεικόνιση (που τη χρησιμοποιούσαν, κυρίως, στη ζωγραφική αρχαίων αγγείων) και δύο κύπελλα, που είναι έμμεση αναφορά στο σύμβολο-κύπελλο που κρατούσε στο αριστερό της χέρι η θεά Υγεία, απ' όπου έπινε ο όφις, το σύμβολο της ιατρικής.



1980

Με τον εκσυγχρονισμό και τις νέες αντιλήψεις που δημιουργήθηκαν τη δεκαετία του 1980, το σήμα έγινε περισσότερο προοδευτικό, σαφέστερο και αναγνωρίσιμο. Κατ' αρχάς προσωποποιήθηκε το όνομα, με το κεφάλι της αρχαίας θεάς, ώστε το κλασικό στοιχείο να είναι συγκεκριμένο και φανερό.



1990

Στην αρχαία Ελλάδα οι Έλληνες έδιναν μορφή σε ό,τι αγαπούσαν και χρειάζονταν. Για τον λόγο αυτόν το 1997 αναδείχθηκε το πρόσωπο της θεάς. Στη βάση έμεινε το Δ.Θ.Κ.Α ΥΓΕΙΑ, με πορτοκαλί χρώμα, που σύμφωνα με μια παλιά πίστη αντιπροσωπεύει τη γνώση, την έρευνα και την πίστη στον άνθρωπο.



2000

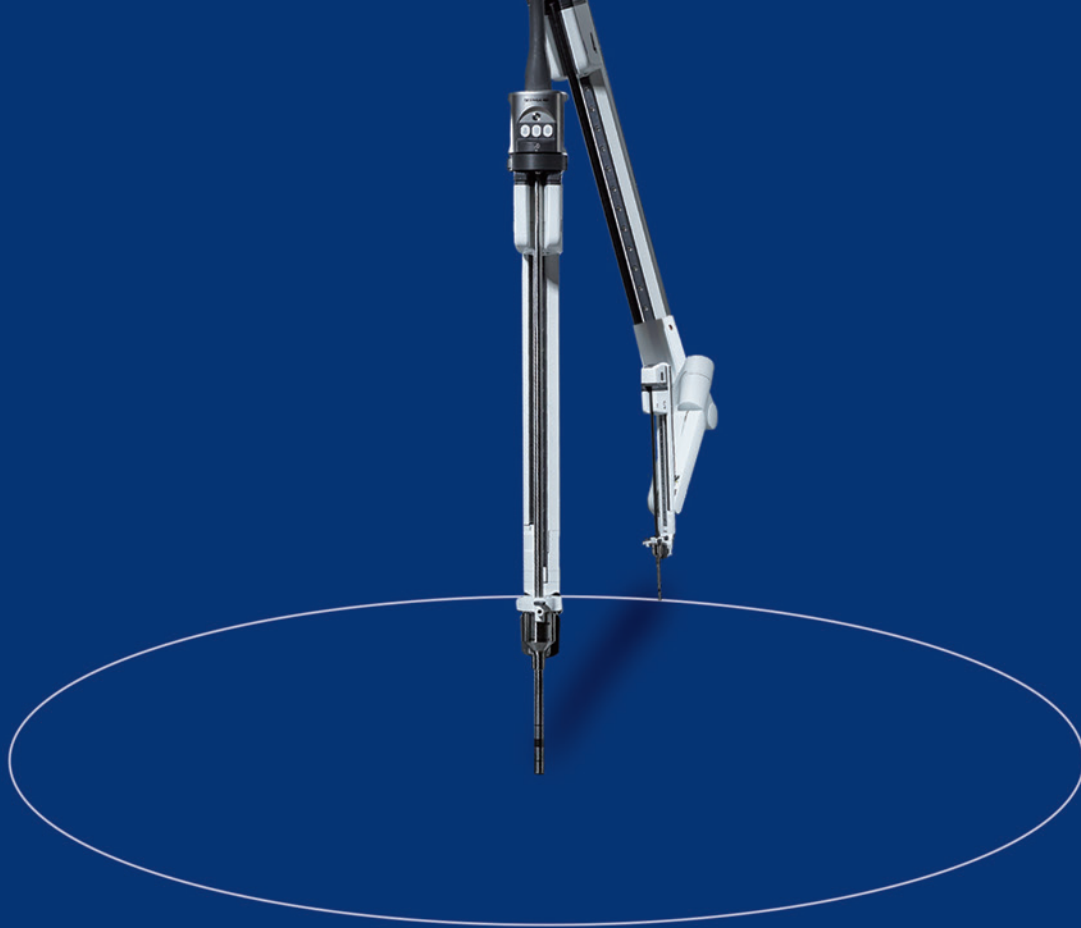
Το λογότυπο δεν διαφοροποιείται αισθητά από την προηγούμενη μορφή του. Διατηρεί όλα τα στοιχεία του, με μόνη διαφορά ότι στη βάση του μένει το όνομα ΥΓΕΙΑ.



2010

Το λογότυπο αλλάζει ριζικά και παίρνει τη μορφή που έχει σήμερα. Το κεφάλι της θεάς Υγείας παραμένει σταθερά, ενώ το ΥΓΕΙΑ πλέον απεικονίζεται με μπλε χρώμα, ένα χρώμα ήρεμο, το οποίο συνδέεται με τη δυναμικότητα, την επιτυχία, την ασφάλεια, την εμπιστοσύνη και την αξιοπιστία.





Όταν η χειρουργική ακρίβεια
αγγίζει την τελειότητα.

Μεγαλύτερη χειρουργική ακρίβεια
Λιγότερος Πόνος
Ταχύτερη Ανάρρωση

Μάθετε περισσότερα στο hygeia.gr



Mako™

da Vinci Xi



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



υγεία

Με ευθύνη για τη ζωή

ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΗΗΓ

Εξατομικευμένη ποιοτική ογκολογική φροντίδα



Ηλίας Αθανασιάδης
 Παθολόγος Ογκολόγος
 Διευθυντής Ογκολογικής
 Κλινικής & Μ.Η.Θ. Μονάδας
 Ημερήσιας Θεραπείας ΜΗΤΕΡΑ

Η επιταχυνόμενη πρόοδος της Ογκολογίας στη μάχη κατά του καρκίνου και οι επιστημονικά εντυπωσιακές εξελίξεις της ανοσοθεραπείας και της μοριακής στόχευσης έχουν αναβαθμίσει τις απαιτήσεις της κοινωνίας μας για ποιοτική ογκολογική φροντίδα. Μετά τη διάγνωση του καρκίνου, οι άνθρωποι απαιτούν την καλύτερη φροντίδα, στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο, ώστε να διεκδικήσουν την ίση ή τη διατήρηση μιας ποιοτικής και λειτουργικής ζωής, μετατρέποντας τον καρκίνο σε χρόνιο νόσημα. Το ταχύτατα εξελισσόμενο περιβάλλον και η αναδυόμενη προοπτική αποτελούν μια πρόκληση για την οργάνωση των νοσοκομειακών δομών και των συστημάτων υγείας. Η ανάπτυξη της Τεχνολογίας με τις εφαρμογές της Τεχνητής

Νοημοσύνης έχει δημιουργήσει δυνατότητες πέραν κάθε προσδοκίας και έχει ήδη αλλάξει την κλινική ογκολογική φροντίδα, καθώς και την κλινική έρευνα. Η εξατομικευση στη φροντίδα, τα στοιχεία ποιότητας στην ογκολογική πράξη και η συγκρότηση και η οργάνωση ομάδας ειδικών στο υψηλότερο επίπεδο είναι τα απαραίτητα στοιχεία για να καλύψουμε τις απαιτήσεις της εποχής μας.

Η εξατομικευση στην Ογκολογία έχει αλλάξει την ανάγνωση της βιολογίας του καρκίνου και προφανώς έχει οδηγήσει σε εξατομικευμένη θεραπευτική στρατηγική. Αντιλαμβανόμεθα πλέον ότι ο χαρακτηρισμός ενός νοσήματος με βάση το όργανο προέλευσης δεν επαρκεί και είναι κοινή γνώση ότι από το ίδιο όργανο εκκινούν



καρκίνου με διαφορετική βιολογική συμπεριφορά, διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία και εξατομικευμένη κλινική πορεία.

Η εξέλιξη των καρκίνων μετά την εφαρμογή θεραπειών δημιουργεί νέους ανθεκτικούς κλώνους με τροποποιημένα χαρακτηριστικά. Αυτό σημαίνει ότι στην πορεία κάθε ασθενής έχει τη δική του νόσο με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και χρειάζεται εξατομικευμένη επιλογή θεραπείας. Προσαρμοζόμενοι κι εμείς, σκεπτόμαστε διαφορετικά και αναζητούμε την καινούργια μοριακή ανάγνωση και την εξατομικευμένη επιλογή θεραπείας για κάθε βήμα του καρκίνου. Σε συνδυασμό με το ότι η φροντίδα καθορίζεται από τις προσωπικές επιλογές του κάθε ανθρώπου σε σχέση με τη διαχείριση της ζωής του, η ογκολογική θερα-

πεία χρειάζεται προσόντα τέχνης και επιστήμης, χρειάζεται προσωπική ανάλυση και σύνθεση. Είναι μια τέχνη με προσωπικές απαιτήσεις και ταυτόχρονα μια υψηλή επιστήμη που αποκαλύπτει συνεχώς περισσότερα μυστικά σχετικά με τη βιολογία της εξέλιξης του καρκίνου.

Είναι πλέον φανερό ότι η ποιοτική ογκολογική φροντίδα είναι έργο ομάδας ειδικών και όχι ενός ατόμου. Η ποιότητα εξασφαλίζεται μόνο αν η ομάδα διαθέτει τις ιατρικές ειδικότητες στο υψηλότερο επίπεδο με τον κατάλληλο τεχνολογικό εξοπλισμό και την οργάνωση. Η μεταφορά της πληροφορίας μέσα στην ομάδα είναι άμεση και ακριβής μέσω του ηλεκτρονικού φακέλου και της ψηφιακής απεικόνισης. Φαίνεται ότι η σύγχρονη ογκολογία είναι δύσκολο να εφαρμοσθεί

κατά μόνας και απαιτεί σύγχρονο νοσοκομειακό περιβάλλον πολλών ειδικοτήτων με έμφαση στην ογκολογική φροντίδα. Στο περιβάλλον αυτό εξασφαλίζεται η παρουσία του εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού και της σύγχρονης τεχνολογίας.

Ογκολογικό συμβούλιο

Κεντρικός άξονας των δραστηριοτήτων είναι το ογκολογικό συμβούλιο, όπου όλα τα πρόσωπα καταλήγουν σε κοινές αποφάσεις και χαράσσουν κοινή στρατηγική. Αυτό εξασφαλίζει την κοινή αντίληψη της ομάδας απέναντι στις νέες κλινικές εικόνες και στις προκλήσεις που προκύπτουν. Η λειτουργία της ομάδας διασφαλίζει επίσης ότι οι βασικές αρχές του σεβασμού του προσώπου του ασθενούς και των επιλογών του είναι προτεραιότητα. Επιπλέον επιταχύνεται η πρόοδος στην κλινική έρευνα, αφού η πολύτιμη μάζα της επιστημονικής πληροφορίας που παράγεται αποτελεί αντικείμενο διαχείρισης μιας συμπαγούς οργανωμένης ομάδας. Η λειτουργία της ομάδας σε αυτό το περιβάλλον παράγει υψηλού επιπέδου κλινική έρευνα και διαμορφώνει έγκυρες κατευθυντήριες γραμμές.

Στη νεότερη εποχή μας καθοδηγούν η καλπάζουσα επιστήμη, η τεχνολογία, οι σύγχρονες νοσοκομειακές δομές, αλλά όχι μόνο αυτά. Η ογκολογική νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί θεμέλιο λίθο της ομάδας. Οι σύλλογοι ασθενών έχουν αποτελέσει την ενέργεια και τη φωνή αυτών που έχουν προσωπικά νιώσει την ανάγκη για ποιοτική φροντίδα. Τέλος, το γεγονός ότι η μάχη κατά του καρκίνου είναι υπόθεση όλης της κοινωνίας, που ζητάει την πρόοδο και τη σύγχρονη θεραπεία τώρα και όχι αύριο, έχει αλλάξει την εικόνα και στηρίζει την ελπίδα ότι ο καρκίνος ως αρρώστια δεν θα έχει πια τη μορφή που έχει σήμερα.



Διονυσία Βουτσά
Κλινική Διαιτολόγος,
Τμήμα Διαιτολογίας ΥΓΕΙΑ



Πολυξένη Μυλωνάκη-Κουτκιά
Ενδοκρινολόγος – Διαβητολόγος,
Διευθύντρια Τμήματος
Διαιτολογίας ΥΓΕΙΑ

Δυσανεξία στη λακτόζη

Η δυσανεξία (ή δυσαπορρόφηση) στη λακτόζη αφορά την κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο αδυνατεί να μεταβολίσει τη λακτόζη. Η λακτόζη είναι ένας διασacχαρίτης (υδατάνθρακας) που συναντάμε στο γάλα και στα προϊόντα του γάλακτος σε διάφορα ποσοστά. Αυτή η αδυναμία οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή ή/και έλλειψη του ενζύμου λακτάση, που κανονικά παράγεται από κύτταρα του λεπτού εντέρου. Αν τα επίπεδα λακτάσης είναι χαμηλά έως ανύπαρκτα, η λακτόζη δεν διασπάται και οδηγείται αυτούσια στο παχύ έντερο. Εκεί τα βακτήρια του παχέος εντέρου τη μετατρέπουν σε λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου, με ταυτόχρονη παραγωγή αερίων (διοξειδίου του άνθρακα, υδρογόνου και μεθανίου). Τα άτομα με δυσανεξία στη λακτόζη αντιμετωπίζουν διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα εξαιτίας της παραγωγής των παραπάνω αερίων, όπως ναυτία, δυσπεψία, φούσκωμα στο στομάχι, κοιλιακό πόνο ή κολικούς, αποβολή αερίων, ακόμη και διάρροια, μετά από κατανάλωση γάλακτος ή γαλακτοκομικών προϊόντων. Τα επίπεδα λακτάσης που παράγονται στον οργανισμό τους σχετίζονται με τη

σοβαρότητα και την ένταση των παραπάνω συμπτωμάτων. Φαίνεται ότι τα περισσότερα άτομα με δυσανεξία στη λακτόζη μπορούν να ανεχθούν έως 6 γρ. λακτόζη. Η σταδιακή αύξηση της προσλαμβανόμενης λακτόζης για περίπου τρεις μήνες μπορεί τελικά να οδηγήσει σε ανοχή 12 γρ. λακτόζης την ημέρα.

Για την αποφυγή των συμπτωμάτων συστήνεται τα άτομα με δυσανεξία στη λακτόζη να αποφεύγουν την κατανάλωση προϊόντων με λακτόζη. Συγκεκριμένα, τη μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε λακτόζη έχει το πλήρες γάλα (αγελαδινό ή κατσικίσιο), ενώ με τη μείωση των λιπαρών του γάλακτος αυξάνεται η περιεκτικότητα σε λακτόζη.

Από τα προϊόντα γάλακτος που έχουν υποστεί ζύμωση, τα τυριά έχουν χαμηλότερη περιεκτικότητα σε λακτόζη και άρα γίνονται καλύτερα ανεκτά. Ωστόσο έχει σημασία η ωρίμανση του κάθε τυριού, καθώς με τη διαδικασία της ωρίμανσης η λακτόζη μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ, το οποίο δεν προκαλεί συμπτώματα. Αντίστοιχα το γιασούρτι, ως προϊόν ζύμωσης, συνήθως γίνεται καλύτερα ανεκτό από άτομα με δυσανεξία στη λακτόζη.



**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ Η ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΕ ΛΑΚΤΟΖΗ**

Είδος τροφίμου	Λακτόζη (%)
Τυρί κότατζ	2,7-3,6
Τυρί κρέμα	0,4-2,9
Μοτσαρέλα	0-3,1
Φέτα	4,1
Παρμεζάνα	0-3,2
Ένταμ	0-1,4
Γκούντα	0-2,2
Τσένταρ	0-2,1
Καμαμπέρ	0-1,8
Μπλε τυρί	0-2,5
Γάλα πλήρες	4,8
Γάλα χαμηλών λιπαρών	4,9
Γάλα αποβουτυρωμένο	5,2
Σοκολατούχο γάλα	5
Βούτυρο	0,8-1
Μαργαρίνη	0-0,1
Κρέμα γάλακτος	2,9
Κεφίρ	4
Γιαούρτι πλήρες	4,1-4,7
Γιαούρτι χαμηλών λιπαρών	1,9-6
Παγωτό	3,1-8,4

Τέλος το κεφίρ, ένα γαλακτοκομικό προϊόν το οποίο παρασκευάζεται από ζυμομύκητες (κόκκοι κεφίρ) του γάλακτος, λόγω της ζύμωσης της λακτόζης μπορεί να καταναλωθεί από άτομα με δυσανεξία στη λακτόζη χωρίς τον φόβο των ενοχλητικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, το κεφίρ, καθώς αποτελεί ένα φυσικό προβιοτικό προϊόν, ανακουφίζει από τα συμπτώματα της δυσανεξίας, βελτιώνει την απορρόφηση ασβεστίου και συμβάλλει στην καλή λειτουργία του πεπτικού. Άλλα προϊόντα γάλακτος, όπως η κρέμα γάλακτος, η σαντιγί και το παγωτό, καθώς και παρασκευάσματα που τα περιέχουν συστήνεται να αποφεύγονται.

Προσοχή, ωστόσο, χρειάζεται στα προϊόντα του εμπορίου στα οποία χρησιμοποιούνται ως συστατικά ο ορός γάλακτος, η καζεΐνη, η λακταλβουμίνη και το γάλα σε σκόνη, γι' αυτό έχει μεγάλη σημασία η προσεκτική ανάγνωση των ετικετών στα τρόφιμα. Τρόφιμα που δυνητικά αποτελούν πηγές λακτόζης είναι τα αρτοπαρασκευάσματα, όπως κέικ, ψωμί, μπισκότα, κουλουράκια, ντόνατς, βάφλες, τηγανίτες, κρέπες κ.ά., αλλά και τα: βούτυρο, βουτυρόγαλα, σοκολάτα, κρέμα γάλακτος, σούπες με βάση γάλα ή κρέμα γάλακτος, διάφορα επιδόρπια, όπως κρέμα καραμελέ, μους, σουφλέ σοκολάτας κ.ά., υποκατάστατα αυγών, ενεργειακά ποτά, μπάρες δημητριακών, χοτ ντογκ, στιγμιαία ποτά, πίτσα, επεξεργασμένα κρέατα, σος για σαλάτες, λουκάνικα, καρυκεύματα κ.ά.

Ένα άτομο με δυσανεξία στη λακτόζη έχει πλέον πολλές εναλλακτικές επιλογές, ώστε να μη στερηθεί τα θρεπτικά συστατικά του γάλακτος, όπως το ασβέστιο. Εναλλακτικές επιλογές στην καθημερινή διατροφή αποτελούν το γάλα χωρίς λακτόζη, διάφορα φυτικά γάλατα, όπως σόγιας, αμυγδαλού, βρόμης, φουντουκιού, καρύδας, ρυζιού, σησαμιού κ.ά., και ροφήματα όπως το κεφίρ και το αριάνι. Τέλος, εναλλακτικές πηγές ασβεστίου αποτελούν τα μικρά ψάρια που καταναλώνονται με τα κόκαλα (π.χ. γαύρος ή σαρδέλες), το μπρόκολο, τα αμύγδαλα, το σπανάκι, το τόφου, τα σύκα και τα φασόλια.

Ρινοπλαστική

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ρινοπλαστική είναι μια μοναδική συνδυαστική επέμβαση που αφορά τη διόρθωση στο σχήμα της μύτης μαζί με τη φροντίδα της αναπνευστικής διόδου. Υπάρχουν πάρα πολλές τεχνικές ρινοπλαστικής, αλλά και πρόσφατες εξελίξεις που κάνουν τη διαφορά ως προς τη διαδικασία αλλά και τη μετεγχειρητική πορεία της επέμβασης. Διαβάστε πώς καταρρίπτονται οι μύθοι, αλλά και πώς διαμορφώνεται η σύγχρονη πραγματικότητα για τη ρινοπλαστική.

1) Η ρινοπλαστική είναι επώδυνη επέμβαση. ΜΥΘΟΣ. Η εμπειρία και η τεχνική του χειρουργού συμβάλλουν ώστε οι αποκολλήσεις των ιστών να γίνονται απαλά, με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων και οι ραφές είναι πολύ λεπτές, έτσι ώστε δεν υπάρχει πόνος μετά την επέμβαση, αλλά και τα οιδήματα είναι πολύ περιορισμένα. Η ανάρρωση είναι πολύ γρήγορη και δεν χρειάζονται ταμπόν ή γάζες μέσα στη μύτη.

