

Realady

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

**ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ
ΣΕ ΔΙΔΥΜΑ ΝΕΟΓΝΑ**

ΜΕΝΝ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ

**Η ΑΣΦΑΛΕΣΤΕΡΗ ΜΟΝΑΔΑ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**



ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

ΡΕΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Αληθινή Φροντίδα

*Η ασφαλέστερη
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών της Χώρας
& μία από τις Ασφαλέστερες του Κόσμου*

*0,78‰ (τοις χιλίοις) νεογνική θνησιμότητα &
99,91% επιβίωση στα 10 χρόνια λειτουργίας της*

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

MENN ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ: Η Ασφαλέστερη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών της Χώρας και μια από τις Ασφαλέστερες του Κόσμου

Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) της Κλινικής ΡΕΑ στην πρώτη δεκαετία λειτουργίας της παρουσιάζει μέσο ποσοστό επιβίωσης 99,63%, στα νεογνά που έλαβαν τη φροντίδα της (συμπεριλαμβανομένων των νεογνών από την 22η εβδομάδα κύησης), με αποτέλεσμα η **γενική νεο-γενική επιβίωση στην Κλινική ΡΕΑ να φτάνει το 99,91%**, που είναι το υψηλότερο στην Ελλάδα και ένα από τα υψηλότερα σε όλο τον κόσμο.

Η MENN της Κλινικής ΡΕΑ είναι εξοπλισμένη με τον πλέον σύγχρονο και καινοτόμο ιατρικό εξοπλισμό, στελεχωμένη με **υψηλού επιπέδου εξειδικευμένο και έμπειρο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό** και λειτουργεί σε ένα σύγχρονο και ποιοτικό περιβάλλον νοσηλείας. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εφαρμογή των τελευταίων πρωτοκόλλων περιγεννητικής ιατρικής φροντίδας έχουν ως αποτέλεσμα δείκτες **εξαιρετικά χαμηλής νεογενικής θνησιμότητας** και υψηλού ποσοστού επιβίωσης ξεπερνώντας ακόμα και τα ποσοστά χωρών που βρίσκονται πρώτες στη σχετική λίστα του Οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας (WHO).

Συγκεκριμένα, στην δεκαετή λειτουργία της, στην Κλινική ΡΕΑ γεννήθηκαν 64.653 νεογνά από τα οποία νοσηλεύτηκαν στην MENN συνολικά 13.804 πρόωρα και τελειόμνηνα πάσχοντα νεογνά, με το ποσοστό νεογενικής θνησιμότητας να **είναι μόλις 0,78% τοις χιλίοις** στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τα στοιχεία νεογνών **από την 22^η εβδομάδα κύησης** καθόλη την διάρκεια της 10ετίας.

Το ποσοστό αυτό είναι **μικρότερο από αυτό που κατέχει, για την ίδια περίοδο, η πρώτη χώρα της λίστας**, που έχει δημοσιεύσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), η Ιαπωνία, η οποία παρουσιάζει ποσοστό 0,93% (συνυπολογίζοντας τα ποσοστά δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) και **σαφώς πολύ μικρότερο από το ποσοστό νεογενικής θνησιμότητας στην Ελλάδα** (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) για την ίδια περίοδο, που κατά μέσο όρο είναι 2,47%.

Χαρακτηριστικό στοιχείο της **διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας** που παρέχει η MENN της ΡΕΑ είναι πως την τελευταία χρονιά το ποσοστό νεογενικής θνησιμότητας ήταν μόλις **0,35% τοις χιλίοις** και τα ποσοστά επιβίωσης νοσηλευθέντων και γεννηθέντων νεογνών, έφτασαν το επίπεδο ρεκόρ του **99,83%** και **99,97%** αντίστοιχα.

Εξίσου πολύ σημαντικό στοιχείο είναι η **ιδιαίτερα χαμηλή Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ)** ανά περιστατικό στην MENN της ΡΕΑ που την τελευταία τριετία είναι μόλις 6,26 ημέρες. Η χαμηλή ΜΔΝ και οι σχεδόν μηδαμινές λοιμώξεις μειώνουν στο ελάχιστο το κόστος νοσηλείας στην MENN (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) αλλά και την ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων.

Η Διοίκηση της Κλινικής ΡΕΑ, η Διευθύντρια και τα Στελέχη της MENN υποσχονται να συνεχίσουν να παρέχουν Αληθινή Φροντίδα στους μικρούς μαχητές ώστε να κερδίζουν πάντα την πιο σημαντική μάχη της ζωής τους. ■

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΤΕΥΧΟΥΣ

6 Μητρικός θηλασμός σε δίδυμα νεογνά

ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

12 Προεκλαμψία στην κύηση



ΠΑΙΔΙ

18 10 χρήσιμες συμβουλές για τις νέες μανούλες

ΑΦΙΕΡΩΜΑ | ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

20 Εγκυμοσύνη με... Τεχνητή Νοημοσύνη. Η νέα εποχή στην εξωσωματική γονιμοποίηση

24 Δωρεά Σπέρματος: Κριτήρια & Διαδικασία

28 Δωρεά Ωαρίων: Μια μέθοδος που δεν είναι πια ταμπού

30 Ενδομητρίτιδα και Γονιμότητα

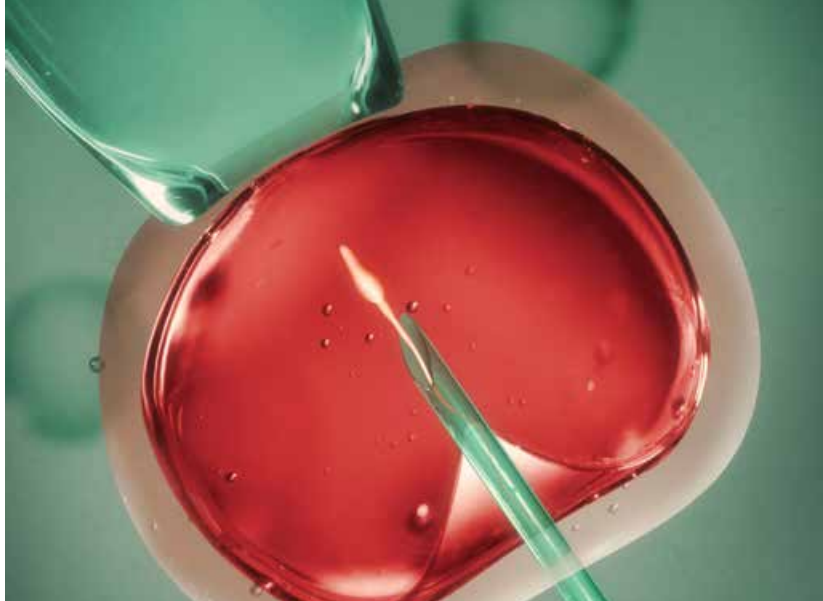
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ & ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

32 Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης

36 Παγκρεατίτιδα στην εγκυμοσύνη

ΓΥΝΑΙΚΑ & ΥΓΕΙΑ

40 Κύστεις Ωοθηκών: Αίτια, συμπτώματα, διάγνωση & θεραπεία



ΥΓΕΙΑ

46 Καλοήθειες παθήσεις του προστάτη

50 Καρκίνος Προστάτη

54 Καρκίνος Παχέος Εντέρου: Σύγχρονη θεώρηση μίας «εν δυνάμει χρόνιας νόσου»

58 Έλκη από κατάκλιση

62 Ακμή

64 Ολική αρθροπλαστική ισχίου. Πρωτοποριακή χειρουργική τεχνική ASI Bikini



ΝΕΑ ΤΗΣ ΡΕΑ

68 Η Κλινική ΡΕΑ έφερε πρώτη στην Ελλάδα το Υστεροσκοπικό Morcellator.

70 Η Κλινική ΡΕΑ καινοτομεί στον τομέα της Αγγειοχειρουργικής

71 Κλινική ΡΕΑ: Νέα συνεργασία με ΕΔΟΕΑΠ

72 Παγκόσμια ημέρα της γυναίκας

74 Η ΡΕΑ αποκλειστικός χορηγός υγείας των εθνικών ομάδων υγρού στίβου



Αγνές πρώτες ύλες
Χωρίς προσθήκη ζάχαρης*
Κορυφαία βιολογική ποιότητα

Βιολογικές
Κρέμες Δημητριακών



Παράχθηκε σε εργοστάσιο HiPP με ουδέτερο ισοζύγιο ενέργειας και χαμηλής παραγωγής CO₂.

Με τη χρήση ανανεώσιμων πηγών ενέργειας και τη στήριξη παγκοσμίων έργων προστασίας του κλίματος.



Παρασκευάζονται

με νερό ή γάλα



*τα συστατικά περιέχουν φυσικά σάκχαρα

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΕ ΔΙΔΥΜΑ ΝΕΟΓΝΑ

Γράφει η **Εξειδικευμένη Ομάδα Μητρικού Θηλασμού Κλινικής ΡΕΑ**

Η αξία του μητρικού γάλακτος στη διατροφή του νεογνού, έρχεται όλο και πιο πολύ στο προσκήνιο, μιας και διαρκώς ανακαλύπτονται νέα συστατικά του, με σημαντικές λειτουργίες και χειροπιαστά πλεονεκτήματα. Ο ρόλος πολλών από τα συστατικά του μητρικού γάλακτος δεν είναι ακόμα γνωστός και σίγουρα θα υπάρξουν αρκετές εκπλήξεις στο μέλλον σχετικά με τα πλεονεκτήματα του θηλασμού.

Το μητρικό γάλα της μητέρας προστατεύει το μωρό από πολλούς ιούς, βακτήρια και παράσιτα που εκείνο είναι εκτεθειμένο. Οι πολλές ουσίες του μητρικού γάλακτος τονώνουν και ενισχύουν την ανάπτυξη του ανώριμου ανοσοποιητικού συστήματος του μωρού με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας του, ακόμη και για χρόνια μετά

το τέλος του θηλασμού, καθιστώντας τον έτσι την καλύτερη επένδυση για την υγεία του παιδιού.

Επιπλέον ο θηλασμός για το μωρό είναι πηγή στοργής και ασφάλειας. Η δερματική επαφή διεγείρει και αυξάνει το δεσμό μητέρας και μωρού. Τα περισσότερα μωρά που θηλάζουν, κλαίνε λιγότερο, γιατί βρίσκονται για περισσότερη ώρα στην αγκαλιά της μητέρας τους. Το ενδιαφέρον των νέων μητέρων για το μητρικό θηλασμό αυξάνεται συνεχώς. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προσφέρουν την κατάλληλη ενημέρωση αλλά και υποστήριξη στις νέες μητέρες για μια όμορφη εμπειρία θηλασμού.

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΕ ΔΙΔΥΜΑ

Ο Μητρικός Θηλασμός είναι ιδιαίτερα σημαντικός και για τα δίδυμα νεογνά. Τα νεογνά αυτά, συνήθως είναι πρόωρα, ή χαμηλού βάρους, ή με άλλα προβλήματα υγείας.

Ο Μητρικός Θηλασμός εκτός του ότι τους προσφέρει τα κατάλληλα διατροφικά συστατικά και ανοσολογική προστασία, βοηθάει επίσης στη συχνή αλληλεπίδραση της μητέρας με το κάθε παιδί χωριστά.

Τα ποσοστά θηλασμού





διδύμων και τριδύμων έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, όμως παραμένουν χαμηλότερα σε σχέση με το θηλασμό ενός μόνο νεογνού.

Ο όγκος και η σύσταση του μητρικού γάλακτος μπορούν να προσαρμοστούν στα επίπεδα που απαιτούνται για το τάισμα διδύμων. Οι μητέρες που γεννούν περισσότερα του ενός μωρά πρέπει να ενημερώνονται ότι όσο περισσότερο θηλάζουν τόσο περισσότερο γάλα θα παράγουν και μπορούν τελικά να καλύψουν πλήρως τις διατροφικές ανάγκες των

μωρών τους.

Το πρόβλημα συνήθως δεν είναι η ποσότητα του γάλακτος, αλλά ο χρόνος.

Ο θηλασμός των διδύμων βρεφών απαιτεί την προετοιμασία της μητέρας και την ενημέρωση για τη διαδικασία του θηλασμού. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται για την έγκαιρη και συχνή επαφή με τα νεογνίδια βρέφη, να γνωρίζει ότι το νεογνό πρέπει να θηλάζει τουλάχιστον 8 φορές ανά ημέρα, ενώ στην περίπτωση διδύμων ο αριθμός αυτός διπλασιάζεται σε 16-20 φορές ανά ημέρα, ενώ

“ Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΟΤΙ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ, ΒΟΗΘΕΙ ΕΠΙΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΧΝΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΜΕ ΤΟ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙ ΧΩΡΙΣΤΑ. ”

“ΕΙΣΟΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ. Ο ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΛΗΦΘΕΙ ΟΤΙ Η ΜΗΤΕΡΑ ΤΩΝ ΠΟΛΥΔΙΜΩΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.”

Η σίτιση ενός μωρού διαρκεί περισσότερο ή λιγότερο 30-40 λεπτά.

Η σίτιση των διδύμων διαρκεί περίπου 12 ώρες την ημέρα και μπορεί να είναι εξαντλητικό για μια μητέρα.

Η φροντίδα των διδύμων απαιτεί κάποιο σχεδιασμό ενώ ο θηλασμός σημαίνει πάντα άμεση σίτιση. Δε χρειάζεται πλύσιμο μπιμπερό ή προετοιμασία του τεχνητού γάλακτος και ορισμένες μητέρες μπορούν να θηλάζουν

και τα δυο νεογνά ταυτόχρονα.

Τα δίδυμα έχουν τη δυνατότητα να θηλάσουν με τους παρακάτω τρόπους:

> ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ:

Η μητέρα μπορεί να τοποθετήσει στο στήθος πρώτα το μωρό που χρειάζεται περισσότερη βοήθεια και στη συνέχεια αφού το υποστηρίξει με το ένα χέρι της, βοηθά το άλλο μωρό να πιήσει το στήθος.

Τον πρώτο καιρό η μητέρα θα χρειασθεί βοήθεια για να τοποθετήσει τα μωρά

ταυτόχρονα και σωστά στο στήθος της, ώστε να εξασφαλισθεί η σωστή προσκόλληση στον μαστό ώστε υπάρχει αποτελεσματικός θηλασμός.

Όταν ταΐζονται τα δίδυμα ταυτόχρονα είναι προτιμότερο στον κάθε θηλασμό οι μαστοί να προσφέρονται στα μωρά εναλλάξ εξασφαλίζοντας ισότιμη διέγερση και στους δυο μαστούς, καθώς τα νεογνά δεν έχουν την ίδια ικανότητα θηλασμού όπως τη δύναμη θηλαστικής κίνησης, του ρουφήγματος και της αντοχής, με αποτέλεσμα να κερδίζεται χρόνος. Το πιο δραστήριο μωρό θηλάζοντας πότε από τον ένα μαστό και πότε από τον άλλον, διεγείρει το αντανακλαστικό της καθόδου του γάλακτος **let down reflex** και για το άλλο δίδυμο.

Στάσεις θηλασμού για νεογέννητα δίδυμα σε ταυτόχρονο θηλασμό:

- Θέση πλαινή (Rugby ball)
- Θέση Παράλληλη (Parallel hold)
- Θέση Δικτυωτή (Crisscross hold)

> ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ:

Κάθε βρέφος θηλάζει κάθε φορά που πεινάει και αμέσως μετά το άλλο.

Τις πρώτες μέρες, αν η μητέρα ταΐζει κάθε παιδί ξεχωριστά, τα νεογέννητα μπορούν να τα καταφέρουν καλύτερα με το θηλασμό. Αυτό της δίνει επίσης τη δυνατότητα να δεθεί



MAM

Θήλαστρο
2 σε 1:
Ηλεκτρικό &
Χειροκίνητο



Χειροκίνητη χρήση



Χρήση
με ηλεκτρικό ρεύμα

Διπλό Θήλαστρο 2 σε 1: Χρήση με ηλεκτρικό ρεύμα ή χειροκίνητη χρήση για μέγιστη ευελιξία

Το μητρικό γάλα είναι η καλύτερη διατροφή για το μωρό. Γι' αυτό ο θηλασμός θα πρέπει να είναι μια ευχάριστη εμπειρία. Στη MAM σχεδιάσαμε, σε συνεργασία με μαίες, **το εργονομικό διπλό ηλεκτρικό θήλαστρο 2 σε 1**. Η χρήση με ηλεκτρικό ρεύμα ή η χειροκίνητη χρήση διασφαλίζουν ευελιξία και ήρεμη άντληση σε κάθε περίπτωση. Η έξυπνη λειτουργία εξαγωγής σε 2 φάσεις και τα 9 διαφορετικά επίπεδα έντασης διευκολύνουν τη χρήση χωρίς ταλαιπωρία, δίνοντας την επιλογή για ταυτόχρονη άντληση και στις 2 πλευρές ή μονή άντληση στη δεξιά ή στην αριστερή πλευρά. Η ένταση της άντλησης μπορεί να ρυθμιστεί ξεχωριστά για κάθε πλευρά. Η επαναφορτιζόμενη μπαταρία διαρκεί έως και 3 ώρες.

Ανακαλύψτε τα προϊόντα θηλασμού MAM:



Χειροκίνητο θήλαστρο



Προστατευτικά θηλών



Επιθέματα στήθους

Επισκεφτείτε το
mamhellas.gr
και αποκτήστε
το θήλαστρο
της επιλογής σας

Κουπόνι έκπτωσης: **Rea2023***

με έκπτωση

20%

eshop: mamhellas.gr

Πληροφορίες για την εγκυμοσύνη και τα προϊόντα MAM στο mambaby.com

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ
ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Ομαδική δουλειά για απόλυτη ασφάλεια: Κάθε καινοτομία MAM, πριν φτάσει στο μωράκι, έχει εγκριθεί από τους ειδικούς επιστημονικούς μας συνεργάτες.

BPA[®]
BPS
free

*BPA/BPS free: Όλα τα προϊόντα MAM είναι κατασκευασμένα από υλικά που δεν περιέχουν Διαφαινόλη Α (BPA) και Διαφαινόλη S (BPS).

* Το κουπόνι εξαργυρώνεται στο eshop www.mamhellas.gr. Η προσφορά ισχύει έως και τις 31/10/2023. Το κουπόνι δεν συνδυάζεται με άλλη προσφορά ή έκπτωση. Η αξία της του κουπονιού δεν μπορεί να εξαργυρωθεί σε μετρητά ή να πιστωθεί σε τραπεζικό λογαριασμό. Νομική προσταγή αποκλείεται.

καλύτερα με το κάθε μωρό και να διακρίνει τις ανάγκες και τις δυνατότητες για θηλασμό κάθε μωρού ξεχωριστά. Οι θηλασμοί μπορούν επίσης να συνδυαστούν.

Για παράδειγμα, ξεκινάει να θηλάζει πρώτα το ένα μωρό και όταν αυτό αρχίζει να επιβραδύνει βάζει το δεύτερο μωρό να θηλάσει. Όταν το δεύτερο αρχίζει να φαίνεται ικανοποιημένο, το πρώτο μωρό επιστρέφει στο στήθος για να ολοκληρώσει τον θηλασμό. Το δεύτερο μωρό με τη σειρά του επιστρέφει στο στήθος για να ολοκληρώσει τον θηλασμό του.

Στάσεις θηλασμού για νεογέννητα δίδυμα σε ξεχωριστό θηλασμό:

- Ξαπλωτή θέση (Side-lying hold)
- Θέση αγκαλιάς ή κλασική θέση (Cradle hold)
- Θέση «αντίστροφης αγκαλιάς» (Cross Cradle hold)
- Θέση πλαινή (Rugby ball)

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΘΗΛΑΖΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Εξίσου σημαντική είναι η διατροφή της μητέρας. Ο συμβουλος θηλασμού μπορεί να αντιληφθεί ότι η μητέρα των πολύδιδμων χρειάζεται συμβουλές διατροφής. Η μητέρα με δίδυμα θα χρειαστεί μεγαλύτερα ποσά θερμίδων 200 έως 500 kcal/ημερησίως για το κάθε ένα. Η μητέρα θα πρέπει να προσθέσει περισσότερα γεύματα πρωτεΐνης στο διαιτολόγιο της. Ένας καλός προγραμματισμός για τη διατροφή της από την περίοδο της εγκυμοσύνης θα τη βοηθήσει πολύ στο θέμα διαχείρισης χρόνου και ποιοτικής διατροφής.

Οι μαμάδες διδύμων λοιπόν χρειάζονται μεγαλύτερη υποστήριξη για την επιτυχία θηλασμού. ■

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Τσιουγκράνα Κατερίνα

Θηλάζουσα μητέρα διδύμων

Ποια ήταν τα πρώτα συναισθήματα όταν αντίκρισες για πρώτη φορά τις δίδυμες κόρες σου;

Ένιωσα ευτυχία και ολοκλήρωση, τη στιγμή που τις αγκάλιασα για πρώτη φορά. Τις κράτησα πάνω μου αρκετή ώρα. Τα νεογνά ξεκίνησαν την αναζήτηση του μαστού. Με μια μικρή βοήθεια λίγη ώρα μετά ξεκίνησαν το θηλασμό.



Πίστευες ότι θα τα κατάφερνες τόσο γρήγορα;

Δεν σκέφτηκα ότι δεν θα τα καταφέρω, απλώς πίστευα ότι θα ήταν πιο δύσκολο γιατί είχα δύο μωρά. Όμως τελικά τα κατάφερα!

Πώς συνέχισες το θηλασμό κατά τη διαμονή σου στο δωμάτιο νοσηλείας;

Καταρχάς είχα επιλέξει την υπηρεσία rooming-in, ώστε να έχω τη δυνατότητα να θηλάζω τα μωρά όσες φορές και όσες ώρες το είχαν ανάγκη. Όπως φάνηκε, πήγε πολύ καλά η σίτισή τους, αφού την τελευταία ημέρα και οι δύο κόρες μου είχαν κερδίσει βάρος!

Πώς αισθάνεσαι τώρα συνεχίζοντας τον Μητρικό Θηλασμό;

Αισθάνομαι απεριγράπτη αγάπη αφενός, αλλά και ικανοποίηση, βλέποντας ότι τα έχω καταφέρει καλά. Οι κόρες μου θηλάζοντας αποκλειστικά κερδίζουν 55gr καθημερινά. Θα συνεχίσω να θηλάζω για όσο το απολαμβάνουμε και οι τρεις μας και συστήνω σε όλες τις μανούλες, διδύμων και μη, να θηλάσουν τα μωρά τους. Πραγματικά αξίζει η προσπάθεια για ένα τέτοιο όμορφο ταξίδι!

PHARMASEPT

mama's

Φροντίδα για την επιδερμίδα της μαμάς, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της μητρότητας.

ΝΕΑ ΣΕΙΡΑ



ΦΥΣΙΚΑ
ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

ΠΡΟΛΗΨΗ &
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΑΓΑΔΩΝ

ΕΝΙΣΧΥΣΗ
ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ



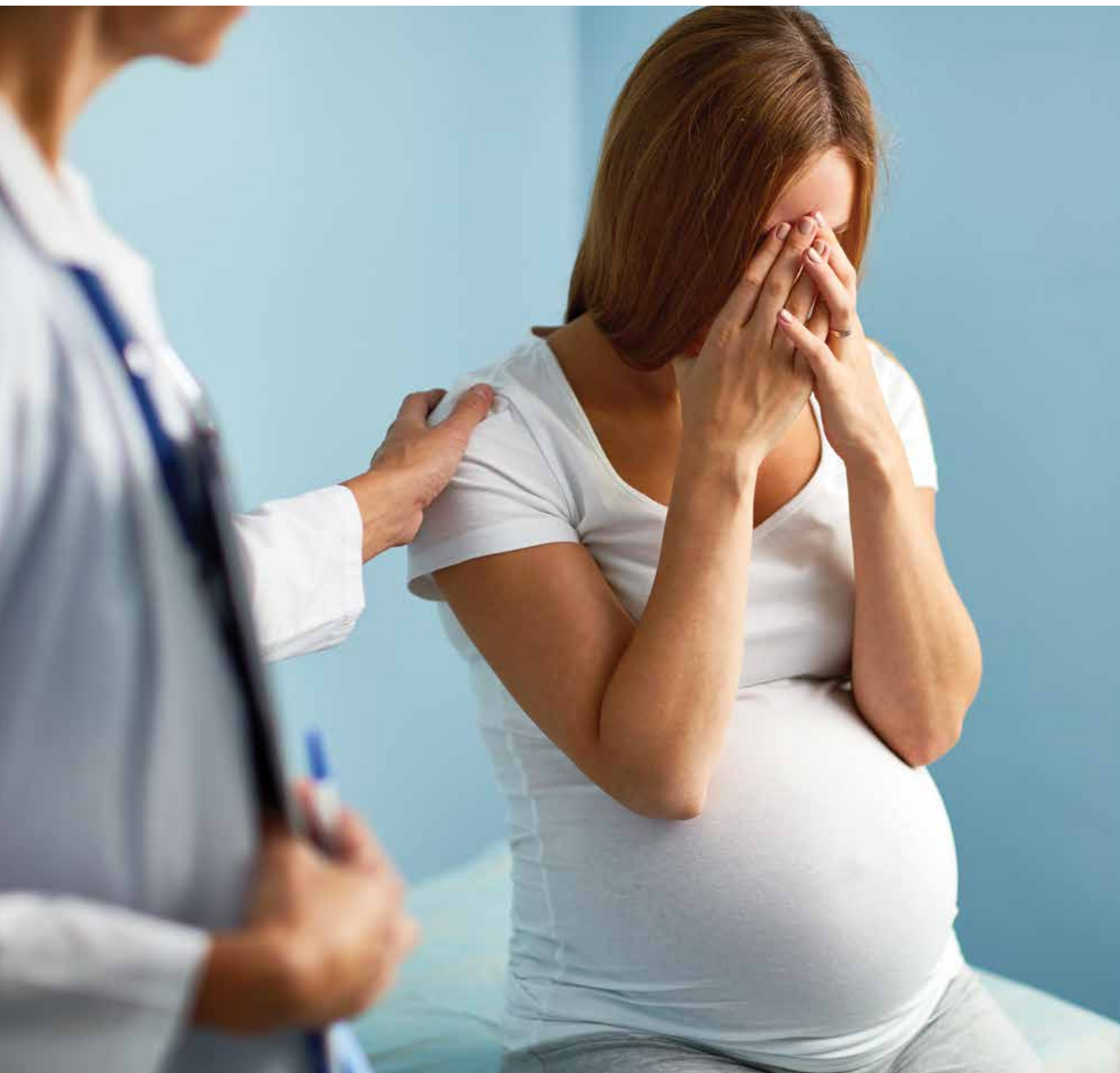
ΣΚΑΝΑΡΟΝΤΑΣ ΘΑ ΑΝΑΚΑΛΥΨΕΤΕ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΙΡΑ MAMA'S

www.pharmasept.gr

ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Γράφει η Μαρίτσα Βασιλική-Αρετή

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής και Υπερήχων Κλινικής ΡΕΑ



Η προεκλαμψία είναι μία σοβαρή διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της κύησης (συνήθως μετά την 20^η εβδομάδα της κύησης) ή/και της λοχείας (4-6 εβδομάδες μετά τον τοκετό), σε ποσοστό περίπου 4-5% των εγκύων γυναικών. Ευτυχώς, στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ήπιας βαρύτητας ή όψιμης έναρξης (προς το τέλος της κύησης). Βέβαια χρήζει έγκαιρης διάγνωσης και προσεκτικής αντιμετώπισης, καθώς μπορεί να έχει σοβαρότατες επιπτώσεις τόσο στην έγκυο όσο και στο έμβρυο.

