

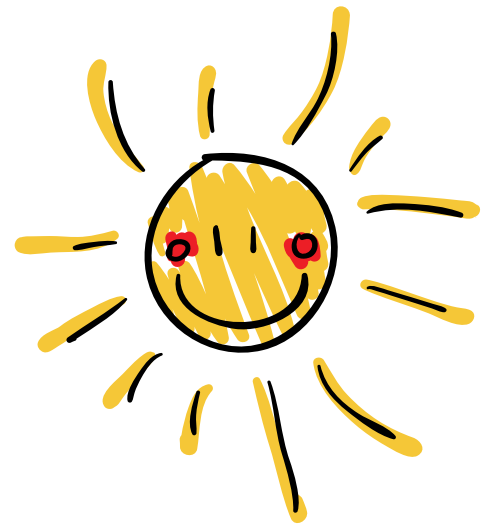
Realady

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ



ΑΦΙΕΡΩΜΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ:
ΜΕΧΡΙ ΧΘΕΣ
ΠΑΡΑΛΕΙΨΗ. ΑΠΟ
ΣΗΜΕΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗ!



Happy Baby Happy Mommy Happy Tummy DROPS

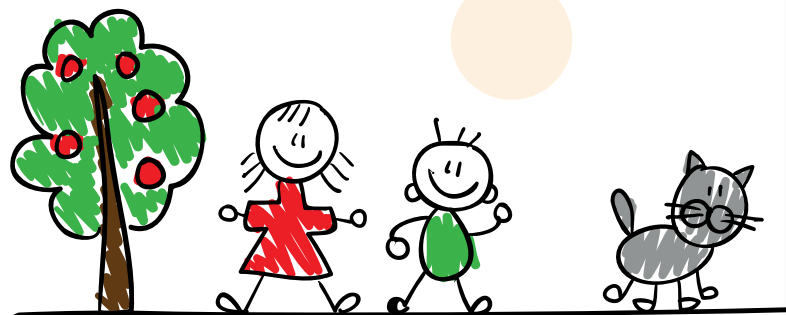
Η εταιρεία **Nutrimedical** δημιούργησε για εσάς, με τη σφραγίδα ποιότητας της Ιταλικής **PromoPharma**, το επαναστατικό συμπλήρωμα διατροφής **Happy Tummy drops**!

Είναι **απολύτως φυσικό**, γνωστοποιημένο στον Ε.Ο.Φ. και χάρη στην ιδανική και αρμονική δράση των φυσικών συστατικών του που βασίζονται σε παραδοσιακή συνταγή, το μωράκι σας θα μπορέσει να ανακουφισθεί άμεσα από τους **κολικούς!**

Καταπραΐνει τον αφόρητο πόνο του μωρού σας, δίνοντάς του μια αίσθηση ελευθερίας και ευεξίας, διευκολύνοντας την αποβολή ανεπιθύμητων αερίων.

Συστατικά:

Μάραθος, μελάσα, γλυκάνισος, χαμομήλι, βάλσαμο λεμονιού, φυσικά εκχυλίσματα



Υπεύθυνος Διανομής: **Nutrimedical IKE**
Γραμμή Φροντίδας: 211 013 0158
e-mail: info@nutrimedical.gr | www.nutrimedical.gr



Realady

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

Ιδιωτική Κλινική ΡΕΑ Γυναικολογική
Μ.Χ.Θ.Δ. Κλινική Α.Ε.
Λεωφ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17
Τ.Κ. 17564, Π. Φάληρο
Τ. 210 9495000 | F. 210 9495999
E. info@reamaternity.gr
www.reamaternity.gr
www.facebook.com/reamaternity

ΕΚΔΟΤΗΣ

DRIMON MON. Ε.Π.Ε.

Επιστημονική Επιμέλεια

Γεώργιος Κρεατσάς

Creative Director

Domenico Καπάτος

Art Director

Γεωργία Σπύρου

Υπεύθυνη Διαφήμισης

Κωνσταντίνα Νικολοπούλου

Έκδοση:

DRIMON MON Ε.Π.Ε.

Παπαδά 2 & Λεωφ. Μεσογείων 167
11525 Αθήνα
Τ. +30 210 6990746
F. +30 210 6990768
E. info@drimon.gr
www.drimon.gr

Η επιστημονική ευθύνη των γραφομένων ανήκει στους συγγραφείς των άρθρων. Δεν επιτρέπεται η αναδημοσίευση, αναπαραγωγή ή αποσπασματική μεταφορά κειμένων χωρίς τη γραπτή συναίνεση του εκδότη και του ιδιοκτήτη

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

Ασθενής: Πλανήτης Γη... There is no Planet B

Το περασμένο καλοκαίρι, ο προβληματισμός για την οικολογική καταστροφή με αφορμή τις πυρκαγιές στον Αμαζόνιο, άγγιξε και ένωσε ανθρώπους από όλες τις χώρες και τις ηπείρους. Το θέμα του Αμαζονίου μονοπωλούσε σε όλα τα κοινωνικά δίκτυα, ενώ με αφορμή την οικολογική καταστροφή του τροπικού δάσους, γεννήθηκε η ελπίδα αφύπνισης της μαζικής οικολογικής συνείδησης των ανθρώπων. Σύντομα όμως, η φωνή του Αμαζονίου σάπασε και στα μέσα του φθινοπώρου κανείς πια δεν συζητούσε και κανείς δεν ανησυχούσε για τον καρβουνισμένο πνεύμονα του πλανήτη μας.

Υπάρχει άραγε ένα σημείο, ένα ευαίσθητο σημείο, το οποίο όταν χτυπηθεί θα μας κάνει να θυμόμαστε για πάντα; Και όταν αυτό συμβεί, θα υπάρχει χρόνος για να «αλλάξουμε»; Κι αν αυτό το ευαίσθητο σημείο ήταν η υγεία μας και η υγεία των παιδιών μας;

Ο αέρας που αναπνέουμε, το νερό που πίνουμε, αλλά και το νερό που ποτίζει τη γη την οποία καλλιεργούμε... Τα τρόφιμα που καταναλώνουμε, αλλά και τα τρόφιμα που καταναλώνουν τα ζώα από τα οποία τρεφόμαστε... Από τις συσκευασίες προϊόντων μέχρι τα απορρυπαντικά... Όλα επηρεάζουν την υγεία μας. Υπάρχει μία εντυπωσιακή και ίσως όχι τόσο συμπτωματική σύνδεση μεταξύ της αυξανόμενης εμφάνισης καρκίνου του μαστού, με έναν αριθμό περιβαλλοντικών παραμέτρων, όπως η αυξανόμενη παραγωγή εμμενόντων οργανικών ρύπων (POPs), μέρος των οποίων είναι καρκινογόνοι και συσσωρεύονται μέσω της τροφικής αλυσίδας. Επίσης, οι ενδοκρινικοί διαταράκτες που βρίσκονται στα εντομοκτόνα και σε μία ευρεία γκάμα από βιομηχανικούς ρυπαντές, είναι πιθανόν να συνδέονται με την αυξημένη συχνότητα του καρκίνου του μαστού.

Μπορούμε να αποφύγουμε κάθε βλαβερό εξωγενή περιβαλλοντικό παράγοντα σε μια στιγμή; Όχι, δεν μπορούμε να το επιτύχουμε σε μια στιγμή και σίγουρα όχι μόνοι μας. Αυτό που θα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε είναι ότι δεν πάσχει ο Αμαζόνιος, δεν πάσχει μόνο η Βραζιλία ή η κάθε «γειτονιά» του πλανήτη που θα πληγεί την επόμενη φορά. Ο πραγματικός ασθενής είναι ο Πλανήτης Γη και χρειάζεται άμεσα τη δική μας φροντίδα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΝΕΑ ΤΗΣ ΡΕΑ

- 6 Η Κλινική ΡΕΑ στο 11th Greece Race for the Cure
- 8 2019 Women's Health Symposium



ΤΜΗΜΑΤΑ ΡΕΑ

- 10 Ογκολογική Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας ΡΕΑ

ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΤΕΥΧΟΥΣ

- 12 Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού: Φροντίζοντας το Γυναικείο Σώμα...!
- 16 Καρκίνος Μαστού & Εγκυμοσύνη
- 20 Καρκίνος του Μαστού & Διατήρηση της Γονιμότητας
- 24 Γενετική Προδιάθεση & Καρκίνος του Μαστού: Ο Ρόλος της Προφυλακτικής Μαστεκτομής
- 26 Η Διατροφή στον Καρκίνο του Μαστού
- 30 Τα οφέλη & η αναγκαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού
- 32 Μαστογραφία: Μύθοι & Αλήθειες



ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

- 34 Φλεβική Ανεπάρκεια & Κίρσοι
- 36 Η Υστεροσκόπηση & ο Ρόλος της στις Μητρορραγίες και τη Γονιμότητα
- 40 Βουβωνοκλήη: Ανοικτή ή λαπαροσκοπική αντιμετώπιση;
- 42 Πότε το ροχαλητό δεν είναι...αθώο;
- 44 Γαστρική Πτύχωση: Τεχνική, πλεονεκτήματα και συχνές ερωτήσεις
- 46 Αφαίρεση Θυρεοειδούς: Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε
- 50 Η Συμβολή της νέας τεχνολογίας στην αποφυγή καώσεων των νεύρων της φωνής
- 54 Πόνος στον κόλπο: Που μπορεί να οφείλεται;



ΕΥ ΖΗΝ

- 56 **Διατροφή:** Η εποχικότητα των τροφών και η σημασία της!
- 58 **Μαγειρική:** Φιλέτο γαλοπούλας γεμιστό με δαμάσκηνα & σάλτσα κρεμμύδι

ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

- 60 **Ταξίδι:** Νορβηγία, η μάγισσα του Βορρά

FREZYDERM baby cream

ΠΑΝΟΠΛΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΑΠΑΛΗ ΜΕ ΤΟ ΔΕΡΜΑ, ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΛΛΑΓΗ ΠΑΝΑΣ



Για τις απαιτήσεις της βρεφικής επιδερμίδας η FREZYDERM έχει δημιουργήσει την απαλή και προστατευτική Baby Cream για καθημερινή χρήση μετά την αλλαγή πάνας.

Εξασφαλίζει αδιαβροχοποιητική προστασία*, ενώ παράλληλα επιτρέπει στο δερματάκι τη φυσιολογική λειτουργία αναπνοής.

Με λεπτόρρευστη υφή για να απλώνεται εύκολα και να αφαιρείται χωρίς τριβή. Σύνθεση πλούσια σε χαμομηλέαιο και πανθενόλη.

Με την εμπιστοσύνη
Φαρμακοποιών
& Παιδιάτρων

www.frezyderm.gr

Instagram YouTube Facebook Frezyderm Baby



Η Κλινική ΡΕΑ στο 11th Greece Race for the Cure

Η **Κλινική ΡΕΑ**, «Συνεχίζει» τον αγώνα ενάντια στον καρκίνο του μαστού, υποστηρίζοντας το Σύλλογο «Άλμα Ζωής» και τη διοργάνωση «Greece Race for the Cure», που πραγματοποιήθηκε για 11η χρονιά, την Κυριακή 29 Σεπτεμβρίου 2019, στο Ζάππειο.

Η ομάδα της κλινικής, **#REArunnersteam**, συμμετείχε στους Αγώνες Δρόμου των 10 χιλιομέτρων, των 5χιλιομέτρων, αλλά και στον περίπατο των 2 χιλιομέτρων. Στην ομάδα συμμετείχαν ιατροί, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό της ΡΕΑ!

Περισσότεροι από 3.000 γυναίκες και άνδρες επισκέφθηκαν το περίπτερο της Κλινικής ΡΕΑ στο προαύλιο του Ζαππείου, για να ενημερωθούν σχετικά με την πρόληψη και τις διαγνωστικές εξετάσεις που η ΡΕΑ προσφέρει σε ανταγωνιστική, προνομιακή τιμή, με αφορμή τον **Παγκόσμιο Μήνα Μαστού**.

Με το μήνυμα **«Μέχρι χθες παράλειψη... Από σήμερα πρόληψη!»**, στόχος της Κλινικής ΡΕΑ είναι να διαδώσει το μήνυμα της πρόληψης. Ο ρόλος της πρόληψης είναι καθοριστικός στη νίκη όλων μας απέναντι στον καρκίνο του μαστού, που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της έγκαιρης διάγνωσης.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης έχουν συντελέσει σημαντικά στον συστηματικό διαγνωστικό έλεγχο, ολοένα περισσότερων γυναικών, χάρη στον οποίο ο καρκίνος του μαστού ανι-

χνεύεται σε αρχικό στάδιο, όπου αντιμετωπίζεται με πολύ θετική πρόγνωση για τους ασθενείς.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ GREECE RACE FOR THE CURE...

Το Race for the Cure® είναι ο μεγαλύτερος θεσμός στον κόσμο με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού για τον καρκίνο του μαστού.

Στο πνεύμα της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «Άλμα Ζωής» με την έγκριση της Οργάνωσης Susan G. Komen for the Cure® διοργανώνει από το 2009 το συμβολικό αγώνα δρόμου και περίπατο Greece Race for the Cure®.

Το Greece Race for the Cure® αποτελεί πλέον έναν από τους πιο δημοφιλείς αγώνες με στόχο την ενημέρωση για τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη, ενώ είναι το μεγαλύτερο αθλητικό event με κοινωνικό σκοπό στην Ελλάδα, συγκεντρώνοντας περισσότερες από 150.000 συμμετοχές σε όλη την ιστορία της διοργάνωσης.

Το Greece Race for the Cure® πραγματοποιείται το τελευταίο Σαββατοκύριακο του Σεπτεμβρίου στην Αθήνα. Γυναίκες, άνδρες και παιδιά ενώνονται στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού μία φορά το χρόνο, συμμετέχοντας σε μία μεγάλη γιορτή. ■



2019 WOMEN'S HEALTH SYMPOSIUM

Νεότερες εξελίξεις στην Ουρογυναικολογία και Επανορθωτική Χειρουργική

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το Επιστημονικό Συμπόσιο με διεθνή συμμετοχή και τίτλο «**2019 Women's Health Symposium: Νεότερες εξελίξεις στην Ουρογυναικολογία και Επανορθωτική Χειρουργική**», στις **21&22 Οκτωβρίου 2019** στην **Κλινική ΡΕΑ**.

Ανάμεσα στους καταξιωμένους ομιλητές, βρέθηκαν ο **Dr Apostolis Costas**, Ουρογυναικολόγος, Χειρουργός Πυελικού Εδάφους από το Οχάιο των Ηνωμένων Πολιτειών, ο **Mr Jackson** και η **Miss Price**, Consultants Urogynaecologists στο John Radcliffe Hospital στην Οξφόρδη Αγγλίας.

Κατά τη διάρκεια του επιστημονικού συμποσίου, οι σύνεδροι είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν σε ζωντανή αναμετάδοση τέσσερα επεμβατικά περιστατικά. Το πρώτο περιστατικό, αφορούσε σε **κολπική ατροφία και επιπολής δυσπαρευνία**, στο οποίο πραγματοποιήθηκε **ενδοκολπική θεραπεία με τη χρήση του Feminine Juliet Laser**, από τον **κ. Δέρπαπα Αλέξανδρο**, Μαιευτήρα Γυναικολόγο, Επιστημονικό Υπεύθυνο Τμήματος Ουρογυναικολογίας & Χειρουργικής Πυελικού Εδάφους της Κλινικής ΡΕΑ. Στο δεύτερο περιστατικό, αντιμετωπίστηκε **ακράτεια ούρων επιτακτικού τύπου**, με **ενδοκυστικές ενέσεις botox**.

Τη σκυτάλη στα χειρουργεία έλαβαν οι **Miss Price** και **Mr Jackson**, πραγματοποιώντας **λαπαροσκοπική κολποανάρτηση κατά Burch**, σε περιστατικό με **ακράτεια ούρων από προσπάθεια με συνοδό κυστεοκλήν σταδίου 1**. Και τέλος, ο **Dr Apostolis**



▲ Από αριστερά: Simon Jackson, Costas Apostolis, Αλέξανδρος Δέρπαπας, Natalia Price, Σωτήριος Μήτρου, Αντώνιος Νικολουδάκης, Θεμιστοκλής Χαρδαβέλλας

▼ Miss Price και Mr Jackson



Αλέξανδρος Δέρπαπας ▼



Σωτήριος Μήτρου ▼



▼ Δήμος Σιούτης



Σοφία Καλανταρίδου ▲



▲ Άγγελος Λιάπης



▲ Σταύρος Αθανασίου



▲ Ευγενία Κουράκου
▼ Γεώργιος Κρεατσάς



▲ Φωτεινή Λάγαρη



▲ Παναγιώτης Βάκας



πραγματοποίησε **Λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία με πλέγμα**, σε περιστατικό με **υποτροπή πρόπτωσης κολπικού κολοβώματος σταδίου 3**.

Η Διευθύνουσα Σύμβουλος της Κλινικής ΡΕΑ, **κα Κουράκου Ευγενία** δήλωσε: «*Η διοργάνωση του "2019 Women's Health Symposium" από το νεοσύστατο Τμήμα Ουρογυναικολογίας & Χειρουργικής Πυελικού Εδάφους της ΡΕΑ, δικαιώνει τη Διοίκηση της Κλινικής μας για την προσπάθειά δημιουργίας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, έχοντας πάντοτε στο επίκεντρο της φροντίδας μας τη γυναίκα*». Με τη

σειρά του, ο Επιστημονικός Διευθυντής της Κλινικής ΡΕΑ, **κ. Γεώργιος Κρεατσάς** υπογράμμισε με τη σειρά του, τη σημαντικότητα της συνεργασίας μεταξύ Γυναικολόγου και εξειδικευμένου Ουρογυναικολόγου, καθώς και τα πλεονεκτήματα της ομαδικότητας μεταξύ ειδικοτήτων, προς όφελος των ασθενών.

Ευχαριστούμε θερμά τους κυρίους **Θεμιστοκλή Γρηγοριάδη, Παναγιώτη Οικονομίδη και Γεώργιο Σακελλαρίου** για τη συμμετοχή τους στο Προεδρείο του συνεδρίου.

Επιπλέον, θερμές ευχαριστίες στις εταιρείες που υποστήριξαν τη διοργάνωση: **MAVROGENIS, PAPAPOSTOLOU, VIVAMED και MEDICARE**.

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΡΕΑ



Η Ογκολογική Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας της Κλινικής ΡΕΑ στοχεύει στη διαγνωστική, κλινική και θεραπευτική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, παρέχοντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, με διακριτικότητα και ασφάλεια προς τους ασθενείς.

Η Ογκολογική Μονάδα στελεχώνεται από εξειδικευμένους ιατρούς ογκολόγους παθολόγους, με άρτια επιστημονική κατάρτιση, ενώ **το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιστοποιημένο στον τομέα της Νοσηλευτικής Ογκολογίας** του ΕΣΝΕ και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Ογκολογίας (EONS).

Στη Μονάδα αντιμετωπίζονται όλα τα περιστατικά με κακοήθειες νεοπλασίες, σύμφωνα με αναγνωρισμένα πρότυπα ποιοτικής παροχής φροντίδας. Οι διαδικασίες εισαγωγής, εξετάσεων και θεραπειών πραγματοποιούνται εντός της Ογκολογικής Μονάδας, χωρίς ο ασθενής να χρειάζεται να μετακινηθεί σε άλλους ορόφους και τμή-



ματα του νοσοκομείου. Ο χώρος διάλυσης κυτταροστατικών φαρμάκων πληροί όλες τις διεθνείς προδιαγραφές.

Η Μονάδα διαθέτει **15 ειδικές πολυθρόνες** (12 ατομικά δωμάτια νοσηλείας και ένα δωμάτιο με τρεις θέσεις), με **σύγχρονες αντλίες έγχυσης φαρμάκων** για ασφαλή χορήγηση χημειοθεραπειών. Επιπλέον, γίνεται χρήση **κάσκας κρυοπηξίας**, η πλέον αποτελεσματική μέθοδος για την αποφυγή της

αλωπεκίας που εμφανίζεται ως παρενέργεια από τη χημειοθεραπεία.

Η ΡΕΑ έχει φροντίσει ώστε ο χώρος των θεραπειών να είναι ευχάριστος, με μοντέρνα αισθητική, ενώ διατίθενται διαδραστικές τηλεοράσεις (smart TV) για την ψυχαγωγία των νοσηλευόμενων και των συνοδών τους.

Στο πλαίσιο παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, η Ογκολογική Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας συνεργάζεται με όλα τα διαγνωστικά τμήματα της ΡΕΑ (Τμήμα Ιατρικών Απεικονίσεων, Κεντρικά Εργαστήρια, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Κυτταρολογικό Εργαστήριο, Διαγνωστικό Κέντρο Μαστού κ.λπ).

Επιπλέον, κάθε εβδομάδα, πραγματοποιείται στην Κλινική ΡΕΑ **Ογκολογικό Συμβούλιο**, από εξειδικευμένους επιστήμονες με πολυετή εμπειρία, όπου παρουσιάζονται ογκολογικά περιστατικά όλων των ειδικοτήτων, με σκοπό τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών.



ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:

Φροντίζοντας το Γυναικείο Σώμα...

