ΤΕΥΧΟΣ 15 / ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2020

# Realady

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ



**EDITORIAL**

ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ
**«ΚΟΡΟΝΟΪΟΥ»**

**ΑΦΙΕΡΩΜΑ**

**ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΟΡΟΝΟΪΟΣ**

ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

Στο επίκεντρο της φροντίδας μας,
**εσείς!**



- Μαιευτικές & Γυναικολογικές Υπηρεσίες
- Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης
- Γυναικολογική Χειρουργική & Ογκολογία
- Πρότυπο Κέντρο & Κλινική Μαστού
- Γενική & Πλαστική Χειρουργική
- Αυτοματοποιημένα Κεντρικά Εργαστήρια

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

**ΡΕΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ – ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.**
Λ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17 • 175 64 Παλαιό Φάληρο • τηλ. 210 9495000, fax: 210 9495999
**info@reamaternity.gr • www.reamaternity.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

**Τμήμα Marketing**
Αλεξία Ζερβούδη
Άντζυ Ράπτη
Μάρα Ρέντα

**Creative Director**
Domenico Καπάτος

**Art Director**
Γεωργία Σπύρου

**Υπεύθυνη Διαφήμισης**
Κωνσταντίνα Νικολοπούλου

**Φωτογραφικό Τμήμα**
Ελίνα Γκίκα
Εβελίνα Κορνηλίου
Κώστας Τσακίρης

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

# Στην εποχή του «ΚΟΡΟΝΟΪΟΥ»

«Πανδημία ήταν και θα περάσει»... θα μπορούσαμε να πούμε, τώρα που είμαστε στο τέλος της πρώτης φάσης του προβλήματος του Κορονοϊού ή COVID-19, όπως λέγεται το συγκεκριμένο στέλεχος. Μιας πανδημίας που μεταξύ των άλλων έχει ορισμένα ιδιαίτερα γνωρίσματα. Για πρώτη φορά εφαρμόστηκαν σε παγκόσμια κλίμακα άμεσα μέτρα απομόνωσης των κρουσμάτων (υποχρεωτική καραντίνα). Για πρώτη φορά επίσης, επιρρίφθηκαν ευθύνες ως προς τη μετάδοση του ιού και μάλιστα σε επίπεδο κρατών.

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι τα Συστήματα Υγείας αρκετών κρατών δεν ανταποκρίθηκαν στις ανάγκες της πανδημίας, με αποτέλεσμα να έχουμε υψηλή θνητότητα με ταυτόχρονη ανάγκη δημιουργίας, σε μικρό χρονικό διάστημα, νέων κλινών για την αντιμετώπιση των αναγκών.

Το 1992 η θεωρία του Χάους (βραβείο NOBEL στην αστροφυσική) προέβλεπε μεταξύ των άλλων, ότι ανεξάρτητα της υγειονομικής στάθμης μιας χώρας και του ΑΕΠ (κατά κεφαλήν εισόδημα), κάθε 30 χρόνια θα ανακύπτει μια σαρωτική πανδημία με μεγάλη θνητότητα, καθώς και μια οικονομική κρίση με απρόβλεπτες συνέπειες στην Οικονομία. Ιστορικά, τέτοιες πανδημίες έχουν απασχολήσει την ανθρωπότητα κάθε 50-100 χρόνια από τον «Λοιμό των Αθηνών» μέχρι σήμερα.

Από θεραπευτικής άποψης το μόνο σίγουρο και αποτελεσματικό αυτή τη στιγμή και στο άμεσο μέλλον, είναι η ανοσία του γενικότερου πληθυσμού (ανοσία αγέλης), η οποία επιτυγχάνεται με την επαφή με το ιό και με ταυτόχρονη χορήγηση εμβολίου, όταν αυτό θα είναι έτοιμο.

Η γονιδιακή ποικιλομορφία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην λοίμωξη από Κορονοϊό, καθώς και στη νοσηρότητα και θνητότητα.

Τα μέτρα που ελήφθησαν έγκαιρα στη χώρα μας περιόρισαν σημαντικά τις παραπάνω παραμέτρους, ενίσχυσαν το ηθικό και την ψυχολογία μας.

Ιδιαίτερα επισημαίνουμε τη συμβολή του συναδέλφου Καθηγητού κ. Σ. Τσιόδρα, ο οποίος είναι ο κύριος συντονιστής της ορθής διαχείρισης αυτής της πανδημίας και συμμετέχει και στις επιστημονικές δραστηριότητες της Κλινικής. Πιστεύουμε ότι το θέμα έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά για το καλό της υγείας της χώρας και της ανθρωπότητας.

Επιβάλλεται συνέπεια και συνέχεια από μέρους μας στις εκάστοτε οδηγίες της Πολιτείας χωρίς υπερβολές, μέχρι τον περιορισμό της νόσου.

Ευχόμαστε ένα καλύτερο αύριο για τη χώρα μας και για όλη την ανθρωπότητα.

**Γεώργιος Κρεατσάς FACOG, FRCOG**
Ομ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής ΡΕΑ

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ




### ΝΕΑ ΤΗΣ ΡΕΑ

**5** «Γεύματα αγάπης» από την Κλινική ΡΕΑ

**6** Εθελοντική Αιμοδοσία

**7** Η ΡΕΑ γιόρτασε την Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας

**8** Η Κοπή της Πρωτοχρονιάτικης πίτας της Κλινικής ΡΕΑ 2020





### ΤΜΗΜΑΤΑ ΡΕΑ

**12** Τρισδιάστατη (3D) λαπαροσκοπική χειρουργική στην Κλινική ΡΕΑ

### ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΤΕΥΧΟΥΣ

**14** Κορονοϊός: Επίσκεψη ενός παλιού νέου γνώριμου

**22** Εγκυμοσύνη και θηλασμός vs κορονοϊού: Όσα πρέπει να γνωρίζεις!

### ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ & ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

**26** Mommy makeover

**30** Μητρικός θηλασμός: Πώς ενισχύει την ψυχολογία μητέρας & βρέφους;

### ΓΥΝΑΙΚΑ

**32** Παιδογυναικολόγος: Ο Ιατρός της νεαρής Γυναίκας

**34** Αισθητική και επανορθωτική γυναικολογία. γκρεμίζουμε τον «μύθο» της εμμηνόπαυσης

**38** Βαριατρικές επεμβάσεις και γυναικολογία

**42** Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο

### ΠΑΙΔΙ

**46** Οφθαλμολογικός έλεγχος νεογνών. Δυνατή όραση... πολύχρωμη ζωή!

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ

**50** Απαραίτητα λιπαρά οξέα και εγκυμοσύνη

**52** Διατροφή βρεφών και μικρών παιδιών

**56** Δίαιτα άνευ γλουτένης. Πόσο χρήσιμη είναι τελικά;

### ΥΓΕΙΑ

**58** Βουβωνοκήλη: Άμεση αποκατάσταση χωρίς ταλαιπωρία

**60** Χολολιθίαση, πολύποδες χοληδόχου κύστης. τι πρέπει να κάνω;

**64** Ουροδυναμικός έλεγχος. Τι είναι και πώς εφαρμόζεται στην κλινική πράξη;

**70** Μικροεπεμβατική Θυρεοειδεκτομή: Η πλέον σύγχρονη, ανώδυνη και ασφαλής τεχνική με το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα

**72** Καρκίνος παχέος εντέρου & ορθού: Σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας

**76** Διουρηθρική προστατεκτομή TURis για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη





### ΕΥ ΖΗΝ

**80** **Μαγειρική:** Νουά από μοσχάρι γάλακτος γεμιστό και πουρέ σελινόριζας



# «ΓΕΥΜΑΤΑ ΑΓΑΠΗΣ» από την Κλινική ΡΕΑ

Η Κλινική ΡΕΑ μεριμνά για τα πιο ευάλωτα μέλη του Δήμου της.

Με αίσθημα κοινωνικής προσφοράς και αλληλεγγύης, η Κλινική ΡΕΑ στηρίζει έμπρακτα την τοπική κοινωνία, προσφέροντας δωρεάν σίτιση στα πιο ευάλωτα μέλη του Δήμου της.

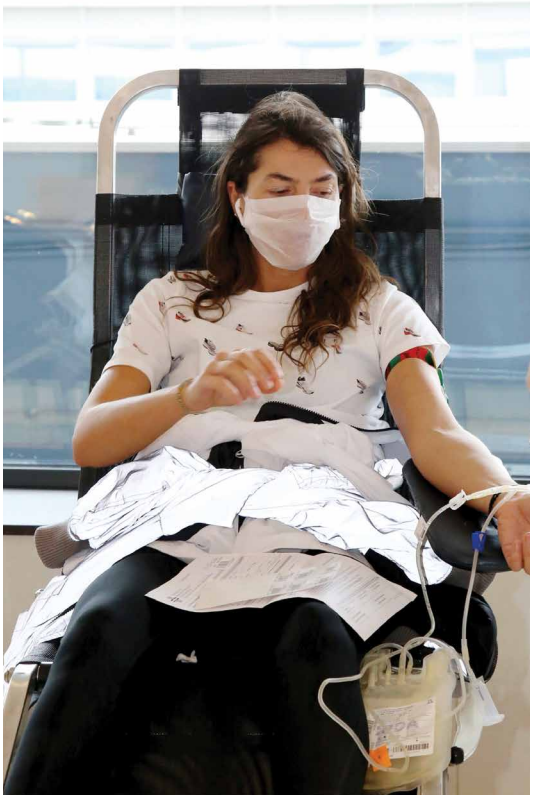
Ο Δήμος Π. Φαλήρου υλοποιεί πρόγραμμα καθημερινής σίτισης, το οποίο απευθύνεται σε μοναχικά, ανήμπορα και ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν οικονομικούς πόρους και οικογενειακό περιβάλλον στήριξης. Η Κλινική ΡΕΑ στέκεται αρωγός και ένθερμος υποστηρικτής του Δήμου της, υποστηρίζοντας τέτοιες ενέργειες αλληλεγγύης, αγάπης και φροντίδας.

Στο πλαίσιο αυτής της ενέργειας, από τη Δευτέρα 23/3 στην Κουζίνα της Κλινικής ΡΕΑ παρασκευάζονται γεύματα, με βάση το μενού που ακολουθείται για τους ασθενείς και το προσωπικό της Κλινικής.

Τα γεύματα συσκευάζονται και παραδίδονται καθημερινά στην αρμόδια υπηρεσία του Δήμου Π. Φαλήρου. Στη συνέχεια, οι υπάλληλοι του Δήμου διανέμουν το φαγητό στους συνανθρώπους μας που το έχουν ανάγκη.

# ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ





Με ευρεία συμμετοχή εθελοντών εργαζομένων, ιατρών και κοινού διεξήχθη η έκτακτη εθελοντική αιμοδοσία **της Κλινικής ΡΕΑ,** την **Πέμπτη 26 Μαρτίου 2020,** με τη συμβολή του κινητού συνεργείου αιμοληψίας, από το **Τμήμα Αιμοδοσίας του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας.** Ιδιαίτερα ευχάριστη έκπληξη αποτέλεσε η αυξημένη προσέλευση νέων ανθρώπων που ήρθαν να αιμοδοτήσουν, έχοντας πολύ θετική διάθεση.




Η δράση υλοποιήθηκε με αυστηρή τήρηση μέτρων προστασίας που έχουν επιβληθεί και είχε στόχο να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος έλλειψης αίματος, που το τελευταίο διάστημα εμφανίζεται ιδιαίτερα οξυμένο εξαιτίας της κατάστασης που έχει διαμορφωθεί με τον νέο κορονοϊό.



Το αίμα μπορεί να κυκλοφορεί για πάντα αν συνεχίζουμε να το προσφέρουμε.

Σας ευχαριστούμε όλους για τη θερμή συμμετοχή στην Εθελοντική Αιμοδοσία. Στόχος μας είναι να γινόμαστε περισσότεροι σε αυτή την προσφορά ζωής και αγάπης! Δεσμευόμαστε να πραγματοποιήσουμε σύντομα μια ακόμα έκτακτη αιμοδοσία, για όσους προσήλθαν για να προσφέρουν αίμα, αλλά δεν τα κατάφεραν λόγω μεγάλης αναμονής. Σας περιμένουμε την επόμενη φορά!














# Η PEA γιόρτασε την **Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας**

Η Κλινική PEA γιόρτασε την Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας (8/3), το Σάββατο 7 Μαρτίου με ένα ειδικά διαμορφωμένο περίπτερο στο Εμπορικό Κέντρο River West!

Το περίπτερο της PEA υποδέχτηκε πάνω από 2000 γυναίκες, όπου δίνονταν διάφορα δώρα καθώς και κουπόνια με διαγνωστικές εξετάσεις σε προνομιακές τιμές.

Η Κλινική PEA έχει στο επίκεντρο της φροντίδας της κάθε γυναίκα παρέχοντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας!



# Η ΚΟΠΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑΤΙΚΗΣ ΠΙΤΑΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ 2020









Μέσα σε εορταστική ατμόσφαιρα πραγματοποιήθηκε η κοπή της **πρωτοχρονιάτικης πίτας** της **Κλινικής ΡΕΑ**. Η εκδήλωση έλαβε χώρα στον 7ο όροφο της Κλινικής, την Τετάρτη 5 Φεβρουαρίου. Παρευρέθηκαν μέλη της Διοίκησης, το προσωπικό της Κλινικής καθώς και συνεργάτες ιατροί.

Την πίτα έκοψε ο Πρόεδρος της Κλινικής ΡΕΑ, **κ. Μητσάκος-Μπαρμπαγιάννης Κυριάκος**, Μαιευτήρας Γυναικολόγος, εξέφρασε τις θερμότερες ευχαριστίες του σε όλο το προσωπικό της Κλινικής για την προσφορά τους και ευχήθηκε υγεία και αγάπη για το νέο έτος.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε η κλήρωση με πολλά δώρα για όλους τους εργαζόμενους.

Ευχόμαστε σε όλους το 2020 να είναι μία δημιουργική χρονιά γεμάτη υγεία και ευτυχία.

Για τη χορηγία, ευχαριστούμε τις παρακάτω εταιρείες: KONICA MINOLTA, ISS, TELEFTEX, SANTAIR, ΠΛΑΙΣΙΟ, ΜΑΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ, MEDAPP, MEDICARE HELLAS, ΠΡΩΤΟΝ, KARL STORZ, ΠΛΥΝΤΗΡΙΑ ΠΡΩΤΕΥΣ, ΤΖΑΝΙΔΑΚΗΣ, ΚΟΠΕΡ, THERMOGRAFICA, CARE DIRECT, ΠΑΥΛΟΣ ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, SURGLIFE, ΤΡΟΦΙΝΚΟ, GATEX, ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ, ΜΠΟΥΡΝΑΣ, SARSTEDT, SPINE ACTION, LIFE SCIENCE CHEMILAB, ΖΕΕΡΗΣ & ΣΙΑ, SKOYRASMED, BYTE, MEDIZINE TECHNIC, ΔΙΑΝΟΜΕΥΣ, ΓΕΡΜΑΝΟΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ, MILIMED, ΒΙΟΣΕΡ, ΚΑΒΑ ΔΡΟΣΙΑ, GETREMED, ΒΙΟΦΑΡ, Δ. ΓΚΡΙΤΖΑΛΗΣ/ΠΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ, VODAFONE, CLINICARE, INSIDE MEDICAL, FUJI FILM, BTS, ΔΕΡΒΟΣ-ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, VIVAMED, MEDIPLAN, MEDICVIEW, INTERMED, ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ.

Ευχαριστούμε πολύ για την φροντίδα κ' την υμπαράσταση σας ο μικρος μας ησαν στην ΜΕΝΝ.

Ανζωνης κ' Βικυ

Σας ευχαριστούμε τώρα πολύ για την γεστή φροντίδα που προσφέρατε και στη μαμά και στο μωρό μας!

Κάθε συνέχεια στο έργο σας!!!

Η ΠΡΩΤΗ ΜΑΣ ΦΟΡΑ
ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΜΑΣ ΠΑΙΔΑΚΙ
ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΟΛΑ
ΕΙΣΤΕ ΟΛΕΣ ΧΑΜΟΓΕΛΑΣΤΕΣ ΚΑΙ
ΥΠΕΡΟΧΕΣ. ΘΑ ΤΑ ΞΑΝΑ ΠΟΥΜΕ
ΠΟΛΥ ΣΥΝΤΟΝΑ...

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και εσείς με τη σειρά μας το προσωπικό του Σουρούλου για τις υπέροχες συνθήκες διαμονής, εξυπηρέτησης, καθαριότητας, ενημέρωσης, βοήθειας κτλ. Κάνατε πιο εύκολη τη διαμονή μας. Περάσαμε καλά.

Ευχαριστούμε πολύ!

25/03/2019

Θέλω να σας ευχαριστήσω για το πόσο γλυκές, εξυπηρετικές, ζεστές και χαμογελαστές στάθηκαν με εμ μαυούλα μου Άρεμις που σεις 21/03/2019 με έφερε στη ζωή και εσείς εμ φροντίσατε στο διαμέρισμα SIOA. Θα σας έχω πάντα στην καρδιά μου και ας μη σας συμβαίνει όταν μεγαλώσω.

Το ευχαριστώ είναι μικρό, δεν μου φτάνει. Το αισθάνομαι πως σας μια ζωή δεν το λέγει.

Ευχαριστούμε πολύ!

Σας ευχαριστούμε για την περιποίηση, την αγάπη, τη φροντίδα, την αγρυπνία κ' το νοιάξιμο!!!

Θα σας θυμόμαστε με αγάπη!!!

Με πολλή αγάπη!!!

Υ.Γ. Είστε όλες σας εταιρικά πρότυπα!

# Σας ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη σας!

Σας ευχαριστούμε πολύ για όλα!
Η βοήθειά σας ήταν πολύτιμη τις δηφαιρετικές πρώτες μέρες του μπέμπη μας. Να είστε καλά!!!

Parasa Telia

Σας ευχαριστώ για όλα!
Φωτεινή

Σας ευχαριστούμε πολύ για όλα. Να συνεχίσετε να είστε χαμογελαστές και να κοιτάτε με αρέσκεια την δουλειά σας!

4/3/2020

Σας ευχαριστούμε για όλα... ήμουν δύσκολη μαμά για μένα αλλά για το μωρό ήμουν υπέροχα! Χαρά στο Χάος! Υπέροχα!!!

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΟΛΕΣ ΚΑΙ ΟΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΓΑΠΗ ΣΑΣ. ΕΙΣΤΕ ΟΛΟΙ ΚΑΤΑΠΛΗΚΤΙΚΟΙ!!!

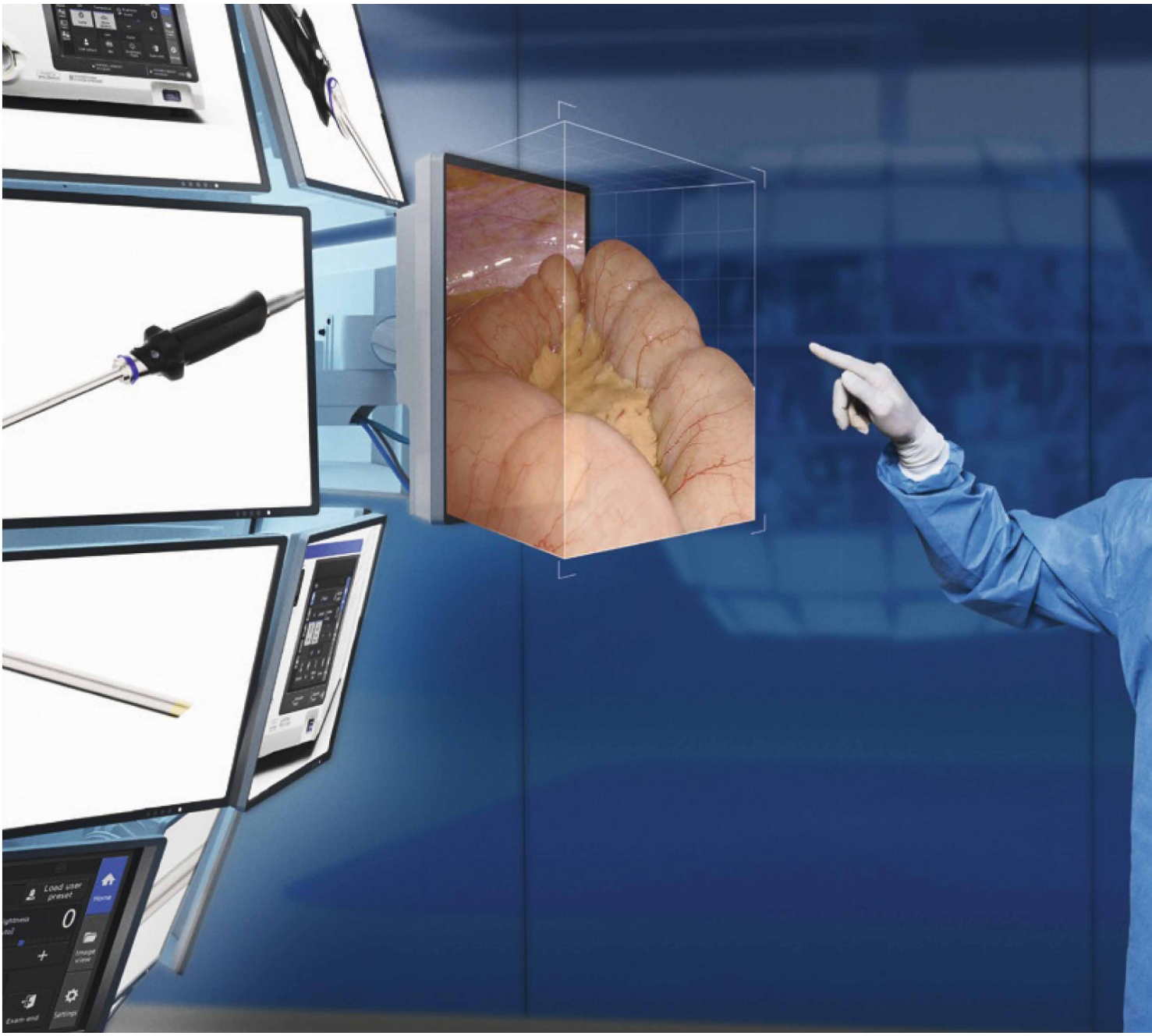
7 - 13 ΔΕΚ. 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΣ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΒΑΡΔΙΕΣ ΤΟΥ ΣΕΥ ΟΠΟΙΟΝ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΕΙΑ...

Χάρτσια μου,
Σας ευχαριστούμε πολύ για την εξαιρετική σας, την άψογη συνεργασία σας και την ευγένεια σας!

Η μπέμπα του 503!!!

# ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗ (3D) ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ



Η Κλινική ΡΕΑ πρωτοπορεί για μία ακόμα φορά στον τομέα των προηγμένων ιατρικών τεχνολογιών αναβαθμίζοντας τα χειρουργεία της με τεχνολογίες, Τρισδιάστατης (3D) Όρασης σταθερού οπτικού πεδίου και απεικόνισης Υψηλής Ανάλυσης (4K) κατέχοντας έτσι τα πιο σύγχρονα λαπαροσκοπικά χειρουργεία της χώρας και από τα πλέον σύγχρονα παγκοσμίως.



Η Τρισδιάστατη (3D) Όραση κατά την λαπαροσκόπηση λύνει το πρόβλημα της προβολής του τρισδιάστατου χειρουργικού πεδίου σε οθόνη δύο διαστάσεων το οποίο προκαλεί αναγκαστικά μείωση της αίσθησης του βάθους. Με την τρισδιάστατη (3D) λαπαροσκόπηση, αυξάνεται σημαντικά η ακρίβεια των επεμβάσεων, μειώνεται ο χρόνος διάρκειάς τους όπως και ο αριθμός των επιπλοκών κάτι που έχει αποδειχθεί εκτενώς βιβλιογραφικά.

Επιπλέον, η τρισδιάστατη όραση αποτελούσε μέχρι πρότινος το βασικό πλεονεκτήματα της πολυδάπανης και δύσχρηστης ρομποτικής χειρουργικής το οποίο πλέον εξαλείφεται καθώς η όραση που έχουν οι χειρουργοί στην 3D Λαπαροσκόπηση είναι εφάμιλλη με αυτή της ρομποτική χειρουργικής. Οι ασθενείς λαμβάνουν υψηλές ιατρικές υπηρεσίες χωρίς το υπέρογκο κόστος της ρομποτικής χειρουργικής που για τους περισσότερους είναι απαγορευτικό.

Η Κλινική ΡΕΑ γίνεται έτσι η πρώτη ιδιωτική Γυναικολογική Κλινική της χώρας που χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη τεχνολογία 3D Λαπαροσκόπησης σταθερού οπτικού πεδίου, προσφέροντας στους χειρουργούς και τελικά στους ασθενείς της από σήμερα τη νέα πραγματικότητα.

Υπενθυμίζεται πως η Κλινική ΡΕΑ ήταν η πρώτη ιδιωτική Γυναικολογική Κλινική της χώρας που εγκατέστησε στα χειρουργεία της, σύστημα καθοδηγούμενης από φθορισμό χειρουργικής (FSG) υβριδικής απεικόνισης με τεχνολογία NIR/ICG. Η εν λόγω τεχνολογία μεγιστοποιεί την ακρίβεια της ανίχνευσης των περιοχών ενδιαφέροντος αλλά και της ενδοεγχειρητικής λήψης αποφάσεων σε πληθώρα εφαρμογών (Ανίχνευση φρουρού λεμφαδένα καρκίνου ενδομητρίου - SLN, Χολοκυστεκτομή, Καρκίνος παχέος εντέρου, Καρκίνος του στομάχου, Ηπατεκτομή κ.α.)

Αν και δεν έχουν περάσει δέκα χρόνια από την έναρξη της λειτουργίας της, η Κλινική ΡΕΑ επενδύει συνεχώς στην αναβάθμιση του ιατρικού της εξοπλισμού δίνοντας στους συνεργάτες ιατρούς της, τις πλέον προηγμένες ιατρικές τεχνολογίες προκειμένου και εκείνοι με τη σειρά τους να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς τους.

# ΚΟΡΟΝΟΙΟΣ: ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΕΝΟΣ ΠΑΛΙΟΥ ΝΕΟΥ ΓΝΩΡΙΜΟΥ

**Γράφει ο Ιωάννης Δ. Παπούλιας**
Χειρουργός Γυναικολόγος - Μαιευτήρας, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

## ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΙΩΝ

### Τί είναι οι ιοί;

Οι ιοί βρίσκονται στο μεταίχμιο μεταξύ άβιων και έμβιων όντων. Θα μπορούσαμε να πούμε οτι πρόκειται για «παράσιτα» τα οποία αναπαράγονται μόνο μέσα στο σώμα του ξενιστή τους και τα οποία μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες. Οι ιοί σαφώς εξελίσσονται (μεταβάλλονται). Αυτός είναι άλλωστε ο λόγος για τον οποίο χρειαζόμαστε εμβόλιο για τη γρίπη κάθε χρόνο. Οι ιοί πολλαπλασιάζονται μέσα στον οργανισμό μας και για αυτό το λόγο εμείς νοσούμε. Οι ιοί δεν έχουν δικό τους μεταβολισμό και μόνο όταν δανειστούν το βιοχημικό περιβάλλον του ξενιστή τους (άνθρωπος, ζώα, φυτά) ζωντανεύουν. Είναι βέβαιο ότι και οι ιοί είναι προϊόντα της εξελικτικής διαδικασίας των όντων, αλλά μόνο θεωρίες υπάρχουν για την ακριβή τους προέλευση. Ουδείς γνωρίζει πόσοι τύποι ιών υπάρχουν στο φυσικό περιβάλλον. Όμως γνωρίζουμε ότι οι ιοί υπάρχουν παντού: στο έδαφος, τους ωκεανούς, την ατμόσφαιρα. Εκτιμάται ότι υπάρχουν πιθανώς περισσότεροι από 100.000.000 τύποι ιών πάνω στον πλανήτη. Όμως ελάχιστο ποσοστό από αυτούς είναι παθογόνοι για τον άνθρωπο.

Το γενετικό υλικό των ιών μπορεί να είναι DNA, όπως είναι και των υπόλοιπων έμβιων όντων ή RNA. Έτσι μιλάμε για DNA και RNA-ιούς. Πολύ απλουστευμένα θα λέγαμε ότι οι DNA-ιοί μπορεί να προκαλέσουν νόσο σε μεγάλο βάθος χρόνου (π.χ. ιός της ευλογιάς, ιός της ηπατίτιδας και ερπητοϊοί).



*Pablo Picasso, Maternity, 1909*

Αντιθέτως, οι RNA-ιοί προκαλούν νόσο αμέσως μετά τη μόλυνση. Ιδιαίτερη κατηγορία RNA-ιών είναι οι ρετροϊοί, καθώς η συμπεριφορά τους στο κύτταρο του ξενιστή είναι αντίστοιχη με τη συμπεριφορά των DNA-ιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι RNA-ιοί έχουν συνήθως απλούστερες δομές σε σχέση με τους DNA-ιούς και τείνουν να μεταπηδούν από είδος σε είδος καθώς και να μεταλλάσσονται ευκολότερα.

**Τι είναι οι κορονοϊοί;**
Είναι RNA-ιοί που στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο εντοπίζονται σαν μικροσκοπικά σωματίδια με τις χαρακτηριστικές προσεκβολές που δίνουν την εντύπωση κορώνας. Ανήκουν στην τάξη Nidoviruses.

Τα είδη είναι:
- Τέσσερα ενδημικά είδη που προκαλούν ήπια συμπτώματα κρυολογήματος.
- SARS-Cov-1 (2002-2003), που προκάλεσε την επιδημία SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome ή Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας).
- MERS-Cov (2012), που προκάλεσε την επιδημία MERS (Middle East Respiratory Syndrome ή Αναπνευστικό Σύνδρομο Μέσης Ανατολής).
- SARS-Cov-2 (2019-2020), που προκάλεσε τη νόσο COVID-19 (COrono VIrus Disease 2019 ή Νόσος Κορονοϊού 2019).

## COVID-19*

Ο ιός SARS-Cov-2 που προκαλεί την τρέχουσα πανδημία εντοπίστηκε αρχικά στην Κίνα μετά από προσβολή από πνευμονία ατόμων που είχαν επισκεφθεί την αγορά της Wuhan.

Πιθανότατα προέρχεται από νυχτερίδες, στις οποίες εντοπίστηκαν ιοί όμοιοι κατά το 96% του γενετικού τους υλικού με τον SARS-Cov-2. Ωστόσο, είναι απίθανη η απευθείας μετάδοση στον άνθρωπο. Εικάζεται ότι ο πιθανότερος διάμεσος ξενιστής είναι η μοσχογαλή (ζώο με χαρακτηριστικά σκύλου και γάτας) η οποία εκτρέφεται εκτεταμένα στην περιοχή. (Συνέντευξη του Dr. Meriadog, υπεύθυνου για τη νόσο στη Γαλλία, στο Γαλλικό Πρακτορείο Ειδήσεων). Η θεωρία παρασκευής σε εργαστήριο θεωρείται απίθανη από την πλειοψηφία των ερευνητών.

*Τα δεδομένα προέρχονται από τη μελέτη των SARS, MERS και την ως τώρα γνώση του COVID-19. Υπόκεινται σε συνεχείς τροποποιήσεις με βάση τα νέα δεδομένα.*

**Ποιά είναι τα τυπικά συμπτώματα λοίμωξης από SARS-Cov-2;**

| Σύμπτωμα | Συχνότητα |
|---|---|
| **Πυρετός** | 88% |
| **Ξηρός Βήχας** | 68% |
| **Κνησμός** | 38% |
| **Παραγωγικός βήχας** | 33% |
| **Δύσπνοια** | 18% |
| **Πονόλαιμος** | 14% |
| **Πονοκέφαλος** | 14% |
| **Μυαλγία- Αρθραλγία** | 15% |
| **Ρίγη** | 11,5% |
| **Ναυτία-Εμετός** | 5% |
| **Ρινική συμφόρηση-Ανοσμία** | 4,8% |
| **Διάρροια** | 3,7% |
| **Αιμόπτυση** | 0,9% |

Τονίζεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό φορέων του ιού είναι ασυμπτωματικοί.

