

Rea!ady

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ



ΑΦΙΕΡΩΜΑ

**ΣΤΗΝ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ
Η ΖΩΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ**

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

ΚΑΤΑ ΤΟΥ COVID-19

ΜΥΘΟΙ & ΑΛΗΘΕΙΕΣ



Δέκα χρόνια αληθινή φροντίδα για τον άνθρωπο.

Δέκα χρόνια τώρα εξελισσόμαστε, επενδύουμε σε κορυφαίο ιατρικό προσωπικό, στις πιο σύγχρονες υπηρεσίες και προϊόντα, στην καινοτομία, σε νέους τομείς δράσης, σε επέκταση των εγκαταστάσεών μας. Δέκα χρόνια τώρα κάνουμε τα πάντα για να βρισκόμαστε δίπλα σε κάθε ασθενή, γυναίκα, μητέρα, με αληθινό αίσθημα ευθύνης, αληθινό ενδιαφέρον, αληθινή φροντίδα.



Λ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17, 175 64 Π. Φάληρο
Τ 2109495000 | info@reamaternity.gr | www.reamaternity.gr



reamaternity



rea_maternity



reamaternity



reamaternity

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

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

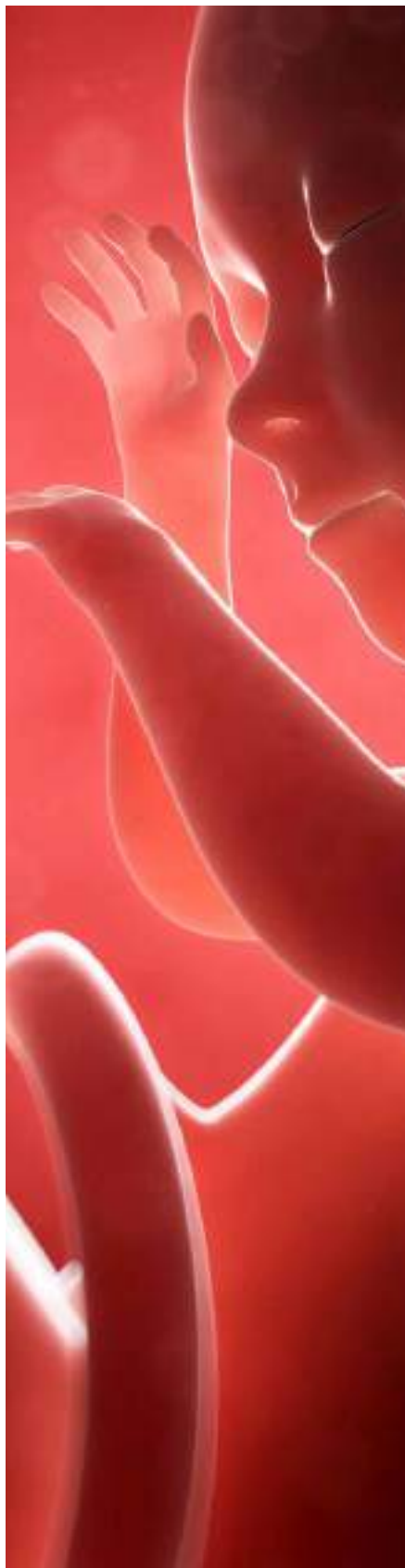
Intelligent Media Ε.Π.Ε.
Τ: 210 6856820

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



EDITORIAL

Με την ολοκλήρωση των 10 ετών λειτουργίας της Κλινικής ΡΕΑ, παρουσιάζουμε στο παρόν τεύχος ένα μεγάλο αφιέρωμα στην Εμβρυομνηστική Ιατρική και τη Ζωή μέσα στη Μήτρα, την απαρχή της ανθρώπινης δημιουργίας, ένα πραγματικό θαύμα!

Από το πρώτο κύτταρο στην τροφοβλάστη, στη δημιουργία του εμβρύου, στο πρώτο καρδιοχτύπι, στην αυχενική διαφάνεια και τα τρισδιάστατα υπερηχογραφήματα, μέχρι τη γέννηση, είμαστε παρόντες και έχουμε την τιμή να παρακολουθούμε με μεγάλο θαυμασμό τη μοναδικότητα της Δημιουργίας. Γινόμαστε προέκταση των οικογενειών που μας εμπιστεύονται και στήριγμά τους. Γινόμαστε σημείο αναφοράς, αναπόσπαστο κομμάτι των πιο συναρπαστικών αναμνήσεών τους, γινόμαστε σπίτι τους.

Κοιτάζοντας μπροστά, στην επόμενη δεκαετία, περιμένουμε ακόμη περισσότερα επιτεύγματα στην περιγεννητική, στη μαιευτική και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, όσον αφορά το επιστημονικό πλαίσιο. Δεσμευόμαστε να πρεσβεύουμε με τιμή τις ανθρώπινες αξίες και να προσφέρουμε τον καλύτερο εαυτό μας. Περιμένουμε επίσης σπουδαίες ανακαλύψεις από τη νέα γενιά, από αυτά τα παιδιά που είχαμε την τύχη να φέρουμε στη ζωή και να αγκαλιάσουμε πρώτοι.

Θα είμαστε πάντα εκεί και θα στεκόμαστε πρώτοι.

Κλινική ΡΕΑ 

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΤΕΥΧΟΥΣ & 10 ΧΡΟΝΙΑ ΡΕΑ

- 8** Πώς αναπτύσσεται το μωρό μέσα στη μήτρα
- 12** Αυχενική διαφάνεια. Το σημείο αναφοράς του προγεννητικού ελέγχου α' τριμήνου.
- 16** Υπερηχογράφημα Καρδιάς εμβρύου
- 20** Υπερηχογράφημα Β' επιπέδου
- 24** Η ζωή μέσα στη μήτρα: το πρώτο μας σχολείο σε αυτή τη ζωή



ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ & ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

- 30** Η ανάπτυξη ενός εμβρύου στο εργαστήριο! Ένα μαγικό ταξίδι 5 ημερών...

ΠΑΙΔΙ

- 34** Φροντίδα του μωρού. Συχνές ερωτήσεις & οι απαντήσεις τους
- 38** Η επίδραση της διαίτας της εγκύου στην ανάπτυξη αλλεργικών παθήσεων των παιδιών

ΓΥΝΑΙΚΑ & ΥΓΕΙΑ

- 40** Ενδομητρίτιδα και γονιμότητα
- 42** Εμβολιασμός κατά του COVID-19 στην κύηση και την αναπαραγωγή! Μύθοι και αλήθειες!
- 44** Δερματοπάθειες στην κύηση

ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- 48** Tips για το μαστό που πρέπει να γνωρίζεις!
- 50** Η εξέλιξη της χειρουργικής στον καρκίνο του μαστού μέχρι την πιθανή κατάργησης της. Από την μαστεκτομή στην εποχή της ελάχιστης χειρουργικής επέμβασης
- 52** Η διατροφή κατά τη διάρκεια της θεραπείας μετά από καρκίνο μαστού

ΥΓΕΙΑ

- 56** Λιθίαση ουροποιητικού συστήματος
- 60** Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών
- 62** Οστεοπόρωση & παροδική οστεοπόρωση
- 66** Θρομβώσεις & φλεβική θρομβοεμβολική νόσος
- 68** Αιμορροΐδες & κύστη κόκκυγος

ΕΥ ΖΗΝ

- 70** Μαγειρική: Ντοματόσουπα με κριθαράκι και τυρί φέτα

ΝΕΑ ΤΗΣ ΡΕΑ

- 72** Παγκόσμια ημέρα εθελοντή δότη μυελού των οστών
- 73** Συμπλήρωσε το κομμάτι που λείπει
- 74** NN Hellas, Κλινική ΡΕΑ και Ευρωκλινική Παίδων: Μαζί για τη φροντίδα των νεογέννητων
- 75** Παγκόσμια εβδομάδα μητρικού θηλασμού
- 75** Επιστημονικό πρόγραμμα 2021-22
- 76** Καμπάνια Ενημέρωσης για την Ψηλάφηση του Στήθους & Πρόληψης του Καρκίνου του Μαστού
- 77** Εφαρμογή Scan & Save

ΤΜΗΜΑΤΑ ΡΕΑ

- 78** Ιατρείο Οστεοπόρωσης

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.

*Περιέχει χαμηλό ποσοστό σε οξύδιο του ψευδαργύρου.

Με την εμπιστοσύνη
Φαρμακοποιών
& Παιδιάτρων

www.frezyderm.gr



YouTube



Frezyderm Baby

Η ΡΕΑ γιορτάζει 10 χρόνια Αληθινής Φροντίδας

Βοηθήσαμε να έρθουν στον κόσμο περισσότερες από εβδομήντα χιλιάδες νέες ζωές. Σταθήκαμε δίπλα σε περισσότερους από ένα εκατομμύριο ασθενείς. Συνεχίζουμε να εξελισσόμαστε για να προσφέρουμε Αληθινή Φροντίδα σε κάθε άνθρωπο. Η Κλινική ΡΕΑ γιορτάζει τα πρώτα δέκα χρόνια λειτουργίας, κοιτάζοντας στο μέλλον.

Με πολύτιμη παρακαταθήκη τη δραστηριότητά της στη Μαιευτική Γυναικολογία, με τη συνεργασία περισσότερων από 1.500 μαιευτήρων και ιατρών όλων των ειδικοτήτων και πάνω από 600 εργαζόμενους, η ΡΕΑ έχει ήδη μπει σε μια νέα εποχή, ακολουθώντας το όραμα των ιατρών ιδρυτών της για μια Κλινική σημείο αναφοράς στον χώρο της ιδιωτικής υγείας.

Η προσφορά μας δεν ολοκληρώνεται με τον τοκετό. Η ΡΕΑ μετά την απόκτηση άδειας Γενικής Κλινικής, παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας για όλους, επενδύοντας σε κορυφαίο ιατρικό προσωπικό, σε τελευταίας τεχνολογίας εξοπλισμό και στις πιο σύγχρονες υποδομές.

Ο εκσυγχρονισμός της ΡΕΑ είναι διαρκής, όπως και η επέκτασή της σε νέους τομείς: Η λειτουργία εξωτερικών ιατρείων, που καλύπτουν όλες τις ανάγκες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, εξειδικευμένων μονάδων, όπως της Ογκολογικής Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας και ενός υπερσύγχρονου γαστρεντερολογικού και ενδοσκοπικού τμήματος.

Στο τμήμα Γενικής Χειρουργικής της ΡΕΑ πραγματοποιείται σχεδόν το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων από έμπειρους χειρουργούς, με τη συνδρομή των πλέον προηγμένων ιατρικών τεχνολογιών.

Η ΡΕΑ ήταν η πρώτη ιδιωτική Γυναικολογική Κλινική της χώρας που εγκατέστησε τεχνολογία απεικόνισης, που ανιχνεύει με ακρίβεια, περιοχές ενδιαφέροντος για τον/την χειρουργό.

Εγκαταστήσαμε πρώτοι, τεχνολογίες Τρισδιάστατης (3D) Όρασης και απεικόνισης Υψηλής Ανάλυσης (4K), δημιουργώντας από τα πιο σύγχρονα λαπαροσκοπικά χειρουργεία παγκοσμίως, αυξάνοντας σημαντικά την ακρίβεια των επεμβάσεων, ελαχιστοποιώντας το χρόνο διάρκειάς τους, και μειώνοντας το χρόνο νοσηλείας.

Η θεραπεία ξεκινά από τη σωστή διάγνωση, γι' αυτό η ΡΕΑ αποτελεί κέντρο αναφοράς στην Ευρώπη για τη ρομποτική αυτοματοποίηση των εργαστηρίων της, που εκμηδενίζει τις πιθανότητες λανθασμένων αποτελεσμάτων.

Με κληρονομιά την εμπειρία των δέκα ετών, η ΡΕΑ απαντά με βεβαιότητα και με ασφάλεια σε όλο το φάσμα των αναγκών κάθε γυναίκας και κάθε οικογένειας. Σε αυτό το πλαίσιο, λειτουργεί, από το 2012, Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, βοηθώντας χιλιάδες ζευγάρια να κάνουν πραγματικότητα το όνειρό τους και πλέον με την προσθήκη τεχνητής νοημοσύνης μεγιστοποιεί τις πιθανότητες γονιμοποίησης.

Στο πλαίσιο του ολοκληρωμένου προγράμματός της «Κοινωνική Υπευθυνότητα», η Κλινική ΡΕΑ έχει αναπτύξει πληθώρα ενεργειών, όπως η συνεργασία με τον Σύλλογο Όραμα Ελπίδας, ενισχύοντας σημαντικά την Τράπεζα Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών και την ελπίδα για

“ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΑ ΤΗΝ
ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ,
Η ΡΕΑ ΑΠΑΝΤΑ ΜΕ ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ
ΚΑΙ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΟΛΟ
ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ
ΚΑΘΕ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΚΑΘΕ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.”



χιλιάδες συνανθρώπους μας που αναζητούν συμβατούς δότες. Η ΡΕΑ, δεν θα μπορούσε να μην αφουγκράζεται την ανάγκη προστασίας του περιβάλλοντος. Αν και οι υπηρεσίες της διευρύνθηκαν σημαντικά, οι επενδύσεις για εξοικονόμηση ενέργειας και οι περιβαλλοντικές πρακτικές που έχει υιοθετήσει οδήγησαν σε μείωση της κατανάλωσης ηλεκτρικής ενέργειας κατά 10% και του φυσικού αερίου κατά 16%.

Το γεγονός πως η ΡΕΑ αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παρόχους υγείας παγκοσμίως, αποδεικνύεται από την ένταξή της στη λίστα με τα Καλύτερα Νοσοκομεία στον κόσμο καθώς και από τη διάκριση, Preferred Partner Hospital, που έχει λάβει από το Διπλωματικό Συμβούλιο του ΟΗΕ. Η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών της επιβεβαιώνεται κάθε χρόνο, με επιθεωρήσεις σε όλα τα Συστήματα Ποιότητας ISO που εφαρμόζει, από τον Διεθνή αναγνωρισμένο και αξιόπιστο φορέα πιστοποίησης

Swiss Approval.

Η επιτυχημένη πορεία της Κλινικής ΡΕΑ, αποτυπώνεται και στα υγιή οικονομικά της μεγέθη, που παρουσιάζουν σταθερή κερδοφορία τα τελευταία χρόνια. Το 2020 έκλεισε με κύκλο εργασιών 30,53 εκατ. ευρώ και κέρδη EBITDA 6,48 εκατ. ευρώ, ενώ το 2021 αναμένεται να κλείσει με κύκλο εργασιών 35 εκατ. ευρώ και κέρδη EBITDA 9 εκατ. ευρώ, αυξημένα κατά 14,6% και 38,9% αντίστοιχα.

Δέκα χρόνια τώρα, από το πρώτο κλάμα νεογέννητου που ακούστηκε στις αίθουσες τοκετού μέχρι και σήμερα, η Κλινική ΡΕΑ λειτουργεί με ευαισθησία και σεβασμό για κάθε ασθενή, με αληθινό αίσθημα ευθύνης, αληθινό ενδιαφέρον, αληθινή φροντίδα. Τα πρώτα δέκα χρόνια είναι μόνο η αρχή. ■■

ΠΩΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΤΑΙ ΤΟ ΜΩΡΟ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ

Γράφει η Σταυρούλα Γεωργακίλα

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής Κλινικής ΡΕΑ



Το πρώτο ραντεβού στο γυναικολόγο έρχεται λίγες εβδομάδες μετά το θετικό τεστ εγκυμοσύνης! Είναι η στιγμή, όπου οι γονείς θα ακούσουν την καρδιά του μωρού τους να χτυπάει για πρώτη φορά. Η καρδιά του εμβρύου αρχίζει να χτυπάει από την 21η ημέρα της ζωής του όταν το έμβρυο δεν είναι καν ορατό υπερηχογραφικά!

6^η – 14^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Στην **6η με 7η εβδομάδα** κύησης το έμβρυο έχει μήκος 6-15mm μεγαλώνοντας κατά 1mm την ημέρα και ήδη έχει ξεκινήσει η οργανογένεση από την 3η εβδομάδα. Τα όργανα που σχηματίζονται βρίσκονται στην αρχέγονη μορφή τους και είναι μια πολύ καθοριστική περίοδος για την εξέλιξή τους. Από την αρχή της **9ης μέχρι τη 12η εβδομάδα**, το μήκος του εμβρύου αυξάνεται εντυπωσιακά φτάνοντας από 30mm σε 64mm. Αρχικά το κεφάλι είναι στρογγυλό και αποτελεί το μισό του μήκους του εμβρύου, εικόνα που συχνά παραξενεύει τους γονείς αλλά είναι απολύτως φυσιολογική. Η αναλογία αυτή μικραίνει προοδευτικά γιατί το κεφάλι μεγαλώνει με μικρότερο ρυθμό ανάπτυξης από αυτόν του υπόλοιπου σώματος. Τα μάτια έχουν σχηματιστεί αλλά είναι κλειστά και απομακρυσμένα μεταξύ τους, σα να είναι στα πλάγια και τα αυτιά βρίσκονται ακόμα χαμηλά.

Στην **10η εβδομάδα** αρχίζει η ανάπτυξη των νυχιών στα δάχτυλα των χεριών. Τα γεννητικά όργανα έχουν εμφανιστεί αλλά δεν ξεχωρίζουν ακόμα ως αρσενικά ή θηλυκά. Το έμβρυο εμφανίζει φυσιολογική ομφαλοκήλη. Αυτό σημαίνει ότι οι εντερικές έλικες βρίσκονται ακόμα μέσα στο άκρο του ομφάλιου λώρου που προσφύεται στην κοιλιά του εμβρύου αλλά στην **11η εβδομάδα** έχουν συνήθως επιστρέψει στην κοιλιά. Στο τέλος της **12ης εβδομάδας** τα άνω άκρα έχουν φτάσει σχεδόν στο τελικό σχετικό μήκος τους αλλά τα κάτω άκρα υπολείπονται ακόμη.

Ορισμένα όργανα αλλάζουν ρόλο κατά τη διάρκεια της κύησης. Στην αρχή της 9ης εβδομάδας το ήπαρ είναι η μείζων περιοχή ερυθροποίησης αλλά με το τέλος της 12ης εβδομάδας αυτή η δραστηριότητα έχει ελαττωθεί στο ήπαρ και έχει αρχίσει στο σπλήνα.

Το έμβρυο αρχίζει να κινείται, καθώς αναπτύσσεται το μυϊκό σύστημά του αλλά οι κινήσεις αυτές δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτές από τη μητέρα. Μπορούν όμως να απεικονιστούν στη διάρκεια του υπερηχογραφήματος.

Την **14η εβδομάδα** αρχίζει η ανάπτυξη των νυχιών στα δάχτυλα των ποδιών και την ίδια εβδομάδα διακρίνεται το φύλο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Είναι επομένως δυνατό να μάθουν οι γονείς, εάν επιθυμούν, αν περιμένουν αγόρι ή κορίτσι!

15^η – 27^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Ο ρυθμός ανάπτυξης αυξάνεται πολύ μέχρι την **16η εβδομάδα**. Το κεφάλι φαίνεται τώρα πιο μικρό συγκριτικά με αυτό της 12ης εβδομάδας και τα κάτω άκρα έχουν αρχίσει να μακραίνουν. Οι γονείς πια αναγνωρίζουν στο έμβρυο στη 16η εβδομάδα μια πιο ανθρώπινη μορφή επειδή τα μάτια έχουν έρθει περισσότερο προς τα εμπρός και τα αυτιά επίσης είναι κοντά στην τελική τους θέση.

Από την **17η εβδομάδα** ο ρυθμός ανάπτυξης του εμβρύου επιβραδύνεται σε σύγκριση με τις προηγούμενες εβδομάδες. Οι εμβρυϊκές κινήσεις είναι πιο δυνατές και πιθανώς να αρχίσουν να γίνονται αντιληπτές από την μητέρα ως σκιρτήματα. Οι γυναίκες που διανύουν την πρώτη εγκυμοσύνη τους μπορεί να αντιληφθούν τις κινήσεις μερικές εβδομάδες αργότερα και δεν πρέπει να αγχώνονται από το γεγονός αυτό.

Από την **18η εβδομάδα** το δέρμα καλύπτεται από το σμήγμα που έχει προστατευτικό ρόλο από τη συνεχή έκθεση στο αμνιακό υγρό. Είναι ένα λευκωπό υλικό που αποτελείται από ένα μείγμα λιπώδους έκκρισης από τους εμβρυϊκούς σμηγματογόνους αδένες και εκφυλισμένων κυττάρων της επιδερμίδας.

Στις **20 εβδομάδες** ένα λεπτό χνούδι καλύπτει το έμβρυο που μπορεί να έχει ρόλο στη συγκράτηση του σμήγματος στο δέρμα. Στο τέλος της 20ης εβδομάδας διακρίνονται οι βλεφαρίδες και το τρίχωμα του κεφαλιού.

Από την **21η εβδομάδα** το έμβρυο αρχίζει ουσιαστικά να αυξάνεται σε βάρος και το σώμα του έχει

καλύτερες αναλογίες. Αρχίζει να αντιδρά σε ήχους, επομένως οι γονείς μπορούν να μιλούν στο μωρό τους γιατί ακούει τις φωνές τους. Η φωνή της μαμάς του είναι πιο ευδιάκριτη, καθώς αντηχεί μέσα από το σώμα της. Οι υπόλοιποι ήχοι φτάνουν ως υπόκωφοι. Μέχρι την 25η εβδομάδα τα κυψελιδικά κύτταρα του πνεύμονα έχουν αρχίσει να παράγουν επιφανειοδραστικό παράγοντα και μολονότι όλα τα όργανα είναι καλά ανεπτυγμένα το αναπνευστικό σύστημα παραμένει ανώριμο.

Στην **24η εβδομάδα** φαίνονται τα νύχια στα δάχτυλα των χεριών, στην 26η εβδομάδα τα μάτια αρχίζουν να ανοίγουν και στην 28η είναι ορθάνοιχτα. Η ερυθροποίηση στο σπλήνα τελειώνει την 28η εβδομάδα και ο μυελός είναι πλέον η μείζων περιοχή ερυθροποίησης.

28^Η - 37^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Στα άρρενα έμβρυα οι όρχεις κατεβαίνουν στο όσχεο την **28η με 32η εβδομάδα**. Στην 30η εβδομάδα το έμβρυο αντιδρά στο φως και στην ίδια εβδομάδα φαίνονται και τα νύχια στα δάχτυλα των ποδιών.

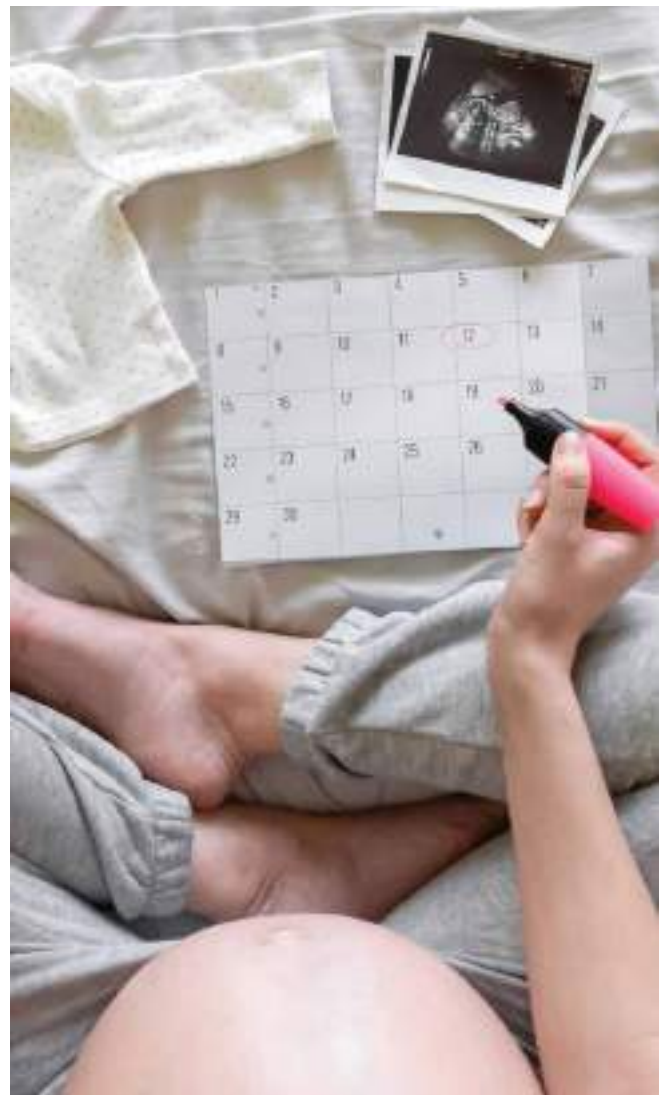
Στην **34η εβδομάδα** το δέρμα είναι ροζ και λείο, στην 35η το έμβρυο μπορεί να προσανατολιστεί αυτόματα στο φως και στην 36η σχεδόν όλο το χνούδι που κάλυπτε το δέρμα του έχει πέσει. Το κεφάλι έχει το ίδιο μέγεθος με την κοιλιά ενώ στη γέννηση η περίμετρος της κοιλιάς είναι μεγαλύτερη.

38^Η - 40^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Το μωρό είναι έτοιμο να γεννηθεί! Αρκετά όργανα δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως κατά τον τοκετό. Οι πνεύμονες, οι νεφροί και ο εγκέφαλος συνεχίζουν να εξελίσσονται. Το αναπαραγωγικό σύστημα θα συμπληρώσει την πλήρη ανάπτυξή του πριν την ήβη.

Αυτές είναι οι 40 εβδομάδες της εγκυμοσύνης, γεμάτες από εντυπωσιακές εξελίξεις στα όργανα του εμβρύου και στην ανάπτυξή του, ξεκινώντας από ένα κύτταρο για να φτάσει στον τοκετό κατά μέσο όρο τα 3.500 γραμμάρια! ■

“ΑΥΤΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ 40 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, ΓΕΜΑΤΕΣ ΑΠΟ ΕΝΤΥΠΩΣΙΑΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ, ΞΕΚΙΝΩΝΤΑΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΥΤΤΑΡΟ ΓΙΑ ΝΑ ΦΤΑΣΕΙ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΑ 3.500 ΓΡΑΜΜΑΡΙΑ!”



SiderAL[®] Folico

Σίδηρος
Φυλλικό οξύ
Βιταμίνες C, D, B₁₂, B₆

Γερή μαμά, γερό μωρό!