2) Η ρινοπλαστική δεν εξασφαλίζει ελεύθερη αναπνοή. ΜΥΘΟΣ. Η σύγχρονη ρινοπλαστική είναι απαραίτητα λειτουργική. Για να το πετύχουμε αυτό, υπάρχουν εξειδικευμένοι ρινοπλαστικοί που έχουν συγκεκριμένη εκπαίδευση πάνω σε αυτή την επέμβαση. Η προεγχειρητική μελέτη καθορίζει ποια είναι τα σημεία που εμποδίζουν την αναπνοή. Φροντίζουμε, λοιπόν, να ισιώσει το στραβό διάφραγμα και να μικρύνουμε τις ρινικές κόγχες, αλλά και να στηρίξουμε τα πλάγια ρινικά τοιχώματα (ρινικές βαλβίδες) την ίδια στιγμή που βελτιώνουμε το σχήμα της μύτης. Οι δύο επεμβάσεις εξελίσσονται παράλληλα και η μία στηρίζει την

άλλη, ώστε να έχουμε όμορφη μύτη και απόλυτα λειτουργική.

3) Οι μύτες αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου και συνήθως πέφτουν. ΑΛΗΘΕΙΑ. Όλες οι μύτες, και αυτές που έχουν ήδη πτωτικό σχήμα περισσότερο, έχουν τάση να πέφτουν με το πέρασμα του χρόνου, καθώς χάνουν τη στήριξη από τη μείωση παραγωγής κολλαγόνου, με αποτέλεσμα οι χόνδροι και το δέρμα να αδυνατίζουν. Μετά από μια απλή μειωτική ρινοπλαστική, αυτό το φαινόμενο παρατηρείται γρηγορότερα. Η μύτη έχει χάσει τις στηρικτικές δομές της, έχουν αφαιρεθεί αρκετά τμήματα χόνδρου, κυρίως στο ακρορρίνιο για να δείξει η μύτη πιο μικρή, κι έτσι έχουμε τις παραπάνω συνέπειες. Η σύγχρονη ρινοπλαστική χρησιμοποιεί πάντα στηρικτικά μοσχεύματα για τη διάπλαση του ακρορρινίου και κατορθώνει να μικραίνει η μύτη, να αλλάζουν οι κλίσεις και το πλάτος της με απόλυτη ασφάλεια. Έτσι μπορούμε να έχουμε σταθερά αποτελέσματα με την πάροδο του χρόνου και η στήριξη της μύτης να μην αλλάζει.

4) Οι ρινοπλαστικές δεν έχουν επιτυχία. ΜΥΘΟΣ. Η επιτυχία της επέμβασης ορίζεται ως προς το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η μύτη πρέπει να είναι όμορφη, να έχει άριστες αναλογίες με το υπόλοιπο πρόσωπο και να μη φαίνεται χειρουργημένη. Δεν πρέπει να αφαιρείται πολύ οστό στη ράχη, γιατί τότε το ακρορρίνιο μοιάζει να προεξέχει, τα ρουθούνια φαίνονται μεγάλα και ανασηκωμένα προς τα πάνω. Η σύγχρονη ρινοπλαστική ορίζει, αλλά και εξασφαλίζει τα αποτελέσματά της. Η προεγχειρητική φωτογράφιση και πρόβλεψη του μετεγχειρητικού αποτελέσματος είναι απαραίτητη. Οι δυνατότητες



Αργυρώ Κυπραίου
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος,
Διευθύντρια Τμήματος Λειτουργικής
και Επανορθωτικής Χειρουργικής
Ρινός, ΜΗΤΕΡΑ



Η επιτυχία της επέμβασης ορίζεται ως προς το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η μύτη πρέπει να είναι όμορφη, να έχει άριστες αναλογίες με το υπόλοιπο πρόσωπο και να μη φαίνεται χειρουργημένη.



είναι μεγάλες τόσο στην πρώτη επέμβαση όσο και στις επανορθωτικές ρινοπλαστικές. Έτσι, αυτό που θα δείξουμε στον ηλεκτρονικό υπολογιστή μπορούμε να το πετύχουμε στην πραγματικότητα. Η εξέλιξη αυτή πράγματι αλλάζει τα έως τώρα δεδομένα και ανεβάζει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ρινοπλαστική στα κατάλληλα χέρια είναι η επέμβαση που δουλεύει στη μύτη έως την παραμικρή λεπτομέρεια, μετρώντας όλες τις αναλογίες και υπολογίζοντας όλες τις πιθανές μετεγχειρητικές μεταβολές. Η αξιοπιστία των νέων τεχνικών ελέγχεται από τα άριστα και σταθερά αποτελέσματα στην πορεία του χρόνου. Μπορούμε λοιπόν με επιτυχία και ασφάλεια να αναλάβουμε κάθε τύπο μύτης και κάθε είδους αισθητικά και λειτουργικά προβλήματα. Δεν πρέπει κανείς να απογοητεύεται και να μένει με προβλήματα, αφού υπάρχουν λύσεις, αρκεί να απευθυνθεί στον ειδικό ρινοπλαστικό.

5) Θα έχω μώλωπες μετά την επέμβαση; ΑΛΗΘΕΙΑ. Εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης και την ποιότητα

του δέρματος. Συνήθως ασθενείς με λεπτό και λευκό δέρμα μελανιάζουν πιο εύκολα. Εάν η επέμβαση περιλαμβάνει μετακίνηση των ρινικών οστών για να ισιώσει η μύτη, είναι πιθανότερο να έχουμε κάποιους μώλωπες, που όμως υποχωρούν γρήγορα τις πρώτες 8-10 ημέρες.

6) Υπάρχει μεγάλη περίοδος ανάρρωσης μετά τη ρινοπλαστική; Το αποτέλεσμα αργεί να φανεί; ΜΥΘΟΣ. Αυτό εξαρτάται από την εμπειρία του χειρουργού, τις τεχνικές και τα εργαλεία που χρησιμοποιεί. Έτσι λοιπόν θα αναζητάτε μαρτυρίες από προηγούμενους ασθενείς του ίδιου χειρουργού, ώστε να είστε βέβαιοι ότι η μετεγχειρητική πορεία θα είναι ανώδυνη και η αποκατάσταση θα είναι άμεση. Το αποτέλεσμα φαίνεται αμέσως και η μύτη έχει ξεπρηστεί καλά, 80% -85% ήδη μέσα στις πρώτες 15 μέρες μετά την επέμβαση με αποτέλεσμα την γρήγορη επάνοδο του ασθενούς στις δραστηριότητές του. Ωστόσο διαγράφονται σταδιακά οι γραμμές της μύτης και φαίνεται ακόμη πιο κομψή τους επόμενους μήνες.

Αυτό εξαρτάται από την εμπειρία του χειρουργού, τις τεχνικές και τα εργαλεία που χρησιμοποιεί. Έτσι λοιπόν θα αναζητάτε μαρτυρίες από προηγούμενους ασθενείς του ίδιου χειρουργού, ώστε να είστε βέβαιοι ότι η μετεγχειρητική πορεία είναι ανώδυνη και η αποκατάσταση θα είναι άμεση. Το αποτέλεσμα φαίνεται αμέσως και η μύτη έχει ξεπρηστεί, ώστε να εμφανίζεται κανείς στις υποχρεώσεις του κατά 80-85% τις πρώτες 15 ημέρες! Ωστόσο διαγράφονται σταδιακά οι γραμμές της μύτης και φαίνεται ακόμη πιο κομψή τους επόμενους μήνες.

Η αξιοπιστία των νέων τεχνικών ελέγχεται από τα άριστα και σταθερά αποτελέσματα στην πορεία του χρόνου.

Υπεριδρωσία των χεριών

ΥΠΑΡΧΕΙ ΛΥΣΗ;



Τι είναι η υπεριδρωσία;

Ως υπεριδρωσία χαρακτηρίζεται η υπέρμετρη έκκριση ιδρώτα πέραν της φυσιολογικής ποσότητας που χρειάζεται για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Η υπεριδρωσία αφορά το 2-3% του πληθυσμού, προσβάλλοντας εξίσου και τα δύο φύλα, ενώ ξεκινά κατά τη δεύτερη ή τρίτη δεκαετία της ζωής μας.

Όταν αφορά όλο το σώμα, είναι σύμπτωμα μιας νοσηρής οντότητας (π.χ. λοίμωξη, ρευματικά νοσήματα). Πολλές φορές όμως είναι εντοπισμένη σε περιοχές όπως μασχάλη, πέλματα, παλάμες χεριών και είναι ιδιαίτερα ενοχλητική, αφού δυσχεραίνει την καθημερινότητα και την εργασία του ατόμου. Ειδικά η εντόπιση της υπεριδρωσίας στις παλάμες δημιουργεί έντονα προβλήματα στον ασθενή και ενίοτε δεν μπορεί να εργασθεί. Πολλές φορές φθάνει σε βαθμό αντικοινωνικό, αφού δεν μπορεί «να δώσει το χέρι» για μια χειραψία.

Πώς θεραπεύεται;

Η θεραπεία είναι αρκετά εύκολη με μια θωρακοσκοπική επέμβαση. Η νοσηλεία διαρκεί 1-2 ημέρες.

Γίνεται μέσω 2-3 μικρών οπών διαμέτρου 1 cm. Το χειρουργείο στοχεύει στη διατομή νευρών που προκαλούν την υπερέκκριση ιδρώτα. Αυτά τα νεύρα προέρχονται από ένα σύστημα αυτόνομο νευρικό, που λέγεται συμπαθητικό. Εκπορεύονται από τη συμπαθητική άλυσσο δίπλα στη σπονδυλική στήλη. Επιλεγμένα κόβονται χειρουργικά αυτά που ρυθμίζουν τη θερμοκρασία στις παλάμες των χεριών. Έτσι σταματά η υπεριδρωσία. Το αποτέλεσμα είναι άμεσο. Η επέμβαση αυτή εφαρμόζεται και σε άλλες παθήσεις αγγειοκινητικές, όπως το σύνδρομο Raynaud. Οι επιπλοκές της επέμβασης είναι σπάνιες.

Θα αναρωτηθεί κανείς: Δεν υπάρχουν συνέπειες από τη διατομή αυτών των νευρών; Μπορεί να αναπτυχθεί ξηρότητα στην περιοχή (πολύ σπάνια). Επίσης, μπορεί να ιδρώνει ο ασθενής σε γειτονικές περιοχές λίγο περισσότερο αντιρροπιστικά. Οι διεθνείς στατιστικές δείχνουν πως το 92-97% των ασθενών που χειρουργήθηκαν έμειναν ευχαριστημένοι από το αποτέλεσμα. Το ποσοστό αυτό καταδεικνύει την αξία της τεχνικής με την άμεση αποτελεσματικότητά της.



Κοσμάς Ηλιάδης
Χειρουργός Θώρακος,
Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

Συχνές ερωτήσεις για τον καρκίνο του ενδομητρίου

Συχνά αναφέρεται ως καρκίνος της μήτρας, όμως είναι ο καρκίνος που αναπτύσσεται στην εσωτερική επένδυση της μήτρας και είναι ο 4ος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες.

Πόσο επιθετικός είναι;

Αναπτύσσεται αργά, είναι συνήθως ήπια ή μέτρια επιθετικός και το σημαντικότερο, επειδή παρουσιάζει συμπτώματα νωρίς, διαγιγνώσκεται στις περισσότερες περιπτώσεις (περίπου στο 70-75%) σε αρχικό στάδιο, δηλαδή πρώτο ή δεύτερο (από συνολικά 4 στάδια εξάπλωσης των κακοηθειών).

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Η παρουσία αίματος «σαν περίοδος» σε μια γυναίκα στην εμμηνόπαυση ή η επιδεινούμενη αιμορραγία στην έμμηνο ρύση ή η παρουσία επίμονης αιμορραγίας σε φάση εκτός περιόδου σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας (ειδικά σε εκείνες άνω των 35 ετών).

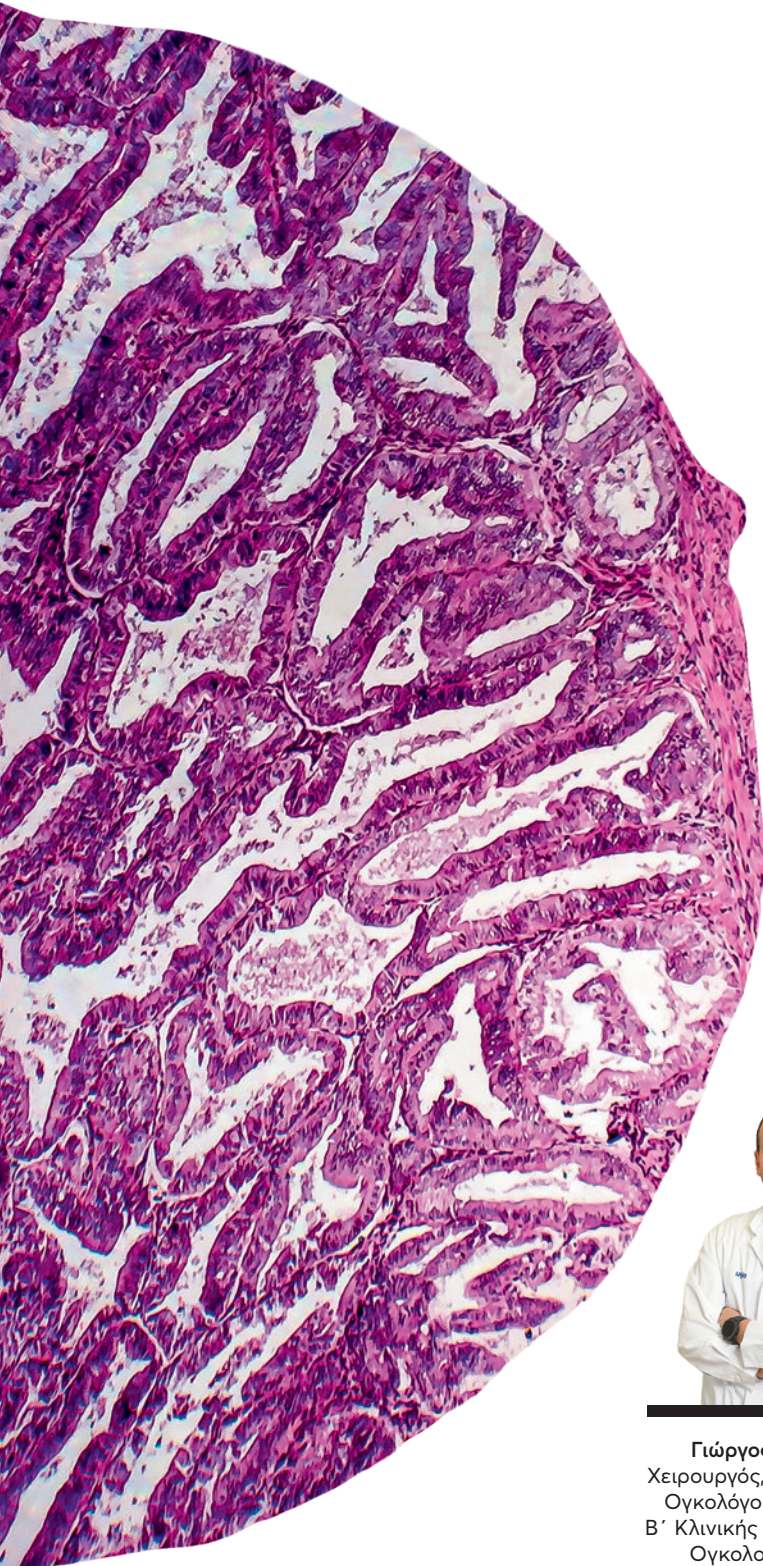
Σημαντική σημείωση: Τα παραπάνω συμπτώματα δεν είναι αποκλειστικά του καρκίνου του ενδομητρίου: τις περισσότερες φορές οφείλονται σε ποικίλες καλοήθεις γυναικολογικές παθήσεις (ορμονικές ανωμαλίες, πολύποδες, ινομώματα, ατροφία, λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων κ.ά.), αλλά δεν θα πρέπει να ξεχνάμε και τη μικρότερη, αλλά υπαρκτή πιθανότητα κακοήθειας.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου τεκμηριώνεται οριστικά με τη βιοψία του ενδομητρίου. Αρχικά βέβαια, η υποψία για καρκίνο του ενδομητρίου τίθεται με τα συμπτώματα που προαναφέραμε σε συνδυασμό με τα ευρήματα από τον υπέρηχο ή τη μαγνητική τομογραφία. Τα τελευταία μπορεί να δείχνουν πάχυνση στο ενδομήτριο (μεγαλύτερη ή ίση με 5 χιλιοστά) ειδικά σε μια γυναίκα στην εμμηνόπαυση με πρόσφατη παρουσία αίματος.

Σημαντική σημείωση: Η πάχυνση του ενδομητρίου που συχνά ακούμε δεν είναι αξιόπιστο εύρημα για να θέσει την υποψία καρκίνου του ενδομητρίου, όταν αφορά ασυμπτωματικές γυναίκες στην





εμμηνόπαυση (χωρίς αίμα) ή προ-εμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Πώς γίνεται η βιοψία του ενδομητρίου;

Είτε στο ιατρείο, με τη χρήση ενός λεπτού αναρροφητικού καθετήρα που μπαίνει στη μήτρα μέσα από την οπή του τραχήλου, είτε ως εξωτερική ασθενής στο νοσοκομείο, με ήπια αναισθησία και με την τεχνική της απόξεσης ενδομητρίου με ή χωρίς τη χρήση υστεροσκοπίου.

Ποια είναι η θεραπεία του;

Η θεραπεία είναι πρωτίστως χειρουργική. Περιλαμβάνει κατά βάση την ολική αφαίρεση μήτρας, σαλπίνγων και ωοθηκών. Εάν υπάρχει υποψία επέκτασης εκτός της μήτρας, γίνεται και αφαίρεση πνευλικών και παρα-αορτικών λεμφαδένων και η επέμβαση τότε λέγεται ολική υστερεκτομή και χειρουργική σταδιοποίηση. Τέλος, μετά την επέμβαση με βάση τα τελικά ευρήματα και τη βιοψία, μπορεί να ακολουθήσει συμπληρωματική ακτινοβολία ή και χημειοθεραπεία.

Ποια είναι η χειρουργική τεχνική για την αφαίρεση της μήτρας ή και των λεμφαδένων στον καρκίνο του ενδομητρίου;

Η Λαπαροσκοπική ή Ρομποτική –εφόσον υπάρχει η τεχνολογική υποδομή– ολική υστερεκτομή και σταδιοποίηση (με ή χωρίς τη χρήση φρουρού λεμφαδένα). Η επέμβαση με ανοικτή τομή είναι τελευταία επιλογή στον καρκίνο ειδικά του ενδομητρίου και γίνεται αν ο χειρουργός κρίνει ότι πρέπει να ανοίξει την κοιλιά λόγω τεχνικών λόγων, επιπλοκών κ.ά. Προφανώς ο ειδικός γυναικολόγος-ογκολόγος είναι εκπαιδευμένος να εκτελεί αυτές τις χειρουργικές επεμβάσεις με τις πιο σύγχρονες μεθόδους, αλλά και με την κλασική μέθοδο αν το κρίνει αναγκαίο.



Γιώργος Χείλαρης
Χειρουργός, Γυναικολόγος-
Ογκολόγος, Διευθυντής
Β' Κλινικής Γυναικολογικής
Ογκολογίας ΥΓΕΙΑ

Τα πλεονεκτήματα σε σχέση με την ίδια επέμβαση με ανοικτή τομή είναι η μικρότερη απώλεια αίματος, οι λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και νοσηρότητες, η παραμονή στο νοσοκομείο για ένα 24ωρο και η ταχύτερη ανάρρωση και επάνοδος στην καθημερινότητα, το ογκολογικό αποτέλεσμα, η πληρότητα και ποιότητα του καθαρισμού και η πρόγνωση είναι ίδια με την ανοικτή επέμβαση γι' αυτόν τον τύπο κακοήθειας (όπως έχει επιβεβαιωθεί από πολλές και μεγάλης κλίμακας επιστημονικές μελέτες).



