

Realady

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ

EDITORIAL

ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ
ΣΤΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ
ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ



ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

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 σύγκραμα
Πανθενόλη για ανάπτυξη & επούλωση

ΛΕΠΤΟΡΡΕΥΣΤΗ ΥΦΗ

Εφαρμογή & αφαίρεση χωρίς τριβή



Με την εμπιστοσύνη
Παιδιάτρων &
Φαρμακοποιών

www.frezyderm.gr

Realady

ΕΚΔΟΣΗ & ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

ΡΕΑ Γυναικολογική Μ.Χ.Θ.Δ.

Κλινική Α.Ε.

Λεωφ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17

Τ.Κ. 17564, Π. Φάληρο

Τ. 210 9495000

E. info@reamaternity.gr

www.reamaternity.gr

Επιστημονική Επιμέλεια

Ομ. Καθηγητής Γ. Κρεατσάς

FACS, FACOG, FRCOG

Υπεύθυνος Έκδοσης

Αναστάσιος Χρηστίδης

Εμπορική Διεύθυνση

Μαρτίνα Αγαππού

Ευαγγελία Ασημίνα

Ορέστης Χασιώτης

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

Διεθνής αναγνώριση για την Κλινική ΡΕΑ στο Παγκόσμιο Συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας (ASCO): Σημαντικά συμπεράσματα και κατευθύνσεις στη μάχη κατά του καρκίνου του ενδομητρίου.

Διεθνή αναγνώριση έλαβε η Κλινική ΡΕΑ στο Παγκόσμιο Συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας (ASCO), το σημαντικότερο συνέδριο παγκοσμίως για την ογκολογία, με την αποδοχή της ερευνητικής της μελέτης "Rate of p53 and MMR IHC assessment accordance between matched D&C and hysterectomy samples in uterine cancer", με αντικείμενο τη διερεύνηση των μοριακών βιοδεικτών P53 & MMR οι οποίοι αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικούς προγνωστικούς και θεραπευτικούς παράγοντες στον καρκίνο του ενδομητρίου. Η ερευνητική μελέτη έγινε δεκτή και δημοσιεύθηκε στο παγκόσμιο συνέδριο της ASCO που πραγματοποιήθηκε στο Σικάγο, καταδεικνύοντας τη σημαντικότητα των συμπερασμάτων που εξήχθησαν.

Η μελέτη που διεξήχθη από την εξειδικευμένη ερευνητική ομάδα της Κλινικής ΡΕΑ, αξιολόγησε την συμφωνία των αποτελεσμάτων της ογκοπρωτεΐνης p53 και των γονιδίων επιδιόρθωσης του DNA MMR, μέσω ανοσοϊστοχημείας, μεταξύ δειγμάτων προερχόμενα από υστεροσκόπηση και από υστερεκτομή, σε ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του ενδομητρίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν απόλυτη συμφωνία (100%) για την p53 και 98,96% συμφωνία για τα γονίδια MMR.

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η αξιολόγηση των βιοδεικτών p53 και MMR σε δείγματα προερχόμενα από υστεροσκόπηση είναι εξίσου αξιόπιστη με την αξιολόγηση σε δείγματα υστερεκτομής. Το συμπέρασμα αυτό είναι ιδιαίτερος σημαντικό καθώς η γνώση της μοριακής κατάστασης του καρκίνου του ενδομητρίου πριν από το χειρουργείο, μπορεί να καθοδηγήσει τις αποφάσεις για την χειρουργική αντιμετώπισή του αλλά και τις επιλογές διατήρησης γονιμότητας, καθιστώντας ενδεχομένως περιττή την επαναξιολόγηση των συγκεκριμένων βιοδεικτών μετά από την υστερεκτομή.

Ο πρόεδρος της Κλινικής ΡΕΑ, κ. Κυριάκος Μητσάκος - Μπαρμπαγιάννης δήλωσε ότι «Η διάκριση αυτή επιβεβαιώνει τη δέσμευση της Κλινικής ΡΕΑ στην καινοτομία και την αριστεία στον τομέα της γυναικολογικής ογκολογίας αλλά και γενικότερα στην παροχή κορυφαίας φροντίδας υγείας, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη καινοτόμων θεραπευτικών προσεγγίσεων που μπορούν να βελτιώσουν τις ζωές των ασθενών.»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΥΓΕΙΑ

- 6** Καρκίνος και νεότερα δεδομένα στον σύγχρονο κόσμο
- 10** Mini διαδερμική νεφρολιθοτριψία (mini PCNL), εναλλακτική λύση ή αντικατάσταση της κλασικής μεθόδου (standard PCNL) στην αντιμετώπιση της λιθίασης του ουροποιητικού;
- 14** Κολονοσκόπηση: Η εξέταση που σώζει ζωές
- 18** Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου ABLE: Πότε εφαρμόζεται & τι πλεονεκτήματα προσφέρει
- 20** Πόσο καλά έχετε προετοιμαστεί για το χειρουργείο σας;
- 26** Σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της αποφρακτικής καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, σύμφωνα με τις τρέχουσες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες
- 32** Το υπερηχογράφημα πνευμόνων

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ & ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

- 36** Έγκυες γυναίκες - Προστατέψτε το νεογέννητό σας από τον κοκκύτη
- 40** Χοληστερίνη και κύηση
- 46** Πρόωρος Τοκετός. Γιατί συμβαίνει και πώς αντιμετωπίζεται
- 50** Η πρώτη κύηση σε ηλικιωμένες Γυναίκες
- 52** Υπολειπόμενη Εμβρυϊκή Ανάπτυξη

ΓΥΝΑΙΚΑ & ΥΓΕΙΑ

- 56** Προγνωστικοί παράγοντες στον πρώιμο, μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού
- 62** Δυσμηνόρροια: Όταν η εφηβεία ξεκινά με πόνο
- 66** Οι επιπτώσεις της οστεοπόρωσης
- 70** Εγκυμοσύνη, ευρυαγγείες και σκληροθεραπεία
- 72** Το ΤΕΣΤ ΠΑΠ σώζει ζωές



ΕΥ ΖΗΝ

- 76** 3D Βλεφαροπλαστική

ΝΕΑ ΤΗΣ ΡΕΑ

- 78** Μνημόνιο συνεργασίας του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη με την Κλινική ΡΕΑ
- 79** Σεμινάριο Ενδοσκοπικής Χειρουργικής
- 80** Παγκόσμια Ημέρα Εθελοντή Δότη Μυελού των Οστών
- 82** Δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για τις κρατούμενες Γυναίκες του Καταστήματος Κράτησης Κορυδαλλού από την Κλινική ΡΕΑ
- 83** Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα «Κλινική Καρδιοτοκογραφία & Παρακολούθηση του Εμβρύου»
- 84** Εθελοντική Αιμοδοσία Κλινικής ΡΕΑ «ΕΙΝΑΙ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΣΟΥ ΝΑ ΒΟΗΘΑΣ»
- 85** Κλινική ΡΕΑ & Σύλλογος ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ στο Δήμο Πειραιά

ENERGIERS

KIDS OF THE WORLD

energino

Baby

♥ newborn ♥ φορμάκια ♥ είδη βρεφανάπτυξης
♥ φορέματα ♥ φόρμες εξόδου

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

MEDITERRANEAN COSMOS:

11ο χλμ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ-Ν.ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ

T: 2310 476 024

ΠΑΡΚΟ FLORIDA:

11ο χλμ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ-ΠΕΡΑΙΑΣ

T: 2310 805 639

ΚΕΝΤΡΟ

ΜΑΚΕΝΖΥ ΚΙΝΓΚ 6 T 2311 828708

ΕΥΟΣΜΟΣ: ΜΕΓ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 59

T: 2310 387 894

ΕΥΚΑΡΠΙΑ: Ρ.ΦΕΡΑΙΟΥ 21 T 2310 686540

ΑΘΗΝΑ

ΚΕΝΤΡΟ: ΚΑΠΝΙΚΑΡΕΑΣ & ΕΡΜΟΥ ΓΩΝΙΑ

T: 211 411 2863

ΓΛΥΦΑΔΑ: ΛΑΖΑΡΑΚΗ 8 T: 210 892 0936

ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ: ΛΕΩΦ. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ 239

T: 211 411 3029

ΚΑΛΛΙΘΕΑ: ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 161

T: 210 322 7555

ΙΛΙΟΝ: ESCAPE CENTER,

ΛΕΩΦ. ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ 67 T: 210 232 2910

ΠΑΤΡΑ

ΡΗΓΑ ΦΕΡΑΙΟΥ 91 T: 2610 240142

ΛΑΡΙΣΑ

ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 15 T: 2411 810345

ΚΑΒΑΛΑ

ΜΕΓ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 17 T: 2510 830 256

ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ

ΒΑΣ. ΣΟΦΙΑΣ 5 T: 2463022013

ΣΑΜΟΣ

ΚΑΠ. ΣΤΑΜΑΤΗ 24 T: 22730 87151

follow us on INSTAGRAM @ FACEBOOK f

www.energiers.gr

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΟΣΜΟ

Γράφει ο Σπυρίδων Παπανικολάου

Ογκολόγος Παθολόγος, Συνεργάτης Ογκολογικής Μονάδας
Ημερήσιας Νοσηλείας ΡΕΑ





Ο καρκίνος εξακολουθεί να είναι μία λέξη φόβητρο στην Ελληνική κοινωνία, με την αναγγελία της διάγνωσης να αποτελεί μία από τις χειρότερες ειδήσεις που μπορεί να διαχειριστεί ένα άτομο και μία οικογένεια. Στην πραγματικότητα όμως τα πράγματα δεν είναι έτσι. Αρκεί να αναφέρουμε ότι χάρις στην πρόωπη διάγνωση, έγκαιρη θεραπεία και χάρις στις σύγχρονες θεραπείες, η ίαση του συχνότερου καρκίνου στις Γυναίκες, του καρκίνου του μαστού, πλησιάζει στο 90%. Αυτό σημαίνει ότι οι εννέα στις δέκα Γυναίκες που θα νοσήσουν, θα θεραπευτούν.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ;

Ο καρκίνος ουσιαστικά είναι ένα κύτταρο το οποίο χάνει την φυσιολογική του λειτουργία και αρχίζει να αναπαράγεται ανεξέλεγκτα εξού και ο χαρακτηρισμός του κακοήθους όγκος. Ο καρκίνος σπάνια κληρονομείται (5-10%), πολύ συχνά προκαλείται από το σύγχρονο τρόπο ζωής. Το πιο γνωστό καρκινογόνο είναι ο καπνός του τσιγάρου. Το κάπνισμα προκαλεί τους εννέα από τους δέκα καρκίνους του πνεύμονα, (ο οποίος παραμένει από τους πιο θανατηφόρους), ένας καπνιστής έχει 15-30 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσει από καρκίνο του πνεύμονα. Εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα, το κάπνισμα προκαλεί επίσης καρκίνο του στόματος, της τραχείας, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστεως, του παγκρέατος, του στομάχου κτλ. Ένα άλλο καρκινογόνο το οποίο πρόσφατα έχει ενοχοποιηθεί, είναι το κόκκινο κρέας (μουςχαρίσιο, χοιρινό, κατσικίσιο, αρνίσιο) και το επεξεργασμένο κρέας (μπέικον, λουκάνικα, ζαμπόν, σαλάμια). Τα συγκεκριμένα προϊόντα αυξάνουν τις πιθανότητες καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΑΥΤΟ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΥΜΕ;

Όχι, για το επεξεργασμένο κρέας η κατανάλωσή του είναι άσκοπη, οπότε με μέτρο, όσον αφορά στο κόκκινο κρέας, το οποίο είναι πλούσια πηγή πρωτεΐνης, καλό είναι να μην υπερβαίνει τα 500 γραμμάρια την εβδομάδα με μεθόδους ψησίματος πιο υγιεινές (όχι κάρβουνο ή κάπνισμα). Ένα

άλλο καρκινογόνο, που η κατανάλωσή του μας προδιαθέτει για ανάπτυξη καρκίνου είναι το αλκοόλ, το οποίο ευθύνεται για καρκίνους του στομάχου, του οισοφάγου, του λαιμού κτλ. Η μείωση της κατανάλωσης των αλκοολούχων ποτών βελτιώνει τα ποσοστά εμφάνισης κακοήθειας.

ΤΕΛΙΚΑ ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΡΩΜΕ ΚΑΙ ΤΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΥΜΕ;

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μπορεί να μειωθεί με την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και δραστηριοτήτων. Να τρώμε περισσότερα φρούτα, λαχανικά, όσπρια και λιγότερο κρέας και ζωικά λίπη. Ο κίνδυνος αυτός έχει υπολογιστεί με βάση την διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους (Δείκτης Μάζας Σώματος φυσιολογικός), ήπια σωματική δραστηριότητα, αποφυγή τροφών που οδηγούν σε πρόσληψη βάρους, όπως τα ζαχαρούχα ποτά και το γρήγορο φαγητό (Fast food). Ένας άλλος καρκινογόνος παράγοντας πολύ σημαντικός, ο οποίος συχνά παραβλέπεται είναι ο ήλιος. Η έκθεση στον ήλιο προδιαθέτει στην ανάπτυξη μελανώματος, μίας κακοήθειας η οποία έχει συνεχιζόμενη αυξητική τάση με τον ήλιο να είναι βλαβερός, ιδίως στα παιδιά. Όπως έλεγαν και οι αρχαίοι υμών πρόγονοι “πάν μέτρον άριστον”, όλα με μέτρο.

Σημαντικό μέρος στην έκβαση της νόσου και στην ίαση των ασθενών με κακοήθεια, έχει διαδραματίσει η σύγχρονη έρευνα στον τομέα της θεραπείας και η χρησιμοποίηση καινούριων θεραπειών και μεθόδων. Στον καρκίνο του μαστού έχουν γίνει άλματα τα τελευταία χρόνια στην θεραπεία και στα διαγνωστικά εργαλεία που τίθενται στον θεράποντα Ιατρό για την λήψη των σωστών αποφάσεων. Ένα παράδειγμα αποτελούν οι μοριακές υπογραφές (Oncotype, Endopredict, MammaPrint) στην λήψη της θεραπευτικής απόφασης, αν μία Γυναίκα που έχει χειρουργηθεί χρειάζεται να λάβει προληπτική χημειοθεραπεία. Αυτές οι μοριακές υπογραφές έχουν γλιτώσει πολλές ασθενείς από την λήψη χημειοθεραπείας, γιατί παρά τα αναμφισβήτητα οφέλη, είναι μία σωματική και ψυχολογική ταλαιπωρία. Στον τομέα των θεραπειών συνεχώς προστίθενται

βέλη στην φαρέτρα του Ιατρού για την βελτίωση της έκβασης της νόσου. Να αναφέρουμε μόνο τις καινούριες μοριακές θεραπείες για τον ορμονοευαίσθητο καρκίνο (CDK 4/6 αναστολείς, Pi3k αναστολείς, elacestrant), για τον Her2 θετικό (trastuzumab, pertuzumab, trastuzumab - derutextan, trastuzumab - emtansine) και προσφάτως για την είσοδο της ανοσοθεραπείας στους ασθενείς με τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού. Επίσης, θεραπευτικές επιλογές έχουν προστεθεί στις ασθενείς με κληρονομούμενο καρκίνο με μετάλλαξη του BRCA γονιδίου ή με μία γονιδιακή αστάθεια (HRD), στις οποίες χορηγείται το Lynparza ένα χάπι, το οποίο έχει δραστηριότητα στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών.

σε νεαρότερη ηλικία και μπορεί να επιλεχθούν διαφορετικές μέθοδοι, όπως η μαγνητική μαστογραφία.

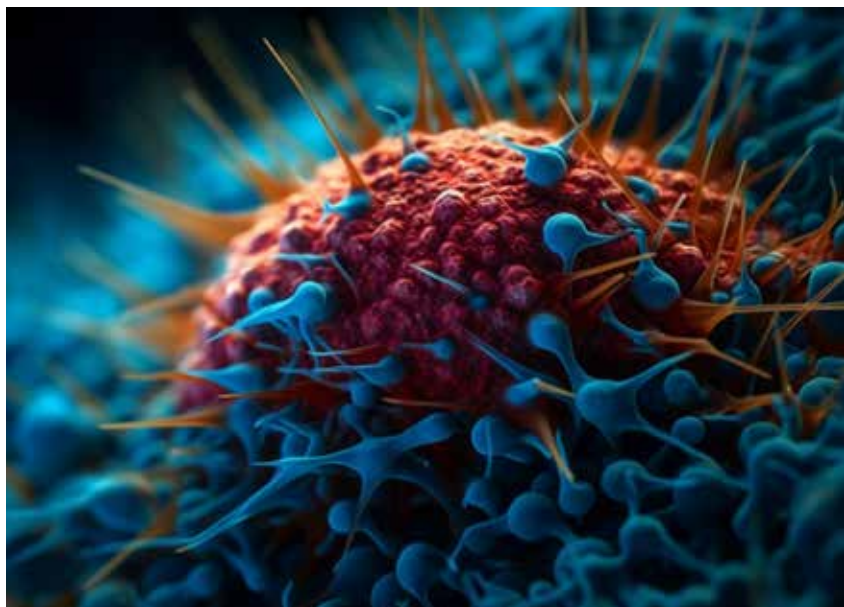
Τελευταία και σημαντικότερη, είναι η πρόληψη για να προλαμβάνουμε τις κακοήθειες σε αρχικά θεραπεύσιμα στάδια. Αυτά είναι η μαστογραφία για τις Γυναίκες με ηλικία έναρξης τα σαράντα έτη ετησίως για όλη τη διάρκεια της ζωής, εφόσον είναι σε καλή κατάσταση, το τεστ Παπανικολάου από την ηλικία των 21 ετών, για τους Άνδρες το PSA από την ηλικία των 50 ετών και τέλος και για τους δύο κολονοσκόπηση από την ηλικία των 45 ετών και αξονική θώρακος χαμηλής δόσης από την ηλικία των 50 ετών στους καπνιστές.

“ Η πρόληψη σώζει ζωές, ένας υγιεινός τρόπος ζωής με σωστή διατροφή και άσκηση βοηθάει, όχι μόνο στην ελάττωση του κινδύνου νόσησης από κακόηθες νόσημα, αλλά και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής μας. ”

ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥΜΕΝΟΣ;

Η απάντηση είναι ναι με τα λεγόμενα σύνδρομα κληρονομούμενου καρκίνου, τα οποία οφείλονται σε γονίδια, τα οποία δεν λειτουργούν όπως πρέπει. Στον κληρονομούμενο καρκίνο οφείλονται το 5-10% των κακοηθειών. Τα πιο γνωστά σύνδρομα είναι το Lynch (καρκίνος παχέος εντέρου), BRCA 1-2 (καρκίνος του μαστού και των ωοθηκών), Lifaumeni (σαρκώματα κ.α.). Ο κληρονομούμενος καρκίνος εμφανίζεται συνήθως σε νεότερες ηλικίες, υπάρχουν πολλαπλά περιστατικά σε μία οικογένεια ή πολλαπλοί καρκίνοι σε έναν ασθενή. Κάποιος που ανήκει στις αναφερόμενες κατηγορίες καλό είναι να παραπεμφθεί για γενετική συμβουλευτική. Αυτό μπορεί να βοηθήσει και τον ίδιο με αλλαγή στο πρόγραμμα και στον τρόπο παρακολούθησής του και στον προγραμματισμό του προγράμματος παρακολούθησης των μελών της οικογένειας που πάσχουν από το ίδιο σύνδρομο. Π.χ. σε μία ασθενή που φέρει BRCA μετάλλαξη, η έναρξη της παρακολούθησης με μαστογραφία γίνεται

Η πρόληψη σώζει ζωές, ένας υγιεινός τρόπος ζωής με σωστή διατροφή και άσκηση βοηθάει, όχι μόνο στην ελάττωση του κινδύνου νόσησης από κακόηθες νόσημα, αλλά και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής μας. ■



ORCHESTRA[®]

ΜΟΔΑ • ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ • ΒΡΕΦΑΝΑΠΤΥΞΗ



Club
ORCHESTRA

-50%

ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ
ΣΤΗ ΜΟΔΑ



-50%

ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ
ΣΤΑ ΡΟΥΧΑ*

-30%

ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ
ΣΤΑ ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ*

ΕΩΣ -20%

ΟΛΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ
ΣΤΗ ΒΡΕΦΑΝΑΠΤΥΞΗ*

gr.shop-orchestra.com



Mini διαδερμική νεφρολιθοτριψία (mini PCNL), εναλλακτική λύση ή αντικατάσταση της κλασικής μεθόδου (standard PCNL) στην αντιμετώπιση της λιθίασης του ουροποιητικού;

Γράφει ο Ιωάννης Γλύκας, MD, PhD,

Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδρολόγος, Συνεργάτης Ουρολογικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ;

Αρχικά να αποσαφηνίσουμε τι εννοούμε με τον όρο λιθίαση του ουροποιητικού συστήματος. Πρόκειται για τις γνωστές «πέτρες» στους νεφρούς, τους ουρητήρες και την ουροδόχο κύστη. Η λιθίαση είναι μία πολύ συχνή πάθηση και αφορά περίπου το 11% των ενηλίκων στις Δυτικές Χώρες. Υπάρχει σημαντική ετερογένεια στη συχνότητα εμφάνισης αναλόγως με τους διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής του καθενός. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός πως συνδέεται με το οικογενειακό ιστορικό, καθώς συγγενείς ασθενών με λιθίαση έχουν αυξημένο κίνδυνο. Ως προς τα συμπτώματα που προκαλούν οι λίθοι κατά την μετακίνησή τους, αυτά συνοψίζονται με

τον όρο κολικός νεφρού, μια κατάσταση ιδιαίτερα δυσάρεστη και επώδυνη. Οι λίθοι μπορούν επίσης να προκαλέσουν αιματοουρία ή και πυρετό από συνοδό απόφραξη και λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος. Είναι μεγάλης σημασίας η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους από τον Ουρολόγο και για να μην πονάει κανείς, αλλά και για να αποφευχθούν οι δυσάρεστες περαιτέρω επιπλοκές της νόσου.

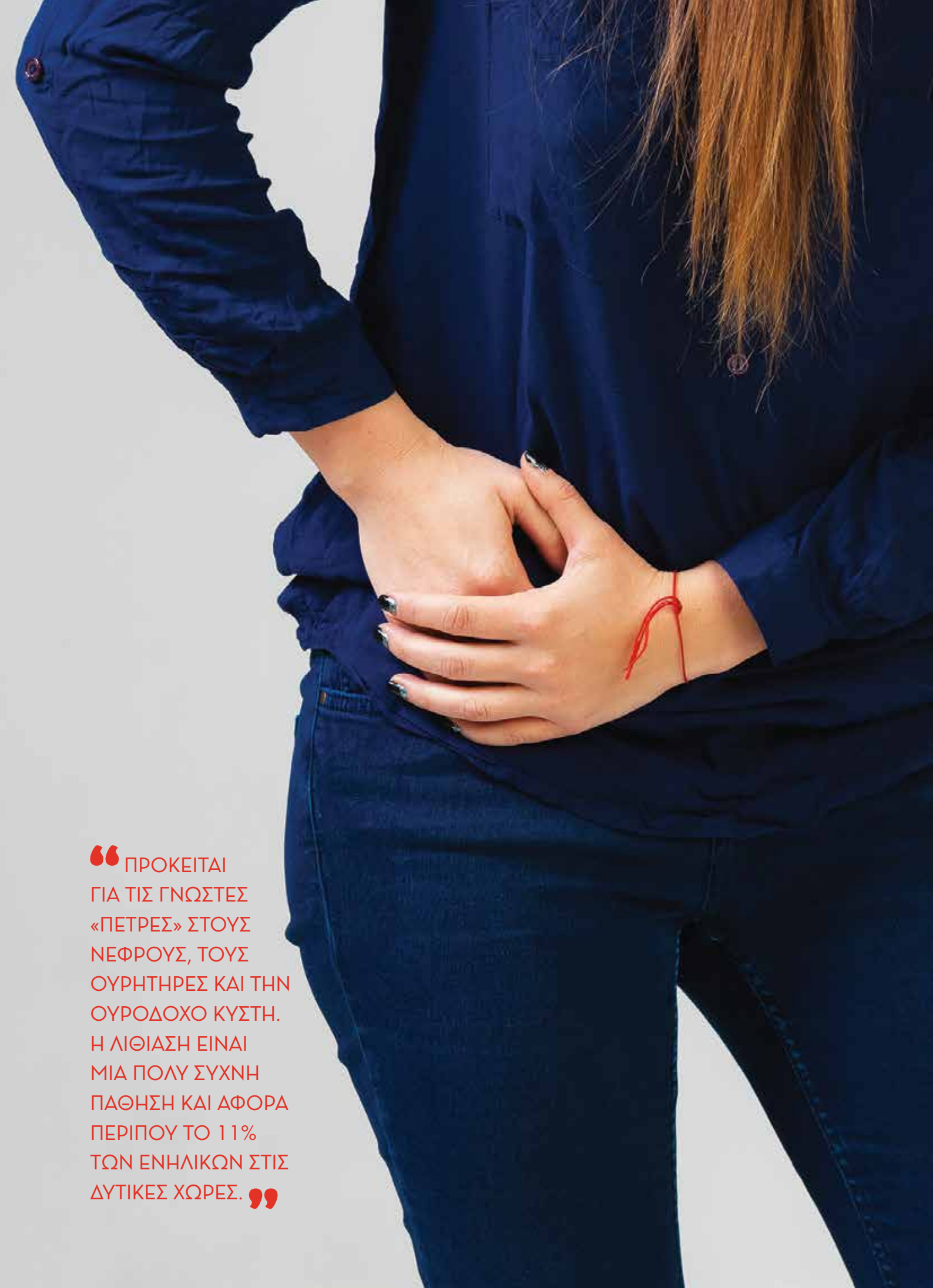
ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ;

Γενικά η αντιμετώπιση της λιθίασης έχει βελτιωθεί και συνεχίζει να βελτιώνεται προς όφελος του ασθενούς με κύριο αρωγό την εξέλιξη της τεχνολογίας. Πρακτικά, στην σημερινή εποχή, η διενέργεια ανοιχτών επεμβάσεων για

την αντιμετώπιση λίθων είναι εξαιρετικά σπάνια, σε αντίθεση με τις συνήθεις πρακτικές προηγούμενων δεκαετιών, προσφέροντας πλέον στους ασθενείς άμεση και οριστική θεραπεία. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την αλλαγή του τρόπου ζωής, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την εξωσωματική λιθοτριψία και τις επεμβατικές θεραπείες, όπως η ουρητηροσκόπηση με χρήση laser και η διαδερμική νεφρολιθοτριψία.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ;

Η διαδερμική νεφρολιθοτριψία (PCNL, Percutaneous Nephrolithotomy) αποτελεί μια καθιερωμένη, ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο στην θεραπεία της λιθίασης του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος, που έχει στόχο



“ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΝΩΣΤΕΣ
«ΠΕΤΡΕΣ» ΣΤΟΥΣ
ΝΕΦΡΟΥΣ, ΤΟΥΣ
ΟΥΡΗΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΟΥΡΟΔΟΧΟ ΚΥΣΤΗ.
Η ΛΙΘΙΑΣΗ ΕΙΝΑΙ
ΜΙΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΗ
ΠΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΦΟΡΑ
ΠΕΡΙΠΟΥ ΤΟ 11%
ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΙΣ
ΔΥΤΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ. ”



την αφαίρεση μεγάλων λίθων απευθείας από τους νεφρούς. Το πλεονέκτημά της είναι, ότι ακόμη και πολύ μεγάλοι λίθοι αφαιρούνται με μία μόνο επέμβαση. Ωστόσο, σε σύγκριση με την εξωσωματική λιθοτριψία και την ουρητηροσκόπηση είναι μια σχετικά πιο επεμβατική μέθοδος.