Οι απαιτήσεις σε σίδηρο αυξάνουν πολύ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως και εκείνες του φυλλικού οξέος. Η αντιμετώπιση είναι απλή: σωστή διατροφή και χορήγηση σιδήρου 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

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 ανεπιθυμητών ενεργειών
- Ένας φακελίσκος οποιαδήποτε ώρα της ημέρας με γεμάτο ή άδειο στομάχι



Ευχάριστη γεύση



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

ΔΕΝ ΠΕΡΙΕΧΕΙ
ΓΛΟΥΤΕΝΗ

ΔΙΠΛΩΜΑ
ΕΥΡΕΣΙΤΕΧΝΙΑΣ

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

WinMedica
Serving Health for Life

n. WO 2014/009806

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

Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διαίτης. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Μην 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.

ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ

Το σημείο αναφοράς του προγεννητικού ελέγχου α' τριμήνου

Γράφει η Μελίνα Φωκιαλάκη

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής της Κλινικής ΡΕΑ



Η σκέψη κάθε μέλλουσας μαμάς είναι να φέρει στον κόσμο ένα υγιές μωράκι. Η ιατρική στην εποχή μας μπορεί να δώσει εγκαίρως πληροφορίες για την υγεία του εμβρύου. Η μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας είναι η πρώτη υπερηχογραφική εξέταση στην οποία υποβάλλεται κάθε έγκυος, στο πλαίσιο του προγεννητικού ελέγχου.

Το 1866 ο Langdon Down ανέφερε ότι άτομα με τρισωμία 21 (σύνδρομο Down) φέρουν πάχυνση του αυχένα, μικρή μύτη και πρόσωπο επίπεδο. Περίπου το 75% των εμβρύων με τρισωμία 21 έχουν αυξημένο πάχος αυχενικής διαφάνειας και στο 60 - 70% απουσιάζει το ρινικό οστό.

Η αυχενική διαφάνεια είναι το υποδόριο υγρό στον αυχένα του εμβρύου κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Όλα τα έμβρυα έχουν υγρό στον αυχένα, αλλά αυτά που πάσχουν, έχουν συνήθως περισσότερο. Ο καθηγητής Κύπρος Νικολαΐδης για πρώτη φορά το 1992 περιέγραψε την αύξηση του υγρού στον αυχένα του εμβρύου σε σχέση με το σύνδρομο Down. Η πρώτη δημοσίευση έγινε από τον ίδιο το 1995 και από τότε καθιερώθηκε ως υπερηχογραφικός δείκτης πρώτου τριμήνου για την ανίχνευση τρισωμίας 21, 18 και 13.

Το 2006 επιβεβαιώθηκε η σχέση αυξημένης αυχενικής διαφάνειας και χρωμοσωμιακών ανωμαλιών και μάλιστα η κατανομή της αυχενικής διαφάνειας (NT) ήταν διαφορετική για κάθε τύπο ανωμαλίας.

Έτσι σε έμβρυα με τρισωμία 21 το πάχος της NT ήταν έως και 4,5mm, σε έμβρυα με τρισωμία 18 ήταν μεταξύ 4,5 και 8,5mm και σε έμβρυα με τρισωμία 13 ήταν πάνω από 8,5mm.

Η αυχενική διαφάνεια αποτελεί προγνωστική εξέταση και όχι διαγνωστική. Η αμνιοπαρακέντηση και η λήψη τροφοβλάστης αποτελούν τον επεμβατικό έλεγχο με τον οποίο μπορεί να γίνει διάγνωση, εάν το έμβρυο έχει κάποια χρωμοσωμική ή γονιδιακή ανωμαλία. Ωστόσο οι επεμβατικές αυτές μέθοδοι έχουν κίνδυνο αποβολής μέχρι και 1%.

Η μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας γίνεται μεταξύ 11 εβδομάδων και 3 ημερών (CRL 45mm) και 13 εβδομάδων και 6 ημερών (CRL 84mm). Για να είναι έγκυρη η μέτρηση, πρέπει να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια τα οποία εξέδωσε το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Υπερηχογραφίας (2007):

- Το έμβρυο πρέπει να βρίσκεται σε ουδέτερη θέση (όχι σε έκταση ή κάμψη).
- Η αμνιακή μεμβράνη του σάκου να ξεχωρίζει από την επιφάνεια του δέρματος του εμβρύου.
- Η μεγέθυνση της εικόνας πρέπει να είναι τέτοια ώστε να οριοθετείται από το κεφάλι, τον αυχένα και το ανώτερο τμήμα του θώρακα του εμβρύου.
- Οι παχυμετρικοί δείκτες πρέπει να τοποθετούνται κάθετα στον επιμήκη άξονα του εμβρύου και στα έσω όρια της αυχενικής διαφάνειας.

ΕΙΚΟΝΑ 1. Έμβρυο με υποδόρια συλλογή υγρού στον αυχένα.



ΕΙΚΟΝΑ 2. Υπερηχογραφική εικόνα εμβρύου 12 εβδομάδων με τρισωμία 21, με αυξημένη αυχενική διαφάνεια και απουσία ρινικού ιστού.



- Η μέτρηση γίνεται στο παχύτερο διάστημα και σε περίπτωση περιτύλιξης με το ομφάλιο λώρο, λαμβάνονται δυο μετρήσεις πάνω και κάτω από αυτήν και επιλέγεται ο μέσος όρος τους.

“ Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΤΡΙΣΩΜΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΑΚΡΙΒΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΘΕΙ ΔΙΕΘΝΩΣ. ”

Η εμβρυική αυχενική διαφάνεια αυξάνει με την ηλικία της κύησης. Μια υπερεκτίμηση στην μέτρηση της θα οδηγούσε σε αυξημένο ψευδώς θετικό ποσοστό, ενώ μια υποεκτίμηση σε χαμηλότερο ποσοστό ανίχνευσης. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η τιμή της αυχενικής διαφάνειας αναφέρεται ως αυξημένη όταν ξεπερνά την 95η εκατοστιαία θέση ή αλλιώς τα 2,5mm. Η συσχέτιση της αυξημένης αυχενικής διαφάνειας με δυσμενή έκβαση της κύησης έχει επιβεβαιωθεί. Ο κίνδυνος αυξάνεται εκθετικά όσο αυξάνεται η τιμή της.

Σκοπός της εξέτασης είναι:

- Να επιβεβαιωθεί η βιωσιμότητα του εμβρύου.
- Να προσδιοριστεί η ηλικία της κύησης μετρώντας το κεφαλουραίο μήκος του εμβρύου (CRL) και η πιθανή ημερομηνία τοκετού.
- Να διαγνωστεί η πολύδυμη κύηση και να προσδιοριστεί η χοριονικότητα.
- Να ανιχνευτούν ορισμένες μείζονες ανωμαλίες.
- Να μετρηθεί η αυχενική διαφάνεια ώστε να υπολογιστεί η πιθανότητα για τις τρισωμίες 21, 18 και 13. Στον υπολογισμό ακόμα λαμβάνονται υπόψη η ηλικία της γυναίκας, το ιστορικό της προηγούμενης κύησης, αν υπάρχει το ρινικό οστό, η ροή στην τριγωνίνα βαλβίδα και τον φλεβώδη πόρο και η ύπαρξη ή μη εμβρυικών ανωμαλιών.
- Να υπολογιστεί ο κίνδυνος για πρόωρο τοκετό μετρώντας το μήκος του τραχήλου της μήτρας.

- Να εκτιμηθεί η πιθανότητα για προεκλαμψία και υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου με τη χρήση των doppler μετρώντας την ροή του αίματος στις μητρίαίες αρτηρίες. Είναι πιθανό να μπορεί να δοθεί μια εκτίμηση για το φύλο του εμβρύου.

Τα παραπάνω ευρήματα συνδυάζονται με τη μέτρηση δυο ορμονών στο αίμα της μητέρας (PAPP-A, β-hCG) και έτσι μπορούμε να προβλέψουμε τουλάχιστον τα 9 στα 10 παιδιά που πάσχουν από το σύνδρομο Down (ευαισθησία 95%). Σε κύσεις με τρισωμία 21 συνήθως η β' χοριακή γοναδοτροπίνη είναι αυξημένη σε σχέση με τις φυσιολογικές κύσεις, ενώ η PAPP-A είναι χαμηλή. Στις τρισωμίες 18-13 και οι δυο ορμόνες είναι ελαττωμένες.

Οι ερευνητές (2006) κατέληξαν ότι για μέτρηση αυχενικής διαφάνειας πάνω από 3.0mm υπάρχει ελάχιστο όφελος για την αναμονή των αποτελεσμάτων του ορού (PAPP-A, β-hCG) και κανένα όφελος για μέτρηση πάνω από 4mm.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, προσφέρεται επεμβατική διαγνωστική εξέταση (λήψη τροφοβλάστης ή αμνιοπαρακέντηση) εάν η πιθανότητα για την τρισωμία 21, 18 και 13 είναι 1 στα 300 ή μεγαλύτερη.

Τα έμβρυα με αυξημένη αυχενική διαφάνεια και φυσιολογικά χρωμοσώματα είναι συνήθως φυσιολογικά, έχουν όμως μεγαλύτερη πιθανότητα για καρδιόπαθειες και γενετικά σύνδρομα.

Η εξέταση της αυχενικής διαφάνειας για τη διάγνωση των τρισωμιών είναι αρκετά ακριβής και τα αποτελέσματα της έχουν επιβεβαιωθεί διεθνώς. Η αυχενική διαφάνεια πραγματοποιείται από εξειδικευμένους ιατρούς που είναι πιστοποιημένοι από το διεθνή οργανισμό Fetal Medicine Foundation (FMF), ο οποίος ελέγχει ετησίως τα αποτελέσματα των ιατρών ώστε να διατηρείται υψηλό το επίπεδο.

Το Τμήμα της Εμβρυομνητρικής Ιατρικής της Κλινικής ΡΕΑ στελεχώνεται από ιατρούς που διαθέτουν τα απαραίτητα πιστοποιητικά, ώστε να μπορούν να διαγνώσουν και να διαχειριστούν τυχόν ανωμαλίες που ανιχνεύονται. ■



e-pipila.gr
Lactakit.gr

Βρεφικά είδη
Ενοικιάσεις συσκευών



Περισσότερα από
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 χρησιμο-
ποιήσετε σωστά, έτσι ώστε να επι-
τευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Μην ξεχνάτε ότι:
Το καλύτερο θήλαστρο είναι το μωρό σας.
Θέλετε Βοήθεια στο Θηλασμό;
Ενημερωθείτε ➡



ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ



www.e-pipila.gr

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

Γράφει η **Βικτώρια Α. Πολυδώρου MD, PhD**

Ειδικός Καρδιολόγος - Εμβρυοκαρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Εμβρυομνητρικής Ιατρικής Κλινικής ΡΕΑ,
Επιστημονικός Συνεργάτης Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου

Η καρδιά του εμβρύου ξεκινά να σχηματίζεται στο μέσο της 3ης εβδομάδας της κύησης (18 ημέρες μετά τη γονιμοποίηση). Μόλις 3 εβδομάδες +1 ημέρα μετά τη γονιμοποίηση η καρδιά του εμβρύου αρχίζει να χτυπά και θα συνεχίσει να χτυπά για όλη την υπόλοιπη ζωή του, αποτελώντας την αντλία με τη δύναμη της οποίας κυκλοφορεί το αίμα στο σώμα.

Τι είναι το υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου;

Με το υπερηχογράφημα καρδιάς του εμβρύου γίνεται η διάγνωση τυχόν καρδιακών ανωμαλιών (συγγενείς καρδιοπάθειες) σε μωρά πριν ακόμα αυτά γεννηθούν.

Το υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου είναι η εξειδικευμένη λεπτομερής εξέταση της εμβρυικής καρδιάς με υπερήχους, που στοχεύει στην προγεννητική διάγνωση καρδιακών ανωμαλιών. Κατά το υπερηχογράφημα καρδιάς του εμβρύου εξετάζεται η δομή (εάν δηλαδή η καρδιά έχει σχηματιστεί φυσιολογικά)

και η λειτουργία της εμβρυικής καρδιάς, συμπεριλαμβανομένων των αιματικών ροών και κύριων αγγειακών συνδέσεων της καρδιάς, καθώς και του καρδιακού ρυθμού. Η διαδικασία της εξέτασης είναι παρόμοια με τα άλλα υπερηχογραφήματα που γίνονται κατά τη διάρκεια της κύησης.

**3 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
+1 ΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑ
ΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ
Η ΚΑΡΔΙΑ ΤΟΥ
ΕΜΒΡΥΟΥ ΑΡΧΙΖΕΙ
ΝΑ ΧΤΥΠΑ.**

Πόσο συχνές είναι οι καρδιακές ανωμαλίες στα παιδιά;

Σε περίπου 8 στις 1.000 φυσιολογικές κυήσεις η καρδιά δεν σχηματίζεται απολύτως σωστά κατά τη δημιουργία της στην ενδομήτριο ζωή. Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων αυτό είναι ένα τυχαίο γεγονός. Περίπου στις μισές περιπτώσεις οι καρδιακές ανωμαλίες είναι ελάσσονες και είτε δεν χρειάζονται θεραπεία,

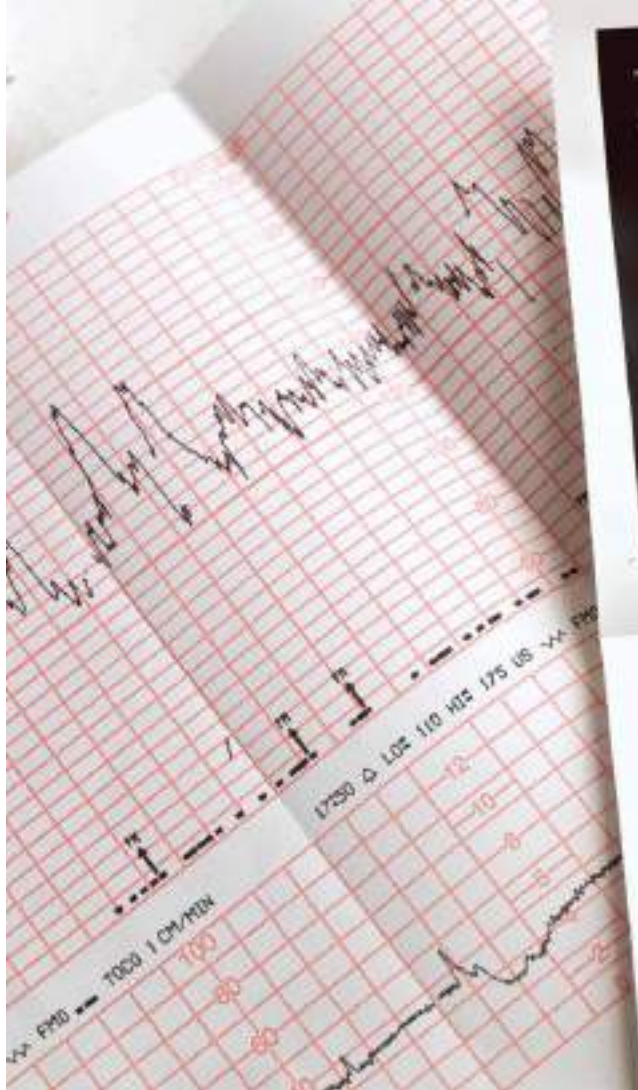
είτε μπορούν να διορθωθούν επιτυχώς χειρουργικά. Περίπου 3 στις 1.000 κυήσεις ωστόσο, ή 3 στα 8 παιδιά που γεννιούνται με καρδιοπάθεια, έχουν πολύ σοβαρά προβλήματα στο πώς σχηματίστηκε η καρδιά, κάποια από τα οποία σχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση για το παιδί. Σήμερα με το υπερηχογράφημα καρδιάς του εμβρύου υπάρχει η δυνατότητα να διαγνώσουμε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τις περισσότερες από αυτές τις σοβαρές καρδιακές ανωμαλίες.

Πότε γίνεται το υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου;

Η εξέταση συνήθως γίνεται γύρω στην 20^η εβδομάδα της κύησης (18^η - 22^η εβδομάδα κύησης). Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ο γυναικολόγος σας μπορεί να σας παραπέμψει νωρίτερα, μεταξύ 14-16 εβδομάδες κύησης, ανάλογα με την αιτία παραπομπής.

Γιατί να κάνω αυτό το υπερηχογράφημα;

Η πλειοψηφία των νεογνών με συγγενή καρδιοπάθεια



γεννιούνται από κύσεις χωρίς κανέναν παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση συγγενούς καρδιοπάθειας. Επομένως το υπερηχογράφημα της καρδιάς του εμβρύου έχει νόημα να γίνεται σίγουρα όταν υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για συγγενή καρδιοπάθεια, αλλά ακόμα και σε απουσία αυτών.

Συχνοί λόγοι παραπομπής για υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου - Παράγοντες κινδύνου για κύηση με συγγενή καρδιοπάθεια εμβρύου είναι:

- Η υποψία καρδιακής ανωμαλίας του εμβρύου στην εξέταση β' επιπέδου
- Εσείς, ο σύντροφός σας ή προηγούμενο παιδί έχει/ είχε συγγενή καρδιοπάθεια

- Η αυξημένη αυχενική διαφάνεια
- Μητέρα με διαβήτη ή Ερυθρηματώδη Λύκο
- Οποιαδήποτε άλλη ανωμαλία που ανιχνεύθηκε στο έμβρυο εκτός της καρδιάς
- Λήψη φαρμάκων από την έγκυο, που έχουν γνωστή πιθανή επίδραση στην καρδιά του εμβρύου
- Έμβρυο με παθολογικά γρήγορη ή βραδεία καρδιακή συχνότητα
- Η πολύδυμη κύηση (π.χ. δίδυμα, τρίδυμα)
- Χρωμοσωμικές ανωμαλίες
- Εμβρυϊκός ύδρωπας

- Καταστάσεις με γνωστό ρίσκο για καρδιακή ανεπάρκεια στο έμβρυο
- Ιογενείς λοιμώξεις που μπορούν να προκαλέσουν μυοκαρδίτιδα στο έμβρυο
- Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Οφέλη από την πραγματοποίηση της εξέτασης

Οι καρδιακές ανωμαλίες (συγγενείς καρδιοπάθειες) είναι σημαντική αιτία θανάτου στα παιδιά. Με το υπερηχογράφημα καρδιάς εμβρύου:

- 1.** Αν είστε σε ομάδα υψηλού κινδύνου για κύηση με συγγενή καρδιοπάθεια, θα σας καθυστερήσει εφόσον δείξει ότι δεν υπάρχει καρδιακή ανωμαλία.

“ Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΥΝΗΘΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΓΥΡΩ ΣΤΗΝ 20Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (18Η - 22Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ). ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ Ο ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ ΣΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΑΣ ΠΑΡΑΠΕΜΨΕΙ ΝΩΡΙΤΕΡΑ, ΜΕΤΑΞΥ 14-16 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ. ”

2. Έχοντας τη διάγνωση όσο το δυνατόν πιο νωρίς έχετε χρόνο να προσαρμοστείτε, να μάθετε τι είναι, τι θα ακολουθήσει μετά τον τοκετό και να πάρετε τις αποφάσεις σας σχετικά με το μέλλον της κύησης.

3. Γνωρίζοντας τη διάγνωση πριν τη γέννηση είναι δυνατή η οργάνωση άμεσης αντιμετώπισης μετά τη γέννηση με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες για επιβίωση του νεογνού και βέλτιστης αντιμετώπισης της πάθησης.

4. Εάν διαγνωστεί κάποιο πρόβλημα που αντιμετωπίζεται ενδομήτρια, είναι δυνατή η έναρξη της αντιμετώπισης πριν ακόμα το παιδί γεννηθεί, όπως για παράδειγμα συμβαίνει σε κάποιες από τις καρδιακές αρρυθμίες που μπορούμε να διαγνώσουμε ενδομήτρια.

Υπάρχουν κίνδυνοι που να προκύπτουν από αυτόν τον υπέρηχο;

Δεν υπάρχουν γνωστοί κίνδυνοι για εσάς ή το μωρό σας. Οι υπέρηχοι χρησιμοποιούν ηχητικά κύματα για να σχηματίσουν εικόνες. Η εξέταση δεν περιλαμβάνει ακτινοβολία και είναι παρόμοια με τους άλλους υπερήχους που κάνετε κατά την κύηση με τη διαφορά ότι εστιάζει στην καρδιά του εμβρύου.

Από ποιον γίνεται ο υπέρηχος καρδιάς εμβρύου;

Η εξέταση γίνεται συνήθως από εξειδικευμένο εμβρυοκαρδιολόγο. Ο εμβρυοκαρδιολόγος είναι ο ιατρός που:

- Ασχολείται με τη διάγνωση και τη θεραπεία (όπου αυτό είναι εφικτό) των καρδιακών ανωμαλιών στο έμβρυο.
- Γνωρίζει εάν και πότε χρειάζεται παρακολούθηση της καρδιάς του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης.
- Όπου αυτό είναι εφικτό,

ξεκινά τη θεραπεία κατά τη διάρκεια τη εγκυμοσύνης (όπως συμβαίνει σε κάποιες από τις καρδιακές αρρυθμίες) ή παραπέμπει για καρδιακή επέμβαση το έμβρυο (σε ορισμένες περιπτώσεις όπου αυτό είναι εφικτό ούτως ώστε να αποφευχθεί προοδευτική επιδείνωση της καρδιακής ανατομίας ή φυσιολογίας).

- Μπορεί να παρέχει στους γονείς τις απαραίτητες πληροφορίες σε σχέση με την καρδιακή πάθηση του μωρού τους, έτσι ώστε να γνωρίζουν τι αναμένεται να ακολουθήσει μετά τη γέννηση του παιδιού. ■





Ένας κόσμος γεμάτος απαλότητα



Baby Care
Η ΠΡΩΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΜΑ



Ένας κόσμος απαλότητας.

Ένας κόσμος με σεβασμό στην ευαίσθητη βρεφική επιδερμίδα.

Είναι ο κόσμος της ολοκληρωμένης σειράς καθαρισμού και περιποίησης Baby Care, από τη Pharmasept.

Νο1 σε πωλήσεις στα προϊόντα βρεφικού καθαρισμού*.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

www.pharmasept.gr

PHARMASEPT

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ Β' ΕΠΙΠΕΔΟΥ

Γράφει ο Παναγιώτης Φωτεινόπουλος

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής Κλινικής ΡΕΑ

Ως υπερηχογράφημα Β' επιπέδου ορίζεται η εξειδικευμένη υπερηχογραφική εξέταση του περιεχομένου της μήτρας (έμβρυο, πλακούντα, ομφάλιος λώρος, αμνιακό υγρό) στο μέσο της κύησης.

Συνήθως, πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της 21^{ης} ή 22^{ης} εβδομάδας. Το χρονικό αυτό παράθυρο θεωρείται ιδανικό από πολλές απόψεις: Το έμβρυο έχει ικανοποιητικό μέγεθος, ώστε να απεικονίζονται με ευκρίνεια οι βασικές δομές του, χωρίς τους περιορισμούς στην ορατότητα που έχουν οι επόμενες εβδομάδες, λόγω της αυξημένης εναπόθεσης ασβεστίου στα οστά που έχουν σαν συνέπεια δυσχέρειες στη διάδοση και ανάκλαση των υπερήχων.

Επιπλέον, η ανάδειξη εμβρυϊκών ανωμαλιών πριν από το ιστορικό όριο της βιωσιμότητας των 25 εβδομάδων συνδυάζεται με το πλεονέκτημα της πλήρους ανάπτυξης της λειτουργίας των νεφρών και της πλήρους διαμόρφωσης των δομών της παρεγκεφαλίδας στο κρανίο.

Ιστορικά, το υπερηχογράφημα δευτέρου τριμήνου με τα πρώτα μηχανήματα υπερήχων ξεκίνησε πριν από αρκετές δεκαετίες σαν μια προσπάθεια να απεικονιστούν κάποιες βασικές βιομετρικές παράμετροι του εμβρύου, βάσει των οποίων θα μπορούσε να εξαχθεί στο περίπου η ηλικία κύησης.

Η δραματική βελτίωση της ποιότητας, της ταχύτητας και της υπολογιστικής ικανότητας των μηχανημάτων τα επόμενα χρόνια, κατέστησε εφικτή την αναγνώριση διαφόρων ανατομικών

δομών του εμβρύου και των αντίστοιχων ανωμαλιών. Δημιουργήθηκε ένα τεράστιο σώμα βιβλιογραφίας στον τομέα της εμβρυομητρικής ιατρικής.

Η εισαγωγή της τρισδιάστατης υπερηχογραφίας του εμβρύου αποτέλεσε ένα ακόμη στάδιο προόδου στην κατανόηση της μορφής του εμβρύου. Μέσα στο ιστορικό αυτό πλαίσιο, είναι προφανές ότι το υπερηχογράφημα Β επιπέδου είναι μια διαγνωστική οντότητα που μεταβλήθηκε στο χρόνο, καθώς οι δυνατότητες, οι γνώσεις και οι απαιτήσεις αυξήθηκαν με το πέρασμά των δεκαετιών.

Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, η εξέταση γνώρισε μια παγίωση της μεθοδολογίας της, καθώς η συσσωρευμένη γνώση και τεχνολογία βρίσκονται ήδη σε εξαιρετικά υψηλό επίπεδο ωρίμανσης, ενώ οι επιπλέον βελτιώσεις δεν ακολουθούν τους αλματώδεις ρυθμούς προόδου των προηγούμενων δεκαετιών. Παράλληλα, οι διεθνείς επιστημονικές οργανώσεις που επιβλέπουν την εκτέλεση των υπερήχων στη μαιευτική και γυναικολογία έχουν θέσει υψηλά επίπεδα πιστοποίησης των εξεταστών και προτυποποίησης του περιεχομένου της εξέτασης, θέτοντας έναν αριθμό ελάχιστων προαπαιτούμενων.

Μια άλλη συνέπεια της υψηλής τεχνολογίας και γνώσης είναι το γεγονός ότι η ανάπτυξη του υπερηχογραφήματος πρώτου τριμήνου – αυχενικής διαφάνειας γνωστοποιεί σε πολλές περιπτώσεις την ύπαρξη εμβρυϊκών ανωμαλιών ή συνδρόμων ήδη από το πρώτο τρίμηνο με αποτέλεσμα αυτές οι περιπτώσεις να έχουν οδηγηθεί σε διακοπή και να

μην φτάνουν μέχρι την εξέταση Β' επιπέδου. Κατά τη διάρκεια του υπερηχογραφήματος Β' επιπέδου αξιολογούνται τα διάφορα συστήματα του εμβρύου, μέσα από διάφορα σημεία ελέγχου στην κεφαλή, τα πρόσωπο, τον θώρακα, την καρδιά, την κοιλιά, τους νεφρούς, τη σπονδυλική στήλη και τα άκρα.