Σακχαρώδης διαβήτης κύησης

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ



Βασίλης Μπακούλας
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος,
Επιστ. Συνεργάτης ΛΗΤΩ

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης είναι μια συχνή παθολογική κατάσταση στην εγκυμοσύνη και έχει ποικίλες επιδράσεις τόσο στην έγκυο όσο και στο νεογνό. Κατά την πρώτη επίσκεψη συστήνεται ο έλεγχος όλων των εγκύων (γενικός πληθυσμός) για ΣΔ με μέτρηση σακχάρου νηστείας στο φλεβικό αίμα. Στην περίπτωση κατά την οποία οι μετρήσεις είναι:

- < 92 mg/dl, τότε γίνεται καμπύλη σακχάρου μεταξύ 24 και 28 εβδομάδων κύησης
- 92 με 125 mg/dl, τότε ακολουθείται εξατομικευμένη διατροφή και

- επανάληψη σε 2 εβδομάδες
- >125 mg/dl, τότε τίθεται διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου II.

Συστήνεται η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (όποτε και αν αυτή λάβει χώρα) να διενεργείται με 75 g γλυκόζης από του στόματος και οι αιμοληψίες να λαμβάνουν χώρα κατά τη νηστεία, 60 min και 120 min μετά τη λήψη της γλυκόζης. Η διάγνωση του ΣΔΚ τίθεται εάν στη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης μία (1) τουλάχιστον από τις τρεις (3) τιμές υπερβαίνει τα παρακάτω όρια:

- Νηστείας >92 mg/dl
- 60 min >180 mg/dl
- 120 min >153 mg/dl.

Εάν η τυχαία (μη νηστείας) συγκέντρωση της γλυκόζης κατά την 1η επίσκεψη (1ο τρίμηνο) είναι >200 mg/dl, τότε τίθεται η διάγνωση του προϋπάρχοντος σακχαρώδους διαβήτη.

Προτείνεται η επανάληψη της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης (ακόμη και επί φυσιολογικού προηγούμενου αποτελέσματος), όταν διαπιστώνεται μακροσωμία εμβρύου στο υπερηχογράφημα ανάπτυξης που πραγματοποιείται κατά την 30ή-34η εβδομάδα κύησης (περίμετρος κοιλίας >75η εκατοστιαία θέση) ή/και υδράμνιο ή η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται υψηλού κινδύνου για ΣΔ.

1. Εγκυμοσύνη Υψηλού κινδύνου για ΣΔ

Υπολογίζεται ο εξατομικευμένος κίνδυνος για κάθε κύηση, ο οποίος προκύπτει από συνδυασμό προηγούμενου ιστορικού και μετρήσεων στην παρούσα κύηση. Ειδικότερα λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

- Δημογραφικά, ατομικό αναμνηστικό με ΣΔ
- Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό (IUD ή έμβρυο με βάρος γέννησης > 4.000 γρ.)
- Παχυσαρκία ή πρόσληψη βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Υπέρταση
- Εμβρυϊκή μακροσωμία ή AC > 75ης εκ. θέσης
- IUGR ή EFW < 10ης εκ. θέσης.

2. Παρακολούθηση κύησης με ΣΔ

Συστήνεται η παρακολούθηση της εγκύου από μαιευτήρα σε συνεργασία με ενδοκρινολόγο. Καθημερινή μέτρηση σακχάρου νηστείας, το οποίο πρέπει να είναι έως 92 mg/dl και 60 min από την έναρξη κύριου γεύματος, το οποίο πρέπει να είναι έως 140 mg/dl. Υπερηχογραφικά είναι πολύ σημαντική η πρώτη επίσκεψη και ο καθορισμός της ηλικίας της κύησης με βάση το CRL. Ο καθορισμός του ρίσκου για χρωμοσωμικές ανωμαλίες γίνεται με το υπερηχογράφημα της ΑΔ και β επιπέδου. Δεν αποτελεί παράμετρο ο ΣΔΚ για επιπλέον υπερηχογράφημα εμβρυϊκής καρδιάς. Από τις 28 εβδομάδες εγκυμοσύνης συστήνεται υπερηχογραφική παρακολούθηση του εμβρύου κάθε 3 εβδομάδες αν παραμένει ελεγχόμενος με διατροφή ή κάθε 2 εβδομάδες αν έχει προστεθεί ινσουλίνη. Σε

κάθε περίπτωση εξατομικεύεται η παρακολούθηση εάν συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος θα πρέπει να περιλαμβάνει αναλογία HC/AC, EFW, AFI και καταγραφή εμβρυϊκών κινήσεων. Είναι επιβεβλημένο το βιοφυσικό προφίλ του εμβρύου σε εβδομαδιαία βάση από τις 34 εβδομάδες (διατροφή) ή από τις 32 εβδομάδες (χρήση ινσουλίνης).

3. Μαιεύση

Η μαιεύση θα πρέπει να γίνεται σε κέντρο όπου θα υπάρχει 24ωρη νεογνολογική κάλυψη. Συστήνεται αναμονή για αυτόματη έναρξη του τοκετού έως την πιθανή ημερομηνία τοκετού και πρόκληση τοκετού, όπως καθορίζεται από τα εθνικά πρωτόκολλα, έως 40+0 εβδομάδων κύησης σε γυναίκες με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με διατροφή και άσκηση, χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.

Η πιθανή ημερομηνία τοκετού καθορίζεται με βάση το CRL του εμβρύου κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης. Συστήνεται πρόκληση τοκετού έως 39+0 εβδομάδων κύησης, με βάση την πιθανή ημερομηνία τοκετού, σε γυναίκες με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με ινσουλίνη, χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Η πιθανή ημερομηνία τοκετού καθορίζεται με βάση το CRL του εμβρύου κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης.

Προτείνεται η εκλεκτική καισαρική τομή σε περιπτώσεις ΣΔΚ και υπερηχογραφικά εκτιμώμενου εμβρυϊκού βάρους >4.500 γρ. (στις 38-39 εβδομάδες), με σκοπό τη μείωση της νεογνικής και μητρικής νοσηρότητας, κυρίως εξαιτίας πιθανής δυστοκίας των ώμων. Συστήνεται να προηγηθεί ενημέρωση των γονέων σχετικά με την περιορισμένη ακρίβεια της εκτίμησης του εμβρυϊκού βάρους. Συστήνεται τερματισμός της χορήγησης ινσουλίνης μετά τον τοκετό σε γυναίκες με ΣΔΚ υπό ινσουλίνη. Κατά την 1η και τη 2η ημέρα μετά τον τοκετό, συστήνονται μετρήσεις γλυκόζης νηστείας στο εργαστήριο.

4. Λοχεία

Συστήνεται διεξαγωγή δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης δύο (2) έως τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό σε όλες τις γυναίκες με διάγνωση ΣΔΚ.

Υπολογίζεται ο εξατομικευμένος κίνδυνος για κάθε κύηση, ο οποίος προκύπτει από συνδυασμό προηγούμενου ιστορικού και μετρήσεων στην παρούσα κύηση.

Ασφάλεια της εγκύου στις μετακινήσεις



Παναγιώτης Λεκάκος
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος,
Επιστ. Συνεργάτης ΛΗΤΩ

Οι μετακινήσεις με κάθε είδους μέσο είναι συνηθισμένες και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Πρέπει να γίνονται; Αν ναι, τι πρέπει να προσέχει η έγκυος; Οι μετακινήσεις μπορούν να γίνονται με όλα τα μέσα μεταφοράς, υπό την απαραίτητη προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για την έγκυο. Ο μόνος που μπορεί να το κρίνει αυτό είναι ο θεράπων ιατρός. Στις μετακινήσεις η έγκυος πρέπει να φοράει ευρύχωρα και άνετα ρούχα και να είναι καθιστή. Αν το ταξίδι είναι πολύωρο, πρέπει να είναι ξεκούραστη, να έχει ελαφρύ γεύμα, πρέπει να έχει μαζί της νερό, σνακ, αντισηπτικό υγρό, μαντηλάκια και να έχει προβλέψει για τα φάρμακά της.

Ανά μία με δύο ώρες πρέπει να ξεμουδιάζει κάνοντας μερικά βήματα και όσο είναι καθιστή πρέπει να κινεί τα πόδια της. Αυτό βοηθάει στην κυκλοφορία του αίματος.

Αυτοκίνητο

Η έγκυος μπορεί να βρίσκεται στο αυτοκίνητο ως οδηγός, εφόσον βέβαια το επιτρέπει η πορεία της εγκυμοσύνης, αλλά και ως επιβάτης σε οποιαδήποτε θέση. Σε όλες τις περιπτώσεις η πρόσδεση με τη ζώνη ασφαλείας είναι ο κανόνας, αλλά το επιβάλλει και ο κώδικας οδικής κυκλοφορίας. Για να έχει η ζώνη ασφαλείας το επιθυμητό αποτέλεσμα, πρέπει να είναι σε επαφή με το σώμα, να εφαρμόζει καλά πάνω στο σώμα και όχι χαλαρά, και να μην

περνάει πάνω από χοντρά ρούχα. Το διαγώνιο τμήμα της ζώνης πρέπει να περνάει ανάμεσα από τους μαστούς και το τμήμα της ζώνης που είναι ψηλά να είναι περίπου στο μεσοδιάστημα λαιμού και ώμου. Δεν πρέπει να ακουμπάει ή να είναι κοντά στον λαιμό. Το άλλο τμήμα της ζώνης που βρίσκεται στη μέση πρέπει να μην ακουμπάει στην κοιλιά. Πρέπει αυτό να ακουμπάει στα οστά της λεκάνης. Πρακτικά σημαίνει ότι τραβάμε τη ζώνη να εφαρμόσει όσο πιο χαμηλά γίνεται. Η ρύθμιση του καθίσματος πρέπει να είναι σε όρθια θέση και η πλάτη του σώματος να είναι σε επαφή με το κάθισμα. Μπορεί να χρειάζεται ένα μαξιλαράκι μέσης αυτοκινήτου, για πιο άνετη θέση και στήριξη του σώματος.

Τα μαξιλαράκια της κεφαλής που βρίσκονται στα καθίσματα έχουν μεγάλη αξία, παρότι δεν τους έχει δοθεί η πρέπουσα σημασία. Αυτά τα μαξιλαράκια δεν είναι για να ξεκουράζεται το κεφάλι. Το μαξιλαράκι της κεφαλής προφυλάσσει τον αυχένα από τη βίαιη εκτίναξη της κεφαλής προς τα πίσω σε περίπτωση σύγκρουσης. Το μαξιλαράκι πρέπει να υψωθεί όσο πιο ψηλά γίνεται, μέχρι του σημείου να είναι άνετα. Αυτό γίνεται αφού υψώσουμε το μαξιλαράκι τουλάχιστον μέχρι το ύψος των αυτιών (το επάνω τμήμα του μαξιλαριού να είναι περίπου στο ίδιο ύψος με την επάνω άκρη των αυτιών). Το άλλο που πρέπει να πετύχουμε είναι το πίσω μέρος της κεφαλής να είναι όσο πιο κοντά γίνεται στο μαξιλαράκι. Οι αερόσακοι δεν πρέπει να απενεργοποιηθούν. Τέλος, η έγκυος, εφόσον βρίσκεται στη θέση του οδηγού, πρέπει να μετακινήσει το κάθισμα ώστε το τιμόνι να μην ακουμπάει στην κοιλιά, αλλά και να μπορούν τα πόδια να κειρίζονται άνετα τα πεντάλ. Καλό θα είναι, αν υπάρχει η δυνατότητα, να μετακινηθεί το τιμόνι και να έχει κατεύθυνση προς τον θώρακα. Η απόσταση μεταξύ θώρακα και τιμονιού πρέπει να είναι 20-25 εκατοστά. Επίσης, καλό θα είναι μέσα στην καμπίνα του αυτοκινήτου να υπάρχουν μόνο τα απαραίτητα, και αυτά πρέπει να είναι συσκευασμένα και ασφαλισμένα, ώστε σε περίπτωση απότομου φρεναρίσματος ή ατυχήματος να μην εκσφενδονισθούν. Μικρά και μεγάλα αντικείμενα

μπορεί να προκαλέσουν σοβαρούς τραυματισμούς, ακόμα και να δυσχεράνουν τον απεγκλωβισμό από το αυτοκίνητο σε περίπτωση ανάγκης.

Τέλος στην περίπτωση που επίκειται σύγκρουση και γίνεται αντιληπτό, καλό θα είναι όλο το σώμα και το κεφάλι μαζί να εφαρμόσει, να ακουμπήσει όσο πιο δυνατά μπορεί στην πλάτη του καθίσματος και το κεφάλι στο αντίστοιχο μαξιλαράκι, βάζοντας δύναμη στα χέρια. Με αυτόν τον τρόπο και τη βοήθεια της ζώνης ασφαλείας, των αερόσακων και των μαξιλαριών της κεφαλής προσπαθούμε να μειώσουμε τη βίαιη μετακίνηση του σώματος, που είναι η κύρια αιτία τραυματισμού. Στην περίπτωση που συμβεί ατύχημα με το αυτοκίνητο, ακόμα και αν έχουμε πάρει όλα τα πιο πάνω μέτρα και όσο ελαφρύ και αν είναι, πρέπει να ενημερώσουμε τον θεράποντα ιατρό και στην ανάγκη να επισκεφθούμε το νοσοκομείο για άμεση αξιολόγηση της κατάστασης.

Αεροπλάνο

Τα ταξίδια με το αεροπλάνο επιτρέπονται, καθώς και ο έλεγχος της εγκύου από τις πύλες ασφαλείας (χρειάζεται επιβεβαίωση σε κάθε αεροδρόμιο). Κάθε αεροπορική εταιρεία έχει τους δικούς της κανόνες, γι' αυτό πρέπει να υπάρχει πρώτα ενημέρωση της εταιρείας. Η άδεια του θεράποντος ιατρού για πτήση με το αεροπλάνο είναι απαραίτητη. Συνήθως τα ταξίδια επιτρέπονται μέχρι την 36η εβδομάδα για μονή κύηση και μέχρι την 32η εβδομάδα για διδυμο κύηση. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειασθεί η χορήγηση οξυγόνου στη διάρκεια της πτήσης, αλλά καλό θα είναι γι' αυτό να έχει γίνει ενημέρωση και προγραμματισμός από πριν.

Πάντα η έγκυος είναι καθιστή, κατά προτίμηση σε θέση δίπλα στον διάδρομο, φοράει συνέχεια τη ζώνη (υπάρχει κίνδυνος απροειδοποίητων αναταράξεων), πίνει νερό και περπατάει ανά μία ώρα, ενώ όταν κάθεται κινεί τα πόδια. Αυτά είναι πιο επιβεβλημένα να γίνονται στην πτήση με αεροπλάνο σε σύγκριση με τα άλλα μέσα.

Ελικόπτερο

Γενικά η έγκυος, μπορεί και με το ελι-

κόπτερο να ταξιδέψει. Η επιβίβαση και η αποβίβαση από αυτό γίνονται μόνο μετά από εντολή του πιλότου. Η κατεύθυνση για την είσοδο και την έξοδο από το ελικόπτερο είναι μόνο από μπροστά, για να έχει οπτική επαφή ο πιλότος και ειδικά όταν είναι σε λειτουργία ο έλικας. Στην καμπίνα του ελικοπτέρου είναι ελάχιστα αυτά που επιτρέπεται να έχει η έγκυος μαζί της. Επίσης η εταιρεία χρειάζεται να γνωρίζει το βάρος του κάθε επιβάτη, για να γίνει ισομερής κατανομή του βάρους στο ελικόπτερο. Δεν μπορεί να γίνει αλλαγή θέσης, αλλά ούτε και μετακίνηση επιβάτη κατά τη διάρκεια της πτήσης χωρίς την άδεια του πιλότου. Η χρήση της ζώνης ασφαλείας είναι απαραίτητη. Πιθανό πρόβλημα για την έγκυο είναι και η έλλειψη τουαλέτας στο ελικόπτερο. Η χρήση της τουαλέτας πριν από την επιβίβαση για ένα ολιγόωρο ταξίδι ίσως είναι η λύση σε αυτό το θέμα, που είναι υπαρκτό.

Πλοίο, τρένο

Και εδώ κάθε εταιρεία έχει τους κανόνες της. Χρειάζεται ενημέρωση από πριν. Το ταξίδι με το πλοίο καλό είναι να αποφεύγεται το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης όταν υπάρχουν συμπτώματα ναυτίας. Είναι αυτονόητο ότι στη διανυκτέρευση σε καμπίνα η έγκυος κοιμάται στο χαμηλότερο κρεβάτι-κουκέτα. Με αυτά τα μέσα το ταξίδι είναι πιο άνετο, υπάρχει ελευθερία κίνησης και η διαδρομή είναι ευχάριστη. Προσοχή χρειάζεται για αποφυγή συνωστισμού, προς προφύλαξη από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, αλλά και λόγω του αισθήματος της ναυτίας που υπάρχει εξαιτίας της ευαισθησίας στις διάφορες οσμές.

Λεωφορεία

Αποφυγή συνωστισμού, πάντα καθιστή, καλός αερισμός.

Γενικά στις μετακινήσεις, όταν αυτές επιτρέπονται, πρέπει να υπάρχει ένας καλός προγραμματισμός από πριν, ειδικά στις πολύωρες. Χρειάζονται ένας φάκελος με όλες τις εξετάσεις της εγκυμοσύνης, το τηλέφωνο του θεράποντος ιατρού σε πρώτη ζήτηση, ο ΑΜΚΑ της εγκύου, σνακ, νερό, φάρμακα, αντισηπτικό υγρό, μαντηλάκια, και όλα θα πάνε καλά.

Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών



Σαμάνθα Κασπαριάν
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος,
Επιστ. Συνεργάτης ΛΗΤΩ

ΑΙΤΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ), το οποίο αρχικά ονομάστηκε Σύνδρομο Stein-Leventhal, είναι μία από τις πιο συνηθισμένες ενδοκρινικές διαταραχές στη γυναίκα. Είναι μια πολύπλοκη ετερογενής διαταραχή με ασαφή αίτια, αλλά υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις ότι σε μεγάλο βαθμό έχει γενετικό υπόβαθρο. Είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπερανδρογοναιμία, ωοθηκική δυσλειτουργία και ωοθήκες πολυκυστικής μορφολογίας. Η υπερανδρογοναιμία κλινικά εκδηλώνεται με υπερτρίχωση, ακμή και αλωπεκία. Η δε διαταραχή της

ωοθυλακιορρηξίας με διαταραχές εμμήνου ρύσεως και με υπογονιμότητα. Η πολυκυστική μορφολογία των ωοθηκών συνδέεται με τη διαταραχή της εξέλιξης των ωοθυλακίων και ανιχνεύεται με υπερηχογραφικό έλεγχο. Η διάγνωση του συνδρόμου τίθεται με την παρουσία συνδυασμού διαγνωστικών κριτηρίων, τη λήψη ενός λεπτομερούς ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και με τη φυσική εξέταση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Η FSH (θυλακιότροπος ορμόνη) θα είναι φυσιολογική ή χαμηλή.
- Η LH (ωχρινιοποιητική ορμόνη) θα είναι αυξημένη.

- Η Ολική όσο και η ελεύθερη τεστοστερόνη συνήθως είναι αυξημένες.
- Η DHEA-S (Θειική Δεϋδροεπιανδροστερόνη), η οποία διενεργείται για τον αποκλεισμό του όγκου των επινεφριδίων, είναι συχνά ελαφρώς αυξημένη σε γυναίκες με ΣΠΩ.
- Η Οιστραδιόλη μπορεί να είναι φυσιολογική ή αυξημένη.
- Η Σφαιρίνη δεσμεύουσα τις ορμόνες του φύλου (SHBG) μπορεί να είναι μειωμένη.
- Η Ανδροστενεδιόνη μπορεί να είναι αυξημένη.
- Λιπιδαιμικό προφίλ (χαμηλή HDL, αυξημένη LDL, αυξημένη χοληστερόλη και τριγλυκερίδια).
- Αυξημένη τιμή γλυκόζης νηστείας και διαταραγμένη καμπύλη σακχάρου.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- Ανίχνευση πολυκυστικών ωοθηκών σε μία ή αμφότερες τις ωοθήκες.
 - Δώδεκα ή περισσότερα ωοθυλάκια διαμέτρου 2-9 χιλιοστών ή αυξημένος όγκος ωοθήκης (>10 cm³).
 - Αναγνώριση ανωμαλιών του ενδομητρίου.
- Η παρουσία μιας πολυκυστικής ωοθήκης αρκεί για να τεκμηριώσει τη διάγνωση.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει άλλες αιτίες υπερέκκρισης ανδρογόνων, όπως:

- Ανδρογονοπαραγωγοί όγκοι
- Εξωγενής πρόσληψη ανδρογόνων
- Σύνδρομο Cushing
- Μεγαλακρία
- Μη κλασική μορφή συγγενούς υπερπλασίας επινεφριδίων
- Γενετικό έλλειμμα δράσης ινσουλίνης
- Πρωτοπαθής υποθαλαμική αμηνόρροια
- Πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια

- Θυρεοειδική νόσος
- Διαταραχές προλακτίνης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

• Αντιμετώπιση Παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία συνεισφέρει ουσιαστικά στις αναπαραγωγικές και μεταβολικές διαταραχές σε γυναίκες με ΣΠΩ. Η απώλεια του βάρους οδηγεί σε μείωση των κυκλοφορούντων ανδρογόνων και επαναφέρει την έμμηνου ρύση. Βελτιώνει τα ποσοστά κύησης, μειώνει την υπερτρίωση και επαναφέρει τα επίπεδα της γλυκόζης και των λιπιδίων στα φυσιολογικά.