Γράφει ο Δρ Νικηφόρος Κλήμης, MD, PhD
Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Σύμβολο μπρότητας, συνυφασμένο με τη γυναικεία φύση, τη θηλυκότητα και τη γονιμότητα, το όμορφο μπούστο αποτελεί επιθυμία των περισσότερων γυναικών, κεντρίζει τα ανδρικά βλέμματα και επηρεάζει καθοριστικά την αυτοπεποίθηση της γυναίκας.

Από τα πιο ευαίσθητα όργανα του γυναικείου σώματος, του οποίου ο χρόνος αλλά και ο τρόπος ζωής «δοκιμάζει» την εμφάνισή του, με κίνδυνο να παρουσιαστούν προβλήματα, πέραν των άλλων και αισθητικά, όπως ραγάδες, χαλάρωση και πτώση. Αναμφισβήτητο η αγωνία των περισσότερων γυναικών να παραμείνει σπητό, όμορφο, σφριγηλό και νεανικό όσο το δυνατό περισσότερο, εντείνεται όσο περνούν τα χρόνια.

Για να διατηρηθεί νεανικό, όμορφο και υγιές στο πέρασμα του χρόνου το στήθος χρειάζεται πρόληψη, καθώς και κατάλληλη φροντίδα με μερικά απλά βήματα που μπορεί αν κάνει κάθε γυναίκα στην καθημερινότητά της, ώστε να μπορέσει να διατηρήσει τους μαστούς της σε καλή κατάσταση:

- **Συστηματική τοπική ενυδάτωση** με απλές ενυδατικές κρέμες, πλούσιες σε συστατικά που συσφίγγουν και τονώνουν επιδερμίδα, διατηρούν το δέρμα των μαστών σε καλή κατάσταση, περιορίζοντας την πιθανότητα σχηματισμού ραγάδων στην περιοχή.
- **Υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής** με διακοπή του καπνίσματος, περιορισμό του αλκοόλ και διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά με περιορισμό λιπαρών τροφών και κόκκινου κρέατος.
- **Διατήρηση σταθερού και φυσιολογικού σωματικού βάρους** με προσοχή στις απότομες αυξομειώσεις βάρους σώματος, γεγονός το οποίο επιδρά σημαντικά στο μέγεθος και την εμφάνιση των μαστών.
- **Χρήση κατάλληλου στήθοδεσμου**, που να στηρίζει χωρίς να δημιουργεί δυσφορία, να πιέζει ή να τραυματίζει το μαστό.
- **Γυμναστική και σωστή στάση σώματος**. Αφού το στήθος δεν έχει μύες για να γυμναστούν και να τονωθούν, η εκγύμναση των θωρακικών μυών και της ωμοπλάτης είναι χρήσιμη με *ruch up*, όργανα ή βάρακια.

➤ **Αποφυγή εξαντλητικών διαιτών**, ηλιοθεραπείας χωρίς στήθοδεσμο, μη χρήση στήθοδεσμου για μεγάλο μέρος της ημέρας, αυξομειώσεων βάρους κατά τη διάρκεια πολλαπλών κυήσεων. Αντίθετα, ο θηλασμός δεν επιδρά αρνητικά στην εμφάνιση των μαστών και μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα καλύτερη ποιότητα δέρματος.

➤ **Μετά την εμμηνόπαυση**, όπου οι μαστοί ακολουθούν τη φυσιολογική φθίνουσα πορεία του σώματος με διάφορου βαθμού ατροφία, μπορεί αν βοηθηθούν με τη λήψη θεραπείας ορμονικής αποκατάστασης κάτω πάντα από το στενό και αυστηρό έλεγχο του γυναικολόγου.

Οι μαστοί των γυναικών μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Τα επίπεδα των ορμονών είναι διαφορετικά κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου, κατά την εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκεια του θηλασμού και μετά την εμμηνόπαυση. Σε περίπτωση που η γυναίκα παρατηρήσει τυχαία ένα ογκίδιο ή έκκριμα από τη θηλή ή αλλαγή στο σχήμα της θηλής, πρέπει να επισκευτεί αμέσως τον ιατρό και να γίνει ο απαραίτητος έλεγχος. Κάθε γυναίκα, μετά την εφηβεία, είναι καλό να επισκέπτεται μια φορά το χρόνο τον ιατρό που εξειδικεύεται σε αυτές τις παθήσεις και που είναι σε θέση να την κατευθύνει και να λύσει τις απορίες της.

Όπως σε όλα τα όργανα έτσι και οι παθήσεις του μαστού χωρίζονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η συχνή εξέταση του μαστού, τόσο από την ίδια τη γυναίκα όσο και από τους ειδικούς. Αυτή περιλαμβάνει λήψη Ιστορικού, Φυσική Εξέταση (Επισκόπηση, Ψηλάφηση), Διαγνωστικές εξετάσεις (Μαστογραφία, Υπερηχογράφημα, Μαγνητική Μαστογραφία, Κυτταρολογική εξέταση, Ιστολογική εξέταση).

Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού αποτελούν μια ομάδα βλαβών οι οποίες αποκαλύπτονται κατά την κλινική και απεικονιστική εξέταση του μαστού. Κύστεις, ογκίδια, πόνος ή ευαισθησία των μαστών, έκκριμα από τη θηλή ή εισολκή της θηλής, φλεγμονές και αλλοιώσεις του δέρματος των μαστών, είναι ιδιαίτερα συχνά προβλήματα σε όλες τις ηλικίες γυναικών. Τα περισσότερα από αυτά τα προβλήματα προκαλούν αναστάτωση και ανησυχία στις γυναίκες παρά το γεγονός ότι συνήθως (αλλά όχι πάντα) δεν σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού.

“Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΟΛΟΚΛΗΡΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ. Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟ ΝΑ ΠΡΟΣΒΑΛΛΕΙ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΓΥΝΑΙΚΑ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗ Ή ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ.”

Ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες, καθώς και τη δεύτερη αιτία θανάτου από τη νόσο σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ασθένεια είναι δυνατό να προσβάλλει οποιαδήποτε γυναίκα, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, την εξωτερική της εμφάνιση ή τις συνήθειές της. Μολονότι εδώ και δύο αιώνες ακολουθεί αυξητική τάση, μόλις τα τελευταία χρόνια έχει ελαφρά περιοριστεί, πιθανότατα λόγω επέκτασης των προγραμμάτων πρώιμης διάγνωσης, αλλά και βελτίωσης των θεραπευτικών μεθόδων.

Παρουσιάζεται συνήθως σαν μια ανώδυνη σκληρία που δεν υπήρχε στο παρελθόν, η οποία μεγαλώνει σε μέγεθος, δεν υπάρχει στο αντίστοιχο σημείο του άλλου μαστού και δεν υποχωρεί μετά την περίοδο (σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση). Άλλες φορές, το πρώτο σημάδι ενός καρκίνου μπορεί να είναι κάποιο βαθούλωμα ή μια ρυτίδωση στο δέρμα του μαστού ή ακόμη μια αλλαγή στο μέγεθος, το περίγραμμα ή το σχήμα του.

Παράγοντες κινδύνου αποτελούν:

➤ **Η ηλικία:** Αποτελεί το σπουδαιότερο παράγοντα μετά το φύλο. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου αυξάνει με την ηλικία, η πιθανότητα μια γυναίκα να αναπτύξει καρκίνο μαστού υπολογίζεται σε 12,6% δηλαδή 1 στις 8, κατά τη διάρκεια της ζωής. Εντούτοις, πάνω από 80% των περιστατικών συμβαίνουν σε γυναίκες άνω των 50 ετών.

➤ **Η κληρονομικότητα:** Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 10%-20% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 30%-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών και κυρίως σε ασθενείς που παρουσιάζουν συγχρόνως ιστορικό οικογενούς καρκίνου μαστού και των ωοθηκών. Συχνά

εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20%-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοσωματικού κυρίαρχου τύπου.

➤ **Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου μαστού.**

➤ **Παρατεταμένα και για μεγάλο διάστημα χρήση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης (Ο.Θ.Υ.).**

➤ **Κάπνισμα και κακή διατροφή** είναι πιθανότατα από τους πιο καθοριστικούς προδιαθεσιακούς παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου. Στις αναπτυγμένες χώρες, το κυρίαρχο διατροφικό πρότυπο με τις μεγάλες ποσότητες σε κρέας, λευκό αλεύρι και ζάχαρη αυξάνει τον κίνδυνο για αρκετές μορφές καρκίνου. Αντίθετα, διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, με υψηλή περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικές ουσίες και φυτικές ίνες συμβάλλει στην πρόληψη της εμφάνισης διαφόρων καρκίνων.

Η Χειρουργική του Μαστού πρέπει να εκτελείται σήμερα μόνο από εξειδικευμένους ιατρούς γιατί ο μαστός είναι μια ολόκληρη επιστήμη που συνεχώς εξελίσσεται και απαιτεί τυποποιημένους αλγόριθμους αντιμετώπισης.

Ο γυναικείος μαστός, κατεχοκίν σύμβολο θηλυκότητας αποτελεί ένα ανεξάντλητο θέμα, που έχει προβληματίσει όλες τις γυναίκες σε κάποια φάση της ζωής τους.

Έγκαιρη πρόληψη σημαίνει αποτελεσματικότερη θεραπεία ή και ίαση! Τις παθήσεις του μαστού μπορούμε να τις νικήσουμε, αρκεί να τις απομυθοποιήσουμε και να τις αντιμετωπίσουμε έγκαιρα, σωστά και αισιόδοξα.

SiderAL[®] Folico

Σίδηρος
Φυλλικό οξύ
Βιταμίνες C, D, B₁₂, B₆

Γερή μαμά, γερό μωρό!

Οι απαιτήσεις σε σίδηρο αυξάνουν πολύ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως και εκείνες του φυλλικού οξέος.

Η αντιμετώπιση είναι απλή: σωστή διατροφή και χορήγηση σιδήρου. Στην πράξη όμως, τα σκευάσματα σιδήρου παρουσιάζουν συχνά ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες: ναυτία, τάση για έμετο, πόνο στο στομάχι, διάρροια ή δυσκοιλιότητα κλπ, όλες ιδιαίτερα ενοχλητικές για τις έγκυες! Μήπως είστε μια από αυτές;

Τώρα υπάρχει λύση

Το **SiderAL[®] Folico**, το βραβευμένο συμπλήρωμα διατροφής με **σίδηρο, φυλλικό οξύ και βιταμίνες B6, B12, C, D**, που προσφέρει μοναδικά πλεονεκτήματα χάρη σε μία προηγμένη τεχνολογία μεταφοράς και απόδοσης του σιδήρου και των βιταμινών στον οργανισμό (σουκροσωμική τεχνολογία).

- Υψηλή απορρόφηση και αποτελεσματικότητα

- Αποφυγή ενοχλητικών ανεπιθυμητών ενεργειών

- Χορήγηση μία φορά την ημέρα, οποιαδήποτε ώρα της ημέρας με γεμάτο ή άδειο στομάχι



Σε μορφή σκόνης που διαλύεται στο στόμα. Δεν χρειάζεται νερό.

ΔΕΝ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΓΛΟΥΤΕΝΗ ΚΑΙ ΛΑΚΤΟΣΗ

Υπευθυνος για την κυκλοφορία του προϊόντος στην Ελλάδα: **WIN MEDICA A.E.**
Οδός 1-3 & Παράδρομος Αττικής Οδού 33-35, 15238 Χαλάνδρι,
Τηλ. 210 7488821, Fax 210 7488827, www.winmedica.gr Προϊόν έρευνας ••• PharmaNutra Italy

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διαίτης. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Μην υπερβείτε την συσταζόμενη ημερήσια δόση. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Να φυλάσσεται μακριά από μικρά παιδιά.

Καρκίνος Μαστού & Εγκυμοσύνη

Γράφει ο Σωτήριος Μήτρου

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ, Μέλος Δ.Σ. ΡΕΑ

Η συνύπαρξη καρκίνου και εγκυμοσύνης αποτελεί θέμα οξύμωρο. Ωστόσο, η ανάγκη για παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας για τη μητέρα και το μωρό της κάνει τη συνύπαρξη αυτή ένα πολύ σημαντικό ιατρικό θέμα. Οι ιατροί, Γυναικολόγοι και Ογκολόγοι, είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν τη βέλτιστη φροντίδα για τη μητέρα, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα τις λιγότερες πιθανές επιπτώσεις για το έμβρυο και το νεογνό. Εξίσου σημαντικά είναι και τα ηθικά, ψυχολογικά και θρησκευτικά ζητήματα που προκύπτουν κατά τη διαδικασία της διερεύνησης, θεραπείας και παρακολούθησης της γυναίκας και του μωρού.

Μία στις χίλιες (1:1000) κυήσεις θα επιπλακεί από κάποια μορφή καρκίνου. Το ποσοστό είναι ιδιαίτερα σημαντικό και αναμένεται να αυξηθεί στο μέλλον, κυρίως, λόγω της έναρξης προσπαθειών σε μεγαλύτερη ηλικία.

Οι συχνότεροι τύποι καρκίνου κατά τη κύηση είναι του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, το λέμφωμα Hodgkin και το μελάνωμα.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες και η κυριότερη αιτία θανάτου στις νέες γυναίκες (35-50 ετών) προσβάλλοντας πέντε χιλιάδες γυναί-

κες αναπαραγωγικής ηλικίας στη χώρα μας.

Ο καρκίνος μαστού που σχετίζεται με την κύηση θεωρείται αυτός που διαγιγνώσκεται κατά τη διάρκειά της και έως ένα χρόνο μετά. Περίπου μία στις τρεις με δέκα χιλιάδες (1:3000-10000) εγκύους θα διαγνωσθεί με τη νόσο το χρονικό αυτό διάστημα. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι τα τριάντα τρία έτη.

Όσον αφορά τις γυναίκες που έχουν νοσήσει, αν και έχουν αυξηθεί αυτές που ζητούν πληροφορίες για μελλοντική εγκυμοσύνη, λιγότερες από 10% θα μείνι έγκυος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση και τη γαλουχία είναι δύσκολη λόγω της αυξημένης πυκνότητας του αδένα. Οι έγκυες έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν ήδη εκτεταμένη νόσο όταν διαγνωσθούν. Ψηλαφητές μάζες στους μαστούς είναι πολύ συχνές και η συντριπτική πλειοψηφία είναι καλοήθεις (ινοαδενώματα, κύστεις, γαλακτοκήλες κ.ά.) που συνήθως εξαφανίζονται σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Για τις γυναίκες υψηλού κινδύνου (εκ του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού) που έχουν βλάβες που επιμένουν ο περαιτέρω έλεγχος είναι επιβεβλημένος.

Η **Μαστογραφία** είναι η εξέταση εκλογής και λόγω της σχετικά χαμηλής ακτινοβολίας (0,4 rad) **δεν αντενδείκνυται** κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πάντα βέβαια με προστασία της κοιλιάς. Στα αρνητικά της είναι η χαμηλή ευαισθησία (στις 100 γυναίκες με καρκίνο ανιχνεύει τις 68) λόγω της σύστασης των μαστών.

Το **Υπερηχογράφημα των μαστών** είναι πολύ χρήσιμη εξέταση με πολύ καλή ευαισθησία (περίπου 90%). Είναι απόλυτα ασφαλής για το έμβρυο καθώς δεν έχει ακτινοβολία.

Η **Μαγνητική Τομογραφία** πρέπει να αποφεύγεται λόγω ανεπαρκών στοιχείων για την ασφάλεια του σκιαγραφικού (Gadolinium). Η Μα-

γνητική Τομογραφία Διάχυσης χωρίς σκιαγραφικό επιτρέπεται -μετά το πρώτο τρίμηνο- σε περιπτώσεις εκτεταμένης νόσου.

Η **Αξονική Τομογραφία** και το **Σπινθηρογράφημα Οστών** επιτρέπονται μόνο όταν η διενέργειά τους κρίνεται απαραίτητη για τον καθορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής.

Οι **Καρκινικοί Δείκτες** δεν είναι αξιόπιστοι για διάγνωση. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης διενεργούνται **Παρακέντηση δια βελόνης (FNA), Βιοψία δια τέμνουσας βελόνης (Core Biopsy)** ή και **Ανοικτή χειρουργική βιοψία (Open biopsy)**.



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης πρέπει να έχει ως προτεραιότητα τη ζωή της μητέρας. Ταυτόχρονα, επιβάλλεται η προστασία του εμβρύου και του νεογνού από τις βλαβερές συνέπειές της, καθώς και η διατήρηση της μελλοντικής γονιμότητας όταν αυτό είναι δυνατό.

Την ευθύνη για την εφαρμογή της θεραπείας έχουν οι θεράποντες ιατροί των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων, πάντα μετά από ενδελεχή και προσεκτική συμβουλευτική της εγκύου και του περιβάλλοντος της.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει την χειρουργική, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, τη στοχευμένη θεραπεία και πολύ συχνά συνδυασμό των προηγούμενων.

1) Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία - και η χορήγηση αναισθησίας - θεωρείται ασφαλής σε όλα τα τρίμηνα της κύησης. Ωστόσο, κατά το πρώτο τρίμη-

νο φαίνεται να έχει ελαφρώς μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολής χωρίς όμως να υπάρχει ανάγκη καθυστέρησης ή αναβολής όταν αυτή απαιτείται.

Η κύηση από μόνη της δεν είναι ένδειξη για μαστεκτομή εξαιτίας της καθυστέρησης στην ακτινοθεραπεία. Η ογκεκτομή αποτελεί μια ασφαλή επιλογή, ειδικά στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, και η ακτινοθεραπεία μπορεί να μεταφερθεί για μετά τον τοκετό.

Σχετικά με τη βιοψία του φρουρού λεμφαδένα (Sentinel Lymph Node Biopsy), η οποία θεωρούνταν αντένδειξη, νεότερες μελέτες δείχνουν ότι παρά την ακτινοβολία είναι δυνατό να εφαρμοστούν σε έγκυες με ασφάλεια για το έμβρυο.

2) Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού χορηγείται όταν πρόκειται για συγκεκριμένους ιστολογικούς τύπους και εφόσον προηγηθεί μοριακή μελέτη της συμπεριφοράς των καρκινικών κυττάρων.

Μέχρι σήμερα, μόνο δύο μελέτες έχουν δημοσιευθεί σχετικά με τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας στην κύηση. Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα που μελετήθηκαν ήταν FAC (φθοριουρακίλη, ανθρακυκλίνη, κυκλοφωσφαμίδη) σε 57 έγκυες και εβδομαδιαία ανθρακυκλίνη σε 20 έγκυες αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα τους είναι παρόμοια και δείχνουν ότι δεν αυξάνεται ο κίνδυνος αποβολής 2ου τριμήνου αλλά ελαφρώς αυτός για πρόωπο τοκετό και χαμηλό βάρος γέννησης.

3) Συγγενείς λοιμώξεις

Η πιθανότητα συγγενών ανωμαλιών είναι μόλις 5% και είναι πολύ μεγαλύτερη στο πρώτο τρίμηνο (περίπου 15%) σε σχέση με το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο (περίπου 1,5%).

Τέλος, πολύ ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης έρευνας που έδειξε ότι τα παιδιά, που ως έμβρυα εκτέθηκαν σε χημειοθεραπευτικά φάρμακα ενδομητρίως, παρουσιάζουν ελαττωμένη εκτελεστική λειτουργία στην ηλικία των 9 ετών.

4) Ακτινοθεραπεία Ορμονοθεραπεία, Στοχευμένη θεραπεία

Οι παραπάνω θεραπευτικές μέθοδοι αντενδείκνυνται κατά τη διάρκεια της κύησης.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Είναι γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης έχει βιολογικά πιο επιθετικό χαρακτήρα (μεγαλύτερο μέγεθος, τριπλά αρνητικοί όγκοι, υψηλή έκφραση μορίων στόχων, ελαττωμένη λεμφοκυτταρική διήθηση και

“ Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΙΤΕΥΧΘΕΙ. ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΝΤΙΘΕΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΔΕΝ ΤΕΚΜΗΡΙΩΝΕΤΑΙ. ΕΞΙΣΟΥ ΑΣΦΑΛΗΣ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΨΥΞΗ ΩΑΡΙΩΝ Ή ΕΜΒΡΥΩΝ, ΕΝΩ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΟΜΟΙΑ ΜΕ ΤΩΝ ΜΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ”

αυξημένος αριθμός μεταλλάξεων). Μολαταύτα, μόλις δύο μελέτες δείχνουν χειρότερη πρόγνωση και αφορούν εγκύους με καρκίνους με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (ER+) και έκφραση του HER2 γονιδίου. Όλα τα υπόλοιπα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν παρόμοια ποσοστά επιβίωσης μεταξύ εγκύων και μη εγκύων γυναικών.

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με τα μέχρι τώρα δημοσιευμένα στοιχεία, η εγκυμοσύνη μετά από επιτυχημένη θεραπεία για καρκίνο του μαστού είναι ασφαλής και μπορεί να επιτευχθεί. Οποιαδήποτε αντίθετη συμβουλή δεν τεκμηριώνεται.

