ΤΕΥΧΟΣ 16 / **ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2021**
ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

Realady

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ



EDITORIAL

10 ΧΡΟΝΙΑ ΡΕΑ,
10 ΧΡΟΝΙΑ ΑΛΗΘΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

10 ΧΡΟΝΙΑ

ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

10 χρόνια αληθινή φροντίδα



#10YearsREALCare

Δέκα χρόνια τώρα εργαζόμαστε με πάθος.
Επενδύουμε σε κορυφαίο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,
σε υπερσύγχρονες ιατρικές υπηρεσίες και τεχνολογίες.
Είμαστε δίπλα σας με αληθινό ενδιαφέρον,
με αληθινό αίσθημα ευθύνης, με αληθινή φροντίδα.
Και συνεχίζουμε...

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

Realady

ΕΚΔΟΣΗ & ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ
ΡΕΑ Γυναικολογική Μ.Χ.Θ.Δ.
Κλινική Α.Ε.
Λεωφ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17
Τ.Κ. 17564, Π. Φάληρο
Τ. 210 9495000
Ε. info@reamaternity.gr
www.reamaternity.gr

Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου Κλινικής ΡΕΑ
Κυριάκος Μητσάκος Μπαρμπαγιάννης

Επιστημονική Επιμέλεια
Ομ. Καθηγητής Γ. Κρεατσάς
FACS, FACOG, FRCOG

Υπεύθυνη Marketing & Επικοινωνίας
Αλεξία Ζερβούδη

Επιμέλεια Έκδοσης - Σχεδιασμός
DRIMON MON. Ε.Π.Ε.
Γεωργία Σπύρου, Art Director

ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ
Intelligent Media Ε.Π.Ε.
Τ: 210 6856820

Υπεύθυνη Διαφήμισης
Ελένη Λυγεράκη

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

10 ΧΡΟΝΙΑ ΡΕΑ, 10 ΧΡΟΝΙΑ ΑΛΗΘΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η **Κλινική ΡΕΑ** ιδρύθηκε το 2007 με την πρωτοβουλία 10 διακεκριμένων Μαιευτήρων Γυναικολόγων και ξεκίνησε τη λειτουργία της το Δεκέμβριο του 2010. Το 2012, η ΡΕΑ επέκτεινε την άδεια λειτουργίας της σε Μικτή Χειρουργική Κλινική, ενώ **από το 2019 λειτουργεί ως Γενική Κλινική,** αναπτύσσοντας διαρκώς νέα τμήματα και υπηρεσίες.

Η ΡΕΑ ανήκει στους **602 μετόχους ιατρούς** της και συνεργάζεται με **1.500 ιατρούς** διαφορετικών ειδικοτήτων. Η εταιρία στελεχώνεται από υψηλά καταρτισμένα στελέχη στις νοσηλευτικές και διοικητικές θέσεις-κλειδιά, αλλά και εξειδικευμένο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, που συντελούν στην άρτια λειτουργία του νοσοκομείου, με κοινό στόχο την παροχή **υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας**. Η ΡΕΑ διαθέτει σύγχρονες εγκαταστάσεις με υψηλή αισθητική, με δυναμικότητα 226 κλινών, ιατρικοτεχνολογικό εξοπλισμό αιχμής και παράλληλα προσφέρει μια εμπειρία νοσηλείας διεθνών προδιαγραφών, περιβάλλοντας τον ασθενή με φροντίδα και ασφάλεια.

Παρά το γεγονός ότι η εταιρεία ξεκίνησε την λειτουργία της το 2010, στο ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και σε μια δυσμενή περίοδο με το Clawback και το Rebate να επισκιάζουν κάθε επιχειρηματική δραστηριότητα στον ιδιωτικό χώρο της υγείας, η ΡΕΑ κατόρθωσε με διαρκή και επίμονη προσπάθεια των ιθυνόντων της να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ευρύ κοινού, να διευρύνει τις υπηρεσίες της και να εδραιώσει τη θέση της στην αγορά.

Σημαντικές αυτοχρηματοδοτούμενες επενδύσεις έχουν γίνει τα τελευταία έξι έτη, σε κτιριακές εγκαταστάσεις για την επέκταση των υπηρεσιών της στο εγγύς μέλλον, ιατρικο-τεχνολογικό εξοπλισμό ώστε να βρίσκεται πάντα στο επίκεντρο της καινοτομίας, αλλά και σε ιδιόκτητα κτίρια στέγασης διοικητικών υπηρεσιών.

Σε πρόσφατη ετήσια έκθεση της ICAP για τον κλάδο υγείας και συγκεκριμένα για την χρηματοοικονομική ανάλυση των ιδιωτικών Μαιευτικών Γυναικολογικών Κλινικών η εταιρεία ΡΕΑ κατέλαβε την 2η θέση βάσει της απόδοσης των ιδίων κεφαλαίων και την 1η θέση βάσει καθαρού αποτελέσματος προ φόρων.

Από το 2015 η Κλινική ΡΕΑ εφαρμόζει συστήματα διαχείρισης ποιότητας για το σύνολο των υπηρεσιών της, τις επισιτιστικές της υπηρεσίες, τα συστήματα περιβαλλοντικής διαχείρισης και ενεργειακών πόρων, έχοντας πιστοποιηθεί από την Swiss Approval κατά ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 50001:2018, ISO 22000:2018 (HACCP). Η Swiss Approval έχει επίσης πιστοποιήσει τη Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης κατά ISO 9001:2015 και ISO 15224:2016. Η εταιρεία έχει μειώσει την κατανάλωση ενέργειας ως προς το **φυσικό αέριο κατά 15%** και ως προς την **ηλεκτρική ενέργεια κατά 6%**, υποστηρίζει συστήματα ανακύκλωσης και υιοθετεί σύγχρονες στρατηγικές διαχείρισης αποβλήτων.

Δέσμευση της Διοίκησης της Κλινικής ΡΕΑ είναι να συνεχίσει την επιχειρηματική της δραστηριότητα σεβόμενη πάντα τον Άνθρωπο και το Περιβάλλον, αποτελώντας σημείο αναφοράς στον ιδιωτικό κλάδο της υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΥΓΕΙΑ & ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

6 Ήλιος και δερματική υγεία: Είναι όντως αντιφατικά;

10 Φλεβικές παθήσεις και καλοκαίρι



ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ & ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

12 Ημερολόγιο των 9 υπέροχων μηνών της εγκυμοσύνης!

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

18 Άγχος και κατάθλιψη εγκυμοσύνης & επιλόχειες ψυχικές διαταραχές

ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΤΕΥΧΟΥΣ

24 Γαλακτοσκόπηση: Μια επαναστατική μέθοδος για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού

26 Τι είναι αυτό στο στήθος μου; 5 συχνά ευρήματα στο μαστό

28 Καρκίνος του μαστού: Ο εχθρός της γυναίκας μπορεί να ηττηθεί!

30 Ογκεκτομή & ογκοπλαστική χειρουργική του μαστού: Τι είναι; Πότε γίνεται και σε ποιες ασθενείς;

32 Κληρονομικά σύνδρομα και καρκίνος μαστού

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

38 Συμβουλές διατροφής για μέλλουσες μητέρες

42 Η σωστή διατροφή ως σύμμαχος στη ζωή της γυναίκας στην εμμηνόπαυση

ΥΓΕΙΑ

48 Η ενδομητρίωση μέσα από 10 μύθους & αλήθειες

50 Ουρολοίμωξη: Πρόληψη, κανόνες υγιεινής και θεραπεία

54 Ιός HPV: Πώς μεταδίδεται ο ιός HPV και πώς μπορούμε να προστατευτούμε από αυτόν;

58 Μυοσκελετικά προβλήματα στην εποχή της τηλεργασίας

60 Πόνος στην κοιλιά: Τι μπορεί να σημαίνει;

64 Πέτρα στη χολή – Χολοκυστίτιδα: Πώς τις αντιμετωπίζουμε την εποχή του COVID-19

66 Αναισθησιολογική προσέγγιση του παχύσαρκου ασθενούς

68 Μίνι γαστρική παράκαμψη

70 Στυτική δυσλειτουργία & θεραπεία PRP

ΕΥ ΖΗΝ

74 Διαχείριση βάρους και μεταβολισμός

76 Μαγειρική: Γεμιστό ρολό γαλοπούλας με αγριόρυζο

ΤΜΗΜΑΤΑ ΡΕΑ

78 Δερματολογικό - Αφροδισιολογικό ιατρείο

80 Τμήμα εργομετρίας – ανθρώπινης απόδοσης και μεταβολισμού

ΝΕΑ ΤΗΣ ΡΕΑ

82 Ανήκουμε όλοι στην ίδια ομάδα



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 χαμηλό ποσοστό σε οξείδιο του ψευδαργύρου.

www.frezyderm.gr

YouTube Frezyderm Baby

ΗΛΙΟΣ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: Είναι όντως αντιφατικά;

Γράφει η Μαριτίνα Ρόππα
Κλινική Δερματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Δερματολογικού Ιατρείου ΡΕΑ

Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί άλλοτε ως ευεργέτης, άλλοτε ως εχθρός όσον αφορά στη δερματική μας υγεία, ο αγαπημένος σε όλους μας ήλιος. Η έκθεσή μας στον ήλιο παρουσιάζει κάποιες ευεργετικές ιδιότητες για τον οργανισμό μας, όπως τη σύνθεση της πολύτιμης για την υγεία των οστών, αλλά και την εύρυθμη λειτουργία του ανοσοποιητικού μας συστήματος, **βιταμίνης D**. Επίσης, συμβάλλει στη **βελτίωση φλεγμονωδών νοσημάτων του δέρματος**, όπως η ψωρίαση, η ατοπική δερματίτιδα, ο χρόνιος κνησμός αλλά και **ογκολογικών νοσημάτων του δέρματος**, όπως το δερματικό λέμφωμα. Η έκθεση στον ήλιο προκαλεί επίσης έκλυση σημαντικών **ορμονών της ευτυχίας**, όπως η σεροτονίνη, η οποία βελτιώνει τη διάθεσή μας.

Ωστόσο, η παρατεταμένη και χωρίς προστασία έκθεση στον ήλιο προκαλεί βλαβερές συνέπειες. Η υπερβολική και χωρίς μέτρα προστασίας έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία επιφέρει **δερματικές βλάβες**, ιδιαίτερα στους πιο ευαίσθητους φωτοτύπους δέρματος (άτομα με λευκό χρώμα δέρματος, ανοιχτόχρωμα μάτια και μαλλιά). Ιδιαίτερα τα **εγκαύματα στην παιδική ηλικία**, η **έκθεση στον ήλιο λόγω επαγγέλματος**, το **κληρονομικό ιστορικό** για κακοήθειες του δέρματος, οι **τεχνητές πηγές μαυρίσματος** (solarium) αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση καρκίνου του δέρματος στην ενήλικη ζωή.

Ο καρκίνος του δέρματος κατηγοριοποιείται σε μη μελανοκυτταρικό και μελανοκυτταρικό, με τις μορφές του μη μελανοκυτταρικού καρκίνου να εμφανίζονται συχνότερα. Στη χώρα μας, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη ηλιοφάνεια, όπως και σε παγκόσμιο επίπεδο αυξάνεται με θλιβερό ρυθμό η διάγνωση νέων περιστατικών με καρκίνο του δέρματος. Οι δερματολογικές εταιρείες ανά τον κόσμο κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου.

ΣΩΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Η **φωτογήρανση** αποτελεί άλλη μια βλαβερή συνέπεια της υπεριώδους ακτινοβολίας στο δέρμα μας. Η **σωστή χρήση του αντηλιακού όλο το χρόνο** με δείκτη προστασίας ανάλογο με τον φωτότυπο δέρματος στον οποίο ανήκουμε, καθώς και η υιοθέτηση σωστών συνηθειών έκθεσης στον ήλιο είναι ουσιώδους σημασίας.

- Χρησιμοποιούμε αντηλιακό με τον κατάλληλο δείκτη προστασίας SPF ενάντια στη UVB ακτινοβολία
- Η συνιστώμενη δόση είναι 2 mg ανά τετραγωνικό εκατοστό σώματος
- Μισή ώρα πριν την έκθεση στον ήλιο η πρώτη εφαρμογή και μετά ανανέωση κάθε δυο ώρες ή εάν ιδρώσουμε ή βραχούμε στο νερό



- Χρησιμοποιούμε αντηλιακά με φυσικά ή χημικά φίλτρα (οι όροι έχουν αντικατασταθεί από τον FDA από μη οργανικά και οργανικά φίλτρα), ανάλογα με την ηλικία των παιδιών μας ή ανάλογα με τυχόν αλλεργίες που εμφανίζουμε εμείς ή τα παιδιά μας σε κάποιο από τα χημικά φίλτρα
- Χρησιμοποιούμε αντηλιακό απαραίτητα και στα χείλη και σε περιοχές, όπως τα αυτιά
- Για τους αθλητές εξωτερικού χώρου προτείνεται αντηλιακό σε μορφή spray, gel ή λοσιόν για πιο εύκολη εφαρμογή και ευχάριστη υφή

ΑΝΤΗΛΙΑΚΟ & ΒΙΤΑΜΙΝΗ D

Ένας μύθος για τα αντηλιακά, ο οποίος πρέπει να καταρριφθεί, είναι ότι δεν πρέπει να φοράμε αντηλιακό, προκειμένου να συνθέσει ο οργανισμός μας βιταμίνη D. Η βιταμίνη D είναι αδιαμφισβήτητα απαραίτητη για την καλή λειτουργεία του καρδιαγγειακού συστήματος, την άμυνα του οργανισμού. Η σύνθεση της απαιτεί την έκθεση στον ήλιο, όχι απαραίτητα όμως σε ώρες αιχμής και σε καμία περίπτωση δεν επηρεάζει η χρήση αντηλιακού. Σε περιπτώσεις έλλειψης, προτείνεται η πρόσληψή της από τη διατροφή και συμπληρώματα διατροφής και όχι η υπέρμετρη έκθεση στον ήλιο χωρίς μέτρα προστασίας.

> “Η ΣΩΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΜΕ ΔΕΙΚΤΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΟ ΜΕ ΤΟΝ ΦΩΤΟΤΥΠΟ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΑΝΗΚΟΥΜΕ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ Η ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΣΩΣΤΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ ΕΙΝΑΙ ΟΥΣΙΩΔΟΥΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ.”

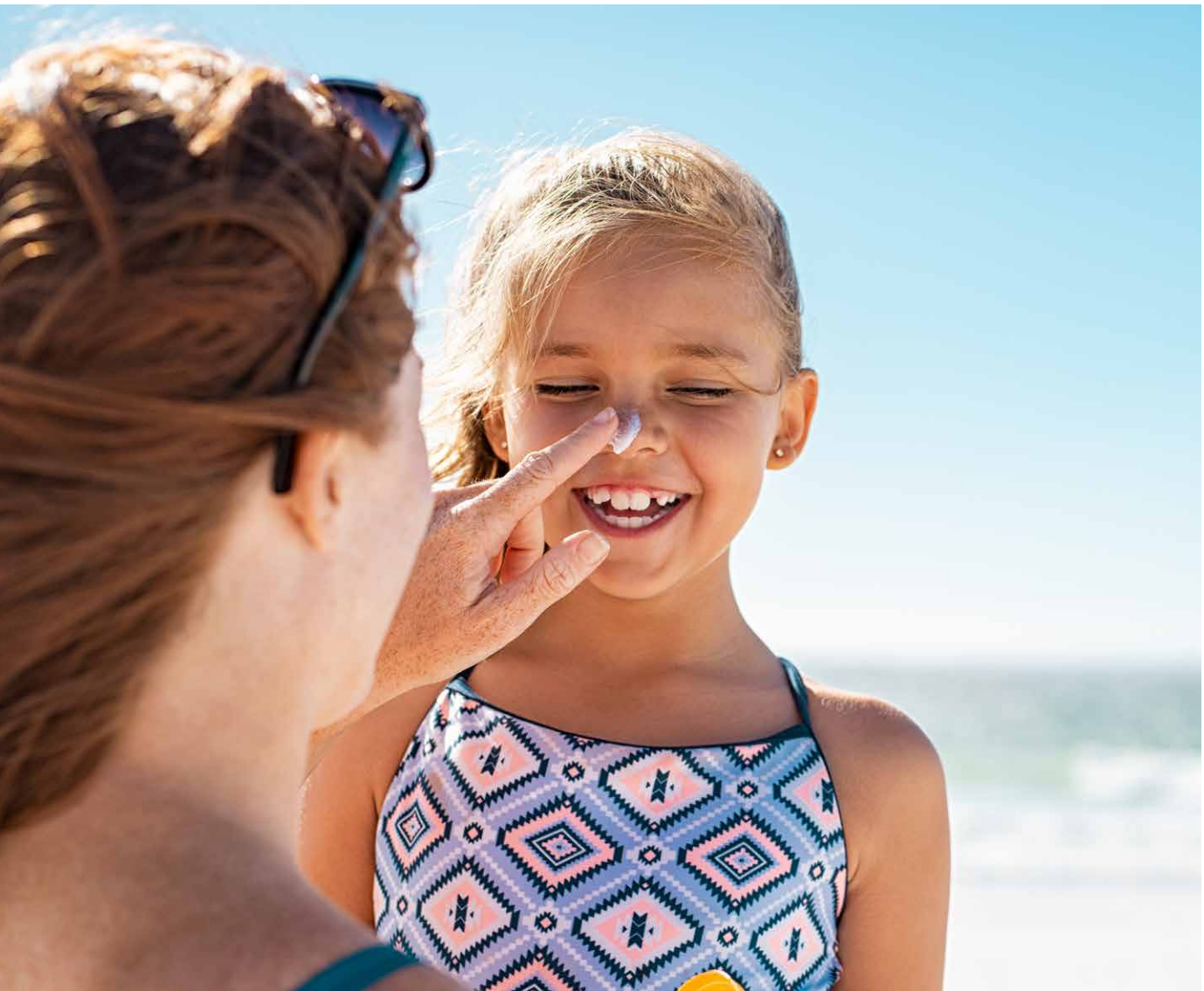
ΗΛΙΟΣ & «ΕΛΙΕΣ» ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ως σπίλοι αποκαλούνται ιατρικά οι γνωστές σε όλους μας «ελιές» που εμφανίζονται στο δέρμα μας. Οι φυσιολογικοί σπίλοι είναι συνήθως μικρές καφέ κηλίδες ή επάρματα του δέρματος που εμφανίζονται κατά τις πρώτες δεκαετίες της ζωής του ανθρώπου. Μπορεί να είναι είτε επίπεδοι είτε επηρμένοι και συνήθως έχουν στρογγυλό ή σφαιροειδές σχήμα.

Οι περισσότεροι σπίλοι εμφανίζονται λόγω γενετικής προδιάθεσης, όμως κάποιοι ευνοούνται από την έκθεση στον ήλιο.

Οι δυσπλαστικοί σπίλοι (άτυποι σπίλοι) είναι συνήθεις καλοήθεις σπίλοι, οι οποίοι μοιάζουν με το μελάνωμα. Τα άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μεμονωμένα ή πολλαπλά μελανώματα.
Τα άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους και με οικογενειακό ιστορικό μελανώματος (2 ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με αυτή την ασθένεια) έχουν ένα εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο στο να παρουσιάσουν μελάνωμα, το οποίο είναι η πιο επιθετική μορφή καρκίνου του δέρματος.

ΟΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΣΠΙΛΟΙ ΕΙΝΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΙΚΡΕΣ ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ Ή ΕΠΑΡΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ.



> “ΣΗΜΕΡΑ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΣΧΕΔΟΝ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΟΣ ΟΤΑΝ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙ ΕΓΚΑΙΡΩΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΑΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. Η ΣΩΣΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΗΛΙΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΤΑΚΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΣ.”

ΠΟΤΕ ΕΝΑΣ ΣΠΙΛΟΣ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΠΤΟΣ ΓΙΑ ΜΕΛΑΝΩΜΑ;

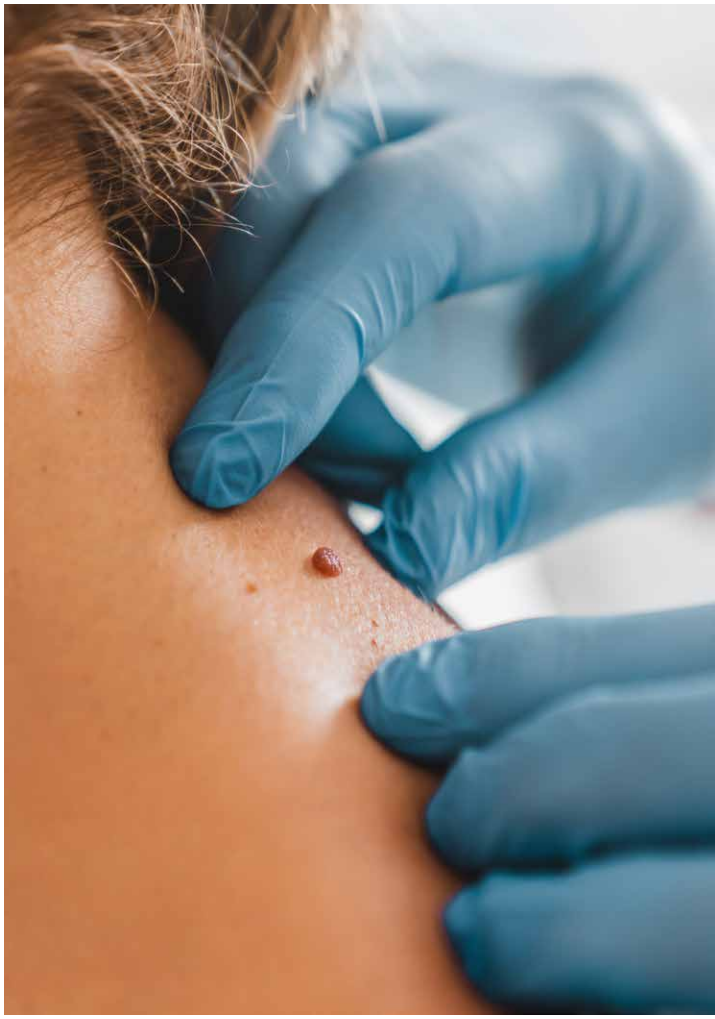
Ένας απλός μνημονικός κανόνας είναι η αλφαβήτα (A, B, C, D, E) του μελανώματος:

- **A** εκφράζει την ασυμμετρία της βλάβης (ASYMMETRY)
- **B** εκφράζει τα ακανόνιστα όρια (BORDER)
- **C** εκφράζει τα χρώματα μιας βλάβης (COLOR)
- **D** εκφράζει τη διάμετρο (DIAMETER)
- **E** εκφράζει την εξέλιξη ή την αλλαγή με την πάροδο του χρόνου(EVOLVING)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Σήμερα ο καρκίνος του δέρματος είναι σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις θεραπεύσιμος όταν διαγνωσθεί εγκαίρως και πραγματοποιηθεί άμεσα θεραπεία. Η σωστή εφαρμογή μέτρων ηλιοπροστασίας και η τακτική εξέταση από τον Δερματολόγο θα πρέπει να αποτελούν μέρος της φροντίδας της υγείας μας.

Στο Δερματολογικό Ιατρείο της Κλινικής ΡΕΑ εφαρμόζουμε τη μέθοδο της ψηφιακής δερματοσκόπησης και χαρτογράφησης των σπίλων



για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του δέρματος, ενώ συστήνεται παρακολούθηση των ασθενών μας τουλάχιστον μία φορά το χρόνο.

ΦΛΕΒΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

Γράφει ο Αθανάσιος Σιαφάκας
Αγγειοχειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Πώς επιδρά το καλοκαίρι στις φλεβικές παθήσεις;

Η ακτινοβολία του ήλιου και η ζέστη προκαλούν διαστολή των φλεβών που μπορεί να κάνουν εντονότερα τα ενοχλήματα στα πόδια (πρήξιμο, εύκολη κόπωση, αίσθημα βάρους). Επίσης η ακτινοβολία είναι ένα από τα αίτια δημιουργίας ευρυαγγειών (φλεβίτη) στα πόδια αλλά και στο πρόσωπο.

Ποιοι άλλοι παράγοντες ευθύνονται στην εμφάνιση φλεβικών παθήσεων;

Η κυριότερη αιτία των φλεβικών παθήσεων στα άκρα και συγκεκριμένα της φλεβικής ανεπάρκειας είναι η κληρονομικότητα. Διάφορες καταστάσεις όπως η παρατεταμένη ορθοστασία, η καθιστική ζωή, η εγκυμοσύνη, η ορμονοθεραπεία, η ακτινοβολία, οι μικροτραυματισμοί αποτελούν ένα μικρό δείγμα από τους πάρα πολλούς λόγους που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ευρυαγγειών στα κάτω άκρα.

Τι ακριβώς είναι οι ευρυαγγείες;

Τα κόκκινα και μπλε συνήθως “φλεβάκια” που βλέπουμε στα πόδια μας, είτε σαν γραμμές ή σαν ιστό αράχνης, γνωστά και ως “σπασμένα αγγεία” ή “φλεβίτης” ονομάζονται ευρυαγγείες, που είναι και ο επίσημος ιατρικός όρος. Είναι στην πραγματικότητα διατεταμένα φλεβίδια του δέρματος, που κανονικά δεν είναι ορατά με γυμνό μάτι αλλά για διάφορους λόγους, όπως η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, έχουν διασταλεί και πλέον είναι ορατά. Όσο πιο λεπτά είναι, τόσο πιο κόκκινα προς ροζ φαίνονται, ενώ όσο αυξάνει η διάμετρός τους, τόσο πιο σκούρο γίνεται το χρώμα τους (μπλε, μωβ).

Από μόνα τους αποτελούν κυρίως αισθητικό πρόβλημα, αλλά πάντα χρειάζονται μια πιο προσεκτική διερεύνηση γιατί σε ένα ποσοστό 10-15% μπορεί να οφείλονται σε προβληματικές φλέβες που βρίσκονται πιο βαθιά στο πόδι. Σίγουρα εάν έχουμε ευρυαγγείες πρέπει να βάζουμε επιμελώς και πάντα αντιηλιακό στα πόδια αλλά και σε κάθε εκτεθειμένο μέρος του σώματος, καθώς η ακτινοβολία δεν επιδεινώνει μόνο τις ήδη υπάρχουσες ευρυαγγείες, αλλά μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία νέων.

Η ΗΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΩΝ (ΦΛΕΒΙΤΗ) ΣΤΑ ΠΟΔΙΑ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ.

Πώς αντιμετωπίζονται οι ευρυαγγείες;

Η **σκληροθεραπεία** είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος για την αντιμετώπιση των ευρυαγγειών. Ανάλογα με την έκταση των ευρυαγγειών, αλλά και από το επιθυμητό αισθητικό αποτέλεσμα, εξαρτάται ο αριθμός των συνεδριών σκληροθεραπείας. Μετά από κάθε συνεδρία καλό είναι να αποφεύγουμε την έκθεση στον ήλιο για 15 ημέρες, να περπατάμε και να πίνουμε άφθονα υγρά.

Ανάλογα με την έκταση, το είδος και την εντόπιση των ευρυαγγειών μπορεί να κριθεί από τον ιατρό σας η χρήση καλτσών διαβαθμισμένης συμπίεσης.

Η σκληροθεραπεία έχει σαν σκοπό να μετατρέψει τις φλέβες σε ινώδη χορδή. Γίνεται έγχυση ειδικής φαρμακευτικής ουσίας με πολύ λεπτές βελόνες μέσα στις φλέβες με σκοπό να τις “αδρανοποιήσει” ώστε ο οργανισμός να τις απορροφήσει, ουσιαστικά να τις μετατρέψει σε ινώδεις χορδές. Όπως σταδιακά τις απορροφά ο οργανισμός, έτσι και οι ευρυαγγείες σταδιακά ξεθωριάζουν μέχρι σημείου να μην φαίνονται που είναι και το ιδανικό. Ο χρόνος απορρόφησης κάθε φλέβας διαφέρει όπως διαφέρει και από άνθρωπο σε άνθρωπο. Μετά όμως από 6 περίπου εβδομάδες μπορούμε να έχουμε μια εικόνα για το αποτέλεσμα της θεραπείας, ώστε να συμπληρώσουμε τη θεραπεία, όπου απαιτείται. Κάνουμε, δηλαδή νέα συνεδρία σκληροθεραπείας.

Η εκγύμναση, όπως το περπάτημα, η καλή ενυδάτωση, αποφυγή της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία είναι βασικά προληπτικά μέτρα όχι μόνο για να βελτιώσουμε την εμφάνιση των ποδιών μας αλλά και την υγεία μας γενικότερα.



ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ 9 ΥΠΕΡΟΧΩΝ ΜΗΝΩΝ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ!

Γράφει η Ευγενία Κουράκου
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Διευθύνουσα Σύμβουλος Κλινικής ΡΕΑ



Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΕΧΕΙ ΩΣ ΣΗΜΕΙΟ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ ΤΗ ΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ. ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΥΠΑΡΞΕΙ ΘΕΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ, ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΕΙΘΑΡΧΙΑ. ΚΑΘΕ ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ, ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΚΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ, ΣΥΝΕΠΩΣ, Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΣ, ΩΣΤΕ Η ΜΕΛΛΟΥΣΑ ΜΗΤΕΡΑ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΠΑΝΤΑ ΤΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΕΙ, ΤΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΟΦΕΙΛΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ, ΠΟΣΟ ΒΑΡΟΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΙ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΑ, ΠΩΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΤΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΜΕΣΑ ΤΗΣ.

Η γυναίκα αρχίζει να υποψιάζεται την εγκυμοσύνη μόλις διαπιστώσει καθυστέρηση στην έμμηνο ρύση. Τα περισσότερα test του εμπορίου μπορούν να καταδείξουν την εγκυμοσύνη από την 1η εβδομάδα καθυστέρησης, με αρκετά μεγάλη πιστότητα. Απόλυτη ακρίβεια, όμως, παρέχει μόνο η ιατρική εξέταση, γνωστή και ως «β' χοριακή», που μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε μικροβιολογικό εργαστήριο και διαρκεί όσο μια απλή εξέταση αίματος.

ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ (1η-12η εβδομάδα)

Η συνολική διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 40 εβδομάδες, μετρώντας από την πρώτη ημέρα της τελευταίας περιόδου. Τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες το έμβρυο είναι μια σφαίρα γρήγορα πολλαπλασιαζόμενων κυττάρων, που ενσωματώνεται στο ενδομήτριο και αρχίζει να αναπτύσσεται. Ο οργανισμός «βομβαρδίζεται» από ορμόνες και, στην προσπάθεια να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, αντιδρά. Αποτέλεσμα είναι να εμφανίζονται τα γνωστά συμπτώματα της εγκυμοσύνης: εμετός, ναυτία, κόπωση, πόνος στη μέση και πρήξιμο στο στήθος.

Η πρώτη επίσκεψη στον ιατρό πραγματοποιείται μετά την 5η εβδομάδα. Ο γυναικολόγος θα ζητήσει να μάθει αρχικά το πλήρες ιατρικό ιστορικό και των δύο γονιών και θα ενημερώσει την έγκυο, ζητώντας της παράλληλα να υποβληθεί στις παρακάτω εξετάσεις:

- Γενική αίματος και ούρων
- Ομάδα αίματος και Rhesus
- Ουρία και σάκχαρο
- Ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης
- Test δρεπανώσεως
- Ορολογικές αντιδράσεις για σύφιλη και ανοσολογικό έλεγχο για αντιγόνα έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β, της ηπατίτιδας C, του AIDS, του έρπητα, της ερυθράς, του μεγαλοκυτταροϊού, του τοξοπλάσματος και της λιστέριας.
- Έλεγχο Κυστικής Ίνωσης
- Βιοχημικό έλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδούς
- Καλλιέργεια κολπικού υγρού
- Σίδηρο και φεριττίνη

Φυσικά, υπάρχουν και πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, οι οποίες διενεργούνται κατόπιν εξέτασης του ιστορικού της εκάστοτε εγκύου (όπως η θρομβοφιλία).

Την 5η εβδομάδα εμφανίζονται τα πρώτα ερυθροκύτταρα και τα πρώτα αγγεία και σχηματίζεται μια σωληνοειδής καρδιά που σύντομα

θα αρχίσει να πάλλεται.
Με υπερηχογραφικό έλεγχο θα διαπιστωθεί ο αριθμός των εμβρύων και θα καθοριστεί η θέση εμφύτευσης (ενδομήτρια ή εξωμήτρια κύηση).