Η διαδερμική νεφρολιθοτριψία αποτελεί το «gold standard», ή αλλιώς την καθιερωμένη εδώ και χρόνια θεραπεία για μεγάλους (> 2 εκατοστά) λίθους του νεφρού και του ανώτερου ουρητήρα, λίθους ανθεκτικούς στην εξωσωματική λιθοτριψία, λίθους του κατωφερέστερου τμήματος του νεφρού (του κάτω κάλυκα), καθώς και σε παρουσία υδρονέφρωσης (δηλαδή απόφραξης του νεφρού), εξαιτίας αποφρακτικών λίθων ή στενώματος της συμβολής του νεφρού με τον ουρητήρα.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑΣ

- Κοραλλιοειδής λιθίαση
- Ευμεγέθης λίθος της νεφρικής πυέλου > 2εκ.
- Λίθος κάτω κάλυκα > 1εκ.
- Στένωση της συμβολής νεφρού και ουρητήρα και συνοδός λιθίαση
- Λίθοι με συνοδό υδρονέφρωση λόγω απόφραξης του ουρητήρα
- Νεφρός με ανατομική ανωμαλία (π.χ. πεταλοειδής νεφρός)
- Εξαιρετικά σκληροί λίθοι

Επίσης, η διαδερμική νεφρολιθοτριψία ενδείκνυται σε **ασθενείς ειδικών ομάδων** με χαρακτηριστικά όπως: επαγγέλματα υψηλού κινδύνου (π.χ. πιλότοι, δύτες, ειδικές δυνάμεις), παχυσαρκία, προηγηθείσες επεμβάσεις, σκελετικές ανωμαλίες, επασβεστωμένα - αποπιτανωμένα ξένα σώματα, προηγηθείσα επέμβαση εκτροπής των ούρων.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

- Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος
- Ενεργός λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος
- Εγκυμοσύνη
- Ιδιαίτερη σωματική διάπλαση

ΘΕΤΟΝΤΑΣ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ: STANDARD VS MINI PCNL

Από την αρχή της διαδερμικής νεφρολιθοτριψίας (PCNL) το 1976, ο στόχος ήταν ο ελεύθερος λιθίασης ασθενής με την ταυτόχρονη εξασφάλιση της ελάχιστης δυνατής νοσηρότητας. Και ενώ η ανάπτυξη της PCNL συνδέθηκε με πολλές επιτυχίες στην αντιμετώπιση των λίθων, εντούτοις δεν στερείται επιπλοκών, οι περισσότερες εκ των οποίων σχετίζονται με την πρόσβαση στο σημείο του λίθου εντός του νεφρού, καθώς επίσης και με το μέγεθος της διαστολής που διενεργείται. Η κατανόηση των επιπλοκών αυτών οδήγησε σταδιακά στην ανάπτυξη μικρότερων οργάνων, καθώς και της τεχνολογίας laser, το οποίο και χρησιμοποιείται ως αποκλειστική πηγή ενέργειας, ειδικά στις miniaturized τεχνικές. Ταυτόχρονα, η πρόοδος και τα λεπτότερα εργαλεία, μας έβαλαν μπροστά σε νέες προκλήσεις σχετικά με τον κατακερματισμό των λίθων, την καλύτερη όραση κατά τη διάρκεια της επέμβασης και την

σύλληψη των συγκριμάτων.

Για να απαντηθεί λοιπόν το ερώτημα του τίτλου, πρέπει πρώτα να οριστούν κάποια κριτήρια με βάση τα οποία θα γίνει η σύγκριση των δύο τεχνικών.

ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΔΗΛΑΔΗ ΚΛΑΣΙΚΗ (STANDARD) ΚΑΙ ΤΙ MINI PCNL

Διάφορες ταξινομήσεις, που βασίζονται στη διάμετρο της εξωτερικής θήκης πρόσβασης στο νεφρό, έχουν προταθεί και αν θα θέλαμε να κάνουμε έναν αδρό διαχωρισμό, θα τοποθετούσαμε την standard - κλασική PCNL στις κατηγορίες θηκαριού άνω των 20 French, ενώ την mini PCNL στο εύρος 16 - 20 French, κάτι που πρακτικά αφορά το μεγαλύτερο ή μικρότερο αντίστοιχα μέγεθος της διαμέτρου του θηκαριού πρόσβασης στο νεφρό.

Έχει σημασία όμως τελικά η διάμετρος της πρόσβασης;

Η απάντηση σε αυτή την ερώτηση είναι ένα σίγουρο **ΝΑΙ**.

Με την αύξηση της διαμέτρου του θηκαριού πρόσβασης, η απώλεια αίματος για τον ασθενή αυξάνεται, όπως επίσης αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισης παρατεταμένης διαφυγής ούρων από την οπή της νεφροστομίας, δηλαδή του σωλήνα παροχέτευσης των ούρων από το νεφρό. Από την άλλη πλευρά, ένα βασικό πλεονέκτημα της

mini PCNL είναι η μειωμένη απώλεια αίματος και η μειωμένη παραμονή στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, ο μετεγχειρητικός πόνος είναι μεγαλύτερος στους ασθενείς που υποβάλλονται σε κλασική - standard PCNL. Επίσης, έχει φανεί ότι η αποφυγή της ανάγκης χρήσης νεφροστομίας, είναι συνήθης στην mini PCNL και σχετίζεται με μειωμένο πόνο και νοσηρότητα για τον ασθενή (μειωμένη πιθανότητα κακώσεων του νεφρού και άλλων επιπλοκών).

“Έτσι, μπορούμε με ασφάλεια να πούμε ότι για μια πληθώρα ασθενών με λίθους νεφρού $\leq 2-3$ εκατοστών, η mini διαδερμική νεφρολιθοτριψία υπερτερεί έναντι της κλασικής μεθόδου συνδυάζοντας μια ιδανική ισορροπία "κόστους - αποτελέσματος”

Ως προς το βασικό πλεονέκτημα της κλασικής διαδερμικής νεφρολιθοτριψίας, που είναι

η μεγαλύτερη ταχύτητα και δυνητικά η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της μεθόδου, πρέπει να τονίσουμε ότι σε επιλεγμένα περιστατικά η mini PCNL είναι μια επίσης γρήγορη και αποτελεσματική τεχνική που συνδυάζει τα προαναφερθέντα οφέλη για τον ασθενή. Ένας περιορισμός της mini μεθόδου είναι ότι δεν μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε όλα τα είδη ενέργειας, μιας και το μειωμένο μέγεθος των εργαλείων, μας περιορίζει στην αποκλειστική χρήση του laser. Ωστόσο, η εξέλιξη στον τομέα των συσκευών laser εξαλείφει σε μεγάλο βαθμό αυτό το μειονέκτημα.

Έτσι, μπορούμε με ασφάλεια να πούμε ότι για μια πληθώρα ασθενών με λίθους νεφρού $\leq 2-3$ εκατοστών, η mini διαδερμική νεφρολιθοτριψία υπερτερεί έναντι της κλασικής μεθόδου, συνδυάζοντας μια ιδανική ισορροπία - αποτελέσματος”.

Συμπερασματικά λοιπόν, η κάθε μέθοδος έχει την ιδιαίτερη θέση της στη σύγχρονη ουρολογία. Το μέγεθος και η θέση του εκάστοτε λίθου, αλλά και οι πιθανότητες για λοίμωξη ή αιμορραγία παίζουν σημαντικό ρόλο για την απόφαση επιλογής της μεθόδου αντιμετώπισης, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη την εκπαίδευση και την εμπειρία του Ουρολόγου, καθώς και τον διαθέσιμο τεχνολογικό εξοπλισμό. ■

ΥΓΕΙΑ



ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ: Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΟΥ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ

Γράφει ο Κωνσταντίνος Πατίκος

Γαστρεντερολόγος, Συνεργάτης Γαστρεντερολογικού/Ενδοσκοπικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ

Η κολονοσκόπηση είναι η εξέταση που επιτρέπει σε ένα Γαστρεντερολόγο να ελέγξει ολόκληρο το παχύ και το τέλος του λεπτού εντέρου. Διενεργείται για τη διάγνωση των παθήσεων του εντέρου, ενώ κεφαλαιώδης είναι ο ρόλος της στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ;

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο στον κόσμο για Άντρες και Γυναίκες. Ευτυχώς, η έγκαιρη διάγνωσή του επιτρέπει πενταετή επιβίωση στο 90% των ασθενών, ποσοστό που πέφτει δραματικά σε προχωρημένη νόσο. Η συντριπτική πλειοψηφία των καρκίνων του παχέος εντέρου, εκδηλώνεται σε καλοήθεις πολύποδες μέσα από μια παθογενετική διαδικασία ετών. Η έγκαιρη διάγνωση και αφαίρεση των καλοήθων πολυπόδων μειώνει σημαντικά την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΕΙΝΑΙ Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΔΙΠΛΑ:

- α) Ανιχνεύει τον καρκίνο σε πρώιμο - ιάσιμο στάδιο και
- β) Προλαμβάνει τον καρκίνο με την ανίχνευση - αφαίρεση των προκαρκινικών πολυπόδων

Η κολονοσκόπηση διενεργείται επίσης, για τη διερεύνηση της αιμορραγίας από το ορθό, των αλλαγών στις συνήθειες του εντέρου, του κοιλιακού

πόνου, τη διερεύνηση της αναιμίας, καθώς και για τη διάγνωση και παρακολούθηση της ελκώδους κολίτιδος και της νόσου του Crohn.

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ;

Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν έναρξη του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στην ηλικία των 50 ετών σε ανθρώπους χωρίς οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Οι άνθρωποι με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου συστήνεται να ξεκινούν τον έλεγχο σε ηλικία 40 ετών ή/και μικρότερη. Ο επανέλεγχος συστήνεται κάθε 5 έτη, αν δεν υπάρχουν ευρήματα ή νωρίτερα σε περίπτωση που ανιχνευθούν και αφαιρεθούν πολύποδες.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ;

Κατά τη διαδικασία της εξέτασης ο Γαστρεντερολόγος προωθεί ένα μακρύ, λεπτό και εύκαμπτο όργανο που ονομάζεται κολονοσκόπιο στο παχύ έντερο του εξεταζόμενου. Το κολονοσκόπιο διαθέτει στο άκρο του μια πηγή φωτός και μια μικροσκοπική κάμερα που μεταφέρει ψηφιακή εικόνα σε μεγέθυνση σε μία οθόνη, επιτρέποντας στον Ιατρό να εξετάσει το παχύ έντερο. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο Ιατρός θα εμψυχήσει διοξειδίο του άνθρακα στο έντερο, προκειμένου αυτό να εκπνυχθεί, μπορεί να ρίξει νερό για να ξεπλύνει υπολείμματα κοπράνων,

“ Η διαδικασία της κολονοσκόπησης συνήθως διαρκεί 30-60 λεπτά. Αν υπολογίσουμε ωστόσο και το χρόνο προετοιμασίας και ανάνηψης, ο συνολικός χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο είναι περίπου 2-3 ώρες. ”

μπορεί να πάρει δείγματα ιστού (βιοψίες) από το τοίχωμα του εντέρου για περαιτέρω εξέταση ή/και να αφαιρέσει πολύποδες.

Πριν την εξέταση τοποθετείται στο χέρι του εξεταζόμενου ένας φλεβοκαθετήρας, ώστε να μπορούν να χορηγηθούν κατασταλτικά φάρμακα και ακολούθως συνδέεται σε monitor που καταγράφει τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση και τον κορεσμό του οξυγόνου στο αίμα. Σε όλη τη διαδικασία ο εξεταζόμενος εισπνέει από τη μύτη του καθαρό οξυγόνο.

ΠΟΣΟ ΔΙΑΡΚΕΙ Η ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ;

Η διαδικασία της κολονοσκόπησης συνήθως διαρκεί 30-60 λεπτά. Αν υπολογίσουμε ωστόσο και το χρόνο προετοιμασίας και ανάνηψης, ο συνολικός χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο είναι περίπου 2-3 ώρες.

ΘΑ ΠΟΝΕΣΩ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ;

Σχεδόν όλες οι κολονοσκοπήσεις πλέον διενεργούνται με τον εξεταζόμενο να έχει λάβει καταστολή (μέθνη), ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε επώδυνη εμπειρία. Η χορήγηση καταστολής γίνεται από εξειδικευμένο Αναισθησιολόγο που διασφαλίζει το καλύτερο αποτέλεσμα με τη μεγαλύτερη ασφάλεια.

ΤΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ;

Ο Ιατρός σας, θα δώσει οδηγίες σχετικά με τη διατροφή που πρέπει να ακολουθηθεί τις

προηγούμενες ημέρες από το ραντεβού, καθώς και οδηγίες σχετικά με το καθαρτικό που πρέπει να ληφθεί την προηγούμενη ημέρα. Το καθαρτικό θα προκαλέσει διάρροια και συχνές κενώσεις. Αυτή η προετοιμασία είναι ιδιαίτερα σημαντική προκειμένου ο Ιατρός να έχει μια καθαρή και αξιόπιστη εικόνα του εντέρου.

Μιλήστε με τον Ιατρό σας σχετικά με προβλήματα υγείας που έχετε, αλλεργίες ή τυχόν αντιδράσεις σε προηγούμενες περιπτώσεις που λάβατε αναισθησία και όλα τα φάρμακα που παίρνετε. Μην παραλείψετε κανένα (ακόμη και βιταμίνες ή συμπληρώματα διατροφής). Οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικές για την ασφάλειά σας, τόσο όσον αφορά στην αναισθησία, όσο και κατά τη διαδικασία της κολονοσκόπησης. Μπορεί να σας δοθούν οδηγίες διακοπής ή/και τροποποίησης στη δοσολογία κάποιων φαρμάκων που λαμβάνετε (π.χ. αντιπηκτικά ή αντιδιαβητικά φάρμακα).

Είναι επιθυμητό, για την ασφαλή αποχώρησή σας να συνοδεύεστε από έναν ενήλικα. Θα χρειαστεί χρόνος μέχρι να απομακρυνθούν από τον οργανισμό σας τα φάρμακα που σας χορηγήθηκαν, συνεπώς δεν επιτρέπεται η οδήγηση και δεν συστήνεται να αποχωρήσετε μόνη/ος, να εργασθείτε ή να λάβετε σημαντικές αποφάσεις για το υπόλοιπο της ημέρας.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΩ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ;

Με τη χορήγηση καταστολής θα κοιμηθείτε όσο χρόνο διαρκεί η εξέταση. Η κύρια δράση των φαρμάκων περνά σε 30 λεπτά περίπου, χρόνος κατά τον οποίο παραμένετε ξαπλωμένη/ος σε επιτηρούμενο χώρο. Όταν είστε σε

θέση να σπκωθείτε με ασφάλεια, αφαιρείται ο φλεβοκαθετήρας και αφού ενημερωθείτε από τον Ιατρό για τα ευρήματα της εξέτασης, αποχωρείτε συνοδευόμενι/ος. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν αίσθημα μετεωρισμού (φουσκώματος) για μερικές ώρες, κάτι που δεν συμβαίνει συχνά πλέον λόγω της χρήσης διοξειδίου του άνθρακα κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Αν έχει γίνει αφαίρεση πολύποδα ή κάποια άλλη επεμβατική πράξη, θα σας δοθούν οδηγίες από τον Ιατρό σας σχετικά με τι πρέπει να προσέξετε.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΕ ΜΙΑ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ;

Οι επιπλοκές σε μια κολονοσκόπηση είναι σπάνιες, αλλά υπαρκτές. Σύμφωνα με μεγάλες διεθνείς μελέτες, σοβαρές επιπλοκές όπως αιμορραγία ή διάτρηση μπορεί να συμβούν περίπου σε 1 στις

1.000 ενδοσκοπήσεις και είναι συνηθέστερες μετά από επεμβατικές πράξεις (π.χ. αφαίρεση μεγάλων πολυπόδων, διαστολές κ.α.).

Ναυτία ή παρατεταμένη ζάλη μπορεί να προκληθούν από την καταστολή, αλλά και αυτά συμβαίνουν σπάνια.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ

Η κολονοσκόπηση είναι μια σημαντική, ευρέως διαδεδομένη, ασφαλής διαδικασία για τη διερεύνηση παθήσεων του παχέος εντέρου και για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η διαδικασία είναι ανώδυνη, η προετοιμασία πολύ πιο φιλική προς τον εξεταζόμενο σε σχέση με το παρελθόν και το όφελος από τη διενέργειά της για προληπτικούς λόγους, τεράστιο. ■■



ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ABLE:

Πότε εφαρμόζεται & τι πλεονεκτήματα προσφέρει

Γράφει ο Γεώργιος Ποθητάκης, MD,

Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Επιστημονικός Υπεύθυνος Ορθοπαιδικού Τμήματος Κλινικής ΡΕΑ

Η ολική αρthroπλαστική ισχίου πραγματοποιείται για την ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργίας της άρθρωσης σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, μετατραυματική αρθρίτιδα, δυσπλασίες του ισχίου ή άσηπτη νέκρωση του ισχίου. Όλες οι παθήσεις αυτές έχουν ως αποτέλεσμα τη φθορά του χόνδρου που επενδύει τις επιφάνειες των αρθρώσεων και την πρόκληση βλάβης στο οστό. Κατά τη διάρκεια της ολικής αρthroπλαστικής ισχίου, ο κατεστραμμένος χόνδρος και το οστό αντικαθίστανται με ειδικά εμφυτεύματα, γεγονός που συμβάλλει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης. Υπάρχει ένα πλήθος από προσεγγίσεις ως προς την ολική αρthroπλαστική ισχίου, καθεμία εκ των οποίων διαφοροποιείται ανάλογα με τη προτιμώμενη μέθοδο προσπέλασης, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο αποκτάται

πρόσβαση στην άρθρωση. Η ολική αρthroπλαστική ισχίου με την τεχνική ABLE (Anterior -based, Bone - preserving, Lateral - Enhanced) είναι μια από τις πιο **σύγχρονες ελάχιστα επεμβατικές προσεγγίσεις** στην ολική αντικατάσταση της άρθρωσης του ισχίου, η οποία προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στους ασθενείς.

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ABLE: ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Στην ολική αρthroπλαστική ισχίου ABLE, αλλάζει η κατεύθυνση από την οποία αποκτάται πρόσβαση στην άρθρωση του ισχίου. Κατά την ελάχιστα επεμβατική αυτή τεχνική, η απόκτηση πρόσβασης για την αντικατάσταση της φθαρμένης άρθρωσης πραγματοποιείται μέσω ενός φυσικού χώρου μεταξύ των μυών του πρόσθιου τμήματος του ισχίου και πιο συγκεκριμένα μεταξύ του τεντωτή μυός, της περιτονίας

και του μέσου γλουτιαίου μυός. Έτσι, αποφεύγεται η διενέργεια της τομής στην οπίσθια πλευρά, η οποία έχει τη δυνατότητα να βλάψει τους μύες που αποτελούν το κύριο σύστημα υποστήριξης της άρθρωσης. Έπειτα, μεταλλικά ή πλαστικά εμφυτεύματα αντικαθιστούν τις φθαρμένες αρθρικές επιφάνειες.

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ABLE: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης αποκτάται πρόσβαση στην άρθρωση του ισχίου μεταξύ των πρόσθιων μυών, η οποία έπειτα εκτίθεται με τρόπο που αποφεύγεται η εκτομή του περιβάλλοντος ιστού ή η αποκόλληση τενόντων. Αφού αποκτηθεί η ασφαλής πρόσβαση στο ισχίο, τμήμα του μηριαίου οστού προετοιμάζεται κατάλληλα για την τοποθέτηση του εμφυτεύματος. Ειδικότερα, γίνεται εκτομή της κατεστραμμένης κεφαλής του μηριαίου οστού και



διαμόρφωση του μηριαίου πόρου για να χωρέσει το εμφύτευμα. Ταυτόχρονα και η κοτύλη, δηλαδή η ημισφαιρική κοιλότητα μέσα στην οποία κινείται η κεφαλή του μηριαίου οστού προετοιμάζεται επίσης κατάλληλα για την εισαγωγή του εμφυτεύματος αντικατάστασης ισχίου. Τα ειδικά εμφυτεύματα υψηλής ποιότητας τοποθετούνται έπειτα με προσοχή στις προετοιμασμένες θέσεις του μηριαίου οστού και της κοτύλης. Η σωστή εφαρμογή, ευθυγράμμιση και σταθερότητα των εμφυτευμάτων επιτυγχάνεται μέσω της διενέργειας ακτινοσκοπικού ελέγχου. Αφού επιβεβαιωθεί η σωστή ευθυγράμμιση και σταθερότητα, η τομή κλείνει.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ABLE

Η ολική αρthroπλαστική ισχίου ABLE προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στον ασθενή. Η ελάχιστη επεμβατική φύση της συγκεκριμένης χειρουργικής προσέγγισης συμβάλλει στη διατήρηση της μυϊκής ακεραιότητας και την ελαχιστοποίηση του τραύματος των μαλακών μορίων. Αυτό συνεπάγεται εξασφάλιση της σταθερότητας της άρθρωσης μετά το χειρουργείο, καθώς και πιθανό χαμηλότερο κίνδυνο εξάρθρωσης, αφού οι κύριοι μύες στήριξης παραμένουν άθικτοι. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου και

την ταχύτερη ανάρρωση του ασθενούς.

Ο ασθενής κινητοποιείται σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την επέμβαση, γεγονός που συνεπάγεται μειωμένη παραμονή στο νοσοκομείο και ταχύτερη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες. Η τεχνική ABLE έχει επίσης δείξει βελτιωμένα λειτουργικά αποτελέσματα σε σύγκριση με ορισμένες παραδοσιακές μεθόδους ολικής αρthroπλαστικής ισχίου. Τέλος, η συγκεκριμένη πρωτοποριακή τεχνική αρthroπλαστικής ισχίου έχει σκοπό την επίτευξη άριστων αποτελεσμάτων και την ελαχιστοποίηση πιθανών επιπλοκών. ■

Πόσο καλά έχετε προετοιμαστεί για το χειρουργείο σας;

Γράφει η Αγγελική Σιαφάκα, MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ
και ο Ιάκωβος Νομικός, MD, PhD, FACS Χειρουργός, Adjunct As Professor of Surgery, European University Cyprus,
 Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Καθημερινά εκατοντάδες ασθενείς στον πλανήτη υποβάλλονται σε κάποια χειρουργική επέμβαση. Η ομαλή ή όχι μετεγχειρητική πορεία των ασθενών αυτών, εξαρτάται από το πόσο σωστά έχουν προετοιμασθεί κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η προεγχειρητική περίοδος είναι πολύ σημαντική για την κατάλληλη προετοιμασία και βελτιστοποίηση ορισμένων παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί ενοχοποιούνται ότι συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αν λοιπόν και εσείς προγραμματίζετε να υποβληθείτε σε κάποια χειρουργική επέμβαση, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε τους κινδύνους που απειλούν την ομαλή μετεγχειρητική πορεία, ώστε να προετοιμασθείτε καλύτερα. Ως ασθενείς έχετε και εσείς ένα σημαντικό ρόλο στην ομαλή ανάνηψη και χωρίς επιπλοκές ανάρρωσή σας, μετά το χειρουργείο.

διαβήτη, κάπνισμα, θρέψη-διατροφή, λήψη φαρμάκων, κλπ.) για την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών. Παράλληλα, προσφέρει πρακτικές οδηγίες, ώστε ο ασθενής, είτε μόνος, είτε σε συνεργασία με τον Ιατρό του να καταστεί πρωταγωνιστής στην προσπάθεια βελτιστοποίησης των παραγόντων αυτών. Ο κάθε ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε μία χειρουργική επέμβαση πρέπει να έχει ενεργό, πρωταγωνιστικό και καθοριστικό ρόλο κατά τη προεγχειρητική περίοδο, στοχεύοντας σε μία μετεγχειρητική πορεία χωρίς επιπλοκές. Στο κείμενο που ακολουθεί μεταφέρουμε τις βασικές κατευθυντήριες οδηγίες του συγκεκριμένου προγράμματος, αποσκοπώντας στην μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των ασθενών αλλά και την ενεργό συνεργασία τους για μία ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ελάχιστη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.

ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΤΕΙΤΕ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ;

Το Πρόγραμμα Δυνατός για το Χειρουργείο (**Strong for Surgery**) είναι ένα πρόγραμμα του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών που φέρνει σε άμεση συνεργασία το νοσοκομείο, την ιατρική ομάδα (Χειρουργό, Αναισθησιολόγο) και τον ασθενή κατά την προεγχειρητική περίοδο, προσφέροντας στον τελευταίο χρήσιμες πληροφορίες. Οι πληροφορίες αυτές έχουν σχέση με κινδύνους που προέρχονται από συγκεκριμένους παράγοντες (σακχαρώδης

1. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η κάθε χειρουργική πράξη αποτελεί μία κατάσταση έντονου stress για τον ασθενή. Το χειρουργικό stress μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα του σακχάρου αίματος με απώτερες δυσμενείς συνέπειες. Διατηρώντας τα επίπεδα σακχάρου εντός των φυσιολογικών ορίων κατά την διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου, ο κίνδυνος λοίμωξης στην περιοχή του τραύματος περιορίζεται σημαντικά και παράλληλα εξασφαλίζεται η ομαλή επούλωση του τελευταίου.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ

Μη διαβητικοί ασθενείς

- Υπάρχει ιστορικό διαβήτη;
- Ηλικία > 45;
- Δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index - BMI) > 30;

Αν υπάρχει θετική απάντηση, έστω και σε ένα από τα πιο πάνω ερωτήματα, τότε το πρωί του χειρουργείου, πρέπει να ελεγχθεί το σάκχαρο νηστείας και αν είναι > 200 συνιστάται η έγχυση ινσουλίνης σε σταγόνες κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, πράξη για την οποία θα επιληφθεί ο Αναισθησιολόγος.