Εξίσου ασφαλής θεωρείται και η κατάψυξη ωαρίων ή εμβρύων, ενώ τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής είναι παρόμοια με των μη ογκολογικών ασθενών.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο θηλασμός δεν αυξάνει τις υπο-

τροπές της νόσου ενώ υπάρχουν μελέτες που δείχνουν πιθανό ευνοϊκό αποτέλεσμα για τις γυναίκες. Επίσης, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι αυτός μπορεί να επηρεαστεί από τον τύπο του χειρουργείου και την ίνωση που προκαλεί η ακτινοθεραπεία. Σχετικά με τα αντινεοπλασματικά φάρμακα, κατά τη διάρκεια λήψης τους, ο θηλασμός αντενδείκνυται λόγω των υψηλών συγκεντρώσεων τους στο μητρικό γάλα. Το ίδιο ισχύει και για φάρμακα όπως η Ταμοξιφαίνη (ορμονοθεραπεία) και το Herceptin (Trastuzumab-στοχευμένη θεραπεία).

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού που σχετίζεται με την κύηση είναι μία νόσος που απαντάται ολοένα και συχνότερα. Όσο και εάν η συνύπαρξη των δύο γεννά σημαντικά ιατρικά και ηθικά διλήμματα, η πρόοδος των θεραπευτικών μεθόδων και η καλύτερη κατανόηση της συμπεριφοράς της νόσου, δίνει τη δυνατότητα εξατομικευμένης αντιμετώπισης με θετικά αποτελέσματα για την έγκυο και την εξασφάλιση της υγείας του εμβρύου και του νεογνού.



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ & ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Γράφουν ο Άρης Α. Τζεφεράκος και ο Δημήτρης Α. Τζεφεράκος

Ειδικευόμενοι Μαιευτήρες – Γυναικολόγοι, Επιστημονικοί Συνεργάτες Μονάδας Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης ΡΕΑ
και Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλεια»



Για όλους τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, ένα μεγάλο στοίχημα είναι η **διατήρηση της γονιμότητας για γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο στη διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ηλικίας.**

Στην Ελλάδα έχουμε περίπου 4.000 νέα περιστατικά καρκίνου μαστού τον χρόνο. Από αυτές τις γυναίκες το 5% είναι ηλικίας κάτω των 40 ετών και πάνω από το 50% δεν έχουν ακόμα αποκτήσει παιδιά.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει δώσει εκπληκτικά αποτελέσματα. Περίπου 50 έως 100 γυναίκες θα σκεφτούν μετά από μία πενταετία την απόκτηση παιδιού. Επειδή σε πολλές περιπτώσεις, όμως, τα ωάριά τους δεν θα έχουν μείνει ανεπηρέαστα από την αντικαρκινική θεραπεία, τα τελευταία χρόνια θεωρείται **απαραίτητο οι ογκολόγοι να προσφέρουν τη δυνατότητα στις γυναίκες να ενημερωθούν από ειδικούς στην ανθρώπινη αναπαραγωγή** για τις δυνατότητες διαφύλαξης της γονιμότητάς τους, μέσω της μεθόδου Κρυοσυντήρησης Ωαρίων ή Εμβρύων.

Πώς ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει τη γονιμότητα;

Γενικά, μια γυναίκα έχει 1 στις 8 πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της και οι πιθανότητές να αναπτύξει οποιαδήποτε μορφή καρκίνου του μαστού αυξάνονται καθώς μεγαλώνει. Οι περισσότερες γυναίκες διαγιγνώσκονται στην ηλικία των 50, των 60 ή των 70 ετών. Ωστόσο, το **Ίδρυμα Susan G. Komen** αναφέρει ότι ενώ «*καρκίνοι του μαστού εμφανίζονται σε ποσοστό κάτω του 5% σε γυναίκες κάτω των 40 ετών... ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία θανάτου (από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου) σε γυναίκες ηλικίας 20 έως 59 ετών*».

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι ένα γεγονός που συγκλονίζει σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι ιδιαίτερα οδυνηρή για τις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία και οι οποίες δεν έχουν αποκτήσει ακόμα παιδί. Ενώ ο καρκίνος του μαστού δεν αποτελεί άμεση αιτία υπογονιμότητας, οι

θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου μπορούν να προκαλέσουν μη αναστρέψιμες παρενέργειες στο αναπαραγωγικό σύστημα μιας γυναίκας.

Οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού μπορούν να επηρεάσουν τη γονιμότητα;

Οι πιο συνηθισμένοι τύποι θεραπείας καρκίνου του μαστού είναι η **ογκεκτομή** (lumpectomy), η **μαστεκτομή**, η **ακτινοθεραπεία** ή/και η **χημειοθεραπεία**. Οι τρεις πρώτες θεραπείες δεν έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη γονιμότητα και, για πολλές γυναίκες, αυτές μπορεί να είναι οι μοναδικές θεραπείες που απαιτούνται. Η χημειοθεραπεία, ωστόσο, είναι μια διαφορετική υπόθεση και ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου του μαστού που έχετε κάποιες άλλες θεραπείες μπορεί να επηρεάσουν την δυνατότητα ωορρηξίας.

ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ: Υπάρχουν περισσότεροι από ένας τύποι καρκίνου του μαστού και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως καρκίνοι του μαστού **με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς** ή καρκίνοι του μαστού **με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς**. Αν έχετε διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, ο ιατρός σας μπορεί να συστήσει ορμονική θεραπεία, η οποία μειώνει τόσο τις ποσότητες οιστρογόνων που παράγονται από το σώμα, όσο και την ικανότητα των οιστρογόνων να «τροφοδοτούν» τα καρκινικά κύτταρα.

Αυτή η θεραπεία είναι παρόμοια με μια ορμονική μορφή ελέγχου των γεννήσεων και συνήθως αλλάζει τον κανονικό σας εμμηνορροϊκό κύκλο, αποτρέποντας την ωορρηξία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ωορρηξία θα επανέλθει κανονικά όταν ολοκληρωθεί η ορμονική θεραπεία. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ο ογκολόγος ιατρός μπορεί να συστήσει τη χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών και των σαλπίγγων για να εμποδίσει μόνιμα την παραγωγή οιστρογόνων, μια **διαδικασία που θα καταστήσει αδύνατη την παραγωγή και απελευθέρωση ώριμων ωαρίων, με αποτέλεσμα να προκληθεί ιατρογενής στειροποίηση**.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η χημειοθεραπεία συνιστάται

συνήθως σε γυναίκες με πιο προχωρημένο καρκίνο του μαστού ή καρκίνο του μαστού που έχει κάνει μετάσταση στους λεμφαδένες ή σε άλλες περιοχές του σώματος. Το εάν η χημειοθεραπεία θα προκαλέσει στειρότητα εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- **Το σώμα της γυναίκας.** Ορισμένα σώματα είναι απλώς πιο ευαίσθητα από άλλα και μπορεί να γίνουν στείρα ανεξάρτητα από την ηλικία, τον τύπο της χημειοθεραπείας ή τη δοσολογία.
- **Την ηλικία της γυναίκας.** Όσο νεότερη είναι μια γυναίκα όταν υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, τόσο πιο πιθανό είναι να παραμείνει γόνιμη.
- **Τη δοσολογία και τον συνδυασμό των φαρμάκων.** Ισχυρότεροι και σοβαρότεροι τύποι χημειοθεραπείας είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν στειρότητα, επειδή οι επιδράσεις τους στους υγιείς ιστούς του σώματος είναι πιο επιβαρυντικές. Μερικοί τύποι φαρμάκων χημειοθεραπείας έχουν υψηλότερο έως μεσαίο κίνδυνο υπογονιμότητας (Cytochan, Platinol και Adriamycin). Άλλοι είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσουν στειρότητα. Ο Ογκολόγος σας θα είναι σε θέση να παράσχει έναν πλήρη κατάλογο των κινδύνων που σχετίζονται με κάθε τύπο.
- **Στοχοθετημένη θεραπεία:** Όσο περισσότερα μαθαίνουμε από τις εξελίξεις στην ιατρική έρευνα για τον καρκίνο και ιδίως τον καρκίνο του μαστού, τόσο πιο ικανοί γίνονται οι ερευνητές στο να δημιουργούν φάρμακα που είναι πολύ στοχευμένα για τη θεραπεία των καρκινικών κυττάρων, χωρίς να επηρεάζεται ολόκληρο το σώμα. Οι στοχευμένες θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού αποτελούνται από φάρμακα σχεδιασμένα για τη θεραπεία της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου του μαστού.

Οι στοχευμένες θεραπείες είναι σχετικά νέες και η έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις τους στη γονιμότητα βρίσκεται σε εξέλιξη. Ωστόσο, όπως επισημαίνει το breastcancer.org, «είναι ενθαρρυντικό να γνωρίζουμε ότι οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε

θεραπεία με Herceptin (μια επιτυχής στοχοθετημένη θεραπεία) έχουν μείνει έγκυες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους».

Διαγνωστήκατε με Καρκίνο του Μαστού; Μιλήστε άμεσα με έναν ειδικό γονιμότητας

Εάν ενδιαφέρεστε να αποκτήσετε παιδιά, είναι επιτακτική η ανάγκη να **μιλήσετε με έναν ειδικό γονιμότητας** αμέσως μόλις ενημερωθείτε ότι διαγνωστήκατε με καρκίνο του μαστού. Η υγεία σας είναι βεβαίως η απόλυτη προτεραιότητα και οι σύγχρονες αντικαρκινικές θεραπείες έχουν αντιμετωπίσει αποτελεσματικά και έχουν βελτιώσει σημαντικά την πιθανότητα θεραπείας και την επιβίωση.

Οι σύγχρονες μέθοδοι διατήρησης της γονιμότητας έχουν καταστήσει όλο και πιο πιθανό για όσους νίκησαν τον καρκίνο να διατηρήσουν την ικανότητά τους να φέρουν στον κόσμο παιδιά, ακόμη και αν η θεραπεία του καρκίνου τους καταστήσει υπογόνιμους. **Η κρυοσυντήρηση των ωαρίων ή των εμβρύων σας**, καθώς και άλλες μέθοδοι διαφύλαξης της γονιμότητας, μπορούν να επιτρέψουν τη σύλληψη ενός μωρού μέσω της **Εξωσωματικής Γονιμοποίησης (IVF)** ή μέσω ενός φορέα κύησης, όταν ξεπεράσετε την περιπέτεια του καρκίνου και η υγεία σας αποκατασταθεί.

Στην **Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης της ΡΕΑ** όλοι οι συνεργάτες συνεχίζουν με και εξελίσσουμε τις τεχνικές διατήρησης γονιμότητας που εφαρμόζουν τα παλαιότερα στελέχη πάνω από 20 χρόνια. Προτεραιότητα η υγεία και η αντιμετώπιση του καρκίνου, **επιλογή** η ενημέρωση και οι δυνατότητες προφύλαξης της αναπαραγωγικής δυνατότητας, ιδιαίτερα των νέων ανθρώπων.

Για να ενημερωθείτε σχετικά με τις προοπτικές γονιμότητας μετά από μια διάγνωση καρκίνου επικοινωνήστε μαζί μας στα τηλέφωνα της Μονάδας Γονιμότητας της ΡΕΑ 210-9495172 και 210-9495000.

NEA

Χαρίστε στο μωράκι σας την
ιδανική προστασία Pampers για
την επιδερμίδα του



Συνιστώνται από την
**Ελληνική Εταιρεία
Παιδιατρικής
Δερματολογίας**



Τώρα, με πιο απαλό*
απορροφητικό στρώμα με
καρδούλες

*σε σύγκριση με το προηγούμενο αντίστοιχο προϊόν

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ & ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Γράφει ο Μιχάλης Κ. Δέρπαπας

Χειρουργός Μαστού, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Μετεκπαιδευθείς στο St Bartholomew's Hospital, London

“ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ
ΓΟΝΙΔΙΑΚΗΣ
ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΣ
Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ
ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ ΑΝΕΡΧΕΤΑΙ
ΕΩΣ ΤΟ 85%. ”



Πόσο συχνός είναι ο καρκίνος του μαστού;

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει, παγκοσμίως, μια αυξανόμενη επίπτωση με πάνω από 1,000,000 νέες περιπτώσεις ανά έτος. Πρόκειται για τον πιο συχνό καρκίνο στις γυναίκες και αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες. Στατιστικώς, 1 στις 8 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο μαστού κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής της, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι ο κίνδυνος στον **γενικό πληθυσμό** είναι **12.5%**. Όμως, επί εδάφους **γονιδιακής μετάλλαξης** αυτός ο κίνδυνος αυτός ανέρχεται έως το **85%** και είναι σημαντικό οι γυναίκες με γονιδιακή μετάλλαξη να αναγνωρισθούν και να αντιμετωπισθούν πριν νοσήσουν.

Τα τελευταία χρόνια η κληρονομικότητα του καρκίνου του μαστού βρίσκεται στο προσκήνιο κι αυτό, εν μέρει, οφείλεται στην δημοσιότητα που έλαβε η περίπτωση **Αντζελίνα Τζολί**, η οποία έχοντας βεβαρημένο οικογε-

νειακό ιστορικό και θετικό το γονίδιο BRCA1, υποβλήθηκε σε προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή με αποκατάσταση και σάλπιγγο - ωοθηκεκτομή.

Πώς θα αναγνωριστούν οι φορείς μιας μετάλλαξης;

Εδώ έχει ιδιαίτερη σημασία ο ρόλος του **εξειδικευμένου χειρουργού μαστού**, ο οποίος κάνει λήψη **ειδικού οικογενειακού ιστορικού** για τον έλεγχο της κληρονομικότητας. Οι περιπτώσεις με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό που επιβάλλεται να διενεργείται γονιδιακός έλεγχος είναι οι εξής:

- Άνδρας στην οικογένεια με καρκίνο μαστού.
- Δύο συγγενείς με καρκίνο μαστού, εκ των οποίων ο ένας πρώτου βαθμού, με ηλικία διάγνωσης κάτω των 50 ετών.

- Τρεις συγγενείς με καρκίνο μαστού, πρώτου βαθμού μεταξύ τους, με ηλικία διάγνωσης κάτω των 60 ετών.
- Παρουσία πολλαπλών και επιθετικών σπάνιων όγκων στην ευρύτερη οικογένεια (σάρκωμα, γλοιώμα, καρκίνος επινεφριδίου, κλπ).

Αν διαπιστωθεί μετάλλαξη πιο είναι το επόμενο βήμα;

Ελέγχονται συνήθως, με μια απλή αιμοληψία, 8 - 10 γονίδια τα οποία είναι οι «συνήθεις ύποπτοι». Επί θετικού γονιδιακού ελέγχου ο κίνδυνος για μελλοντική εμφάνιση καρκίνου του μαστού κυμαίνεται από 20% (γονίδιο PALB2) ως **85%** (γονίδια BRCA1 & BRCA2). Το επόμενο βήμα είναι η **προληπτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή** (Risk Reducing Mastectomy) **και αποκατάσταση** στο ίδιο χειρουργείο. Από τη στιγμή που σχεδιάζουμε μαστεκτομή και αποκατάσταση στον ίδιο χρόνο η μαστεκτομή πρέπει να διενεργείται με ειδική τεχνική, με διατήρηση του δέρματος και της θηλής (skin - sparing, nipple - sparing mastectomy).

Πως γίνεται η αποκατάσταση των μαστών;

Η αποκατάσταση μπορεί να γίνει είτε με ενθέματα (τοποθετούνται κάτω ή πάνω από τον μείζονα θωρακικό μυ), είτε χρησιμοποιώντας κρημνούς DIEP (Deer Inferior Epigastric Perforators). Πρόκειται για ελεύθερους κρημνούς δέρματος - υποδορίου της κοιλιακής χώρας μαζί με διαπιτράινοντες κλάδους της εν τω βάθει κάτω επιγαστρίας αρτηρίας και φλέβας. Η μέθοδος αυτή παρότι είναι τεχνικά απαιτητική και χρονοβόρα έχει εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα.

Τι συμβαίνει μετά την προφυλακτική μαστεκτομή;

Η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή προσφέρει **«προστασία»** της τάξης του **95%**. Οι γυναίκες μετά την επέμβαση θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά με κλινική εξέταση από εξειδικευμένο χειρουργό μαστού. ■

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Γράφουν η Μαρία Σκουρολιάκου

Επίκουρη Καθηγήτρια Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου, Επιστημονική Σύμβουλος

και η Κατερίνα Κούτρη

Διατροφολόγος - Διαιτολόγος

Συνεργάτες Κέντρου Διατροφικής Υποστήριξης και Διαιτολογίας της Κλινικής ΡΕΑ

Πολύ συχνά συναντάμε γυναίκες οι οποίες έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο στο μαστό και αναζητούν «κάτι» που θα τις βοηθήσει να νιώσουν καλύτερα και που θα μπορούσε να αποτρέψει την επανεμφάνιση του καρκίνου. Θα μπορούσε ίσως να είναι η διατροφή αυτό που ψάχνουν;

Πολλές γυναίκες όταν μαθαίνουν ότι έχουν καρκίνο του μαστού εννοχοποιούν τη διατροφή τους. Θέλοντας να μάθουμε τι προκαλεί καρκίνο είναι μια φυσιολογική αντίδραση, αλλά σίγουρα γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος είναι μια σύνθετη ασθένεια και μπορεί να προκληθεί από έναν συνδυασμό παραγόντων και όχι μόνο από έναν.

Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει κάποια τροφή η οποία δρα ως «μαγικό ραβδί», ικανό να εξαφανίσει τον καρκίνο δια παντός. Η λύση όμως ίσως βρίσκεται στον τρόπο ζωής μας!

Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:

➤ Διατηρήστε το Σωματικό Βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η κλινική έρευνα έχει αποδείξει ότι ο κίνδυνος επανεμφάνισης καρκίνου είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που ήταν υπέρβαρες ή παχύσαρκες, ακόμα και σε αυτές που πήραν βάρος μετά τη διάγνωση του καρκίνου και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

➤ Ασκηθείτε

Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες που τηρούν συστηματική φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης (όπως για παράδειγμα περπάτημα 3-5 ώρες την εβδομάδα) βελτιώνουν τις πιθανότητες επιβίωσης από καρκίνο του μαστού.

➤ Δώστε προσοχή στην ποσότητα και την ποιότητα του λίπους που καταναλώνετε

Ορισμένες έρευνες έχουν βρει σύνδεση μεταξύ δίαιτας χαμηλών λιπαρών και αποτροπής επανεμφάνισης καρκίνου του μαστού, χωρίς όμως αυτό να έχει αποδειχθεί. Η κατανάλωση λιγότερου λίπους έχει πολλά οφέλη για την υγεία γενικότερα και επιπλέον βοηθά στη διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους. Περιορίστε την κατανάλωση κρέατος και προϊόντων του και αυξήστε την κατανάλωση σε ψάρι και όσπρια.

➤ Φυτοχημικά

Τα φυτοχημικά είναι ουσίες που έχει αποδειχθεί ότι βοηθούν στην πρόληψη του καρκίνου λόγω της αντιοξειδωτικής, αντιοιστρογονικής και χημειοπροστατευτικής τους δράσης. Πρόκειται για φυσικές ουσίες που απαντώνται στα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και τα όσπρια.

Τα σταυρανθή λαχανικά (μπρόκολο, κουνουπίδι, λάχανο, λαχανάκια Βρυξελλών) είναι ιδιαίτερα πλούσια σε φυτοχημικά, ενώ ερευνητικό ενδιαφέρον υπάρχει τελευταία και για τις φύτρες μπρόκολου (προκύπτουν μετά από μούλιασμα του σπόρου του μπρόκολου, broccoli



sprouts). Τα φασόλια, το σκόρδο, τα κρεμμύδια και τα εσπεριδοειδή είναι επίσης πλούσιες πηγές. Τα δημητριακά ολικής αλέσεως έχουν επιπλέον υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες, η αυξημένη πρόσληψη των οποίων έχει επίσης θετικό όφελος.

► Λιναρόσπορος

Ο λιναρόσπορος είναι μια εξαιρετική πηγή φυτικών ινών και ω-3 λιπαρών οξέων. Επειδή έχει σκληρό περίβλημα, πρέπει να αλεστεί για να αποκτήσει τα παραπάνω διατροφικά οφέλη. Λόγω της περιεκτικότητας του σε φυτοοιστρογόνα (φυτικά οιστρογόνα), θεωρείται ασφαλής όταν χρησιμοποιείται με μέτρο (1-2 κουταλιές της σούπας ημερησίως) ως μέρος μιας υγιεινής διατροφής. Στις έρευνες δεν είναι ακόμα σαφές εάν ο φλοιός έχει

πλεονεκτήματα όσον αφορά στην αποτροπή επανεμφάνισης και στην επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού. Το έλαιο από λιναρόσπορο (λινέλαιο) δεν περιέχει φυτοοιστρογόνα.