Μετά την 6η εβδομάδα, με διακολπικό υπερηχογράφημα βλέπουμε την καρδιά να πάλλεται και πραγματοποιείται μέτρηση του εμβρύου, ώστε να καθοριστεί η υπερηχογραφική ηλικία του και η πιθανή ημερομηνία τοκετού. Το έμβρυο τώρα έχει μέγεθος φασολιού και αρχίζει να διαμορφώνεται το νευρικό του σύστημα, ενώ το κυκλοφορικό υφίσταται ήδη. Επίσης, διαμορφώνεται ο ομφάλιος λώρος και εμφανίζονται οι μικροσκοπικές προεξοχές που θα γίνουν τα άκρα. Σημειώνεται ότι επειδή κατά το δεύτερο μήνα της εγκυμοσύνης και ειδικότερα μέχρι τη 10η εβδομάδα, επιτελείται η δημιουργία όλων των οργάνων, είναι απαγορευτική η έκθεση σε βλαπτικές ουσίες όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, αλλά και η χρήση φαρμάκων χωρίς τη συγκατάθεση του γυναικολόγου.

Την 7η εβδομάδα αρχίζει η ανάπτυξη της καρδιάς. Αυτή την περίοδο, πολλές γυναίκες αισθάνονται συχνότερα την ανάγκη να ουρήσουν, ενώ γίνονται εξαιρετικά ευαίσθητες και οξύθυμες.

Κατά την 8η εβδομάδα αναπτύσσεται το νευρικό σύστημα. Το κεφάλι παίρνει σχήμα και εμφανίζονται τα μάτια κάτω από το δέρμα του προσώπου. Τα άκρα μοιάζουν τώρα περισσότερο με χέρια και πόδια. Όλα τα εσωτερικά όργανα αναπτύσσονται και γίνονται πιο σύνθετα.

Την 9η εβδομάδα το έμβρυο είναι περίπου 5 εκατοστά, με το κεφάλι να πτυχώνεται πάνω στο στήθος. Έχει πλέον αναπτύξει τα σημαντικά όργανά του, τα μάτια και τα αυτιά.

Το έμβρυο παρουσιάζει ολοκληρωμένη εικόνα κατά την 11η εβδομάδα. Είναι η στιγμή που η έγκυος θα πρέπει να υποβληθεί σε υπερηχογράφημα αυχενικής διαφάνειας, στο οποίο μετράται το πάχος του υγρού στον αυχένα του εμβρύου που, σε συνδυασμό με τη μέτρηση των ορμονών PAPP-A και β – hCG στο αίμα της μητέρας, αποτελούν από τις πιο αξιόπιστες εξετάσεις για το σύνδρομο Down. Επίσης, ελέγχονται η αρτιμέλεια του εμβρύου, τυχόν αδρές ανατομικές ανωμαλίες και η καρδιακή συχνότητα και συστήνεται η λήψη τροφοβλάστης και χοριακών λαχνών, σε περίπτωση που εντοπιστεί κάτι παθολογικό.

Από τη 12η εβδομάδα και μετά, μειώνεται ο κίνδυνος αποβολής και κατά την είσοδο στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, μειώνονται και τα συμπτώματα. Το έμβρυο αυξάνεται σε μήκος γρηγορότερα, ο πλακούντας τώρα είναι πλήρως διαμορφωμένος και ενδέχεται να διακρίνεται το φύλο του μωρού.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ (13η-18η εβδομάδα)

Τη 13η εβδομάδα η μήτρα γίνεται μεγαλύτερη και αρχίζει να εξέχει από τη λεκάνη, ενώ από τη 17η εβδομάδα μπορεί πλέον να γίνει με ασφάλεια η αμνιοπαρακέντηση για την άμεση διερεύνηση χρωμοσωμικών ή γονιδιακών ανωμαλιών. Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις και ανάλογα τη σύσταση του θεράποντος ιατρού, υπάρχει σήμερα η δυνατότητα ανίχνευσης χρωμοσωμικών και άλλων παθήσεων του εμβρύου, μόνο από το αίμα της εγκύου, με μεγάλη εγκυρότητα αποτελέσματος (99%).

Επιπλέον, και στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης πραγματοποιούνται αιματολογικές εξετάσεις για τον έλεγχο της αναιμίας και του σακχάρου και γενική ούρων.

Μετά τη 16η εβδομάδα έχουν διαμορφωθεί τα γεννητικά όργανα, συνεπώς στο υπερηχογράφημα μπορεί να διακρίνεται το φύλο του μωρού. Το νευρικό και το μυϊκό σύστημα του εμβρύου αναπτύσσονται ακόμα περισσότερο και οι κινήσεις είναι πιο έντονες, με αποτέλεσμα να τις αντιλαμβάνεται και η μητέρα.

Μεταξύ 19ης και 25ης εβδομάδας, γίνεται το υπερηχογράφημα β' επιπέδου, στο οποίο εξετάζονται όλες οι υπερηχογραφικά εμφανείς ανατομικές δομές του εμβρύου. Επιπλέον, γίνεται λεπτομερής απεικόνιση και μελέτη όλων των συστημάτων και των οργάνων του εμβρύου και εξετάζεται ο πλακούντας και η ποσότητα του αμνιακού υγρού.

Οι αισθήσεις του εμβρύου αναπτύσσονται τώρα πιο έντονα

ενώ, από την 25η εβδομάδα και έπειτα, τα όργανα είναι σε πλήρη ανάπτυξη και το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης αφορά στην ωρίμανση και την αύξηση του εμβρύου. Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν σε αυτό το στάδιο επώδυνες κράμπες στα κάτω άκρα, οι οποίες οφείλονται σε σταδιακή αύξηση του βάρους.

Την 26η εβδομάδα κύησης το δέρμα των εμβρύων γίνεται βαθμιαία πιο αδιαφανές και μετά την 28η εβδομάδα, το έμβρυο είναι αρκετά ώριμο ώστε, εάν υπάρξει πρόωρος τοκετός, να αυξάνεται κατά πολύ το ποσοστό επιβίωσής του.

ΤΡΙΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ (29η-40ή εβδομάδα)

Κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ο οργανισμός επιβαρύνεται από την αύξηση βάρους. Το σώμα αρχίζει να προετοιμάζεται για τον τοκετό με το έμβρυο να καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο χώρο στη μήτρα, με αποτέλεσμα να είναι δυνατή η εμφάνιση κόπωσης, κιρσών, οιδημάτων, πόνων στη μέση και τη λεκάνη.

Στην 29η εβδομάδα, πέρα από τον καθιερωμένο εργαστηριακό έλεγχο εξετάζεται και η καμπύλη σακχάρου. Η διάγνωση έχει σημασία, τόσο για την υγεία της γυναίκας, όσο και για την υγεία του εμβρύου. Είναι πιθανό να χρειάζονται επιπλέον εξετάσεις, ανάλογα με τις ανάγκες της εγκυμοσύνης, όπως υπερηχογράφημα για την εκτίμηση του βιοφυσικού προφίλ του εμβρύου.

Επίσης, σε αυτή την εβδομάδα, συστήνεται από τους Λοιμωξιολόγους να υποβληθεί η έγκυος στον εμβολιασμό για τον κοκκύτη.

Από την 32η εβδομάδα αρχίζουν οι συστολές Braxton – Hicks (ελαφρές συστολές της μήτρας). Στις 32 εβδομάδες μερικοί γιατροί κάνουν το υπερηχογράφημα Doppler αγγείων, το οποίο μετράει τη ροή αίματος στον ομφάλιο λώρο και στις δύο μητριαίες αρτηρίες, για να διαπιστωθεί εάν ο πλακούντας τροφοδοτείται επαρκώς ή αν υπάρχουν σημάδια πλακουντιακής ανεπάρκειας.

Επίσης, σε αυτή τη φάση αυξάνεται δραματικά η ζήτηση του εμβρύου σε θρεπτικά συστατικά, όπως ο σίδηρος και το ασβέστιο. Τα μαλλιά του έχουν ήδη αναπτυχθεί και στα δάχτυλά του έχουν σχηματιστεί τα νύχια. Το λίπος κάτω από το δέρμα συνεχίζει να αυξάνεται και το έμβρυο αποκτά μια πιο ολοκληρωμένη μορφή. Όσον αφορά τη μητέρα, η αύξηση μεγέθους της κοιλιάς είναι έκδηλη και είναι σύνηθες να εμφανίζει στομαχικές διαταραχές. Στο τρίτο τρίμηνο ίσως παρουσιαστούν αιμορροΐδες. Συνιστάται να αποφεύγεται η πολύωρη ορθοστασία ή η παραμονή σε καθιστή θέση, ενώ είναι απαραίτητος ο έλεγχος για σημεία και εργαστηριακά ευρήματα προεκλαμψίας.

Στην 32η εβδομάδα, επίσης, το έμβρυο μπορεί να δει και να διαχωρίσει το φως από το σκοτάδι! Τα στήθη της μητέρας αρχίζουν να παράγουν το πρωτόγαλα.

Στην 36η εβδομάδα, το κεφάλι είναι εμπεδωμένο στη λεκάνη, προετοιμαζόμενο για φυσιολογικό τοκετό και στην 37η εβδομάδα το έμβρυο θεωρείται τελειόμηνο. Οι πνεύμονες είναι ώριμοι και μπορεί να επιζήσει χωρίς αναπνευστική υποστήριξη.

Οι τελευταίες εβδομάδες στη μήτρα (38η-40ή) είναι μόνο για να πάρει βάρος το μωρό. Ειδικότερα, στην 39η εβδομάδα η μήτρα έχει φθάσει στο μέγιστο μέγεθος και βάρος και την 40ή αναμένεται ο τοκετός. Σε διαφορετική περίπτωση, στις 40 εβδομάδες και 2 ημέρες προκαλείται ο τοκετός, ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο ενδομήτριας βλάβης.

Τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης, ανάλογα την περίπτωση, πιθανώς να χρειαστεί εκτίμηση της καλής λειτουργίας του πλακούντα και της ζωτικότητας του εμβρύου.

Το βάρος της μητέρας

Το «πρέπει να τρώω για δύο» είναι ένας μεγάλος μύθος. Η μέλλουσα μητέρα πρέπει να αποφύγει να πάρει πολλά κιλά στην εγκυμοσύνη της, με τους ιατρούς να θεωρούν ως αποδεκτή αύξηση βάρους αυτή των 9 έως 12 κιλών. Αυτό που οφείλει να κάνει, είναι να λαμβάνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την ίδια και το μωρό της, με μικρά, αλλά συχνά γεύματα.

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



Mustela®

Φροντίδα για το δέρμα των μωρών και των παιδιών με συστατικά φυσικής προέλευσης, από την 1η ημέρα της γέννησης[1].

Η Mustela®, Νο 1 μάρκα στη Γαλλία*, προσφέρει εξειδικευμένα προϊόντα περιποίησης για όλους τους τύπους δέρματος των μωρών και των παιδιών.

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΕΓΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ

Certified B Corporation

ΕΓΓΥΗΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ

Δίπλα σας από το 1950

[1]Συμπεριλαμβανομένων των βρεφών που εξήλθαν από τη νεογνική μονάδα εντατικής θεραπείας
*Quintiles IMS, Pharmatrend Database, Baby Care market, MAT September 2019 σε τεμάχια & αξία, στη Γαλλία

Τα προϊόντα διανέμονται στην Ελλάδα αποκλειστικά από την **ISOPLUS** A.E. • ΑΘΗΝΑ: Τ. 210 95 79 707 • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Τ. 2310 028 668 • e-mail: info@iso-plus.gr
www.mustela.com.gr



ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ & ΕΠΙΛΟΧΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Γράφει η Μαριάννα Μπρα, MSc
Ψυχολόγος, Εξειδικευμένη στην περιγεννητική απώλεια, στον περιγεννητικό θρήνο, στην επιλόχειο κατάθλιψη & στο επιλόχειο άγχος, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

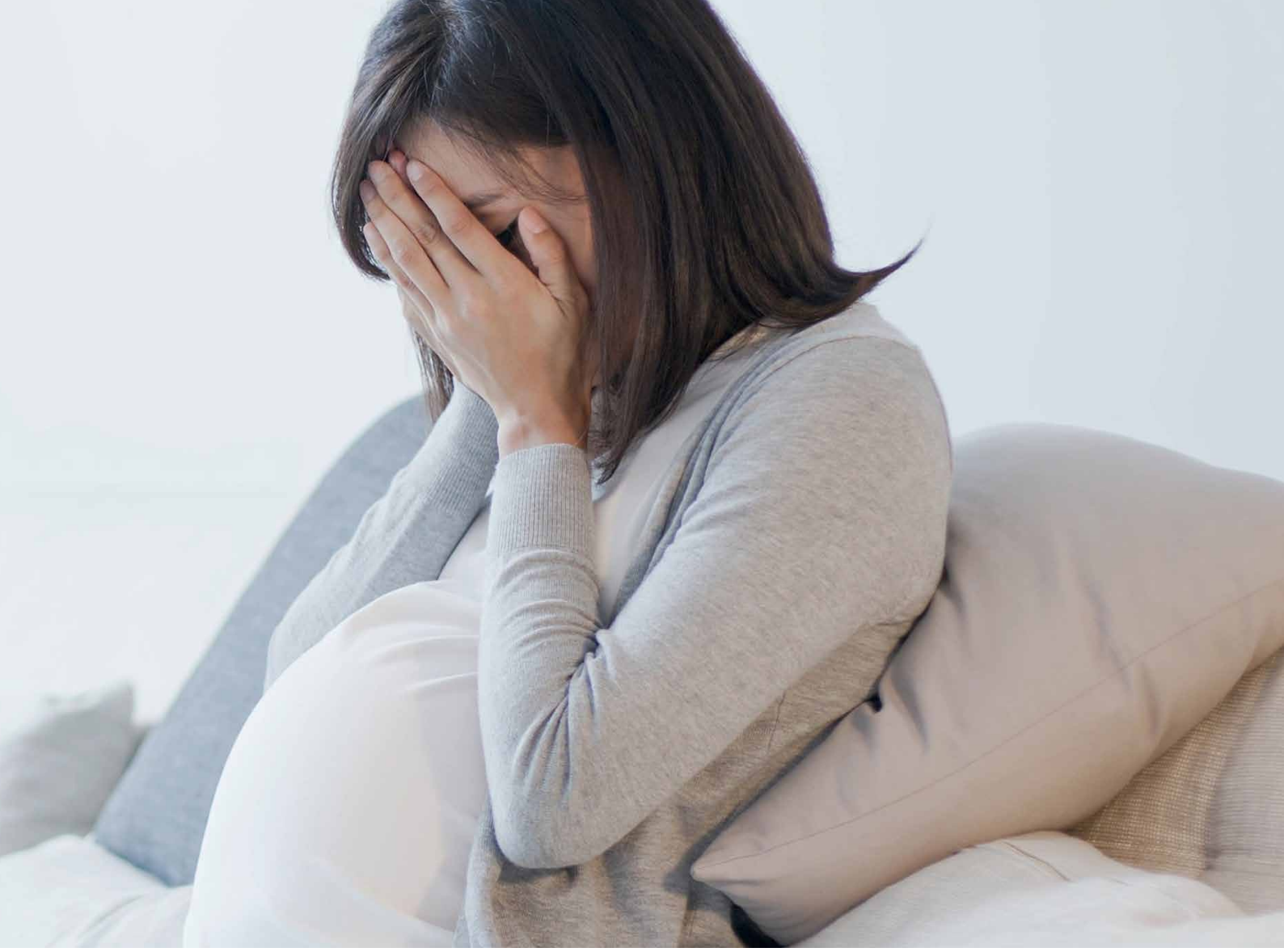
Οι περίοδοι της εγκυμοσύνης και της λοχείας είναι διαφορετικές για κάθε γυναίκα, για άλλες μανούλες είναι περίοδοι χαράς και ευτυχίας για άλλες όμως μανούλες είναι δύσκολες. Η δυσκολία όμως ή η ευκολία με την οποία αντιμετωπίζει μία γυναίκα την εγκυμοσύνη ή τη λοχεία της σε καμία περίπτωση δεν συνδέεται με το πόσο καλή μαμά είναι και το πόσο αγαπάει το παιδάκι της.

Οι έρευνες δείχνουν ότι περίπου μία στις πέντε γυναίκες θα νοσήσει από κάποια αγχώδη διαταραχή ή από κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρ' όλα αυτά μόνο το 20% από αυτές θα ζητήσει βοήθεια.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία της νέας μητέρας, όπως μία ήδη υπάρχουσα άσχημη ψυχολογική κατάσταση, για παράδειγμα προβλήματα στη δουλειά, στις φιλικές σχέσεις της και φυσικά οικογενειακά προβλήματα. Ακόμα, μία ήδη υπάρχουσα διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία της γυναίκας όπως και το αν ο χαρακτήρας της είναι ήδη αγχώδης ή όχι. Μεγάλο ρόλο παίζει επίσης η ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και μετά τη γέννηση του παιδιού και φυσικά το αν υπάρχει υποστηρικτική σχέση με το σύντροφο. Τέλος, αλλαγές ή απώλειες μέσα στον τελευταίο χρόνο ή η μικρή ηλικία (κάτω από 20) μπορούν να επηρεάσουν την έγκυο ή τη λεχώνα. Πρέπει να τονίσουμε ότι όλα αυτά μπορούν απλά να επηρέασουν, δεν καθορίζουν την ψυχική υγεία της γυναίκας, είναι όμως κάποιες πληροφορίες που μας κρατάνε σε επαγρύπνηση και μας βοηθούν να είμαστε προετοιμασμένοι στο να παρατηρήσουμε τα συμπτώματα για τα οποία θα μιλήσουμε παρακάτω.

Η σημασία της φροντίδας της μαμάς και του παιδιού από την αρχή της εγκυμοσύνης, κατά τη διάρκεια της γέννας, αλλά και μετά τη γέννα είναι πολύ μεγάλη. Μη υπάρχουσα φροντίδα και ειδικά σε δύσκολες



εγκυμοσύνες ή γέννες έχουν ως συνέπεια μικρότερη πιθανότητα θηλασμού, υπάρχει δυσκολότερη διαδικασία δεσίματος και επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι νέοι γονείς αντιλαμβάνονται τη γονεϊκότητα. Ακόμα πολύ σημαντικό ρόλο παίζει σε μία εγκυμοσύνη το αν έχει υπάρξει προγενέστερη απώλεια εγκυμοσύνης και η στήριξη του ζευγαριού σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ακόμα πιο αναγκαία.

Όταν μία γυναίκα μαθαίνει ότι είναι έγκυος την κατακλύζουν πολλά και διαφορετικά συναισθήματα, τις περισσότερες φορές συναισθήματα χαράς αλλά σχεδόν πάντα αυτά τα συναισθήματα συνοδεύονται από φόβους, συγκινήσεις και αγωνίες. Αγωνία της μαμάς για το μελλοντικό της ρόλο, για την έκβαση της εγκυμοσύνης, αίσθημα ευθύνης για την ανατροφή του παιδιού, αγωνία για τις αλλαγές στο σώμα της, αγωνία για τις αλλαγές στις διαπροσωπικές της σχέσεις, αγωνία για τυχόν αλλαγές στα επαγγελματικά της σχέδια και κάποιες φορές υπάρχουν αλλαγές στις καθημερινές συνήθειές της, όπως αλλαγές στη διατροφή και διακοπή καπνίσματος. Όλες αυτές οι αλλαγές είναι φυσιολογικές και δεν θα έπρεπε να δημιουργούν ανησυχία στην έγκυο και στο περιβάλλον της.

Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης μπορούν να εμφανιστούν αγχώδεις διαταραχές αλλά και κατάθλιψη. Κάποια **συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών** στην εγκυμοσύνη θα μπορούσαν να είναι τα εξής:

- Συνεχόμενη ανησυχία και άσχημες σκέψεις όπως για παράδειγμα ότι το έμβρυο κάτι έχει ή κάτι μπορεί να πάθει
- Κρίσεις πανικού (φόβος και πανικός που σε κατακλύζει και νιώθεις ότι χάνεις τον έλεγχο του σώματος και του μυαλού σου), ή συνεχόμενος φόβος της εγκύου ότι θα πάθει κρίση πανικού
- Αισθήματα συνεχόμενης εξάντλησης, η έγκυος είναι συνεχώς στα όρια της και πολύ ευερέθιστη
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Νευρικότητα στους μυς, ή και αίσθημα κόμπου στο στήθος



- Διαταραχές στον ύπνο (υπερυπνία ή αυπνία)
- Συμπτώματα ψυχαναγκαστικής διαταραχής (συνεχόμενες άσχημες σκέψεις και επαναλαμβανόμενες πράξεις για να φύγουν οι σκέψεις αυτές)
- Συμπτώματα κοινωνικής φοβίας
- Συμπτώματα ειδικών φοβιών
- Συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής (για παράδειγμα ζει ξανά το ίδιο έντονο συναίσθημα με μία προηγούμενη απώλεια εγκυμοσύνης)

Κάποια **συμπτώματα της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη** θα μπορούσαν να είναι τα εξής:

- Δυσκολία στην λειτουργικότητα
- Συναισθηματικά προβλήματα, η έγκυος νιώθει πεσμένη ή ίσως ακόμα και πλήρης αποχή συναισθημάτων
- Απαισιοδοξία, η έγκυος νιώθει αβοήθητη, χωρίς ελπίδες και χωρίς προσωπική αξία
- Αισθήματα έντονου θυμού, ευερεθιστότητα, συχνό βούρκωμα, συχνό κλάμα
- Διαταραχές στον ύπνο (υπερυπνία ή αυπνία)
- Αλλαγές στην όρεξη για φαγητό
- Έλλειψη ενδιαφέροντος και ενέργειας
- Δυσκολία συγκέντρωσης, δυσκολία στο να σκεφτεί ή στο να πάρει αποφάσεις
- Αισθήματα απομόνωσης, μοναξιάς και απομάκρυνση από φίλους
- Σκέψεις να κάνει κακό στον εαυτό της ή στο έμβρυο
- Η έγκυος νιώθει δυσκολία στο να βγάλει την ημέρα
- Αισθήματα ενοχής
- Η έγκυος δεν απολαμβάνει δραστηριότητες που απολάμβανε πριν μείνει έγκυος

Το περιβάλλον σε όλες τις περιπτώσεις θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση και θα πρέπει να συμβουλεύει την έγκυο να μιλήσει ανοιχτά για τα συναισθήματά της όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στον Γυναικολόγο της και φυσικά να παροτρύνει την έγκυο να επισκεφθεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, καθώς η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι ιάσιμες. Η θεραπεία που δείχνει να έχει καλύτερα αποτελέσματα είναι η **Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία** και φυσικά ένας Ψυχολόγος με εξειδίκευση στην περιγεννητική ψυχική υγεία γνωρίζει ακριβώς τον τρόπο να καθοδηγήσει την έγκυο και την οικογένειά της. Η χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων τις περισσότερες φορές δεν ενδείκνυται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρ' όλα αυτά ένας Ψυχίατρος μπορεί να κρίνει την κάθε περίπτωση ξεχωριστά και είναι ο μόνος που έχει το δικαίωμα να συστήσει φαρμακευτική αγωγή στην έγκυο. Φαίνεται ότι η κατανάλωση τροφίμων πλούσια σε Ω3 και η έκθεση στον ήλιο να βοηθούν, αλλά πάντα σε συννενόηση με τον Γυναικολόγο.

Η μη θεραπεία του άγχους ή της κατάθλιψης εγκυμοσύνης μπορεί να έχει πολύ άσχημες επιπτώσεις όπως διακοπή της κύησης, επιλόχειο κατάθλιψη ή επιλόχειο άγχος, χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, προεκλαμψία, δυσκολία δεσίματος με το παιδί, η γυναίκα να μην φροντίζει την υγεία της, πρόωρη γέννα κ.ά..

ΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στο ξεκίνημα της λοχείας, δηλαδή για μέχρι 2-3 εβδομάδες μετά τον τοκετό παρατηρείται ότι το 80% των νέων μαμάδων εκφράζουν κάποια αισθήματα θλίψης και ξαφνικά ξεσπάσματα. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως το «χορό» των ορμονών σε συνδυασμό με το αίσθημα ευθύνης που νιώθει η νέα μητέρα απέναντι στο νεογνό και το φυσιολογικό άγχος της να καλύψει τις ανάγκες του, όπως επίσης και την έλλειψη ύπνου και την κούραση. Είναι μία περίοδος που η γυναίκα συνειδητοποιεί ότι δεν πειράζει αν δεν «πλέει σε πελάγη ευτυχίας». Η υποστήριξη από το σύντροφό της και το περιβάλλον της βεβαίως είναι πολύ σημαντική για την ομαλή είσοδό της στο νέο της ρόλο και το περιβάλλον δεν πρέπει να ξεχνά ότι μπορεί μεν ξαφνικά όλη τους η προσοχή να στρέφεται στο νέο μέλος, αλλά αυτή η απότομη μετατόπιση προσοχής ίσως εντείνει τη θλίψη της μητέρας.

Η ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων της, η βοήθεια στις δουλειές ή στην προσοχή του μωρού, η σωστή διατροφή, η άσκηση και η ενασχόληση με πράγματα που την ενδιέφεραν πριν το παιδί είναι πολύ βοηθητικά για την λεχώνα.

Όσο περνούν τα χρόνια γεννιέται και περισσότερο η ανάγκη να προστατεύσουμε την ψυχική υγεία της λεχώνας. Ναι μεν τα συμπτώματα που περιγράψαμε παραπάνω είναι φυσιολογικά, αλλά δυστυχώς πολλές γυναίκες στη λοχεία μπορούν να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη, επιλόχειο αγχώδη διαταραχή ή σε πολύ μικρότερα ποσοστά επιλόχειο ψύχωση. Μόλις το 2018 η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων αποφάσισε ότι ο Παιδίατρος που είναι υπεύθυνος για το νέο μέλος της οικογένειας θα πρέπει να εξετάζει και την ψυχική υγεία της μητέρας, καθώς με το να βοηθάς τη μητέρα να ξεπεράσει τα θέματα ψυχικής υγείας από τα οποία νοσεί, βοηθάς ολόκληρη την οικογένεια. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων προτείνει ο Παιδίατρος να εξετάζει τη μητέρα 1,2,4 και 6 μήνες μετά τη γέννα. Στην Αυστραλία οι γυναίκες απαντούν σε διαγνωστικά τεστ για άγχος και κατάθλιψη από την αρχή της εγκυμοσύνης τους μέχρι και 6 μήνες μετά τη γέννα. Η συχνότητα των τεστ και το αν θα υπάρξει παραπομπή σε Ψυχολόγο ή Ψυχίατρο εξαρτάται από τις απαντήσεις τους.

Η πιο διαδεδομένη συναισθηματική διαταραχή κατά την περίοδο της λοχείας είναι η επιλόχειος κατάθλιψη. Κάποια **συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης** θα μπορούσαν να είναι τα εξής:

- Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης στην καθημερινότητα σε συνδυασμό με σωματικά, γνωσιακά και συμπεριφορικά συμπτώματα, όπως μουδιάσματα, λήθαργος, αρνητικές σκέψεις, απόσυρση, λύπη, βούρκωμα, κλάμμα, για πάνω από δύο εβδομάδες
- Ανικανότητα της γυναίκας να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινότητά της
- Ανικανότητα της μητέρας να φροντίσει το νεογέννητο
- Αίσθημα ότι δεν μπορεί να είναι μητέρα
- Αίσθημα ότι θέλει να κάνει κακό στο παιδί ή στον εαυτό της
- Αίσθημα ανάξιας να είναι μάνα, ενοχές γιατί το παιδί αξίζει μία καλύτερη μητέρα από εκείνη
- Σκέψεις να δώσει το παιδί για υιοθεσία
- Η λεχώνα δε θέλει επαφές με το παιδί
- Η λεχώνα δε νιώθει δεμένη με το μωρό
- Αισθήματα θυμού
- Προβλήματα στον ύπνο
- Προβλήματα συγκέντρωσης
- Αίσθημα μοναξιάς
- Φόβος ότι αν μιλήσει για τα συναισθήματά της θα την κρίνουν ή θα της πάρουν το μωρό

Κάποια **συμπτώματα των επιλόχειων αγχώδων διαταραχών** θα μπορούσαν να είναι:

- Άγχος ή φοβίες που διακόπτουν τις σκέψεις και επηρεάζουν την καθημερινότητα
- Κρίσεις πανικού
- Άγχη και ανησυχίες που η γυναίκα δεν μπορεί να ελέγξει ή να σταματήσει
- Ευερεθιστότητα, νευρικότητα, ανησυχία, η γυναίκα νιώθει συνεχώς στα άκρα
- Ταχυκαρδίες, μυϊκοί πόνοι-πιασίματα, σφίξιμο στο στήθος
- Δυσκολία στον ύπνο

- Άγχος που την ωθεί στο να μη βγαίνει έξω με το μωρό
- Άγχος που την οδηγεί στο να ελέγχει συνέχεια το μωρό
- Άγχος ότι θα μπορούσε η ίδια να κάνει κακό στο μωρό
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις ότι κάτι κακό θα συμβεί στο παιδί
- Άγχος ότι πρέπει συνεχώς κάτι να κάνει, για παράδειγμα να πλύνει μπουκάλια, ρούχα, να καθαρίσει το σπίτι, να διασκεδάσει το παιδί, με λίγα λόγια είναι συνεχώς σε εγρήγορση
- Αλλαγές στη διατροφή
- Η μητέρα δεν εμπιστεύεται κανέναν να προσέξει ή να φροντίσει το παιδί

> “Η ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΓΙΑ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ, Η ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΙΣ ΔΟΥΛΕΙΕΣ Η ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΤΟΥ ΜΩΡΟΥ, Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ, Η ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ Η ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΝΔΙΕΦΕΡΑΝ ΠΡΙΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΕΧΩΝΑ.”

Η **επιλόχειος ψύχωση** έχει πάρα πολύ μικρά ποσοστά εμφάνισης, αλλά είναι καλό να γνωρίζουμε κάποια από τα συμπτώματά της:

- Οπτικές ψευδαισθήσεις
- Αίσθημα ότι την παρακολουθούν
- Ακουστικές ψευδαισθήσεις
- Χαώδεις σκέψεις
- Κοινωνική απομόνωση
- Προσπάθειες να κάνει κακό στο παιδί

Τα αίτια των επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών φαίνεται να είναι κατά κύριο λόγο ορμονικά.

Οι απότομες αλλαγές στα οιστρογόνα και στην προγεστερόνη και στις θυρεοειδικές ορμόνες δείχνουν να επηρέαζουν σημαντικά την ψυχική υγεία της λεχώνας. Επιπλέον, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες κινδύνου όπως ιστορικό διαγνωσμένης κατάθλιψης, προηγούμενη εμπειρία επιλόχειας κατάθλιψης, κατάθλιψη στην οικογένεια, προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γέννηση παιδιού με προβλήματα υγείας, δυσκολίες στο θηλασμό, προβλήματα με το σύντροφο, οικονομικά προβλήματα και το αν η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη.

Ο νέος πατέρας θα μπορούσε επίσης να υποφέρει απο επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές. Ο νέος πατέρας μπορεί να νιώθει λύπη, άγχος, να εμφανίσει προβλήματα στον ύπνο ή αλλαγές στις διατροφικές του συνήθειες. Τα ποσοστά επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών δείχνουν να είναι μεγαλύτερα σε νέους ηλικιακά πατεράδες, σε εκείνους που έχουν προβλήματα στη σχέση τους, οικονομικά προβλήματα και φυσικά σε εκείνους με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης.

Και στη λοχεία όπως και στην εγκυμοσύνη η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών γίνεται μόνο από ειδικούς ψυχικής υγείας, δηλαδή Ψυχίατρο και Ψυχολόγο. Ενθαρρύνουμε λοιπόν, τους νέους γονείς να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους αλλά και να επισκεφθούν έναν ειδικό περιγεννητικής ψυχικής υγείας. Η θεραπεία των επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών βελτιώνει την ποιότητα ζωής της οικογένειας, ενώ η μη θεραπεία τους έχει αρνητική επιρροή στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Οι έρευνες δείχνουν ότι η φαρμακευτική αγωγή από Ψυχίατρο και η Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία είναι η κατάλληλη θεραπεία, επίσης βοηθούν πολύ και η ξεκούραση και φυσικά είναι πολύ σημαντική η βοήθεια από το περιβάλλον.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε όλοι τα συμπτώματα των συναισθηματικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της λοχείας και της εγκυμοσύνης ώστε να μπορούμε να παρατηρήσουμε τυχόν συμπτώματα, είτε ως Γυναικολόγοι, είτε ως οικογενειακός ή φιλικός κύκλος της γυναίκας.