• Αντιμετώπιση διαταραχών Εμμηνορρυσίας

Τα συνδυασμένα χαμηλής δόσης αντισυλληπτικά από το στόμα είναι τα πιο συχνά χορηγούμενα για τη ρύθμιση του κύκλου. Καταστέλλουν την υποφυσιακή LH, την ωοθηκική παραγωγή ανδρογόνων και την αύξηση της SHBG.

• Ινσουλινο-ευαισθητοποιητικοί παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση ινσουλινο-ευαισθητοποιητικών παραγόντων, με κύριο εκπρόσωπο τη Μετφορμίνη, βελτιώνουν την ευαισθησία της ασθενούς στην ινσουλίνη, μειώνουν τα κυκλοφορούντα ανδρογόνα, βελτιώνουν την ωοθυλακιορρηξία και την ανοχή στη γλυκόζη.

• Μείωση κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου και διαβήτη

Η αύξηση της άσκησης συνδυαστικά με σωστή διατροφή μειώνει τον κίνδυνο.

• Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας

• Αντιμετώπιση υπερτρίωσης

Κάθε γυναίκα πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά με βάση τις προσωπικές της ανάγκες και απαιτήσεις. Τη γνώση και εμπειρία για τη σωστή αντιμετώπιση έχει ο εξειδικευμένος γυναικολόγος. Στόχος είναι η αποκατάσταση της γονιμότητας και της αναπαραγωγικής λειτουργίας της γυναίκας, αλλά και η προστασία από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του συνδρόμου.

Η διάγνωση του συνδρόμου τίθεται με την παρουσία συνδυασμού διαγνωστικών κριτηρίων, τη λήψη ενός λεπτομερούς ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και με τη φυσική εξέταση.

Αποτρίχωση με Laser

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Όλο και περισσότερες γυναίκες αλλά και άντρες επιλέγουν πια για την αποτρίχωσή τους τη μέθοδο του laser. Καλό θα ήταν, λοιπόν, να ρίξουμε λίγο φως στο θέμα αυτό και να διαχωρίσουμε τους ΜΥΘΟΥΣ από τις ΑΛΗΘΕΙΕΣ.



Ευγενία Γιαρένη-Βεργινάδη
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Υπεύθυνη Τμήματος Laser
- Αποτρίχωσης ΛΗΤΩ





1. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα σημεία του σώματος. ΑΛΗΘΕΙΑ. Το laser μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε περιοχές του προσώπου, όπως άνω χείλος, πηγούνι, παρειές ή και σε ολόκληρο το πρόσωπο και τον λαιμό αν χρειάζεται, όσο και σε περιοχές του σώματος όπως χέρια, στήθος, κοιλιακή χώρα, μπικίνι, μασχάλες, πόδια.

2. Είναι επικίνδυνο για τον «ασθενή». ΜΥΘΟΣ.

Πρόκειται για μια εντελώς ακίνδυνη δέσμη φωτός, που μετατρέπεται σε θερμική ενέργεια και απορροφάται επιλεκτικά από τη μελανίνη του τριχικού θύλακα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή των αναγεννητικών κυττάρων που παράγουν τριχοφυΐα. Το laser δρα αποκλειστικά και μόνο στον στόχο, αφήνοντας ανέπαφη τη γύρω περιοχή.

3. Υπάρχουν αντενδείξεις στην εφαρμογή του laser αποτρίχωσης. ΑΛΗΘΕΙΑ.

Υπάρχουν κάποιες αντενδείξεις για την εφαρμογή του laser αποτρίχωσης και γι' αυτό είναι πολύ σημαντική η σωστή λήψη του ιστορικού του υποψήφιου για αποτρίχωση ατόμου πριν από την εφαρμογή της θεραπείας.

4. Υπάρχει κίνδυνος για τα μάτια.

ΜΥΘΟΣ. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τόσο ο χειριστής όσο και ο «ασθενής» φορούν ειδικά προστατευτικά γυαλιά, προς αποφυγήν οφθαλμικών βλαβών.

5. Είναι η καινούργια μόδα το laser αποτρίχωσης στην παιδική ηλικία. ΑΛΗΘΕΙΑ.

Όλο και περισσότερο αυξάνεται η ζήτηση για αποτρίχωση με laser από την παιδική ηλικία. Πολύ συχνά καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε την ανεπιθύμητη τριχοφυΐα στο άνω χείλος (συνήθως για αρχή) και στη συνέχεια και σε περιοχές όπως οι μασχάλες και το μπικίνι, ειδικά σε νεαρές στην προεφηβεία που αθλούνται (π.χ. μπαλέτο, κολύμβηση). Ενημερώνουμε τους γονείς ότι πρόκειται για μια μέθοδο όχι εντελώς ανώδυνη, καθώς επίσης και για το ότι θα χρειαστεί ικανός αριθμός συνεδριών για να ελεγχθεί η τριχοφυΐα.



6. Πρόκειται για ανώδυνη μέθοδο. ΜΥΘΟΣ. Δεν θα έλεγα ότι πρόκειται για μια ανώδυνη μέθοδο. Θα έλεγα ωστόσο ότι πρόκειται για κάτι ανεκτό και, επειδή το αποτέλεσμα «αποζημιώνει», θα έλεγα ότι αξίζει τον κόπο όλοι να «επενδύσουμε» σε αυτού του τύπου την αποτρίχωση.

7. Είναι ασφαλές το laser κατά τη διάρκεια της κύησης. ΑΛΗΘΕΙΑ. Γνωρίζουμε ότι το laser είναι μια ασφαλής μέθοδος αποτρίχωσης, εγκεκριμένη από το FDA (Food and Drug Administration) εδώ και 25 χρόνια. Πολλές γυναίκες, επομένως, συνεχίζουν το συνηθισμένο πρόγραμμα αποτρίχωσης, με την απαραίτητη συναίνεση του θεράποντος γυναικολόγου. Καλό θα ήταν, ωστόσο, να αποφεύγεται κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, για προληπτικούς και μόνο λόγους.

8. Είναι γνωστός ο αριθμός των συνεδριών που θα απαιτηθούν. ΜΥΘΟΣ. Ο αριθμός των συνεδριών που θα απαιτηθούν είναι άγνωστος. Κι αυτό γιατί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το χρώμα της επιδερμίδας, το χρώμα, το πάχος και την πυκνότητα της τριχοφυΐας, την περιοχή

του σώματος, το ορμονικό προφίλ του ατόμου.

9. Μπορεί να υπάρξουν παρενέργειες. ΑΛΗΘΕΙΑ. Μπορεί να υπάρξουν τυχόν παρενέργειες όπως ερύθημα (κοκκίνισμα), οίδημα ή και πόνος τοπικά. Όμως πρόκειται για παροδικές βλάβες που ένας έμπειρος δερματολόγος μπορεί να αντιμετωπίσει. Στο σημείο λοιπόν αυτό θα ήθελα να τονίσω ιδιαίτερα τον ρόλο του «χειριστή» του μηχανήματος. Καλό θα ήταν το laser να εφαρμόζεται από εξειδικευμένο ιατρό.

10. Μπορεί να εφαρμοστεί το laser σε «μαυρισμένο» δέρμα. ΜΥΘΟΣ. Το laser αποτρίχωσης δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε πρόσφατα ηλιοεκτεθειμένο δέρμα ή σε δέρμα που έχει εκτεθεί σε τεχνητές λάμπες μαυρίσματος (solarium).

Επεμβατικές τεχνικές στη γυναικολογία



Ιωάννης Κουτουκός
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος
Συνεργάτης Μονάδας
Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
IVF ΜΗΤΕΡΑ

Η λαπαροσκοπική χειρουργική ως προσέγγιση στη γυναικολογία έχει τεκμηριωθεί από τις αρχές της δεκαετίας του '90 με σύνθετες επεμβάσεις και σταδιακά πήρε τη θέση της ανοιχτής χειρουργικής τόσο σε σύνθετες καλοήθειες όσο και σε ογκολογικές παθήσεις.

Αυτό απαίτησε τη συνεχόμενη εκπαίδευση και τις ικανότητες των γυναικολόγων χειρουργών στη διεκπεραίωση των περιστατικών. Στη σύγχρονη εποχή αποτελεί καθημερινότητα της γυναικολογικής πρακτικής, καθώς μία στις τρεις γυναίκες έχουν ινομυώματα.

Ακόμα μία στις επτά γυναίκες έχουν ενδομητρίωση, ενώ περίπου μία στις δέκα γυναίκες έχει κάποιο σύνθετο θέμα χαλάρωσης, ακράτειας, ουρογυναικολογικής φύσεως.

Οι απλές γυναικολογικές επεμβάσεις για την αφαίρεση μικρών ινομυωμάτων και εξωτερικών και για τη χειρουργική αφαίρεση εξωμητρίου κυήσεως στη σάλπιγγα έχουν εξελιχθεί σε σύνθετες επεμβάσεις για την αφαίρεση σύνθετων, μερικές φορές και πάνω από δέκα ινομυωμάτων μεγάλων σε μέγεθος, μερικές φορές πάνω από 15 εκατοστά, με δύσκολη προσπέλαση και εκτεταμένη λαπαροσκοπική

χειρουργική συρραφή.

Η ενδομητρίωση, που αποτελεί μια δυσλειτουργική για την καθημερινότητα πάθηση με σοβαρές επιπτώσεις πολλές φορές στη γονιμότητα, αντιμετωπίζεται πλέον μόνο λαπαροσκοπικά σε όλες τις μορφές και τα στάδια, από τα αρχικά έως και την εν τω βάθει ενδομητρίωση, που αποτελεί ως προς την αντιμετώπισή της μία από τις πλέον σύνθετες χειρουργικά παθήσεις.

Η υψηλή ευκρίνεια της λαπαροσκοπικής τεχνικής μαζί με τη λεπτότητα των χειρισμών και την ακρίβεια κινήσεων δίνει πλέον το πλεονέκτημα σε μικροχειρουργικές επεμβάσεις που με το ανοικτό χειρουργείο δημιουργούν προβλήματα συμφύσεων και χρόνιου πόνου. Η πλαστική μικροχειρουργική των σαλπίνγων έρχεται πάλι στο προσκήνιο και μαζί με τις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις αποκατάστασης της γονιμότητας βοηθούν την εξωσωματική γονιμοποίηση, ώστε να έχει υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας από ό,τι παλαιότερα.

Η ογκολογική προσέγγιση των γυναικολογικών παθήσεων λαπαροσκοπικά παρέχει τη δυνατότητα του ογκολογικού καθαρισμού και της σταδιοποίησης της νόσου με πολύ μεγάλη ευκρίνεια εικόνας και πολύ μικρό χρόνο ανάρρωσης, καθώς τα περισσότερα περιστατικά παραμένουν μόνο μία μέρα μέσα στο νοσοκομείο, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του χειρουργείου που θα κάνουν, έχοντας ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο και συμφύσεις, και κυρίως μπορούν να ξεκινήσουν τις επικουρικές τους θεραπείες πολύ πιο γρήγορα.

Οι γυναίκες με γυναικολογικά προβλήματα χαλάρωσης του κόλπου και της μήτρας με συνοδό ή όχι ακράτεια ούρων, η αντιμετώπιση γίνεται λαπαροσκοπικά με τη χρήση πλέγματος ή μόνιμων μη απορροφήσιμων ραμμάτων, για να έχουν μια καλή ποιότητα ζωής στην καθημερινότητά τους και στις ερωτικές τους επαφές, χωρίς να υπάρχει επιτακτική ανάγκη αφαίρεσης οργάνων και με πολύ πιο εύκολη επάνοδο στις δραστηριότητές τους σε σχέση με τα υπόλοιπα χειρουργεία του παρελθόντος.

Πέρα όμως από τα ιατρικά πλεονεκτήματα που έχουν οι λαπαροσκοπικές τεχνικές σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας, δημόσιο ή ιδιωτικό, έχουν και το πλεονέκτημα της μικρότερης νοσηλείας, της χρήσης λιγότερων φαρμάκων και αντιβιοτικών, αλλά και της γρηγορότερης επιστροφής των ασθενών στην εργασία.

Τα πολύ σημαντικά, λοιπόν, αυτά πλεονεκτήματα έχουν οδηγήσει στο να δημιουργηθεί η εξειδίκευση της ελάχιστα επεμβατικής μεθόδου στη γυναικολογία, έτσι ώστε η πρακτική της να γίνεται σε πολύ υψηλά στάνταρ, ελαχιστοποιώντας τις επιπλοκές των χειρουργείων και αυξάνοντας την ικανοποίηση των ασθενών.

Τα εξειδικευμένα κέντρα και οι ομάδες λαπαροσκοπικής χειρουργικής, με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, αναισθησιολόγους, συνοδές ειδικότητες ουρολόγων, γενικών χειρουργών και ακτινολόγων, λειτουργούν σε όλα τα μεγάλα νοσοκομεία παγκοσμίως. Έτσι και στο ΜΗΤΕΡΑ λειτουργεί ένα πολύ εξειδικευμένο κέντρο λαπαροσκοπικής χειρουργικής σε στενή συνεργασία με ειδικότητες του Ομίλου ΥΓΕΙΑ. Το κέντρο αυτό έχει πραγματοποιήσει πολύπλοκες και εξειδικευμένες χειρουργικές λαπαροσκοπικές πράξεις και έχει υψηλά ποσοστά λαπαροσκοπικών χειρουργείων ενδομητρίωσης, λαπαροσκοπικής χρήσης πλέγματος σε πρόπτωση και ριζικών ογκολογικών χειρουργείων με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η ενδομητρίωση, που αποτελεί μια δυσλειτουργική για την καθημερινότητα πάθηση με σοβαρές επιπτώσεις πολλές φορές στη γονιμότητα, αντιμετωπίζεται πλέον μόνο λαπαροσκοπικά.



Καρκίνος μαστού στον άνδρα



Χριστίνα Τσιώνου
Γυναικολόγος – Χειρουργός Μαστού
Διευθύντρια Α' Κλινικής Μαστού
ΜΗΤΕΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα δεν είναι συχνός. Περίπου το 1% όλων των καρκίνων μαστού συναντάται στους άνδρες. Λόγω της σπανιότητάς οι γνώσεις μας προέρχονται από τον γυναικείο καρκίνο του μαστού. Η ηλικία εμφάνισης είναι κατά μέσο όρο τα 72 έτη.

Παράγοντες κινδύνου

Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου μαστού σε άνδρα είναι γενικά η δυσαρμονία οιστρογόνων – τεστοστερόνης με αύξηση των οιστρογόνων και ανεπάρκεια προγεστερόνης. Αυτό συμβαίνει συχνά σε διαταραχή ηπατικής λειτουργίας, σε κίρρωση ήπατος και ήπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

Η παχυσαρκία και η γρήγορη αύξηση του βάρους θεωρείται επίσης παράγοντας κινδύνου, λόγω της αύξησης των κυκλοφορούντων οιστρογόνων.

Ισχυρός παράγων κινδύνου είναι η γονιδιακή μετάλλαξη σε συγκεκριμένα γονίδια.

Έως και 15% των ανδρών με καρκίνο μαστού παρουσιάζουν μετάλλαξη στο BRCA2 και σπανιότερα στο BRCA1. Οι άνδρες με ιστορικό στην οικογένεια καρκίνου μαστού σε γυναίκα έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν. Για τον λόγο αυτόν, σε περίπτωση ανδρικού καρκίνου συστήνεται γενετική συμβουλευτική και γονιδιακός έλεγχος.

Παρουσιάζεται συνήθως σαν σκληρή μάζα, ανώδυνη, τις περισσότερες φορές κοντά στη θηλαία άλω, αλλά σε έκκεντρη θέση. Σε μεγάλο ποσοστό έχουμε διογκωμένους λεμφαδένες λόγω διήθησης.

Διάγνωση

Διαγνωστικά διενεργούμε, όπως και στις γυναίκες, μαστογραφία και υπερηχογράφημα. Μια ψηλαφητή μάζα δεν είναι πάντα καρκίνος. Μπορεί να είναι γυναιομαστία, ψευδογυναιομαστία, φλεγμονή, λίπωμα, ψευδοαγγειωματούδης υπερπλασία, αλλά όχι ινοαδένωμα, που είναι συχνό στις γυναίκες. Ο συχνότερος ιστολογικός τύπος είναι το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα, είναι καρκίνοι ορμονοεξαρτώμενοι και συνήθως HER2 αρνητικοί.

Αντιμετώπιση

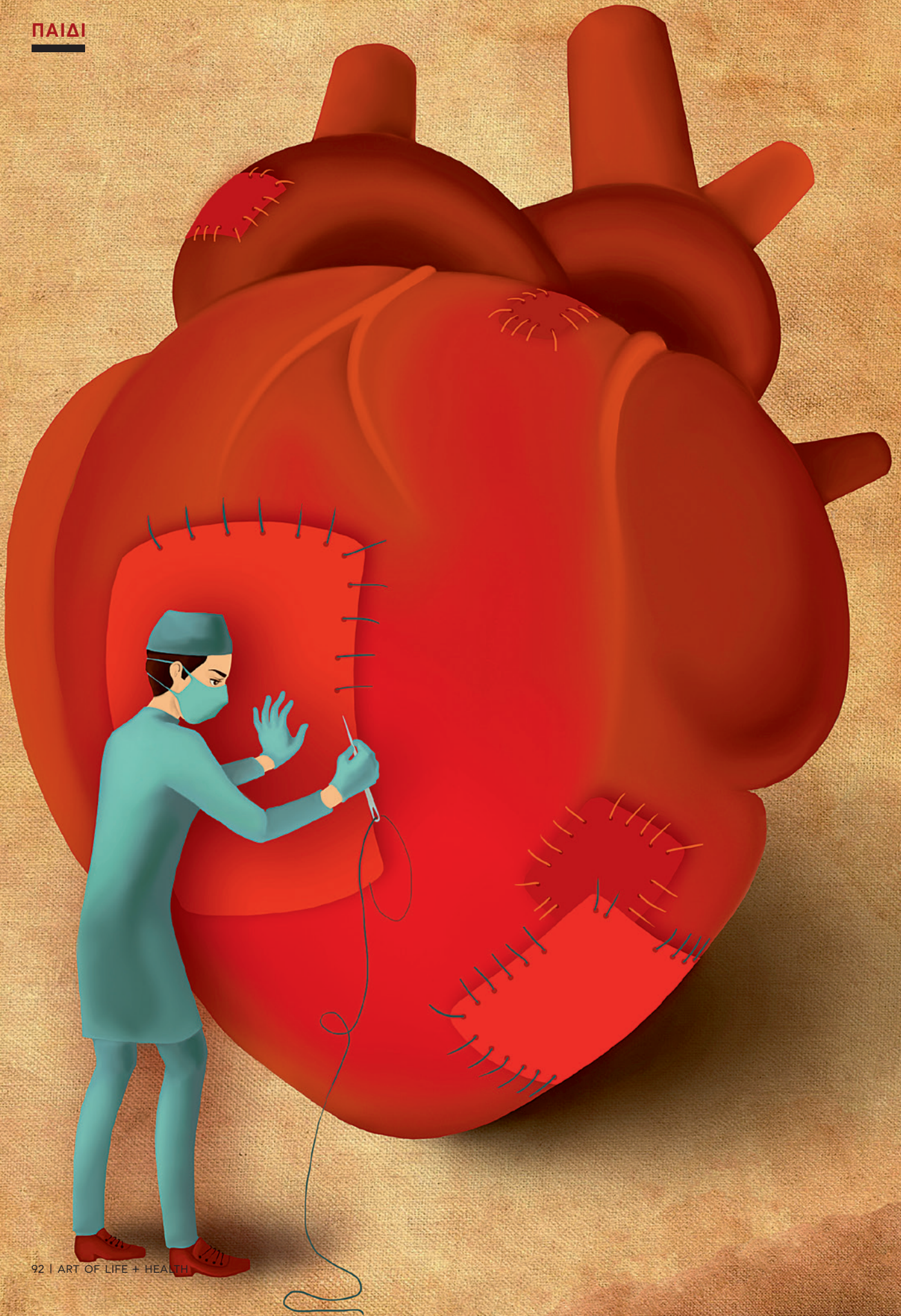
Στο 70% των περιπτώσεων γίνεται μαστεκτομή λόγω ανατομίας του ανδρικού μαστού, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έχει γίνει και χειρουργείο διατήρησης μαστού, με συνοδό ακτινοθεραπεία. Η επιλογή γίνεται με τα κριτήρια που ισχύουν για τον γυναικείο καρκίνο μαστού, δηλαδή το μέγεθος του όγκου σε σχέση με τον μαστό και βεβαίως την επιθυμία του ασθενούς. Δεδομένου ότι οι περισσότεροι όγκοι στον άνδρα είναι πίσω από τη θηλή, η μαστεκτομή είναι η πλέον ενδεδειγμένη επέμβαση.