Η εξέταση συμπληρώνεται από την αξιολόγηση της ποσότητας του αμνιακού υγρού, της θέσης του πλακούντα και του μήκους του τραχήλου. Προβλήματα προκύπτουν όταν το αμνιακό υγρό είναι περισσότερο (υδράμνιο) ή λιγότερο (ολιγάμνιο) από το φυσιολογικό, όταν ο πλακούντας

επικαλύπτει το έσω τραχηλικό στόμιο (προδρομικός πλακούντας) ή φαίνεται να διεισδύει βαθύτερα μέσα στο τοίχωμα της μήτρας (στιφρός - διεισδυτικός πλακούντας) και όταν ο τράχηλος είναι βραχύς (κίνδυνος πρόωρου τοκετού). Υπάρχουν ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου, που μόνες τους ή σε συνδυασμούς κατευθύνουν τη διάγνωση σε ένα ή περισσότερα σύνδρομα. Ο κατάλογός τους είναι ατελείωτος.

Υπάρχουν ορισμένα υπερηχογραφικά σημεία που συναντώνται αρκετά συχνά σε φυσιολογικά έμβρυα, αλλά είναι πολύ συχνά σε έμβρυα με τρισωμία 21. Τα σημεία αυτά ονομάζονται **ελάσσονες δείκτες**





και η ανεύρεση ενός ή περισσότερων από αυτούς οδηγεί μέσω κάποιων ειδικών πολλαπλασιαστών σε μια εκτίμηση του κινδύνου για τρισωμία 21.

Η ανεύρεση περισσότερων του ενός ελασσόνων δεικτών, καθώς και διαφόρων μη ειδικών ανωμαλιών αποτελεί ένδειξη για περαιτέρω έλεγχο χρωμοσωμάτων, συνήθως με τη διενέργεια αμνιοπαρακέντησης.

Οι μελέτες του καρυότυπου μπορούν να αναδείξουν το γενικό πλαίσιο. Ένας παθολογικός καρυότυπος μπορεί να αναδείξει την σημαίνουσα βαρύτητα της κατάστασης που για ορισμένους σημαίνει τη ματαιότητα συνέχισης της τρέχουσας κύησης. Ένας αρνητικός καρυότυπος μπορεί να οριοθετήσει μια συγκεκριμένη ανωμαλία και να προσδώσει χαρακτήρα καλής πρόγνωσης στην κύηση, εφόσον αυτή η ανωμαλία είναι αντιμετωπίσιμη μετά τη γέννηση του εμβρύου.

Επίσης, ανωμαλίες στο εσωτερικό του εγκεφάλου (αδυναμία ανάδειξης του μεσολοβίου, διάταση πλαγίων κοιλιών, ανεπαρκής ελίκωση του φλοιού, υποπλασία του σκώληκα της παρεγκεφαλίδος), εφόσον εκτιμηθούν στο υπερηχογράφημα Β' επιπέδου ότι ξεφεύγουν από τα παραδεκτά όρια μπορούν να μελετηθούν με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας για οριστική διαγνωστική εκτίμηση.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι το υπερηχογράφημα Β' επιπέδου έχει περισσότερο χαρακτήρα **τυπικού ελέγχου και δοκιμασίας διαλογής**. Ο συνήθης χρόνος εκτέλεσης κινείται μέσα σε λογικά λειτουργικά και επιχειρησιακά όρια των 30-45 λεπτών, ανάλογα με τη θέση του εμβρύου, τη σωματική διάπλαση της εγκύου και την ικανότητα του εξεταστή. Ορισμένες φορές μπορεί να απαιτηθεί η συνέχιση της εξέτασης σε άλλη ημέρα. Άλλες φορές οι απεικονιστικές συνθήκες μπορεί να είναι εξαιρετικά πτωχές, ακόμη και με τη χρήση του πιο άρτιου εξοπλισμού.

Δεν είναι η τέλεια εξέταση, ούτε είναι το 100% της διάγνωσης και οι λόγοι είναι πολλοί και διεθνώς γνωστοί: Τα διεθνώς παραδεκτά ποσοστά ανίχνευσης όλων των εμβρυϊκών ανωμαλιών υπολείπονται της πλήρους ανίχνευσης σε μικρό ή μεγάλο βαθμό ανάλογα με το είδος τους και ανάλογα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αναφέρονται πάντοτε σε όλα τα συνοδευτικά έγγραφα της εξέτασης. Δεν θα πρέπει να καλλιεργούνται ανεδαφικές προσδοκίες στο ζευγάρι.

Υπάρχουν παθολογικά υπερηχογραφικά σημεία που είναι κοινά σε πολλές παθολογικές καταστάσεις του εμβρύου, αλλά και σε φυσιολογικά έμβρυα οπότε απαιτείται διευκρίνιση με βοηθητικές μεθόδους. Υπάρχουν ορισμένα άλλα παθολογικά σημεία που άλλοτε επιδεινώνονται, ενώ άλλοτε είναι παροδικά και βελτιώνονται με την πάροδο των εβδομάδων, αλλά είναι αδύνατον να γνωρίζουμε την έκβασή τους εκ των προτέρων. Πολλές φορές δημιουργείται άσκοπη ανησυχία στο ζευγάρι, αλλά αυτό τεκμηριώνεται μόνο εκ των υστέρων.

“ ΣΤΑ ΑΣΥΓΚΡΙΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ Β' ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ Η ΕΥΚΟΛΙΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ, ΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΚΟΣΤΟΣ, Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΜΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ. ”

Οποιοδήποτε στοιχείο που ξεφεύγει του φυσιολογικώς αναμενόμενου θα πρέπει να επιβεβαιωθεί και να μελετηθεί καλύτερα με τη βοήθεια επαναληπτικών υπερηχογραφημάτων ή άλλων διαγνωστικών μεθόδων, όπως οι κυτταρογενετικές μέθοδοι (έλεγχος καρυοτύπου), η μαγνητική τομογραφία, οι οποίες θα διευκρινίσουν περισσότερο το διαγνωστικό πρόβλημα.

Επίσης, υπάρχουν ανωμαλίες του εμβρύου που εμφανίζονται στο τρίτο τρίμηνο, όπως σκελετικές ανωμαλίες, νευρολογικά προβλήματα, σημείο διπλής φυσαλίδας στο έντερο και είναι αδύνατον να ανιχνευτούν στο υπερηχογράφημα Β επιπέδου στις 21-22 εβδομάδες. Καταστάσεις νευρολογικής δυσλειτουργίας χωρίς ανατομικό ισοδύναμο, όπως ο αυτισμός και η εγκεφαλική παράλυση είναι αδύνατον να ανιχνευτούν με το υπερηχογράφημα Β' επιπέδου.

Ωστόσο, στα ασύγκριτα πλεονεκτήματα του υπερηχογραφήματος Β' επιπέδου περιλαμβάνονται η ευκολία της εξέτασης, το χαμηλό κόστος, η δυνατότητα επανάληψής τους και η μη έκθεση της εγκύου σε ακτινοβολία. Για τους λόγους αυτούς συστήνεται καθολικά και ανεπιφύλακτα σε όλες τις εγκύους από όλους τους οργανισμούς σαν το ελάχιστο απαιτούμενο. ■

Η ΖΩΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ: ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΜΑΣ ΣΧΟΛΕΙΟ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΖΩΗ

Γράφει Βιργινία Μακρή

Ψυχολόγος - Σωματική Ψυχοθεραπεύτρια, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Η δυτική κουλτούρα του 21ου αιώνα, μέχρι αρκετά πρόσφατα, πίστευε ότι γίνεται κανείς γονιός αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού και ότι το έμβρυο δεν έχει σημαντικές εμπειρίες μέσα στη μήτρα. Αυτή η άποψη υποστηριζόταν και υποστηρίζεται από επιστήμονες του ιατρικού κόσμου, οι οποίοι ορίζουν το έμβρυο ως μια κυρίως εγκεφαλική οντότητα που είναι ανεπαρκής ακόμα να καταγράψει μνήμες, να νιώσει συναισθήματα, να μάθει, και να βιώσει ψυχικά τραύματα. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι **οι αισθήσεις του εμβρύου αναπτύσσονται αρκετά νωρίς**, με αποτέλεσμα η μήτρα να αποτελεί το πρώτο του σχολείο και η ζωή του μέσα σε αυτή να είναι ενεργή και γεμάτη με ανταλλαγές πληροφοριών σχετικά με το πώς είναι φτιαγμένος ο κόσμος «εκεί έξω».

Δίαυλος αυτής της επικοινωνίας αποτελεί η μητέρα η οποία μέσω των δικών της χημικών υγρών διοχετεύει στο έμβρυο πληροφορίες. Αυτές οι τελευταίες εξαρτώνται από το πώς η μητέρα αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τη ζωή της. Αισθήματά της, όπως φόβος, θυμός, αγάπη, ελπίδα, μπορούν χημικά να αλλάξουν τη γενετική έκφραση του εμβρύου. Οι αντιλήψεις που έχουμε για το περιβάλλον και τα αισθήματα που απορρέουν από αυτές προκαλούν σωματικές αντιδράσεις με το να ελευθερώνουν μόρια «σινιάλα» στο αίμα. Αυτά τα μόρια συνδέονται με αισθήματα και ενεργοποιούν συγκεκριμένους πρωτεϊνικούς

δέκτες που βρίσκονται στην επιφάνεια κυττάρων των οργάνων και των ιστών. Οι παραπάνω δέκτες χρησιμεύουν ως μοριακοί διακόπτες που ρυθμίζουν τη μεταβολική συμπεριφορά του οργανισμού και τον βοηθούν να προσαρμόζεται στο περιβάλλον. Οι σωματικές αντιδράσεις στο περιβάλλον περιλαμβάνουν ρυθμίσεις του νευρικού συστήματος, των ενδοκρινολογικών οργάνων και του καρδιολογικού, αναπνευστικού, πεπτικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λοιπόν, η αντίληψη του γονιού για τον κόσμο μεταδίδεται «χημικά» στο έμβρυο μέσω του πλακούντα. Παρά το γεγονός ότι το αναπτυσσόμενο παιδί δεν καταλαβαίνει τα γεγονότα που προκαλούν την αισθηματική αντίδραση της μητέρας, συνειδητοποιεί τις σωματικές αντιδράσεις και «εντυπώσεις» του συναισθήματος. Με αυτό τον τρόπο, το έμβρυο υιοθετεί «χημικά», από τη μήτρα ακόμα, τις γονεϊκές αντιλήψεις και η συμπεριφορά του προγραμματίζεται σύμφωνα με αυτές. Ένα μωρό που περικυκλώνεται από φόβο, θυμό και αγωνία θα προσαρμοστεί σε αυτό τον κόσμο και θα μεταφέρει αυτά τα αισθήματα και στη δική του ζωή αργότερα. Φαινομενικά, μπορεί το μωρό να είναι ασφαλές μέσα στη μήτρα, αλλά να νοιώθει την απόρριψη και το φόβο. Κατά συνέπεια, είναι πιθανόν να φτάνει στον κόσμο κουβαλώντας ένα υποσυνείδητο φορτίο αβεβαιότητας και άγχους σχετικά με την ταυτότητα και τις ρίζες του.

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι η μήτρα είναι ένα περιβάλλον που διεγείρει τόσο τις

“ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΕΧΟΥΝ ΔΕΙΞΕΙ ΟΤΙ
ΟΙ ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ
ΑΡΚΕΤΑ ΝΩΡΙΣ, ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ Η ΜΗΤΡΑ
ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ
Η ΖΩΗ ΤΟΥ ΜΕΣΑ ΣΕ ΑΥΤΗ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΝΕΡΓΗ
ΚΑΙ ΓΕΜΑΤΗ ΜΕ ΑΝΤΑΛΛΑΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΩΣ ΕΙΝΑΙ ΦΤΙΑΓΜΕΝΟΣ Ο
ΚΟΣΜΟΣ «ΕΚΕΙ ΕΞΩ». ”



αισθήσεις όσο και τα συναισθήματα του εμβρύου. Η πρώτη κίνηση που συμβολίζει την ίδια τη ζωή είναι ο κτύπος της καρδιάς και πρωτοακούγεται γύρω στις 3 εβδομάδες μετά τη σύλληψη. Η ρυθμική αυτή δραστηριότητα συνεχίζεται, ενώ βαλβίδες, αγγεία και άλλες ενώσεις και μέρη του σώματος αναπτύσσονται. Μεταξύ της 6^{ης} και 10^{ης} εβδομάδας, παρατηρούμε κινήσεις κυκλικές και τεντώματος του κεφαλιού, των χεριών και των ποδιών. Οι κινήσεις αναπνοής και σαγονιού έχουν αρχίσει και τα χέρια του εμβρύου είναι απασχολημένα με το υπόλοιπο σώμα του και τον ομφάλιο λώρο.

Όσον αφορά στην **αφή**, πειράματα έχουν δείξει ότι η ευαισθησία του δέρματος γενικεύεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων (στις 10

εβδομάδες), στις παλάμες (στις 11 εβδομάδες) και στις πατούσες (στις 12 εβδομάδες). Αυτά τα μέρη που ευαισθητοποιούνται πρώτα είναι αυτά που έχουν και τους περισσότερους και πολυποίκιλους αισθητήριους δέκτες στους ενήλικες. Γύρω στις 17 εβδομάδες, όλη η περιοχή της κοιλιάς και των γλουτών είναι ευαίσθητη στην αφή, και τέλος, στις 32 εβδομάδες, σχεδόν όλο το σώμα είναι ευαίσθητο στο ελαφρύ άγγιγμα μιας τρίχας.

Οι οργανικές δομές για τη **γεύση** είναι διαθέσιμες γύρω στις 14 εβδομάδες και οι ειδικοί πιστεύουν ότι αυτή η αίσθηση αρχίζει να αφυπνίζεται εκείνη την περίοδο. Τεστ έχουν δείξει ότι το έμβρυο καταπίνει περισσότερο, όταν λαμβάνει γλυκές γεύσεις, και λιγότερο, όταν λαμβάνει πικρές.



Μέχρι πρόσφατα, δεν είχε δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην **οσμή**, εφόσον οι ερευνητές πίστευαν ότι εξαρτάται από τον αέρα και την αναπνοή. Πάραυτα, τελευταίες έρευνες έχουν ανοίξει το δρόμο για νέες ανακαλύψεις. Η μύτη αναπτύσσεται μεταξύ των 11 και 15 εβδομάδων. Πολλά χημικά στοιχεία πλησιάζουν τον πλακούντα και αναμειγνύονται με το αμνιακό υγρό, προσφέροντας έτσι στο μωρό γεύσεις και οσμές. Το αμνιακό υγρό που περιβάλλει το έμβρυο καλύπτει τις στοματικές, ρινικές και φαρυγγικές κοιλότητες, και με αυτό τον τρόπο το μωρό το αναπνέει και το καταπίνει. Επίσης, τα προϊόντα που καταναλώνει η μητέρα προσεγγίζουν το μωρό μέσω του πλακούντα και του αίματος που ρέει στα τριχοειδή αγγεία της ρινικής βλέννας. Μέσω των δύο αυτών οδών, είναι πιθανόν να προετοιμάζεται αυτό το σύστημα για να ψάξει διάφορες οσμές ή κατηγορίες οσμών. Τα νεογνά έλκονται από τη μυρωδιά του γάλατος της μητέρας, αν και δεν έχουν έρθει ξανά σε επαφή με αυτό. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτό μπορεί να οφείλεται από στοιχεία που έχουν πάρει στην προγεννητική τους ζωή.

Όσον αφορά στην **ακοή**, έρευνες έχουν επιβεβαιώσει πια ότι οι φωνές φτάνουν στη μήτρα και δεν απομονώνονται από τον πλακούντα. Ο τόνος της φωνής, ο ρυθμός, όπως και η μουσική προσεγγίζουν το έμβρυο χωρίς σημαντικές αλλοιώσεις. Η φωνή της μητέρας είναι ιδιαίτερα πιο δυνατή από κάθε άλλο εξωτερικό ήχο, γιατί μεταφέρεται στη μήτρα κατευθείαν, μέσω του δικού της σώματος. Επίσης, ερευνητές στο Μπέλφαστ έχουν αποδείξει ότι η ενεργητική ακοή(δηλ. όταν το έμβρυο αντιδρά σε ήχους) ξεκινάει στις 16 εβδομάδες, που σημαίνει ότι ένα μεγάλο κανάλι επικοινωνίας είναι ανοικτό περίπου 24 εβδομάδες πριν τη γέννηση.

Σχετικά με την **όραση**, αν και ξέρουμε ότι εξελίσσεται σταθερά κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι δύσκολο να μελετήσουμε τους τρόπους και το ρυθμό αυτής της εξέλιξης. Ωστόσο, τη στιγμή της γέννησης, η όραση είναι τέλεια κεντραρισμένη από τις 8 έως τις 12 ίντσες, δηλαδή όσο είναι η απόσταση του προσώπου της μητέρας από το μωρό στο θηλασμό. Στη μήτρα, τα μάτια παραμένουν

**Η ΜΗΤΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟ ΠΡΩΤΟ
ΣΧΟΛΕΙΟ ΜΑΘΗΣΗΣ, ΟΠΟΥ
ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ
ΤΟΥΣ, ΚΑΙ Η ΖΩΗ ΜΕΣΑ ΤΗΣ
ΜΟΝΟ ΒΑΡΕΤΗ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΗ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ.**

κλειστά μέχρι την 26^η εβδομάδα. Εντούτοις, το έμβρυο είναι ευαίσθητο στο φως, εφόσον, όταν το ρίχνουμε πάνω στην κοιλιά της μητέρας, οι κτύποι της καρδιάς του αυξάνονται. Επίσης, αν και δεν εξηγείται εύκολα, έμβρυα με μάτια κλειστά φαίνεται ότι χρησιμοποιούν ένα είδος «όρασης» για να εντοπίσουν τη θέση της βελόνας, όταν γίνεται αμνιοκέντηση. Όταν η βελόνα εισέρχεται στη μήτρα, είτε μαζεύονται μακριά από αυτή, είτε της επιτίθενται με μπουινιά. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι μερικά μωρά μένουν ακίνητα μετά την αμνιοκέντηση και ότι ο κανονικός ρυθμός της αναπνοής τους επανέρχεται μετά από αρκετές μέρες. Τέλος, ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι **τα έμβρυα ονειρεύονται** από τις πρώτες 23 εβδομάδες, όταν παρατηρείται για πρώτη φορά γρήγορη κίνηση του ματιού κατά τη διάρκεια του ύπνου. Έρευνες πρόωρων μωρών έχουν φανερώσει έντονη «ονειρική» δραστηριότητα που απασχολεί 100% της ώρας του ύπνου τους, όταν είναι 30 εβδομάδων. Το ποσοστό σταδιακά μειώνεται σε 50%, όταν φτάσουν στην 32^η με 33^η εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια του ονείρου, συγχρονίζονται οι μύες του προσώπου και εκδηλώνουν ανάλογα ευχάριστες ή δυσάρεστες εκφράσεις. Αυτή η δραστηριότητα του ονείρου είναι, επίσης, ενδογενής - ούτε προκαλείται από κάτι, ούτε αντιδρά σε κάτι - και εκφράζει εσωτερικές νοητικές ή συναισθηματικές καταστάσεις.

Σύμφωνα με την παράδοση, η ψυχολογία τοποθετεί τις πρώτες μνήμες μας γύρω στα τρία (3) μας χρόνια, γιατί λίγοι είναι οι άνθρωποι που συνειδητά θυμούνται γεγονότα πριν από αυτή την ηλικία. Ωστόσο, αυξανόμενη βιβλιογραφία δείχνει ότι **n**

μνήμη αρχίζει από τον πρώτο χρόνο ζωής και από την προγεννητική περίοδο, επίσης. Μερικά παιδιά θυμούνται γεγονότα της γέννησής τους, αλλά η έκφραση αυτής της μνήμης δεν είναι δυνατή μέχρι να μιλήσουν. Πριν χρησιμοποιήσουν λόγια, μπορούν να εκφράζουν το μνημονικό τους μη-λεκτικά με το να ζωγραφίζουν, με το να μιμούνται σκηνές παίζοντας παντομίμα, με το να δείχνουν μέρη του σώματος, και με το να μιμούνται ήχους από συσκευές που χρησιμοποιήθηκαν στον τοκετό. Αυτά τα παιδιά μας εφιστούν την προσοχή στο ότι η πρώιμη μνήμη και μάθηση είναι πιθανές και πραγματικές. Επιπλέον, η παρατήρηση μέσω υπερήχου μας έχουν δείξει ότι δίδυμα αναπτύσσουν κινήσεις και συνήθειες στις 20 εβδομάδες οι οποίες παραμένουν και στα μεταγεννητικά τους χρόνια. Επίσης, εφόσον η ακοή αναπτύσσεται από τις πρώτες 16 εβδομάδες, είναι πιθανόν τα έμβρυα να μαθαίνουν τη μητρική τους γλώσσα πριν τη γέννησή τους. Όπως ειπώθηκε ήδη, η φωνή της μητέρας φτάνει στη μήτρα με ελάχιστη αλλοίωση. Έχει διαπιστωθεί ότι γύρω στις 27 εβδομάδες, το κλάμα του μωρού περιέχει κάποια χαρακτηριστικά ομιλίας, ρυθμού και φωνητικά στοιχεία της μητέρας του. Οι αντιδράσεις των νεογέννητων στη γλώσσα βασίζονται στους ήχους που ακούνε στη μήτρα: δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον, όταν ακούνε έναν ενήλικα να μιλάει στη μητρική τους γλώσσα παρά σε κάποια άλλη.

Τέλος, τα μωρά μπορούν να μάθουν τη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας τους.

Πειράματα στην Αυστραλία αποκάλυψαν ότι τα έμβρυα συμμετείχαν στη συναισθηματική αναστάτωση που είχαν οι μητέρες τους παρακολουθώντας ένα βίαιο εικοσάλεπτο (20') απόσπασμα μιας ταινίας. Όταν τα μωρά έβλεπαν για λίγο το ίδιο απόσπασμα, τριών (3) μηνών πια, έδειχναν ότι το αναγνώριζαν από την προηγούμενη εμπειρία τους. Έρευνες χιλίων μωρών που είχαν καταθλιπτικές μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έδειξαν ότι και αυτά υπέφεραν από κατάθλιψη στη γέννησή τους, και σε αναλογία του ποσοστού που υπέφεραν οι μητέρες τους.

Εν κατακλείδι, το σημαντικό μήνυμα που προκύπτει



απ' όλες αυτές τις πληροφορίες είναι ότι τα μωρά στη μήτρα είναι ενεργητικοί δέκτες, σε εγρήγορση σε ό,τι αφορά το εξωτερικό τους περιβάλλον. Η μήτρα αποτελεί το πρώτο σχολείο μάθησης, όπου αναπτύσσονται οι αισθήσεις τους, και η ζωή μέσα της μόνο βαρετή και παθητική δεν είναι. Με αυτό τον τρόπο, πρόωρα και νεογέννητα μωρά φτάνουν στον κόσμο, έχοντας ήδη λάβει και στείλει τα μηνύματά τους, πριν ακόμα μάθουν να σχετίζονται με την καθιερωμένη και επίσημη γλώσσα. Είναι μια ανακάλυψη που μας καθιστά πιο υπεύθυνους και, αν μη τι άλλο, πιο συνειδητοποιημένους και σκεπτικούς για το τι συναισθήματα, αντιλήψεις και συμπεριφορές μεταφέρουμε στο έμβρυο. ■



ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- ▶ Τοκετοί
- ▶ Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής & Υπερήχων
- ▶ Παθολογικό Ιατρείο Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

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

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- ▶ Γενική Χειρουργική
- ▶ Λαπαροσκοπική Χειρουργική
- ▶ Χειρουργική Μαστού
- ▶ Πλαστική Αισθητική & Επανορθωτική Χειρουργική
- ▶ Κέντρο Μεταβολικής Χειρουργικής & Παχυσαρκίας
- ▶ Κέντρο Χειρουργικής Αντιμετώπισης Κηλών
- ▶ Τμήμα Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών Αδένων
- ▶ Κέντρο Θεραπειών Laser Παθήσεων Πρωκτού & Κύστης Κόκκυγος

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ & ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

- ▶ Κεντρικά Εργαστήρια
- ▶ Τμήμα Ιατρικών Απεικονίσεων
- ▶ Πρότυπο Κέντρο & Κλινική Μαστού
- ▶ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
- ▶ Κυτταρολογικό Εργαστήριο

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

- ▶ Αγγειολογικό Τμήμα
- ▶ Ουρολογικό Τμήμα
- ▶ Τμήμα Αισθητικής & Επανορθωτικής Ανδρολογίας
- ▶ Τμήμα ΩΡΛ
- ▶ Τμήμα Λειτουργικής Ρινοπλαστικής
- ▶ Ενδοκρινολογικό – Διαβητολογικό Τμήμα
- ▶ Κέντρο Διατροφής & Διαιτολογίας
- ▶ Γαστρεντερολογικό – Ενδοσκοπικό Τμήμα
- ▶ Καρδιολογικό Τμήμα
- ▶ Πνευμονολογικό Ιατρείο
- ▶ Ορθοπαιδικό Ιατρείο
- ▶ Ιατρείο Οστεοπόρωσης
- ▶ Ιατρείο Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης
- ▶ Δερματολογικό – Αφροδισιολογικό Ιατρείο
- ▶ Τμήμα Εργομετρίας – Ανθρώπινης Απόδοσης και Μεταβολισμού

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

- ▶ Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης
- ▶ Ογκολογική Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας
- ▶ Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
- ▶ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων
- ▶ Μελέτη & Θεραπεία Διαταραχών Ύπνου

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ



Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ!

Ένα μαγικό ταξίδι 5 ημερών...

Γράφει η Σταυρούλα Μαρία Μώρου, ESHRE Certified Senior
Κλινικός Εμβρυολόγος, Μονάδα Γονιότητας Κλινικής ΡΕΑ



Σήμερα υπολογίζεται ότι το 15% των ζευγαριών σε αναπαραγωγική ηλικία παγκοσμίως εμφανίζουν

κάποια μορφή υπογονιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, υπογόνιμα θεωρούνται τα ζευγάρια που δεν καταφέρνουν να συλλάβουν μετά από τουλάχιστον ένα έτος συστηματικών προσπαθειών χωρίς τη χρήση αντισύλληψης. Αυτά τα ζευγάρια καταφεύγουν σε μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όπου υποβάλλονται σε εξασομικευμένες για την περίπτωση τους τεχνικές και πρωτόκολλα με στόχο τη γέννηση ενός υγιούς τέκνου.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ - IN VITRO

Η επίτευξη μιας εγκυμοσύνης προϋποθέτει τη γονιμοποίηση ενός ωαρίου από ένα σπερματοζωάριο, τη φυσιολογική ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου/εμβρύου και τελικά την εμφύτευση του εμβρύου στη μήτρα της μέλλουσας μητέρας.