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 και φυλλικού οξέος. 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;

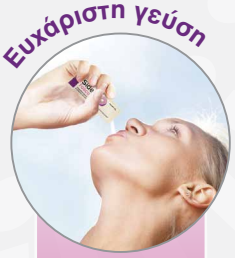
Τώρα υπάρχει λύση

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 με μικρή δόση σιδήρου**
- **Αποφυγή ενοχλητικών ανεπιθυμήτων ενεργειών**
- **Ένας φακελίσκος οποιαδήποτε ώρα της ημέρας με γεμάτο ή άδειο στομάχι**





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

ΔΕΝ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΓΛΟΥΤΕΝΗ

ΔΙΠΛΩΜΑ ΕΥΡΕΣΙΤΕΧΝΙΑΣ

n. WO 2014/009806

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

WinMedica
Serving Health for Life

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 86295/1-10-2014
Το προϊόν δεν υπόκειται σε διαδικασία αδειοδότησης

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** 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.

ΓΑΛΑΚΤΟΣΚΟΠΗΣΗ:
Μια επαναστατική μέθοδος για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού

Γράφει ο Δρ. Στέφανος Ζερβούδης

Χειρουργός Γυναικολόγος-Μαστολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Montpellier-Nimes Γαλλίας,
Πρόεδρος του Μεσογειακού Πανεπιστημίου Μαστολογίας MANOSMED, Συνεργάτης Τμήματος Μαστού της ΡΕΑ





Ο καρκίνος του μαστού, ως πρώτη αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό, προσβάλλει 1 στις 8 γυναίκες. Στη μάχη ενάντιά του, η «φαρέτρα» των ιατρών εμπλουτίζεται διαρκώς με νέες μεθόδους, που μπορούν να προσφέρουν στην έγκυρη και έγκαιρη διάγνωσή του.

Η γαλακτοσκόπηση είναι μια πρωτοποριακή διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στην ενδοσκοπική εξέταση των πόρων του μαστού. Ξεκίνησε στην Ιαπωνία πριν από 15 χρόνια και εφαρμόζεται στην Ευρώπη μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα στη Γερμανία βασικά, Αγγλία, Ισπανία, Ολλανδία και στην Ελλάδα στην Κλινική ΡΕΑ. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις εκκρίματος από τη θηλή για διάγνωση της αιτίας, στην ανίχνευση προκαρκινικών βλαβών του μαστού, καθώς και στη διάγνωση καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο. Αποτελεί σημαντική εξέταση που προσφέρει επιπλέον πληροφόρηση και πιο ολοκληρωμένη διάγνωση.

Ενδείκνυται σε ύπαρξη εκκρίματος θηλής από τον έναν μαστό και από έναν ή δύο πόρους. Επίσης, σε βαρύ οικογενειακό ιστορικό καρκίνου και σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή, πραγματοποιείται με σκοπό την περαιτέρω διερεύνηση του υγιή μαστού.
Η γαλακτοσκόπηση γίνεται με τοπική αναισθησία ή με ελαφριά νάρκωση (μέθη). Η τεχνική είναι εντελώς ανώδυνη και διαρκεί από 5 έως 20 λεπτά ανάλογα με την περίπτωση. Πρόκειται για μια σύντομη διαδικασία κατά την οποία, ο πόρος που εκκρίνει υγρό διαστέλλεται, το γαλακτοσκόπιο διεισδύει στον πόρο και ο Χειρουργός-Μαστολόγος ελέγχει μέσω του μόνιτορ το εσωτερικό του. Αφού ολοκληρωθεί η οπτική εξέταση (γαλακτοσκόπηση) πραγματοποιείται έγχυση φυσιολογικού ορού μέσα στον πόρο, ενώ στη συνέχεια γίνεται η αναρρόφηση - «έκπλυση πόρου» για συλλογή ενδοπορικών κυττάρων και κυτταρολογική εξέταση (endoPAP test). Τελευταία, τα πλέον σύγχρονα Νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένης της Κλινικής ΡΕΑ, χρησιμοποιείται μια επιπλέον διαδικασία διάγνωση κατά τη διάρκεια της γαλακτοσκόπησης, το «βούρτσισμα των πόρων». Με ένα πολύ λεπτό βουρτσάκι, το οποίο εισέρχεται στον πόρο μέσω του γαλακτοσκοπίου γίνεται απόξεση των τοιχωμάτων των πόρων, ώστε να γίνει η συλλογή περισσότερων κυττάρων (brushing). Στη συνέχεια, γίνεται η κυτταρολογική εξέταση, με την τεχνική της υγρής φάσης (breast pap test-thinprep), ενώ για μεγαλύτερη συλλογή κυττάρων για την διάγνωση λαμβάνεται υγρό και από τη θηλή, με τη χρήση ειδικής αντλίας (zervoudis's mammary pump).

Τα ευρήματα της γαλακτοσκόπησης είναι ποικίλα:

- Ενδοπορικό θύλωμα (σαν πολύποδας)
- Πορεκτασία (διάταση των πόρων με φλεγονή)
- Μορφώματα προκαρκινικά
- Καρκίνος μαστού σε πολύ πρώιμο στάδιο.

Η γαλακτοσκόπηση γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής ως συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος μαστών, σε περιπτώσεις γυναικών που παρουσιάζουν έκκριμα στη θηλή, αλλά και για την ανίχνευση καρκίνου μαστού σε πολύ αρχικό στάδιο, σε άτομα με βαρύ οικογενειακό ιστορικό.

Επίσης, σε περίπτωση που χρειάζεται αφαίρεση του ενδοπορικού μορφώματος, η γαλακτοσκόπηση κατευθύνει σαν οδηγός τη μικροχειρουργική επέμβαση της αφαίρεσης (πυραμιδεκτομή, μικροδολικεκτομή).

Με δεδομένη την αποτελεσματικότητα της διάγνωσης, πάνω από το 75%, και το προσιτό κόστος (αναλογικό με εκείνο της διαγνωστικής υστεροσκόπησης), η γαλακτοσκόπηση γίνεται ένα επιπλέον ισχυρό όπλο στα χέρια του Χειρουργού Μαστολόγου ενάντια στον καρκίνο του μαστού.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ ΜΟΥ;

5 συχνά ευρήματα στο μαστό

Γράφει η Βάνια Σταφυλά MD, PhD, FEBS
Χειρουργός Μαστού, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Κάθε ογκίδιο που ψηλαφείται στο μαστό ή κάθε εύρημα μαστογραφίας ή υπερήχου δεν σημαίνει υποχρεωτικά και καρκίνο του μαστού. Είναι πιθανότερο να πρόκειται για μια συνηθισμένη καλοήθη πάθηση του μαστού. Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, η εξέταση από τον ειδικό είναι απαραίτητη.

Μια ολοκληρωμένη εξέταση στον Γυναικολόγο θα πρέπει να συνοδεύεται εκτός από τις απαραίτητες εξετάσεις για τον έλεγχο του μαστού (μαστογραφία, υπερηχογράφημα) και από την επίσκεψη στον ειδικό Μαστολόγο. Εκείνος μπορεί να διακρίνει ανάλογα με τα ευρήματα των εξετάσεων περί τίνος πρόκειται και να προχωρήσει εφόσον απαιτείται σε περεταίρω διερεύνηση ή αφαίρεση για μικροσκοπική εξέταση που θα αποκαλύψει τελικά αν το εύρημα κρύβει στοιχεία κακοήθειες ή όχι.

ΠΕΝΤΕ ΣΥΧΝΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ

Ινοαδένωμα

Είναι το συχνότερο καλοήθες συμπαγές ογκίδιο του μαστού που εμφανίζεται στις γυναίκες μέχρι τα τριάντα. Μεγαλώνει συνήθως αργά και ποικίλει σε μέγεθος από λίγα χιλιοστά μέχρι λίγα εκατοστά. Το ινοαδένωμα δεν εξελίσσεται σε καρκίνο και δεν απαιτεί αφαίρεση εκτός αν είναι άνω των δύο εκατοστών. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να αφαιρεθεί γιατί είναι δύσκολο να το ξεχωρίσουν με τις υπάρχουσες μεθόδους διάγνωσης από τους φυλλοειδή όγκους που είναι όγκοι που μπορεί να κρύβουν κακοήθεια.

Ινοκυστική μαστοπάθεια

Εμφανίζεται στο 50% των γυναικών και σχετίζεται άμεσα με την μηνιαία ορμονική δραστηριότητα που επηρεάζει τους μαστούς που εμφανίζουν λίγα ή πολλά μικρά ογκίδια που μπορεί να είναι περιοχές αυξημένων ινώσεων ή κύστες. Συνήθως υπάρχει πόνος και ψηλαφητά ογκίδια ενώ τα



συμπτώματα είναι γενικά πιο έντονα πριν από την έμμηνο ρύση. Η ινοκυστική μαστπάθεια δεν οδηγεί σε καρκίνο όμως σε σοβαρές περιπτώσεις απαιτεί θεραπεία.

Κύστη

Μία ή περισσότερες κύστες μπορεί να είναι επίσης ένα αρκετά συχνό εύρημα στο μαστό μιας γυναίκας ιδιαίτερα στη δεκαετίες μεταξύ 20 και 40. Το μέγεθος τους μπορεί να ποικίλει από λίγα χιλιοστά μέχρι αρκετά εκατοστά.

Κατά κανόνα οι κύστεις δεν εξελίσσονται σε καρκίνο. Οι μικρές κύστεις απαιτούν μόνο παρακολούθηση. Αν είναι όμως μεγάλες απαιτούν παρακέντηση και ανάλογα θεραπεία με αντιβιοτικά αν έχουν φλεγμονή ή χειρουργική αφαίρεση αν το υγρό τους είναι αιμορραγικό ή η κύστη ξαναγεμίζει ή συνεχίζει να ψηλαφείται παρά την παρακέντηση (γιατί υπάρχει κάποιο συμπαγές τμήμα).

Θήλωμα

Επίσης συχνό ογκίδιο του μαστού. Πιο συχνά μπορεί να βρίσκεται κοντά στην θηλή όπου συνήθως έχει μέγεθος λίγων χιλιοστών. Μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα και μπορεί να προκαλεί την έκκριση υγρού από τη θηλή με αίμα. Συνήθως είναι καλοήθες αλλά επειδή μπορεί να εξαλλαγή σε καρκίνο θα πρέπει να χειρουργείται. Το θήλωμα μπορεί να υπάρχει και περιφερικά στο μαστό και τότε έχει περισσότερες πιθανότητες εξαλλαγής σε καρκίνο του μαστού οπότε και σ' αυτή την περίπτωση πρέπει πάντα να αφαιρείται.

Αποτιτανώσεις

Είναι συγκεντρώσεις ασβεστίου μέσα στον αδενικό ιστό του μαστού. Εμφανίζονται ως λευκά στίγματα στη μαστογραφία και συνήθως είναι τόσο μικρές σε μέγεθος, ώστε δε γίνονται αντιληπτές στην ψηλάφηση του μαστού. Είναι συχνές σε όλες τις γυναίκες, αλλά περισσότερο διαδεδομένες μετά την εμμηνόπαυση. Αν και σε ποσοστό 80% είναι καλοήθεις (οπότε δεν χρήζουν βιοψίας) μπορεί να συνδέονται με παθολογικές καταστάσεις του μαστού όπως κύστεις και ινοαδενώματα. Έτσι κι αλλιώς πάντως απαιτούν παρακολούθηση γιατί οι συρρέουσες μικροαποτιτανώσεις (δηλαδή όχι διάσπαρτες) σε ανώμαλα σχήματα που αυξάνουν σε αριθμό μπορεί να υποκρύπτουν καρκίνο του μαστού συνήθως όμως πρώιμου σταδίου.

ΠΟΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΑΣ ΑΝΗΣΥΧΗΣΟΥΝ;

Εάν ψηλαφήσετε κάποιο ογκίδιο στο μαστό σας ή παρατηρήσετε κάποια αλλαγή μην πανικοβληθείτε. Όλα τα ογκίδια δεν οφείλονται σε καρκίνο. Θα πρέπει όμως να απευθυνθείτε άμεσα στο γιατρό σας ιδιαίτερα αν εντοπίσετε:

- Οζίδιο στον μαστό το οποίο είναι σκληρό, έχει ανώμαλη μορφή δεν πονάει και δεν μετακινείται όταν πιέζεται με τα δάκτυλα
- Έκκριμα από τη θηλή χωρίς την άσκηση πίεσης το οποίο είναι ορώδες ή αιματηρό
- Αλλαγή στο χρώμα ή την υφή του δέρματος των μαστών
- Εισολκή της θηλής ή του δέρματος
- Ασυνήθης αύξηση ή μείωση στο μέγεθος του ενός μαστού
- Οίδημα στον ώμο ή πόνος ή ερυθρότητα του δέρματος
- Οίδημα κάτω από τους βραχίονες ή γύρω από τον αυχένα.

ΚΑΘΕ ΟΓΚΙΔΙΟ ΠΟΥ ΨΗΛΑΦΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ Ή ΚΑΘΕ ΕΥΡΗΜΑ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ Ή ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟΤΕΡΟ ΝΑ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΜΙΑ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΚΑΛΟΗΘΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Ο εχθρός της γυναίκας μπορεί να νττηθεί!

Γράφει ο Γεώργιος Α. Μπινιάρης, MD, PhD (IT.)
Χειρουργός Μαστού, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Πρόκειται για έναν από τους αρχαιότερους καρκίνους: οι παλαιότερες αναφορές υπάρχουν στην αρχαία Αίγυπτο περίπου το 1600 π.Χ., ενώ κατά τα βυζαντινά χρόνια η αυτοκράτειρα Θεοδώρα, σύζυγος του Ιουστινιανού, πιθανώς απεβίωσε από τη νόσο. Είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου στο Δυτικό Κόσμο, είναι το συχνότερο κακόηθες γυναικολογικό νεόπλασμα (24%) και η συχνότερη αιτία θανάτου γυναικών 45-60 ετών. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε περίπου 4.500 νέα κρούσματα αυτής της κακοήθειας και 1.500 θανάτους.
Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που θεραπεύεται σε σημαντικό βαθμό εάν διαγνωστεί εγκαίρως: ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να μειώσει την πιθανότητα θανάτου από τη νόσο κατά 25%.

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ;

- **Ηλικία:** 80% των περιπτώσεων αφορά γυναίκες >50 ετών, ενώ 1 στις 100 περιπτώσεις αφορά άνδρα 60-70 ετών με επιθετικότερη πορεία.
- **Ατομικό ιστορικό:** καρκίνος μαστού στον ένα μαστό συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο και στον άλλο μαστό.
- **Οικογενειακό ιστορικό:** η ύπαρξη σε συγγενείς α' βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη) καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών.
- **Γενετική προδιάθεση:** 5-10% των καρκίνων του μαστού είναι κληρονομικοί (95% διαπιστωμένες μεταλλάξεις των ογκογονιδίων BRCA1 & BRCA2)

- **Ορμονικό ιστορικό:** πρώιμη εμμηναρχή & όψιμη εμμηνόπαυση, ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού (σε μεγαλύτερες ηλικίες η τεκνοποίηση συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο), θεραπευτική λήψη ορμονών (οιστρογόνων & προγεστερόνης) για διάστημα > των 4 ετών, ινοκυστική μαστοπάθεια, αντισυλληπτικά χάπια (αν και η αύξηση του κινδύνου είναι μικρή εάν η χρήση είναι σύντομης διάρκειας).

- **Ανθρωπομετρικοί παράγοντες:** το υψηλό ανάστημα, λευκή φυλή, μεγάλο αδενικό στοιχείο στους μαστούς, παχυσαρκία μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών (με ιδιαίτερη πρόσληψη λίπους στο άνω μέρος του σώματος).

- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** έκθεση σε ακτινοβολία, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ;

Το πιο σύνηθες προειδοποιητικό σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ένα συμπαγές ογκίδιο, συνήθως καθηλωμένο, ή μια περιοχή σκληρίας που μπορεί να πονάει ή όχι. Άλλα σημεία είναι τα παρακάτω:

- Έκκριση ορώδους, σκουρόχρωμου ή αιμορραγικού υγρού από τη θηλή.

- Εισολκή θηλής (να είναι στραμμένη προς τα μέσα και καθηλωμένη).

- Το δέρμα πάνω από τον όγκο να μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού ή να παρουσιάζει εσοχές (κοιλότητες) σε περιοχές εξάπλωσης του όγκου.

- Αλλαγή στο σχήμα ή στο περίγραμμα του μαστού (εκτός φυσικά των γνωστών διαφοροποιήσεων κατά την εγκυμοσύνη, την περίοδο ή την ύπαρξη κύστεων, αδενωμάτων κ.ά.).

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

ΤΙ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ;

Πρωτογενής πρόληψη

- Περιορίστε την κατανάλωση αλκοόλ σε λιγότερο από 2 ποτά την ημέρα (μέχρι 2 ποτήρια κόκκινο κρασί ημερησίως έχουν προστατευτική δράση).

- Διατηρήστε ένα φυσιολογικό βάρος, ιδίως μετά την εμμηνόπαυση και ασκηθείτε τουλάχιστον 30' τρεις-τέσσερις φορές την εβδομάδα.

- Καταναλώνετε τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας φυτικών ινών (φρέσκα φρούτα, λαχανικά, δημητριακά), χρησιμοποιείτε ελαιόλαδο (το ελαϊκό οξύ φαίνεται να καταστέλλει τη δράση του σημαντικότερου ογκογονιδίου του μαστού).

Δευτερογενής πρόληψη

- Μηνιαία αυτοψηλάφηση των μαστών την 7η έως τη 10η ημέρα από την έναρξη της περιόδου

- Μετά το 20ο έτος: Ετήσια εξέταση των μαστών

- Γυναίκες 35-39 ετών: Μαστογραφία αναφοράς (για συγκριτικούς λόγους), εξέταση μαστών ανά έτος από εξειδικευμένο Χειρουργό Μαστού, αυτοψηλάφηση μαστών κάθε μήνα.

- Γυναίκες 39-49 ετών: Μαστογραφία κάθε 1-2 έτη, κλινική εξέταση ανά έτος, αυτοψηλάφηση μαστών κάθε μήνα.

- Γυναίκες >49 ετών: Μαστογραφία ανά έτος, κλινική εξέταση ανά 6μηνο, αυτοψηλάφηση κάθε μήνα.

- Απευθυνθείτε σε Χειρουργό Μαστού/ Μαστολόγου εάν ανακαλύψετε κάποιο ογκίδιο ή εντοπίσετε κάποιο από τα παραπάνω προειδοποιητικά σημεία και ιδιαίτερα, αν επιμένουν μετά από μια περίοδο ή αλλάζουν την εμφάνιση του μαστού.

ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ & ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:

Τι είναι; Πότε γίνεται και σε ποιες ασθενείς;

Γράφει ο Παναγιώτης Παππάς, MD, MSc
Ειδικός Χειρουργός Μαστού, Χειρουργική Ογκολογία, Ογκοπλαστική & Επανορθωτική Χειρουργική Μαστού

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία τουλάχιστον 20 χρόνια με την ογκοπλαστική να κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος, όπου αυτή κρίνεται εφικτή.

Το πεδίο της χειρουργικής του μαστού είναι πλέον τόσο ευρύ που επιτρέπει την πλήρη εξαίρεση του καρκινικού όγκου (ογκεκτομή), τη διατήρηση του υπολειπόμενου υγιούς ιστού και τη χρήση τοπικού ή περιοχικού (γειτονικού) ή και πιο απομακρυσμένου ιστού για την άμεση αποκατάσταση του ελλείματος (κενού) μετά την ογκεκτομή. Παράλληλα, ενδέχεται να χρειαστεί και επέμβαση στον υγιή μαστό για επίτευξη συμμετρίας και καλού αισθητικού αποτελέσματος.

Η ογκοπλαστική αποτελεί το σύνολο των τεχνικών που χρησιμοποιούνται στην χειρουργική του μαστού οι οποιές αποσκοπούν στην πλήρη αφαίρεση της κακοήθειας με ταυτόχρονη αποκατάσταση της παραμόρφωσης του μαστού που προκαλείται από την ογκεκτομή ή τη μαστεκτομή, ώστε να υπάρχει και καλό αισθητικό αποτέλεσμα μετα την επέμβαση χωρίς βεβαίως να επηρεάζεται το ογκολογικό αποτέλεσμα και η ασφάλεια των ασθενών. Μετά την εξαίρεση λοιπόν του όγκου μεταφέρεται γειτονικός ιστός για το κλείσιμο του χάσματος, ή μεταφέρεται ιστός από άλλο σημείο του σώματος της ασθενούς όπως η πλάτη (πλατύς ραχιαίος μυς - γνωστό και ως LD Flap), την κοιλιά (TRAM, DIEP Flaps, κ.α) και τους γλουτούς.
Ειδικότερα η ογκοπλαστική χειρουργική περιλαμβάνει:

- Την πλήρη εξαίρεση του όγκου με επαρκή ευρέα ελεύθερα όρια, ώστε να επιτευχθεί ο τοπικός έλεγχος της νόσου.
- Την άμεση αποκατάσταση (remodelling) του κενού στον μαστό που δημιουργείται από την ογκεκτομή, με σκοπό τη βελτίωση του αισθητικού αποτελέσματος.
- Τη συμμετρία στον άλλο (υγιή) μαστό και την αποκατάσταση του συμπλέγματος της θηλής-θηλαίας άλω όταν αυτή απαιτείται.
- Την άμεση ή την απώτερη (καθυστερημένη) αποκατάσταση μετά από μαστεκτομή.

Κλινικές μελέτες ετών έχουν δείξει εξαιρετικά αποτελέσματα και πληθώρα πλεονεκτημάτων που περιλαμβάνουν τη βελτίωση του αισθητικού αποτελέσματος, τον καλύτερο έλεγχο των χειρουργικών ορίων του καρκινικού όγκου, την ικανοποίηση των ασθενών και τη δυνατότητα διατήρησης του μαστού σε πολλές περιπτώσεις.

Βεβαίως σε κάθε περίπτωση οι επεμβάσεις αυτές θα πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένους Χειρουργούς Μαστού με εμπειρία, τόσο στην χειρουργική ογκολογία, όσο και στην ογκοπλαστική χειρουργική.



Είναι όμως όλες οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού καλές υποψήφιες για χειρουργική θεραπεία με τη χρήση ογκοπλαστικών τεχνικών;

• Αν και έχουν επιτευχθεί τεράστια βήματα στην χειρουργική του Μαστού, δυστυχώς δεν είναι όλες οι ασθενείς υποψήφιες για ογκοπλαστικές επεμβάσεις και όπως σε όλο το φάσμα της χειρουργικής υπάρχουν ενδείξεις και αντενδείξεις για την πραγματοποίησή τους.

Ποιες ασθενείς πληρούν τα κριτήρια και μπορούν να υποβληθούν σε αυτές τις επεμβάσεις;

Μετά από τις κλασικές ογκεκτομές:
Οι ασθενείς χρειάζεται να χειρουργηθούν ξανά επειδή τα όρια εκτομής της πρώτης επέμβασης ήταν θετικά και με την ογκοπλαστική διατήρησης του μαστού μπορεί να αποφευχθεί η μαστεκτομή

- Ασθενείς με ελεύθερα όρια μετά από ογκεκτομή, αλλά που χρήζουν διόρθωσης της τομής για αισθητικούς λόγους.

Ασθενείς που προγραμματίζοται για ογκεκτομή με διατήρηση του μαστού (όχι μαστεκτομή):

- Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και χρήζουν ογκεκτομής, ενώ επιθυμούν και μειωτική (μείωση του μεγέθους) ή / και ανόρθωση των μαστών αποτελούν επίσης μια όμάδα που πληροί τα κριτήρια.
- Σε περιπτώσεις που αναμένεται πτωχό αισθητικό απότέλεσμα μετά από μια κλασική ογκεκτομή, είτε λόγω του μεγέθους του όγκου που αφαιρείται (περισσότερο από 20% του μαστού), είτε λόγω της θέσης του (έσω, κατώτερο, κεντρικό τμήμα του μαστού). Οι ογκοπλαστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι ικανές να προσδώσουν άριστο ογκολογικό και αισθητικό αποτέλεσμα.

Ασθενείς που χρήζουν άμεσης αποκατάστασης μαστού: μετά από προγραμματισμένη μαστεκτομή, τόσο με αυτόλογο ιστό, όσο και με χρήση ενθεμάτων σιλικόνης ή διατατήρων.

Υπάρχουν όμως και οι ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια γι' αυτού του είδους τις επεμβάσεις και είναι απαραίτητο να ενημερώνονται γι' αυτό από τον θεράποντα Χειρουργό. Το μέγεθος του όγκου σε σχέση με το μέγεθος του μαστού, η θέση του, ο τύπος και η πιθανή διασπορά του σε άλλα σημεία του μαστού ενδέχεται να αποτελέσουν εμπόδιο για την πραγματοποίηση των παραπάνω επεμβάσεων.

Σημαντικό βήμα της θεραπείας αποτελεί η σωστή και πλήρης ενημέρωση των ασθενών από εξειδικευμένους Χειρουργούς Μαστού, ώστε να συναποφασίσουν την ενδεδειγμένη γι' αυτούς επέμβαση και να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Γράφει η Αλεξάνδρα Τσιγγινού
Γυναικολόγος, Χειρουργός Μαστού

και ο Κωνσταντίνος Δημητρακάκης
Αν. Καθ/της Παν/μιου Αθηνών, Γυναικολόγος, Χειρουργός Μαστού

Επιστημονικοί Συνεργάτες Κλινικής ΡΕΑ



Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη κακοήθη νόσο που αφορά τις γυναίκες του αναπτυγμένου κόσμου. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα στο δυτικό κόσμο, 1 στις 8 γυναίκες (περίπου 12,5%) θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι άγνωστης αιτιολογίας, ακόμα και αν υπάρχουν περιβαλλοντικοί ή lifestyle ή άλλοι παράγοντες κινδύνου και θεωρούνται σποραδικού τύπου.

Από τα περιστατικά καρκίνου μαστού που θα διαγνωσθούν ποσοστό 5-10% φαίνεται ότι συνδέεται με κάποιου βαθμού κίνδυνο κληρονομικής φύσεως. Δηλαδή ο καρκίνος στις περιπτώσεις αυτές οφείλεται σε γονίδια που φέρουν παθολογικές μεταλλάξεις και έχουν μεταφερθεί από γονέα σε απόγονο. Ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών, μεγαλύτερο από 20%, είναι μέλη οικογενειών στις οποίες υπάρχουν και άλλα περιστατικά καρκίνου μαστού, αλλά δεν αναγνωρίζεται σαφής κληρονομική μεταφορά ή κάποιο παθολογικά μεταλλαγμένο γονίδιο. Στην δεύτερη περίπτωση μιλάμε για ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο λόγω *Οικογενούς Προδιάθεσης* σε αντίθεση με την πρώτη κατάσταση στην οποία αναζητούμε *Κληρονομικά Σύνδρομα* και γονίδια που σχετίζονται με εμφάνιση καρκίνου.

ΓΟΝΙΔΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Γονίδια είναι κομμάτια γενετικού υλικού που φέρουν πληροφορίες για την παραγωγή ειδικών πρωτεϊνών, για την ανάπτυξη και λειτουργία όλων των μηχανισμών των ζωντανών οργανισμών. Εφόσον η πληροφορία που έχουν και μεταφέρουν είναι φυσιολογική, παράγεται η φυσιολογική πρωτεΐνη η οποία παίρνει τη θέση της στην αλυσίδα αντιδράσεων για την φυσιολογική πορεία της κάθε λειτουργίας. Αν υπάρχει «λάθος» σε ένα γονίδιο και η πληροφορία που μεταφέρεται αντίστοιχα έχει αλλοιωθεί, συνήθως αναστέλλεται/ακυρώνεται η παραγωγή της πρωτεΐνης για την οποία είναι υπεύθυνο και η αντίστοιχη λειτουργία διαταράσσεται. Οι αλλοιώσεις αυτές στο γενετικό υλικό ονομάζονται γενικά μεταλλάξεις. Μεταλλάξεις ως παθολογικές αλλοιώσεις του γενετικού υλικού μπορεί να συμβούν σε οποιαδήποτε φάση της ζωής και να αφορούν το συγκεκριμένο όργανο στον οποίο εμφανίστηκαν, αλλά οι κληρονομούμενες, είναι μεταλλάξεις οι οποίες μεταφέρονται απευθείας από τους γονείς, με τις οποίες ένα άτομο γεννιέται και τις φέρει (ακόμη και αν δεν τις εκφράζει) σε όλα του τα κύτταρα.

Τα κληρονομικά σύνδρομα στα οποία αναφερόμαστε, ορίζονται από την παρουσία τέτοιων σημαντικών παθολογικών μεταλλάξεων οι οποίες έχουν κληρονομηθεί σε ένα άτομο από τον βιολογικό πατέρα ή μητέρα του. Στο σημείο αυτό πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι η μεταφορά παθολογικής μετάλλαξης μπορεί να γίνει από οποιοδήποτε από τους δύο γονείς και ότι ένας/μια γονιός-φορέας της μετάλλαξης έχει 50% πιθανότητα να μεταφέρει την μετάλλαξη στον/στην απόγονό του.

Όπως αναφέρθηκε, το ποσοστό κληρονομικής αιτιολογίας καρκίνου μαστού δεν είναι πολύ υψηλό: αφορά λιγότερο από το 10% των περιπτώσεων καρκίνου μαστού. Σε αυτό τον επιλεγμένο πληθυσμό, περισσότερο από το 80% των καρκίνων αποδίδεται στο Κληρονομικό Σύνδρομο Καρκίνου Μαστού-Ωοθηκών (Hereditary Breast & Ovarian Cancer Syndrome – HBOC) και οφείλεται σε παθολογικές μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA 1 & BRCA 2. Τα γονίδια BRCA 1 & BRCA 2 στη φυσιολογική μη μεταλλαγμένη τους μορφή υπάρχουν σε όλα τα κύτταρα και ο ρόλος τους είναι να επιδιορθώνουν σφάλματα του γενετικού υλικού και να εξασφαλίζουν έτσι ομαλή ανάπτυξη και λειτουργία των κυττάρων. Συμπεριφέρονται έτσι ως Ογκοκατασταλτικά γονίδια. Σε περίπτωση μετάλλαξης, οι Ογκοκατασταλτικές πρωτεΐνες παράγονται ελλιπώς με αποτέλεσμα τη μειωμένη προστασία καιπιθανή εκδήλωση όγκου όταν και αν υπάρξουν και άλλες παράλληλες κυτταρικές «αδυναμίες». Γυναίκες-φορείς παθολογικών μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA 1 & BRCA 2 έχουν πιθανότητα μεγαλύτερη από 70% να

εμφανίσουν καρκίνο μαστού στη διάρκεια της ζωής τους (υπενθυμίζεται ότι ο αντίστοιχος κίνδυνος σποραδικού καρκίνου μαστού είναι σχεδόν 12,5% και θεωρείται ήδη υψηλός) και επίσης είναι μεγάλη η πιθανότητα εκδήλωσης πιο σπάνιων καρκίνων όπως καρκίνου ωοθηκών ή παγκρέατος. Άνδρες-φορείς παθολογικής μετάλλαξης BRCA 2 κυρίως γονιδίου έχουν επταπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου προστάτη συγκρινόμενοι με άνδρες χωρίς παθολογική μετάλλαξη.

Κληρονομούμενες μεταλλάξεις σε άλλα γονίδια συνδέονται επίσης με καρκίνο μαστού αλλά όχι τόσο ισχυρά ή σε τέτοιο βαθμό κινδύνου όπως τα BRCA 1 & BRCA 2. Επίσης είναι μεταλλάξεις ακόμη σπανιότερες στον πληθυσμό και δεν είναι τόσο καλά μελετημένες όσο αυτές των BRCA γονιδίων.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ένας αριθμός παθολογικών συνδρόμων έχει αναγνωρισθεί ότι εκφράζεται με την εμφάνιση κακοηθειών σε διάφορα όργανα μεταξύ των οποίων και ο μαστός της γυναίκας. Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται τα πιο συχνά και γνωστά σύνδρομα που σχετίζονται με εμφάνιση καρκίνου μαστού κληρονομικού τύπου και τα εμπλεκόμενα γονίδια.