► Σόγια

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που ακολουθούν διατροφή πλούσια σε σόγια από μικρή ηλικία, έχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αυτό το ποσοστό είναι μικρότερο για τις γυναίκες που τρώνε περιστασιακά σόγια ή που άρχισαν να τρώνε σόγια αργότερα στη ζωή τους. Η σόγια περιέχει φυτοοιστρογόνα (ισοφλαβόνες) και για πολλά χρόνια υπήρξε μια διαμάχη για το αν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού πρέπει να την καταναλώνουν. Νεότερες μελέτες δεί-

χνουν ότι τα τρόφιμα σόγιας είναι ασφαλή για τους επιζώντες από τον καρκίνο του μαστού όταν καταναλώνονται σε ποσότητες παρόμοιες με τις τυπικές ασιατικές δίαιτες (δύο μερίδες ανά ημέρα). Δεν είναι σαφές εάν η σόγια έχει άλλα οφέλη στην αποτροπή επανεμφάνισης και στην επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού. Όμως, τα συμπληρώματα σόγιας περιέχουν υψηλότερα επίπεδα ισοφλαβονών και, μέχρι να υπάρξουν περισσότερες μελέτες, οι γυναίκες συμβουλεύονται να αποφεύγουν την κατανάλωσή τους.

► Ζάχαρη

Ο φόβος ότι η ζάχαρη τροφοδοτεί τον καρκίνο βασίζεται στο γεγονός ότι τα καρκινικά κύτταρα, όπως και τα υγιή κύτταρα, χρησιμοποιούν τα σάκχαρα ως πηγή ενέργειας. Δεν είναι δυνατό να αποτρέψουμε την χρησιμοποίηση σακχάρων από τα καρκινικά κύτταρα εξαιλείφοντας μεμονωμένα τη ζάχαρη από τη διατροφή μας.

Η ζάχαρη πρέπει να καταναλώνεται με μέτρο. Τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη και επεξεργασμένα σάκχαρα (σιρόπι καλαμποκιού, γλυκόζη, φρουκτόζη) έχουν πολλές θερμίδες ενώ δεν είναι αντίστοιχα θρεπτικά (κενές θερμίδες). Για το λόγο αυτό προτείνεται να καταναλώνονται φρούτα και δημητριακά ολικής αλέσεως που αποτελούν πηγή φυσικών σακχάρων και να αποφεύγεται επεξεργασμένα και τυποποιημένα τρόφιμα (αναψυκτικά, δημητριακά πρωινού, ορισμένοι τύποι ψωμιού, επιδόρπια).

► Φρούτα και λαχανικά

Τα τρέχοντα στοιχεία υποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρ-

“ΚΑΠΟΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΛΕΟΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΣΤΙΓΜΗ ΓΙΑ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΜΕΓΑΛΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ, ΕΝΩ ΑΛΛΕΣ ΚΑΝΟΥΝ ΜΙΚΡΟΤΕΡΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΚΑΜΨΗ ΤΟΥΣ.”

ξει πιθανή συσχέτιση μεταξύ παρασιτοκτόνων και ορισμένων τύπων καρκίνου. Ωστόσο, η συσχέτιση δεν είναι σαφής και απαιτείται συμπληρωματική έρευνα για να διαπιστωθεί εάν τα φυτοφάρμακα σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Συνολικά, πιστεύεται ότι οι δυνητικοί κίνδυνοι που συνδέονται με τα φυτοφάρμακα δεν είναι τόσο μεγάλοι όσο η διατροφική αξία των φυτικών τροφίμων και ο ρόλος τους στην πρόληψη του καρκίνου και στην προώθηση της καλής υγείας. Επίσης, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι τα βιολογικά φρούτα και λαχανικά μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με παρόμοια τρόφιμα που παράγονται με άλλες μεθόδους καλλιέργειας.

Επομένως, είτε επιλέγετε βιολογικά είτε όχι, προτιμήστε φρούτα και λαχανικά εποχής που να είναι αληθινά! Όπως τα θυμάστε στον κήπο της γιαγιάς!

Κάποιες γυναίκες πιστεύουν ότι η περίοδος της θεραπείας είναι η πλέον κατάλληλη στιγμή για να γίνουν μεγάλες αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, ενώ άλλες κάνουν μικρότερες αλλαγές και επικεντρώνονται στη θεραπεία και την ανάκαμψή τους.

Αυτό που πρέπει να κάνει η κάθε γυναίκα είναι αυτό που είναι καλύτερο για τον εαυτό της. Οποιαδήποτε θετική αλλαγή, είτε μικρή είτε μεγαλύτερη, στον τρόπο ζωής μπορεί να προσφέρει οφέλη για την υγεία! ■



Τα οφέλη & η αναγκαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού

Γράφει η **Μαριάννα Μπρα, MSc**

Ψυχολόγος, Πιστοποιημένη στην Ανακουφιστική Φροντίδα ασθενών με καρκίνο και στην Περιγεννητική Ψυχολογία

Καρκίνος μαστού: μία δι-
άγνωση, μία φράση που
στο άκουσμα της οι πε-
ρισσότερες γυναίκες
πλημμυρίζονται από αρνητικά συ-
ναισθήματα, παράλληλα όμως, μία
ασθένεια που μαθαίνεις να ζεις με
αυτήν. Οι περισσότερες γυναίκες
εκφράζουν φόβο, νιώθουν απειλή
και τις περισσότερες φορές ακόμα
και άρνηση στο να πιστέψουν ότι
χτύπησε τη δική τους πόρτα. Οι αλ-
λαγές στη ζωή της γυναίκας μετά
τη διάγνωση είναι πολλές, είτε στη
φυσική τους κατάσταση (πόνος,
αδυναμία, κούραση, αλλαγές στην
εξωτερική εμφάνιση), είτε συναι-
σθηματικές (φόβος, λύπη, από-
γνωση).

**Το πώς η ασθενής θα αντιληφθεί
τη διάγνωση της νόσου, μπορεί να
επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο
θα αντιμετωπίσει τον καρκίνο,** θα
προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα
και θα συμμορφωθεί στους κανό-
νες της θεραπείας της.

Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού
ανησυχεί για τα συμπτώματα της,
την πορεία της θεραπείας της και
φυσικά για την ίδια της τη ζωή.
Αυτή η ανησυχία είναι απόλυτα
φυσιολογική, η αναστάτωση που

προκαλείται από τις σκέψεις της
είναι αναμενόμενη, όμως μπορεί
να την οδηγήσει σε υιοθέτηση
άσχημων συνηθειών. Για παρά-
δειγμα η ασθενής μπορεί να πα-
ραιτηθεί από υγιεινές συνήθειες
που είχε πριν τη διάγνωση, ίσως
σταματήσει να περπατάει πολύ
ή να γυμνάζεται. Πολλές φορές
παρουσιάζονται και διατροφικές
διαταραχές μετά τη διάγνωση, η
γυναίκα μπορεί να τρώει λιγότερο
ή να επιλέγει τροφές χαμηλές σε
διατροφική αξία. Ακόμα παρουσι-
άζονται διαταραχές στον ύπνο της,
ενώ παρατηρείται μία απομάκρυν-
ση από το οικείο περιβάλλον, από
την οικογένεια και τους φίλους.
Υπάρχει ακόμα πιθανότητα λόγω
άγχους να καταφύγει στο κάπνι-
σμα, στη χρήση αλκοολ ή άλλων
ουσιών, και φυσικά η διάγνωση
του καρκίνου του μαστού μπορεί
να οδηγήσει σε συναισθηματικές
διαταραχές και κατάθλιψη, η οποία
και καθιστά δύσκολο το να τηρεί η
ασθενής την θεραπεία της, επίσης
μπορεί ακόμα και να την οδηγήσει
στο να αρνηθεί ένα σημαντικό χει-
ρουργείο για την υγεία της. Αυτό
λοιπόν μας δείχνει ότι η κατάθλι-
ψη μπορεί να επηρεάσει ακόμα και
την επιβίωση της γυναίκας.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ & ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Είναι πολύ σημαντικό να λάβουμε
υπόψη ότι και **ο σύντροφος και
η οικογένεια της ασθενούς μπο-
ρούν να επηρεαστούν συναισθη-
ματικά** από τη διάγνωση της αγα-
πημένης τους και η βοήθεια από
τον ειδικό ψυχικής υγείας είναι
και για εκείνους ωφέλιμη, και στο
να αντιμετωπίσουν τα δικά τους
συναισθήματα μετά τη διάγνωση
της αγαπημένης τους, αλλά και
στο να μάθουν με ποιούς τρόπους
μπορούν να τη στηρίξουν. Επιπλέ-
ον, είναι σημαντικό να καθοδηγη-
θούν οι γυναίκες και οι οικογένειες
τους στον τρόπο που θα επικοινω-
νήσουν την ασθένεια στα παιδιά
τους.

Οι Ψυχολόγοι υγείας είναι εξειδι-
κευμένοι στο να διαχειρίζονται την
πολυπλοκότητα της κατάστασης
στην οποία βρίσκεται η γυναίκα
επηρεασμένη από τη διάγνωση,
αλλά και από τις συνέπειες της
θεραπείας. Πολλές φορές ακόμα
κι όταν η ασθενής έχει ενημερω-
θεί για τις παρενέργειες της θερα-
πείας, τις αντιμετωπίζει με ακραί-
ες συναισθηματικές αντιδράσεις.

Λόγω λοιπόν των παρενεργειών
της θεραπείας αλλάζει η ποιότητα
ζωής της γυναίκας, οι γνωστικές
και οι συναισθηματικές της λει-
τουργίες καθώς και οι ψυχοκοινω-
νικές της λειτουργίες. Η βοήθεια
του ψυχολογού υγείας είναι απα-
ραίτητη στο να μάθει η γυναίκα να
διαχειρίζεται και να αντιμετωπίζει
όλες αυτές τις αλλαγές, καθώς μία
άσχημη αντίληψη γύρω από την
νόσο της μπορεί να επηρεάσει αρ-
νητικά την ποιότητα ζωής της.

Εκτός από τη γνωσιακή συμπερι-
φορική ψυχοθεραπεία, που δείχνει
να είναι η πλέον κατάλληλη για την
στήριξη των γυναικών με καρκίνο
του μαστού, είναι πολύ χρήσιμη
και η βοήθεια της ψυχοθεραπείας
μέσω της τέχνης.

Για παράδειγμα, οι έρευνες δεί-
χνουν ότι **η «Δημιουργική Γραφή»
βοηθάει την γυναίκα να εκφράσει
τα αρνητικά της συναισθήματα** και
να διαχειριστεί το τι νιώθει για την

ασθένεια της. **Η θεραπεία μέσω
της τέχνης μπορεί να μειώσει το
στρες** και τα συμπτώματα της κα-
τάθλιψης όμως επίσης μπορεί να
βοηθήσει και οργανικά την γυναί-
κα. Πολλές γυναίκες αναφέρουν
οτι μετά την ψυχοθεραπεία νιώ-
θουν λιγότερο εξαντλημένες και
μάλιστα **με τη βοήθεια της μου-
σικοθεραπείας μειώνονται και τα
συμπτώματα του πόνου.** Για παρά-
δειγμα, ακούγοντας 30 λεπτά την
ημέρα μουσική, ακόμα και την ώρα
της Χημειοθεραπείας μειώνονται
οι αρνητικές επιπτώσεις της, όπως
οι ζαλάδες, οι εμετοί και η σωματι-
κή κούραση.

Ακόμα όμως και μετά το τέλος των
θεραπειών τους, είναι απαραίτη-
τη η ψυχολογική υποστήριξη των
γυναικών για να εγκλιματιστούν
και πάλι στις παλιές συνήθειες
τους, στην προσωπική τους αλλά
και στην επαγγελματική τους ζωή.
Χρειάζεται να μάθουν **να αγαπούν
το σώμα τους με τις όποιες τυχόν**

αλλαγές στην εξωτερική τους εμ-
φάνιση (απώλεια μαλλιών, μαστε-
κτομή), ή να διαχειριστούν θέματα
υπογονιμότητας ειδικά αν βρίσκο-
νται σε μικρή ηλικία (κάτω των 45).
Η βοήθεια του ειδικού ψυχικής
υγείας συμβάλει στην αντιμετώπι-
ση του φόβου της επανεμφάνισης
της νόσου και στην τήρηση των
διαγνωστικών εξετάσεων που θα
πρέπει να υποβάλλονται πάντα σε
συνεννόηση με τον γιατρό τους.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία
μεγάλη κατάσταση κρίσης στην
ζωή μίας γυναίκας, ταυτόχρονα
όμως είναι και μία ευκαιρία για αλ-
λαγή. Αλλαγή στον τρόπο σκέψης
και στον τρόπο που αντιμετωπίζου-
με την ζωή! Δεν είναι τυχαίο άλλω-
στε το ότι **οι περισσότερες γυναί-
κες με την εμπειρία του καρκίνου
του μαστού μιλάνε για ένα μάθη-
μα ζωής** όχι μόνο όσον αφορά τον
τομέα της υγείας τους αλλά όλους
τους τομείς της ζωής τους. ■



ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ: ΜΥΘΟΙ & ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Γράφει η **Αδαμαντία Μπουγά**
Ακτινοδιαγνώστης, Συνεργάτης της Κλινικής ΡΕΑ

Από την ηλικία των 40 ετών ξεκινάει ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος με μαστογραφία. Μέχρι την ηλικία των 40 ετών η γυναίκα μπορεί να παρακολουθείται υπερηχογραφικά. Σε περίπτωση ευρήματος ή αν έχουμε κληρονομικό ιστορικό, η πρώτη μαστογραφία μπορεί να γίνει και σε ηλικία μικρότερη των 40.

Σε ηλικίες κάτω των 30 μπορεί να γίνει μαστογραφία όταν υπάρχει υποψία για κακοήθεια, διαφορετικά, η γυναίκα μπορεί να πραγματοποιεί προληπτικά υπερηχογράφημα μαστών. Ο λόγος που δεν γίνεται μαστογραφία στις πολύ νεαρές ηλικίες είναι πως ο μαστός είναι πλούσιος σε αδενικό ιστό, άρα πυκνός στη μαστογραφία και κατά συνέπεια η αξιολόγηση της μαστογραφίας δεν είναι πάντα εύκολη και η εξέταση είναι χαμηλής διαγνωστι-

κής αξίας. Επιπλέον, ο μαζικός αδένας σε αυτές τις ηλικίες είναι πιο ευαίσθητος στην ακτινοβολία και για αυτό δεν πρέπει να ακτινοβολείται χωρίς λόγο.

Το 50% των μαστογραφιών που γίνονται κάθε χρόνο εντοπίζει καρκίνους σε υποκλινική φάση, δηλαδή σε πολύ πρώιμο στάδιο.

ΜΥΘΟΙ & ΑΛΗΘΕΙΕΣ

«Η μαστογραφία είναι επώδυνη!»
Η πίεση είναι ενοχλητική αλλά διαρκεί για πολύ λίγο χρόνο. Προκειμένου να ληφθούν οι σωστές λήψεις, ο μαστός τοποθετείται επάνω σε μία ειδική βάση και συμπιέζεται μέχρι η λήψη να περιλαμβάνει όλο τον μαζικό αδένα αλλά και την περιοχή της μασχάλης.

«Η ακτινοβολία της μαστογραφίας επιβαρύνει τη γυναίκα»

Η δόση της ακτινοβολίας είναι πολύ μικρή με τους νέου τύπου ψηφιακούς μαστογράφους και η γυναίκα δεν διατρέχει κίνδυνο από αυτή την εξέταση. Καλό είναι η μαστογραφία που θα κάνουμε να είναι καλής ποιότητας, σε νέου τύπου μηχανήματα χαμηλής δόσης, αφενός για να μας εξασφαλίσει σωστή διάγνωση και αφετέρου να μη χρειαστεί η γυναίκα να την επαναλάβει.

«Έχω ενθέματα, δεν μπορώ να κάνω μαστογραφία!»

Πολλές γυναίκες προχωρούν στην τοποθέτηση ενθεμάτων για αισθητικούς λόγους ή μετά από μερική μαστεκτομή. Σε όλες τις περιπτώσεις προχωρούμε κανονικά στην πραγματοποίηση της εξέτασης, με τη διαφορά ότι η πίεση που ασκούμε δεν είναι ίδια με αυτή που θα ασκούσαμε σε ένα μαστό χωρίς

ενθέματα. Σε γυναίκες με ενθέματα μπορούμε να απεικονίσουμε όλο το μαστικό παρέγχυμα σπρώχνοντας τα ενθέματα πίσω, με ειδική λήψη χωρίς να απεικονίζονται στο πεδίο μας τα ενθέματα.

«Έχω αφαιρέσει τον ένα μαστό. Συνεχίζω να κάνω μαστογραφία στον άλλο μαστό;»

Όταν έχει γίνει ολική μαστεκτομή,

η γυναίκα δεν μπορεί να υποβληθεί σε μαστογραφία από την πλευρά που έχει αφαιρεθεί ο μαστός. Είναι όμως επιβεβλημένο να υποβάλλεται σε μαστογραφία στον άλλο μαστό κάθε χρόνο. Σε περίπτωση μερικής μαστεκτομής ή ύπαρξης της θηλής, η γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε μαστογραφία και στους δύο μαστούς. ■



ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ & ΚΙΡΣΟΙ

Σύγχρονες αναίμακτες μέθοδοι αντιμετώπισης

Γράφει ο **Dr Χαράλαμπος Ηλίας, MD**,
Αγγειοχειρουργός – Αγγειολόγος, Συνεργάτης της Κλινικής ΡΕΑ

Η φλεβική ανεπάρκεια αναφέρεται στη δυσκολία επαναφοράς του αίματος από τα κάτω άκρα στην καρδιά, λόγω χαλάρωσης των φλεβικών τοιχωμάτων και διάτασης των βαλβίδων τους.

Υπολογίζεται ότι 4 στους 10 ανθρώπους θα παρουσιάσουν φλεβική ανεπάρκεια μέχρι τα 70-75 χρόνια της ζωής τους. Η συχνότητα αυτή σχετίζεται με κάποιους παράγοντες, όπως η έλλειψη κολλαγόνου και υαλουρονικού οξέος των φλεβικών τοιχωμάτων, η γενετική προδιάθεση, η κληρονομικότητα, η κακή διατροφή, οι ορμονικές επιδράσεις, αλλά ακόμη και η εγκυμοσύνη και η χρόνια ορθοστασία.

Οι άνδρες φαίνεται να παραμελούν συχνά το πρόβλημά τους, καθώς, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των γυναικών, δεν τους ενοχλεί τόσο όσον αφορά το αισθητικό κομμάτι – τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου και έτσι, δεν αναζητούν άμεσα τη βοήθεια του ειδικού. Ωστόσο, δεν είναι μόνο αισθητικό το θέμα, αλλά η παραμελημένη πάθηση μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση, είτε επιπολής, είτε εν τω βάθει, χρόνια φλεγμονή στο δέρμα με ερυσίπελας ή άτονο έλκος, χρόνια δερματίτιδα με υπέρχρωση και έκζεμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ζωή του ασθενούς γίνεται δύσκολη και συνεχώς υποβαθμίζεται.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν ο ασθενής αισθάνεται **βάρος, κόπωση, κράμπες, μούδιασμα, κάψιμο** και έχει **οίδημα** στα πόδια, τότε πρέπει να επισκεφτεί έναν ειδικό και να ελεγχθεί με κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα φλεβών (Triplex), έτσι ώστε να γίνει μια λεπτομερής και σωστή διάγνωση. Εκτός από τη συντηρητική αγωγή, που περιλαμβάνει φλεβοτονικά φάρμακα, αποφυγή καθιστικής ζωής και χρήση ελαστικών καλτσών διαβαθμισμένης συμπίεσης για τα αρχικά στάδια, από το 2006 και μετέπειτα έχουμε εγκαταλείψει τις παλιές τραυματικές ανοικτές επεμβάσεις.

Με τη βοήθεια της τεχνολογίας χρησιμοποιούμε νέες τεχνικές αναίμακτες και ενδοσκοπικές.

➤ Το **ενδοαυλικό λέιζερ 1470 nm LINA**, έχει βοηθήσει στην αντιμετώπιση της πάθησης ακόμα και σε προχω-

ρημένα στάδια αλλά και σε παχύσαρκους ασθενείς που θα ήταν πολύ δύσκολο έως αδύνατο να χειρουργηθούν με την κλασσική μέθοδο. Το laser είναι μέθοδος γρήγορη, ανώδυνη, και αποτελεσματική στα χέρια έμπειρου και εξειδικευμένου αγγειοχειρουργού. Το **λέιζερ 1470 nm LINA αποτελεί μέχρι τώρα τη χρυσή επιλογή (gold standard) παγκοσμίως για τη θεραπεία της φλεβικής ανεπάρκειας**. Ο χρόνος αποθεραπείας δεν ξεπερνά τις δύο με τέσσερις ημέρες ακόμα και για σοβαρές περιπτώσεις, αντίθετα με την παλιά μέθοδο που έφτανε τον ένα μήνα και περισσότερο.

➤ Τελευταία εφαρμόζουμε και δύο νέες ενδοσκοπικές μεθόδους που είναι η **ενδοαυλική βιολογική κόλλα (BIOGLUE)** και η ο **ενδοαυλικός καθετήρας** μικροκυμάτων (microwave) ECO. Ανάλογα βέβαια με την κάθε περίπτωση και τον κάθε ασθενή, επιλέγουμε την κατάλληλη μέθοδο. Ο κύριος στόχος των νέων μεθόδων είναι να μειωθούν σε μηδενικό βαθμό οι ενοχλήσεις των ασθενών μετεγχειρητικά, αλλά και να έχουμε άριστα θεραπευτικά και αισθητικά αποτελέσματα.