Ως **προεκλαμψία** ορίζεται η υπέρταση κατά την κύηση (συστολική αρτηριακή πίεση >140mmHg και διαστολική >90mmHg), μαζί με λευκωματουρία (>300mg λευκώματος σε συλλογή ούρων 24ώρου ή >30mg/mmol σε τυχαίο δείγμα ούρων ή >1 σταυροί σε stick ούρων) ή σε συνδυασμό με μειωμένο αριθμό αιμοπεταλίων (<100.000/μL), διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη ορού >1,1mg/dL) ή της ηπατικής λειτουργίας (επίπεδα τρανσαμινασών διπλάσια από το ανώτερο φυσιολογικό όριο του εργαστηρίου), πνευμονικό οίδημα και συμπτώματα εγκεφαλικής βλάβης ή οπτικές διαταραχές (κεφαλαλγία, θολή όραση), με ή χωρίς παθολογικά οιδήματα. Το οίδημα χεριών και προσώπου δεν θεωρείται κριτήριο προεκλαμψίας με βάση τα νέα κριτήρια.

Τη βαριά προεκλαμψία μπορεί

να ακολουθήσει η **εκλαμψία** που εκδηλώνεται με γενικευμένους σπασμούς των μυών του προσώπου και των χεριών, μέχρι ακαμψία και κυάνωση (τονικός - κλονικός σπασμός).

“

**ΤΗ ΒΑΡΙΑ
ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ
ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ
ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ Η
ΕΚΛΑΜΨΙΑ ΠΟΥ
ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΜΕ
ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥΣ
ΣΠΑΣΜΟΥΣ
ΤΩΝ ΜΥΩΝ ΤΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ
ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ, ΜΕΧΡΙ
ΑΚΑΜΨΙΑ ΚΑΙ
ΚΥΑΝΩΣΗ (ΤΟΝΙΚΟΣ -
ΚΛΟΝΙΚΟΣ ΣΠΑΣΜΟΣ).**

”

Αιτιολογία: θεωρείται νόσος του πλακούντα, χωρίς ακόμη να γνωρίζουμε την ακριβή αιτιολογία της.

Στις πιθανές αιτίες περιλαμβάνονται:

- Ανώμαλη εμφύτευση του πλακούντα
- Πτωχή διατροφή ή πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά
- Γονιδιακοί παράγοντες
- Βλάβη των ενδοθηλιακών κυττάρων των αγγείων

Παράγοντες κινδύνου:

- Ιστορικό προεκλαμψίας σε

- προηγούμενη κύηση ή σε συγγενή πρώτου βαθμού
- Τόκος: εμφανίζεται συχνότερα σε πρωτοτόκες γυναίκες
- Παχυσαρκία
- Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης
- Πολύδυμη κύηση ή εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)
- Προϋπάρχουσα υπέρταση ή άλλα υποκείμενα νοσήματα (χρόνια νεφροπάθεια, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, κ.α.)
- Ηλικία μητέρας: >40 ή <18 ετών
- Αφρο-αμερικανική φυλή

Αλλαγή του τρόπου ζωής πριν την εγκυμοσύνη, θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο προεκλαμψίας (απώλεια βάρους σε υπέρβαρες γυναίκες, διακοπή καπνίσματος, άσκηση, ρύθμιση προϋπάρχουσας υπέρτασης ή διαβήτη).

Πρόβλεψη και πρόληψη

προεκλαμψίας: διάφοροι βιοχημικοί δείκτες έχουν προταθεί για την έγκαιρη ανίχνευση, ενώ αν στηριχθούμε μόνο στους παράγοντες κινδύνου, μπορούμε να εντοπίσουμε μόνο το 30% των κυήσεων που θα εμφανίσουν προεκλαμψία.

Επικρατέστερη μέθοδος για την ανάδειξη των εγκύων υψηλού κινδύνου είναι πλέον ο πληθυσμιακός έλεγχος (screening) στο 1^ο τρίμηνο της κύησης, μέσω ενός αλγόριθμου που περιλαμβάνει συνδυασμό των παρακάτω παραμέτρων:

- Ατομικό και οικογενειακό



“ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΟΚΕΤΟΣ. ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΑΠΟΤΡΕΠΕΤΑΙ Η ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ. ”

ιστορικό της γυναίκας (συμπεριλαμβανομένων της εθνικότητας και του ΔΜΣ: δείκτης μάζας σώματος)

- Μέτρηση της αντίστασης ροής στις μητριάιες αρτηρίες (PI) μεταξύ 11+0 έως 13+6 εβδομάδες της κύησης
- Μέτρηση της μέσης αρτηριακής πίεσης (ΜΑΠ)
- Μέτρηση των πλακουντιακών ορμονών PAPP-A (pregnancy associated plasma protein A) και PLGF (placenta growth factor).

Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ανιχνευθεί το 90% των περιπτώσεων της προεκλαμψίας πριν τις 34 εβδομάδες και το 45% των περιπτώσεων της προεκλαμψίας που εμφανίζονται αργότερα (μετά τις 34 εβδομάδες).

Η προληπτική χορήγηση χαμηλής δόσης ασπιρίνης (150mg/ημέρα) έως και τις 36 εβδομάδες της κύησης, στις έγκυες υψηλού κινδύνου, αποτελεί τη μοναδική φαρμακευτική παρέμβαση η οποία έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας (μείωση επίπτωσης >80% πριν τις 34 και >60% πριν τις 37 εβδομάδες της κύησης). Η προφυλακτική χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού

βάρους έχει θέση μόνο σε γυναίκες με γνωστή θρομβοφιλία ή με ιστορικό σοβαρής ή/και πρώιμης προεκλαμψίας σε προηγούμενη κύηση.

Διάγνωση: μία μέτρηση υψηλής αρτηριακής πίεσης (>140/90mmHg) σε εξέταση ρουτίνας, θέτει την υπόνοια ύπαρξης προεκλαμψίας. Απαιτείται δεύτερη μέτρηση μετά από 4-6 ώρες -σε ηρεμία- και εξέταση ούρων, όπου η ανεύρεση λευκώματος επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

Επί ύπαρξης ή όχι λευκωματουρίας, οι έγκυες πρέπει στη συνέχεια να υποβάλλονται σε μία σειρά εργαστηριακών εξετάσεων:

- Γενική αίματος
- Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας (SGOT - SGPT)
- Έλεγχος νεφρικής λειτουργίας (ουρία - κρεατινίνη)
- Έλεγχος του ουρικού οξέος
- Έλεγχος ηπικτικότητας αίματος
- Συλλογή ούρων 24ώρου για προσδιορισμό λευκώματος

Συνύπαρξη πνευμονικού οιδήματος ή νευρολογικών διαταραχών (κεφαλαλγία, διαταραχές όρασης) επιβεβαιώνει επίσης τη διάγνωση.

Παρακολούθηση του εμβρύου:

παράλληλα πρέπει να ελέγχεται η κατάσταση του εμβρύου με συχνότητα που καθορίζεται από τη βαρύτητα της νόσου της εγκύου.

Οι μέθοδοι εκτίμησης της εμβρυϊκής κατάστασης είναι:

- Η υπερηχογραφική εξέταση για εκτίμηση της ανάπτυξης του εμβρύου, της ποσότητας του αμνιακού υγρού, της μητροπλακουντιακής και εμβρυϊκής κυκλοφορίας (Doppler μητριάων, ομφαλικών, μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας και φλεβώδους πόρου)
- Η καταγραφή του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού με τη χρήση της καρδιοτοκογραφικής δοκιμασίας ηρεμίας (NST: non stress test). Πρόκειται για απλή, μη επεμβατική μέθοδο, που δείχνει πως αντιδρά η καρδιά του εμβρύου μέσα στη μήτρα. Διαρκεί συνήθως 20-40 λεπτά, αναλόγως πότε πληρούνται τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί καθησυχαστικό (διαφορετικά μπορεί να είναι μη καθησυχαστικό ή παθολογικό)
- Το βιοφυσικό προφίλ που αποτελεί συνδυασμό της καρδιοτοκογραφικής δοκιμασίας ηρεμίας (NST) με υπερηχογραφικούς εμβρυϊκούς δείκτες (κινήσεις, μυϊκός τόνος, αναπνοές, ποσότητα του αμνιακού υγρού)
- Αξιολόγηση των κινήσεων του εμβρύου από την ίδια



Preeclampsia: One of the Four Leading Causes of Obstetric Morbidity and Mortality

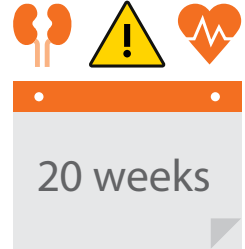


Prevalence

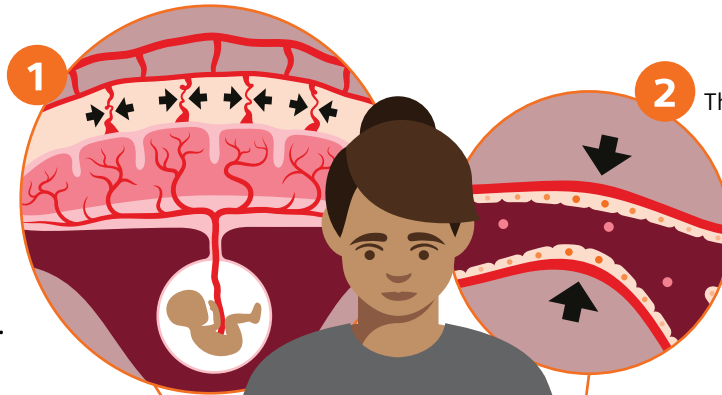
Preeclampsia (PE), a hypertensive disorder that occurs in **2% to 8%** of pregnancies, is a potentially serious complication for both the mother and the fetus.

Symptoms

The most common symptoms of PE include proteinuria and high blood pressure. Typically, symptoms develop after 20 weeks of gestation. PE is.



PE is characterized by a narrowing of the uteroplacental arteries. This restricts blood flow to the developing fetus, resulting in **intrauterine growth restriction**.



The hypoperfused placenta releases soluble factors into the mother's circulation, causing dysfunction in her blood vessels' endothelial cells. This results in vasoconstriction, which leads to **hypertension**.

Dangers to the fetus include:

- Prematurity
- Low birthweight
- Malnourishment
- Stillbirth

Children born to mothers with PE are also at greater risk of developing obesity **later in life**.

Dangers to the mother include:

- Kidney and liver failure
- Stroke
- Blindness
- Death

PE can also affect the mother **after delivery**, increasing the risk of cardiovascular disease, cardiomyopathy, diabetes, and other diseases.

There is no cure for PE. The best treatment is delivery, which generally results in resolution of the most severe symptoms. Doctors must carefully weigh the risks of both fetal and maternal mortality, with the goal of keeping the fetus in the womb for as long as possible while minimizing risks to the mother's health.

Management of PE focuses on early detection. This can be challenging, as the exact mechanism of the disease is not well understood. However, several studies point to the ratio of the **sFlt-1 and PlGF biomarkers** as a promising way to improve the management of preeclampsia.

ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

την έγκυο (>10 κινήσεις σε περίοδο 2 ωρών μετά τις 28 εβδομάδες κύησης)

Αντιμετώπιση: οριστική θεραπεία της προεκλαμψίας είναι ο τοκετός. Με τη γέννηση του νεογνού και την έξοδο του πλακούντα αποτρέπεται η περαιτέρω επιδείνωση και οι κίνδυνοι για τη μητέρα και το έμβρυο. Ο χρόνος τοκετού εξαρτάται από την ηλικία της κύησης, τη βαρύτητα της νόσου και την κατάσταση της μητέρας ή/και του εμβρύου.

Η σοβαρή προεκλαμψία θεωρείται απόλυτη ένδειξη τοκετού, ανεξάρτητα από την ηλικία της κύησης, λόγω του υψηλού κινδύνου μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας. Σε ενδιάμεσης ή ήπιας βαρύτητας περιπτώσεις μπορεί να γίνει παράταση της κύησης υπό στενή παρακολούθηση σε κέντρο με εξειδικευμένους ιατρούς στην Εμβρυομητρική Ιατρική, Νεογνολόγους, Νεφρολόγους και Εντατικολόγους. Οι γυναίκες με προεκλαμψία, ρυθμίζονται μέσω:

- Αντιϋπερτασικών φαρμάκων για την υψηλή πίεση
- Ενδεχόμενη χορήγηση θειϊκού μαγνησίου (MgSO₄) για προφύλαξη της μητέρας από σπασμούς κατά τον τοκετό ή τη λοχεία αλλά και για τη νευροπροφύλαξη του εμβρύου
- Χορήγηση σχήματος κορτικοστεροειδών που βοηθούν την ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου ειδικά σε κυήσεις <34-36

εβδομάδων

- Μετάγγιση αιμοπεταλίων σε περιπτώσεις σοβαρής θρομβοπενίας (μειωμένος αριθμός αιμοπεταλίων)
- Γενικές οδηγίες που αφορούν: τον περιορισμό της κατανάλωσης αλατιού, ενυδάτωση, παρακολούθηση της διούρησης και ανάπαυση

Επιπλοκές:

- Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου (IUGR) λόγω κακής αιμάτωσης του πλακούντα και κατά συνεπεια του εμβρύου, που μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης ή σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού
- Ανεξέλεγκτη αύξηση της αρτηριακής πίεσης (>180mmHg), που μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική αιμορραγία στην έγκυο
- Αποκόλληση πλακούντα (απειλητική κατάσταση για τη μητέρα και το έμβρυο)

➤ Ρήξη ήπατος

- Σύνδρομο HELLP (χαμηλά αιμοπετάλια, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, παρουσία αιμόλυσης)
- Εκλαμψία (παρουσία γενικευμένων σπασμών σε γυναίκες με σοβαρή προεκλαμψία)

Συμπερασματικά, η προεκλαμψία είναι μία δυνητικά πολύ σοβαρή νόσος για τη μητέρα και το έμβρυο. Με έγκαιρη διάγνωση, μέσω της αναγνώρισης πιθανών ανησυχητικών σημείων από την έγκυο {έντονες και επίμονες κεφαλαλγίες, διαταραχές της όρασης, οιδήματα και απότομη αύξηση βάρους, ναυτία και εμετοί, κοιλιακό άλγος (συνήθως στο στομάχι και κάτω από τις δεξιές πλευρές), μειωμένη διούρηση, δυσκολία στην αναπνοή} και τη στενή παρακολούθηση από το μαιευτήρα της, μπορεί να επιτευχθεί η καλύτερη φροντίδα για την έγκυο και το καλύτερο δυνατό περιγεννητικό αποτέλεσμα. ■



Δοσε ελπίδα
δοσε ζωή

ΓΙΝΕ ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ ΔΟΤΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Τι είναι ο μυελός των οστών;

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

Ποια είναι η διαδικασία λήψης δείγματος μυελού των οστών;

Η διαδικασία λήψης δείγματος είναι ολιγόλεπτη και εντελώς ανώδυνη.

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

Μπορώ να γίνω κι εγώ εθελοντής δότης;

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

Ποια είναι η διαδικασία εάν βρεθώ συμβατός δότης;

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

Ποιοι άνθρωποι μας έχουν ανάγκη;

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

Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ...

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

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



Σε συνεργασία:

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ
ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΔΟΤΩΝ
ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

10 ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΜΑΝΟΥΛΕΣ

Γράφει η Ομάδα Παιδιάτρων της Κλινικής ΡΕΑ

Μετά το εξιτήριο από το μαιευτήριο ξεκινάει μια νέα, συναρπαστική ζωή, στο σπίτι! Ωστόσο, η επιστροφή στο σπίτι με ένα μωρό δημιουργεί πολλές απορίες στις νέες μητέρες. Η ομάδα των Παιδιάτρων της Κλινικής ΡΕΑ συγκέντρωσε τις πιο δημοφιλείς από αυτές και απαντάει:

1. Εάν βλέπετε κάτι που σας ανησυχεί στο μωρό σας, μην διστάζετε να συμβουλευέστε τον παιδίατρό σας. Ακολουθήστε τις οδηγίες του χωρίς να επηρεάζετε από πληροφορίες που μπορεί να λαμβάνετε από το οικείο ή μη περιβάλλον σας και από πληροφορίες στο διαδίκτυο
2. Ενημερώστε τον παιδίατρό σας εάν παρατηρήσετε ότι το μωράκι σας έχει βήχα, πυρετό, βουλωμένη μύτη, γαστρεντερικές διαταραχές ή οτιδήποτε άλλο που τυχόν σας προβληματίζει
3. Ανταποκριθείτε άμεσα στο κλάμα του μωρού σας, προσπαθώντας να αποκωδικοποιήσετε το λόγο που κλαίει. Ενδέχεται να πεινάει, να έχει λερωθεί, να κρυώνει ή να ζεσταίνεται, να πονά κάπου ή απλά να έχει ανάγκη την αγκαλιά σας
4. Εντάξτε και τον μπαμπά στη ρουτίνα με το μωρό σας! Μπορεί να αναλάβει το καθημερινό μπάνιο του, την αλλαγή της πάνας καθώς και πολλές, πολλές αγκαλιές. Οι ευχάριστες στιγμές είναι όμορφο να μοιράζονται!
5. Προσπαθήστε να κοιμάστε αρκετά και εκμεταλλευτείτε τις ώρες που κοιμάται το μωρό



σας, ώστε να ξεκουράζεστε και εσείς.


6. Μην ντύνετε το μωρό σας πολύ ζεστά, ιδιαίτερα το καλοκαίρι και μην το σκεπάζετε με πολλά. Εάν νιώθετε άνετα εσείς με τη θερμοκρασία του δωματίου, τότε είναι άνετα και για το μωρό. Εάν το μωρό ιδρώνει, τότε έχει πολλή ζέστη.
7. Σταματήστε το κάπνισμα μέσα στο σπίτι, καθώς ο καπνός είναι επικίνδυνος για το ευαίσθητο αναπνευστικό σύστημα του μωρού σας.



8. Κρατήστε το μωράκι σας αγκαλιά κρατώντας δερματική επαφή (skin to skin).

9. Σε περίπτωση που νιώθετε συνεχή εκνευρισμό, εξάντληση, ευερεθιστότητα, άγχος ή απελπισία και τα συναισθήματα αυτά δεν υποχωρούν, με την πάροδο των ημερών, να θυμάστε ότι μπορεί να έχετε επιλόχεια κατάθλιψη. Πρόκειται για μια συναισθηματική διαταραχή που αφορά το 10 έως 20% των νέων μαμάδων και οφείλεται κυρίως στις διακυμάνσεις των ορμονών μετά

την εγκυμοσύνη, αλλά και σε ψυχολογικούς λόγους. Ζητήστε βοήθεια από ειδικούς ψυχολόγους - ψυχιάτρους ώστε να ξεπεράσετε ανώδυνα οποιαδήποτε δυσκολία προκύψει.

10. Ακολουθήστε το ένστικτό σας στο πιο συναρπαστικό ταξίδι της ζωής σας, που κρύβει περιπέτειες, εμπειρίες, αγώνιες και ανεκτίμητες χαρές! Μην ξεχνάτε ότι για να είναι καλά το μωρό σας θα πρέπει να είσαστε καλά εσείς, φροντίστε τον εαυτό σας! 

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΜΕ... ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

Η νέα εποχή στην
εξωσωματική γονιμοποίηση

Γράφει ο **Αλέξανδρος Δ. Τζεφεράκος**

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιστημονικός Διευθυντής στη REA IVF, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. ΡΕΑ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση έχει βοηθήσει εκατομμύρια ζευγάρια σε όλο τον κόσμο να αποκτήσουν παιδιά τα τελευταία 44 χρόνια. Κάθε σχετική νέα τεχνολογία και κάθε επιστημονική εξέλιξη που με σχολαστική μελέτη και συνεχείς έρευνες αποδεικνύεται ότι βελτιώνει την πιθανότητα επίτευξης κύησης εντάσσεται στην καθημερινή εργαστηριακή πραγματικότητα της Ιατρικά Υποβοηθούμενης Ανθρώπινης Αναπαραγωγής.

Η επίτευξη κύησης στην εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολυπαραγοντική. Καθοριστικός παράγοντας είναι **η επιλογή του «κατάλληλου» εμβρύου**. Έτσι αυξάνεται η πιθανότητα εγκυμοσύνης, μειώνονται οι πιθανότητες επιπλοκών και αυξάνονται οι πιθανότητες γέννησης ενός υγιούς μωρού.

Η συνεχής εξέλιξη και η αξιοποίηση της τεχνολογίας στοχεύει να βελτιώσουμε την πιθανότητα επιτυχίας κύησης.

Τα τελευταία 15 χρόνια επενδύσαμε σε τεχνολογία και σε εκπαίδευση εξειδικευμένων στελεχών για τη **μελέτη της εξέλιξης των ανθρώπινων εμβρύων εντός των επωαστικών κλιβάνων εκκόλαψης με ειδικής τεχνολογίας κάμερες** για συνεχή βιντεοσκόπηση και φωτογραφική επεξεργασία, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα της αξιολόγησης της εξέλιξης κάθε εμβρύου.

Η αποτύπωση της εξέλιξης των εμβρύων, μέσα από χιλιάδες εικόνες εκκολαπτόμενων εμβρύων εντός των κλιβάνων και η επιτυχής επιλογή των εμβρύων για εμβρυομεταφορά, δημιούργησαν άλλη μία σημαντική εξέλιξη.

Η REA IVF, εξοπλισμένη και με το **τελευταίας γενιάς εμβρυοσκόπιο Embryoscope plus**, που διαθέτει το πιο σύγχρονο και εξελιγμένο λογισμικό iDaScore της Vitrolife, μετατρέπει τη μεθοδολογία του timelapse σε μια καθιερωμένη, πλήρη διαδικασία αυτοματοποιημένης ανάλυσης των αναπτυσσόμενων εμβρύων. Έτσι, μπορούμε να λάβουμε μια αντικειμενική **κατάταξη των εμβρύων με βάση την πιθανότητα εμφύτευσης**, μόνο με το πάτημα ενός κουμπιού. Το μέλλον της αξιολόγησης των εμβρύων ξεκινά εδώ!

Το νέο σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης έρχεται να

βελτιώσει την αποτελεσματικότητα στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αυτό φέρνει τους υποψήφιους γονείς ένα βήμα πιο κοντά στην εκπλήρωση των προσδοκιών για απόκτηση παιδιού.

Αυτή η τεχνολογική εξέλιξη, με την εφαρμογή ειδικών πρωτοκόλλων τεχνητής νοημοσύνης, βοηθάει την επιστημονική μας ομάδα να αξιολογήσει τα έμβρυα και να οδηγηθεί με αντικειμενικότερα κριτήρια στην επιλογή των καλύτερων, ποιοτικά, εμβρύων για τη διαδικασία της εμβρυομεταφοράς.

Πρόκειται για μία εξέλιξη στην επιστημονική γνώση, που επικεντρώνεται εξατομικευμένα σε κάθε ζευγάρι. Η βελτίωση της αξιοπιστίας στη διαδικασία επιλογής εμβρύου εξασφαλίζει υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας εγκυμοσύνης και παιδιών στο σπίτι.

ΠΩΣ ΑΞΙΟΠΟΙΟΥΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ;

Μέχρι τώρα η κάθε επιστημονική ομάδα βασιζόταν στην εμπειρία, με υποκειμενικά μορφολογικά κριτήρια και σε περιορισμένα εξειδικευμένα εργαλεία ανάλυσης.

Χρησιμοποιώντας την τεχνητή νοημοσύνη, αναβαθμίζουμε τη διαδικασία. Με την εφαρμογή αυτή γίνεται μία στατιστική ανάλυση που διερευνά τα «αόρατα» στο ανθρώπινο μάτι χαρακτηριστικά του εμβρύου, που δεν τα βλέπουμε διότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες του ανθρώπινου ματιού.

Η τεχνητή νοημοσύνη συσχετίζει τα μορφολογικά κριτήρια αξιολόγησης του εμβρύου με το αν έδωσε αποτέλεσμα με επιτυχημένη κύηση. Έτσι, βοηθά εμάς τους ειδικούς γονιμότητας να επιλέξουμε με ακρίβεια τα «καταλληλότερα» έμβρυα.

Ουσιαστικά εφαρμόζεται ένας έξυπνος αλγόριθμος που «προβλέπει» την δυναμική προοπτική κάθε εμβρύου, αναλύοντας ένα σύνολο εικόνων και δεδομένων σε αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες εκκόλαψης για την

ανάπτυξη του καθενός εμβρύου μέσα στον επωαστικό κλίβανο.

Η πρόγνωση της δυναμικής των εμβρύων με το λογισμικό της τεχνητής νοημοσύνης στην εξωσωματική γονιμοποίηση, αξιολογεί την ικανότητα του εμβρύου να εμφυτευθεί στη μήτρα.