Οι μέθοδοι και ο εξειδικευμένος εξοπλισμός των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επιτρέπουν να λάβουν χώρα οι διαδικασίες της γονιμοποίησης του ωαρίου και της ανάπτυξης/καλλιέργειας του εμβρύου στο εργαστήριο, *in vitro*, ακολουθούμενες από εμβρυομεταφορά του προς εμφύτευση εμβρύου στο ενδομήτριο.

Η εξέλιξη ενός εμβρύου πριν την εμφύτευση χαρακτηρίζεται από ένα μαγικό ταξίδι πέντε ημερών που ξεκινά με το γονιμοποιημένο ωάριο και καταλήγει μετά από έναν αριθμό κυτταρικών διαιρέσεων και διαφοροποιήσεων

στην πλέον δυναμική δομή του προεμφυτευτικού εμβρύου, τη βλαστοκύστη.

Τα εργαστήρια υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καλύπτουν όλες τις ανάγκες ενός εμβρύου από τη γονιμοποίηση μέχρι και το στάδιο της βλαστοκύστης. Αρχικά τα εργαστήρια είναι εξοπλισμένα με ειδικούς κλιβάνους, οι οποίοι προσομοιάζουν τις συνθήκες που επικρατούν μέσα στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα και ως εκ τούτου δημιουργούν ένα ιδανικό περιβάλλον ανάπτυξης για τα έμβρυα. Ταυτόχρονα χρησιμοποιούνται ειδικά καλλιεργητικά υλικά τα οποία προσφέρουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά στα έμβρυα καλύπτοντας τις ενεργειακές ανάγκες τους σε όλα τα εξελικτικά στάδια ανάπτυξης μέχρι τη μεταφορά τους στο ενδομήτριο προς εμφύτευση.

ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

Πιο αναλυτικά, η έναρξη της ανάπτυξης του εμβρύου ορίζεται ~ **17 ώρες μετά την είσοδο του σπερματοζωαρίου στο ωάριο** και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δύο πυρήνων στο κυτταρόπλασμα, καθένας από τους οποίους φέρει ένα απλοειδές σετ χρωμοσωμάτων (23 χρωμοσώματα) από κάθε γονέα. Περίπου **26 ώρες αργότερα** ξεκινά η πρώτη κυτταρική διαίρεση και κατά τη διάρκεια της δεύτερης ημέρας ανάπτυξης το έμβρυο αποτελείται από 2-4 κύτταρα. Παρατηρώντας το έμβρυο τη τρίτη ημέρα ανάπτυξης αναμένουμε, ιδανικά, να παρατηρήσουμε 8 ισομεγέθη κύτταρα. Η **τρίτη ημέρα ανάπτυξης** αποτελεί βασικό στάδιο ελέγχου της μορφολογίας του εμβρύου. Η **τέταρτη ημέρα**

“ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΧΕΙ ΜΠΕΙ ΣΤΗΝ
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΡΟΥΤΙΝΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ TIME LAPSE
IMAGING, ΔΗΛΑΔΗ Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ
ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΜΕΡΕΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΕΣ ΣΤΟΥΣ
ΚΛΙΒΑΝΟΥΣ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ.”

ανάπτυξης του εμβρύου χαρακτηρίζεται από τη μετατροπή του συνόλου των κυττάρων, που πλέον έχουν φτάσει σε αριθμό τα 16 - 32, σε μια ομοιόμορφη μάζα που ονομάζεται μοριδίο (morula). Για τη διαμόρφωση του μοριδίου οι δεσμοί μεταξύ των κυττάρων απλώνονται μέσα από μια διαδικασία που έχει συνδεθεί με την ενεργοποίηση του εμβρυϊκού γονιδιώματος, καθιστώντας αυτό το εξελικτικό στάδιο ένα θετικό σημάδι για την δυναμική του εμβρύου. Το τελικό στάδιο λαμβάνει χώρα **την πέμπτη ημέρα ανάπτυξης**, όπου υγρό αρχίζει να συσσωρεύεται στο κέντρο του μοριδίου οδηγώντας σταδιακά στη δημιουργία μιας δομής που ονομάζεται βλαστοκόιλο. Επιπλέον, τα κύτταρα που αποτελούν τη βλαστοκύστη διαφοροποιούνται σε δύο εξειδικευμένες δομές, την εσωτερική κυτταρική μάζα (inner cell mass) και το τροφεκτόδερμα (trophectoderm). Από αυτές τις δύο δομές προκύπτουν το σώμα του εμβρύου και ο πλακούντας αντίστοιχα. Η μορφολογία των δύο αυτών δομών και ο αριθμός των κυττάρων που τις αποτελούν θεωρούνται σημαντικοί δείκτες της ποιότητας του εμβρύου. Κατά τη διάρκεια της πέμπτης ημέρας ο αριθμός των κυττάρων

που αποτελούν τη βλαστοκύστη αυξάνεται, περισσότερο υγρό συσσωρεύεται στο βλαστοκόιλο και το συνολικό μέγεθος της βλαστοκύστης μεγαλώνει μέχρι το στάδιο της εκκόλαψης. Στο στάδιο της εκκόλαψης του εμβρύου το τροφεκτόδερμα προεκβάλλει της βασικής δομής της βλαστοκύστης και επιχειρεί να προσδεθεί και να εισχωρήσει στο ενδομήτριο επιτυγχάνοντας, έτσι την επιθυμητή εμφύτευση του εμβρύου στη μήτρα και την έναρξη της εγκυμοσύνης.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ TIME LAPSE IMAGING

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως τα τελευταία χρόνια έχει μπει στην καθημερινή ρουτίνα των Μονάδων Γονιμότητας η τεχνολογία του time lapse imaging, δηλαδή η συνεχής παρακολούθηση της ανάπτυξης των εμβρύων μέσα από ειδικές κάμερες προσαρμοσμένες στους κλιβάνους καλλιέργειας των εμβρύων. Αυτή η τεχνολογία έχει δώσει τη δυνατότητα στους εμβρυολόγους να παρακολουθούν και να αξιολογούν κάθε εξελικτικό στάδιο των εμβρύων με λεπτομέρεια (χρόνος και τρόπος

που πραγματοποιήθηκε κάθε διαίρεση ή τροποποίηση της δομής του εμβρύου), καθώς τα έμβρυα αναπτύσσονται στις ιδανικές συνθήκες του κλιβάνου. Στην περίπτωση ειδικά που ένα ζευγάρι έχει περισσότερα από ένα έμβρυα να αναπτύσσονται στο εργαστήριο, η τεχνολογία time lapse **διευκολύνει την επιλογή των πλέον δυναμικών εμβρύων προς εμβρυομεταφορά** αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφύτευσης και επίτευξης εγκυμοσύνης.

ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑ

Η εμβρυομεταφορά ενός εμβρύου σε μια προσπάθεια υποβοηθούμενης αναπαραγωγής λαμβάνει χώρα συνήθως **την τρίτη ή την πέμπτη** ημέρα ανάπτυξης γιατί σε αυτά τα δύο στάδια η μορφολογία του εμβρύου δίνει αρκετές πληροφορίες για την ποιότητα και τη δυναμική του διευκολύνοντας τους εμβρυολόγους να επιλέξουν τα πιο δυναμικά έμβρυα προς μεταφορά στο ενδομήτριο.

Σε κάθε προσπάθεια υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οι επιστήμονες της αναπαραγωγής, κλινικοί και εμβρυολόγοι, επιστρατεύουν τις γνώσεις, την εμπειρία τους και τις πλέον σύγχρονες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για το σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου προγράμματος που θα πραγματοποιήσει το όνειρο ενός υπογόνιμου ζευγαριού για την απόκτηση ενός υγιούς τέκνου. ■



Baby planet

**Ό,τι αγγίζει το δερματάκι του μωρού σας
θέλετε να είναι διπλά ελεγμένο
και απόλυτα ασφαλές.**



Τα **baby planet**, σας εξασφαλίζουν ακριβώς αυτό. Πραγματική προστασία και φροντίδα χωρίς ίχνος ανησυχίας. Είναι υποαλλεργικά, δερματολογικά ελεγμένα αλλά και ειδικά μελετημένα για να προσφέρουν υγιεινή καθαριότητα και μοναδική απαλότητα, χωρίς να περιέχουν χρωστικές και αλλεργιογόνες ουσίες που μπορεί να ερεθίσουν το ευαίσθητο δερματάκι του μωρού.

Τα **baby planet** με την ολοκληρωμένη σειρά ειδικά σχεδιασμένη για τα βρεφικά ρούχα και σκεύη - υγρό πλυντήριο, μαλακτικό, απολυμαντικό spray & υγρό πιάτων - είναι η ασφαλής και αποτελεσματική λύση για την καθημερινή φροντίδα του μωρού σας.

Τώρα και **Νέο** υγρό πλυντήριο **BabyPlanet Kids&Toddlers** για τα **παιδικά ρούχα**.



100%
ΦΡΟΝΤΙΔΑ

0%
ΑΝΗΣΥΧΙΑ

**Είναι ωραίο να μη
χρειάζεται να ανησυχείς**

mybabyplanetgr

mybabyplanet

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΜΩΡΟΥ

Συχνές ερωτήσεις & οι απαντήσεις τους

Γράφει η Ομάδα Παιδιάτρων της Κλινικής ΡΕΑ



Οι νέοι γονείς έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με συχνές μεν, αλλά πρωτόγνωρες για εκείνους ερωτήσεις, κυρίως τον πρώτο καιρό συμβίωσης με το νέο μέλος της οικογένειας. Οι παιδιάτροι της ΡΕΑ απαντούν στις πιο συχνές ερωτήσεις σας:

1. Είναι φυσιολογικό να έχει ίκτερο το μωρό μου;

Ο ίκτερος του νεογέννητου είναι συνηθισμένο και φυσιολογικό φαινόμενο και οφείλεται σε ηπατική ανωριμότητα. Περίπου 20-40% των νεογέννητων παρουσιάζουν φυσιολογικό ίκτερο τη 2^η με 5^η ημέρα ζωής τους ο οποίος υποχωρεί σταδιακά μέχρι τη 14^η ημέρα ζωής.

2. Έχω ίωση, βήχω κ.λπ., μπορώ να θηλάσω;

Ναι, ο ιός μεταδίδεται με την αναπνοή σας και όχι με το γάλα, γι' αυτό φορέστε μάσκα, πλένετε καλά τα χέρια σας και θηλάστε το όσο περισσότερο μπορείτε καθώς του μεταδίδετε αντισώματα.

3. Το παιδί έχει ανοσία; Κολλάει αρρώστιες;

Το παιδί έχει ανοσία μόνο σε συγκεκριμένες αρρώστιες που έχει περάσει η μητέρα. Στις απλές ιώσεις, που είναι και το συνηθισμένο, δεν έχει καμία ανοσία. Γι' αυτό προστατεύουμε το παιδί από άρρωστους ανθρώπους και από άρρωστα παιδιά και αποφεύγουμε το συγχρωτισμό με πολλούς ανθρώπους.

4. Μπορώ να συνεχίσω να έχω στο σπίτι το κατοικίδιο μας;

Δεν διώχνουμε τα κατοικίδια απ' το σπίτι. Απλά να είναι σε άλλο χώρο και να μην παίζουν με

το νεογέννητο. Το κατοικίδιο θα πρέπει να παρακολουθείται από κτηνίατρο και να είναι εμβολιασμένο.

5. Βλέπει το μωρό;

Το μωρό κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής του βρίσκεται στο σκοτάδι, βλέπει το πρώτο φως τη στιγμή της γέννησής του όπου ξεκινάει να βλέπει θολά περιγράμματα. Μετά τον πρώτο μήνα βλέπει αρκετά καλά σε κοντινές αποστάσεις περίπου των 20 εκ. και αναγνωρίζει το πρόσωπο της μαμάς του.

6. Ακούει;

Ναι, το μωρό ακούει από την ενδομήτρια ζωή του.

7. Το πουλάκι του αγοριού το ανοίγω;

Όχι. Το πουλάκι είναι φυσιολογικό κλειστό και πάρα πολύ λεπτό το δέρμα της πόσθης. Θα το ανοίξει ο παιδίατρος σε μια ηλικία μετά τους 12-24 μήνες.

8. Πότε βλέπει το μωρό μου ο παιδίατρος;

Συνήθως την 1^η εβδομάδα μετά την έξοδο απ' το μαιευτήριο. Μετά μπαίνει σε μηνιαία παρακολούθηση, εκτός αν προκύψει κάτι έκτακτο.

9. Να δώσω πιπίλα στο μωρό;

Τις πρώτες 20 ημέρες που προσπαθεί το νεογέννητο να μάθει να θηλάζει ή θέλουμε να ξεκαθαρίσουμε αν πεινάει, δε δίνουμε πιπίλα καθώς υπάρχει κίνδυνος να πάθει σύγχυση θηλών.

10. Πότε αρχίζουμε εμβόλια;

Μετά τον 2^ο μήνα.



Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ ΒΛΕΠΕΙ ΤΟ ΜΩΡΟ
ΣΥΝΗΘΩΣ ΤΗΝ 1Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠ' ΤΟ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ. ΜΕΤΑ ΜΠΑΙΝΕΙ ΣΕ
ΜΗΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ,
ΕΚΤΟΣ ΑΝ ΠΡΟΚΥΨΕΙ
ΚΑΤΙ ΕΚΤΑΚΤΟ.

“ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΧΑΝΕΙ ΒΑΡΟΣ, ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΕΧΡΙ 200 ΓΡ. ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΑΥΤΟ ΑΝΑΚΤΑΤΑΙ 10 ΜΕ 15 ΗΜΕΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ.”

11. Το παιδί βγάζει αίμα στα κακά.

Αναφέρετέ το στον παιδίατρο αμέσως. Συνηθέστε αιτία στα μωρά είναι η αλλεργία στο γάλα αγελάδας. Καθώς όμως υπάρχουν και άλλες παθολογικές καταστάσεις θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τον παιδίατρό σας.

12. Πόσο βάρος είναι φυσιολογικό να χάσει το μωρό μου;

Ένα παιδί τις πρώτες ημέρες χάνει βάρος, συνήθως μέχρι 200 γρ. (όχι πάντως περισσότερο απ' το 10% του βάρους γέννησης). Το βάρος αυτό ανακτάται 10 με 15 ημέρες μετά τη γέννηση.

13. Πόσο βάρος πρέπει να παίρνει το μωρό μου τους πρώτους μήνες;

Η φυσιολογική ανάπτυξη του μωρού είναι τα 150 γρ/εβδομάδα και ολοκληρώνοντας τον 1^ο μήνα, να έχει πάρει ελάχιστο βάρος 600γρ. Ένα παιδί που τελειώνοντας τον 1^ο μήνα έχει πάρει λιγότερο από 600 γρ., θεωρούμε ότι δεν σιτίζεται καλά ή μπορεί να συμβαίνει κάτι άλλο και θα πρέπει να το ελέγχουμε με τον παιδίατρό μας ώστε να λυθεί τυχόν πρόβλημα.

14. Ποια είναι η σωστή θερμοκρασία δωματίου

Το παιδί φροντίζουμε να είναι σε σταθερή θερμοκρασία στο χώρο του. Τους χειμερινούς μήνες η θερμοκρασία του δωματίου πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 20-22°C και τους καλοκαιρινούς μήνες μεταξύ 25-28°C. Αποφεύγετε τη χρήση κλιματιστικού ιδιαίτερα εάν βρίσκεται στο χώρο με το μωρό σας, προτείνετε να χρησιμοποιείτε ανεμιστήρες οροφής ή επιδαπέδιους.

15. Ποια είναι η φυσιολογική θερμοκρασία για το νεογνό;

Η φυσιολογική θερμοκρασία του μωρού που μετριέται στη μασχάλη είναι μέχρι 37°C-37,5 °C και στο ορθό μέχρι 37,5° C-38 °C.

Μην εμπιστεύεστε στιγμιαίας μέτρησης θερμόμετρα (αυτιών, μετώπου κ.λπ.) και απαγορεύεται ρητά να χρησιμοποιείτε θερμόμετρα υδραργύρου.

Αν ένα παιδί έχει «δέκατα», γδύστε το, αφήστε το 10-15 λεπτά στη θερμοκρασία περιβάλλοντος και θερμομετρήστε το ξανά. Στο κουνάκι τους σκεπασμένα ανεβάζουν λίγο τη θερμοκρασία.

16. Ο λόξυγκας και το φτάρνισμα είναι φυσιολογικά;

Είναι συχνά συμπτώματα που δεν ενοχλούν και δεν πρέπει να προβληματίζουν τους νέους γονείς. Δεν κάνουμε τίποτα, διότι είναι φυσιολογικά αντανakλαστικά. Όταν η μυτούλα ρουθουνίζει, την ανακουφίζουμε με φυσιολογικό ορό και ενημερώνουμε τον παιδίατρο σε περίπτωση που το μωρό εξακολουθεί να είναι μπουκωμένο ή παρατηρούμε δυσκολία στο τάισμα.

17. Φουσκωμένα στήθη στο μωρό, είναι φυσιολογικό;

Αν το μωρό σας παρουσιάσει διόγκωση στο στήθος, είτε είναι αγόρι είτε κορίτσι, ή ακόμα και αν τρέξει λίγο γάλα, δεν χρειάζεται ανησυχία. Η διόγκωση θα υποχωρήσει μόνη της όταν αποκατασταθούν οι ορμονικές αλλαγές που την προκάλεσαν (οφείλονται στις ορμόνες που μεταφέρει η μητέρα στο μωρό κατά τη διάρκεια της κύησης), εκτός αν έχουν σαφή εικόνα φλεγμονής. Αν εμφανισθεί εκροή αίματος ή βléννης από τον κόλπο (ψευδοπερίοδος), επίσης δεν ανησυχούμε, αλλά ενημερώνουμε τον παιδίατρο ώστε να σας καθοδηγήσει.

18. Γέννησα χειμώνα, μπορώ να βγω έξω με το μωρό μου;

Μπορείτε να βγείτε έξω αρκεί να σιγουρευτείτε ότι το μωρό σας είναι καλά ντυμένο και έχετε καλύψει το κεφαλάκι του μωρού σας με βαμβακερό καπέλο.

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

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Γράφει ο Χρήστος Χ. Τζορμπατζάκης, MD, MSc, PhD, Παιδίατρος

Απόφοιτος Μεταπτυχιακού Τμήματος Ιατρικής Στατιστικής Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί πολλές διαιτητικές παρεμβάσεις σε εγκύους, οι οποίες έχουν στόχο όχι μόνο στην ενίσχυση του γυναικείου οργανισμού, αλλά και στην κάλυψη των αναγκών του ταχύτατα αναπτυσσόμενου βρέφους.

Υπάρχουν ωστόσο ορισμένα στοιχεία της διαίτας της εγκύου, τα οποία φαίνεται να δρουν ανασταλτικά στην εκδήλωση αλλεργικών παθήσεων στα παιδιά. Ορισμένες τροφές που καταναλώνουν οι μέλλουσες μητέρες δηλαδή, μπορεί να προστατέψουν τα παιδιά τους από αλλεργίες στο μέλλον.

Ας δούμε κάποιες βασικές από αυτές:

- **Ωμέγα 3** λιπαρά οξέα, τα οποία φαίνεται να προστατεύουν το παιδί από τοπική δερματίτιδα και τα οποία υπάρχουν άφθονα σε λαχανικά, ψάρια και γενικά όλα τα θαλασσινά. Ειδικά για την κατηγορία αυτή, τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι πολύ ισχυρά και φαίνεται ότι προστατεύουν το παιδί από ανάπτυξη αλλεργιών στα θαλασσινά.
- **Ωμέγα 6** λιπαρά οξέα, τα οποία υπάρχουν σε λαχανικά, στο ηλιέλαιο, στο καλαμποκέλαιο και

στους ξηρούς καρπούς.

- **Βιταμίνες Α, C, E, ψευδάργυρος, ασβέστιο και μαγνήσιο**, φαίνεται πως προστατεύουν και αυτά από ανάπτυξη τοπικής δερματίτιδας στα βρέφη.
- **Βιταμίνη D** και ξηροί καρποί, ιδιαίτερα το καρύδι, φαίνεται ότι προφυλάσσουν από την ανάπτυξη παιδικού άσθματος.

Αυτές είναι ορισμένες βασικές τροφές, που πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι έχουν όφελος όχι μόνο στη μητέρα, αλλά προστατεύουν και το παιδί από την ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών, όπως οι αλλεργίες, που το ταλαιπωρούν για πολλά χρόνια και συχνά περιορίζουν τις δραστηριότητες και την ψυχοκινητική του ανάπτυξη. Οι τροφές αυτές είναι βασικά στοιχεία της μεσογειακής διαίτας και υπάρχουν άφθονα στην Ελλάδα.

Είναι σημαντικό να τονιστεί, πως η ενίσχυση της διαίτας της εγκύου με τις τροφές αυτές, δεν σημαίνει πως πρέπει να μειωθούν άλλες όπως το κρέας και το αυγό, τα οποία παρέχουν πρωτεΐνη και σίδηρο, απολύτως απαραίτητα διαιτητικά στοιχεία για την υγεία μητέρας και βρέφους. ■■



ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Γράφει ο **Δρ. Ευάγγελος Σακκάς**

Εξειδικευμένος Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδα Γονιμότητας Κλινικής ΡΕΑ

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Δυστυχώς, λίγα έχουν γραφτεί και ακόμα λιγότερα γνωρίζουν οι ασθενείς, για τον αθόρυβο εχθρό της γονιμότητας, την ενδομητρίτιδα. Μια γυναικολογική πάθηση που μπορεί να υποβόσκει και να κρύβεται καλά πίσω από την ανεξήγητη υπογονιμότητα, τις καθ' έξιν αποβολές και τις αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Τι είναι η ενδομητρίτιδα;

Η ενδομητρίτιδα είναι μια φλεγμονή οξεία ή χρόνια του βλεννογόνου του ενδομητρίου λόγω εισόδου κάποιου μικροβίου. Το περιβάλλον του ενδομητρίου, της εσωτερικής κοιλότητας της μήτρας, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την επίτευξη αλλά και εξέλιξη μίας εγκυμοσύνης, αφού σε αυτό εμφυτεύεται το γονιμοποιημένο ωάριο και αναπτύσσεται το έμβρυο κατά τους εννέα μήνες της κύησης.

Αρκετές όμως γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας,

χωρίς να το γνωρίζουν και να παρουσιάζουν οποιοδήποτε σύμπτωμα, πάσχουν από ενδομητρίτιδα, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη γονιμότητα, σύλληψη ή και αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης.

Η ενδομητρίτιδα είναι συνήθως αποτέλεσμα βακτηριακής λοίμωξης, από παθογόνα μικρόβια που εισέρχονται στην κοιλότητα της μήτρας, εγκαθίστανται σε αυτή και δημιουργούν φλεγμονή στον ιστό της.

Τα συννηθέστερα μικρόβια που συναντάμε είναι:

- το μυκόπλασμα
- το ουρεόπλασμα
- τα χλαμύδια
- ο γονόκοκκος
- ο *escherichia coli* και εντερόκοκκος (πιο σπάνια)

Οξεία μορφή ενδομητρίτιδας

Η οξεία μορφή ενδομητρίτιδας εμφανίζεται συνήθως μετά από:

- ιατρικές ενδομητρικές επεμβάσεις π.χ. απόξεση
- κατακράτηση τμήματος πλακούντα μετά από τοκετό

Η κλινική εικόνα είναι τυπική και περιλαμβάνει:

- υψηλό πυρετό
- δύσσομες κολπικές εκκρίσεις
- έντονο πόνο στο υπογάστριο

Η διάγνωση είναι κλινική και εργαστηριακή με καλλιέργεια και απομόνωση του μικροβιακού παράγοντα.

Η θεραπεία της οξείας ενδομητρίτιδας γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβίωσης.

ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ

Χρόνια ενδομητρίτιδα αποκαλούμε μια χρόνια κατάσταση λοίμωξης που έχει ριζώσει στο ενδομήτριο για τα καλά.

Η κλινική εικόνα είναι σχεδόν πάντα απύουσα, ενώ ελάχιστες ασθενείς έχουν κάποιο ιδιαίτερο σύμπτωμα. Είναι ενδιαφέρον ότι αρκετές από τις γυναίκες με χρόνια ενδομητρίτιδα είχαν υποστεί μία απόξεση στο παρελθόν για διάφορους λόγους όπως π.χ. πολύποδα ή διακοπή κύησης.



Επιπρόσθετα, η απλή καλλιέργεια κολπικού και τραχηλικού υγρού αλλά και η PCR αίματος περιόδου είναι αβέβαιο αν θα μας αποκαλύψουν το μικρόβιο.

Εξαρτάται από την εμπειρία του γυναικολόγου να υποψιαστεί την παρουσία χρόνιας ενδομητρίτιδας, δίνοντας βάση στο ιστορικό της ασθενούς.

ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

1. Διαγνωστική Υστεροσκόπηση

Gold standard της διάγνωσης αποτελεί η διαγνωστική υστεροσκόπηση.

Γι' αυτό επιλέγουμε να διεξάγουμε πάντα υστεροσκόπηση σε όλες τις υπογόνιμες γυναίκες ώστε να αποκλείονται δυσάρεστες εκπλήξεις.

Ένας έμπειρος γυναικολόγος που εξειδικεύεται στην υπογονιμότητα μπορεί να αναγνωρίσει εκείνα τα κλινικά μικροσκοπικά σημεία που σχετίζονται με τη χρόνια ενδομητρίτιδα.

2. Χρώση CD138

Μόνιμη τακτική πρέπει να

αποτελεί η διενέργεια βιοψίας του ενδομητρίου για αναζήτηση των πλασματοκυττάρων, η γνωστή στους περισσότερους ως χρώση cd138. Η μέθοδος είναι απλή και αντικειμενική, όμως συχνά μπορεί να είναι αρνητική και παρόλα αυτά η γυναίκα να πάσχει από ενδομητρίτιδα. Για αυτό η ερμηνεία και η καθοδήγηση κάθε περιστατικού οφείλει να είναι ξεχωριστή.



ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΒΙΩΣΗΣ, Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΘΕΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗΣ.



3. Καλλιέργεια ενδομητρικού ιστού

Η καλλιέργεια ενδομητρικού ιστού δυστυχώς δε βοηθάει, διότι συνήθως εξαιτίας επιμόλυνσης μας δίνει ψευδή θετικά αποτελέσματα.

4. Test Alice, Emma

Αρκετά συζητήσιμα είναι κάποια καινούρια τεστ όπως το alice test, emma test, τα οποία ανιχνεύουν DNA παθογόνων οργανισμών.

Σε κάθε περίπτωση, κάθε πληροφορία είναι χρήσιμη αλλά το βασικότερο όπλο στην ιατρική φαρέτρα αποτελεί η Υστεροσκόπηση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιβίωση αποτελεί τη λύση του προβλήματος.