Ο καρκίνος που εμφανίζεται στα πλαίσια κληρονομικών συνδρόμων συχνά εμφανίζει κάποιους ιδιαίτερους χαρακτήρες,

ΕΝΩ Ο ΣΠΟΡΑΔΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΩΣ ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ, ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΕΙ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΣΕ ΗΛΙΚΙΕΣ ΜΙΚΡΟΤΕΡΕΣ ΤΩΝ 30 ΕΤΩΝ.

διαφοροποιούμενος από την σποραδική νόσο.

- Το συχνότερο και πλέον χαρακτηριστικό κληρονομικών συνδρόμων είναι ότι αφορούν περισσότερο σε οικογένειες και λιγότερο σε μεμονωμένα άτομα. Πρόκειται για οικογένειες στις οποίες διάφορα μέλη έχουν εμφανίσει ήδη καρκίνους, και η νόσος απασχολεί εξ αίματος συγγενείς διαφορετικών γενεών. Πολλαπλά περιστατικά καρκίνου μαστού ή/και ωοθηκών στις γυναίκες μιας οικογένειας είναι χαρακτηριστικό του συνδρόμου κληρονομικού καρκίνου μαστού-ωοθηκών.

- Όπως εμφανίζεται σε πολλαπλά μέλη της ίδιας οικογένειας ο κληρονομικός καρκίνος, αντίστοιχα μπορεί να εμφανιστεί με πολλαπλές εντοπίσεις στο ίδιο άτομο. Μιλάμε δηλαδή για άτομα που εμφανίζουν ταυτόχρονα ή ετερόχρονα καρκίνο και στους δύο μαστούς, ή σε μαστό και ωοθήκες ή σε παχύ έντερο και μαστό ή ενδομήτριο.

- Άλλο χαρακτηριστικό που αναγνωρίζεται στον κληρονομικό καρκίνο είναι η εμφάνισή του σε νεαρές ηλικίες. Έτσι ενώ ο σποραδικός καρκίνος μαστού είναι κυρίως νόσος των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, στα πλαίσια κληρονομικών συνδρόμων μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και σε ηλικίες μικρότερες των 30 ετών. Υπάρχουν μάλιστα ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η εκδήλωση της νόσου τοποθετείται σε νεότερη ηλικία σε κάθε επόμενη γενιά. Κατ' αναλογία φαίνεται ότι γυναίκες που νόσησαν σε πολύ νεαρή ηλικία εμφανίζονται να φέρουν παθολογικές μεταλλάξεις σε πολύ μεγάλο ποσοστό.

- Τέλος για την αναγνώριση κληρονομικών συνδρόμων αξιολογούμε και κάποια ειδικά χαρακτηριστικά, όπως η εκδήλωση καρκίνου μαστού σε άνδρες, νόσος ιδιαίτερα σπάνια αλλά συνδέεται με μετάλλαξη σε γονίδια της ομάδας BRCA. Επίσης η μη έκφραση ορμονικών υποδοχέων σε γυναικείο καρκίνο μαστού φαίνεται πως μπορεί να εμπίπτει στην έκφραση καρκίνου οφειλόμενου σε παθολογική γονιδιακή μετάλλαξη.

Αξιολογώντας τα χαρακτηριστικά που υπάρχουν διαθέσιμα στο ιστορικό ατόμων με καρκίνο, ένας γυναικολόγος που παρακολουθεί ασυμπτωματικές

> “Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΟΥ ΚΟΣΜΟΥ. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΔΥΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ, 1 ΣΤΙΣ 8 ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΠΕΡΙΠΟΥ 12,5%) ΘΑ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ.”

γυναίκες είναι σε θέση να αναγνωρίσει άτομα και οικογένειες που πιθανά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν μορφές καρκίνου. Η αξιολόγηση του κληρονομικού κινδύνου είναι το βασικό βήμα στην περαιτέρω διαχείριση. Ακολουθεί, αν χρειάζεται γενετική συμβουλευτική από ειδικό με εμπειρία σε γενετικά σύνδρομα, ώστε να γίνει η απαιτούμενη ενημέρωση και ενδεχομένως, γενετικός έλεγχος. (ASCOCommitteeOpinionNo 634/ June 2015)

ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Σήμερα έχουν αναπτυχθεί ειδικά τεστ για την ανίχνευση παθολογικών μεταλλάξεων του γενετικού υλικού. Η ευαισθησία των τεχνικών αυτών συνεχώς εξελίσσεται με την αύξηση της εργαστηριακής εμπειρίας και την προσθήκη περαιτέρω γνώσης ως προς την έκφραση παθολογικών και μη παθολογικών αλλαγών του DNA. Παρ’όλα αυτά δεν είμαστε ακόμη έτοιμοι να ελέγξουμε ολόκληρο τον πληθυσμό καθώς αφενός δεν κρίνεται απαραίτητο ή γενικά χρήσιμο, το κόστος είναι αρκετά υψηλό και η ακρίβεια των αποτελεσμάτων είναι υψηλότερη σε στοχευμένους πληθυσμούς. Ταυτόχρονα αναπτύσσονται και προτιμώνται τεστ που εξετάζουν την ακεραιότητα ή την παρουσία μεταλλάξεων σε πολλαπλά γονίδια ώστε να μην παραγνωρίζεται η πιθανότητα εκδήλωσης και σπανιότερων συνδρόμων, για την καλύτερη διαχείριση και ενημέρωση ασθενών και των οικογενειών τους.

Γενετικός έλεγχος συνιστάται σε γυναίκες με καρκίνο μαστού ο οποίος εμφανίστηκε σε νεαρή ηλικία (συνήθως <45 ετών), ή/και δεν εκφράζει ορμονικούς υποδοχείς ή/και εκδηλώνεται αμφοτερόπλευρα ή και σε άλλα όργανα. Αντίστοιχα ισχύουν και για ασθενείς που έχουν εκδηλώσει καρκίνο σε άλλα όργανα και έχουν αναγνωρισθεί χαρακτηριστικά κληρονομικού συνδρόμου. Επίσης συνιστάται να εξετάζονται άτομα που έχουν εκδηλώσει καρκίνο και υπάρχουν και άλλα μέλη της οικογένειας με αντίστοιχη διάγνωση ή παρουσία στην οικογένεια σπάνιων τύπων καρκίνου, όπως καρκίνου μαστού σε άρρενα μέλη. Άτομα που δεν έχουν εμφανίσει καρκίνο αλλά προέρχονται από οικογένεια με πολλά περιστατικά καρκίνου από την ίδια προγονική πλευρά (με έμφαση σε περιστατικά συγγένειας 1ου ή 2ου βαθμού) ή υπάρχει μέλος στην οικογένεια με διαπιστωμένη παθολογική μετάλλαξη σχετικού γονιδίου, συνιστάται να εξετάζονται.

Είναι φανερό ότι το οικογενειακό ιστορικό είναι καθοριστικός παράγοντας για την επιλογή των ατόμων εκείνων που χρειάζεται να υποβληθούν σε γενετικό τεστ. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην αγνοηθούν περιπτώσεις στις οποίες το οικογενειακό ιστορικό μπορεί να μην επαρκεί για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Κάτι τέτοιο συμβαίνει σε μικρές οικογένειες με προγόνους που μπορεί να έχουν χάσει τη ζωή τους σε νεαρή ηλικία από άλλους παράγοντες πριν τις πιθανές ηλικίες εκδήλωσης κακοηθειών, σε περιπτώσεις μεταβίβασης παθολογικών γονιδίων για γυναικολογικούς καρκίνους από άρρενα μέλη σε μικρές οικογένειες ή αν δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για τις δύο οικογένειες των βιολογικών γονέων του ατόμου που εξετάζουμε (πχ σε περίπτωση υιοθετημένου ατόμου). Έτσι, τόσο η ανάγκη γενετικού ελέγχου όσο και η ερμηνεία των θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων ως προς την πρακτική τους διάσταση, άπτεται της εμπειρίας και της γνώσης του ειδικού.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η διαχείριση των κληρονομικών συνδρόμων με εμφάνιση καρκίνου είναι ειδικό αντικείμενο. Η αναγνώριση του κινδύνου αφορά το άτομο που έρχεται πρώτο για εξέταση αλλά επεκτείνεται στην οικογένειά του. Χρειάζεται ενδελεχής ενημέρωση σχετικά με τα όσα είναι γνωστά για τη φύση του κάθε συνδρόμου και τις επιλογές δράσης.

Ειδικά για τον καρκίνο μαστού, η μοναδική διαθέσιμη προληπτική μέθοδος μείωσης, σχεδόν εξουδετέρωσης του κινδύνου, η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή (με ταυτόχρονη πλαστική αποκατάσταση για καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα) συνιστάται σε γυναίκες-μέλη οικογενειών στις οποίες έχει διαγνωσθεί σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου Μαστού-Ωοθηκών. Στις γυναίκες αυτές συνιστάται επίσης η προφυλακτική αφαίρεση των ωοθηκών πριν την εμμηνόπαυση (εφόσον έχουν συμπληρώσει την οικογένειά τους), η οποία συμβάλλει τόσο στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου μαστού όσο και στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνου ωοθηκών.

Οι φαρμακευτικές επιλογές μείωσης του κινδύνου περιλαμβάνουν τη χρήση Ειδικών Ρυθμιστών των Οιστρογονικών υποδοχέων (SERMs: Specific Estrogen Receptor Modulators) όπως η Ταμοξιφαίνη και η Ραλοξιφαίνη, καθώς και της κατηγορίας των Αναστολέων Αρωματάσης, όπως η Εξεμεστάνη και η Αναστραζόλη. Τα φάρμακα αυτά φαίνεται να μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων μαστού.

Ταυτόχρονα δομείται στρατηγική τακτικής απεικονιστικής παρακολούθησης μαστών με το σκεπτικό του υψηλού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου για γυναίκες που δεν δέχονται να υποβληθούν σε προφυλακτικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Επίσης, ειδικοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες αναπτύσσονται σήμερα για να εφαρμοσθούν σε πρωτόκολλα θεραπείας ασθενών με καρκίνο γονιδιακής αιτιολογίας, όπως ο επιθηλιακός καρκίνος ωοθήκης που οφείλεται σε BRCA μετάλλαξη.

Τέλος, τα μέτρα και οι συστάσεις που ισχύουν για όλες τις γυναίκες σχετικά με την μείωση κινδύνου εμφάνισης καρκίνου έχουν φυσικά θέση και σε άτομα υψηλού κινδύνου:

- Τακτική απεικονιστική παρακολούθηση με Μαστογραφία και εξέταση από τον γιατρό σύμφωνα με τις υπάρχουσες οδηγίες



Σύνδρομο	Γονίδιο	Σχετικοί Καρκίνοι/ χαρακτηριστικά	Κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου	Ποσοστό επί των Ca μαστού	Συχνότητα στον πληθυσμό
Σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου Μαστού-Ωοθηκών (HBOC)	BRCA 1 & BRCA2	Μαστού (γυναικών/ ανδρών), Ωοθηκών, Προστάτη, Παγκρέατος, Μελάνωμα	Ως 84%	1,5% & 1,5%	0,1% & 0,1%
Li Fraumeni	TP53 (CHEK2)	Σάρκωμα μαστού, Όγκοι εγκεφάλου, Λευχαιμία, Όγκοι επινεφριδίων	~ 60%	0,02%	0,0025%
Cowden	PTEN	Καρκίνος Μαστού, Θυρεοειδούς, Ενδομητρίου Μακροκεφαλία, Λιπώματα, Αμαρτώματα	25-50%	0,004%	0,0005%
Peutz-Jeghers	STK11	Καρκίνος Μαστού, Παγκρέατος, Πολύποδες Γαστρεντερικού, Όγκοι γεννητικής ταινίας	29% (μέχρι τα 65 έτη)	0,001%	0,001%
Lynch	MLH1, MSH2 (MSH6, PMS2, EPCAM)	Καρκίνοι Πεπτικού (Παχέος Εντέρου, Στομάχου, Λεπτού Εντέρου, Χοληδόχου), Ενδομητρίου, Μαστού, Ουροποιητικού και ειδικοί όγκοι δέρματος (λιπώδη αδενώματα) και εγκεφάλου	24%		

- Συμμόρφωση με τα προγράμματα screening για άλλους καρκίνους (δεν πρέπει να ξεχνάμε την εξέταση ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ακόμη και αν δεν αφορά κληρονομικό καρκίνο)
- Διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους (ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση)
- Τακτική σωματική άσκηση σύμφωνα με τις υπάρχουσες οδηγίες
- Θρεπτική υγιεινή διατροφή
- Αποφυγή ή διακοπή καπνίσματος και αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ

Η εφαρμογή του γενετικού ελέγχου στην κλινική πράξη έχει προσθέσει σημαντικές εξελίξεις την τελευταία δεκαετία και συνεχώς επεκτείνεται. Αναπτύσσονται καλύτερες τεχνολογίες διάγνωσης και αναγνώρισης γενετικών συνδρόμων και εμπλουτίζει συνεχώς η εμπειρία σχετικά με την κλινική εκδήλωση και τη σημασία των αποτελεσμάτων των γονιδιακών ελέγχων. Αυτή η πρόοδος συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών εμφάνισης του καρκίνου οπότε εξελίσσονται οι στρατηγικές αντιμετώπισης του και ταυτόχρονα αναπτύσσονται στοχευμένες και δυνητικά αποτελεσματικότερες θεραπείες. Έτσι, η ενσωμάτωση των γνώσεων της γενετικής στην κλινική Ογκολογική πρακτική από την αναγνώριση/ διάγνωση στην αντιμετώπιση (χειρουργική ή μη) και την περαιτέρω υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους έχει προωθήσει την βελτίωση του χειρισμού περιστατικών με κληρονομική επιβάρυνση.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΥΣΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Γράφει η Ειρήνη Αρβανιτάκη
Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Υπεύθυνη Διαιτολογικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ



Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια μοναδική περίοδο στη ζωή της γυναίκας. Η ευθύνη για την υγεία της νέας ζωής που κυοφορεί είναι μεγάλη και για το λόγο αυτό η διατροφή αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα σε αυτή τη φάση της ζωής.

Οι καλές διατροφικές συνήθειες πριν τη σύλληψη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατέχουν σημαντικό ρόλο στην έκβαση της εγκυμοσύνης καθώς συμβάλλουν:

- Στην σωστή ανάπτυξη του εμβρύου, συνεισφέροντας στην αποφυγή πρόωρου τοκετού και στην επίτευξη ενός υγιούς βάρους γέννησης του μωρού.
- Στη μετέπειτα εξέλιξη της ανάπτυξης και της υγείας του παιδιού, έχει αποδειχθεί ότι η ισορροπημένη διατροφή της μητέρας στην περίοδο της κύησης λειτουργεί προστατευτικά προς το παιδί, όσον αφορά στην αποφυγή χρόνιων νοσημάτων, όπως η παχυσαρκία και τα καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Επιπλέον, μια ισορροπημένη διατροφή βοηθά και την ίδια την έγκυο να έχει ενέργεια και ευεξία στην καθημερινότητά της και να διατηρήσει καλύτερα τον έλεγχο στην αύξηση του δικού της βάρους.

ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Το βάρος που συνιστάται να πάρει η έγκυος καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το βάρος που είχε πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης.

Μια γυναίκα με αυξημένο βάρος προ εγκυμοσύνης (υπέρβαρη ή παχύσαρκη), θα πρέπει να πάρει λιγότερα κιλά από μια γυναίκα φυσιολογικού ή ελλιπούς βάρους προ εγκυμοσύνης.

Γυναίκες με ελλιπές προ εγκυμοσύνης βάρος, διατρέχουν τον κίνδυνο να αποκτήσουν παιδί χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση, αν δεν αυξήσουν επαρκώς το βάρος τους κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Ενώ γυναίκες με υπερβάλλον βάρος προ εγκυμοσύνης, πρέπει να φροντίσουν για τη συντηρητική αύξηση του βάρους τους, έτσι ώστε αφενός το παιδί να μην γεννηθεί μεγαλόσωμο και με υψηλό ποσοστό λίπους και αφετέρου να μην επιβαρυνθούν οι ίδιες με επιπλέον κιλά λίπους.

Πιο αναλυτικά:

Προ εγκυμοσύνης κατηγορία βάρους	Συνολική συνιστώμενη αύξηση βάρους
Λιποβαρής	12,5 - 18 kg
Φυσιολογικού βάρους	11,5 - 16 kg
Υπέρβαρη	7 - 11,5 kg
Παχύσαρκη	5 - 9 kg

ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΕ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Ενέργεια

Οι αυξημένες ανάγκες της εγκύου σε ενέργεια, συνεπώς και σε θερμίδες ξεκινούν από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Πιο συγκεκριμένα, οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες της εγκύου στο 2ο και 3ο τρίμηνο της κύησης καλύπτονται κατά προσέγγιση με 300 θερμίδες επιπλέον.

Ενδεικτικά οι 300 αυτές επιπλέον θερμίδες μπορούν να καλυφθούν από:

- 1 μερίδα γαλακτοκομικού προϊόντος (π.χ 1 κούπα γάλα ή 1 κεσεδάκι γιαούρτι)
- και 1 μερίδα αμυλούχας τροφής (π.χ 2 φρυγανιές ή ½ κούπα βρασμένα ζυμαρικά)
- και 1 μερίδα φρούτου (π.χ 1 μήλο ή ½ ποτήρι φυσικό χυμό)

Μόνο στις γυναίκες με πολύ χαμηλό βάρος πριν την εγκυμοσύνη (λιποβαρείς), συνιστάται να επιδιώξουν αύξηση βάρους από το 1ο τρίμηνο εγκυμοσύνης.

Κάπου εδώ αξίζει να τονιστεί ότι η έκφραση «η έγκυος τρώει για δύο» δεν θα πρέπει να ερμηνευθεί ως ανάγκη για κατανάλωση διπλάσιας ποσότητας



φαγητού. Οι αλλαγές που καλείται μια έγκυος να κάνει στη διατροφή της είναι κατά κύριο λόγο ποιοτικές, καθώς όπως καταλαβαίνετε και από όσα ειπώθηκαν παραπάνω οι ποσοτικές αλλαγές στη διατροφή είναι μικρές.

Θρεπτικά συστατικά

Οι ποιοτικότερες διατροφικές επιλογές καθώς και η αυξημένη ικανότητα απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, καθιστούν τη διατροφή της εγκύου γενικά επαρκή για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών σε θρεπτικά συστατικά. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν κάποια θρεπτικά συστατικά, όπως είναι το **φυλλικό οξύ**, το **ασβέστιο**, η **βιταμίνη D**, ο **σίδηρος,** το **ιώδιο** και τα **ω3 λιπαρά οξέα** τα οποία θέλουν ιδιαίτερη προσοχή κατά την περίοδο της κύησης. Για ένα ή περισσότερα από αυτά είναι πιθανό να κριθεί αναγκαία και η χορήγηση κάποιου συμπληρώματος διατροφής από τον θεράποντα ιατρό, σύμφωνα και με τις ιδιαίτερες ανάγκες που παρουσιάζει η κάθε γυναίκα.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Το κλειδί στη διατροφή της εγκύου, όπως και σε κάθε ισορροπημένη διατροφή, είναι η έμφαση στην **ποιότητα** και την **ποικιλία** της τροφής.

Για να φτιάξουμε μια «to do» λίστα διατροφής, η έγκυος λοιπόν καλείται:

- Να επιλέγει δημητριακά ολικής άλεσης, πράσινα φυλλώδη λαχανικά, πολύχρωμα φρούτα και λαχανικά, προκειμένου να λαμβάνει τις βιταμίνες και τις φυτικές ίνες που χρειάζεται.
- Να εντάξει στο διαιτολόγιό της άπαχο κόκκινο κρέας, πουλερικά, ποικιλία ψαριών, όσπρια

και ανάλατους ξηρούς καρπούς, τρόφιμα τα οποία αποτελούν σημαντικές πηγές πρωτεϊνών, ψευδαργύρου, μαγνησίου και σιδήρου.

- Να καταναλώνει 8-10 ποτήρια νερό ημερησίως, το οποίο θα βοηθήσει και στην πρόληψη της δυσκοιλιότητας.
- Να απέχει από την κατανάλωση αλκοόλ.
- Να περιορίσει την κατανάλωση καφεΐνης στα 200 mg ημερησίως. Προσοχή ανάλογα με το είδος του καφέ αλλάζει και η περιεκτικότητα σε καφεΐνη, συνεπώς θα ήταν σοφό να ελέγχετε την ετικέτα στη συσκευασία. Καφεΐνη κρύβεται και σε πολλά είδη τσαγιού, σε αναψυκτικά τύπου Cola και στη σοκολάτα.
- Να αποφεύγει τη σόγια και τα προϊόντα της, καθώς αποτελεί τρόφιμο με μεγάλη περιεκτικότητα σε φυτο-οιστρογόνα, τα οποία ενδέχεται να είναι βλαβερά στη φάση της εγκυμοσύνης.
- Να κάνει περιορισμένη χρήση τεχνιτών γλυκαντικών και να προτιμά τη στέβια που έχει φυσική προέλευση.
- Να φροντίζει για την υγιεινή των τροφίμων που καταναλώνει, καλοψημένα κρέατα, ψάρια, θαλασσινά και αυγά, καθώς και σχολαστικά πλυμένα φρούτα και λαχανικά.
- Να παρακολουθεί το βάρος της σε εβδομαδιαία βάση, και αν δυσκολεύεται με τη διαχείρισή του, να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό.

Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τις βασικές ομάδες τροφίμων και τις μερίδες που κατά προσέγγιση θα ήταν καλό να καταναλώνουν γυναίκες στο 2ο και 3ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτές οι ποσότητες αντανακλούν στις ανάγκες κάθε γυναίκας, είναι ένα εργαλείο που μπορεί να αξιοποιηθεί από το μέσο όρο των εγκύων.

> “ΤΟ ΚΛΕΙΔΙ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ, ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΕΙΝΑΙ Η ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ **ΠΟΙΟΤΗΤΑ** ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ **ΠΟΙΚΙΛΙΑ** ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.”

Συστάσεις για ημερήσια κατανάλωση ανά ομάδα τροφίμων στην εγκυμοσύνη:

Ομάδα Τροφίμων	Μέγεθος Μερίδας	Μερίδες/ Ημέρα
Ομάδα Αμύλου	30γρ. ψωμί, ½ φλιτζάνι δημητριακά, ½ κούπα ζυμαρικό ή ½ φλιτζάνι ρύζι, 1 μικρή πατάτα	**6-8**
Ομάδα Λαχανικών	1 φλιτζάνι ωμά λαχανικά, ½ φλιτζάνι μαγειρεμένα λαχανικά	**4-5**
Ομάδα Φρούτων	1 μέτριο φρούτο, ½ κούπα χυμό φρούτων	**3-4**
Ομάδα Γαλακτοκομικών	1 κούπα γάλα, 1 κεσεδάκι γιαούρτι	**3**
Ομάδα Πρωτεΐνης (κόκκινο κρέας, πουλερικά, αβγό, ψάρι, όσπρια, τυρί)	30 γρ. μαγειρεμένο κρέας ή ψάρι, ½ κούπα όσπριο (τουλάχιστον 3 φορές/εβδ.) 1 αυγό	**4-5**
Ομάδα Λίπους	1 κουτάλι του γλυκού ελαιόλαδο, 6 ξηροί καρποί	**5**



Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΩΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Γράφει η Ηλιάνα Καραγκούνη, MSc
Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Κλινική Διαιτολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Τμήματος Κλιμακτηρίου, Εμμηνόπαυσης & Οστεοπόρωσης Κλινικής ΡΕΑ

Η εμμηνόπαυση αποτελεί μία νέα περίοδο ζωής στην οποία όλες οι γυναίκες θα κληθούν να μπουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται συχνά ως ιδιαίτερα απαιτητική, λόγω των επερχόμενων αλλαγών στο γυναικείο σώμα.

Η προοδευτική αύξηση του σωματικού βάρους, η ενίσχυση της συσσώρευσης λίπους στην κοιλιακή χώρα και η χαλάρωση του δέρματος αποτελούν ορισμένες εκ των βασικότερων παραμέτρων αλλαγής της εικόνας σώματος των γυναικών κατά την εμμηνόπαυση. Οι αλλαγές αυτές δεν θα πρέπει να τρομάζουν και να αποθαρρύνουν την κάθε γυναίκα. Η εμμηνόπαυση, δεν αποτελεί το αίτιο για την αύξηση του σωματικού βάρους στην γυναίκα. Το ενεργειακό ισοζύγιο είναι εκείνο που οδηγεί στην αύξηση του βάρους κατά την εμμηνόπαυση. Με λίγα λόγια, όταν η ημερήσια διαιτητικά προσλαμβανόμενη ενέργεια παραμένει η ίδια με εκείνη που διατηρούσε η γυναίκα προ εμμηνόπαυσης, αλλά τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας μειώνονται κατά την εμμηνοπαυσιακή μετάβαση, λόγω των υφιστάμενων συμπτωμάτων ή της διαταραχής εικόνας σώματος που βιώνει η γυναίκα, τότε το ενεργειακό ισοζύγιο γίνεται καθημερινά θετικό και οδηγεί μακροπρόθεσμα στην αύξηση του σωματικού βάρους. Με την παρατηρούμενη αλλαγή της σύστασης σώματος σε λιπώδη ιστό και στην μετακύλιση του σωματικού λίπους από την περιφέρεια προς το κέντρο (αύξηση των επιπέδων κοιλιακού λίπους) καθώς και με τη σταδιακή μείωση της συγκέντρωσης των οιστρογόνων επιταχύνεται προοδευτικά η αύξηση του σωματικού βάρους.

Η διαταραχή του οστικού μεταβολισμού, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων και η ινσουλινοαντίσταση αποτελούν σημαντικές προκλήσεις στη ζωή της γυναίκας που βρίσκεται σε εμμηνόπαυση, οι οποίες χωρίς την κατάλληλη εντόπιση και αντιμετώπιση μπορούν να αλλάξουν δραματικά την ποιότητα ζωής της γυναίκας. Ο κίνδυνος εμφάνισης οστεοπενίας και οστεοπόρωσης είναι μεγαλύτερος κατά την εμμηνοπαυσιακή μετάβαση, ειδικά επί εδάφους χαμηλής διατροφικής έλλειψης ασβεστίου και χαμηλών επιπέδων βιταμίνης D στο αίμα. Αναφορικά με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, το διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ (υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία) αποτελεί τη βασικότερη παράμετρο ενίσχυσης αυτού του κινδύνου.



Η τήρηση μιας δίαιτας πλούσιας σε κορεσμένα και υδρογονωμένα λιπαρά και απλά σάκχαρα, καθώς και η απουσία φυσικής δραστηριότητας συμβάλλουν αρνητικά τόσο στη διαμόρφωση των επιπέδων λιπιδίων στο αίμα, όσο και στη διατήρηση του γλυκαιμικού ελέγχου. Η ποιότητα της διατροφής αποτελεί βασικό δείκτη προσδιορισμού, τόσο του σωματικού βάρους, όσο και του καρδιαγγειακού κινδύνου των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Η αποφυγή κατανάλωσης περίσσειας ενέργειας και η διατήρηση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου αποτελούν σημεία κλειδιά στη διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους κατά την εμμηνόπαυση. Οι γενικές διαιτητικές συστάσεις κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης περιλαμβάνουν αυτά που βλέπουμε στον πίνακα που ακολουθεί, έτσι όπως αυτές προτείνονται από τον Εθνικό Διατροφικό μας Οδηγό.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η διατήρηση καλών επιπέδων λιπιδίων στο αίμα και φυσιολογικών τιμών αρτηριακής πίεσης αποτελούν θεμέλιους λίθους πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην εμμηνόπαυση. Η συνετή επιλογή λιπαρών, αποτελεί μόνο μια εκ των πολλών παραμέτρων επίτευξης φυσιολογικών επιπέδων ολικής χοληστερόλης, LDL-χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, καθώς και βελτίωσης των επιπέδων αρτηριακής πίεσης.

> “Η ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΛΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΙΜΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΘΕΜΕΛΙΟΥΣ ΛΙΘΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ.”

Ομάδα Τροφίμων	Προτεινόμενη Σύσταση	Ισοδύναμο Μερίδας
Λαχανικά	4 μερίδες/ημέρα	• 150-200γρ • 1 φλιτζ. μαγειρεμένα λαχανικά • 1 φλιτζ. ωμά πράσινα φυλλώδη λαχανικά
Φρούτα	3 μερίδες/ημέρα	• 120-200γρ • 1 μέτριου μεγέθους φρούτο • 2 μικρά φρούτα
Δημητριακά (ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι) και πατάτες	5-6 μερίδες/ημέρα (εκ των οποίων η κατανάλωση πατάτας 3 μερίδες/εβδομάδα)	• 1 φέτα ψωμί (30 γρ) • ½ φλιτζ. δημητριακά • ½ φλιτζ. ζυμαρικά ή ρύζι • 1 πατάτα μέτριου μεγέθους (120-150γρ)
Γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα	3 μερίδες/ημέρα	• 1 ποτήρι γάλα (250ml) • 1 κεσεδάκι γιαούρτι (200γρ) • 30γρ ή 2 κ.σ. τυρί • ½ ποτήρι συμπυκνωμένο γάλα (125ml)
Όσπρια	3 μερίδες/εβδομάδα	1 φλιτζ. μαγειρεμένα στραγγισμένα όσπρια (150-200γρ οσπρίου, αναλόγως του είδους)
Κόκκινο κρέας	Έως 1 μερίδα/εβδομάδα	120 γρ μαγειρεμένο κόκκινο κρέας (μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, πρόβατο, κατσίκι, γίδα)
Λευκό κρέας	1-2 μερίδες/εβδομάδα	120 γρ μαγειρεμένο λευκό κρέας (κοτόπουλο, γαλοπούλα, πάπια, κουνέλι, ορτύκι, φασιανός)
Αυγά	Έως 4/εβδομάδα	1 αυγό
Ψάρια και θαλασσινά	2 μερίδες/εβδομάδα	150γρ μαγειρεμένου ψαριού ή θαλασσινών (π.χ. 1 μέτρια τσιπούρα, 10-12 γαύροι/ σαρδέλες, 15 μέτριες γαρίδες)
Προστιθέμενα λίπη και έλαια, ελιές και ξηροί καρποί	3-5 μερίδες/ημέρα	• 1κ.σ. ελαιόλαδο ή άλλα φυτικά έλαια (15ml) • 1 χούφτα ξηρών καρπών • 10-12 ελιές • 1 ½ κ.σ. ταχίνι • 1κ.σ. βούτυρο ή μαργαρίνη
Αλάτι	<5γρ/ημέρα	1 κ.γλ. αλάτι
Υγρά (εκ των οποίων νερό)	8-10 ποτήρια υγρά (εκ των οποίων 6-8 ποτήρια νερό/ημέρα)	1 ποτήρι (250ml)
Οινοπνευματώδη ποτά	Έως 1 ποτήρι/ημέρα (σε περίπτωση που συνηθίζεται η κατανάλωση ποτού)	• 330ml μπύρα • 125ml κρασί • 40-45ml άλλο ποτό

> “ΠΡΟΤΙΜΗΣΕ ΩΣ ΣΝΑΚ ΤΟΥΣ ΞΗΡΟΥΣ ΚΑΡΠΟΥΣ, ΚΑΘΩΣ ΕΧΟΥΝ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ.ΟΜΟΙΑ ΔΡΑΣΗ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ Ο ΛΙΝΑΡΟΣΠΟΡΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΟΥΣΑΜΙ (ΤΑΧΙΝΙ).”