Πιο συγκεκριμένα, ο **ενδοσκοπικός καθετήρας laser** χρησιμοποιείται για τη μείζονα και την ελάσσονα σαφηνή φλέβα και για τις διαπιτρώσεις, ενώ οι περιφερικοί κίρσοι αντιμετωπίζονται με μικροχειρουργική εκτομή και σκληροθεραπεία με αφρό (foam sclerotherapy).

Ομοίως, χρησιμοποιούμε και τον **ενδοσκοπικό καθετήρα κόλλας (bioglue) και μικροκυμάτων (microwave)**. Με αυτό τον τρόπο, παρέχουμε μια ολοκληρωμένη θεραπεία τόσο λειτουργική, όσο και άρτια αισθητικά για τον κάθε ασθενή.

Η θεραπεία πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία και μέθη, διαρκεί 40-50 λεπτά για το κάθε σκέλος και δεν απαιτεί τομές, αλλά μικροσκοπικές οπές. Αποκαθίσταται η χαλάρωση και η σωστή λειτουργία των κεντρικών φλεβών χωρίς αφαίρεσή τους. Δεν τραυματίζονται νεύρα, υπάρχει σεβασμός των ιστών, μειώνεται ο κίνδυνος μολύνσεων και μετεγχειρητικού πόνου. Ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο μόνο για λίγες ώρες. Σημαντικό είναι να υπογραμμιστεί ότι δεν παρουσιάζονται υποτροπές των κλασσικών μεθόδων, καθώς γίνεται με συνεχή παρακολούθηση υπερήχου και ο ασθενής επιστρέφει στις καθημερινές του δραστηριότητες σε 3-4 ημέρες ή και γρηγορότερα ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης. ■

Η ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ & Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Γράφει ο Εμμανουήλ Χειράκης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Συνεργάτης της Κλινικής ΡΕΑ



Η υστεροσκόπηση ως μέσο αναγνώρισης και θεραπείας παθολογικών καταστάσεων της ενδομήτριας κοιλότητας, αποτέλεσε μια επανάσταση στη γυναικολογία. Πρώτος, ο Pantaleoni πραγματοποίησε την πρώτη υστεροσκόπηση το 1869. Η υστεροσκόπηση αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες επεμβάσεις στη γυναικολογία, για την εκτίμηση της υπογονιμότητας.

ΤΟ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΙΟ

Είναι ένα μακρύ λεπτό τηλεσκόπιο, το οποίο είναι συνδεδεμένο με πηγή φωτός, με ψηφιακή κάμερα και μόνιτορ, και με δυνατότητα παροχής διατακτικού μέσου, που συνήθως είναι φυσιολογικός ορός, σορβιτόλη ή γλυκίνη.

Ο Γυναικολόγος εισάγει το υστεροσκόπιο στην ενδομήτρια κοιλότητα με διάταση της και ακολουθώντας ειδικούς χειρισμούς κάνει επισκόπηση σε όλη τη διαδρομή, από το τράχηλο, μέχρι το πυθμένα της μήτρας και τα σαλπιγγικά στόμια. Όλη αυτήν τη διαδρομή, ο ιατρός την παρακολουθεί από monitor και έτσι βλέπει που υπάρχει παθολογία.

ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

- Ο Γυναικολόγος βλέπει με μεγάλη λεπτομέρεια ακόμη και μικρές βλάβες στο τραχηλικό κανάλι, την ενδομητρική κοιλότητα και τα σαλπιγγικά στόμια. Να σημειώσουμε ότι οι βλάβες αυτές διορθώνονται την ίδια στιγμή της επέμβασης.
- Μπορεί να γίνει με μέθη στο νοσοκομείο.
- Είναι χαμηλού κόστους.
- Μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμη και στο ιατρείο χωρίς νάρκωση (office hysteroscopy)

ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Σε όλες τις γυναίκες με ανώμαλες αιμορραγίες της μήτρας, κυρίως όμως σε όσες είναι περί την εμμη-

νόπαυση ή έχουν αιμορραγίες μετά την εμμηνόπαυση, συνίσταται υστεροσκόπηση και βιοψία ενδομήτριου. Στο 40% των περιπτώσεων δεν θα βρεθεί κάποιο πρόβλημα. Όπως είναι προφανές στο 60% των ασθενών θα βρεθεί κάποια αιτία. Οι κυριότερες αιτίες είναι:

α) Υποβλεννογόνια ινομυώματα: Πρόκειται για τους πιο συνήθεις καλοήθεις ινώδεις όγκους. Παρουσιάζονται σε ποσοστό 20-30% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και όσο η γυναίκα είναι νέα και έχει οιστρογόνα, η τάση τους είναι να μεγαλώνουν. Μπορεί να προβάλλουν στο ενδομήτριο με όλο τους το μέγεθος ή όχι, ενώ μπορεί να παραμορφώνουν την ενδομήτρια κοιλότητα με αποτέλεσμα να αυξάνουν την πιθανότητα υπογονιμότητας. Αφαιρούνται με ειδικά εργαλεία όπως το ρεζεκτοσκόπιο ή το morcellator MyoSure.

β) Ενδομητρικοί πολύποδες: Είναι εξωφυτικά βλενώδη μορφώματα, άλλοτε διαφορετικού μεγέθους, σχήματος και εμφάνισης. Συνήθως είναι καλοήθη, έχουν μαλακή υφή και πρέπει να αφαιρούνται κατά τη διάρκεια της υστεροσκόπησης με τα ίδια εργαλεία που αφαιρούνται τα ινομυώματα, δηλαδή το ρεζεκτοσκόπιο ή το morcellator MyoSure.

γ) Ενδομήτρια ατροφία: Είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση και μπορεί να προκαλέσει μητρορραγία. Και σε αυτή την περίπτωση απαιτείται λήψη βιοψίας.

δ) Μητρορραγία μετά τη Κύηση

ε) Υπερπλασία ενδομητρίου: Σε γυναίκες που έχουν αιμορραγίες, η ενδομήτρια υπερπλασία είναι ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα. Συνήθως το ενδομήτριο είναι παχύ. Με την υστεροσκόπηση βλέπουμε που είναι η βλάβη και παίρνουμε δείγμα βιοψίας από αυτήν.

στ) Νεοπλασία ενδομητρίου: Εάν υποψιαζόμαστε κακοήθεια, τότε επιβάλλεται να γίνει υστεροσκόπηση και να ακολουθήσει βιοψία του υλικού που θα ληφθεί από το ενδομήτριο.

“ΣΕ 5% ΕΩΣ 10% ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΠΑΘΟΥΝ ΓΙΑ ΚΥΗΣΗ, ΚΑΙ ΕΝΩ ΟΛΕΣ ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΦΑΝΗΣ ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ. ΣΕ ΕΝΑ ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΒΡΙΣΚΟΥΜΕ ΜΙΚΡΟΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΟΥΝ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟΤΕ ΑΥΤΗ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ ΑΝΕΞΗΓΗΤΗ.”

ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΕΞΗΓΗΤΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Σε 5% έως 10% των ζευγαριών που προσπαθούν για κύηση, και ενώ όλες οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές, δεν υπάρχει εμφανής αιτία υπογονιμότητας. Σε ένα υψηλό ποσοστό αυτών των ζευγαριών βρίσκουμε μικροβλάβες που δεν δικαιολογούν την υπογονιμότητα και τότε αυτή ονομάζεται ανεξήγητη.

Σε υπογόνιμα ζευγάρια, ιδίως με ανεξήγητη υπογονιμότητα και ενώ όλες οι άλλες εξετάσεις είναι φυσιολογικές, δηλαδή υπάρχει καλό σπέρμα, φυσιολογικό υπερηχογράφημα και υστεροσαλπιγγιογραφία, πρέπει να γίνεται μια υστεροσκόπηση, ιδίως εάν ο γιατρός υποψιάζεται κάποια ενδομήτρια παθολογία. Υστεροσκόπηση πρέπει να γίνει και σε όσες γυναίκες έχουν συμβεί **επανεκλεισμένες παλινδρομες κύσεις**, και σε όσες πρόκειται να ακολουθήσει προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Στην υστεροσκόπηση που γίνεται σε περιπτώσεις ανεξήγητης υπογονιμότητας, ο γυναικολόγος μπορεί να διαγνώσει:

► Φυσιολογικό το ενδομήτριο

► **Συγγενείς ανωμαλίες** όπως δίκερη ή μονόκερος μήτρα, καταστάσεις που είναι συνδεδεμένες με επιπλοκές, όπως επανειλημμένες

αποβολές, προώρους τοκετούς και σε μερικές περιπτώσεις με υπογονιμότητα. Στις συγγενείς ανωμαλίες συγκαταλέγεται και το διάφραγμα μήτρας, το οποίο μπορεί να γεμίζει τη μήτρα μερικώς ή πλήρως. Το διάφραγμα χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση, διότι εμποδίζει τη γονιμοποίηση.

► **Ατροφία, πτωχό ενδομήτριο, υπερπλασία, κακοήθεια, ενδομητρίτιδα, υποβλεννογόνια ινομύωματα, αδеноμυωσικές κύστεις**

► **Συμφύσεις και πολύποδες** αποτελούν επίσης το 30% των περιπτώσεων. Ειδικά οι συμφύσεις διαγιγνώσκονται με την υστεροσαλπιγγιογραφία και μπορεί να είναι από ελαφρές συμφύσεις έως πολύ ινώδεις και στέρεες. Η λύση των συμφύσεων γίνεται με το υστεροσκόπιο με τη χρήση ψαλιδιού ή ρεζεκτοσκόπιου και το ιδανικό και ασφαλές είναι η ταυτόχρονη παρακολούθηση με λαπαροσκόπηση για την αποφυγή επιπλοκών. Η πιθανότητα κύησης μετά τη θεραπεία των συμφύσεων φθάνει από 41,2% έως 66,6%.

Συμπερασματικά, η υστεροσκόπηση πριν από προσπάθεια υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι το καλύτερο εργαλείο για να εκτιμήσουμε το ενδομήτριο, είναι αποτελεσματική, ασφαλής, και διευκολύνει την εξωσωματική. Επιπλέον, ανιχνεύει ευκολότερα μικρές βλάβες, και τελικά αυξάνει το ποσοστό των κύσεων, ενώ μειώνει τις μαιευτικές επιπλοκές.

e-pipila



seca
SOEHNLE



Amēda



ZA
ZU

lorelli®

Εμπειρία

Επιτυχία

Ανάπτυξη

Αξιοπιστία

Ασφάλεια

Εξυπηρέτηση

Ευκολία

Ικανότητα

Από το 1978 στη **Νέα Ιωνία**

Από το 1998 στο Μαιευτήριο **Ιασό**

Από το 2001 στο **διαδίκτυο**

Από το 2010 στο Μαιευτήριο **Ρέα**

Διανομή κατ' οίκον από έμπειρο

Εκπαιδευμένο προσωπικό

Τηλεφωνική υποστήριξη

Ηλεκτρονική παραγγελιοληψία

Πανελλαδική εξυπηρέτηση

Υποστηρίζουμε το θηλασμό

- Ενοικιάσεις βρεφοζυγών
- Ενοικιάσεις θηλάστρων
- Αξεσουάρ για τον θηλασμό
- Βρεφανάπτυξη
- Παιδικά καρότσια
- Ζωάκια νανουρίσματος

e-pipila

Υπεύθυνος καταστήματος:
Ζάκκας Φώτης
Ψαρών 25, Ν. Ιωνία
Τ: 210 2713558

www.e-pipila.gr

ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ:

Ανοικτή ή λαπαροσκοπική αντιμετώπιση;

Γράφει ο **Ιωάννης Ζουριδάκης, MD, MSc**,
Γενικός Χειρουργός – Λαπαροσκόπος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Τι είναι η **βουβωνοκήλη** και **που οφείλεται;**
Η **βουβωνοκήλη**, είναι μια διόγκωση της μηροβουβωνικής περιοχής, η οποία οφείλεται στη προβολή και διέλευση ενδοκοιλιακού λιπώδους ιστού ή εντέρου, δια του **βουβωνικού καναλιού**, μέσω του οποίου φυσιολογικά, διέρχονται τα σπερματικά αγγεία στους άνδρες και ο στρογγύλος σύνδεσμος της μήτρας στις γυναίκες. Όταν η διόγκωση είναι μεγάλη, εισέρχεται μέσα στο όσχεο και τότε ονομάζεται οσχεοκήλη ή οσχεοβουβωνοκήλη.

Πότε μια βουβωνοκήλη χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης;

Η **θεραπεία της βουβωνοκήλης ή της οσχεοκήλης**, είναι πάντοτε χειρουργική και μπορεί να γίνει είτε με την ανοικτή, είτε με την **λαπαροσκοπική** μέθοδο. Και στις δύο περιπτώσεις τοποθετείται

πάντοτε, **ειδικό πλέγμα βουβωνοκήλης**.

Όταν η βουβωνοκήλη εξέρχεται από ένα μικρό στόμιο (έσω στόμιο του βουβωνικού καναλιού), τότε ονομάζεται **λοξή** βουβωνοκήλη, ενώ όταν εξέρχεται από όλο το οπίσθιο τοίχωμα του καναλιού, ονομάζεται **ευθεία** βουβωνοκήλη.

Η **λοξή** μπορεί να παρουσιάσει **οξύ πόνο με διόγκωση** και τότε μιλάμε για περίσφιξη της κήλης. Αυτό σημαίνει επείγουσα κατάσταση και χρειάζεται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση εντός οχταώρου, προκειμένου να μη γίνει νέκρωση του περιεχομένου που περισφίγγεται.

Αντιθέτως, η **ευθεία** βουβωνοκήλη δεν περισφίγγεται. Αυτό όμως μπορεί να συμβεί σπάνια και σε πολύ μεγάλες βουβωνοκήλες, όπου στραγγαλίζεται το περιεχόμενό τους στο δακτύλιο, λόγω μεγέθους.

Ποια χειρουργική μέθοδος είναι η καλύτερη για την αντιμετώπιση της Βουβωνοκήλης;

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι τόσο ανοικτής χειρουργικής, όσο και λαπαροσκοπικής (διακοιλιακή προπεριτοναϊκή αποκατάσταση, ολική εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση). Η σύγχρονη απάντηση για τη βέλτιστη αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης είναι η χειρουργική αποκατάσταση με **διπλό πλέγμα (ONSTEP με Διπλό Πλέγμα), PHS** (μη απορροφήσιμο υλικό) ή **VHS** (ημιαπορροφήσιμο υλικό), με ανοικτή μέθοδο και με τοπική και μέθη ή επισκληρίδιο αναισθησία, δηλαδή **χωρίς γενική αναισθησία**.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της μεθόδου;

Καταρχήν, η κατασκευή του πλέγματος είναι τέτοια, που επιτρέπει να τοποθετείται η μία επιφάνεια εντός της κοιλιάς και η άλλη

εκτός, αγκαλιάζοντας έτσι το κοιλιακό τοίχωμα. Μετά την τοποθέτησή του, όσο αυξάνει η πίεση μέσα στη κοιλιά, τόσο κολλάει περισσότερο στο κοιλιακό τοίχωμα και επομένως έχει **ελάχιστες έως καθόλου πιθανότητες υποτροπής**.

Χρειάζονται μόνο 2-3 ράμματα για την καθήλωσή του με την “tension free” μέθοδο, άρα μετεγχειρητικά δεν υπάρχει τάση και **ο πόνος είναι σχεδόν ανύπαρκτος**. Όσον αφορά την τομή, αυτή έχει μήκος περίπου 4-5 εκατοστά και αποκαθίσταται με πλαστική ενδοδερμική ραφή, επομένως **δεν υπάρχουν ράμματα**.

Τέλος, συγκριτικά με άλλες μεθόδους, η χειρουργική αποκατάσταση με διπλό πλέγμα έχει **μικρότερο χειρουργικό κόστος**.

Πόση ώρα διαρκεί η επέμβαση και με ποιο είδος αναισθησίας γίνεται;

Η εγχείρηση διαρκεί περίπου **45 λεπτά** και γίνεται **χωρίς γενική αναισθησία**, με τοπική και μέθη ή επισκληρίδιο.

Πότε επιστρέφει ο/η ασθενής στην καθημερινότητά του;

Αναλόγως του μεγέθους της κήλης, ο ασθενής μπορεί να εξέλθει και το ίδιο βράδυ (ODC). Από εκεί κι έπειτα, μπορεί να επιστρέ-

ψει άμεσα στη καθημερινότητα. Πιο συγκεκριμένα, η επιστροφή στη φυσιολογική δραστηριότητα και απασχόληση του ασθενούς που απασχολείται σε δουλειά γραφείου, γίνεται σε μόλις 3 ημέρες. Εάν απασχολείται σε εργασία μέτριας βαρύτητας, η ανάρρωσή του κυμαίνεται από 7 έως 10 ημέρες, ενώ σε βαριά δουλειά (π.χ. οικοδόμος), χρειάζεται να απέχει 1 μήνα περίπου.

Σε ποιες περιπτώσεις γίνεται λαπαροσκοπικά το χειρουργείο;

Η λαπαροσκοπική τεχνική, είναι μία πολύ καλή τεχνική, αλλά είναι μεγαλύτερη επέμβαση και χρειάζεται οπωσδήποτε γενική αναισθησία. Απαιτείται η δημιουργία πνευμοπεριτόνιου, (να φυσκώσουμε δηλαδή τη κοιλιά με αέριο CO₂), επομένως ο ασθενής επιβαρύνεται περισσότερο, χωρίς ιδιαίτερο κλινικό όφελος. Σε αυτή την περίπτωση λαπαροσκοπικής επέμβασης, υπάρχουν περισσότερες πιθανές επιπλοκές (ύγρωμα), και μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπών.

Η λαπαροσκοπική τεχνική έχει ιδιαίτερη ένδειξη στη βουβωνοκήλη άμφω, καθώς και στο καλύτερο μετεγχειρητικό αισθητικό αποτέλεσμα. ■

ΠΟΤΕ ΤΟ ΡΟΧΑΛΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ...ΑΘΩΟ;

Γράφουν ο Δρ. Κωνσταντίνος Λ. Λαμπρόπουλος

Χειρουργός Ωτρινολαρυγγολόγος - Φωνιάτρος

και η **κα Ανδριάνα Ράζου, MD, MSc, PEB ORL – HNS**

ΩΡΛ Παίδων & Ενηλίκων, Χειρουργός Κεφαλής & Τραχήλου

Επιστημονικοί Συνεργάτες του Τμήματος Μελέτης & Θεραπείας Διαταραχών Ύπνου και Ρογχοπαθειών

Όταν η σιωπή της νύχτας διακόπτεται από έναν θόρυβο αρκετών ντεσιμπέλ...μάλλον κάποιος ροχαλίζει!

Το ροχαλτό είναι αρκετά συχνό σύμπτωμα, σύμφωνα με την ανακοίνωση η οποία έγινε τον

Μάιο του 2018 από την AASM (American Academy of Sleep Medicine). Σε μελετη η οποία διεξήχθη σε 16 κράτη αποτυπώθηκε πως ο παγκοσμίως πάσχων πληθυσμός από αποφρακτική υπνική άπνοια, με κύριο σύμπτωμα το ροχαλτό είναι 936 εκατομμύρια! Το ροχαλτό μπορεί να ακούγεται συνηθισμένο όμως δεν είναι

αθώο, είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο ένας ύπνος δεν ξεκουράζει, αλλά μάλιστα επηρεάζει δυσμενώς την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής, καθώς μειώνει τόσο το επίπεδο υγείας αλλά και την αποδοτικότητα στην εργασία.

Γνωρίζοντας τις αιτίες του ρο-

χαλπού, μπορούμε να δώσουμε λύση!

ΜΕΓΑΛΩΝΟΝΤΑΣ ΡΟΧΑΛΙΖΟΥΜΕ

Οι συνήθειες του ύπνου αλλάζουν όσο μεγαλώνουμε. Ίσως χρειάζεται περισσότερος χρόνος για να αποκοιμηθούμε, ενώ η απόλαυση του ύπνου μειώνεται με το πέρασμα των ετών (ανα δεκαετία χάνουμε 10 λεπτά ύπνου). Το ροχαλτό είναι άμεσα σχετιζόμενο με την ηλικία κι αυτό γιατί η γλώσσα (ένας πολύ δυνατός μας) και οι μύες του λαιμού χαλαρώνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου καθώς μεγαλώνουμε, προκαλώντας μια δόνηση στην εισπνοή. Αυτή η δόνηση είναι το γνωστό σε όλους μας ροχαλτό!

ΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΣΤΙΑ ΤΟΥ ΡΟΧΑΛΗΤΟΥ

Ανατομικές δομές στη μύτη και στο λαιμό, μπορεί να προκαλέσουν ροχαλτό π.χ. ένα σκολιωτικό (στραβό) ρινικό διάφραγμα, ρινικοί πολύποδες και υπερτροφικές αμυγδαλές ή κρεατάκια. Επίσης ένα επίμονο κρυολόγημα ή μια ρινίτιδα αλλεργικής αιτιολογίας μπορεί να φέρει ροχαλτό, συνήθως όμως παροδικό. Καθώς με το τέλος της ίωσης ή με τη θεραπεία της ρινίτιδας το ροχαλτό δε θα υπάρχει πια.

Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ...