Σχετικά με τον έλεγχο της μασχάλης, εφόσον έχουμε ψηλαφητούς λεμφαδένες, γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός, ενώ σε ψηλαφητικά και απεικονιστικά αρνητικούς λεμφαδένες έχει δοκιμαστεί η βιοψία φρουρού λεμφαδένα, με επιτυχία.

Η συστηματική θεραπεία μπορεί να είναι η χημειοθεραπεία, σε θετικούς λεμφαδένες ή όταν ο καρκίνος δεν είναι ορμονοεξαρτώμενος. Τα κριτήρια επιλογής συστηματικής θεραπείας είναι τα ίδια όπως στις γυναίκες.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, δηλαδή στους ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους, γίνεται ορμονοθεραπεία με πρώτη επιλογή την ταμοξιφαίνη για 5 χρόνια. Οι αναστολείς αρωματάσης δεν είναι τόσο αποτελεσματικοί όσο στις γυναίκες.

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας είναι η αύξηση του βάρους, οι εξάψεις, η μείωση της libido και η αλλαγή στη διάθεση. Η πρόγνωση είναι ανάλογη του σταδίου της νόσου και των βιολογικών χαρακτηριστικών του όγκου.





Δρ Αφροδίτη Τζίφα
Παιδοκαρδιολόγος – Καρδιολόγος
Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων,
Δ/ντρια Κλινικής
Παιδοκαρδιολογίας και Συγγενών
Καρδιοπαθειών Ενηλίκων,
Επιστ. Συνεργάτις ΥΓΕΙΑ και ΛΗΤΩ

Καρδιοπαθείς ενήλικες χειρουργημένοι στην παιδική ηλικία

Οι καρδιοπάθειες στους ενήλικες είναι συνήθως επίκτητες (στεφανιαία νόσος, εκφυλιστικές βαλβιδοπάθειες κ.λπ.), ενώ σε ένα ποσοστό ενηλίκων η καρδιοπάθεια προϋπάρχει από τη γέννηση (π.χ. μεσοκοιλιακή επικοινωνία, στένωση αορτής, τετραλογία Fallot κ.λπ.). Οι εκ γενετής καρδιοπάθειες ονομάζονται συγγενείς καρδιοπάθειες και ανιχνεύονται στη γέννηση σε 8 ανά 1.000 νεογνά.

Η δυνατότητα χειρουργικής διόρθωσης σε μικρές ηλικίες και βάρος, καθώς και η βελτίωση των καρδιοχειρουργικών τεχνικών και μεθόδων καρδιακής προστασίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης έχουν οδηγήσει στη διαρκή αύξηση των καρδιοπαθών παιδιών που ενηλικιώνονται και που στις περισσότερες περιπτώσεις διάγουν μια φυσιολογική ζωή. Αναμένεται έτσι ότι τα επόμενα χρόνια ο αριθμός των ενηλίκων με συγγενή καρδιοπάθεια παγκοσμίως θα ξεπεράσει τον αντίστοιχο παιδιατρικό πληθυσμό.

Η επιτυχής έκβαση ενός χειρουργείου καρδιάς στην παιδική ηλικία πρέπει, εντούτοις, να συνοδεύεται από παρακολούθηση διά βίου, έστω και σε αραιά χρονικά διαστήματα. Ασθενείς για παράδειγμα με χειρουργημένες ενδοκαρδιακές επικοινωνίες, όπως μεσοκοιλιακή και μεσοκοιλιακή επικοινωνία, πρέπει να παρακολουθούνται για τυχόν ανάπτυξη όψιμων καρδιακών αρρυθμιών, αυτοί που έχουν χειρουργηθεί για στένωση ισθμού αορτής ενδέχεται να αναπτύξουν υπέρταση ή επαναστένωση του αγγείου και να χρήζουν κάποιας παρέμβασης και ασθενείς με επιτυχή διόρθωση τετραλογίας Fallot μπορεί να αναπτύξουν διαφυγή της πνευμονικής βαλβίδας και καρδιομεγαλία.

Ως εκ τούτου, οι ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια χρήζουν παρακολούθησης σε ειδικά κέντρα, καθώς και ειδικών εξετάσεων, όπως μαγνητικής και αξονικής τομογραφίας καρδιάς, διαγνωστικών ή επεμβατικών καθετηριασμών, καθώς και ολοκληρωμένου αρρυθμιολογικού ελέγχου.

Στη χώρα μας, με τις σημαντικές γεωγραφικές ιδιαιτερότητες και τις απομακρυσμένες ή δύσβατες περιοχές, είναι συχνό ο πλησιέστερος Καρδιολόγος Ενηλίκων να επικοινωνεί με το Κέντρο Συγγενών Καρδιοπαθειών, ούτως ώστε να συν-αποφασίζεται η βέλτιστη αντιμετώπιση κάθε ασθενούς. Σε περίπτωση αναγκαιότητας επα-

νεπεμβάσεων, αυτές μπορούν να γίνουν με περισσότερη ευκολία στις μέρες μας μέσω καρδιακού καθετηριασμού, προς αποφυγή επανεγχείρησης. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση, καθώς και οι αρρυθμιολογικές επεμβάσεις πρέπει επίσης να γίνονται σε συνεννόηση με το ειδικό κέντρο, καθώς τα πρωτόκολλα που αφορούν τους ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες είναι συχνά πολύ διαφορετικά από εκείνα που αφορούν τους ενήλικες με επίκτητες καρδιοπάθειες.

Η πρόσβαση στο ειδικό κέντρο για συμβουλή ή επείγουσα αντιμετώπιση πρέπει να είναι εύκολη και διαρκής, και η συμβουλευτική να είναι ολοκληρωμένη. Πέραν των τυχόν υπολειπόμενων ανατομικών προβλημάτων που δύναται να αντιμετωπιστούν διακαθετηριακά ή χειρουργικά, πρέπει να υπάρχει μια πολυδιάστατη αντιμετώπιση, ακόμα και της ψυχολογίας του ασθενούς και της οικογένειάς του. Τέλος, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού ενηλίκων με συγγενή καρδιοπάθεια αφορά γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, η συμβουλευτική για δυνατότητα τεκνοποίησης πρέπει να γίνεται στα ειδικά ιατρεία, το έμβρυο της καρδιοπαθούς μητέρας να ελέγχεται από Παιδοκαρδιολόγο και ο τοκετός να πραγματοποιείται σε μαιευτήριο όπου υπάρχει ομάδα Καρδιολόγων Συγγενών Καρδιοπαθειών όταν πρόκειται για κυήσεις υψηλού κινδύνου.



ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ - ΥΔΡΟΚΗΛΗ

Μεταξύ της 12ης και της 14ης εβδομάδας της κύησης ξεκινά η κάθοδος των όρχεων στα αγόρια και οι ωθήκες στα κορίτσια, κάτω από τους νεφρούς. Όσο αναπτύσσεται το έμβρυο, τα όργανα αυτά μετακινούνται προς το κατώτερο τμήμα της κοιλιάς. Κατά τη μετάναστευση αυτή, συμπαρασύρουν τμήμα του περιτοναίου που περιβάλλει το όργανο ως πέπλο. Στην περίπτωση των αγοριών, το «πέπλο» αυτό φτάνει μαζί με τον όρχι μέχρι το εσωτερικό του οσχέου (το σακουλάκι μέσα στο οποίο βρίσκονται οι όρχεις). Στα κορίτσια το περιτόναιο φτάνει, παρασυρόμενο από τον στρογγύλο σύνδεσμο της μήτρας, έως τα μεγάλα χείλη των

έξω γεννητικών οργάνων. Παρασυρόμενο λοιπόν, το πέπλο αυτό σχηματίζει ένα σωληνάκι, ένα κανάλι (πόρος). Το κανάλι αυτό με τη γέννηση φυσιολογικά κλείνει. Αν αποτύχει να κλείσει ή κλείσει μερικώς, τότε ουσιαστικά μένει στη βουβωνική χώρα μια δίοδος επικοινωνίας με το κατώτερο μέρος της κοιλιάς, όπου έχουν την τάση να εισχωρούν όργανα της κοιλιάς, όπως οι έλικες του λεπτού εντέρου, ενώ στα κορίτσια μερικές φορές εισχωρεί η σύστοιχη ωθήκη. Όταν το σωληνάκι αυτό είναι πολύ στενό για να χωρέσει να περάσει κάποιο όργανο, αλλά επαρκές ώστε να κυκλοφορεί υγρό, τότε μιλάμε για επικοινωνούσα υδροκήλη.



Γιώργος Σπυρίδης
 Παιδοχειρουργός,
 Δ/ντής Β' Παιδοχειρ/κής
 Κλινικής & Παιδοχειρ/κής
 Ογκολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ

ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

Η συχνότητα της βουβωνοκήλης στα τελειόμηνα νεογνά είναι 3,5-5%, ποσοστό που διπλασιάζεται στα πρόωρα. Στο 60% των περιπτώσεων το πρόβλημα εντοπίζεται δεξιά, ενώ βουβωνοκήλη και από τις δύο πλευρές παρατηρείται μόνο στο 10% των περιπτώσεων. Το ποσοστό εντόπισης και στις 2 πλευρές ανεβαίνει σημαντικά εάν πρόκειται για πρόωρα, θήλα νεογνά.

Ενδεχομένως υπάρχει κληρονομικότητα, συχνά συνυπάρχει με κρυφορχία ή με άλλα προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος, ενώ αυξημένη συχνότητα παρατηρείται σε παιδιά με σύνδρομο Down. Κλινικά η βουβωνοκήλη μπορεί να ανακαλυφθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Παρ' όλα αυτά, μία στις τρεις περιπτώσεις γίνεται εμφανής στους πρώτους 6 μήνες της ζωής.

Σημεία και Συμπτώματα

Παρατηρείται μια μαλακή διόγκωση (φουσκωμάκι) στη βουβωνική περιοχή όταν το παιδί κλαίει ή σφιγγεται, η οποία υποχωρεί μόλις ηρεμήσει. Πιο σπάνια η διόγκωση αυτή είναι σκληρή και δεν υποχωρεί, παρά μόνο αν το παιδί κοιμηθεί.

Η διάγνωση γίνεται με τη λήψη ιατρικού ιστορικού και την προσεκτική εξέταση από τον παιδίατρο ή τον παιδοχειρουργό. Επί αμφιβολίας, χρήσιμη είναι η απεικόνιση με υπερηχογράφημα από ακτινολόγο με εμπειρία στην παιδιατρική ακτινολογία.

Περισιφιγμένη Βουβωνοκήλη

Η περισιφιγμένη κήλη οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιο όργανο σημαντικού όγκου έχει «στριμωχτεί» μέσα στον πόρο, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να επιστρέψει στην κοιλιά. Όσο το όργανο παραμένει καθηλωμένο στη θέση αυτή, τόσο αυξάνεται ο όγκος του, λόγω στάσης της κυκλοφορίας του αίματος και του συνοδού οιδήματος, γεγονός που κάνει πιο δύσκολη την ανάταξή του πίσω στην κοιλιά. Το παιδί σε περίπτωση περίσφιξης είναι ευερέθιστο,

ενδέχεται να κάνει εμέτους και να εμφανίσει μετεωρισμό κοιλίας. Η ψηλάφηση της κήλης σε αυτή τη φάση είναι συνήθως επώδυνη.

Η συχνότητα της περίσφιξης είναι αντιστρόφως ανάλογη της ηλικίας. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο πιο συχνή η περίσφιξη.

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι μόνο χειρουργική. Καλό είναι, από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση, να προγραμματίζεται η χειρουργική αποκατάσταση σύντομα, για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο περίσφιξης. Στην περίπτωση περισιφιγμένης κήλης με περιεχόμενη έλικα εντέρου που δεν κατέστη δυνατόν να αναταχθεί, η χειρουργική αποκατάσταση είναι επείγουσα.

Εφόσον πρόκειται για την ωθητική, η αποκατάσταση είναι σχετικα επείγουσα. Εάν πρόκειται για περισιφιγμένη κήλη που όμως κατέστη δυνατόν να αναταχθεί με χειρισμούς, αλλά με δυσκολία, τότε ο ιδανικός χρόνος αποκατάστασης είναι 48 ώρες μετά την ανάταξη. Η υποτροπή της κήλης είναι εξαιρετικά σπάνια. Είναι λίγο συχνότερη σε περίπτωση προωρότητας.

ΥΔΡΟΚΗΛΗ

Η συχνότητα της υδροκήλης κυμαίνεται από 1 έως 5%. Μπορεί να είναι εμφανής αμέσως μετά τη γέννηση, είτε ως προοδευ-

τική διόγκωση του οσχέου είτε ως αυξομειώσεις στον όγκο του οσχέου. Στις περιπτώσεις που η επικοινωνία κλείσει σε 2 διαφορετικές θέσεις και ενδιάμεσα δημιουργηθεί χώρος όπου εγκλωβίζεται υγρό, τότε πρόκειται για κύστη σπερματικού τόνου.

Γενικά συνιστάται ψυχραιμία και παρακολούθηση, καθώς στην πλειονότητά τους (90%) απορροφώνται έως την ηλικία των 6-12 μηνών.

Παρ' όλα αυτά, δεν συνιστάται η αποκατάστασή τους πριν από την ηλικία των 2 ετών, διότι σε ένα μικρό, επιπλέον ποσοστό η σύγκλιση του πόρου μπορεί να συμβεί μέχρι κι αυτή την ηλικία, ενώ στο μεταξύ ο όρχις δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο. Η υδροκήλη που απασχολεί χειρουργικά είναι η επικοινωνούσα σε παιδιά άνω των 2 ετών.

Χειρουργική αποκατάσταση Βουβωνοκήλης – Υδροκήλης (αγόρια)

Η επέμβαση είναι ουσιαστικά η ίδια, γίνεται με μικρή τομή (1,5-2εκ.) στη βουβωνική χώρα προκειμένου να «κλείσουμε» τον πόρο επικοινωνίας, υπό γενική αναισθησία.

Ο μικρός ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο 1 ώρα προ του χειρουργείου και παίρνει εξιτήριο 3-4 ώρες μετά το πέρας αυτού, εκτός κι αν πρόκειται για βρέφος με ιστορικό προωρότητας, οπότε ενδέχεται να χρειαστεί να διανυκτερεύσει στο νοσοκομείο.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης γίνονται οι κατάλληλοι χειρισμοί ώστε το παιδί μετεγχειρητικά να μην πονέσει καθόλου. Στο σπίτι, το παιδί λαμβάνει συστηματικά ανά 6ωρο παυσίπονα για 12-24 ώρες, ώστε να αποφευχθεί και η παραμικρή ενόχληση.

Εντός δε μερικών ημερών μπορεί να επιστρέψει σε ήπιες δραστηριότητες οι οποίοι εξαρτώνται από την ηλικία του παιδιού. Δεν υπάρχουν ράμματα να κοπούν και το τραύμα θα πρέπει απλώς να προστατευθεί από το νερό για 3-4 ημέρες.

Ενδεχομένως υπάρχει κληρονομικότητα, συχνά συνυπάρχει με κρυφορχία ή με άλλα προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος ενώ αυξημένη συχνότητα παρατηρείται σε παιδιά με σύνδρομο Down.

Η Λευχαιμία στα παιδιά σήμερα



Ελένη Κοσμίδη-Βασιλάτου
 Παιδίατρος – Αιματολόγος –
 Ογκολόγος, Διευθύντρια Ογκολογικού
 Κέντρου Παιδών & Εφήβων και Ιατρείου
 Νι.Κα Παιδών ΜΗΤΕΡΑ

Η λευχαιμία είναι αιματολογική κακοήθης νόσος του μυελού των οστών, δηλαδή του ιστού που ανευρίσκεται μέσα σε όλα τα οστά και προάγει τη φυσιολογική αιμοποίηση. Ο μυελός των οστών, που συνιστά το 5% της μάζας του σώματος, περιλαμβάνει κυρίως τα αιμοποιητικά κύτταρα. Πρόκειται για τις 3 κυτταρικές σειρές που εξελίσσονται (ωριμάζουν) και αναγνωρίζονται στο περιφερικό αίμα ως λευκά αιμοσφαίρια, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια. Άλλα στοιχεία του μυελού είναι ο λιπώδης ιστός, τα κύτταρα στήριξης (κυρίως

οστικής προέλευσης) και άλλα κύτταρα, όπως είναι τα ιστοκύτταρα/μακροφάγα.

Ο όρος «λευχαιμία» δόθηκε περί τα μέσα του 19ου αιώνα στη Γερμανία από τον Virchow, ως μεταφορά στα ελληνικά του γερμανικού όρου «weisses blut» δηλαδή «λευκό αίμα». Η λευχαιμία, που είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου στα παιδιά, είναι κυρίως (95%) οξεία και διακρίνεται σε οξεία λεμφοβλαστική (ΟΛΛ), που συνιστά το 80-85% των οξείων λευχαιμιών, και οξεία μη λεμφοβλαστική (ΟΜΛΛ).



Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή, ωστόσο έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες, περιβαλλοντογενείς και μη. Σε πολύ μικρό αριθμό παιδιών η νόσος αναπτύσσεται σε άτομα με υποκείμενο γενετικό νόσημα. Η ετήσια συχνότητα είναι 4-5 ανά 100.000 παιδιά από τη γέννηση έως 15 χρόνων και η ηλικία νόσησης για την ΟΛΛ είναι μεταξύ 2 και 5 χρόνων, με συχνότερη εμφάνιση στα αγόρια.

Στην οξεία λευχαιμία παρατηρείται κλωνική υπερπαραγωγή ενός παθολογικού πληθυσμού πρόδρομων κυττάρων του μυελού, που οδηγεί σε ελάττωση έως και εξαφάνιση των φυσιολογικών κυττάρων. Αυτό έχει ως συνέπεια την ελάττωση των ώριμων έμμορφων στοιχείων του αίματος, δηλαδή την εμφάνιση αναιμίας (ελαττωμένη αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτη), λευκοπενίας (ελαττωμένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων και ιδιαίτερα πολυμορφοκυττάρων) ή λευκοκυττάρωσης (αυξημένος αριθμός παθολογικών λευκών αιμοσφαιρίων) και θρομβοπενίας (ελαττωμένος αριθμός αιμοπεταλίων). Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα ωχρότητα, κόπωση, πυρετό με ή χωρίς λοίμωξη, αιμορραγικές εκδηλώσεις, ενώ ορισμένα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν οστικά άλγη που οφείλονται στη διήθηση του μυελού των οστών από τα παθολογικά κύτταρα.

Η διάγνωση της νόσου γίνεται με λήψη μυελού των οστών υπό άσηπτες συνθήκες (συνήθως από τα λαγόνια οστά) και μελέτη της μορφολογίας των κυττάρων (επίχρισμα), ειδική ανοσοφαινοτυπική αξιολόγηση (έλεγχος ορισμένων δεικτών) και κυτταρογενετικός έλεγχος. Με βάση τα αποτελέσματα των παραπάνω η λευχαιμία κατατάσσεται σε ΟΛΛ ή σε υποομάδα της ΟΜΛΛ και τα παιδιά ανάλογα υποβάλλονται σε εξειδικευμένη θεραπεία εντός διεθνών πρωτοκόλλων.

Ιστορικά η πρώτη θεραπευτική ουσία σε άνθρωπο με καρκίνο δοκιμάστηκε στο Νοσοκομείο Παίδων της Βοστώνης το 1947, σε παιδί με ΟΛΛ. Πρόκειται για τον αναστολέα του φυλλικού οξέος αμινοπτερίνη. Επίσης, ήδη από το 1960 στα πρωτόκολλα θεραπείας ενσωματώθηκε προφυλακτική θεραπεία Κεντρικού Νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) στο παρελθόν μόνο με ακτινοθεραπεία, σήμερα με τοπική (ενδορραχιαία) ή συστηματική χημειοθεραπεία.