**Πώς γίνεται η μετάδοση του ιού;**
Γίνεται από ασυμπτωματικούς φορείς ή άτομα που νοσούν (μύτη-στόμα) κυρίως μέσω των αναπνευστικών σταγονιδίων ή των κοπράνων, είτε άμεσα είτε έμμεσα από παραμονή του ιού ζωντανού σε διάφορες επιφάνειες (έως και 4 ημέρες). Πρόσφατες μελέτες, αλλά με ανεπαρκή στοιχεία, αναφέρουν παρουσία του ιού στο σπέρμα. Η δυνατότητα μόλυνσης με τη σεξουαλική επαφή θεωρείται απίθανη. Η επίδραση στη γονιμότητα παραμένει αδιευκρίνιστη.

- *Η άποψή μας: Συνεχίστε τη σεξουαλική σας ζωή με τις συνηθισμένες προφυλάξεις!*
- *Η άποψή μας: Κολυμπήστε ελεύθερα σε θάλασσα και πισίνες λαμβάνοντας τα προτεινόμενα από τις αρχές μέτρα!*
- *Μην αποφεύγετε τα κατοικίδια σας!*

Ο χρόνος επώασης είναι 1-14 ημέρες. Συνήθως τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στις 5 πρώτες ημέρες. Σύμφωνα με μελέτες από την Κίνα, ο κίνδυνος για μετάδοση της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 1-5% των ανθρώπων που ήρθαν σε επαφή με επιβεβαιωμένους φορείς ή ασθενείς. Περίπου 1 στους 6 από όσους νοσήσουν θα αναπτύξει σοβαρή νόσο και θα εμφανίσει δύσπνοια.

**Ποιες είναι οι ευπαθείς ομάδες;**
Ευπαθείς ομάδες, δηλαδή ομάδες που έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν σοβαρή νόσο είναι:

- Ηλικιωμένοι
- Άτομα με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Αρτηριακή υπέρταση
- Ανοσοκατεσταλμένοι
- Καρκινοπαθείς
- Παχύσαρκοι

> **“ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ:**
> Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΠΕΘΑΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΝΟΣΕΙ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΟΜΟΙΑ ΜΕ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ (ΠΕΡΙΠΟΥ 0,5%). Η ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΟΜΩΣ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ.”

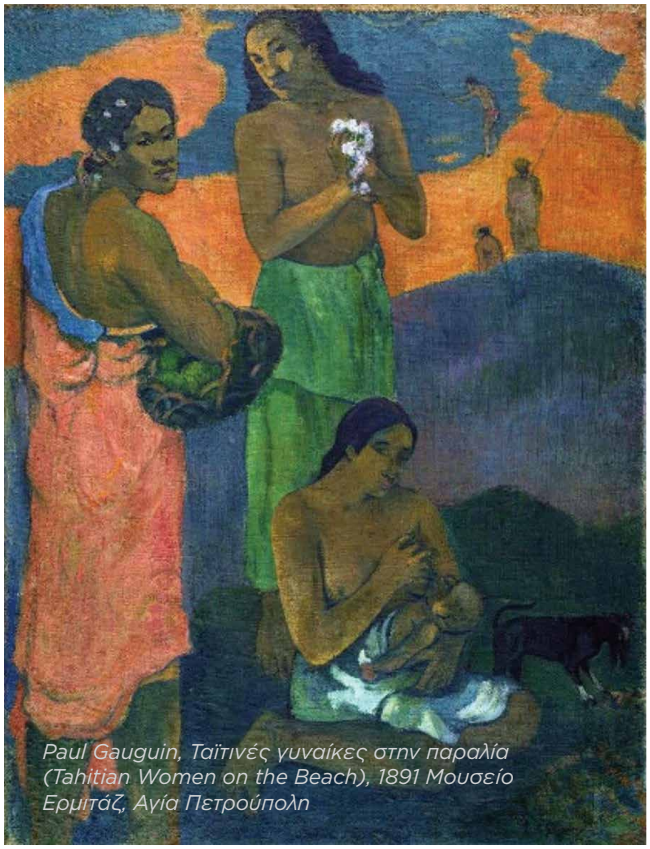
## COVID-19 ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Οι έγκυες και τα νεογνά αντιπροσωπεύουν έναν ευαίσθητο πληθυσμό. Η εγκυμοσύνη μπορεί να επιπλακεί από καταστάσεις όπως παχυσαρκία, προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης κύησης, που θα τις μεταθέσουν στις ευπαθείς ομάδες. Οι οδηγίες που δίδονται γενικά προέρχονται από τις συμπεριφορές των προηγούμενων επιδημιών κορονοϊού και τη σχετικά περιορισμένη γνώση για την επίδραση του COVID-19. Επίσης, εμφανίζονται σημαντικά διαφορετικές προσεγγίσεις των ειδικών στο χειρισμό των εγκύων-εμβρύων. Έτσι είναι πιθανό οι οδηγίες να αλλάξουν, όσο αλλάζουν οι γνώσεις από την πρόσφατη επιδημία.

**Επιπτώσεις του COVID-19 στην κύηση**
Οι έγκυες περιλαμβάνονται στις ευαίσθητες ομάδες, κατά κύριο λόγο επειδή η προσβολή από τον ιό πολλές φορές υποτροπιάζει σε πνευμονία, όπως έδειξαν παλαιότερες μελέτες στους ιούς H1N1, SARS και MERS (ανοσοκαταστολή ή ανοσοδιαφοροποίηση κατά την κύηση). Όσον αφορά τη λοίμωξη COVID-19 δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα που να δείχνουν ότι οι έγκυες είναι πιο ευάλωτες στη νόσο. Από το μικρό αριθμό που έχουν καταγραφεί έγκυες που νόσησαν φαίνεται ότι κύηση δεν επιδείνωσε τη βαρύτητα, τα συμπτώματα και την εξελίξη της νόσου.

## COVID-19 ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ

- Η μετάδοση στη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού είναι σπάνια. Συνεπώς, συνιστάται ο φυσιολογικός τοκετός σε ήπια ή μέτριας βαρύτητας νόσηση της μητέρας.



*Paul Gauguin, Ταϊτινές γυναίκες στην παραλία (Tahitian Women on the Beach), 1891 Μουσείο Ερμιτάζ, Αγία Πετρούπολη*

- Η διεκπεραίωση του τοκετού με καισαρική τομή είναι ακόμη πιο ασφαλής και συνιστάται σε σοβαρή λοίμωξη της μητέρας. Γενικά προτιμάται η επισκληρίδιος παρά η γενική αναισθησία. Τα νεογνά που μολύνονται διατρέχουν τη νόσο με ήπια πορεία.

- Ο σύντροφος της επιτόκου θεωρείται θετικός στον ιό και αποφεύγεται η παρουσία του στον τοκετό.

## COVID-19 ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η μετάδοση με το θηλασμό είναι απίθανη, καθώς δεν ανιχνεύεται η παρουσία του ιού στο μητρικό γάλα. Συνιστάται η χρήση μάσκας, ώστε να αποφεύγεται η μόλυνση του νεογνού με την αναπνευστική οδό και με τη δερματική επαφή. Επίσης, συνιστάται η απολύμανση της θηλής πριν το θηλασμό. Σε σοβαρή λοίμωξη της μητέρας προτιμάται η συλλογή του γάλατος με θήλαστρο.

## ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΙΟ, ΤΙ;

### ΣΕΝΑΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΗΜΕΡΑ

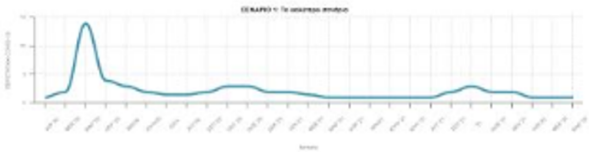
Ασφαλώς είναι δύσκολο κανείς να γίνει προφήτης και να διαβάσει το μέλλον. Ο ιός βρήκε την παγκόσμια κοινότητα απροετοίμαστη και είναι σε μεγάλο βαθμό παρακινδυνευμένο να προβλέψουμε τι μας επιφυλλάσσει το μέλλον και ποιο θα είναι το τέλος του παιχνιδιού (game over).

Όμως Αμερικανοί ερευνητές του Κέντρου Έρευνας και Πολιτικής Λοιμωδών Νόσων (CIDRAP) του Πανεπιστημίου της Μινεσότα, παρουσίασαν πιθανά σενάρια για το μέλλον, βασισμένα κυρίως στις προηγούμενες πανδημίες γρίπης, αρχίζοντας από το 18ο αιώνα και περιλαμβάνοντας και δεδομένα από την τρέχουσα επιδημία (COVID-19: the CIDRAP view point April 30th 2020).

Τα σενάρια αυτά τα παρουσιάζουμε παρακάτω τροποποιημένα, με βάση την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία καθώς και με ένταξη απόψεων εκπεφρασμένων από έγκριτους επιστήμονες.
Η ενσωμάτωση των κλιματολογικών συνθηκών στα σενάρια αφορά τα δεδομένα του Βόρειου Ημισφαιρίου αλλά αντίστοιχες καμπύλες θα μπορούσαν να ισχύσουν και για το Νότιο Ημισφαίριο, προσαρμοσμένες όμως προς το χειρότερο λόγω ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών.

**Πιθανά σενάρια για το μέλλον της πανδημίας του COVID-19**

**Σενάριο 1: Το «καλύτερο» σενάριο**



Η καμπύλη δείχνει ότι η πανδημία κορυφώθηκε την άνοιξη που πέρασε (Μάρτιος-Απρίλιος 2020) και από εδώ και στο εξής θα επιπεδωθεί, δηλαδή θα έχουμε εμφάνιση λίγων νέων κρουσμάτων, πρακτικά ασήμαντη. Αυτό το σενάριο θα μπορούσε να προκύψει:

***α) Ιατρογενώς*** (δηλαδή, με δημιουργία αποτελεσματικού φαρμάκου ή εμβολίου όπως π.χ. για την πολιομυελίτιδα). Όμως αυτό είναι απίθανο να συμβεί πριν περάσουν τουλάχιστον 18 μήνες. (βλ. ενότητα: Εμβόλιο-Φάρμακα)

***β) Από ευτυχή συνδυασμό των παρακάτω γεγονότων:***

β1) **εποχικότητας** λόγω κλιματικών παραγόντων όπως η θερμοκρασία και η υγρασία.

β2) **ανοσίας** του πληθυσμού μέσω ανάπτυξης αντισωμάτων σε όσους ήρθαν σε επαφή με τον ιό, είτε νόσησαν είτε όχι.

β3) **μετάλλαξης** του ιού σε μια λιγότερο επιθετική και μεταδοτική μορφή.

β4) **υπερβολής** στην εκτίμηση των δεδομένων που μπορεί να αποδοθεί σε ανεπαρκή και ανομοιογενή για κάθε χώρα στοιχεία, άρα σε ακούσια (ή και εκούσια) υπερτίμηση του κινδύνου (φαινόμενο «φούσκας» η οποία νομοτελειακά κάποια στιγμή σπάει). Είναι χαρακτηριστική η φράση του Καθηγητή Επιδημιολογίας στο Παν. Στάνφορντ Ι. Ιωαννίδη: *«Είναι σαν μια γάτα να επιτίθεται σε έναν ελέφαντα και εκείνος να πηδάει στο γκρεμό για να σωθεί».*

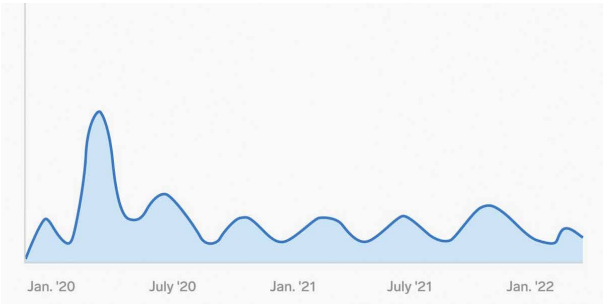
Μιλάμε για συνδυασμό, επειδή κανένας από τους παραπάνω παράγοντες β1, β2, β3, β4 δεν θεωρείται από μόνος του αρκετός για να σταματήσει η επιδημία.

• Η εποχικότητα (β1) βοηθά τον περιορισμό του ιού λόγω των αυξημένων καλοκαιρινών θερμοκρασιών, αλλά δεν φαίνεται ικανή να τον εξαφανίσει.

• Η ανοσία του πληθυσμού ή ανοσία της «αγέλης» όπως είναι γνωστή (β2) δεν φαίνεται να πλησιάζει τα αναγκαία ποσοστά ανοσοποιημένων ατόμων (60-70%), ώστε να προστατεύει έμμεσα και τον υπόλοιπο πληθυσμό πλήρως. Στη χαμηλή ανοσία μεγάλο μερίδιο ευθύνης έχει το lock down. Επίσης προς το παρόν δε γνωρίζουμε τη χρονική διάρκεια παραμονής των αντισωμάτων στο ανθρώπινο σώμα.

• Οι μεταλλάξεις του ιού (β3) γίνονται με σχετικά αργό ρυθμό.

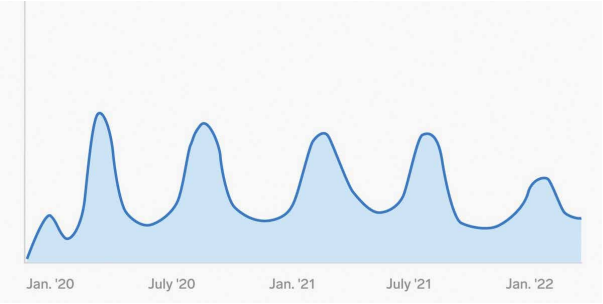
### Σενάριο 2: Σιγανή Φωτιά (Slow Burn) Το «πιθανότερο» σενάριο




Σύμφωνα με αυτό το σενάριο, το πρώτο κύμα του COVID-19 την άνοιξη του 2020 ακολουθείται από μια αργή συνεχιζόμενη μετάδοση και εμφάνιση κρουσμάτων, χωρίς ξεκάθαρο πρότυπο (μοντέλο) της καμπύλης.

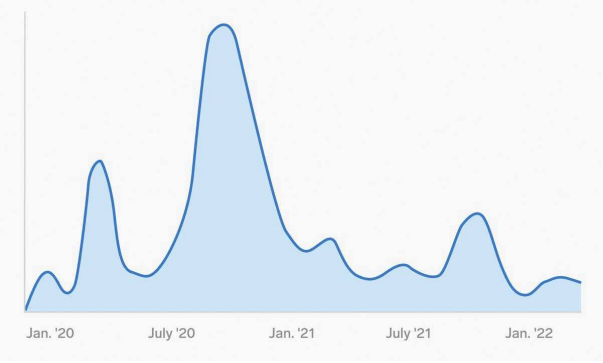
Αν και αυτό το 2ο σενάριο δεν έχει παρατηρηθεί σε προηγούμενες πανδημίες γρίπης, παραμένει πολύ πιθανό για τον COVID-19. Μοιάζει πολύ όσον αφορά τη μορφολογία της καμπύλης και την αιτιολογία αυτής με εκείνη του 1ου σεναρίου και πιθανότατα δε θα απαιτηθεί επανάληψη των περιοριστικών μέτρων, αν και νοσήσεις και θάνατοι θα συνεχίσουν να συμβαίνουν.

### Σενάριο 3: Κορυφές και Κοιλάδες (Peaks and Valleys)




Σύμφωνα με αυτό, το πρώτο κύμα του COVID-19 της άνοιξης του 2020 ακολουθείται από σειρά επαναλαμβανόμενων μικρότερων κυμάτων που έρχονται στη διάρκεια του καλοκαιριού και συνεχίζονται (λόγω επιθετικότητας του ιού και έλλειψης ανοσίας της αγέλης) σταθερά για μια περίοδο 1 εως 2 ετών, με ένταση που βαθμιαία μικραίνει μετά από κάποια χρονική στιγμή μέσα στο 2021. Η εμφάνιση αυτών των κυμάτων εξαρτάται πιθανώς από το είδος και τον τρόπο εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων που ήδη έχουν ληφθεί. Είναι πιθανό να χρειαστεί περιοδική επαναφορά και ακολούθως χαλάρωση των περιοριστικών μέτρων για τα επόμενα 1 με 2 χρόνια, ανάλογα με το ύψος των κυμάτων.

### Σενάριο 4: Φθινοπωρινή Κορύφωση (Fall Peak) Το «χειρότερο» σενάριο




Σύμφωνα με αυτό, το πρώτο κύμα του COVID-19 την άνοιξη του 2020 ακολουθείται από ένα πολύ μεγαλύτερο κύμα το φθινόπωρο ή το χειμώνα του 2020 και ακόμα ένα ή περισσότερα μικρότερα κύματα το 2021.

Επακόλουθη θα είναι η επαναφορά των αυστηρών περιοριστικών μέτρων το ερχόμενο φθινόπωρο σε

# 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 χαμομηλέλαιο και πανθενόλη.

Με την εμπιστοσύνη
Φαρμακοποιών
& Παιδιάτρων

*Περιέχει καμπλό ποσοστό σε οξείδιο του ψευδαργύρου.

www.frezyderm.gr

YouTube Frezyderm Baby

μια προσπάθεια περιορισμού της επέκτασης της μόλυνσης και της προστασίας των συστημάτων υγείας από κατάρρευση.

Αυτό το μοντέλο μοιάζει με εκείνο της πανδημίας ισπανικής γρίπης του 1918-1919, που κόπασε το καλοκαίρι του 1919 σηματοδοτώντας το τέλος της πανδημίας, αφού όμως μεσολάβησαν, μεγάλο φθινοπωρινό κύμα του 1918, άλλο ένα μεγάλο κύμα το χειμώνα αλλά και την άνοιξη του 1919.

Εδώ πρέπει να τονίσουμε την έννοια της κοινωνικής ανοσίας, δηλαδή την απώθηση του φόβου στη συνείδηση των ανθρώπων που θέλουν «τη ζωή τους πίσω και μια καινούρια αρχή» μετά την παρατεταμένη κόπωση από τα περιοριστικά μέτρα· έτσι για την κοινωνία ο ιός «παύει» να υπάρχει προτού επέλθει η πλήρης ιατρική του καταπολέμηση. Ο όρος κοινωνική ανοσία χρησιμοποιείται από έγκυρους ιστορικούς της Επιδημιολογίας μεγάλων Πανεπιστημίων όπως το Harvard και John's Hopkins, οι οποίοι επικαλούνται ως κλασικό παράδειγμα το τέλος της επιδημίας γρίπης του 1918, όταν ο κόσμος βγαίνοντας από την καταστροφή του Α' Παγκοσμίου Πολέμου και της επιδημίας, επιθυμούσε μια ριζική αλλαγή της ζωής του προς το καλύτερο. Έτσι, η επιδημία ουσιαστικά τερματίστηκε κοινωνικά προτού τερματιστεί ιατρικά.

Άλλη μια επιδημία, εκείνη του 1957-1958 ακολούθησε το ίδιο μοντέλο, όπου μετά την κορύφωση του φθινοπώρου του 1957, ακολούθησαν αξιοσημείωτα κύματα για αρκετά χρόνια.

Αντίστοιχη πορεία καταγράφηκε και κατά τη διάρκεια της επιδημίας του 2009-2010. Όμως οι επιδημίες των 1957-1958 και 2009-2010 είχαν πολύ μικρότερη ένταση από εκείνη του 1918.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Κλείνοντας αυτή την ενότητα θα λέγαμε ότι η ανθρώπινη κοινότητα πρέπει να συμβιβαστεί με την ιδέα ότι συνυπήρχε και θα συνεχίσει να συνυπάρχει με τους ιούς, όπως επίσης και με όλα τα είδη του ζωικού και φυτικού βασιλείου. Άρα, πέρα από την ενίσχυση των συστημάτων υγείας, πρέπει να κατανοήσουμε τη συμβίωση με το περιβάλλον και να συμβάλλουμε στη διατήρηση της οικολογικής ισορροπίας.

> "Η ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΒΙΒΑΣΤΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΕΑ ΟΤΙ ΣΥΝΥΠΗΡΧΕ ΚΑΙ ΘΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΙ ΝΑ ΣΥΝΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΙΟΥΣ, ΟΠΩΣ ΕΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕ ΟΛΑ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΖΩΙΚΟΥ ΚΑΙ ΦΥΤΙΚΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ. ΑΡΑ, ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΟΥΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΜΕ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ."

### › ΙΑΤΡΙΚΗ

***Φαρμακευτική αγωγή***

Όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση του COVID-19, ήδη δοκιμάζονται πάνω από 40 πιθανά φάρμακα σε σχεδόν 500 κλινικές μελέτες σε όλο τον κόσμο.

Το νουκλεοσιδικό ανάλογο **Remdesivir** (το οποίο αντεδείκνυται στην κύηση), αν και φαίνεται να προσφέρει κάποια βελτίωση στους νοσούντες, δεν έχει κλινικά σημαντικά οφέλη, απλά μικρότερο χρόνο νοσηλείας. **Τα αντιϊκά Lopinavir και Ritonavir** (που αντεδείκνυνται στην κύηση) δεν φαίνεται να έχουν κάποιο όφελος.

Η **υδροξυχλωροκίνη** (που δίδεται υπο προϋποθέσεις στην κύηση, ενώ είναι ασφαλής στο θηλασμό) δεν σχετίζεται με αύξηση ή μείωση του κινδύνου για διασωλήνωση ή θάνατο.

Πολλά υποσχόμενο φάρμακο, είναι ένας ανασυνδυασμένος **ανταγωνιστής υποδοχέων της ιντερλκευκίνης-1**, που χρησιμοποιείται για την ρευματοειδή αρθρίτιδα (το οποίο είναι ασφαλές στην κύηση) και σε μεγάλες δόσεις φαίνεται να βελτιώνει κλινικά το 72% των ασθενών.

Το **πλάσμα ανθρώπων** που ανένηψαν αποτελεί μία θεραπεία, μέσω χορήγησης αντισωμάτων στον πάσχοντα, χωρίς να έχουμε καθόλου δεδομένα για την κύηση.

Τέλος, υπάρχουν και τα **μονοκλωνικά αντισώματα** αδρανοποίησης του ιού, που φαίνεται να είναι αποτελεσματικά σε προκλινικές μελέτες.

Επειδή η νόσος δεν είναι απλή, αλλά αποτελεί ένα σύνδρομο, φαίνεται ότι η θεραπεία θα εξαρτάται από το στάδιο της νόσου.

***Εμβόλιο***

Περισσότεροι από 1.000.000 επιστήμονες εργάζονται πυρετωδώς για τη δημιουργία εμβολίου έναντι του κορονοϊού, το οποίο πάντως δεν αναμένεται πριν περάσουν τουλάχιστον 18 μήνες. Υπάρχει γενικά η αισιοδοξία ότι ο στόχος του εμβολίου θα επιτευχθεί, με δεδομένο τον αργό ρυθμό μεταλλάξεων του ιού, εν αντιθέσει προς άλλους ιούς (π.χ. HIV, ρινοϊοί, αδενοϊοί) που έχουν ταχύτατο ρυθμό μεταλλάξεων. Πάντως υπάρχουν και επιστήμονες λιγότερο αισιόδοξοι αναφέροντας περιπτώσεις στις οποίες πολυετείς προσπάθειες απέτυχαν να καταλήξουν σε παραγωγή εμβολίου (π.χ. δάγγειος πυρετός, ελονοσία κ.α.)

## › ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Πέρα από τα σενάρια, υπάρχουν δεδομένες επιπτώσεις στην οικονομική, κοινωνική και πολιτική ζωή του πλανήτη. Όσον αφορά την οικονομία προβλέπεται βαθιά οικονομική ύφεση (τουλάχιστον μείωση κατα 10% του ΑΕΠ στην Ελλάδα, ενώ κατά άλλους έως και 20%). Σημειωτέον το 2012 η μείωση ήταν 4%· αποπληθωρισμός· εκτίναξη της ανεργίας (έως και 200.000 χαμένες θέσεις εργασίας λόγω καθιέρωσης της κατ' οίκον απασχόλησης ή εκ περιτροπής απασχόλησης με μειωμένες αποδοχές των εργαζομένων)· κλείσιμο ή υπολειτουργία επιχειρήσεων· αύξηση δαπανών για την υγεία σε διάφορα επίπεδα· προβλήματα επισιτισμού λόγω της δυσκολίας στη φυσική μεταφορά των προιόντων· βύθιση του τουρισμού και αλυσιδωτές συνέπειες σε όλη την κοινωνική δομή.

## › ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι επιπτώσεις της επιδημίας και των πολιτικών εγκλεισμού (καραντίνα) συνεπάγονται σειρά κοινωνικών προβλημάτων:

- Ψυχολογικά προβλήματα λόγω lock down και οικονομικής δυσπραγίας (stress, κατάθλιψη, αίσθημα θυμού ή φόβου).
- Επιδείνωση σωματικών νοσημάτων (π.χ. παθήσεις καρδιαγγειακού) καθώς και ψυχοσωματικών παθήσεων (αυτοάνοσα, αλλεργίες κλπ.).
- Αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας.
- Αποκλεισμός από την παροχή υπηρεσιών υγείας ειδικών ομάδων (φυλετικές μειονότητες, μετανάστες, άστεγοι, ανασφάλιστοι, φυλακισμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες κ.α.).
- Ανακατανομή πόρων και δυνάμεων με αποτέλεσμα τη στασιμότητα σε άλλα υγειονομικά προβλήματα όπως για παράδειγμα η φυματίωση, η οποία προκαλεί το θάνατο σε 1,2 εκατομμύρια ανθρώπους ετησίως ανά τον κόσμο.

## › ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Το τελικό αποτέλεσμα όλων των προηγούμενων είναι μια βαθιά πολιτική αλλαγή με αφορμή την προστασία της υγείας του πληθυσμού.

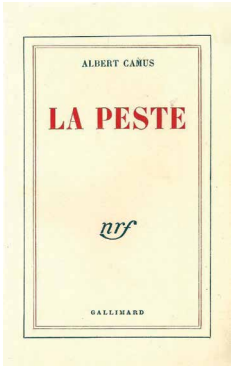
- Υπερσυγκέντρωση πληροφοριών σε λίγα χέρια.
- Καλλιέργεια υπερβολικού φόβου με πρόσχημα την προστασία της δημόσιας υγείας.
- Αυταρχική νομοθέτηση.
- Καταστρατήγηση ατομικών ελευθεριών και ντόμινο αυταρχικών συμπεριφορών από την κορυφή έως τη βάση της κοινωνίας, με τη δικαιολογία της υπακοής σε εντολές. (Θυμηθείτε τις απολογίες στη Δίκη της Νυρεμβέργης.)
- Καθοδήγηση της σκέψης του πληθυσμού, κυρίως με χρήση των ηλεκτρονικών πηγών ενημέρωσης

και τεχνολογιών πληροφορικής χωρίς ουσιαστικό έλεγχο.

Στο βάθος του ορίζοντα διαγράφεται η πιθανότητα **ολοκληρωτισμού με πολιτική ενδυμασία.**

› **Προτείνονται για βαθύτερη σκέψη:**

- ***Η Πανούκλα (La Peste),*** μυθιστόρημα του Αλμπέρ Καμύ (Albert Camus), Ιούνιος 1947. Ένα σαφώς αλληγορικό βιβλίο.

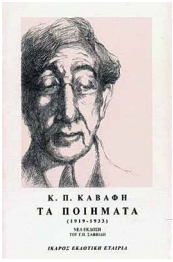



  Ο Καμύ επανατοποθετεί το πιόνι της πανώλης σε μια πόλη της Αλγερίας, το 1940, εποχής της ανόδου του ναζισμού.

  Ανασκοπώντας το έργο, μπορεί κανείς να εντοπίσει ενδιαφέροντα «μηνύματα» και να προσφέρει μια σανίδα σωτηρίας, τόσο αναφορικά με την αλληγορική του υπόσταση (πολιτικά αδιέξοδα), όσο και για την αυτοαναφορική, αυτή της πανδημίας. Το μήνυμα που κλείνει το βιβλίο αυτό είναι τόσο αισιόδοξο όσο και «απέλπιδο».

  Τα ποντίκια εξαφανίστηκαν. Η πανούκλα περιορίστηκε. Όμως τίποτα δεν είναι οριστικό. Η συνεχής επαγρύπνηση είναι η μόνη προστασία που διαθέτουμε απέναντι στις πανδημίες. Είτε αυτό αφορά ολοκληρωτικά καθεστώτα, είτε θανατηφόρους ιούς.

- ***Τα τείχη,*** ποίημα του Π. Καβάφη.



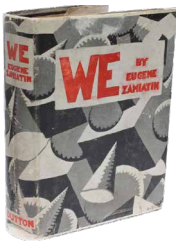

  Αλληγορικές διαπιστώσεις και καίρια αυτοκριτική από το μεγάλο Αλεξανδρινό.

- Σοφοκλέους ***Αντιγόνη***, αρχαία τραγωδία 441π.Χ.



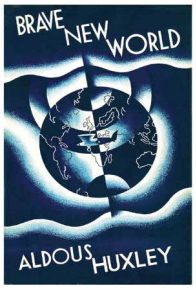
  Η μάχη του γραπτού νόμου της εξουσίας με τον άγραφο νόμο της ηθικής, όπως αναδεικνύεται από τη διαπάλη Κρέοντα και Αντιγόνης, με την Ισμήνη ως ενδιάμεσο εκφραστή του φόβου.

- Τριλογία της δυστοπίας του 20ου αιώνα



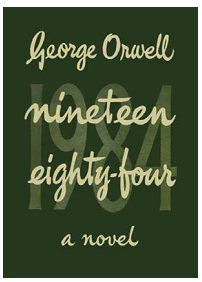

1. ***Εμείς (We),*** μυθιστόρημα του Yevgeny Zamyatin (1924). Το σχετικά άγνωστο θεμέλιο της δυστοπικής λογοτεχνίας του 20ου αιώνα. Προφητική επιστημονική φαντασία.

2. ***Θαυμαστός Καινούργιος Κόσμος (Brave New World),*** μυθιστόρημα του Aldus Haxley (1932).




Το περίφημο προφητικό μυθιστόρημα του Χάξλεϋ, η περιγραφή του εφιαλτικού καινούργιου κόσμου, με το απολύτως ιεραρχικό και πανίσχυρο κράτος, με τα επιτεύγματα της τεχνολογίας, της γενετικής μηχανικής, της φαρμακοβιομηχανίας, της εφαρμοσμένης ψυχολογίας. Οι άνθρωποι ζουν σε μία αρνητική Ουτοπία, σε ευημερία, ασφάλεια, μα και σε ανελευθερία. (Από την παρουσίαση στο οπισθόφυλλο του βιβλίου).

3. ***1984***, μυθιστόρημα του George Orwell (1948).




Προβληματισμός για τα ανθρώπινα δικαιώματα, το καθεστώς κυβερνητικής παρακολούθησης, την ελευθερία της σκέψης και τον ολοκληρωτισμό.

ΝΕΑ

# 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

# ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ VS ΚΟΡΟΝΟΪΟΥ: ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙΣ!

**Γράφει ο Αλέξανδρος Δ. Τζεφεράκος**

Χειρουργός Γυναικολόγος – Μαιευτήρας, Ειδικός στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση & Ενδοσκοπήσεις, Διευθυντής Μονάδας Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης ΡΕΑ, Αντιπρόεδρος ΔΣ Κλινικής ΡΕΑ





## Τι γνωρίζουμε μέχρι στιγμής για τον κορονοϊό και την εγκυμοσύνη; Πώς μπορεί ο ιός να επηρεάσει τις εγκύους διαφορετικά;

Οι φυσιολογικές και ανοσολογικές αλλαγές που υφίστανται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων. Για παράδειγμα, γνωρίζουμε ότι οι έγκυες γυναίκες που κολλούν γρίπη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ιογενούς πνευμονίας. Σύμφωνα με πρόωρες αναφορές από την Κίνα, οι έγκυες γυναίκες με COVID-19 δεν φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών, αλλά αυτό μπορεί να αλλάξει καθώς λαμβάνουμε περισσότερες πληροφορίες κρουσμάτων στη διάρκεια εγκυμοσύνης από άλλες χώρες.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν αναφορές ότι ο ιός είναι σε θέση να διαπεράσει τον πλακούντα και να επηρεάσει το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (κάθετη μετάδοση), ούτε υπάρχουν περιπτώσεις που τα μωρά προσβάλλονται από τον ιό κατά τη διάρκεια του τοκετού. Έχουν αναφερθεί πιθανές συσχετίσεις μεταξύ του COVID-19 και του πρόωρου τοκετού στην Κίνα, αλλά δεν υπάρχουν άλλες γνωστές επιπλοκές εγκυμοσύνης σε αυτή τη φάση.