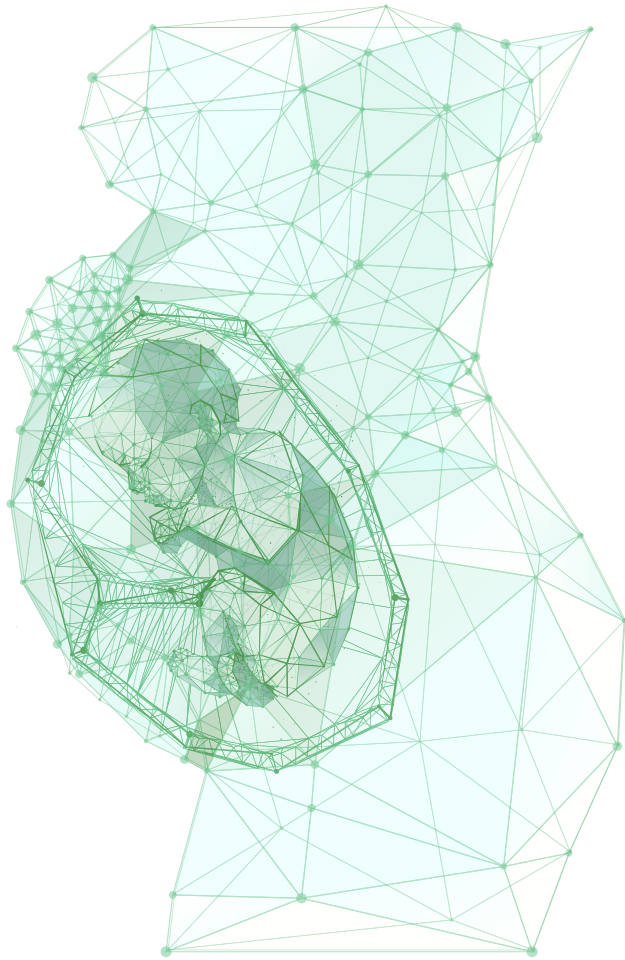
Τα έμβρυα ταξινομούνται με βάση τις πιθανότητες για επιτυχή εμφύτευση. Όσο υψηλότερες είναι οι πιθανότητες επιτυχούς εμφύτευσης, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες για επιτυχή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Επιπρόσθετα, η νέα αυτή μέθοδος αξιοποιήθηκε και σε ένα δεύτερο σύστημα τεχνητής νοημοσύνης, κατά το οποίο δύνатаι για πρώτη φορά να εφαρμοστεί το έξυπνο λογισμικό για την επιλογή του «κατάλληλου» σπερματοζωαρίου, έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας γονιμοποίησης του ωαρίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η εφαρμογή της νέας τεχνολογίας δημιουργεί νέες προοπτικές στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ως εκ τούτου, αλλάζει το «μέλλον» της εξωσωματικής γονιμοποίησης, αυξάνοντας σημαντικά τις πιθανότητες για επίτευξη εγκυμοσύνης και απόκτηση υγιών παιδιών.

- Επιτυγχάνει την ορθή επιλογή του σωστού εμβρύου προς εμφύτευση, με **ποσοστό επιτυχίας που περνάει το 92%**
- Αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για επιτυχία εγκυμοσύνης **από την 1η εμβρυομεταφορά**
- Αντιμετωπίζει και ενισχύει ακόμα και τις πιο «δύσκολες» περιπτώσεις υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- Περιορίζει τον υποκειμενικό παράγοντα για την επιλογή του «καταλληλότερου εμβρύου», θέτοντας **αντικειμενικά κριτήρια** αξιολόγησης



- Επιτρέπει στους υποψήφιους γονείς να είναι πιο ενημερωμένοι για την ανάπτυξη και την προοπτική των εμβρύων τους
- Η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης, δίνει στην εξωσωματική γονιμοποίηση ένα νέο εργαλείο **αξιοπιστίας και ασφάλειας** έναν ισχυρό σύμμαχο στο δύσκολο και ανηφορικό μονοπάτι των υποψήφιων γονέων.

Αυτήν την εποχή, η Έρευνα διεξάγει μελέτες που κατευθύνονται στην διερεύνηση της δυνατότητας να αναγνωρίζονται χρωμοσωμικές ανωμαλίες και άλλα γενετικά σύνδρομα στα έμβρυα, χωρίς να απαιτείται βιοψία ή άλλες γνωστές επεμβατικές πρακτικές. Το μόνο που χρειάζεται είναι η αξιοποίηση της τεχνητής νοημοσύνης και η αναλυτική ευφυΐα στην ανάπτυξη λογισμικών σε προοπτικές μελέτες.

Αυτή την εποχή η συγκεκριμένη εφαρμογή της τεχνητής νοημοσύνης αποτελεί την πλέον υποσχόμενη μέθοδο τεχνολογικής υποστήριξης στην Κλινική Εμβρυολογία και την Αναπαραγωγική Ιατρική. ■



ΤΟ ΟΝΕΙΡΟ ΣΑΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η REA IVF, η Μονάδα Γονιμότητας της Κλινικής ΡΕΑ εγκατέστησε το πιο σύγχρονο σύστημα ανάπτυξης και αξιολόγησης εμβρύων στον κόσμο, Embryoscope/iDAScore. Με χρήση Τεχνητής Νοημοσύνης (AI) το σύστημα έχει τη δυνατότητα να επιλέγει το έμβρυο με τις μεγαλύτερες πιθανότητες εμφύτευσης, μεγιστοποιώντας τις πιθανότητες εγκυμοσύνης από τον πρώτο κιόλας κύκλο εξωσωματικής.

Η αιχμή της ιατρικής τεχνολογίας σε συνδυασμό με τη διακεκριμένη ομάδα ιατρών & εμβρυολόγων της υπερσύγχρονης Μονάδας Γονιμότητας της Κλινικής ΡΕΑ, σας φέρνουν πιο κοντά από ποτέ στην εκπλήρωση του ονείρου σας.

ΔΩΡΕΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ: ΚΡΙΤΗΡΙΑ & ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Γράφει ο Πέτρος Πολυμενάκος

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Ειδικός στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Δωρητής σπέρματος είναι εκείνος που δίνει το σπέρμα του σε ένα άλλο ζευγάρι που επιθυμεί να τεκνοποιήσει. Ο δωρητής είναι ανώνυμος και η δωρεά πραγματοποιείται χωρίς αμοιβή. Η ομάδα των δωρητών διαιρείται σε τρεις υπό ομάδες:

- ▶ Άτομα ευαισθητοποιημένα σε προβλήματα γονιμότητας που κάνουν δωρεά σε ζευγάρια με πρόβλημα γονιμότητας
- ▶ Άτομα που έχουν ανευρεθεί κατόπιν αναζήτησης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και επικοινωνίας από ζευγάρια με πρόβλημα γονιμότητας
- ▶ Άτομα που έχουν προχωρήσει σε κρυσυντήρηση πριν από χειρουργική επέμβαση (εκτομή σπερματικού πόρου).

Το πρόβλημα της στρατολόγησης όμως παραμένει καθώς το ίδιο σπέρμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί περισσότερο από πέντε φορές.

Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΩΡΗΤΩΝ

Κανένας δωρητής δεν είναι αποδεκτός παρά μόνο μετά

την έγγραφη συγκατάθεση και των δύο μελών του ζευγαριού. Επιπλέον κρίνεται απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου που αφορά παράγοντες κινδύνου, όπως οι κληρονομικοί γενετικοί παράγοντες και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Αποδεκτό είναι το σπέρμα που πληροί τα κάτωθι κριτήρια:

- ▶ όγκο > 1ml
- ▶ κινητικότητα > 50X10⁶ ανά ml
- ▶ φυσιολογικές μορφές > 50%
- ▶ αρνητικά αντισπερματικά αντισώματα
- ▶ κινητικότητα μετά από κρυσυντήρηση μεταξύ 30 και 60%. Όσο μεγαλύτερη η κινητικότητα, τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό της επιτυχίας για επίτευξη κύησης.

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Πολλαπλά μορφολογικά χαρακτηριστικά είναι απαραίτητα για την επιλογή σπέρματος στα ζευγάρια, που αναζητούν τεκνοποίηση.

Συγκεκριμένα:

- ▶ ύψος
- ▶ χρώμα ματιών
- ▶ χρώμα μαλλιών
- ▶ χρώμα δέρματος
- ▶ ομάδα αίματος
- ▶ καρυότυπος

Ο δωρητής πρέπει να είναι υγιής χωρίς:

- ▶ χρωμοσωμικές ανωμαλίες με επικρατή χαρακτήρα (αιμορροφιλία, αλμπινισμός, υπερχολιστεριναιμία)
- ▶ ανωμαλίες χρωμοσωμάτων υπολειπόμενου χαρακτήρα που είναι όμως σε σημαντικό επιπολασμό στον πληθυσμό (έλλειψη GCPD - β θαλασσαιμία, δρεπανοκυττάρωση, κυστική ίνωση)
- ▶ κληρονομικές παθήσεις πολυπαραγοντικές συχνά συνδεδεμένες με σημαντικές γενετικές ανωμαλίες, όπως η υπερωρία σχιστία, δισχιδή ράχη, υποσπαδία, καρδιολογικές ανωμαλίες, ραιβοποδία
- ▶ κληρονομικές οικογενείς παθήσεις, όπως βαρύ άσθμα, νεανικός διαβήτης, επιληψία, ψύχωση, βαριά υπέρταση

Δεν πρέπει να είναι φορέας αναδιάταξης χρωμοσωμάτων που μπορεί να φέρουν

“ Ο ΔΩΡΗΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΩΝΥΜΟΣ
ΚΑΙ Η ΔΩΡΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΑΜΟΙΒΗ. ”



χρωμοσωμικές ανισορροπίες στο παιδί. Πρέπει να είναι νέος μικρότερος των 50 ετών.

Η δωρεά είναι σημαντική γιατί επιτρέπει να αποφεύγονται παθολογικές ατομικές ή κληρονομικές ή συνειδητές αποκρύψεις γεγονότων.

ΣΞΕΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τον δωρητή περιλαμβάνει:

- εθνικότητα
- προηγούμενες λοιμώξεις
- έρπη γεννητικών οργάνων
- μεταγγίσεις
- ομοφυλοφυλία
- λήψη ναρκωτικών ουσιών
- αριθμό συντρόφων

Μετά από κλινική εξέταση διενεργείται καλλιέργεια σπέρματος, καθώς και λήψη από την ουρήθρα για αναζήτηση γονόρροιας χλαμυδίων και μυκοπλάσματος. Αν είναι θετικό το αποτέλεσμα τότε ο δωρητής αποκλείεται. Επίσης, μετά από ορολογικές εξετάσεις ελέγχεται για σύφιλη, HIV I & II, ηπατίτιδα B και C, HTIV I & II, CMV.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Διατηρούμε δείγματα με κατ' ελάχιστο 8×10^6 /ml αριθμό σπερματοωαρίων. Όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό των κινητών σπερματοωαρίων, τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό επιτυχίας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ

Το σπέρμα περισυλλέγεται μετά από τον αυνανισμό μέσα σε ένα αποστειρωμένο δοχείο μετά από τρεις ημέρες αποχής. Από τη στιγμή της ρευστοποίησής του, που είναι μεταξύ είκοσι και τριάντα λεπτών, αραιώνεται σε προστατευτικό περιβάλλον. Το σπέρμα διατηρείται σε δοχείο των 0,25ml με pH 7,4 και τοποθετείται στους 56° C για τριάντα λεπτά. Μετά η κατάψυξη γίνεται για κάθε δοχείο ξεχωριστά, μέχρι τους -150° C και στο τέλος μπαίνει μέσα σε υγρό άζωτο. Δεν υπάρχει χρονικό όριο πέρα του οποίου το σπέρμα χάνει την ικανότητά του για γονιμοποίηση. Η απόψυξη γίνεται σε θερμοκρασία περιβάλλοντος για κάθε δοχείο χωριστά, μέσα σε λίγα λεπτά.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΕΥΡΕΣΗ ΔΩΡΗΤΩΝ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Κύρια αιτία είναι η ανδρική υπογονιμότητα και ιδίως η επιβεβαιωμένη αζωοσπερμία. Για την εξακρίβωση της αζωοσπερμίας θα πρέπει να γίνουν αρκετά σπερμοδιαγράμματα (τουλάχιστον δύο με δύο μήνες διαφορά μεταξύ τους). Η αζωοσπερμία μπορεί να είναι εκκριτικής ή αποφρακτικής φύσεως. Πάντοτε μια ορμονική θεραπεία στην πρώτη ή μια χειρουργική αποκατάσταση στη δεύτερη ή αναζήτηση σπερματοζωαρίων στους όρχεις πρέπει να έχει προηγηθεί. Μια ολιγοσπερμία συνδυαζόμενη

με ασθενοσπερμία ή και τερατοσπερμία μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη διαδικασία της ICSI και μόνον μετά από αποτυχία ανατρέχουμε σε δωρεά. Πάντοτε επί αζωοσπερμίας πρέπει να αναζητηθεί το γενετικό υπόβαθρο και ο κυριότερος παράγοντας είναι η νόσος του Kleinefelter.

ΕΝΔΕΙΞΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΔΩΡΗΤΩΝ ΛΟΓΩ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Για να αναζητήσουμε δωρητή σπέρματος θα πρέπει η γενετική αυτή ασθένεια να προκαλεί μια σοβαρή ανωμαλία που είτε θα έχει πολύ υψηλό κίνδυνο να επαληθευτεί καθώς και η διάγνωση να είναι σίγουρη και μη ανιχνεύσιμη στον προδιαγνωστικό έλεγχο. Συνήθως αποτελούν ασθένειες με επικρατή χαρακτήρα ή ασθένειες με υπολειπόμενο χαρακτήρα, με παιδί που έχει ήδη γεννηθεί στην οικογένεια, ασυμβατότητες μεταξύ μητέρας και παιδιού στην οικογένεια που έχει ήδη διαπιστωθεί, καθώς και μεταθέσεις μεταξύ ομολόγων χρωμοσωμάτων, που δίνουν μικρές πιθανότητες για γέννηση φυσιολογικών παιδιών.

Η οικογένεια που πρόκειται να δημιουργηθεί με δωρεά σπέρματος πρέπει από πριν να συμβουλευθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο, γιατί πολλαπλά ερωτήματα δημιουργούνται μεταξύ του ζευγαριού, αλλά και ερωτήματα που θα απασχολήσουν το παιδί στη μετέπειτα ζωή του. ■

"Στη RODI Fertility® πιστεύουμε ότι τα όνειρα μπορούν να γίνουν πραγματικότητα με την βοήθεια της επιστήμης. Είμαστε εδώ για να σας υποστηρίξουμε στο ταξίδι της γονεϊκότητας με μία καινοτόμο σειρά προϊόντων, ειδικά μελετημένη για το κάθε στάδιο αυτής της προσπάθειας."



Πατενταρισμένη
Τεχνολογία



Βραβευμένη
Κλινική Μελέτη

envolve

ENTREPRENEURSHIP

Βραβείο Καινοτομίας
ENVOLVE



Σχεδιασμένα από
Ειδικούς Γονιμότητας

RODINKplus™

IMMUNE
EQUILIBRIUM

Πριν την εγκυμοσύνη



Το RODI NK plus διαθέτει πατενταρισμένη τεχνολογία που υποστηρίζεται από κλινικά αποτελέσματα βραβευμένης μελέτης, με λιπαρά οξέα και βιταμίνη D3 που συμβάλλει στη φυσιολογική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος πριν την έναρξη της προσπάθειας γονιμότητας.

Συσκευασία 20 φαλιδιών.
Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 23073/03-03-2022

RODINK™

KEY
ALLY

1^ο τρίμηνο εγκυμοσύνης



Το RODI NK διαθέτει πατενταρισμένη τεχνολογία και σύνθεση με λιπαρά οξέα και βιταμίνη D3 που συμβάλλει στη φυσιολογική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Συσκευασία 200ml
Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 22257/02-03-2022

RODIOVA™

IT'S ALL ABOUT THE
EGG

Πριν την εγκυμοσύνη



Το RODI OVA διαθέτει προηγμένη σύνθεση με μυο-ιννοσιτόλη, μελατονίνη, βιταμίνη D3 και σύμπλεγμα βιταμινών Β και Β6 που συμβάλλει στη ρύθμιση της ορμονικής δραστηριότητας ενώ ο οργανισμός προετοιμάζεται για γονιμοποίηση.

Συσκευασία 60 φακελάκια.
Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 23071/03-03-2022

RODIVITA™

A SUPREME PRENATAL
MULTIVITAMIN

Πριν την εγκυμοσύνη



Το RODI VITA είναι μία πολυβιταμίνη αξίας με φολικό οξύ που συμβάλλει στην ανάπτυξη του μητρικού ιστού κατά την εγκυμοσύνη. Το προϊόν περιέχει απαραίτητες βιταμίνες, μέταλλα, αμινοξέα και τεχνολογία βραδείας αποδέσμευσης η οποία επιτυγχάνει υψηλή απορρόφηση.

Συσκευασία 30 ταμπλετών.
Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 23071/03-03-2022

asthenis

www.asthenis.gr

Υπεύθυνος Διανομής στην Ελλάδα:

ASΘENIS, Κανθάρου 2, 185 37 Πειραιάς.

W: www.asthenis.gr E: asthenis@spirit-world.gr

Γραμμή καταναλωτών: +30 211 7505100



ΑΓΟΡΑΣΤΕ ΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

RODIFertility®

Conceive Your Dream

RODI FERTILITY B.G. LTD

A. Διάκου & Μακρή 14, 11742, Αθήνα | 35 Sutton Place, Ste 3F, NY 10022, Νέα Υόρκη

T: +30 21 12345199 | +1 646 9271967 W: www.rodifertility.com E: info@rodifertility.com

ΔΩΡΕΑ ΩΑΡΙΩΝ:

Μια μέθοδος που δεν είναι πια ταμπού

Γράφει ο **Δρ. Αναστάσιος Γιαντζόγλου**

Μαιευτήρας - Χειρουργός Γυναικολόγος, Ειδικός Ιατρός Αναπαραγωγής, Μονάδα Γονιμότητας & Εξωσωματικής Γονιμοποίησης Κλινικής ΡΕΑ

Η δωρεά ωαρίων είναι ίσως το πιο “ευαίσθητο” κεφάλαιο, στο βιβλίο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Ίσως είναι το τελευταίο θέμα που αποτελεί ακόμα και στις μέρες μας μεγάλο ταμπού. Πρόκειται για τη λήψη ωαρίων που προέρχονται από μία νεαρή δότρια (25-30 ετών), μετά από πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με φάρμακα. Στη συνέχεια τα ωάρια αυτά γονιμοποιούνται με το σπέρμα του συζύγου από το ζευγάρι που επιθυμεί εγκυμοσύνη και τα έμβρυα που προκύπτουν, μεταφέρονται στη γυναίκα αυτού του ζευγαριού, η οποία δεν παράγει δικά της ωάρια.

Θα πρέπει όμως να αποτελεί μυστικό, από τη στιγμή που η λήπτρια δεν παράγει δικά της ωάρια και επιθυμεί τη δημιουργία οικογένειας; Την απάντηση τη δίνει ο ολοένα μεγαλύτερος αριθμός γυναικών που καταφεύγει σε αυτή τη λύση, δεδομένου ότι οι κοινωνικές συνθήκες, η έμφαση στην καριέρα και οι πολλαπλές υποχρεώσεις, οδηγούν συνεχώς όλο και περισσότερες γυναίκες στο να αναβάλλουν χρονικά τη δημιουργία οικογένειας.

Είναι πιθανό σε μια ηλικία κοντά στα 45 έτη, οι ωοθήκες της γυναίκας να παράγουν λιγότερα ωάρια ικανά για να γονιμοποιηθούν. Άλλες κατηγορίες γυναικών που θα μπορούσαν να καταφύγουν στη δωρεά ωαρίων είναι οι γυναίκες που βρίσκονται σε πρόωρη εμμηνόπαυση (πριν την ηλικία των 40), οι γυναίκες που γεννήθηκαν χωρίς ωοθήκες, είτε αυτές που έχασαν τις ωοθήκες τους σε νεαρή ηλικία λόγω μεγάλων κύστεων ή κακοήθειας. Σε κάθε περίπτωση όμως, η νομοθεσία επιτρέπει αυτή τη μέθοδο σε

γυναίκες που δεν έχουν υπερβεί το 52^ο έτος της ηλικίας τους.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι τα τελευταία χρόνια (ειδικά στα δύο χρόνια της πανδημίας) βλέπουμε στα ιατρεία μας όλο και πιο συχνά, νέες γυναίκες μεταξύ 35-40 ετών, να έχουν έντονες διαταραχές περιόδου που θυμίζουν πρόωρη εμμηνόπαυση, σε συνδυασμό με κατάθλιψη και κρίσεις πανικού.

Τα περιστατικά είναι πολλά που θα μπορούσαν να περιγραφούν: γυναίκα που είχε γεννηθεί χωρίς ωοθήκες και που χάρη στην επιμονή της και στην αγάπη του συντρόφου της, σήμερα έχει οικογένεια με 3 παιδιά, μετά από δύο προσπάθειες. Άλλη γυναίκα που έχασε τις ωοθήκες της σε ηλικία 22 ετών, μετά από καλοήθεις όγκους, σήμερα έχει την κόρη της που τη γέννησε φυσιολογικά. Γυναίκα που μπήκε σε πρόωρη εμμηνόπαυση, λόγω κατάθλιψης, μετά από απώλεια του πατέρα της, σήμερα έχει τον γιο της.

Τι γνωρίζεις για τη δότρια το ζευγάρι; Μπορεί να την επιλέξει;

Όπως είναι φυσικό, υπάρχουν πολλά ερωτήματα που απασχολούν τα ζευγάρια, όσον αφορά τη δότρια: Ποιά είναι η καταγωγή της; Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της; Είναι υγιής σωματικά και ψυχικά; Ποιό είναι το κληρονομικό της ιστορικό; Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ανωνυμία ή το όποιο προσωπικό δεδομένο της δότριας προστατεύεται

από το νομοθέτη. Επιπλέον, από τη στιγμή που η όλη διαδικασία γίνεται νόμιμα και με όλα τα απαραίτητα έγγραφα σε μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης των μεγάλων Μαιευτηρίων ή σε αδειοδοτημένες μονάδες IVF, η ασφάλεια της όλης προσπάθειας είναι δεδομένη.

Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι γίνεται πάντα προσπάθεια ώστε η δότρια να προσομοιάζει στα εξωτερικά της χαρακτηριστικά με αυτά της λήπτριας. Δεν παύει όμως να ισχύει ότι όλα τα ζευγάρια “θέλουν να γνωρίζουν”!

Υπάρχει μια συγκεκριμένη σειρά εξετάσεων στις οποίες υποβάλλεται η δότρια. Οι δότριες είναι ηλικίας μέχρι τριάντα ετών και είναι απόλυτα υγιείς, από τη στιγμή μάλιστα που θα υποβληθούν σε ορμονοθεραπεία ώστε οι ωοθήκες τους να δώσουν μεγάλο αριθμό ωαρίων.

Πώς επιτυγχάνεται εγκυμοσύνη με μια τέτοια διαδικασία;

Η προσπάθεια ξεκινάει με τη χορήγηση στη δότρια ενέσιμης αγωγής, ώστε να προκληθεί σε αυτήν πολλαπλή ωοθυλακιορρηξία. Την ημέρα της ωοληψίας, ο σύζυγος της λήπτριας δίδει σπέρμα και γίνεται η **μικρογονιμοποίηση**. Συνήθως προκύπτουν αρκετά έμβρυα, λόγω της νεαρής ηλικίας που έχει η δότρια. Η προσπάθεια ολοκληρώνεται με την **εμβρυομεταφορά 2 βλαστοκύστεων** (έμβρυα 5^{ης} ημέρας) στο ενδομήτριο της λήπτριας, η οποία προηγουμένως έχει λάβει μια σύντομη αγωγή κυρίως από του στόματος. Τις περισσότερες φορές υπάρχουν διαθέσιμες βλαστοκύστες που καταψύχονται για μια επόμενη προσπάθεια.

Τα **ποσοστά κύησης προσεγγίζουν ακόμα και το 70-80%** αρκεί το ενδομήτριο της λήπτριας να είναι υποδεκτικό. Η κύηση ακολουθεί την πορεία μιας οποιαδήποτε άλλης εγκυμοσύνης, με τους απαραίτητους ελέγχους. Η γυναίκα γεννώντας το μωρό ή τα δίδυμα μωρά της, είναι σε απόλυτη θέση να θηλάσει για όσο διάστημα επιθυμεί.

Η νέα χαρούμενη περίοδος της ζωής, έχει μόλις ξεκινήσει! 



EGG 
DONA
TION

Ενδομητρίτιδα και Γονιμότητα

Γράφει ο Δρ. Ευάγγελος Σακκάς

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Ειδικός στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση, Επιστημονικός Συνεργάτης REA IVF, Μονάδα Γονιμότητας ΡΕΑ



Η ενδομητρίτιδα είναι ένας αθόρυβος εχθρός για τη γονιμότητα, ενώ ταυτόχρονα οι πληροφορίες που μπορεί να βρει κανείς για αυτήν είναι ελάχιστες και συχνά συγχέεται με την ενδομητρίωση. Η ενδομητρίτιδα είναι 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 ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ;

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 **συνηθέστερα μικρόβια** που συναντάμε είναι:

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

ΟΞΕΙΑ ΜΟΡΦΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑΣ

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
- › δύσοσμες 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 απύσχα, 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 αποκλείει 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.

3. Καλλιέργεια ενδομητρικού ιστού

Η καλλιέργεια ενδομητρικού ιστού δυστυχώς δεν 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.

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. ■



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Γράφει ο **Σπλιόπουλος Δημήτριος MD, MSc**

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Συνεργάτης Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής Κλινικής ΡΕΑ



Τι είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ);

Πρόκειται για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, δηλαδή αυξημένου σακχάρου στο αίμα, για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συμβαίνει επειδή η έγκυος δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη (η ορμόνη) που βοηθάει στον έλεγχο του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα, η οποία χρειάζεται για τις αυξημένες ανάγκες της εγκυμοσύνης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.

Πόσο συχνή είναι η εμφάνιση Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης;

Το 4-5% των εγκύων γυναικών παρουσιάζουν Σακχαρώδη Διαβήτη της Κύησης. Μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης έχουν οι γυναίκες που έχουν στο ιστορικό τους ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Προηγούμενο ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης
- Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) >30
- Οικογενειακό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη (γονείς-αδέλφια)
- Γέννηση προηγούμενου μωρού με βάρος ίσο ή μεγαλύτερο από 4.5 κιλά.
- Προηγούμενο ενδομήτριο θάνατο εμβρύου
- Εμφάνιση αυξημένης αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια προηγούμενης εγκυμοσύνης.

Πώς ελέγχεται η έγκυος για παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης;

- Η δοκιμασία διάγνωσης γίνεται μέσω εξέτασης αίματος στην αρχή της εγκυμοσύνης (αν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη κύησης) και/ή μεταξύ της 24ης και 28ης εβδομάδας κύησης. Η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης στηρίζεται σε συγκεκριμένη εργαστηριακή εξέταση (test ανοχής στη γλυκόζη).