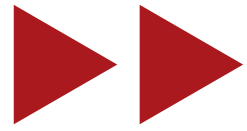
Η πρόγνωση της νόσου (εκτός από τον τύπο και την υποομάδα της λευχαιμίας) επηρεάζεται από διάφορους άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία του παιδιού, ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων, η παρουσία ή μη εξωμυελικής νόσου όπως είναι το ΚΝΣ και οι όρχεις και η ανταπόκριση στη θεραπεία. Περισσότερα από τα μισά παιδιά με ΟΜΛΛ και περισσότερα από το 80% των παιδιών με ΟΛΛ ιώνται. Σε μικρό αριθμό παιδιών απαιτείται μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (μεταμόσχευση μυελού των οστών – ΜΜΟ).

Σε παιδιά με ανθεκτική νόσο ή λευχαιμία σε υποτροπή, το θεραπευτικό σχήμα εντατικοποιείται με ΜΜΟ και σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιείται στοχευμένη θεραπεία ή/και αντιμετώπιση με κυτταρικές ανοσοθεραπείες, όπως είναι η θεραπεία με CAR T.

Τα παιδιά που πάσχουν από λευχαιμία πρέπει να αντιμετωπίζονται από εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα (γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή κ.ά.) σε οργανωμένες κλινικές, έτσι ώστε να παρέχεται, εκτός από το θεραπευτικό σχήμα, η ανάλογη υποστήριξη και θεραπεία ενδεχόμενης τοξικότητας (άμεσης ή μεταγενέστερης), αλλά και η ψυχοκοινωνική στήριξη ολόκληρης της οικογένειας.

Ο όρος «λευχαιμία» δόθηκε περί τα μέσα του 19ου αιώνα στη Γερμανία από τον Virchow, ως μεταφορά στα ελληνικά του γερμανικού όρου «weisses blut», δηλαδή «λευκό αίμα».

TA NEA MAS



◀◀ Ο ΟΜΙΛΟΣ ΗΗG ΠΑΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΟΥ COVID-19

Ο Όμιλος παροχής υπηρεσιών υγείας Hellenic Healthcare (Υγεία, Metropolitan Hospital, Metropolitan General, Μητέρα, Λητώ και Creta Interclinic) έχει δηλώσει παρών στην εθνική μάχη κατά του ιού COVID-19 από τις πρώτες ημέρες της πανδημίας, θέτοντας στη διάθεση του Υπουργείου Υγείας και του ΕΟΔΥ:

- 25 κλίνες ΜΕΘ
- 100 πρόσθετες κλίνες σε συνθήκες απομόνωσης, δηλαδή σε ξεχωριστές πτέρυγες, με διαφορετικό σημείο πρόσβασης από τα υπόλοιπα μέρη των θεραπευτηρίων, έτσι ώστε οι

χώροι εξυπηρέτησης να μείνουν καθαροί και έτοιμοι να δεχτούν τα περιστατικά.

- Διαγνωστικά εργαστήρια για τη διεξαγωγή τεστ για ανίχνευση του COVID-19, ενισχύοντας τη δυναμικότητα των εργαστηρίων του ΕΣΥ.
- Παροχή νοσηλείας περιστατικών άλλων ασθενειών από τα δημόσια νοσοκομεία. Μάλιστα, οι μισές μονάδες του Ομίλου ήδη λειτουργούν για την αντιμετώπιση περιστατικών των δημόσιων νοσοκομείων τα οποία έχουν μετατραπεί σε νοσοκομεία αναφοράς.

Διαγνωστικά εργαστήρια για τη διεξαγωγή τεστ για ανίχνευση του COVID-19, ενισχύοντας τη δυναμικότητα των εργαστηρίων του ΕΣΥ.

◀◀ COVID19 DIGITAL CLINIC

Ο Όμιλος Hellenic Healthcare δημιούργησε και θέτει στη διάθεση όλων την Covid19 Digital Clinic, μια ψηφιακή κλινική απομακρυσμένου ελέγχου και διαχείρισης του COVID-19 στο σπίτι. Η ψηφιακή κλινική αφορά όσους ανησυχούν για την κατάσταση της υγείας τους και στοχεύει στην υποστήριξη του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού που δίνει τη μάχη στα νοσοκομεία και στην αποσυμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων από την προσέλευση μεγάλου αριθμού ασθενών.

Τι είναι η Covid19 Digital Clinic;

Είναι μια ψηφιακή πλατφόρμα επικοινωνίας με την ειδική ομάδα λοιμωξιολόγων του Ομίλου ΗΗG. Μέσω της πλατφόρμας μπορείτε με το πάτημα ενός κουμπιού να κινήσετε τη διαδικασία που περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που απαιτούνται από τη διάγνωση μέχρι την παροχή θεραπευτικής φροντίδας κατ' οίκον ή σε νοσοκομείο αναφοράς, εάν και εφόσον αυτό χρειαστεί.

Πώς λειτουργεί η Covid19 Digital Clinic;

Η ψηφιακή πλατφόρμα είναι διαθέσιμη μέσω των επίσημων ιστοσελίδων των Κλινικών του Ομίλου Hellenic Healthcare (Υγεία, Metropolitan Hospital, Metropolitan General, Μητέρα, Λητώ & Creta Interclinic). Εισέρχεται στην πλατ-

φόρμα και κάνετε την εγγραφή σας συμπληρώνοντας το σχετικό ερωτηματολόγιο. Αποστέλλετε το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια ο συντονιστής αξιολογεί τις απαντήσεις του ασθενούς και αποφασίζει εάν ο ασθενής μπορεί να ενταχθεί στο πρόγραμμα παρακολούθησης από το σπίτι. Επικοι-

έτσι, θα παρακολουθεί καθημερινά την εξέλιξη της κατάστασής σας και θα σας καθοδηγεί. Από τις ενδείξεις θα κρίνει επίσης αν πρέπει να σας επισκεφθεί γιατρός στο σπίτι ή αν θα χρειαστεί να εισαχθείτε σε Κλινική.

Ποια είναι η διαδικασία;

Αφού έχετε κάνει την εγγραφή και έχετε συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, υπάρχουν δύο περιπτώσεις:

1. Ο γιατρός κρίνει ότι δεν χρειάζεται να κάνετε τεστ. Σας δίνει οδηγίες για το τι πρέπει να κάνετε από το σπίτι.
2. Ο γιατρός κρίνει ότι χρειάζεστε τεστ και θα σας παραπέμψει σε νοσοκομείο αναφοράς ή, αν το θελήσετε, θα σας επισκεφθεί εκπαιδευμένο κινητό συνεργείο του Ομίλου ΗΗG, αποτελούμενο από οδηγό, νοσηλεύτρια και ιατρό στο σπίτι σας.

Εκεί θα γίνει:

- Κλινική εκτίμηση επιτόπου.
- Λήψη ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος για εργαστηριακή εξέταση.
- Αιμοληψία.
- Αξιολόγηση για το εάν χρειάζεται επείγουσα μεταφορά σε νοσοκομείο COVID-19 μέσω ΕΚΑΒ ή ιδιωτικού οχήματος, ή εάν αρκεί η αντιμετώπιση στο σπίτι σας, μέσω απομακρυσμένης παρακολούθησης και οδηγιών.

Η Covid19 Digital Clinic είναι μια ψηφιακή πλατφόρμα επικοινωνίας με την ειδική ομάδα λοιμωξιολόγων του Ομίλου ΗΗG.

ωνούμε ηλεκτρονικά μαζί σας. Η εγγραφή είναι απλή και ο ιατρός που θα σας αναλάβει θα ετοιμάσει ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας. Εσείς, ανάλογα με τις οδηγίες και με τη βοήθεια αναλογικών ή ψηφιακών εργαλείων μέτρησης, θα καταχωρίζετε τα αποτελέσματα για το οξύγονο, την πίεση, τις σφύξεις, τη θερμοκρασία σας. Ο γιατρός,

Η ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ ΤΗΣ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ ΞΕΚΙΝΗΣΕ ΜΕ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ DIGITAL CLINIC ▼▼

Ο Όμιλος Hellenic Healthcare (HHG) δημιούργησε μια καινοτόμα ψηφιακή υπηρεσία απομακρυσμένης επικοινωνίας με γιατρό. Πρόκειται για την Digital Clinic, μια ψηφιακή κλινική για άμεση ιατρική συμβουλή, που είναι διαθέσιμη μέσω εφαρμογής για κινητά τηλέφωνα. Η εφαρμογή Digital Clinic δημιουργήθηκε σε συνεργασία με τον όμιλο Mehiläinen, τον κορυφαίο όμιλο υπηρεσιών υγείας της Φινλανδίας, ο οποίος διαθέτει πολύ μεγάλη εμπειρία, έχοντας εξυπηρετήσει από το 2017 περισσότερους από 700.000 ασθενείς.

Online ιατρική εκτίμηση

Η εφαρμογή Digital Clinic απευθύνεται σε ασθενείς που βρίσκονται μακριά από νοσοκομείο ή ιατρό, αντιμετωπίζοντας ένα απλό ζήτημα υγείας ή δεν έχουν τη δυνατότητα και τον χρόνο για να κλείσουν ραντεβού.

Σε πραγματικό χρόνο και χωρίς καμία μετακίνηση, η εφαρμογή προσφέρει στον ασθενή τη δυνατότητα να λάβει έγκυρη και αξιόπιστη ιατρική εκτίμηση και καθοδήγηση από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό των Κλινικών του Ομίλου Hellenic Healthcare, μέσω διαλόγου (chat). Η Digital Clinic λειτουργεί από τις 8 το πρωί έως τις 8 το βράδυ.

**Αποκτήστε δωρεάν
τις 2 πρώτες
επισκέψεις
(ισχύει για
συγκεκριμένο
χρονικό διάστημα).**

Η εφαρμογή κατεβαίνει εντελώς δωρεάν και είναι διαθέσιμη για κινητές συσκευές iOS και Android.



ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ DIGITAL CLINIC ►►

Πρέπει να κλείσω ραντεβού για να μιλήσω με έναν ιατρό της Digital Clinic;

Όχι, δεν χρειάζεται ραντεβού. Από τη στιγμή που θα μπειτε στην εφαρμογή και θα ξεκινήσετε μια συνομιλία, θα σας απαντήσει ο πρώτος διαθέσιμος ιατρός, το αργότερο εντός 60 λεπτών.

Πώς γίνεται η διάγνωση του ιατρού από μακριά;

Ο ιατρός μπορεί να σας στείλει, κατά την έναρξη της συνομιλίας, ένα δομημένο ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια, εάν χρειάζεται, θα σας κάνει συμπληρωματικές ερωτήσεις. Μπορεί να σας ζητήσει ακόμα να του στείλετε εικόνες με τη χρήση της κάμερας της εφαρμογής (λειτουργεί όπως σε όλες τις άλλες εφαρμογές chat). Αν τα στοιχεία είναι επαρ-

κή, θα θέσει διάγνωση και θα σας δώσει οδηγίες. Επίσης, εάν κρίνει, θα σας προτείνει φαρμακευτική συνταγή.

Ο ιατρός θα αποφασίσει εάν μπορεί να σας αντιμετωπίσει ή θα σας παραπέμψει σε ιατρό άλλης ειδικότητας ή γενικά εκτός εφαρμογής (επίσκεψη σε ιατρείο για κλινική εξέταση). Μη δυσανασχετήσετε, είναι για την ασφάλειά σας και την καλύτερη αντιμετώπισή σας. Δεν θα χρεωθείτε για την υπηρεσία, απλώς θα έχετε διαθέσιμα μερικά λεπτά από τον χρόνο σας.

Έχω μιλήσει με ιατρό και θέλω να μιλήσω ξανά μαζί του/της. Μπορώ να το κάνω;

Κάθε φορά που θα χρειαστείτε ιατρό, θα σας απαντήσει ο ιατρός

που εφημερεύει εκείνη την ημέρα και ώρα.

Μπορεί ο ιατρός να μου γράψει παραπεμπτικό για εξετάσεις;

Ο ιατρός, εάν το κρίνει απαραίτητο, θα ζητήσει κάποιες απλές εργαστηριακές εξετάσεις για να τον βοηθήσουν στη διαγνωστική διαδικασία. Θα σας στείλει το παραπεμπτικό γι' αυτές τις εξετάσεις στην οθόνη του κινητού και η συνομιλία σας θα ολοκληρωθεί όταν επιστρέψετε με τα αποτελέσματα των εξετάσεων (τα ανεβάζετε ως φωτογραφία). Αν επιλέξετε να διενεργήσετε τις εξετάσεις σας, σε μια από τις Κλινικές του Ομίλου Hellenic Healthcare θα έχετε έκπτωση 30% στον ιδιωτικό τιμοκατάλογο.

Ο ιατρός, έχοντας και αυτές τις

πληροφορίες, θα αποφασίσει για τα επόμενα βήματα. Ακόμη και τότε, μπορεί να σας παραπέμψει σε ιατρό για κλινική εκτίμηση. Δεν θα λάβετε διάγνωση και θεραπεία και δεν θα χρεωθείτε για τον χρόνο που διέθεσε ο ιατρός στην εφαρμογή.

Μπορώ να κλείσω ραντεβού με ιατρό ή τμήμα σε Κλινική του Ομίλου Hellenic Healthcare;

Προς το παρόν δεν είναι εφικτό να κλείσετε ραντεβού με ιατρό στο ιατρείο του ή σε κάποιο από τα Θεραπευτήρια του Ομίλου Hellenic Healthcare μέσω της εφαρμογής, αλλά ετοιμάζουμε αυτή τη δυνατότητα και σύντομα θα μπορέσετε να την αξιοποιήσετε. Το ίδιο συμβαίνει και με τον προγραμματισμό εξετάσεων. Για να κλείσετε ραντεβού, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τα Τμήματα των Κλινικών μας.

Ο ιατρός της Digital Clinic μπορεί να δει τα αποτελέσματα των εξετάσεων μέσω διαδικτύου;

Αυτή τη στιγμή το σύστημα των Κλινικών με τις απαντήσεις των εξετάσεών σας δεν είναι συνδεδεμένο με την εφαρμογή και ο ιατρός δεν μπορεί να τα δει απευθείας, αλλά εργαζόμαστε για να το επιτύχουμε σύντομα. Εσείς, όμως, μπορείτε να στείλετε τα αποτελέσματα, φωτογραφίζοντάς τα μέσω του chat.

Η εφαρμογή Digital Clinic καλύπτει και τα παιδιά;

Όχι, αυτή τη στιγμή εξυπηρετούμε μόνο ενήλικα άτομα (18 ετών και άνω). Όταν προσθέσουμε την ειδικότητα του Παιδιάτρου στους ειδικούς της Digital Clinic, θα σας γνωστοποιηθεί.

Μπορώ να χρησιμοποιήσω το δικό μου app για να συζητήσω για πρόβλημα υγείας ενός άλλου ατόμου;

Όχι, η εγγραφή του ατόμου ως χρήστη είναι αυστηρώς προσωπική.

Πόσο ασφαλή είναι τα δεδομένα μου όταν χρησιμοποιώ την Digital Clinic;

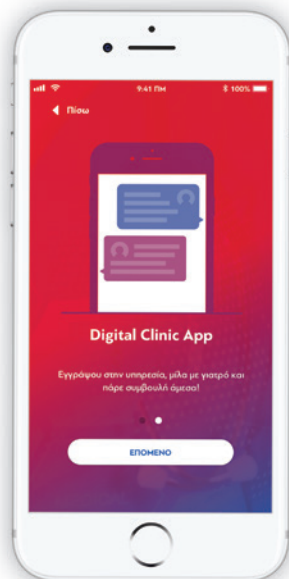
Έχουμε λάβει όλα τα απαραίτητα τεχνικά μέσα για τη διασφάλιση των δεδομένων που μοιράζεστε μαζί μας και έχουμε φροντίσει να ικανοποιούμε πλήρως τις απαιτήσεις της νομοθεσίας σχετικά με την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Η εφαρμογή δεν αποθηκεύει στοιχεία στο κινητό σας, αλλά στη δική της πλατφόρμα πληροφοριών βάσει της ηλεκτρονικής ταυτότητας που έχει κάθε ασθενής.

Υπάρχει δυνατότητα για βιντεοκλήση;

Δεν υπάρχει η δυνατότητα κλήσης ή βιντεο-κλήσης.

Υπάρχει δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με χρήση ΕΟΠΥΥ;

Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει η δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με χρήση ΕΟΠΥΥ από τους ιατρούς της εφαρμογής Digital Clinic. Θα σας ενημερώσουμε όταν αυτό αλλάξει.



Ο γιατρός στο κινητό σου



Digital Clinic
MEDICAL CARE. ANYTIME. ANYWHERE

ΡΙΖΙΚΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑ

Γνωρίζουμε καλά ότι μια Κλινική που απευθύνεται σε παιδιά πρέπει να «μιλάει στην καρδιά τους», να μην τα φοβίζει και να μην τους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα. Γι' αυτό δώσαμε μια νέα πνοή στους χώρους των Εξωτερικών Ιατρείων του Παίδων ΜΗΤΕΡΑ, που σήμερα λειτουργούν σε μοντέρνο και άνετο χώρο στο «0» επίπεδο. Εδώ, το περιβάλλον λειτουργεί θεραπευτικά και προς την ψυχή του παιδιού, τονώνοντας την ψυχολογία του, αλλά και τη διάθεσή του. Γιατί η θετική ψυχολογία είναι πολύ σημαντική στη βελτίωση της υγείας, ιδιαίτερα των παιδιών.

Τα εξωτερικά Ιατρεία βρίσκονται σε εφημερία 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες τον χρόνο, εξασφαλίζοντας την άμεση ανταπόκριση σε οποιοδήποτε πρόβλημα προκύψει στο παιδί σας. Στελεχώνονται με παιδιάτρους υψηλής επιστημονικής κατάρτισης και γιατρούς όλων των υποειδικοτήτων της παιδιατρικής, καταξιωμένους στον χώρο τους, με γνώση και εμπειρία στο αντικείμενό τους, οι οποίοι σε συνεργασία με τους νοσηλευτές και το διοικητικό προσωπικό φροντίζουν για την ταχύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των μικρών ασθενών.

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





2η ΣΥΝΕΧΟΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΚΡΙΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟ «ΤΑΞΙΔΕΥΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»
ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΣΜΟ BRAVO 2019 ▼▼

Bravo!

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ για 2η συνεχόμενη χρονιά απέσπασε σημαντική διάκριση στον πυλώνα «Κοινωνία» του θεσμού BRAVO SUSTAINABILITY AWARDS 2019, για τη δράση «Ταξιδεύουμε για την Υγεία», την οποία αναπτύσσει εδώ και 6 χρόνια με ευθύνη για τη ζωή.

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ είναι πιστός στις αρχές της Εταιρικής Υπευθυνότητας και στη δέσμευσή του ότι η στρατηγική που εφαρμόζει έχει ως κεντρικό άξονα η ανάπτυξη του

Ομίλου να συνυπάρχει αρμονικά με τις δραστηριότητές του για την κοινωνία, το περιβάλλον, τους εργαζομένους και την αγορά, κρατώντας πάντα στο επίκεντρο, με ευθύνη και ευαισθησία, τον άνθρωπο.

Στο πλαίσιο αυτό και με βασική προτεραιότητα την κάλυψη αναγκών ιατρικής περίθαλψης σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας μας, επί 6 συνεχόμενα έτη ταξιδεύει με στόχο την κάλυψη σημαντικών αναγκών υγείας των

κατοίκων μικρών νησιών και ορεινών κοινοτήτων που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες. Με εφόδιο την εθελοντική συμμετοχή ιατρών αλλά και εργαζομένων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, οργανώνουμε εκστρατεία έμπρακτης βοήθειας και «Ταξιδεύουμε για την Υγεία», προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και τον τεχνολογικό εξοπλισμό αιχμής που διαθέτουν οι Κλινικές του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, στους ανθρώπους που μας χρειάζονται.



ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΕΙΥ ▲▲

Το προηγούμενο διάστημα πραγματοποιήθηκε η τελετή λήξης του Ιατρικού Μετεκπαιδευτικού Προγράμματος ΕΕΙΥ «Ανδρέας Βγενόπουλος», που έχει θεσπίσει το ΥΓΕΙΑ σε συνεργασία με την Επιστημονική Ένωση Ιατρών ΥΓΕΙΑ, κατά τη διάρκεια της οποίας απονεμήθηκαν τα πιστοποιητικά παρακολούθησης στους μεταπτυχιακούς ιατρούς.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΕΡΑ ΜΕ ΤΗ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



Σκοπός της συνεργασίας είναι η εξειδίκευση και η εξοικείωση των νέων ιατρών, ειδικευμένων στο αντικείμενό τους, με τις νεότερες τεχνικές της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής στη Γυναικολογία.