## Υπάρχουν τυχόν ιδιαίτεροι κίνδυνοι/ευπάθειες για τις εγκύους όταν πρόκειται για τον κορονοϊό;

Επί του παρόντος δεν διαθέτουμε πληροφορίες, εκτός της πιθανής συσχέτισης με τον πρόωρο τοκετό. Γνωρίζουμε ότι άλλες ιογενείς ασθένειες σχετίζονται με επιπλοκές της εγκυμοσύνης, συμπεριλαμβανομένης της αποβολής, νεογνών που γεννιούνται πολύ μικρά για την ηλικία κύησης καθώς και του αυξημένου κινδύνου για μητέρες που χρειάζονται νοσηλεία λόγω επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Υπάρχει μια πιθανότητα ότι οι έγκυες γυναίκες που είναι «υψηλού κινδύνου» λόγω προβλημάτων όπως η προεκλαμψία και ο διαβήτης κύησης μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών σχετιζόμενων με τον κορονοϊό, αλλά δεν έχουν εντοπιστεί επαρκώς τεκμηριωμένες περιπτώσεις που να οδηγούν σε σχετικά συμπεράσματα.

Είναι πραγματικά σημαντικό οι έγκυες γυναίκες που πιστεύουν ότι μπορεί να έχουν κορονοϊό ή μπορεί να έχουν εκτεθεί, να επικοινωνούν με τον Γυναικολόγο τους για οδηγίες σχετικά με το πώς θα πρέπει να προχωρήσουν. Επιπλέον, κάθε έγκυος γυναίκα με βήχα, πυρετό και δύσπνοια θα πρέπει να αξιολογείται από γιατρό άμεσα.

## Για όσες θηλάζουν υπάρχουν πρόσθετοι κίνδυνοι που πρέπει να επισημανθούν;

Δεν υπάρχουν γνωστές περιπτώσεις που το COVID-19 μεταφέρεται από τη μητέρα στο μωρό μέσω του μητρικού γάλακτος. Στα δείγματα μητρικού γάλακτος από μητέρες στην Κίνα

> “Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΩΡΟΥ ΣΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΑΛΥΤΕΡΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΟΤΡΕΨΕΤΕ ΤΟ ΜΩΡΟ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΑ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΙΟ. ΕΠΟΜΕΝΩΣ, ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΤΕ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ, ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΕΚΤΕΘΕΙ.”

με κορονοϊό που εξετάστηκαν δεν ανιχνεύτηκε ο ιός στο γάλα.

Ο θηλασμός συμβάλλει στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του μωρού σας και είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους με τους οποίους μπορείτε να αποτρέψετε το μωρό σας από το να προσβληθεί από έναν ιό. Επομένως, αυτή τη στιγμή συνιστάται να συνεχίσετε τον θηλασμό, ακόμη και αν έχετε εκτεθεί.

### Εάν θηλάζετε και έχετε εκτεθεί στον κορονοϊό, ποιοι είναι οι κίνδυνοι για το μωρό;

Το πιο σημαντικό είναι να αποφύγετε την έκθεση του μωρού σας στον ιό. Αν μια μητέρα έχει επιβεβαιώσει ή έχει υποψίες για έκθεσή της στον κορονοϊό ας ακολουθήσει τις εξής συμβουλές:

- Πλύνετε τα χέρια σας πριν αγγίξετε και ταΐσετε το μωρό σας.
- Φορέστε μάσκα ενώ θηλάζετε.
- Σε περίπτωση χρήσης θήλαστρου, βεβαιωθείτε ότι πλένετε τα χέρια σας πριν από την άντληση και καθαρίστε προσεκτικά τα μέρη της αντλίας μετά από κάθε άντληση.
- Σκεφθείτε αν υπάρχει κάποιος άλλος στο περιβάλλον σας που μπορεί να ταΐσει το μωρό σας, αν κάνετε χρήση θήλαστρου.

### Τι μπορούν να κάνουν προληπτικά οι νέες μητέρες/έγκυες για την υγεία τους και την υγεία του μωρού, εν μέσω των φόβων για τον κορονοϊό;

**Για να προστατευθείτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:**

- Να είστε επιμελής σχετικά με την καλή υγεία των χεριών. Πλένετε τα χέρια σας συχνά, ειδικά πριν από το φαγητό και αφού επιστρέφετε από έξω.
- Μην έρχεστε σε στενή εγγύτητα με ανθρώπους που έχουν διαγνωσθεί με κορονοϊό ή/και έχουν εκτεθεί σε κορονοϊό. Περιορίστε την επαφή με άλλους που είναι άρρωστοι (δηλ. με πυρετό και βήχα). Σκεφτείτε να αποφύγετε χώρους και συγκεντρώσεις με μεγάλα πλήθη.

**Για να προστατεύσετε το νεογέννητο:**

- Πλύνετε τα χέρια σας ή χρησιμοποιείτε απολυμαντικό χεριών κάθε φορά που αγγίζετε το μωρό σας.
- Περιορίστε τους επισκέπτες τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και βεβαιωθείτε ότι οι ασθενείς που έχουν αρρωστήσει πρόσφατα ή / και ενδεχομένως έχουν εκτεθεί στον COVID-19 δεν σας επισκέπτονται. Η χρήση μασκών από τους επισκέπτες δεν επαρκεί για να προστατευτεί ένα νεογέννητο από αυτόν τον ιό.
- Θηλασμός, όσο το δυνατόν περισσότερο, για να ενισχύσετε το ανοσοποιητικό του μωρού σας. Ακόμα και το λίγο μητρικό γάλα θα κάνει μεγάλη διαφορά στο να βοηθήσει το μωρό σας να καταπολεμήσει τη μόλυνση!
- Αν κάνετε χρήση θήλαστρου, φροντίστε να καθαρίζετε και

να απολυμάνετε την αντλία και όλα τα μέρη πριν και μετά από κάθε χρήση.

- Καλέστε το γιατρό εάν έχετε οποιεσδήποτε ανησυχίες σχετικά με τα συμπτώματά του, συμπεριλαμβανομένου πυρετού, γρήγορης αναπνοής, βήχα ή/και ανορεξίας.



## Υπάρχουν κάποιοι διάχυτοι μύθοι/παραπληροφόρηση σχετικά με τις εγκύους και τον κορονοϊό που θα πρέπει να διαλυθούν;

Ένας μύθος είναι ότι οι έγκυες γυναίκες πρέπει να αποφύγουν τις γεννήσεις στο νοσοκομείο λόγω του κινδύνου να προσβληθούν από τον ιό μέσα στην κλινική. Είναι σημαντικό οι έγκυες γυναίκες να συνεχίσουν να λαμβάνουν τακτικά μαιευτική φροντίδα με το γιατρό ή τη μαία τους και να συνεχίζουν να σχεδιάζουν τον τοκετό τους στο μαιευτήριο, ειδικά αν η εγκυμοσύνη είναι «υψηλού κινδύνου». Ένας άλλος μύθος είναι ότι τα μωρά δεν μπορούν να προσβληθούν από τον ιό. Ενώ οι πιθανότητες ενός νεογέννητου να αρρωστήσει από τον ιό είναι χαμηλές, υπάρχει ο κίνδυνος μεγάλης εξάπλωσης στην κοινότητα. Έτσι, οι άνθρωποι που έχουν πρόσφατα αρρωστήσει και / ή ενδέχεται να έχουν κορονοϊό πρέπει να μείνουν μακριά από τα νεογνά.

Ο τρίτος μύθος είναι ότι ο κορονοϊός είναι «ακριβώς όπως η γρίπη» και δεν πρέπει να ανησυχούμε. Πρόκειται για έναν ολοκαίνουργιο ιό στον οποίο κανένας από εμάς δεν έχει ανοσία, δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο και τα ποσοστά θνησιμότητας σε όλες τις χώρες είναι υψηλότερα από τα ποσοστά για την εποχική γρίπη.

## Ποιο είναι το μόνο πράγμα που οι θηλάζουσες μητέρες / οι έγκυες μητέρες πρέπει πραγματικά να ακούσουν σήμερα;

Είτε έχετε εκτεθεί στον κορονοϊό ή/και προσβληθείτε από αυτόν, οι πιθανότητες είναι ότι εσείς και το μωρό σας θα είστε καλά. Μέχρι τώρα υπάρχουν μόνο δύο νεογέννητα μωρά στην Κίνα με τεκμηριωμένη μόλυνση από κοροναϊό. Συνολικά, το ποσοστό θνησιμότητας από τον εν λόγω ιό είναι πολύ χαμηλό σε βρέφη, παιδιά και γυναίκες σε ηλικία τεκνοποίησης σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους και άλλους πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο.



# MOMMY MAKEOVER

**Γράφει ο Χρήστος Κ. Μεγαπάνος MD**
Πλαστικός Χειρουργός, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

**Το Mommy Makeover είναι ένας πρωτοποριακός συνδυασμός χειρουργικών και μη τεχνικών που μπορεί να επαναφέρει το σώμα στην «προ παιδιού» κατάστασή του, ή και σε ακόμη καλύτερη.**

Είναι γεγονός πως η γέννηση ενός παιδιού είναι το σημαντικότερο γεγονός στη ζωή μίας γυναίκας, όμως αυτό δε σημαίνει πως επειδή έγινε «μητέρα» πρέπει να σταματήσει να είναι και να νιώθει «γυναίκα». Η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός αφήνουν τα δικά τους σημάδια στο γυναικείο σώμα, το οποίο αλλάζει δραστικά μετά την έλευση του ενός ή των περισσότερων παιδιών. Σήμερα όμως δεν υπάρχει κανένας λόγος το σώμα σου να βιώνει για πάντα την «προ παιδιού» και «μετά παιδί» εποχή του, αφού η σύγχρονη πλαστική χειρουργική και η αισθητική ιατρική έχουν τον τρόπο να επαναφέρουν το σώμα σου στην κατάσταση που ήταν πριν την εγκυμοσύνη ή και σε ακόμη καλύτερη. Η πρωτοποριακή αυτή μέθοδος λέγεται Mommy Makeover και αποτελεί ένα συνδυασμό χειρουργικών και μη τεχνικών που στόχο έχει να αναστρέψει τα σημάδια που η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός άφησαν πίσω τους και να διορθώσουν όλα εκείνα που σε ενοχλούν.

## ΜΙΑ ΑΠΟΛΥΤΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Είναι γεγονός πως κάθε περίπτωση είναι διαφορετική, καθώς ο αριθμός των παιδιών, η ηλικία, ο τρόπος ζωής πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κύηση, η ίδια η πορεία της εγκυμοσύνης, τα κιλά που θα προστεθούν, η κληρονομικότητα και τα γονίδια, η ποιότητα του δέρματος, η φροντίδα του δέρματος, το μέγεθος του στήθους, ο χρόνος του θηλασμού, οι ορμονικές αλλαγές και αμέτρητοι ακόμη παράγοντες συμβάλλουν στην τελική διαμόρφωση της εικόνας του σώματος μετά το πέρας της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Έτσι, αφενός κάθε γυναίκα δεν θα παρουσιάσει τα ίδια θέματα μετά την απόκτηση των παιδιών της όσον αφορά στο σώμα της και αφετέρου όλες οι γυναίκες δεν ενοχλούνται το ίδιο από τα θέματα αυτά. Έτσι, με βάση καθαρά το τι ενοχλεί εσένα στο «μετά παιδί» σώμα σου και με γνώμονα το συνδυασμό συνεπειών που διαπιστώνεις σε αυτό, ο Πλαστικός Χειρουργός θα σχεδιάσει το δικό σου Mommy Makeover, ώστε να επιτύχει το αποτέλεσμα που θέλεις και χρειάζεσαι για να αισθανθείς ξανά καλά με την εικόνα σου και να ξαναβρείς τη χαμένη σου αυτοπεποίθηση. Ταυτόχρονα, το

γεγονός πως οι επεμβάσεις γίνονται συνδυαστικά και στον ίδιο χειρουργικό χρόνο μειώνει το συνολικό κόστος και συμπυκνώνει το χρόνο ανάρρωσης σε ένα διάστημα.

## ΕΝΑ ΠΑΖΛ ΤΕΧΝΙΚΩΝ

Ως Mommy Makeover δεν νοείται μία επέμβαση ή ο ίδιος πάντα συνδυασμός επεμβάσεων και τεχνικών, αλλά το ιδανικό παζλ των μεθόδων εκείνων που θα φέρουν το ιδανικό αποτέλεσμα για τα προβλήματα της κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης ξεχωριστά. Γενικά οι τεχνικές που μπορούν να συμπεριληφθούν σε ένα Mommy Makeover είναι οι εξής:

### Κοιλιοπλαστική & Mini Κοιλιοπλαστική

Πρόκειται για μία βασική επέμβαση του Mommy Makeover, καθώς απομακρύνει το τοπικά συσσωρευμένο λίπος από την περιοχή και ταυτόχρονα αποτελεί τη μόνη λύση σε περιπτώσεις μεγάλης χαλάρωσης και πληθώρας ραγάδων στην κοιλιά. Στόχος είναι η κοιλιά να γίνει επίπεδη και σφριγηλή και να τονιστούν οι κοιλιακοί μυς. Πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και η προσπέλαση μπορεί να γίνει από την τομή της καισαρικής. Το δέρμα ανασηκώνεται, γίνεται λιποαναρρόφηση, πραγματοποιείται ευθυγράμμιση και σύγκλειση των κοιλιακών μυών, το δέρμα τεντώνει, αφαιρείται η περίσσεια, επανατοποθετείται ο ομφαλός στη νέα του θέση και η τομή κλείνει. Η Mini Κοιλιοπλαστική αποτελεί ουσιαστικά μία πιο light εκδοχή της επέμβασης και απευθύνεται σε άτομα που το αισθητικό πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως από τον ομφαλό και κάτω.

### Λιποαναρρόφηση - Λιπομεταφορά – Λιπογλυπτική

Η λιποαναρρόφηση είναι ο τρόπος για οριστική απομάκρυνση του τοπικά συσσωρευμένου λίπους όπου κι αν βρίσκεται (κοιλιά, γλουτοί, μηροί, γόνατα, μπράτσα, προγούλι, πλάτη, μέση κλπ). Σήμερα οι πιο δημοφιλείς τεχνικές λιποαναρρόφησης είναι αυτές που, χρησιμοποιώντας κάποια πηγή ενέργειας, ρευστοποιούν το λίπος πριν την αφαίρεσή του από το σώμα, όπως η καινοτόμος τεχνική Vaser. Το ρευστοποιημένο πλέον λίπος αφαιρείται σχεδόν ατραυματικά από το σώμα και η ανάρρωση είναι ταχύτατη, το λίπος αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προσθήκη όγκου εκεί όπου απαιτείται, όπως στους γλουτούς με τη γνωστή μέθοδο BBL, ώστε το σώμα να αποκτήσει ιδανικές πλέον αναλογίες (λιπομεταφορά και λιπογλυπτική).

### Ανόρθωση Μαστού

Βασικότατο κομμάτι της τεχνικής Mommy Makeover, η ανόρθωση μαστού είναι το χειρουργείο επιλογής για ένα στητό, νεανικό και σφριγηλό στήθος. Μέσα από τομές που γίνονται γύρω από τη θηλή, κάθετα από τη θηλή προς τα κάτω και, σε κάποιες περιπτώσεις, και στην υπομάστια πτυχή, σχηματίζοντας ένα μικρό ανάποδο «Τ», το στήθος ανασχηματίζεται, ο γιατρός αφαιρεί την περίσσεια δέρματος, ανασηκώνει το μαστό και τη θηλή και τα επανατοποθετεί στη νέα τους θέση. Παράλληλα με την ανόρθωση, εάν κριθεί σκόπιμο, μπορεί να γίνει και τοποθέτηση ενθέματος στο μαστό (αυξητική), γιατί η αύξηση όγκου βοηθά στην επίτευξη ενός πιο νεανικού, σφριγηλού και στητού στήθους.

### Αυξητική Μαστού

Καθώς είναι εξαιρετικά δημοφιλής, η επέμβαση αυτή διαρκώς εξελίσσεται ως προς τις τεχνικές της, προκειμένου να εξασφαλίζεται το καλύτερο και φυσικότερο αποτέλεσμα με τη μικρότερη δυνατή ταλαιπωρία. Η πιο διαδεδομένη αυτή τη στιγμή τεχνική λέγεται Dual Plane. Η τομή πραγματοποιείται στη φυσική πτυχή κάτω από το μαστό, δεν ξεπερνά τα 4 εκατοστά και άρα είναι ουσιαστικά αόρατη. Σε αυτήν την τεχνική το ένθεμα τοποθετείται σε δύο επίπεδα, εν μέρει κάτω από το μαζικό αδένα και εν μέρει κάτω από το μυ. Τα ενθέματα σιλικόνης νέας γενιάς προσφέρουν κορυφαία ασφάλεια και εγγύηση εφ' όρου ζωής, ενώ με όλες τις σύγχρονες τεχνικές μπορούμε να δούμε το αποτέλεσμα ψηφιακά πάνω μας πριν το χειρουργείο.

### Κρυολιπόλυση

Πρόκειται για μη επεμβατική λιπογλυπτική και στηρίζεται στην αρχή της βιολογικής καταστροφής των λιποκυττάρων, όταν αυτά εκτεθούν σε πολύ χαμηλές θερμοκρασίες. Οι μεμβράνες των λιποκυττάρων καταστρέφονται και το περιεχόμενό τους αποβάλλεται από τον οργανισμό μέσω του λεμφικού συστήματος. Έτσι μειώνεται σημαντικά το πάχος του υποδόριου λίπους, βελτιώνοντας το περίγραμμα του σώματος, χωρίς να προκαλείται καμία βλάβη στο δέρμα και τους παρακείμενους ιστούς. Η θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί στην κοιλιά, στη μέση, τους γλουτούς και τους μηρούς. Σε κάποιες περιπτώσεις μία συνεδρία αρκεί, ενώ σε κάποιες άλλες μπορεί να χρειαστεί και μία δεύτερη. Η μέθοδος φέρει την έγκριση του FDA.

### Laser για αντιμετώπιση ραγάδων- κηλίδων

Οι ραγάδες, οι κηλίδες και οι μελαγχρώσεις αποτελούν σημαντικά αισθητικά δερματικά προβλήματα. Τα laser κλασματικής τεχνολογίας, που εκπέμπουν την ακτίνα τους «σπασμένη» σε εκατοντάδες μικροδέσμες, είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά. Οι μικροδέσμες εισχωρούν κάτω από το δέρμα και προκαλούν ελεγχόμενο τραυματισμό των εσωτερικών στιβάδων του δέρματος και κινητοποίηση των μηχανισμών επούλωσης με αποτέλεσμα την ανάπλαση και τη δημιουργία νέας και υγιούς επιδερμίδας χωρίς σημάδια. Οι λευκές ραγάδες σπάνια εξαφανίζονται εντελώς, όμως βελτιώνονται σημαντικά και το αποτέλεσμα μπορεί να ενισχυθεί περαιτέρω με αυτόλογη μεσοθεραπεία.

### Βραχιονοπλαστική

Διορθώνει τη χαλάρωση και το κρέμασμα που παρατηρείται στην περιοχή από τον αγκώνα μέχρι τη μασχάλη. Η επέμβαση αυτή μπορεί να δώσει στα μπράτσα την επιθυμητή καλλίγραμμη και λεπτή εικόνα, αφαιρώντας το περιττό λίπος και την περίσσεια δέρματος, όμως αφήνει μία εκτεταμένη ουλή σε όλο το μήκος του εσωτερικού του μπράτσου. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να γίνει μία μικρή τομή στην βάση του μπράτσου και από εκεί να αφαιρεθεί μέρος του λίπους και να γίνει ελαφρά σύσφιξη. Το αποτέλεσμα δεν μπορεί να είναι το ίδιο ικανοποιητικό με της κλασικής επέμβασης, όμως σημειώνεται σημαντική βελτίωση χωρίς την εκτεταμένη ουλή.



# ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ: Πώς Ενισχύει την Ψυχολογία Μητέρας & Βρέφους

**Γράφει ο Νικόλαος Βαμβακάρης**
Ψυχοθεραπευτής - Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Εκτός από τα πολυάριθμα οφέλη για την υγεία τόσο του μωρού όσο και της μητέρας, ο θηλασμός προσφέρει σημαντικά οφέλη και από άποψη ψυχολογίας. Έχει ήδη διαπιστωθεί ότι τα παιδιά που έχουν θηλάσει τείνουν να έχουν ισχυρότερο ανοσοποιητικό σύστημα, υψηλότερο IQ, καθώς και λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν παχυσαρκία. Τα τελευταία χρόνια, όμως, η έρευνα επικεντρώνεται και στα ψυχολογικά πλεονεκτήματα του θηλασμού και για τα δύο μέρη και τα δεδομένα που προκύπτουν είναι συντριπτικά.

## ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΖΟΝΤΟΣ ΒΡΕΦΟΥΣ

Αρχικά, όσον αφορά στα βρέφη, ο θηλασμός συσχετίζεται με θετικά αποτελέσματα αργότερα στη ζωή τους. Μέσω του θηλασμού και της δερματικής επαφής ανάμεσα σε μητέρα και μωρό, απελευθερώνονται ορμόνες, όπως η σεροτονίνη και η οξυτοκίνη, τόσο στη μητέρα όσο και στο μωρό, γεγονός που ενθαρρύνει έναν ισχυρό συναισθηματικό δεσμό μεταξύ τους. Αυτός ο ισχυρός δεσμός οδηγεί σε καλύτερη συναισθηματική ανάπτυξη και σταθερότητα, μια καλύτερη αίσθηση του εαυτού, υψηλότερη αυτοεκτίμηση, ισχυρότερη ικανότητα εμπιστοσύνης και δυνατότητα υγιών σχέσεων στη μετέπειτα ζωή.

Επιπλέον, οι επιστήμονες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ του θηλασμού και της ψυχικής υγείας των παιδιών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα θηλάζοντα βρέφη προστατεύονται από διαταραχές ψυχικής υγείας αλλά και από εθισμούς. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως τείνουν να είναι πιο συναισθηματικά ασφαλή από τα παιδιά που δεν θήλασαν.

Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη το 2013 διερεύνησε τα αποτελέσματα του αποκλειστικού θηλασμού στην ωρίμανση του εγκεφάλου για παιδιά ηλικίας από 10 μηνών έως 4 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η χρονική περίοδος αποκλειστικού θηλασμού, τόσο πιο αναπτυγμένα ήταν τα τμήματα της λευκής ουσίας που είχαν τα μωρά στον εγκέφαλο, τα οποία, μεταξύ άλλων ωφελειών, συνδέονταν με υψηλότερη κοινωνικο-συναισθηματική λειτουργία.

Επιπλέον, ο θηλασμός σχετίζεται με διαφορές στην ιδιοσυγκρασία του βρέφους. Για παράδειγμα, διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας θηλασμού και της τάσης να αναπτυχθεί επιθετική συμπεριφορά στο μέλλον. Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερο ήταν το διάστημα θηλασμού, τόσο μικρότερες ήταν οι πιθανότητες να εμφανίσει το παιδί αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά, κάτι το οποίο φαίνεται να εκτείνεται μέχρι και την ενηλικίωση.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η απουσία ή η σύντομη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη διαταραχής του φάσματος του αυτισμού (ASD), μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από κοινωνικές διαταραχές. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση ερευνών σε πάνω από 2.000 παιδιά αναφέρει ότι παιδιά που διαγνώστηκαν με ASD ήταν στατιστικά λιγότερο πιθανό να έχουν θηλάσει ως βρέφη. Είναι εξίσου σημαντικό, ωστόσο, παρά τα πολυάριθμα στοιχεία που προκύπτουν από πρόσφατες μελέτες, να υπογραμμιστεί ότι ορισμένες από αυτές δεν έχουν βρει να ισχύει κάποια συσχέτιση στη διάγνωση της ASD και τον μειωμένο χρόνο θηλασμού.



Παρομοίως, σε μια άλλη μελέτη όπου εξετάστηκε η εστίαση βλέμματος σε βρέφη ηλικίας 7 μηνών, οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η αποκλειστική διάρκεια θηλασμού συνδέεται με αυξημένη προσοχή σε εικόνες με ευτυχισμένα μάτια αντί αυτών με τη θυμωμένη έκφραση. Αυτές οι έρευνες υποδηλώνουν πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν μια μεγαλύτερη τάση προς την αισιοδοξία και τη θετική στάση ζωής. Επιπροσθέτως, αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η ατομική μεταβλητότητα στην ανταπόκριση συναισθηματικών πληροφοριών συσχετίζεται συστηματικά με τον θηλασμό και μπορεί να εξαρτάται από τους ενδογενείς παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα της ωκυτοκίνης. Είναι, επομένως, πιθανό ότι ενδογενείς (γενετικοί), καθώς και εξωγενείς (θηλαστικοί) παράγοντες επηρεάζουν το αναπτυσσόμενο σύστημα ωκυτοκίνης, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι ο θηλασμός είναι τουλάχιστον εν μέρει υπεύθυνος για τη διαμόρφωση της κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης στα παιδιά.

## ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΘΗΛΑΖΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Στις μητέρες, από την άλλη πλευρά, έχει διαπιστωθεί ότι ο θηλασμός επηρεάζει τη διάθεση, το συναίσθημα και το άγχος της μητέρας, καθώς και το επίπεδο φροντίδας που παρέχει στο βρέφος της. Ειδικότερα, οι θηλάζουσες μητέρες αναφέρουν μειωμένες βαθμίδες άγχους, καλύτερη ανταπόκριση στο στρες και μειωμένη τάση αρνητικής διάθεσης σε σύγκριση με τις μητέρες που τρέφουν τα βρέφη τους με φόρμουλα. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζονται και από αντικειμενικά μέτρα που εξετάζουν αυτά τα δεδομένα σε σωματικό επίπεδο. Για παράδειγμα, οι θηλάζουσες μητέρες έχουν μειωμένη αρτηριακή πίεση και μειωμένη αντιδραστικότητα καρδιακού ρυθμού από ότι οι μητέρες που δίνουν φόρμουλα στα νεογέννητά τους. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι θηλάζουσες μητέρες έχουν μειωμένη ανταπόκριση κορτιζόλης όταν αντιμετωπίζουν κοινωνικό στρες. Οι θηλάζουσες μητέρες εμφανίζουν επίσης παρατεταμένο και υψηλότερης ποιότητας ύπνο. Τρεις μήνες μετά τον τοκετό, ο θηλασμός σχετίζεται με μειωμένη διαταραχή ύπνου. Επίσης, ο θηλασμός αυξάνει την ενσυναίσθηση των μητέρων ως προς τους άλλους και μπορεί έτσι να βελτιώσει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και σχέσεις τους, πέρα από το να εξασφαλίζει έναν ισχυρό δεσμό με το βρέφος τους, εφόσον ενισχύει τη μητρική ευαισθησία.

Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι οι μητέρες που θηλάζουν τείνουν να αγγίζουν περισσότερο τα βρέφη τους, ανταποκρίνονται περισσότερο και πιο άμεσα στις ανάγκες τους και παρουσιάζουν αυξημένο χρόνο βλεμματικής επαφής με αυτά κατά τη διάρκεια του ταΐσματος. Μια διαχρονική μελέτη 675 μητέρων-βρεφών επιβεβαιώνει τα προαναφερθέντα αποτελέσματα, προσθέτοντας πως η αυξημένη διάρκεια θηλασμού συσχετίζεται με την ασφαλή προσκόλληση του παιδιού στη μητέρα. Σε μια λειτουργική μελέτη MRI (fMRI), διαπιστώθηκε ότι οι αποκλειστικά θηλάζουσες μητέρες επέδειξαν μεγαλύτερη ενεργοποίηση του εγκεφάλου στο άκουσμα κραυγών των βρεφών τους σε σύγκριση με μητέρες που έδιναν μπουκάλι, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη εμπλοκή των εγκεφαλικών συστημάτων που σχετίζονται με το συναίσθημα στις θηλάζουσες μητέρες.

Όπως καταλαβαίνουμε λοιπόν, τα οφέλη του θηλασμού για τη μητέρα και για το βρέφος είναι αναρίθμητα, καθώς η φύση έχει μεριμνήσει για όλα.

# ΠΑΙΔΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ: Ο ΙΑΤΡΟΣ ΤΗΣ ΝΕΑΡΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

**Γράφει ο Παναγιώτης Χριστόπουλος MD, MSc, PhD, IFEPAG**

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Ειδικός Γυναικολόγος Παίδων - Εφήβων, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονιστής Παιδογυναικολόγων Ευρώπης, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Μπορεί να φαίνεται περίεργο αλλά πολλά από τα γυναικολογικά προβλήματα που απασχολούν τις ενήλικες γυναίκες μπορεί να εμφανιστούν και σε μικρά κορίτσια. Η συχνότητα και το είδος των γυναικολογικών προβλημάτων σε παιδιά και έφηβες εξαρτάται κυρίως από την ηλικία του κοριτσιού.

Σε **νεογέννητα** κορίτσια μπορεί να εμφανιστούν περιπτώσεις με αμφίβολα έξω γεννητικά όργανα, που μπορεί να κάνουν δύσκολη ακόμα και τη διάκριση ανάμεσα σε αγόρι και κορίτσι. Αυτές οι καταστάσεις πρέπει να εξετάζονται και να αντιμετωπίζονται αμέσως, καθώς μπορεί να είναι απειλητικές ακόμα και για τη ζωή του νεογνού. Επίσης, οι γονείς του νεογέννητου βρίσκονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση και ζητούν απαντήσεις στα τεράστια ερωτήματά τους, αλλά και διαβεβαιώσεις και λύσεις για την υγεία του μωρού. Όλα τα παραπάνω απαιτούν ειδικές γνώσεις και εμπειρία σε τέτοιες καταστάσεις.

Στην **παιδική ηλικία** μπορεί αρκετά συχνά να εμφανιστούν προβλήματα. Όμως είναι λυπηρό ότι τα περισσότερα από αυτά δε γίνονται αντιληπτά και δεν αντιμετωπίζονται με την απαιτουμένη προσοχή από τους γονείς. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει τις βάσεις για σημαντικά γυναικολογικά προβλήματα στο μέλλον.

Οι κολπίτιδες αποτελούν τη συχνότερη γυναικολογική πάθηση στα μικρά παιδιά, καθώς λόγω της ανωριμότητας των γεννητικών οργάνων είναι πιο ευαίσθητα σε λοιμώξεις από μικρόβια. Επιβαρυντικός παράγοντας είναι η χρήση της πάνας, με την ενούρηση και την εγκόπριση να δημιουργούν πολλά προβλήματα, καθώς η μεταφορά κοπράνων μέσα στον κόλπο είναι εύκολη. Στα μικρά κορίτσια, η κακή υγιεινή στο σχολείο και η απειρία τους σε θέματα ατομικής υγιεινής, ιδίως μετά από τη χρήση της τουαλέτας, είναι ένα ακόμα πρόβλημα που συχνά προκαλεί κολπίτιδες. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι ερεθισμός στην «ευαίσθητη περιοχή», δυσάρεστη οσμή στα γεννητικά όργανα και αυξημένα κολπικά υγρά. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητη η εξέταση και καλλιέργεια των κολπικών υγρών, από το βάθος του κόλπου. Η λήψη από τα έξω γεννητικά όργανα, μας οδηγεί συνήθως σε λάθος απάντηση της εξέτασης και λάθος θεραπεία. Για να φτάσουμε στο βάθος του κόλπου και να κάνουμε σωστή λήψη των υγρών, εκμεταλλευόμαστε ένα μικρό άνοιγμα που υπάρχει φυσιολογικά στον παρθενικό υμένα όλων των κοριτσιών. Η εξέταση δεν κρύβει κανένα κίνδυνο όταν γίνεται από εξειδικευμένο και έμπειρο Παιδογυναικολόγο.