Προτείνονται τα ακόλουθα:

- Αποφυγή της κατανάλωσης τροφίμων πλούσιων σε κορεσμένα λιπαρά και trans λιπαρά οξέα (υδρογονομένα), όπως κέικ, μπισκότα, έτοιμες ζύμες (π.χ. ζύμες κουρού), πίτες, τυρί φέτα, κίτρινα τυριά πλούσια σε λιπαρά (edam, gouda cheese), γαλακτοκομικά πλήρων λιπαρών, junk food, σνακ πλούσια σε λίπος (π.χ. πατατάκια), γλυκίσματα (πάστες, τάρτες, παγωτά κ.τ.λ)

- Ως πηγή λίπους, προτιμήστε το ελαιόλαδο που είναι πλούσιο σε μονονοακόρεστα λιπαρά οξέα και αντιοξειδωτικά μόρια

- Κατανάλωση οσπρίων και, κυρίως, φακές λόγω των διαλυτών φυτικών ινών τουλάχιστον 2 φορές/ εβδομάδα

- Κατανάλωση 1 μερίδα λιπαρού ψαριού (π.χ. σκουμπρι, σολομό, σαρδέλλα) 2-3 φορές/ εβδομάδα καθώς είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα

- Αποφυγή κατανάλωσης πάνω από 1 φορά/ εβδομάδα κόκκινου κρέατος και επιλογή άπαχης πρωτεΐνης

- Ημερήσια κατανάλωση 2-3 μερίδων λαχανικών και τουλάχιστον 2 μερίδων φρούτων με προτίμηση σε μπανάνα και μήλο, καθώς έχουν περισσότερες διαλυτές φυτικές ίνες, που βοηθούν στη διαχείριση των επιπέδων λιπιδίων στο αίμα

- Κατανάλωση ξηρών καρπών ως σνάκ, καθώς έχουν αντιφλεγμονώδη δράση και σχετίζονται με πρόληψη της αθηρωματικής νόσου των αγγείων. Όμοια δράση φαίνεται να έχουν ο λιναρόσπορος και το σουσάμι (ταχίνι)



- Αποφυγή της προσθήκης αλατιού στα γεύματα, καθώς και της κατανάλωσης τροφίμων με πρόσθετο αλάτι (όπως, κονσέρβες, αλλαντικά, παστά τρόφιμα, αλμυρά σνακ, κράκερ, πατατάκια κτλ). Η ημερήσια κατανάλωση αλατιού συστήνεται να μην ξεπερνά τα 5γρ (1 κ.γλ.). Ως εναλλακτικοί τρόποι ενίσχυσης της γεύσης προτείνονται τα ακόλουθα: ξύδι, χυμός λεμονιού, καρυκεύματα, βότανα κ.τ.λ.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Η διατήρηση καλών επιπέδων γλυκόζης αίματος βοηθά σημαντικά σε μείωση του κινδύνου ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Προτείνονται τα ακόλουθα:

- Προτίμηση προϊόντων ολικής αλέσεως (ψωμί, ρύζι, ζυμαρικά, δημητριακά), καθώς είναι χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη και γλυκαιμικού φορτίου
- Περιορισμός στην κατανάλωση πατάτας σε 1 φορά/εβδομάδα
- Ισοκατανανομή των καταναλισκόμενων υδατανθράκων καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας. Συνίσταται η κατανάλωση 4-5 γευμάτων ημερησίως και η τήρηση ενός κατάλληλου διαιτολογίου.
- Ημερήσια κατανάλωση 2-3 μερίδων λαχανικών και τουλάχιστον 2 μερίδων φρούτων χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη (π.χ. μήλο, αχλάδι, μανταρίνια, ακτινίδιο κ.τ.λ). Γενικά, προσπάθησε να μην παραλείπεις τη σαλάτα με κάθε γεύμα σου, καθώς ένα διαιτολόγιο με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες ενισχύει το αίσθημα κορεσμού και φαίνεται να βοηθά σημαντικά στα μεταγευματικά επίπεδα γλυκόζης αίματος

> "ΙΣΟΚΑΤΑΝΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΙΣΚΟΜΕΝΩΝ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΚΑΘ'ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ. ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ 4-5 ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ΚΑΙ Η ΤΗΡΗΣΗ ΕΝΟΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ."

- Αποφυγή ροφημάτων πλούσιων σε ζάχαρη και περιορισμό της ημερήσιας κατανάλωσης ζάχαρης. Συστήνονται εναλλακτικές γλυκαντικές ουσίες, όπως τεχνητά γλυκαντικά (ασπαρτάμη) ή φυσικά γλυκαντικά (γλυκοζίτες στεβιόλης)



ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ & ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Η διατήρηση καλών επιπέδων ασβεστίου και βιταμίνης D αποτελούν τους βασικότερους συμμάχους στην ενίσχυση της υγείας των οστών της γυναίκας που βρίσκεται στην εμμηνόπαυση.

Προτείνονται τα ακόλουθα:

- Για την ενίσχυση των επιπέδων βιταμίνης D θα μπορείτε να αξιοποιήσετε τους ακόλουθους φυσικούς τρόπους: (1) έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία για τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως (έκθεση προσώπου και χεριών χωρίς αντιηλιακή προστασία) με αποφυγή έκθεσης τις «επικίνδυνες» ώρες (12.00-16.00), (2) ενίσχυση διαιτητικής πρόσληψης σε λιπαρά ψάρια (σκουμπρί, σολομό, σαρδέλα), κρόκο αυγού και γαλακτομικά εμπλουτισμένα με βιταμίνη D

- Για την ενίσχυση και διατήρηση καλών επιπέδων ασβεστίου στον οργανισμό προτείνεται η κατανάλωση τουλάχιστον 3 μερίδων γαλακτοκομικών, έτσι ώστε να φτάσουμε τις ημερήσιες συστάσεις των 1000-1200mg. Μια μερίδα ισοδυναμεί με 1 κεσεδάκι γιαούρτι (200γρ), 1 ποτήρι γάλα (250ml) ή 30-50γρ τυρί (αναλόγως της περιεκτικότητας του σε ασβέστιο). Σε περίπτωση που δεν δύναται η κατανάλωση γάλακτος, υπάρχει η δυνατότητα κατανάλωσης φυτικού μη γαλακτοκομικού ροφήματος εμπλουτισμένου με ασβέστιο (π.χ. αμυγδάλου, σόγιας κ.τ.λ) και η προσθήκη εναλλακτικών διαιτητικών πηγών ασβεστίου, όπως αμύγδαλα, σαρδέλλα ή γαύρος, φασόλια ή ρεβύθια, μπρόκολο, μπάμιες, αντίδια, σύκα ωμά και κολοκυθόσποροι

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΛΥΠΤΗΡΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (ΔΕΡΜΑ, ΝΥΧΙΑ, ΜΑΛΛΙΑ)

Με την πάροδο των ετών και την απουσία της προστατευτικής δράσης των οιστρογόνων το δέρμα γίνεται θαμπό, ξηρό και εμφανίζονται οι πρώτες ρυτίδες με συνοδό παράγοντα την χαλάρωση.

Ομοίως, το τριχωτό της κεφαλής γίνεται πιο ξηρό και η τρίχα πιο εύθραστη. Σύμμαχοι στην επιβράδυνση της γήρανσης αποτελούν τα καλά επίπεδα αντιοξειδωτικών μορίων στον οργανισμό, η επαρκής ενυδάτωση, αλλά και τα φυσιολογικά επίπεδα σιδήρου, βιταμίνης Β12 και φυλλικού οξέος στον οργανισμό.

Προτείνονται τα ακόλουθα:

- Για την **ενίσχυση των επιπέδων σιδήρου** συστήνεται η κατανάλωση 1 φορά/εβδομάδα κόκκινου κρέατος (άπαχο μοσχάρι), 1-2 φορές/εβδομάδα λευκού άπαχου κρέατος, 1-2 φορές/εβδομάδα ψάρι. Συστήνεται η προσθήκη χυμού λεμονιού στο κρέας και το ψάρι. Θρεπτικά συστατικά που ενισχύουν την απορρόφηση σιδήρου αποτελούν η βιταμίνη C και το κιτρικό οξύ, τα οποία βρίσκονται σε μεγάλη περιεκτικότητα στον χυμό λεμονιού. Ως σνακ προτείνονται ξηροί καρποί μαζί με αποξηραμένα φρούτα (π.χ. 6-10 αμύγδαλα + 3-4 αποξηραμένα βερίκοκα ή 2κ.σ. σταφίδες/κράνμπερι). Καλές πηγές «φυτικού» σιδήρου αποτελούν τα φασόλια, οι φακές και το σπανάκι. Επομένως, προτείνεται κατανάλωση τουλάχιστον 1-2 φορές/εβδομάδα οσπρίων.

- Για την **ενίσχυση των επιπέδων φυλλικού οξέος & βιταμίνης Β12** προτίμησε δημητριακά ολικής αλέσεως (ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, δημητριακά πρωινού), ενώ συστήνεται ημερήσια κατανάλωση τουλάχιστον 2-3 μερίδων πράσινων φυλλώδων λαχανικών (μπρόκολο, λαχανάκια βρυξελλών κτλ) και κατανάλωση τουλάχιστον 2 μερίδων άπαχων γαλακτοκομικών, ενώ εβδομαδιαία προτείνεται κατανάλωση τουλάχιστον 3-4 αυγών.

- **Επαρκής ενυδάτωση,** δηλαδή τουλάχιστον 7-8 ποτήρια νερό ημερησίως, φαίνεται να κάνει το δέρμα να παραμένει καλύτερα ενυδατωμένο.

- **Τρόφιμα πλούσια σε καροτενοειδή** (καρότα, πιπεριές, σπανάκι, γλυκοπατάτες,) φαίνεται να ωφελούν την όψη του δέρματος, ενώ σημαντική είναι και η κατανάλωση βιταμίνης Α. **Τρόφιμα πλούσια σε αντιοξειδωτικά,** όπως οι φράουλες, τα berries, το πορτοκάλι, το μάνγκο και το ακτινίδιο είναι εξίσου ευεργετικά για την υγεία του δέρματος.



Η ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ μέσα από 10 μύθους & αλήθειες

Γράφει ο Αλέξανδρος Δ. Τζεφεράκος
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιστημονικός Διευθυντής στη Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης της Κλινικής ΡΕΑ, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. ΡΕΑ

Η ενδομητρίωση είναι ένα συχνό γυναικολογικό πρόβλημα, αλλά κάθε περίπτωση είναι διαφορετική από άτομο σε άτομο. Σε αυτό το άρθρο καταρρίπτουμε 10 από τους μεγαλύτερους μύθους που αφορούν αυτή την οδυνηρή γυναικολογική ασθένεια, η οποία πλήττει 1 στις 10 γυναίκες.

Η ενδομητρίωση εμφανίζεται όταν το ενδομήτριο εμφυτεύεται και αναπτύσσεται έξω από τη μήτρα.

Λάθος! Πολλοί θα σας πουν ότι η ενδομητρίωση εμφανίζεται όταν το ενδομήτριο (ο βλεννογόνος που επενδύει το εσωτερικό της μήτρας) βρίσκεται έξω από αυτή την περιοχή. Αυτό είναι εσφαλμένο. Η ενδομητρίωση εμφανίζεται όταν ιστός παρόμοιος με την εσωτερική επένδυση της μήτρας βρίσκεται έξω από τη μήτρα, συνήθως στην πύελο, αν και μπορεί να βρεθεί σε άλλα μέρη του σώματος.

Η ενδομητρίωση είναι απλά μια κακή περίοδος.

Λάθος! Η έμμηνος ρύση ορίζεται ως "η περίοδος κατά την οποία το αίμα και ο ιστός βγαίνουν από τον κόλπο σας" και είναι μια φυσική διαδικασία που όλες οι γυναίκες θα βιώσουν όταν το σώμα τους ωριμάσει φυσιολογικά. Οποιαδήποτε δυσφορία θα πρέπει να σταματάει μετά από περίοδο τριών έως οκτώ ημερών. Η ενδομητρίωση είναι μια οδυνηρή, χρόνια, γυναικολογική ασθένεια που πλήττει 1 στις 10 γυναίκες. Ο πόνος της ενδομητρίωσης μπορεί εσφαλμένα να συσχετιστεί με τον εμμηνορροϊκό κύκλο και αυτό μπορεί να προκαλέσει σύγχυση. Έντονος πόνος μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε άλλες περιόδους κατά τη διάρκεια του κύκλου σας, όπως κατά τη διάρκεια ή μετά το σεξ, ή κατά τη διάρκεια της ενδοκολπικής εξετάσεως, ή στην φάση της ωορρηξίας, αλλά και όταν κλινικά μετακινούμε την ουροδόχο κύστη ή το έντερο.

Οι επώδυνες περίοδοι είναι φυσιολογικές.

Λάθος! Δεν μπορούμε να ξεφύγουμε από τις παλιές πεποιθήσεις ότι ο πόνος της περιόδου είναι "φυσιολογικός" ή ότι είναι "στο μυαλό μας" ή "να τον ανεχτούμε επειδή είναι μέρος της γυναικείας φύσης". Ο πόνος κατά την περίοδο δεν πρέπει ποτέ να επηρεάζει την καθημερινότητά σας. Εάν αυτό συμβαίνει, τότε δεν είναι φυσιολογικό.

Η ενδομητρίωση μπορεί να θεραπευτεί.

Λάθος! Δεν υπάρχει θεραπεία για την ενδομητρίωση. Η εγκυμοσύνη και οι ορμονικές θεραπείες καταστέλλουν τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης αλλά δεν εξαλείφουν την ασθένεια, καθώς τα συμπτώματά της συνήθως επιστρέφουν. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα ενδομητρίωσης μόνο μετά τον τοκετό. Η ενδομητρίωση μπορεί ακόμη να εμφανιστεί

μετά την εμμηνόπαυση. Μέσω χειρουργικής επέμβασης, η ενδομητρίωση μπορεί να απομακρυνθεί, αλλά ακόμα και σε αυτή την περίπτωση μπορεί να επιστρέψει. Η υστερεκτομή θεωρείται συχνότερα ως η θεραπεία για ενδομητρίωση, αλλά δεν είναι. Ωστόσο, ο ενδομητρικός ιστός μπορεί επίσης να αναπτυχθεί στα μυϊκά στρώματα του τοιχώματος της μήτρας (αδενομύωση) και ο μόνος τρόπος για την εξάλειψή του είναι μέσω της υστερεκτομής.

Δοκίμασα αυτή τη θεραπεία και λειτούργησε για μένα, οπότε σίγουρα είναι κατάλληλη και για σένα.

Λάθος! Αξίζει πάντα να διερευνηθεί κάθε επιλογή θεραπείας που προτείνεται σε σας, είτε πρόκειται για χειρουργική επέμβαση, ορμονικές θεραπείες, ανακούφιση πόνου, διαιτητικές αλλαγές, άσκηση κλπ. Επειδή, όμως, η ενδομητρίωση εμφανίζεται με διαφορετικούς τρόπους σε κάθε γυναίκα, βρίσκεται σε διαφορετικές περιοχές και προκαλεί διαφορετικά συμπτώματα (και επειδή τα σώματά μας είναι όλα τόσο διαφορετικά), οι ίδιες θεραπείες δεν ενδείκνυνται για κάθε περίπτωση, καθώς θα έχουν πάντα διαφορετικά αποτελέσματα.

Είσαι πολύ νέα για να έχεις ενδομητρίωση.

Λάθος! Οι κοπέλες της προεφηβικής ηλικίας, αλλά και οι γυναίκες στις ηλικίες των 20 ετών δεν είναι πολύ μικρές για να έχουν ενδομητρίωση! Τα συμπτώματα ενδομητρίωσης μπορεί να αρχίσουν να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων, αλλά συχνά παραβλέπονται από τους ιατρούς, καθώς τα νεαρά κορίτσια δεν γνωρίζουν ακόμη το σώμα τους. Αυτό στη συνέχεια οδηγεί σε μια μεταγενέστερη διάγνωση στην ηλικία των 20 και 30 ετών.

Έχω ενδομητρίωση σταδίου 4, οπότε ο πόνος είναι πολύ χειρότερος από την ενδομητρίωση στο στάδιο 1.

Λάθος! Η ενδομητρίωση συχνά χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή στα στάδια 1 έως 5. Αυτά τα στάδια παρέχουν μια χρήσιμη κατευθυντήρια γραμμή, αλλά έχουν επίσης περιορισμούς, καθώς το μέγεθος της ενδομητρίωσης δεν αντιστοιχεί πάντα στο μέγεθος του πόνου και της δυσφορίας. Μια ενδομητρίωση μικρού μεγέθους μπορεί να είναι πιο οδυνηρή από τη σοβαρή ενδομητρίωση. Εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το σημείο όπου η ενδομητρίωση αναπτύσσεται πραγματικά μέσα στο σώμα.

Πάσχω από ενδομητρίωση άρα δεν θα μπορέσω ποτέ να αποκτήσω παιδιά.

Λάθος! Η ενδομητρίωση δεν σημαίνει αυτόματα ότι είσαι υπογόνιμη, αν και η υπογονιμότητα μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της ενδομητρίωσης. Εκτιμάται ότι 30% έως 40% των γυναικών με ενδομητρίωση είναι υπογόνιμες. Η υπογονιμότητα δεν προκαλείται πάντα από την ενδομητρίωση. Μπορεί να οφείλεται σε πολλούς άλλους παράγοντες...

Η ενδομητρίωση προκαλείται από τις επιλογές του τρόπου ζωής σας.

Λάθος! Η πραγματική αιτία της ενδομητρίωσης είναι άγνωστη. Υπάρχουν πολλές θεωρίες που περιλαμβάνουν την υπερπαραγωγή οιστρογόνων, την ανάστροφη ροή της περιόδου και μέσω των σαλπίγγων διασπορά στην ελάσσονα πύελο, τη γενετική προδιάθεση, την θεωρία της διασποράς ενδομητρικών κυττάρων μέσω των αιμοφόρων ή λεμφικών αγγείων, την ανοσολογική δυσλειτουργία, τη μεταπλασία, αλλά ακόμη και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Καμία όμως από τις θεωρίες δεν εξηγεί πλήρως γιατί συμβαίνει η ενδομητρίωση. Είναι πολύ πιθανό ότι ένας συνδυασμός αυτών των παραγόντων θα μπορούσε να προκαλέσει την ανάπτυξή της.

Οι αμβλώσεις, τα ταμπόν, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (STDs), ένα ψυχολογικό τραύμα στην νεαρή ηλικία, το πλύσιμο, η διατροφή, η έλλειψη άσκησης, τα αντισυλληπτικά, το χρώμα του δέρματός σου και η άτακτη σεξουαλική ζωή, δεν προκαλούν ενδομητρίωση και δεν υπάρχει τρόπος πρόληψης της νόσου.

Η ενδομητρίωση σημαίνει ότι έχω καρκίνο, σωστά;

Λάθος! Η ενδομητρίωση δεν είναι λοίμωξη, δεν είναι μεταδοτική ασθένεια και δεν είναι καρκίνος. Ωστόσο, κάθε καλοήθης ιστός στο σώμα μας έχει πιθανότητα να μετατραπεί σε καρκίνο. Ως εκ τούτου, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η ύπαρξη της ενδομητρίωσης θα μπορούσε να μετατραπεί σε καρκίνο. Οι πιθανότητες, όμως, αυτού του κινδύνου είναι πολύ χαμηλές.

ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ:
Πρόληψη, κανόνες υγιεινής και θεραπεία

Γράφει ο Εμμανουήλ Χειράκης
Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Ως ουρολοίμωξη ονομάζουμε την είσοδο και ανάπτυξη μικροβίων σε οποιοδήποτε σημείο του ουροποιητικού συστήματος. Τα φυσιολογικά ούρα είναι στείρα μικροβίων, εάν όμως ανιχνεύσουμε μικροοργανισμούς ή λευκά αιμοσφαίρια στα ούρα, τότε θέτουμε την υποψία ή τη διάγνωση της ουρολοίμωξης.



Οι ουρολοιμώξεις ταξινομούνται ανάλογα με την εντόπιση σε **α) Κατώτερου ουροποιητικού** (κυστίτιδα, ουρηθρίτιδα) και **β) Ανώτερου ουροποιητικού** (πυελονεφρίτιδα)
Ανάλογα με τη ύπαρξη ή όχι συμπτωματολογίας, σε συμπτωματικές και σε ασυμπτωματικές.

ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ...

Το **συχνότερο μικρόβιο είναι το E. Coli**, κοινώς κολοβακτηρίδιο, με συχνότητα εμφάνισης 85%. Άλλοι μικροβιακοί παράγοντες είναι η Klebsiella, ο Proteus, Enterococcus, Staphylococcus κ.ά.

Στα υγιή άτομα, τα παθογόνα μικρόβια προέρχονται από το ορθό και το κόλπο, και εισέρχονται στο ουροποιητικό από το έξω στόμιο της ουρήθρας και με την άνοδο μέσω της ουροδόχου κύστεως και των ουρητήρων μπορεί να προκαλέσουν έως και πυελονεφρίτιδα.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα τυπικά συμπτώματα της ουρολοίμωξης είναι:

- συχνουρία
- αίσθημα καύσους κατά την ούρηση
- πόνος πάνω από την ηβική σύμφυση
- επιτακτικότητα ούρησης
- αιματουρία αρκετά συχνά

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Ο ιατρός, αφού πάρει λεπτομερές ιστορικό και γίνει κλινική εξέταση, θα συστήσει γενική ούρων, καλλιέργεια και αντιβιόγραμμα. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη συλλογή των ούρων, προς αποφυγή επιμόλυνσης αυτών. Το σωστό είναι να συλλέγεται δείγμα από τα πρώτα πρωινά ούρα και κατά το μέσον της ούρησης. Ενδεικτικά, σημεία ουρολοίμωξης αποτελούν η ύπαρξη πυουρίας, δηλαδή λευκά αιμοσφαίρια στα ούρα, και η βακτηριουρία, δηλαδή μικρόβια στα ούρα.

Τα ούρα πρέπει να στέλνονται αμέσως για εξέταση, εάν όμως αυτό δεν είναι δυνατό, μπορεί να μείνουν στο ψυγείο για 24 ώρες.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η περιοχή γύρω από το κόλπο και την ουρήθρα έχει μια φυσιολογική χλωρίδα πλούσια σε μικροοργανισμούς, όπως γαλακτοβάκιλλους, οι οποίοι σχηματίζουν φραγμό έναντι των παθογόνων μικροβίων. Οι **αλλοιώσεις στο Ph** του κόλπου παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση ουρολοίμωξης.

Για τις αλλοιώσεις αυτές **σημαντικός παράγοντας είναι η ηλικία**. Είναι γνωστό ότι παρουσιάζεται αύξηση των ουρολοιμώξεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας, που σχετίζεται με την έναρξη της **σεξουαλικής δραστηριότητας**. Επίσης αυξάνεται και με τη συχνότητα

ΟΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ ΜΕΓΑΛΟ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ.

των σεξουαλικών επαφών, καθώς μέχρι και 90% των ασθενών παρουσιάζουν μόλυνση μετά από επαφή.

Ο **σακχαρώδης διαβήτης πενταπλασιάζει τη συχνότητα της ουρολοίμωξης** μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών γυναικών.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού απασχολούν μεγάλο μέρος του γυναικείου πληθυσμού με δυσάρεστες επιπτώσεις στην κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητά τους.

Διαιτητικά μέτρα

Η **αυξημένη κατανάλωση υγρών** είναι η πιο σπουδαία συμβουλή διότι έτσι γίνεται αραίωση του αριθμού των μικροβίων στην ουροδόχο κύστη και ταυτόχρονα απομακρύνονται μέσω της συχνής ούρησης.

Γυναίκες που έχουν συμπτώματα συχνά, θα πρέπει **να αποφεύγουν καυτερά μπαχαρικά, αλκοόλ, τσάι, καφεΐνη, αναψυκτικά και συνθετικά γλυκαντικά** διότι επιδεινώνουν και ερεθίζουν την ουροδόχο κύστη.

Η **βιταμίνη C** αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων και γι αυτό θεωρείται ότι **δρα ευεργετικά** στην πρόληψη των ουρολοιμώξεων.

Κανόνες υγιεινής

Η ανατομία της γεννητικής περιοχής είναι τέτοια που η ουρήθρα και ο πρωκτός είναι πολύ κοντά. Επίσης η ουρήθρα στη γυναίκα είναι περίπου 4 εκατοστά, αρκετά μικρότερη από τον άνδρα.

- Οι γυναίκες μετά την ούρηση αλλά και μετά την αφόδευση πρέπει να σκουπίζονται από εμπρός προς τα πίσω για να μην μεταφέρονται μικρόβια στην ουρήθρα από τη περιοχή του πρωκτού.
- Σημαντικό είναι να γίνεται καλό και επιμελές πλύσιμο των χεριών πριν την τουαλέτα και να μην γίνεται καθαρισμός της περιοχής με το ίδιο χαρτί υγείας δεύτερη φορά.
- Να προτιμάται το ντους από το μπάνιο σε γεμάτη μπανιέρα, διότι το νερό στη μπανιέρα θα περιέχει μικρόβια του δέρματος.
- Να αποφεύγονται τα στενά εφαρμοστά παντελόνια, κολάν, καλσόν διότι πιέζουν τις δερματικές πτυχές που περιβάλλουν τον κόλπο και ενδέχεται να εισάγουν μικρόβια στην ουρήθρα.
- Καλό είναι η χρήση βαμβακερών εσωρούχων.
- Το βρεγμένο μαγιό δε πρέπει να μένει πολλή ώρα διότι η υγρασία με την αυξημένη θερμοκρασία δημιουργούν ευνοϊκό περιβάλλον για την είσοδο μικροβίων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο γιατρός θα δώσει την ενδεδειγμένη θεραπεία βάσει της εκάστοτε περίπτωσης και των εξετάσεων. Το αντιβιοτικό που θα δοθεί θα προκύψει από την καλλιέργεια ούρων και το αντιβιόγραμμα. Για την πρόληψη των ουρολοιμώξεων αλλά και επικουρικά της θεραπείας με το αντιβιοτικό, θα μπορούσε να δοθεί χυμός cranberry σε καθημερινή χορήγηση, που αν και υπάρχουν αμφισβητήσεις, μπορεί να ασκήσει προστατευτική δράση.

Pharmacist Choice 2021
COMPANY OF THE YEAR
PHARMASEPT

Ένας κόσμος γεμάτος απαλότητα



Baby Care

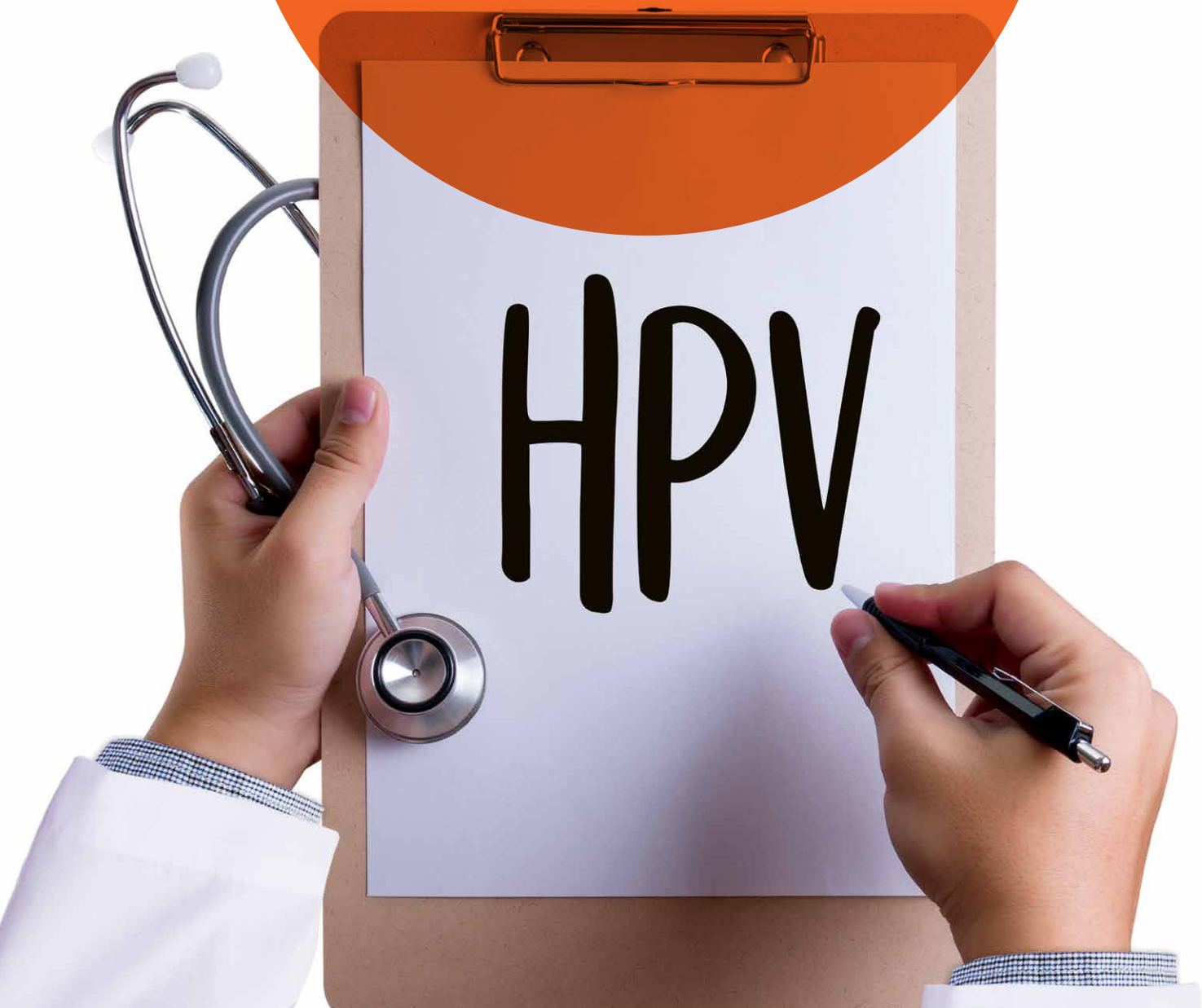
Η ΠΡΩΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΜΑ

PHARMASEPT

www.pharmasept.gr

ΙΟΣ **HPV**:
Πώς μεταδίδεται ο ιός HPV και πώς μπορούμε να προστατευτούμε από αυτόν;

Γράφει η Μαίρη Αποστολούδη,
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης της Κλινικής ΡΕΑ



Ο HPV (HUMAN PAPILLOMA VARUSES) ‘Η ΑΛΛΙΩΣ Ο ΙΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ, ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΙΟΣ ΠΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΠΛΗ ΕΛΙΚΑ DNA. ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΤΕΙ 189 ΥΠΟΤΥΠΟΙ (ΓΟΝΟΤΥΠΟΙ) ΤΟΥ ΙΟΥ HPV, ΕΚ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ ΟΙ 120 ΠΡΟΣΒΑΛΛΟΥΝ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΚΑΙ ΑΠΟ ΑΥΤΟΥΣ, ΠΕΡΙΠΟΥ 40 ΤΟ ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.

Ο ιός HPV μπορεί να προκαλέσει οξυτενή κονδυλώματα, δυσπλασίες, προκαρκινικές βλάβες ή και καρκίνο, ιδιαίτερα στον τράχηλο της μήτρας, καθώς και τον κόλπο, το αιδοίο, το περίνεο ή τον πρωκτό και το στόμα.

Οι γονότυποι του HPV διακρίνονται σε:
1. Χαμηλού κινδύνου ή καλοήθεις
2. Υψηλού κινδύνου
3. Ενδιάμεσου κινδύνου

Πώς μεταδίδεται ο ιός HPV;

Η μετάδοση του ιού HPV γίνεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και σήμερα αποτελεί το συχνότερο σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα, με ποσοστό 70%-80% του γυναικείου πληθυσμού. Εμφανίζεται ιδιαίτερα στις νέες γυναίκες λόγω της συχνής εναλλαγής σεξουαλικού συντρόφου. Η μετάδοση του ιού μέσω της στοματικής κοιλότητας είναι δυνατή αν και μικρή. Επίσης είναι δυνατή η μετάδοση από την έγκυο μολυσμένη μητέρα στο νεογνό, κατά τον τοκετό. Σύμφωνα όμως με στατιστικά στοιχεία, είναι μικρό το ποσοστό μόλυνσης του νεογνού, οπότε δεν κρίνεται αναγκαία η καισαρική τομή.

> “Ο ΙΟΣ HPV ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ, ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ, ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ Η ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΛΠΟ, ΤΟ ΑΙΔΟΙΟ, ΤΟ ΠΕΡΙΝΕΟ Η ΤΟΝ ΠΡΩΚΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΟΜΑ.”

Αυτό που θα πρέπει να κατανοήσει η γυναίκα που έχει μολυνθεί από τον ιό, είναι πως η μόλυνση παραμένει διά βίου στον ανθρώπινο οργανισμό και ανάλογα με την αμυντική του κατάσταση, αλλά και την ιογόνο δράση του, εξαρτάται αν θα εκδηλωθεί ή όχι η λοίμωξη.