Θα έχετε παρατηρήσει ότι το ροχαλτό σχετίζεται με τη θέση ύπνου. Αν σε ύπτια θέση το ρο-

χαλτό είναι αφόρητο αλλά στο πλάι υποχωρεί, τότε έχετε να αντιμετωπίσετε μια περίπτωση «εξαρτημένου» ροχαλπού. Τα καλά νέα είναι ότι μπορείτε να εκπαιδεύσετε τον εαυτό σας με τη χρήση έξυπνων συσκευών που μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα ροχαλπού.

Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ...

Το αλκοόλ είναι ένα ισχυρό μυοχαλαρωτικό, προκαλώντας τη χαλάρωση των μυικών δομών στον ανώτερο αεραγωγό κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αποτέλεσμα να δονείται στην αναπνοή. Το ίδιο φυσικά ισχύει και με άλλα μυοχαλαρωτικά και αγχολυτικά φάρμακα.

Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ...

Ο υπέρβαρος ασθενής είναι... επιρρεπής και στο ροχαλτό. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως για την εξέταση εκλογής του ροχαλπού όπως και άλλων διαταραχών αποφρακτικής άπνοιας, την ενδοσκοπική μελέτη ύπνου (Drug Induced Sleep Endoscopy), αποκλείονται οι ασθενείς με BMI >40.

Το ροχαλτό είναι ένας ισχυρός δείκτης της υπνικής άπνοιας και πρέπει να αξιολογείται από έναν επαγγελματία υγείας.

Στο πρωτοποριακό **Τμήμα Μελέτης & Θεραπείας Διαταραχών Ύπνου και Ρογχοπαθειών της Κλινικής ΡΕΑ** πραγματοποιείται πλήρης έλεγχος και προτείνεται ακριβές, εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο βασιζόμενο σε:

- ΩΡΛ και στοματοπροσωπική κλινική εξέταση
- Ενδοσκοπικό έλεγχο ανώτερου αεραγωγού
- Πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου
- Ενδοσκοπική μελέτη ύπνου

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΝΟΥ;

Η αξιολόγηση των αποφρακτικών διαταραχών ύπνου είναι πλέον εφικτή μέσω της ενδοσκοπικής μελέτης ύπνου. Πρόκειται για μια καινοτόμο εξέταση, τελείως ασφαλή καθώς πραγματοποιείται σε νοσοκομειακό πλαίσιο, ακολουθώντας ένα συστηματικοποιημένο πρωτόκολλο διάγνωσης, για να διαπιστωθεί η ακριβής ανατομική περιοχή απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού. Ο εξειδικευμένος αναισθησιολόγος εισάγει τον ασθενή σε φαρμακευτικό ύπνο, μιμούμενο τον φυσικό ύπνο, και διενεργείται ενδοσκόπηση από ιατρική ομάδα ΩΡΛ διαπιστώνοντας το σημείο αλλά και το μηχανισμό της απόφραξης. Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης γίνεται συνεχής πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου, με όλες τις μεταβλητές να λαμβάνονται υπόψη. Το θεραπευτικό πλάνο δοκιμάζεται (in vivo) για την αποτελεσματικότητά του με πολλαπλούς χειρισμούς και χρήσεις προθέσεων, δίνοντας με αυτό το τρόπο την δυνατότητα, η διάγνωση να είναι ακριβής και η προτεινόμενη θεραπεία να είναι η ιδανική για κάθε ασθενή. Αποφεύγονται έτσι χειρουργεία, τα οποία δε θα έδιναν λύση στο πρόβλημα του πάσχοντος. ■

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΤΥΧΩΣΗ: Τεχνική, πλεονεκτήματα και συχνές ερωτήσεις

Νέα λαπαροσκοπική επέμβαση παχυσαρκίας, χωρίς
αφαίρεση στομάχου και ξένα σώματα, σε μία μόνο ημέρα

Γράφει ο Παναγιώτης Κ. Γλεντής

Ειδικός Χειρουργός MD, PhD, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Η λαπαροσκοπική ή ρομποτική επιμήκης γαστρική πτύχωση είναι η επέμβαση παχυσαρκίας που κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια, έναντι των υπόλοιπων επεμβάσεων παχυσαρκίας.

Πρόκειται για μια επέμβαση μικρής βαρύτητας, αντίστοιχη με τον δακτύλιο, με άριστα αποτελέσματα και με το πλεονέκτημα ότι δεν αφήνεται ξένο σώμα στον οργανισμό και δεν χρειάζεται μετεγχειρητική ρύθμιση και παρακολούθηση.

Η επέμβαση αυτή έγινε πρώτη φορά από τον Δρ. M.Talebrouer, το 2004 και λίγο μετά, το 2007 ανακοίνωσε τα πρώτα αποτελέσματα, τα οποία ήταν πολύ ενθαρρυντικά.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η λαπαροσκοπική ή ρομποτική επιμήκης γαστρική πτύχωση είναι μια **περιοριστική επέμβαση**, μειώνει, δηλαδή, σημαντικά την τροφή που μπορεί να καταναλώσει ο ασθενής. Στην επέμβαση αυτή, γίνεται αναδίπλωση (πτύχωση - δίπλωμα) του στομάχου, επιτυγχάνοντας τη μείωση της χωρητικότητάς του, χωρίς να αφαιρέσουμε τμήμα από το όργανο και χωρίς να τοποθετήσουμε ξένο σώμα (γαστρικό δακτύλιο).

Ουσιαστικά, αναδιπλώνουμε το τμήμα εκείνο του στομαχιού που λειτουργεί ως αποθηκευτικός χώρος (ρεζερβουάρ) και το καταργούμε αφήνοντας τη δίοδο των τροφών ανεπηρέαστη.

Το τελικό αποτέλεσμα μοιάζει ανατομικά με το **γαστρικό «μανίκι»** (sleeve γαστρεκτομή), με τη διαφορά ότι δεν κόβουμε και δεν αφαιρούμε το στομάχι, πράγμα που κάνει τη μέθοδο πολύ πιο ασφαλή.

ΤΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΧΕΙ Η ΜΕΘΟΔΟΣ;

Τα αποτελέσματα της γαστρικής πτύχωσης είναι καλύτερα από αυτά που επιτυγχάνονται με τον γαστρικό δακτύλιο και παρόμοια με τα αποτελέσματα του γαστρικού «sleeve».

Η απώλεια βάρους κυμαίνεται από **75% έως 95%** του περιττού σωματικού βάρους στους περισσότερους ασθενείς που χειρουργούνται με αυτή τη μέθοδο.

Βασικό σε αυτή την επέμβαση είναι ότι σε αντίθεση με τη sleeve δεν λείπει η **γρελίνη** (μία ορμόνη που παράγεται από τον θόλο του στομάχου), με αποτέλεσμα να υπάρχει αίσθημα πείνας. Η πείνα όμως μπορεί να κορεσθεί πολύ εύκολα εφόσον το στομάχι γεμίζει με το 1/4 της τροφής που χρειαζόταν πριν από την επέμβαση.

ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

Οι βασικοί εχθροί κάθε περιοριστικής επέμβασης, άρα και της γαστρικής πτύχωσης, είναι το σιμπολόγημα και η κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία (γλυκά - αναψυκτικά). Αυτοί βασικά είναι και οι μόνιμοι διατροφικοί περιορισμοί που θα έχει ο ασθενής που θα υποβληθεί σε λαπαροσκοπική γαστρική πτύχωση. Προτείνεται, λοιπόν, σαν επέμβαση στους ασθενείς που έχουν την τάση να καταναλώνουν μεγάλα γεύματα, χωρίς ιδιαίτερη έφεση στα γλυκά και στα αναψυκτικά.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Είναι μια επέμβαση λαπαροσκοπική ή ρομποτική, μικρής βαρύτητας, σύντομη, χρειάζεται **μία ημέρα μόνο νοσηλεία** και πλήρως αναστρέψιμη. Δεν υπάρχει ο κίνδυνος διαφυγής, αφού **δεν γίνεται αφαίρεση κάποιου τμήματος του στομαχιού**.

Στη γαστρική πτύχωση, επίσης, **δεν χρειάζεται κάποια μετεγχειρητική ρύθμιση**, όπως γίνεται με τον γαστρικό δακτύλιο, ενώ οι κίνδυνοι των απώτερων επιπλοκών του δακτυλίου, όπως η μετακίνηση, η διάβρωση του στομάχου, η μόλυνση και διαπύση του δακτυλίου, δεν υπάρχουν. Άλλο ένα σημαντικό πλεονέκτημα είναι το χαμηλό **κόστος**.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι της λαπαροσκοπικής επιμήκους γαστρικής πτύχωσης;

Γενικότερα η συγκεκριμένη επέμβαση κρίνεται σαν μια από τις πιο ασφαλείς βαριατρικές επεμβάσεις. Η ασφάλεια του ασθενούς εξασφαλίζεται και οι κίνδυνοι ελαχιστοποιούνται όταν γίνεται μια σωστή προεγχειρητική προετοιμασία και επιλογή του ασθενούς από τον ιατρό και όταν η επέμβαση γίνεται από χειρουργική ομάδα με τεχνική κατάρτιση και μεγάλη εμπειρία σε τέτοιου είδους επεμβάσεις.

ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Τι χωρητικότητα θα έχει το στομάχι μου μετά την επέμβαση;

Συνήθως η χωρητικότητα του στομάχου μετά τη λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρική πτύχωση είναι περίπου 100-150 ml. Αυτό εξαρτάται, βέβαια, και από την επιλογή του χειρουργού και διαφοροποιείται από ασθενή σε ασθενή, κυρίως από τον σωματότυπο και το φύλο του ασθενούς.

Θα χρειάζομαι βιταμίνες ή συμπληρώματα διατροφής μετά την επέμβαση;

Στη γαστρική πτύχωση δεν υπάρχει γαστρική ή εντερική παράκαμψη και δυσαπορρόφηση. Εφόσον η διατροφή είναι ισορροπημένη, δεν χρειάζονται συμπληρώματα κανενός είδους.

Τι θα τρώω μετά την επέμβαση;

Την πρώτη εβδομάδα μετά την επέμβαση η δίαιτα περιλαμβάνει υδαρείς τροφές, όπως σούπες, γάλα και άλλα υγρά, και ακολούθως μαλακές τροφές για ακόμα 1 μήνα. Έπειτα, η διατροφή απελευθερώνεται, όμως τα ιδανικά και ταχύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες και χαμηλή σε λιπαρά.

Πόσα κιλά θα χάσω και σε πόσο χρόνο;

Η λαπαροσκοπική επιμήκης γαστρική πτύχωση επιτυγχάνει 75%-95% απώλεια του περιττού σωματικού βάρους. Το βάρος αυτό χάνεται στους 12-18 μήνες.

Δημιουργείται βλάβη στον οργανισμό ή στο στομάχι;

Η μελέτη χιλιάδων ασθενών σε όλο τον κόσμο που έχουν υποβληθεί σε γαστρική πτύχωση και η εμπειρία πολλών ετών εφαρμογής της, δείχνει ότι το στομάχι και ο οργανισμός παραμένει σε άριστη υγεία και χωρίς προβλήματα ακόμα και μετά από πολλά χρόνια.

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ: ΟΛΑ ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ

Ασφαλής χειρουργική επέμβαση, άψογο ογκολογικό και αισθητικό αποτέλεσμα

Γράφει ο Ελευθέριος Δ. Σπάρταλης, MD, MSc, PhD, FACS

Χειρουργός Ενδοκρινών Αδένων, Διευθυντής Κέντρου Θυρεοειδούς Αθηνών,
Χειρουργός Τμήματος Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Κλινικής ΡΕΑ



Ο Ελβετός Χειρουργός Emil Theodor Kocher (1841-1917) θεωρείται ο πατέρας της θυρεοειδεκτομής, για τη μελέτη και την ανάπτυξη της οποίας τιμήθηκε με Βραβείο Nobel το 1909. Έκτοτε, η αλματώδης ανάπτυξη της χειρουργικής μας έχει επιτρέψει να πραγματοποιούμε την επέμβαση αυτή με άρτιο τεχνικά τρόπο, άριστο θεραπευτικό και αισθητικό αποτέλεσμα και κυρίως ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο ασφάλειας για τον ασθενή.

Πότε είναι αναγκαίο ένα χειρουργείο θυρεοειδούς;

Χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται: 1. όταν η φαρμακευτική αγωγή αποτύχει να αντιμετωπίσει σε εύλογο χρονικό διάστημα το πρόβλημα (λειτουργικό ή/και μορφολογικό), 2. όταν κριθεί εξαρχής η αναποτελεσματικότητά της, 3. όταν υπάρχουν ή θα υπάρξουν πιεστικά φαινόμενα από τον διογκωμένο αδένα προς τα παρακείμενα ανατομικά στοιχεία (οισοφάγο, τραχεία, λαρυγγικά νεύρα) και 4. όταν υπάρχει τεκμηριωμένα κακοήθεια (θετική κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση/FNA) ή υποψία κακοήθειας, κάτι ιδιαίτερα συχνό δυστυχώς τα τελευταία χρόνια.

Γιατί πρέπει να χειρουργηθώ αφού δεν νιώθω συμπτώματα;

Το σύμπτωμα είναι κάτι εντελώς διαφορετικό από την πάθηση. Το γεγονός ότι εμείς υποκειμενικά δεν νιώθουμε κάποια ενόχληση, δεν έχει απολύτως καμία σχέση με την πάθηση από την οποία ενδεχομένως πάσχουμε και η οποία διαρκώς επιδεινώνεται. Η ιδιαιτερότητα μάλιστα των παθήσεων θυρεοειδούς είναι ότι, όταν πια αρχίσουν να προκαλούν συμπτώματα, τότε η καταστροφή του αδένα έχει ήδη προχωρήσει. Ο καρκίνος θυρεοειδούς δεν προκαλεί απολύτως κανένα σύμπτωμα, έως ότου εξελιχθεί αρκετά, ώστε να γίνουν αντιληπτές λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Πότε χρονικά πρέπει να χειρουργηθώ; Είναι κάτι που επείγει;

Λόγω της συχνά ασυμπτωματικής και “ύπουλης” διαδρομής των παθήσεων του θυρεοειδούς, όσο πιο έγκαιρα απομακρύνει κανείς μία διαπιστωμένη κακοήγη βλάβη τόσο το καλύτερο.

Τι ακριβώς αφαιρούμε κατά την επέμβαση;

Στις ημέρες μας πραγματοποιούμε ολική θυρεοειδε-

κτομή. Παλαιότερα η ιατρική κοινότητα πίστευε ότι αρκεί να αφαιρεθεί μόνο το τμήμα του αδένα που φέρει τον όζο. Το αποτέλεσμα αυτής της παλαιάς πρακτικής ήταν ο ασθενής να επαναχειρουργείται, είτε άμεσα επειδή η βιοψία του έδειξε καρκίνο, είτε μεταγενέστερα επειδή επανεμφάνισε όζους στο τμήμα του θυρεοειδούς που παρέμεινε εντός. Σε πολύ ειδικές περιπτώσεις και σήμερα, μετά από συζήτηση με τον ασθενή, μπορεί να πραγματοποιηθεί τμηματική θυρεοειδεκτομή.

Πόσο ασφαλής είναι η επέμβαση θυρεοειδούς;

Η θυρεοειδεκτομή είναι μία χειρουργική επέμβαση ειδικής βαρύτητας η οποία πραγματοποιείται με ασφάλεια στη σημερινή εποχή. Έχει αποδειχθεί διεθνώς ότι η πραγματοποίηση μιας επέμβασης από έμπειρο ιατρό εξειδικευμένο στη χειρουργική των ενδοκρινών αδένων που χειρουργεί σε κέντρο με σύγχρονη υποδομή, ελαχιστοποιεί το ενδεχόμενο οποιασδήποτε επιπλοκής. Η εξέλιξη των μικροχειρουργικών τεχνικών και η χρήση ειδικών φακών μας επιτρέπουν να αφαιρούμε ολόκληρο τον αδένα, έχοντας το χειρουργικό μας πεδίο σε μεγέθυνση ώστε να διακρίνουμε και να προφυλάσσουμε όλες τις ευαίσθητες δομές που τον περιβάλλουν. Επιπλέον, η αναγνώριση και

διαφύλαξη των άνω και των κάτω (παλίνδρομων) λαρυγγικών νεύρων επιτυγχάνεται με τη χρήση ειδικού νευροδιεγέρτη. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης χρησιμοποιούνται επίσης εργαλεία τελευταίας τεχνολογίας όπως το ειδικό ψαλίδι υπερήχων και η διπολική διαθερμία. Έτσι η επέμβαση γίνεται αναίμακτα και με σεβασμό στους γύρω ιστούς.

Πόσο χρόνο διαρκεί η επέμβαση;

Η διάρκεια είναι 1½-2 ώρες και πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία. Το πρόγραμμα του χειρουργείου διαμορφώνεται έτσι ώστε να επιτρέπεται, για κάθε ασθενή εξατομικευμένα, να πραγματοποιηθεί μία άρτια, ασφαλής, ριζική και αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση, χωρίς πίεση χρόνου.

Πόσο χρόνο πρέπει να νοσηλευθώ για μια θυρεοειδεκτομή;

Μία ημέρα νοσηλείας αρκεί. Ο ασθενής έρχεται στην κλινική από το σπίτι του, πραγματοποιείται προεγχειρητικός έλεγχος και η επέμβαση, και προς το μεσημέρι αφαιρείται ο ορός. Άμεσα μετά το χειρουργείο ομιλεί, κινητοποιείται και σιτίζεται. Μην έχοντας ορό ή άλλο σωληνάκι στο λαιμό (δεν χρησιμοποιείται πια παροχέτευση), κινείται ελεύθερα, παραμένει στην

Κλινική ένα βράδυ και εξέρχεται την επόμενη ημέρα.

Θα φαίνεται σημάδι στο λαιμό μου;

Η παλιά παραδοσιακή μεγάλη τομή στο λαιμό, η οποία γινόταν χαμηλά λίγο πάνω από το στήρνο, δεν αποτελεί πλέον αισθητικά ικανοποιητική προσπέλαση. Αφήνει μεγάλο σημάδι και συχνά οδηγεί σε υπερτροφική ουλή ή και κηλοειδές.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες για πραγματοποίηση θυρεοειδεκτομών με τη μικρότερη δυνατή τομή στο ιδανικότερο ύψος του τραχήλου (ελάχιστα επεμβατική ή μικροεπεμβατική θυρεοειδεκτομή). Άλλες πάλι τεχνικές επιχειρούν είσοδο μακριά από το λαιμό, όπως π.χ. με ρομποτικούς βραχίονες από τη μασχάλη, ή πολύ πρόσφατα με λαπαροσκοπικά εργαλεία μέσα από το στόμα, αλλά αυτές ακόμη δοκιμάζονται και δεν εφαρμόζονται προς το παρόν παρά μόνο σε περιορισμένη κλίμακα. Οι έως τώρα μελέτες δείχνουν πως οι περισσότεροι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με αυτό που περιγράφει ο όρος μικροεπεμβατική θυρεοειδεκτομή και δεν ενδιαφέρονται για ρομποτική ή άλλη προσπέλαση από τη μασχάλη ή το στόμα.

Η ανάγκη που οδήγησε στην ανάπτυξη, εφαρμογή και εξέλιξη της μικροεπεμβατικής θυρεοειδεκτομής, είναι η **ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου**, η **ελάττωση του χρόνου ενδονοσοκομειακής νοσηλείας** καθώς και το **καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα** χωρίς όμως συμβιβασμούς ως προς την χειρουργική τεχνική. Η είσοδος επιτυγχάνεται με μία πολύ μικρή εγκάρσια τραχηλική τομή επί φυσιολογικής πτυχής (ρυτίδας) του δέρματος ψηλά στο λαιμό. Το σημαντικότερο αποτέλεσμα της μικροεπεμβατικής τεχνικής είναι ότι, εκτός από αισθητικά άριστη, διαρκεί λιγότερο χρόνο και συνοδεύεται από ριζικότερη εκτομή, με σαφώς μικρότερα ποσοστά κινδύνου εκδήλωσης μετεγχειρητικής υπασβεσταιμίας ή βράγχους φωνής.

Μία επέμβαση δεν μπορεί να είναι άριστη εάν δεν μεριμνήσουμε και για το θέμα της επούλωσης. Το χειρουργείο ολοκληρώνεται με νεαροποίηση και πλαστική αποκατάσταση της συνέχειας του δέρμα-

τος, χωρίς να είναι πλέον αναγκαία η χρήση παροχέτευσης. Εφαρμόζεται ενδοδερμική σύγκλειση του δέρματος. Δεν υπάρχουν πια τα παραδοσιακά ράμματα. Και φυσικά δεν χρειάζεται μετά από ημέρες να αφαιρεθούν ή να κοπούν όπως γινόταν παλιά.

Πότε θα επιστρέψω στη δουλειά μου;

Η ανάρρωση είναι ταχύτατη και δεν υπάρχει πόνος. Πολλοί εκ των ασθενών μας επιστρέφουν στη δουλειά τους την επομένη ημέρα του εξιτηρίου. Ανάλογα με τη φύση της εργασίας κάποιοι επιθυμούν αναρρωτική άδεια. Στην τελευταία περίπτωση, ο ιατρός σε συνεννόηση με τον ασθενή, καθορίζουν από κοινού την επιθυμητή διάρκεια της άδειας.