Το είδος της αντιβίωσης, η διάρκεια και ο τρόπος χορήγησής της παραμένει θέμα ιατρικής αντιπαράθεσης. Απαιτείται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα διπλής αντιβίωσης από το στόμα, σε συνδυασμό με τη χορήγηση αντιβίωσης τοπικά, γνωστές ως ενδομητρικές εγχύσεις.

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ

Πριν αποφασίσετε να προχωρήσετε με κάποια μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, διερευνήστε στοχευμένα τα αίτια της υπογονιμότητας. Το ανάλογο πλάνο θεραπείας καθορίζεται μετά τη διερεύνηση των αιτιών ενώ είναι καταλυτικής σημασίας για το θετικό αποτέλεσμα οποιασδήποτε προσπάθειας. ■

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ COVID-19 ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ! Μύθοι και Αλήθειες!

Γράφει ο Γεωργγιάννης Νικόλαος

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, MSc στη Γυναικεία Αναπαραγωγή - Υπογονιμότητα, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ.

Ο ιός που προκαλεί οξύ αναπνευστικό σύνδρομο γνωστός ως SARS-CoV-2 είναι η αιτία της νόσου COVID-19 που προκάλεσε την πανδημία της εποχής μας. Τα συμπτώματα της νόσου στις εγκύους ασθενείς περιλαμβάνουν πυρετό, βήχα, κεφαλαλγία, μυαλγίες, δύσπνοια, απώλεια γεύσης, ανοσμία, καταρροή και κάποιες φορές διαρροϊκές κενώσεις.

Η λοίμωξη από τον ιό μπορεί να είναι και ασυμπτωματική στο 75% των εγκύων γυναικών.

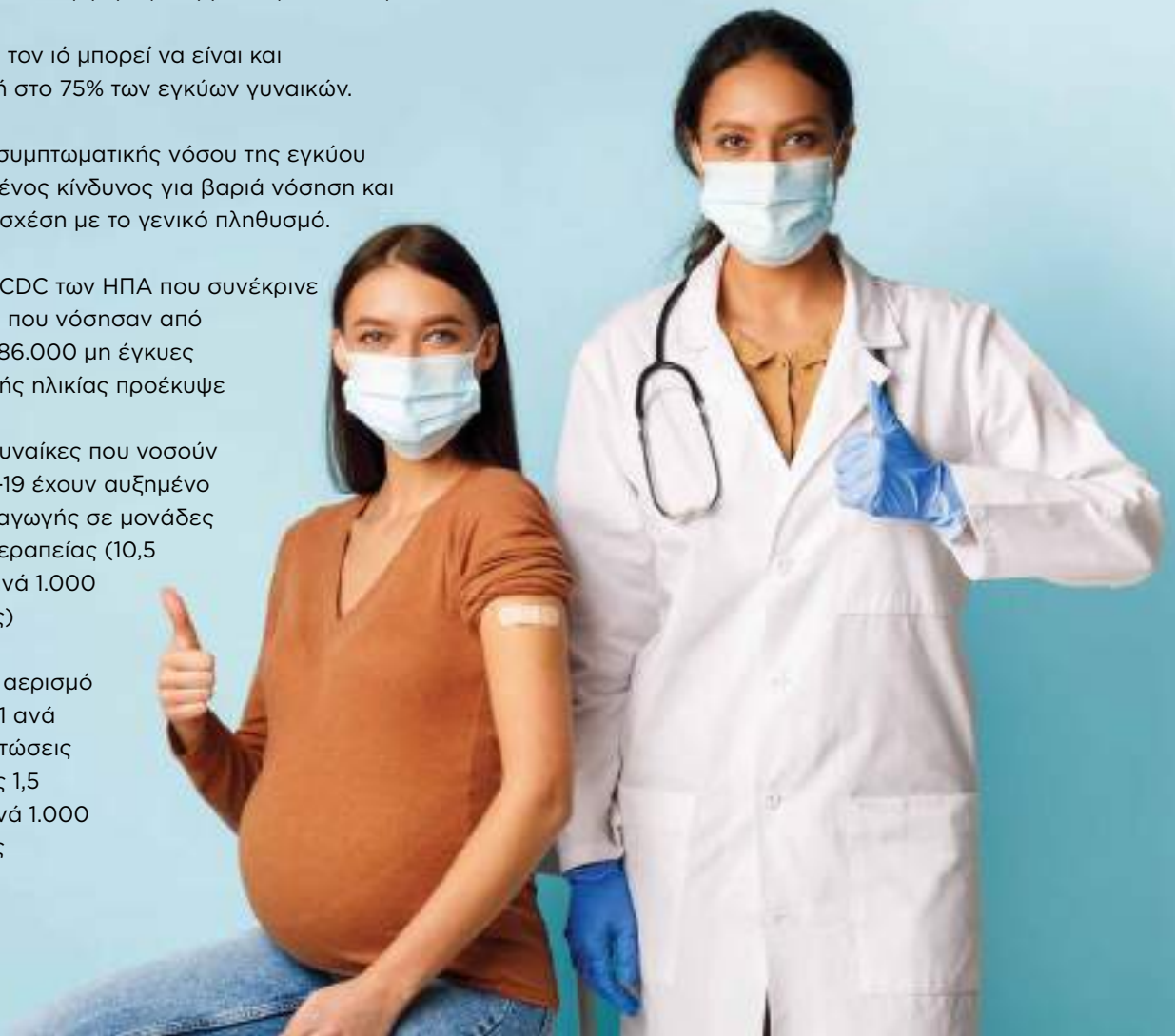
Σε περίπτωση συμπτωματικής νόσου της εγκύου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για βαριά νόσηση και για θάνατο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Σε μελέτη του CDC των ΗΠΑ που συνέκρινε 23.000 έγκυες που νόσησαν από COVID-19 με 386.000 μη έγκυες αναπαραγωγικής ηλικίας προέκυψε ότι:

- > Οι έγκυες γυναίκες που νοσούν από COVID-19 έχουν αυξημένο κίνδυνο εισαγωγής σε μονάδες εντατικής θεραπείας (10,5 έναντι 3,9 ανά 1.000 περιπτώσεις)
- > Ανάγκη για επεμβατικό αερισμό 2,9 έναντι 1,1 ανά 1.000 περιπτώσεις
- > Και θάνατος 1,5 έναντι 1,2 ανά 1.000 περιπτώσεις

Ποιοί είναι οι παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση από COVID-19 και θάνατο;

- > Ηλικία της μητέρας μεγαλύτερη των 35 ετών
- > Παχυσαρκία
- > Σακχαρώδης διαβήτης
- > Καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις



ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ COVID-19

Η σύσταση που υπάρχει σήμερα τόσο από τις ΗΠΑ όσο και από το Ηνωμένο Βασίλειο είναι ο εμβολιασμός όλων των εγκύων γυναικών σε οποιοδήποτε τρίμηνο της κύησης ανεξάρτητα εάν αυτές συμπεριλαμβάνονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο εμβολιασμός προστατεύει τόσο την έγκυο γυναίκα, από όλες τις επιπλοκές του ιού, όσο και το έμβρυο από προωρότητα και θάνατο.

Είναι ασφαλής ο εμβολιασμός για την έγκυο και το έμβρυο;

Στις ΗΠΑ τα mRNA εμβόλια έχουν δοκιμαστεί σε περισσότερες από 160.000 γυναίκες και δεν έχουν παρουσιάσει κάποια επιπλοκή, τόσο στην γυναίκα όσο και στο έμβρυο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, πάνω από 87.000 γυναίκες έχουν εμβολιαστεί, χωρίς καμία επιπλοκή. Είναι γεγονός ότι τα mRNA εμβόλια είναι ασφαλή για την έγκυο και το έμβρυο και προστατεύουν από σοβαρή νόσηση αυτών.

Ποιά είναι η επίδραση των εμβολίων στα έμβρυα;

Τα υπάρχοντα δεδομένα με πάνω από 40.000 γυναίκες που εμβολιάστηκαν κατά την διάρκεια της κύησης σε 4 διαφορετικές χώρες δείχνουν ότι το εμβόλιο δεν προκαλεί αποβολή, ενδομήτριο θάνατο, υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου ή συγγενείς ανωμαλίες.

Ποιά είναι τα οφέλη του εμβολιασμού κατά την κύηση;

- Αποφυγή βαριάς νόσησης από COVID-19
- Μείωση του κινδύνου ενδομήτριου θανάτου και προωρότητας
- Μείωση της μεταδοτικότητας του ιού σε άλλα μέλη της οικογένειας

Πότε μπορεί να γίνει το εμβόλιο στην κύηση;

Ο εμβολιασμός των εγκύων γυναικών μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε τρίμηνο της κύησης. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να δείχνουν ότι πρέπει να καθυστερούμε τον εμβολιασμό για μετά το 1^ο τρίμηνο της κύησης.

Μπορεί ένα ζευγάρι να εμβολιαστεί ενώ βρίσκεται σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Ναι μπορεί, αποφεύγοντας έτσι τον κίνδυνο νόσησης κατά τη διάρκεια της κύησης. Συστήνεται να πραγματοποιείται ο εμβολιασμός 3-5 μέρες μακριά από ωοληψία ή εμβρυομεταφορά για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου.

Μπορεί ο εμβολιασμός να επηρεάσει τη γονιμότητα;

Δεν υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι ο εμβολιασμός μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη γονιμότητα των γυναικών. Δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει βιολογικός μηχανισμός μέσω του οποίου μπορεί να προκληθεί μείωση της γυναικείας γονιμότητας.

Ποιά εμβόλια προτείνονται κατά τη διάρκεια της κύησης;

Ο εμβολιασμός εγκύων γυναικών στην Αμερική με mRNA εμβόλια έχει ξεπεράσει τα 100.000 άτομα. Οι αναλύσεις δεν έχουν αναδείξει ανεπιθύμητη ενέργεια στην κύηση που να σχετίζεται με τον εμβολιασμό. Τα mRNA εμβόλια προκαλούν επαρκή ανοσολογική απάντηση τόσο σε εγκύους όσο και σε θηλάζουσες γυναίκες, η οποία είναι συγκρίσιμη ή και υψηλότερη σε σχέση με την ανοσιακή απάντηση μετά από νόσηση από SARS-CoV-2.

Επίσης μετά από εμβολιασμό ανιχνεύθηκαν αντισώματα στο αίμα του ομφαλίου λώρου κατά τη γέννηση. Η Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας προτείνει τη χορήγηση εμβολίων mRNA επειδή τα σημερινά δεδομένα ασφαλείας και αντιγονικότητας αφορούν εγκύους που έχουν εμβολιαστεί με τον συγκεκριμένο τύπο εμβολίου.

Συμπερασματικά αυτό που θα θέλαμε να τονίσουμε είναι ότι:

- Δεν απαγορεύεται ο εμβολιασμός στις γυναίκες που είναι σε προσπάθεια εγκυμοσύνης
- Συστήνεται ο εμβολιασμός με mRNA εμβόλιο στην κύηση
- Ο θηλασμός δεν αποτελεί αντένδειξη για εμβολιασμό της μητέρας έναντι του Covid-19
- Προτείνεται ο εμβολιασμός των γυναικών που βρίσκονται σε πρωτόκολλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- Συστήνεται η ενημέρωση όλων των γυναικών από τον γιατρό τους σχετικά με τα οφέλη του εμβολιασμού, το προφίλ ασφάλειας των εμβολίων έναντι του SARS-CoV-2 και τον αυξημένο κίνδυνο βαρύτερης νόσησης και θανάτου από COVID-19 στην κύηση.

*Οι παραπάνω συστάσεις βασίζονται σε οδηγίες που έχει δημοσιεύσει η Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, το Αμερικανικό κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων και το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιευτικής και Γυναικολογίας της Μεγάλης Βρετανίας.

ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Γράφει η Μαρίτίνα Ρόππα

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Συνεργάτης Δερματολογικού Ιατρείου Κλινικής ΡΕΑ

Στη δερματολογία υπάρχουν παθήσεις που προϋπάρχουν της κύησης και ταλαιπωρούν μεγάλο πλήθος γυναικών, ενώ ταυτόχρονα παρατηρούνται και δερματολογικά νοσήματα και μεταβολές που πρωτοεμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης και πυροδοτούνται από αυτήν. Από τα προϋπάρχοντα νοσήματα κάποια επιδεινώνονται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ άλλα βελτιώνονται ή και παραμένουν στάσιμα. Στις ειδικές δερματοπάθειες της κύησης δύναται μετά τον τοκετό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα και πιθανώς να επανεμφανιστούν σε μια επόμενη κύηση.

Αξίζει αρχικά να αναφερθούμε σε συχνές δερματοπάθειες, οι οποίες είτε προϋπάρχουν της κύησης, είτε πρωτοεμφανίζονται στην κύηση

1) Οι ιογενείς δερματοπάθειες, όπως:

Α) Η ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

Οι βλάβες από μολυσματική τέρμινο μπορεί να προηγούνται της εγκυμοσύνης ή να εμφανιστούν πρώτη φορά κατά τη διάρκεια αυτής. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την αφαίρεση των βλαβών με λαβίδα ή με τη χρήση του CO2 laser και η συχνή παρακολούθηση της εγκύου για την έγκαιρη διάγνωση υποτροπών της τερμίνθου.



Β) ΜΥΡΜΗΓΚΙΕΣ - ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Οι μυρμηγκίες και τα κονδυλώματα προέρχονται από τον ιό HPV, για τον οποίο έχουν προσδιοριστεί πάνω από 100 υπότυποι. Οι τύποι 1, 2, 3, 4 και 10 προκαλούν τα διάφορα είδη μυρμηγκιών ενώ οι 6, 11, 16, 18, 31 και 33 σχετίζονται με την ανάπτυξη των γεννητικών HPV λοιμώξεων. Όσον αφορά στην θεραπευτική αντιμετώπιση, προτιμάται κυρίως η χρήση κρυοθεραπείας ή διαθερμοπηξίας ή laser CO2 καθώς και η στενή συνεργασία δερματολόγου - γυναικολόγου για την έγκαιρη θεραπεία υποτροπών, κυρίως των γεννητικών κονδυλωμάτων.

Γ) ΕΡΠΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Είναι μια συχνή λοίμωξη που δεν κατατάσσεται στις ειδικές δερματοπάθειες της εγκυμοσύνης. Παρ' όλα αυτά προκαλεί συχνά προβληματισμό όταν εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της κύησης. Η αιτία της λοίμωξης όπως προαναφέρθηκε είναι οι ιοί HSV-1 και HSV-2 και η επίπτωση τους στην κύηση φτάνει στο 2%. Η λοίμωξη έχει την ίδια συχνότητα εμφάνισης σε όλα τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης. Όσον αφορά στις γυναίκες με υποτροπιάζοντα έρπητα γεννητικών οργάνων, το ποσοστό υποτροπής κατά την περίοδο της κύησης φτάνει σε ποσοστό 75%. Στην κατηγορία αυτή των ασθενών έχουν παρατηρηθεί πάνω από μια υποτροπές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ σε ποσοστό 14% εμφανίζουν πρόδρομα συμπτώματα ή κλινική υποτροπή κατά τον τοκετό. Η θεραπεία της λοίμωξης εξαρτάται από την κλινική μορφή της λοίμωξης και περιλαμβάνει σκευάσματα όπως ακυκλοβίρη, βαλακυκλοβίρη, φαμκυκλοβίρη.

2) Μια δεύτερη κατηγορία δερματοπαθειών της κύησης αποτελούν οι διαταραχές της μελάγχρωσης. Σε αυτές συγκαταλέγονται **η λεύκη και το μέλασμα κύησης**.

Η λεύκη είναι μια αυτοάνοση διαταραχή που επηρεάζεται σημαντικά από ορμονικές μεταβολές. Τέτοιες αλλαγές παρατηρούνται κυρίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και για αυτό το λόγο έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις εμφάνισής της πρώτη φορά κατά την κύηση. Παραδόξως, μπορεί να



ΜΙΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ
ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
ΤΗΣ ΜΕΛΑΓΧΡΩΣΗΣ. ΣΕ ΑΥΤΕΣ
ΣΥΓΚΑΤΑΛΕΓΟΝΤΑΙ Η ΛΕΥΚΗ ΚΑΙ
ΤΟ ΜΕΛΑΣΜΑ ΚΥΗΣΗΣ. ”

παρατηρηθεί και το αντίστροφο, δηλαδή γυναίκες με διαγεγνησμένη λεύκη να εμφανίσουν κατά την κύηση βελτίωση της κλινικής εικόνας τους. Στην πρώτη περίπτωση, δηλαδή στην πρωτοεκδήλωση της λεύκης κατά την κύηση, ενοχοποιούνται το στρες, η ανεπάρκεια σιδήρου, το ανοσοποιητικό σύστημα και η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12. Όσον αφορά στη δεύτερη περίπτωση, δηλαδή βελτίωση των βλαβών, πιθανώς εξηγείται λόγω των ορμονικών διαταραχών που μπορεί να επιφέρουν αύξηση των μελανοκυττάρων. Σαν θεραπευτική προσέγγιση συνιστάται η βελτίωση των επιπέδων σιδήρου και B12 με φαρμακευτικά σκευάσματα, τα τοπικά κορτικοστεροειδή. Η φωτοθεραπεία που αποτελεί άλλη μια θεραπεία για την αποκατάσταση της μελάγχρωσης αποφεύγεται την περίοδο της κύησης.

Το μέλασμα είναι μια συχνή, επίκτητη διαταραχή της μελάγχρωσης του δέρματος και εντοπίζεται κυρίως στις φωτοεκτεθειμένες περιοχές. Το μέλασμα εμφανίζεται σαν κηλίδες και πλάκες καφεοειδούς χρώματος, γκριζου ή ανοικτού μαύρου. Συνήθως διακρίνεται συμμετρική κατανομή στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές. Μπορεί να προκαλέσει αισθητικό πρόβλημα και σημαντική επιβάρυνση στην ψυχολογία της ασθενούς. Οι θεραπείες είναι διαφόρων ειδών αλλά πάντα υπάρχει η πιθανότητα επιδείνωσης της κλινικής εικόνας κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Συστήνεται αποφυγή επιβαρυντικών παραγόντων, όπως είναι η ηλιακή ακτινοβολία, η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων κτλ. Οι λευκαντικοί παράγοντες επίσης βελτιώνουν πολύ την κλινική εικόνα της ασθενούς και εφαρμόζονται μετά το πέρας της κύησης από τον δερματολόγο. Αυτοί διακρίνονται σε 3 κατηγορίες: τις φαινολικές ενώσεις, τις μη-φαινολικές ενώσεις και τις

“ Η ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΙΟ ΣΥΧΝΗ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ. ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΚΥΗΣΗΣ ΚΥΡΙΩΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟΥΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΤΟΠΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ. ”

συνδυαστικές τους θεραπείες. Κύριος εκπρόσωπος των φαινολικών ενώσεων είναι η υδροκινόνη. Τέλος, θεραπείες όπως η χημική απολέπιση (peeling) μπορεί να βελτιώσουν αισθητά το πρόβλημα.

Οι ειδικές δερματοπάθειες της κύησης ανήκουν σε μια κατηγορία φλεγμονωδών δερματολογικών διαταραχών που προκαλούνται αποκλειστικά από την ίδια την κύηση και κάνουν την εμφάνισή τους κατά τη διάρκεια αυτής ή κατά τη λοχεία.

Στις **ειδικές δερματοπάθειες της κύησης** ανήκουν οι εξής κλινικές οντότητες:

- Πολύμορφο εξάνθημα της κύησης
- Ατοπικό εξάνθημα της κύησης
- Πεμφιγοειδές της κύησης
- Ενδοηπατική χολόσταση της κύησης

Το **πολύμορφο εξάνθημα της κύησης (PUPPP)**

χαρακτηρίζεται ως μια καλοήθης, κνησμώδης, αυτοπεριοριζόμενη δερματοπάθεια που παρατηρείται συνήθως κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό. Βασικό χαρακτηριστικό της δερματοπάθειας αυτής είναι ότι παρατηρείται αποκλειστικά και μόνο στην εγκυμοσύνη και ποτέ ανεξάρτητα αυτής. Εκδηλώνεται κατά τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης ή αμέσως μετά τον τοκετό, ενώ δεν παρατηρείται υποτροπή στις επόμενες κυήσεις. Η συχνότητα υπολογίζεται στο 1%, ενώ είναι λιγότερο συχνή στη μαύρη φυλή. Το εξάνθημα των PUPPP πρωτοεμφανίζεται συνήθως με συρρέουσες κνιδωτικές βλάβες. Δεδομένου ότι η πρόγνωση είναι καλή για την έγκυο και το έμβρυο, η θεραπεία κυμαίνεται στα πλαίσια της ανακούφισης της εγκύου από τα συμπτώματα.

Η **ατοπική δερματίτιδα της κύησης** είναι η πιο

συχνή δερματοπάθεια κατά τη διάρκεια της κύησης. Εμφανίζεται στο πρώτο τρίμηνο κύησης κυρίως σε εγκύους με ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας. Σε ποσοστό περίπου 65% των ασθενών, η νόσος εκδηλώνεται με εκζεματικές πλάκες που προσβάλλουν κυρίως το πρόσωπο, τον τράχηλο και τις καμπτικές επιφάνειες των άκρων. Στο υπόλοιπο 35% των ασθενών, το ατοπικό έκζεμα εκδηλώνεται σαν μικρές, διάσπαρτες, ερυθρηματώδεις βλατίδες που χαρακτηρίζονται από συμμετρική κατανομή σε κορμό. Βασικό χαρακτηριστικό του ατοπικού εξανθήματος της κύησης είναι η έντονη ξηρότητα και η ευαισθησία του δέρματος. Η πρόγνωσή του είναι είναι εξαιρετική και η θεραπεία γίνεται με τοπικά σκευάσματα.

Το **πεμφιγοειδές της κύησης** είναι μια σπάνια, αυτοάνοση δερματοπάθεια της κύησης. Υπολογίζεται ότι στο 18% εμφανίζεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και στο 14% μία έως και δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Πιο συχνά βέβαια, η νόσος εμφανίζεται στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της κύησης με ποσοστό 34% και στις δύο περιπτώσεις. Η νόσος συνοδεύεται συνήθως από έντονο κνησμό, ο οποίος μπορεί να προηγείται του εξανθήματος. Οι βλάβες αποτελούνται από ερύθημα, κνιδωτικές βλατίδες και πομφούς. Στην εξέλιξη της νόσου εμφανίζονται φουσαλίδες ή πομφόλυγες. Οι πομφόλυγες περιέχουν διαυγές υποκίτρινο υγρό ή αίμα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το αρχικό εξάνθημα μέχρι την ανάπτυξη των πομφολύγων μπορεί να διαρκέσει και ένα μήνα. Το σημείο προτίμησης του πεμφιγοειδούς της κύησης είναι συνήθως η κοιλιακή χώρα με σημείο έναρξης πέριξ του ομφαλού. Καθόλου σπάνιες δεν είναι και οι εντοπίσεις σε ολόκληρο τον κορμό, τους μηρούς, τα αντιβράχια, τα πέλματα και τις παλάμες. Το πεμφιγοειδές της κύησης είναι μια κνησμώδης νόσος που συνήθως αποδράμει εντός 2 μηνών από τον τοκετό, χωρίς ιδιαίτερη ανησυχία



για την έγκυο. Παρ' όλα αυτά η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει και κάποιες φορές μπορεί να χρειαστεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Σε ποσοστό μικρότερο του 10% έχει παρατηρηθεί εμφάνιση φυσαλίδων ή πομφολύγων σε νεογνά, γεγονός που συνηγορεί υπέρ της παθητικής διαπλακουντιακής μεταφοράς αντισωμάτων. Οι βλάβες αυτές των νεογνών αυτοπεριορίζονται συνήθως μετά από μερικές ημέρες ή εβδομάδες. Τα κριτήρια που οδηγούν στη διάγνωση του πεμφιγοειδούς της Κύησης είναι η κλινική εικόνα, τα ιστολογικά ευρήματα και άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις αίματος. Στόχος της θεραπείας είναι η άμεση ανακούφιση της εγκύου από τον κνησμό και η διακοπή εμφάνισης νέων φυσαλίδων. Πλύσιμο με χλιαρό νερό, χρήση ενυδατικών σκευασμάτων και τοπικών ήπιων κορτικοστεροειδών μπορεί να ανακουφίσουν από τον κνησμό. Χρήση αντιϊσταμινικών και εφαρμογή ισχυρών και πολύ ισχυρών τοπικών κορτικοστεροειδών είναι επίσης στην πρώτη γραμμή θεραπείας. Σε πιο βαριές περιπτώσεις θα πρέπει να χορηγηθούν συστηματικά

κορτικοστεροειδή.

Τέλος, η **ενδοπατική χολόσταση κύησης** είναι μια σπάνια δερματοπάθεια της κύησης, καθώς αφορά στο 3% όλων των κυήσεων, καλοήθης για τη μητέρα, αλλά υψηλού κινδύνου για το έμβρυο (11%-20% εμβρυϊκή θνητότητα). Κυρίως εκδηλώνεται κατά το τρίτο τρίμηνο κύησης, σε δίδυμες κυήσεις, με πιθανότητα 40%-70% να εκδηλωθεί σε επόμενες κυήσεις. Η κλινική εικόνα συνίσταται σε έντονο κνησμό. Η διάγνωση τίθεται βάσει εργαστηριακών ευρημάτων, ενώ η θεραπεία πραγματοποιείται με αντικνησμώνδεις παράγοντες τοπικά, με ουρσο-δεσοξυ-χολικό οξύ.

Στόχος η βελτίωση της κλινικής εικόνας της μητέρας και η μείωση των εμβρυϊκών επιπλοκών.

Σε κάθε περίπτωση οι δερματοπάθειες της κύησης αντιμετωπίζονται, αρκεί να διαγνωσθούν έγκαιρα, πάντα με αгаστή συνεργασία των θεραπόντων ιατρών της μέλλουσας μητέρας. ■

TIPS ΓΙΑ ΤΟ ΜΑΣΤΟ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙΣ!



- Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πρώτο σε συχνότητα καρκίνο για τις γυναίκες...
- Η καλύτερη **πρόληψη** του, παραμένει η **έγκαιρη διάγνωση**...
- Ο καρκίνος του μαστού **είναι από τους πλέον ιάσιμους καρκίνους** εάν διαγνωσθεί έγκαιρα και αντιμετωπισθεί καταλλήλως.
- Ο **τακτικός προληπτικός έλεγχος** μπορεί να σώσει ζωές.
- Ο κίνδυνος να αναπτύξει μια γυναίκα καρκίνο μαστού αυξάνει με την **ηλικία**.
- Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η **κληρονομικότητα**, η **πρώιμη έναρξη εμμήνου ρύσης**, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, η **λήψη ορμονοθεραπείας μετά την εμμηνόπαυση** για τουλάχιστον πέντε χρόνια, η **ατεκνία** και η πρώτη **κύηση μετά τα 35 έτη** της γυναίκας, η **απουσία θηλασμού**, η κατανάλωση **αλκοόλ** και το **κάπνισμα**.
- Η **αυτοεξέταση** συνιστάται να ξεκινά από την ηλικία των 20 ετών.
- Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ψηλαφούνται για πρώτη φορά από την ίδια τη γυναίκα ή το σύντροφό της και όχι από τον ιατρό της.
- Η **ψηλάφηση πρέπει να γίνεται κάθε μήνα**, μια εβδομάδα περίπου μετά την περίοδο.
- Η **πρώτη μαστογραφία** θα πρέπει να γίνεται στην ηλικία των 40 ετών, εκτός αν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού σε πρώτου βαθμού συγγενή. Σε αυτή την περίπτωση, ξεκινά 10 χρόνια πριν την ηλικία της συγγενούς όταν εμφάνισε καρκίνο και να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο.
- Η **μαστογραφία, όπως και η ψηλάφηση, πρέπει να γίνεται από την 4η ως και τη 12η μέρα του κύκλου**, ώστε οι μαστοί να μην είναι ιδιαίτερα επώδυνοι και διογκωμένοι.
- Κατά τη διάρκεια της μαστογραφίας το ποσοστό ακτινοβολίας είναι εξαιρετικά χαμηλό.
- Το **υπερηχογράφημα μαστών** αποτελεί την κύρια εξέταση σε γυναίκες κάτω των 35 ετών.
- Το υπερηχογράφημα δεν αποτελεί υποκατάστατο της μαστογραφίας στον προληπτικό έλεγχο του μαστού αλλά λειτουργεί συμπληρωματικά.
- Η **μαγνητική μαστογραφία** είναι μία εξέταση χωρίς ακτινοβολία, η οποία πραγματοποιείται στον μαγνητικό τομογράφο και γίνεται σε περιπτώσεις διερεύνησης ευρημάτων σε περιπτώσεις όπου υπάρχει διαφωνία στο υπερηχογράφημα μαστών ή σε αμφισβητούμενη ψηφιακή μαστογραφία.
- Η μαστογραφία δεν υποκαθιστά την **κλινική εξέταση** η οποία θα πρέπει να πραγματοποιείται από Μαστολόγο μία φορά το χρόνο.

Η Κλινική ΡΕΑ διαθέτει Πρότυπο Διαγνωστικό Κέντρο Μαστού και υπηρεσίες Χειρουργικής Μαστού, τα οποία στελεχώνονται από έμπειρο και εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, προσφέροντας ολοκληρωμένες ιατρικές υπηρεσίες.

Η Κλινική ΡΕΑ είναι άρτια εξοπλισμένη με τα πλέον σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα, που επιτρέπουν την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση. Διαθέτει δύο **Ψηφιακούς Μαστογράφους** υψηλής ανάλυσης και μεγάλης ευκρίνειας, ο ένας εκ των οποίων έχει τη δυνατότητα Τομοσύνθεσης και **εξειδικευμένο μηχάνημα Υπερήχων** που αξιοποιεί την τελευταίου τύπου μέθοδο **Shear Wave Elastography**.

Η ΡΕΑ διαθέτει επίσης **Ανοικτό Μαγνητικό Τομογράφο**, προηγμένης τεχνολογίας, στον οποίο μπορεί να γίνει η εξέταση της Μαγνητικής Μαστογραφίας και είναι ιδανικός για άτομα με κλειστοφοβία καθώς και **Τράπεζα Στερεοτακτικής Βιοψίας**, με ενσωματωμένο σύστημα καθοδήγησης, προσφέροντας τη δυνατότητα αποφυγής χειρουργικής βιοψίας.

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΣΤΩΝ BREASTCARE

Η ηλεκτρονική υπηρεσία «bREAstcare» δημιουργήθηκε από την Κλινική ΡΕΑ με στόχο την εκπαίδευση των γυναικών στην ψηλάφηση του μαστού και την ευρύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού ως προς την πρόληψη. Μέσω της ειδικής αυτής πλατφόρμας, οι γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν με 3D βίντεο τις τεχνικές αυτοεξέτασης, να ενεργοποιήσουν την εξατομικευμένη ειδοποίηση για την ετήσια μαστολογική τους εξέταση και να λαμβάνουν ειδικές προσφορές σε εξετάσεις όλο το χρόνο.



Γίνετε μέλη του Breastcare σκανάροντας το QR Code. ■■



Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΗ ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΤΗΣ



Από τη μαστεκτομή στην εποχή της ελάχιστης χειρουργικής επέμβασης

Γράφει ο Χρήστος Αιμ. Σπανόπουλος MD, PhD,

Χειρουργός Μαστού – Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Σε μερικά χρόνια μπορεί να μην χειρουργούμε σχεδόν καθόλου τον καρκίνο μαστού. Ίσως παρακεντούμε μόνο τον όγκο και την μασχάλη. Με τον τρόπο αυτό θα αποκτούμε όλες τις πληροφορίες για τον τύπο του όγκου και την επέκτασή του μαζί με τις απεικονιστικές εξετάσεις.

Στην συνέχεια θα υπάρχουν δύο εναλλακτικές μέθοδοι:

A. Θα καταστρέψουμε ή θα αφαιρούμε τον όγκο χρησιμοποιώντας διαθερμία, υπερήχους, ραδιοκύματα ή άλλη μορφή καταστρεπτικής ακτινοβολίας, την οποία θα εισάγουμε στον μαστό δια μέσου εξωτερικού βραχίονα από μία τομή 1-2 εκατοστών.

B. Μετά από προεγχειρητική χημειοθεραπεία και πιθανή πλήρη ύφεση του όγκου, δεν

θα χειρουργείται καθόλου ο μαστός.

Ήδη γίνονται κλινικές μελέτες για κάθε επιμέρους στάδιο των ανωτέρω αναφερομένων μεθόδων.

ΠΩΣ ΦΤΑΣΑΜΕ ΟΜΩΣ ΣΕ ΜΙΑ ΤΕΤΟΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ;

Το 1894 ο χειρουργός Halsted, που θεωρήθηκε ο «πατέρας» της χειρουργικής μαστού, εκτελούσε ριζικές επεμβάσεις με αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, θωρακικών μυών και όλων των λεμφαδένων της σύστοιχης μασχάλης.

Η ίδια μέθοδος εφαρμόστηκε έως το 1945, με την διαφορά όμως ότι από τότε και στο

εξής διατηρούσαν πλέον τους θωρακικούς μύες.

Το 1975 ο Veronese εισήγαγε την τμηματεκτομή, αφαιρώντας το ¼ του μαστού με την βλάβη. Σήμερα θεωρείται ασφαλές να γίνεται μόνο ογκεκτομή και να ακολουθείται Ογκοπλαστική (που εισήγαγε ο Klough), δηλαδή η χειρουργική μορφοποίηση του μαστού, ώστε να υπάρχει ένα όσο το δυνατόν πιο αποδοτικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Αντίστοιχα στη μασχάλη, ενώ παλιά αφαιρούσαμε όλους τους λεμφαδένες, τώρα αφαιρούμε μόνο τον πρώτο λεμφαδένα από τον οποίο αρχίζουν τα λεμφαγγεία της μασχάλης. Αυτός ο λεμφαδένας φρουρός εντοπίζεται και, αν είναι αρνητικός (δεν έχει καρκινικά



κύτταρα), δεν αφαιρούμε τους υπόλοιπους. Το τελευταίο διάστημα, ακόμη και δύο λεμφαδένες φρουροί να είναι θετικοί, δεν αφαιρούμε τους υπόλοιπους.

ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΦΤΑΣΑΜΕ ΩΣ ΕΔΩ;

Με την εκστρατεία για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού οι ποικίλες κοινωνικές δράσεις ευαισθητοποιούν τις γυναίκες να ελέγχονται τακτικά στον μαστό. Έτσι βρίσκονται μικρότεροι και πιο πρώιμοι όγκοι. Στην τηλεοπτική σειρά “Sex and the City” η πρωταγωνίστρια παθαίνει καρκίνο μαστού. Αμέσως τριπλασιάστηκαν οι γυναίκες που έκαναν μαστογραφία.

Το ίδιο συνέβη και μετά την μαστεκτομή της Αντζελίνας Τζολί.

Με τις συνεχώς **εξελισσόμενες απεικονιστικές μεθόδους**, με μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, την μαγνητική τομογραφία και τις υπόλοιπες απεικονιστικές μεθόδους, οι ακτινολόγοι μας παρέχουν πληροφορίες για την πρώιμη διάγνωση, εντόπιση και επέκταση του όγκου.



ΣΕ ΜΕΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥΜΕ ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ. ΙΣΩΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΟΥΜΕ ΜΟΝΟ ΤΟΝ ΟΓΚΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΑΣΧΑΛΗ.



Με την **πρόοδο της επιστήμης και την καλύτερη γνώση της βιολογίας των όγκων**, όπου παλαιότερα πιστεύαμε ότι ασφαλή χειρουργικά όρια εκτομής είναι 1-2 εκατοστά. Σήμερα είναι αποδεκτό ότι ασφαλή χειρουργικά όρια για διηθητικό καρκίνο είναι

ένα μόλις κύτταρο και για μη διηθητικούς όγκους λίγα χιλιοστά.

Με τα **νέα χημειοθεραπευτικά φάρμακα**, τα μονοκλωνικά αντισώματα, τους ανοσολογικούς παράγοντες, τα ορμονικά σκευάσματα και την ακτινοθεραπεία, καθώς και τις «γενετικές υπογραφές» των όγκων.

Με αυτές τις γνώσεις έχει αλλάξει η χειρουργική του μαστού, ενώ παράλληλα έχει αναπτυχθεί η Ογκοπλαστική.

Χρησιμοποιώντας τεχνικές πλαστικής χειρουργικής γίνονται οι τομές στο μαστό είτε στη θηλή, είτε στις φυσικές πτυχές του μαστού. Επιτυγχάνεται η αφαίρεση του όγκου σε υγιή όρια και μαζί με μορφοποίηση του μαστού έχουμε ένα αισθητικά αποδεκτό αποτέλεσμα.

Γίνονται εκτεταμένες μελέτες για όσο το δυνατόν λιγότερη και μικρότερη χειρουργική παρέμβαση στον καρκίνο του μαστού. Αναμένεται σε βάθος χρόνου να φανεί κατά πόσο μπορεί να εφαρμοστεί στην καθημερινή πραγματικότητα. Ο στόχος είναι να εξελιχθεί τόσο η χειρουργική στον μαστό ώστε ο θρίαμβός της να είναι η αυτοκατάργησή της. ■



Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Γράφει η Μαρία Σκουρολιάκου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου,
Επιστημονική Σύμβουλος Κέντρου Διατροφικής Υποστήριξης και Διαιτολογίας Κλινικής ΡΕΑ

Σύμφωνα με την «Αμερικανική Εταιρεία Ογκολογίας για την πρόληψη του Καρκίνου» (ACS), ο καρκίνος του μαστού είναι το πλέον θανατηφόρο νεόπλασμα στις γυναίκες και ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος στον κόσμο. Δεδομένου ότι οι πρόοδοι στην ανίχνευση και τη θεραπεία καρκίνου του μαστού έχουν βελτιώσει τις πιθανότητες της μακροχρόνιας επιβίωσης, **η υποτροπή** είναι ένα σημαντικό ζήτημα στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένοι θρεπτικοί παράγοντες τροποποιούν την εξέλιξη της ασθένειας και της πρόγνωσης μετά από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Επίσης, τα υπάρχοντα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η αύξηση βάρους είναι κοινή παρατήρηση κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά από τη διάγνωση του

καρκίνου του μαστού, η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό έως και 100% των γυναικών.

Η αύξηση βάρους που παρατηρείται σε αυτές τις ασθενείς χαρακτηρίζεται από αύξηση στο συνολικό βάρος και στον λιπώδη ιστό χωρίς αντίστοιχη αύξηση βάρους της άλιπης μάζας σώματος, ενώ

“ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΧΟΥΝ ΔΕΙΞΕΙ ΟΤΙ ΟΡΙΣΜΕΝΟΙ ΘΡΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.”





μπορεί να παρατηρηθεί και μείωση του βάρους της άλιπης μάζας. Εκτός από τη δυσμενή επίδραση στην εικόνα σώματος και στην ποιότητα της ζωής, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η **αύξηση του βάρους μετά τη διάγνωση καρκίνου του μαστού μπορεί να αυξήσει το ποσοστό εμφάνισης υποτροπής** και να μειώσει τη μακροχρόνια επιβίωση.

Η χρονική εμφάνιση αύξησης βάρους στις ασθενείς κατά τη διάρκεια θεραπείας (χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας) δεν έχει εξεταστεί μέχρι σήμερα κατά συστηματικό τρόπο. Η θέση της «Αμερικανικής Ένωσης κατά του Καρκίνου» (ACS) σχετικά με τη διατροφή των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι η εφαρμογή των διαιτητικών κατευθυντήριων οδηγιών που ισχύουν για την πρόληψη του καρκίνου (Συστάσεις από την Αμερικανική

Ένωση κατά του Καρκίνου, “American Cancer Society Guidelines for Cancer Prevention”). Στην παραδοσιακή διατροφή της Ελλάδας (η κρητική διατροφή πριν από τη δεκαετία του ‘60), η οποία έχει αποτελέσει τη βάση της ελληνικής εκδοχής της «Μεσογειακής διατροφής» υπάρχουν προστατευτικές ουσίες, όπως το σελήνιο, η γλουταθειόνη, η ισορροπημένη αναλογία των n-6/ n-3 απαραίτητων λιπαρών οξέων (EFA), η υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, διάφορα αντιοξειδωτικά (ειδικά η ρεσβερατρόλη που υπάρχει στο κρασί και οι πολυφαινόλες στο ελαιόλαδο), οι βιταμίνες E και C. Οι περισσότερες από τις άνω περιγραφείσες ουσίες έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού.

ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τρόφιμα πλούσια σε φυτοοιστρογόνα: Είναι ασφαλή;

Τα οφέλη υπερτερούν των κινδύνων! Οι μέχρι σήμερα διασταυρωθείσες επιστημονικές έρευνες δεν έχουν καταλήξει σε σαφή συμπεράσματα και οδηγίες (guidelines) σχετικά με την ανάπτυξη καρκίνου ή μη σε άτομα που πάσχουν από την συγκεκριμένη νόσο. **Μία μέτρια κατανάλωση, όταν προέρχεται από τρόφιμα και όχι από συμπληρώματα**, είναι τελείως ασφαλής και ενδείκνυται. Τα τρόφιμα που αποτελούν πηγή οιστρογόνων είναι υγιεινά με πολλές ευεργετικές για την υγεία ιδιότητες.

Η υγιεινή διατροφή στόχο έχει την επιλογή ενός συνολικού μοντέλου διατροφής και **όχι μεμονωμένες και αποσπασματικές** επιλογές

κάποιων τροφών, ροφημάτων ή γευμάτων.

Δεν υπάρχουν «καλά» και «κακά» τρόφιμα, αλλά το μέτρο!

Τρώμε σωστά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Μια **υγιεινή - θρεπτική διατροφή**, πλούσια σε **λαχανικά, φρούτα**, δημητριακά **ολικής άλεσης** και **όσπρια** και ταυτόχρονα χαμηλή σε **κόκκινο και (κυρίως) επεξεργασμένο κρέας**, μπορεί να συμβάλει στην **καταπολέμηση του καρκίνου σε διάφορα στάδια και με διαφορετικούς τρόπους**.

Μπορεί η διατροφή και η άσκηση να ωφελήσει κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας αυτής της θεραπευτικής αγωγής;

Η ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ
ΣΤΟΧΟ ΕΧΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ
ΕΝΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ
ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΙΚΕΣ
ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΠΟΙΩΝ
ΤΡΟΦΩΝ, ΡΟΦΗΜΑΤΩΝ
Ή ΓΕΥΜΑΤΩΝ.





“ ΔΙΑΒΑΖΟΥΜΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΙΣ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ ΤΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΦΕΥΓΟΥΜΕ ΤΡΟΦΙΜΑ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΥΝ ΛΕΞΕΙΣ ΟΠΩΣ ΖΑΧΑΡΗ, ΣΙΡΟΠΙ ΦΡΟΥΚΤΟΖΗΣ Κ.Α. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΑΠΛΩΝ ΣΑΚΧΑΡΩΝ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΜΠΙΣΚΟΤΑ, Η ΣΟΚΟΛΑΤΑ, ΟΙ ΜΠΑΡΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΩΝ, ΟΡΙΣΜΕΝΑ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΚΛΠ. ”

Ισορροπημένη διατροφή & ήπιας έντασης φυσική δραστηριότητα μπορεί...

- να ενισχύσει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού
- να οδηγήσει σε ταχύτερη αναδόμηση των υγιών ιστών (δέρμα, τρίχες, μύες και άλλων οργάνων) που υφίστανται βλάβες κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας,
- να μειώσει την εναπόθεση λίπους στο σώμα και να οδηγήσει σε αύξηση της μυϊκής μάζας,
- να προωθήσει την εύρυθμη λειτουργία του μεταβολισμού,
- να βελτιώσει τη διάθεση

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

- **Αποφυγή: αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης και απλών σακχάρων.**
- Διαβάζουμε προσεκτικά τα συστατικά στις συσκευασίες των τροφίμων και αποφεύγουμε τρόφιμα που αναγράφουν λέξεις όπως ζάχαρη, σιρόπι φρουκτόζης κ.α. Παραδείγματα τροφίμων και αναψυκτικών που περιέχουν μεγάλες ποσότητες απλών σακχάρων είναι τα μπισκότα, η σοκολάτα, οι μπάρες δημητριακών, ορισμένα δημητριακά πρωινού κλπ.

➤ Περιορίστε την κατανάλωση αλάτος

- Αλμυρά Τρόφιμα, Τρόφιμα που συντηρούνται σε αλάτι (π.χ. παστά)

- Αποφύγετε την προσθήκη επιτραπέζιου αλάτος

➤ Προσοχή στο μέγεθος της μερίδας & στον τρόπο παρασκευής των γευμάτων

- Η μερίδα του κυρίου γεύματος να είναι ίση με εκείνη ενός κοινού εστιατορίου
- Πολύ υψηλές θερμοκρασίες (π.χ. τσιγγάρισμα, μαγείρεμα στη σχάρα) παράγουν καρκινογόνες ουσίες (πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες). Προτιμήστε μαγείρεμα στον ατμό, κατσαρόλας, φούρνο.

ΟΦΕΛΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

- Βελτιώνει την φυσική κατάσταση του οργανισμού
- Ενισχύει την αυτοεκτίμηση
- Μπορεί να μειώσει την κούραση, αυξάνοντας τις αντοχές
- Βελτιώνει τη διάθεση
- Μειώνει το άγχος
- Μειώνει τον κίνδυνο για υποτροπή του καρκίνου
- Βελτιώνει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος
- Μειώνει το άγχος
- Βοηθά στη διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους
- Μειώνει το ποσοστό του σωματικού λίπους. ■

ΛΙΘΙΑΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Γράφει ο Ιωάννης Κ. Γκιάλας, Χειρουργός – Ουρολόγος, MD, PhD, FEBU

τ. Πρόεδρος Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας, τ. Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής ΓΝΑ Γ. Γεννηματά, Συνεργάτης Ουρολογικού Ανδρολογικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ



Λιθίαση είναι η δημιουργία λίθων (πετρών) στο ουροποιητικό σύστημα, δηλαδή στους κάλυκες και στην πύελο του νεφρού, στον ουρητήρα, την ουροδόχο κύστη και στην ουρήθρα και είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις του, καθώς αφορά το 10% του γενικού πληθυσμού.

Οι λίθοι μπορεί να είναι μικροί ή μεγάλοι (από λίγα χιλιοστά έως μερικά εκατοστά), μονήρεις ή πολλαπλοί, σκληρές ή μαλακής σύστασης, με ομαλό ή ακανόνιστο σχήμα, πρωτογενούς ή δευτερογενούς αιτιολογίας, ανάλογα με το

εάν δημιουργούνται στους νεφρούς ή σε άλλα σημεία, π.χ. στην ουροδόχο κύστη λόγω απόφραξης από τον προστάτη και της συνακόλουθης στάσης των ούρων.

Οι λίθοι ασβεστίου, είναι οι πιο συχνόι και μπορεί να οφείλονται σε διαταραχές του μεταβολισμού του ασβεστίου (υπερπαραθυρεοειδισμός, διαταραχές απορρόφησης από το γαστρεντερικό), σε υπερβολική πρόσληψη με τη διατροφή ή συμπληρωμάτων διατροφής και σε άλλες παθήσεις. Οι λίθοι κυστίνης, οφείλονται στην κυστινουρία, η οποία είναι μια κληρονομική πάθηση.

Οι λίθοι εναμμώνιου φωσφορικού μαγνησίου (στρουβίτης), οφείλονται σε λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος. Πρόκειται για λίθους, που παράγονται από συγκεκριμένα μικρόβια, όπως ο πρωτέας και το E.coli (κολοβακτηρίδιο), λόγω αντίδρασης με την ουρία των ούρων, και συντηρούν ένα φαύλο κύκλο τροφοδότησης του ουροποιητικού συστήματος με μικροβιακό φορτίο, εάν δεν αφαιρεθούν.

Οι λίθοι ουρικού οξέος, οφείλονται σε υπερουριχαιμία και είναι συχνόι σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Οι λίθοι αυτοί

είναι ακτινοδιαπερατοί, με συνέπεια να μην φαίνονται στις απλές ακτινογραφίες και για το λόγο αυτό χρειάζεται υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία για την απεικόνισή τους.

Ασθενείς οι οποίοι παίρνουν φάρμακα, όπως ακυκλοβίρη, ινδιναβίρη και τριαμετέρνη, εμφανίζουν πιο σπάνιες μορφές λίθων, οι οποίες παρουσιάζουν δυσκολίες στον εντοπισμό τους, καθώς μπορεί να μην είναι ορατές, ούτε στην αξονική τομογραφία.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι είτε **εξωγενείς**, και έχουν να κάνουν με επιδράσεις του περιβάλλοντος και τις συνήθειες, είτε **ενδογενείς**, που έχουν να κάνουν με τα χαρακτηριστικά του ατόμου.

Εξωγενείς παράγοντες κινδύνου:

- > **Παχυσαρκία:** Το αυξημένο σωματικό βάρος προδιαθέτει στο σχηματισμό λίθων.
- > **Πρόσληψη υγρών:** Είναι απαραίτητη η πρόσληψη τουλάχιστον 2 λίτρων υγρών το 24ωρο, με κυρίαρχο το νερό, τόσο για την πρόληψη όσο και για την αποφυγή υποτροπής της λιθίαςης.
- > **Διατροφή:** Η μεγάλη κατανάλωση κόκκινου κρέατος, αλατιού και τροφών πλούσιων σε ασβέστιο (γαλακτοκομικά) προδιαθέτουν στη δημιουργία λίθων.
- > **Φάρμακα:** Όπως κάποια αντιυπερτασικά, τα αντιόξινα, τα αντιικά π.χ. κατά του HIV (AIDS), αλλά και τα

συμπληρώματα ασβεστίου.

- > **Κλιματικές συνθήκες:** Καθώς το θερμό κλίμα ευνοεί την ανάπτυξη λίθων.
- > **Επάγγελμα:** Η καθιστική εργασία και η έλλειψη άσκησης συμβάλλουν στην εμφάνιση λίθων.

Ενδογενείς παράγοντες κινδύνου:

- > **Ηλικία:** Η συνήθης ηλικία εμφάνισης της λιθίαςης είναι μεταξύ 20 και 50 ετών.
- > **Φύλο:** Στους άντρες η εμφάνισή τους είναι 3 φορές συχνότερη από ότι στις γυναίκες.
- > **Οικογενειακό ιστορικό-κληρονομικότητα:** Αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης σε άτομα, που υπάρχει οικογενειακό ιστορικό.
- > **Διάφορες παθήσεις:** όπως ο υπερπαραθυρεοειδισμός, οι επεμβάσεις στο γαστρεντερικό, η υπερουριχαιμία, η ιδιοπαθής υπερασβεστιουρία, η απόφραξη του ουροποιητικού, και ορισμένες νεφροπάθειες προδιαθέτουν στη δημιουργία λιθίαςης.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα της λιθίαςης είναι ο κολικός, δηλαδή ένας **οξύς κι αιφνίδιος πόνος στην οσφύ** (στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης) **και στην ανατομική θέση του νεφρού**, αντανakλόμενος μπροστά και προς τα γεννητικά όργανα, ο οποίος δεν μεταβάλλεται με την αλλαγή στάσης του σώματος κι ο ασθενής δεν μπορεί να βρει κάποια θέση που να τον ανακουφίζει από τον πόνο. Επίσης, είναι πιθανό ο ασθενής

να παρουσιάζει ναυτία κι έμετο, μικροσκοπική ή μακροσκοπική επώδυνη αιματοουρία, αλλά και σημεία ουρολοίμωξης όπως συχνουρία, δυσκολία στην ούρηση (δυσουρία), πυρετό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της λιθίαςης γίνεται με την **κλινική εξέταση**, κατά την οποία ο ασθενής νιώθει έντονο πόνο στην πλάτη της νεφρικής χώρας (σημείο Giordano), και με **απεικονιστικές μεθόδους** όπως είναι:

- > **Υπερηχογράφημα ΝΟΚ** (νεφρών – ουρητήρων – κύστεως), με το οποίο ανιχνεύεται αν υπάρχει λίθος που προκαλεί απόφραξη και σε ποιο σημείο, αν υπάρχει διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος του νεφρού (δρονέφρωση) κι άλλες λειτουργικές και ανατομικές ανωμαλίες. Είναι η εξέταση εκλογής, καθώς είναι γρήγορη, με χαμηλό κόστος και χωρίς ακτινοβολία. Μειονεκτεί, μόνο, στην ανίχνευση λίθων του ουρητήρα.
- > **Απλή ακτινογραφία ΝΟΚ**, που δίνει αρκετές πληροφορίες, αλλά δεν εντοπίζει τους ακτινοδιαπερατούς λίθους, όπως του ουρικού οξέος.
- > **Αξονική τομογραφία προ και μετά ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού ή αξονική πυελογραφία.** Είναι η εξέταση εκλογής για τη διερεύνηση της λιθίαςης, καθώς έχει μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια από την κλασική ενδοφλέβια ουρογραφία, και δίνει ακριβείς και λεπτομερείς πληροφορίες, που βοηθούν τόσο στον προσδιορισμό της

παθολογίας όσο και στον τρόπο αντιμετώπισης της λιθίαςσης.