- Το test ανοχής στη γλυκόζη συμπεριλαμβάνει νηστεία κατά τη διάρκεια της προηγούμενης νύκτας (εκτός από νερό).
- Το πρωί, πριν το πρωινό γεύμα, διενεργείται η εξέταση αίματος. Στη συνέχεια χορηγούνται 75g γλυκόζης από το στόμα σε υγρή μορφή και μέτρηση γλυκόζης αίματος ανά ώρα επί 2ωρο.

Ποιες είναι οι τιμές σακχάρου αίματος αναγκαίες για τη διάγνωση;

Γλυκόζη νηστείας	92 mg/dl
Γλυκόζη στα 60 λεπτά	180 mg/dl
Γλυκόζη στα 120 λεπτά	153 mg/dl

Αν μία ή περισσότερες τιμές είναι ίσες ή μεγαλύτερες από τα ανωτέρω όρια, τότε γίνεται η διάγνωση Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης.

Τι σημαίνει για την έγκυο και το έμβryo η διάγνωση Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης;

Οι περισσότερες εγκυμοσύνες που έχουν διαγνωσθεί με Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης έχουν φυσιολογική έκβαση, αλλά μερικές φορές μπορούν να παρουσιαστούν σοβαρά προβλήματα, ειδικά εάν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση ή θεραπεία.

1. Η έγκυος έχει αυξημένες πιθανότητες για πρόκληση τοκετού ή διενέργεια καισαρικής τομής.
2. Οι κίνδυνοι για το έμβryo είναι:
 - Μακροσωμία (βάρος γέννησης > 4 κιλά)
 - Δυστοκία ώμων
 - Ενδομήτριος θάνατος ή θάνατος κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτό είναι σπάνιο.
 - Εισαγωγή στη μονάδα νεογνών για παρακολούθηση.
 - Αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή.

Ποια είναι η θεραπεία;

Ο θεραπευτικός στόχος είναι η διατήρηση του σακχάρου του αίματος στα φυσιολογικά για την κύηση επίπεδα. Αυτό επιτυγχάνεται με τη μέτρηση του σακχάρου από την ίδια την έγκυο (νηστική και μία ώρα μετά τα γεύματα) με τη χρήση μετρητή γλυκόζης.

Στην έγκυο χορηγείται διαιτητική αγωγή προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κύησης, στο σωματικό της βάρος και στις προτιμήσεις της. Ενδείκνυται η σωματική άσκηση, π.χ. περπάτημα για 30 λεπτά μετά τα γεύματα.

Αν όμως δεν επιτυγχάνονται φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου ή είναι εξαρχής πολύ υψηλά, θα χορηγηθεί θεραπεία από του στόματος (π.χ. μετφορμίνη) ή/και ινσουλίνη. Η θεραπεία χορηγείται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πώς ελέγχεται το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Η ανάπτυξη του εμβρύου πρέπει να παρακολουθείται υπερηχογραφικά ανά 4 εβδομάδες μετά τις 24-28 εβδομάδες κύησης σε πρώτο στάδιο ή συχνότερα εάν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια του τοκετού;

Είναι σημαντικό να ελέγχεται το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα της εγκύου κατά τη διάρκεια του τοκετού, ώστε να μην βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση ινσουλίνης ενδοφλεβίως με ορό.

Τί συμβαίνει μετά τη γέννηση του μωρού;

- Το νεογνό θα παραμείνει με τη μητέρα εκτός και αν χρειάζεται περαιτέρω φροντίδα θα

μεταφερθεί στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

- Θα ελεγχθεί το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα του εμβρύου, ώστε να αποκλειστεί πιθανή υπογλυκαιμία.
- Θα διακοπεί η χορήγηση ινσουλίνης στη μητέρα.
- Θα πραγματοποιηθεί έλεγχος του επιπέδου σακχάρου του αίματος με εξέταση καμπύλης σακχάρου 6-13 εβδομάδες μετά τον τοκετό.
- Ο θηλασμός είναι ασφαλής και μπορεί να ξεκινήσει αμέσως μετά τη γέννηση του μωρού και στη συνέχεια ανά 2-3 ώρες, ώστε το επίπεδο γλυκόζης στο νεογνό να παραμείνει σε ασφαλή όρια.
- Μέχρι και 50% των εγκύων που έχουν διαγνωσθεί με σακχαρώδη διαβήτη κύησης, θα αναπτύξουν Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 σε διάστημα 5 ετών. Για την πρόληψη εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, οι γυναίκες με ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης πρέπει να στοχεύσουν σε σωματικό βάρος εντός υγιών ορίων σε συνδυασμό με συστηματική σωματική άσκηση. Επίσης πρέπει να ελέγχουν το σάκχαρο αίματος κάθε χρόνο.

Τι πρέπει να ελέγξει η γυναίκα σε πιθανή μελλοντική εγκυμοσύνη;

Η γυναίκα οφείλει να διατηρήσει υγιές βάρος, να ακολουθεί ισορροπημένη διατροφή και να ακολουθεί τακτική φυσική άσκηση προ της έναρξης της εγκυμοσύνης.

Ενδείκνυται στενή παρακολούθηση από τον Γυναικολόγο και/ή Ενδοκρινολόγο από την αρχή της εγκυμοσύνης, καθώς η πιθανότητα ανάπτυξης Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης σε επόμενη εγκυμοσύνη είναι σχεδόν 30%. Ο έλεγχος για Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης πρέπει να γίνεται κατά την 16^η εβδομάδα κύησης. ■



SiderAL®

Sucrosomial® Iron



ΜΕΤΑFeΡΕΙ ... ΕΞΥΠΝΑ

Το SiderAL® χάρη στην σουκροσωμική τεχνολογία προσφέρει:

- Υψηλή απορρόφηση και βιοδιαθεσιμότητα¹⁻³
- Κλινικά αποδεδειγμένη βελτίωση των αιματολογικών παραμέτρων με μικρή δόση σιδήρου³
- Αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών από το γαστρεντερικό σύστημα³

Όταν απαιτείται σίδηρος και φυλλικό οξύ

Σίδηρος (21mg), Φυλλικό οξύ (400mcg), Βιταμίνη C (70mg), D (10mcg), B6 (1mg), B12 (1,75mcg)

Για όλες τις περιπτώσεις έλλειψης σιδήρου

Σίδηρος (28mg), Βιταμίνη C (70mg)

SiderAL® ADV 06/2021



Σε μορφή σκόνης που διαλύεται στο στόμα. Δεν χρειάζεται νερό. **Ευχάριστη γεύση**

30 φακελίσκοι

20 φακελίσκοι

1 φακελίσκος ημερησίως



20 κάψουλες

30 κάψουλες

1 κάψουλα ημερησίως



Δεν περιέχουν γλουτένη

► Λαμβάνεται οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ανεξάρτητα από την τροφή

Βιβλιογραφία: 1. Fabiano A. et al, Int. J. Molec. Sci. 2018,19,2722 (doi: 10.3390/ijms19092722). 2. Fabiano A. et al, Eur. J Pharma Sci,11 (2018), 425-431 (doi: 10.1016/j.ejps.2017.10.021). 3. Gomez-Ramirez S. et al, Pharmaceuticals, 2018,11,97 (doi: 10.3390/ph11040097)

Δίπλωμα εφευρεσιτεχνίας
n. WO 2014/009806

WinMedica
Serving Health for Life

WIN MEDICA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
Οιδίποδος 1-3 & Παράδρομος Αττικής Οδού 33-35, 152 38 Χαλάνδρι,
Τηλ.: 2107488821, Fax: 2107488827
www.winmedica.gr • info@winmedica.gr

Προϊόν έρευνας ••• | PharmaNutra Italy

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: SiderAL® Forte 86296/1-10-2014, SiderAL® Folico 86295/1-10-2014. Το προϊόν δεν υπόκειται σε διαδικασία αδειοδότησης. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μίας ισορροπημένης διαίτης. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινων νόσων. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας εάν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Να φυλάσσεται μακριά από τα μικρά παιδιά. Μην υπερβαίνετε την συστάμενη ημερήσια δοσολογία.

ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Γράφει η Αθανασία Τσαλίκη

MD, Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Ως παγκρεατίτιδα εννοούμε τη φλεγμονή που δημιουργείται στο πάγκρεας, με κυριότερες αιτίες τη χολολιθίαση και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, που αντιπροσωπεύουν το 80-90% όλων των περιπτώσεων.

Άλλες αιτίες είναι η χρόνια χρήση φαρμάκων (κορτιζόνη, οιστρογόνα, σιταγλιπίνη, εξενατίδη, αξαθειοπρίνη), υπερτριγλυκεριδαιμία, λοιμώξεις, κοιλιακό τραύμα, μεταβολικές διαταραχές (διαβήτης) και γενετικές διαταραχές (κυστική ίνωση).

Η οξεία παγκρεατίτιδα που προκαλείται κατά την εγκυμοσύνη από υπερτριγλυκεριδαιμία, σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα και απαιτεί έγκαιρη αντιμετώπιση. Η διάγνωση της κυμαίνεται από 1/1.000 έως 1/10.000 κύσεις. Ο μεταβολισμός του αυξημένου αριθμού τριγλυκεριδίων στο πάγκρεας δημιουργεί τραυματισμούς στα παγκρεατικά κύτταρα και ισχαιμία.

Τα ποσοστά επιπλοκών (περιπαγκρεατικές συλλογές, νεκρωτική παγκρεατίτιδα) είναι διπλάσια στην παγκρεατίτιδα που προκαλείται από υπερτριγλυκεριδαιμία. Υποστηρικτικά μέτρα είναι απαραίτητα για παρακολούθηση τυχόν συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας, ενήλικων, οξεία νεφρική βλάβη και συνδρόμου συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης.

Η ταχεία μείωση τριγλυκεριδίων είναι ζωτικής σημασίας.

Στην εγκυμοσύνη μια τέτοια επιπλοκή σχετίζεται με υψηλότερο **κίνδυνο πολυοργανικής ανεπάρκειας, απώλειας εμβρύου, πρόωρο τοκετό, προεκλαμψίας, αποκόλλησης πλακούντα** και απαιτεί υποστήριξη εντατικής θεραπείας.

Η αντιμετώπιση της στην εγκυμοσύνη είναι πολύπλοκη και συχνά σχετίζεται με κακή μητρική και εμβρυική έκβαση.

Περιστατικό που νοσηλεύτηκε στη Κλινική ΡΕΑ

Η κα Β.Α., 29χρονη, δευτερότοκος, με κύηση 34 εβδομάδων και 3 ημερών, χωρίς γνωστό προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων. Έπαιρνε Nifelat tab 1x2 για πρόωρο τοκετό και αντιπηκτική αγωγή λόγω θρομβοφιλίας.

Δεν είχε επιπλοκές στην πρώτη της εγκυμοσύνη, γέννησε φυσιολογικά στις 37 εβδομάδες και 1 μέρα ένα υγιέστατο κοριτσάκι 3.000 gr, πριν 2 χρόνια. Ζύγιζε στην πρώτη επίσκεψη, της πρώτης εγκυμοσύνης 69 κιλά και ολοκλήρωσε την κύηση με μια αύξηση συνολικά 11 κιλών.

Το αρχικό της βάρος σε αυτή την εγκυμοσύνη ήταν με 77 κιλά, παρουσιάζοντας συνολικά μια αύξηση 13 κιλών μέχρι την ημέρα της εισαγωγής της (BMI:35,2).

Θεραπεία με Ω3 είχε δοθεί για προληπτικούς λόγους από την αρχή της εγκυμοσύνης.



Προσήλθε στο ιατρείο μου με οξύ κοιλιακό άλγος, ναυτία και τάση προς έμετο. Μετά από υπερηχογραφική εξέταση και αξιολόγηση της καλής κατάστασης του εμβρύου, δόθηκε οδηγία στην ασθενή να κάνει εισαγωγή στη Κλινική ΡΕΑ για ενυδάτωση, περαιτέρω εργαστηριακό έλεγχο και παρακολούθηση εμβρυϊκής λειτουργίας.

Όταν έφτασε στη ΡΕΑ είχε φυσιολογικά ζωτικά στοιχεία, εκτός από την αρτηριακή πίεση: 140/80mm/Hg. Έγινε αιμοληψία, ξεκίνησε



Ο ορός χαρακτηρίστηκε έντονα λιπαιμικός από το μικροβιολογικό τμήμα. Δεν μπορούσε ο αναλυτής να τον επεξεργαστεί, ζητήθηκε δεύτερο και σε λίγο τρίτο δείγμα.

ενυδάτωση και η συνεχής παρακολούθηση ζωτικών της εγκύου και της εμβρυϊκής λειτουργίας.

Στάλθηκε το πρώτο δείγμα αίματος βιοχημικών εξετάσεων για διαφοροδιάγνωση προεκλαμψίας, συνδρόμου HELLP, χολόστασης, χολοκυστίτιδας και παγκρεατίτιδας.

Σε αυτή την κρίσιμη στιγμή, η ανάγκη για μια άμεση πολυεπίπεδη προσέγγιση για την επίτευξη βέλτιστης μητρικής και εμβρυϊκής φροντίδας ήταν απαραίτητη.

Η συμμετοχή και συνεργασία διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων (ΜΕΝΝ-ΜΕΘ-Αναισθησιολογικού Τμήματος και Τμήματος Ιατρικών Απεικονίσεων), ήταν επιτακτική για την διευθέτηση του περιστατικού.

Επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας πιθανώς λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας, λαμβάνοντας υπόψη αφενός τα χαρακτηριστικά του ορού, αφετέρου

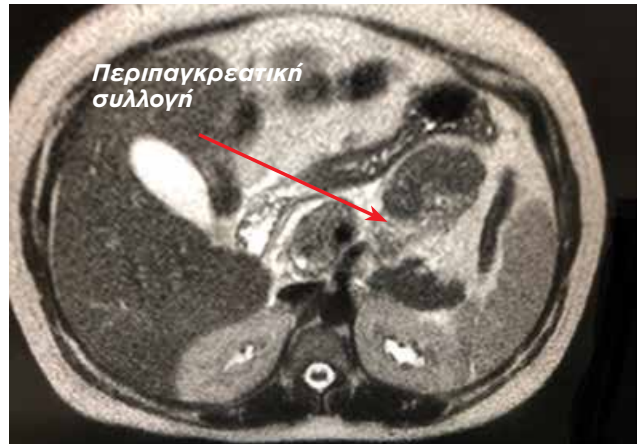
τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας, στην οποία επειγόντως υποβλήθηκε η ασθενής, αλλά και κυρίως χάρη στην έγκαιρη παρέμβαση και συνεργασία του Εντατικολόγου κ. Κορωναίου και του Ακτινοδιαγνώστη κ. Κουρούση, της Κλινικής ΡΕΑ.

Στην Μαγνητική Τομογραφία παρατηρήθηκε ήπια ανομοιογένεια του παγκρεατικού παρεγχύματος, με ήπιο διάμεσο οιδήμα και στοιχεία συλλογής στο περιπαγκρεατικό λίπος, ευρήματα συμβατά με εικόνα παγκρεατίτιδας. Δεν υπήρχε λιθιασικό περιεχόμενο στη χοληδόχο κύστη.

Λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας της ασθενούς, έγινε επείγουσα Καισαρική Τομή και το νεογνό γεννήθηκε με βάρος 2410, σε πολύ καλή κλινική κατάσταση για την ηλικία της κύησης. Μεταφέρθηκε στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών για περεταίρω φροντίδα και παρακολούθηση.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ήταν εντυπωσιακό το γαλακτώδες πορτοκαλί λιπιδαιμικό αίμα.

Μετά από συνεχή ενυδάτωση και συνεχή έγχυση ινσουλίνης στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας



Ενηλίκων της Κλινικής ΡΕΑ, τις πρωινές ώρες της επομένης ημέρας βγήκαν τα πρώτα αποτελέσματα βιοχημικών εξετάσεων με αμυλάση 194 U/L και τριγλυκερίδια 4000 mg/dl. Ήταν απαραίτητη η συνεχής έγχυση μορφίνης λόγω επιμονής της επιγαστραλγίας. Δεν χρειάστηκε να γίνει πλασμαφαίρεση.

Τόσο η μητέρα όσο και το νεογνό παρουσίασαν πολύ καλή ανταπόκριση στις θεραπείες και αποχώρισαν από το μαιευτήριο παίρνοντας εξιτήριο την 9^η μέρα νοσηλείας τους.

Όταν έγκυες ασθενείς εισάγονται στα επείγοντα για μη μαιευτικό κοιλιακό άλγος, θα πρέπει να υπάρχει πάντα η υποψία για παγκρεατίτιδα. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι παραπλανητικά, τα εργαστηριακά μη διαθέσιμα, όμως η ακριβής διάγνωση είναι απαραίτητη και πραγματική πρόκληση πάρα τις αντίξοες συνθήκες.



Ιδιαίτερες ευχαριστίες για την απεριόριστη υποστήριξη και επιστημονική καθοδήγηση του Εντατικολόγου Παθολόγου κ. Κορωναίου, του Ραδιολόγου Ακτινολόγου κ.Κουρούση, για την ιδιαίτερη φροντίδα όλου του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και τη Διοίκηση της Κλινικής ΡΕΑ. ■■



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





ΚΥΣΤΕΙΣ ΩΟΘΗΚΩΝ:

Αίτια, συμπτώματα, διάγνωση & θεραπεία

Γράφει ο κ. Κουρούσης Δημήτριος

Ακτινολόγος Ραδιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Ιατρικών Απεικονίσεων Κλινικής ΡΕΑ



ΚΥΣΤΕΙΣ

Οι κύστεις ωοθηκών είναι σάκοι γεμάτοι με υγρό που αναπτύσσονται μέσα ή πάνω στην ωοθήκη. Οι κύστεις των ωοθηκών εμφανίζονται συχνά σε γυναίκες όλων των ηλικιών. Μερικές γυναίκες με κύστεις ωοθηκών νιώθουν πόνο ή πνευλική πίεση, ενώ άλλες δεν έχουν συμπτώματα. Οι ακανόνιστες εμμηνορροϊκές περιόδους δεν σχετίζονται συνήθως με μια κύστη ωοθηκών.

Ευτυχώς, οι περισσότερες κύστεις ωοθηκών δεν απαιτούν χειρουργική αφαίρεση και δεν προκαλούνται από καρκίνο. Οι κύστεις μπορεί να ποικίλλουν σε μέγεθος από λιγότερο από ένα εκατοστό (μισή ίντσα) έως μεγαλύτερες από 10 εκατοστά.

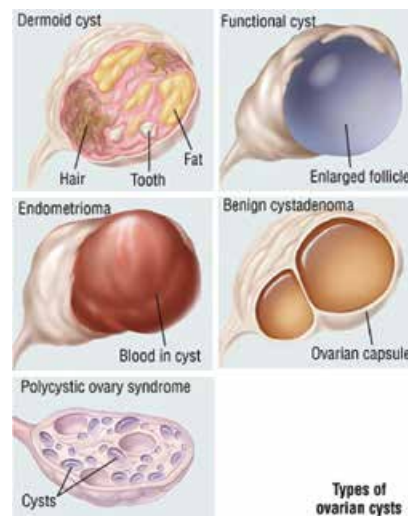
ΑΙΤΙΑ

Οι πιο κοινές αιτίες των κύστεων των ωοθηκών εξαρτώνται από το εάν εξακολουθεί να υπάρχει έμμηνος ρύση (προεμμηνοπαυσιακή) ή έχει σταματήσει η εμμηνορροία για τουλάχιστον ένα χρόνο (μεταεμμηνοπαυσιακή).

Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

Για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι πιο κοινές αιτίες των κύστεων των ωοθηκών περιλαμβάνουν:

- **Ωοθυλακιορρηξία:** Οι «λειτουργικές» κύστεις των ωοθηκών αναπτύσσονται όταν



μεγαλώνει ένα ωοθυλάκιο (σάκος), αλλά δεν ρήγνυται για να απελευθερώσει το ωάριο. Αυτές οι κύστεις συνήθως υποχωρούν χωρίς θεραπεία.

➤ Δερμοειδείς κύστεις:

Οι δερμοειδείς κύστεις (τερατώματα) είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους τύπους κύστεων που βρίσκονται σε γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών. Μια δερμοειδής κύστη αποτελείται από γεννητικά κύτταρα των ωοθηκών (τα γεννητικά κύτταρα είναι αναπαραγωγικά κύτταρα, π.χ. αυγά) και μπορεί να περιέχει δόντια, τρίχες ή λίπος. Οι περισσότερες δερμοειδείς κύστεις είναι καλοήθεις, αλλά σπάνια μπορεί να είναι καρκινικές.

➤ Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS):

Οι γυναίκες με PCOS μπορεί να έχουν πολλές μικρές κύστεις. Αυτές οι κύστεις δεν χρειάζεται να αφαιρεθούν ή να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή, αλλά

“ΑΝ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Η ΠΙΟ ΚΟΙΝΗ ΑΙΤΙΑ ΚΥΣΤΕΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ, ΠΟΛΛΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ ΜΕ ΚΥΣΤΗ ΔΗΗΣΥΧΟΥΝ ΟΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.”

οι γυναίκες με PCOS μπορεί να χρειαστούν θεραπεία για άλλα προβλήματα, όπως ακανόνιστες εμμηνορροϊκές περιόδους.

- **Ενδομητρίωση:** Οι γυναίκες με ενδομητρίωση μπορεί να αναπτύξουν έναν τύπο κύστης ωοθηκών που ονομάζεται ενδομητρίωση ή “σοκολατοειδής κύστη”.
- **Εγκυμοσύνη:** Μια κύστη ωοθηκών αναπτύσσεται κανονικά στην αρχή της εγκυμοσύνης, για να βοηθήσει στην υποστήριξη της εγκυμοσύνης μέχρι να σχηματιστεί ο πλακούντας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κύστη παραμένει στην ωοθήκη μέχρι αργότερα στην εγκυμοσύνη.
- **Σοβαρές λοιμώξεις της πυέλου:** Οι σοβαρές πυελικές λοιμώξεις μπορεί να εξαπλωθούν και να προσβάλουν τις ωοθήκες και τις σάλπιγγες. Ως αποτέλεσμα, σχηματίζονται κύστεις γεμάτες πύον κοντά στις ωοθήκες και/ή στις σάλπιγγες.
- **Μη καρκινικές αναπτύξεις**
- **Καρκίνος:** Ο καρκίνος είναι μια σχετικά ασυνήθιστη αιτία κύστεων ωοθηκών

σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Λιγότερο από το 1% των νέων εξεργασιών πάνω ή κοντά στην ωοθήκη σχετίζονται με καρκίνο των ωοθηκών.

Γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση

Σε γυναίκες που έχουν σταματήσει να έχουν έμμηνο ρύση, οι πιο κοινές αιτίες των κύστεων των ωοθηκών περιλαμβάνουν:

- Μη καρκινικές εξεργασίες
- Συλλογή υγρών στην ωοθήκη

Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι νέες εξεργασίες πάνω ή γύρω από τις ωοθήκες είναι κάπως πιο πιθανό να προκληθούν από καρκίνο σε σχέση με τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αν και ο καρκίνος των ωοθηκών δεν είναι η πιο κοινή αιτία κύστεων ωοθηκών, πολλές γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με κύστη ανησυχούν ότι θα μπορούσαν να έχουν καρκίνο. Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι πιο πιθανός σε γυναίκες που έχουν:

- Γενετική προδιάθεση για καρκίνο των ωοθηκών (π.χ. οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών ή σχετικών καρκίνων)

- Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού ή του γαστρεντερικού
- Μια κύστη που φαίνεται σύμπλοκη (κύστη με συμπαγείς περιοχές, τοιχωματικό όζο στην επιφάνεια ή πολλαπλές περιοχές γεμάτες υγρό)
- Συλλογή υγρού (ασκίτης) που βρέθηκε στη πύελο ή την κοιλιά κατά τη διάρκεια της απεικονιστικής εξέτασης

Ωστόσο, οι γυναίκες χωρίς καρκίνο μπορεί να έχουν εξίσου αυτά τα χαρακτηριστικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις, θα συνιστώνται περαιτέρω εξετάσεις για να αξιολογηθεί η πιθανότητα καρκίνου.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι κύστεις των ωοθηκών μπορεί να είναι είτε συμπτωματικές είτε ασυμπτωματικές. Οι γυναίκες με συμπτώματα από κύστεις ωοθηκών συνήθως βιώνουν πόνο ή πίεση στο κάτω μέρος της κοιλιάς παρακείμενα της κύστης. Αυτός ο πόνος μπορεί να είναι συνεχής ή να έρχεται και να φεύγει. Ο κάτω κοιλιακός πόνος κράμπας συνήθως δεν σχετίζεται με κύστεις των ωοθηκών. Εάν μια κύστη ωοθήκης υποστεί ρήξη, μια γυναίκα μπορεί να βιώσει έναν ξαφνικό οξύ πόνο, ο οποίος μπορεί να είναι σοβαρός. Οι γυναίκες με συστροφή μιας ωοθήκης μπορεί να αισθάνονται πόνο μαζί με ναυτία και έμετο. Η μη φυσιολογική περίοδος ή η κολπική αιμορραγία συνήθως



δεν σχετίζονται με τις κύστεις των ωοθηκών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι κύστεις των ωοθηκών μπορούν μερικές φορές να ανιχνευθούν κατά τη διάρκεια μιας **πυελικής εξέτασης**, αν και μια **απεικονιστική εξέταση**, συνήθως ένα **υπερηχογράφημα** της πύελου, είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η **αξονική τομογραφία** (CT) ή η **μαγνητική τομογραφία** (MRI) χρησιμοποιούνται επίσης μερικές φορές, αλλά λιγότερο συχνά. Αυτές οι απεικονιστικές εξετάσεις μπορούν επίσης να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος, τη θέση της κύστης και άλλα σημαντικά

χαρακτηριστικά.