Θα αλλάξει η ζωή μου μετά το χειρουργείο;

Εκατομμύρια άνθρωποι έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση ολικής θυρεοειδεκτομής και λαμβάνουν μετεγχειρητικά ένα χάπι θυροξίνης ημερησίως. Αυτό ρυθμίζει απόλυτα σωστά τον οργανισμό, έχοντας μία απόλυτα φυσιολογική ζωή. Η ύπαρξη ενός πάσχοντος θυρεοειδούς που άλλη ποσότητα ορμόνης θα παρήγαγε το φυσιολογικό τμήμα του αδένα, άλλη ποσότητα ορμόνης θα παρήγαγε η περιοχή της βλάβης του αδένα και άλλη ενδεχομένως ποσότητα θα χορηγούσε ο ενδοκρινολόγος με τη μορφή χαπιού, είναι μία ευαίσθητη ισορροπία που εύκολα διαταράσσεται, ενώ η χειρουργική αφαίρεση του αδένα δίνει την οριστική λύση.

Θα επηρεασθεί αρνητικά η γονιμότητα ή και ο κύκλος μιας γυναίκας μετά το χειρουργείο;

Αντιθέτως, η ορμονική ισορροπία που επιτυγχάνεται με την απόλυτα ελεγχόμενη δόση ορμόνης σε μορφή χαπιού, που δίδεται μετά το χειρουργείο, εξασφαλίζει έναν ομαλό εμμηνορρυσιακό κύκλο. Επίσης, πολύ συχνά παραπέμπονται σε εμάς, για αφαίρεση πάσχοντος θυρεοειδούς προ της εγκυμοσύνης, κυρίες οι οποίες προγραμματίζουν να τεκνοποιήσουν είτε φυσιολογικά, είτε με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΓΙΝΕ ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ ΔΟΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Τι είναι ο μυελός των οστών;

Ο μυελός είναι ρευστός ιστός που βρίσκεται στα οστά του σώματος, κυρίως στα οστά της λεκάνης και του στήρνου. Περιέχει αρχέγονα κύτταρα τα οποία όταν ωριμάσουν μετατρέπονται σε λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια και σε αιμοπετάλια.

Ποια είναι η διαδικασία λήψης δείγματος μυελού των οστών;

Η διαδικασία λήψης δείγματος είναι ολιγόλεπτη και εντελώς ανώδυνη.

- Συμπληρώνεις την αίτησή σου
- Δίνεις δείγμα από το σίελο με μια μπατονέτα, για να ταυτοποιηθεί ο ιστικός τύπος
- Καταχωρείσαι ως εθελοντής δότης στην Παγκόσμια Τράπεζα Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών

Μπορώ να γίνω κι εγώ εθελοντής δότης;

Ναι! Εάν είσαι 18-45 ετών, σε καλή κατάσταση υγείας, πρόθυμος να βοηθήσεις οποιονδήποτε ασθενή έχει ανάγκη μεταμόσχευσης μυελού των οστών, μπορείς να σώσεις τη ζωή ενός συνανθρώπου μας. Ακόμη και οι έγκυες γυναίκες μπορούν να δώσουν δείγμα σιέλου χωρίς κανέναν απολύτως κίνδυνο για τις ίδιες και το μωρό τους.

Ποια είναι η διαδικασία εάν βρεθώ συμβατός δότης;

Εάν βρεθείς συμβατός δότης με ασθενή που χρειάζεται μεταμόσχευση, θα κληθείς για δωρεά αιμοποιητικών κυττάρων. Στις ημέρες μας, η συλλογή των πολύτιμων αυτών κυττάρων γίνεται από το περιφερικό αίμα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί παρακέντηση. Και στις δύο περιπτώσεις ο δότης είναι απολύτως ασφαλής και δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο.

Δ[❤]βε ελπίδα
δ[❤]βε ζωή

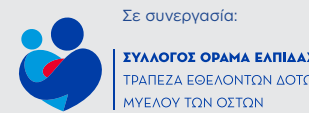
Ποιοι άνθρωποι μας έχουν ανάγκη;

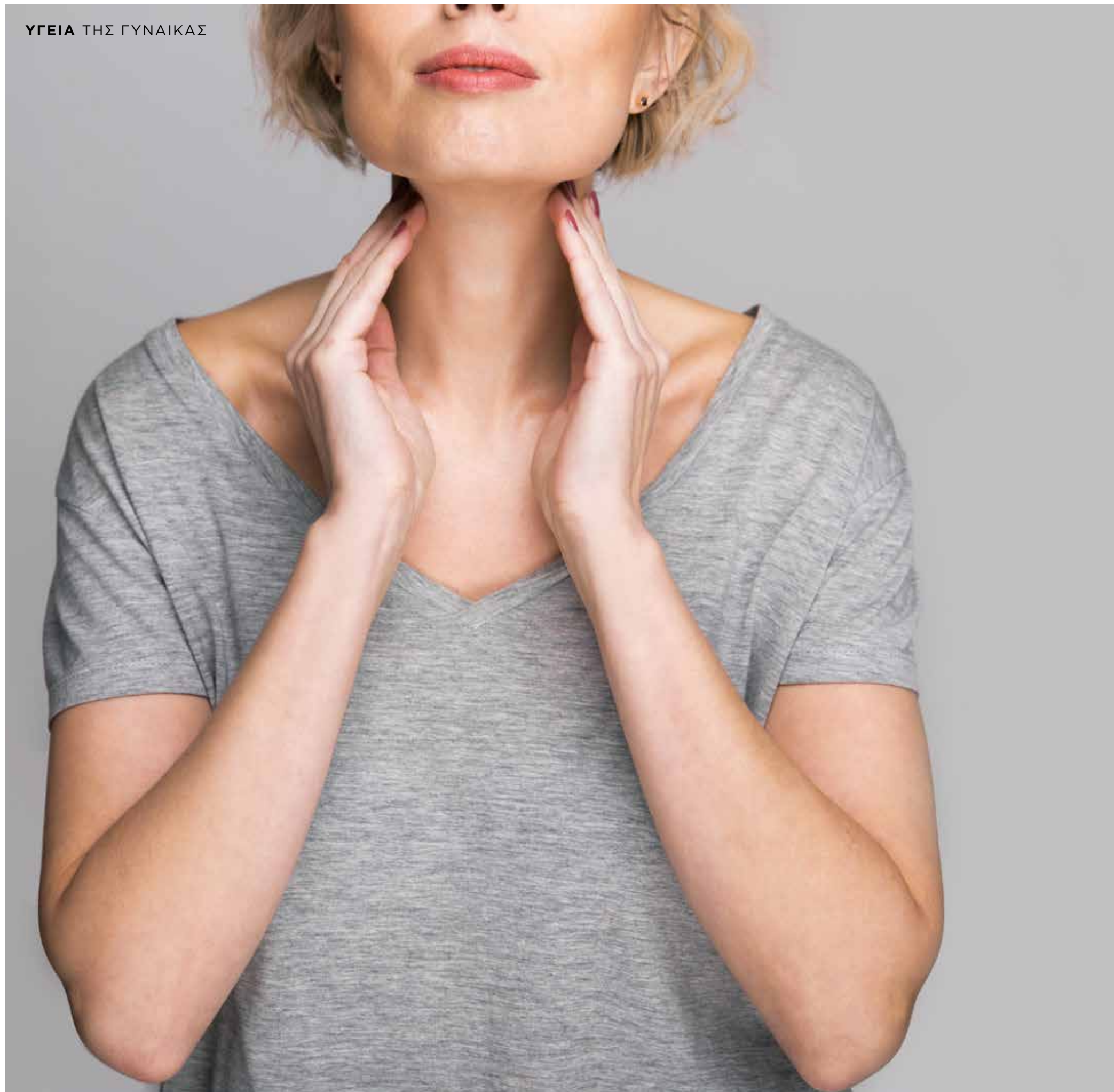
Η μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων αποτελεί κυριολεκτικά «θεραπεία σωτηρίας» για ασθενείς οι οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με άλλον τρόπο. Τέτοιες είναι διάφοροι τύπου λευχαιμιών, λεμφωμάτων, η απλαστική αναιμία, κληρονομικές ανοσοανεπάρκειες, μεταβολικά νοσήματα, μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία κ.ά.

Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ...

- Στην Ελλάδα, οι εθελοντές δότες μυελού των οστών αντιστοιχούν σε λιγότερο από το 1% του πληθυσμού μας...
- Μόνο το 30% των ανθρώπων που νοσούν καταφέρνουν να βρουν συμβατό δείγμα μυελού των οστών από κάποιον συγγενή
- Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί 5.000 μεταμοσχεύσεις, εκ των οποίων οι 1.000 αφορούν παιδιά

Η Κλινική ΡΕΑ θέλοντας να ενισχύσει τις προσπάθειες ανεύρεσης δοτών, δημιουργήσε το Κέντρο Λήψης Δειγμάτων Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών, το οποίο συλλέγει δείγματα για λογαριασμό του Συλλόγου ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ. Πληροφορίες: 2109495071 (Ισόγειο Κλινικής ΡΕΑ).





Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ

Γράφει ο κ. Ευάγγελος Νεονάκης MD, PhD

Εξειδικευμένος Χειρουργός Ενδοκρινών Αδένων,
Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Οι εγχειρήσεις του θυρεοειδούς και των παραθυρεοειδών αδένων αποτελούν εξειδικευμένες επεμβάσεις. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση μόνιμων επιπλοκών είναι μικρός, αλλά υπαρκτός. Όταν όμως συμβούν συνοδεύονται από δυσάρεστα επακόλουθα στην μετέπειτα προσωπική και επαγγελματική ζωή των ασθενών.

Ποιες επιπλοκές μπορεί να συμβούν κατά την αφαίρεση του θυρεοειδούς ή των παραθυρεοειδών αδένων;

Οι σημαντικότερες από αυτές είναι:

α) Οι κακώσεις των παλίνδρομων λαρυγγικών νεύρων. Είναι τα νεύρα που κινούν τις φωνητικές χορδές. Δηλαδή, είναι τα βασικά νεύρα που παράγουν τη φωνή. Κάκωση του νεύρου σημαίνει παράλυση της φωνητικής χορδής.

β) Οι κακώσεις των έξω κλάδων των άνω λαρυγγικών νεύρων. Πρόκειται για νεύρα που ρυθμίζουν την τάση των φωνητικών χορδών και είναι υπεύθυνα για την παραγωγή των υψηλών τόνων της φωνής, όταν τραγουδάμε ή φωνάζουμε δυνατά.

γ) Η κακοποίηση ή κατά λάθος αφαίρεση των παραθυρεοειδών αδένων. Πρόκειται για μικρούς αδένες, που συνήθως βρίσκονται στα πλάγια και σε επαφή με το θυρεοειδή αδένι και ρυθμίζουν τα επίπεδα του ασβεστίου στο αίμα μας.

ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΤΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΕΙΝΑΙ: Η ΑΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ Η ΣΤΕΝΗ ΕΠΑΦΗ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΝΕΥΡΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ. ΕΠΙΣΗΣ, ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ ΤΑ ΝΕΥΡΑ ΕΙΝΑΙ ΛΕΠΤΑ Η ΔΙΑΧΩΡΙΖΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥΣ ΣΕ ΠΟΛΥ ΛΕΠΤΟΥΣ ΚΛΑΔΟΥΣ. ”

Ποιες είναι οι αιτίες που προκαλούν τις κακώσεις των νεύρων κατά την εγχείρηση;

Οι σημαντικότερες αιτίες είναι: η απειρία του χειρουργού και η στενή επαφή που συνήθως έχουν τα νεύρα με τον θυρεοειδή αδέν. Επίσης, πολύ συχνά τα νεύρα είναι λεπτά ή διαχωρίζονται κατά τη πορεία τους σε πολύ λεπτούς κλάδους. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι δύσκολη, από τον χειρουργό, η οπτική τους αναγνώριση, με συνέπεια να είναι υπαρκτός ο κίνδυνος κακοποίησης τους.

Πως μπορούμε να προλάβουμε αυτούς τους τραυματισμούς των νεύρων;

Η ικανότητα του χειρουργού να μπορεί να αναγνωρίζει οπτικά τα λαρυγγικά νεύρα και να παρακολουθεί την πορεία τους σε όλο τους το μήκος κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, παραμένει και σήμερα ο «χρυσός κανόνας» για την προστασία τους.

Παρόλα αυτά ένα εξωτερικά ανέπαφο λαρυγγικό νεύρο κατά το τέλος της εγχείρησης δεν σημαίνει ότι πάντα αυτό το νεύρο λειτουργεί φυσιολογικά.

Η κατάσταση αυτή είναι συνήθως το αποτέλεσμα εσωτερικών κακώσεων των νεύρων, οι οποίες δεν διακρίνονται με γυμνό μάτι, αλλά γίνονται αντιληπτές μόνο όταν ξυπνήσει ο ασθενής. Μπορεί να συμβούν σε κάποιες δύσκολες επεμβάσεις, π.χ. κατά την αφαίρεση πολύ μεγάλων θυρεοειδών που καταδύονται μέσα στο θώρακα, όπου ο χειρουργός αναγκάζεται να ασκεί ισχυρή έλξη στο θυρεοειδή αδέν σε διάφορες φάσεις της εγχείρησης.

Όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε τέτοιες δύσκολες επεμβάσεις, πολύτιμο επιβοηθητικό μέσο για την αποφυγή των κακώσεων των νεύρων, αποτελεί η χρήση ενός ειδικού εργαλείου που ονομάζεται νευροδιεγέρτης.

Τι είναι ο νευροδιεγέρτης;

Ο νευροδιεγέρτης είναι ένας τύπος ηλεκτροδίου (π.χ. σαν βελόνα) από το οποίο περνάει ηλεκτρικό ρεύμα και διεγείρει τα νεύρα όταν έλθει σε επαφή μαζί τους. Η ηλεκτρική αυτή διέγερση ονομάζεται νευροδιέγερση.

Χρησιμοποιώντας την παλαιότερη τεχνολογία, τα λαρυγγικά νεύρα διεγείρονται από το χειρουργό, «κατά διαστήματα», με ένα ηλεκτρόδιο, λεπτό σαν βελόνα, όποτε εκείνος το κρίνει αναγκαίο. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται αν εκείνη τη δεδομένη στιγμή της διέγερσης η λειτουργία των νεύρων που παράγουν τη φωνή είναι φυσιολογική.

Αυτό όμως το είδος της ηλεκτρικής διέγερσης, ενώ μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στην αναγνώριση των λαρυγγικών νεύρων, ιδιαίτερα σε ορισμένες δύσκολες περιπτώσεις (επανεπεμβάσεις, τοπικά εκτεταμένοι καρκίνοι, κ.λπ.), εντούτοις δεν είναι ικανό να τα προφυλάξει από τον τραυματισμό τους. Ο τραυματισμός μπορεί να συμβεί στο μεσοδιάστημα μεταξύ δύο διεγέρσεων και απλά ανακαλύπτεται κατά την επόμενη νευροδιέγερση, όταν ήδη έχει επέλθει.

Υπάρχει εξέλιξη της τεχνολογίας στον τομέα αυτό, η οποία να προφυλάσσει από τις κακώσεις των λαρυγγικών νεύρων;

Σήμερα έχουμε στη διάθεση μας την πλέον εξελιγμένη τεχνολογία, σε ό,τι αφορά την ηλεκτρική διέγερση των νεύρων. Ονομάζεται «συνεχής νευροδιέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου».

Με τη μέθοδο αυτή ο χειρουργός έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί συνεχώς και χωρίς διακοπή σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης τη λειτουργία της φωνής του αρρώστου.

Αυτό επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση ενός ειδικού ηλεκτροδίου (που μοιάζει με κλίπ) γύρω από ένα νεύρο, που βρίσκεται δίπλα στο θυρεοειδή αδέν και λέγεται πνευμονογαστρικό. Το ηλεκτρόδιο αυτό διεγείρει αυτόματα το νεύρο κάθε 1-2 δευτερόλεπτα, διοχετεύοντας του μια πολύ χαμηλή ένταση ρεύματος (0,5-1 mA). Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της διέγερσης είναι η συνεχής σύσπαση των φωνητικών χορδών. Οι συσπάσεις των φωνητικών χορδών καταγράφονται σε μια ειδική οθόνη (σαν τηλεόραση) και έχουν τη μορφή ενός κύματος. Συγχρόνως, παράγεται και ένας χαρακτηριστικός ήχος, που δείχνει ότι τα νεύρα της φωνής λειτουργούν

φυσιολογικά.

Έτσι, εάν κατά την εγχείρηση διαπιστωθούν στην οθόνη αλλαγές στη μορφή των κυμάτων ή του ηχητικού σήματος αυτό σημαίνει ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει. Αποτελεί μια προειδοποίηση ότι επίκειται κίνδυνος μιας πιθανής βλάβης του νεύρου ή ότι έχει ήδη συμβεί μια αρχόμενη αλλά αναστρέψιμη βλάβη. Κατά συνέπεια ο χειρουργός θα πρέπει άμεσα να τροποποιήσει τους χειρισμούς του, πριν ακόμη η βλάβη εξελιχθεί σε μόνιμη.

Με τον τρόπο αυτό προστατεύεται τόσο η ανατομική όσο και η λειτουργική ακεραιότητα των νεύρων.

Τέλος, σημειώνεται ότι με τη χρήση του ίδιου συστήματος μπορεί να αναγνωρισθούν και να διατηρηθούν ανέπαφοι οι έξω κλάδοι των άνω λαρυγγικών νεύρων.

Στην Κλινική ΡΕΑ, παρακολουθώντας συνεχώς τις νέες εξελίξεις της τεχνολογίας και τα νέα δεδομένα στο χώρο της χειρουργικής του Θυρεοειδούς και των Παραθυρεοειδών αδένων έχει υιοθετηθεί και εφαρμόζεται η νέα αυτή τεχνική της συνεχούς νευροπαρακολούθησης των πνευμονογαστρικών νεύρων, από μια ομάδα έμπειρων και εξειδικευμένων χειρουργών ενδοκρινών αδένων.

ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΟΛΠΟ: ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ;

Γράφει ο Dr. Γιάννης Περιστερής

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Ειδικός σε θέματα Γονιμότητας, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Το να αισθάνεται μια γυναίκα πόνο στην ευαίσθητη περιοχή των γεννητικών οργάνων δεν είναι ό,τι καλύτερο και πιθανόν να προκαλεί μεγάλη ανησυχία. Σίγουρα η πρώτη κίνηση είναι να ενημερώσει το γυναικολόγο της σχετικά με αυτό. Η αλήθεια όμως, είναι ότι οι αιτίες μπορεί να είναι πολλές και γύρω από αυτές ορίζεται και η αντιμετώπιση.

ΚΟΛΠΙΚΗ ΞΗΡΟΤΗΤΑ

Αν ο κόλπος δεν λιπαίνεται επαρκώς, η σεξουαλική επαφή μπορεί να γίνει επίπονο. Ακόμη χειρότερα, το σεξ χωρίς λίπανση μπορεί να δημιουργήσει μικροσκοπικές πληγές στο εσωτερικό του κόλπου, που προκαλούν πόνο μέχρι να επουλωθούν. Η κολπική ξηρότητα μπορεί να προκαλείται από χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων και μερικές φορές για αυτό ευθύνονται τα αντισυλληπτικά ή και τα αντισταμινικά. Η προεμμηνόπαυση μπορεί επίσης να προκαλέσει ξηρότητα στην περιοχή, καθώς ο οργανισμός αρχίζει φυσικά να παράγει λιγότερα οιστρογόνα.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Οι κρίμπες κατά τη διάρκεια της περιόδου είναι αναμενόμενες. Αλλά η περίοδος μπορεί να προκαλέσει και διαφορετικό είδος πόνου. Αυτό συμβαίνει λόγω κατακράτησης υγρών στον οργανισμό – πράγμα που εξηγεί και την αυξημένη πιθανότητα

πονοκεφάλων κατά την περίοδο. Ο πόνος, πάντως, στην περιοχή του κόλπου σε αυτή την περίπτωση συνήθως δεν είναι ιδιαίτερα έντονος, αλλά αν ενοχλεί σε μεγάλο βαθμό, θα πρέπει η γυναίκα να μιλήσει με τον ιατρό της.

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ

Τα ινομυώματα είναι μη καρκινικοί όγκοι στη μήτρα. Ανάλογα με το μέγεθος και την τοποθέτηση, μπορούν να προκαλέσουν χρόνιο πόνο, που να δίνει την αίσθηση συνεχούς πίεσης. Μπορούν επίσης να προκαλέσουν έντονο και ξαφνικό πόνο κατά την επαφή, όπως και κατά τη διάρκεια της περιόδου. Είναι πολύ συχνό φαινόμενο, και οι πιθανότητες να εμφανιστούν αυξάνονται με την ηλικία. Σε λίγες περιπτώσεις θα προκαλέσουν τόσο μεγάλο πρόβλημα, που να χρειαστεί να αφαιρεθούν, ενώ υπάρχει η πιθανότητα να μικρύνουν όσο πλησιάζετε στην εμμηνόπαυση.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Η ενδομητρίωση είναι μια πάθηση κατά την οποία ο ιστός του τοιχώματος της μήτρας ξεφεύγει και προσκολλάται σε άλλα σημεία της περιοχής, όπως στην κύστη ή στις ωοθήκες. Καθώς αυξομειώνονται τα επίπεδα των ορμονών κατά τη διάρκεια της περιόδου, αυτό μπορεί να προκαλέσει πρήξιμο και πόνο, όπως και αιμορραγία. Για κάποιες γυναίκες, η ενδο-



μητρίωση δεν αποτελεί μεγάλο πρόβλημα και συνδέεται με συμπτώματα μόνο κατά την περίοδο. Σε άλλες όμως, ο πόνος είναι χρόνιος και δυσκολεύει την καθημερινή και σεξουαλική ζωή.