Πόσο επικίνδυνος είναι ο HPV; Τι γνωρίζουμε για την πρόγνωσή του;

Οι ογκογόνοι HPV προκαλούν αλλοιώσεις στο επιθήλιο του βλεννογόνου των οργάνων του κατώτερου γεννητικού συστήματος (ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες τραχήλου CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia). Αυτές μπορεί να είναι οι χαμηλού κινδύνου υποκλινικές αλλοιώσεις (CIN1) και οι αλλοιώσεις υψηλού κινδύνου CIN2 και CIN3. Από τις αλλοιώσεις CIN 2,3 ένα μικρό ποσοστό θα εξελιχθεί σε προκαρκινικές βλάβες ή και καρκίνο, ενώ οι CIN1 συνήθως αφορούν στις κλινικές μορφές της HPV φλεγμονής και τα οξυτενή κονδυλώματα. Υπολογίζεται, ότι το 30%-35% όλων των παραπάνω αλλοιώσεων θα υποστρέψει, το 40% θα επιμείνει, ενώ από το υπόλοιπο 25%, το 10% θα εξελιχθεί σε καρκίνο In situs και το 1% σε διηθητικό καρκίνο.

Πώς μπορούμε να προστατευτούμε από τον ιό HPV;

Η πρόληψη κατά της HPV λοίμωξης μπορεί να γίνει με τη σωστή ενημέρωση, τον περιορισμό της εναλλαγής των σεξουαλικών συντρόφων (είτε σε ετεροφυλικές είτε σε ομοφυλικές σχέσεις). Η χρήση του προφυλακτικού υπολογίζεται ότι περιορίζει μέχρι και 70% τη μετάδοση του ιού, αφού δε μπορεί πλήρως να αποκλειστεί, επειδή, αφ’ ενός το προφυλακτικό δεν καλύπτει ολόκληρο το πέος και αφ’ ετέρου, επειδή η μόλυνση είναι περιοχική και μη ορατές

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΕΙ. ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΟΘΕΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΜΕ ΣΩΣΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΑΝΩ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

αλλοιώσεις μπορεί να υπάρχουν στο περίνεο και στον πρωκτό. Όμως, πρέπει να τονιστεί ότι η χρήση του, εκτός από τη μείωση του κινδύνου της πρωτομόλυνσης περιορίζει και τον κίνδυνο των υποτροπών και αλλοιώσεων μετά τη θεραπεία. Όσον αφορά στον εμβολιασμό, βασικός σκοπός του είναι να δώσει τη δυνατότητα στον οργανισμό να αμυνθεί στην εισβολή του παθογόνου ιού. Με τον εμβολιασμό δίνεται το ερέθισμα στο ανοσοποιητικό σύστημα να παράγει αντισώματα, τα οποία αποτελούν το στρατό ενάντια στον εισβολέα παθογόνο ιό. Στην περίπτωση του HPV το εμβόλιο δεν περιέχει DNA του ιού, αλλά χρησιμοποιώντας ζυμομύκητες, παρασκευάζονται σωματίδια από πρωτεΐνες των οποίων η κάψα μοιάζει με την κάψα του ιού και έτσι δημιουργείται η παραγωγή των αντισωμάτων. Κυκλοφορούν δύο εμβόλια ενάντια στη HPV λοίμωξη. Το Gardasil και το Cerarix, τα οποία προφυλάσσουν από τους πλέον επικίνδυνους HPV γονότυπους, οι οποίοι ευθύνονται για περίπου 80% των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η πρόληψη μπορεί να μας προστατεύσει. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη, κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, με σωστή ενημέρωση πάνω σε θέματα υγείας και σεξουαλικής υγείας. Συστήνεται εμβολιασμός κατά του HPV, σε όλα τα νεαρά κοτίσια στην εφηβική ηλικία.

Η χρήση προφυλακτικού και ο εμβολιασμός αποτελούν την πρωτογενή πρόληψη. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθεί η τακτική εξέταση, που οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση εάν και εφόσον υπάρξει λοίμωξη, αποτελεί τη δευτερογενή πρόληψη και δεν πρέπει να παραλείπεται. Ο τακτικός γυναικολογικός έλεγχος με την κλινική εξέταση και τις άλλες κλινικοεργαστηριακές μεθόδους (τεστ Παπανικολάου, κολποσκόπηση, HPV DNA test και άλλες) δίνουν τη δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης και συνεπώς της πρώιμης θεραπευτικής αντιμετώπισης, που στις περισσότερες περιπτώσεις, ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να αποτραπεί ή να θεραπευτεί.

Εάν διαγνωστεί μόλυνση από τον ιό HPV, το χειρουργείο είναι απαραίτητο;

Λαμβανομένου υπ'όψιν, ότι αποτελεσματική θεραπεία για την HPV λοίμωξη δεν υπάρχει, η θεραπευτική μας προσπάθεια συνίσταται στην αντιμετώπιση των εκδηλώσεών της. Αν αυτές είναι τα οξυτενή κονδυλώματα, η αντιμετώπισή τους μπορεί να γίνει τοπικά ή με φαρμακευτικές – χημικές ουσίες (κρεατολυτικά), είτε χειρουργικά, με εκτομή, κρυοπηξία, ηλεκτροδιαθερμία.

Στις περισσότερες που αφορούν σε αλλοιώσεις του βλεννογόνου, εάν πρόκειται για απλή δυσπλασία CIN1, απαιτείται μόνο παρακολούθηση με κλινική εξέταση, τεστ Παπανικολάου και κολποσκόπηση. Αν όμως πρόκειται για αλλοιώσεις ανώτερου σταδίου CIN2-3, απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, είτε με συμβατικές μεθόδους (κωνδοειδής εκτομή), είτε με μεθόδους με χρήση των laser ή συνδυασμό αυτών.



ARDO
Carum

Let's Feed our babies

e-Pipila.gr
Lactakit.gr

Βρεφικά είδη
Ενοικιάσεις συσκευών



Περισσότερα απο 150 μαιευτήρια στην Ευρώπη εμπιστεύονται το Ardo Carum.

- Ταυτόχρονη άντληση και από τους δύο μαστούς, χωρίς απώλεια δύναμης.
- Τεχνολογία 2 φάσεων.
- Επιστημονική μελέτη για βέλτιστη άντληση.
- Ευαίσθητο πρόγραμμα για πληγωμένες θηλές.



Διανέμουμε τις συσκευές μας εντός μαιευτηρίου αλλά και κατ' οίκον.
Το έμπειρο εκπαιδευμένο προσωπικό μας, θα σας βοηθήσει να τις χρησιμοποιήσετε σωστά, έτσι ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Μην ξεχνάτε ότι:
Το καλύτερο θήλαστρο είναι το μωρό σας.
Θέλετε βοήθεια στο θηλασμό;
Ενημερωθείτε ☞

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ
ΙΑΣΩ PEA Αητώ ΜΗΤΕΡΑ

www.e-pipila.gr

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΡΓΑΣΙΑΣ

Γράφει ο Γεώργιος Ποθητάκης
Ορθοπαιδικός, Επιστημονικός Συνεργάτης Ορθοπαιδικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ

Τον τελευταίο χρόνο λόγω της πανδημίας COVID-19 εκατομμύρια κόσμος έχει αναγκαστεί να προσαρμοστεί σε μία νέα πραγματικότητα. Οι περιορισμοί που έχουν επιβληθεί προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό, έχουν οδηγήσει πολλούς ανθρώπους να εργάζονται από το σπίτι. Αυτή η νέα πραγματικότητα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία μας καθώς περνάμε **μεγάλες περιόδους καθιστικής εργασίας με έλλειψη σωματικής άσκησης και ακαθόριστα ωράρια εργασίας**. Αυτοί είναι ορισμένοι από τους κινδύνους που συνδέονται με την τηλεργασία και μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην μυοσκελετική υγεία των εργαζομένων.

Με την τηλεργασία το σπίτι του καθενός έχει μετατραπεί σε χώρο εργασίας χωρίς όμως πολλές φορές να διατίθεται το κατάλληλο εργονομικό περιβάλλον για να εργαστεί με ασφάλεια χωρίς να επιβαρύνει το σώμα του. Γι' αυτό πλέον είναι πολύ συχνά τα μυοσκελετικά προβλήματα στους περισσότερους εργαζόμενους που δουλεύουν με τηλεργασία, με κύρια εστίαση σε προβλήματα που σχετίζονται με τον αυχένα, τη μέση και τα χέρια. Αυτού του είδους τα **προβλήματα οφείλονται** κυρίως στη λανθασμένη στάση του σώματος και στην πολύωρη καθιστική θέση. Συγκεκριμένα:

- Οι **πόνοι στον αυχένα** σχετίζονται με την λανθασμένη τοποθέτηση της οθόνης, το δυσανάλογο μέγεθός της σε σχέση με το γραφείο, αλλά και με το ύψος του γραφείου σε σχέση με την καρέκλα.

- Οι **πόνοι στα χέρια** που συχνά παρουσιάζονται με τενοντίτιδες οφείλονται κυρίως στην πολύωρη χρήση του πληκτρολογίου αλλά και σε αυτή την περίπτωση στη δυσαναλογία ύψους καρέκλας και γραφείου.

- Τέλος οι **πόνοι στη μέση** οφείλονται στην μη ανατομική χρήση καρέκλας, στο αυξημένο σωματικό βάρος, στην έλλειψη άσκησης και στην πολύωρη καθιστική θέση.

Τα πιο συχνά **συμπτώματα** στα αυχενικά προβλήματα αφορούν κυρίως τοπικό πόνο ο οποίος ενδέχεται να αντανακλά στους ώμους, στα άνω άκρα και μπορεί να συνδυάζεται με ζάλη και πονοκέφαλο. Οι τενοντίτιδες στα χέρια προκαλούν πόνο κατά την κίνηση ή την πίεση ακόμα και σε απλή επαφή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί και οίδημα (πρήξιμο). Ο πόνος αυτός συνήθως επιδεινώνεται με την κίνηση, αλλά μπορεί επίσης να συνεχίζεται ακόμα και σε περιόδους ανάπαυσης. Οι πόνοι στη μέση συχνά είναι τοπικοί και άλλες φορές αντανακλούν στα κάτω άκρα.

Για τους ανωτέρω **πόνους συστήνεται** οι εργαζόμενοι να ακολουθήσουν τις επόμενες



συμβουλές για να αποφύγουν τέτοιου είδους προβλήματα ή να αποσυμφορήσουν τα συμπτώματα από τυχόν υπάρχοντα μυοσκελετικά ζητήματα:

- Κάντε συχνά διαλλείματα 5 – 10 λεπτών προγραμματισμένα ανά μία ώρα. Ο εργαζόμενος θα πρέπει να σηκώνεται από την καρέκλα και να αλλάζει στάση σώματος ώστε να μην καταπονεί κατά πολύ το σώμα του.

- Τοποθετήστε ανατομικά την οθόνη σας. Να τοποθετείται δηλαδή μπροστά από το κεφάλι, ώστε να μην χρειάζεται να σκύβετε ή να κάνετε υπερέκταση του κεφαλιού.

- Κρατήστε το πληκτρολόγιο και το ποντίκι κοντά στο σώμα σας και διατηρήσετε τους αγκώνες σε γωνία 90 μοιρών.

- Κάντε συχνή άσκηση (κοιλιακούς και ραχιαίους για την ενδυνάμωση της μέσης) και κυρίως περπάτημα.

- Ελέγξτε το σωματικό σας βάρος

Αν οι ενοχλήσεις δεν υποχωρούν συντηρητικά με ξεκούραση ή παραμένουν και κατά τη διάρκεια του ύπνου τότε θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον θεράποντα ιατρό σας για περαιτέρω αντιμετώπιση.

> “ΤΑ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΑ ΑΥΧΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΦΟΡΟΥΝ ΚΥΡΙΩΣ ΤΟΠΙΚΟ ΠΟΝΟ Ο ΟΠΟΙΟΣ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑ ΣΤΟΥΣ ΩΜΟΥΣ, ΣΤΑ ΑΝΩ ΑΚΡΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΖΑΛΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟ.”



ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑ: Τι μπορεί να σημαίνει;

Γράφει ο Ιωάννης Π. Ζουριδάκης
MD, MSc, Χειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Το κοιλιακό άλγος ή πόνος στη κοιλιά, είναι ένα **σύμπτωμα** και όχι μία πάθηση.

Ο πόνος στη κοιλιά είναι πρωτίστως θέμα χειρουργού, προκειμένου να αποκλειστεί μία οξεία χειρουργική πάθηση, η οποία θα χρειαστεί άμεσα χειρουργείο.

Ο χειρουργός, σε αποκλεισμό κάποιου οξέος χειρουργικού προβλήματος, θα παραπέμψει τον ασθενή, στον παθολόγο και πιθανώς στον γαστρεντερολόγο, για να υποβληθεί σε περαιτέρω εξετάσεις. Αναλόγως την εντόπιση του πόνου, μπορεί να χρειαστεί και η γνώμη του καρδιολόγου.

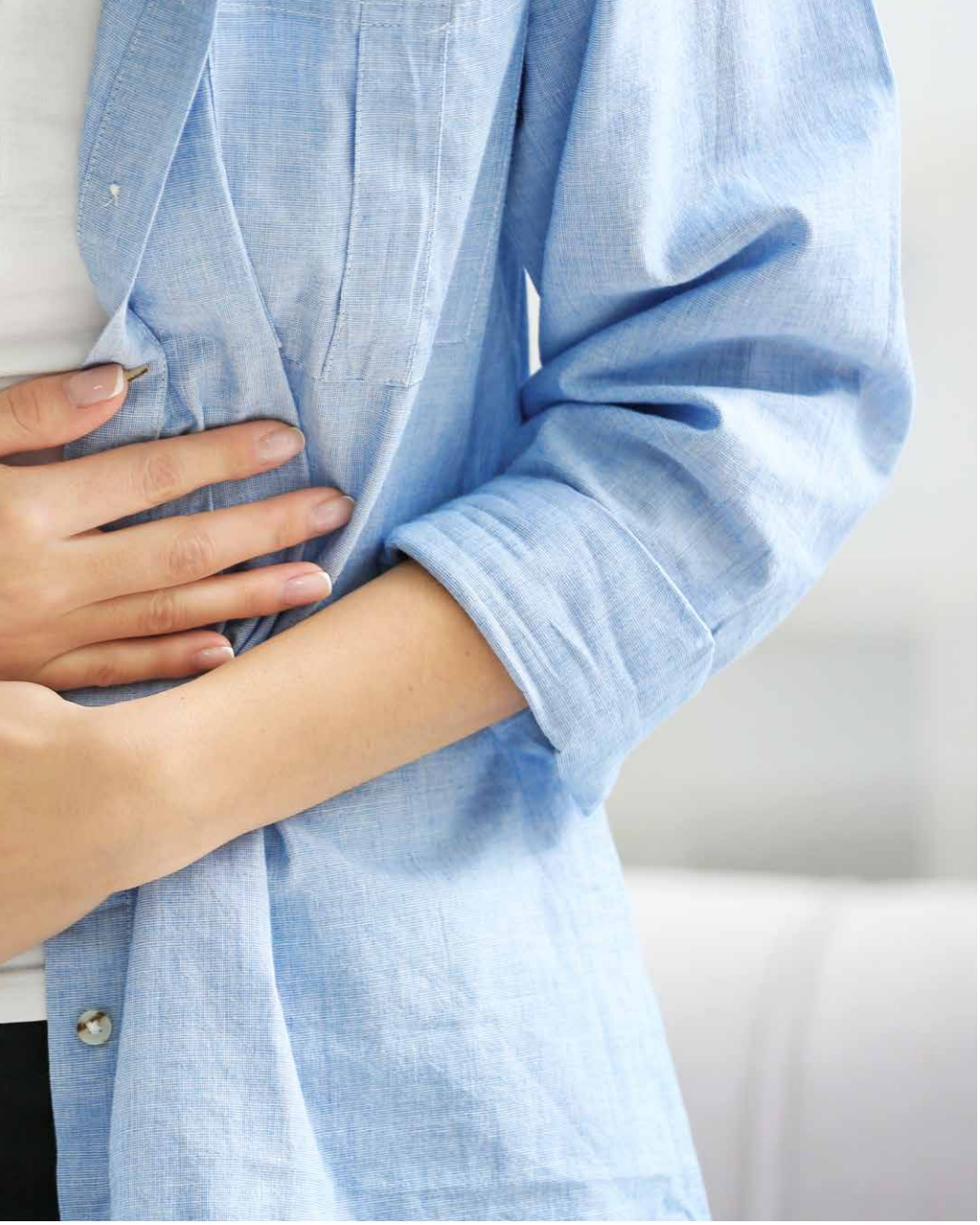
Ο χειρουργός θα κάνει την **κλινική εξέτασή** του, η οποία περιλαμβάνει ένα καλό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό και θα σημειώσει τα αναφερόμενα ενοχλήματα - συμπτώματα που περιγράφει ο ασθενής και αφορούν την παρούσα νόσο.

Θα προχωρήσει στη συνέχεια στην **αντικειμενική εξέταση**, που περιλαμβάνει επισκόπηση της κοιλιακής χώρας, ακρόαση και ψηλάφηση, τόσο επιφανειακή όσο και εν τω βάθει.

Ένας καλός χειρουργός, από αυτά τα δύο και μόνο, κλινική και αντικειμενική εξέταση, μπορεί τις περισσότερες φορές, να θέσει τη σωστή διάγνωση.

Σε αμφισβήτηση της διάγνωσης ή για την τεκμηρίωσή της, θα προχωρήσει στο επόμενο βήμα, που είναι ο **εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος**, όπως αιματολογικές εξετάσεις, υπερηχογράφημα, πιθανώς αξονική άνω ή κάτω κοιλιάς ή και μαγνητική τομογραφία.

Ανατομικά, έχοντας απέναντί μας τον ασθενή, χωρίζουμε την κοιλιά, σε 9 διαμερίσματα, τα οποία αντιστοιχούν σε 9 διαφορετικές



ανατομικές περιοχές.

- Δεξιό υποχόνδριο
- Επιγάστριο
- Αριστερό υποχόνδριο
- Δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα
- Περιομφαλική περιοχή
- Αριστερά πλάγια κοιλιακή χώρα
- Δεξιός λαγόνιος βόθρος
- Υπογάστριο και
- Αριστερός λαγόνιος βόθρος

Στην αντικειμενική εξέταση, ο ιατρός θα διαπιστώσει σε πιο διαμέρισμα εντοπίζεται ο πόνος ή αν είναι διάχυτος και εντοπίζεται σε όλη την κοιλιά. Μπορεί έτσι να προσανατολισθεί στη διάγνωσή του. Και αυτό γιατί σε κάθε περιοχή, αντιστοιχούν συγκεκριμένα όργανα της κοιλιάς, αλλά και ταυτόχρονα πολλά μαζί, οπότε χρειάζεται πολύ προσοχή.

Παρακάτω ενδεικτικά ανά διαμέρισμα, θα αναφερθούμε σε ορισμένες παθήσεις, που πιθανόν να είναι η αιτία του κοιλιακού άλγους.

Αναφέρονται ενδεικτικά οι κυριότερες παθήσεις, ενώ πολλές άλλες δεν αναφέρονται εδώ, αλλά μόνο σε εξειδικευμένα ιατρικά βιβλία.

1. ΔΕΞΙΟ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΟ

Η συνηθέστερη πάθηση σε αυτή την περιοχή, που προκαλεί εντοπισμένο άλγος (κάτω από το Δε πλευρικό τόξο), είναι η **χολολιθίαση**, οι πέτρες δηλαδή της χολής, οι οποίες προκαλούν κολικούς των χοληφόρων, άρα και πόνο.

Οι κολικοί βέβαια των χοληφόρων έχουν διάρκεια και δεν έχουν σχέση με τους κολικούς του εντέρου ή των νεφρών, οι οποίοι πάνε κι έρχονται κάθε 1-2 λεπτά. Αυτοί διαρκούν 1-2 ώρες και συνήθως συνδέονται με τη λήψη φαγητού, ιδιαιτέρως όταν φάμε λιπαρά φαγητά ή φαγητά με πολλές φυτικές ίνες, όπως χόρτα, ωμές σαλάτες ή όσπρια.

Επίσης η χολολιθίαση μπορεί να παρουσιάζεται με διάφορες επιπλοκές, οπότε χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση, όπως χολοκυστίτιδα, εμπύημα ή απόστημα, ή να συνοδεύεται από παγκρεατίτιδα και να επεκτείνεται ο πόνος και στο επιγάστριο.

Άλλες παθήσεις σε αυτή την περιοχή μπορεί να είναι οι **παθήσεις του ήπατος**, **ηπατίτιδα** κλπ, ο παροξυσμός του **έλκους του 12/λου**, καθώς και **παθήσεις του παχέος εντέρου (δε)κολικής καμπής** κ.ά.

2. ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΟ

Σε αυτή την περιοχή, ο πόνος, έχει συνήθως προέλευση από το **στομάχι**, όπως **γαστρίτιδα**, **έλκος στομάχου** ή άλλες φλεγμονές. Κάτω από το στέρνο, μπορεί να οφείλεται επίσης σε **διαφραγματοκήλη** ή άλλες παθήσεις καρδιοοισοφαγικής

περιοχή (αχαλασία, έλκος, Baret, καλοήθεις ή και κακοήθεις φλεγμονές, κ.λπ.).
Θέλει προσοχή εδώ, γιατί και κάποιες **καρδιολογικές παθήσεις**, αντανακλούν στο επιγάστριο, ιδιαίτερα όταν υπάρχει ισχαιμική καρδιοπάθεια ή και ιστορικό καρδιοπάθειας (**anginapectoris**).

Επίσης παθήσεις του **παγκρέατος** μπορεί να προκαλούν άλγος που επεκτείνεται όμως ζωστηροειδώς στη δεξιά και αριστερή κοιλία, χαρακτηριστικό της παγκρεατίτιδας.

3. ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΟ

Συνήθως ο πόνος σε αυτή την περιοχή οφείλεται σε **κολικούς του εντέρου** η αντανακλαστικά του **στομάχου**. Σπανιότερα παθήσεις του **σπληνός** μπορεί να δημιουργούν τοπικό άλγος ή φλεγμονές της **ουράς του παγκρέατος**. Επίσης φλεγμονές του **παχέος εντέρου** που εντοπίζονται στην αριστερά κολική καμπή (**σπληνικής καμπής**), πολύποδες κ.λπ.

4. ΔΕΞΙΑ ΠΛΑΓΙΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΩΡΑ

Συνήθως παθήσεις του **παχέος εντέρου** με εντόπιση στο **ανιόν**, και κολικοί από τον (Δε) ουρητήρα, καθώς και παθήσεις **κεφαλής του παγκρέατος** και του **12/λου**, εντοπίζονται σε αυτή την περιοχή.

5. ΠΕΡΙΟΜΦΑΛΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Παθήσεις του **παγκρέατος (παγκρεατίτιδες)** και φλεγμονές του **εγκαρσίου κόλου** του παχέος εντέρου (κολίτιδες, πολύποδες, όγκοι), εντοπίζονται χαρακτηριστικά σε αυτή την περιοχή.

Πολύ συχνές βέβαια είναι και οι **κήλες** του κοιλιακού τοιχώματος του ομφαλού, η **ομφαλοκήλη**, η οποία παρουσιάζεται σαν επώδυνη διόγκωση της περιοχής, διαφόρων μεγεθών (αναλόγως το χάσμα από το οποίο εξέρχεται), και οι **ομφαλίτιδες**, καταστάσεις επώδυνες τοπικών φλεγμονών, με παρουσία δύσοσμου υγρού στον ομφαλό.

6. ΑΡΙΣΤΕΡΑ ΠΛΑΓΙΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΧΩΡΑ

Φλεγμονές **ουράς του παγκρέατος**, του **κατιόντος κόλου** του παχέος εντέρου, καθώς και κολικοειδή άλγη



του **λεπτού εντέρου** και του **αριστερού ουρητήρα**, είναι συνήθως τα αίτια του άλγους αυτής της περιοχής.

7. ΔΕΞΙΟΣ ΛΑΓΟΝΙΟΣ ΒΟΘΡΟΣ

Το σημείο **McBurney**, εντοπίζεται σ' αυτή την περιοχή της δεξιάς κοιλίας, χαρακτηριστικό της **οξείας σκωληκοειδίτιδας**. Επίσης λιθίαση του δεξιού **ουρητήρα** που προκαλούν κολικό ή και ουρολοίμωξη.

Στις γυναίκες, παθήσεις του **δεξιού εξαρτήματος**, κυρίως **κύστη ωοθήκης** με ή χωρίς ρήξη, πολυκυστικές ωοθήκες ή εξαρτηματίτιδα και σε έντονο πόνο η **συστροφή της ωοθήκης** ή ολόκληρου του εξαρτήματος πρέπει να ληφθεί υπόψιν.

Επίσης η ωορρηξία πρέπει να ληφθεί υπόψιν κυρίως αν η γυναίκα βρίσκεται γύρω στην 14η ημέρα, όπως και η εγκυμοσύνη αν υπάρχει καθυστέρηση.

Σημαντικά είναι επίσης τα ευρήματα που οφείλονται στις κήλες μηροβουβωνικής πτυχής. Βουβωνοκήλες, μηροκήλες κ.λπ., οι οποίες μπορούν να δημιουργήσουν τοπικό πόνο με επέκταση στις μηροβουβωνικής πτυχές.

8. ΥΠΟΓΑΣΤΡΙΟ

Συνήθως **παθήσεις γυναικολογικές**, ινομυώματα, φλεγμονές μήτρας, εξαρτημάτων και κόλπου (κολπίτιδα), εξωμήτριο, καθώς και **ουρολογικές** παθήσεις κυρίως ουροδόχου κύστεως, κυστίτιδα, ενσφηνωμένος λίθος κυστεοουρητηρικής συμβολής, ουρολοιμώξεις κ.λπ., είναι οι πιο συχνές.

> "ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΔΩΣΟΥΜΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΣΕ ΕΝΑ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ, ΠΡΕΠΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΣΩΣΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΝΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΟΥΜΕ ΚΑΘΕ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ."

9. ΑΡΙΣΤΕΡΟΣ ΛΑΓΟΝΙΟΣ ΒΟΘΡΟΣ

Πολύ συχνή πάθηση αυτής της περιοχής, κυρίως σε ηλικίες άνω των 40, είναι η **εκκολπωματίτιδα**. Αν υπάρχει και ιστορικό εκκολπωμάτωσης, τότε είναι η πιο πιθανή. Φυσικά και άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου και ιδίως του σιγμοειδούς, πολύποδες, tumors, φλεγμονώδεις νόσοι σε έξαρση, είναι μέσα στην διαφοροδιάγνωση.

Παθήσεις επίσης από το Αρ. εξάρτημα στις γυναίκες, όπως σαλπιγγίτιδα, εξαρτηματίτιδα, κύστη ωοθήκης, καθώς και από τον Αρ. ουρητήρα, με ενφηνωμένο λίθο και κολικούς, νεφρολιθίαση η ουρολοιμώξεις, μπορεί να είναι η αιτία του πόνου.

Σημαντικά είναι επίσης τα ευρήματα που οφείλονται στις κήλες μηροβουβωνικής πτυχής. βουβωνοκήλες, μηροκήλες κ.λπ., οι οποίες μπορούν να δημιουργήσουν τοπικό πόνο με επέκταση στις μηροβουβωνικής πτυχές.

10. ΔΙΑΧΥΤΑ ΚΟΙΛΙΑΚΑ ΑΛΓΗ - ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ

Φυσικά στα **διάχυτα κοιλιακά άλγη** θα συμπεριλάβουμε τις ιώσεις του πεπτικού, τις γαστρεντερίτιδες, τις μεσεντέριες λεμφαδενίτιδες, τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ελκώδης κολίτις και νόσος του Crohn) και στις **περιπτώσεις οξείας κοιλίας** τις παγκρεατίτιδες, τον ειλεό λεπτού ή παχέος εντέρου, τις περιτονίτιδες από διάφορες αιτίες, τον εγκολεασμό και την οξεία ισχαμία του εντέρου, τον ασκίτη, τη ρήξη του εντέρου και τις προχωρημένες γενικευμένες κακοήθειες.

Επίσης, στην ανασκόπησή μας αυτή δεν θα παραλείψουμε να αναφερθούμε και στα **ψυχολογικά αίτια** του κοιλιακού άλγους, τα οποία είναι ικανά να δώσουν τέτοια συμπτώματα (ψυχοσωματικά), που προσομοιάσουν ή μιμούνται οργανικές παθήσεις. Για να αποδώσουμε ψυχολογικά αίτια σε ένα κοιλιακό άλγος, πρέπει με τον σωστό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο να αποκλείσουμε κάθε οργανική πάθηση.

ΠΕΤΡΑ ΣΤΗ ΧΟΛΗ – ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ: ΠΩΣ ΤΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ COVID-19

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



Ο σχηματισμός λίθων στη χολή (χολολιθίαση) και η βασική τους επιπλοκή, η χολοκυστίτιδα, είναι επικίνδυνες παθήσεις που δεν θα πρέπει να αναβάλλουμε την αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό, η πανδημία του κορωνοϊού COVID-19 και ο φόβος για πιθανή μετάδοσή του, δεν επιτρέπεται να αποτελέσει άλλοθι για ολιγωρία. Άλλωστε, οι σύγχρονες χειρουργικές πρακτικές περιορίζουν την παραμονή στο νοσοκομείο στο ελάχιστο και διασφαλίζουν την άμεση κι ασφαλή επιστροφή στο σπίτι.

Η επικινδυνότητα της χολοκυστίτιδας, καθώς και των άλλων δυνητικών επιπλοκών της χολολιθίασης, όπως η παγκρεατίτιδα και η χολιδοχολιθίαση, δεν αφήνουν χώρο για εφησυχασμό. Πριν το ξέσπασμα της πανδημίας, η διεθνής πρακτική αφορούσε στην άμεση, αντιμετώπιση της χολοκυστίτιδας, αλλά και της χολολιθίασης - έστω και προληπτικά- με χολοκυστεκτομή.

Η τελευταία είναι μια χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία αφαιρείται η χοληδόχος κύστη η οποία πλέον έχει επικρατήσει να γίνεται λαπαροσκοπικά.

Πώς επηρέασε την αντιμετώπιση των δυο αυτών παθήσεων η πανδημία του κορωνοϊού, COVID-19, και η ανάγκη να περιοριστεί η εξάπλωσή του;

Την απάντηση στο ερώτημα αυτό έδωσε πρόσφατα το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών, ένας από τους πλέον αξιοσέβαστους επιστημονικούς φορείς στον πλανήτη, το οποίο εξέδωσε ειδικές κατευθυντήριες γραμμές για το πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται σειρά χειρουργικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένης της χολολιθίασης και της χολοκυστίτιδας:

- **COVID-19 και Χολολιθίαση:** Για τους ασθενείς με χολολιθίαση που έχουν συμπτώματα, το πρώτο μέλημα είναι η ανακούφιση από τον πόνο με συντηρητική αγωγή. Αν ο πόνος ανακουφιστεί, τότε υπάρχει περιθώριο για καθυστέρηση της χολοκυστεκτομής. Αντίθετα, αν τα συμπτώματα κορυφώνονται και ο πόνος δεν υποχωρεί με τη συντηρητική αγωγή, τότε η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι επιτακτική.

- **COVID-19 και Χολοκυστίτιδα:** Οι υγιείς ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα πρέπει ανεξαιρέτως να υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Η τεχνική αυτή, τονίζει το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών, είναι ελάχιστα τραυματική και με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η μικρότερη δυνατή παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο. Αν οι ασθενείς δεν επιδέχονται χειρουργικής επέμβασης ή δεν υπάρχει διαθέσιμο χειρουργείο, τότε πρέπει να τους χορηγηθούν αντιβιοτικά. Αν αυτό δεν λειτουργήσει, τότε η μόνη επιλογή είναι η διαδερμική χολοκυστοστομία, μια επίσης ελάχιστα επεμβατική μέθοδος αποσυμφόρησης της χοληδόχου κύστης.

ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η χολοκυστεκτομή αποτελεί μεν μια από τις πιο συνηθισμένες και κοινές χειρουργικές επεμβάσεις, που όμως έχει υψηλό βαθμό δυσκολίας και απαιτεί εμπειρία και καλή γνώση της ανατομίας της περιοχής από το χειρουργό.

Στην κλασική λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, πραγματοποιούνται τομές 0,5 – 1 εκατοστού.