- ▶ **Εξέταση αίματος:** Μία ή περισσότερες εξετάσεις αίματος μπορεί να συστηθούν εάν διαπιστωθεί ότι έχετε κύστη ωοθηκών. Οι εξετάσεις αίματος μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό της φύσης της κύστης.
- ▶ **Τεστ εγκυμοσύνης:** Ένα τεστ εγκυμοσύνης αίματος ή ούρων πραγματοποιείται συχνά σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με κύστη ωοθηκών. Οι κύστεις των ωοθηκών είναι συχνές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- ▶ **Αντιγόνο καρκίνου 125 (CA 125):** Το CA 125 είναι μια εξέταση αίματος που

μερικές φορές λαμβάνεται σε γυναίκες με κύστεις ωοθηκών. Ωστόσο, ο καρκίνος των ωοθηκών δεν μπορεί να διαγνωστεί με βάση τα αποτελέσματα μιας εξέτασης CA 125. Πολλές γυναίκες με πρώιμο καρκίνο των ωοθηκών θα έχουν φυσιολογικό επίπεδο CA 125. Το CA 125 είναι ασυνήθιστα αυξημένο σε περίπου 80 τοις εκατό των γυναικών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών. Επίσης, οι μη καρκινικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν αύξηση του CA 125, συμπεριλαμβανομένης της ενδομητρίωσης, των ινομυωμάτων της μήτρας, των πυελικών λοιμώξεων, της καρδιακής ανεπάρκειας και της ηπατικής και νεφρικής νόσου. Ως αποτέλεσμα, η

μέτρηση του CA 125 δεν συνιστάται σε κάθε περίπτωση.

- Το CA 125 συνιστάται συχνά για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κύστη ωοθηκών.
- Το CA 125 μπορεί να συνιστάται για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες των οποίων η κύστη των ωοθηκών φαίνεται πολύ μεγάλη ή ύποπτη για καρκίνο

στο υπερηχογράφημα.

- Το CA 125 δεν συνιστάται συνήθως για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κύστεις ωοθηκών που είναι μικρές και δεν φαίνονται ύποπτες για καρκίνο.
- Άλλες εξετάσεις αίματος είναι επίσης διαθέσιμες για τον

έλεγχο των γυναικών με κύστη ωοθηκών για καρκίνο των ωοθηκών.

Επόμενα βήματα: Ανάλογα με τα αποτελέσματα της εξέτασης απεικόνισης, την ηλικία σας, τα συμπτώματα, τα αποτελέσματα των εξετάσεων αίματος και το οικογενειακό ιστορικό σας, ο θεράπων ιατρός μπορεί να συστήσει προσεκτική αναμονή ή χειρουργική επέμβαση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι κύστεις των ωοθηκών δεν απαιτούν πάντα θεραπεία. Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι κύστεις των ωοθηκών συχνά υποχωρούν από μόνες τους εντός ενός έως δύο μηνών, χωρίς θεραπεία. Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι κύστεις των ωοθηκών είναι λιγότερο πιθανό να υποχωρήσουν.

Εάν μια κύστη είναι μεγάλη, προκαλεί πόνο ή φαίνεται ύποπτη για καρκίνο, η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση της κύστης ή ολόκληρης της ωοθήκης.

Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες - Στις

προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η παρακολούθηση περιλαμβάνει το **έλεγχο για συμπτώματα** (πυελικός πόνος ή πίεση) και **επανάληψη του πυελικού υπερήχου** μετά από **έξι έως οκτώ εβδομάδες**. Εάν η κύστη των ωοθηκών δεν αυξηθεί σε μέγεθος ή εάν υποχωρήσει κατά την περίοδο



του ελέγχου, συνήθως δεν απαιτείται χειρουργική αφαίρεση. Ορισμένες προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες θα συμβουλευονται να παίρνουν αντισυλληπτικό χάπι κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου για να αποτρέψουν την ανάπτυξη νέων κύστεων ωθηκών. Εάν μια κύστη μειωθεί σε μέγεθος ή δεν αλλάξει, το υπερηχογράφημα επαναλαμβάνεται συχνά σε τακτά χρονικά διαστήματα έως ότου ο θεράπων ιατρός σας είναι σίγουρος ότι η κύστη δεν μεγαλώνει. Εάν η κύστη υποχωρήσει, δεν απαιτείται περαιτέρω εξέταση ή παρακολούθηση.

Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες – Στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, η απόφαση να υποβληθούν σε έλεγχο **εξαρτάται από την αρχική εξέταση** (υπερηχογράφημα και αντιγόνο καρκίνου 125 (CA 125)). Εάν η κύστη δεν φαίνεται να είναι καρκινική, ο έλεγχος μπορεί να είναι μια επιλογή και περιλαμβάνει **υπερηχογράφημα πυέλου και μέτρηση CA 125** κάθε τρεις έως έξι μήνες για ένα χρόνο ή μέχρι να υποχωρήσει η κύστη. Ωστόσο, οι κύστεις των ωθηκών δεν υποχωρούν πάντα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Εάν τα επίπεδα CA 125 αυξηθούν ή η κύστη μεγαλώσει ή αλλάξει στην εμφάνιση, τότε μπορεί να συνιστάται χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση της κύστης.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να συνιστάται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Μια κύστη προκαλεί **επίμονο πόνο ή πίεση** ή μπορεί να **υποστεί ρήξη ή να συστραφεί**.
- Μια κύστη φαίνεται στο υπερηχογράφημα να προκαλείται από ενδομητρίωση και αφαιρείται **για λόγους γονιμότητας**.
- Οι μεγάλες κύστεις (>5 έως 10 cm) είναι πιο πιθανό να απαιτήσουν χειρουργική αφαίρεση σε σύγκριση με τις μικρότερες κύστεις. Ωστόσο, ένα **μεγάλο μέγεθος** δεν προβλέπει εάν μια κύστη είναι κακοήθης.
- Εάν η κύστη φαίνεται **ύποπτη για καρκίνο**. Εάν έχετε παράγοντες κινδύνου για καρκίνο των ωθηκών ή εάν η κύστη φαίνεται δυνητικά κακοήθης σε απεικονιστικές μελέτες, ο θεράπων ιατρός μπορεί να συστήσει χειρουργική επέμβαση.
- Εάν η υποψία για καρκίνο των ωθηκών είναι χαμηλή, αλλά η κύστη δεν υποχωρεί μετά από αρκετά υπερηχογραφήματα, μπορεί να επιλεγεί η αφαίρεση. Ωστόσο, η χειρουργική αφαίρεση δεν είναι συνήθως απαραίτητη σε αυτή την περίπτωση.

Η χειρουργική επέμβαση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει αφαίρεση μόνο της κύστης ή ολόκληρης της ωθήκης **εξαρτάται από την ηλικία και από το τι διαπιστώνεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας**.

Για παράδειγμα:

- Εάν υπάρχει υποψία καρκίνου, πρέπει να αφαιρεθεί ολόκληρη η ωθήκη, καθώς η διατομή κακοήθους κύστης μπορεί να οδηγήσει σε εξάπλωση του καρκίνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις αφαιρείται ολόκληρη η ωθήκη και η κύστη αποδεικνύεται καλοήθης.
- Εάν η κύστη φαίνεται καλοήθης υπάρχει δυνατότητα να αφαιρεθεί μέσω μικρών τομών λαπαροσκοπικά και μπορεί η ασθενής να πάει σπίτι της την ίδια ημέρα.
- Εάν η κύστη είναι μεγάλη ή φαίνεται ύποπτη για καρκίνο, μπορεί να χρειαστεί να γίνει μια ανοιχτή τομή (λαπαροτομία) και μπορεί να χρειαστεί να αφαιρεθεί ολόκληρη η ωθήκη και οι γύρω ιστοί.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Αφού υποχωρήσει μια κύστη ωθηκών, δεν θα χρειαστούν περαιτέρω απεικονιστικές εξετάσεις εάν δεν υπάρχουν συμπτώματα.

Ορισμένοι τύποι κύστεων ωθηκών είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσουν από άλλους. Αυτό περιλαμβάνει τα ενδομητρίωματα και λειτουργικές κύστεις ωθηκών. Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με επαναλαμβανόμενες κύστεις, η λήψη αντισυλληπτικού χαπιού ή άλλης ορμονικής μορφής αντισυλληπτικού μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της ανάπτυξης κύστεων ωθηκών. ■

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Γράφουν ο Ιωάννης Σδρένιας, Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδρολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Ουρολογικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ και ο **Ιωάννης Κ. Γκιάλας**, Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδρολόγος, MD, PhD, FEBU, τ. Πρόεδρος Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας, τ. Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Επιστημονικός Συνεργάτης Ουρολογικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ

Τι είναι ο προστάτης;

Είναι αδένας του γεννητικού συστήματος του άνδρα. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου. Βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση, ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη και περιβάλλει την αρχική μοίρα της ουρήθρας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα όταν διογκώνεται να πιέζει την ουρήθρα και να προκαλεί διαταραχές στην ούρηση. Η λειτουργία του έχει σχέση με τη γονιμότητα. Το έκκριμα του προστάτη μαζί με αυτό των σπερματοδόχων κύστεων αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του σπερματικού υγρού, μέσα στο οποίο αναμειγνύονται τα σπερματοζωάρια που παράγονται από τους όρχεις. Το έκκριμα αυτό παρέχει απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία και ουσίες για τη φυσιολογική λειτουργικότητα των σπερματοζωαρίων. Η προστατική έκκριση ρυθμίζεται κυρίως από τη δράση των ανδρογόνων ορμονών και από νευρικά ερεθίσματα.

ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ (ΚΥΠ):

Καθώς ο άνδρας μεγαλώνει σε ηλικία, είναι φυσιολογικό για τον προστάτη αδένα να διογκώνεται. Αυτή η διογκωση γίνεται στο εσωτερικό μέρος του αδένα. Οφείλεται σε υπερπλασία όλων των κυτταρικών του στοιχείων, και είναι γνωστή σαν καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ). Η αιτιολογία της υπερπλασίας είναι πολυπαραγοντική. Σίγουρα σχετίζεται με την ηλικία και τις ορμονικές αλλαγές που επέρχονται. Πιθανώς να σχετίζεται με το κάπνισμα, την κατανάλωση οίονοπνεύματος, την παχυσαρκία, την υπέρταση και το σακχαρώδη διαβήτη. Ο

υπερπλαστικός ιστός πιέζει την προστατική μοίρα της ουρήθρας, που διέρχεται από το εσωτερικό του, ελαττώνοντας τη διάμετρο του αυλού της και εμποδίζοντας τη φυσιολογική ροή των ούρων.

Τι προβλήματα δημιουργεί η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη;

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο άνδρας με υπερπλασία του προστάτη περιλαμβάνουν αδύναμη ή μειωμένη ακτίνα της ούρησης, καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης, διακοπές στην ούρηση και αίσθημα ατελούς κένωσης της ουροδόχου κύστης λόγω παραμονής υπολείμματος ούρων μετά από κάθε ούρηση. Τα συμπτώματα αυτά χαρακτηρίζονται σαν συμπτώματα κένωσης και οφείλονται στην απόφραξη που προκαλείται στην ουρήθρα. Εκτός όμως από αυτά εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα που είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά για τον άνδρα που είναι η συχνουρία την ημέρα, η νυκτουρία (συχνό ξύπνημα τη νύκτα για ούρηση) και η επιτακτικότητα στην ούρηση, δηλαδή η ξαφνική επιθυμία για ούρηση που δεν μπορεί να ανασταλεί και που αρκετές φορές μπορεί να οδηγήσει σε ακράτεια των ούρων. Τα συμπτώματα αυτά που χαρακτηρίζονται σαν συμπτώματα αποθήκευσης και οφείλονται σε αλλαγές που γίνονται στο μυϊκό τοίχωμα της ουροδόχου κύστης που υπερτρέφεται στη προσπάθειά της να ξεπεράσει το εμπόδιο που της δημιουργεί η αποφραγμένη ουρήθρα. Τα συμπτώματα αυτά ορισμένες φορές γίνονται πολύ ενοχλητικά και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ανδρών. Οι καθημερινές δραστηριότητες και οι κοινωνικές επαφές περιορίζονται, τα συχνά ξυπνήματα τη νύκτα επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου



και οι πάσχοντες βιώθουν κουρασμένοι την επόμενη μέρα, με αποτέλεσμα την ελάττωση της ενεργητικότητας και της παραγωγικότητάς τους. Οι πάσχοντες αναγκάζονται πολλές φορές να οργανώνουν έτσι τις δραστηριότητές τους, ώστε να είναι κοντά σε μία τουαλέτα.

Ασφαλώς η βαρύτητα των συμπτωμάτων δεν είναι η ίδια σε όλους τους άνδρες με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη και μπορούμε να βαθμολογήσουμε τα συμπτώματα, ταξινομώντας τα σε ήπια, μέτρια και σοβαρά. Σε αυτό βοηθά ιδιαίτερα η συμπλήρωση από τους ασθενείς ενός ειδικού ερωτηματολογίου του διεθνούς ερωτηματολογίου συμπτωμάτων προστάτη (IPSS). Με βάση τις απαντήσεις του ασθενή ο ιατρός κατατάσσει τον ασθενή σε ήπια, μέτρια ή υψηλή συμπτωματολογία.

Γίνεται αντιληπτό ότι η συμπτωματική υπερπλασία του προστάτη είναι **μία νόσος με αργή εξέλιξη**, η οποία κυρίως **επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών**, αλλά αν μείνει χωρίς θεραπεία με την πάροδο των χρόνων ενδεχομένως να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα υγείας. Το μέγεθος του προστάτη αυξάνεται κάθε χρόνο, η ροή των ούρων συνεχώς μειώνεται και το υπόλειμμα των ούρων αυξάνει. Αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές της ΚΥΠ που είναι οι ουρολοιμώξεις, η λιθίαση της ουροδόχου κύστης (αποτέλεσμα της μικροβιακής φλεγμονής των ούρων που παραμένουν στην κύστη μετά από κάθε ούρηση), η εμφάνιση εκκολπωμάτων

που αποτελούν προβολή του βλεννογόνου μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της κύστης σαν αποτέλεσμα των αυξημένων πιέσεων κατά την ούρηση, η αιματουρία που συνοδεύει συνήθως μεγάλους σε μέγεθος προστάτες, η επίσχεση των ούρων και επίσης η ακράτεια από υπερπλήρωση. Στη περίπτωση αυτή η κύστη διατείνεται πάρα πολύ και κατακρατά μεγάλες ποσότητες ούρων. Ο ασθενής την ημέρα έχει **μεγάλη συχνουρία**, ενώ στον ύπνο εμφανίζει **ακράτεια ούρων**. Η κατάσταση αυτή είναι επικίνδυνη διότι μπορεί να προκαλέσει μεγάλη διάταση των ουρητήρων και των νεφρών λόγω παλινδρόμησης των ούρων και να επηρεάσει τη **νεφρική λειτουργία**. Εάν ο ασθενής το παραμελήσει και δεν ζητήσει έγκαιρα τη συμβουλή του ουρολόγου μπορεί η βλάβη να γίνει μη αναστρέψιμη και να προκαλέσει νεφρική ανεπάρκεια. Για το λόγο αυτό, κάθε άνδρας που εμφανίζει συμπτώματα και ενοχλείται από την ούρηση, πρέπει να επισκέπτεται τον ουρολόγο.

Ο ουρολόγος θα εκτιμήσει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, τη νεφρική λειτουργία, τη ροή των ούρων, θα μετρήσει το υπόλειμμα των ούρων στην κύστη μετά την ούρηση και θα εξετάσει τον προστάτη του ασθενούς με δακτυλική εξέταση από το ορθό. Με βάση τα ευρήματα της εξέτασης και λαμβάνοντας υπόψη τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, από άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, θα συζητήσει με τον ασθενή την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Πώς αντιμετωπίζεται η συμπτωματική ΚΥΠ;

Σε ασθενείς με ήπια συμπτώματα που δεν επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους προτείνεται συνήθως απλή παρακολούθηση που περιλαμβάνει μερικές αλλαγές του τρόπου ζωής και εξέταση συνήθως ανά 6μηνο. Στους ασθενείς με βαρύτερη συμπτωματολογία που επηρεάζει την ζωή τους αρχικά προτείνεται αγωγή με φάρμακα. Υπάρχουν φάρμακα που χαλαρώνουν τον προστάτη διευκολύνοντας την ούρηση με γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων χωρίς να επηρεάζουν το μέγεθός του και φάρμακα που ελαττώνουν το μέγεθος του προστάτη, βελτιώνοντας ωστόσο την συμπτωματολογία με βραδύτερο ρυθμό και συνήθως δίδονται σε αυτούς, που ο προστάτης τους έχει μεγάλο μέγεθος.

Μπορεί να γίνει και **συνδυασμός των φαρμάκων** όταν ο ιατρός το κρίνει απαραίτητο. Στους ασθενείς που η συμπτωματολογία δεν βελτιώνεται από τη φαρμακευτική αγωγή ή σε αυτούς που εμφανίζουν κάποια από τις αναφερθείσες επιπλοκές της ΚΥΠ καταφεύγουμε στη χειρουργική αντιμετώπιση. Αυτή συνήθως γίνεται με **αφαίρεση του αδενώματος του προστάτη** (το τμήμα δηλαδή που πιέζει την ουρήθρα). Σήμερα χρησιμοποιείται η **μέθοδος TURIS**, η οποία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη με βάση και τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας. Με τη μέθοδο αυτή ένα ειδικό εργαλείο εισάγεται μέσα στην ουρήθρα και γίνεται εξάχνωση με πλάσμα του προστάτη, με τη χρήση φυσιολογικού ορού, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει και η δυνατότητα λήψης υλικού για βιοψία του προστάτη. Επιπλέον πλεονέκτημα είναι και το γεγονός ότι μπορεί να εφαρμοστεί και σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική θεραπεία, την οποία δεν χρειάζεται να διακόψουν για πολλές ημέρες όπως γινόταν με τις παλαιότερες μεθόδους.

Πρέπει όμως να τονισθεί ότι αφαιρώντας το τμήμα αυτό του προστάτη δεν προφυλάσσουμε τον ασθενή από την μελλοντική εμφάνιση του καρκίνου του προστάτη **ακριβώς επειδή με αυτή την επέμβαση δεν αφαιρείται όλος ο προστάτης αλλά το τμήμα αυτό που πιέζει την ουρήθρα.**

Τελευταία, το **Holmium Laser (HoLEP)** και το **REZUM**, είναι δυο νέες σχετικά τεχνικές, οι οποίες εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της ΚΥΠ.

➤ Η **μέθοδος HoLEP**, δηλαδή η **εκπυρήνιση του προστάτη με laser**, υπάρχει σαν μέθοδος

“ Η ΜΕΘΟΔΟΣ REZUM ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ, ΠΟΛΥΔΙΑΦΗΜΙΣΜΕΝΗ, ΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΙΣ ΗΠΑ, ΚΥΡΙΩΣ ΕΠΕΙΔΗ ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΟΛΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ, ΚΑΘΟΤΙ ΑΠΑΙΤΕΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΛΙΓΩΝ ΩΡΩΝ. ”

περισσότερο από 20 χρόνια και πρόσφατα απέκτησε νέα δυναμική. Υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά της (προοπτικές, τυχαιοποιημένες μελέτες), έχει κύρια εφαρμογή σε μεγάλους προστάτες και ανταγωνίζεται την διακυστική και την διουρηθρική προστατεκτομή σε μακροχρόνια αποτελεσματικότητα. Οι λόγοι που δεν καθιερώθηκε εξ αρχής στην καθημερινή πρακτική των ουρολόγων ως κυρίαρχη επιλογή είναι πολλοί. Χρειάζεται ακριβό εξοπλισμό, έχει δύσκολη καμπύλη εκμάθησης, χρειάζεται ομογενοποίηση του αδενώματος (morcellation) μετά την εκτομή και υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό ασθενών με ακράτεια προσπάθειας μετά την επέμβαση, που διαρκεί για αρκετές εβδομάδες.

➤ Η **μέθοδος REZUM** είναι μία νέα τεχνική, πολυδιαφημισμένη, με μεγάλη εφαρμογή στις ΗΠΑ, κυρίως επειδή είναι εύκολη στην εκτέλεση και χαμηλότερου κόστους, καθότι απαιτεί νοσηλεία λίγων ωρών. Οι μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα είναι λίγες, η παρακολούθηση των ασθενών είναι μικρής διάρκειας και δεν υπάρχουν προοπτικές, τυχαιοποιημένες μελέτες που να συγκρίνουν την μέθοδο αυτή με την διουρηθρική προστατεκτομή που εξακολουθεί να είναι το «gold standard» σε παγκόσμιο επίπεδο. Πουθενά και καμία προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη δεν απαντά στο βασικό ερώτημα που είναι ο καθορισμός του ποσοστού ανάγκης επανεπέμβασης στα 3-5 χρόνια. Οι προηγούμενες, ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές οι οποίες εμφανίσθηκαν τα τελευταία 20 χρόνια, όπως η θερμοθεραπεία (TUMT), η TUNA, το Green Light laser, είχαν παρόμοια αποτελέσματα με την τεχνική REZUM στις αρχικές μελέτες και υπήρχε ο ίδιος ενθουσιασμός. Μετά όμως από

3-5 χρόνια, όταν όλοι συνειδητοποιήσαν ότι το ποσοστό επανεπέμβασης ήταν πολύ ψηλό, ο ενθουσιασμός εξανεμίσθηκε και οι τεχνικές αυτές περιορίστηκαν στη χρήση τους και μερικές εξαφανίσθηκαν εντελώς.

ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ

Συχνά ο προστάτης αδένας διογκώνεται από φλεγμονές, οι οποίες ονομάζονται προστατίτιδες. Μπορούν να εμφανιστούν σε όλες τις ηλικίες από εφήβους μέχρι άνδρες της τρίτης ηλικίας. Τα συμπτώματα που συνοδεύουν αυτή την κατάσταση μπορεί να διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα και να είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά. Στις προστατίτιδες περιλαμβάνονται και καταστάσεις με δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού και μυαλγίες του πυελικού εδάφους στις οποίες δεν διαπιστώνονται στοιχεία φλεγμονής.

Τα πιο συνηθισμένα παθογόνα που προκαλούν οξεία μικροβιακή προστατίτιδα είναι αρνητικοί κατά Gram μικροοργανισμοί του εντέρου, τα οποία συνήθως εισέρχονται δια της ουρήθρας ή με παλινδρόμηση μολυσμένων ούρων από τους εκσπερματικούς πόρους στον προστάτη. Επειδή η λοίμωξη αυτή ακολουθείται συνήθως από οξεία κυστίτιδα, τα μικρόβια αυτά μπορούν να ανιχνευτούν σε καλλιέργεια ούρων. Η **οξεία προστατίτιδα** χαρακτηρίζεται από **υψηλό πυρετό, ρίγος, συχνουρία, δυσουρία, απόφραξη του ουροποιητικού** ποικίλου βαθμού, **νυκτουρία, πυουρία, αιματουρία, άλγος στη περιοχή του περινέου** και **οσφυαλγία** (που συνοδεύεται συχνά από μυαλγία και αρθραλγία). Ο αδένας είναι διάχυτα υπεραιμικός και οίδηματώδης καθώς και ευαίσθητος στη ψηλάφηση. Η αντιμετώπιση της γίνεται με χορήγηση αντιβιοτικών. Εάν δεν θεραπευτεί πλήρως μεταπίπτει σε χρόνια φλεγμονή που χαρακτηρίζεται από ενοχλήματα στην ούρηση, πόνο στο περίνεο και στην υπερηβική περιοχή και μερικές φορές πόνο στην εκσπερμάτιση. Η διαπίστωση του υπεύθυνου μικροβίου γίνεται με εξέταση του προστατικού υγρού μετά από μάλαξη του προστάτη αν και μερικές φορές μπορεί να γίνει με καλλιέργεια σπέρματος που δεν είναι όμως το ίδιο αξιόπιστη. Η αντιμετώπισή της γίνεται με μακροχρόνια χορήγηση αντιβιοτικών. Τέλος παρόμοια συμπτώματα μπορούν να υπάρχουν χωρίς

να διαπιστώνεται μικρόβιο στο προστατικό υγρό παρά μόνο πυοσφαίρια ή και χωρίς κανένα στοιχείο φλεγμονής. Μπορεί να οφείλεται σε μικροβιακά στελέχη που δεν διαπιστώνονται στις συνήθεις καλλιέργειες ή σε άλλους λόγους δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους. Μετά από χορήγηση αντιβίωσης, η θεραπεία είναι περισσότερο εμπειρική και έχουν δοκιμασθεί πολλά φάρμακα με περιορισμένα όμως αποτελέσματα. Μία ξεχωριστή οντότητα αποτελεί η χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα – χρόνιος πυελικός πόνος.

Για τη διάγνωση της, η οποία γίνεται με αποκλεισμό άλλων παθήσεων και άλλων τύπων προστατίτιδας, τα **συμπτώματα θα πρέπει να επιμένουν για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών**. Είναι μια χρόνια κατάσταση που ταλαιπωρεί και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενή. Αλλά και για τον ουρολόγο είναι μια νόσος που χρειάζεται εμπειρία, καθότι υπάρχουν δυσκολίες στη διαχείριση του ασθενή. Σε αυτό συμβάλει το γεγονός ότι η χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα δεν μπορεί να τεκμηριωθεί εργαστηριακά (οι εξετάσεις αίματος, ούρων, υπέρηχοι είναι φυσιολογικές).

Πολλές φορές η φλεγμονή του προστάτη μπορεί να είναι εύρημα στη προστατεκτομή που γίνεται για καλοήγη υπερπλασία.

Αν και η φλεγμονή έχει ενοχοποιηθεί σαν μηχανισμός ανάπτυξης της υπερπλασίας και του καρκίνου του προστάτη δεν υπάρχουν επί του παρόντος ισχυρά επιστημονικά δεδομένα που να στηρίζουν αυτή την συσχέτιση.