Επίσης, ένα από τα πιο σοβαρά και συχνά προβλήματα στα παιδιά είναι η εμφάνιση πρώιμης Ήβης, που χαρακτηρίζεται από πρόωρη ανάπτυξη μαστών ή/και τρίχωσης των γεννητικών οργάνων. Η διάγνωση και η αντιμετώπισή της πρέπει να είναι άμεση. Ο κυριότερος στόχος μας είναι να δώσουμε στο παιδί τη δυνατότητα να αναπτυχτεί σε ύψος και να μην καταλήξει με ένα χαμηλό τελικό ανάστημα.

**Τα γυναικολογικά προβλήματα των εφήβων** μοιάζουν αρκετά με αυτά των ενηλίκων γυναικών. Οι συχνότερες διαταραχές είναι οι ανωμαλίες της περιόδου. Πάρα

πολλές φορές, όταν πρωτοεμφανίζεται η περίοδος, υπάρχουν πολλές διαταραχές, μέχρι οι ορμόνες να βρουν την ισορροπία τους και να σταθεροποιηθεί ο κύκλος. Από τα πιο σημαντικά προβλήματα των γυναικών είναι το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, που πρωτοεμφανίζεται κυρίως κατά την Εφηβεία. Η διερεύνηση πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, με ορμονικές εξετάσεις αίματος και απεικονιστικές εξετάσεις, όπως π.χ. υπερηχογράφημα, και να βασίζεται σε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια. Η διάγνωση πρέπει να τίθεται με προσοχή, και όχι βιαστικά και επιπόλαια, με στόχο να μη φορτίσουμε ψυχολογικά μια Έφηβη και την οικογένειά της, με το βάρος μιας λανθασμένης διάγνωσης. Η σωστή αντιμετώπιση των διαταραχών της περιόδου στην Έφηβη πρέπει να είναι στοχευόμενη πάνω στην αιτία του προβλήματος, και όχι γενική ή αόριστη.

Η συχνότερη αιτία απουσίας από το σχολείο είναι ο πόνος κατά τη διάρκεια της «περιόδου». Αυτό το πρόβλημα δυσκολεύει πολύ την καθημερινότητα των Εφήβων, περιορίζει τις δραστηριότητές τους και μειώνει την ποιότητα ζωής τους. Με τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση, μπορούμε σήμερα να μειώσουμε ή ακόμα και να εξαφανίσουμε τον πόνο και να «απελευθερώσουμε» τις Έφηβες από τα ενοχλήματα.

Γενικότερα, τα προβλήματα με τα οποία ασχολείται ο Γυναικολόγος Παίδων και Εφήβων (Παιδογυναικολόγος), είναι πολλά και ποικίλλουν από περιπτώσεις ογκολογίας μέχρι και μαιευτικής. Για παράδειγμα, κάποια από τα πιο συχνά προβλήματα των Εφήβων είναι οι κύστες ωοθηκών που τρομάζουν γονείς και Έφηβη. Επίσης, η μόλυνση από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) είναι αρκετά συχνή, καθώς οι Έφηβοι είναι πιο ευάλωτοι. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι προσεκτική, συντηρητική και όχι επιθετική, με σκοπό να προστατεύουμε τη μελλοντική γονιμότητα των νεαρών κοριτσιών. Τεράστια σημασία έχει η σωστή πληροφόρηση για θέματα γονιμότητας και αντισύλληψης. Η άγνοια και η παραπληροφόρηση που υπάρχει στους Έφηβους, αυξάνει πολύ τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων, που χωρίς καμία αμφιβολία έχουν υψηλό κίνδυνο για επιπλοκές. Ο καλύτερος τρόπος για την προστασία από ανεπιθύμητες κυήσεις είναι η πρόληψη και η σωστή ενημέρωση, που γίνεται με μια απλή επίσκεψη και συζήτηση με τον Γυναικολόγο Εφήβων, αλλά και μέσα από ομιλίες και παρουσιάσεις σε σχολεία και συλλόγους.

Η πρώτη γυναικολογική εξέταση είναι δύσκολη για ένα παιδί ή μια Έφηβη. Ο Γυναικολόγος Παίδων και Εφήβων έχει την κατάλληλη εμπειρία και καθημερινή εξοικείωση με το νεαρό κορίτσι και την Έφηβη, ώστε η πρώτη επαφή γνωριμίας που θα έχει με τον Γυναικολόγο, να είναι μια θετική εμπειρία, που δεν θα το τραυματίσει ψυχικά, κάνοντας δυσάρεστη την γυναικολογική εξέταση για το υπόλοιπο της ζωής του. Προσπαθώντας να εξασφαλίσουμε την αναπαραγωγική υγεία μικρών κοριτσιών, αλλά και νέων γυναικών, πρέπει να προσφέρουμε ολοκληρωμένες υπηρεσίες γυναικολογικής υγείας. Στόχος είναι να προστατέψουμε τη δυνατότητα του μικρού κοριτσιού και της νέας γυναίκας να αποκτήσει τη δική της οικογένεια, όποτε αυτή το θελήσει.



# ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΓΥΚΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

## Γκρεμίζουμε τον «μύθο» της εμμηνόπαυσης.

**Γράφει η Κωνσταντία Κουλουμπή**
Χειρουργός Γυναικολόγος Μαιευτήρας, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ, Σύμβουλος Τμήματος Αισθητικής και Επανορθωτικης Γυναικολογίας.



Η έλευση της εμμηνόπαυσης (παύση της εμμήνου ρήσεως) συμβαίνει στη γυναίκα περίπου στο 51ο έτος της ηλικίας της. Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις πρόωρης εμμηνόπαυσης, από ιδιοπαθή ή από ιατρογενή αίτια (χειρουργική αφαίρεση ωοθηκών, χημειοθεραπείες κλπ).

Τα συμπτώματα είναι λίγο πολύ γνωστά σε όλες τις γυναίκες και προέρχονται αρχικά από την απότομη πτώση των γυναικείων ορμονών (οιστρογόνων και προγεστερόνης) και τέλος από την παντελή έλλειψη αυτών.

- Εφιδρώσεις και εξάψεις. Παρατηρείται στο 75% των γυναικών στην αρχή και στο 1/3 των γυναικών επιμένουν για πολλά χρόνια αν δεν παρέμβουμε θεραπευτικά.

- Αίσθημα παλμών, πονοκέφαλος, απώλεια συγκέντρωσης και μνήμης.

- Μεταβολές της διάθεσης (στεναχώρια, φόβος, άγχος, κλάμα χωρίς εμφανή λόγο).

- Νυχτερινές εφιδρώσεις, αϋπνία και διαταραχές στην ποιότητα του ύπνου. Τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για τη φάση REM του ύπνου, που είναι η στιγμή που ονειρευόμαστε, με αποτέλεσμα συνεχή κούραση και νευρικότητα.
  Αυτά είναι τα πρώτα συμπτώματα.

Λίγο αργότερα αρχίζει να υποφέρει το γεννητικό και ουροποιητικό σύστημα της γυναίκας. Η αιμάτωση και η παραγωγή κολλαγόνου και συνδετικού ιστού στην περιοχή, καθώς και η παραγωγή κολπικής βλέννας, είναι άμεσα συνδεδεμένα με την παραγωγή γυναικείων ορμονών. Στην εμμηνόπαυση, αυτή η έλλειψη ορμονών και κυρίως οιστρογόνων, δίνει συμπτώματα γνωστά ως **«ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης»,** όπως:

- Ουρολοιμώξεις, κολπίτιδες, συχνοουρία, ακράτεια από προσπάθεια (με βήχα ή δυνατό γέλιο), κνησμός και ξηρότητα του κόλπου, κολπική ατροφία, επώδυνη σεξουαλική επαφή (δυσπαρευνία), μειωμένη έως μηδενική σεξουαλική επιθυμία και ικανοποίηση, χαλάρωση του κόλπου και του αιδοίου. Στην εγκατεστημένη πλέον εμμηνόπαυση,

- Η υπέρταση, τα καρδιαγγειακά προβλήματα και η οστεοπόρωση χτυπούν έντονα και ύπουλα την πόρτα της γυναίκας.

Τα σημαντικότερα προβλήματα της εμμηνόπαυσης αντιμετωπίζει και λύνει με τεράστια επιτυχία σήμερα η **αισθητική και επανορθωτική γυναικολογία**.

Αυτός ο εξειδικευμένος κλάδος της Γυναικολογίας διαθέτει υπερσύγχρονα τεχνολογικά και φαρμακευτικά όπλα, τα οποία εξατομικεύονται ανάλογα με την ηλικία, το ιστορικό και τις ανάγκες της κάθε γυναίκας. **Η κάθε γυναίκα έχει το δικό της προσωπικό τρόπο θεραπείας, ώστε να είναι απόλυτα ασυμπτωματική και να έχει την ίδια ποιότητα ζωής όπως και πριν την εμμηνόπαυση.**

Η αισθητική και επανορθωτική γυναικολογία παρέχει *πρωτοποριακές ιατρικές υπηρεσίες*, σεβόμενη τη γυναικεία φύση και ψυχολογία.

- **LASER θεραπεία, Lifting κόλπου και κολπική ανανέωση (vaginal rejuvenation)**, με απόλυτη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Με τη νέα αυτή πρωτοποριακή και ελάχιστα επεμβατική θεραπεία, χρησιμοποιώντας την ενέργεια υπερσύγχρονων λέιζερ στον κόλπο, προκαλείται φυσική παραγωγή νέου κολλαγόνου και ελαστίνης με εντυπωσιακά και μακράς διαρκείας αποτελέσματα. Η θεραπεία γίνεται χωρίς χρήση αναισθησίας, είναι αναίμακτη, σχεδόν ανώδυνη και διαρκεί περίπου μισή ώρα. Σήμερα ξέρουμε από τις στατιστικές μας, ότι η θεραπεία με λέιζερ στον κόλπο είναι ικανή να αποκαταστήσει πλήρως την βλεννογόνο του κόλπου, να επαναφέρει το Ph του σε φυσιολογικά επίπεδα και έτσι να δώσει λύσεις στην ξηρότητα, στην ατροφία, στη δυσπαρευνία, στις επαναλαμβανόμενες ατροφικές κολπίτιδες, στην πρώτου βαθμού ακράτεια από προσπάθεια και όχι μόνο.

- **PRP (Platelet Rich Plasma)**
  Πρόκειται για μία ενέσιμη μεσοθεραπεία, με αυτόλογους αυξητικούς παράγοντες από ενεργοποιημένα αιμοπετάλια. Είναι μια σύγχρονη

> “Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΙ ΝΑ ΖΗΣΕΙ ΠΟΛΛΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ, ΑΦΟΥ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΑΝ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΖΩΗΣ. ΚΑΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΑ ΖΗΣΕΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ, ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΥΓΙΗΣ.”

μέθοδος κατά την οποία λαμβάνεται μέσω αιμοληψίας μικρή ποσότητα αίματος της ασθενούς, και έπειτα από ειδική επεξεργασία, χωρίς προσθήκη ξένων ουσιών, εγχύεται τοπικά στην περιοχή της βλάβης (κολπικό τοίχωμα, αιδοίο κλπ).

Το ειδικά επεξεργασμένο και εμπλουτισμένο πλάσμα (Platelet Rich Plasma) είναι πλούσιο σε κύτταρα όπως βλαστοκύτταρα και ενεργοποιημένα αιμοπετάλια καθώς και σε ενδογενείς πρωτεΐνες που ονομάζονται αυξητικοί παράγοντες. Η έγχυσή του τοπικά, στην πάσχουσα περιοχή, βοηθά την ταχεία αποκατάσταση της βλάβης μέσω της υψηλής αναγεννητικής και επιδιορθωτικής δράσης των παραγόντων που περιέχει. Έτσι λοιπόν η PRP μεσοθεραπεία αυξάνει την τοπική παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης και συμβάλλει στη σύσφιξη, στην ενυδάτωση και στην πάχυνση του τοιχώματος του κόλπου ενώ παράλληλα τονώνεται η διέγερση που προκαλείται κατά τη σεξουαλική επαφή.

- **Υαλουρονικό οξύ.** Το υαλουρονικό οξύ είναι μία πρωτεΐνη που υπάρχει αυτούσια στον οργανισμό μας σαν δομικό υλικό. Είναι ένα υδρόφιλο συστατικό που χαρίζει όγκο και ελαστικότητα. Είναι υπεύθυνο για την ενυδάτωση και τη λίπανση του δέρματος, των βλεννογόνων, των ιστών γενικότερα και έχει επουλωτική και αναπλαστική ικανότητα. Με το πέρασμα του χρόνου όμως και ειδικά την περίοδο της εμμηνόπαυσης η παραγωγή του μειώνεται δραστικά περίπου στο 50%. Σήμερα μπορούμε να εισάγουμε με μεσοθεραπεία το χαμένο υαλουρονικό οξύ στα σημεία που έχουν υποστεί βλάβη (όπως ο κόλπος και το αιδοίο), έχοντας στα χέρια μας απόλυτα ασφαλή και εξειδικευμένα υλικά για τη γεννητική περιοχή. Με το ειδικό υαλουρονικό οξύ πετυχαίνουμε ενυδάτωση και ελαστικότητα του κόλπου, κάνουμε lifting και αυξητική εξωτερικών χειλέων, καθώς και G-spotshot, δηλαδή αύξηση του όγκου και της αισθητικότητας του σημείου G του κόλπου για μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση. Η θεραπεία είναι ανώδυνη και η γυναίκα μπορεί να γυρίσει άμεσα στις καθημερινές της συνήθειες.

- **Τοπικές και συστημικές ορμονικές θεραπείες.**

- **Τοπικές και συστημικές μη ορμονικές θεραπείες.**

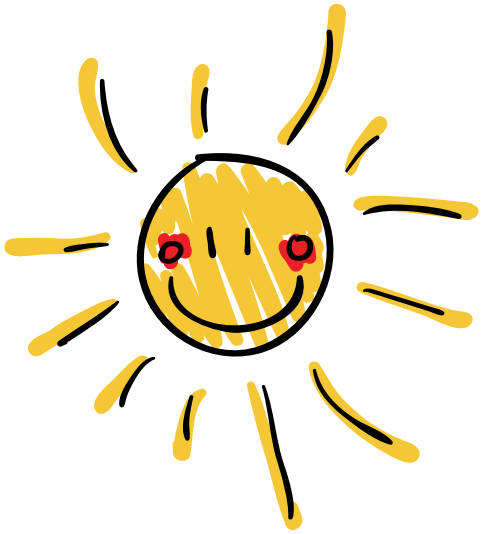
- **Άλλες εξατομικευμένες χειρουργικές θεραπείες.**

Αντιμετωπίζοντας συστημικά την εμμηνόπαυση, όπου αυτό είναι δυνατό, δεν λύνουμε μόνο προβλήματα εμφανή, αλλά και αυτά τα “σιωπηλά”, όπως η οστεοπόρωση και η καρδιαγγειακή νόσος.

Σήμερα ξέρουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό βλάβης στα οστά και στο ουρογεννητικό σύστημα της γυναίκας γίνεται ήδη μέσα στον πρώτο χρόνο της αμηνόρροιας (έλλειψη εμμήνου ρήσεως). Καμιά γυναίκα δεν μπορεί να εθελοτυφλεί απέναντι στην εμμηνόπαυση. Γι’ αυτό οφείλει να ζητήσει βοήθεια και λύση από εξειδικευμένο Γυναικολόγο από τις πρώτες κιόλας διαταραχές της περιόδου της, από τα πρώτα κιόλας συμπτώματα της εμμηνόπαυσης!

Η συμπτωματολογία και τα συνοδά προβλήματα που φέρνει η εμμηνόπαυση δεν είναι πλέον αποδεκτά από τη σύγχρονη γυναικολογία. Οι βλάβες που προξενεί πρέπει να προβλεφθούν και να καταπολεμηθούν. Η γυναίκα σήμερα έχει να ζήσει πολλά χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, αφού η ιατρική επιστήμη και η τεχνολογία διπλασίασαν τον μέσο όρο ζωής. Και πρέπει να τα ζήσει σωματικά, πνευματικά και σεξουαλικά υγιής.

Για πολλά πράγματα δεν παίρνουμε τις αποφάσεις εμείς. Ένα από αυτά είναι ότι η γυναίκα δεν μπορεί να αποφασίσει αν θα μπει ή όχι στην εμμηνόπαυση. **Μπορεί όμως και επιβάλλεται να αποφασίσει να μην επιτρέψει στην εμμηνόπαυση να την αγγίξει.**



# 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!**

Καταπραΰνει 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 ΙΚΕ**
Γραμμή Φροντίδας: 211 013 0158
e-mail: info@nutrimedical.gr | www.nutrimedical.gr

nutrimedical

# ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

**Γράφει η Μαρία Νατούδη, MD, PhD**
Χειρουργός Κέντρου Μεταβολικής Χειρουργικής & Παχυσαρκίας Κλινικής ΡΕΑ



Τα τελευταία χρόνια η παχυσαρκία έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις, με μεγάλο ποσοστό των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας να είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Πολλές γυναίκες επιλέγουν τη χειρουργική λύση για την απώλεια βάρους. Οι Βαριατρικές Επεμβάσεις δεν βελτιώνουν μόνο σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως ο διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση, αλλά μειώνουν και τον κίνδυνο επιπλοκών σε μία πιθανή εγκυμοσύνη.

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ;

Πρόκειται για χειρουργικές επεμβάσεις που παρεμβαίνουν στο γαστρεντερικό σωλήνα και οδηγούν στην απώλεια βάρους.

Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει ο όρος Μεταβολικό Χειρουργείο, καθώς η παρέμβαση στο γαστρεντερικό σωλήνα δεν έχει σαν στόχο μόνο την **απώλεια βάρους,** αλλά την ύφεση/θεραπεία του **διαβήτη και των λοιπών στοιχείων του μεταβολικού συνδρόμου** (αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία).

## ΤΥΠΟΙ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Υπάρχουν αδρά, δυο κατηγορίες Βαριατρικών Επεμβάσεων, οι περιοριστικού τύπου και οι δυσαπορροφητικές/ συνδυαστικές επεμβάσεις.

Στις **περιοριστικού τύπου** επεμβάσεις ανήκουν ο Γαστρικός Δακτύλιος και η Επιμήκης Γαστρεκτομή (μανίκι ή sleeve). Ο μηχανισμός απώλειας βάρους είναι ο περιορισμός πρόσληψης τροφής.

Στις **δυσαπορροφητικού/ μεικτού τύπου** επεμβάσεις ανήκει το κλασικό Gastric Bypass, η Παράκαμψη μιας αναστόμωσης (“mini”) και η Χολοπαγκρεατική Παράκαμψη. Η απώλεια βάρους σε αυτού του τύπου τις επεμβάσεις επιτυγχάνεται όχι μόνο με τον περιορισμό πρόσληψης τροφής, αλλά και με **τη δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών μέσω της παράκαμψης ενός τμήματος του λεπτού εντέρου.** Πρόκειται για πιο σύνθετες επεμβάσεις που **απαιτούν συστηματική παρακολούθηση και λήψη συμπληρωμάτων διατροφής.** Αυτό εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης, αλλά και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Η εκρηκτική αύξηση της παχυσαρκίας έχει οδηγήσει ταυτόχρονα και στη ραγδαία αύξηση των Βαριατρικών Επεμβάσεων.

Οι μισές Βαριατρικές Επεμβάσεις που διενεργούνται παγκοσμίως είναι σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Τι θα πρέπει να προσέχει όμως μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε Βαριατρική Επέμβαση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της λοχείας και φυσικά του θηλασμού;

***Ποια τα οφέλη μιας Βαριατρικής Επέμβασης για μια γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας;***

Η υπογονιμότητα δεν αποτελεί ένδειξη για χειρουργική επέμβαση απώλειας βάρους, ωστόσο η **γονιμότητα** της γυναίκας φαίνεται να αυξάνει μετά από μια Βαριατρική Επέμβαση.

Η σημαντική απώλεια βάρους που επιτυγχάνεται μετά από ένα Βαριατρικό Χειρουργείο οδηγεί σε **βελτίωση του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών.**

Μετά από μια Βαριατρική Επέμβαση **βελτιώνεται το μεταβολικό σύνδρομο** και οι συνοδές παθήσεις, όπως ο διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση. Συνεπώς, μειώνονται οι επιπλοκές που σχετίζονται με την παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πιθανότητα **προεκλαμψίας είναι μικρότερη** σε μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε επέμβαση απώλειας βάρους, σε σχέση με τις παχύσαρκες γυναίκες.

Τέλος, μειώνεται η πρόσληψη βάρους κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ δεν έχει φανεί διαφορά στα ποσοστά καισαρικής τομής.

Μετά από μια Βαριατρική Επέμβαση έχουμε λιγότερα ποσοστά μακροσωμίας και μικρότερο μέσο βάρος γέννησης του νεογνού. Δεν φάνηκε να υπάρχει καμία διαφορά στην προωρότητα, στον περιορισμό της εμβρυικής ανάπτυξης, στην εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών,

> ΚΑΘΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΑ ΤΑΚΤΙΚΑ FOLLOW-UP ΚΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

αυτόματων αποβολών ή την αυξημένη νεογνική θνησιμότητα.

Μελέτες που έχουν γίνει σε παχύσαρκες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε Βαριατρική Επέμβαση μετά την πρώτη εγκυμοσύνη δείχνουν σημαντικά μικρότερο αριθμό επιπλοκών στη δεύτερη εγκυμοσύνη, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το νεογνό.

Μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε Βαριατρική Επέμβαση θα πρέπει να συμβουλεύεται, όχι μόνο τον Χειρουργό της, αλλά και τον Γυναικολόγο. Κατά τη οξεία απώλεια βάρους μπορεί να εμφανίσει ολιγόρροια ή αμηνόρροια. Επίσης, η σύλληψη θα πρέπει να αποθαρρύνεται κατά τη μεγάλη απώλεια βάρους, δηλαδή τους πρώτους 12 με 18 μήνες. Αν και δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα, ίσως να υπάρχει κίνδυνος για αδυναμία ανάπτυξης του εμβρύου και προωρότητας και φυσικά αναστολή της απώλειας βάρους. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης κατά το πρώτο έτος είναι απαραίτητη η συνεργασία Βαριατρικού Χειρουργού και Γυναικολόγου.

***Τι θα πρέπει να προσέξει μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε Βαριατρική Επέμβαση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;***

Κάθε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας που έχει υποβληθεί σε επέμβαση απώλειας βάρους θα πρέπει **να παρακολουθεί τα τακτικά Follow-up και να υποβάλλεται στις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις.** Ιδιαίτερα οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δυσαπορροφητικού τύπου επεμβάσεις, όπως το Γαστρικό Bypass **θα πρέπει να λαμβάνουν συστηματικά συμπληρώματα διατροφής,** τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και κατά την περίοδο του θηλασμού **(ca, fe, folicacid, B12).**

Η ναυτία και οι έμετοι την περίοδο της εγκυμοσύνης μπορεί να οφείλονται στην κύηση, μπορεί ωστόσο, να οφείλονται σε μια πιθανή επιπλοκή του Βαριατρικού Χειρουργείου. Τέτοιες επιπλοκές είναι η απόφραξη του εντέρου (εσωτερική κήλη), το έλκος στομάχου ή η στένωση της αναστόμωσης μετά από Gastric Bypass.

Μεγάλη προσοχή και στις εγκύους με Γαστρικό Δακτύλιο και εμέτους. Οι έμετοι μπορεί να οφείλονται σε μετακίνηση του Δακτυλίου. Σε αδυναμία πρόσληψης βάρους θα πρέπει να χαλαρώσουμε τον Δακτύλιο.

Τέλος, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στις πιθανές **υπογλυκαιμίες** που μπορεί να εμφανιστούν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε Γαστρική Παράκαμψη χρειάζεται μεγάλη προσοχή στο σύνδρομο Dumping και την καμπύλη σακχάρου.

**Σε κάθε περίπτωση η συνεργασία Βαριατρικού Χειρουργού και Γυναικολόγου είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της κύησης, της λοχείας και φυσικά του θηλασμού.**

# SiderAL® Folico



Σίδηρος
Φυλλικό οξύ
Βιταμίνες C, D, $B_{12}$, $B_6$

## 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

ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΟΧΗΜΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΙΔΗΡΟΥ

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 ανεπιθυμήτων 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 ΛΑΚΤΟΖΗ

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 86295/1-10-2014
(Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ)

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

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

# ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

**Γράφει ο Δρ. Νικηφόρος Κλήμης, MD, PhD**
Χειρουργός – Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (ΠΜΣ) περιλαμβάνει διάφορα συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα, τα οποία παρατηρούνται μερικές ημέρες ή εβδομάδες πριν από την έμμηνο ρύση. Οι περισσότερες από τις γυναίκες δε θεωρούν αυτά τα συμπτώματα σοβαρά ή ικανά να αλλάξουν τον καθημερινό τους ρυθμό. Το ΠΜΣ χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση και αλλαγές στη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που προηγείται της εμμηνορυσίας.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Το ΠΜΣ αφορά γυναίκες, με έμμηνο ρύση. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 30 χρόνια. Το 75% του γενικού πληθυσμού παραπονείται για προεμμηνορυσιακά συμπτώματα. Όμως μόνο στο 3 με 8% των γυναικών διαγιγνώσκεται ΠΜΣ, λαμβάνοντας υπ΄ όψιν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια. Από εκείνες που ζητούν ιατρική υποστήριξη, το 40 με 50% απαντούν τα κριτήρια του ΠΜΣ. Αν στα διαγνωστικά κριτήρια συμπεριλαμβάνεται απουσία συμπτωμάτων μετά την έμμηνο ρύση, τότε το ποσοστό των γυναικών που χρήζουν πραγματικά ιατρικής βοήθειας είναι 10 με 20%.

## ΑΙΤΙΑ

Ο κατάλογος των προτεινόμενων μηχανισμών για το ΠΜΣ είναι εντυπωσιακά μεγάλος, αλλά κανένας από αυτούς δεν είναι ειδικός για να εξηγήσει την αιτία. Το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο είναι το αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ της έκκρισης στεροϊδών από τις ωοθήκες, οπιοειδών ενδογενών πεπτιδίων, νευρομεταβιβαστών, προσταγλανδινών και περιφερικών αυτόνομων και ενδοκρινών συστημάτων.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα του ΠΜΣ είναι ποικίλλα και μη ειδικά. Μερικά από αυτά παρατηρούνται και σε άλλες σωματικές διαταραχές. Μπορούμε να τα χωρίσουμε σε σωματικά και συναισθηματικά. Σε γυναίκες που παρουσιάζουν το ΠΜΣ σε έντονο βαθμό παρατηρούνται κυρίως συναισθηματικές διαταραχές.

Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν υπερευαισθησία, κατάθλιψη, ευερέθιστη και κυκλοθυμική τάση, άγχος, ένταση, φόβο απώλειας ελέγχου της κατάστασης και σύγχυση. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν πρήξιμο, πόνους, τάση στους μαστούς, πονοκεφάλους, αλλαγή στην όρεξη, πρόβλημα συγκέντρωσης, ναυτία και τάση για έμετο, ταχυκαρδίες και αύξηση βάρους.

Οι γυναίκες που εμφανίζουν κυρίως σωματικά συμπτώματα, είναι λιγότερο πιθανό να εντάσσονται στην ομάδα με σοβαρό ΠΜΣ.

Αν και γίνεται προσπάθεια να ομαδοποιηθούν τα συμπτώματα του ΠΜΣ, μέχρι τώρα δεν υπάρχει καμμία υποομάδα, η οποία να το χαρακτηρίζει.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν υπάρχουν κλινικές ή εργαστηριακές εξετάσεις ή αντικειμενικό εύρημα κατά την εξέταση για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του ΠΜΣ. Ουσιαστικά η διάγνωση βασίζεται στην αναφορά των συμπτωμάτων από την ασθενή, η οποία όμως είναι ανεπαρκής, αν δεν έχει παρατηρηθεί κατ΄επανάληψιν σε τουλάχιστον δύο ή τρείς κύκλους. Ο γιατρός οφείλει να παρατηρήσει αν τα συμπτώματα αυτά είναι έντονα πριν την έμμηνο ρύση και μειώνονται μετά. Επίσης, θα πρέπει να εμφανίζονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε να ενοχλούν τις φυσιολογικές λειτουργίες. Λιγότερο από 50% των γυναικών που διαμαρτύρονται για ΠΜΣ πληρούν την παραπάνω προϋπόθεση.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι σημαντικό να διαφοροποιήσουμε το ΠΜΣ από άλλες ψυχικές και σωματικές διαταραχές. Επειδή τα μη ειδικά συμπτώματά του μπορεί να συμπίπτουν με άλλα ψυχιατρικά, ενδοκρινολογικά ή γυναικολογικά, θα πρέπει να συνταχθεί ένας κατάλογος με διαφορικές διαγνώσεις.

| **Πίνακας 2.** Διαφορικά διαγνωστικά κριτήρια σε πιθανολογούμενη ΠΜΣ |
|---|
| Αναιμία |
| Ανορεξία ή βουλιμία |
| Χρόνιο ιατρικό πρόβλημα |
| Κατανάλωση αλκοόλ ή ναρκωτικών |
| Δυσμηνόρροια |
| Υποθυρεοϊδισμός |
| Παρενέργειες αντισυλληπτικών |
| Περιεμμηνόπαυση |
| Διαταραχές προσωπικότητας |

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Το ΠΜΣ σχετίζεται με μείζονες ψυχολογικές διαταραχές. Σε μία μελέτη αναφέρεται ότι το 59% των γυναικών με ΠΜΣ είχαν ένα ιστορικό διάγνωσης χαρακτηριζόμενο από άγχος ή ψυχική διαταραχή ή και τα δύο. Από τις γυναίκες με ΠΜΣ, το 30% με 76% έχουν ιστορικό κατάθλιψης, το οποίο είναι υψηλότερο από το 25% το οποίο παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό.



Επίσης, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η ψυχολογική διάθεση μετά την έμμηνο ρύση. Εμφάνιση έντονων συμπτωμάτων σε αυτή τη φάση του κύκλου, σημαίνει ότι το πρόβλημα επεκτείνεται πέραν του ΠΜΣ. Επίσης αν υπάρχουν και άλλες ψυχολογικές διαταραχές, αλλά αδιευκρίνιστης σοβαρότητας, τότε απαιτείται ψυχιατρική συμβουλή.

> “ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΝΑ ΕΚΤΙΜΗΘΕΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟ ΡΥΣΗ. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΝΤΟΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ, ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΠΕΚΤΕΙΝΕΤΑΙ ΠΕΡΑΝ ΤΟΥ ΠΜΣ.”

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Καταστάσεις όπως αναιμία, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και αγγειακή ασθένεια κολλαγόνου, όπως επίσης και ενδοκρινολογικές διαταραχές (διαβήτης, υποθυρεοϊδισμός), μπορούν να παρουσιαστούν με μη ειδικές ενοχλήσεις, όπως λήθαργο, αύξηση του βάρους, πόνους στο στομάχι, πρήξιμο και κακή διάθεση. Αν και η παρουσία τέτοιων συμπτωμάτων δεν προκαλεί διαγνωστικά διλήμματα, θα μπορούσαν να συσχετισθούν με ΠΜΣ. Αν υπάρχει υποψία για κάποια από τις παραπάνω διαταραχές, τότε πρέπει να γίνονται οι ανάλογες εκτιμήσεις.

Πόνος που συνδέεται με ΠΜΣ απαιτεί διερεύνηση. Για παράδειγμα, τάση στους μαστούς στο ΠΜΣ δε θα πρέπει να συγχέεται με φυσιολογικές αλλαγές των μαστών κατά τη διάρκεια του κύκλου ή ινοκυστική νόσο του μαστού.

## ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Συνήθως η πιο κοινή λανθασμένη διάγνωση για ΠΜΣ είναι η δυσμηνόρροια. Αυτό συμβαίνει, όχι λόγω συγκεχυμένων συμπτωμάτων, αλλά λόγω σύγχυσης στον ορισμό ή λόγω ανεπαρκούς ιστορικού. Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια, εξ ορισμού χαρακτηρίζεται από συνεχή συσπαστικό πόνο χαμηλά στην κοιλιά κατά την έμμηνο ρύση απουσία παθολογικής πυέλου. Ξεκινά μερικές ώρες πριν ξεκινήσει η έμμηνος ρύση, διαρκεί έως 72 ώρες και δεν έχει πρόδρομα συμπτώματα. Συνοδεύεται από διάρροια, ναυτία ή έμετο. Η αιτιολογία της είναι η παρουσία προσταγλανδινών της μήτρας, οι οποίες προκαλούν οδυνηρές μητρικές συσπάσεις. Αντιμετωπίζεται με μη στεροϊδικές αντιφλεγμονώδεις ουσίες ή αντισυλληπτικά χάπια.