Διαβητικοί ασθενείς

Αν ο ασθενής είναι γνωστό ότι πάσχει από διαβήτη και τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (A1c) είναι > 7.0% ή τα επίπεδα σακχάρου αίματος, έστω και σε μία μέτρηση τις τελευταίες 2 εβδομάδες είναι > 200, τότε πρέπει να ρυθμιστεί το σάκχαρο προεγχειρητικά και να επανέλθει σε επίπεδα ευγλυκαιμίας. Συνήθως αυτό επιτυγχάνεται σε συνεργασία με τον Διαβητολόγο.

2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΥΓΧΥΣΗ (DELIRIUM)

Το Delirium είναι μία κατάσταση σύγχυσης που εμφανίζεται κατά την μετεγχειρητική περίοδο σε ορισμένους ασθενείς. Η εμφάνισή του είναι κατά κανόνα μη αναμενόμενη και μπορεί να διαρκέσει από λίγες ώρες μέχρι λίγες ημέρες. Ασθενείς τρίτης ηλικίας είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση τέτοιων επεισοδίων σύγχυσης, ενώ υπάρχει ένας αριθμός προδιαθεσικών παραγόντων που μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση αυτής της δυσάρεστης κατάστασης. Ο Χειρουργός και γενικότερα η νοσηλευτική ομάδα φροντίδας πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι για την παρουσία αυτών των προδιαθεσικών παραγόντων, ώστε να εργασθούν συλλογικά με την οικογένεια και να ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα ενός τέτοιου επεισοδίου κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης delirium, άλλοτε άλλης βαρύτητας, είναι η ηλικία > 65, ιστορικό διαταραχών της συγκέντρωσης και της προσοχής, ιστορικό σοβαρής συστηματικής νόσου ή ενεργού λοίμωξης και διαταραχές όρασης ή ακοής. Επίσης, ορισμένα φάρμακα φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση μετεγχειρητικής σύγχυσης στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Τα πιο συνήθη από τα φάρμακα αυτά αναφέρονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν μετεγχειρητική σύγχυση

- **Φάρμακα με δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:** βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά, αντιπαρκινσονικά
- **Αναλγητικά:** ναρκωτικά (μπεριδίνη), αντιφλεγμονώδη
- **Αντιισταμινικά Φάρμακα του γαστρεντερικού συστήματος:** σπασμολυτικά, H2 blockers
- **Αντιβιοτικά:** φλουοροκινολόνη
- **Ψυχοτρόπα:** τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, λίθιο
- **Φάρμακα καρδιαγγειακού συστήματος:** ανθυπερτασικά, αντιαρρυθμιογόνα, δακτυλίτις

Στο πλαίσιο της διαγνωστικής προσέγγισης των ασθενών αυτών, ο έλεγχος της μεταβολικής τους κατάστασης και η διόρθωση τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών αποτελούν βασική προϋπόθεση, πριν από κάθε άλλη διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση.

3. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η κατανάλωση ποιοτικού και υγιεινού φαγητού πριν από μία προγραμματισμένη επέμβαση παίζει σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο της προεγχειρητικής σημασίας. Έχει βρεθεί ότι περίπου 25% των ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθούν σε κάποια χειρουργική επέμβαση έχουν διαταραχές της θρέψης. Επομένως, πρέπει να διερευνάται το ενδεχόμενο υποκείμενης δυσθρεψίας σε όλους

τους ασθενείς. Για το σκοπό αυτό, οι ακόλουθες πληροφορίες είναι πολύ χρήσιμες και πρέπει να αντλούνται κατά την διάρκεια λήψης του ιστορικού:

1. Ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index - BMI) είναι < 19 ;
2. Υπάρχει απώλεια βάρους χωρίς αυτό να αποτελεί την κύρια επιδίωξη του ασθενούς;
3. Υπάρχει μειωμένη λήψη τροφής λόγω ανορεξίας;
4. Υπάρχει αναφορά για δυσφαγία ή εμέτους που καθιστά αδύνατη ή δυσχερή τη λήψη τροφής;

Αν η απάντηση έστω και σε ένα από τα πιο πάνω ερωτήματα είναι θετική, ο ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί σε Διατροφολόγο για περαιτέρω αξιολόγηση και αποκατάσταση των θρεπτικών ελλειμμάτων.

Ένας αξιόπιστος και χρήσιμος δείκτης που παράλληλα αντανakλά τον κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών που σχετίζονται με κακή θρέψη, ιδιαίτερα μετά από επεμβάσεις

μέσης ή μεγάλης βαρύτητας (πχ. ρήξη αναστόμωσης) αποτελούν τα επίπεδα της αλβουμίνης (λευκωματίνης) στον ορό. Η λευκωματίνη πρέπει να ελέγχεται πριν από κάθε μεγάλη επέμβαση, ώστε να προκαθορίζεται ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών και παράλληλα να δίνεται η ανάλογη δυνατότητα αποκατάστασης των θρεπτικών ελλειμμάτων με τη χρήση σκευασμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας, ανοσοδιατροφής κλπ.

4. ΦΑΡΜΑΚΑ

Ο Χειρουργός πρέπει να γνωρίζει ακριβώς όλα τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής σε χρόνια βάση. Ορισμένα εξ αυτών αυξάνουν τον κίνδυνο της αιμορραγίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης και πρέπει να διακόπτονται. Υπάρχουν όμως και φάρμακα που ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει να τα παίρνει καθ' όλη τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου χωρίς διακοπή. Φάρμακα που αυξάνουν τον κίνδυνο της



αιμορραγίας όπως τα αντιπηκτικά (coumadin, plavix και άλλα παρεμφερή) πρέπει να διακόπτονται τουλάχιστον πέντε ημέρες πριν από την επέμβαση και να υποκαθίστανται με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Για την ασφάλεια ενός τέτοιου χειρισμού, καλό είναι να υπάρχει επικοινωνία - συνεννόηση με τον Ιατρό που έχει χορηγήσει αυτά τα φάρμακα (συνήθως ο Καρδιολόγος).

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAID) επειδή και αυτά αυξάνουν τον κίνδυνο της αιμορραγίας, πρέπει να διακόπτονται 1-2 εβδομάδες πριν από την προγραμματισμένη επέμβαση.

Φάρμακα όπως οι betablockers και aspirin μπορούν να συνεχίσουν να λαμβάνονται κατά την περιεγχειρητική περίοδο χωρίς διακοπή.

5. Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σημαντικό στοιχείο μιας επιτυχημένης ανάνηψης είναι ο έλεγχος του μετεγχειρητικού πόνου. Για τον λόγο αυτό, καλό είναι να υπάρχει μια συζήτηση - ενημέρωση με τον Χειρουργό και τον Αναισθησιολόγο για τον τρόπο που σκέπτονται να διαχειριστούν το μετεγχειρητικό πόνο.

Είναι γεγονός, ότι σήμερα υπάρχουν πολλές στρατηγικές προσέγγισης και αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου, που αρκετές φορές προσφέρουν καλύτερη και πιο αποτελεσματική ανακούφιση σε σχέση με την απλή χορήγηση αναλγητικών. Παράλληλα, έχοντας μία ουσιαστική συζήτηση με τον Ιατρό για την μετεγχειρητική αναλγησία, ο τελευταίος μπορεί να εκτιμήσει πόσο ασφαλής είναι η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών, έστω στην μικρότερη δυνατή δοσολογία, χωρίς τον κίνδυνο εθισμού από την πλευρά του ασθενούς με όλα τα δυσμενή συνακόλουθα που συνεπάγεται κάτι τέτοιο.

Αρχικά, ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ελεγχθεί με ένα συνδυασμό μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων και μη - οπιοειδών αναλγητικών. Ο Χειρουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει έγχυση τοπικού αναισθητικού στην περιοχή της εγχείρησης, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο πόνος ενώ, ο Αναισθησιολόγος με την τοποθέτηση ενός πολύ λεπτού καθετήρα σε συγκεκριμένο

χώρο μεταξύ των ελύτρων που περιβάλλουν τον νωτιαίο μυελό και την βραδεία και συνεχή έγχυση αναλγητικού, μπορεί να επιτύχει απόλυτη περιοχική αναλγησία, ιδιαίτερα μετά από κοιλιακές επεμβάσεις.

Για σύνθετες επεμβάσεις μείζονος βαρύτητας, το σχέδιο αναλγησίας μπορεί να περιλαμβάνει και την χρήση οπιοειδών, η δοσολογία των οποίων μειώνεται σταδιακά μέχρι πλήρους διακοπής τις επόμενες ημέρες που η ένταση του πόνου έχει μειωθεί σημαντικά.

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 1) παρουσιάζεται ένας απλός οδηγός που στηρίζεται στην διαβάθμιση του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, ώστε να τον διευκολύνει στην ανάλογη επιλογή του κατάλληλου αναλγητικού.

Πίνακας 1. Μετεγχειρητικός Έλεγχος Πόνου (για ενήλικες)

Πόσο έντονος είναι ο πόνος μου;	Τι μπορώ να πάρω για να νιώσω καλύτερα;
Ήπιος πόνος (mild)	
Ο πόνος δεν παρεμβάλλεται στις δραστηριότητες μου	Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση
Έχω αίσθηση του πόνου, αλλά ακόμη μπορώ να εκτελώ κινητικές δραστηριότητες (περπάτημα)	Μη οπιοειδή αναλγητικά, από το στόμα για ήπιο πόνο, αναλόγως των αναγκών
Μέτριας βαρύτητας πόνος (moderate)	
Ο πόνος είναι υπαρκτός και δεν μπορώ να τον αγνοήσω	Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση
Ο πόνος παρεμβάλλεται με τις καθημερινές μου δραστηριότητες	Μη οπιοειδή αναλγητικά σε ανάλογη δοσολογία, κατανεμημένα στο 24ωρο
Πολύ έντονος πόνος (severe)	
Εστιάζομαι στον πόνο και δεν μπορώ να εκτελέσω τις καθημερινές μου δραστηριότητες	Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση
Δεν μπορώ να κοιμηθώ από τον πόνο	Μη οπιοειδή αναλγητικά κατανεμημένα στο 24ωρο
Είναι ο χειρότερος πόνος που θα μπορούσα να υποφέρω και αυτή τη στιγμή δεν με ενδιαφέρει κάτι άλλο, παρά μόνο να ανακουφιστώ	Οπιοειδή βραχείας δράσεως πάντα σε συνεννόηση με τον θεράποντα Ιατρό

“ Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς αποτελεί μέρος μιας δυναμικά εξελισσόμενης διαδικασίας που ξεκινά από την πρώτη επαφή του Ιατρού με τον ασθενή και ολοκληρώνεται με την πλήρη αποκατάσταση του τελευταίου. ”

Εφ' όσον ο ασθενής αναμένεται να λάβει αναλγητική αγωγή με οπιοειδή, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, θα πρέπει να γνωρίζει την διαδικασία μείωσης της δόσης μέχρι πλήρους διακοπής και ακολούθως την ασφαλή απομάκρυνση - απόρριψη των μη χρησιμοποιημένων οπιοειδών, ώστε να αποτραπεί η χρήση τους από άτομα που ευρίσκονται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς (ιδιαίτερα ανήλικοι ή άτομα επιρρεπή στην χρήση εθιστικών ουσιών).

6. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η προεγχειρητική περίοδος αποτελεί χρονικά την καλύτερη ευκαιρία για οριστική διακοπή του καπνίσματος.

Το κάπνισμα παρεμβάλλεται σε όλες τις φάσεις επούλωσης του τραύματος. Παράλληλα, μειώνει την ικανότητα των κυττάρων να ασκούν την μικροβιοκτόνο δράση τους κατά των μικροβίων. Για παράδειγμα, ο καπνιστής έχει 2,2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει λοίμωξη του αναπνευστικού (πνευμονία) μετεγχειρητικά σε σχέση με τον μη καπνιστή. Έτσι, αν για τους μη καπνιστές ο κίνδυνος μετεγχειρητικής πνευμονίας είναι 10%, για τους καπνιστές ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται σε 22%.

Η νικοτίνη αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα (ταχυκαρδία). Παράλληλα, μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση αρρυθμιών, ενώ το μονοξείδιο του άνθρακα που παράγεται κατά τη διάρκεια του καπνίσματος μειώνει την περιεκτικότητα του οξυγόνου στο αίμα. Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι ασθενείς που καπνίζουν έχουν:

- Αυξημένη συχνότητα λοίμωξης ή ακόμη και διάσπασης του τραύματος, μετά από γενική

αναισθησία

- Αυξημένη συχνότητα ισχαιμίας ή και νέκρωσης του τραύματος μετά από μαστεκτομή ή επέμβαση αποκατάστασης του μαστού σε Γυναίκες καπνίστριες
- Αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης
- Αυξημένη συχνότητα εν τω βάθει λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου (ενδοκοιλιακό απόστημα)
- Μεγαλύτερη ένταση πόνου και ανάγκη για υψηλότερες δόσεις οπιούχων αναλγητικών)
- Αυξημένη πιθανότητα θρομβοεμβολικών επεισοδίων και σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο καρδιακών προσβολών από τους μη καπνιστές

Διακόπτοντας το κάπνισμα:

- Μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος επιπλοκών
- Το νοσοκομείο, ως ένας χώρος ελεύθερος καπνού και γενικότερα καπνικών προϊόντων, λειτουργεί αποτρεπτικά στην όποια εθιστική τάση χρήσης καπνού από τον ασθενή
- Η συχνότητα οριστικής διακοπής του καπνίσματος είναι πολύ υψηλότερη όταν επιχειρείται κατά την προεγχειρητική περίοδο

Με την διακοπή του καπνίσματος, έστω και μία ημέρα πριν το χειρουργείο, μπορεί να αποκατασταθεί η αυξημένη αρτηριακή πίεση και να επανέλθει ο φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός. Η αναπνευστική λειτουργία βελτιώνεται σημαντικά μετά από οκτώ εβδομάδες διακοπής του καπνίσματος, ενώ η διακοπή για τέσσερις εβδομάδες μειώνει την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών κατά 20 - 30%.

Για όλους αυτούς τους λόγους είναι αυτονόητο ότι η διακοπή καπνίσματος θεωρείται βασική και αναγκαία προϋπόθεση για τον προγραμματισμό της χειρουργικής επέμβασης.

ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Ανεξάρτητα από το πόσο καλά ή όχι έχει προετοιμασθεί ο ασθενής κατά την μακρά ή λιγότερο μακρά προεγχειρητική περίοδο, η ημέρα πριν από το χειρουργείο έχει την ιδιαιτερότητα λήψης ή εφαρμογής συγκεκριμένων μέτρων. Ο επόμενος πίνακας (Πίνακας 2) είναι ένας συνοπτικός και περιεκτικός πίνακας που περιέχει χρήσιμες πληροφορίες για την παραμονή της επέμβασης.

Πίνακας 2. Μια ημέρα πριν το χειρουργείο

ΦΑΓΗΤΟ & ΠΟΤΟ

- Μην φάτε ή πιείτε (συμπεριλαμβάνονται μέντες, καραμέλες και τσίχλες) μετά τα μεσάνυχτα της ημέρας του χειρουργείου
- Καθαρά ποτά (υπό συνθήκες) μέχρι 4 ώρες πριν το χειρουργείο. Καθαρά ποτά είναι: νερό, σκέτος καφές, σκέτο τσάι
- Όχι γάλα και χυμούς

Η μη τήρηση των ανωτέρω, οδηγεί στην καθυστέρηση ή ακόμη και στην ακύρωση της προγραμματισμένης επέμβασης

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

- Μην εφαρμόζετε κρέμες, λάδια, βερνίκια νυχιών ή makeur την ημέρα του χειρουργείου
- Εφαρμόστε τις οδηγίες του Χειρουργού σας για την υγιεινή δέρματος

ΦΑΡΜΑΚΑ

- Δεν διακόπτεται η φαρμακευτική αγωγή, εκτός από εκείνα τα φάρμακα που έχουν αποδειχθεί από την ιατρική ομάδα (π.χ αντιπηκτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, φυτικά συμπληρώματα)
- Σε κάθε περίπτωση η λήψη φαρμάκων να γίνεται με τη λήψη ελάχιστης ποσότητας νερού

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΟΣΜΗΜΑΤΩΝ - PIERCINGS

το γεγονός ότι η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει πέντε αλληλοδιάδοχες χρονικές περιόδους (προεγχειρητική περίοδος, εγχείρηση, ανάνηψη, μετεγχειρητική περίοδος, αποκατάσταση) και ιδανικά απαιτεί την συνεργασία και άλλου εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ο Χειρουργός παραμένει ο κεντρικός συντονιστής που φροντίζει, ώστε ο ασθενής να δέχεται την καλύτερη, ασφαλέστερη και επιστημονικά ορθότερη θεραπεία. Επιπλέον, ο Χειρουργός είναι υπεύθυνος να σταθμίσει την βιολογική συμπεριφορά της υποκείμενης νόσου και τις δυσμενείς επιπτώσεις, αν παραμείνει χωρίς χειρουργική αντιμετώπιση, έναντι του κινδύνου των μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν από την επέμβαση.

Ο ασθενής λοιπόν πρέπει να γνωρίζει ότι είναι ο πρωταγωνιστής σε όλες τις φάσεις τις περιεγχειρητικής περιόδου με τον Χειρουργό, στον οποίον έχει εμπιστευθεί το προβλήμα του, να είναι ο κύριος συντονιστής κάθε διαγνωστικής ή θεραπευτικής προσέγγισης. Φυσικά η επάρκεια που κάθε Χειρουργός θεμελιώνει με την εκτέλεση μεγάλου αριθμού επεμβάσεων που χαρακτηρίζονται ως επεμβάσεις μεγάλης βαρύτητας και υψηλού κινδύνου, έχει ως συνέπεια τα πολύ καλά αποτελέσματα ως προς την έκβαση των ασθενών. Όμως, το καλό αποτέλεσμα δεν είναι αποκλειστικά έργο της επάρκειας και των δεξιοτήτων του Χειρουργού, αλλά προϊόν ενός συστήματος που υποστηρίζει την παροχή ποιοτικής φροντίδας με την συνεργασία πολλών και εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας. Επομένως, η δημιουργία και η συντήρηση ενός τέτοιου συστήματος που να είναι σταθερό, πολυσυνεργατικό, αξιόπιστο και ανθρωποκεντρικό με κοινό στόχο την παροχή ποιοτικής νοσοκομειακής φροντίδας, εγγυάται την ασφαλή διαχείριση του ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς αποτελεί μέρος μιας δυναμικά εξελισσόμενης διαδικασίας που ξεκινά από την πρώτη επαφή του Ιατρού με τον ασθενή και ολοκληρώνεται με την πλήρη αποκατάσταση του τελευταίου. Παρά

Ως ασθενείς μπορείτε και πρέπει να γίνετε μέρος αυτής της ομάδας με ενεργό και συγκεκριμένο ρόλο και συνεργαζόμενοι με τα άλλα μέλη, να εισπράξετε τα οφέλη από τις υπηρεσίες τους. ■

Σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της αποφρακτικής καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, σύμφωνα με τις τρέχουσες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες

Γράφει ο Παναγιώτης Σπυρόπουλος

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

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της διαχείρισης ασθενών με Συμπτωματολογία αποφρακτικού τύπου από το Κατώτερο Ουροποιοτικό (ΣΚΟ) συνέπεια **Καλοήθους Υπερπλασίας του Προστάτη (ΚΥΠ)**. Τις κύριες ενδείξεις εφαρμογής της, αποτελούν:

- Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις
- Αιματουρίες που αποδίδονται στην ΚΥΠ
- Λιθίαση και προϊούσα δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης (σταδιακή μείωση της ικανότητας αποθήκευσης ούρων με χαμηλές ενδοκυστικές πιέσεις)
- Έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας
- Συμπτωματολογία που δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στην φαρμακευτική αγωγή ή στην οποία δεν προσαρμόζεται ο ασθενής

Η διουρηθρική προστατεκτομή (ενδοσκοπικά, διά μέσου

της ουρήθρας χωρίς ανοικτή χειρουργική τομή) [TURP] αποτέλεσε για πολλές δεκαετίες και παραμένει η πιο συχνά διδασκόμενη και χρησιμοποιούμενη μέθοδος για τη θεραπεία της συμπτωματικής ΚΥΠ, αυτή για την οποία σχεδόν όλοι οι Χειρουργοί Ουρολόγοι διαθέτουν εμπειρία και ικανότητα να διενεργούν, καθώς και το πρότυπο αναφοράς, με το οποίο συγκρίνονται όλες οι μετέπειτα αναπτυχθείσες χειρουργικές τεχνικές για την θεραπεία της ΚΥΠ. Με την επιτυχή εφαρμογή της TURP επιτυγχάνεται συνθήως ταχεία ανακούφιση των ασθενών, σημαντική μείωση της έντασης και/ή εξάλειψη των συμπτωμάτων αποφρακτικής ούρησης, που σχετίζονται με ΚΥΠ όπως, συχνή/επείγουσα ανάγκη για ούρηση, δυσκολία έναρξης, παρατεταμένη ούρηση, νυκτουρία, διακοπτόμενη ούρηση, αίσθηση ατελούς κένωσης της κύστης, ουρολοιμώξεις. Με την αλματώδη πρόοδο της τεχνολογίας, κατά τα τελευταία

έτη, έχουν αναπτυχθεί νεότερες καινοτόμες τεχνικές, που στοχεύουν να αποτελέσουν ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική πρόταση στην TURP. Γενικά, οι σύγχρονες μέθοδοι επεμβατικής αντιμετώπισης της συμπτωματικής καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη αδένα, περιλαμβάνουν πέντε κατηγορίες χειρουργικών επεμβάσεων που στοχεύουν σε μείωση της αντίστασης στην ροή των ούρων που προβάλλει το αδένωμα του προστάτη:

1. **Εκτομή** (resection).
2. **Εκκυρήνιση** (enucleation).
3. **Ατμοποίηση - Εξάχνωση** (vaporization).
4. **Εναλλακτικές τεχνικές αφαίρεσης** (ablative techniques) και
5. **Μη αφαιρετικές τεχνικές** (non ablative techniques).

Στην συνέχεια, παρατίθενται συνοπτικά οι σύγχρονες μέθοδοι χειρουργικής αντιμετώπισης της αποφρακτικής ΚΥΠ και οι συστάσεις (recommendations)

για την κλινική εφαρμογή τους, με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας, έκδοση 2023 (EAU Guidelines 2023), καθώς και τις αντίστοιχες οδηγίες της Αμερικανικής Ουρολογικής Ένωσης (AUA Guidelines 2021).

1. ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ (ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ)

1.1. Μονοπολική και διπολική διουρηθρική εκτομή του προστάτη

Η διουρηθρική εκτομή του προστάτη (Trans - Urethral Resection of Prostate - TURP) πραγματοποιείται με δύο τεχνικές:

1. Μονοπολική TURP και
2. Διπολική ή TURIS

Η μονοπολική TURP θεωρείται από μακρού χρόνου, ως η τεχνική αναφοράς για τη χειρουργική αντιμετώπιση της αποφρακτικής νόσου του προστάτη, που στοχεύει στην αφαίρεση ιστού από την κεντρική μοίρα του αδένος (μεταβατική ζώνη) και την δημιουργία ευρείας κοιλότητας στην προστατική μοίρα της ουρήθρας. Ισχύει ισχυρή σύσταση (Strong recommendation) εφαρμογής διπολικής (TURIS) ή μονοπολικής (TURP) διουρηθρικής εκτομής του προστάτη για τη θεραπεία μέτριου έως σοβαρού βαθμού συμπτωματολογίας αποφρακτικού τύπου ούρησης σε Άνδρες με μέγεθος προστάτη 30 - 80 mL.

1.2. Εκτομή του προστάτη με χρήση Laser

Ισχύει ασθενής σύσταση (Weak recommendation) εφαρμογής της εκτομής του προστάτη με laser Tm: YAG (Θούλιο: Υττριο - Αλουμίνιο - Γρανάτη) ως μεθόδου εναλλακτικής της διουρηθρικής προστατεκτομής.

1.3. Διουρηθρική διατομή του προστάτη

Περιλαμβάνει διατομή του αυχένα (στομίου εξόδου) της ουροδόχου κύστης με χρήση μονοπολικού ηλεκτροκαυτηριασμού ή laser Holmium, χωρίς αφαίρεση ιστού. Ισχύει ισχυρή σύσταση εφαρμογής της διουρηθρικής διατομής του αυχένα κύστεως για την αντιμετώπιση μέτριας έως σοβαρής ΣΚΟ/ΚΥΠ σε Άνδρες με μέγεθος προστάτη < 30 mL χωρίς μέσο λοβό.

2. ΕΚΠΥΡΗΝΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ (ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ)

2.1. Ανοικτή προστατεκτομή

Είναι η παλαιότερη χειρουργική θεραπεία για μέτρια έως σοβαρή ΣΚΟ/ΚΥΠ και σημαντικά διογκωμένους προστάτες (> 80 - 100 mL). Η διεγχειρητική ασφάλεια και υψηλή μακροπρόθεσμη λειτουργική αποτελεσματικότητα της τεχνικής έχουν από μακρού χρόνου τεκμηριωθεί

επαρκώς. Ισχύει ισχυρή σύσταση διενέργειας ανοικτής προστατεκτομής για τη θεραπεία μέτριου έως σοβαρού βαθμού ΣΚΟ/ΚΥΠ σε Άνδρες με μέγεθος προστάτη > 80mL, ιδιαίτερα όταν δεν είναι διαθέσιμη η τεχνολογία εκπυρήνισης του αδενώματος με διπολική διαθερμία ή laser Holmium.