Η **οξεία βακτηριακή προστατίτιδα είναι πλήρως ιάσιμη** με τη **λήψη αντιβιοτικών** για μικρό χρονικό διάστημα (συνήθως 3 εβδομάδων). Η χρόνια βακτηριακή προστατίτιδα παρόλο που υποτροπιάζει, ανταποκρίνεται καλά στα αντιβιοτικά και ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός μετά την αγωγή. Η χρόνια μη βακτηριακή προστατίτιδα είναι μια πρόκληση τόσο για τον ασθενή όσο και τον ιατρό. Συνήθως, τα συμπτώματα δεν εξαλείφονται πλήρως, αλλά παρουσιάζουν υφέσεις και εξάρσεις. Στόχος είναι ο ασθενής να έχει καλή ποιότητα ζωής και να μην επηρεάζεται η κοινωνικότητά του. Η ασυμπτωματική φλεγμονώδης προστατίτιδα δεν είναι κλινικά σημαντική και δεν χρειάζεται αντιμετώπιση. ■

ΥΓΕΙΑ



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Γράφει ο Άλκης Γρηγοράκης,

MD, PhD, FEBU, Ουρολόγος Ανδρολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Τι είναι το PSA; Τι άλλαξε τα τελευταία έτη;

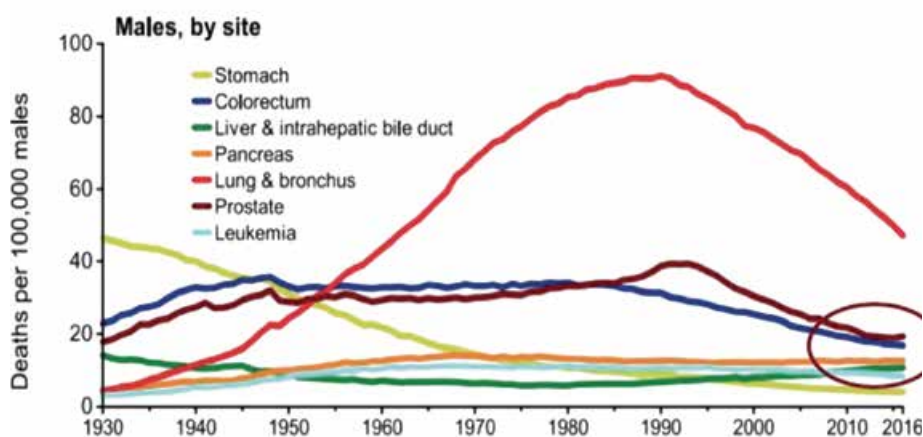
Ο καρκίνος του προστάτη συνεχίζει να αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας, αφού αποτελεί τον συχνότερο καρκίνο (μετά τους δερματικούς καρκίνους) και τη δεύτερη αιτία θανάτου, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, στους άνδρες σε Ευρώπη και ΗΠΑ τουλάχιστον.

Ίσως η σημαντικότερη εξέλιξη των τελευταίων δεκαετιών στη διαχείριση αυτού του καρκίνου ήταν ανακάλυψη ενός απλού αιματολογικού δείκτη, του ειδικού προστατικού αντιγόνου, το γνωστό PSA, κατά το τέλος δεκαετίας του 70. Η χρήση αυτού του δείκτη άλλαξε ριζικά όλο το τοπίο.

Μέχρι τότε ο καρκίνος γινόταν αντιληπτός όταν είχαν εμφανιστεί τα συμπτώματα της νόσου, συνήθως σε προχωρημένο -μεταστατικό στάδιο ή στην καλύτερη περίπτωση όταν ο καρκίνος διεγνώσκετο κατά τη δακτυλική εξέταση ή τυχαία μετά από μία απλή προστατεκτομή (αδενοματεκτομή), που γινόταν για την ανακούφιση δυσουρικών ενοχλημάτων (προβλημάτων δηλαδή που σχετιζόνταν με την ούρηση). Στις περισσότερες από τις παραπάνω περιπτώσεις, το στάδιο του καρκίνου κατά τη διάγνωση του, ήταν ήδη προχωρημένο ή και μεταστατικό με αποτέλεσμα τα περιθώρια θεραπείας του να είναι αρκετά περιορισμένα.

Από τη στιγμή που άρχισε να εφαρμόζεται ευρέως το PSA, αρχικά στις ΗΠΑ και λίγο αργότερα στην Ευρώπη και αλλού, το τοπίο άλλαξε.

Mortality



Εικόνα 1. Γραφική παράσταση της θνητότητας (ποσοστό θανάτων από τη νόσο) διαφόρων καρκίνων κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών στις ΗΠΑ. Ο καρκίνος του προστάτη απεικονίζεται με την καφέ γραμμή (2^η αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες). Παρατηρείται η μείωση της θνητότητας από τα μέσα της δεκαετίας του 90. Αυτή αποδόθηκε στη χρήση του PSA. Με την κόκκινη γραμμή απεικονίζεται ο καρκίνος του πνεύμονα (1^η αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες) και με τη μπλε γραμμή ο καρκίνος του παχέως εντέρου (3^η αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες).

“ΤΟ PSA ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ. ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ. ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΔΗΛΑΔΗ ΟΤΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΜΕΝΟ PSA, ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.”

Άντρες πλήρως ασυμπτωματικοί, με φυσιολογικό προστάτη στη δακτυλική εξέταση άρχισαν να διαγιγνώσκονται με καρκίνο προστάτη, επειδή είχαν απλώς αυξημένο PSA (στάδιο T1c). Αυτό οδήγησε σε δύο επακόλουθα που γίνανε εμφανή κατά το τέλος της δεκαετίας του 90. Το πρώτο επακόλουθο ήταν η κατακόρυφη αύξηση της συχνότητας διάγνωσης του καρκίνου, η οποία όμως αργότερα υποχώρησε. Αυτό ήταν φυσικό να γίνει, αφού με το PSA βγήκαν απότομα στην επιφάνεια πολλοί καρκίνοι ασυμπτωματικοί και ως εκ τούτου αδιάγνωστοι μέχρι τότε. Το δεύτερο και σημαντικότερο επακόλουθο ήταν για πρώτη φορά εμφανιζόμενη μείωση της θνητότητας, του ποσοστού των θανάτων από καρκίνο προστάτη δηλαδή. Αυτό συμβάδιζε απόλυτα με τη μετατόπιση του καρκίνου κατά τη διάγνωση του με το PSA σε πρώιμότερα, νπιότερα και άρα θεραπεύσιμα στάδια. Ενδεικτικά, το ποσοστό των καρκίνων του προστάτη που κατά τη διάγνωση τους ήταν ήδη μεταστατικοί (de novo μεταστατικός καρκίνος προστάτη), που προ της εφαρμογής του PSA έφτανε στο 25% περίπου του συνόλου των νεοδιαγνωσθέντων καρκίνων (1 στους 4 δηλαδή). Μετά τη χρήση του PSA σε προγράμματα

προσυμπτωματικού ελέγχου υποχώρησε στο 2-2,5% περίπου.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΕΛΙΚΑ ΤΟ PSA;

Το PSA δεν είναι καρκινικός δείκτης. Είναι ένας ειδικός προστατικός δείκτης. Δεν σημαίνει δηλαδή ότι κάποιος που έχει αυξημένο PSA, πάσχει αναγκαστικά και από καρκίνο του προστάτη. Το PSA μπορεί να είναι αυξημένο, επειδή ο προστάτης είναι διογκωμένος (καλοήθης υπερπλασία προστάτη), ερεθισμένος (προστατίτιδα), τραυματισμένος, όπως μετά από χειρισμούς ή έχει κάποιο αδενοκαρκίνωμα. Άρα το μεγάλο μειονέκτημα του PSA είναι η ελαττωμένη ειδικότητα που παρουσιάζει στη διάγνωση του καρκίνου, ιδίως στις χαμηλές τιμές του (<10ng/ml). Ενδεικτικά, στο εύρος τιμών PSA 4-10 ng/

ml, όπου σήμερα γίνεται και η πλειοψηφία των διαγνωστικών βιοψιών του προστάτη, η πιθανότητα διάγνωσης καρκίνου δεν ξεπερνά το 25-30% των περιπτώσεων. Συνεπώς περίπου 3 από τους 10 άνδρες με τιμές PSA 4-10 ng/ml, που θα κάνουν βιοψία προστάτη αναμένεται να διαγνωστούν τελικά με καρκίνο, οι υπόλοιποι θα έχουν αρνητική (καλοήθη) βιοψία. Αυτοί όμως που θα διαγνωστούν, όντας σε αρχικό στάδιο, έχουν μεγάλη πιθανότητα να ιαθούν με την κατάλληλη θεραπεία.

Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι συμπληρωματικοί δείκτες, με σκοπό να βελτιωθεί η ειδικότητα του PSA και να μειωθεί το ποσοστό των «αχρείαστων» βιοψιών, (δηλαδή των αρνητικών για κακοήθεια βιοψιών). Ίσως ο πιο γνωστός από αυτούς είναι το free PSA και ο λόγος free/total Ratio. Άλλοι δείκτες που έχουν μελετηθεί αναφέρονται στο πίνακα 1. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι μοριακοί δείκτες και προκύπτουν από εξετάσεις αίματος, ούρων, ένας

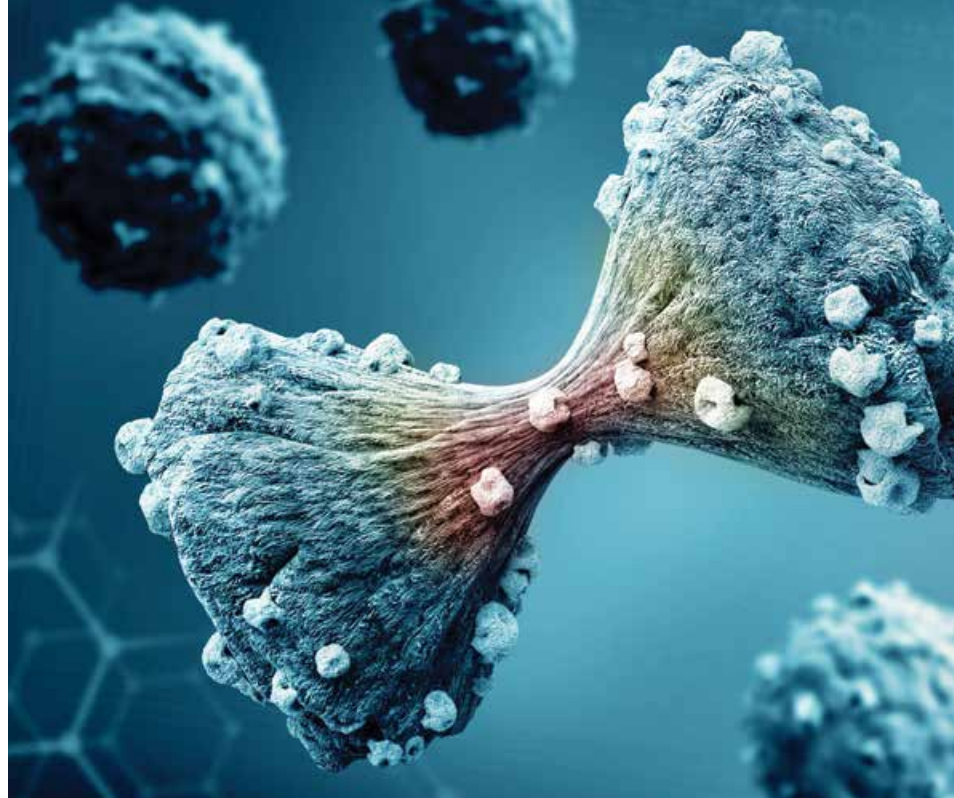
Πίνακας 1. Διάφοροι μοριακοί δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Κανείς εξ' αυτών δεν έτυχε ευρείας εφαρμογής.

Name of test	Test substrate	Molecular	FDA approved
Progensa	DRE urine	lncRNA PCA3	Yes
SelectMDX	DRE urine	mRNA HOXC6, DLX1	No
PHI	Serum	Total, free and p2PSA	Yes
4Kscore Test	Serum/plasma	Total, free, intact PSA, hK2	No
ConfirmMDX	Benign prostate biopsy	Methylated APC, RASSF1 and GSTP1	No



δεν είναι ιστικός προγνωστικός δείκτης, δηλαδή προκύπτει από το υλικό της βιοψίας του προστάτη. Κανένας όμως από αυτούς δεν έτυχε ευρείας εφαρμογής.

Η «λύση» τα τελευταία έτη ήρθε από αλλού. Από την απεικόνιση. Μία σύνθετη εφαρμογή της μαγνητικής τομογραφίας που συνδυάζει λεπτομερείς ανατομικές εικόνες του οργάνου με λειτουργικές πληροφορίες, που προκύπτουν από τη μελέτη διάχυσης του οργάνου, σε συνάρτηση με δυναμικές πληροφορίες, που προκύπτουν από την σκιαγραφική του ενίσχυση. Αυτή είναι η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία του προστάτη

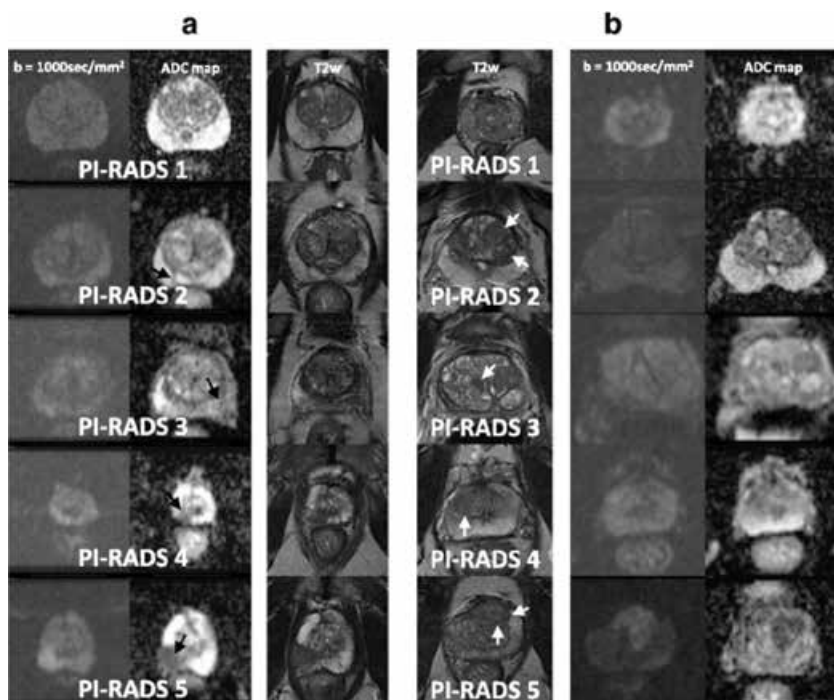


(mpMRI). Οι εικόνες που έχουμε πλέον στη διάθεσή μας εκτός του ότι έχουν εξαιρετική ακρίβεια όλης της ανατομίας του προστάτη, δίνουν επιπρόσθετες πληροφορίες για τις τυχόν ανευρισκόμενες «ύποπτες για κακοήθεια» περιοχές και τη βιολογία τους. Κατά πόσο δηλαδή αντιστοιχούν σε «κλινικά

σημαντικό» καρκίνο προστάτη ή όχι. Όλα αυτά σήμερα έχουν στανταριστεί και ταξινομηθεί με το σύστημα PIRADS v2 (PIRADS I-V) (εικόνα 2).

Φυσικά καμία εικόνα και κανένα PIRADS δεν ισοδυναμεί με την ύπαρξη καρκίνου. Η mpMRI εντοπίζει ή αποκλείει την ύπαρξη μιας ή περισσότερων υπόπτων περιοχών στον προστάτη και τις ταξινομεί ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Ως εκ τούτου βοηθάει πολύ στην λήψη κατευθυνόμενων βιοψιών, αφού αυτές μπορεί να εντοπισθούν επ' ακριβώς με τη λεγόμενη «σύντηξη» (fusion) των εικόνων της μαγνητικής τομογραφίας με τις εικόνες του διορθικού υπερηχοτομογράφου, μέσω του οποίου πραγματοποιείται συνήθως η βιοψία του προστάτη.

Η διάγνωση γίνεται πάντα από τη βιοψία του προστάτη. Από τη βιοψία παίρνουμε κι άλλες σημαντικότερες προγνωστικές πληροφορίες που θα μας οδηγήσουν στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για τον εκάστοτε ασθενή. ■



Εικόνα 2. Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία Προστάτη (mpMRI). Ταξινόμηση κατά PIRADS version 2 (PIRADS I-V). Περιφερειακή ζώνη προστάτη b. Μεταβατική ζώνη προστάτη.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: Σύγχρονη θεώρηση μίας «εν δυνάμει χρόνιας νόσου»

Γράφει ο Ιάκωβος Νομικός, MD, PhD, FACS

Γενικός Χειρουργός - Χειρουργός Ογκολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης European University Cyprus, School of Medicine, Associate Member: Academy of Master Surgeon Educators of American College of Surgeons, Πρώην Συντονιστής Διευθυντής Χειρουργικού Τμήματος ΕΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ», Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ.

Ε ΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο Καρκίνος Παχέος Εντέρου (ΚΠΕ) αποτελεί την 3^η συχνότερη κακοήθεια που διαγιγνώσκεται διεθνώς με περίπου 1.4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ετησίως. Αποτελεί τον 3^ο πιο συχνό καρκίνο στους άνδρες (746.000 περιπτώσεις ετησίως, 10% του συνόλου) και τον 2^ο στις γυναίκες (614.000 περιπτώσεις, 9.2% του συνόλου). Αποτελεί την 4^η αιτία θανάτου διεθνώς με σχεδόν 700.000 θανάτους σε ετήσια βάση.

Περίπου 40% των ασθενών διαγιγνώσκονται με εντοπισμένη νόσο ενώ 21% προσέρχονται με μεταστάσεις (στάδιο IV). Η πενταετής επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά τον χρόνο της διάγνωσης και

κυμαίνεται από 10% (στάδιο IV) μέχρι 90% για ασθενείς σταδίου I. Παρά το γεγονός ότι η συχνότητα εμφάνισης της νόσου παρουσιάζει πτωτική τάση τα τελευταία χρόνια, δεν έχει σημειωθεί ανάλογη πρόοδος στην επιβίωση.

Μπορεί να προληφθεί ο ΚΠΕ;

Συγκλίνουσες είναι οι ενδείξεις ότι ο ΚΠΕ όταν εκδηλωθεί κλινικά, αποτελεί ένα όψιμο και όχι υποχρεωτικό στάδιο της ορθοκολικής καρκινογένεσης, δηλαδή, το τελικό αποτέλεσμα μίας χρόνιας διαδικασίας που καθοδηγείται από δομικές και λειτουργικές γονιδιακές μεταβολές, πολλές εκ των οποίων είναι δυνατόν να ανιχνευθούν έγκαιρα με την υπάρχουσα τεχνολογία και να

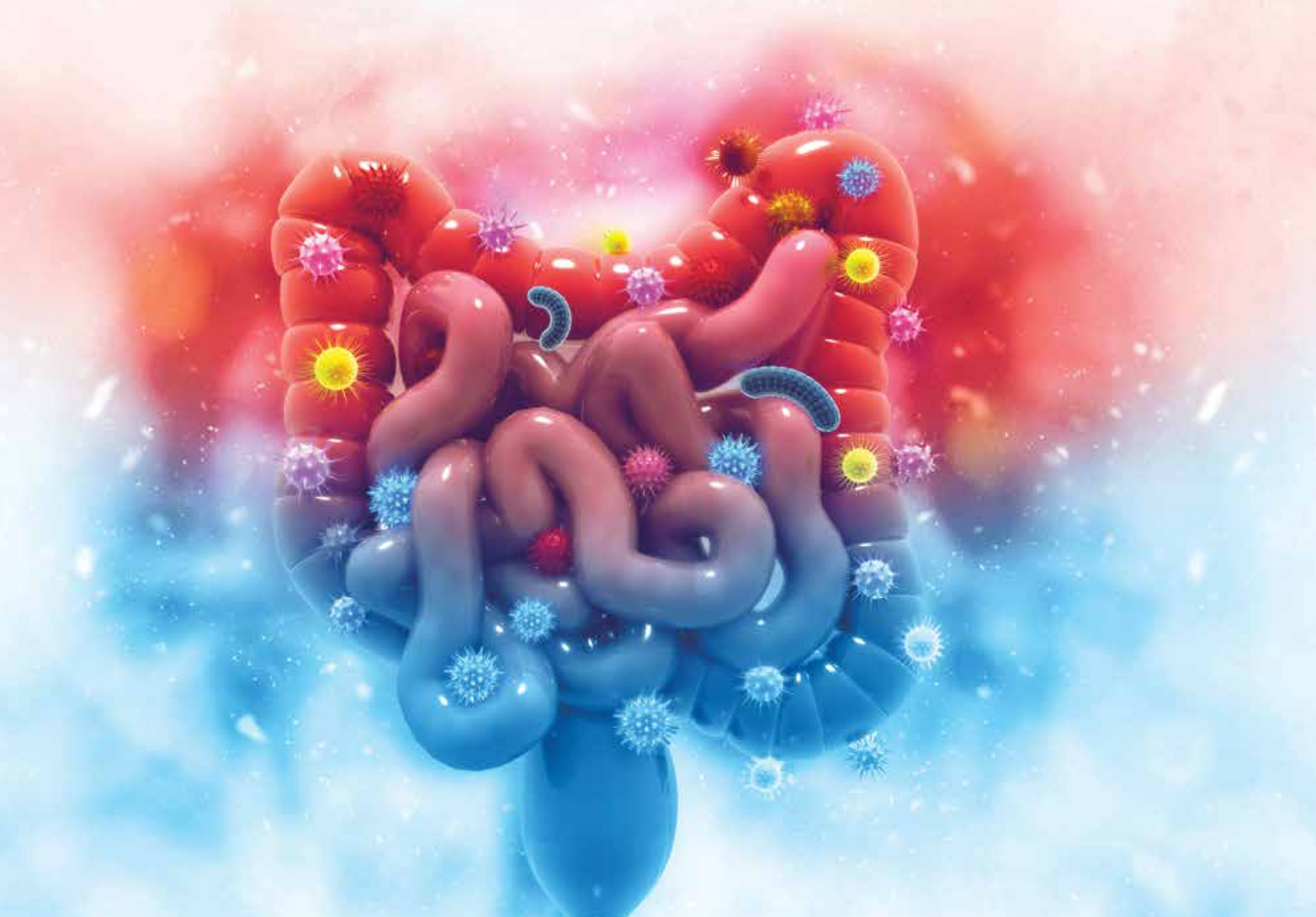
γίνουν ανάλογες παρεμβάσεις.

Επομένως, η χρονιότητα της ορθοκολικής καρκινογένεσης, διευκολύνει την ανίχνευση ασθενών υψηλού κινδύνου και την ανάλογη παρέμβαση πριν από την κλινική εκδήλωση της νόσου.

Η επιλογή ασθενών αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση ΚΠΕ προκειμένου να αποτελέσουν ομάδα-στόχο για παρεμβάσεις με προληπτικό χαρακτήρα στηρίζεται κυρίως στην ύπαρξη παραγόντων κινδύνου, όπως αυτοί αναλύονται στις επόμενες παραγράφους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

> Η κληρονομικότητα:
Συγκλίνουσες είναι οι



ενδείξεις που προκύπτουν από επιδημιολογικές μελέτες ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΚΠΕ είναι αυξημένος σε συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών που εμφάνισαν ΚΠΕ (σποραδικού τύπου) ή χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου όπως είναι η ελκώδης κολίτις ή η νόσος του Crohn.

- ▶ **Η ηλικία** επίσης φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου αφού η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αλλά και της πρόδρομης μορφής (πολύποδες) αυξάνεται απότομα μετά την πέμπτη δεκαετία.
- ▶ Η ύπαρξη **μίας υποκλινικής παθολογικής κατάστασης**, όπως η οικογενής πολύποδιαση.
- ▶ **Προηγούμενο Ιστορικό:**

Ασθενείς που έχουν υποβληθεί ήδη σε κολεκτομή για ΚΠΕ, αποτελούν μία ομάδα αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση μετάχρονης



Η ΗΛΙΚΙΑ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΦΟΥ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΔΡΟΜΗΣ ΜΟΡΦΗΣ (ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ) ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ ΑΠΟΤΟΜΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΜΠΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ.



νεοπλασίας είτε υπό την μορφή της υποτροπής της πρωτοπαθούς εστίας ή ενός δευτέρου πρωτοπαθούς

όγκου ή ακόμη ανάπτυξης πολυπόδων. Σε κάθε περίπτωση, ιστορικό προηγούμενης κολεκτομής για καρκίνο, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα υποτροπής με μέσο χρόνο εμφάνισης - ανίχνευσης που κυμαίνεται από 19-32 μήνες.

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΠΩΣ ΜΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

Η σημασία των διατροφικών συνθηκών στην εμφάνιση του ΚΠΕ έχει εδραιωθεί από πολλές μελέτες και εξακολουθεί να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο ως παράγων επιβαρυντικός ή προστατευτικός στην εμφάνιση της νόσου. Ακολουθεί μία βραχεία αναφορά σε συγκεκριμένα είδη διατροφής, καθώς και της επίπτωσης που

έχουν στον καρκινογενετικό μηχανισμό.

> Λίπος

Το λίπος που καταναλώνουμε στη διατροφή μας φαίνεται να επιδρά πολλαπλώς σε διάφορες λειτουργίες του οργανισμού όπως: η διέγερση της μεταβολικής δραστηριότητας των επιθηλιακών κυττάρων του εντερικού βλεννογόνου και η αύξηση της έκκρισης χολικών οξέων. Σε αρκετές αναδρομικές μελέτες, η κατανάλωση λίπους φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με τον καρκίνο. Όμως, σε μία μετά-ανάλυση 13 κλινικών μελετών δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης λίπους και ΚΠΕ παρά μόνο η συμβολή του λίπους στο σύνολο των προσλαμβανομένων θερμίδων.

Αντίθετα με το ζωϊκό λίπος, η κατανάλωση επιλεγμένων

μορφών λίπους όπως είναι τα n-3 λιπαρά οξέα που περιέχονται στο λίπος ορισμένων ψαριών, φαίνεται να δρά προστατευτικά μειώνοντας την μιτωτική δραστηριότητα των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου.

> Λαχανικά

Η κατανάλωση λαχανικών αποτελεί διαχρονικά το πλέον ισχυρό διατροφικό όπλο στην μείωση εμφάνισης του ΚΠΕ, ενώ η κατανάλωση φρούτων φαίνεται να έχει λιγότερο προστατευτική δράση.

Η συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων λαχανικών και του κινδύνου καρκινογένεσης παραμένει ασαφής. Λαχανικά της οικογένειας Allium (κρεμμύδια, πράσα, βολβοί, ασκαλώνια) έχει αποδειχθεί ότι έχουν προστατευτική δράση). Ανάλογη προστατευτική

δράση φαίνεται να ασκούν και λαχανικά της ομάδος Brassica (λάχανο, κουνουπίδι, μπρόκολο, λαχανάκια Βρυξελλών).

> Φυτικές ίνες

Η παρουσία ινών στο έντερο, αυξάνει τον όγκο των κοπράνων με αποτέλεσμα το εντερικό περιεχόμενο να διέρχεται ταχύτερα από το έντερο και το επιθήλιο του, να εκτίθεται για βραχύτερο διάστημα στα ενδοαυλικά καρκινογόνα. Παρ' όλα αυτά, ο ρόλος τους παραμένει ασαφής ως προς την προστασία που προσφέρουν στο έντερο, σε αντίθεση με το τεκμηριωμένο όφελος που προσφέρουν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

> Ασβέστιο

Το ασβέστιο, δεσμεύει και αδρανοποιεί τα λιπαρά και χολικά οξέα που βρίσκονται στο εντερικό περιεχόμενο και ασκούν τοξική - καρκινογόνο δράση στον εντερικό βλεννογόνο, παράλληλα δε, επιβραδύνει τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό του επιθηλίου.