Η δευτεροπαθής δυσμηνόρροια χαρακτηρίζεται από πόνο κατά την έμμηνο ρύση, ο οποίος προκαλείται από παθολογική πύελο, συνήθως ινομυώματα ή ενδομητρίωση. Αν μία ασθενής παρουσιαστεί με ΠΜΣ και η εξέταση της πυέλου δεν είναι φυσιολογική ή έχει ιστορικό γυναικολογικών προβλημάτων, τότε απαιτείται μία πιο εκτεταμένη διερεύνηση.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

| Θεραπευτικές επιλογές για το ΠΜΣ |
|---|
| Μείωση της καφεΐνης<br>Σωματική άσκηση<br>Διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες<br>Μείωση κατανάλωσης αλατιού |
| Ασβέστιο<br>Βιταμίνη Β6 Pyridoxine<br>Βιταμίνη Ε<br>Τεχνικές χαλάρωσης |
| Δαναζόλη (Danazol)<br>Οξετική Λευπροπελίνη (Leuprolide Acetate)<br>Αντισυλληπτικά<br>Υδροχλωρική Φλουοξετίνη [Fluoxetine (20mg)] |

Δεν υπάρχει κάτι που να «δουλεύει» για όλες τις ασθενείς. Η θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη και ο Γυναικολόγος πρέπει να αφιερώσει αρκετό χρόνο για να βοηθήσει τη γυναίκα.

e-Pipila



seca

SOEHLE



ZAZU

Dr Brown's Natural Flow®

Amēda

lorelli®

Εμπειρία
Επιτυχία
Ανάπτυξη
Αξιοπιστία
Ασφάλεια
Εξυπηρέτηση
Ευκολία
Ικανότητα

Από το 1978 στη **Νέα Ιωνία**
Από το 1998 στο Μαιευτήριο **Ιασώ**
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**

# ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

## Δυνατή όραση... Πολύχρωμη ζωή!

**Γράφει η Μαρία Ζώζολου, MD, PhD, FEBO**
Οφθαλμίατρος Παίδων & Ενηλίκων, Συνεργάτης της Κλινικής ΡΕΑ

Από τις πέντε αισθήσεις τις οποίες διαθέτει ο άνθρωπος, η όραση είναι ίσως η πιο θαυμαστή. Μας δίνει πλήθος πληροφοριών σχετικά με το περιβάλλον, περισσότερες ίσως από όλες τις υπόλοιπες αισθήσεις μαζί. Τα μάτια μας είναι ουσιαστικά μια προέκταση του ανθρώπινου εγκεφάλου που τον τροφοδοτούν με το 70-80% των πληροφοριών που δεχόμαστε από τον εξωτερικό κόσμο.

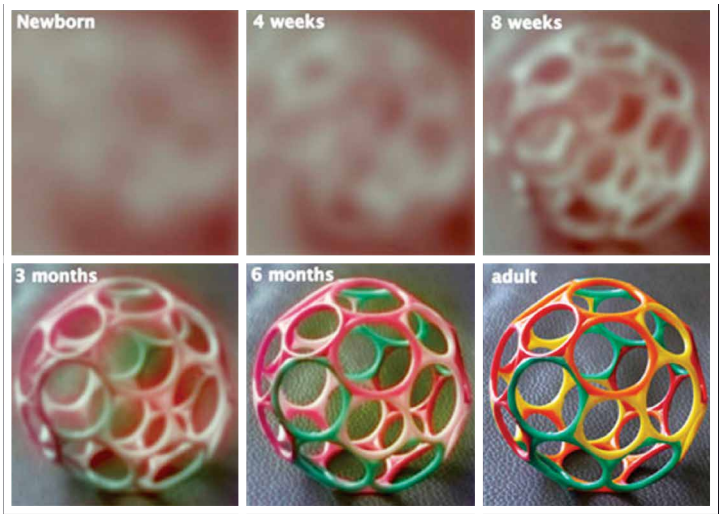
Ο τρόπος με το οποίο οι εικόνες από το περιβάλλον μεταφέρονται στον ανθρώπινο εγκέφαλο, ώστε να αξιολογηθούν, να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας και να αποθηκευθούν, είναι ένα από τα περισσότερο συναρπαστικά θέματα της τεχνητής ιατρικής. Η οπτική αντίληψη είναι μια ιδιαίτερα σύνθετη εγκεφαλική - νοητική λειτουργία, η οποία τελειοποιήθηκε μέσω της βιολογικής εξέλιξης και επιτρέπει στον άνθρωπο να γνωρίζει τον κόσμο που τον περιβάλλει και να αντιδρά αποτελεσματικότερα στα εξωτερικά ερεθίσματα.

Η ανθρώπινη φύση διαθέτει δύο οφθαλμούς, όχι από γενετικό καπρίτσιο ή για λόγους αναπλήρωσης σε περίπτωση απώλειας. Οι δύο οφθαλμοί παράγουν, ως δύο ανεξάρτητα όργανα, δύο διαφορετικές εικόνες για τα αντικείμενα που βλέπουμε, ενώ ο εγκέφαλος είναι τελικά το όργανο το οποίο αναλαμβάνει τη σύντηξη αυτών των δύο εικόνων σε μια τελική «τρισδιάστατη» εικόνα, ένα φωτογραφικό τοπίο δηλαδή, στο οποίο αποδίδεται η αίσθηση του βάθους.

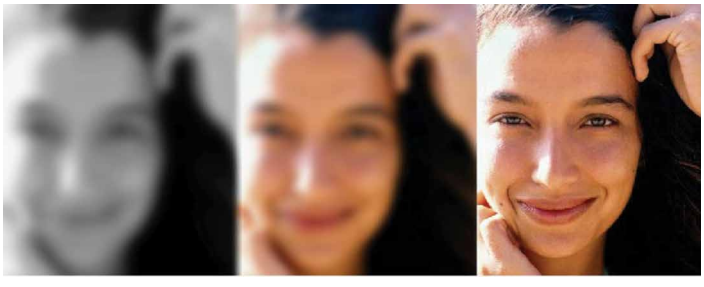
### Πώς βλέπει ένα νεογέννητο μωρό;

Το οπτικό σύστημα των νεογέννητων χρειάζεται αρκετούς μήνες για να αναπτυχθεί πλήρως, επειδή τα νευρικά κύτταρα στον αμφιβληστροειδή και στον εγκέφαλο δεν είναι ακόμη πλήρως ανεπτυγμένα. Ο κόσμος τους είναι λίγο ασαφής και έχουν την ικανότητα να ξεχωρίσουν μόνο το άσπρο και το μαύρο, βλέπουν δηλαδή σε αποχρώσεις του γκρι. Εστιάζουν στο πρόσωπο της μαμάς σε απόσταση περίπου 30 εκατοστών, απόσταση δηλαδή στήθους – ματιού της μαμάς. Πιο κοντά ή πιο μακριά τα πράγματα γίνονται πιο θολά. Στους 12 μήνες η όρασή τους για μακριά, βελτιώνεται στα 2 με 3/10, στους 24 μήνες φτάνει στα 6 με 7/10, και τα 10/10 επιτυγχάνονται στους 36 μήνες της ζωής.






**Νεογνό Βρέφος 3ων - 4ων μηνών**



**Βρέφος 6-12 μηνών**

## Για ποιο λόγο πρέπει να γίνεται τόσο νωρίς η πρώτη παιδοφθαλμολογική εξέταση;

Η όραση ως λειτουργία αναπτύσσεται μέσα στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Ο άνθρωπος μαθαίνει να βλέπει, ακριβώς όπως μαθαίνει και να μιλάει. Η εκμάθηση αρχίζει με τη γέννησή του και σταματά γύρω στο 7ο με 8ο έτος της ζωής του, περίοδος εξαιρετικά κρίσιμη για τη φυσιολογική ανάπτυξη της όρασης. Η πρώτη παιδοφθαλμολογική εξέταση πρέπει να γίνεται στο μαιευτήριο αμέσως μετά τη γέννηση έως και τον πρώτο μήνα της ζωής. Σκοπός είναι να αποκλειστούν παθήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα στους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος μόνιμης μείωσης της όρασης έως και τύφλωσης.

## Πώς γίνεται η οφθαλμολογική εξέταση του νεογνού;

Η εξέταση είναι ανώδυνη, χωρίς οποιαδήποτε επιβάρυνση για το μωρό και διαρκεί λίγα λεπτά. Διενεργείται στο μαιευτήριο από εξειδικευμένους Παιδοφθαλμίατρους. Μετά την ενστάλαξη μυδριατικών σταγόνων που προκαλούν

διαστολή της κόρης, ελέγχεται με βυθοσκόπηση η ανατομική ακεραιότητα και μορφολογία των ματιών του νεογνού. Στραβισμικές παρεκκλίσεις και διαθλαστικές ανωμαλίες αξιολογούνται λίγο αργότερα (3ος ή 6ος μήνας).

## Ποιες πιθανές παθήσεις ελέγχονται από τον Παιδοφθαλμίατρο στο μαιευτήριο;

Κατά την πρώτη παιδοφθαλμολογική εξέταση του νεογνού ελέγχουμε την ύπαρξη σοβαρών συγγενών ανατομικών ανωμαλιών όλων των τμημάτων του οφθαλμού, των βλεφάρων, της ίριδας, του κρυσταλλοειδούς φακού, του υαλώδους σώματος και του αμφιβληστροειδή χιτώνα.

Η νεογνική επιπεφυκίτιδα (1,6-12% των νεογνών) είναι μία φλεγμονή (επιπεφυκίτιδα) που μπορεί να εμφανιστεί κατά τον πρώτο μήνα της ζωής και συνοδεύεται από πυώδεις εκκρίσεις, οίδημα των βλεφάρων, συχνά με διόγκωση των λεμφαδένων στην περιοχή μπροστά από το αυτάκι του μωρού (προωτιαία λεμφαδενοπάθεια). Εάν χρειαστεί γίνεται λήψη επιχρισμάτων από τον βλεφαρικό επιπεφυκότα για την απομόνωση του παθογόνου παράγοντα και χορηγείται τοπικά και συστηματικά αντιβιοτική ή αντιική φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με τα αντίστοιχα θεραπευτικά πρωτόκολλα.

Παθήσεις όπως ο συγγενής καταρράκτης (συχνότητα 1 στις 400 γεννήσεις) και το πρωτοπαθές συγγενές γλαύκωμα (1/10.000-12.000 γεννήσεις) πρέπει να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν άμεσα στους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, ώστε να περιοριστεί ο κίνδυνος μόνιμης μείωσης της όρασης έως και τύφλωσης. Το πρωτοπαθές συγγενές γλαύκωμα (αγόρια/κορίσια 5:2) θεωρείται υπεύθυνο για το 4-18% των τυφλών παιδιών παγκοσμίως και στο 75% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρη πάθηση. Είναι παρούσα κατά τη γέννηση, η κλινική της όμως συμπτωματολογία μπορεί να εμφανισθεί στους πρώτους μήνες της ζωής.

Με την πρώτη βυθοσκόπηση αποκλείουμε την ύπαρξη σοβαρών υποαμφιβληστροειδικών αιμορραγιών καθώς και όγκων στο βυθό του ματιού, που δυνητικά απειλούν την ίδια τη ζωή του μωρού. Ένας τέτοιος όγκος είναι το ρετινοβλάστωμα, ένας κακοήθης όγκος του αμφιβληστροειδή, ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί στη βρεφική ηλικία και αν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα,μπορεί να σωθεί ακόμη και ο οφθαλμός του παιδιού.



> “ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΑΠΟ ΠΑΙΔΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, ΣΤΟΝ 6ο - 12ο ΜΗΝΑ, ΣΤΟ 3ο ΚΑΙ 5ο ΕΤΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΑΚΟΛΟΥΘΩΣ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ.”

Η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας μπορεί να εμφανιστεί σε πρόωρα νεογνά <37 εβδ. κύησης, χαμηλού βάρους γέννησης <1500gr, που (δυνητικά) εκτέθηκαν σε συνθήκες υψηλής συγκέντρωσης οξυγόνου. Σε κάθε περίπτωση επιβάλλεται ο έλεγχος των πρόωρων νεογνών στη θερμοκοιτίδα τους από εξειδικευμένους Παιδοφθαλμίατρους.

### Πότε πρέπει να γίνεται ο επόμενος παιδοφθαλμολογικός έλεγχος;

Νεογνά χωρίς κάποιο κλινικό πρόβλημα, αλλά τα οποία έχουν, είτε επιβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό, είτε κάποιο εύρημα που εγείρει υποψίες για οφθαλμολογική πάθηση, επανελέγχονται, συνήθως, στον 3ο μήνα της ζωής τους.

Σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις (WHO, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), (AAPOS, Αμερικανική Εταιρεία Παιδοφθαλμολογίας & Στραβισμού), (EPOS, Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδοφθαλμολογίας & Στραβισμού) κάθε παιδί πρέπει να εξετάζεται προληπτικά από Παιδοφθαλμίατρο στο μαιευτήριο αμέσως μετά τη γέννηση, στον 6ο-12ο μήνα, στο 3ο και 5ο έτος της ζωής του και ακολούθως μία φορά το χρόνο.

Μια από τις σημαντικότερες στιγμές στη γέννηση ενός παιδιού είναι η στιγμή που ανοίγει τα ματάκια του και σας αντικρίζει για πρώτη φορά! Το οπτικό μας σύστημα λειτουργεί σαν μία έγχρωμη φωτογραφική μηχανή, είναι καταγραφέας της μνήμης και ένα όργανο στοχασμού και περιπλάνησης. Η διαταραχή στην ανάπτυξη της όρασης ή ακόμη και η απώλειά της, προκαλεί σοβαρά προβλήματα στη διαβίωση και τις



καθημερινές δραστηριότητες του ανθρώπου. Η πρώτη παιδοφθαλμολογική εξέταση πρέπει να γίνεται στο μαιευτήριο αμέσως μετά τη γέννηση έως και τον πρώτο μήνα της ζωής. Εξασφαλίστε για το μωράκι σας μία υγιή ζωή, γεμάτη χρώματα και όμορφες παραστάσεις, θέτοντας νωρίς τα θεμέλια για μια φυσιολογική και δυνατή όραση.

# ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

**Γράφει η Αθανασία Τσαλίκη, MD**
Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Τα απαραίτητα λιπαρά οξέα αποτελούν θρεπτικό συστατικό για την υγεία και λειτουργικότητα του σώματος, δεν παράγονται από τον οργανισμό γι' αυτό πρέπει να ληφθούν από τη διατροφή. Είναι 2 ειδών τα Ω-3 και τα Ω-6. Και τα δυο είναι απαραίτητα για την καλή ανάπτυξη του νεογνού στην ενδομήτρια ζωή. Στο τρίτο τρίμηνο ένα έμβρυο έχει ανάγκη από 70 mg/ την ήμερα από Ω-3 και άλλα τόσα Ω-6.

Η διατροφή στο δυτικό κόσμο είναι πλούσια σε Ω-6. Τα βρίσκουμε στο αραβοσιτέλαιο, καρδαμέλαιο, ηλιέλαιο.

Ελάχιστα τρόφιμα περιλαμβάνουν Ω-3, όπως τα ψάρια (σολομός, σαρδέλα, σκουμπρί, πέστροφα, τόνος, βακαλάο, γλώσσα), θαλασσινά (μύδια, στρείδια, χτένια, αχιβάδες, γαρίδες), ιχθυέλαια και σε μικρότερες συγκεντρώσεις στο tofu, αμύγδαλα, καρύδια και μερικά φυτικά ελαία όπως το λινέλαιο (λαδί από λιναρόσπορο).

Τα Ω-3 είναι το εικοσαπεντανοϊκό οξύ (EPA), το Α-λινολενικό οξύ (ALA) και το δοκοσοεξανοϊκό οξύ (DHA). Ιδιαιτέρα το DHA είναι σημαντικό συστατικό του ανθρώπινου εγκεφάλου, παίρνει μέρος στο μεταβολισμό της ινσουλίνης του εμβρύου, ανάπτυξης και εξέλιξης, δημιουργίας αιμοφόρων αγγείων και δημιουργία και ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Μέσος όρος δόσης Ω-3 είναι 200-300mg/ ήμερα που συνιστάται στις έγκυες που δεν τρώνε ψάρια στη δίαιτά τους. Λόγω πιθανής τοξικής μόλυνσης των θαλασσινών, κάποιες γυναίκες αρνούνται να καταναλώσουν ψάρια στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η απαραίτητη δόση DHA είναι τουλάχιστον 200mg την ημέρα. Στην Αμερική οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία καταναλώνουν ελάχιστο ψάρι (πηγή Ω3), περίπου 20mg την ημέρα, έτσι ελάχιστη ποσότητα περνάει στο έμβρυο. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η κοινωνικότητα και η διανοητική ικανότητα βελτιώνονται μέσω της καλύτερης λήψης Ω3 στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Υπάρχει έρευνα που αποδεικνύει ότι οι έγκυες με υψηλοτέρα επίπεδα DHA παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στη λοχεία.

> "ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ ΕΙΝΑΙ 2 ΕΙΔΩΝ ΤΑ Ω-3 ΚΑΙ ΤΑ Ω-6. ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΖΩΗ."

Στην Αυστραλία μια έρευνα απέδειξε ότι όταν οι έγκυες κατανάλωναν 800mg DHA καθημερινά γεννιούνταν λιγότερα πρόωρα νεογνά (πριν τις 34 εβδομάδες κύησης), λιγότερα χαμηλού βάρους (κάτω των 2500gr).

Τα νεογνά που οι μητέρες τους κατανάλωναν συμπληρώματα Ω-3 στη δίαιτά τους είχαν μειωμένες πιθανότητες πνευματικής και σωματικής καθυστέρησης στη μετέπειτα ζωή τους. Παρουσίαζαν πιθανότητα λιγότερων αλλεργικών αντιδράσεων, μειωμένα ποσοστά νεανικού διαβήτη και καλύτερη ποιότητα ύπνου. Ήταν πολύ πιο χαμηλό το συνολικό νούμερο εισαγωγών στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών και λιγότεροι νεογνικοί θάνατοι.

Μια ακόμη έρευνα απέδειξε οτι έγκυες με χαμηλή κατανάλωση Ω-3 είχαν 7,6 φόρες παραπάνω πιθανότητα να παρουσιάσουν προ-εκλαμψία.

Γενικά οι γυναίκες που κάνουν καθημερινή λήψη Ω-3 έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο μαστού, οστεοπόρωση και Alzheimer.

Είναι τόσα πολλά τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν τα Ω-3. Η πιθανότητα τοξικής μόλυνσης θαλασσινών μπορεί να μειωθεί χάρη στις επισταμένες εξετάσεις από την επιτροπή υγειονομικού ελέγχου τροφίμων.

Άτομα vegetarian ή vegan μπορούν να προμηθευτούν Ω-3 από έλαια που προέρχονται από μικροφύκη (Schizochytrium sp.) που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βιομάζα.

Σωστή διατροφή, χωρίς περιβαντολλογική μόλυνση μακροπρόθεσμα θα έχει σίγουρα απίστευτη επίπτωση στη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας.



# ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΒΡΕΦΩΝ ΚΑΙ ΜΙΚΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

**Γράφουν η Μαρία Σκουρολιάκου**, Επίκουρη Καθηγήτρια Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, Επιστημονική Σύμβουλος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ
**και η Κατερίνα Κούτρη**, Διατροφολόγος – Διαιτολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

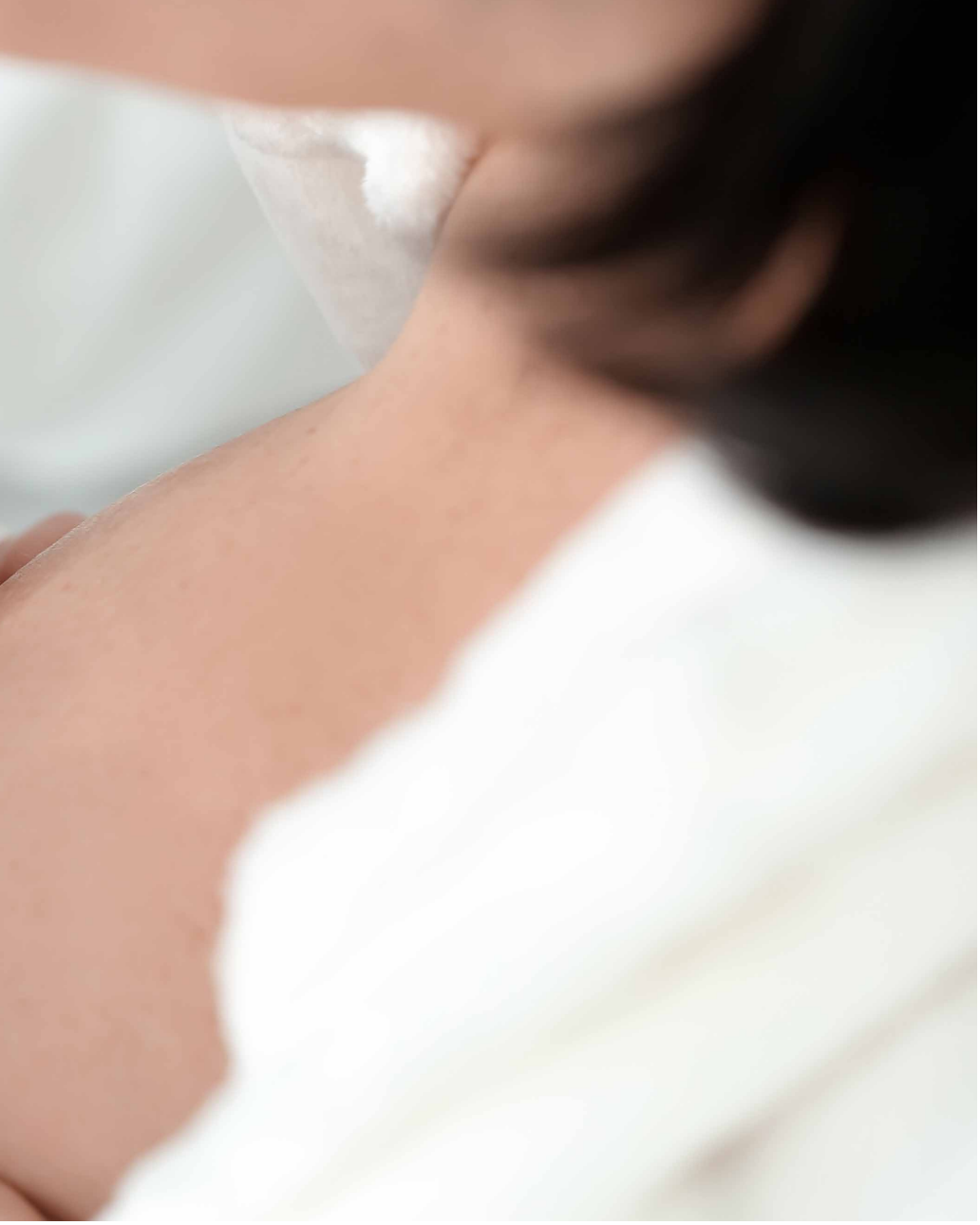
## ΟΙ ΠΡΩΤΟΙ ΜΗΝΕΣ...

*"Τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν αποκλειστικά για τους 6 πρώτους μήνες της ζωής τους, για να έχουν την ιδανική αύξηση, ανάπτυξη και υγεία. Μετά την περίοδο αυτή, και προκειμένου να καλυφθούν οι αυξανόμενες διατροφικές τους ανάγκες, τα βρέφη πρέπει να σιτίζονται με ασφαλή και επαρκή συμπληρωματική τροφή, ενώ παράλληλα συνεχίζουν το μητρικό θηλασμό έως τα δύο χρόνια της ζωής ή και περισσότερο."*

**Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού (2003)**

Από τη γέννηση του παιδιού σας και **μέχρι τη συμπλήρωση των πρώτων έξι μηνών** το **μητρικό γάλα** είναι η **μοναδική** και **αναντικατάστατη** πηγή για τη σίτισή του. Σε περίπτωση που δε θηλάσετε το μωρό σας μπορεί να λαμβάνει **γάλα 1ης βρεφικής ηλικίας**.

Το μητρικό γάλα περιέχει την **ιδανική ισορροπία** θρεπτικών συστατικών που είναι απόλυτα προσαρμοσμένη στις ανάγκες του βρέφους, ενώ μεταβάλλεται συνεχώς για να καλύψει τις ανάγκες του παιδιού που μεγαλώνει. Η σύσταση του γάλακτος είναι διαφορετική α) όταν η μητέρα **γεννά στις 38-40 εβδομάδες** σε σχέση με τον **πρόωρο τοκετό,** β) κατά **τις πρώτες ημέρες** (πρωτόγαλα) σε σχέση με το γάλα **μετά τις πρώτες** 10 ημέρες από τον τοκετό (ώριμο γάλα), γ) στην **αρχή** (πλούσιο σε υδατάνθρακες – πιο υδαρές) σε σχέση με το τέλος



(πλούσιο σε λίπος και πρωτεΐνες – πιο παχύρρευστο) του **ίδιου θηλασμού.**

Το μητρικό γάλα είναι **εύπεπτο,** ενώ η κύρια πρωτεΐνη του σπάνια προκαλεί αλλεργία στο μωρό. Περιέχει μεγάλο αριθμό **προστατευτικών παραγόντων** οι οποίοι μεταφέρονται από τη μητέρα στο μωρό και ενισχύουν την άμυνα του οργανισμού του, αυξάνοντας σημαντικά την αντοχή σε ασθένειες (κυρίως λοιμώξεις). Μεταφέρει **αρώματα** και **γεύσεις** από τη διατροφή σας στο παιδί το οποίο σταδιακά αποκτά ανοχή στις τροφές που καταναλώνετε και προστατεύεται από την εμφάνιση **αλλεργικών αντιδράσεων** σε αυτές (μέσω της επαφής του εντέρου του με ίχνη των τροφών).

Σίγουρα η ζωή μας τρέχει γρηγορότερα από εμάς και για πολλές γυναίκες ο θηλασμός μπορεί να φαντάζει **εμπόδιο** ή απλά μια **δύσκολη προσπάθεια** που θα δυσκολέψει ακόμα περισσότερο τη νέα ζωή με ένα μωρό. Σίγουρα δεν είναι για όλες τις γυναίκες το ίδιο εύκολος. Οφείλουμε να δώσουμε το χώρο και το χρόνο στη νέα μας πραγματικότητα και με σύμμαχο τη **σωστή ενημέρωση** να κάνουμε το καλύτερο για εμάς και το παιδί μας.

## Ο ΠΡΩΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ...

Μέχρι την συμπλήρωση του πρώτου χρόνου ζωής, οι περισσότερες από τις θερμίδες που καταναλώνει το παιδί σας καθημερινά πρέπει να προέρχονται από το μητρικό γάλα ή το γάλα εμπορίου. Στους έξι μήνες ζωής το βρέφος έχει αυξημένη ανάγκη για τροφές πλούσιες σε μέταλλα και ιχνοστοιχεία, όπως ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος. Είναι σημαντικό η **εισαγωγή στερεών τροφών** να γίνεται με παράλληλη συνέχιση του μητρικού θηλασμού κατά απαίτηση του παιδιού.

Πρέπει να αρχίσετε να εισάγετε σταδιακά στερεές τροφές ξεκινώντας από **βρασμένα λαχανικά εποχής** με **ελαιόλαδο, ζωμό κρέατος, κρέας** και **φρέσκα φρούτα εποχής**. Πριν το κλείσιμο των 7 μηνών είναι απαραίτητο να εισαχθούν δημητριακά που περιέχουν **γλουτένη** και στη συνέχεια **όσπρια, γιαούρτι** πλήρες, **ανάλατο τυρί** πλήρες (όχι φρέσκο γάλα πριν το κλείσιμο των 12 μηνών) και **ψάρι**.

**Παραδείγματα** λαχανικών που μπορούν αρχικά να δοθούν είναι: καρότο, κολοκυθάκι, κολοκύθα, πατάτα, γλυκοπατάτα, μπρόκολο, κουνουπίδι, ντομάτα. Ενδεικτικά η αρχική ποσότητα κρέατος είναι περίπου στα **30 γραμμάρια.** Το κρέας πρέπει να συνδυάζεται κυρίως με λαχανικά και όχι με δημητριακά ή τυρί για να μην εμποδίζεται η απορρόφηση του σιδήρου. **Δημητριακά** (όχι ολικής άλεσης) που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι βρώμη, κριθαράκι, αστράκι, ζυμαρικά, πλιγούρι, ρύζι, κινόα, τραχανάς. Τα **έτοιμα** βρεφικά προϊόντα

*(βρεφικές κρέμες, επιδόρπια γιαουρτιού, έτοιμα γεύματα σε βαζάκια)* **δεν** πρέπει να συνιστούν **βασική επιλογή** στο καθημερινό διαιτολόγιο του βρέφους. Τα **φρέσκα τρόφιμα** είναι **περισσότερο θρεπτικά** με **λιγότερα απλά σάκχαρα** και αλάτι ενώ προσφέρουν μεγαλύτερη ποικιλία γεύσεων. Στόχος είναι το βρέφος να συνηθίσει γεύσεις και τρόφιμα του οικογενειακού τραπεζιού και όχι επεξεργασμένες τροφές.

Ανάλογα με την ετοιμότητα του παιδιού και πάντα υπό επίβλεψη, είναι απαραίτητο να δώσουμε στο παιδί **ευκαιρίες για μάθηση στην μάσηση μη αλεσμένων,** μαλακών τροφών (κομμάτι μπανάνας, βρασμένου λαχανικού). Εάν ενδιαφέρεστε για αυτόν τον τρόπο εισαγωγής στερεών τροφών συμβουλευτείτε έγκυρες πηγές για το **baby led weaning**.

**Αποφεύγουμε** αλάτι, μπαχαρικά, πιπέρι, μαγειρεμένο λάδι, ζάχαρη, μέλι (μόνο για τον πρώτο χρόνο), φρουτοποτά, τσάι και ροφήματα βοτάνων.

**Εμπιστευτείτε** το παιδί σας και συνεργαστείτε μαζί του συνειδητά. **Ενθαρρύνετε** το βρέφος να φάει, αλλά μην το πιέζετε να καταναλώσει όλο το φαγητό. Μην ταΐζετε πολύ γρήγορα αλλά και μην παρατείνετε πολύ το χρονικό διάστημα του φαγητού. Μην ταΐζετε το μωρό σας όταν μπουσουλάει ή περπατάει ή παίζει, η σίτιση πρέπει να γίνεται σε κατάλληλο χώρο και περιβάλλον, χωρίς το παιδί να αποσπάται από άλλες δραστηριότητες.

## ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟ ΧΡΟΝΟ...

Στόχος είναι μέχρι τη συμπλήρωση του πρώτου έτους (το αργότερο έως 18 μηνών) το παιδί να τρώει φαγητό (χωρίς αλάτι) από το **οικογενειακό τραπέζι** στα πλαίσια της μεσογειακής διατροφής με τρόφιμα όσο γίνεται πιο αληθινά, αγνά, φρέσκα, εποχής, τοπικά παραγόμενα, χωρίς συντηρητικά



και μη επεξεργασμένα. Δώστε έμφαση **σε τακτικά προγραμματισμένα γεύματα** (3 κύρια γεύματα και ενδιάμεσα σνακ) και σε **καλά λιπαρά** που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη του εγκεφάλου τους (ελαιόλαδο, αβοκάντο, φυστικοβούτυρο, ταχίνι, πλήρες παραδοσιακό πρόβειο γιαούρτι, ψάρι, ξηροί καρποί).