2.2. Διπολική διουρηθρική εκπυρήνιση του προστάτη

Ισχύει ασθενής σύσταση εφαρμογής της διπολικής διουρηθρικής (πλασμακινητικής) εκπυρήνισης του αποφρακτικού αδενώματος σε Άνδρες με μέτρια έως σοβαρή ΣΚΟ/ΚΥΠ ως εναλλακτική λύση στη διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

2.3. Εκπυρήνιση με χρήση Holmium Laser - (HoLEP)

Ισχύει ισχυρή σύσταση εφαρμογής της τεχνικής HoLEP με laser Ho:YAG για εκπυρήνιση του προστατικού αδενώματος σε Άνδρες με μέτριου έως σοβαρού βαθμού ΣΚΟ/ΚΥΠ ως εναλλακτικής της διουρηθρικής

ή ανοικτής προστατεκτομής.

2.4. Εκπομπή με χρήση Laser Θούλιο: Υτριο - Αλουμίνιο - Γρανάτης (Tm: YAG)

Ισχύει ασθενής σύσταση εφαρμογής της μεθόδου εκπαυρίνισης του προστάτη χρησιμοποιώντας laser Tm:YAG σε Άνδρες με μέτρια έως σοβαρή ΣΚΟ/ΚΥΠ ως εναλλακτική της διουρηθρικής εκτομής του προστάτη, τη διπολική διουρηθρική (TURIS) ή με Holmium laser εκπαυρίνιση, καθώς και στους ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά ή αντισταμοπεταλιακή θεραπεία.

2.5. Εκπυρήνιση με χρήση Διοδικού Laser (DiLEP)

Ισχύει ασθενής σύσταση
χρησιμοποίησης της μεθόδου
εκπυρήνισης του προστάτη με
διοδικό laser σε Άνδρες με
μέτρια έως σοβαρά ΣΚΟ/ΚΥΠ
ως εναλλακτική τεχνική της
διπολικής διουρηθρικής (TURIS)
εκπυρήνισης ή της διπολικής
διουρηθρικής εκτομής του
προστάτη.

2.6. Τεχνικές εκπυρήνισης υπό διερεύνηση

**α. Ελάχιστα επεμβατική απλή
προστατεκτομή**

Ο όρος αναφέρεται στην λαπαροσκοπική απλή προστατεκτομή και την ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική απλή προστατεκτομή. Και οι δύο μέθοδοι βασίζονται και ακολουθούν από άποψη τεχνικής μεθοδολογίας, τα χειρουργικά βήματα της ανοικτής απλής προστατεκτομής. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για

ασφαλή τεκμηρίωση της
κλινικής χρησιμότητας και
εφαρμοσιμότητας των τεχνικών
αυτών.

β. Εκπυρήνιση με Laser 532 nm («Πράσινου φωτός» - «Greenlight»)

Έως τώρα όμως, δεν έχουν δημοσιευθεί αξιόπιστες μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και κλινικής εφαρμοσιμότητας της μεθόδου.

3. ΑΤΜΟΠΟΙΗΣΗ (ΕΞΑΧΝΩΣΗ) ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ (ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ)

3.1. Διπολική διουρηθρική ατμοποίηση του προστάτη (TURIS τεχνική)

Βασίζεται στην χρήση ειδικού διπολικού ηλεκτροδίου («μανιτάρι»), που όταν τίθεται σε ελάχιστη άμεση επαφή με τον προστάτη (σχεδόν επαφή - τεχνική αιώρησης), εκλύεται μεγάλη ποσότητα θερμότητας και δημιουργείται πεδίο πλάσματος (λεπτό στρώμα σωματιδίων ιονισμού - «τέταρτη» κατάσταση της ύλης) υψηλής ενέργειας, που έχει ως αποτέλεσμα την ατμοποίηση του προστατικού ιστού κατά λεπτές στιβάδες, χωρίς να επηρεάζονται τα βαθύτερα στρώματα, ενώ παράλληλα, επιτυγχάνεται ασφαλής αιμόσταση.

Ισχύει ασθενής σύσταση εφαρμογής της διπολικής ατμοποίησης του προστάτη ως τεχνικής εναλλακτικής της κλασσικής διουρηθρικής

προστατεκτομής (TURP) για την χειρουργική αντιμετώπιση της μέτριοι/σοβαρού βαθμού συμπτωματολογίας από το κατώτερο ουροποιντικό σύστημα σε Άνδρες με όγκο προστάτη 30 - 80 mL.

3.2. Φωτοεκλεκτική εξάχνωση/ ατμοποίηση του προστάτη με “Greenlight” laser

Κύριος στόχος της τεχνικής είναι η μείωση του όγκου του αδενώματος του προστάτη και η δημιουργία κοιλότητας στην προστατική ουρήθρα, η οποία θα εξασφαλίσει την ακώλυτη ροή ούρων. Ισχύει ισχυρή σύσταση για εφαρμογή της τεχνικής φωτοεξάχνωσης του προστάτη με χρήση laser «πράσινου φωτός» (Greenlight) και σε Άνδρες με μέτριου έως σοβαρού βαθμού ΣΚΟ και όγκο αδενώματος 30 - 80 mL ως εναλλακτική της διουρηθρικής εκτομής και ασθενής σύσταση για τη θεραπεία ασθενών που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή ή αντιπηκτική αγωγή την οποία δεν μπορούν να διακόψουν και με όγκο προστάτη < 80 mL.

3.3. Τεχνικές εξάχνωσης / ατμοποίησης υπό διερεύνηση

Εξάχνωση / ατμοποίηση του προστάτη με διοδικό laser (Diodelaser)

Εμφανίζει παρόμοια ποσοστά βελτίωσης των παραμέτρων ούρησης και υψηλή διεγχειρητική ασφάλεια κυρίως όσον αφορά στην αιμόσταση, ενώ ο χρόνος διατήρησης του καθετήρα και η διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερα σε σύγκριση με την κλασσική διουρηθρική προστατεκτομή. Η εξαγωνή ασφαλών

συμπερασμάτων και συστάσεων για την αποτελεσματικότητα της τεχνικής χρήζει περαιτέρω συστηματικής διερεύνησης, πριν την ευρεία κλινική εφαρμογή της.

4. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ

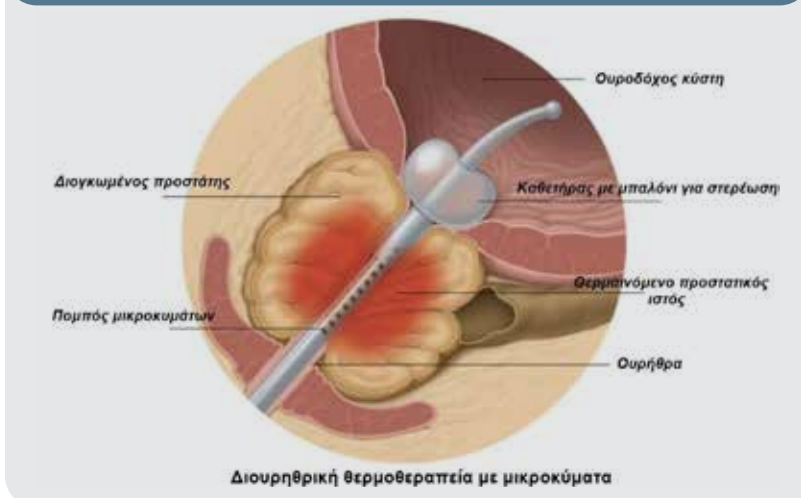
4.1. Διουρηθρική θεραπεία με μικροκύματα (Transurethral Microwave Therapy) [Εικόνα-1]

Αποτελεί μία από τις πρωτοποριακές μεθόδους ελάχιστονης επεμβατικότητας για την αντιμετώπιση της αποφρακτικής διόγκωσης του προστάτη, περιγράφηκε πριν από 25 χρόνια περίπου και ο μηχανισμός δράσης της βασίζεται στη μεταφορά ενέργειας ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων στον προστάτη, που μετατρέπεται σε θερμότητα και έχει ως αποτέλεσμα την πηκτική νέκρωση τμήματος του προστατικού αδενώματος. Η ισχύουσα σύσταση εφαρμογής της (ασθενής και υπό όρους) είναι ότι «θα μπορούσε» να χρησιμοποιηθεί σε μέτριο βαθμού διόγκωση του προστάτη όμως, οι μεταγενέστερες τεχνολογικές εξελίξεις στο πεδίο των ελάχιστα επεμβατικών, φαίνεται ότι σταδιακά την έχουν σημαντικά παραγκωνίσει.

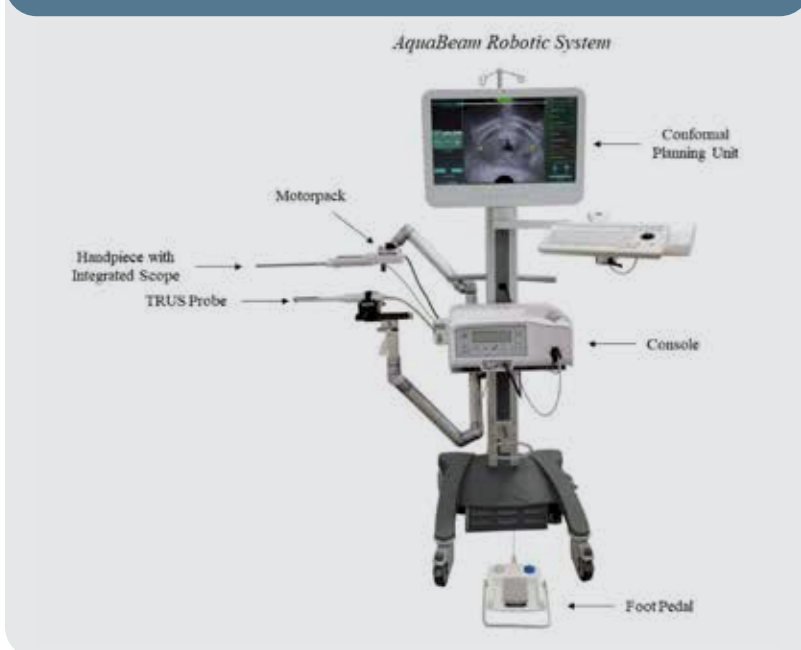
4.2. Διουρηθρική αφαίρεση προστάτη με ραδιοσυχνότητες (Trans - Urethral Needle Ablation - TUNA)

Σήμερα, **δεν ισχύει** σύσταση εφαρμογής της μεθόδου.

Εικόνα 1: Διουρηθρική θερμοθεραπεία προστάτη με μικροκύματα (Microwaves).



Εικόνα 2: Ρομποτικό σύστημα υδροβολής του προστάτη AquaBeam®

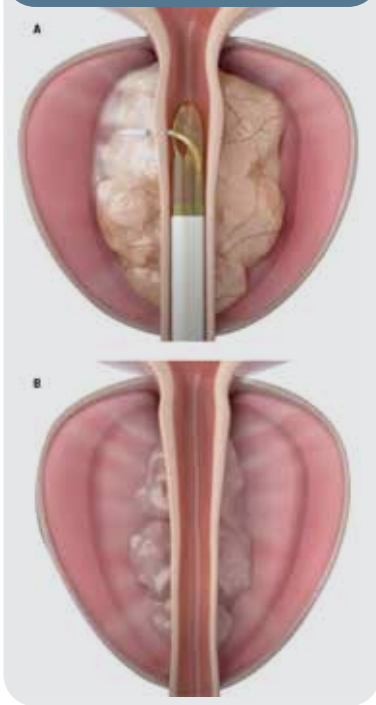


4.3. Αφαίρεση προστατικού ιστού με ρομποτικά καθοδηγούμενη υδροβολή (Aquablation) - [Robotic Waterjet Treatment: Σύστημα AQUABEAM®] [Εικόνα-2]

Το ρομποτικό σύστημα AquaBeam βασίζεται στην αρχή της υδροβολής για την απομάκρυνση μέρους του προστατικού αδενώματος, ενώ διατηρούνται άθικτα τα αιμοφόρα αγγεία και η κάψα του προστάτη. Ισχύει ασθενής σύσταση για την εφαρμογή της μεθόδου ως

εναλλακτική θεραπεία της διουρηθρικής προστατεκτομής (TURP) σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρού βαθμού συμπτωματολογία ούρησης και όγκο προστάτη 30 - 80 mL και ισχυρή σύσταση για την ανάγκη προεγχειρητικής ενημέρωσης των ασθενών για την πιθανότητα μετεγχειρητικής αιμορραγίας, την έλλειψη δεδομένων μακροχρόνιας παρακολούθησης καθώς και ότι η μέθοδος παραμένει υπό διερεύνηση.

Εικόνα 3: Μέθοδος REZUM: (Α) Διουρηθρική έγχυση υδρατμών υψηλής θερμικής ενέργειας ενδοπροστατικά με ειδική βελόνα - (Β) Συρρίκνωση του προστατικού αδενώματος 1 - 3 μήνες μετά την ατμοθεραπεία.



4.4. Εμβολισμός της προστατικής αρτηρίας

Η μέθοδος αποσκοπεί στην ισχαιμία, νέκρωση και συρρίκνωση τμήματος του προστάτη και εκτελείται ως ημερήσια επέμβαση υπό τοπική αναισθησία, με παρακέντηση της μηριαίας ή της κερκιδικής αρτηρίας. Ισχύει ασθενής σύσταση διενέργειας εμβολισμού της προστατικής αρτηρίας σε Άνδρες με μέτρια έως σοβαρή ΣΚΟ που επιθυμούν ελάχιστα επεμβατικές θεραπευτικές επιλογές και αποδέχονται λιγότερο ικανοποιητικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με τη διουρηθρική εκτομή του προστάτη και ισχυρή σύσταση

διενέργειας της επέμβασης αυτής σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες που διαθέτουν διεπιστημονική ομάδα για την επιλογή των κατάλληλων ασθενών, οι οποίοι ενημερώνονται εκτενώς ότι ο εμβολισμός της προστατικής αρτηρίας παραμένει θεραπευτική επιλογή υπό μελέτη και δίνουν την συγκατάθεσή τους.

4.5. Εναλλακτικές τεχνικές αφαίρεσης υπό διερεύνηση Θερμική θεραπεία του προστάτη με υδρατμούς (ατμοθεραπεία): Το σύστημα REZUM® [Εικόνα-3]

Η αρχή λειτουργίας βασίζεται στο φυσικό φαινόμενο της συναγωγής θερμότητας (thermal convection) δηλαδή, την ταχεία μεταφορά θερμικής ενέργειας από ένα υλικό με υψηλή σε άλλο με χαμηλότερη θερμότητα. Με χρήση ραδιοσυχνότητας υψηλής ισχύος το σύστημα Rezum δημιουργεί και αποθηκεύει θερμική ενέργεια υπό την μορφή υδρατμών, που μεταφέρεται και εγχέεται στον προστάτη μέσω ειδικής διουρηθρικής βελόνας. Στην συνέχεια, ο ατμός διαχέεται στον προστατικό ιστό όπου και απελευθερώνει αποθηκευμένη θερμική ενέργεια υψηλής ισχύος, με αποτέλεσμα νέκρωση των κυτταρικών στοιχείων, αποδόμηση της αρχιτεκτονικής του προστάτη και σταδιακά, μετά παρέλευση 1 - 3 μηνών, συρρίκνωση και διάλυση του αυλού της ουρήθρας. Ισχύει μέτρια ισχύος σύσταση (χαμηλό επίπεδο υποστηρικτικών αποδεικτικών στοιχείων) διενέργειας ατμοθεραπείας

ως θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με αποφρακτική διόγκωση προστάτη μεγέθους 30 - 80cc και ασθενής σύσταση εφαρμογής σε επιλεγμένους ασθενείς που επιθυμούν διατήρηση της εκσπερματιστικής λειτουργίας.

5. ΜΗ ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

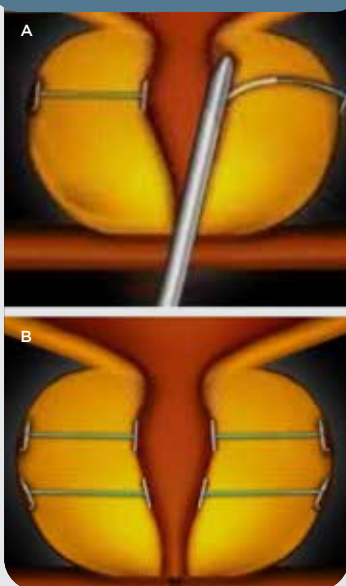
5.1. Μηχανική διάταση της προστατικής ουρήθρας (Prostatic Urethral Lift): το σύστημα UROLIFT® [Εικόνα-4]

Με την τεχνική αυτή, οι διογκωμένοι πλάγιοι λοβοί του προστάτη συμπιέζονται/απωθούνται από μικρά, αυτοσυγκρατούμενα εμφυτεύματα δίκην «καρφιδών» νιτινόλης (κράμα νικελίου/ τιτανίου) που τοποθετούνται ενδοσκοπικά και παραμένουν μόνιμα στον προστατικό ιστό. Με αποτέλεσμα την διάταση και διάνοιξη της προστατικής ουρήθρας, που εξασφαλίζει την ελεύθερη ροή ούρων. Ισχύει ισχυρή σύσταση διάτασης της προστατικής ουρήθρας με το σύστημα Urolift σε Άνδρες που επιθυμούν διατήρηση της εκσπερμάτισης και με μέγεθος προστάτη <70ml χωρίς μέσο λοβό.

5.2. Ενδοπροστατική έγχυση ουσιών

Τα έως τώρα κλινικά δεδομένα δεν έχουν καταδείξει σημαντική θετική επίδραση στην ούρηση, απαιτούνται όμως περαιτέρω κλινικές μελέτες για εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Κατά συνέπεια, υπάρχει ισχυρή σύσταση (strong recommendation) να μην

Εικόνα 4: Σύστημα UROLIFT®: (Α) Διουρηθρική τοποθέτηση των αυτοσυγκρατούμενων εμφυτευμάτων (καρφιδών) συμπίεσης του προστάτη, (Β) Τελικό αποτέλεσμα με διάνοιξη του αυλού της ουρήθρας.



εφαρμόζεται η ενδοπροστατική θεραπεία με ενέσεις (κυρίως αλλαντοτοξίνης - A/BOTOX) σε ασθενείς με συμπτωματική αποφρακτική διόγκωση προστάτη.

5.3. Μη αφαιρετικές τεχνικές υπό διερεύνηση

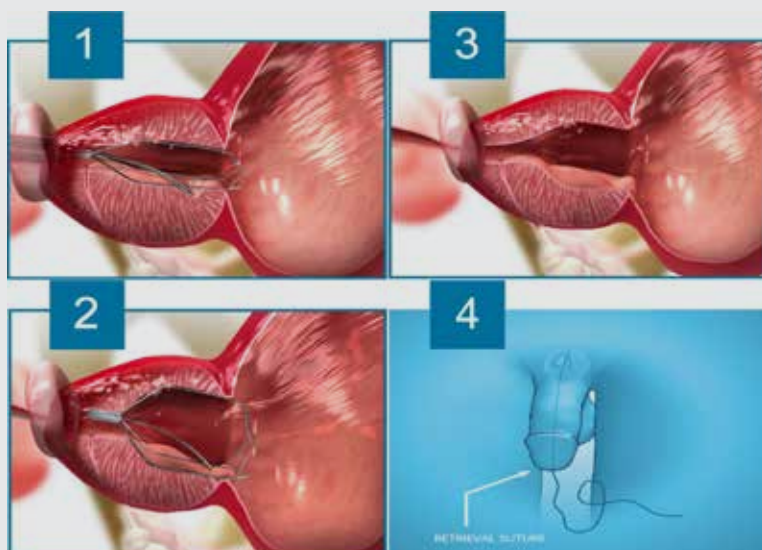
Σύστημα iTIND® [Εικόνα-5]

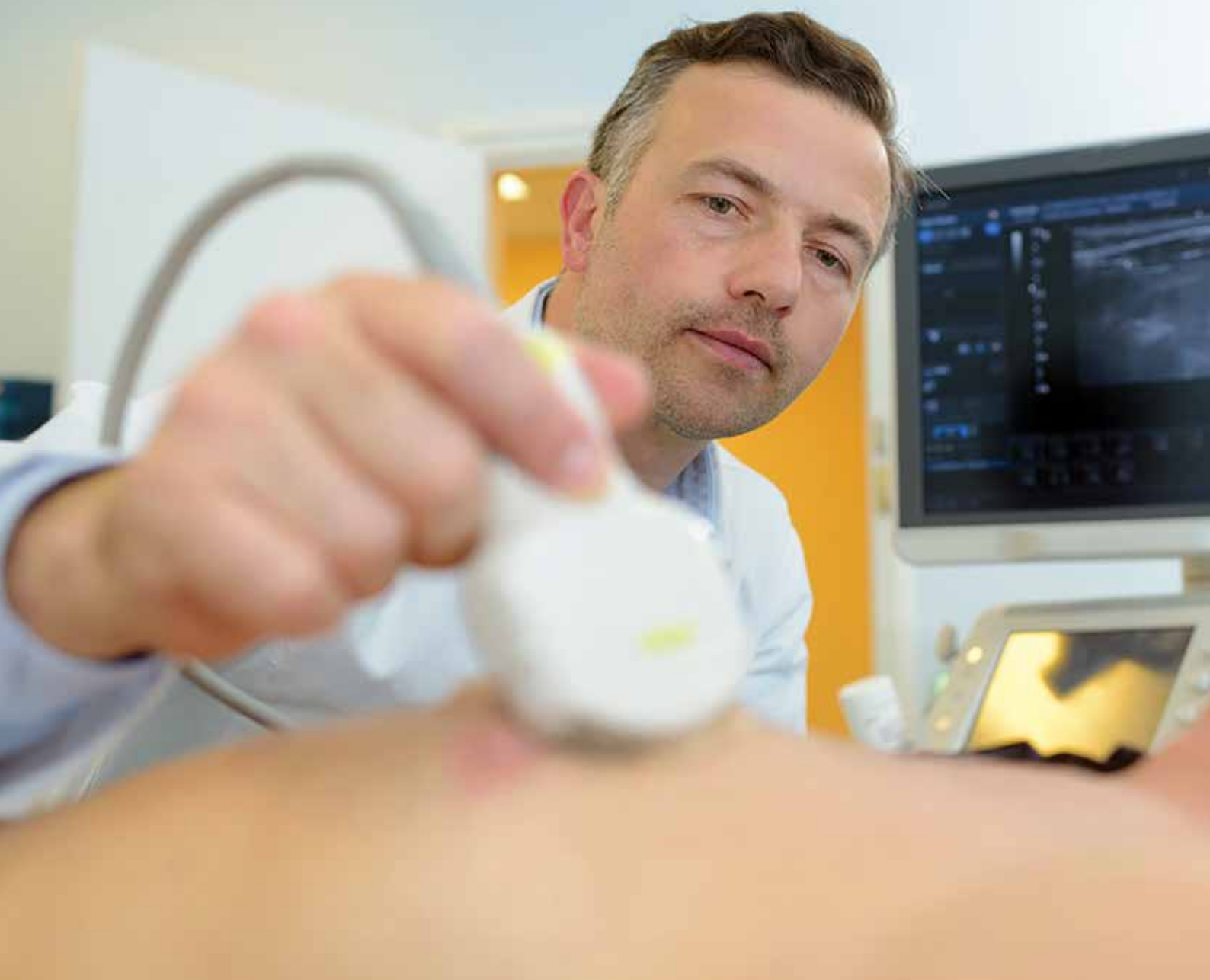
Αποτελεί προσωρινά (για 5 - 7 ημέρες) ενδοσκοπικά εμφυτευόμενη συσκευή σχεδιασμένη για την αναδιαμόρφωση του αυχένα της ουροδόχου κύστης και της προστατικής ουρήθρας, που αποτελείται από τρία επιμήκη σύρματα νιτινόλης (κράμα νικελίου/τιτανίου) και ιδίας σύστασης κεντρικό νήμα/σύρμα συγκράτησης (αγκύρωσης) και απελευθέρωσης που φέρει πλαστική επικάλυψη. Τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που συγκρίνουν το

iTIND με τεχνικές αναφοράς βρίσκονται σε εξέλιξη και ως εκ τούτου, προς το παρόν, δεν έχουν εκδοθεί ασφαλείς συστάσεις για την κλινική εφαρμογή της.

Συμπερασματικά, η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας της αποφρακτικής καλοήθους διόγκωσης του προστάτη (φαρμακευτική, χειρουργική, μη επεμβατική) εξαρτάται από τα δεδομένα της αξιολόγησης του ασθενούς και την ικανότητα της θεραπείας να επιφέρει δραστικές αλλαγές σε αυτά, τις θεραπευτικές προτιμήσεις του κάθε ασθενούς και τις ρεαλιστικές προσδοκίες που πρέπει να ικανοποιηθούν ως προς την ταχύτητα βελτίωσης των συμπτωμάτων, την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες της μεθόδου, την βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη διαχρονική εξέλιξη της νόσου. Όσον αφορά ειδικότερα στην επιλογή της χειρουργικής τεχνικής, αυτή εξαρτάται από το μέγεθος του προστάτη, τις συννοσηρότητες του ασθενούς, την δυνατότητα λήψης αναισθησίας, τις προτιμήσεις των ασθενών και την προθυμία τους (ενημερωμένη συγκατάθεση) να αποδεχτούν συγκεκριμένες παρενέργειες που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση, τη διαθεσιμότητα του χειρουργικού εξοπλισμού και την εμπειρία του Χειρουργού με τις ποικίλες διατιθέμενες σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές. ■

Εικόνα 5: Σύστημα iTIND®: (1) & (2) Τοποθέτηση στην προστατική ουρήθρα, έκπτυξη του συρμάτινου (νιτινόλη) βρόχου και διατήρηση του για 5 - 7 ημέρες, (3) Τελικό αποτέλεσμα με διάνοιξη του αυλού της προστατικής ουρήθρας και του αυχένα (εξόδου) της ουροδόχου κύστης, (4) Ράμμα έλξης και αφαίρεσης του συστήματος στο ιατρείο μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας.





ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Γράφει ο Αθανάσιος Πρεκατές MD, PhD

Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Συντονιστής Διευθυντής ΜΕΘ Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ,
Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Η χρήση του υπερηχογραφήματος πνευμόνων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Είναι μια μη επεμβατική διαγνωστική μέθοδος, φθηνή, δυναμική και χωρίς έκθεση στην ακτινοβολία, που χρησιμοποιείται για την διάγνωση και την αξιολόγηση διαφόρων πνευμονικών παθήσεων. Η χρήση του προσφέρει άμεσες και ακριβείς πληροφορίες για την κατάσταση των πνευμόνων. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι αντικαθιστά το σπυροσκόπιο και την αξονική θώρακα σε σημαντικό βαθμό. Πριν περίπου 20 χρόνια δεν συμπεριλαμβάνονταν στα διάφορα διαγνωστικά εργαλεία για την εξέταση του πνεύμονα.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ;

Το υπερηχογράφημα πνευμόνων χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας για να δημιουργήσει εικόνες προερχόμενες από τους ιστούς και από τις δομές των πνευμόνων. Μέσω του υπερήχου, οι Ιατροί μπορούν να διαγνώσουν την ύπαρξη πλευριτικής συλλογής, πνευμοθώρακα, πνευμονίας, πνευμονικού οιδήματος και άλλων πνευμονικών παθήσεων.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ;

Το υπερηχογράφημα πραγματοποιείται με τη χρήση ενός υπερηχογραφικού συστήματος. Ο Ιατρός τοποθετεί την κεφαλή υπερήχων στο θωρακικό τοίχωμα του ασθενούς, όπου τα ηχητικά κύματα περνούν μέσω των ιστών και ανακλώνται από τους πνεύμονες. Ο

υψίσυχνος ηχοβολέας τοποθετείται στο μεσοπλεύριο διάστημα και εξετάζει κάθε πνευμονικό πεδίο (6 πεδία για κάθε πνεύμονα). Επίσης, στην εξέταση βοηθά αν διαιρέσουμε τον πνεύμονα σε 3 ζώνες: την πρόσθια, την πλάγια και την οπίσθια.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το υπερηχογράφημα πνευμόνων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την άμεση διάγνωση ή παρακολούθηση των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος. Συνήθως χρησιμοποιείται για:

- Τη διάγνωση της πνευμονίας
- Τον εντοπισμό πλευριτικής συλλογής
- Τη διάγνωση της ατελεκτασίας
- Την ανίχνευση του πνευμοθώρακα
- Για την αξιολόγηση του πνευμονικού οιδήματος
- Σαν οδηγός επεμβάσεων
- Την μετά Covid αξιολόγηση, κ.λ.π.

ΜΕΤΑ COVID ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το υπερηχογράφημα πνευμόνων (Lung Ultrasound - LUS) έχει αναδειχθεί ως ένα εξαιρετικά πολύτιμο εργαλείο στην αξιολόγηση των πνευμόνων μετά από COVID-19, ειδικά για την εκτίμηση της βλάβης και της ανάρρωσης των πνευμόνων. Οι ασθενείς μετά από COVID μπορεί να παρουσιάσουν μια σειρά από επιπλοκές, όπως πνευμονική ίνωση ή πνευμονία σε αποδρομή ή πλευριτική συλλογή, κ.λ.π. Το υπερηχογράφημα προσφέρει μια μη επεμβατική μέθοδο παρακολούθησης αυτών των καταστάσεων, χωρίς έκθεση σε ακτινοβολία.

“ Στο πλαίσιο της COVID-19, το υπερηχογράφημα έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στον εντοπισμό της πρώιμης βλάβης στον πνεύμονα, και μπορεί να υπερέχει σε ορισμένες περιπτώσεις έναντι της ακτινογραφίας θώρακα. ”

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ COVID-19:

- **Η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση των πνευμονικών αλλοιώσεων:** Το υπερηχογράφημα είναι ευαίσθητο στις αλλαγές που μπορούν να συμβούν στους πνεύμονες, όπως οι ανωμαλίες στη γραμμή του υπεζωκότα, οι γραμμές B (ενδεικτικές διάμεσου συνδρόμου) και οι υπούπεζωκοτικές πυκνώσεις, οι οποίες είναι κοινές σε ασθενείς μετά από COVID.
- **Η παρακολούθηση της πορείας της νόσου:** Το LUS μπορεί να βοηθήσει στην παρακολούθηση ασθενών με σύνδρομο long COVID ή με επίμονα αναπνευστικά συμπτώματα, εκτιμώντας τον αερισμό των πνευμόνων και ανιχνεύοντας ίνωση ή άλλες καθυστερημένες επιπλοκές (π.χ. BOOP).
- **Δεν εκπέμπει ακτινοβολία:** Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία ή την ακτινογραφία, το υπερηχογράφημα δεν

εκπέμπει ακτινοβολία, καθιστώντας το κατάλληλο για επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, οι οποίες συχνά χρειάζονται στη διαχείριση των πνευμονικών παθήσεων μετά το COVID.

- **Είναι εύχρηστο, γρήγορο εξέταση και έχει εύκολη μετακίνηση:** Το υπερηχογράφημα πνευμόνων είναι φορητό και μπορεί να γίνει στο κρεβάτι του ασθενούς, καθιστώντας το ιδιαίτερα χρήσιμο για εξωτερική ή κατ' οίκον περίθαλψη.

Στο πλαίσιο της COVID-19, το υπερηχογράφημα έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στον εντοπισμό της πρώιμης βλάβης στον πνεύμονα, και μπορεί να υπερέχει σε ορισμένες περιπτώσεις έναντι της ακτινογραφίας θώρακα. Οι ασθενείς με πνευμονικές βλάβες από το COVID συχνά εμφανίζουν χαρακτηριστικά πρότυπα στο υπερηχογράφημα, όπως η παρουσία πολλαπλών γραμμών B, οι οποίες υποδηλώνουν διάμεσο σύνδρομο ή ίνωση. Επιπλέον, είναι χρήσιμο για την αξιολόγηση της έκτασης της

ανάρρωσης από καταστάσεις, όπως η πνευμονία.

Η χρήση του LUS στην μετέπειτα φροντίδα για την COVID μπορεί να βελτιώσει τη γενική κλινική εικόνα του ασθενούς, προσφέροντας έναν λεπτομερή, ασφαλή και προσβάσιμο τρόπο παρακολούθησης της ανάρρωσης των πνευμόνων με την πάροδο του χρόνου.

Γενικά σε κάθε ασθενή στο υπερηχογράφημα πνεύμονα θα ελέγχουμε:

1. Αν παρατηρείται ολίσθηση πνεύμονα (lungsliding): αν υπάρχει δεν έχει πνευμοθώρακα
2. Αν έχει B-lines, αν είναι αρκετές δείχνει διάμεσο οίδημα και αποκλείει τον πνευμοθώρακα
3. Αν έχει Lung-point, τότε έχει πνευμοθώρακα
4. Αν ο ασθενής έχει δύσπνοια και A-lines και υποψιαζόμαστε πνευμονική εμβολή τότε κάνουμε υπερηχογράφημα φλεβών κάτω άκρων και αν είναι θετικό για φλεβοθρόμβωση τότε με αρκετή πιθανότητα και μεγάλη προσοχή και ευθύνη μπορούμε να θεωρήσουμε ότι ο ασθενής έχει φλεβική θρομβοεμβολή - πνευμονική εμβολή.

Μ' αυτή την μεθοδολογία μπορούμε αρκετές φορές να αποφύγουμε την CTPA, που σε μία έγκυο γυναίκα έχει πολύ μεγάλη σημασία, γιατί δεν θα προσλάβει ακτινοβολία και δεν θα χρειαστεί και σκιαγραφικό.

PHARMASEPT



Baby Care

Η πρώτη φροντίδα
μετά τη μαμά

Ένας κόσμος γεμάτος απαλότητα

Ένας κόσμος με σεβασμό στην ευαίσθητη βρεφική επιδερμίδα.

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

Με απαλές συνθέσεις, φυτικά εκχυλίσματα και βιταμίνες που σέβονται και ενδυναμώνουν την βρεφική επιδερμίδα.



ΝΟ1 ΣΕ ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΒΡΕΦΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ*

www.pharmasept.gr

ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΤΕ ΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΚΚΥΤΗ

Γράφει ο Τσιόδρας Σωτήριος,

Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παθολογίας Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ και ο

Μητσάκος - Μπαρμπαγιάννης Κυριάκος,

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Πρόεδρος ΔΣ Κλινικής ΡΕΑ

**ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΟΚΚΥΤΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΣΟ
ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΣ
ΕΙΝΑΙ;**

Ο κοκκύτης οφείλεται στο βακτήριο του κοκκύτη (*Bordetella pertussis*) και είναι μια εξαιρετικά μεταδοτική νόσος. Ένας ασθενής με κοκκύτη μεταδίδει τη νόσο, όταν αρχίζει κι' έχει τα πρώτα συμπτώματα σε έως και το 80% των ανεμβολίαστων ή ατελώς εμβολιασμένων ατόμων. Κάθε 1 μολυσμένος υπολογίζεται πως μεταδίδει τη νόσο σε 8 με 10 επίνουσα άτομα. Με την κατάλληλη θεραπεία, η μετάδοση σταματά περίπου στις 5 ημέρες, ενώ χωρίς θεραπεία η μετάδοση μπορεί να συμβεί έως και 3 εβδομάδες μετά την έναρξη του βήχα.

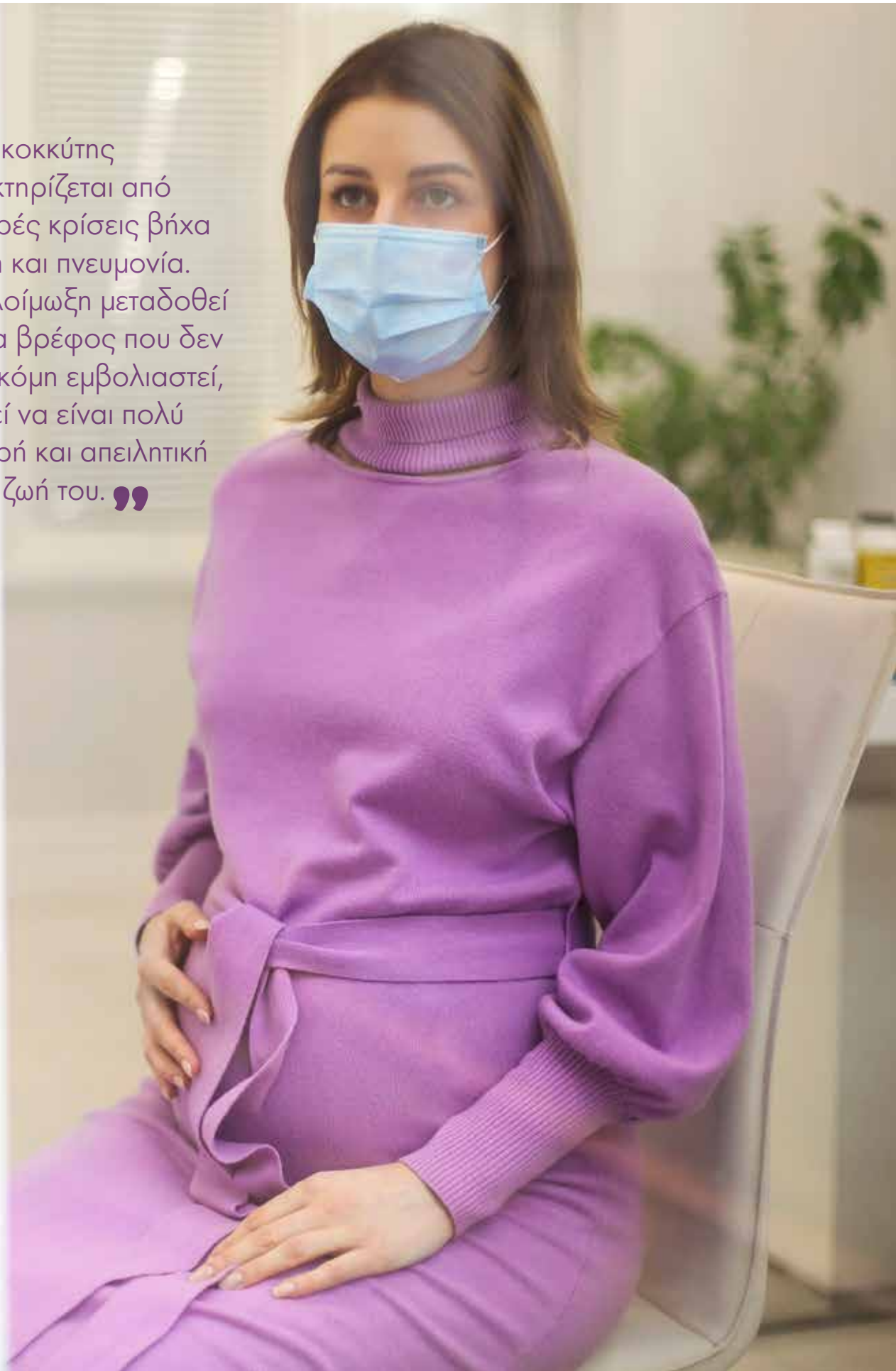
Ο κοκκύτης χαρακτηρίζεται από σοβαρές κρίσεις βήχα ακόμη και πνευμονία. Αν η λοίμωξη μεταδοθεί σε ένα βρέφος που δεν έχει ακόμη εμβολιαστεί, μπορεί να είναι πολύ σοβαρή και απειλητική για τη ζωή του. Τα βρέφη διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής νόσου και

θανάτου και σχεδόν όλοι οι θάνατοι στις χώρες της Ευρώπης, έχουν καταγραφεί σε βρέφη κάτω των τριών μηνών.

**ΕΙΝΑΙ ΣΥΧΝΟΣ ΣΤΗΝ
ΠΑΤΡΙΔΑ ΜΑΣ;**

Εξάρσεις του κοκκύτη παρατηρούνται κάθε τρία έως πέντε χρόνια. Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, υπάρχει σημαντική αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων εφέτος και οι ηλικίες που επηρεάζονται περισσότερο είναι τα παιδιά, οι νεαροί έφηβοι και τα βρέφη που δεν έχουν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό. Το 2024 έως και την 1η Αυγούστου είχαν καταγραφεί 366 κρούσματα στην Ελλάδα, από τα οποία το 61% ήταν σε παιδιά και εφήβους ηλικίας μικρότερης των 18 ετών. Τα περισσότερα κρούσματα καταγράφηκαν στην Αττική. Μεταξύ των κρουσμάτων περιλαμβάνονται τρεις θάνατοι, ένας σε νεογνό, ένας σε βρέφος σχεδόν 2 μηνών και ένας σε ενήλικα.

“Ο κοκκύτης χαρακτηρίζεται από σοβαρές κρίσεις βήχα ακόμη και πνευμονία. Αν η λοίμωξη μεταδοθεί σε ένα βρέφος που δεν έχει ακόμη εμβολιαστεί, μπορεί να είναι πολύ σοβαρή και απειλητική για τη ζωή του.”



“Ο εμβολιασμός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε κάθε κύηση και κατά προτίμηση από την 27η έως την 36η εβδομάδα κύησης, προσφέρει ισχυρή προστασία στη μητέρα και στο νεογέννητο από την πρώτη μέρα της γέννησής του.”

Απαιτείται αυξημένη κλινική υποψία για τη νόσο του κοκκύτη ιδιαίτερα σε ενήλικες με επίμονο παροξυσμικό βήχα, ακόμα και χωρίς άλλα συμπτώματα. Είναι επιβεβλημένη η εγρήγορση των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των Παιδιάτρων, Νεογνολόγων και Μαιευτήρων Γυναικολόγων, αλλά και των Γενικών Ιατρών, Παθολόγων και Πνευμονολόγων για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Η δήλωση του κρούσματος στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) είναι υποχρεωτική και συνδυάζεται με την διαχείριση των στενών επαφών του κρούσματος.

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΥΡΙΟ ΜΕΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ;

Η νόσηση με κοκκύτη δεν καταλείπει ισόβια ανοσία, επομένως, ανεμβολίαστα ή ατελώς εμβολιασμένα άτομα (και έγκυες) που ανάρρωσαν από κοκκύτη, θα πρέπει να εμβολιάζονται σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Η προστασία έναντι του κοκκύτη

επιτυγχάνεται μέσω του έγκαιρου εμβολιασμού των βρεφών, από τον 2ο μήνα ζωής και την έγκαιρη ολοκλήρωση του εμβολιασμού με όλες τις απαιτούμενες δόσεις εμβολίων των παιδιών, εφήβων και των ενηλίκων, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. Πρόσθετα μέτρα για την πρόληψη της μετάδοσης του κοκκύτη, είναι η απομόνωση του (ύποπτου ή επιβεβαιωμένου) κρούσματος, η έγκαιρη έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής στο κρούσμα, ο εμβολιασμός και η χορήγηση χημειοπροφύλαξης στις επαφές του κρούσματος. Προτείνεται η χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής σε στενές επαφές, που μένουν στο ίδιο σπίτι με το κρούσμα ανεξάρτητα από την εμβολιαστική τους κατάσταση και την ηλικία, εφόσον στο σπίτι υπάρχει παιδί κάτω του 1 έτους.

ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;

Ναι, είναι απαραίτητος, με πρωταρχικό στόχο την προστασία των βρεφών τα

οποία κινδυνεύουν από σοβαρή νόσο και θάνατο τους πρώτους μήνες της ζωής τους, που είναι ακόμη ανεμβολίαστα ή ατελώς εμβολιασμένα. Τα βρέφη κατά τους πρώτους μήνες ζωής και μέχρι να εμβολιαστούν, δεν διαθέτουν δική τους άμυνα έναντι του κοκκύτη. Ο μόνος τρόπος για να προστατευτούν από τον κοκκύτη είναι μέσω του εμβολιασμού της εγκύου και των ατόμων φροντίδας τους.

Ο εμβολιασμός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε κάθε κύηση και κατά προτίμηση από την 27η έως την 36η εβδομάδα κύησης, προσφέρει ισχυρή προστασία στη μητέρα και στο νεογέννητο από την πρώτη μέρα της γέννησής του. Ο εμβολιασμός μπορεί να πραγματοποιηθεί και από τις 20 εβδομάδες στις Γυναίκες που έχουν εντοπιστεί ως υψηλού κινδύνου για πρόωρο τοκετό. Αν έχει προηγηθεί δόση εμβολίου κατά του κοκκύτη στους μήνες πριν την εγκυμοσύνη, η δόση κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να χορηγηθεί αργότερα, στο τρίτο τρίμηνο, ώστε να μεγιστοποιηθεί το διάστημα μεταξύ των δόσεων, ενώ παράλληλα να αυξηθούν

τα επίπεδα ανοσίας που θα μεταβιβαστούν στο μωρό.

Επειδή η ανοσία από το εμβόλιο κατά του κοκκύτη εξασθενεί με τον καιρό, συστήνεται από τους διεθνείς οργανισμούς και το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, ο εμβολιασμός των εγκύων σε κάθε εγκυμοσύνη, ακόμη και αν οι εγκυμοσύνες είναι κοντά χρονικά.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΞΟΥΝ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΒΡΕΦΗ;

Όλα τα ανεμβολίαστα ή ατελώς ανεμβολίαστα μέλη της οικογένειας, όπου υπάρχουν νεογνά και μικρά βρέφη, θα πρέπει να εμβολιάζονται έγκαιρα - ιδανικά τουλάχιστον δύο εβδομάδες πριν την επαφή με αυτά.

ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ;

Ναι, το εμβόλιο είναι ασφαλές τόσο για την έγκυο Γυναίκα, όσο και για το μωρό.

ΕΙΜΑΙ ΕΓΚΥΟΣ, ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

Το δωρεάν εμβόλιο κατά του κοκκύτη, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι ο καλύτερος τρόπος για να προστατέψετε το νεογέννητό



σας από την πρώτη μέρα γέννησης.

Μιλήστε με τον Ιατρό σας σήμερα, για να λάβετε το δωρεάν εμβόλιο κατά του κοκκύτη.

Είναι επίσης σημαντικό να εμβολιάζονται κατά του κοκκύτη και εκείνοι, που θα είναι κοντά στο μωρό σας στις πρώτες εβδομάδες της ζωής του. Βεβαιωθείτε ότι τα υπόλοιπα παιδιά σας έχουν ενημερωμένα τα εμβόλιά τους και ζητήστε από τους φροντιστές και τους στενούς συγγενείς, που δεν έχουν

εμβολιαστεί κατά του κοκκύτη τα τελευταία 10 χρόνια, να βεβαιωθούν ότι έχουν εμβολιαστεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες πριν έρθουν σε επαφή με το μωρό σας.

ΣΧΕΔΙΑΖΩ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

Εάν σχεδιάζετε μια εγκυμοσύνη ή είστε ήδη έγκυος, μιλήστε με τον Ιατρό σας για τα εμβόλια που χρειάζεστε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (όπως του κοκκύτη και της γρίπης). ■

ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Γράφει ο Παναγιώτης Συρμαγιάς

Μαιευτράς Γυναικολόγος, τ. Επιμελητής Α', ΠΓΝ-Μ "Ελενα Βενιζέλου", Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Τα λίπη αποτελούν πηγή ενέργειας και είναι απαραίτητα για την φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς και για την απορρόφηση ορισμένων βιταμινών. Η χοληστερίνη (ή χοληστερόλη) είναι το σημαντικότερο και το πλέον γνωστό λιπίδιο, απαραίτητη για την φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού και απαντά στο αίμα και σε όλους τους ιστούς του. Αποτελεί κύριο συστατικό στην κατασκευή των κυτταρικών τοιχωμάτων, ενώ αποτελεί και την πρώτη ύλη στην σύνθεση: των οξέων της χολής (που βοηθούν στην πέψη των λιπών), των ορμονών και κυρίως της βιταμίνης D. Η χοληστερίνη, που προέρχεται κυρίως από τις τροφές μας, όταν ακολουθώντας βρίσκεται στο αίμα έχει διπλή προέλευση: εξωγενή και ενδογενή. Ο άνθρωπος προσλαμβάνει σημαντικά ποσά χοληστερίνης, που ανέρχονται κατά μέσο όρο σε 0,3 γραμμάρια ημερησίως, τα οποία επεξεργάζονται στο ήπαρ και αναμειγνύονται με την ενδογενή, εκεί παραγόμενη, χοληστερίνη, το ποσό της οποίας ανέρχεται σε 1 γραμμάριο ημερησίως, ενώ οι ιδανικές φυσιολογικές τιμές της, στο αίμα ατόμου μέσης ηλικίας είναι: 115 - 200 mg/dL.

Όμως, ένα αντισταθμιστικό σύστημα του οργανισμού, ρυθμίζει το ποσό της χοληστερίνης που συντίθεται στο ήπαρ, έτσι ώστε, αν αυξηθεί η ποσότητα της χοληστερίνης που προσλαμβάνεται με την τροφή, να μειώνεται η σύνθεση της ουσίας αυτής στο ήπαρ και έτσι να μην υπάρχει πλεόνασμα στο αίμα. Υψηλά ποσά χοληστερίνης στην κυκλοφορία αποτελούν ένα εξαιρετικά σημαντικό αίτιο παθήσεων των αρτηριών, γιατί σχηματίζουν μαζί με άλλες ουσίες λιπώδεις, εναποθέσεις στα τοιχώματα των αγγείων (αθηροσκλήρωση ή αρτηριοσκλήρωση), ενώ βαθμιαία, καθώς οι

αποθέσεις αυξάνονται, περιορίζουν το εύρος των αγγείων και την κυκλοφορία του αίματος, αλλά κυρίως μπορούν να προκαλέσουν το σχηματισμό θρόμβων, που αποφράσουν επικίνδυνα τα αιμοφόρα αγγεία, ενώ παράλληλα, με εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου, "ασβεστοποιούνται", μετατρέποντας τα τοιχώματά τους σε σκληρό, επουλωτικό ιστό, με επακόλουθη σοβαρή υπέρταση αλλά και ταυτόχρονη, καταπόνηση της καρδιάς. Έτσι με τον πολύπλοκο αυτό τρόπο, επιταχύνονται κυρίως και προκαλούνται σοβαρές καρδιακές προσβολές όπως η στεφανιαία νόσος ή το έμφραγμα, συχνά και σε "πρώωρες" ηλικίες (κάτω των 55 ετών), στένωση των καρωτίδων, αλλά και εξίσου επικίνδυνες εγκεφαλικές αποπληξίες.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί επίσης, ότι η χοληστερίνη βρίσκεται και μεταφέρεται στο αίμα, συνδεδεμένη με ορισμένα σύνθετα πρωτεϊνικά μόρια (λιποπρωτεϊνικά), τα οποία ονομάζονται λιποπρωτεΐνες, που παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην συνολική δράση της επιζήμιας χοληστερίνης. Υπάρχουν λοιπόν δύο τύποι αυτών των μορίων:

- οι Χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (που ονομάζονται LDL/Low Density Lipoproteins) και
- Υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (γνωστές ως HDL/High Density Lipoproteins).

Οι LDL φέρουν μεγαλύτερες ποσότητες χοληστερίνης από εκείνες τις HDL και την αποθέτουν σε ολόκληρο το σώμα και έτσι, υψηλά επίπεδα LDL στο αίμα, κυρίως αυξάνουν τον κίνδυνο παθήσεων των αρτηριών, γιατί σχηματίζουν επίφοβες, λιπώδεις εναποθέσεις στα τοιχώματά τους, παραμένοντας ο σημαντικότερος στατιστικά, παράγοντας που καθορίζει την εμφάνιση της αθηροσκληρωτικής νόσου. Αντίθετα, οι HDL

συλλαμβάνουν τα ελεύθερα μόρια χοληστερίνης και τα επιστρέφουν στο ήπαρ για να διασπαστούν και με αυτό τον τρόπο, υψηλό επίπεδο HDL στο αίμα προστατεύει από αγγειακές παθήσεις.

Τα επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα όμως, προσδιορίζονται κυρίως από ένα συνδυασμό γενετικής (κληρονομικότητα) και τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, του σωματικού βάρους, του καπνίσματος, της σωματικής άσκησης, της ηλικίας, αφού ακόμα και νεαρά άτομα συχνά δεν μένουν ανέπαφα. Επίσης, τα συναισθηματικά στρές και καταστάσεις άγχους επηρεάζουν τις τιμές της χοληστερίνης, ενώ ιδιαίτερο ρόλο παίζει και η λειτουργία του θυρεοειδούς, καθώς η υπολειτουργία του συνοδεύεται από υψηλά ποσά χοληστερίνης στο αίμα.

Σημαντικό είναι να τονισθεί ότι, ατυχώς, τα

υψηλά επίπεδα χοληστερίνης δεν εμφανίζουν συνήθως συμπτώματα, μέχρι να προκαλέσουν κάποια διαταραχή όπως π.χ. η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση. Ιδιαίτερα στη Γυναίκα, όμως, φαίνεται ότι τα επίπεδα της χοληστερίνης, φυσιολογικά είναι υψηλότερα από των Ανδρών, αλλά το κυριότερο είναι ότι αυτά επηρεάζονται αισθητά από τις ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής της. Υπερχοληστεριναιμία, όμως, προκαλούν επίσης, και ορισμένα συνθετικά οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντισύλληψη και στην θεραπεία ορισμένων διαταραχών στην εμμηνοπάυση, εξ' ου και η ανάγκη ελέγχου της, πριν και κατά τη διάρκεια της χρήσεως των ορμονών αυτών.