Τη διεξαγωγή θεωρητικών και πρακτικών διαδραστικών σεμιναρίων Γυναικολογικής Ενδοσκοπικής Χειρουργικής για την εκπαίδευση νέων ιατρών, μέσω της συνεργασίας τους, ανακοίνωσαν το ΜΗΤΕΡΑ και η Β' Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική του Αρεταίειου Νοσοκομείου, στο πλαίσιο συνέντευξης Τύπου που πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο στο Μικρό Αμφιθέατρο του Αρεταίειου Νοσοκομείου.

Συγκεκριμένα, εντός του 2020 θα πραγματοποιηθούν δύο εκπαιδευτικά προγράμματα διάρκειας τριών (3) ημερών. Στο πρώτο σεμινάριο, με θέμα «Εκπαιδευτικό Σεμινάριο στη Διαγνωστική και Επεμβατική Υπεροσκοπική», όπου οι συμμετέχοντες θα εκπαιδευτούν σε όλο το φάσμα της υστεροσκοπικής χειρουργικής με ζωντανή συμμετοχή σε υστεροσκοπικά χειρουργεία, υπό την καθοδήγηση καταξιωμένων ειδικών. Το δεύτερο σεμινάριο, με θέμα «Σεμινάριο Κλινικής Καρδιοτοκογραφίας και Παρακολούθησης του Εμβρύου», θα διεξαχθεί σε συνεργασία με τη Σουηδική Μαι-

ευτική Γυναικολογική Εταιρεία, τη Σουηδική Ένωση Μαιών και τη Σουηδική Νεογνολογική Εταιρεία. Το πρακτικό, καθώς και το θεωρητικό μέρος των σεμιναρίων θα φιλοξενηθούν στο αμφιθέατρο «Ν. Λούρος» του ΜΗΤΕΡΑ. Μετά το πέρας των προγραμμάτων θα απονεμηθούν Βεβαιώσεις Παρακολούθησης.

Σχολιάζοντας τη συνεργασία, ο κ. Στέφανος Χανδακάς, Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Ενδοσκοπικός Χειρουργός, Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου ΜΗΤΕΡΑ, τόνισε: «Το ΜΗΤΕΡΑ, στα 40 και πλέον χρόνια λειτουργίας του, έχει αναπτύξει σημαντική έρευνα και επιστημονική δραστηριότητα και ήδη από το 2011 οργανώνει προγράμματα μεταπτυχιακής πρακτικής άσκησης νέων ιατρών στις τεχνικές της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής στη Γυναικολογία. Πρωτοπόρο για μία ακόμη φορά στις εξελίξεις, το ΜΗΤΕΡΑ είναι το πρώτο ιδιωτικό νοσοκομείο που ενώνει τις δυνάμεις του με ένα καταξιωμένο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της χώρας, το Αρεταίειο, στο πλαίσιο

μιας νεωτεριστικής προσέγγισης στην εκπαίδευση των νέων ιατρών. Ευελπιστούμε η σύμπραξη αυτή να αποτελέσει την αρχή για περισσότερες ανάλογες πρωτοβουλίες».

Από την πλευρά του ο κ. Νικόλαος Φ. Βλάχος, Διευθυντής Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο, τόνισε: «Είμαστε στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσουμε την επίσημη συνεργασία της Κλινικής μας με τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ, με σκοπό την οργάνωση από κοινού εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους νέους συναδέλφους, την υποστήριξη της διά βίου μάθησης και εκπαίδευσης και συνολικά τη βελτίωση της φροντίδας και της παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε όλους τους ασθενείς. Ελπίζουμε ότι αυτή η πρωτοβουλία θα αποτελέσει την απαραίτητη πλαισίωση συνεργασίας ανάμεσα στη Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική και στον ιδιωτικό τομέα για την προσφορά υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης σε πρακτικά ζητήματα της ειδικότητάς μας».

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΡΑΞΗΣ THERACELL – ORGENESIS ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΠΡΟΗΓΜΕΝΩΝ ΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΟΝΙΔΙΑΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ



Ανάπτυξη και διάθεση εξατομικευμένων θεραπειών στην Ελλάδα, για μεγάλο εύρος ασθενειών.

Την κλινική ανάπτυξη και παροχή εξατομικευμένων προηγμένων θεραπειών, που μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά μεγάλο εύρος ασθενειών στους τομείς Ογκολογίας, Αιματολογίας, Ορθοπαιδικής, Νεφρολογίας, Δερματολογίας και Διαβητολογίας, μέσω της στρατηγικής συνεργασίας τους, ανακοίνωσαν ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ και η σύμπραξη Theracell – Orgenesis, στο πλαίσιο Επιστημονικής Εκδήλωσης που πραγματοποιήθηκε στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. ΛΟΥΡΟΣ» του ΜΗΤΕΡΑ. Με τη συνεργασία αυτή και μέσω της χρήσης τεχνολογίας αιχμής των Theracell – Orgenesis, ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ καθίσταται η πρώτη νοσοκομειακή μονάδα στη χώρα που θα διαθέτει στους ασθενείς προηγμένες κυτταρικές και γονιδιακές θεραπείες (Cell & Gene Therapies – CGTs), δημιουργώντας ένα ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα της Αναγεννητικής Ιατρικής.

Ο κ. Ανδρέας Καρταπάνης, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, δήλωσε: «Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ, πιστός στο όραμά του και πρωτοπόρος καθ' όλη τη διάρκεια των σχεδόν 50 χρόνων της ιστορίας του, αλλάζει τα δεδομένα για την υγεία στη χώρα, μέσα από την επιχειρηματική του ανάπτυξη και την υιοθέτηση

καινοτόμων και πρωτοπόρων θεραπειών. Με τη συνεργασία μας αυτή παρέχουμε υπηρεσίες Ιατρικής Ακριβείας και προσεγγίζουμε –με ευθύνη για την ζωή– σοβαρές ασθένειες με τη διάθεση των κυτταρικών και γονιδιακών θεραπειών. Στην αιχμή των επιστημονικών εξελίξεων και με σεβασμό στον άνθρωπο, ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ διατηρεί τη δέσμευσή του να καινοτομεί και να επενδύει στην παροχή υψηλών υπηρεσιών για την υγεία».

Ο κ. Φώτης Σακελλαρίδης, Διευθύνων Σύμβουλος Theracell Advanced Biotechnology, δήλωσε σχετικά με τη συνεργασία με τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ και τον σκοπό της δραστηριοποίησης της Εταιρείας: «Ευχαριστούμε τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ για την εμπιστοσύνη. Σκοπός των εταιρειών μέσα από τη δραστηριοποίησή τους είναι να χτίζουν γέφυρες που δημιουργούν οφέλη για τις κοινωνίες και τον άνθρωπο. Η στρατηγική συνεργασία της σύμπραξης Theracell – Orgenesis με τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ θα δώσει πρόσβαση σε προηγμένες θεραπείες, και μάλιστα σε ιδιαίτερα προσιτές τιμές, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, αυτές οι καινοτόμες θεραπευτικές επιλογές αποτελούν μια εκπληκτική ευκαιρία ανάπτυξης του Ιατρικού

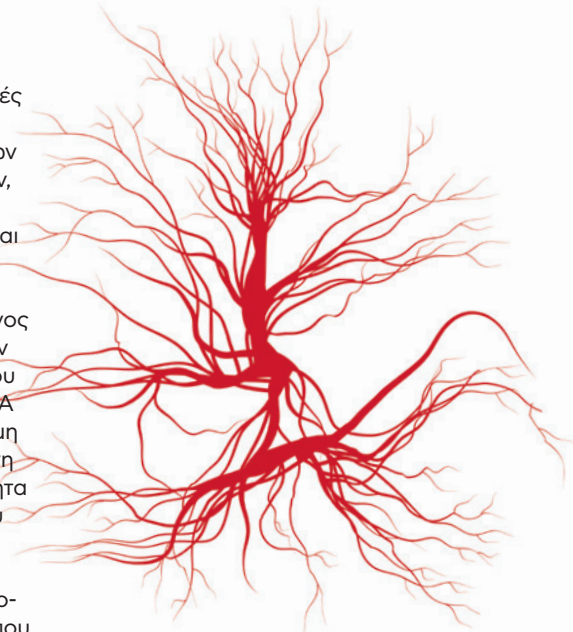
Τουρισμού, με σημαντικότητα οφέλη για την Εθνική Οικονομία, καθώς και για την προβολή της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας διεθνώς. Παράλληλα, δημιουργούν τις προϋποθέσεις νέων θέσεων εργασίας εξειδικευμένου ιατρικού και επιστημονικού προσωπικού αιχμής, αναχαιτίζοντας το φαινόμενο του brain drain. Στη Theracell εργαζόμαστε με προσήλωση και υπευθυνότητα για να χτίσουμε αυτές τις γέφυρες, που καθιστούν πιο υγιείς τους ανθρώπους και τις κοινωνίες και πιο βιώσιμο το σύστημα υγείας και την οικονομία».

Η κ. Vered Caplan, Πρόεδρος και Διευθύνουσα Σύμβουλος Orgenesis Inc., δήλωσε για τη στρατηγική συνεργασία με τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ: «Επιλέξαμε ως συνεργάτη τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ, γνωρίζοντας την αρτιότητα των υποδομών του και την άριστη κατάρτιση των επιστημόνων του. Μέσω της προστιθέμενης αξίας που δίνει η σύμπραξη Theracell – Orgenesis στην τεχνολογία και στις θεραπευτικές περιοχές στις οποίες εφαρμόζεται, προσφέρουμε στον Όμιλο ΥΓΕΙΑ ένα ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, τόσο για την επιχειρησιακή του ανάπτυξη, όσο κυρίως για τη διάθεση εξατομικευμένων θεραπειών στους ασθενείς, με όφελος τη ζωή».

ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΔΥΣΠΛΑΣΙΩΝ ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ ▶▶

Μία ακόμη καινοτομία του ΜΗΤΕΡΑ στις παρεχόμενες ιατρικές του υπηρεσίες αποτελεί η ίδρυση εξειδικευμένου Ιατρείου Αγγειακών Δυσπλασιών. Το Νέο εξειδικευμένο Ιατρείο λειτουργεί σε συνεργασία με το πρωτοπόρο Κέντρο Αγγειακών Ανωμαλιών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Lariboisière στο Παρίσι και προσφέρει ολοκληρωμένη διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση των αγγειακών δυσπλασιών. Στο σύνολό τους οι αγγειακές δυσπλασίες είναι μια σχετικά σπάνια ομάδα συγγενών ανωμαλιών, οι οποίες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής και μεγαλώνουν σταδιακά. Η διαφορετικότητα στις εντοπίσεις της πάθησης καθιστά πολλές φορές αναγκαία τη συμμετοχή πολλών ειδικοτήτων για την αντιμετώπισή τους και για τον λόγο αυτόν είναι απαραίτητη η διεπιστημονική προσέγγιση, αλλά και η εξατομικευμένη θεραπεία του κάθε ασθενούς. Οι ασθενείς του Ιατρείου έχουν πρόσβαση στις πλέον εξελιγμέ-

νες και αναγνωρισμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των δυσπλασιών των τριχοειδών αγγείων, των αρτηριοφλεβικών δυσπλασιών, των φλεβικών δυσπλασιών, καθώς και των δυσπλασιών των λεμφαγγείων. Όπως τονίζει ο κ. Νικόλαος Παρασκευάς, Αγγειοχειρουργός, Υπεύθυνος του Ιατρείου Αγγειακών Δυσπλασιών του ΜΗΤΕΡΑ, «ο σκοπός του Ιατρείου Αγγειακών Δυσπλασιών στο ΜΗΤΕΡΑ είναι να προσφέρει σωστή και πρώιμη διάγνωση, καθώς και εξατομικευμένη αντιμετώπιση της νόσου. Ιδιαίτερότητα του Ιατρείου είναι η εξειδίκευση που έχουμε χάρη στην πολυετή συνεργασία μας με το Κέντρο Αγγειακών Ανωμαλιών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Lariboisière στο Παρίσι, που είναι Κέντρο Αναφοράς της Γαλλίας με διεθνή αναγνώριση. Η διεπιστημονική προσέγγιση, η εξειδίκευση στη νόσο και η πολυετής μας εμπειρία καθιστούν εφικτή την αντιμετώπιση ακόμα και των πιο σύνθετων περιστατικών».



Ιατρείο Αγγειακών
Δυσπλασιών ΜΗΤΕΡΑ.
Τηλέφωνο επικοινωνίας:
210 686 9304



◀◀ ΜΗΤΕΡΑ: ΚΑΙΝΟΤΟΜΟΣ ΣΥΝΘΕΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΙΑΝΟΙΞΗΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΚΟΛΠΙΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΕΟΓΕΝΗΤΟ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Η Κλινική Παιδοκαρδιολογίας και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων του ΜΗΤΕΡΑ πραγματοποίησε και δημοσίευσε στο έγκριτο περιοδικό «World Journal of Pediatric Congenital Heart Surgery» μια καινοτόμα τεχνική διάνοιξης μεσοκολπικής επικοινωνίας, που πραγματοποιήθηκε σε νεογέννητο με σοβαρή εκ γενετής καρδιοπάθεια, προκειμένου να διασφαλιστεί η καλή οξυγόνωση και η επιβίωσή του. Ο προγραμματισμένος τοκετός πραγματοποιήθηκε στο ΜΗΤΕΡΑ λόγω προγεννητικής διάγνωσης και υποψίας αναγκαιότητας επέμβασης μέσα στις πρώτες ώρες της ζωής. Την τεχνική εφάρμοσαν σε κατάσταση επείγοντος οι ιατροί του Αιμοδυναμικού Τμήματος, όταν βρέθηκαν αντιμέτωποι με σοβαρή ανατομική παραλλαγή που δεν επέτρεπε τη διενέργεια της κλασικής διαφραγματοστομίας. Το

νεογνό κατόπιν υπεβλήθη σε πλήρη διόρθωση της καρδιοπάθειάς του και είναι πλέον υγιές. Η κ. Αφροδίτη Τζίφα, Διευθύντρια της Κλινικής Παιδοκαρδιολογίας και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων του ΜΗΤΕΡΑ, η οποία πραγματοποίησε τη διαδερμική πράξη, σχολίασε: «Η προγεννητική διάγνωση επέτρεψε στην οικογένεια, που διέμενε στη Βόρεια Ελλάδα, να προγραμματίσει εγκαίρως τη μετάβαση στην Αθήνα και τον τοκετό στο ΜΗΤΕΡΑ, ώστε το νεογνό να έχει άμεση φροντίδα από την εξειδικευμένη ομάδα των Παιδοκαρδιολόγων και Παιδοκαρδιοχειρουργών. Η τεχνική που εφαρμόστηκε στο νεογέννητο θα μπορούσε ενδεχομένως να βοηθήσει και άλλα νεογνά με παρόμοια καρδιοπάθεια, ούτως ώστε να διασφαλιστεί η επιβίωσή τους, χωρίς τις επιπλοκές της εγκεφαλικής υποξίας».

Η ΚΥΡΙΑ ΣΑΧΝΙΚΑ ΓΕΝΝΗΣΕ ΤΟ 15ο ΠΑΙΔΙ ΤΗΣ ΣΤΟ ΛΗΤΩ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΑ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΑΣ



Κυρία Σάχνικα, τις θερμότερες ευχές μας για τον μπέμψη σας και για όλη σας την οικογένεια. Στην ηλικία των 43 ετών, φέρατε στον κόσμο το δέκατο πέμπτο παιδί σας. Πώς πήρατε, εσείς και ο σύζυγός σας, την απόφαση να αποκτήσετε τόσα παιδιά;

Σας ευχαριστώ για τις ευχές σας και εκτιμώ ιδιαίτερα το ενδιαφέρον της Διοίκησης του ΛΗΤΩ. Δεν αποφασίσαμε πόσα παιδιά θα κάνουμε. Δε λογαριάσαμε και δεν σκεφτήκαμε τίποτα. Είπαμε όσα μας χαρίσει ο Θεός... αφού το θέλαμε πραγματικά. Τον ευχαριστούμε που μας αξίωσε να ζήσουμε αυτή τη χαρά. Είναι τα δώρα του, πώς να τα αρνηθούμε; **Αλήθεια, πώς είναι μια συνηθισμένη μέρα σας;**

Η κάθε μας ημέρα είναι ξεχωριστή και διαφορετική, με τις δικές της χαρές, τις λύπες, τα απρόοπτά της, τις εκπλήξεις και τις ευλογίες της. Με συνεχή αγώνα και με μεγάλη ευλογία. Προφανώς και παρουσιάζονται δυσκολίες μέσα στην καθημερινότητα, όπως σε όλες τις οικογένειες. Δόξα τω Θεώ, όμως, όλα αντιμετωπίζονται εν τέλει, γιατί η ευλογία που φέρει μια υπερπολύτεκνη οικογένεια

σκεπάζει και υπερβαίνει καθετί δύσκολο και αρνητικό. Κι αυτές τις ευλογίες με αξιώνει ο Θεός να τις βιώνω κάθε μέρα.

Ποιος είναι ο ρόλος του μπαμπά; Δηλαδή συμβάλλει, σας βοηθάει;

«Αυτό που μου έκανε εντύπωση ήταν το ήσυχο κλίμα που επικράτησε καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού και η ηρεμία του προσωπικού».

Για τον σύζυγό μου έχω να πω τα καλύτερα. Παντού συμβάλλει! Βοηθάει σε όλα, πανταχού παρών είναι δηλαδή. Ακόμα και όταν απουσιάζει, βοηθάει με τρόπο μυστικό. Μα πάνω απ' όλα η σιωπή του και η ηρεμία του, η ψυχραιμία του και γενικώς ο τρόπος που αντιμετωπίζει το καθετί

πιστεύω ότι είναι η καλύτερη συμβολή του. Είμαι περήφανη που τον έχω και έκανα αυτή την οικογένεια μαζί του. Τον αγαπώ πολύ!

Υπάρχουν κάποιες στιγμές που ξεχωρίζετε από τη γέννηση των παιδιών σας;

Κάθε γέννηση είναι ξεχωριστή! Πάντα σαν να είναι το πρώτο σου. Η στιγμή που ξεχωρίζει και στην οποία θέλω να εστιάσω είναι αυτή που βγαίνοντας το έμβρυο το παίρνεις αγκαλιά ακουμπώντας το στο στήθος σου. Αυτό για μένα είναι το μεγαλύτερο συναίσθημα, η μεγαλύτερη λαχτάρα, η μεγαλύτερη ευτυχία. Θα μπορούσα ώρες να μιλώ γι' αυτή τη στιγμή. Δεν μπορεί να συγκριθεί με τίποτα. Υπάρχει και άλλη μία στιγμή, η επιστροφή στο σπίτι, όπου περιμένουν όλοι στη σειρά να δουν το μωρό με τη μαμά και να διηγηθούμε τις όμορφες στιγμές που περάσαμε με το καθένα ξεχωριστά. Περνώντας οικογενειακές εμπειρίες γεμάτες θαλπωρή και αγάπη.

Θα θέλατε να μας πείτε λίγα λόγια για τον γιατρό σας, κ. Τζιμπάρα;

Θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον αγαπητό μας γιατρό κ. Τζιμπάρα, καθώς με έχει αναλάβει από τον 10ο τοκετό μέχρι τον 15ο με άριστη συνεργασία, με ηρεμία, υπομονή και με σεβασμό, χωρίς να βιάζει καταστάσεις, αφήνοντας τη φύση να μιλήσει από μόνη της. Όλες τις φορές φέρθηκε άψογα και με εμπιστοσύνη μου έλεγε «θα γεννήσεις γρήγορα». Τον ευχαριστώ! Να τον έχει ο Θεός καλά για όσα μας πρόσφερε. Να δίνει δύναμη και υγεία στον ίδιο και στην οικογένειά του.

Είναι κάτι που σας έκανε εντύπωση κατά την παραμονή σας στο ΛΗΤΩ; Θα συμβουλευάτε άλλες γυναίκες να το προτιμήσουν;

Αυτό που μου έκανε εντύπωση ήταν το ήσυχο κλίμα που επικράτησε καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού και η ηρεμία του προσωπικού, η οποία ξέρετε παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για μας που είμαστε σε αυτή τη θέση. Πάντα καλοσυνάτες και χαμογελαστές. Να μείνουν έτσι πάντα! Βεβαίως και θα συμβούλευα και άλλες γυναίκες να προτιμήσουν το Μαιευτήριο ΛΗΤΩ. Μακάρι και το εύχομαι να γεννήσουν παιδιά, προσφέροντας το ΛΗΤΩ αυτή τη θαλπωρή σε όλες!



ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: ΣΟΦΙΑ ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗ

Επάνω με τη σειρά:
Δρ. Αλεξάνδρα
Αθανασίου και Δρ.
Μαρία Σταμέλου

ΕΜΠΝΕΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Η Διεθνής Ημέρα για τις Γυναίκες και τα Κορίτσια στην Επιστήμη, στάθηκε η αφορμή, ώστε το Κέντρο Πολιτισμού Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος και το Perimeter Institute του Καναδά, να διοργανώσουν μια πολύ ιδιαίτερη μαθητική ημερίδα με θέμα τις γυναίκες στην επιστήμη.

Στην ημερίδα συμμετείχαν καταξιωμένες γυναίκες στον κλάδο τους (επιστήμη, τεχνολογία, μηχανική και μαθηματικά), οι οποίες μέσω παρουσιάσεων, συζητήσεων στρογγυλής τραπέζης καθώς και ταχυρυθμων Mentoring, μοιράστηκαν τις προσωπικές τους εμπειρίες και συμβούλευσαν τις 150 μαθήτριες της Γ' Γυμνασίου και της Α' Λυκείου που συμμετείχαν, για το πώς οι ίδιες θα μπορούσαν να κάνουν τα

δικά τους βήματα στο χώρο της επιστήμης που θα επιλέξουν να ακολουθήσουν.

Μία εκ των ομιλητριών ήταν η κα. Μαρία Σταμέλου, Καθηγήτρια Νευρολογίας Παν/μίου Marburg, Γερμανία και Υπεύθυνη Τμήματος Πάρκινσον & Κινητικών Διαταραχών ΥΓΕΙΑ, η οποία αναφέρθηκε στην επιμονή που χρειάστηκε να επιδείξει για να κατακτήσει τα όνειρά της, ώστε σήμερα το βιογραφικό της να μετρά πολλές διακρίσεις. «Κάθε δρόμος είναι σωστός γιατί έχει κάτι να μας διδάξει για τον εαυτό μας. Ακόμα κι αν χρειαστεί να αλλάξουμε πορεία γιατί θα συνειδητοποιήσουμε ότι αυτός ο δρόμος δεν είναι για μας» αναφέρει, ενώ προέτρεψε τα κορίτσια να ακολουθήσουν τα όνειρά τους και

να μην διστάσουν να εκτεθούν σε προκλήσεις και νέα περιβάλλοντα.

Στο πάνελ της στρογγυλής τραπέζης η κα. Αλεξάνδρα Αθανασίου, Ακτινοδιαγνώστρια Μαστού, Διευθύντρια Τμήματος Απεικόνισης Μαστού ΜΗΤΕΡΑ, ανέτρεξε στα μαθητικά της χρόνια και ανέφερε πως η ανάγνωση της βιογραφίας της Μαρί Κιουρί, αποτέλεσε το έναυσμα ώστε να εγκαταλείψει την επιλογή για σπουδές στο Ιστορικό – Αρχαιολογικό και να στραφεί στην ιατρική έρευνα. Αφού ολοκλήρωσε την εξειδίκευση και το μεταπτυχιακό της στη Γαλλία, τελικά εργάστηκε για 10 χρόνια στο Ινστιτούτο Κιουρί, τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο, πραγματοποιώντας έτσι ένα από τα όνειρά της.



ΣΤΗΡΙΖΟΥΜΕ ΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ ▲▲

- Με γνώμονα την έμπρακτη ενίσχυση των αρχών και αξιών του Ολυμπισμού και του αθλητισμού, το ΥΓΕΙΑ εδώ και χρόνια στηρίζει ενεργά τους αθλητές της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας, προσφέροντας δωρεάν κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των αθλητών, με στόχο την προετοιμασία τους για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του Τόκιο το 2020.
- Παράλληλα, συνεχίζεται από τα Νοσοκομεία του Ομίλου η στήριξη στην Ελληνική Παραολυμπιακή ομάδα, με ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις στην ομάδα των αθλητών που μας έχουν κάνει περήφανους τα τελευταία χρόνια με τις επιδόσεις, τη δύναμη και τις επιτυχίες τους. Μεταξύ άλλων, ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ προσέφερε σε αθλητή εξοπλισμό για το πρόσθετο μέλος του ποδιού του, δίνοντάς του έτσι τη δυνατότητα να συμμετάσχει σε πανελλήνια και πανευρωπαϊκά πρωταθλήματα.
- Το ΥΓΕΙΑ στάθηκε αρωγός για μία ακόμη χρονιά, ενισχύοντας οικονομικά τον Αθλητικό Σύλλογο για άτομα με ειδικές ανάγκες «Άτλας», για τη συμμετοχή των μελών του σε αθλητικά πρωταθλήματα.



◀◀ ΕΠΕΜΒΑΣΗ 17ΧΡΟΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Με στόχο το βέλτιστο συμφέρον των ασυνόδευτων ανηλίκων, ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) και ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ έχουν δημιουργήσει ένα δίκτυο συνεργασίας υπό το οποίο διενεργούνται και παρέχονται εξειδικευμένες ιατρικές εξετάσεις στον ανήλικο μεταναστευτικό πληθυσμό που διαμένει σε ξενώνες φιλοξενίας στην Αθήνα. Στο πλαίσιο αυτό, η Οφθαλμολογική Κλινική του ΥΓΕΙΑ ανέλαβε δωρεάν και χειρουργήσε τον Ναζάρι Αμάν, 17 ετών, από το Αφγανιστάν, που έπασχε από διπλωπία και στραβισμό. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στα Χειρουργεία Μίας Ημέρας (ODS) του ΥΓΕΙΑ από τον Διευθυντή της Οφθαλμολογικής Κλινικής, κ. Σπύρο Γεωργαρά, με την παρουσία της Διευθύντριας του Ορθοπδικού Τμήματος του ΥΓΕΙΑ, κ. Σοφίας Πολυχρονιάδου-Σκούρου, που ανέλαβε την ορθοπδική μελέτη του ασθενούς προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

ΣΤΗΡΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ

Το ΥΓΕΙΑ, στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, έχοντας απόλυτο σεβασμό στο έργο που επιτελεί η Ελληνική Αστυνομία, προχώρησε στη διάθεση χρηματικού ποσού για την επισκευή μεγάλου μέρους μηχανών της ομάδας ΔΙ.ΑΣ.

ΣΤΗΡΙΖΟΥΜΕ ΜΚΟ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΕΙΑ ▼▼

- Συνεχής είναι η στήριξη του Ομίλου ΥΓΕΙΑ με παροχή ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων σε Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και συλλόγους, όπως ο «Σύλλογος η Καρδιά του παιδιού», το «Χαμόγελο του παιδιού», το «Εργαστήρι» και το «Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

• «Υγεία για Όλους»

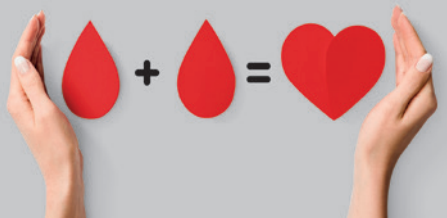
Το Πρόγραμμα «Υγεία για Όλους» ξεκίνησε τη δράση του τον Νοέμβριο του 2016, αναπτύσσοντας ένα μεγάλο Εθελοντικό κίνημα Αλληλεγγύης και προσφοράς από 40 Επιστημονικούς Φορείς, 240 Πανεπιστημιακούς - Ακαδημαϊκούς, καθώς και 190 Εθελοντές Ιατρούς και λοιπούς Επιστήμονες Υγείας.

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ στηρίζει τις δράσεις της εταιρείας, με τη διάθεση Ιατρού από το δυναμικό του Παίδων ΜΗΤΕΡΑ για το πρόγραμμα εμβολιασμών που έχει θεσπίσει η εταιρεία. Επιπρόσθετα, το ΥΓΕΙΑ ενίσχυσε οικονομικά την εταιρεία, με σκοπό την προμήθεια φορητού υπερηχογράφου για τον πληρέστερο καρδιολογικό έλεγχο ευάλωτων ομάδων.



**5 ΛΕΠΤΑ ΓΙΑ ΕΞΕΝΑ,
ΜΙΑ ΖΩΗ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΔΙΠΛΑΝΟ ΣΟΥ!**

Πρόσκληση
συμμετοχής
σε εθελοντική
αιμοδοσία



◀◀ 5 ΛΕΠΤΑ ΓΙΑ ΕΞΕΝΑ, ΜΙΑ ΖΩΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΠΛΑΝΟ ΣΟΥ!

Το πιο σημαντικό μέρος της δουλειάς και η μεγαλύτερη ανταμοιβή του καθημερινού αγώνα των επαγγελματιών υγείας είναι το να χαρίζουν ζωή! Στην κρίσιμη περίοδο που διανύουμε, η αιμοδοσία είναι πιο απαραίτητη από ποτέ! Η προσφορά είναι τρόπος ζωής για το προσωπικό του ΥΓΕΙΑ, και του ΛΗΤΩ που για ακόμα μία χρονιά συνέχισαν τον θεσμό της εθελοντικής αιμοδοσίας οργανώνοντας στις 3 Ιουνίου την ετήσια εθελοντική αιμοδοσία για το προσωπικό του ΥΓΕΙΑ και στις 14 Μαΐου για το ΛΗΤΩ.

ΘΕΛΩ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΩ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥΣ. ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ, Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥΣ ΗΤΑΝ ΑΠΑΡΑΜΙΛΛΕΣ! Μ. Α.

ΘΕΡΜΕΣ
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΚΑΙ
ΑΠΕΡΙΟΡΙΣΤΑ
«ΜΠΡΑΒΟ!». ΝΑ
ΣΥΝΕΧΙΣΕΤΕ ΜΕ
ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΖΗΛΟ ΚΑΙ
ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑ
ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΠΡΑΤΤΕΤΕ. Σ. Κ.

ΝΙΩΘΩ
ΑΣΦΑΛΗΣ
ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ
ΤΟΥΣ.
ΓΙΑ ΑΛΛΗ
ΜΙΑ ΦΟΡΑ
ΜΠΡΑΒΟ
ΣΑΣ.
Ν. Γ.

Είστε το καλύτερο ιδιωτικό νοσοκομείο της Ελλάδας. Δεν αντιμετωπίζει μόνο τον ασθενή ως ασθενή, αλλά και τις ανθρώπινες προσωπικές του ανησυχίες. Α. Σ.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ, ΜΕ
ΘΕΤΙΚΗ
ΕΝΕΡΓΕΙΑ,
ΑΚΟΥΡΑΣΤΟ ΚΑΙ
ΠΡΟΘΥΜΟ.
Φ. Π.



Θα ήθελα ιδιαίτερα να αναφερθώ στην ανθρώπινη ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη που προσέφερε το προσωπικό αβίαστα και απλόχερα, γεγονός που με βοήθησε να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά το θέμα της υγείας μου. Β. Τ.

ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΑΣ ΜΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΑΝ ΑΠΛΟΧΕΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΑΠΟ ΤΑ ΒΑΘΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΜΑΣ. ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΠΕΡΗΦΑΝΟΙ ΓΙ' ΑΥΤΟΥΣ, ΓΙΑΤΙ ΜΕ ΟΣΑ ΚΑΝΟΥΝ ΤΙΜΟΥΝ ΟΧΙ ΜΟΝΟ ΤΟ ΛΗΤΩ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΤΟΝ ΠΟΛΥΠΑΘΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΟΜΩΣ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΠΕΡΗΦΑΝΟΙ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΝΝ ΤΟΥ ΛΗΤΩ, ΚΑΘΩΣ Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΕΙΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΑΠΟΠΝΕΕΙ ΠΙΘΑΝΩΣ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΕ ΑΛΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Β. Γ.



Πόσο εποικοδομητική υπήρξε για εμάς η μέθοδος «καγκουρό» που εφαρμόζεται στο συγκεκριμένο τμήμα, καθώς παρατηρήσαμε στην πράξη τη γρήγορη αύξηση βάρους και την έξοδο των μωρών μας από τη ΜΕΝΝ. Ευελπιστούμε ότι θα αξιοποιηθεί στο έπακρο από το μαιευτήριό σας, γιατί πραγματικά συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας των πρόωρων, αλλά και των τελειόμηνων νεογνών. **Π. Κ.**

ΟΜΟΛΟΓΟΥΜΕ, ΚΑΙ ΘΕΛΟΥΜΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΟΥΜΕ ΓΙ' ΑΥΤΟ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΙΚΡΗ ΜΑΣ ΚΑΡΔΟΥΛΑ, ΟΤΙ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΛΕΠΤΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΜΑΣ ΣΥΣΣΩΜΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΑΣ ΜΑΣ ΦΕΡΘΗΚΑΝ ΣΑΝ ΠΡΙΓΚΙΠΙΣΣΕΣ! Σ. Μ.



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

ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΤΟΝΙΣΩ ΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΟΛΩΝ ΟΣΟΙ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ, ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣΤΑ, ΔΗΜΙΟΥΡΓΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΣΧΕΣΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ, Η ΟΠΟΙΑ ΠΑΙΖΕΙ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. Κ. Γ.



ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΩ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ **ΥΠΕΡΟΧΗ** ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΟΥ ΖΗΣΑΜΕ ΜΑΖΙ! **Σ. Κ.**

Θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στο νοσηλευτικό και στο ιατρικό προσωπικό του ΥΓΕΙΑ με το οποίο ήρθα σε επαφή κατά τη νοσηλεία μου. Η προσοχή τους στο άτομό μου και το συνεχές ενδιαφέρον τους συνέβαλε τα μέγιστα στη βελτίωση της υγείας μου και της ψυχολογίας μου. **Κ. Τ.**

ΠΟΛΛΑ ΜΠΡΑΒΟ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΑΠΙΣΤΕΥΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ. Γ. Δ.

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



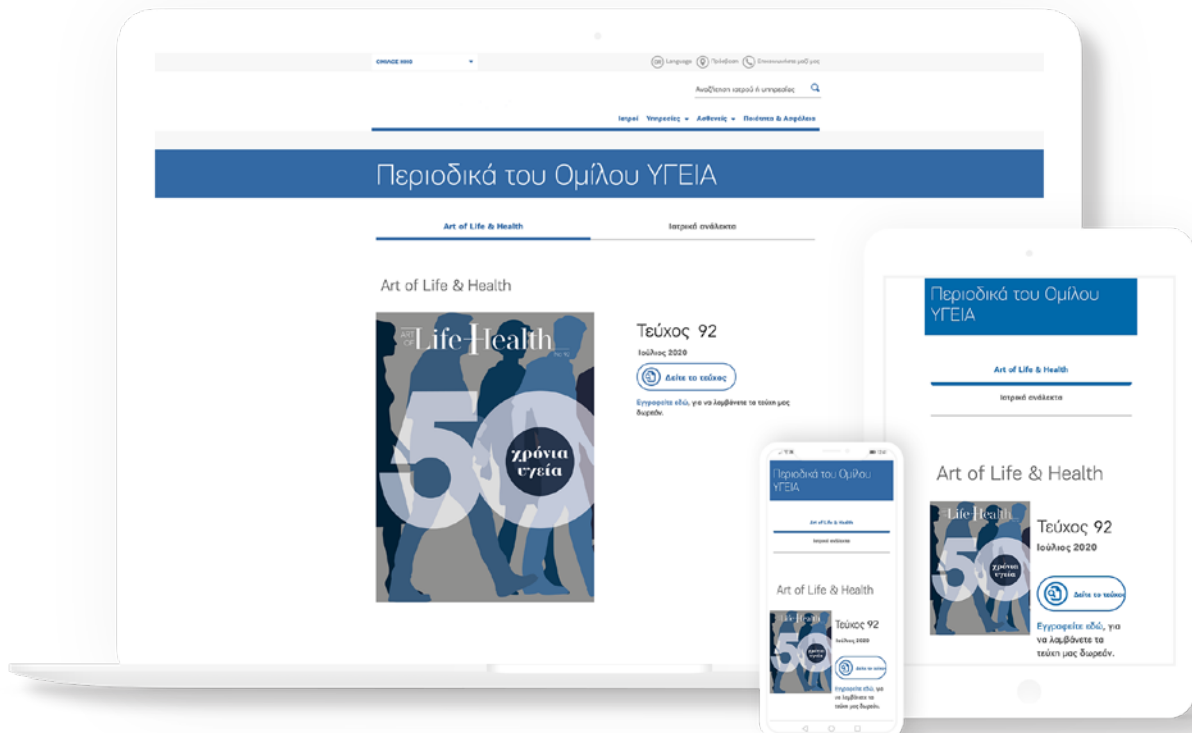
ΔΩΡΕΑΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ για να ενημερώνεστε για:

- 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 όπου επιθυμείτε έχετε τις παρακάτω 2 επιλογές:

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

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





ΜΗΤΕΡΑ. ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ!

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

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

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

mitera.gr



Μαιευτική/
Γυναικολογική
Κλινική



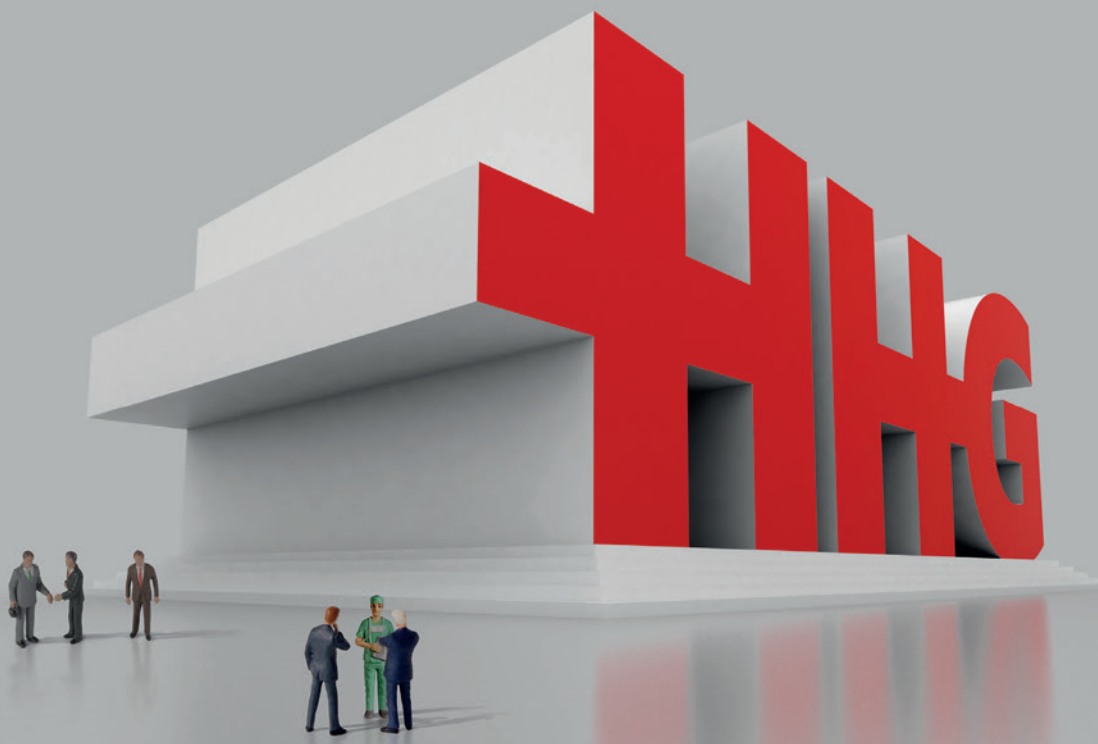
Παιδιατρική
Κλινική



Γενική
Κλινική

Για το μεγαλύτερο αγαθό,
ο μεγαλύτερος Όμιλος Υγείας.

McVicar&Hamilton



Το Hellenic Healthcare Group δεν είναι μόνο ο μεγαλύτερος ιδιωτικός όμιλος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Είναι ένας οργανισμός υγείας με όραμα να αλλάξει ριζικά τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

Προσφέροντας κορυφαίου επιπέδου υπηρεσίες και επενδύοντας στην έρευνα και τις νέες τεχνολογίες, αναδεικνύουμε διεθνώς την Ελλάδα ως πρωτοπόρο στην ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη. Συνεχίζουμε να εξελισσόμαστε, συνεχίζουμε να προσφέρουμε και να δίνουμε στην υγεία την αξία που πρέπει!



HHG
Hellenic Healthcare Group

ΠΑΝΤΟΥ
ΚΑΙ ΠΑΝΤΑ
ΔΙΠΛΑ ΣΑΣ

www.hhg.gr