Σε σύγκριση με το πρώτο έτος ζωής, **ο ρυθμός αύξησης επιβραδύνεται σημαντικά** με φυσική συνέπεια τη μειωμένη όρεξη. Επιπλέον, στην ηλικία αυτή συμβαίνουν **γνωστικές και συναισθηματικές αλλαγές** που θα επηρεάσουν και τη διατροφική συμπεριφορά. Η αύξηση της **αυτονομίας**, επίσης, επηρεάζει τη διατροφή και το παιδί μπορεί να εμφανίσει επιλεκτικότητα ή και απροθυμία να δοκιμάσει νέα τρόφιμα.

**Τι πρέπει να κάνουμε όταν ένα παιδί αρνείται να φάει;** Τα παιδιά μπορεί να τρώνε ευχάριστα ένα συγκεκριμένο φαγητό για κάποιο διάστημα και ξαφνικά να αρνούνται να το φάνε ή να μην τρώνε καθόλου ή να τρώνε μονομερώς (μακαρόνια με κιμά και μπιφτέκι). Τα νήπια **δεν μπορούν** να κατανοήσουν ότι πρέπει να τρώνε ισορροπημένα και υγιεινά. Μπορεί να προσπαθείτε συνεχώς να έχει το παιδί σας θρεπτικά γεύματα και σνακ, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι θα τα καταναλώνει απαραίτητα με τον τρόπο που τα προσφέρετε. Το πιο πιθανό είναι να επιλέγει μονομερώς ή όχι ολοκληρωμένο το γεύμα που το προσφέρετε και αυτό να το εξισορροπήσει με την πάροδο του χρόνου. Η κατανάλωση τροφής είναι μια ικανότητα που **χρειάζεται χρόνο για να αναπτυχθεί.** Η πίεση στο φαγητό μπορεί να δημιουργήσει ένα αγχωτικό περιβάλλον για το παιδί σας καθιστώντας έτσι λιγότερο πιθανό να θέλει να δοκιμάσει κάτι καινούριο ή ακόμα και να φάει το γεύμα του.

**Σεβαστείτε** την αυξανόμενη αυτονομία του παιδιού σας. Δεν είναι δική σας δουλειά τι και πόσο θα φάει το παιδί σας, αλλά δική του. Η δική σας δουλειά είναι να του προσφέρετε καθημερινά μια ποικιλία ποιοτικών, υγιεινών και ισορροπημένων γευμάτων και σνακ. Εάν επιτρέπετε στα παιδιά σας να τρώνε με τους όρους τους (από τα τακτικά προγραμματισμένα γεύματα και σνακ που παρέχετε) χωρίς πρόσθετη πίεση θα δημιουργήσετε το χώρο που χρειάζονται για να χτίσουν την εμπιστοσύνη τους με τα τρόφιμα και το σώμα τους.

## BE A GOOD ROLE MODEL!

- Όλη η οικογένεια στο τραπέζι! **Τα παιδιά μαθαίνουν μέσα από το παράδειγμά μας.** Η ισορροπημένη διατροφή των γονέων αποτελεί πρότυπο και μπορεί να επηρεάσει θετικά τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών.

- Βάλτε στο ψυγείο και στα ντουλάπια σας υγιεινά τρόφιμα που είναι εύκολα προσβάσιμα (αληθινό γιαούρτι, ψωμί από προζύμι, σκληρά τυριά πλήρη σε λιπαρά, κεφίρ, ταχίνι, φυστικοβούτυρο, ξηρούς καρπούς, παστέλι).

- Σνακ: το παιδί σας μπορεί να φάει πίτσα, κέικ, κρέπα, muffin, σάντουιτς, μπάρες δημητριακών, pancakes, μερέντα, μαρμελάδα.... Το μυστικό; Σπιτικά, **παρασκευασμένα με αγνά υλικά!**

- Σε περίπτωση που χρειαστεί να καταναλώσει συσκευασμένο τρόφιμο...**ελέγξτε τη διατροφική ετικέτα** και αποφύγετε προϊόντα που έχουν πολλές από τις λέξεις, οι οποίες αντιπροσωπεύουν τα πρόσθετα σάκχαρα: καστανή ζάχαρη, λευκή ζάχαρη, σιρόπι καλαμποκιού υψηλής φρουκτόζης (high-fructosecornsyrup), σιρόπι καλαμποκιού (cornsyrup), σιρόπι βύνης, σιρόπι σφενδάμου, γλυκαντική ουσία (φρουκτόζη), συμπυκνώματα χυμών φρούτων, σακχαρόζη.

- **Αποφύγετε** να χρησιμοποιείτε **τρόφιμα** ως **ανταμοιβή** ή **δωροδοκία** ή **τιμωρία**.

- Επιλέξτε νερό αντί για αναψυκτικά, χυμούς εμπορίου και ποτά που περιέχουν πρόσθετα σάκχαρα.

- Περιορίστε το χρόνο που σπαταλούν τα παιδιά μπροστά από την τηλεόραση, τον υπολογιστή και βιντεοπαιχνίδια.

# ΔΙΑΙΤΑ ΑΝΕΥ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ.
## Πόσο χρήσιμη είναι τελικά;

**Γράφει ο Μιχαήλ Π. Γαλανόπουλος, MD, PhD, FESBGH**

Γαστρεντερολόγος - Ηπατολόγος - Επεμβατικός Ενδοσκόπος, Στρατιωτικός Ιατρός, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαγνωστική και Επεμβατική Ενδοσκόπηση, Ειδικευθείς στο ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», στο Royal Free Hospital και Leeds Teaching Hospital της Αγγλίας, Κάτοχος Ευρωπαϊκού Διπλώματος Γαστρεντερολογίας, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Η δίαιτα άνευ γλουτένης (ΔΑΓ) θεωρείται επί της παρούσης η μόνη γνωστή και αποτελεσματική θεραπεία για την Κοιλιοκάκη (εντεροπάθεια από δυσανεξία στη Γλουτένη), μια αυτοάνοση πάθηση που εμφανίζεται σε γενετικά προδιαθετημένα άτομα τα οποία αναπτύσσουν ανοσολογική αντίδραση έναντι της γλουτένης. Στις ΗΠΑ, σχεδόν το 1% του πληθυσμού πάσχει από τη νόσο. Παρόλα αυτά, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι σύμφωνα με δημοσκόπηση το 2018, το 21% του αμερικάνικου πληθυσμού προσπάθησε να εντάξει ενεργά τη ΔΑΓ στο καθημερινό διατροφολόγιό του, φαινόμενο που το συναντάμε γενικά στις δυτικές κοινωνίες όπως και στην Ελλάδα.

Επομένως, ένα εύλογο ερώτημα είναι για ποιο λόγο κάποιος να αποφεύγει τα προϊόντα που περιέχουν Γλουτένη από τη στιγμή που η μόνη εγκεκριμένη ένδειξη για την αποφυγή τους είναι η αντιμετώπιση της δυσανεξίας-αλλεργίας στη Γλουτένη; Πάμε να δούμε τα δεδομένα:

---

**1/**
30% αυτών που εφαρμόζουν τη ΔΑΓ πιστεύουν ότι είναι πιο υγιεινή. Ισχύει όμως κάτι τέτοιο; Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η ΔΑΓ συχνά σχετίζεται με ελλείψεις σε φυτικές ίνες ολικής άλεσης (έμμεσα μία αύξηση στον καρδιαγγειακό κίνδυνο), σε ιχνοστοιχεία και βιταμίνες (π.χ. βιταμίνη D, βιταμίνη B12 και φολικό οξύ) και σε μέταλλα (π.χ. σίδηρος, ψευδάργυρος, μαγνήσιο και ασβέστιο). Επιπλέον, είναι γνωστό ότι η ΔΑΓ μπορεί να περιέχει περισσότερη ζάχαρη και κορεσμένα λιπαρά από το διατροφολόγιο που περικλείει Γλουτένη. Αποτελέσματα μελετών από το National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) έδειξαν ότι η ΔΑΓ σχετίζεται με την ανάπτυξη του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 στους ανθρώπους που δεν έχουν Κοιλιοκάκη. Επιπρόσθετα, από δεδομένα του NHANES, ανευρίσκονται υψηλότερα επίπεδα αρσενικού στα ούρα και υδραργύρου, μόλυβδου και καδμίου στο αίμα, ως συνέπεια της ΔΑΓ λόγω συχνότερης λήψης τροφών (όπως ψάρι και ρύζι) που μπορούν να περιέχουν υψηλές συγκεντρώσεις αυτών των βαρέων μετάλλων. Τέλος, η αυστηρή ΔΑΓ πέρα από τις οργανικές-

> “Η ΔΙΑΙΤΑ ΑΝΕΥ ΓΛΟΥΤΕΝΗΣ (ΔΑΓ) ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ Η ΜΟΝΗ ΓΝΩΣΤΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ (ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΗ ΓΛΟΥΤΕΝΗ).”

σωματικές επιπλοκές μπορεί να επηρεάσει και την ψυχική σφαίρα μιας και σχετίζεται με την ανάπτυξη άγχους, στην προσπάθεια της πλήρους αποφυγής γλουτένης.

---

**2/**
Υπάρχει μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων που δεν έχουν Κοιλιοκάκη, αλλά παρουσιάζουν συμπτώματα τρώγοντας τροφές που περιέχουν Γλουτένη (non-celiac gluten sensitivity). Απ’ ό,τι φαίνεται σε αυτά τα άτομα μπορεί να υπάρχει μία αντίδραση σε άλλα συστατικά της τροφής πλην του σιταριού, ενώ σημαντική θεωρείται η πιθανότητα παρουσίας του φαινομένου “nocebo” όταν κάποιος δηλαδή, επιδεινώνει από μόνος του την κατάσταση της υγείας του, μέσω αρνητικής αυθυποβολής.

---

**3/**
Επίσης η ΔΑΓ βάσει ερευνών δεν ενισχύει τις αθλητικές επιδόσεις.

---

**4/**
Η θετική επίδραση της ΔΑΓ στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και στον αυτισμό δεν έχει αποδειχθεί, ενώ όσον αφορά στη σχιζοφρένεια, αταξία και στην πολυνευροπάθεια χρειάζονται περισσότερες μελέτες.

Βάσει όλων των ανωτέρω το ερώτημα είναι: αξίζει να υποβάλλουμε τον εαυτό μας σε μία τέτοια απαιτητική δίαιτα με όλους τους πιθανούς κινδύνους ή και τα αναμφίβολα αποτελέσματα, χωρίς τουλάχιστον να συμβουλευτούμε έναν ειδικό, ώστε να εξακριβώσουμε κατά πόσον ανήκουμε σε αυτήν την ομάδα ατόμων που το έχει πραγματικά ανάγκη;

# ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ: Άμεση αποκατάσταση χωρίς ταλαιπωρία

**Γράφει ο Δρ. Γεώργιος Ηλίας, MD, MSc, PhD**
Γενικός Χειρουργός – Λαπαροσκόπος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Μια από τις συχνότερες αιτίες εισαγωγής στο χειρουργείο μπορεί, χάρη στην εξέλιξη της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, να αντιμετωπιστεί ενδοσκοπικά με τον πλέον ανώδυνο, αναίμακτο και άμεσο τρόπο.

Ο λόγος για τη βουβωνοκήλη, η οποία αποτελεί τη συνηθέστερη μορφή κήλης και ταλαιπωρεί κάθε χρόνο εκατομμύρια ασθενείς σε όλον τον πλανήτη.

Βουβωνοκήλη ονομάζεται η πρόπτωση μέρους του εντέρου στην περιοχή του δεξιού ή του αριστερού βουβωνικού πόρου και μπορεί να απειλήσει την υγεία του ασθενούς αν αμεληθεί και υποστεί περίσφιξη.

Σε αυτή την περίπτωση, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος διάτρησης του εντέρου και περιτονίτιδας. Γι' αυτό, η βουβωνοκήλη πρέπει να χειρουργείται άμεσα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έξαρση στην εμφάνισή της, η οποία συνδέεται με την αντίστοιχη αύξηση των φαινομένων παχυσαρκίας και χρόνιας δυσκοιλιότητας, απόρροια του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών που έχουν επικρατήσει στις δυτικές κοινωνίες.

Ως συνέπεια και με το πέρασμα των χρόνων, η βουβωνοκήλη, εμφανίζεται ολοένα και πιο συχνά σε ηλικίες πολύ μικρότερες των 50 ετών, όταν πάσχουν από παχυσαρκία.

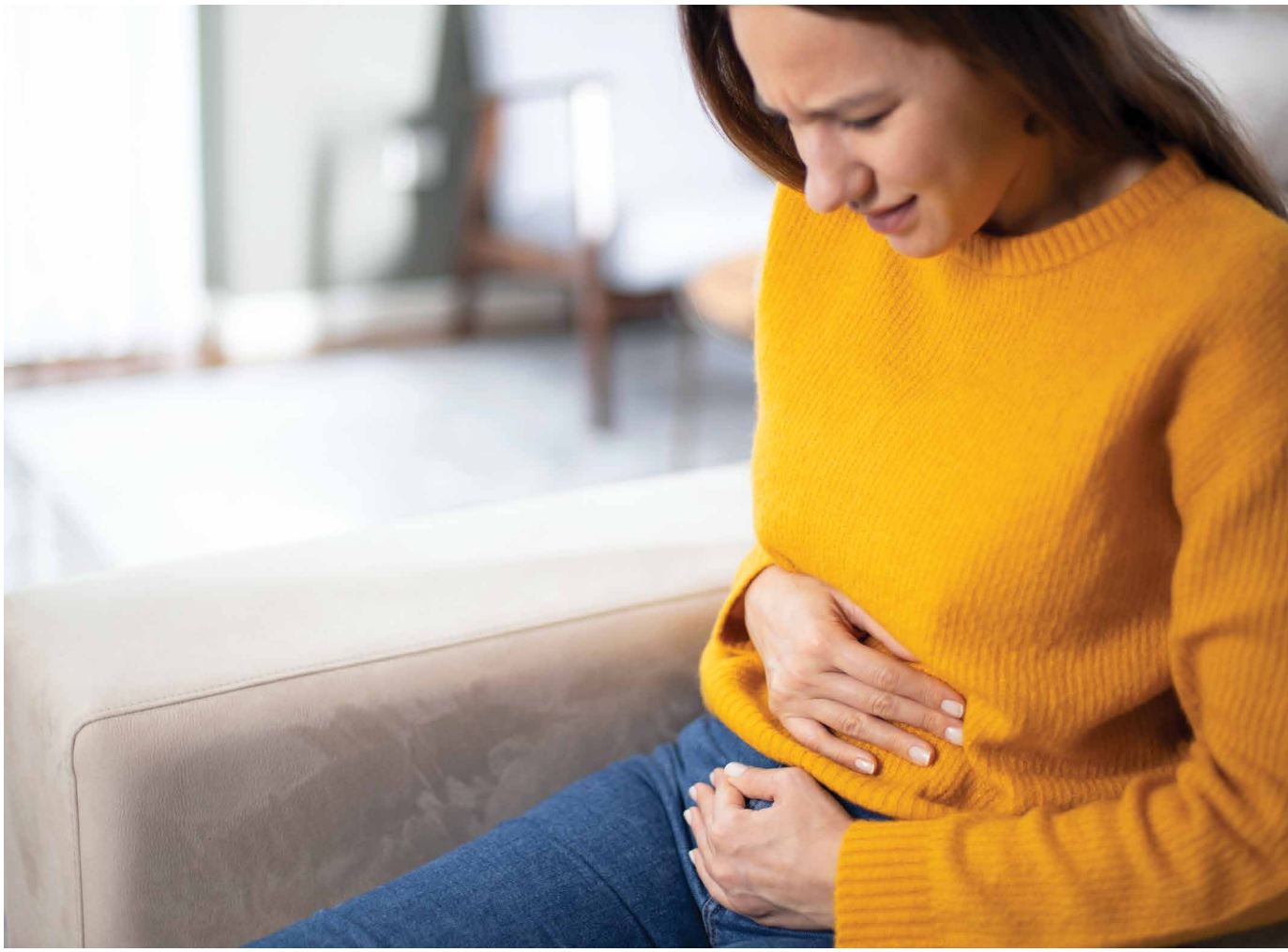
## ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η βουβωνοκήλη εμφανίζεται πολύ συχνότερα σε άνδρες παρά σε γυναίκες, είτε εκ γενετής (συγγενής), είτε στην πορεία της ζωής (επίκτητη). Όταν δεν είναι εκ γενετής, έχει ως βασική αιτία την άσκηση υψηλής ενδοκοιλιακής πίεσης. Ο πιο συνήθης υπαίτιος είναι η παχυσαρκία, ενώ ακολουθούν ο έντονος βήχας, η δυσκοιλιότητα και ειδικά η χρόνια, η βαριά σωματική άσκηση ή εργασία που απαιτεί έντονη σωματική καταπόνηση και η εγκυμοσύνη.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Το συχνότερο σύμπτωμα της βουβωνοκήλης είναι μια διόγκωση στη βουβωνική περιοχή, η οποία τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από άλγος. Ο πόνος επιδεινώνεται όταν αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση, για παράδειγμα κατά το βήμα, το γέλιο ή τη σωματική άσκηση.

Η διάγνωση της βουβωνοκήλης γίνεται με μια απλή κλινική εξέταση. Σπανιότερα ενδέχεται να γίνει χρήση απεικονιστικών μεθόδων, όπως η υπερηχογραφία και η μαγνητική τομογραφία, κυρίως για να αποκλειστούν άλλες πιθανές αιτίες του πόνου στη βουβωνική περιοχή, όπως συμφύσεις, σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, προστατίτιδα, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και άλλες.



## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης της βουβωνοκήλης είναι ο χειρουργικός. Αρχικά, χρησιμοποιούνταν οι ανοικτές χειρουργικές μέθοδοι, όμως τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με τη χρήση ενδοσκοπικών τεχνικών.

Οι τελευταίες προσφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα έναντι των ανοικτών επεμβάσεων, με κύρια την κατακόρυφη μείωση των υποτροπών που ενίοτε συνοδεύονταν από άκρως επώδυνη μετεγχειρητική πορεία.

Ειδικότερα, η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα σε σχέση με την ανοικτή μέθοδο:

- Βέλτιστο αισθητικό αποτέλεσμα και μηδαμινή απώλεια αίματος. Κατά την επέμβαση γίνονται μικροτομές λίγων χιλιοστών, οι οποίες μετά από δέκα ημέρες δεν αφήνουν σημάδι ή ουλές.
- Ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος. Δεν προκαλείται βλάβη στους μύες, όπως στο ανοικτό χειρουργείο.
- Μηδαμινά ποσοστά υποτροπής. Όταν η επέμβαση γίνεται από έμπειρο και εξειδικευμένο Χειρουργό, το ποσοστό υποτροπής περιορίζεται κάτω του 1%.
- Άμεση επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες. Ο ασθενής λαμβάνει εξιτήριο λίγες ώρες μετά το χειρουργείο και από την επομένη ημέρα επιστρέφει στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Η χρήση των ενδοσκοπικών τεχνικών έφερε πραγματική επανάσταση στην αποκατάσταση της βουβωνοκήλης.

Θα πρέπει, ωστόσο, να τονιστεί και η σημασία επιλογής Χειρουργού με μεγάλη εμπειρία και υψηλή εξειδίκευση στη λαπαροσκόπηση, προκειμένου να διασφαλιστεί το βέλτιστο αισθητικό αποτέλεσμα και ο ελάχιστος κίνδυνος υποτροπής.

# ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ, ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ. ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

**Γράφει ο Ιωάννης Π. Ζουριδάκης MD, MSc**
Χειρουργός Πεπτικού - Λαπαροσκόπος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



## Τι είναι οι πέτρες στη χολή;

Οι πέτρες στη χολή, ως πάθηση, περιγράφεται ιατρικά ως χολολιθίαση, και υποδηλώνει μικρούς ή μεγάλους λίθους (πέτρες), που σχηματίζονται εντός της χοληδόχου κύστης. Υπολογίζεται ότι μία στις δύο γυναίκες και ένας στους τρείς άνδρες, πάσχει από χολολιθίαση.

Το μέγεθος των λίθων διαφέρει από λίγα χιλιοστά (μικρολιθίαση, κρύσταλλοι), έως σπανιότερα και ολόκληρο το μέγεθος της χοληδόχου κύστης. Μπορεί να υπάρχει ένας λίθος (μονήρης χολολιθίαση), ή πολλοί λίθοι εντός της χοληδόχου κύστης διαφόρων μεγεθών (πολλαπλή χολολιθίαση).

Όσο πιο μικρές είναι οι πέτρες, τόσο πιο επικίνδυνες είναι για την εμφάνιση επιπλοκών.

Η χοληδόχος κύστη λειτουργεί σαν αποθηκευτικός χώρος, όπου αποθηκεύεται το υγρό (η χολή), η οποία παράγεται στο ήπαρ. Κατά τη διάρκεια των γευμάτων, γίνεται σύσπαση της χοληδόχου κύστης, προκειμένου η χολή να εισέλθει στο έντερο και να διευκολύνει την πέψη των τροφών.

Η χολολιθίαση μπορεί εύκολα να παρουσιάσει επιπλοκές. Στην περίπτωση που υπάρχουν πέτρες, μπορούν να παρασυρθούν μαζί με τη χολή και να φράξουν τα σωληνάκια που οδηγούν στο έντερο (χοληφόρα) και έτσι να προκληθεί ίκτερος ή και φλεγμονή των χοληφόρων, (χολαγγειίτιδα).

Μπορεί επίσης να περάσουν στο παγκρεατικό πόρο και ν' ακολουθήσει η αρκετά επικίνδυνη επιπλοκή της παγκρεατίτιδας. Οι πέτρες στη χολή μπορούν να ερεθίσουν το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης και να προκαλέσουν τη φλεγμονή του (χολοκυστίτιδα), είτε να την αποφράξουν στο ύψος του κυστικού πόρου και να μην μπορεί να αδειάσει το περιεχόμενό της στο έντερο, προκαλώντας επείγουσα κατάσταση (ύδρωπας), ή να δημιουργήσουν απόστημα (εμπύημα).

Μπορούν επίσης να διαβρώσουν το τοίχωμα της χοληδόχου, να το τρυπήσουν και να δημιουργήσουν συρίγγια με το έντερο ή ακόμα και να προκαλέσουν ειλεό, όταν η πέτρα εισέλθει στο έντερο, με όλες τις συνέπειες της επείγουσας κατάστασης του ειλεού (ειλεός εκ χολολίθου).

Για όλους τους παραπάνω λόγους, εξυπακούεται ότι από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση της χολολιθίασης, τυχαία ή μη, έστω και χωρίς υποκειμενικά συμπτώματα, πρέπει οπωσδήποτε να επισκεφτούμε το συντομότερο τον Χειρουργό μας, ο οποίος κατά τη κρίση του θα προτείνει τη χειρουργική αντιμετώπιση με άμεσο ή προγραμματισμένο χειρουργείο (**Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή**), πριν φτάσουμε στις επιπλοκές.

## Τι είναι οι πολύποδες χοληδόχου κύστης;

Η πολυποδίαση της χοληδόχου κύστης ή αλλιώς πολύποδες της χολής, είναι μικρές προεξοχές του εσωτερικού περιβλήματος της χοληδόχου κύστης εντός του αυλού της και είναι ένα αρκετά συχνό εύρημα.

Αν και υπάρχει η πιθανότητα οι πολύποδες χοληδόχου κύστης να οδηγήσουν στην ανάπτυξη καρκίνου (κακοήθεις), το 95% των περιπτώσεων είναι ακίνδυνοι (καλοήθεις). Οι συνηθέστερες μορφές πολυπόδων της χοληδόχου κύστης, είναι οι εξής:

1. Οι χοληστερινικοί πολύποδες σε ποσοστό περίπου 60%. Είναι ψευδείς πολύποδες γιατί δημιουργούνται από τη συσσώρευση κρυστάλλων και είναι συνήθως πολλαπλοί. Είναι ακίνδυνοι όσον αφορά στην εξαλλαγή τους σε κακοήθεια, αλλά επικίνδυνοι όταν ξεκολλήσουν από το τοίχωμα της χοληδόχου για πρόκληση επιπλοκών, όπως χολοκυστίτιδα και παγκρεατίτιδα.

2. Οι φλεγμονώδεις πολύποδες, απλά επάρματα του εσωτερικού της χοληδόχου κύστης, λόγω φλεγμονής, δεν

εξαλλάσσονται ποτέ.

3. Οι αδενωματώδεις πολύποδες, είναι συνήθως μονήρεις και εν δυνάμει εξαλλάσσονται σε κακοήθεια, όπως το αδενοκαρκίνωμα χοληδόχου κύστης, ένας αρκετά επιθετικός όγκος.

4. Οι αδενομυωματώδεις πολύποδες, εμφανίζονται κυρίως στον πυθμένα της χοληδόχου κύστης και μπορούν σπανιότερα να εξαλλαγούν σε κακοήθεια.

> Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗΣ Ή ΤΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΕΝΑ ΑΠΛΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΑΝΩ ΚΟΙΛΙΑΣ. ΣΕ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ Ή ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΑΝΩ ΚΟΙΛΙΑΣ (MRCP).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ασθενείς με πέτρες στη χολή και κυρίως με πολύποδες, δεν εμφανίζουν συμπτώματα και η χολολιθίαση ή η πολυποδίαση χοληδόχου κύστης ανακαλύπτεται τυχαία σε προληπτικό εργαστηριακό έλεγχο με υπερηχογράφημα. Συνήθως όμως υπάρχουν, σε οξεία ή υποβόσκουσα μορφή, κυρίως στη χολολιθίαση, αλλά και στη πολυποδίαση, όταν συνυπάρχει με χολολιθίαση, τα παρακάτω συμπτώματα:

- Άλγος κάτω από το δεξιό πλευρικό τόξο (δεξιό υποχόνδριο), με ενδεχόμενη επέκταση στο επιγάστριο και στη δεξιά ωμοπλάτη, σχετιζόμενο πολλές φορές με τη λήψη τροφής.
- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια δυσπεψίας με ρεψίματα και πικρίλα στο στόμα.
- Ναυτία και Έμετος.
- Πιθανός Ίκτερος.
- Πυρετός (χολοκυστίτιδα ή χολαγγειίτιδα).

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της χολολιθίασης ή των πολυπόδων της χοληδόχου κύστης γίνεται με ένα απλό υπερηχογράφημα άνω κοιλίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται έλεγχος με αξονική τομογραφία ή μαγνητική άνω κοιλίας (MRCP).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Χολολιθίαση.** Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί τη μοναδική και οριστική αντιμετώπιση της χολολιθίασης και συνίσταται στην αφαίρεση της χοληδόχου κύστης (χολοκυστεκτομή).

Η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης σήμερα πραγματοποιείται πλέον λαπαροσκοπικά. Ο Χειρουργός ανοίγει μια μικρή τομή στην κοιλιά, κάτω από τον ομφαλό και φουσκώνει την κοιλιά με ειδικό αέριο (διοξείδιο του άνθρακα), ώστε να σχηματιστεί ένας θόλος (τεχνητό πνευμοπεριτόναιο). Στη συνέχεια δια της τομής αυτής, εισάγεται μία ψηφιακή κάμερα, η οποία συνδέεται με ένα monitor και εμφανίζεται στην οθόνη ολόκληρη η περιτοναϊκή κοιλότητα.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι η ποιότητα του λαπαροσκοπικού πύργου, δηλαδή των ψηφιακών χειρουργικών εργαλείων, είναι υψίστης σημασίας για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης. Τα χειρουργικά αυτά εργαλεία στο νοσοκομείο ΡΕΑ, είναι πραγματικά τελευταίας τεχνολογίας.
Με τη διάνοιξη πρόσθετων μικρών τομών μισού εκατοστού, εισάγονται ειδικά εργαλεία και επιτελείται η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης, παρακολουθώντας το monitor.

Σε οξείες περιπτώσεις, στις οποίες υπάρχει μεγάλη φλεγμονή (π.χ. αποστήματα κλπ), μπορεί να μετατραπεί η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης από λαπαροσκοπική σε κλασική ανοικτή μέθοδο.
Γι΄ αυτό το λόγο είναι καλύτερο ο ασθενής να προγραμματίσει

εγκαίρως μια λαπαροσκοπική αφαίρεση όταν η νόσος θα βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, παρά να έρθει αντιμέτωπος με μια οξεία φλεγμονή και να χρειαστεί να υποβληθεί σε ανοικτό χειρουργείο.

**Πολύποδες χοληδόχου κύστης.** Η διαχείριση των τυχαίως ανευρεθέντων πολυπόδων της χοληδόχου κύστης σε υπερηχογραφικό έλεγχο, είναι αμφισβητήσιμη. Το εύρημα αυτό μπορεί να είναι προβληματικό, τόσο για τον Ακτινολόγο, όσο και για τον κλινικό γιατρό που παρέπεμψε τον ασθενή για υπέρηχο. Για την αντιμετώπιση των πολυπόδων της χοληδόχου κύστης, δημιουργήθηκαν κοινές κατευθυντήριες οδηγίες από την Ευρωπαϊκή Γαστρεντερολογική Εταιρεία και Κοιλιακής Ακτινολογίας (ESGAR), την Ευρωπαϊκή Ένωση Ενδοσκοπικής Χειρουργικής και άλλων επεμβατικών τεχνικών (EAES), τη Διεθνή Εταιρεία Χειρουργικής Πεπτικού - Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία (EFISDS) και την Ευρωπαϊκή Ενδοσκοπική Γαστρεντερολογική Εταιρεία (ESGE).

Σύμφωνα λοιπόν με τις κατευθυντήριες οδηγίες των εταιρειών αυτών, προέκυψαν τα εξής:

- Η θεραπεία των πολυπόδων της χοληδόχου κύστης εξαρτάται κυρίως από το μέγεθός τους, λόγω της πιθανότητας εξαλλαγής του σε κακοήθεια.
- Η χολοκυστεκτομή συνιστάται **πάντοτε** για πολύποδες της χοληδόχου κύστης **πάνω από 10 mm**.
- Η διαχείριση των πολυπόδων κάτω από 10 mm, εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και των πολυπόδων.
- Η διαχείριση των πολυπόδων **έως 6 mm**, δεν χρειάζονται χειρουργείο, αλλά συχνή **παρακολούθηση**.

  Αυτό σημαίνει σύμφωνα με τις οδηγίες, υποχρεωτικά υπέρηχο σε 6 μήνες, 1 χρόνο, σε 3 χρόνια και σε 5 χρόνια. Εάν μεγαλώνουν πάνω από 2 χιλιοστά το μήνα, χρειάζεται άμεσο χειρουργείο.
- Η διαχείριση των πολυπόδων **από 6-9 χιλιοστά δεν χρειάζονται χειρουργείο, εκτός** εάν συνυπάρχουν στον ασθενή, οι εξής **παράγοντες κινδύνου** για κακοήθεια χοληδόχου κύστης:

  **1.** Ηλικία πάνω από 50 ετών.

  **2.** Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

  **3.** Άμισχος πολύποδας, συμπεριλαμβανομένου και του εστιακού πάχους του τοιχώματος, εάν είναι πάνω από 4 χιλιοστά.

  Η παρακολούθηση εδώ γίνεται υποχρεωτικά με υπέρηχο σε 6 μήνες σε 1 χρόνο σε 2, σε 3, σε 4 και σε 5 χρόνια.

Εάν ο ασθενής έχει τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια στη χοληδόχο κύστη και πολυποδίαση 6-9 mm, συνιστάται χολοκυστεκτομή, **εάν ο ασθενής είναι κατάλληλος για χειρουργική επέμβαση και δέχεται να χειρουργηθεί.**

Εάν μαζί με τους πολύποδες, συνυπάρχει χολολιθίαση ή κρύσταλλοι που είναι κολλημένοι στο τοίχωμα κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο ή λάσπη, τότε ανεξαρτήτως μεγέθους, συστήνεται υποχρεωτικά **Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή**.

Η **Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή** είναι πλέον επέμβαση ρουτίνας. Υπολογίζεται ότι μία στις δύο γυναίκες και ένας στους τρείς άνδρες, πάσχει από χολολιθίαση ή πολυποδίαση της χοληδόχου κύστης και πρόκειται να υποβληθεί, ή έχει υποβληθεί σε Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή.

Η εγχείρηση είναι ελάχιστα επεμβατική μέθοδος, διαρκεί περίπου 45 λεπτά με μία ώρα, αναλόγως τις ανατομικές συνθήκες, έχει ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο και γρήγορη επανένταξη στη καθημερινότητα.

# ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

**Γράφει ο Ευάγγελος Α. Σπυρόπουλος**
Χειρουργός Ουρολόγος, Αρχιπλοίαρχος (ΥΙ) ΠΝ εα, Διδάκτωρ Ιατρικής ΕΚΠΑ, τ. Πρόεδρος Τμήματος Ουροδυναμικής - Νευροουρολογίας – Γυναικολογικής Ουρολογίας της Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

### ΓΕΝΙΚΑ

Ο όρος ουροδυναμικός έλεγχος (ή εξέταση ή μελέτη), περιγράφει ένα σύνολο κλινικο-εργαστηριακών εξετάσεων που παρέχουν αντικειμενικές πληροφορίες για τη λειτουργία των οργάνων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος και διενεργούνται με προηγμένης τεχνολογίας και υψηλής ευαισθησίας ηλεκτρονικά συστήματα ψηφιακής καταγραφής, ανάλυσης και επεξεργασίας σημάτων ηλεκτρικής δραστηριότητας από τα όργανα αυτά.

Σκοπός των ουροδυναμικών εξετάσεων είναι η αντικειμενική καταγραφή και μελέτη των παραμέτρων λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως, της ουρήθρας, του προστάτη και του πυελικού εδάφους, σε ασθενείς που περιγράφουν συμπτώματα διαταραχών της ούρησης, μέσω «τεχνητής αναπαραγωγής» των συνθηκών κάτω από τις οποίες εμφανίζονται τα συμπτώματα αυτά. Οι σημαντικές πρόοδοι της Ουροδυναμικής - Νευροουρολογίας κατά τα τελευταία έτη, μας επέτρεψαν να κατανοήσουμε πληρέστερα τη φυσιολογία του κατώτερου ουροποιητικού και αυτή η γνώση του φυσιολογικού, μας έδωσε τη δυνατότητα να προσεγγίσουμε σε βάθος την ανάλυση του παθολογικού. Έτσι, τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών σε συνδυασμό με άλλα ευρήματα που προκύπτουν από τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση, την ακτινολογική απεικόνιση και την ενδοσκόπηση του ουροποιητικού, συμβάλλουν στην ακριβέστερη διάγνωση της φύσης των διαταραχών ούρησης και στη λήψη της καταλληλότερης θεραπευτικής απόφασης.

Είναι μικρής βαρύτητας επεμβατικές διαγνωστικές διαδικασίες που διενεργούνται από εξειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό (ειδικός Ουρολόγος, νοσηλεύτρια/τής, τεχνική υποστήριξη) προκειμένου να εκτελεστούν και αξιολογηθούν σωστά ενώ, σημαντική παράμετρο για την ομαλή διεξαγωγή τους και τη λήψη αξιόπιστων αποτελεσμάτων, αποτελεί η καλή ενημέρωση, συνεργασία και συμμόρφωση του εξεταζομένου προς τις παρεχόμενες οδηγίες. Πραγματοποιούνται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, το Ουροδυναμικό Εργαστήριο, που εξασφαλίζει συνθήκες άνεσης, οικειότητας και ιδιωτικότητας στον ασθενή και η χρονική διάρκεια της διαδικασίας κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 40’-45’ ενώ, είναι ουσιαστικά ανώδυνη αφού ο ασθενής αντιλαμβάνεται περιστασιακά μόνο, μικρή ενόχληση. Οι περισσότερες ουροδυναμικές εξετάσεις δεν απαιτούν ιδιαίτερη προετοιμασία



και όταν ζητηθεί, συνήθως περιλαμβάνει αλλαγή στην πρόσληψη υγρών ή διακοπή λήψης συγκεκριμένων φαρμάκων.

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Τις κυριότερες ενδείξεις εφαρμογής ουροδυναμικών μελετών στην καθημερινή ουρολογική πράξη, αποτελούν:

1) Καταστάσεις υπερδραστήριας κύστης (συχνοουρία, επιτακτική ούρηση, νυκτουρία) ιδιοπαθούς αιτιολογίας (όχι συνεπεία νευρολογικής νόσου) ή, αντίθετα, υποδραστήριας (άτονης) κύστης.
2) Επιτακτικού τύπου ακράτεια ούρων.
3) Ακράτεια ούρων από προσπάθεια στη γυναίκα (αποκλεισμός μικτού τύπου ακράτειας), προεγχειρητικά.
4) Νυκτερινή ενούρηση (ακούσια απώλεια ούρων στον ύπνο) κυρίως κατά την παιδική ηλικία, καθώς και άλλες διαταραχές ελέγχου ουρήσεως κατά την παιδική ηλικία.
5) Διαταραχές ουρήσεως στον άνδρα, πιθανόν σχετιζόμενες με καλοήθη υπερπλασία του προστάτη αδένα. Αποτελεί απαραίτητη εξέταση πριν από σχεδιαζόμενη προστατεκτομή, προκειμένου να τεκμηριωθεί αντικειμενικά η παρουσία προστατικής απόφραξης και να εξασφαλισθεί έτσι, το καλύτερο δυνατό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.
6) Διερεύνηση υποτροπιαζουσών ουρολοιμώξεων, κυρίως στις γυναίκες.
7) Πρόπτωση πυελικού εδάφους στις γυναίκες με συνοδά συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό, πριν από σχεδιαζόμενη χειρουργική αποκατάσταση.
8) Ακράτεια ούρων μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, όπως μετά από προστατεκτομή είτε για καλοήθη υπερπλασία του προστάτη (διακυστική, διουρηθρική) ή, συνηθέστερα, ριζική προστατεκτομή για αδενοκαρκίνωμα προστάτου (ανοικτή, λαπαροσκοπική, ρομποτική εξίσου), καθώς και μετά από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα.
9) Διαταραχές ούρησης που συνδέονται με υποκείμενες νευρολογικές καταστάσεις όπως αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, όγκοι του νευρικού συστήματος, εκφυλιστικά νοσήματα (ν.Parkinson, ν.Alzheimer, πολλαπλή σκλήρυνση [σκλήρυνση κατά πλάκας]), κακώσεις εγκεφάλου – νωτιαίου μυελού, μυελομηνιγγοκήλη, αγγειακές βλάβες του

εγκεφάλου ή νωτιαίου μυελού κλπ.

**10)** Καταστάσεις χρόνιου πυελικού (κυστικού) πόνου.

Από τα ανωτέρω, προκύπτει ότι το πεδίο εφαρμογής των ουροδυναμικών μελετών στην καθημερινή κλινική πράξη είναι ευρύτατο και μπορεί να θεωρηθεί ότι οι εξετάσεις αυτές βρίσκονται σε αναλογία με το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, τις ακοολογικές μελέτες και άλλες, οι οποίες ήδη και από πολλών ετών εφαρμόζονται σε ευρεία κλίμακα στο πλαίσιο των αντίστοιχων ειδικοτήτων.

## ΤΥΠΟΙ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Ο ουροδυναμικός έλεγχος περιλαμβάνει τις ακόλουθες επιμέρους διαγνωστικές διαδικασίες:

- Ουρο-ροομετρία (uroflowmetry, UFR).
- Κυστεομανομετρία πλήρωσης (filling cystometry, FCM).
- Κυστεομανομετρία ούρησης ή μελέτη πίεσης-ροής κατά την ούρηση (voiding cystometry, pressure-flow study).
- Ηλεκτρομυογραφία (EMG) του πυελικού εδάφους (περίνεο).
- Σειριακή καταγραφή των ουρηθρικών πιέσεων (προφιλομετρία ουρήθρας - urethral profilometry, UPM).
- Μέτρηση πίεσης σημείου διαρροής ούρων από την ουρήθρα (Leak point pressure measurement, LPP).
- Βιντεοουροδυναμική μελέτη (video-urodynamic study, VUDs).
- Περιπατητική ουροδυναμική (Ambulatory Urodynamics).

## ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

**ΟΥΡΟΡΟΟΜΕΤΡΗΣΗ (UROFLOWMETRY):**
Επιτυγχάνει ψηφιακή καταγραφή της ροής των ούρων σε μία ελεύθερη ούρηση, εκπεφρασμένης ως το πηλίκον του όγκου ανά μονάδα χρόνου (ml/sec). Αποτελεί μη επεμβατική διαδικασία που παρέχει σημαντικές πληροφορίες και ενδείξεις για το τελικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των κύριων τελικών συντελεστών της ούρησης, όπως μυικό τοίχωμα κύστεως (συσταλτική ικανότητα), κυστικός αυχένας (εναρμονισμένη και επαρκής διάνοιξη) και ουρήθρα (ακώλυτη βατότητα). Αποτελεί εξέταση μαζικού ελέγχου (screening test) των ασθενών. Κατά τη διάρκεια της μελέτης αυτής, ο εξεταζόμενος ουρεί σε χοάνη συστήματος συλλογής ούρων που συνδέεται με ειδικό καταγραφέα ροής. Το λαμβανόμενο ηλεκτρικό σήμα μεταφέρεται στον ηλεκτρονικό επεξεργαστή, ψηφιοποιείται και δημιουργείται γράφημα που απεικονίζει τις μεταβολές στον ρυθμό ροής του ρεύματος ούρων σε συνάρτηση με το χρόνο, με ταυτόχρονη απεικόνιση των αριθμητικών παραμέτρων που το συνθέτουν. Έτσι, ο εξεταστής μπορεί να διαπιστώσει ποιος είναι ο υψηλότερος ρυθμός ροής και πόσος χρόνος (δευτερόλεπτα) απαιτείται για να επιτευχθεί. Το αποτέλεσμα της μέτρησης αυτής εξαρτάται από τη δύναμη συστολής του μυός της κύστεως (φυσιολογική ή μειωμένη), καθώς και τη βατότητα της ουρήθρας (ανοικτή ή αποφραγμένη [διόγκωση προστάτη, στένωμα ουρήθρας]) και ως εκ τούτου, δεν είναι αποδεικτικό–τεκμηριωτικό μίας από τις δύο καταστάσεις αλλά, ενδεικτικό δυσλειτουργίας ούρησης που χρήζει περαιτέρω ελέγχου.

**ΚΥΣΤΕΟΜΑΝΟΜΕΤΡΗΣΗ (CYSTOMETRY):**
Συνίσταται σε ψηφιακή καταγραφή των πιέσεων που αναπτύσσονται στην ουροδόχο κύστη κατά τη διάρκεια σταδιακής πλήρωσής της με υγρό (φυσιολογικό ορό). Παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την ικανότητα του τοιχώματος της κύστεως (ποιότητα δομικών συστατικών της) να προσαρμόζεται σε αυξανόμενους όγκους ούρων (διατασιμότητα), για την ποιότητα της προκύπτουσας αισθητικότητας (υπερ- ή υπο-αισθητικότητα) και για το βαθμό βουλητικού ελέγχου (κεντρικό νευρικό σύστημα) στην λειτουργία του μυός της κύστεως. Η κυστεομανομετρία αναπαράγει τα συμπτώματα του ασθενούς σε ελεγχόμενο περιβάλλον με τα κατάλληλα όργανα για τη συγκέντρωση των διαγνωστικών δεδομένων που συμπίπτουν με την εμφάνιση κάθε συμπτώματος. Διενεργείται με τον ασθενή ευρισκόμενο σε καθιστή, ύπτια ή σε «γυναικολογική» θέση, ανάλογα με την κλινική περίπτωση και την επιλογή του εξετάζοντος.

Αφού αδειάσει πλήρως η κύστη από ούρα με σύντομο καθετηριαμό, τοποθετούνται με τοπική αναισθησία (Xylocaine gel) δύο πολύ λεπτοί ειδικοί καθετήρες που συνδέονται με συσκευή καταγραφής υδροστατικών πιέσεων (μανόμετρο) που μεταδίδει ηλεκτρικό σήμα στον κεντρικό επεξεργαστή. Ο ένας καθετήρας τοποθετείται στην ουρήθρα και καταγράφει τις ενδοκυστικές πιέσεις (ενδοκυστικός) και ο άλλος στην αρχή του εντέρου ή στον κόλπο και καταγράφει τις ενδοκοιλιακές πιέσεις (ενδοκοιλιακός). Με αυτόματη, μέσω του κεντρικού επεξεργαστή του συστήματος, μέτρηση της διαφοράς μεταξύ της ενδοκοιλιακής και της πίεσης της ουροδόχου κύστης (ενδοκυστικής), προκύπτει η πίεση του εξωστήρα μύ, που αποτελεί κορυφαία παράμετρο εκτίμησης της συσταλτικής ικανότητας και συμπεριφοράς της κύστεως. Στην συνέχεια, αρχίζει υπολογιστικά ελεγχόμενη, προοδευτική, με προεπιλεγόμενο ρυθμό πλήρωση της κύστης με φυσιολογικό ορό θερμοκρασίας δωματίου, μέσω του ενδοκυστικού καθετήρα και τη χρήση ειδικής περιστροφικής/καταθλιπτικής αντλίας. Καθώς η κύστη σταδιακά γεμίζει με υγρό, ο ασθενής καλείται να αναφέρει πότε εμφανίζονται προκαθορισμένες αισθήσεις (πρώτη αίσθηση παρουσίας υγρού, πρώτη αίσθηση ούρησης, πρώτη επιθυμία ούρησης, εντονη επιθυμία ούρησης, ισχυρή επιθυμία για ούρηση), οι οποίες καταγράφονται και συσχετίζονται οι ογκοι υγρού στους οποίους συμβαίνουν, με τις αντίστοιχα αναπτυσσόμενες πιέσεις. Επιπλέον, κατά διαστήματα ο εξεταζόμενος καλείται να βήξει, να ανασηκωθεί, να αυξήσει την πίεση στην κοιλιά του, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν οι «προκλητικοί» αυτοί χειρισμοί, έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ακούσιων και μη βουλητικά αναχαιτιζόμενων συσπάσεων του μύ της κύστης ή διαρροή και απώλεια ούρων από την ουρήθρα (ακράτεια).

**ΜΕΛΕΤΗ ΡΟΗΣ – ΠΙΕΣΗΣ (PRESSURE-FLOW STUDY):**
Επιτυγχάνει ταυτόχρονη καταγραφή των πιέσεων της κύστεως και της ροής των ούρων. Η ενδοκοιλιακή και η ενδοκυστική πίεση (από τις οποίες ηλεκτρονικά προκύπτει η πίεση του μυικού τοιχώματος της κύστεως), καθώς και το ηλεκτρομυογραφικό σήμα των σφιγκτήρων καταγράφονται ταυτόχρονα κατά τη φάση

> “ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΕΙΝΑΙ ΕΥΡΥΤΑΤΟ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ ΟΤΙ ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΕΣ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΜΕ ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ, ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ, ΤΙΣ ΑΚΟΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ.”

της ούρησης. Ψηφιακή επεξεργασία των λαμβανομένων ενδείξεων και προβολή τους σε επικυρωμένα (validated) νομογράμματα, παρέχει τεκμηριωμένες-αντικειμενικές ενδείξεις παρουσίας (διαβαθμισμένου) ή όχι, κωλύματος της εξόδου των ούρων, καθώς και επαρκούς (επίσης διαβαθμισμένης) ή όχι συσταλτικότητας της κύστης. Αποτελεί τη σημαντικότερη και ίσως τη μόνη ελάχιστα επεμβατική εξέταση με την οποία τεκμηριώνεται ή αποκλείεται η παρουσία εμποδίου στη ροή των ούρων όπως συμβαίνει σε άνδρες με υπερπλασία προστάτη ή στένωμα ουρήθρας, καθώς και σε γυναίκες (λιγότερο όμως συχνή η εμφάνιση απόφραξης) με μεγάλου βαθμού κυστεοκήλη ή μετά από επεμβάσεις τοποθέτησης ταινίας για ακράτεια ούρων. Για την εκτέλεσή της, μετά την ολοκλήρωση της κυστεομανομέτρησης, με την ουροδόχο κύστη πλήρη υγρού και τον ασθενή με ισχυρή επιθυμία ούρησης, του δίνεται η εντολή να κενώσει την κύστη. Η ούρηση γίνεται με τον καθετήρα εντός της ουρήθρας, καθώς αυτός είναι λεπτός και τα ούρα «περνούν παραπλεύρως», καθώς και με τον ενδοκοιλιακό καθετήρα στη θέση του. Κατά τη φάση της κένωσης καταγράφεται η πίεση που αναπτύσσεται, προκειμένου να εξέλθουν τα ούρα και συσχετίζεται με τη ροή των ούρων.

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΥΡΗΘΡΙΚΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ (URETHRAL PROFILOMETRY):**
Καταγραφή των πιέσεων κατά μήκος της

ουρήθρας, κατά τη διάρκεια της πλήρωσης της κύστης με ούρα, μέσω της οποίας συνάγονται συμπεράσματα για την επάρκεια της ουρήθρας ως τμήματος του σφιγκτηριακού μηχανισμού.

**ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΑ ΤΟΥ ΣΦΙΓΚΤΗΡΑ (SPHINCTER ELECTROMYOGRAPHY):**
Με την εξέταση αυτή, επιτυγχάνεται καταγραφή σε ψηφιακή μορφή του ηλεκτρικού δυναμικού (ηλεκτρικού ρεύματος) που εκλύεται κατά τη λειτουργία του σφιγκτηριακού μηχανισμού (μηχανισμού εγκράτειας ούρων) του κατώτερου ουροποιητικού. Με τις καταγραφές που προκύπτουν, εξάγονται σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με το βουλητικό έλεγχο του σφιγκτηριακού μηχανισμού και το βαθμό συντονισμού της λειτουργίας της κύστεως και των σφιγκτήρων. Για τη διενέργειά της, χρησιμοποιούνται αισθητήρες–ηλεκτρόδια μέτρησης της ηλεκτρικής δραστηριότητας των μυών και των νεύρων γύρω από την ουροδόχο κύστη και τους σφιγκτήρες. Τα ηλεκτρόδια αυτά μπορεί να είναι υπό μορφή πολύ λεπτής βελόνας (σπανιότερα χρησιμοποιούνται σήμερα) ή, συνηθέστερα, υπό τη μορφή αυτοκόλλητων (patches) που επικολλώνται στο δέρμα της περιπρωκτικής περιοχής.

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΙΕΣΗΣ ΣΗΜΕΙΟΥ ΔΙΑΡΡΟΗΣ (LEAK POINT PRESSURE MEASUREMENT):**
Η πίεση διαρροής (LPP) είναι η πίεση της ουροδόχου κύστης στην οποία παρατηρείται ακούσια αποβολή ούρων από την ουρήθρα, καταγράφεται κατά τη διάρκεια της κυστεομανομετρίας και συγκεκριμένα, τη χρονική στιγμή κατά την οποία παρατηρείται ροή ούρων από το στόμιο της ουρήθρας. Διακρίνονται δύο μορφές LPP, η πίεση σημείου διαρροής του εξωστήρα (αποτέλεσμα συστολής του μύ της κύστεως) και η πίεση κοιλιακής διαρροής (αποτέλεσμα αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης όπως πχ με το βήχα). Και οι δύο αυτοί τύποι θεωρούνται αξιόπιστο μέτρο εκτίμησης της λειτουργικής επάρκειας του σφιγκτηριακού μηχανισμού σύγκλεισης της εξόδου της κύστεως και βαθμολόγησης της βαρύτητας της ακράτειας ούρων, παράμετρος σημαντική για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

**ΒΙΝΤΕΟ-ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΗ (VIDEO-URODYNAMICS):**
Η τεχνική αυτή επιτυγχάνει εικονική καταγραφή της ούρησης και βασίζεται στην ταυτόχρονη με το λοιπό ουροδυναμικό έλεγχο απεικόνιση του κατώτερου ουροποιητικού, με λήψη Video ή ακτινογραφιών/φωτογραφιών κατά τις φάσεις πλήρωσης και κένωσης της κύστης. Διενεργείται συνήθως με χρήση εξοπλισμού ακτίνων-Χ



(ακτινοσκόπηση με εγχυση σκιαγραφικού υγρού) ή (σπανιότερα) υπερήχων, που επιτρέπει την επεξεργασία εικόνας και δεδομένων ανατομίας (μέγεθος και μορφή της ουροδόχου κύστης) και φυσιολογίας. Η βιντεο-ουροδυναμική συνήθως δεν αποτελεί μέρος μιάς τυπικής, καθημερινής ουροδυναμικής εξέτασης, κυρίως λόγω της προστιθέμενης δαπάνης, αποτελεί όμως σημαντικό εργαλείο στη διαγνωστική προσέγγιση και κατανόηση σύνθετων περιστατικών με διαταραχή του μηχανισμού της ούρησης.

## ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ; ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ Ή ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ;

Γενικά, ο ουροδυναμικός έλεγχος αποτελεί μία ασφαλή, πολύ μικρής βαρύτητας επεμβατική διαγνωστική διαδικασία με χαμηλό ποσοστό επιπλοκών καθώς, η πλειονότητα των ατόμων που υποβάλλονται στην εξέταση αυτή, την ολοκληρώνουν χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Συνήθως, μετά από ουροδυναμικό έλεγχο, μπορεί να εμφανισθεί ήπια ενόχληση (αίσθηση καύσου, δυσουρία) ή μικρή ποσότητα αίματος στα ούρα (λόγω της εισαγωγής του καθετήρα) ολιγόωρης διάρκειας. Πίνοντας ένα ποτήρι νερό κάθε μισή ώρα για 2 ώρες μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της δυσφορίας και της ήπιας αιματουρίας, όπως επίσης τα χλιαρά λουτρά ή η εφαρμογή στην περιοχή του έξω στομίου της ουρήθρας (κυρίως στις γυναίκες) κομπρέσας εμβαπτισμένης σε χλιαρό νερό.

Σε κάποιες περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να συστήσει φάρμακα για την αντιμετώπιση του άλγους (παρακεταμόλη) ή να συνταγογραφήσει αντιβιοτικό για 1-2 ημέρες για την πρόληψη μόλυνσης. Σπανιότερα συμβάματα (πολύ μικρές πιθανότητες εμφάνισης) αποτελούν η ουρολοίμωξη που εκδηλώνεται με συχνοουρία, επιτακτική ούρηση, πόνο κατά την ούρηση, ρίγος, πυρετό, καθώς και η παροδική δυσκολία ούρησης που μπορεί να οδηγήσει στην ανάγκη για προσωρινή τοποθέτηση καθετήρα. Σε περίπτωση που εμφανισθεί κάποιο από αυτά τα συμπτώματα λίγες ώρες μετά τη διενέργεια ουροδυνανικού ελέγχου, οι ασθενείς θα πρέπει να επικοινωνούν άμεσα με τον θεράποντα ιατρό, για λήψη οδηγιών και θεραπευτικής αγωγής.

## ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΟΜΑ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ;

Τα αποτελέσματα της ουροροομετρίας και της κυστεομανομετρίας, είναι συχνά διαθέσιμα αμέσως μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης, ενώ τα αποτελέσματα άλλων μελετών όπως η μελέτη πίεσης/ροής, η ηλεκτρομυογραφία και η βιντεο-ουροδυναμική, μπορεί να απαιτήσουν επεξεργασία των δεδομένων. Με βάση τα αποτελέσματα της ουροδυναμικής μελέτης και σε συσχέτιση με τα κλινικά δεδομένα, ο θεράπων ιατρός θα ενημερώσει τον ασθενή για τη φύση της διαταραχής που αντιμετωπίζει, καθώς και για την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ - Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Αν και ένας έμπειρος κλινικός γιατρός (Ουρολόγος) εύκολα μπορεί να βγάλει συμπεράσματα καταγράφοντας τα συμπτώματα του ασθενούς και να χορηγήσει θεραπεία, υπάρχουν καταστάσεις, κυρίως παθήσεις του νευρικού συστήματος, που συνοδεύονται από διαταραχές ούρησης στις οποίες η ουροδυναμική μελέτη είναι απόλυτα απαραίτητη, τόσο για τη διάγνωση, όσο κυρίως, για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, αλλά και της εξέλιξης της υποκείμενης νευρολογικής νόσου. Ο ουροδυναμικός έλεγχος αποτελεί τη μόνη μέθοδο αντικειμενικής εκτίμησης της λειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού και συνεπώς κρίνεται απαραίτητος στη διαγνωστική διερεύνηση των ασθενών με νευρογενή δυσλειτουργία, που η συμπτωματολογία και το ιστορικό από μόνα τους μάλλον δεν φαίνεται ότι αρκούν για την απόφαση της όποιας θεραπείας. Άλλωστε, και σε απλούστερες περιπτώσεις όπως η ιδιοπαθής ακράτεια ούρων, όπου οι θεραπευτικές επιλογές είναι πολλές (φαρμακευτικές και επεμβατικές), καλό είναι, κυρίως πριν από μια χειρουργική επέμβαση, να υπάρχει ουροδυναμική τεκμηρίωση του προβλήματος για την επιλογή της καλύτερης και εξατομικευμένης θεραπείας.

# ΜΙΚΡΟΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ:

## Η πλέον σύγχρονη, ανώδυνη και ασφαλής τεχνική με το καλύτερο 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

Στην Κλινική ΡΕΑ εφαρμόζεται με απόλυτη επιτυχία εδώ και περίπου ένα χρόνο η πλέον μοντέρνα τεχνική της Μικροεπεμβατικής Θυρεοειδεκτομής. Η είσοδος στο λαιμό επιτυγχάνεται πλέον από μία πολύ μικρή ωπή, με χρήση ειδικών εργαλείων και υλικών τελευταίας τεχνολογίας που επιτρέπουν την εφαρμογή των αρχών ελάχιστης επεμβατικότητας κατά τη διάρκεια της αφαίρεσης του θυρεοειδούς αδένα. Τι όμως μας οδήγησε σε αυτήν την τεχνική;

Η παλιά παραδοσιακή μεγάλη τομή στο λαιμό, που γινόταν χαμηλά λίγο πάνω από το στέρνο, δεν αποτελεί πλέον αισθητικά ικανοποιητική προσπέλαση. Άφηνε μεγάλο σημάδι και συχνά οδηγούσε σε υπερτροφική ουλή ή και χηλοειδές. Και το γεγονός αυτό αποτελεί μία από τις σημαντικότερες ανησυχίες των ασθενών, τόσο των γυναικών, όσο και των αντρών κατά την προεγχειρητική συζήτηση στο ιατρείο.

Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες για πραγματοποίηση θυρεοειδεκτομών με τη μικρότερη δυνατή τομή στο ιδανικότερο ύψος του τραχήλου. Αυτή είναι η Ελάχιστα Επεμβατική ή Μικροεπεμβατική Θυρεοειδεκτομή με ή χωρίς υποβοήθηση από ενδοσκοπική κάμερα. 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 ως προς την ογκολογική τους ασφάλεια και δεν εφαρμόζονται προς το παρόν, παρά μόνο σε περιορισμένη κλίμακα. Αυτές οι εναλλακτικές προσπελάσεις δεν έχουν άλλωστε ένδειξη για διογκωμένους θυρεοειδείς αδένες αλλά και για περιπτώσεις κακοήθειας, δύο από τις κυριότερες αιτίες που οδηγούν τους ασθενείς σε θυρεοειδεκτομή.

Οι έως τώρα μελέτες δείχνουν πως οι περισσότεροι ασθενείς είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με αυτό που περιγράφει ο όρος Μικροεπεμβατική ή Ελάχιστα Επεμβατική Θυρεοειδεκτομή και δεν ενδιαφέρονται για πολύωρες, επώδυνες αλλά και κοστοβόρες ρομποτικές προσπελάσεις από τη μασχάλη ή το στόμα που εκτός των άλλων επιβραδύνουν την αποθεραπεία, καθώς και την έναρξη σίτισης μετά το χειρουργείο, λόγω των ραμμάτων στη στοματική κοιλότητα.

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 το χειρουργικό στόχο που δεν είναι άλλος από την ορθή εκτομή του αδένα. 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 υπασβεστιαιμίας ή βράγχους φωνής.

Η είσοδος επιτυγχάνεται με μία πολύ μικρή εγκάρσια τραχηλική τομή επί φυσιολογικής πτυχής (ρυτίδας) του δέρματος ψηλά στο λαιμό. Με τον τρόπο αυτό η τομή είναι πάντα ίσια, εφόσον πραγματοποιείται επί της φυσιολογικής πτυχής και με την πάροδο του χρόνου εξαφανίζεται τελείως εντός της ρυτίδας χωρίς να αφήνει ορατό σημάδι.

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. Με τον τρόπο αυτό, μειώνεται κατακόρυφα η πιθανότητα εμφάνισης οιδήματος στην περιοχή του λαιμού μετά το χειρουργείο. Η τεχνική είναι ασφαλής, τόσο για πραγματοποίηση ολικής θυρεοειδεκτομής ή παραθυρεοειδεκτομής, όσο και για διενέργεια κεντρικού λεμφαδενικού καθαρισμού σε περιπτώσεις κακοήθειας, όπου κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο.

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 δέρματος, χωρίς να είναι πλέον αναγκαία η χρήση σωλήνα παροχέτευσης. Εφαρμόζεται ενδοδερμική σύγκλειση του δέρματος με απορροφήσιμες ίνες. Δεν υπάρχουν πια τα παραδοσιακά ράμματα. Και φυσικά δεν χρειάζεται μετά από μέρες να αφαιρεθούν ή να κοπούν όπως γινόταν παλιά. Η χειρουργική μας ομάδα έχει αναπτύξει ιδιαίτερα αυτή την τεχνική, ενώ προτείνει επιπλέον ειδικά καλλυντικά σκευάσματα, που επιταχύνουν την ανάπλαση των κυττάρων και χαρίζουν όμορφο και χωρίς ουλές δέρμα.

Ο λαιμός μπορεί να βραχεί συνήθως μετά από την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Η εφαρμογή δε των καλλυντικών κρεμών πραγματοποιείται την επομένη του εξιτηρίου από τον ίδιο τον Χειρουργό, οπόταν και λύνονται όποιες απορίες μπορεί να υπάρχουν σχετικά με την περιποίηση του δέρματος της περιοχής για αυτές τις πρώτες ημέρες μετά την επέμβαση.

Η χειρουργική του θυρεοειδούς αδένα είναι ιδιαίτερα απαιτητική και γι' αυτό πρέπει να πραγματοποιείται από εξειδικευμένο Χειρουργό που να έχει εκπαιδευτεί σε κέντρα αναφοράς του εξωτερικού και που πραγματοποιεί σε ετήσια βάση μεγάλο αριθμό αποκλειστικά τέτοιων επεμβάσεων.

Η καλή γνώση της ανατομικής του τραχήλου και η πραγματοποίηση σε ετήσια βάση μεγάλου αριθμού θυρεοειδεκτομών, σε συνδυασμό με την εμπειρία και την εξειδίκευση στο αντικείμενο, αλλά και τον άρτιο τεχνολογικό εξοπλισμό, παρέχουν τα εχέγγυα για μια αισθητικά άρτια και ασφαλή χειρουργική επέμβαση.



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΟΡΘΟΥ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Γράφει ο Παναγιώτης Κ. Γλεντής**
Ειδικός Λαπαροσκόπος, Χειρουργός Παχυσαρκίας, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού, είναι ο **τρίτος σε συχνότητα καρκίνος** παγκόσμια, ενώ στην Ελλάδα είναι τέταρτος μετά από τον καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα και του προστάτη.

Κάθε χρόνο στη χώρα μας παρουσιάζονται περίπου 3.900 καινούριοι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου ή του ορθού.

Η αντιμετώπιση του ορθοκολικού καρκίνου, όπως λέγεται, χρειάζεται **εξειδικευμένο ογκολογικό κέντρο**, εξειδικευμένη ογκολογική ομάδα πολλών ειδικών επιστημόνων ή όπως λέμε διεπιστημονική προσέγγιση.

Αυτό προϋποθέτει ότι για κάθε ασθενή με καρκίνο στο παχύ έντερο ή το ορθό, θα ασχοληθούν πολλοί ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων και άλλοι επιστήμονες, οι οποίοι θα βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και συνεννόηση, ώστε η αντιμετώπιση του ασθενούς να είναι πλήρης και η καλύτερη δυνατή.

Ο καρκίνος στο παχύ έντερο και το ορθό, θεωρείται σήμερα ένας καρκίνος που πολύ εύκολα μπορεί να προληφθεί, να διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, προσφέροντας πλήρη ίαση και θεραπεία στον ασθενή.