Ωστόσο, η πιο σύγχρονη εκδοχή της επέμβασης είναι η μίνι – λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

Τα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη μίνι – λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι πολύ μικρότερα από τα αντίστοιχα της παραδοσιακής, με πλάτος μικρότερο των τριών χιλιοστών και σχήμα βελόνας. Αυτό έχεις ως αποτέλεσμα, οι τομές μετά την επέμβαση να είναι ανεπαίσθητες.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή έχουν ταχεία ανάρρωση. Η επιστροφή στην επαγγελματική δραστηριότητα είναι άμεση, ανάλογα και με την κράση του κάθε ασθενή. Σε καμία περίπτωση, όμως, δεν υπερβαίνει το διάστημα της μίας εβδομάδας.

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μαρία Γ. Μπούσουλα
Αναισθησιολόγος, MD, PhD

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας επηρεάζει όλα τα λειτουργικά συστήματα του οργανισμού και επομένως αποτελεί πρόκληση για την περιεγχειρητική διαχείριση του ασθενούς, είτε προσέρχεται για βαρϊατρική ή άλλη επέμβαση.

Η παχυσαρκία αποτελεί σοβαρό επιβαρυντικό παράγοντα που προκαλεί συνοσηρότητες. Ενδεικτικά για 1 κιλό αύξησης του σωματικού βάρους πάνω από το ιδανικό, αυξάνει η καρδιακή παροχή κατά 20-30 κυβικά εκατοστά, ενώ στα 13,5 κιλά πρόσθεση λίπους στον οργανισμό αναπτύσσεται δίκτυο νεοαγγείων μήκους 25 μιλίων.

Έτσι, ο παχύσαρκος ασθενής είναι σύνηθες να εμφανίζει προβλήματα από ένα ή περισσότερα λειτουργικά συστήματα (καρδιαγγειακό –αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες-αναπνευστικό-άπνοια του ύπνου, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, βρογχικό άσθμα-, ενδοκρινικό - σακχαρώδης διαβήτης) ήδη στη φάση της ζωής του που θα προσέλθει για να υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση.

Ο προεγχειρητικός στόχος είναι ο παχύσαρκος ασθενής να προσέλθει στο χειρουργείο έχοντας ρυθμίσει τα συνυπάρχοντα προβλήματα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτό θα γίνει ικανοποιητικά και ασφαλώς με τη συνεργασία του Αναισθησιολόγου του ασθενούς και του/των γιατρών που τον παρακολουθούν συστηματικά. Η λεπτομερής προαναισθητική εκτίμηση είναι κεφαλαιώδους σημασίας για όλους τους ασθενείς αλλά για τους παχύσαρκους ασθενείς ιδιαίτερα.

Κρίνεται δε σκόπιμο αυτή να πραγματοποιείται κάποιες ημέρες πριν την προγραμματισμένη ημερομηνία της επέμβασης, ώστε να υπάρχει ο χρόνος για διόρθωση τυχόν προβλημάτων και έτσι να αποφευχθούν άσκοπες αναβολές και ταλαιπωρίες.

Με αυτόν τον τρόπο, **ο Αναισθησιολόγος θα καταστρώσει ένα σαφές πλάνο αντιμετώπισης του ασθενούς** αλλά και ο ασθενής θα έχει το χρόνο να ενημερωθεί για την αναισθησία (κίνδυνοι και επιπλοκές), για τον ενδεδειγμένο τύπο αναισθησίας (γενική, περιοχική, περιφερικός νευρικός αποκλεισμός) και μετεγχειρητικής αναλγησίας και να λάβει απαντήσεις σε σχετικά με την αναισθησία θέματα που τον προβληματίζουν.

Δεν είναι σπάνιο οι παχύσαρκοι ασθενείς να έχουν δύσκολη φλεβοκέντηση, όπως επίσης και **δύσκολη εξασφάλιση του αεραγωγού (αερισμός με μάσκα/διασωλήνωση)**. Έτσι, κατά την προαναισθητική εκτίμηση τα ζητήματα αυτά οφείλουν να εκτιμηθούν λεπτομερώς και να



καταστρωθεί ένα σαφές και ασφαλές πλάνο (αρχικό και εναλλακτικό). Επίσης, θα αξιολογηθεί η πιθανότητα ειδικής παρακολούθησης διεγχειρητικά (π.χ. συνεχής καταγραφή αρτηριακής πίεσης σε στεφανιαίους ασθενείς, διοισοφάγεια υπερηχοκαρδιογραφία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια).

Επίσης, υπάρχουν και άλλα πρακτικά θέματα που πρέπει να αξιολογήσει ο Αναισθησιολόγος. Για παράδειγμα, αν θα χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί για τον παχύσαρκο ασθενή ειδικό χειρουργικό τραπέζι (καθώς τα συμβατικά τραπέζια υποστηρίζουν συγκεκριμένο βάρος ασθενούς), αλλά και ο καθορισμός της θέσης διεγχειρητικά, προκειμένου να μην τραυματιστούν περιφερικά νεύρα - ειδικά αν η χειρουργική επέμβαση είναι πολύωρη.

Είναι πολύ πιθανό να απαιτηθεί για τον παχύσαρκο ασθενή η τροποποίηση ή διακοπή φαρμάκων που πιθανώς λαμβάνει συστηματικά (για παράδειγμα αντιπηκτική η αντιδιαβητική αγωγή) ή να χρειαστεί προεγχειρητική βρογχοδιασταλτική αγωγή για τη βελτίωση της αναπνευστικής του λειτουργίας.

Η προσέγγιση του κάθε ασθενούς οφείλει να είναι εξατομικευμένη και ειδική για αυτόν. Ειδικά στον παχύσαρκο ασθενή αυτό είναι απαράβατο και πρέπει να γίνεται από Αναισθησιολόγο εξειδικευμένο σε συνεργασία με τη χειρουργική ομάδα.

Ο στόχος είναι, παρά τις συνοσηρότητες των παχύσαρκων ασθενών, ανεπίπλεκτη επέμβαση και ομαλή μετεγχειρητική πορεία, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η νοσηρότητα και θνησιμότητα.



MINI ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Γράφει ο Νίκος Βλάχος
Χειρουργός – Λαπαροσκόπος, Μεταβολική και Βαριατρική Χειρουργική, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Η γαστρική παράκαμψη μίας αναστόμωσης ή mini γαστρική παράκαμψη **(mini gastric bypass)** αποτελεί μία από τις πιο ελπιδοφόρες χειρουργικές τεχνικές στην αντιμετώπιση της κλινικά σοβαρής παχυσαρκίας.

Κατά την επέμβαση αυτή, διενεργείται διαχωρισμός του στομάχου, με δημιουργία ενός επιμήκους γαστρικού θυλάκου. Το λεπτό έντερο, μετά από μέτρηση και παράκαμψη συγκεκριμένου κατάλληλου μήκους, αναστομώνεται (ενώνεται) με το νέο γαστρικό θύλακο, ώστε η τροφή να εισέρχεται απευθείας στο πιο περιφερικό τμήμα του λεπτού εντέρου. Το μήκος της παράκαμψης καθορίζεται από τα σωματομετρικά στοιχεία, τα συνοδά νοσήματα και την ηλικία του ασθενούς, συνήθως ωστόσο είναι στα 200 εκ.

ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η διαδικασία της επέμβασης της γαστρικής παράκαμψης μίας αναστόμωσης διενεργείται λαπαροσκοπικά ή και ρομποτικά, μέσω 5 μικρών οπών (διαμέτρου 5-10 χιλιοστών). Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, αφού σχηματιστεί ο μικρός γαστρικός θύλακος, ο Χειρουργός τον αναστομώνει με ένα πιο περιφερικό τμήμα εντέρου, αποκόπτοντας ουσιαστικά από την επαφή με την τροφή το αρχικό τμήμα του λεπτού εντέρου, μήκους περίπου 200 εκ.

> “Η ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΗΝ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΘΕΡΜΙΔΩΝ, ΟΔΗΓΩΝΤΑΣ ΣΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ.”

Με αυτόν τον τρόπο, το φαγητό περνάει κατευθείαν από το νέο στομάχι στο περιφερικό λεπτό έντερο, όπου εκεί πια συναντά τα πεπτικά υγρά.

Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται αρχικά η αισθητή μείωση της χωρητικότητας του στομάχου, το οποίο γεμίζει γρήγορα, προκαλώντας κορεσμό. Συνεπώς, ο ασθενής αισθάνεται «χορτασμένος» με μικρότερες ποσότητες τροφής ενώ, λόγω ορμονικών μεταβολών, ο ασθενής αισθάνεται έντονη ανορεξία.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Τα **πλεονεκτήματα** της μίνι γαστρικής παράκαμψης είναι ότι πετυχαίνει:

- Μειωμένη θερμιδική πρόσληψη λόγω πρώιμου κορεσμού της πείνας και συνολικά μείωσης της όρεξης
- Αλλαγές στην έκκριση ορμονών στο γαστρεντερικό σύστημα λόγω παράκαμψης του περιφερικού στομάχου και της αρχικής μοίρας του λεπτού εντέρου
- Αποθάρρυνση του ασθενούς στη λήψη ζάχαρης, καθώς προκαλεί ζάλη, υπόταση και ταχυκαρδία, όταν κάτι τέτοιο συμβαίνει (σύνδρομο dumping) (ιδανική επιλογή για τους «γλυκατζήδες» ασθενείς)
- Μεγαλύτερη απώλεια βάρους συγκριτικά με τις περιοριστικές επεμβάσεις (απώλεια 85% του υπερβάλλοντος βάρους σε 6-8 μήνες)
- Δυσαπορρόφηση λίπους
- Βελτίωση ή και πλήρη ίαση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ
- Ομαλοποίηση των επιπέδων χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων
- Βελτίωση ή και πλήρη ίαση της αρτηριακής υπέρτασης

Η επέμβαση διατηρεί σταθερά, μόνιμα και μακροπρόθεσμα τα άριστα αποτελέσματα της γαστρικής παράκαμψης και ταυτόχρονα διενεργείται μία μόνο αναστόμωση.

Είναι πιο αποτελεσματική στην απώλεια βάρους έναντι της κλασικής γαστρικής παράκαμψης και της sleeve γαστρεκτομής, ενώ έχει ισάξια αποτελέσματα στην ίαση ή βελτίωση του διαβήτη 2 και της υπερλιπιδαιμίας.

Η διαδικασία της επέμβασης είναι τεχνικά πιο εύκολη και εύκολα αναστρέψιμη, αν και οι ασθενείς είναι στην πλειοψηφία ευχαριστημένοι με την απώλεια βάρους που επιτυγχάνουν.

Η **διάρκεια νοσηλείας** είναι μόλις 2-3 ημέρες. Ο ασθενής σιτίζεται από την 1η μετεγχειρητική ημέρα και λαμβάνει εξιτήριο σε 2 ημέρες.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Το πρώτο διάστημα, ο ασθενής πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένη **διατροφή**, με σκοπό την αποφυγή επιπλοκών και την προσαρμογή στον καινούργιο τρόπο πέψης. Κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας, ο ασθενής λαμβάνει υδρική δίαιτα, ενώ από τη 2η βδομάδα μέχρι και τη 3η, μπορεί να τρώει μαλακές τροφές σε μορφή πολτού. Αφού συμπληρωθεί ο πρώτος μήνας, ο ασθενής μπορεί να επανέλθει στην κατανάλωση στερεάς τροφής, που χρειάζεται μάσηση, με την προϋπόθεση να μασάει αργά και πολύ καλά την τροφή.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η **φαρμακευτική αγωγή μετά την επέμβαση** συνιστάται μόνο στη λήψη πολυβιταμινών και ασβεστίου, ενώ σε μερικές περιπτώσεις (ιδίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας) χρειάζεται και η περιστασιακή λήψη σιδήρου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μόλις 1 στους 200 ασθενείς μπορεί να βιώσει ορισμένες **μετεγχειρητικές επιπλοκές,** μετά τη μίνι γαστρική παράκαμψη, όπως η διαφυγή (βραχυπρόθεσμα) ή η ανάπτυξη έλκους (μακροπρόθεσμα) στο σημείο της αναστόμωσης του στομάχου με το έντερο. Οι επιπλοκές αυτές, με την κατάλληλη θεραπεία, αντιμετωπίζονται πλήρως.

Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ, ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΜΟΝΟ ΜΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ, ΔΡΑ ΤΟΣΟ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ, ΟΣΟ ΚΑΙ ΜΕ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΜΙΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ.



ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ PRP

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

Ως στυτική δυσλειτουργία (ΣτΔ) ορίζεται η αδυναμία επίτευξης και/ή διατήρησης στύσης του πέους ικανής για επιτυχή κολπική επαφή, κατάσταση που επηρεάζει τόσο τους άνδρες όσο και τις σεξουαλικές συντρόφους τους, έχοντας αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ατόμων (διαταραχή σεξουαλικών και διαπροσωπικών σχέσεων, μειωμένη αυτοποεποίθηση, οικονομική επιβάρυνση). Υπολογίζεται οτι συμβαίνει σε 1 στους 4 άνδρες, με επιπολασμό στο γενικό πληθυσμό που κυμαίνεται από 30% έως 65% σε άνδρες ηλικίας 40 έως 80 ετών ενώ, τα στοιχεία καταδεικνύουν ότι η συχνότητα εμφάνισης εχει αυξητική τάση καθώς, προβλεπτικά μοντέλα εκτιμούν οτι **322 εκατομμύρια άνδρες σε όλο τον κόσμο θα διαγνωστούν με ΣτΔ μέχρι το 2025**, επιπολασμός διπλάσιος του αντίστοιχου που μετρήθηκε το 1995.

Η παθοφυσιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας είναι πολυπαραγοντική και στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η κατάσταση αυτή εχει οργανική αιτιολογία με «κοινό παρονομαστή» τη βλάβη του ενδοθηλίου του στυτικού ιστού (συνήθως ως αποτέλεσμα χρόνιας φλεγμονώδους αντίδρασης με επακόλουθη διαταραχή στην έκλυση μονοξειδίου του αζώτου). Συστηματικές νόσοι και καταστάσεις όπως η γήρανση, το μεταβολικό σύνδομο (αθηροσκλήρωση, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, παχυσαρκία) βλάβες των αγγείων και των νεύρων της περιοχής (ιδιοπαθείς, μετατραυματικές, μεταχειρουργικές, επίδραση φαρμάκων) μπορεί να οδηγήσουν σε ΣτΔ. Πολυάριθμες συντηρητικές και χειρουργικές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν αναπτυχθεί για την αποκατάσταση της στυτικής λειτουργίας.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κύριος στόχος των φαρμακευτικών θεραπειών είναι η βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας μέσω ενίσχυσης της δράσης του μονοξειδίου του αζώτου. Έτσι, εκτός από τις συντηρητικές, μη φαρμακευτικές παραμβάσεις και την τροποποίηση τρόπου ζωής και καθημερινών συνηθειών-έξεων *(π.χ. διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ, ρύθμιση λαμβανομένων φαρμάξων κλπ), στην πλειονότητα των πασχόντων χορηγούνται φαρμακευτικές ουσίες ως θεραπεία πρώτης γραμμής.*

Στην περίπτωση της ήπιας έως μέτριας ΣτΔ τα φάρμακα έχουν επιδείξει ισχυρά κλινικά οφέλη σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές όμως,



άνδρες με σοβαρού βαθμού ΣτΔ συνεπεία **μεταβολικού συνδρόμου, προχωρημένης ηλικίας** ή μετά από **ριζική προστατεκτομή** για καρκίνο προστάτη, έχουν συχνά λιγότερο ικανοποιητική μακροπρόθεσμη απόκριση σε αυτά τα φάρμακα και συνήθως απαιτούν περαιτέρω θεραπευτικούς χειρισμούς, με μεγαλύτερης επεμβατικότητας παρεμβάσεις (ενδοπεικές εγχύσεις αγγειοδραστικών ουσιών, εμφύτευση πεικών ενθεμάτων) που αποτελούν το «χρυσό πρότυπο» (gold standard) των μεθόδων αντιμετώπισης της ανθιστάμενης στην φαρμακευτική αγωγή στυτικής δυσλειτουργίας. Ομως, οι επιλογές αυτές είναι συνήθως λιγότερο ελκυστικές και αποδεκτές από τους ασθενείς, λόγω της φοβίας για τις βελόνες έγχυσης, του κόστους των θεραπειών, καθώς και της αυξημένης νοσηρότητας και πιθανών επιπλοκών. Γενικά, οι τρέχουσες θεραπευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης της ΣτΔ έχουν κρίσιμο ρόλο και συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας και των διαφυλετικών σχέσεων των πασχόντων. Ωστόσο, παρά την πρόοδο που εχει σημειωθεί στον τομέα αυτό, η κλινική δραστικότητα, ανοχή από τους ασθενείς και αποτελεσματικότητα των ποικίλων θεραπευτικών επιλογών είναι σχετικά περιορισμένες και υπολείπονται της αυξητικής τάσης του προβλήματος της ΣτΔ. Για παράδειγμα, παρά την ανάπτυξη και ευρεία εφαρμογή της νευροπροστατευτικής ριζικής προστατεκτομής (ανοικτής, λαπαροσκοπικής, ρομποτικής) για καρκίνο προστάτη, με την οποία έχει επιτευχθεί σημαντική μείωση στην εμφάνιση ΣτΔ, εν τούτοις παραμένει σχετικά υψηλό το ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν διαταραχή και/ή καθυστερημένη αποκατάσταση της στυτικής λειτουργίας μετεγχειρητικά. Σήμερα, η ολοένα αυξανόμενη ζήτηση γιά υψηλής αποτελεσματικότητας και μακροχρόνιας διάρκειας θεραπείες, εχει ωθήσει την επιστημονική ερευνα προς την ανάπτυξη νεότερων επιλογών, με εφαρμογή καινοτόμων τεχνικών βασισμένων στις αρχές της **Αναγεννητικής Ιατρικής** (Regenerative Medicine).

ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νεότερες, καινοτόμες στρατηγικές για την αντιμετώπιση της ΣτΔ επικεντρώνονται στις αναγεννητικές θεραπείες, οι οποίες στοχεύουν στην υποκείμενη αιτία της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας και στην αποκατάσταση της δομής και λειτουργίας του πάσχοντος στυτικού ιστού, προκειμένου να επιτύχουν «ίαση» του παθολογικού προβλήματος και όχι μόνο απλή θεραπεία συμπτωμάτων. Ένα πραγματικά αναγεννητικό μοντέλο θα επιτρέψει την αποκατάσταση και τη μακροπρόθεσμη διατήρηση της στυτικής λειτουργίας μέσω ρύθμισης ενδογενών χημικών παραγόντων (αυξητικοί παράγοντες κ.λπ.) που επιφέρουν επιδιόρθωση/αναγέννηση των νευρικών και μυϊκών κυττάρων. Μεταξύ των αναγεννητικών θεραπευτικών προσεγγίσεων γιά την ΣτΔ περιλαμβάνονται, η **χορήγηση πλάσματος εμπλουτισμένου με αιμοπετάλια** (Platelet Rich Plasma [PRP]), η **τοπική εξωσωματική εφαρμογή ωστικών** (κρουστικών) **κυμάτων χαμηλής έντασης** και η **θεραπεία με βλαστοκύτταρα** (Stem Cells). Τα τελευταία χρόνια, οι ολοένα και συχνότερα διενεργούμενες προκλινικές (εργαστηριακές / πειραματικές) και κλινικές μελέτες διευκρίνισης του τρόπου δράσης και αποτίμησης του κλινικού αποτελέσματος (εφαρμοσιμότητα) των ανωτέρω θεραπευτικών μεθόδων, εχουν αυξήσει το ενδιαφέρον και τις θεραπευτικές προσδοκίες από τις τεχνικές αυτές. Η ιδέα της θεραπείας με βάση τα αιμοπετάλια δεν είναι νέα στην Ιατρική και από

πολλών ετών έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, αποκτώντας δημοτικότητα και εφαρμοσιμότητα σε πολλές ειδικότητες.

Το πλούσιο σε αιμοπετάλια πλάσμα (PRP) μπορεί να ενεθεί σε πολλές περιοχές του σώματος για να επουλώσει, αναζωογονήσει και ενισχύσει τους ιστούς και ως θεραπεία εφαρμόζεται γιά δεκαετίες στην Οδοντιατρική και την Ορθοπαιδική (τραύματα οστών και μαλακών μορίων, φλεγμονώδεις παθήσεις και σύνδρομα χρόνιου πόνου) με μεγάλη επιτυχία και χρησιμοποιείται ολο και περισσότερο και σε άλλες ιατρικές ειδικότητες όπως η Δερματολογία, Οφθαλμολογία, Καρδιολογία, Γενική Χειρουργική, Πλαστική Χειρουργική ενώ, πιο πρόσφατα, χρησιμοποιείται με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στην αισθητική Ιατρική για πρόληψη και αντιμετώπιση της γήρανσης του δέρματος, την σύσφιξη του χαλαρωμένου δέρματος, των ρυτίδων, της κυτταρίτιδας, στη θεραπεία της αλωπεκίας - τριχόπτωσης (αναγέννηση μαλλιών) και, στην ανατομική σεξουαλική ενίσχυση γυναικών και ανδρών.

PRP: ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Το αίμα αποτελείται κυρίως από ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια, πλάσμα (πρωτεΐνες) και αιμοπετάλια. Τα αιμοπετάλια και τα πολυάριθμα βιοενεργά στοιχεία που περιέχουν απελευθερώνονται στους τραυματισμένους ιστούς και έτσι, αρχίζει η διαδικασία επούλωσης. Θυμηθείτε κάποιον τραυματισμό στο δέρμα σας (κόψιμο ή κάψιμο) και το κίτρινο υγρό που τρέχει κάτω από την εσχάρα («κακάδι») που σχηματίζεται μετά από ημέρες: εκεί είναι που δρούν τα αιμοπετάλια και το πλάσμα γιά την επούλωση του τραύματος. Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν ενεργά στην ομοιόσταση, την αναγέννηση των ιστών, την αγγείωση και την επούλωση τραυμάτων, διαδραματίζοντας ετσι σημαντικό ρόλο στην επιδιόρθωση των ιστών, την αγγειακή αναδιαμόρφωση και τις φλεγμονώδεις και ανοσολογικές αποκρίσεις μέσω της έκκρισης βιολογικά δραστικών στοιχείων που περιλαμβάνουν αυξητικούς παράγοντες, κυτοκίνες, χημειοκίνες, συγκολλητικές πρωτεΐνες, παράγοντες πήξης και αναστολείς τους, ανοσοποιητικούς μεσολαβητές και άλλα βιοενεργά μόρια. Με την ενεργοποίησή τους, τα αιμοπετάλια απελευθερώνουν τους παράγοντες αυτούς που διαδραματίζουν σημαντικό βιολογικό ρόλο και εμπλέκονται σε πολλές φάσεις της φυσικής επούλωσης τραυμάτων (χημειοταξία, πολλαπλασιασμός και διαφοροποίηση των κυττάρων, αγγειογένεση, σύνθεση, τροποποίηση και διάσπαση εξωκυτταρικών πρωτεϊνών). Ο κεντρικός αυτός ρόλος των αιμοπεταλίων στο συντονισμό των κυτταρικών και μοριακών διεργασιών της επιτυχούς επούλωσης τραυμάτων, είναι που τα καθιστά ελκυστικούς υποψήφιους παράγοντες για θεραπείες που στοχεύουν στην επιτάχυνση της φυσικής επούλωσης και αναγέννησης των ιστών.

Μία από τις πιό καλά μελετημένες θεραπείες με βάση τα αιμοπετάλια, είναι το αυτόλογο πλάσμα εμπλουτισμένο με αιμοπετάλια (**Platelet Rich Plasma: PRP**), ένα φυσικό και ισχυρό παράγωγο του αίματος του ίδιου του ασθενούς, «πηγή» προέλευσης της επουλωτικής και αναζωογονητικής δύναμης του οργανισμού. **Το PRP περιέχει αιμοπετάλια σε συγκέντρωση (πυκνότητα) τουλάχιστον τέσσερις φορές μεγαλύτερη της μετρώμενης στον φυσιολογικό ορό αίματος** (περίπου 200,000 ανά μL που αυξάνει σε 1,000,000-1,600,000 αιμοπετάλια ανά μL PRP) που, απελευθερώνουν τα βιοενεργά συστατικά τους όπως αναφέρθηκε ήδη και, ειδικά όσον αφορά την στυτική δυσλειτουργία, είναι πλούσιο σε αυξητικούς παράγοντες, όπως αγγειακό ενδοθηλιακό αυξητικό παράγοντα (VEGF), επιδερμικό αυξητικό παράγοντα (EGF), ινσουλίνοεξαρτώμενο αυξητικό παράγοντα (IGF), ινοβλαστικό αυξητικό παράγοντα (FGF) καθώς και άλλα βιοδραστικά μόρια που έχουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της στυτικής λειτουργίας, όπως εχει καταδειχθεί τόσο σε προ-κλινικές (πειραματικές) όσο και κλινικές μελέτες.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ PRP

Το εμπλουτισμένο με αιμοπετάλια πλάσμα (PRP) παρασκευάζεται με φυγοκέντρηση δείγματος αίματος του ίδιου του ασθενούς (λήψη σε φιαλίδιο 30 έως 60 ml αίματος από μεγάλη φλέβα στο χέρι), διαδικασία με την οποία διαχωρίζονται τα αιμοπετάλια από το υπόλοιπο αίμα. Με την υπερταχεία αυτή περιστροφική κίνηση του φιαλιδίου, τα κύρια στοιχεία αίματος κατανέμονται σε τρείς διακριτές στιβάδες: το υπερκείμενο πλάσμα (πλούσιο σε πρωτεΐνες) την λευκή στιβάδα (πλούσιο σε βιοενεργές ουσίες που απελευθερώνονται από τα αιμοπετάλια και που έχει μεγαλύτερη από τετραπλάσια του φυσιολογικού

συγκέντρωση αιμοπεταλίων) και το ίζημα των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Στην συνέχεια, τα αιμοπετάλια στο PRP ενεργοποιούνται που σημαίνει, προκαλούνται να αντιδράσουν σαν να υπάρχει τραυματισμός, με την προσθήκη θρομβίνης και χλωριούχου ασβεστίου ή/και κολλαγόνου, διαδικασία που απολήγει στο σχηματισμό ζελατινώδους ουσίας που μοιάζει με θρόμβο (γέλη αιμοπεταλίων). Στη γέλη αυτή παγιδεύονται τα ενεργοποιημένα αιμοπετάλια. Μόλις ενεργοποιηθούν, τα αιμοπετάλια απελευθερώνουν και διαχέουν αργά, χημικά μηνύματα (κυρίως αυξητικούς παράγοντες) στους ιστούς όπου εγχέονται ξεκινώντας/διεγείροντας έναν καταρράκτη αντιδράσεων με επουλωτικό και αναγεννητικό αποτέλεσμα (επανόρθωση ιστών, δημιουργία νέων αιμοφόρων αγγείων κλπ). Επιπλέον, για την πρόληψη της πρόωρης διαφυγής των αιμοπεταλίων από το σημείο αρχικής έγχυσης και την παράταση του χρόνου δράσης τους, δημιουργείται πλέγμα ινώδους (fibrin matrix) πλούσιο σε αιμοπετάλια που ευοδώνει την ανάπτυξη ιστού τοπικά. Με την τεχνική αυτή, το PRP μπορεί να εφαρμοστεί ως μέσο πλήρωσης (filler) ή ικρίωμα/υπόστρωμα/βάση (scaffold) για τη γεφύρωση νευρικών ινών και την αναγέννηση, αποκατάσταση της συνέχειας περιφερικού νευρικού χάσματος μετά τραυματισμό (οπως μετά επέμβαση ριζικής προστατεκτομής γιά καρκίνο προστάτη).

ΠΩΣ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΤΟ PRP (PRIAPUS SHOT):

Μετά την αναρρόφηση με σύριγγα της υπερκείμενης στιβάδας με τη λευκή ζώνη των συμπυκνωμένων αιμοπεταλίων που προκύπτει μετά την φυγοκέντρηση του δείγματος αίματος και κατόπιν ολοκλήρωσης της διαδικασίας ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων, ακολουθεί εγχυση του υλικού σε μικρές ισόποσες δόσεις στο πέος του ασθενούς σε 5-6 σημεία υπό τοπική αναισθησία. Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 30 έως 45 λεπτά, πριν και μετά την οποία φάρμακα όπως η ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται (7 ημέρες πριν και 14 ημέρες μετά την ένεση), καθώς οι ουσίες αυτές μπορεί να παρεμποδίσουν/αναστείλουν τη δράση των αιμοπεταλίων και να προδιαθέσουν σε τοπική αιμορραγία ή δημιουργία αιματώματος ή εκχυμώσεων. Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα συνιστάται να διακόπτονται κατά την περίοδο της θεραπείας. Ήπιος πόνος και περιορισμένη εκχύμωση περιξ του σημείου έγχυσης θεωρούνται αναμενόμενα

> “ΤΑ ΒΙΟΕΝΕΡΓΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΠΟΛΛΑ ΥΠΟΣΧΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΝΩ, Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΥΤΟΛΟΓΟ ΑΙΜΑ ΕΙΝΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΛΚΥΣΤΙΚΗ, ΚΑΘΩΣ ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΑΙ Η ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΕΞΑΛΕΙΦΕΤΑΙ ΤΟ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟ ΚΑΙ Η ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΓΙΑ ΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΡΡΙΨΗ.”

και βραχείας διάρκειας συμβάματα ενώ, ο ασθενής μπορεί να επανέλθει άμεσα στις κανονικές (αλλά οχι έντονες για μικρό διάστημα) καθημερινές δραστηριότητές του.

Τα βιοενεργά συστατικά του αίματος αποτελούν πολλά υποσχόμενες θεραπευτικές επιλογές για ποικίλες παθολογικές καταστάσεις ενώ, η έννοια της θεραπείας με αυτόλογο αίμα είναι ιδιαίτερα ελκυστική, καθώς αποφεύγεται η ανοσοκαταστολή και εξαλείφεται το ενδεχόμενο και η ανησυχία για ιστική απόρριψη. Αν και οι περισσότερες μελέτες που εστιάζουν στις ενέσεις PRP είναι σχετικά μικρού μεγέθους και ετερογενείς, υποστηρίζουν σε μεγάλο βαθμό την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της τεχνικής αυτής.

Γενικά, τα διαθέσιμα δεδομένα μελετών σε ασθενείς, καταδεικνύουν ότι η θεραπεία με ενδοπεική έγχυση PRP για την ΣτΔ είναι ασφαλής, με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, με την συχνότερη να είναι η εκχύμωση στο πέος (σε περίπου 40% των ατόμων) ενώ, κανένας ασθενής δεν παρουσίασε επιδείνωση της ΣτΔ αλλά, αντίθετα, κλινικά σημαντική βελτίωση (μέση αύξηση του score ερωτηματολογίου IIEF-5 κατά 4 βαθμούς).

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Γράφει ο Στέλιος Πούλος, MSc, ACSM
Εργοφυσιολόγος, Τμήμα Εργομετρίας, Ανθρώπινης Απόδοσης & Μεταβολισμού ΡΕΑ



Η ρύθμιση του ρυθμού του Βασικού Μεταβολισμού είναι απαραίτητη για τη διαχείριση του βάρους. Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι τα παραπάνω κιλά που τους βαραίνουν οφείλονται στον αργό ρυθμό του μεταβολισμού τους. Προσπαθούν να τα χάσουν με εξαντλητικές δίαιτες, ψάχνουν για «μαγικές» τροφές, σκευάσματα που αδυνατίζουν, αφιερώνουν πολλές ώρες για άσκηση σε βάρος του δημιουργικού χρόνου, χωρίς να έρχονται τα αποτελέσματα που επιθυμούν. Τι πραγματικά συμβαίνει; Μήπως τα αίτια είναι παθολογικά και τι γίνεται σε αυτή την περίπτωση;

Είναι αλήθεια ότι η **υπερβολική πρόσληψη τροφής σε συνδυασμό με καθιστική ζωή** με ελάχιστη ή καθόλου δαπάνη ενέργειας από φυσικές δραστηριότητες οδηγεί σταδιακά στην παχυσαρκία με ότι αυτό συνεπάγεται για την υγεία και την ποιότητα ζωής. Που είναι το μέτρο σε σχέση με το φαγητό; Πόση άσκηση χρειάζεται; Πόσες φορές την εβδομάδα; Τι είδους πρόγραμμα και σε ποια ένταση και εάν όλα τα παραπάνω τα βρούμε θα λυθεί το πρόβλημα; Από κάπου πρέπει να ξεκινήσουμε.