Ειδικότερα, η εγκυμοσύνη όμως, είναι μία περίοδος της ζωής της Γυναίκας που παρουσιάζεται φυσιολογικά μία αύξηση (25% - 30%) των κυκλοφορούντων οιστρογόνων και άλλων ορμονών, λόγω της μεγαλύτερης παραγωγής τους από τον αναπτυσσόμενο πλακούντα και κατ' επέκταση, τα επίπεδα της χοληστερίνης και των λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας (LDL) αυξάνονται σταθερά, από το δεύτερο τρίμηνο και φθάνουν στο μέγιστο κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, για να επιστρέψουν τελικά στα φυσιολογικά επίπεδα 4 βδομάδες μετά τον τοκετό. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στην περίπτωση αυτή, να διευκρινίσουμε ότι οφείλονται και στο γεγονός ότι η



ουσία αυτή είναι παρόλα αυτά, απαραίτητη για την παραγωγή των αναφερομένων ορμονών και ιδιαίτερα της προγεστερόνης (στον πλακούντα), αλλά το κυριότερο, είναι αναγκαία και για την ανάπτυξη του εμβρύου.

Υπάρχουν, όμως, και λίγες μεμονωμένες παρατηρήσεις που αναφέρουν τις σπάνιες πιθανότητες: ανάπτυξη υπέρτασης της κύησης (σαν αποτέλεσμα αγγειοπάθειας), διαβήτη της κύησης, πρόωρο τοκετό και χαμηλού βάρους νεογνά, ιδιαίτερα σε εγκυμοσύνες με παραμελημένη, κυρίως, υψηλή χοληστερίνη, τα συμπεράσματα των οποίων όμως, δεν μπορούν να γενικευτούν και να τύχουν γενικής αποδοχής.

Όμως η περίοδος της εγκυμοσύνης, όπως γνωρίζουμε όλοι, χαρακτηρίζεται από μία...«άφεση αμαρτιών» σχετικά με το φαγητό και τις διατροφικές συνήθειες της εγκύου. Είναι συνήθως, η στιγμή που της επιτρέπεται και μπορεί να απολαύσει ό,τι θέλει αφού...«το ζητάει το παιδί». Καταλαβαίνει κανείς λοιπόν, ότι είναι πολύ σημαντικό και πρέπει η έγκυος να προσέχει να μην προβεί σε απερίσκεπτες ακρότητες με αλόγιστη κατανάλωση συγκεκριμένων, επικίνδυνων τροφών. Μετά από όλα αυτά, συχνά, τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, δικαιολογημένα ανησυχούν και προβληματίζουν τις περισσότερες «μέλλουσες μαμάδες», για το αν είναι δυνατόν να επηρεάσουν την κύηση, καθώς και αν μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ίδια την υγεία τους. Έτσι η προαναφερθείσα, υπερλιπιδαιμία τους προκαλεί συνήθως, κάποια ανησυχία και άγχος, διότι σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακά ή άλλα αγγειακά προβλήματα. Ωστόσο, δεν υπάρχει γενικά λόγος ανησυχίας, αφού μόνο σε συνδυασμό με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία, τότε η υψηλή χοληστερίνη ενδέχεται να δημιουργήσει τα προαναφερόμενα προβλήματα.

Σχετικές στατιστικές μελέτες, μάλιστα, αναφέρουν ότι μόνο το 24% των εγκύων με σοβαρή υπερχοληστεριναιμία παρουσίασε καρδιακά συμβάντα. Αντίθετα, πρόσφατες μελέτες βρήκαν ότι επίσης, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει, μία σημαντική αντισταθμιζόμενη αγγειοδιασταλτική απάντηση του ενδοθηλίου των αγγείων, οφειλόμενη στα υψηλά επίπεδα της προαναφερθείσας, προγεστερόνης, που δυστυχώς όμως, συμβάλλει και στην αύξηση της επιβλαβούς LDL λιποπρωτεΐνης.

Με άλλα λόγια, σήμερα, πιστεύεται ότι η αυξημένη χοληστερίνη στην εγκυμοσύνη δεν βλάπτει γενικά το καρδιαγγειακό σύστημα της εγκύου, ενώ αντίστοιχα από τις μέχρι σήμερα μελέτες, το έμβρυο δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από την υπερχοληστεριναιμία της μητέρας.

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνεται, στη φυσιολογική έγκυο όπου μαζί με τα άλλα, αυτή πρέπει αρχικά, να ελέγχεται επιπρόσθετα και για τα επίπεδα της χοληστερίνης και των άλλων λιπιδίων και να προσδιορίζεται το “λιπιδαιμικό προφίλ” στον προγεννητικό έλεγχό της, δίνοντας βαρύνουσα σημασία τόσο στην οικογενή προδιάθεση, όσο και στο ατομικό ιστορικό της, που θα ενημερώσουν την ίδια, και θα εκτιμηθούν κατάλληλα από τον Ιατρό της. Ο ίδιος Μαιευτήρας, που έχει κατά νου τις ιδιαιτερότητες του γυναικείου φύλου, μπορεί να την συμβουλευσει αρχικά, για ορισμένες αλλαγές στη διατροφή, τη σωματική άσκηση, τη διαχείριση του σωματικού βάρους και φυσικά την εργαστηριακή παρακολούθηση, που θα βοηθήσουν συνολικά να ελαττωθούν οι ενδεχομένως υψηλές τιμές της χοληστερίνης, καθιερώνοντας έτσι μια σταθερή επικοινωνία και ενημέρωση μαζί του. Ενώ, θα πρέπει να υπερτονισθεί ότι οποιαδήποτε φαρμακευτική θεραπεία είναι απαγορευμένη, λόγω των κινδύνων που μπορούν να επηρεάσουν την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ο ουσιαστικός τρόπος αποφυγής υψηλών ποσοστών χοληστερίνης στο αίμα είναι η μείωση του ποσού της που προσλαμβάνεται με την τροφή μας. Αυτή απαντάται, κατά κύριο λόγο στα ζωικά λίπη (ή κορεσμένα, ανάλογα με την χημική δομή τους), που συντελούν στην ουσιαστική αύξηση των επιπέδων της στον οργανισμό και αντίθετα όχι στα λίπη φυτικής προέλευσης (ή ακόρεστα).

Η μείωση, λοιπόν, του ποσού της προσλαμβανομένης χοληστερίνης έχει βρεθεί ότι μπορεί να γίνει αποτελεσματικά με:

- 1) Μείωση της συνολικής ποσότητας των προσλαμβανομένων λιπών
- 2) Μερική ή ολική αντικατάσταση από την διατροφή των κορεσμένων λιπών από ακόρεστα (φυτικά)
- 3) Μείωση της κατανάλωσης τροφών που περιέχουν χοληστερίνη και
- 4) Μείωση των ολικών θερμίδων, για να επιτευχθεί και το “ιδεώδες” βάρος του ατόμου

Μετά από αυτά, θα πρέπει να ακολουθείται μία αυστηρή δίαιτα χαμηλών θερμίδων, να αποφεύγονται τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα ή αλλιώς ζωικά λίπη, όπως το βούτυρο, το τυρί, το πλήρες γάλα, το κόκκινο κρέας (ιδιαίτερα αρνί και χοιρινό), τα αλλαντικά, τα αρτοσκευάσματα ή προϊόντα μεταποίησης (π.χ. μπισκότα, κέικ, κλπ), καθώς και τα τηγανητά φαγητά που περιέχουν μαγειρικό λίπος και τέλος τροφές που περιέχουν πολύ χοληστερίνη όπως: ο κρόκος του αυγού, οι γαρίδες και τα θαλασσινά, τα εντόσθια ζώων. Σε γενικές γραμμές, τα ζωικά λίπη πρέπει να αντικατασταθούν από ακόρεστα, όπως είναι τα “φυτικά ωμά λίπη”, π.χ. το ελαιόλαδο, το αραβοσιτέλαιο, το σογιέλαιο και τα ιχθυέλαια. Εδώ θα πρέπει, επίσης, να τονίσουμε ότι την ίδια υπολιπιδαιμική πολιτική θα πρέπει να ακολουθήσουν και οι γυναίκες εκείνες που πάσχοντας από υπερχοληστεριναιμία πριν από την έναρξη της εγκυμοσύνης τους, και ελάμβαναν ειδική φαρμακευτική αγωγή, που φυσικά διέκοψαν για τους λόγους που προαναφέραμε.

Η έγκυος με υπερχοληστεριναιμία θα πρέπει πρωταρχικά, με την καθοδήγηση του Μαιευτήρα της να ακολουθεί κατάλληλες διαιτητικές συμβουλές, χωρίς φυσικά τη στέρηση των απαραίτητων θρεπτικών τροφίμων, μαζί με ένα υγιεινό τρόπο ζωής προσαρμοσμένο στη ατομική της κατάσταση και σε περίπτωση παχυσαρκίας επίσης, στην αναγκαία απώλεια βάρους. Έτσι ουσιαστικά, θα διαμορφώσουν τις καθημερινές διατροφικές συνήθειές της, που εκτός από τη προαναφερόμενη μείωση των ολικών λιπών, θα πρέπει να αυξήσει την κατανάλωση συνθέτων υδατανθράκων (πλούσιων κυρίως σε άμυλο) σε αντικατάσταση των λιπών που περιορίστηκαν και επίσης αυτή να εμπλουτισθεί με άλλες ιδιαίτερες τροφές γνωστές για τις συνεργατικές τους δράσεις στη μείωση της χοληστερίνης. Τέτοιες τροφές περιλαμβάνονται στην μεσογειακή κουζίνα και είναι ευτυχώς αρκετές και ποικίλες στην χώρα μας.

Μια τέτοια δίαιτα κάτω από αυτά τα προστάγματα, θα πρέπει να διαρθρώνεται κατά κύριο λόγο, σε τροφές που κάνουν “καλό” στην χοληστερίνη, όπως: τα τρόφιμα που περιέχουν φυτικές ίνες (π.χ. βρώμη, σίκαλη, κριθάρι), καθώς και τα λεγόμενα τρόφιμα ολικής αλέσεως, οι ξηροί καρποί όπως, καρύδια, αμύγδαλα, φιστίκια, ηλιόσποροι, σουσάμι, κλπ, τα όσπρια, το ρύζι, το πράσινο τσάι, το ελαιόλαδο κατά κύριο λόγο και τα προϊόντα του,

“ Η έγκυος με υπερχοληστεριναιμία θα πρέπει πρωταρχικά, με την καθοδήγηση του Μαιευτήρα της να ακολουθεί κατάλληλες διαιτητικές συμβουλές, χωρίς φυσικά τη στέρηση των απαραίτητων θρεπτικών τροφίμων, μαζί με ένα υγιεινό τρόπο ζωής προσαρμοσμένο στη ατομική της κατάσταση και σε περίπτωση παχυσαρκίας επίσης, στην αναγκαία απώλεια βάρους.”

καθώς και τα άλλα προαναφερθέντα φυτικά έλαια, τα τρόφιμα από σόγια, οποιαδήποτε είδους ψάρια (όπως σολομός, τόνος, σαρδέλες, κλπ) που κυρίως περιέχουν τα σημαντικά ωμέγα 3 λιπαρά οξέα, που εκτός των άλλων συμβάλλουν και στην ουσιαστική μείωση της χοληστερίνης και πιο συγκεκριμένα, της επιβλαβούς LDL λιποπρωτεΐνης με παράλληλη αύξηση της ευεργετικής, HDL. Θα πρέπει, επίσης, να αποφεύγεται η υπερβολική χρήση σάκχαρης (η οποία σε πλεόνασμα, μετατρέπεται σε τριγλυκερίδια στο οργανισμό), όπως και των ποτών με υψηλό περιεχόμενο σε αλκοόλ, περιορισμό του αλατιού, ενώ επιβάλλεται αυστηρά η διακοπή του καπνίσματος.

Ιδιαίτερη αναφορά όμως, θα πρέπει να κάνουμε στα φρέσκα λαχανικά και κυρίως στα φρούτα, που αποτελούν σημαντικά καθημερινά συστατικά μιας ορθής προσαρμοσμένης στην έγκυο, υποχοληστερινικής διατροφής. Θα προτιμήσουμε: τις ντομάτες, τα καρότα, το σπανάκι, το μπρόκολο, την κολοκύθα, την αγκινάρα, το αγγούρι, την μελιτζάνα, τα σπαράγγια, κ.α. Τα φρούτα, τώρα, που προσθέτουν γεύση και ποικιλία στην διατροφή μας, η καλύτερη πηγή φυτικών ινών, βιταμινών και μετάλλων περιέχουν επίσης, μια ειδική ουσία την ανθοκυανίνη, που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την ζητούμενη στην περίπτωσή μας, μείωση των επιπέδων της χοληστερίνης. Εδώ για πρακτικούς ευκολομνημονευτικούς κυρίως λόγους, θα πρέπει να αναφερθούμε ειδικά, στην δύναμη.... των «κόκκινων» και των «μπλε» φρούτων για την αποσκοπούμενη μείωση της χοληστερίνης. Τέτοια

φρούτα είναι: τα πορτοκάλια, τα μήλα, οι φράουλες, το καρπούζι, το ρόδι, τα κεράσια, τα δαμάσκηνα, τα μύρτιλα, τα μούρα, κ.α. Έχοντας λοιπόν, σαν κύριο κορμό της καθημερινής διατροφής της εγκύου με αυξημένη χοληστερίνη, την κατανάλωση αυτών των φρούτων και λαχανικών, στοχεύοντας σε περίπου 5 φλιτζάνια συνολικά την ημέρα, φαίνεται να μπορούμε να μειώσουμε αισθητά και να διατηρήσουμε χαμηλά την υπερλιπιδαιμία στον οργανισμό της.



Όμως στην προσπάθεια αυτή, όπως προείπαμε, θα πρέπει εξίσου σημαντικά, να εντάξουμε και την ελαφριά σωματική άσκηση, συνολικής διάρκειας περίπου 2 ½ ωρών την εβδομάδα σε περίπτωση που η κατάσταση της ίδιας της εγκύου το επιτρέπει και δεν συντρέχουν κίνδυνοι για την εγκυμοσύνη, πάντα κάτω από την καθοδήγηση του Μαιευτήρα της. Θα πρέπει επίσης, η ίδια να φροντίζει να καταναλώνει επαρκή ποσότητα νερού και να διατηρείται καλά ενυδατωμένη, βοηθώντας και με τον τρόπο αυτό, να επιτυγχάνεται η μείωση της LDL λιποπρωτεΐνης στην κυκλοφορία της εγκύου. Τέλος, επικουρικά μπορεί να βοηθήσει στην υπερχοληστεριναιμία της εγκυμοσύνης, χωρίς να αποτελεί αναγκαία θεραπευτική επιλογή και η κατανάλωση συμπληρωμάτων διατροφής με ιχθυέλαια πλούσια σε ωμέγα 3 λιπαρά οξέα (σε δόση έως 500 mg ημερησίως), στην ωφέλιμη δράση των οποίων επιπρόσθετα θα πρέπει να γίνει μνεία, αφού η κατανάλωσή τους αποδεδειγμένα

βοηθά τόσο στην νευρολογική ανάπτυξη, όσο και στην ανάπτυξη της όρασης του εμβρύου και γενικότερα στην καλύτερη έκβαση της κύησης.

Ιδιαίτερες ευεργετικές ιδιότητες επιδεικνύουν επίσης τα ω3 λιπαρά οξέα, στην ποιότητα του μητρικού γάλακτος, στη μείωση των πιθανοτήτων προώρου τοκετού, όπως και στην μείωση των πιθανοτήτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Όμως, από τα διαθέσιμα σκευάσματα που κυκλοφορούν, θα πρέπει να αποκλειστεί η χρήση του μωρουνέλαιου, που περιέχει μεν τα αναγκαία ω3 λιπαρά, αλλά δεν συστήνεται στην εγκυμοσύνη, λόγω της υψηλής περιεκτικότητας σε βιταμίνη Α, η οποία είναι τερατογόνος στις δόσεις αυτές, για το έμβρυο. Γίνεται κατανοητό επίσης, ότι καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η έγκυος αυτή θα πρέπει να παρακολουθείται με τακτικούς, εργαστηριακούς ελέγχους των τιμών τόσο της χοληστερίνης, όσο και των λοιπών λιπιδίων, δίνοντας χρήσιμες πληροφορίες στην ίδια και τον Ιατρό της για την εν γένει πορεία της καταστάσεώς της, εξεταστικεύοντας έτσι τις βασικές κατευθυντήριες οδηγίες όπου και όταν χρειάζεται, αφού η αντιμετώπιση διαφέρει από έγκυο σε έγκυο και ρυθμίζεται ανάλογα από τον Μαιευτήρα της. Έτσι, λοιπόν, η πιο ευτυχισμένη περίοδος της ζωής της Γυναίκας, αυτή της εγκυμοσύνης, σε περίπτωση προϋπάρχουσας ή περιπλεκόμενης υψηλής χοληστερίνης, αυτή δεν φαίνεται να αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό στοιχείο για την πορεία και την τελική της έκβαση, όπως και για το κυοφορούμενο έμβρυο. Με βασικό και σημαντικό κορμό μία ειδική, ισορροπημένη δίαιτα χαμηλών θερμίδων και κυρίως πτωχή σε χοληστερίνη και λιπίδια, εμπλουτισμένη με άφθονα φρέσκα φρούτα και λαχανικά επιτυγχάνεται αισθητή μείωση των τιμών της επιβλαβούς χοληστερίνης στην έγκυο. Στην ίδια κατεύθυνση θα συνεπικουρήσουν συνεργικά, η χαλαρή σωματική άσκηση, η συγκράτηση ή μείωση του σωματικού βάρους και η σωστή ενυδάτωση. Την καθοδήγηση, τον έλεγχο και τη ρύθμιση της προσπάθειας αυτής θα πρέπει να την έχει πάντα ο Μαιευτήρας που σε αγαστή συνεργασία με την συγκεκριμένη έγκυο, θα μπορέσει να οδηγήσει ανέφελα, χωρίς δυσάρεστες επιπλοκές, σε αίσιο τέλος την εγκυμοσύνη της, δίνοντας χαρά κι ευτυχία τόσο στην ίδια, όσο και στους δικούς της. ■■



mam

Since 1976

Συνεχής ροή ταΐσματος για ένα πιο ήρεμο μωρό

Το μπιμπερό **Easy Start™ Anti-Colic** μειώνει κολικούς και άλλα συνήθη διατροφικά θέματα του μωρού, χάρη στο καινοτόμο σύστημα κατά των κολικών με τη βαλβίδα στη βάση του.

- ✓ **ΒΟΗΘΑΕΙ ΤΟ ΜΩΡΟ ΝΑ ΚΑΤΑΠΙΝΕΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΕΡΑ & ΝΑ ΠΙΝΕΙ ΗΡΕΜΑ ΣΤΟΝ ΔΙΚΟ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟ**
- ✓ **ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΘΗΛΗ ΜΕ ΜΟΝΑΔΙΚΟ, ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΧΗΜΑ ΠΟΥ ΤΗΝ ΚΑΘΙΣΤΑ ΙΔΑΝΙΚΗ ΓΙΑ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΘΗΛΑΣΜΟ**

Ενδιαφερόμαστε για το μωρό σας και τον πλανήτη: Σκανάρετε το QR code για να μάθετε περισσότερα για τα προϊόντα MAM.



ΕΠΙΠΕΔΗ ΜΑΛΑΚΗ ΘΗΛΗ -
ΟΠΩΣ ΤΟ ΣΤΗΘΟΣ
ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ



ΕΥΚΟΛΗ & ΓΡΗΓΟΡΗ
ΑΥΤΟΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ



*Έρευνα αγοράς 2009-2023 σε 1.808 μωρά

²Όλα τα μέρη του μπιμπερό εκτός από τη θηλή σιλικόνης και τη βαλβίδα είναι κατασκευασμένα από πολυπροπυλένιο που συνδέεται με πρώτες ύλες βιοκυκλικής οικονομίας σύμφωνα με την προσέγγιση ισοζυγίου μάζας, όπως πιστοποιείται από το πρότυπο ISCC PLUS

ΜΑΘΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ



Πρόωρος Τοκετός.

Γιατί συμβαίνει και πώς
αντιμετωπίζεται;

Γράφει η Στεφανία Δημοπούλου

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Συνεργάτης Τμήματος Εμβρυομητρικής Κλινικής ΡΕΑ



Πρόωρα ορίζονται τα μωρά που γεννιούνται πριν συμπληρωθούν οι 37 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Οι υποκατηγορίες πρόωρου τοκετού με βάση την ηλικία κύησης είναι οι εξής:

- Όψιμα πρόωρα (34 - 37 εβδομάδες)

- Μετρίως πρόωρα (32 - 24 εβδομάδες)
- Πολύ πρόωρα (28 - 32 εβδομάδες)
- Εξαιρετικά πρόωρα (λιγότερο από 28 εβδομάδες)

Ο πρόωρος τοκετός μπορεί να συμβεί αυτόματα ή λόγω ιατρικών ενδείξεων για τον προγραμματισμό πρόωρης πρόκλησης τοκετού ή Καισαρικής Τομής.

Υπολογίζεται ότι 13,4 εκατομμύρια μωρά γεννήθηκαν πρόωρα το 2020 και περίπου 900.000 παιδιά πέθαναν το 2019 από επιπλοκές πρόωρου τοκετού. Παγκοσμίως, η προωρότητα είναι η κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά κάτω των 5 ετών, αν και υπάρχουν έντονες ανισότητες στα ποσοστά επιβίωσης μεταξύ των χωρών χαμηλού και υψηλού εισοδήματος. Η προωρότητα μπορεί να προκαλέσει αρκετές επιπλοκές μακροπρόθεσμα στα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων όρασης και ακοής.

ΑΙΤΙΑ

Δεν γνωρίζουμε πάντα με βεβαιότητα τι προκαλεί τον πρόωρο τοκετό. Μερικές φορές ο τοκετός ξεκινά μόνος του χωρίς προειδοποιητικά σημάδια.

Ακόμα κι αν κάνετε τα πάντα σωστά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχει κίνδυνος να γεννήσετε νωρίς.

Γνωρίζουμε ότι ορισμένοι παράγοντες κινδύνου μπορεί να καθιστούν πιο πιθανό τον πρόωρο τοκετό. **Το να έχετε**

έναν παράγοντα κινδύνου δεν σημαίνει σίγουρα ότι θα γεννήσετε νωρίς. Αλλά μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητές σας. Είναι σημαντικό να μιλήσετε με τον Ιατρό σας σχετικά με το τι μπορείτε να κάνετε για να μειώσετε τον κίνδυνο.

Παράγοντες κινδύνου που καθιστούν πιο πιθανό να έχετε πρόωρο τοκετό και να γεννήσετε νωρίς:

- Είχατε ένα πρόωρο μωρό στο παρελθόν
- Πολύδυμη κύηση (δίδυμα, τρίδυμα ή περισσότερα)
- Παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με τη μήτρα ή τον τράχηλο τώρα ή στο παρελθόν. Η μήτρα είναι το όργανο, όπου το μωρό σας μεγαλώνει μέσα σας. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας και συγκρατεί το έμβρυο εντός της μήτρας, ενώ κατά τον τοκετό διαστέλλεται
- Το να είστε λιποβαρείς ή υπέρβαρες πριν την εγκυμοσύνη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει διατροφικές διαταραχές, όπως η ανορεξία ή η βουλιμία
- Οικογενειακό ιστορικό πρόωρου τοκετού. Αυτό σημαίνει ότι κάποιος στην οικογένειά σας (όπως η μητέρα, η γιαγιά ή η αδερφή σας) έχει ένα πρόωρο μωρό. Εάν γεννηθήκατε πρόωρα, είναι πιο πιθανό να γεννήσετε νωρίς
- Μείνατε έγκυος ξανά, πολύ σύντομα μετά την απόκτηση μωρού. Για τις περισσότερες γυναίκες είναι καλύτερο να περιμένουν τουλάχιστον 18 μήνες

πριν μείνουν ξανά έγκυες. Συζητήστε με τον Ιατρό σας για το πλάνο οικογενειακού προγραμματισμού σας

- Κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών ουσιών
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- Ενδοοικογενειακή βία. Περιλαμβάνει σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση από το σύντροφο ή κηδεμόνες
- Απαιτητικό ωράριο και συνθήκες εργασίας
- Έκθεση σε ατμοσφαιρική ρύπανση, μόλυβδο, ακτινοβολία και χημικές ουσίες όπως βαφές, πλαστικά και παθητικό κάπνισμα
- Μαύρη φυλή
- Το να είστε νεότερες από 17 ετών ή μεγαλύτερες από 35 ετών

Η ύπαρξη ορισμένων παθήσεων υγείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, όπως:

- Διαταραχές του συνδετικού ιστού, όπως το σύνδρομο Ehlers-Danlos
- Διαβήτης. Ο διαβήτης είναι όταν το σώμα σας έχει πάρα πολύ σάκχαρο (που ονομάζεται γλυκόζη) στο αίμα σας
- Υψηλή αρτηριακή πίεση και προεκλαμψία. Η υψηλή αρτηριακή πίεση (ονομάζεται επίσης υπέρταση), μπορεί να στρεσάρει την καρδιά σας και να προκαλέσει προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η προεκλαμψία είναι ένα είδος υψηλής αρτηριακής

πίεσης σε ορισμένες Γυναίκες, κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την εγκυμοσύνη. Εάν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα, ακόμη και θάνατο

- Λοιμώξεις της μήτρας, του ουροποιητικού



Η κατάλληλη συμβουλευτική είναι σημαντική και θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση, ότι η αντιμετώπιση και η πρόγνωση του νεογνού εξαρτώνται από την ηλικία κύησης, οπού η μητέρα εμφανίζεται στο νοσοκομείο και από την ηλικία κύησης που γίνεται ο τοκετός αντίστοιχα.