Επιπλέον, πραγματοποιείται **γενική εξέταση ούρων** και **εξετάσεις αίματος**, για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας (ουρία, κρεατινίνη, Na, K), τον προσδιορισμό του ασβεστίου και του ουρικού οξέος, τη μέτρηση των λευκών αιμοσφαιρίων και της CRP (δείκτης φλεγμονής) και της παραθορμόνης για τη διερεύνηση ενδεχόμενου υπερπαραθυρεοειδισμού σε λίθους ασβεστίου.

Η **συλλογή ούρων 24ώρου**, χρησιμεύει στη διερεύνηση μεταβολικών διαταραχών, ενώ επιπλέον, γίνεται **ανάλυση του λίθου**, όταν υπάρχει μετά την αυτόματη αποβολή του ή μετά από λιθοτριψία, προκειμένου να προσδιοριστεί η σύστασή του και να πραγματοποιηθεί διόρθωση των παθολογικών παραγόντων που οδηγούν στη δημιουργία λίθων, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες υποτροπής.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της λιθίαςσης έχει δυο άξονες, που συνίστανται στην αναλγησία για την **ανακούφιση των συμπτωμάτων** του κολικού, δηλαδή του οξέος πόνου και των δυσουρικών ενοχλημάτων, και στην **άρση της απόφραξης** του νεφρού με την **αφαίρεση του λίθου**.

Αρχικά, κατά την εμφάνιση του κολικού του νεφρού χορηγούνται στον ασθενή

“ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΛΙΘΙΑΣΗΣ ΕΧΕΙ ΔΥΟ ΑΞΙΟΝΕΣ, ΠΟΥ ΣΥΝΙΣΤΑΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΚΟΛΙΚΟΥ, ΔΗΛΑΔΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΥΣΟΥΡΙΚΩΝ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΩΝ, ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΛΙΘΟΥ. ”

αναλγητικά κι αντιφλεγμονώδη φάρμακα, συνήθως ενέσιμα. Αν ο πόνος δεν υποχωρήσει, τότε χορηγούνται ισχυρότερα αναλγητικά, όπως είναι τα οπιοειδή. Στη συνέχεια, κι εφόσον δεν εμμένει ο πόνος και δεν υπάρχει υψηλός πυρετός ($\Theta > 38^{\circ}\text{C}$), ο ασθενής λαμβάνει συστηματικά για 5-7 ημέρες αντιφλεγμονώδη, αναστολείς α-αδρενεργικών υποδοχέων, αντιβίωση, άφθονη ενυδάτωση και κίνηση, και συστήνεται η διενέργεια υπερηχογραφήματος και αιματολογικών εξετάσεων μετά από λίγες ημέρες για τον έλεγχο της κατάστασης του νεφρού και της νεφρικής λειτουργίας. Υπάρχει ένα ποσοστό ασθενών που με την παραπάνω αγωγή αποβάλλουν αυτόματα με την ούρηση τους λίθους.

Εφόσον ο πόνος επιμένει παρά τη χορήγηση αναλγητικών, υπάρχει μεγάλη διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος του νεφρού (υδρονέφρωση), κι απόφραξη του νεφρού με πυρετό και λευκοκυττάρωση, είναι απαραίτητη η άρση της απόφραξης και η αποκατάσταση της ανεμπόδιστης παροχέτευσης

του νεφρού με επεμβατικό τρόπο το συντομότερο δυνατό.

Αυτό σημαίνει ότι ενδοσκοπικά, μέσω της ουρήθρας, καθετηριάζουμε τον αποφραγμένο ουρητήρα και τοποθετούμε έναν ουρητηρικό καθετήρα (pig-tail), ώστε να αρθεί η απόφραξη, να αποκατασταθεί η φυσιολογική ροή των ούρων και να διαφυλαχθεί η ομαλή νεφρική λειτουργία. Εάν είναι εφικτό, το ιδανικό είναι στον ίδιο χρόνο να αφαιρεθεί κι ο λίθος, αλλά προτεραιότητα σε αυτή τη φάση αποτελεί η αποκατάσταση της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Σε περίπτωση όπου δεν είναι δυνατή η τοποθέτηση pig tail, π.χ. λόγω οιδήματος ή τραυματισμού του ουρητήρα, τοποθετείται ειδικός καθετήρας μέσω του δέρματος με υπερηχογραφική καθοδήγηση υπό τοπική αναισθησία (διαδερμική νεφροστομία).

Στις περιπτώσεις, που η συντηρητική αντιμετώπιση δεν οδηγεί στην αυτόματη αποβολή του λίθου και παραμένει ενσφηνωμένος, προκαλώντας απόφραξη στο νεφρό και

προβλήματα στον ασθενή, η λύση δίνεται με επεμβατικό τρόπο, με στόχο την απομάκρυνση του λίθου και την ανακούφιση του νεφρού. Οι επεμβατικές μέθοδοι είναι οι εξής:

Εξωσωματική λιθοτριψία

(ESWL): Είναι η πιο συντηρητική μέθοδος, καθώς δεν πρόκειται για χειρουργείο, και πραγματοποιείται κατακερματισμός του λίθου με κρουστικά κύματα. Έχει χαμηλό ποσοστό επιπλοκών και συνήθως δεν δημιουργεί προβλήματα στους ασθενείς, οι οποίοι μπορούν την ίδια μέρα να επιστρέψουν στις δραστηριότητές τους. Είναι αποτελεσματική σε λίθους κυρίως του νεφρού και του άνω τριτημορίου του ουρητήρα. Όταν πρόκειται για μεγάλους και σκληρούς λίθους μπορεί να απαιτηθούν συμπληρωματικές συνεδρίες, που σε κάποιες περιπτώσεις δεν θα έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα και θα χρειαστεί ενδοσκοπική αντιμετώπιση. Υπάρχει το ενδεχόμενο τα λιθιασικά συγκρίμματα, που αποβάλλονται μέσω του ουρητήρα, να προκαλέσουν απόφραξη και κολικό, οπότε θα πρέπει να τοποθετηθεί pig-tail.

Ουρητηροσκόπηση και

Laser Λιθοτριψία: Στην ουρητηροσκόπηση εισέρχεται το ουρητηροσκόπιο, μέσω της ουρήθρας, στον ουρητήρα και μέσω ενός ειδικού καναλιού εργασίας, προωθείται η ίνα του laser κι εφαπτόμενη στην πέτρα, τη θρυμματίζει. Στη συνέχεια, τα συγκρίμματα αφαιρούνται με ειδικό εργαλείο (basket). Εάν ο

ουρητήρας είναι τραυματισμένος και οιδηματώδης, τοποθετείται ουρητηρικός καθετήρας (pig tail), που βοηθάει στην επούλωση και διασφαλίζει τη βατότητα του ουρητήρα, προς αποφυγή κολικού, λόγω οιδήματος ή λόγω της αποβολής των λιθιασικών συγκριμάτων. Το pig tail αφαιρείται με μια απλή κυστεοσκόπηση με τοπική αναισθησία, μετά από περίπου 15-30 ημέρες, κι ο ασθενής εξέρχεται άμεσα από το νοσοκομείο. Για τους λίθους του νεφρού, χρησιμοποιείται το εύκαμπτο ουρητηροσκόπιο, το οποίο είναι πιο λεπτό, παρέχει μεγαλύτερη δυνατότητα χειρισμών κι ευελιξία, για αυτό κι ενδείκνυται για τους λίθους των καλύκων του νεφρού, και ιδίως αυτών του κάτω πόλου, οι οποίοι είναι πολύ δύσκολα προσβάσιμοι.

Διαδερμική νεφρολιθοτριψία

(PCNL): Είναι η μέθοδος εκλογής για μεγάλους λίθους του νεφρού με διάμετρο πάνω από 2 εκ., κοραλλιοειδείς λίθους ή λίθους του νεφρού που δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με την εξωσωματική λιθοτριψία ή την ουρητηροπυελοσκόπηση με το εύκαμπτο ουρητηροσκόπιο. Διενεργείται μέσω μιας οπής που γίνεται από το δέρμα μέχρι το νεφρό. Υπό ακτινολογική καθοδήγηση, εισάγεται το νεφροσκόπιο, εντοπίζεται ο λίθος και κατακερματίζεται με τη χρήση υπερήχων, ενώ ταυτόχρονα γίνεται αφαίρεση των λιθιασικών συγκριμάτων. Μετά την ολοκλήρωσή της επέμβασης, τοποθετείται μέσω της οπής ειδικός καθετήρας νεφροστομίας, ο οποίος αφαιρείται την επόμενη ημέρα

κι ο ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ

Μετά την επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση της λιθίαςης και τη έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, δίνονται οι εξής οδηγίες:

Συστήνεται η διενέργεια υπερηχογραφήματος για τον έλεγχο της κατάστασης του νεφρού και αιματολογικών εξετάσεων για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας (ουρία, κρεατινίνη, Na, K), μετά από λίγες ημέρες κι επανάληψη τους ανά 6-12 μήνες για την παρακολούθηση και πρόληψη υποτροπής και η πρόσληψη άφθονων υγρών, κυρίως νερού (2-3 λίτρα/24ωρο).

Θα πρέπει να γίνεται μέτρια κατανάλωση κόκκινου κρέατος, αλατιού και γαλακτοκομικών. Η σωματική άσκηση και η απώλεια βάρους συστήνονται σε περιπτώσεις παχυσαρκίας, ενώ γίνεται χορήγηση σκευασμάτων που ρυθμίζουν το pH των ούρων, καθώς η τιμή του παίζει ρόλο στο σχηματισμό λίθων συγκεκριμένης σύστασης, και συμπληρωμάτων διατροφής που αναστέλλουν τη λιθογένεση, όπως τα κιτρικά άλατα.

Τέλος, απαιτείται ο έλεγχος και η ρύθμιση ορμονικών προβλημάτων, όπως ο υπερπαραθυρεοειδισμός, και μεταβολικών διαταραχών, όπως η υπερασβεσταιμία. ■

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ

Γράφει ο Χαράλαμπος Κ. Ηλίας
Αγγειοχειρουργός, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Το Σύνδρομο των Ανήσυχων Ποδιών αναφέρεται στη “νευρική νόσηση” που εμφανίζουν κάποιοι ασθενείς στα κάτω άκρα, όπως την περιγράφουν οι ίδιοι, και μια δυσάρεστη αίσθηση ανησυχίας αλλά και καυσαλγίας η οποία διαταράσσει τον ύπνο. Γενικά παρατηρείται όταν ο ασθενής είναι σε ηρεμία, κάθετοι ή ξαπλώνει.

Σπανιότερα εμφανίζεται και στα χέρια. Έχει βρεθεί ότι περίπου 80 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α. (περισσότερο από το 25% του πληθυσμού) πάσχουν από κάποιας μορφής φλεβική διαταραχή που οδηγεί σε εμφάνιση του συνδρόμου ανήσυχων άκρων όταν αυτή δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

Ποιες αιτίες προκαλούν το σύνδρομο;

Η φλεβική στάση, η φλεβική παλινδρόμηση λόγω ανεπάρκειας των βαλβίδων είναι αιτίες που προκαλούν το σύνδρομο και οι οποίες συχνά υποεκτιμούνται.

Η φλεβική ανεπάρκεια προκαλεί φλεβική υπέρταση, το αίμα λιμνάζει στην περιφέρεια, οδηγεί σε φλεγμονή των ιστών, σε συμφόρηση του υποδορίου λίπους και έτσι δημιουργείται οίδημα, πόνος, κράμπες, δυσκαμψία και έντονη ανησυχία.

Άλλες αιτίες που προκαλούν το σύνδρομο ανήσυχων άκρων είναι η αναιμία, η σιδηροπενία, ο διαβήτης, νευρολογικές παθήσεις καθώς και περιφερικές νευροπάθειες.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Το Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών χαρακτηρίζεται από μία ανεξέλεγκτη επιθυμία για συνεχή κίνηση των ποδιών,

καθότι η κίνηση αυτή ανακουφίζει τον ασθενή και μάλιστα χρειάζεται προτού κοιμηθεί να σηκώνεται να περπατάει για να μπορέσει να ηρεμήσει. Μάλιστα κάποιοι ασθενείς περιγράφουν ότι τα πόδια τους καίγονται και πρέπει να τα βρέχουν με κρύο νερό ή να τα έχουν έξω από τα σκεπάσματα και το χειμώνα.

Όσον αφορά στην ηλικία, η διαταραχή αυτή **ταλαιπωρεί νέους ανθρώπους 20-40 ετών** αλλά και μεγαλύτερες ηλικίες **60-85 ετών**. Πρέπει πρωταρχικά να αποκλειστούν νευρολογικά αίτια όπως η νόσος Parkinson στις μεγαλύτερες ηλικίες και άλλες πολυνευροπάθειες.

Πώς το αντιμετωπίζουμε;

Αρχικά, χρειάζεται προσεκτικός και ενδελεχής έλεγχος με **έγχρωμο υπέρηχο Triplex** του ασθενούς σε όρθια θέση και όχι σε ύπτια (ξαπλωτή) γιατί έτσι διαφεύγει η διάγνωση και δεν αναδεικνύεται η φλεβική ανεπάρκεια των βαλβίδων.

Με το **ενδοσκοπικό laser** που είναι η καλύτερη και πιο ανώδυνη μέθοδος αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα, χωρίς τομές, με ήπια μέθη και τοπική αναισθησία. Ο ασθενής σε μισή ώρα κινητοποιείται και μπορεί να επιστρέψει από την ίδια κιόλας ημέρα ή την επομένη σταδιακά στις δραστηριότητές του. Εάν η ανεπάρκεια των βαλβίδων των φλεβών δεν είναι μεγάλου βαθμού, μπορούμε αρχικά να δώσουμε στον ασθενή φάρμακα φλεβοτονικά για ένα διάστημα 1-2 μηνών και εάν δεν υποχωρήσουν τα συμπτώματα, τότε προχωρούμε στην αντιμετώπιση με το ενδοσκοπικό laser.

Οι δυνατότητες που μας έδωσε το laser είναι τόσο σημαντικές, που άνοιξαν οι ορίζοντες αντιμετώπισης παθήσεων που μέχρι τώρα παρέμεναν χωρίς θεραπεία. ■

ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ & Παροδική Οστεοπόρωση

Γράφει ο Παναγιώτης – Νεκτάριος Πεντάζος

Χειρουργός Ορθοπαιδικός – Τραυματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Οστεοπόρωσης Κλινικής ΡΕΑ





Η Οστεοπόρωση ορίζεται η νοσολογική οντότητα των οστών, το σκελετικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από **μείωση της οστικής αντοχής** και αύξηση του κινδύνου καταγμάτων, τα οποία έχουν επίπτωση στην ποιότητα ζωής και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με οστεοπόρωση. Η οστεοπόρωση διακρίνεται σε πρωτοπαθή

και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθής διακρίνεται σε μετεμμηνοπαυσιακή και στη γεροντική οστεοπόρωση. Επίσης, δευτερεύουσες αιτίες οστεοπόρωσης είναι ενδοκρινολογικές διαταραχές, κακοήθη νοσήματα, διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα, διαταραχές του συνδετικού ιστού, χρόνια ηπατοπάθεια και νεφροπάθεια, μεταμόσχευση οργάνων και πάσης φύσεως ακινητοποίηση.

Διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την οστεοπόρωση, όπως γενετικοί, κληρονομικότητα, γυναικείο φύλο, ιστορικό κατάγματος, εμμηνόπαυση, συνεχής λήψη κορτιζόνης, ηλικία άνω των 50 ετών, χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D μέσω της διατροφής, κάπνισμα, έλλειψη σωματικής άσκησης.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Η απουσία συμπτωμάτων για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι χαρακτηριστικό της οστεοπόρωσης. Μπορεί να περάσουν χρόνια έως ότου εμφανιστεί το πρώτο σύμπτωμα που είναι το κάταγμα. Ασθενείς που έχουν υποστεί ένα οστεοπορωτικό κάταγμα έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενός επόμενου κατάγματος κατά 86%.

Τα περισσότερα οστεοπορωτικά κατάγματα αφορούν τη σπονδυλική στήλη, την πηχεοκαρπική άρθρωση και το ισχίου, μπορεί όπως να εμφανιστούν και σε άλλα οστά οστεοπορωτικά κατάγματα. Επίσης στα οστεοπορωτικά κατάγματα μπορεί να εμφανιστεί πόνος στη μέση και χωρίς να έχει προηγηθεί κάποιο τραύμα. Σήμερα, τα οστεοπορωτικά κατάγματα θεωρούνται η δεύτερη αιτία παγκοσμίως σωματικής ανικανότητας και θνητότητας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Η διάγνωση της οστεοπόρωσης γίνεται με τη Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας, η οποία μετράται με τη μέθοδο της απορροφησιμετρίας διπλής ενεργειακής δέσμης (X/DEXA), η οποία θεωρείται η μέθοδος εκλογής.



“ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΕΙΝΑΙ Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΣ ΕΠΙΣΗΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΜΕ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ ΣΕ ΝΕΡΟ (ΠΙΣΙΝΑ/ΘΑΛΑΣΣΑ).”

Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας γίνεται στην οσφυϊκή μοίρα, στο μη επικρατούν ισχίου (σε δεξιόχειρες μετράται το αριστερό ισχίο και σε αριστερόχειρες μετράται το δεξιό ισχίο). Σε αντενδείξεις μέτρησης στην περιοχή του ισχίου (οστεομυελίτιδα του ισχίου, αρθροπλαστική ισχίου, κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού παρουσία έκπτων οστεοποιήσεων και συγγενές εξάρθημα του ισχίου) γίνεται μέτρηση στο αντιβράχιο (περιφερικό τμήμα κερκίδας-ωλένης).

Εκτός της DXA χρησιμοποιούνται και πιο σύνθετα μοντέλα αξιολόγησης του κινδύνου για οστεοπορωτικό κάταγμα, τα οποία λαμβάνουν υπ' όψη και τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου.

Πότε πρέπει να κάνουμε έλεγχο για οστεοπόρωση;

- > Όλες οι γυναίκες άνω των 65 ετών, είτε εμφανίζουν είτε όχι παράγοντες κινδύνου
- > Οι ασθενείς που έχουν υποστεί κάταγμα
- > Οι ασθενείς με παραμόρφωση σπονδύλων
- > Οι γυναίκες και οι άνδρες που λαμβάνουν κορτιζόνη για μεγάλο χρονικό διάστημα
- > Όλοι όσοι βρίσκονται ήδη σε θεραπεία για οστεοπόρωση

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Με τις θεραπευτικές δυνατότητες οι οποίες υπάρχουν για την οστεοπόρωση μπορεί να επιτευχθεί η αναστολή της οστικής απώλειας, η αύξηση της οστικής μάζας και η μείωση της πιθανότητας κατάγματος. Στα φάρμακα

που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης συμπεριλαμβάνονται το ασβέστιο και η βιταμίνη D.

Το θεραπευτικό πλάνο καθορίζεται ξεχωριστά για τον κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.

ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η παροδική οστεοπόρωση είναι διαφορετική από την κλασική οστεοπόρωση, είναι μια πάθηση, κατά την οποία εμφανίζεται αιφνίδιο αρθρικό άλγος, μειώνεται η οστική πυκνότητα και υφίσταται αυτόματα. Στη φάση αυτή, το οστό αδυνατίζει, οπότε αυξάνεται η πιθανότητα κατάγματος.

Επιπλέον μπορεί να εμφανιστεί ως μεμονωμένο επεισόδιο που προσβάλλει μια μόνο άρθρωση ή επανειλημμένα επεισόδια που αφορούν περισσότερες από μια αρθρώσεις. Η παροδική οστεοπόρωση συμβαίνει συχνότερα στην άρθρωση του ισχίου, μπορεί όμως να προσβάλλει και άλλες αρθρώσεις όπως το γόνατο, τη ποδοκνημική ή τις αρθρώσεις του ποδιού. Εμφανίζεται σε νέους και μέσης ηλικίας άνδρες (30-60 ετών), είναι όμως πιο συχνή σε γυναίκες που δυνάμουν το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή έχουν πρόσφατα γεννήσει.

Αίτια της παροδικής οστεοπόρωσης:

- > Ορμονικές διαταραχές
- > Υπερβολικά μηχανικά φορτία
- > Διαταραχές σε μικρά αιμοφόρα αγγεία



ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ:

- Αιφνίδιο και προοδευτικά επιδεινούμενο άλγος στην πάσχουσα άρθρωση (κυρίως στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού με αντανάκλαση οπισθοπλάγια) χωρίς ιστορικό τραυματισμού
- Ο πόνος που αυξάνει με την όρθια στάση και βάρδιση και μειώνεται με την ανάπαυση
- Περιορισμός της κίνησης της άρθρωσης
- Άλγος που αυξάνεται όσο περνάει ο χρόνος και δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινότητα
- Το ισχίο είναι η άρθρωση στην οποία εμφανίζεται συχνότερα και ακολουθούν ο αστράγαλος και το γόνατο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Η διάγνωση βασίζεται στη λήψη ιστορικού, στην κλινική εξέταση και στον απεικονιστικό έλεγχο της

πάσχουσας άρθρωσης. Η εξέταση εκλογής για τη διάγνωση είναι η μαγνητική τομογραφία ενώ οι ακτινογραφίες θα δείξουν τη μείωση της οστικής πυκνότητας μόνο σε προχωρημένα στάδια της νόσου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΡΟΔΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Η νόσος αυτοπεριορίζεται και εξαφανίζεται αυτόματα εντός 8-9 μηνών, λόγω του ότι ο πόνος προέρχεται από την παρουσία του οστικού οιδήματος και από την αδυναμία του οστού να στηρίξει το βάρος του.

Η θεραπεία στοχεύει ακριβώς στη μείωση του οστικού οιδήματος και στην αποφόρτιση του πάσχοντος οστού. Ο ασθενής θα λάβει μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ασβέστιο και βιταμίνη D και θα πρέπει να κάνει χρήση βακτηρίων. Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της παροδικής οστεοπόρωσης είναι η φυσικοθεραπεία και πολύ αποτελεσματικός επίσης είναι ο συνδυασμός άσκησης με κολύμβηση σε νερό (πισίνα/θάλασσα). ■

ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ & ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Γράφει ο Γεώργιος Καναβός

Ειδικός Αιματολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος
Τμήματος Αιμοδοσίας - Αιματολογικού Εργαστηρίου Κλινικής ΡΕΑ

Τι ακριβώς είναι η θρόμβωση και γιατί είναι επικίνδυνη;

Ως θρόμβωση ορίζεται ο σχηματισμός ενός πύγματος αίματος μέσα σε ένα αγγείο (αρτηρία ή φλέβα), με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ροή του αίματος και η παθολογική κατάσταση που προκύπτει να εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία και τη ζωή του ασθενούς.

Εάν ο θρόμβος αναπτυχθεί σε αρτηρίες (αρτηριακή θρόμβωση), οδηγεί σε ισχαιμία του οργάνου, το οποίο αρδεύεται με αίμα από τις συγκεκριμένες αρτηρίες. Συνήθης επακόλουθος είναι έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και νέκρωση των άκρων.

Εάν ο θρόμβος αναπτυχθεί σε φλέβες, τότε δημιουργείται η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος, η οποία αποτελείται από δύο κλινικές οντότητες την **εν**

τω βάθει φλεβοθρόμβωση, και την **πνευμονική εμβολή**. Η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος είναι υπεύθυνη για έναν στους τέσσερις θανάτους παγκοσμίως.

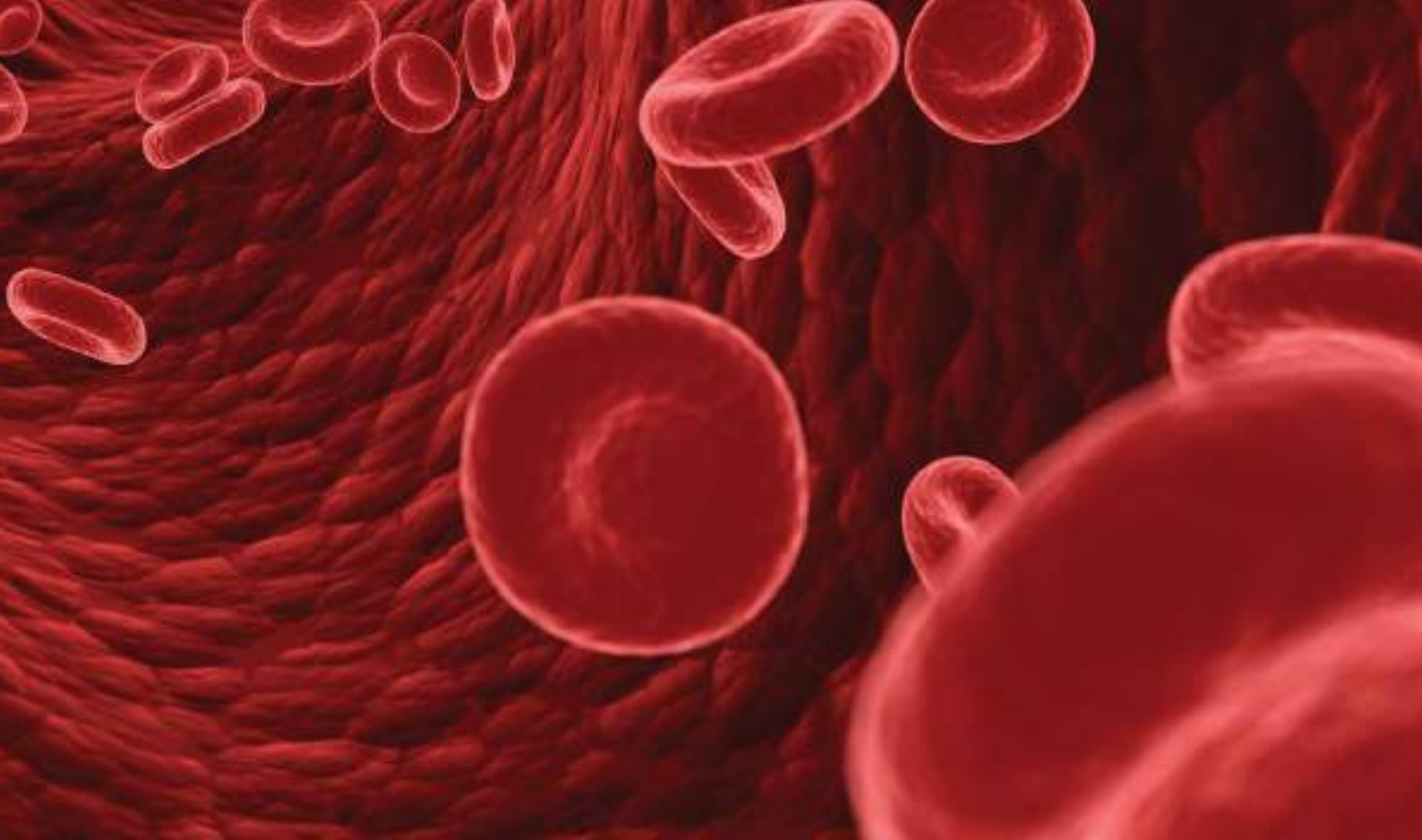
ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε εσωτερική φλέβα του οργανισμού με συχνότερη εντόπιση τα κάτω άκρα.