Βασικός Μεταβολισμός (ΒΜ) είναι το ελάχιστο ποσό ενέργειας που απαιτείται σε 24 ώρες για τη διατήρηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού στη ζωή. Το ποσό της ενέργειας του ΒΜ είναι απαραίτητο για τη λειτουργία της αναπνοής, τον μεταβολισμό των κυττάρων, την κυκλοφορία του αίματος καθώς και για τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος. Εφόσον, **ο ΒΜ αντιπροσωπεύει το 70% της συνολικής απαιτούμενης ημερήσιας ενέργειας** είναι καθοριστική πληροφορία για τον καθορισμό των ημερήσιων ενεργειακών αναγκών με στόχο είτε την απώλεια, είτε την σταθεροποίηση βάρους.

Η μέτρηση του Ρυθμού του Βασικού Μεταβολισμού (BMR) με τη μέθοδο της έμμεσης θερμιδομετρίας, θα μας οδηγήσει να καταλάβουμε εάν τα αίτια είναι παθολογικά ή εάν πρέπει να διορθώσουμε το ισοζύγιο πρόληψης θερμίδων από την τροφή και δαπάνης ενέργειας από την άσκηση. Η μέτρηση του ΒΜ είναι μια ανώδυνη, εύκολη και γρήγορη εξέταση. Έπειτα από τουλάχιστον 8 ώρες νηστεία και χωρίς να έχει προηγηθεί κάποιου είδους δραστηριότητα, συλλέγουμε και αναλύουμε τον εκπνεόμενο αέρα του εξεταζόμενου με ειδικούς αναλυτές. Τα ευρήματα όπως ο όγκος του οξυγόνου που προσελήφθη, το οξυγόνο (O2) που καταναλώθηκε και το διοξείδιο (CO2) που αποβλήθηκε στη μονάδα του χρόνου, θα μας υποδείξουν με ακρίβεια τις απαιτούμενες θερμίδες σε κατάσταση ηρεμίας που καταναλώνει καθημερινά ο οργανισμός και εάν ο μεταβολισμός είναι σε χαμηλές, κανονικές ή υψηλές τιμές.

Η παραπάνω γνώση είναι ο πυρήνας του προβλήματος, γιατί πολύ χαμηλές τιμές πρόσληψης ή κατανάλωσης O2 σχετίζονται με τους πνεύμονες, την καρδιά, τα αγγεία, τον αιματοκρίτη, τα ερυθρά αιμοσφαίρια, την αιμοσφαιρίνη, το σίδηρο κ.λπ. **Μη φυσιολογικές τιμές του ρυθμού του μεταβολισμού σχετίζονται με τους ενδοκρινείς αδένες** και ιδιαίτερα με τις εκκρίσεις της θυροξίνης, ινσουλίνης, γλυκαγόνης, κορτιζόλης κ.λπ. Επίσης πρέπει να ελέγχεται ο ρυθμός του ΒΜ, όταν πρόκειται για ειδικές καταστάσεις όπως είναι η εγκυμοσύνη, όπου παρατηρείται αύξηση του ΒΜ λόγω της αύξησης της μυϊκής μάζας της μήτρας, του πλακούντα και του εμβρύου, καθώς και των αλλαγών των ορμονών αλλά και σε καταστάσεις έντονου στρες και τραυματισμών. Η ασιτία, η έντονη νηστεία και οι εξαντλητικές δίαιτες μειώνουν το ΒΜ έως και 20%, με τις συχνές εναλλαγές στέρησης και κατάχρησης τροφής, και τις διαρκείς αυξομειώσεις βάρους να επιφέρουν σημαντική μακροχρόνια μείωση. **Ο ΒΜ είναι διαφορετικός για κάθε άνθρωπο**, καθώς επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η ηλικία, το γονιδιακό προφίλ, το φύλο, η σύσταση σώματος, και η επιφάνεια σώματος.

Στο **Τμήμα Εργομετρίας, Ανθρώπινης Απόδοσης και Μεταβολισμού** της ΡΕΑ, ο Εργοφυσιολόγος με βάση τα αποτελέσματα της μέτρησης και σε συνεργασία με τον Ιατρό της απαιτούμενης ειδικότητας, θα σας καθοδηγήσει στην αντιμετώπιση της διαχείρισης του βάρους με την αποκατάσταση του ρυθμού του μεταβολισμού, σε συνδυασμό με το κατάλληλο πρόγραμμα άσκησης και διατροφής για να επιτύχετε τα μέγιστα αποτελέσματα.


PEA

ΓΕΜΙΣΤΟ ΡΟΛΟ ΓΑΛΟΠΟΥΛΑΣ ΜΕ ΑΓΡΙΟΡΥΖΟ

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

ΥΛΙΚΑ

Για το ρολό

500 γρ. (1 ρολό) φιλέτο γαλοπούλας
4 φέτες καπνιστής γαλοπούλας
40 γρ. τυρί χαλούμι
40 γρ. κίτρινη πιπεριά
15 γρ. φύλλα σπανάκι baby
40 γρ. ξηρά δαμάσκηνα
Κρασί για το ψήσιμο
100 γρ. άσπρο σουσάμι
10 γρ. μαύρο σουσάμι

Για το αγριόρυζο

500 γρ. αγριόρυζο
20 γρ. φρέσκο κρεμμυδάκι

Για τη σάλτσα

20 γρ. κρεμμύδι ψιλοκομμένο
400 γρ. ζωμός από το ψήσιμο της γαλοπούλας μαζί με ζωμό κοτόπουλου
100 γρ. demi glace
Αλάτι & πιπέρι
Λίγο κόλιανδρο

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Για το ρολό

Απλώστε το φιλέτο της γαλοπούλας και χτυπήστε το καλά ώστε να πλατύνει ελαφρά και να έχει παντού το ίδιο πάχος. Πασπαλίστε το με αλάτι και κόλιανδρο. Προσθέστε τη γέμιση με την ακόλουθη σειρά. Τοποθετήστε πρώτα τις φέτες της καπνιστής γαλοπούλας, την κίτρινη πιπεριά (κομμένη σε μακρόστενα μπαστουνάκια), τα δαμάσκηνα (κομμένα στη μέση), και τα φύλλα σπανάκι.

Ρολάρετε το φιλέτο με μεμβράνη και τοποθετήστε το σε ένα ταψί με λίγο νερό ή κρασί. Ψήστε για 30 λεπτά στον αέρα στους 170°C.

Μετά το ψήσιμο αφαιρέστε το ρολό από το ταψί και ρολάρετε το στο σουσάμι το οποίο πρώτα έχετε αναμείξει.

Για το αγριόρυζο

Σοτάρετε το φρέσκο κρεμμυδάκι σε λίγο ελαιόλαδο και προσθέστε νερό ή ζωμό κοτόπουλου. Προσθέστε το ρύζι και αφήστε το να βράσει σε χαμηλή φωτιά μέχρι να απορροφηθούν όλα τα υγρά.

Για τη σάλτσα

Σοτάρετε το κρεμμύδι και σβήστε το με λίγο κρασί. Στη συνέχεια προσθέστε το υγρό από το ψήσιμο της γαλοπούλας, τη demi glace, τον κόλιανδρο και αλατοπιπερώστε. Αφήστε τη σάλτσα να πάρει βράση για 5 με 10 λεπτά. Περάστε το μείγμα με ραβδομπλέντερ και δέστε τη με κορνφλάουρ εφόσον χρειάζεται.

Τοποθετήστε στο πιάτο τη γαλοπούλα με το ρύζι και περιχύστε με τη σάλτσα.
Καλή όρεξη!

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Το Δερματολογικό – Αφροδισιολογικό Ιατρείο καλύπτει όλο το φάσμα της **κλινικής δερματολογίας**, λειτουργώντας στο πλαίσιο των σύγχρονων Εξωτερικών Ιατρείων της Κλινικής ΡΕΑ.

Συγκεκριμένα, διενεργείται δερματολογική εξέταση με σκοπό τη διάγνωση και αντιμετώπιση:

- **δερματοπαθειών ενηλίκων και παίδων**
- **δερματοπαθειών** που εμφανίζονται σε περιόδους **κύησης και λοχείας**
- **ατοπικής δερματίτιδας**
- **ψωρίασης**
- **σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων**
- **μελαχρωματικών βλαβών**



Επιπλέον, πραγματοποιείται **χαρτογράφηση σπίλων**, για την έγκαιρη διάγνωση τυχόν δυσπλαστικών σπίλων και προκαρκινικών βλαβών, όπου εάν χρειαστεί διενεργείται **προληπτική αφαίρεση**.

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕ LASER & ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ

Η θεραπεία με CO2 laser αφορά καλοήθεις όζους δέρματος, σμηγματορροικές υπερκερατώσεις, ακτινικές υπερκερατώσεις, αλλά και τη θεραπεία Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων όπως των κονδυλωμάτων και της μολυσματικής τερμίνθου.
Η χειρουργική αφαίρεση καλοήθων και κακοήθων βλαβών του δέρματος πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία στο σηπτικό χειρουργείο της Κλινικής ΡΕΑ.

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στο Δερματολογικό Ιατρείο της Κλινικής ΡΕΑ προσφέρονται υπηρεσίες αισθητικής δερματολογίας όπως **botox full face** και εφαρμογή **υαλουρονικού οξέος** για ***ζυγωματικά***, χείλη, θεραπεία για ***μαύρους κύκλους*** και η πρωτοποριακή μέθοδος ***υγρής ρινοπλαστικής.***

BOTOX

Το *botox* είναι υψηλής καθαρότητας εκχύλισμα της βοτουλινικής τοξίνης Α το οποίο ενίεται στους μυς του προσώπου για την εξομάλυνση των ρυτίδων και των γραμμών. Συνηθέστερα χρησιμοποιείται στις ρυτίδες του μετώπου, στις ρυτίδες γύρω από τα μάτια (πόδι της χήνας), και ανάμεσα στα φρύδια. Η θεραπεία με το botox, μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και για ανόρθωση φρυδιού.

Το botox, είναι μια ανώδυνη, ασφαλής, μη επεμβατική θεραπεία, που προσφέρει νεανική όψη με

γρήγορα και ορατά αποτελέσματα.

Ανάλογα με τις ανάγκες κάθε προσώπου και τη φυσική κατάσταση του κάθε ασθενούς, το full face botox προτείνεται για την πρόληψη των ρυτίδων από την ηλικία των 30 ετών περίπου και άνω.

Η θεραπεία κρατάει περίπου δέκα λεπτά, είναι ελάχιστα επώδυνη, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοστεί αναισθητική κρέμα (μισή ώρα πριν την εφαρμογή). Η θεραπεία είναι απόλυτα ασφαλής όταν εφαρμόζεται από έμπειρο γιατρό. Το αποτέλεσμα διαρκεί περίπου 4-6 μήνες και εξαρτάται από τις συνήθειες του ασθενούς (κάπνισμα, έντονη γυμναστική, παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο ή σε πηγές θερμότητας μειώνουν τη διάρκεια δράσης της τοξίνης).

Οι παρενέργειες είναι σπάνιες. Μπορεί να υπάρχει ήπια ερυθρότητα στο δέρμα της περιοχής που έγιναν οι ενέσεις. Αυτό συνήθως διαρκεί μία με δύο ώρες. Επίσης, μπορεί να προκληθεί ήπιος μωλωπισμός. Ακόμη, μπορεί να προκληθεί ήπιος πονοκέφαλος που υποχωρεί μέσα σε 24-48 ώρες.

Σπανιότερα, μπορεί να προκληθεί προσωρινή βλεφαρόπτωση ή/ και διπλωπία αν το botox περάσει απροσδόκητα σε κοντινούς μυς. Οι επιπλοκές στα χέρια ενός έμπειρου γιατρού είναι εξαιρετικά σπάνιες και λαμβάνονται όλες οι απαραίτητες προφυλάξεις ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος των παραπάνω επιπλοκών.

ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ

Ως φυσικό συστατικό του ανθρώπινου δέρματος, το υαλουρονικό οξύ έχει την ιδιότητα να συγκρατεί νερό στο δέρμα, με αποτέλεσμα να της προσδίδει σφριγηλότητα, όγκο και φυσική ελαστικότητα.

Με την πάροδο του χρόνου αφομοιώνεται φυσιολογικά από τον οργανισμό μας. Το ενέσιμο εμφύτευμα, είναι απόλυτα φυσικό και ασφαλές, ενώ μας αφήνει πάντα τη δυνατότητα να ανανεώσουμε ή όχι τη θεραπεία όταν το αποτέλεσμα αρχίζει και φθίνει.

Χάρη στις μοναδικές ιδιότητές του, δίνει όγκο στα χείλη, «σβήνει» ρυτίδες και γραμμές έκφρασης, ενώ εμφυτευμένο στα μάγουλα, δίνει σχήμα στο περίγραμμα του προσώπου.

- **Υγρή ρινοπλαστική**

Με την «υγρή ρινοπλαστική» χρησιμοποιούμε εμφύτευμα υαλουρονικού οξέος προκειμένου να διορθώσουμε προσωρινά ασυμμετρίες και ατέλειες στο σχήμα της μύτης, εάν δεν επιθυμούμε να προβούμε σε ρινοπλαστική με χειρουργική μέθοδο. Η διαδικασία διαρκεί περίπου είκοσι λεπτά, πραγματοποιείται μετά από εφαρμογή αναισθητικής κρέμας με τη χρήση κάνουλας, η οποία προσδίδει στη διαδικασία μεγαλύτερη ασφάλεια. Είναι ελάχιστα επώδυνη και το αποτέλεσμά της διαρκεί 9-12 μήνες

- **Εμφυτεύματα υαλουρονικού οξέος στη χείλη & τα ζυγωματικά**

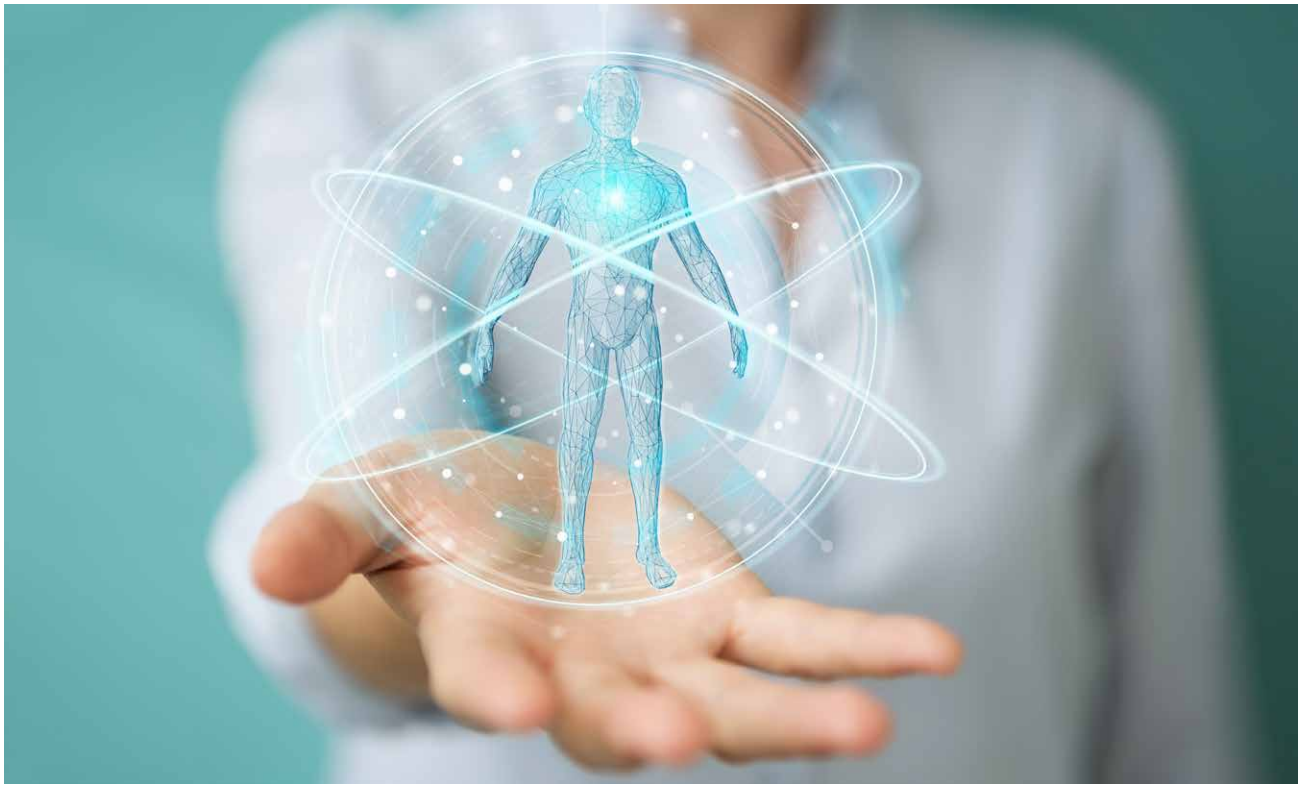
Τα εμφυτεύματα υαλουρονικού οξέος εμφυτεύονται με ακρίβεια και ασφάλεια στην περιοχή των χειλέων με σκοπό την ενίσχυση / αποκατάσταση του όγκου των χειλέων, το σβήσιμο των ρυτίδων των καπνιστών ή για την ενίσχυση του περιγράμματος των χειλέων. Προηγείται η εφαρμογή τοπικής αν αισθητικής κρέμας 30 λεπτά πριν την εφαρμογή, προκειμένου η διαδικασία να είναι ελάχιστα επώδυνη. Η διαδικασία διαρκεί 15 λεπτά και το αποτέλεσμα είναι φυσικό, με σεβασμό στις δυναμικές κινήσεις του προσώπου (αυτό ισχύει και για τα ζυγωματικά και για την αποκατάσταση του περιγράμματος του προσώπου). Η εφαρμογή του υαλουρονικού οξέος γίνεται σε μία επίσκεψη, παρόλα αυτά ο ασθενής επανεξετάζεται σε δύο εβδομάδες και αποκαθίστανται τυχόν ασυμμετρίες και εκτιμάται το τελικό αποτέλεσμα.

- **Αποκατάσταση μαύρων κύκλων**

Για την αποκατάσταση των μαύρων κύκλων και του ελλείμματος όγκου στην περιοχή κάτω από τα μάτια χρησιμοποιείται υαλουρονικό οξύ, το οποίο εγχύεται μετά την εφαρμογή αν αισθητικής κρέμας με ειδική ατραυματική κάνουλα. Μέσα σε 15 λεπτά ο ασθενής αποκτά ξεκούραστο βλέμμα, με αποτέλεσμα που διαρκεί 6-9 μήνες και με ασφάλεια. Η διαδικασία δεν είναι επίπονη.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, η ενδεχόμενη τοποθέτηση υπερβολικής ποσότητας υαλουρονικού οξέος, αντιμετωπίζεται άμεσα με τη χρήση υαλουρονιδάσης, ενός ενζύμου, το οποίο διασπά το υαλουρονικό οξύ που έχει εμφυτευτεί. Άλλες πιθανές παρενέργειες όπως μώλωπες, οίδημα (πρήξιμο) ή αλλεργική αντίδραση στο εμφυτευμένα υλικό αντιμετωπίζονται εύκολα και είναι διαχειρίσιμες.

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΜΕΤΡΙΑΣ – ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΠΟΔΟΔΗΣ & ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ



Στο Τμήμα Εργομετρίας – Ανθρώπινης Απόδοσης & Μεταβολισμού της ΡΕΑ πραγματοποιείται κλινική χρήση δοκιμασιών εργαστηρίου εργομετρίας. Στόχος του τμήματος είναι η ρύθμιση του μεταβολισμού, η διαχείριση του σωματικού λίπους και βάρους, η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου και η αύξηση της απόδοσης

Ο ειδικός εργοφυσιολόγος-εργοθεραπευτής βοηθά τον εξεταζόμενο να καθορίσει τους στόχους του και διαμορφώνουν μαζί το κατάλληλο πρόγραμμα για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και κατ' επέκταση της ποιότητας ζωής του.

Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιούνται οι κάτωθι μετρήσεις – αξιολογήσεις:

- **Μέτρηση Βασικού Μεταβολισμού** σε κατάσταση ηρεμίας (BMR) με ανοιχτό κύκλωμα εργοσπιρομετρίας
- **Θερμιδομετρία** κατά τη διάρκεια της άσκησης σε δαπεδοεργόμετρο με τη χρήση εργοσπιρόμετρου
- Μέτρηση **μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου** (VO_2max), αξιολόγηση φυσικής κατάστασης, καθορισμός έντασης, διάρκειας και μεθόδου του προγράμματος άσκησης
- **Λιπομέτρηση** – δείκτης σωματικής μάζας (BMI) με τη χρήση δερματοπτυχόμετρου
- **Εργομετρικός έλεγχος** που περιλαμβάνει: VO_2max, αναερόβιο αναπνευστικό κατώφλι, αναερόβια ικανότητα, μέγιστη συγκέντρωση γαλακτικού στο αίμα, λιπομέτρηση, ευλυγισία, εκρηκτική δύναμη κάτω άκρων, καθορισμό προπονητικών επιβαρύνσεων και πρόγραμμα προπόνησης για την μεγιστοποίηση της απόδοσης
- Παρέχονται **συνεδρίες αποκατάστασης ή ενεργοποίησης** για την βελτίωση της απόδοσης

ΜΕΤΡΗΣΗ ΒΑΣΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του μεταβολικό ρυθμό, και αυτό καθορίζεται από πολλούς διαφορετικούς παράγοντες. Με τη μέτρηση του Βασικού Μεταβολισμού, ο δοκιμαζόμενος μπορεί να υπολογίσει με ακρίβεια τις ανάγκες του σε ενέργεια και άρα να ελέγξει αποτελεσματικότερα το βάρος του. Η απαιτούμενη ενεργειακή πρόσληψη μέσω της διατροφής και η καθορισμένη δαπάνη ενέργειας από δραστηριότητες και άσκηση μπορούν να επιτύχουν ιδανικό βάρος για πολλά χρόνια. Η καλύτερη ευρέως διαθέσιμη μέθοδος μέτρησης του Βασικού Μεταβολισμού είναι η έμμεση θερμιδομετρία, όπου με ειδικά μηχανήματα ανάλυσης αναπνευστικών αερίων, γίνεται μέτρηση των καύσεων του σώματος σε κατάσταση ηρεμίας, δίνοντας ακριβές αποτέλεσμα για τις ενεργειακές ανάγκες του ατόμου. Η μέτρηση επιτυγχάνεται με την καταγραφή της αναπνοής και πιο συγκεκριμένα της ποσότητας οξυγόνου που εισπνέεται και της ποσότητας διοξειδίου του άνθρακα που αποβάλλεται κατά την εκπνοή, αποτέλεσμα των μεταβολικών καύσεων που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό.

ΘΕΡΜΙΔΟΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Η Θερμιδομετρία κατά την διάρκεια της άσκησης μπορεί να μας δώσει σημαντικές πληροφορίες για τις πηγές παραγωγής ενέργειας του οργανισμού, την ένταση και το χρόνο της άσκησης σε σχέση με την επίτευξη του στόχου πχ. απώλεια βάρους, βελτίωση αντοχής, αύξηση μυϊκού ιστού, αύξηση ρυθμού μεταβολισμού κλπ.

Για όσους επιθυμούν να μειώσουν το λίπος τους θα γνωρίζουν με ακρίβεια την καρδιακή συχνότητα (BPM) και ταχύτητα (Km/h) με την οποία πρέπει να περπατούν ή να τρέχουν που ο οργανισμός τους καταναλώνει την μέγιστη ενέργεια σε γραμμάρια από τον λιπώδη ιστό.

ΣΥΝΗΘΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα Μεταβολικά Νοσήματα αφορούν διαταραχές των διαδικασιών του μεταβολισμού, δηλαδή του συνόλου των βιοχημικών αντιδράσεων που πραγματοποιείται στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού. Διαταραχές στο μεταβολισμό των αμινοξέων, των λιπαρών οξέων και των υδατανθράκων κατά τη πρόσληψη, παραγωγή, διατήρηση ή διάσπαση των θρεπτικών συστατικών, είναι η αιτία εμφάνισης των Μεταβολικών Νοσημάτων.

Ο Σακχαρώδης διαβήτης, η Παχυσαρκία, η Δυσλιπιδαιμία, το Μεταβολικό Σύνδρομο συγκαταλέγονται στα γνωστότερα Μεταβολικά Νοσήματα. Η μέτρηση του μεταβολισμού σε συνεργασία με τον ιατρό της απαιτούμενης ειδικότητας θα βοηθήσει στην εκτίμηση των μεταβολικών δυσλειτουργιών που τα προκαλούν

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης είναι καθοριστική για την επίδοση ενός αθλητή ή ενός αθλούμενου, ή ενός ασθενούς και μία από τις βασικότερες εργομετρικές δοκιμασίες. Η μέτρηση της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (VO_2max) αναφέρεται στην ικανότητα του οργανισμού να εκμεταλλεύεται το οξυγόνο για την παραγωγή ενέργειας. Η VO_2max αντικατοπτρίζει τη μέγιστη λειτουργική προσαρμοστικότητα του αναπνευστικού, καρδιαγγειακού και μυϊκού συστήματος. Υψηλές τιμές της VO_2max σχετίζονται με την καλή φυσική κατάσταση αλλά και την καλή γενική υγεία. Η VO_2max επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο, την προπονητική κατάσταση και το ποσοστό μυϊκής μάζας του δοκιμαζόμενου, την υπάρχουσα ασθένεια ή ακόμα και τη φαρμακευτική αγωγή που τυχόν ακολουθεί. Η πλέον ακριβής μέθοδος για την αξιολόγηση της αερόβιας ικανότητας είναι η **εργοσπιρομέτρηση**, η οποία έγκειται στη συλλογή και ανάλυση του εμπνεόμενου αέρα. Ο εξεταζόμενος υπόκειται σε δοκιμασία κόπωσης σε δαπεδοεργόμετρο κατά κανόνα αυξανόμενης έντασης έως εξάντλησης, κατά τη διάρκεια της οποίας ο εμπνεόμενος αέρας συλλέγεται και αναλύεται από ειδικές συσκευές που ονομάζονται αναλυτές αερίων.

Με την εργοσπιρομέτρηση μπορούμε να εντοπίσουμε περιοριστικούς παράγοντες της ικανότητας απόδοσης του οργανισμού αλλά και να σχεδιάσουμε τα κατάλληλα προγράμματα άσκησης για την εξάλειψη των αδυναμιών και την μεγιστοποίηση της απόδοσης.

Το Τμήμα συνεργάζεται με το Καρδιολογικό, Πνευμονολογικό, Ενδοκρινολογικό Ιατρείο και το βιοχημικό εργαστήριο της Κλινικής ΡΕΑ, παρακολουθείται η πορεία αποκατάστασης ασθενών με μετρήσιμους δείκτες επιλεγμένων φυσιολογικών χαρακτηριστικών κατά τακτά χρονικά διαστήματα, προσφέροντας ολοκληρωμένες και ασφαλείς υπηρεσίες.

ΑΝΗΚΟΥΜΕ ΟΛΟΙ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΟΜΑΔΑ

Η **Κλινική ΡΕΑ**, με το ηχηρό μήνυμα **«Ανήκουμε όλοι στην ίδια ομάδα!»**, διοργάνωσε **Εθελοντική Αιμοδοσία**, την **Παρασκευή 16 Απριλίου 2021**, με τη συμβολή του Κινητού Συνεργείου Αιμοληψίας, του Τμήματος Αιμοδοσίας του Γενικού Κρατικού Νίκαιας.

Η προσπάθεια αύξησης των αποθεμάτων αίματος της χώρας μας εντείνεται το τελευταίο χρονικό διάστημα, αφού λόγω της νόσου COVID-19, πολλοί αιμοδότες διστάζουν να μετακινηθούν για αυτό το σκοπό. Η **ΡΕΑ**, στο πλαίσιο του προγράμματος **Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης**, έδωσε για ακόμη μια φορά το παρόν, δίνοντας την ευκαιρία στους εργαζομένους της αλλά και σε εξωτερικούς εθελοντές αιμοδότες, να συμμετέχουν.

Τηρώντας όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης από την πανδημία, οι εθελοντές μπόρεσαν να προβούν σε αιμοδοσία με απόλυτη ασφάλεια, στον προστατευμένο χώρο της Κλινικής ΡΕΑ.

Όποια κι αν είναι η ομάδα σου (αίματος), η πράξη της αιμοδοσίας είναι εξίσου σημαντική και πολύτιμη!

Από σήμερα, ανήκουμε όλοι στην ίδια ομάδα... στην Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών της Κλινικής ΡΕΑ.





OLYMPUS

LET'S BE CLEAR

Elevating the Standard of Endoscopy

EVIS X1



EDOF CADe TXI
Detection

EDOF NBI
Characterization

EDOF RDI
Treatment

Seamless Integration
Real-time Detection
Versatile and Adaptable



Endoscopy CAD System CIP-1
ENDO-AID

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ & ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ

OLYMPUS PROTON

ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ
Ιουλιανού 2, Μεταμόρφωση,
144 51 Αθήνα
Τηλ: 210-2806200
Fax: 210-2806210
e-mail: admin@protoncy.gr

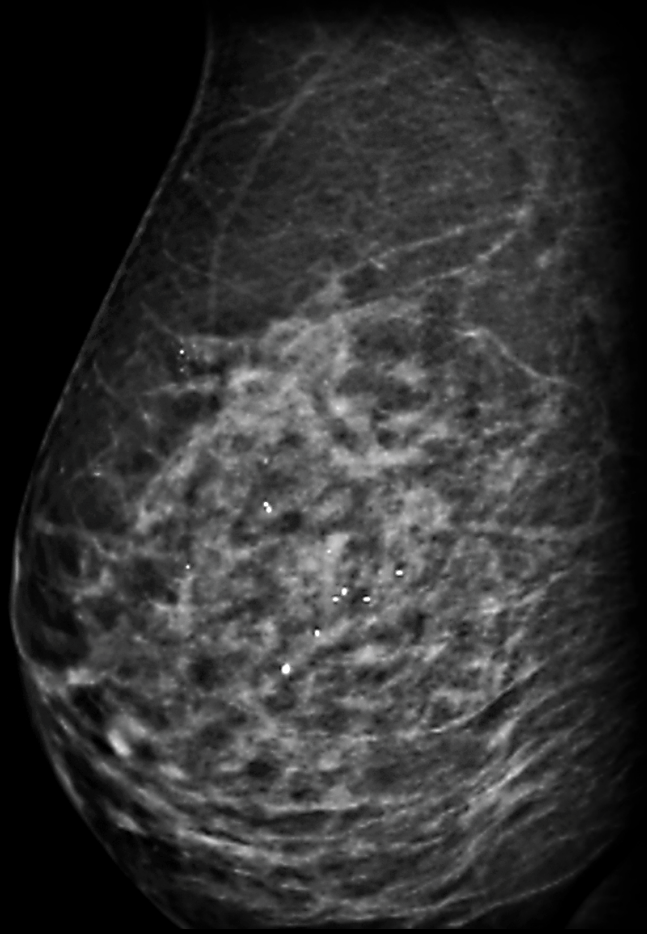
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ
Δημ.Στρογγύλη 21, Αγ.Ιωάννης
551 33 Καλαμαριά, Θεσ/κη
Τηλ: 2310-452936,2310-452998
Fax: 2310452893
e-mail: admin@protoncy.gr

MAMMOMAT Revelation

What's new with VC20?

With 50° Wide-Angle Tomosynthesis Superior by design.

siemens-healthineers.com/mammomat-revelation





What's new?

Designed for superior cancer detection[1,2]
Realize the full potential of tomo with 50°

Designed for personalized care
Embrace the uniqueness of every woman

Designed for cost-effectiveness
Experience efficiency in every step

1 Compared to FFDM; PMA P140011/S001 & P140011/S003; Georgian et al. (2019): Can Digital Breast Tomosynthesis Replace Full-Field Digital Mammography? A Multireader, Multicase Study of Wide-Angle Tomosynthesis. AJR 2019, pp. 1-7. doi.org/10.2214/AJR.18.20294.

2 Compared to FFDM; Zackrisson S, Lång K, Rosso A, Johnson K, Dustler M,Förnvik D et al. (2018) One-view breast tomosynthesis versus two-view mammography in the Malmö Breast Tomosynthesis Screening Trial (MBTST): A prospective, populationbased, diagnostic accuracy study. The Lancet Oncology. doi:10.1016/S1470-2045(18)30521-7

SIEMENS Healthineers