συστήματος ή του κόλπου, συμπεριλαμβανομένων των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ονομάζονται επίσης ΣΜΝ)

- Ενδοπατική χολόσταση κύησης. Πάθηση του ήπατος που εμφανίζεται αποκλειστικά στην κύηση
- Θρομβοφιλίες. Αυτές είναι καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο δημιουργίας μη φυσιολογικών θρόμβων αίματος

Άλλοι ιατρικοί παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν:

- Μη σωστή παρακολούθηση κύησης
- Δεν παίρνετε αρκετό βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Πρώιμη πρόωρη ρήξη των μεμβρανών. Η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών είναι όταν ο αμνιακός σάκος γύρω από το μωρό σας σπάει (σπάνε τα νερά σας) πριν από την έναρξη του τοκετού. Η πρώιμη πρόωρη ρήξη των μεμβρανών είναι όταν αυτό συμβαίνει πριν από τις 37 εβδομάδες εγκυμοσύνης. Εάν έχετε διαρροή υγρού από τον κόλπο σας, επικοινωνήστε με το Ιατρό σας και πηγαίνετε στο νοσοκομείο
- Εγκυμοσύνη μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση
- Χρωμοσωμικές ανωμαλίες, γενετικά σύνδρομα και συγγενείς παθήσεις του εμβρύου, όπως πχ. Συγγενείς καρδιοπάθειες

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η κατάλληλη συμβουλευτική είναι σημαντική και θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση, ότι η αντιμετώπιση και η πρόγνωση του νεογνού εξαρτώνται από την ηλικία κύησης, οπού η μητέρα εμφανίζεται στο νοσοκομείο και από την ηλικία κύησης που γίνεται ο τοκετός αντίστοιχα. Γίνεται προσπάθεια, έτσι ώστε οι Γυναίκες και οι οικογένειές τους να μπορούν να συμμετέχουν στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Οι προσωπικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, καθώς και

κοινωνικοί παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη συμβουλευτική, ενώ η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών κλινικών ειδικοτήτων, συνήθως είναι απαραίτητη.

Προγεννητικά, η μητέρα θα πρέπει να ενημερωθεί για τους κινδύνους που απειλούν την ίδια, καθώς και για το πώς οι επιπλοκές του πρόωρου τοκετού μπορεί να επηρεάσουν το παιδί μακροπρόθεσμα. Ωστόσο, η πρόβλεψη των αποτελεσμάτων για τα παιδιά που γεννιούνται εξαιρετικά πρόωρα είναι δύσκολη. Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση του παιδιού είναι επίσης πιθανό να αλλάξει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού, ιδιαίτερα εάν το παιδί εμφανίσει σημαντικά συμβάντα, όπως σοβαρή εγκεφαλική βλάβη ή την ανάγκη για χειρουργική επέμβαση.

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

- Η διακοπή του καπνίσματος ακόμα και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προστατεύει από τον πρόωρο τοκετό
- Ρύθμιση πριν τη σύλληψη ιατρικών ασθενειών της μητέρας όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και οι θυρεοειδοπάθειες
- Υγιεινή διατροφή και ελαφριά άσκηση
- Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ και καφεΐνης πριν τη σύλληψη, διακοπή λήψης ναρκωτικών ουσιών, λήψη φυλλικού οξέως και επαρκής πρόσληψη βιταμίνης D
- Έλεγχος για ΣΜΝ
- Καλλιέργεια ούρων στο μέσο



της ροής της ούρησης (MSU) στην αρχή της εγκυμοσύνης, καθώς η ασυμπτωματική ουρολοίμωξη σχετίζεται με πρόωρο τοκετό

- Χαμηλή δόση ασπιρίνης που ξεκινά πριν από τις 16 εβδομάδες κύησης, μειώνει τον κίνδυνο προεκλαμψίας
- Υπερηχογραφική παρακολούθηση του μήκους του τραχήλου της μήτρας και αντιμετώπιση σε περίπτωση τραχηλικής ανεπάρκειας, με λήψη προγεστερόνης κολπικά και περίδεσης του τραχήλου, ανάλογα με το μήκος του τραχήλου και το ατομικό ιστορικό της μητέρας

Παρακάτω περιγράφονται οι βέλτιστες πρακτικές διαχείρισης πρόωρου τοκετού:

- Μετά τις 34 εβδομάδες, γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο και παρακολούθηση για 4 - 6 ώρες. Εάν δεν υπάρχει εξέλιξη στον τοκετό, η Γυναίκα μπορεί να σταλεί στο σπίτι με οδηγίες
- Μητέρες πριν τις 34 εβδομάδες με συμπτώματα πρόωρου τοκετού νοσηλεύονται. Σε πρόωρο τοκετό με άθικτες μεμβράνες, χρησιμοποιούνται τοκολυτικά φάρμακα για αναστολή τοκετού έως και

48 ώρες. Οι αντενδείξεις για τη χρήση τοκολυτικών φαρμάκων περιλαμβάνουν σοβαρή προεκλαμψία, ενδομήτριο εμβρυϊκό θάνατο, θανατηφόρα εμβρυϊκή ανωμαλία, χοριοαμνιονίτιδα, αιμορραγία και σοβαρή καρδιακή νόσο της μητέρας

- Από τη στιγμή που οι μεμβράνες έχουν σπάσει, η εγκυμοσύνη τυπικά δεν μπορεί να παραταθεί αρκετά
- Χορήγηση αντιβιοτικών κατά τον τοκετό για την πρόληψη του GBS, εάν οι μεμβράνες έχουν σπάσει
- Σε εξαιρετικά πρόωρο τοκετό, η μητέρα θα πρέπει να μεταφερθεί σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο
- Χορήγηση κορτικοστεροειδών πριν τις 34 εβδομάδες κύησης
- Έγχυση θειϊκού μαγνησίου κατά τον τοκετό για τη μείωση των νευρολογικών βλαβών πριν τις 32 εβδομάδες
- Καισαρική Τομή όταν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή όταν ο φυσιολογικός τοκετός θα καθυστερήσει την ανάνηψη και θα επηρεάσει αρνητικά την έκβαση του νεογνού
- Συνιστάται καθυστερημένη απολίνωση (και όχι η άμεση) του ομφαλίου λώρου, όταν δεν υπάρχει μαιευτικό επείγον όπως π.χ. αποκόλληση πλακούντα.

Η πρώτη κύηση σε ηλικιωμένες Γυναίκες

Γράφει ο **Δρ. Νικηφόρος Κλήμης, MD, PhD**

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Χειρουργός Μαστού, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Ηλικιωμένη πρωτοτόκος λέγεται η Γυναίκα που στην πρώτη της εγκυμοσύνη είναι ηλικίας 35 ετών και άνω. Η πρώτη κύηση σε ηλικιωμένες Γυναίκες παρουσιάζεται σε συχνότητα που κυμαίνεται από 1-4%, σύμφωνα με διάφορες στατιστικές.

ΓΙΑΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΑΥΤΟ;

Αν και πριν από μερικά χρόνια είχε αναφερθεί μείωση της συχνότητας αυτής, πρόσφατα έχει παρατηρηθεί αύξηση, που αποδίδεται σε διάφορους κοινωνικούς παράγοντες αλλά και στην πρόοδο που έχει γίνει στον τομέα της τεχνολογίας, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υπογονιμότητας. Τέτοιοι κοινωνικοί παράγοντες είναι οι μεταβολές στον σύγχρονο τρόπο ζωής, καθώς και η επαγγελματική ενασχόληση των Γυναικών, που τις αναγκάζει να αναβάλλουν την τεκνοποίηση σε πιο προχωρημένη ηλικία. Σήμερα, αρκετές Γυναίκες πετυχαίνουν την πρώτη τους εγκυμοσύνη σε ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών. Σε αυτό συμβάλλει η ανάπτυξη της τεχνολογίας και κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης, έτσι ώστε Γυναίκες με μακρόχρονη υπογονιμότητα να τεκνοποιούν σε προχωρημένη ηλικία.

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ;

Η γνώση της ελαττωμένης πιθανότητας μιας νέας κύησης στις Γυναίκες αυτές, επιβάλλει το χαρακτηριστικό της παρούσας κύησής τους ως πολύτιμης και τη λήψη όλων των απαραίτητων

μέτρων που αποσκοπούν στην εξασφάλιση των προϋποθέσεων εκείνων, που αποβλέπουν στον περιορισμό των περιγεννητικών συμβαμάτων. Σε αυτές τις κυήσεις παρατηρούνται αυξημένες επιπλοκές και αυτές αποδίδονται κυρίως στις συνυπάρχουσες παθήσεις που πρωτοεκδηλώνονται στις Γυναίκες των ομάδων αυτών των ηλικιών. Τέτοιες παθήσεις είναι η υπέρταση, τα ινομύωματα της μήτρας, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, οι νεφροπάθειες κ.λ.π. Η πιο συχνή από τις μαιευτικές επιπλοκές είναι η προεκλαμψία. Αποτέλεσμα των παραπάνω επιπλοκών είναι η αυξημένη συχνότητα ανώμαλων τοκετών, που οδηγούν στη συχνότερη εκτέλεση των διαφόρων μαιευτικών επεμβάσεων, όπως Καισαρική Τομή και σε αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Ο αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών της κύησης σε ηλικιωμένες πρωτότοκες Γυναίκες, έχει αντανάκλαση στη μητρική θνησιμότητα που είναι 4 φορές μεγαλύτερη σε Γυναίκες άνω των 35 ετών. Επίσης η συχνότητα της εξωμήτριου εγκυμοσύνης είναι αυξημένη στις ηλικιωμένες Γυναίκες. Ακόμα, στα αρχικά στάδια της κύησης, το ποσοστό των αυτόματων εκτρώσεων είναι αυξημένο στις ηλικιωμένες Γυναίκες. Επιπλέον, το ποσοστό του χαμηλού βάρους νεογνών είναι μεγαλύτερο και οφείλεται, τόσο στη μεγαλύτερη συχνότητα πρόωρου τοκετού, όσο και στην αυξημένη συχνότητα εμβρύων με καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη. Επίσης, είναι αυξημένο το ποσοστό των συγγενών ανωμαλιών στις ηλικιωμένες πρωτότοκες Γυναίκες και αυτό οφείλεται σε χρωμοσωματικές ανωμαλίες.

ΠΩΣ ΜΕΙΩΝΟΝΤΑΙ ΑΥΤΟΙ ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ;

Με στενή ιατρική παρακολούθηση.

Είναι απαραίτητη μια στενή ιατρική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης στην αρχή και τουλάχιστον μια φορά το μήνα στη συνέχεια. Έτσι, αν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα, ο Ιατρός θα το διαπιστώσει αμέσως και θα το φροντίσει κατάλληλα. Εκτός από το σύνολο των εξετάσεων που κάνει κάθε Γυναίκα στην εγκυμοσύνη της, οι ηλικιωμένες πρωτότοκες είναι απαραίτητο να κάνουν προγεννητικό έλεγχο. Στο πλαίσιο του προγεννητικού ελέγχου γίνεται μεταξύ της 11^{ης} και 13⁺⁶ εβδομάδας κύησης, υπερηχογραφική εξέταση μέτρησης της αυχενικής διαφάνειας με ταυτόχρονη λήψη αίματος για PAPP-a test. Υπάρχει πλέον διαθέσιμη και μια μη επεμβατική εξέταση NIPT, και μπορεί να γίνει από τη 10^η εβδομάδα κύησης.

Εάν ο κίνδυνος στις παραπάνω εξετάσεις βρεθεί αυξημένος, τότε σε όλες λοιπόν τις ηλικιωμένες

έγκυες συνιστάται, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος να γεννηθεί παιδί με χρωμοσωματικές ανωμαλίες, να γίνεται αμνιοπαρακέντηση μεταξύ 16^{ης} - 18^{ης} εβδομάδας κύησης ή βιοψία τροφοβλάστης, η οποία γίνεται νωρίς στη 10^η ή 11^η εβδομάδα της κύησης, δηλαδή μέσα σε πλαίσιο που μπορεί με μεγάλη ασφάλεια να γίνει διακοπή της κύησης, αν παρουσιαστεί χρωμοσωματική ανωμαλία στο παιδί. Είναι επίσης πολύ σημαντικό μεταξύ 19^{ης} και 22^{ης} εβδομάδας κύησης, να γίνει ένα καλό «ανατομικό» υπερηχογράφημα ή υπερηχογράφημα β-επιπέδου, το οποίο ελέγχει αν υπάρχει κάποια ανατομική ανωμαλία στα διάφορα όργανά του.

Συνοψίζοντας, σε ηλικία 35 ετών και άνω είναι απολύτως δυνατό να μείνετε έγκυος και να φέρετε στον κόσμο το παιδί σας χωρίς προβλήματα, με τον όρο ότι θα έχετε πάρει ώριμα την απόφασή σας και θα αποδεχτείτε τις αντιξοότητες αυτής της στενής ιατρικής παρακολούθησης. ■



Υπολειπόμενη Εμβρυϊκή Ανάπτυξη

Γράφει ο Φωτεινόπουλος Παναγιώτης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Εξειδίκευση στην Εμβρυομητρική Ιατρική, Συνεργάτης Τμήματος Εμβρυομητρικής Κλινικής ΡΕΑ

Ως Υπολειπόμενη Εμβρυϊκή Ανάπτυξη (FGR, Fetal Growth Restriction) ορίζεται

η παθολογική αναστολή της εμβρυϊκής ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το έμβρυο να αδυνατεί να εκπληρώσει το αναπτυξιακό του δυναμικό. Εμφανίζεται στο 10 - 15% των κυήσεων. Συνιστά ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, που σχετίζεται με σημαντικά αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα λόγω προεκλαμψίας, υψηλότερου ποσοστού διενέργειας Καισαρικών Τομών, προωρότητας και υψηλότερου ποσοστού ενδομήτριων θανάτων. Παράλληλα, σχετίζεται με επιγενετικές αλλαγές τύπου «λιτού φαινοτύπου» και την εμφάνιση μεταξύ άλλων, αρτηριακής υπέρτασης, διαβήτη και μεταβολικού συνδρόμου στη μέση ηλικία που επιβεβαιώνει την υπόθεση του Barker.

Ο όρος FGR έχει βιβλιογραφικά αντικαταστήσει τα τελευταία χρόνια τον προηγούμενό του, που ήταν η υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη (IUGR, Intra-Uterine Growth Restriction) και προφανώς υποδηλώνει

ότι το έμβρυο βρίσκεται στο επίκεντρο του όρου και ότι η ύπαρξη μήτρας δεν θα είναι ενδεχομένως απαραίτητη στο μέλλον.

Η υπολειπόμενη εμβρυϊκή ανάπτυξη διακρίνεται σε Πρώιμη και σε Όψιμη, ανάλογα με το εάν συμβαίνει πριν ή μετά την 34^η εβδομάδα της κύησης. Σε όλες τις περιπτώσεις, κοινός παρονομαστής είναι η πλακουντιακή ανεπάρκεια, η οποία είναι σοβαρότερη όσο πρωιμότερα εμφανίζεται το φαινόμενο. Ποικίλοι πλακουντιακοί, μητρικοί, εμβρυϊκοί και φαρμακογενείς παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε υπολειπόμενη εμβρυϊκή ανάπτυξη.

Η ανάπτυξη του εμβρύου είναι προγραμματισμένη να συμβαίνει με μη γραμμικό τρόπο κατά τη διάρκεια της κύησης. Τη στιγμή της διενέργειας του ανατομικού υπερηχογραφήματος Β επιπέδου στις 21 - 23 εβδομάδες της κύησης, το εκτιμώμενο βάρος του εμβρύου αποτελεί το ένα έκτο - με ένα όγδοο του τελικού βάρους γέννησης, παρά το γεγονός ότι η κύηση βρίσκεται χρονικά ήδη στο

δεύτερο μισό της. Αυτός ο αργός ρυθμός ανάπτυξης είναι βιολογικά προγραμματισμένος και εξυπηρετεί τις ανατομικές διαμορφώσεις των οργάνων του εμβρύου, χωρίς να απαιτεί υψηλή παροχή οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών από τον πλακούντα. Τα περισσότερα έμβρυα δείχνουν υπερηχογραφικά να έχουν παραπλήσιο εκτιμώμενο βάρος και όλοι σχεδόν οι πλακούντες μοιάζουν επαρκείς.

Στο τρίτο τρίμηνο (μετά την 28^η εβδομάδα) η εικόνα αλλάζει. Η ανάπτυξη είναι προγραμματισμένη να αποκτά εκρηκτικό ρυθμό. Ο πλακούντας καλείται ξαφνικά να επιτελέσει πολλαπλάσιο έργο θρέψης και οξυγόνωσης, χωρίς ο ίδιος να αυξάνεται στον ίδιο βαθμό. Πρέπει να εξασφαλιστεί ταυτόχρονα η αδιάκοπη συνέχιση ενός ταχύτατου ρυθμού ανάπτυξης και η τροφική υποστήριξη των εμβρυϊκών ιστών που συσσωρεύονται ταχύτατα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις κυήσεων, ο πλακούντας ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και η ανάπτυξη εξελίσσεται ομαλά. Ωστόσο, στις περιπτώσεις πλακουντιακής

ανεπάρκειας παρατηρείται επιβράδυνση της ανάπτυξης και ενδεχομένως η ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών. Ο ρόλος της εξειδικευμένης υπερηχογραφικής παρακολούθησης είναι σημαντικός και κρίσιμος.

Η πρώιμη εμβρυϊκή υπολειπόμενη ανάπτυξη (πριν τις 34 εβδομάδες κύησης) εκδηλώνεται σε χρονική στιγμή που τα απόλυτα βάρη των εμβρύων και οι τροφικές απαιτήσεις είναι μικρότερες, υποδηλώνοντας εντονότερη πλακουντιακή ανεπάρκεια και μικρό απόλυτο λειτουργικό δυναμικό του πλακούντα. Σε διαδοχικά υπερηχογραφήματα διαπιστώνεται μια ακολουθία από ευρήματα: Αρχικά παρατηρείται υστέρηση της περιμέτρου της κοιλίας (AC) του εμβρύου, σε σχέση με την περίμετρο της κεφαλής (HC), προοδευτική επιπέδωση της τροχιάς ανάπτυξης και σχετική στασιμότητα του εκτιμώμενου βάρους. Προϊόντος του χρόνου, το έμβρυο σε μια προσπάθεια να εξασφαλίσει εκλεκτικά οξυγόνωση σε μια σειρά από ιεραρχικώς «σημαντικά» όργανα για την επιβίωσή του (εγκέφαλος, καρδιά, επινεφρίδια), προβαίνει σε μια σειρά από αιμοδυναμικές προσαρμογές, σκοπός των οποίων είναι η ανακατεύθυνση των ροών με προτεραιότητα σε αυτά. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «Brain-Sparing Effect». Η αντιρρόπηση αυτή είναι προσωρινή, εξαντλείται χρονικά και δεν είναι χωρίς τίμημα για το έμβρυο. Οι νεφροί και το γαστρεντερικό σύστημα του εμβρύου υποαρδεύονται. Το αμνιακό υγρό μειώνεται. Ο πλακούντας

ενδεχομένως να παράγει μια σειρά από τοξικούς παράγοντες που επηρεάζουν και τη μητέρα, διαταράσσοντας τα αγγεία της, καταστάσεις που περιγράφονται με κλινικές οντότητες, όπως η τοξιναιμία της κύησης και το σύνδρομο HELLP. Στην ανάλυση ντόπλερ σε προοδευτικά υπερηχογραφήματα παρατηρείται προοδευτική επιδείνωση διαφόρων ειδικών παραμέτρων (αύξηση αντιστάσεων στην ομφαλική αρτηρία, μείωση αντιστάσεων στην μέση εγκεφαλική αρτηρία, απουσία τελοδιαστολικού κύματος στην ομφαλική αρτηρία ή αναστροφή αυτού, απουσία θετικού κύματος α στον φλεβώδη πόρο), η αγνόηση των οποίων οδηγεί σε

δυσμενές αποτέλεσμα.

Η όψιμη εμβρυϊκή υπολειπόμενη ανάπτυξη εξ'ορισμού συμβαίνει μετά τις 34



“ Από μελέτες έχει βρεθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις η αιτία της πλακουντιακής ανεπάρκειας του τρίτου τριμήνου βρίσκεται στην ανεπαρκή μορφογένεση του πλακούντα κατά τη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου τριμήνου. ”

εβδομάδες κύησης και αποτελεί το σχετικά ήπιο σενάριο του φάσματος της πλακουντιακής ανεπάρκειας που περιγράφηκε. Σχετίζεται λιγότερο με τοξιναιμία της κύησης και συμβαίνει σε χρονικό σημείο που το απόλυτο βάρος του εμβρύου είναι υψηλότερο και το κατώφλι απαιτήσεων από τον πλακούντα σε επίπεδο τροφικότητας και οξυγόνωσης είναι σε άλλο επίπεδο από αυτό της πρώιμης FGR που προαναφέρθηκε. Και εδώ υπάρχει επιπρόσθετη της τροχιάς ανάπτυξης του εκτιμώμενου εμβρυϊκού βάρους, αλλά απουσιάζουν οι παθολογικοί παράμετροι στα “ντόπλερ”. Οι απόλυτες παροχές δια του ομφαλίου λώρου είναι αναγκαστικά μεγαλύτερες και δεν επιτρέπουν την εμφάνιση ανακατανομών, ούτε την ακολουθία άλλων αγγειοκινητικών προσαρμογών.

Από μελέτες έχει βρεθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις η αιτία της πλακουντιακής ανεπάρκειας του τρίτου τριμήνου βρίσκεται στην ανεπαρκή μορφογένεση του πλακούντα κατά τη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου τριμήνου. Προβλεπτικά μοντέλα έχουν συσχετίσει την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης υπολειπόμενης εμβρυϊκής ανάπτυξης στο τρίτο τρίμηνο

με αυξημένες αντιστάσεις στις μητριάρες αρτηρίες στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο και μειωμένες αναμενόμενες τιμές PAPP-A και Χοριακής Γοναδοτροπίνης στο πρώτο τρίμηνο. Στο υπερηχογράφημα πρώτου τριμήνου - αυχενικής διαφάνειας, έχουμε τη δυνατότητα, με τον αδειοδοτημένο κλειστό αλγόριθμο του Fetal Medicine Foundation (FMF) να προβλέψουμε την πιθανότητα εμφάνισης προεκλαμψίας και εμβρυϊκής υπολειπόμενης ανάπτυξης και εφόσον απαιτηθεί, να χορηγήσουμε στοχευμένα προφυλακτική αγωγή με ασπιρίνη, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, απώτερος σταθμισμένος κλινικός στόχος είναι να μετατεθεί η οριακή ημερομηνία του πρόωρου

τοκετού όσο το δυνατόν αργότερα, χωρίς να κινδυνεύσει το έμβρυο και η μητέρα.

Απαιτείται στενή παρακολούθηση της μητέρας με συχνούς τοξιναιμικούς ελέγχους και του εμβρύου με συχνή εξειδικευμένη υπερηχογραφία ντόπλερ και καρδιοτοκογράφημα (NST).

Οι γονείς δεν θα πρέπει να εφησυχάζονται πριν τις 28 εβδομάδες, αναφορικά με την κανονική ανάπτυξη του εμβρύου, καθώς μετά από το σημείο αυτό, και με την είσοδο στο τρίτο τρίμηνο, το προγραμματισμένο πρότυπο ανάπτυξης αλλάζει και μπορεί να υπάρξουν ανατροπές και εκπλήξεις. Τα προγραμματισμένα εξειδικευμένα υπερηχογραφήματα ντόπλερ του τρίτου τριμήνου δεν θα πρέπει να παραλείπονται. ■



fisher-price®

ΕΔΩ, τον
**πρώτο
χρόνο**
με το μωρό



**Μαλακή Βίδρα με
Κίνηση Αναπνοής &
Μουσική (FXC66)**



**Κρεμαστό Μαϊμουδάκι
με Μουσική (JFF02)**



**Περιστρεφόμενο
Αρκουδάκια (CDN41)**

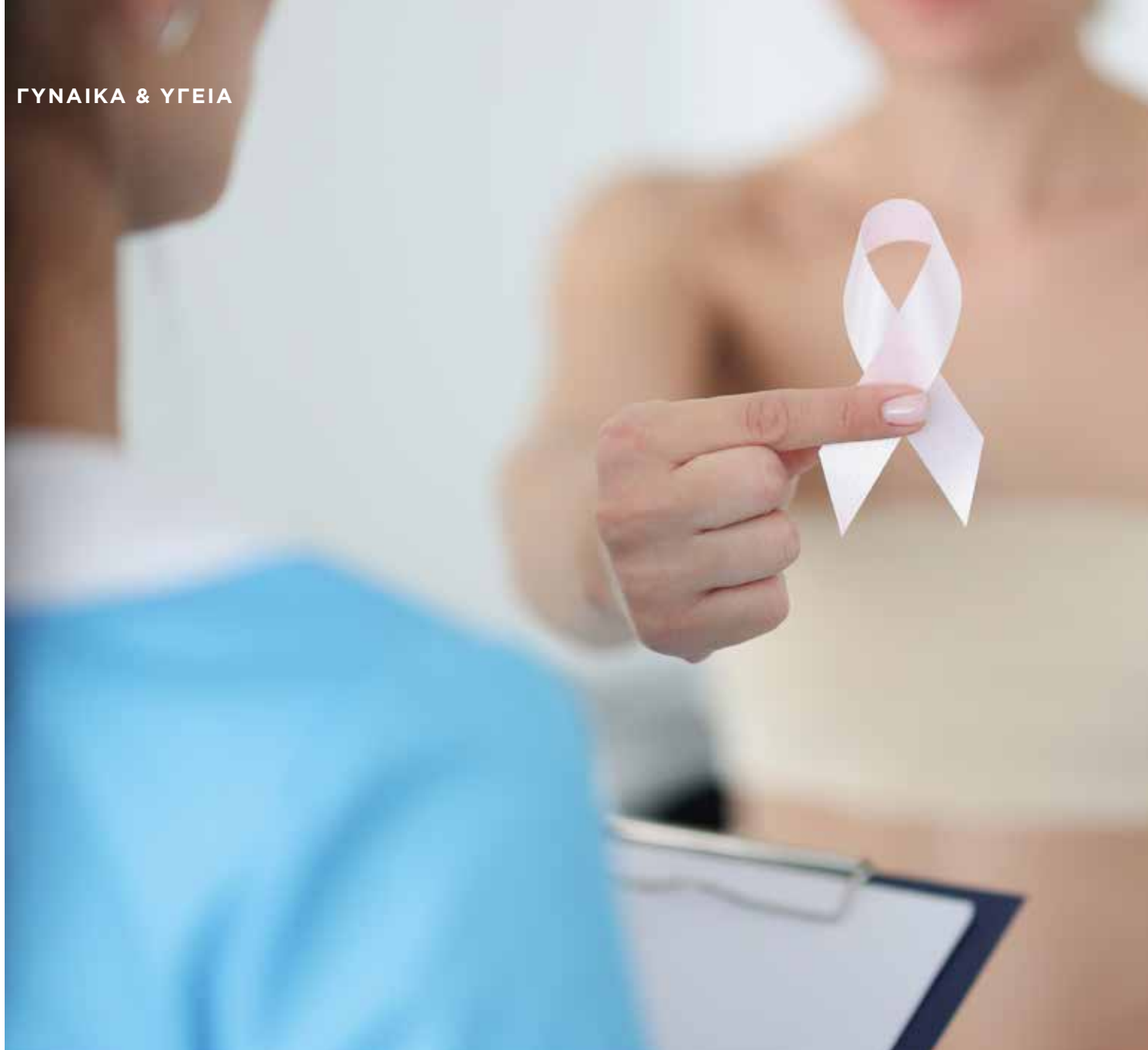


**Εκπαιδευτικό Γυμναστήριο
Μουσικό Πιανάκι (HWY55)**



ΑΓΟΡΑ ΕΔΩ:





Προγνωστικοί παράγοντες στον πρώιμο, μη μεταστατικό **καρκίνο του μαστού**

Γράφει ο Ιωάννης Μπούτας, MD, MSc, PhD, MRBS

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Χειρουργός Μαστού, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Εξειδικευθείς εις Πανεπιστημιακή Κλινική Mainz, Γερμανία, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



παράγοντες θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην εξατομίκευση της επικουρικής θεραπείας, καθορίζοντας ποιες θεραπείες μπορούν να ωφελήσουν τις ασθενείς και ποιες κατηγορίες ασθενών δεν θα αποκομίσουν οφέλη από την επικουρική θεραπεία και έτσι να αποφύγουν την περιττή έκθεση σε δυνητικά τοξικές και ακριβές θεραπείες. Η συνεχής έρευνα στον τομέα της ογκολογίας έχει οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων δεικτών, μέσω της κατανόησης της βιολογίας του όγκου και του ανθρώπινου γονιδιώματος. Ωστόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό δεικτών έχει τελικά αποδειχθεί κλινικά χρήσιμο. Ένας προγνωστικός δείκτης παρέχει πληροφορίες για την κλινική έκβαση της νόσου, ανεξάρτητα από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (ανάπτυξη του όγκου, διήθηση του όγκου και μεταστατικό δυναμικό).