Στο δυτικό κόσμο καταγράφονται 10 εκατομμύρια εν τω βάθει φλεβοθρομβώσεις κάθε χρόνο, 60% των οποίων σχετίζονται με νοσηλεία και είναι υπεύθυνες για το θάνατο 600.000 ανθρώπων. Η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος προκαλεί περισσότερους θανάτους από όσους προκαλούν αθροιστικά ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη, το AIDS και τα τροχαία ατυχήματα.

Υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες;

Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση δεν κάνει διακρίσεις και εμφανίζεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, ή εθνικότητας. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες αυξημένου κινδύνου όπως παρατεταμένη νοσηλεία, μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, παρατεταμένη ακινησία, υπερατλαντικά ταξίδια, κληρονομικές διαταραχές της πήξης του αίματος, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών, οικογενειακό ιστορικό θρόμβωσης, χρήση αντισυλληπτικών, λήψη ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης, χημειοθεραπεία, μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα, παχυσαρκία, προηγούμενο ιστορικό εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης, παρουσία κεντρικών φλεβικών καθετήρων κύηση/λοχεία και κάπνισμα.



ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Εάν ο θρόμβος αποκολληθεί από τις φλέβες, μεταφερθεί με τη κυκλοφορία του αίματος στη καρδιά και από εκεί στους πνεύμονες, τότε προκαλείται πνευμονική εμβολή. Ουσιαστικά, ο θρόμβος εμποδίζει τον εμπλουτισμό του αίματος με καθαρό οξυγόνο και οδηγεί σε υπερκόπωση της καρδιάς και των πνευμόνων θέτοντας σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς, εάν δεν υπάρξει άμεση ιατρική αντιμετώπιση. Η πνευμονική εμβολή αποτελεί την πρώτη αιτία ενδοноσοκομειακού θανάτου που μπορεί να προληφθεί.

Σχετίζεται η νόσος COVID-19 με τις φλεβικές θρομβώσεις;

Μολονότι είναι καλά τεκμηριωμένο ότι η νόσος COVID-19 εκδηλώνεται κυρίως

“ Η ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΕΙΝΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΣΤΟΥΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ. ”

με λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που έχουν νοσήσει πιο βαριά και χρήζουν νοσηλείας, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης, ιδιαίτερα οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με συνυπάρχουσες παθήσεις.

Ποια είναι τα συμπτώματα δημιουργίας θρομβώσεως;

Τα συμπτώματα της θρόμβωσης, όταν εμφανίζονται, εξαρτώνται από την περιοχή εντόπισης

του θρόμβου και το μέγεθός του. Περιλαμβάνουν οίδημα, ευαισθησία ή πόνο στα κάτω άκρα, αίσθημα θερμότητας, αλλαγή του χρώματος του δέρματος, πόνο στο θώρακα, δύσπνοια, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, έντονος βήχας, ζάλη ή λιποθυμία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη διαγνωστική προσέγγιση της θρόμβωσης από το γιατρό, είναι καθοριστικός ο ρόλος του ιστορικού, της κλινικής εκτίμησης και της εργαστηριακής διερεύνησης.

Η θεραπεία της θρομβοεμβολικής νόσου έχει στόχο την πρόληψη θανάτου από πνευμονική εμβολή, της υποτροπιάζουσας φλεβικής θρόμβωσης και του μεταθρομβωτικού συνδρόμου. ■

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ & ΚΥΣΤΗ ΚΟΚΚΥΓΟΣ

Δυο νόσοι «ταμπού»
θεραπεύονται ανώδυνα και άμεσα
χάρη στη χρήση Laser

Γράφει ο Δρ. Γεώργιος Ηλίας MD, Msc, PhD

Γενικός Χειρουργός & Διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Κέντρο Θεραπειών Laser Παθήσεων Πρωκτού & Κύστης Κόκκυγος Κλινικής ΡΕΑ



Γνωρίζατε ότι **περισσότερο από το 50% του πληθυσμού ταλαιπωρείται από αιμορροΐδες**; Ακόμη περισσότεροι αποφεύγουν την επίσκεψη στον ειδικό ιατρό, καθώς, εκτός από αίσθημα ντροπής, φοβούνται πως η θεραπεία απαιτεί ένα δύσκολο και επώδυνο χειρουργείο.

Οι θεραπείες που προτείνει η σύγχρονη χειρουργική με τη χρήση laser, εξασφαλίζουν άμεση θεραπεία, με την πλέον ανώδυνη και γρήγορη ανάρρωση.

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ LASER LHP

Οι χειρουργοί έχουν στη διάθεσή τους το εξελιγμένο και ανώδυνο χειρουργικό laser με ειδικούς καθετήρες οπτικών ινών laser LHP, που προσφέρουν μικροχειρουργική ακρίβεια και απόλυτη ασφάλεια οδηγώντας σε άμεση συρρίκνωση του αιμορροϊδικού ιστού ενώ ο βλεννογόνος και ο σφιγκτήρας μένουν ανέπαφοι.

Αυτή η ανώδυνη και αναίμακτη μέθοδος αιμορροϊδοπλαστικής εφαρμόζεται με μια απλή τοπική αναισθησία, χωρίς την ανάγκη χρήσης αναλγητικών ή παραμονής στην κλινική, ενώ προσφέρει σύντομη ανάρρωση, με ελάχιστο ή καθόλου μετεγχειρητικό πόνο και άμεση επιστροφή του ασθενή στις συνηθισμένες δραστηριότητές του.

Η αιμορροϊδοπλαστική με laser LHP αποκαθιστά τη φυσιική ανατομία χωρίς χρήση ξένων υλικών ή ραμμάτων και διατηρεί ακέραιο το βλεννογόνο και το σφιγκτήρα του πρωκτού απομακρύνοντας τα ενδεχόμενα στενώσεων ή ακράτειας.

ΤΕΡΜΑ ΣΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΑΛΑΙΠΩΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥΣΤΗ ΤΟΥ ΚΟΚΚΥΓΑ

Μέχρι προσφάτως, οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε επεμβατική θεραπεία κύστης κόκκυγα μπορεί να ταλαιπωριόντουσαν επί

“ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΕΙ Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ LASER, ΕΞΑΣΦΑΛΙΖΟΥΝ ΑΜΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΜΕ ΤΗΝ ΠΛΕΟΝ ΑΝΩΔΥΝΗ ΚΑΙ ΓΡΗΓΟΡΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗ.”

μήνες μετά το χειρουργείο. Χάρη στην καινοτόμο ενδοσκοπική θεραπεία E.P.Si.La.C. (Endoscopic Pilonidal Sinus Laser Closure) επιτυγχάνεται χωρίς τομή και με άριστη χαρτογράφηση της βλάβης σε μόνιτορ, η γρήγορη θεραπεία και επούλωση του προβλήματος.

Η επέμβαση ξεκινά με επιμελή καθαρισμό της κύστης, ενώ στη συνέχεια ακολουθεί εξάχνωση των τοιχωμάτων της κύστης με ενέργεια που διοχετεύεται από την οπτική ίνα του laser σε όλο το μήκος και το πλάτος του ουλώδους ιστού της κύστης, με αποτέλεσμα η βλάβη να συρρικνώνεται σχεδόν άμεσα και να εξαφανίζεται -σταδιακά- εντελώς. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής δεν υπόκειται πλέον σε ολοκληρωτική αφαίρεση της κύστης, όπως παλαιότερα (μια κλασική εγχειρητική μέθοδος οδηγούσε αναγκαστικά σε μια ευμεγέθη ουλή στην περιοχή). Η πληγή που μένει μετά την επέμβαση είναι μια οπή, μόλις τριών χιλιοστών.

Η ενδοσκοπική επέμβαση κύστης του κόκκυγα με E.P.Si.La.C. διαρκεί έως μισή ώρα και ο ασθενής επιστρέφει στις δουλειές του αμέσως.

Η ποιότητα ζωής που επιθυμείτε είναι στο χέρι σας. Ενημερωθείτε σωστά από τους ειδικούς του εξειδικευμένου Κέντρου Θεραπειών Laser Παθήσεων Πρωκτού και Κύστης Κόκκυγος της Κλινικής ΡΕΑ και απαλλαγείτε από την καθημερινή ενόχληση και τον πόνο. ■



ΝΤΟΜΑΤΟΣΟΥΠΑ ΜΕ ΚΡΙΘΑΡΑΚΙ ΚΑΙ ΤΥΡΙ ΦΕΤΑ

Όσο πλησιάζουμε προς το Χειμώνα, ο καιρός γίνεται όλο και πιο κατάλληλος για να απολαύσετε εύκολες σούπες που θα σας προσφέρουν ενυδάτωση καθώς και πολλά θρεπτικά συστατικά!

Παρακάτω θα βρείτε μία γευστική συνταγή του σεφ της Κλινικής ΡΕΑ, **κ Αντώνη Μούσσα**
Φωτογραφία: Φωτογραφικό Τμήμα Κλινικής ΡΕΑ

ΥΛΙΚΑ

- 1 kg ντομάτες κονκασέ
- 1 lt νερό
- 100 γρ ντοματοπελτέ
- 180 γρ κρεμμύδι
- 10 γρ σκόρδο (πολτοποιημένο)
- 150 γρ καρότο κομμένο σε κύβους
- 20 γρ σέλερι (μόνο το άσπρο μέρος του, ψιλοκομμένο)
- Αρωματικά σε δίκτυ (1 φύλλο δάφνης, 2 σπόρους κόκκους μπαχάρι, 3 φρέσκα φύλλα βασιλικού)
- Αλάτι, πιπέρι, ζάχαρη
- Ελαιόλαδο για το σοτάρισμα
- 170 γρ κριθαράκι βρασμένο
- 30 γρ τυρί φέτα τριμμένη

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Σοτάρουμε το κρεμμύδι και το σκόρδο σε ελαιόλαδο. Προσθέτουμε τον πελτέ και τον σοτάρουμε.

Προσθέτουμε τη ντομάτα και το νερό και πολτοποιούμε με το ραβδομηλέντερ.

Στη συνέχεια προσθέτουμε το καρότο, το σέλερι, το αλάτι, το πιπέρι, τη ζάχαρη καθώς και το δίκτυ με τα αρωματικά.

Αφού βράσουν τα λαχανικά προσθέτουμε λίγο κορνφλάουρ για να δέσει.

Σερβίρουμε σε ένα πιάτο τη σούπα, με το βρασμένο κριθαράκι και την τριμμένη φέτα.

Tip: Το κριθαράκι το σοτάρουμε αρχικά σε λίγο ελαιόλαδο μέχρι να πάρει χρώμα και στη συνέχεια προσθέτουμε το νερό με αλάτι και το αφήνουμε να βράσει

Καλή όρεξη!

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΔΟΤΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Η Κλινική ΡΕΑ, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών, διοργάνωσε δράση ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης στις 17 & 18 Σεπτεμβρίου 2021, στον εξωτερικό χώρο της Κλινικής.

Το κινητό κλιμάκιο του Κέντρου Λήψης Δειγμάτων της ΡΕΑ συνέλεξε 42 νέα δείγματα, για λογαριασμό της Τράπεζας Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών του Σωματείου «ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ». Κάθε δείγμα, αποτελεί ελπίδα για έναν συνάνθρωπό μας που νοσεί και αναζητά συμβατό δότη, για τη μεταμόσχευση που θα του χαρίσει τη ζωή! Κάθε συμμετοχή στην προσπάθεια είναι σημαντική, κάθε στιγμή που μοιραζόμαστε τη δύναμη της προσφοράς, κάνει τον κόσμο μας καλύτερο.

Ευχαριστούμε θερμά όλους τους νέους Εθελοντές Δότες Μυελού των Οστών για τη συμμετοχή και την προσφορά τους! Η προσπάθεια ανεύρεσης εθελοντών δοτών συνεχίζεται και ελπίζουμε ότι η Τράπεζα Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών της χώρας μας, θα μπορέσει στο άμεσο διάστημα να στέκεται υπερήφανα δίπλα στις αντίστοιχες των άλλων Ευρωπαϊκών κρατών. Να σημειωθεί ότι η Τράπεζα Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών, στα 6 χρόνια λειτουργίας της έχει επιτύχει να εγγράψει στο Εθνικό και Παγκόσμιο Αρχείο περισσότερους από 120.000 νέους εθελοντές δότες, από τους οποίους 160 έχουν βρεθεί συμβατοί και έχουν δώσει μόσχευμα σε ισάριθμους ασθενείς.





Συμπλήρωσε το κομμάτι που λείπει...

Η Κλινική ΡΕΑ με τη Συμβολή του Κινητού Συνεργείου Αιμοληψίας του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας διοργάνωσαν με απόλυτη επιτυχία την Τετάρτη 3/11 Εθελοντική Αιμοδοσία στις εγκαταστάσεις της Κλινικής.

Τόσο το προσωπικό της Κλινικής όσο και επισκέπτες υποστήριξαν θερμά τη δωρεά αίματος υπενθυμίζοντας πως λίγα λεπτά από το χρόνο μας αρκούν για να σώσουν μια ανθρώπινη ζωή.

Ευχαριστούμε όλους όσους συνέβαλλαν σε αυτή την προσπάθεια!



ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Συμπλήρωσε το "κομμάτι" που λείπει!

Γίνε εθελοντής Αιμοδότης



ΝΝ HELLAS, ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ: **ΜΑΖΙ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΩΝ**



Η **NN Hellas, σε συνεργασία με τη ΡΕΑ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική** και την **Ευρωκλινική Παίδων**, παρέχει στους γονείς **τον πρώτο χρόνο ασφάλισης** του μωρού τους χωρίς κόστος, μέσω του προγράμματος Ασφάλισης Νεογέννητων **NN Direct Health «η πρώτη μου ασφάλεια»**.

Το πρόγραμμα αφορά σε όλα τα νεογέννητα που γεννιούνται στην Κλινική ΡΕΑ, με αποκλειστικό πάροχο όλων των υπηρεσιών υγείας την Ευρωκλινική Παίδων. Μία προσφορά για όσους θέλουν να εξασφαλίσουν στο νεογέννητο την καλύτερη φροντίδα για την υγεία του, η οποία περιλαμβάνει για τον πρώτο χρόνο:

- > Απευθείας κάλυψη εξόδων νοσηλείας για:
 - δωμάτιο και τροφή σε Β θέση νοσηλείας,
 - παραμονή συνοδού,
 - νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας / Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας,
 - αμοιβές ιατρών & αναισθησιολόγων,
 - εξετάσεις, επεμβάσεις και θεραπείες χωρίς νοσηλεία,
 - επείγουσα μεταφορά.
- > Όριο κάλυψης μέχρι το ποσό των €30.000, για το πρώτο έτος ασφάλισης.
- > Εκπιπόμενο ποσό ανά νοσηλεία €500, με δυνατότητα κάλυψής του, εξ ολοκλήρου ή μερικώς, με χρήση φορέα της κοινωνικής ασφάλισης ή τυχόν άλλου ασφαλιστικού φορέα.

Στόχος και των τριών συνεργαζόμενων εταιριών είναι η παροχή πρόσβασης σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας για κάθε νεογνό από τη πρώτη

στιγμή της γέννησής του. Μετά τον πρώτο χρόνο, οι γονείς μπορούν να επιλέξουν την ανανέωση του προγράμματος, αποκτώντας ένα εύρος επιλογών με προσιτό ασφαλιστρο.

Ο κ. Κωνσταντίνος Κουγιουμουτζής, Chief Operations Officer, NN Hellas, δήλωσε σχετικά με την ενέργεια: «*Στην NN Hellas, με τη συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μας και έχοντας πάντα τον άνθρωπο στο επίκεντρο, είμαστε δίπλα στους ασφαλισμένους μας για να φροντίζουν όσα έχουν πραγματικά σημασία για εκείνους. Υποστηρίζουμε τους γονείς, θέτοντας σε προτεραιότητα την υγεία του παιδιού τους.*»

Ο κ. Κυριάκος Μητσάκος Μπαρμπαγιάννης, Πρόεδρος Δ.Σ. της Κλινικής ΡΕΑ ανέφερε: «*Η Κλινική ΡΕΑ, δέκα χρόνια τώρα, αγκαλιάζει την ελληνική οικογένεια και προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, έχοντας πάντοτε στο επίκεντρο τη μητέρα και το νεογνό. Στόχος μας είναι η φροντίδα και η αγάπη που παρέχουμε να ακολουθεί την οικογένεια και μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο. Γι' αυτό επιλέγουμε προσεκτικά τους καλύτερους συνεργάτες και χαιρετίζουμε τη νέα συνεργασία μας με την NN Hellas και την Ευρωκλινική Παίδων.*»

Ο κ. Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής δήλωσε: «*Η Ευρωκλινική Παίδων είναι μία πλήρης παιδιατρική κλινική στο κέντρο της Αθήνας, με 20 χρόνια εμπειρίας δίπλα στο παιδί και την οικογένειά του που καλύπτει όλο το φάσμα των παιδιατρικών ειδικοτήτων, παρέχοντας ένα ολοκληρωμένο περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας για τους μικρούς ασθενείς και τους συνοδούς τους. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η συνεργασία με την NN Hellas και την Κλινική ΡΕΑ.*»

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ (1-7 Νοεμβρίου)

Όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος η πρώτη εβδομάδα του Νοεμβρίου είναι αφιερωμένη στον μητρικό θηλασμό! Η Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού επικεντρώνεται φέτος στο πώς ο θηλασμός συμβάλλει στην επιβίωση, την υγεία και την ευημερία όλων, καθώς και στην επιτακτική ανάγκη να προστατευτεί ο θηλασμός παγκοσμίως.

Η ΡΕΑ με πληθώρα ενεργειών προήγαγε τη σπουδαιότητα του Μητρικού Θηλασμού.

«Ο θηλασμός είναι κάτι πολύ περισσότερο από απλή θρέψη για το βρέφος...
Είναι ασφάλεια, φροντίδα, στοργή, επαφή, ανάπτυξη... και πολλά ακόμη.
Αλλά πάνω απ' όλα "είναι ευθύνη όλων μας"
Όλοι εμείς, οι άνθρωποι της ΡΕΑ φροντίζουμε από την πρώτη στιγμή της γέννησης κάθε μανούλα με το μωρό της να ζήσουν αυτή τη μοναδική εμπειρία και να απολαύουν κάθε λεπτό του θηλασμού.
Μητρικός Θηλασμός... αναντικατάστατο δώρο της φύσης!»



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2021-22

Φέτος εγκαινιάσαμε μια νέα εποχή διεξαγωγής μαθημάτων στο πλαίσιο του Επιστημονικού Προγράμματος της Κλινικής ΡΕΑ, μετά από τη διακοπή του ακαδημαϊκού έτους 2019-20 και την απουσία επιστημονικών εκδηλώσεων το ακαδημαϊκό έτος 2020-21, λόγω της Πανδημίας Covid-19.

Έχοντας προετοιμάσει ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον, πλήρες Επιστημονικό Πρόγραμμα για το έτος 2021 - 22, ακολουθήσαμε τις ανάγκες της εποχής μας, συμμορφωθήκαμε στα μέτρα που απαιτούνται για την τήρηση της ασφάλειας της υγείας μας και υιοθετήσαμε ένα μικτό μοντέλο επικοινωνίας, συμπεριλαμβάνοντας τη διαδικτυακή παρακολούθηση ως μέσο συμμετοχής.

Ευελπιστούμε το ακαδημαϊκό έτος 2021-22 να είναι ιδιαίτερα γόνιμο, για περισσότερη συζήτηση, ανταλλαγή γνώσεων και απόψεων, καθώς οι άνθρωποι προσαρμοζόμαστε σε νέα δεδομένα και τεχνολογίες του ψηφιακού κόσμου, εντός της Ιατρικής Κοινότητας.

Σκανάρετε το QR code και περιηγηθείτε στο Επιστημονικό Πρόγραμμα της Κλινικής μας.

Με εκτίμηση,

Ομ. Καθηγητής Γ. Κρεατσάς,

FACS, FACOG, FRCOG

Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής ΡΕΑ



Καμπάνια Ενημέρωσης για την **Ψηλάφηση του Στήθους & Πρόληψης του Καρκίνου του Μαστού**



Η Κλινική ΡΕΑ, σε συνεργασία με το Humanity Greece και τις ΥΠΕΡΟΧΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ, στα πλαίσια του μήνα πρόληψης και ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού, δημιούργησαν την καμπάνια «Ladies, Check Yourselves!» με στόχο την ενημέρωση, την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού για νεαρές γυναίκες.

Στόχος της καμπάνιας είναι να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τις νέες κοπέλες και γυναίκες να εντάξουν την ψηλάφηση στον ιατρικό τους έλεγχο από μικρή ηλικία δημιουργώντας για πρώτη φορά μια καμπάνια, η οποία θα προβάλει την πραγματική διαδικασία της ψηλάφησης.

Θερμές ευχαριστίες και στις 8 κυρίες που συμμετείχαν σε αυτή την τόσο σημαντική πρωτοβουλία (Πηνελόπη Αναστασοπούλου, Ευγενία Σαμαρά, Βασιλική Ρούσσου, Κέλλυ Λουφάκη, Μαρία Αντωνά, Κατερίνα Πεφτίση, Μαριάννα Παινέση, Ειρήνη Μπουντούκη) καθώς και στους γιατρούς μας: Δημητράκης Κωνσταντίνος, Αν. Καθηγητής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ, Χειρουργός Μαστού, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ - Τσιγγινού Αλεξάνδρα, Γυναικολόγος - Χειρουργός Μαστού, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ - Σταφυλά Βάνια, MD, PhD, FEBS, Χειρουργός Μαστού, Μέλος Δ.Σ. Ε.ΜΕ.Ι.Σ., Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ που με την ιατρική τους καθοδήγηση καθώς και τη στήριξη τους βοήθησαν στην επιτυχή ολοκλήρωση της καμπάνιας!

Δείτε εδώ την καμπάνια:



SCAN & SAVE

Κερδίστε χρόνο αναμονής κάνοντας ηλεκτρονικά την προεγγραφή σας!

Σκανάρετε το ακόλουθο QR Code και καταχωρήστε τα προσωπικά σας στοιχεία, εξοικονομώντας χρόνο στην αναμονή σας στα ταμεία.
Scan QR Code and Pre-register



Εφαρμογή Scan & Save

Το Scan & Save είναι μια νέα εφαρμογή της Κλινικής ΡΕΑ με σκοπό την εξοικονόμηση χρόνου αναμονής στα ταμεία.

Σκανάροντας το QR Code που θα βρείτε σε κεντρικά σημεία της κλινικής, ή ακολουθώντας τον σύνδεσμο: **preregistration.reamaternity.gr/registration** μπορείτε να καταχωρήσετε τα προσωπικά σας στοιχεία, ώστε να κάντε γρήγορα την προεγγραφή σας.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ

Το νέο **Ιατρείο Οστεοπόρωσης της Κλινικής ΡΕΑ** παρέχει υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες για την καταπολέμηση της οστεοπόρωσης, στοχεύοντας σε ένα καλύτερο βιωτικό επίπεδο ανδρών και γυναικών που εμφανίζουν αυτή την ασθένεια.

οστεοπόρωση. Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από την οστεοπόρωση, διότι η παραγωγή οιστρογόνων που τις προστατεύει έναντι της οστικής απώλειας μειώνεται μετά την εμμηνόπαυση. Ένας επιπλέον λόγος, που τις επηρεάζει περισσότερο, είναι επειδή τα

Οστικής Πυκνότητας, η οποία μετράται με τη μέθοδο της απορροφησιμετρίας διπλής ενεργειακής δέσμης (Χ/DXA). Θεωρείται η μέθοδος εκλογής παράλληλα με τη μέτρηση βιοχημικών και ορμονικών παραμέτρων στο αίμα και στα ούρα.



ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Με τις θεραπευτικές δυνατότητες οι οποίες υπάρχουν για την οστεοπόρωση, μπορεί να επιτευχθεί η αναστολή της οστικής απώλειας, η αύξηση της οστικής μάζας και η μείωση της πιθανότητας κατάγματος. Στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης συμπεριλαμβάνονται το ασβέστιο και η βιταμίνη D.

Το Ιατρείο Οστεοπόρωσης αναλαμβάνει τον έλεγχο, τη θεραπεία, καθώς και την παρακολούθηση των ασθενών με Οστεοπόρωση και άλλες Νόσους των Οστών ξεχωριστά και μεθοδικά για τον κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψιν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, εξασφαλίζοντας ένα καλύτερο επίπεδο ζωής.

ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Οστεοπόρωση ορίζουμε τη νοσολογική οντότητα των οστών, δηλαδή το σκελετικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τη μείωση της οστικής αντοχής και την αύξηση του κινδύνου καταγμάτων, τα οποία έχουν επίπτωση στην ποιότητα ζωής και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με

οστά τους είναι μικρότερα και ελαφρύτερα από τα οστά των ανδρών.

Η νόσος όμως, μπορεί να προσβάλει επίσης άνδρες, αλλά και άτομα νεαρότερης ηλικίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η οστεοπόρωση μπορεί να διαγνωστεί με τη Μέτρηση της

Ημέρες & Ώρες λειτουργίας:

Τρίτη & Πέμπτη > 17:00 - 21:00

Τηλέφωνο για ραντεβού:

210 9495388/5447

A vital leap forward in cardiac testing

Speed meets accuracy where it matters most—the wait is over for hs-cTnI at the point of care.



When ruling out a potential myocardial infarction (MI), every minute spent waiting on test results comes at a cost. Patients and their families are anxious, and clinicians and laboratory professionals are pressured to identify the problem quickly and accurately. Increased time to results adds congestion to an already busy emergency department. But what if ED staff had access to high-sensitivity troponin right at the point of care?

Consider the value of adding a new tool at the clinician's disposal that can provide high-sensitivity troponin I (hs-cTnI) results in just 8 minutes from a single fingerstick and patient interaction. The solution is intuitive, easily integrates into the existing workflow, and gives laboratory partners centralized control over decentralized testing, so ED throughput can be improved for efficiency and confidence.

The Atellica® VTLi Patient-side Immunoassay Analyzer, powered by Magnotech® Technology, will transform your chest pain assessment process to benefit patients, clinicians, and your operational workflow. Because when it comes to assessing patients with symptoms of an MI in the ED, trust, time, and resources aren't just valuable—they're vital.

siemens-healthineers.com/vtli





The Next - Generation Operating Room

OLYMPUS

Official Distributor

**ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
& ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ**

OLYMPUS



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: 2310-452893
e-mail: admin@protoncy.gr