Ακόμα και για τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου, σήμερα με τη χρήση των **εξελιγμένων χειρουργικών μεθόδων που διαθέτουμε (π.χ. ρομποτική χειρουργική)** και των σύγχρονων μεθόδων επικουρικής ή νεο-επικουρικής χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, ανοσοθεραπείας και γονιδιακών θεραπειών, μπορούμε να επιτύχουμε θετικά αποτελέσματα και ποσοστά ίασης, τα οποία πριν λίγα μόλις χρόνια θα φαίνονταν αδύνατα.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΟΡΘΟΥ

### ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΟΡΘΟΥ

Η ογκολογική αφαίρεση όλων των περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού βασίζεται σε εξελιγμένη χειρουργική τεχνική και έχει κατά βάση 4 στόχους.

**1.** Να αφαιρεθεί ο πρωτοπαθής όγκος σε επαρκή έκταση, ώστε να αφήσουμε πίσω μόνο υγιείς ιστούς (εκτομή επί υγιών ορίων) με ταυτόχρονη αποκατάσταση όλων των φυσιολογικών λειτουργιών του παχέος εντέρου του ασθενούς.

**2.** Να γίνει πλήρης ογκολογικός λεμφαδενικός καθαρισμός της περιοχής του όγκου, πράγμα που



θα διακόψει τις λεμφαγγειακές οδούς διασποράς του καρκίνου και θα αποτρέψει μελλοντικές μεταστάσεις ή υποτροπές.

**3.** Στους ασθενείς με πολύ χαμηλούς καρκίνους του ορθού, να διατηρήσουμε τους σφιγκτήρες και έτσι να **αποφύγουμε την παρά φύση έδρα (κολοστομία)** όπου αυτό είναι ογκολογικά σωστό και εφικτό.

**4.** Στους άντρες ασθενείς με καρκίνο του ορθού να εξασφαλίσουμε να διαφυλαχθούν τα γεννητικά νευρικά πλέγματα, εφ'όσον δεν διηθούνται από καρκινικά κύτταρα και με αυτόν τον τρόπο **να διατηρήσουμε φυσιολογική τη σεξουαλική λειτουργικότητα του ασθενούς**.

## ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Πριν από λίγα χρόνια η αφαίρεση μεταστάσεων (συνήθως ηπατικών) από καρκίνο παχέος εντέρου, ακουγόταν σαν κάτι το ανέφικτο και ουτοπικό. Αυτή τη στιγμή, χειρουργούμε έναν μεγάλο αριθμό ασθενών με μεταστάσεις, επιτυγχάνοντας **πολύ καλά αποτελέσματα επιβίωσης**. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι η πρόγνωση του ασθενούς μετά την αφαίρεση της μετάστασης, είναι το ίδιο καλή σα να μην είχε παρουσιάσει ποτέ μετάσταση.

## ΕΞΑΧΝΩΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ Η ΜΙΚΡΟΚΥΜΑΤΑ (RADIOFREQUENCY – MICROWAVE ABLATION)

Αυτή τη μέθοδο την χρησιμοποιούμε στις περιπτώσεις που οι μεταστάσεις από τον ορθοκολικό καρκίνο, δεν είναι εφικτό να αφαιρεθούν, οπότε μπορούμε να τις καταστρέψουμε με χρήση εστιασμένης δέσμης μικροκυμάτων ή ραδιοσυχνοτήτων.

Η τεχνική αυτή μπορεί να γίνει, **είτε κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης**, για την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας του καρκίνου, **είτε διαδερμικά, χωρίς επέμβαση**, με καθοδήγηση από αξονικό τομογράφο.
Αυτές οι τεχνικές **δεν επιβαρύνουν καθόλου με ιοντίζουσα ακτινοβολία (ραδιενέργεια)** τον ασθενή και έχουν το πλεονέκτημα ότι επιτυγχάνουμε τη μέγιστη και καλύτερη καταστροφή των μεταστατικών εστιών, χωρίς να δημιουργούμε βλάβες σε γειτονικά όργανα ή ιστούς.

## ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΕΡΙΤΟΝΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ HIPEC (HYPERTHERMIC INTRA-PERITONEAL CHEMOTHERAPY)

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε

επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν **περιτοναϊκές μεταστάσεις στην κοιλιά** και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν πολύ αποτελεσματικά με τις ενδοφλέβιες μεθόδους χημειοθεραπείας.

Η μέθοδος αυτή έχει βρει εφαρμογή και σε άλλες μορφές καρκίνου όπως στον καρκίνο των ωοθηκών, στο κακόηθες μεσοθηλίωμα του περιτοναίου κλπ και δείχνει να έχει ένα πολύ υποσχόμενο μέλλον στην ογκολογική χειρουργική.

### ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – PIPAC (PRESSURIZED INTRAPERITONEAL AEROSOL CHEMOTHERAPY)

Η μέθοδος αυτή είναι μία πολύ σύγχρονη, ελάχιστα επεμβατική μέθοδος για την οποία έχουν ένδειξη ασθενείς με περιτοναϊκές μεταστάσεις, οι οποίοι δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με κυτταρομειωτική επέμβαση (CRS – Cytoreductive Surgery) ή HIPEC και έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να γίνει με ασφάλεια και να επαναληφθεί περισσότερες από μία φορές στον ίδιο ασθενή.

Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι ο ασθενής νοσηλεύεται για μία μόνο ημέρα και δεν παρουσιάζει ιδιαίτερο μετεγχειρητικό πόνο, όπως στις ανοικτές επεμβάσεις.

### ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΣ ΧΗΜΕΙΟΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Στην μέθοδο αυτή στέλνουμε χημειοθεραπευτικά φάρμακα **επιλεκτικά** σε μεταστάσεις που δεν μπορούμε να προσεγγίσουμε με άλλον τρόπο και τις προσεγγίζουμε μέσα από τα αγγεία που φτάνουν ως εκεί.

Η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι συγκεντρώνουμε μεγάλες δόσεις χημειοθεραπείας ακριβώς εκεί που τη χρειαζόμαστε, απευθείας δηλαδή επάνω στα καρκινικά κύτταρα των μεταστάσεων. Έτσι, το υπόλοιπο σώμα δεν υφίσταται τη βλαπτική δράση αυτών των φαρμάκων και κατά συνέπεια οι συστηματικές παρενέργειες αυτών των φαρμάκων είναι πολύ μικρές.

### ΚΛΑΣΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με τη μέθοδο της **νεο-επικουρικής (neo-adjuvant)** ή **επικουρικής χημειοθεραπείας (adjuvant chemotherapy),** οι οποίες χρησιμοποιούνται σαν συμπληρωματικές της χειρουργικής επέμβασης θεραπείες, εξασφαλίζουμε ότι δεν θα εμφανιστεί ο καρκίνος ξανά στο μέλλον.

Η χρήση αυτών των φαρμάκων γίνονται από εξειδικευμένο Ογκολόγο – Παθολόγο, βάσει των πιο σύγχρονων διεθνών θεραπευτικών οδηγιών **(chemotherapeutic guidelines)** για την κάθε περίπτωση και στάδιο καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού.



### ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί **στην περίπτωση του καρκίνου του ορθού προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά** ανάλογα με το σχεδιασμό της αντιμετώπισης του κάθε ασθενούς, όπως αποφασίζεται από το ογκολογικό συμβούλιο.

Κάποιες φορές χρησιμοποιούμε την προεγχειρητική στοχευμένη ακτινοθεραπεία του ορθού **για να μικρύνουμε τον όγκο (υποσταδιοποίηση του όγκου), ώστε να γίνει εφικτή η διατήρηση των σφιγκτήρων**. Έτσι, με την χρησιμοποίηση ειδικών ακτινοθεραπευτικών τεχνικών (IMRT, VMAT κλπ), σε αρκετούς ασθενείς μπορούμε να χειρουργήσουμε

αφαιρώντας τον καρκίνο και **να αποφύγουμε την παρά φύση έδρα (κολοστομία)**.

Η εφαρμογή γίνεται από ειδικό ιατρό Ακτινοθεραπευτή, με τη συνδρομή εξειδικευμένου Ακτινοφυσικού και με τη χρησιμοποίηση των πιο εξελιγμένων ακτινοθεραπευτικών μηχανημάτων που υπάρχουν αυτή τη στιγμή σε διεθνές επίπεδο.

### ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ (CYBER-KNIFE)

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζει **εξαιρετικά εστιασμένη δέσμη ακτινοβολίας πάνω στα καρκινικά κύτταρα** και είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση μεταστάσεων που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν με άλλον τρόπο (π.χ. εγκεφαλικές μεταστάσεις).

### ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει επανάσταση στην αντιμετώπιση του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, αλλά και άλλων μορφών καρκίνου, με τη χρησιμοποίηση **διαφόρων κατηγοριών μονοκλωνικών αντισωμάτων (monoclonalantibodies – mab)**.

Τα μονοκλωνικά αυτά αντισώματα ονομάζονται αναστολείς ελέγχου (check point inhibitors). Η δουλειά τους είναι να στοχεύουν και να αδρανοποιούν συγκεκριμένες πρωτεΐνες ελέγχου στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς και ουσιαστικά **ενεργοποιούν έντονη ανοσολογική επίθεση εναντίον των καρκινικών κυττάρων.**

Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες τέτοιων μονοκλωνικών αντισωμάτων (αναστολείς PD-1, CTLA-4, PD-L1 κλπ), ενώ καθημερινά ανακαλύπτονται καινούρια.

### ΑΝΤΙΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Είναι ένα **είδος μονοκλωνικού αντισώματος,** το οποίο το χρησιμοποιούμε στο μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού

> “ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ, ΜΕΓΑΛΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΝΟΥΜΕ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΑΥΤΟΥ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.”

και λειτουργεί **αναστέλλοντας τη δημιουργία καινούργιων αγγείων από τα καρκινικά κύτταρα**. Έτσι, αυτά δεν μπορούν να οξυγονωθούν και να τραφούν και νεκρώνονται.

## ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΟΡΘΟΥ

Ο Ιπποκράτης είχε πει «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν».

Έτσι λοιπόν, εκτός από τις εξελιγμένες μεθόδους αντιμετώπισης που χρησιμοποιούμε για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, **μεγάλη σημασία πρέπει να δίνουμε και στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου** αυτού, αλλά και όλων των άλλων μορφών καρκίνου όπως του μαστού, του θυρεοειδούς, του πνεύμονος, του προστάτη, των ωοθηκών, του στομάχου, του οισοφάγου, του ήπατος, του παγκρέατος κλπ.

Γι’ αυτό τον λόγο, κάθε άνδρας ή γυναίκα πρέπει να εντάσσεται σε ένα πρόγραμμα προληπτικού ογκολογικού ελέγχου με σκοπό να καταγραφεί και να προγραμματιστεί η παρακολούθησή του από εξειδικευμένους ιατρούς σε τακτά χρονικά διαστήματα, με κλινική εξέταση και ειδικές προληπτικές παρακλινικές εξετάσεις.

Τα προγράμματα του προληπτικού ελέγχου, στηρίζονται πάντα στις **διεθνείς ογκολογικές κατευθυντήριες οδηγίες**, οι οποίες δίνονται και ανανεώνονται κάθε έτος, μετά από τα παγκόσμια και πανευρωπαϊκά ογκολογικά συνέδρια.

# ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ TURis ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

**Γράφει ο Παναγιώτης Αν. Ρουμπέσης**
Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδρολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



## ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) είναι η πιο συχνή ουρολογική πάθηση των ανδρών, καθώς συναντάται σε 1 στους 2 μετά την ηλικία των 50 ετών και σε ποσοστό άνω του 60% μετά την ηλικία των 65 ετών επηρεάζοντας την ποιότητα της ζωής τους.

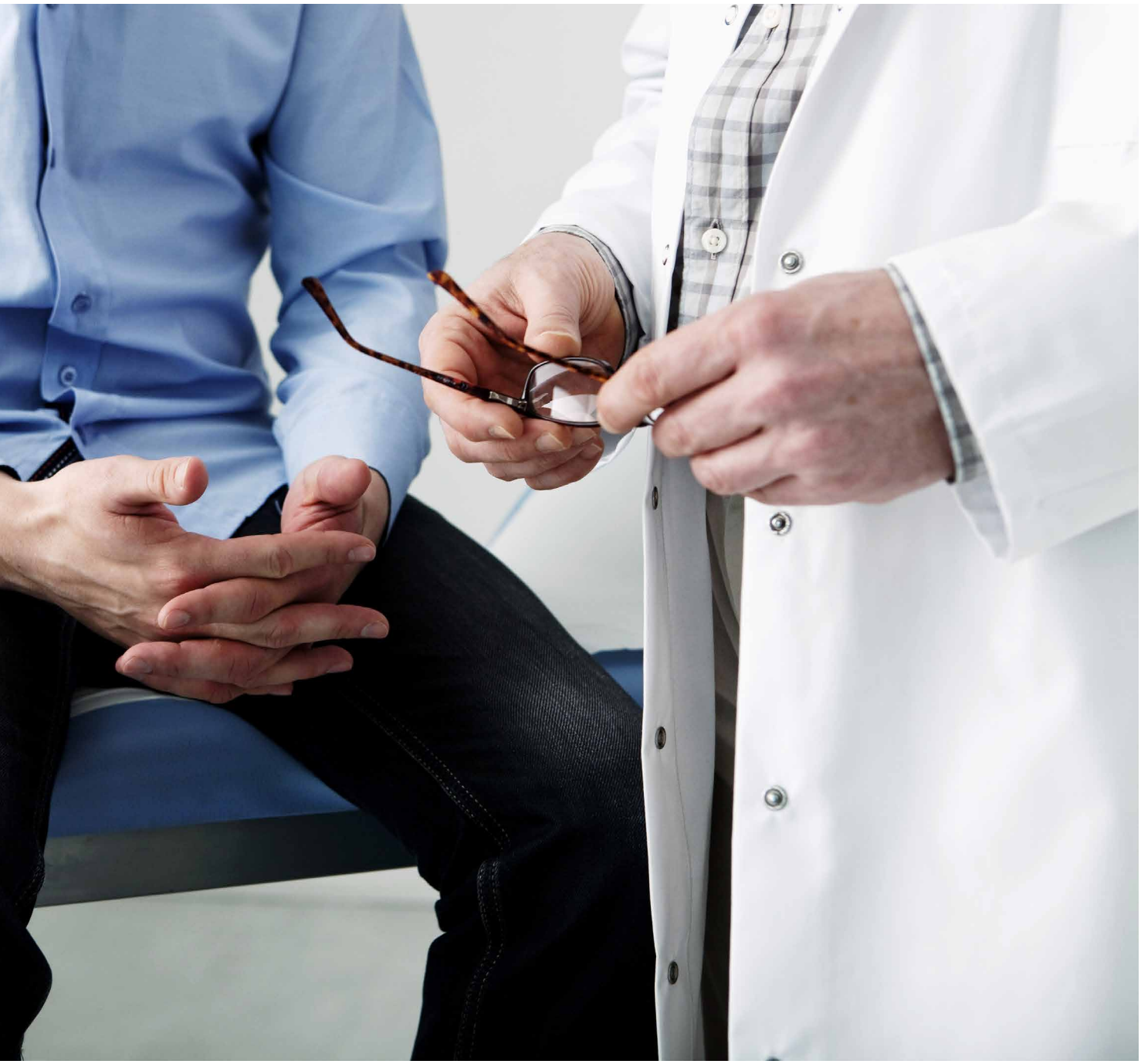
Ο προστάτης είναι ένας αδένας σε σχήμα κάστανου, βάρους 10-20 γραμμαρίων και παράγει περίπου το 30% του σπερματικού υγρού, μέσα στο οποίο «κολυμπούν» τα σπερματοζωάρια. Ο ρόλος του συνίσταται, αφενός στην προώθηση του εκσπερματίσματος με τη σύσπαση των μυών του, και αφετέρου ενισχύει τη γονιμότητα των σπερματοζωαρίων, καθώς τα κάνει πιο ανθεκτικά στο όξινο περιβάλλον του γυναικείου κόλπου.

Η σταδιακή διόγκωση του προστάτη προκαλεί απόφραξη της ουρήθρας και δυσκολία εξόδου των ούρων από την ουροδόχο κύστη, καθώς βρίσκεται κάτω και μπροστά («προϊσταται») από την ουροδόχο κύστη περιβάλλοντας την ουρήθρα, με συνέπεια να προκαλούνται προοδευτικά επιδεινούμενες διαταραχές της ούρησης. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων δεν σχετίζεται απόλυτα με το μέγεθος του προστάτη, καθώς άνδρες με μεγάλο προστάτη μπορεί να έχουν ήπια ενοχλήματα, ενώ άνδρες με ήπια διογκωμένο προστάτη να έχουν πολύ έντονα συμπτώματα. Ο

βαθμός έντασης των δυσουρικών ενοχλημάτων επηρεάζεται, επίσης, από τη σύσταση του προστάτη (σκληρός ή μαλακός), από το αν αναπτύσσεται προς την κύστη ή όχι, και από το σχήμα του. Βεβαίως, πρόκειται για καλοήθη πάθηση, όπως μαρτυρά και ο ορισμός της, **και όχι για καρκίνο.**

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μέχρι και προ 25ετίας η αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη γινόταν με την ανοιχτή διακυστική προστατεκτομή, η οποία όμως απαιτούσε νοσηλεία τουλάχιστον 7 ημερών στο νοσοκομείο και σημαντικό διάστημα



επαναφοράς στις πλήρεις δραστηριότητες του ασθενούς. Συχνά υπήρχε ανάγκη μετάγγισης αίματος και σε ένα όχι αμελητέο ποσοστό ασθενών εμφανίζονταν ακράτεια και στυτική δυσλειτουργία.

Η επανάσταση στη χειρουργική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη ήρθε με την εφαρμογή της μονοπολικής διουρηθρικής προστατεκτομής (TUR-P), δηλαδή της ενδοσκοπικής εξαίρεσης του προστάτη μέσω της ουρήθρας χωρίς ύπαρξη τομής, με την οποία μειώθηκε ο χρόνος νοσηλείας στις 3 ημέρες, με αντίστοιχα σημαντική μείωση του διαστήματος αποθεραπείας και της ανάγκης μετάγγισης αίματος. Επίσης, τα ποσοστά εμφάνισης ακράτειας και στυτικής δυσλειτουργίας είναι αμελητέα.
Τα βασικά μειονεκτήματα της μονοπολικής διουρηθρικής προστατεκτομής (TUR-P) είναι ότι λόγω της χρήσης γλυκίνης και της απορρόφησής της από τον οργανισμό, ο χειρουργικός χρόνος δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μία ώρα, καθώς μπορεί να εμφανιστεί το απειλητικό για τη ζωή του ασθενούς σύνδρομο TUR-P, που εκδηλώνεται με υπόταση, βραδυκαρδία, ανησυχία, ναυτία, σύγχυση και μεταβολικές διαταραχές.

## ΜΕΘΟΔΟΣ TURis

### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Την τελευταία δεκαετία, η πλέον σύγχρονη ενδοσκοπική μέθοδος εξαίρεσης του προστάτη είναι η διπολική διουρηθρική προστατεκτομή με το σύστημα TURIS (πλάσμα εξάχνωση ή διουρηθρική προστατεκτομή σε φυσιολογικό ορό) υπό γενική ή ραχιαία αναισθησία, που αποτελεί την εξέλιξη της μονοπολικής διουρηθρικής προστατεκτομής (TUR-P) και εμφανίζει σημαντικά συγκριτικά **πλεονεκτήματα**, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και τη μεγάλη προσωπική εμπειρία από την καθημερινή εφαρμογή της.

- Στη μέθοδο TURIS χρησιμοποιείται φυσιολογικός ορός, με αποτέλεσμα ο χειρουργικός χρόνος να αυξάνεται στις δύο και πλέον ώρες και να παρέχεται η δυνατότητα για εξαίρεση μεγαλύτερου όγκου προστάτη, έως και 150 ml.
- Μηδενικά ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου απορρόφησης TUR-P.
- Είναι σχεδόν αναίμακτη, κατάλληλη ακόμα και για ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά (διακόπτονται για λίγες ημέρες).
- Παραμονή για ένα με δύο 24ωρα στο νοσοκομείο, έξοδος χωρίς τον ουροκαθετήρα και ταχύτερη επάνοδος στις δραστηριότητες.
- Δεν επηρεάζει **καθόλου τη στύση και την εγκράτεια του ασθενούς.**
- Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι όλο το εξαιρεθέν προστατικό αδένωμα αποστέλλεται για βιοψία, όπως και στη μονοπολική διουρηθρική προστατεκτομή, σε αντίθεση με τη laser προστατεκτομή (green light laser).

### ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

**Απόλυτες**
- Υποτροπιάζουσα επίσχεση ούρων.
- Νεφρική ανεπάρκεια λόγω της απόφραξης από την υπερπλασία του προστάτη.
- Άτονη κύστη, όταν η κύστη έχει υποστεί σοβαρού βαθμού μόνιμη βλάβη και παρουσιάζει αδυναμία κένωσης των ούρων.
- Η λιθίαση (πέτρες) της ουροδόχου κύστης.
- Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.
- Υποτροπιάζουσα μακροσκοπική αιματουρία.

**Σχετικές**
- Μικρή ή μηδενική ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και επιδείνωση των συμπτωμάτων.
- Υπόλειμμα ούρων > 100-150ml.
- Αλλεργίες ή αντενδείξεις στη χρήση φαρμακευτικής αγωγής.
- Εκκολπώματα & δοκίδωση κύστης (κύστη προσπάθειας).

Συμπερασματικά, η πλέον σύγχρονη, ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για την καλοήθη υπερπλασία του προστάτη, τόσο για τους ασθενείς που πλέον η φαρμακευτική αγωγή δεν τους βοηθά, όσο και για τους ασθενείς που κατά την αρχική διάγνωση παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές, είναι η διουρηθρική προστατεκτομή με το σύστημα TURIS (πλάσμα εξάχνωση ή διπολική διουρηθρική προστατεκτομή σε φυσιολογικό ορό).

Genome Book™
by Biogenea Pharmaceuticals Ltd
MY GENOME...MY LIFE



Γράφει ο Δρ. Νικόλαος Γ. Γρηγοριάδης
PharmD. Ph.D. Medical Genetics
Διευθυντής Κλινικού Εργαστηρίου
Biogenea Pharmaceuticals ΕΠΕ

## Τι είναι το γονιδιακό τεστ Genome Book™ ?

Το Genome Book™ είναι ένα μη επεμβατικό γονιδιακό τεστ τεχνολογίας αιχμής. Βασίζεται στην ολική γονιδιακή αλληλούχιση (Whole Genome Sequencing), μία διευρυμένη κλινική ανάλυση, όπου επιτρέπει την ολική αλληλούχιση των γονιδίων του ανθρώπινου γονιδιώματος με την εργαστηριακή χρήση τεχνολογίας τελευταίας γενιάς. Συμπεριλαμβάνει τον μοριακό έλεγχο ~20.000 γονιδίων και την ταυτοποίηση των γενετικών παραλλαγών (μεταλλάξεων) του DNA που συσχετίζονται με την εμφάνιση γενετικών συνδρόμων και διαταραχών κατά την παιδική και ενήλικη ζωή.

## Σε ποιες περιπτώσεις ενδείκνυται το γονιδιακό τεστ Genome Book™ ?

Το γονιδιακό τεστ GenomeBook™ ενδείκνυται:

- Ως προληπτικός γονιδιακός έλεγχος σε υγιή νεογνά, παιδιά κ ενήλικες με στόχο την προστασία της υγείας, την ευεξία και την αντιγήρανση
- Σε ασθενείς με νοσήματα που εμφανίζουν ετερογενή και ασαφή κλινικό φαινότυπο (π.χ αυτισμό, αναπτυξιακές διαταραχές, μεταβολικά σύνδρομα, νοητική υστέρηση, επιληψία) καθώς και στους ασθενείς με μη αναγνωρισμένο κλινικό φαινότυπο
- Σε ασθενείς με σπάνια και με διαγνωστικές δυσκολίες νοσήματα στα πλαίσια της γενετικής διερεύνησης της νόσου από τον θεράποντα Ιατρό
- Σε παιδιατρικούς και ενήλικες ασθενείς με καρδιαγγειακές, νευρολογικές, ενδοκρινολογικές, ογκολογικές, γαστρεντερικές, αναπνευστικές (άσθμα), μυοσκελετικές, αναπτυξιακές, μεταβολικές/διατροφικές, αιματολογικές, ωτορινολαρυγγολογικές, οφθαλμολογικές, νεφρολογικές και αυτοάνοσες διαταραχές καθώς και σε ασθενείς με προβλήματα γονιμότητας
- Ως γενετικός έλεγχος των μονογονιδιακών νοσημάτων και των νοσημάτων με ιδιαίτερα σπάνιο κλινικό φαινότυπο με προηγούμενα αρνητικά αποτελέσματα στοχευμένων γενετικών αναλύσεων, που χρήζουν περαιτέρω γενετικής διερεύνησης

## Γιατί είναι σημαντικό το γονιδιακό τεστ Genome Book™ ?

Διότι το γονιδιακό τεστ Genome Book™ σας παρέχει τη δυνατότητα:

- Να γνωρίσετε την κλινική αξία της ανάλυσης του γονιδιώματος σας
- Να γνωρίσετε το εξατομικευμένο γονιδιακό σας προφίλ σχετικά με την ανταπόκριση στα φάρμακα , τις βιταμίνες και τα σημαντικά διατροφικά σας στοιχεία
- Να γνωρίσετε το γονιδίωμα σας και να προστατεύσετε τους μελλοντικούς σας απογόνους

## Πως συλλέγεται το γενετικό υλικό για τη διενέργεια του γονιδιακού τεστ Genome Book™ ?

Το γονιδιακό τεστ Genome Book™ διενεργείται σε δείγμα σιέλου (saliva) για τους ενήλικες και σε δείγμα σιελικού επιχρίσματος (saliva swab) για τα νεογνά και παιδιά με τη χρήση ενός μη επεμβατικού και πιστοποιημένου για ανθρώπινη χρήση CE, ειδικού κυτίου συλλογής (Genome Book™ – Collection Kit). Το βιολογικό υλικό κάθε δότη καταχωρείται ανώνυμα αμέσως μετά την παραλαβή του από τα εργαστήρια της Biogenea Pharmaceuticals Ltd και όλες οι προσωπικές πληροφορίες σας παραμένουν εμπιστευτικές σύμφωνα με την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

## Σχετικά με εμάς

Το Κλινικό Εργαστήριο της Εταιρείας Φαρμακευτικής Βιοτεχνολογίας Biogenea Pharmaceuticals Ltd δραστηριοποιείται στους τομείς της Κλινικής Γενετικής, της Φαρμακογονιδιωματικής και της Γενετικής Συμβουλευτικής, προσφέροντας πιστοποιημένες γενετικές αναλύσεις εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ποιότητας ISO:9001 και ISO:15189. Στελεχώνεται από έγκριτο προσωπικό φαρμακογενετιστών με σημαντική κλινική και εργαστηριακή εμπειρία, εξασφαλίζοντας την παροχή καινοτόμων γενετικών αναλύσεων με πιστοποιημένη κλινική αξία (Παραπομπή: American College of Medical Genetics).

biogenea
PHARMACEUTICALS

BIOGENEA PHARMACEUTICALS ΕΠΕ
26ης Οκτωβρίου 43
546 27, Θεσσαλονίκη
T: (+30) 2310282835

ΡΕΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
T: (+30) 2109495181
www.biogenea.gr
info@biogenea.gr


PEA

# **ΝΟΥΑ ΑΠΟ ΜΟΣΧΑΡΙ ΓΑΛΑΚΤΟΣ** ΓΕΜΙΣΤΟ & ΠΟΥΡΕ ΣΕΛΙΝΟΡΙΖΑΣ

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



6 ΜΕΡΙΔΕΣ



60 ΛΕΠΤΑ
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ



60 ΛΕΠΤΑ
ΨΗΣΙΜΟ

## ΥΛΙΚΑ

**Για το νουά & τη σάλτσα:**

- 1500-2000 γρ./1 τεμάχιο Κρέας νουά
- 2 Καρότα
- 3 Σέλερι χωρίς φύλλα
- 1 σκελίδα Σκόρδο
- 1 Πιπεριά πράσινη
- 1 Πιπεριά κίτρινη
- 1 Πιπεριά κόκκινη
- 200 ml Κρασί
- 500 ml Ντεμί γκλας για τη σάλτσα
- Αλάτι
- Πιπέρι
- Κόλιανδρο

**Για τον πουρέ σελινόριζας:**

- 500 γρ. Σελινόριζα
- 500 γρ. Πατάτες
- 1 λίτρο Γάλα στο βράσιμο
- 100 γρ. Κρέμα γάλακτος
- 50 γρ. Βούτυρο
- Αλάτι
- Πιπέρι λευκό

## ΕΚΤΕΛΕΣΗ

**Για το νουά & τη σάλτσα:**

- Ανοίγουμε με τη βοήθεια ενός μαχαιριού στο κέντρο το νουά από τη μια άκρη στην άλλη, χωρίς να τραυματίσουμε το εξωτερικό του.
- Γεμίζουμε από μια λωρίδα καρότο, σέλερι, πιπεριά κόκκινη, πιπεριά πράσινη, πιπεριά κίτρινη και ελάχιστο σκόρδο.
- Περνάμε το νουά από τηγάνι με ηλιέλαιο να πάρει χρώμα.
- Σε μια κατσαρόλα τοποθετούμε μίση πιπεριά κόκκινη, μίση πιπεριά πράσινη, 100 γρ. σελέρι, 1 καρότο, 50 γρ. κρεμμυδάκι φρέσκο, λίγα μανιτάρια και το νουά, καλύπτουμε το νουά μέχρι τη μέση με ντεμί γκλας και λίγο κρασί και ψήνουμε στους 165 βαθμούς μισό μισό για μια ώρα περίπου, με βελόνα 78 βαθμούς.
- Από τα υγρά ψησίματος φτιάχνουμε μια σάλτσα πολτοποιώντας τα υλικά.

**Για τον πουρέ σελινόριζας:**

- Βράζουμε τη σελινορίζα μαζί με τις πατάτες σε αρκετή ποσότητα νερό με γάλα. Μόλις βράσουν καλά, τα πολτοποιούμε και προσθέτουμε την κρέμα γάλακτος, το βούτυρο, το αλάτι & το πιπέρι.

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

## Κλινικής ΡΕΑ 2019 - 2020




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

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

ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

Μπορείτε να κατεβάσετε το πρόγραμμα σκανάροντας με το κινητό σας τον **QR κώδικα**




# 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 στέρνου. 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.

## Ποιοι άνθρωποι μας έχουν ανάγκη;

Η μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων αποτελεί κυριολεκτικά «θεραπεία σωτηρίας» για ασθένειες, 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, δημιούργησε το Κέντρο Λήψης Δειγμάτων Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών, το οποίο συλλέγει δείγματα για λογαριασμό του Συλλόγου ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ. Πληροφορίες: 2109495071 (Ισόγειο Κλινικής ΡΕΑ).

ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ

Σε συνεργασία:

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ
ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΔΟΤΩΝ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ




ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

**PEA ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ - ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.**

Λ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17 • 175 64 Παλαιό Φάληρο • τηλ. 210 9495000, fax: 210 9495999

**info@reamaternity.gr • www.reamaternity.gr**

# Οι πρώτες μου στιγμές







*Ένα ταξίδι εδώ ξεκινάει,*
*σ' ένα κουτί που αγάπη χωράει,*
*Ένα κουτί 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



ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

# Στο επίκεντρο της φροντίδας μας, η Γυναίκα!

- Μαιευτικές & Γυναικολογικές Υπηρεσίες
- Γυναικολογική Χειρουργική & Ογκολογία
- Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης
- Κέντρο & Κλινική Μαστού
- Ουρογυναικολογία & Χειρουργική Πυελικού Εδάφους
- Πλαστική Αισθητική & Επανορθωτική Χειρουργική
- Ιατρείο Κλιμακτηρίου, Εμμηνόπαυσης & Οστεοπόρωσης
- Αισθητική & Επανορθωτική Γυναικολογία
- Παιδική & Εφηβική Γυναικολογία

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

**ΡΕΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ - ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.**
Λ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17 • 175 64 Παλαιό Φάληρο • τηλ. 210 9495000, fax: 210 9495999
**info@reamaternity.gr • www.reamaternity.gr**