ΑΔΕΝΟΜΥΩΣΗ

Η αδеноμύωση είναι μια πάθηση παρόμοια με την ενδομητρίωση, με τη διαφορά ότι ο ιστός αναπτύσσεται στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας και όχι εξωτερικά. Το αποτέλεσμα είναι αίσθηση πίεσης, έντονες κρίμπες στην περίοδο και μερικές φορές πόνος κατά το σεξ. Η αδеноμύωση συνήθως εμφανίζεται στα τελευταία χρόνια γονιμότητας μιας γυναίκας και φεύγει μετά την εμμηνόπαυση.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΕΠΩΔΥΝΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

Αν μια γυναίκα αισθάνεται χρόνιο πόνο ή πρήξιμο, σε τέτοιο βαθμό που ακόμα και το άγγιγμα είναι ανεπίτρεπτο, μπορεί να πάσχει από σύνδρομο του επώδυνου αιδοίου. Οι ειδικοί δεν γνωρίζουν από τι προκαλείται από το σύνδρομο, αλλά πιστεύεται ότι μπορεί να ευθύνεται κάποιος νευρικός τραυματισμός, αλλεργίες σε χημικά, ορμονικές αλλαγές ή κάποια αφύσικη αντίδραση του οργανισμού σε μόλυνση ή τραύμα. Σε αυτή την περίπτωση, η χρήση ταμπόν είναι πολύ επίπονη και το σεξ είναι πρακτικά αδύνατο. Η διάγνωση είναι το πρώτο βήμα για να διαχειριστεί η γυναίκα τον πόνο, όμως είναι σημαντικό να μην αισθάνεται άσχημα με το να μιλήσει στον ιατρό της για αυτό. ■

Η ΕΠΟΧΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ!

Γράφει η **Ειρήνη Αρβανιτάκη**
Διαιτολόγος - Διατροφολόγος Κλινικής ΡΕΑ

Η φιλοσοφία πίσω από μια δίαιτα δεν πρέπει να είναι μόνο η απώλεια βάρους. Ο βασικότερος στόχος για έναν διαιτολόγο είναι η προαγωγή ενός ποιοτικότερου τρόπου καθημερινής θρέψης. Στο πλαίσιο μιας ποιοτικότερης διατροφής, οφείλουμε να λάβουμε υπόψιν την εποχικότητα των φρούτων και των λαχανικών.

Ζούμε σε μια εποχή αφθονίας και το γεγονός αυτό αντανακλάται και στη μεγάλη ποικιλία σε φρούτα και λαχανικά που βρίσκουμε στα ράφια όλους τους μήνες, ακόμη και αν απέχουν κατά πολύ από την παραδοσιακή εποχή κατανάλωσής τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται στις εξελιγμένες μεθόδους καλλιέργειας, καθώς επίσης και στις αυξημένες εισαγωγές προϊόντων από χώρες του εξωτερικού.

Γνωρίζατε για παράδειγμα, ότι τα μήλα στη χώρα μας παράγονται από τον Αύγουστο μέχρι τον Οκτώβρη; Παρόλα αυτά βρίσκονται στην αγορά, στα σπίτια μας και στην καρδιά μας όλον τον χρόνο.

Οι πιθανότητες όμως λένε, ότι η γιαγιά μας μπορεί με άνεση να ανακαλέσει τότε «βγαίνουν» τα μήλα, τα κολοκύθια ή τα πασολάκια, από εμπειρία. Και αυτή είναι μια γνώση που δυστυχώς δεν φαίνεται να περνά πλέον από γενιά σε γενιά. Τα πλεονεκτήματα αυτής της γνώσης είναι πολλά, καθώς όταν αγοράζουμε

φρούτα και λαχανικά στην εποχή τους:

- ✓ Απολαμβάνουμε φρεσκότερα και γευστικότερα προϊόντα
- ✓ Εκμεταλλευόμαστε στο έπακρον τη θεραπευτική αξία τους
- ✓ Αυξάνονται οι πιθανότητες τρα τρόφιμα που καταναλώνουμε να μην έχουν φυτοφάρμακα και ορμόνες
- ✓ Τείνουμε να διατηρούμε μεγαλύτερη ποικιλία στα προϊόντα που καταναλώνουμε
- ✓ Μειώνουμε τα έξοδά μας, μιας και τα εποχιακά και εγχώρια προϊόντα είναι φτηνότερα
- ✓ Ενισχύουμε τους τοπικούς παραγωγούς και την οικονομία της χώρας
- ✓ Βοηθάμε το περιβάλλον, αφού τα εποχιακά προϊόντα αφήνουν μικρότερο αποτύπωμα σε σχέση με αυτά που παράγονται σε θερμοκήπια εκτός εποχής
- ✓ Επιπλέον με την αγορά εγχώριων προϊόντων αποφεύγεται και η ρύπανση που συνεπάγεται η μετακίνησή τους από την αντίστοιχη χώρα εισαγωγής.

Ακολουθεί ο σχετικός πίνακας από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό με την διαθεσιμότητα των βασικότερων φρούτων και λαχανικών, ανά μήνα στη χώρα μας, τον οποίο μπορούμε να συμβουλευόμαστε πριν από τα ψώνια μας.

ΕΠΟΧΙΚΟΤΗΤΑ												
ΦΡΕΣΚΑ ΛΑΧΑΝΙΚΑ & ΦΡΟΥΤΑ												
	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡ	ΑΠΡ	ΜΑΪ	ΙΟΥΝ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠ	ΟΚΤ	ΝΟΕ	ΔΕΚ
Αγγούρι												
Αγκινάρα												
Αρακάς												
Αραβόσιτος (καλαμπόκι)												
Αχλάδι												
Ακτινίδιο												
Βατόμουρα												
Βερίκοκο												
Βύσσινα												
Γκρέιπφρουτ												
Δαμάσκηνα												
Καρότα												
Καρπούζι												
Κεράσια												
Κολοκύθα												
Κολοκυθάκια												
Κουκιά												
Κουνουπίδι												
Κρεμμυδάκια φρέσκα												
Κρεμμυδάκια ξερά												
Κυδώνια												
Λάχανο												
Λεμόνι												
Μαϊντανός												
Μανιτάρια												
Μαρούλι												
Μελιτζάνα												
Μήλο												
Μπανάνα												
Μπάμιες												
Μπρόκολο												
Νεκταρίνια												
Ντομάτες												
Παντζάρια												
Πατάτες												
Πεπόνι												
Πιπεριές												
Πορτοκάλι												
Ραδίκια												
Ραπανάκια												
Ρόκα												
Ροδάκινο												
Ρόδια												
Σαλάτες (πράσινα φυλλώδη)												
Σέλινο												
Σκόρδο												
Σπανάκι												
Σπαράγγια												
Σύκα												
Φασολάκια												
Φράουλες												



ΦΙΛΕΤΟ ΓΑΛΟΠΟΥΛΑΣ ΓΕΜΙΣΤΟ ΜΕ ΔΑΜΑΣΚΗΝΑ & ΣΑΛΤΣΑ ΚΡΑΣΑΤΗ

Μια γευστική πρόταση του Σεφ της Κλινικής ΡΕΑ, **κ. Μούσσα Αντώνη**



2 ΜΕΡΙΔΕΣ



50 ΛΕΠΤΑ

ΥΛΙΚΑ

- 300 γρ. Φιλέτο γαλοπούλας

Για την σάλτσα

- 300 γρ. Ντεμί γκλάς για την σάλτσα
- Λίγο ζωμό από το ψήσιμο της γαλοπούλας

- 10 γρ. Δαμάσκηνα
- 20 γρ. Βούτυρο
- 30 γρ. Κρεμμυδάκι φρέσκο
- 50 γρ. Κρέμα γάλακτος
- 10 γρ. Κρασί λευκό
- 10 γρ. Κρασί μαυροδάφνη
- Αλάτι + κόλιανδρο

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

➤ Κόβουμε τη γαλόπουλα ανάλογα με το μέγεθος σε δύο ή σε τρία κομμάτια. Με ένα λεπτό μαχαίρι τρυπάμε στο κέντρο του φιλέτου γαλοπούλας και γεμίζουμε με δαμάσκηνα. Μαρινάrouμε με μέλι, μουστάρδα, χυμό πορτοκάλι, αλάτι, κόλιανδρο.

➤ Ψήνουμε στο φούρνο στους 170°C για 25 λεπτά.

Για τη σάλτσα

➤ Σοτάρουμε το κρεμμυδάκι σε βούτυρο, προσθέτουμε τα δαμάσκηνα και σβήνουμε με λευκό κρασί. Στη συνέχεια προσθέτουμε την Ντεμί Γκλάς και λίγα υγρά από το ψήσιμο της γαλοπούλας. Αφήνουμε να βράσει για λίγη ώρα και κατόπιν προσθέτουμε την κρέμα γάλακτος και το κρασί.

Σερβίρισμα

➤ Κόβουμε τη γαλοπούλα σε φέτες και σερβίρουμε με μεσογειακό ρύζι και αρκετή σάλτσα.

ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Η ΜΑΓΙΣΣΑ ΤΟΥ ΒΟΡΡΑ

Γράφει η Κίρκη Τζεφεράκου

Η Νορβηγία ανήκει στις Σκανδιναβικές χώρες, και βρίσκεται στη βόρεια θάλασσα. Συνορεύει ανατολικά με τη Σουηδία και δεξιά επεκτείνονται τα πασίγνωστα fiord της στη θάλασσα. Έχει 673.469 κατοίκους, και πρωτεύουσα της είναι το Όσλο, μια σύγχρονη Ευρωπαϊκή πρωτεύουσα, με πολλά ενδιαφέροντα πρόσωπα για να ανακαλύψει κανείς. Ο πιο εύκολος τρόπος να φτάσει κανείς εδώ είναι με αεροπλάνο (οι πτήσεις είναι με ανταπόκριση τους χειμερινούς μήνες ή απευθείας το καλοκαίρι). Η πτήση κρατάει περίπου 3 ώρες και ένα τέταρτο συνολικά. Το κέντρο του Όσλο συνδέεται με το αεροδρόμιο με την σιδηροδρομική γραμμή του αεροδρομίου.

ΑΞΙΟΘΕΑΤΑ & HIGHLIGHTS ΣΤΟ ΟΣΛΟ

Θα ξεκινήσετε φυσικά από το Ναυτικό Μουσείο των Βίκινγκ! Βρίσκεται στην περιοχή Bygdøy της πόλης, κι εκεί θα βρείτε δύο από τα πιο καλοδιατηρημένα πλοία των Βίκινγκ, αλλά και πλήθος εκθεμάτων που έχουν βρεθεί σε ταφικά μνημεία ή σε ναυάγια, όπως έλκηθρα, κτερίσματα και αντικείμενα καθημερινής χρήσης. Λόγω των καιρικών συνθηκών της χώρας - χιόνι και πάγοι - κάποια έχουν συντηρηθεί εντυπωσιακά καλά.

Ακολουθεί το Νορβηγικό Λαογραφικό Μουσείο, που βρίσκεται σε απόσταση αναπνοής και στο οποίο θα μπορείτε να δείτε μια παρουσίαση του λαϊκού πολιτισμού των Νορβηγών μέχρι και τα μέσα του 20ου αιώνα. Επεκτείνεται σε εξωτερικό χώρο σε μια τε-

ράστια έκταση, στην οποία υπάρχουν παραδοσιακά σπίτια της Νορβηγίας από όλες τις περιόδους-έχουν μεταφερθεί κομμάτι-κομμάτι από την επαρχία - σε μερικά από τα οποία υπάρχουν άνθρωποι με παραδοσιακές στολές που ψήνουν ακόμα και πίτες στο τζάκι (τις οποίες μπορείτε και να δοκιμάσετε έναντι μικρού αντιτίμου)! Ακόμη θα βρείτε παλιά καταστήματα, αχυρώνες, αλλά και την πρώτη τράπεζα που άνοιξε στο Όσλο. Εννοείται ότι θα πρέπει να έρθετε μια...στεγνή μέρα για να μπορέσετε να απολαύσετε την περιήγησή σας.

Η επόμενη στάση: το Μουσείο Ιστορίας. Βρίσκεται στο κέντρο της πόλης, κοντά στα ανάκτορα και η είσοδος είναι δωρεάν, αν έχετε πρώτα επισκεφτεί το μουσείο με τα πλοία των Βίκινγκ- προϋπόθεση να μην έχει παρέλθει 48ωρο. Εκεί θα βρείτε έκθεση με πανοπλίες, όπλα, γλυπτά αλλά ακόμα και σκελετούς του περίφημου πολεμικού λαού, αλλά αυτό που θα σας ξαφνιάσει ευχάριστα είναι η έκθεση ενδιαφερόντων αντικειμένων από όλο τον κόσμο (υπάρχουν ακόμα και αιγυπτιακές μούμιες, σαρκοφάγοι και αγαλματίδια).

Φυσικά δεν θα μπορούσε από τη βόλτα μας στο Όσλο να λείπει το πάρκο Βίγκελαντ. Τεράστια έκταση με υπέροχη φύση: λίμνες με κύκνους, λουλούδια, πανύψηλα δέντρα και φυσικά τα πολυάριθμα γλυπτά από γρανίτη, χαλκό και σίδηρο του γλύπτη Α. Βίγκελαντ. Απεικονίζουν γυμνές ανθρώπινες μορφές κι εστιάζουν στον κύκλο της ζωής, την ελευθερία και ένα ευρύ φάσμα ανθρώπινων συναισθημάτων.

Για να ξεκουραστείτε από όλη αυτή τη γνώση, δυο είναι οι στάσεις που πρέπει να κάνετε: Η πρώτη λέγεται Aker Brygge και είναι το παραλιακό κομμάτι της πόλης με την αποβάθρα του στην οποία βρίσκονται οι περισσότερες καφετέριες και τα εστιατόρια (ακόμη κι ο γνωστός σεφ Jamie Oliver έχει εστιατόριο εδώ) και το σημείο από το οποίο αναχωρούν σε όλη τη διάρκεια του χρόνου τα φεριμπότ για το γραφικό fiord του Όσλο. Αλλά επιλέγετε πού θα πιείτε τη ζεστή σοκολάτα σας και κάθεστε.

Σχετικά με τη ζεστή σοκολάτα υπάρχει ένα μέρος μαγικό που απέχει από το κέντρο του Όσλο 20 λεπτά με το τρένο, αλλά ειλικρινά αξίζει τον κόπο. Λέγεται Frogneseteren, είναι καφεστιατόριο-σαλέ και η ατμόσφαιρα του δεν υπάρχει αλλού. Μπορείτε να δειπνήσετε, να πιείτε το κακάο σας ή να δοκιμάσετε το γλυκάκι σας, αγναντεύοντας, δίπλα από το μεγάλο τζάκι, τη χιονισμένη πόλη.

ΤΟ ΤΡΕΝΟ ΤΟΥ ΠΑΡΑΜΥΘΙΟΥ

Η δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της Νορβηγίας είναι το Μπέργκεν. Συνδέονται με το Όσλο με την πιο μαγευτική διαδρομή που έχετε κάνει με τρένο. Ανήκει στις καλύτερες διαδρομές της Ευρώπης και η διάρκειά της είναι περίπου 7 ώρες, κατά τη διάρκεια των οποίων θα παρελάσουν μπροστά απ τα μάτια σας τοπία βγαλμένα από παραμύθι. Καταρράκτες που προβάλλουν μέσα από τους πάγους, ποτάμια που κυλούν ορμητικά μέσα σε πυκνά δάση και τα fiord που θα αποκαλύπτονται όσο πλησιάζετε στο Μπέργκεν, θα

σας κόψουν την ανάσα.

Το Μπέργκεν θα σας κερδίσει με την τέλεια ισορροπία του. Ενώ είναι το επίκεντρο της πετρελαιοβιομηχανίας στη Νορβηγία και δεύτερη πόλη της χώρας σε πληθυσμό, διατηρεί την ποιότητα και την ατμόσφαιρα μιας μικρής κωμόπολης, μέσω της άμεσης επαφής με την υπέροχη φύση που σου γνέφει από παντού.

Εκτός από τον περίπατο στην πόλη, όπου βρίσκεται το γνωστό άγαλμα-αφιέρωμα στους ναυτικούς και το πέρασμα από τις αμφιθεατρικές γειτονιές με την εντυπωσιακή θέα που θα σας αποζημιώσει, δυο είναι τα σημεία που πρέπει να επισκεφτείτε. Το πρώτο είναι η μεγάλη ψαραγορά στο λιμάνι, στην οποία βρίσκει κανείς πανδαισία θαλασσινών γεύσεων, από βασιλικό καβούρι και αστακούς, μέχρι γαρίδες και σαλάμι από φάλαινα! Μπορείτε να καθίσετε ή να πάρετε ένα φρεσκομαγειρεμένο- μπροστά σας -σνακ στο χέρι.

Το δεύτερο σημείο είναι η περιοχή Bryggen, η οποία βρίσκεται στην άλλη πλευρά του λιμανιού, με τα πολύχρωμα σπιτάκια της, που χρονολογούνται τον 14ο αιώνα και ανήκουν στα μνημεία παγκόσμιας πολιτιστικής κληρονομιάς της UNESCO. Εκεί απολαμβάνετε το κακάο σας στα καφέ, ψωνίζετε από τα καταστήματα με τουριστικά είδη και περιηγείστε στα γραφικά σοκάκια.

Η Νορβηγία είναι μια χώρα που δεν ανήκει στους δημοφιλέστερους τουριστικούς προορισμούς, ίσως γι' αυτό έχει ακόμα τόσα πολλά να ανακαλύψει κανείς. Αφεθείτε και θα σας μαγέψει!



ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Φυσιολογικός Τοκετός / Καισαρική Τομή
- Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων
- Παθολογικό Ιατρείο Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Γυναικολογική Χειρουργική
- Γυναικολογικοί Υπέρηχοι
- Παιδική & Εφηβική Γυναικολογία
- Ουρογυναικολογία & Χειρουργική Πυελικού Εδάφους
- Αισθητική & Επανορθωτική Γυναικολογία

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Γενική Χειρουργική
- Λαπαροσκοπική Χειρουργική
- Ιατρείο Κλιμακτηρίου Εμμηνόπαυσης & Οστεοπόρωσης
- Πλαστική Αισθητική & Επανορθωτική Χειρουργική
- Κέντρο Μεταβολικής Χειρουργικής & Παχυσαρκίας
- Κέντρο Χειρουργικής Αντιμετώπισης Κηλών
- Τμήμα Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών Αδένων
- Κέντρο Θεραπειών Laser Παθήσεων Πρωκτού & Κύστης Κόκκυγος
- Πρότυπο Κέντρο & Κλινική Μαστού

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ & ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

- Κεντρικά Εργαστήρια
- Τμήμα Ιατρικών Απεικονίσεων
- Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
- Κυτταρολογικό Εργαστήριο

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

- Αγγειολογικό Τμήμα
- Ουρολογικό Τμήμα
- Τμήμα ΩΡΛ
- Τμήμα Λειτουργικής Ρινοπλαστικής
- Ενδοκρινολογικό / Διαβητολογικό Τμήμα
- Κέντρο Διατροφής & Διαιτολογίας
- Γαστρεντερολογικό – Ενδοσκοπικό Τμήμα
- Καρδιολογικό Τμήμα
- Πνευμονολογικό Ιατρείο
- Ορθοπαιδικό Ιατρείο
- Τμήμα Μελέτης & Θεραπείας Διαταραχών Ύπνου και Ρογχοπαθειών

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

- Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης
- Ογκολογική Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας
- Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων



Οι Επιστημονικές Διαλέξεις πραγματοποιούνται κάθε Δευτέρα, στην αίθουσα «Δημήτριος Χασιάκος», 7ος όροφος Κλινικής – Είσοδος Ελεύθερη.

Χορηγείται στους ιατρούς 1 μόριο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από την ΕΜΓΕ για κάθε Επιστημονική Διάλεξη.



Οι πρώτες μου στιγμές



*Ένα ταξίδι εδώ ξεκινάει,
σ' ένα κουζί που αγάπη χωράει,
Ένα κουζί με αναμνήσεις γλυκές,
από τις πρώτες μου στιγμές...*



Ψηφιακό άλμπουμ



Κούπα



Κορνίζα με μία φωτογραφία του μωρού



Cd με ψηφιακά επεξεργασμένες φωτογραφίες
του μωρού

Το Τμήμα Φωτογραφίας της Κλινικής ΡΕΑ, αναλαμβάνει
να φωτογραφίσει τις πρώτες στιγμές του μωρού σας!

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 210 9495888
(Καθημερινές: 08:00-16:00).

E-mail: photostudio@reamaternity.gr



ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