> Άλλα διατροφικά προϊόντα

Σε συμπληρώματα που περιέχουν **αντι-οξειδωτικές ουσίες**, όπως ρετινοειδή (βιταμίνη Α), καροτενοειδή (πρόδρομος της βιταμίνης Α), ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C), α-τοκοφερόλη (βιταμίνη



“ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΦΕ ΚΑΙ ΤΣΑΓΙΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΤΟΝ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ. Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΥΤΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΛΙΜΑΚΩΘΕΙ ΣΕ ΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΟΥ 26% ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΧΝΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ ΚΑΦΕ. ”

Ε) και σελήνιο, αποδίδονται ευεργετικές ιδιότητες στην πρόληψη του ΚΠΕ που οφείλονται στην εξουδετέρωση των τοξικών ελευθέρων ριζών οξυγόνου.

Η κατανάλωση καφέ και τσαγιού προστατεύει τον εντερικό βλεννογόνο από την ανάπτυξη νεοπλασίας. Η προστασία αυτή μπορεί να κλιμακωθεί σε μία διαφορά περίπου 26% υπέρ των χρόνιων και συχνών καταναλωτών καφέ.

Καπνός

Οι καρκινογόνες ουσίες που περιέχονται στον καπνό, (PAHs-Polycyclic Aromatic Hydrocarbons), νιτροζαμίνες και αρωματικές αμίνες, καθιστούν την καπνιστική συνήθεια ως παράγοντα αυξημένου κινδύνου για καρκινογένεση.

Φυσική Άσκηση

Η φυσική άσκηση, παρ' όλο που είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η επίπτωση της στον ΚΠΕ, φαίνεται να δρά προστατευτικά

αυξάνοντας την ταχύτητα διέλευσης του εντερικού περιεχομένου, αποτρέποντας την αύξηση της ινσουλίνης και μειώνοντας την έκκριση της προσταγλανδίνης E2.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Αν και η θεραπεία του ΚΠΕ βασίζεται στις αρχές της πολύπλευρης προσέγγισης, η κύρια και μερικές φορές μόνη αναγκαία θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με εντοπισμένη νόσο είναι η χειρουργική εκτομή. Η προεγχειρητική αξιολόγηση περιλαμβάνει: πλήρη κολonosκόπηση, έλεγχο των επιπέδων του καρκινο-εμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) και αξονική τομογραφία θώρακος, κοιλίας και πυέλου προκειμένου να αποτυπωθεί η έκταση της νόσου, η παρουσία μεμακρυσμένων μεταστάσεων και να σχεδιασθεί η τελική θεραπευτική προσέγγιση. Επίσης, ο προεγχειρητικός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει τον έλεγχο για ανίχνευση άλλων σύγχρονων νεοπλασμάτων, καθώς μία

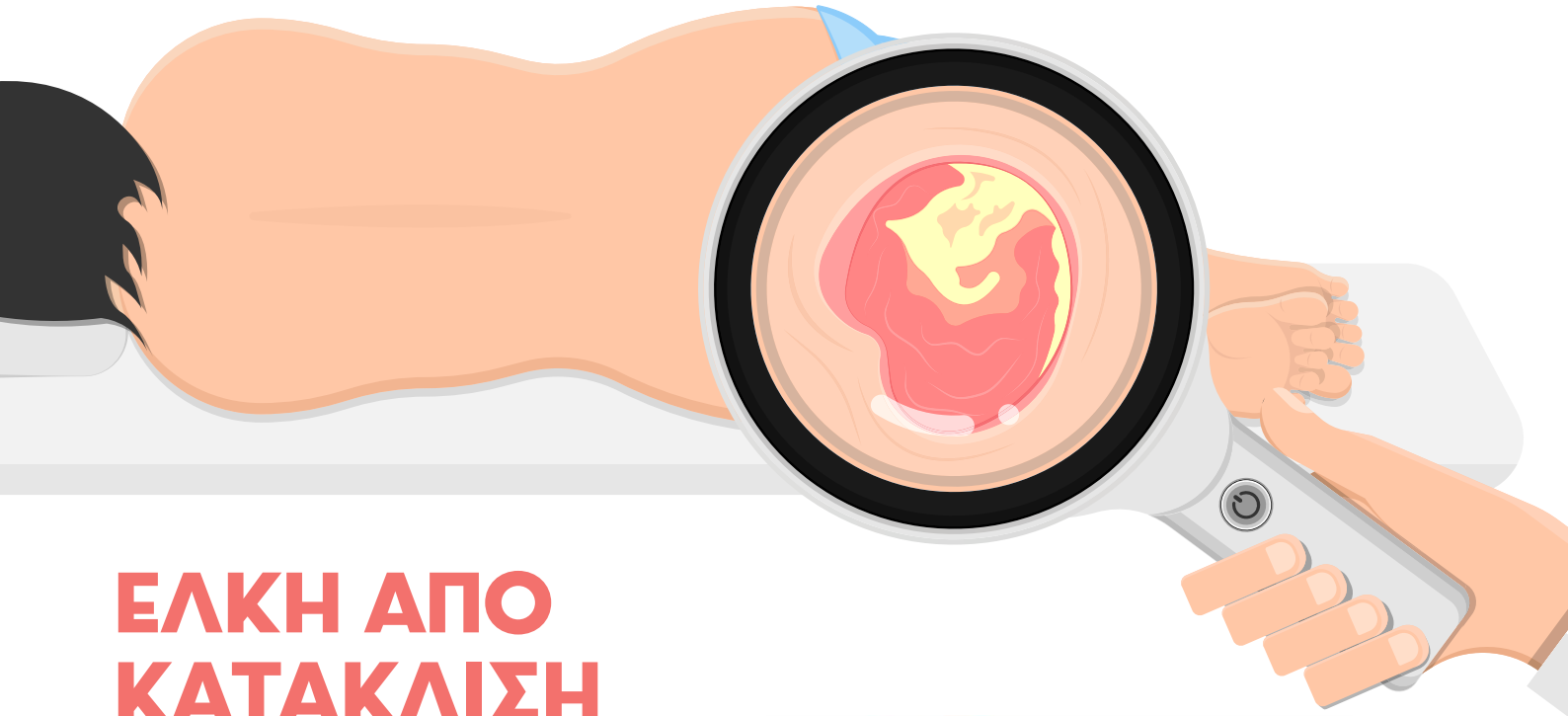
τέτοια συνύπαρξη στον γενικό πληθυσμό μπορεί να φθάσει μέχρι 5%.

Ο ΚΠΕ μπορεί να αναπτυχθεί σε διάφορα τμήματα (τυφλόν, εγκάρσιον κόλον, κατión, σιγμοειδές). Το σημείον εντόπισης του νεοπλάσματος καθορίζει και το είδος της επέμβασης, καθώς και τον τρόπο αποκατάστασης της συνέχειας του εντέρου.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των ασθενών με ΚΠΕ, διαγιγνώσκονται είτε με εντετοπισμένη, είτε με μεταστατική νόσο βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη. Η μοριακή ανάλυση (το αποτύπωμα του όγκου) μας δίνει τη δυνατότητα για τη χορήγηση στοχεύουσας (απόλυτα εξατομικευμένης) θεραπείας με νέους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες. Η κλινική εφαρμογή αυτών των εξελίξεων δημιουργεί προϋποθέσεις για οριστική θεραπεία σε επιλεγμένους ασθενείς με μεταστατική νόσο σε απομακρυσμένες εστίες (πνεύμονες, ήπαρ, εξωπεριοχικοί λεμφαδένες).

Συμπερασματικά, συγκλίνουσες είναι οι ενδείξεις ότι οι ασθενείς μπορούν σήμερα να ατενίζουν με περισσότερη αισιοδοξία το μέλλον γιατί ο ΚΠΕ, στην πλειονότητα των ασθενών είναι πλέον μία εν δυνάμει χρόνια νόσος. ■



ΕΛΚΗ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

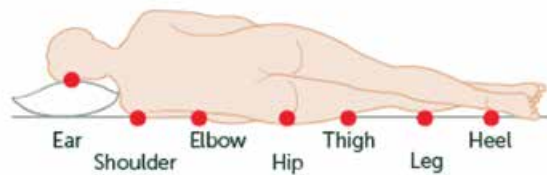
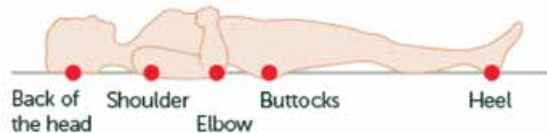
Γράφει ο Μπελέγρης Χριστόφορος
Γενικός Χειρουργός

Ελκος από κατάκλιση (ή έλκος από πίεση) ονομάζεται η καταστροφή του δέρματος ή και των υποκείμενων ιστών τα οποία εντοπίζονται συνήθως πάνω από μία προεξοχή κάποιου οστού, στην οποία ασκείται παρατεταμένα πίεση για κάποιο λόγο, με αποτέλεσμα να προκαλείται συμπίεση των αιμοφόρων αγγείων της περιοχής, διακοπή της μικροκυκλοφορίας, άρα της αιμάτωσης αυτής, με αποτέλεσμα την ισχαιμία και τελικά την νέκρωση των ιστών.

Συνήθως η πίεση ασκείται από το σώμα του ασθενή ο οποίος έχει σοβαρά κινητικά προβλήματα ή είναι πλήρως κατακεκλιμένος και συνεπώς είναι ανίκανος να αλλάξει θέση από μόνος του στο κρεβάτι ή έχει μειωμένη αισθητικότητα και δεν νιώθει πόνο από την καταστροφή των ιστών (π.χ. ηλικιωμένοι ασθενείς με προχωρημένη άνοια, σακχαρώδη διαβητικοί ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια, ασθενείς παραπληγικοί ή τετραπληγικοί, ασθενείς με ορθοπεδικές παθήσεις όπως κατάγματα λεκάνης, σπονδυλικής στήλης ή κάτω άκρων κ.α.).

ΣΤΑΔΙΑ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΕΛΚΗ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

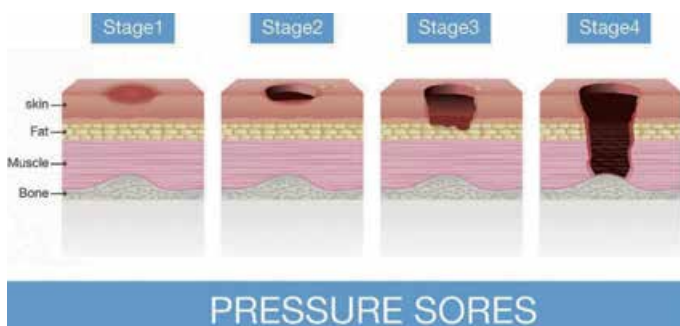
Ανάλογα με το βάθος της βλάβης τα έλκη από κατάκλιση χωρίζονται σε **4 στάδια**.



Cancer Research UK
Original diagram by the Tissue Viability Society

- > Στάδιο I: Δερματικός ερεθισμός με ερυθρότητα που δεν υποχωρεί στην τοπική πίεση. Συνοδεύεται πολλές φορές από οίδημα στην περιοχή.
- > Στάδιο II: Έλκος μερικού πάχους. Περιλαμβάνει βλάβη της επιδερμίδας ή και μέρος του χορίου του δέρματος. Πρόκειται για μία ήπια εξιδρωματική βλάβη.
- > Στάδιο III: Ολικού πάχους. Καταστροφή του δέρματος (επιδερμίδα και χόριο) σε όλο το πάχος τους με ταυτόχρονη καταστροφή ή νέκρωση του υποδόριου ιστού.

- Στάδιο IV: Έλκος πολύ βαθύ που περιλαμβάνει βλάβη ή και νέκρωση των μυών της περιοχής ή ακόμα και των υποκείμενου οστού.



Πολλές φορές το έλκος καλύπτεται από σκληρή νεκρωτική εσχάρα η οποία εμποδίζει την εκτίμηση του βάθους του. Τις περισσότερες φορές τα έλκη αυτά στην πραγματικότητα είναι 3^{ου} ή και 4^{ου} βαθμού. Η νεκρωτική εσχάρα και όλοι οι νεκρωτικοί ιστοί πρέπει να αφαιρούνται χειρουργικά προκειμένου να είναι δυνατή η αποκάλυψη του έλκους και η αντιμετώπισή του.

Η θεραπεία των ελκών αλλά και η πρόληψη αυτών απαιτεί να εξυπηρετούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις από πλευράς του ασθενή εκτός βέβαια από την σωστή περιποίηση αυτού καθ' αυτού του έλκους για την οποία θα αναφερθούμε παρακάτω.

- Καλή θρέψη του ασθενούς. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί η επαρκής πρόσληψη θερμίδων, πρωτεϊνών και βιταμινών. Συγκεκριμένα ο ασθενής με έλκος από κατάκλιση θα πρέπει να προσλαμβάνει όχι λιγότερες από 30 - 35Kcal / Kg βάρους/ ημερησίως εκ των οποίων σε μεγάλο βαθμό θα πρέπει να είναι πρωτεϊνικής προέλευσης και συγκεκριμένα με θετικό ισοζύγιο αζώτου της τάξης 1 με 2 gr / Kgr βάρους ημερησίως. Επίσης είναι σημαντικό η διαίτα να είναι εμπλουτισμένη με τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C, αργινίνη, ψευδάργυρο, βιταμίνες του συμπλέγματος B και επίσης ευρέως αποδεκτή είναι η ευεργετική δράση των Ω3 λιπαρών.
- Επαρκής ενυδάτωση του ασθενή.
- Ρύθμιση γλυκαιμίας στους διαβητικούς ασθενείς.

“ **ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΥΝΑΝΤΑΙ ΝΑ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΑΠΟ ΜΟΝΑ ΤΟΥΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΑ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΟΙΚΕΙΟΙ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΗ ΤΟΥΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΚΑΘΕ 2 ΩΡΕΣ ΕΣΤΩ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΔΙΑΦΟΡΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ (ΜΑΞΙΛΑΡΙΑ, ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΛΑΚΕΣ ΣΦΗΝΕΣ Κ.Α.).** ”

- Ρύθμιση της αναιμίας (καλός αιματοκρίτης).
- Καθαριότητα του έλκους και του δέρματος γύρω από αυτό (πχ να φροντίζουμε να μην λερώνεται με κόπρανα ή ούρα).
- Μείωση της πίεσης στις περιοχές των ελκών.
- Έλεγχος, όπου είναι δυνατόν, της σπαστικότητας των μυών με φαρμακευτική αγωγή.

Άτομα που δεν δύνανται να κινητοποιηθούν από μόνα τους θα πρέπει να τα κινητοποιούν οι οικείοι τους στην κλίνη τους τουλάχιστον κάθε 2 ώρες έστω χρησιμοποιώντας διάφορα βοηθήματα (μαξιλάρια, ειδικές μαλακές σφήνες κ.α.), ενώ θα πρέπει να τοποθετούνται στην κλίνη τους με γωνία πλάτης στις 30° ώστε να είναι μειωμένη η πίεση στον κόκκυγα και όταν είναι σε πλάγια θέση στους τροχαντήρες (ισχία). Επίσης αυτή η κλίση του ασθενούς μειώνει την πιθανότητα επεισοδίων εισρόφησης ενώ βελτιώνει την αναπνευστική τους λειτουργία. Διευκρινίζεται ότι η περιοχή η οποία φέρει έλκος δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να φορτίζεται πάνω από 1 ώρα συνεχόμενα (π.χ. ασθενής με έλκος στην περιοχή του κόκκυγα δεν πρέπει να είναι ξαπλωμένος ανάσκελα πάνω από 1 ώρα συνεχόμενα). Ασθενείς που φέρουν έλκη από κατάκλιση και είναι υποχρεωμένοι να κινητοποιούνται καθιστοί σε αναπηρικά αμαξίδια, η κινητοποίησή τους θα πρέπει να περιορίζεται στην 1 ώρα, 3 φορές την ημέρα. Η συγκεκριμένη οδηγία περιορίζει ιδιαίτερα την κοινωνική ζωή του ασθενούς που μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδιο, όμως η μειωμένη φόρτιση του



σημείου που φέρει το έλκος είναι αποφασιστικής σημασίας για την επούλωσή του. Απαραίτητη είναι η χρήση ειδικών αεροστρωμάτων στα κρεβάτια των ασθενών και ειδικών μαξιλαριών με αεροθαλάμους για τα αναπηρικά αμαξίδια.

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΕΛΚΩΝ

Αρχικά ο σκοπός είναι η αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών, η διάνοιξη και η παροχέτευση των αποστηματοποιημένων κοιλοτήτων και γενικά η αντιμετώπιση όλων των χαρακτηριστικών του έλκους που ενισχύ-

“ **ΤΑ ΕΛΚΗ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΟΥΝ ΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΕΥΚΟΛΙΑ, ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΛΙΓΕΣ ΩΡΕΣ. Η ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΡΟΝΟΒΟΡΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΑΡΚΗΣΕΙ ΠΟΛΛΟΥΣ ΜΗΝΕΣ.** ”

ουν την λοίμωξη της περιοχής.

Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε έλκους θα πρέπει να γίνει σωστή ρύθμιση του εξιδρώματός τους εξασφαλίζοντας το απαραίτητο υγρό περιβάλλον για την επιβίωση του κοκκιώδη ιστού που προωθεί την επούλωση (σε αντίθετη περίπτωση - στεγνό τραύμα - το έλκος νεκρώνεται) περιορίζοντας όμως ταυτόχρονα το υπερβολικό εξίδρωμα, το οποίο είναι σαφώς τοξικό για το έλκος, αφού ενισχύει την λοίμωξη της περιοχής.

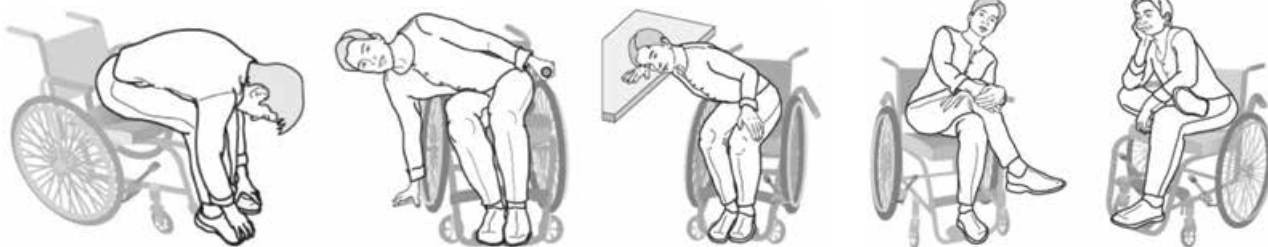
Σε γενικές γραμμές επιθετικά αντισηπτικά καλό είναι να αποφεύγονται κατά την περιποίηση του έλκους, ιδίως αδιάλυτα, διότι έχει αποδειχτεί ότι καταστρέφουν τον νεοσύστατο κοκκιώδη ιστό (είναι τοξικά για τους ινοβλάστες). Μία καλή λύση είναι η χρήση υγρών αντισηπτικών σαπουνιών (εμπλουτισμένα με αντιμικροβιακό παράγοντα) διαλυμένα με ικανή ποσότητα φυσιολογικού ορού (NaCl 0.9%). Προσοχή ο φυσιολογικός ορός δεν θα πρέπει να είναι κρύος, διότι προκαλεί σπασμό των μικρών αγγείων της περιοχής πράγμα που δεν δρα ευεργετικά στην επούλωση. Ο καθαρισμός θα πρέπει να

είναι ενεργητικός ώστε να καταστρέφεται το μικροβιακό βιοφίλμ που φέρουν συνήθως τα έλκη, αλλά και για να προκληθεί η ευεργετική υπεραίμια στην περιοχή. Προσοχή κατά τον ενεργητικό καθαρισμό να αποφεύγεται η αιμορραγία του έλκους και αν τυχόν υπάρξει θα πρέπει να γίνεται επίσχεση αυτής με πίεση με χρήση μιας γάζας πριν το κλείσιμο με επίθεμα του τραύματος ώστε να μην εγκλωβιστούν πήγματα (τα οποία προωθούν την επιμόλυνση).

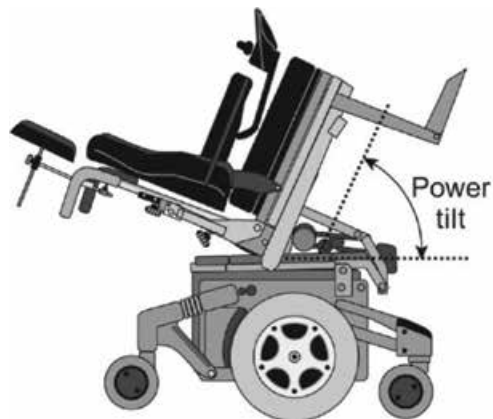
Ανάλογα με την φύση του έλκους μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφόρων ειδών επιθέματα (αλγινικά αργύρου ή μη, με υδροκολλοειδή, αφρώδη ιμπουπροφένης, με πλέγμα ρύθμισης απορρόφησης κ.α.). Σε πιο πολύπλοκες περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλες βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες μέθοδοι επούλωσης όπως η χρήση V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) και η εφαρμογή υπερβαρικού οξυγόνου σε ειδικούς θαλάμους.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα έλκη από κατάκλιση μπορούν να δημιουργηθούν με μεγάλη ευκολία, κάποιες φορές μέσα σε λίγες ώρες. Η επούλωσή τους είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα και μπορεί να διαρκέσει πολλούς μήνες ενώ σίγουρα επηρεάζουν αποφασιστικά την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων που τις φέρουν. Εκτός από τα σημεία πρόληψης στα οποία αναφερθήκαμε παρα-



πάνω απαραίτητος είναι ο καθημερινός, σχολαστικός έλεγχος του δέρματος. Ο παραμικρός ερεθισμός θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως δυνητικός προάγγελος έλκους από κατάκλιση και να ζητείται η γνώμη και η συνδρομή του θεράποντα ιατρού. Τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί η δυνατότητα αποφόρτισης σημείων πίεσης των μαλακών μοριών ενώ ο ασθενής βρίσκεται πάνω στο αμαξίδιο. Στόχος βέβαια είναι η πρόληψη ελκών από κατάκλιση ατόμων, οι οποίοι κινούνται αποκλειστικά με χρήση



αμαξιδίου, ώστε να μην περιορίζεται η κοινωνική ζωή τους. Οι ασκήσεις αποφόρτισης περιλαμβάνουν αλλαγή της θέσης του ανθρώπου στο αμαξίδιο με χρήση των τεχνικών δυνατοτήτων αυτού, που περιλαμβάνουν την μεταβολή της κλίσης τόσο της

πλάτης όσο και του καθίσματος του αμαξιδίου. Για τα άτομα που έχουν την κινητική δυνατότητα έχουν μελετηθεί διάφορες ασκήσεις αποφόρτισης πάνω στο αμαξίδιο οι οποίες περιλαμβάνουν και ασκήσεις οι οποίες μπορούν να πραγματοποιηθούν χωρίς αυτό να είναι εμφανές στον περίγυρο π.χ. προσομοιάζοντας θέση «σταυροπόδι».

ΑΚΜΗ

Γράφει ο Γεώργιος Οικονόμου

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Η Η ετυμολογία της λέξης ακμή είναι η περίοδος κατά την οποία ακμάζει, δηλαδή φτάνει στο ανώτερο και ακραίο σημείο της ανάπτυξής του, ένας πολιτισμός, ένας τομέας της ανθρώπινης δραστηριότητας ή ένα άτομο.

Από αυτή τη λέξη πήρε το όνομά της μια πάθηση του δέρματος η οποία εμφανίζεται κυρίως κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης. Βέβαια αυτό είναι σχετικό γιατί η ακμή μπορεί να επηρεάσει τον άνθρωπο από τη νηπιακή μέχρι και την ώριμη ενήλικη ηλικία (5% επηρεάζει τους άνω των 45 ετών). Η ψυχολογική επιβάρυνση της νόσου είναι σημαντική ανεξάρτητα από τη βαρύτητά της. Η κυστική μορφή της ακμής μπορεί να γίνει πολύ επώδυνη καθώς και αφήσει στο πέρασμά της δύσμορφες ουλές.

Η ακμή είναι η συνύπαρξη διαφόρων παραγόντων:

- > Πάχυνση κεράτινης στιβάδας και δημιουργία φαγεσώρων
- > Αύξηση έκκρισης σμήγματος
- > Αύξηση του προπιονικού βακτηρίου της ακμής
- > Φλεγμονή γύρω από το σμηματογόνο αδένα.


Υπάρχει και μεγάλη ποικιλία υποκείμενων αιτιών όπως:

- > Ορμονικά
- > Κατακράτηση υγρών
- > Άγχος
- > Διατροφή
- > Εξωγενή
- > Ιατρογενή
- > Εποχικά

Οι τύποι ακμής παρουσιάζουν μια ποικιλία επίσης με τη διεθνή τους ονομασία:

- > **Acne vulgaris:** η πιο κοινή μορφή που εκτείνεται από την παρουσία φαγεσώρων και φλυκταινών μέχρι την παρουσία κυστών με απώτερη παρουσία ουλών ατροφικών και υπερτροφικών
- > **Acne excoriee:** ουσιαστικά είναι προκλητές βλάβες. Τις βλάβες αυτές τις προκαλεί ο ίδιος ο ασθενής και τις αποδίδει σε ακμή
- > **Infantile acne:** Σε παιδιά μέχρι και τα 5 έτη)
- > **Acne conglobate/fulminans:** Είναι η πιο σοβαρή μορφή ακμής που εμφανίζεται σε νεαρά αγόρια σε τροπικά κλίματα με





“ Η ΑΚΜΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΑΠΟ ΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΩΡΙΜΗ ΕΝΗΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (5% ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 45 ΕΤΩΝ). Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ. ”

παρουσία κυστών, φλύκταινων και οιδήματος, πυρετού και πόνου στις αρθρώσεις.

Η αντιμετώπιση της ακμής στις ημέρες μας έχει ξεπεράσει την παλαιά θεώρηση του «θα μεγαλώσεις και θα περάσει». Η ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς και πως θα επιβαρυνθεί λιγότερο είναι η πρώτη προτεραιότητα. Ο διεθνής δείκτης DLQI (dermatology life quality index) προσδιορίζεται από ερωτηματολόγιο για την επιβάρυνση του ασθενή από την ακμή ανεξαρτήτων βαρύτητάς της.

Καθαριστικά με κερατολυτική και σμηγματορρυθμιστική δράση, τοπικά σκευάσματα με ποικιλία δραστικών συστατικών και συστηματικές θεραπείες όπως ορμονικοί παράγοντες, από το στόμα αντιβιοτικά και από το στόμα ρετινοειδή είναι στη φαρέτρα των δερματολόγων για να αντιμετωπίσουν την κάθε μορφή ακμής αλλά και κάθε ασθενή ξεχωριστά με εμπειρία και υπευθυνότητα. Και αυτό γράφεται γιατί δεν πρέπει να αφήνει κανείς το πρόβλημα της ακμής σε μη ειδικούς, γιατί η κατάληξη μπορεί να είναι καταστροφική. ■

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ

Πρωτοποριακή χειρουργική τεχνική ASI Bikini

Γράφει ο Σπυρίδων Γ. Μαραγκός

Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Γενικό Νοσοκομείο Λευκάδας

Η ολική αρθροπλαστική ισχίου (THR) είναι μία τεχνική που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα ισχίου που χρήζουν αντικατάσταση της άρθρωσης, καθώς και σε ασθενείς με βασηοαυχενικά και υποκεφαλικά κατάγματα του εγγύς μηριαίου.

Η πλέον πρωτοποριακή τεχνική για τις προαναφερθείσες παθήσεις είναι η τεχνική της άμεσης πρόσθιας προσπέλασης τύπου “bikini” αρθροπλαστικής ισχίου (ASI Bikini: Anterior Supine Incision Bikini type). Η συγκεκριμένη τεχνική μπορεί

να γίνει αυτόνομα από τον εξειδικευμένο ορθοπαιδικό χειρουργό ή και υποβοηθούμενα με την χρήση ρομπότ. Είναι μία ελάχιστα επεμβατική τεχνική πρόσθιας αντικατάστασης ισχίου, η οποία βοηθάει στη διατήρηση όλων των μαλακών ιστών της συγκεκριμένης ανατομικής περιοχής και στη διατήρηση των αγγείων (των πλευρικών αιμοφόρων αγγείων) σε σύγκριση με την τυπική πρόσθια προσπέλαση. Έχει εμφανώς καλύτερο αποτέλεσμα αισθητικά, όσον αφορά την ουλή κατά μήκος των φυσικών «γραμμών» του δέρματος - που μπορεί να κρυφτεί κάτω από το εσώρουχα ή το μαγιό.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Μικρή τομή
- Ελάχιστος τραυματισμός μαλακών μοριών
- Ταχύτερη ανάρρωση
- Ημερήσια νοσηλεία (εξιτήριο λίγες ώρες μετά το χειρουργείο)
- Σχεδόν ανύπαρκτοι μετεγχειρητικοί περιορισμοί
- Ταχύτερη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες
- Λιγότερος κίνδυνος εξάρθρωσης



εφαρμοστεί και σε ασθενείς με υποκεφαλικά ή βασηοαυχενικά κατάγματα μηριαίου έχοντας όλα τα προαναφερθέντα πλεονεκτήματα και μειώνοντας σημαντικά τις επιπλοκές των καταγμάτων. Στις περιπτώσεις των συγκεκριμένων καταγμάτων, η bikiini έρχεται να εφαρμοστεί πραγματοποιώντας ολική, αλλά και ημιολική αρθροπλαστική ισχίου αναλόγως των διαφόρων παραμέτρων που αξιολογούνται σε κάθε περίπτωση.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η πρόσθια επέμβαση αντικατάστασης ισχίου πραγματοποιείται με γενική ή περιφερειακή αναισθησία αναλόγως της γενικής κατάστασης υγείας του ασθενούς, της αναισθησιολογικές ενδείξεις αλλά και την επιθυμία του ασθενούς. Ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση στο χειρουργικό τραπέζι. Η τομή γίνεται στο μπροστινό μέρος του ισχίου. Δια μέσου των μυών (δεν αποκολλώνται ούτε κόβονται) και με ειδικά εργαλεία θα έχουμε πρόσβαση στην άρθρωση ώστε να γίνει η αντικατάσταση των φθαρμένων επιφανειών της άρθρωσης. Στη συνέχεια, το μηριαίο οστό εξαρθρώνεται από την κοιλότητα της κοτύλης. Η επιφάνεια της κοτύλης προετοιμάζεται με τη χρήση ενός ειδικού εργαλείου, που ονομάζεται reamer. Το εμφύτευμα της κοτύλης τοποθετείται με ενσφόνωση ή με χρήση οστικού τσιμέντου. Στη συνέχεια τοποθετείται ένα ειδικό ένθετο πολυαιθυλενίου υψηλού μοριακού

- Λιγότερη απώλεια αίματος
- Ελαχιστοποίηση της εμφάνισης της ουλής
- Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα

Η πρόσθια προσπέλαση αρθροπλαστικής ισχίου είναι μια τεχνική που παρέχει πολλαπλά οφέλη και στην πραγματικότητα υπάρχει για περισσότερα από 28 χρόνια, αλλά μέσω βελτιώσεων και τροποποιήσεων τόσο της τεχνικής όσο και των εμφυτευμάτων/εργαλείων έχει εξελιχθεί σε μια από τις πιο μοντέρνες επεμβάσεις αρθροπλαστικής

ισχίου. Με το πέρασμα των χρόνων εμφανίστηκε η bikiini, ως μια περαιτέρω βελτίωση της ήδη ελάχιστα επεμβατικής πρόσθιας προσπέλασης. Η bikiini αναπτύχθηκε αρχικά για να βοηθήσει στην καλύτερη δυνατή επούλωση του τραύματος, περιλαμβάνοντας και πλαστική χειρουργική στην σύγκλεισή του, καθώς σέβεται τις φυσιολογικές γραμμές/πτυχές του δέρματος, αλλά και την ιδιαιτερότητα της ανατομικής περιοχής στην οποία “κρύβεται” η χειρουργική τομή στο πρόσθιο (μπροστινό) μέρος του ισχίου.

Η ανωτέρω τεχνική δύναται να

ΥΓΕΙΑ

βάρους με ενσωματωμένη βιταμίνη E, μέσα στο κοτυλαίο εμφύτευμα.

Η μηριαία κεφαλή που έχει φθαρεί αφαιρείται και το μηριαίο οστό προετοιμάζεται με ειδικά εργαλεία ώστε το νέο μεταλλικό εμφύτευμα (κοντό νέας τεχνολογίας για την μέγιστη διατήρηση οστού) να εφαρμοστεί σωστά στο οστό. Στη συνέχεια, το εμφύτευμα εισάγεται στο μηριαίο οστό με ενσφήνωση. Τέλος η νέα μηριαία κεφαλή από κεραμικό υλικό τοποθετείται. Μόλις τα εμφυτεύματα στερεωθούν τα εργαλεία αποσύρονται και η τομή κλείνει με πλαστική ραφή και αποστειρωμένο ειδικό υλικό.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΚΤΗΣΗΣ ΜΕ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

Παράλληλα έχει αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα που σχετίζεται

με τη διαχείριση του πόνου και την ανάκτηση της κινητικής δραστηριότητας. Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει την έγχυση τοπικού αναισθητικού στο σημείο της επέμβασης τη στιγμή της επέμβασης στο πρόσθιο ισχίο. Έτσι προκαλείται υπαισθησία σε αυτό το τμήμα, έτσι ώστε μετά τη χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς να μην αισθάνονται σημαντικό πόνο ή ενόχληση βοηθώντας στην έναρξη της κινητοποίησης λίγες ώρες μετά την επέμβαση. Αυτό επιτρέπει στους ασθενείς να περπατήσουν μέσα σε 3 έως 4 ώρες μετά την αρθροπλαστική του ισχίου με λιγότερο πόνο, δυσφορία, λιγότερη ναυτία/έμετο, λιγότερη μυϊκή αδυναμία επιτυγχάνοντας ταχεία και άμεση σχεδόν ανάκαμψη.

Στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων, οι ασθενείς θα πάρουν εξιτήριο την ίδια ημέρα με πατερίτσες.

ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ & ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ

Οι περισσότεροι ασθενείς συνήθως περπατούν σε 3 με 4 ώρες, όταν χρησιμοποιούν το πρόγραμμα διαχείρισης του πόνου. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να φορούν τα δικά τους ρούχα κατά την διάρκεια των δραστηριοτήτων τους καθώς και κατά την διάρκεια του ύπνου. Συνιστάται στους χειρουργημένους ασθενείς να συνεχίσουν τις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες μόλις νιώσουν άνετα.

Δεν χρησιμοποιούνται παροχετεύσεις και καθετήρες, καθώς αυτό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μετάγγισης ή μόλυνσης, αλλά το πιο σημαντικό επιβραδύνει την κινητοποίηση.



ΤΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΕΤΕ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Κάθε ασθενής αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστό περιστατικό λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, τη ψυχοσωματική κατάσταση και τους δείκτες υγείας του. Όσοι ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα θα επιτύχουν τα καλύτερα αποτελέσματα αποκατάστασης.

► **Οίδημα:** Είναι πολύ συχνό μετά από οποιαδήποτε επέμβαση κάτω άκρων. Αυτό είναι μεταβλητό ως προς την έκταση και την κατανομή ενώ είναι σαφώς μικρότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες τεχνικές. Αυτό όμως μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Ενθαρρύνουμε το περπάτημα και τη μυϊκή δραστηριότητα καθώς αυτό θα μειώσει το πρήξιμο.

► **Μώλωπες / Μυϊκός πόνος / Κράμπες:** Μώλωπες μπορεί να παρατηρηθούν μεταξύ των επιπέδων του μηρού και του ποδιού ανάλογα με το χειρουργημένο σημείο. Αυτό θα λυθεί επίσης με τον καιρό. Μυϊκοί πόνοι ή κράμπες μπορεί να εμφανιστούν στους ασθενείς μετά την επέμβαση και αυτό οφείλεται συνήθως σε χειρισμούς του άκρου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

► **Οδήγηση:** Ανάλογα με την πολυπλοκότητα της χειρουργικής επέμβασης, οι ασθενείς μπορούν να οδηγήσουν ήδη 1-4 εβδομάδες μετά την επέμβαση.

► **Ταξίδια:** Περπατώντας μετά από αντικατάσταση ισχίου bikini για σύντομες διακρατικές πτήσεις, μπορείτε να πετάξετε μετά από 7 ημέρες. Για μεγάλα διακρατικά ταξίδια και πτήσεις άνω των 5 ωρών, η σύσταση είναι 6 εβδομάδες μετά το χειρουργείο, καθώς οι ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θρόμβων

“
ΚΑΘΕ
ΑΣΘΕΝΗΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ
ΩΣ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ
ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ
ΥΠΟΨΗ ΤΗΝ
ΗΛΙΚΙΑ, ΤΗ
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ
ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ
ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ.
”

αίματος. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να φοράνε κάλτσες TED ψηλά στους μηρούς, να παίρνουν ασπιρίνη 3 ημέρες πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πτήση, να κάνουν ασκήσεις μυϊκής αντλίας κάτω άκρων ενώ κατά τη διάρκεια της πτήσης και να κάνετε μια σύντομη βόλτα στο αεροπλάνο αν είναι δυνατόν. Είναι απολύτως σημαντικό να παραμένουν καλά ενυδατωμένοι. Εάν έχουν προηγούμενο ιστορικό DVT ή

PE, πρέπει να γίνεται γνωστό έτσι, ώστε να μπορούμε να παρέχουμε ασφαλή φροντίδα.

**Οι ανιχνευτές μετάλλων στις πύλες ασφαλείας του αεροδρομίου μπορούν να πνήσουν με τις αντικαταστάσεις γονάτου ή ισχίου.*

► **Ύπνος:** Οι ασθενείς μπορούν να κοιμούνται στο πλάι ή ανάσκελα αναλόγως των συνθηκών τους. Δεν υπάρχουν περιορισμοί στον ύπνο παρά μόνο στην πρηνή θέση (μηρούμυτα), κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Λόγω της χειρουργικής τομής, η οποία βρίσκεται προσθίως στην περιοχή της λεκάνης, πιθανόν να υπάρχει αίσθημα δυσφορίας στην περιοχή.

► **Sex:** Η σεξουαλική επαφή μπορεί να ξεκινήσει εφόσον ο ασθενής νιώσει ασφαλή και άνετα.

► **Μπάνιο:** Με το πέρας 2 ημερών από την χειρουργική επέμβαση και με τη χρήση ειδικών αδιάβροχων γαζών.

► **Διαχείριση ουλών:** Η ουλή είναι μια φυσική διαδικασία μετά από χειρουργική επέμβαση ή τραυματισμό. Μια ουλή θα εξαρτηθεί από την έκταση της χειρουργικής τομής, τον τύπο δέρματος, το χρώμα του δέρματος και άλλους παράγοντες, όπως ο διαβήτης, οι δερματικές παθήσεις κλπ. Η τακτική μάλαξη με τη χρήση ή μη δερματικών σκευασμάτων (σε μορφή γέλης, κρέμας κλπ.), σε επουλωμένες ουλές μπορεί να βοηθήσει. ■

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ ΕΦΕΡΕ ΠΡΩΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΙΚΟ MORCELLATOR.

Η Κλινική ΡΕΑ πρωτοπορεί για ακόμα μία φορά στον τομέα των ελάχιστα επεμβατικών χειρουργικών τεχνικών εγκαθιστώντας πρώτη στην Ελλάδα το νέο επαναστατικό **Υστεροσκοπικό Morcellator Bigatti (IBS)**. Το Bigatti δίνει στο χειρουργό το μεγάλο πλεονέκτημα της υστεροσκοπικής αφαίρεσης παθολογικών ενδομητρικών εστιών (πολυπόδων, υποβλεννογόνιων ινομυωμάτων και υπολειμμάτων πλακούντα), αποφεύγοντας την **θερμική βλάβη** στο ενδομητρικό

βλεννογόνο καθώς η λειτουργία του είναι καθαρά μηχανική.

Το Υστεροσκοπικό Morcellator διαθέτει εξωτερική διάμετρο μόλις 6 χιλιοστών και συνεπώς εισάγεται με μεγάλη ευκολία και με **ελάχιστη διαστολή του τραχήλου** και επιτρέπει την άμεση και ταχεία μηχανική αφαίρεση ενδομητρικών παθολογικών εστιών χωρίς τη χρήση συμβατικού ρεζεκτοσκοπίου ή άλλων μορφών θερμικής ενέργειας. Η αφαίρεση πολυπόδων, υποβλεννογόνιων ινομυωμάτων

και υπολειμμάτων πλακούντα με το υστεροσκοπικό Morcellator **δεν προκαλεί καμία θερμική βλάβη στους τριγύρω υγιείς ιστούς** ενώ ο ιστός που αφαιρείται, αναρροφάται και συλλέγεται σε σύστημα ειδικών φίλτρων.

Η πρόκληση θερμικών βλαβών στην ενδομητρική κοιλότητα πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα στις αναπαραγωγικές ηλικίες. Το Υστεροσκοπικό Morcellator Bigatti δίνει στους ιατρούς της Κλινικής ΡΕΑ τη δυνατότητα της υστεροσκοπικής αφαίρεσης παθολογικών εστιών του ενδομητρίου, χωρίς την πρόκληση θερμικών βλαβών, αφήνοντας ανεπηρέαστο τον υγιή ιστό. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την ελάχιστη διαστολή του τραχήλου λόγω της μικρής διαμέτρου του συστήματος (6mm), είναι μείζονος σημασίας για τις γυναίκες **αναπαραγωγικής ηλικίας** σε ότι αφορά τη **γονιμότητα και την ομαλότητα της κύησης** ενώ γενικότερα η μέθοδος αυτή βοηθάει την φυσιολογική λειτουργία του ενδομητρίου σε γυναίκες όλων των ηλικιών αποφεύγοντας τις επιπλοκές των προηγούμενων τεχνικών.

Η Κλινική ΡΕΑ παραμένει πρωτοπόρος στις επενδύσεις για ανανέωση και αναβάθμιση του ιατρικού της εξοπλισμού με νέες τεχνολογίες αιχμής που σκοπό έχουν τη βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.





η πλέον σύγχρονη επιλογή

Η Κλινική ΡΕΑ πρωτοπορεί στον τομέα των **ελάχιστα επεμβατικών χειρουργικών τεχνικών** και των **προηγμένων ιατρικών τεχνολογιών**, αναβαθμίζοντας διαρκώς τις χειρουργικές της αίθουσες και τον εξοπλισμό της, αποτελώντας την πλέον σύγχρονη επιλογή για τη Λαπαροσκοπική & Υστεροσκοπική Χειρουργική.

Λαπαροσκοπική & Υστεροσκοπική Χειρουργική

- Τρισδιάστατη (3D) όραση σταθερού οπτικού πεδίου
 - Απεικόνιση υψηλής ανάλυσης (4K)
- Σύστημα FGS (καθοδηγούμενη χειρουργική απεικόνιση από φθορισμό) με τεχνολογία NIR / ICG
- Υστεροσκοπική αφαίρεση παθολογικών ενδομητρικών εστιών - σύστημα Bigatti (IBS Υστεροσκοπικό Morcellator)



Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Η Κλινική ΡΕΑ καινοτομεί στον τομέα της Αγγειοχειρουργικής, χρησιμοποιώντας **για πρώτη φορά** στην Ελλάδα το πλέον σύγχρονο και ελάχιστα επεμβατικό Laser μήκους κύματος 1940 nm για την ενδοαυλική θεραπεία κερσών από τον ιατρό κ. Σιαφάκα Αθανάσιο.

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει το συγκεκριμένο φλεβικό Laser είναι πολλά, τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι η υψηλότερη απορροφητικότητα της ενέργειας laser με αποτέλεσμα η θεραπεία να γίνεται ακόμα πιο ανώδυνη και να μειώνεται ο συνολικός χρόνος της επέμβασης. Εστιάζει τη θερμότητα μόνο στην απαραίτητη επιφάνεια της φλέβας, σεβόμενη τους γύρω ιστούς και δίνει τη δυνατότητα εφαρμογής ακόμα και σε πιο επιφανειακές φλέβες.

Στα πλεονεκτήματά του, συμπεριλαμβάνεται και η χρήση μίας και μοναδικής ίνας, η οποία δεν μπορεί να αντιγραφεί ούτε να επαναχρησιμοποιηθεί μεγιστοποιώντας έτσι την ασφάλεια της ιατρικής πράξης.



Ο κ. Σιαφάκας Αθανάσιος, Αγγειοχειρουργός, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ, επισήμανε: «*το συγκεκριμένο Laser αποτελεί τομή στην Αγγειοχειρουργική. Οι ασθενείς μας εμπιστεύονται για άριστο αισθητικά και ιατρικά αποτέλεσμα με άμεση επιστροφή στην καθημερινότητά τους. Η χρήση του από*

έμπειρο και εξειδικευμένο Αγγειοχειρουργό κρίνεται απαραίτητη για την εγγύηση της ιατρικής πράξης».

Η Κλινική ΡΕΑ, δεσμεύεται να παραμένει πρώτη στις εξελίξεις με γνώμονα πάντα την προαγωγή της υγείας των ασθενών της. ■

ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ: ΝΕΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΔΟΕΑΠ

Η ΡΕΑ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική προχώρησε σε μία νέα συνεργασία με τον **Ενιαίο Δημοσιογραφικό Οργανισμό** Επικουρικής Ασφάλισης & Περίθαλψης (ΕΔΟΕΑΠ), καλύπτοντας πλήρως τις ανάγκες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ιατρικής περίθαλψης των ασφαλισμένων του.

Βάσει της νέας συνεργασίας, όλα τα μέλη του ΕΔΟΕΑΠ θα έχουν πλήρη κάλυψη, τόσο σε υπηρεσίες που αφορούν εξωτερικά ιατρεία όλων των ειδικοτήτων της Κλινικής, όσο και σε υπηρεσίες νοσηλείας όπως γυναικολογικά χειρουργεία, περιστατικά γενικής χειρουργικής, πλαστικής χειρουργικής, ουρολογικά περιστατικά, ορθοπεδικά, χημειοθεραπείες.

Στο πλαίσιο της κάλυψης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνονται και εργαστηριακές - διαγνωστικές εξετάσεις με ελάχιστη συμμετοχή των ασφαλισμένων. Επίσης, προσφέρονται σε όλα τα μέλη του ΕΔΟΕΑΠ προνομιακές τιμές στον τοκετό και σε εξετάσεις του Κέντρου Μαστού.

Η συμφωνία εντάσσεται στο πλαίσιο της συνεχούς αναβάθμισης των υπηρεσιών



υγείας που προσφέρει ο ΕΔΟΕΑΠ στους ασφαλισμένους του και στοχεύει να παρέχει ακόμη περισσότερες ποιοτικές επιλογές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, συνεργαζόμενος με την πλέον σύγχρονη και διεθνών προδιαγραφών Κλινική της χώρας.

Η Κλινική ΡΕΑ μετά την απόκτηση άδειας της Γενικής Κλινικής, συνεχίζει να διευρύνει τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες της, συνεργαζόμενη με Ιατρούς 23 ειδικοτήτων

και επενδύει διαρκώς σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας, με σκοπό να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας ικανοποιώντας στο έπακρον τις ανάγκες των ασθενών της.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη συνεργασία της ΡΕΑ με τον ΕΔΟΕΑΠ, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Λογιστήριο Ασθενών στο τηλέφωνο: 210 9495200-208, Δευτέρα - Παρασκευή, Ώρες: 09.00 - 16.00. ■

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η Κλινική ΡΕΑ, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας, προσκάλεσε το Gio Dreveli Makeup Academy σε μια μυστική αποστολή ομορφιάς!

Οι εργαζόμενες της ΡΕΑ απόλαυσαν μια ξεχωριστή εμπειρία επαγγελματικού μακιγιάζ και αφέθηκαν σε όλα εκείνα τα θετικά συναισθήματα που αναδεικνύουν την εσωτερική ομορφιά: η φροντίδα, η περιποίηση, η προσμονή για μια θετική αλλαγή, η έκπληξη, η χαρά...

Ας μην ξεχνάμε ποτέ, ότι εκπέμπουμε όσα νιώθουμε, είμαστε αυτά που σκεφτόμαστε και βλέπουμε με τα μάτια της ψυχής μας. Οι πιο όμορφες γυναίκες, είναι εκείνες που χαμογελούν με την ψυχή τους.





Η ΡΕΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΥΓΡΟΥ ΣΤΙΒΟΥ

Η Κλινική ΡΕΑ, **Αποκλειστικός Χορηγός Ιατρικών & Νοσηλευτικών Υπηρεσιών** για τις **Εθνικές Ομάδες γυναικών του Υγρού Στίβου**, υποστηρίζει τις αθλήτριες στην προετοιμασία και στους αγώνες τους με στόχο τη συμμετοχή τους στους **Ολυμπιακούς Αγώνες 2024**, στο Παρίσι.

Πιο συγκεκριμένα, η Εθνική **Ομάδα Υδατοσφαίρισης Γυναικών και η Εθνική Ομάδα Καλλιτεχνικής Κολύμβησης**, αποκτούν ελεύθερη πρόσβαση σε προληπτικούς και εργαστηριακούς διαγνωστικούς ελέγχους, καθώς και κλινικές

εξετάσεις στα Εξωτερικά Ιατρεία της ΡΕΑ. Σε περίπτωση που χρειαστεί, τους προσφέρονται υψηλού επιπέδου χειρουργικές υπηρεσίες και νοσηλεία Ευρωπαϊκών προδιαγραφών, όπως δεσμεύεται η Κλινική ΡΕΑ να παρέχει σε όλους τους ασθενείς της.

Ο Δημήτριος Μαθιόπουλος, μέλος Δ.Σ. Κλινικής ΡΕΑ επισημαίνει: *«Η Διοίκηση της ΡΕΑ έχει υποστηρίξει και στο παρελθόν αθλητικές ομάδες γυναικών, κι είμαστε υπερήφανοι για όλους τους αθλητές, άνδρες και γυναίκες, που εκπροσωπούν τη χώρα μας στο εξωτερικό. Ως Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι, θέλουμε να αγκαλιάσουμε*

ακόμη περισσότερο τις γυναίκες αθλήτριές μας, θέλουμε να φροντίσουμε με τον βέλτιστο τρόπο το σώμα τους, να προνοήσουμε για την υγεία τους, να συμμετέχουμε έστω με αυτό τον τρόπο στο μεγάλο όνειρο των Ολυμπιακών Αγώνων. Κυρίως, θέλουμε να πραγματοποιηθεί το όνειρό τους. Μην ξεχνάμε άλλωστε, ότι κι εμείς είμαστε μια ενωμένη ομάδα, μια ομάδα ιατρών, που οραματίστηκε ένα Νοσοκομείο και το έκανε πραγματικότητα. Ξέρουμε από όνειρα και αξίζει να βοηθήσουμε τα νέα παιδιά να τα κατακτήσουν. Καλή επιτυχία στην προσπάθειά τους!».

Η **ΡΕΑ** συνεχίζει να διευρύνει τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες και να επενδύει τόσο σε υψηλής κατάρτισης ανθρώπινο δυναμικό, όσο και σε τελευταίας τεχνολογίας ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, τηρώντας Ευρωπαϊκές προδιαγραφές υψηλών απαιτήσεων και ξεχωρίζει ως μια από τις πλέον σύγχρονες Κλινικές της Ελλάδας. ■



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

FREZYDERM baby cream

ΠΑΝΟΠΛΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΑΠΑΛΗ ΜΕ ΤΟ ΔΕΡΜΑ, ΣΕ ΚΑΘΕ ΑΛΛΑΓΗ ΠΑΝΑΣ



Προστατευτική, αδιάβροχη κρέμα
για μετά την αλλαγή της πάνας



Ειδικά μελετημένη για βρέφη
από τη γέννηση



Με ασφαλές ποσοστό οξειδίου του ψευδαργύρου
για «**φραγμό**» **προστασίας** από **την υγρασία** που
όμως δεν επιβαρύνει το δερματάκι



Χαμομηλέλαιο που καταπραΰνει το σύγκομα
Πανθενόλη για ανάπτυξη & επούλωση

ΛΕΠΤΟΡΡΕΥΣΤΗ ΥΦΗ

Εφαρμογή & αφαίρεση χωρίς τριβή



Με την εμπιστοσύνη
Παιδιάτρων &
Φαρμακοποιών