Αντίθετα, ένας προβλεπτικός δείκτης είναι ικανός να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την πιθανότητα ανταπόκρισης σε μια δεδομένη θεραπευτική μέθοδο.

Οι δείκτες που είναι είτε προγνωστικοί, είτε προβλεπτικοί, πρέπει να παρουσιάζουν κλινική εγκυρότητα και χρησιμότητα στην καθημερινή πράξη.

ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Δυστυχώς, η αναγνώριση κλινικά χρήσιμων προβλεπτικών δεικτών, δεν ήταν τόσο επιτυχημένη, όσο η αναγνώριση

προγνωστικών δεικτών. Για παράδειγμα, πολλές μελέτες ανέδειξαν ένα όφελος από την χορήγηση χημειοθεραπείας μετά την χειρουργική επέμβαση, το οποίο δεν εξαρτάται από την ηλικία της Γυναίκας, αλλά ούτε την ταυτότητα του όγκου.

Οι πιο καθιερωμένοι προβλεπτικοί δείκτες στον πρώιμο καρκίνο του μαστού μέχρι στιγμής, είναι η κατάσταση των οιστρογονικών υποδοχέων για την λήψη ενδοκρινικής θεραπείας, αν δηλαδή ο όγκος που έχει αφαιρεθεί είναι ευαίσθητος ή όχι σε ορμονική θεραπεία και ο υποδοχέας 2 του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (για θεραπεία κατευθυνόμενη από το HER2). Κάποια νεότερα φαρμακευτικά σκευάσματα, δηλαδή που μπορεί να προσφέρουν πολλά στις ασθενείς που παρουσιάζουν όγκους θετικούς σε αυτόν τον υποδοχέα.

A. Οιστρογονικοί Υποδοχείς:

Η έκφραση του υποδοχέα οιστρογόνου (ER) αποτελεί προβλεπτικό δείκτη για ασθενείς που θα ωφεληθούν από την ενδοκρινική θεραπεία. Αν και οι ασθενείς με όγκους θετικούς στον υποδοχέα προγεστερόνης (PR) έχουν επίσης καλύτερα αποτελέσματα όταν αντιμετωπίζονται με ενδοκρινική θεραπεία, η κατάσταση PR εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον οιστρογονικό υποδοχέα. Επομένως, δεν φαίνεται ότι οι προγεστερινικοί υποδοχείς έχουν ανεξάρτητη προβλεπτική αξία, ειδικά όταν είναι γνωστή η

Mέχρι σήμερα η ευρεία εφαρμογή της επικουρικής συστηματικής θεραπείας έχει μειώσει αισθητά τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στο δυτικό κόσμο. Δυστυχώς, πολλοί ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπείες, τις οποίες θα μπορούσαν να αποφύγουν, ενώ άλλοι υποθεραπεύονται. Είναι λοιπόν εξαιρετικά σημαντικό να υπάρχουν αξιόπιστοι προγνωστικοί δείκτες που θα κατηγοριοποιούν τις ασθενείς ανάλογα. Επιπλέον, στην κλινική πράξη, προγνωστικοί

κατάσταση των οιστρογονικών υποδοχέων. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και σε περιπτώσεις όπου οι προγεστερινικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί, υπάρχει σημαντικό όφελος από την χορήγηση ορμονικής θεραπείας, εφόσον οι οιστρογονικοί υποδοχείς είναι θετικοί. Βασικό όπλο σε αυτούς τους όγκους αποτελεί το φάρμακο ταμοξιφαίνη για ασθενείς που δεν έχουν μπει ακόμα στην εμμηνόπαυση.

Έχει φανεί πως σε ασθενείς με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς, η ταμοξιφαίνη μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής κατά 39% και θανάτου κατά 30% σε διάρκεια 15 ετών παρακολούθησης. Το όφελος αυτό ήταν ανεξάρτητο από την κατάσταση των προγεστερινικών υποδοχέων, την ηλικία, την κατάσταση των λεμφαδένων ή τη χρήση χημειοθεραπείας. Αντίθετα, η ταμοξιφαίνη δεν είχε καμία επίδραση στα ποσοστά υποτροπής ή επιβίωσης μεταξύ ασθενών με καρκίνο του μαστού που είχαν απουσία οιστρογονικών υποδοχέων.

B. HER-2: Μετά την εισαγωγή της τραστουζουμάμπης, ενός νέου φαρμάκου με σημαντικά οφέλη σε Γυναίκες που παρουσιάζουν όγκους θετικούς για τον υποδοχέα 2 του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (HER2), αυτός ο δείκτης χρησιμοποιείται ως πρόβλεψη για ασθενείς που ενδέχεται να ωφεληθούν από θεραπείες που στοχεύουν το HER2.

Γ. Γονιδιακά προφίλ για την πρόβλεψη ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία σε καρκίνους θετικούς για ορμονικούς υποδοχείς, αλλά αρνητικούς για το HER2: Η απόφαση για τη χορήγηση ή όχι χημειοθεραπείας εξαρτάται πλέον από πολλούς παράγοντες (κατάσταση λεμφαδένων, μέγεθος όγκου, βιολογία του όγκου). Ανάλογα με την εκάστοτε ταυτότητα του όγκου και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς μπορούμε να ξέρουμε αν η χορήγηση ή όχι της χημειοθεραπείας θα προσφέρει κάποιο όφελος στην ασθενή. Υπάρχουν αρκετές προγνωστικές δοκιμασίες για την εκτίμηση του κινδύνου υποτροπής (π.χ. Oncotype DX RS, EndoPredict, PredictorAnalysis of Microarray 50 [PAM50], BreastCancerIndex και MammaPrint). Το Oncotype έχει επικυρωθεί για την πρόβλεψη του οφέλους από την προσθήκη επικουρικής χημειοθεραπείας για περαιτέρω μείωση του κινδύνου υποτροπής.

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Πρόκειται για δεδομένα που αξιολογούνται με σκοπό να προσδιορίσουμε την πρόγνωση της νόσου. Για Γυναίκες με πρόσφατα διαγνωσμένο, μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού, χρησιμοποιούμε τους ακόλουθους κλινικούς παράγοντες για τον προσδιορισμό της πρόγνωσης.

Χαρακτηριστικά ασθενών:

Ηλικία

Τόσο η νεαρή, όσο και η προχωρημένη ηλικία κατά τη διάγνωση έχουν συσχετιστεί με χειρότερη πρόγνωση. Ωστόσο, σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι οι υποτροπές μεταξύ των νεαρών Γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, έχουν γίνει λιγότερο συχνές με την πάροδο του χρόνου.

Συνολικά, η ηλικία από μόνη της δεν πρέπει να επηρεάζει την απόφαση για λήψη συγκεκριμένων θεραπειών.

Η επίδραση της ηλικίας στην πρόγνωση:

A. Οι ασθενείς ηλικίας **< 35** ετών έχουν γενικά χειρότερη συνολική επιβίωση (OS) και επιβίωση ελεύθερη υποτροπών. Αυτές οι ασθενείς παρουσιάζουν γενικά προχωρημένο στάδιο της νόσου, έχουν ER-αρνητική νόσο σε υψηλότερο ποσοστό και λαμβάνουν πιο επιθετική βιολογία του όγκου σε αυτές τις ασθενείς.

B. Η αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού σε ηλικιωμένες ασθενείς (> 65 ετών), θα μπορούσε να αποδοθεί σε προχωρημένο στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση και σε διάφορες συννοσηρότητες.

Κατάσταση εμμηνόπαυσης

Μεταξύ των προεμμηνοπαυσιακών Γυναικών που λαμβάνουν επικουρική χημειοθεραπεία,

η προκαλούμενη από χημειοθεραπεία παύση της εμμήνου ρύσεως σχετίζεται με βελτιωμένη επιβίωση, ιδιαίτερα για νόσο θετική στους ορμονικούς υποδοχείς.

Φυλή

Οι διαφορές μπορεί να οφείλονται εν μέρει σε κοινωνικοοικονομικούς λόγους, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζονται με μια πιο επιθετική βιολογία όγκων μεταξύ των Αφροαμερικανών. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι οι Αφροαμερικανές πρέπει να λαμβάνουν διαφορετικά σχήματα χημειοθεραπείας από τις Γυναίκες άλλων φυλών με την ίδια βιολογική υποομάδα καρκίνου του μαστού.

Κάπνισμα

Το κάπνισμα, τόσο πριν όσο και μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, έχει συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Σε μια μελέτη φάνηκε πως οι ασθενείς που κάπνιζαν ενεργά κατά τη διάρκεια του έτους πριν από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, είχαν περισσότερες πιθανότητες από τις μη καπνίστριες να πεθάνουν από καρκίνο του μαστού. Επιπλέον, το 10% των Γυναικών που συνέχισαν να καπνίζουν μετά τη διάγνωση, είχαν περισσότερες πιθανότητες από τις μη καπνίστριες να πεθάνουν από καρκίνο του μαστού. Τέλος, όσες Γυναίκες σταμάτησαν το κάπνισμα, είχαν χαμηλότερη θνησιμότητα, γεγονός που υποδηλώνει ότι μεταξύ των Γυναικών που καπνίζουν, η

διακοπή του καπνίσματος μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα μετά τη διάγνωση καρκίνου του μαστού.



Το κάπνισμα,
τόσο πριν όσο και
μετά τη διάγνωση
του καρκίνου
του μαστού,
έχει συνδεθεί
με αυξημένη
θνησιμότητα από
καρκίνο του μαστού.



Μαστογραφικά χαρακτηριστικά

Οι όγκοι που ανιχνεύονται πρώιμα μέσω απεικονιστικών εξετάσεων έχουν συνήθως καλύτερη πρόγνωση από αυτούς που εντοπίζονται με κλινική εξέταση. Οι όγκοι που ανιχνεύονται με προσυμπτωματικό έλεγχο, είναι πιο πιθανό να είναι μικρότεροι και να μην έχουν προχωρήσει σε μεταστάσεις. Αν και η πυκνότητα του μαστού στη μαστογραφία είναι ένας ευρέως αναγνωρισμένος παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του μαστού, δεν είναι προγνωστικός παράγοντας.

Στάδιο όγκου

Γενικά, το στάδιο της νόσου αποτελεί προγνωστικό παράγοντα. Ο καρκίνος του μαστού σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, εάν και πόσοι λεμφαδένες εμπλέκονται και εάν υπάρχει

μεταστατική νόσος.

Ιστολογία

Ο πιο κοινός τύπος είναι το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (IDC), που αντιπροσωπεύει περισσότερο από το 70% όλων των περιπτώσεων, ακολουθούμενο από το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (ILC), με συχνότητα περίπου 10%.

Άλλοι υπότυποι διηθητικού καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν το σωληνοειδές, το θηλώδες, το βλεννώδες, το μυελοειδές και το αδеноειδές κυστικό καρκίνωμα, τα οποία έχουν συσχετιστεί με καλή πρόγνωση. Αντίθετα, τα μικροθηλώδη και μεταπλαστικά καρκινώματα φαίνεται να έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Βαθμός Διαφοροποίησης του όγκου (Grade)

Ο ιστολογικός βαθμός διαφοροποίησης του όγκου επηρεάζει την πρόγνωση της νόσου.

Λεμφαγγειακή Διήθηση

Παρουσία λεμφαγγειακής διήθησης αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη, ιδιαίτερα σε όγκους υψηλότερου βαθμού κακοήθειας.

Ki-67

Πρόκειται για έναν δείκτη πολλαπλασιασμού των κυττάρων. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός του Ki-67, τόσο πιο γρήγορα πολλαπλασιάζονται τα καρκινικά κύτταρα.

Τα υψηλά επίπεδα Ki-67 σχετίζονται με:

- Μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής, τόσο σε θετικούς, όσο και σε αρνητικούς λεμφαδένες
- Χειρότερη επιβίωση, τόσο σε θετικούς, όσο και σε αρνητικούς λεμφαδένες.

Κατάσταση υποδοχέων

Η έκφραση των υποδοχέων συνδέεται γενικά με βελτιωμένα αποτελέσματα, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα. Οι οιστρογονικοί υποδοχείς θα πρέπει να αξιολογούνται για να καθοριστεί εάν ένας ασθενής πρέπει ή όχι να λάβει ενδοκρινική θεραπεία.

Γενικά, όγκοι που είναι θετικοί σε μεμονωμένους ορμονικούς υποδοχείς (δηλαδή, θετικοί ER και PR αρνητικοί ή PR θετικοί και ER αρνητικοί) φαίνεται να έχουν χειρότερη πρόγνωση από εκείνους που είναι θετικοί και στους δυο υποδοχείς.

Υπερέκφραση HER2

Η αξιολόγηση του υποδοχέα του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα 2 (HER2) αποτελεί μέρος ρουτίνας της διαγνωστικής εξέτασης για όλους τους πρωτοπαθείς καρκίνους του μαστού. Η υπερέκφραση HER2 πρέπει πάντα να συνοδεύεται με την λήψη ειδικής φαρμακευτικής αγωγής.

ΑΛΛΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η κυτταρική και μοριακή ετερογένεια του καρκίνου του μαστού και ο μεγάλος αριθμός γονιδίων που εμπλέκονται στον έλεγχο της κυτταρικής ανάπτυξης, της απόπτωσης των κυττάρων και της διαφοροποίησης τονίζουν τη σημασία της συντονισμένης μελέτης και συνεργασίας

πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων. Το προφίλ γονιδιακής έκφρασης επιτρέπει την ταυτόχρονη μέτρηση της δραστηριότητας (έκφραση) χιλιάδων γονιδίων σε ένα κύτταρο καρκίνου του μαστού.

Οι μελέτες γονιδιακής έκφρασης έχουν εντοπίσει αρκετούς διακριτούς υποτύπους καρκίνου του μαστού που διαφέρουν σημαντικά στην πρόγνωση και στους θεραπευτικούς στόχους. Ο κατάλογος των γονιδίων που διαφοροποιεί αυτούς τους υποτύπους αποτελείται από πολλές ομάδες γονιδίων που σχετίζονται με την έκφραση του υποδοχέα οιστρογόνου (ER), την έκφραση του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα 2 (HER2) και ένα σύμπλεγμα γονιδίων που ονομάζεται basalcluster. ■



ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ



Η αναπαραγωγική ενδοκρινολογία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ενδοκρινικών διαταραχών που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένης της εφηβείας και του έμμηνου κύκλου, την υπογονιμότητα, την εγκυμοσύνη και την εμμηνόπαυση.

Η αναπαραγωγική ιατρική ασχολείται με την ορμονική λειτουργία η οποία σχετίζεται με την αναπαραγωγή καθώς και με θέματα της υπογονιμότητας. Στο κλινικό εργαστήριο, οι αναπαραγωγικές ορμόνες είναι μεταξύ των πιο συχνά μετρούμενων ορμονών.

Οι εξετάσεις προσδιορισμού αναπαραγωγικής ενδοκρινολογίας αξιολογούν τη γονιμότητα και την κατάσταση εγκυμοσύνης. Οι εξετάσεις αυτές, είτε μεμονωμένα, είτε σε ομάδες, είναι κρίσιμες για την ικανοποίηση των συνεχώς μεταβαλλόμενων αναγκών και την αυξημένη ζήτηση για θεραπευτικές επιλογές γονιμότητας και εγκυμοσύνης.

Η ολοκληρωμένη λύση Atellica Solution της εταιρείας **Siemens Healthineers** παρέχει ένα ευρύ και διευρυνόμενο μενού* και προσφέρει στο εργαστήριο τη δυνατότητα να παρέχει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, με χρήση τεχνολογίας χημειοφωταύγειας.

Εξετάσεις προσδιορισμού αναπαραγωγικής ενδοκρινολογίας για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης

Εγκυμοσύνη

Η ανθρώπινη εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες και χωρίζεται σε τρίμηνα.

Πρώτο τρίμηνο

Το πρώτο τρίμηνο, από 0 έως 13 εβδομάδες, αρχίζει την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνου ρύσεως αφού το ωάριο έχει γονιμοποιηθεί. Το γονιμοποιημένο ωάριο μεταφέρεται μέσω των σαλπιγγών στη μήτρα. Υποβάλλεται σε κυτταρική διαίρεση, διαφοροποίηση και ανάπτυξη, και τελικά εξελίσσεται σε έμβρυο. Ταυτόχρονα, λαμβάνει χώρα ο σχηματισμός του πλακούντα. Στις 10 εβδομάδες, ένα έμβρυο έχει αναπτύξει τις περισσότερες σημαντικές δομές. Οι εξετάσεις του πρώτου τριμήνου διενεργούνται για την περαιτέρω αξιολόγηση, την υγεία και τις μελλοντικές ιατρικές ανάγκες της μητέρας.

Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι ένα σημαντικό στοιχείο της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης.

Οι εξετάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Τεστ εγκυμοσύνης (**HCG**)
- Αξιολόγηση εξωμήτριας κύησης (**HCG, προγεστερόνη**)
- **Ελεύθερη β HCG, PAPP-A**, και αυχενική διαφάνεια (NT) μεταξύ 10ης και 12ης εβδομάδας
- Τεστ βλεννόρροιας, χλαμυδίων και **σύφιλης**
- Έλεγχος ομάδας αίματος και αντισωμάτων
- **Εξέταση ούρων για γλυκόζη ή/και πρωτεΐνη**
- **TSH και anti-TPO Ab**
- Καλλιέργεια και ευαισθησία ούρων
- Έλεγχος βακτηριακής κολπίτιδας
- Δειγματοληψία χοριακής λάχνης (για καρύοτυπο, σύνδρομο Down)
- **IgM και IgG τοξοπλάσματος**
- Εξετάσεις πριν από την εγκυμοσύνη (εάν δεν έχουν διεξαχθεί προηγούμενες)

Δεύτερο τρίμηνο

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, εβδομάδες 14 έως 26, συμβαίνει ταχεία εμβρυϊκή ανάπτυξη και πολλά εμβρυϊκά όργανα αρχίζουν να ωριμάζουν. Οι εξετάσεις του δεύτερου τριμήνου απευθύνονται κυρίως στην αξιολόγηση των πραγματικών αλλά και πιθανών προβλημάτων του μωρού, όπως αναπτυξιακές ανωμαλίες.



Οι εξετάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Τριπλή εξέταση δεικτών (**AFP/HCG/μη συζευγμένη οιστρίολη**)
- Έλεγχος δύο δεικτών (**AFP, HCG**)
- **Εξέταση ούρων για γλυκόζη ή/και πρωτεΐνη**
- Αμνιοπαρακέντηση
- **Γλυκόζη**
- Έλεγχος προεκλαμψίας: **sFIT-1** και **PIGF**

Τρίτο τρίμηνο

Το τρίτο τρίμηνο, εβδομάδες 27 έως 40, είναι η περίοδος κατά την οποία ολοκληρώνεται η ωρίμανση των οργάνων του εμβρύου, ο ρυθμός ανάπτυξης επιβραδύνεται και επέρχεται ο τοκετός.

Σκοπός των εξετάσεων του τρίτου τριμήνου είναι η παρακολούθηση για την ευημερία του εμβρύου και την υγεία της μητέρας.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν:

- **μη συζευγμένη οιστρίολη**
- **εξέταση ούρων για γλυκόζη ή/και πρωτεΐνη**
- Εξέταση **αντισωμάτων**
- Στρεπτόκοκκο ομάδας B
- Γονόρροια, χλαμύδια και **σύφιλη**
- Αιμοσφαιρίνη και αριθμός αιμοπεταλίων
- Ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο (HPL)
- **Εξέταση προεκλαμψίας: sFIT-1 και PIG**

Δυσμηνόρροια: Όταν η εφηβεία ξεκινά με πόνο

Γράφει η **Κατερίνα Δεληβελιώτου**

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Ειδική Παιδογυναικολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑ;

Η λέξη δυσμηνόρροια σημαίνει επώδυνη εμμηνορρυσία και προέρχεται ετυμολογικά από τις λέξεις δυσ - μήνας - ροια (ρέω). Ορίζεται ως η κατάσταση, κατά την οποία η Γυναίκα υποφέρει από παρατεταμένους πόνους και κράμπες στο κάτω μέρος της κοιλιάς και της πυέλου, λίγο, πριν και κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών της περιόδου της, δηλαδή της εμμηνορυσίας της.

ΠΟΤΕ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ;

Μία κοπέλα μπορεί να εμφανίσει το πρόβλημα αυτό με την έναρξη της εμμηνορρυσίας της, από την εμμηναρχή δηλαδή, χωρίς κάποια προϋπάρχουσα πάθηση (πρωτοπαθής δυσμηνόρροια). Μπορεί όμως να εμφανιστεί και πολύ αργότερα στην ενήλικη ζωή της, οπότε συνήθως υπάρχει κάποια παθολογική αιτία, η οποία πρέπει να διερευνηθεί (δευτεροπαθής δυσμηνόρροια).

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΙΝΑΙ;

Συνολικά οι πόνοι της περιόδου αποτελούν το συχνότερο πρόβλημα που αναφέρουν οι Γυναίκες όλων των ηλικιών σε σχέση με την περίοδό τους. Επηρεάζουν περίπου το 75% των Γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας, ενώ περίπου σε ποσοστό 25% - 30% οι Γυναίκες αυτές χρονολογούν την έναρξη του προβλήματος στην εφηβεία τους, και το αναφέρουν σαν μία ιδιαίτερα άσχημη και καταπιεστική εμπειρία.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο πόνος μπορεί να είναι ρυθμικός (έρχεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, αυξάνει προοδευτικά και στη συνέχεια δεν υπάρχει μέχρι το επόμενο επεισόδιο), σαν κράμπα, να αντανakλά στη μέση, στην πλάτη, στο στομάχι ή και στα πόδια και γίνεται συνήθως χειρότερος όταν η ροή του αίματος είναι στο αποκορύφωμά της.

Μερικά κορίτσια μπορεί να έχουν τάση προς εμετό, ναυτίες, πονοκέφαλο, ενώ εμετοί ή και διάρροιες αναφέρονται πολύ συχνά στην έναρξη της περιόδου και συμπληρώνουν το φάσμα της συμπτωματολογίας της δυσμηνόρροιας.

Κάθε κορίτσι βιώνει διαφορετικά την περίοδό του κάθε μήνα και παρ' όλο που ορισμένα μπορεί να αναφέρουν ένα ήπιο βάρος χαμηλά στην κοιλιά, άλλα έχουν έντονους πόνους, που τα αναγκάζει να περνούν το μεγαλύτερο διάστημα στο κρεβάτι, να απουσιάζουν από το σχολείο και να απέχουν από κάθε σωματική δραστηριότητα.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ;

Παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση μεγαλύτερου και δυσκολότερα ανεκτού πόνου στην εφηβεία είναι:

- Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού δυσμηνόρροιας από τη μητέρα
- Η αυξημένη ροή αίματος
- Η αυξημένη διάρκεια περιόδου
- Το κάπνισμα και
- Το ατομικό ιστορικό πρώιμης εμμηναρχής (εμφάνιση περιόδου σε πολύ μικρή ηλικία).

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ;

- Πολλές θεωρίες έχουν περιγραφεί, σύμφωνα με την επικρατέστερη όμως από αυτές, λίγο πριν την έναρξη της περιόδου το σώμα της Γυναίκας παράγει ορισμένες ουσίες που ονομάζονται προσταγλανδίνες, οι οποίες προκαλούν συσπάσεις στη μήτρα. Στα κορίτσια με **πρωτοπαθή δυσμηνόρροια**, οι ουσίες αυτές παράγονται περισσότερο απ' ό,τι χρειάζεται και για αυτό προκαλούν έντονους μυϊκούς σπασμούς και κράμπες, οι οποίες γίνονται αντηληπτές σαν δριμύς πόνος, ο οποίος αρχίζει σαν να εκδηλώνεται μία - δύο ημέρες πριν από την περίοδο και συνεχίζει κατά τη διάρκειά της.
- Στις αιτίες της **δευτεροπαθούς δυσμηνόρροιας**, που πρέπει πάντα να διερευνώνται στην εφηβεία είναι:

- **Η ενδομητρίωση.** Ο ενδομητρικός ιστός που κανονικά αναπτύσσεται στο εσωτερικό της μήτρας ανευρίσκεται και έξω από αυτή, πιο συχνά στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες ή στο περιτόναιο, προκαλώντας συμφύσεις ή ενδομητριοειδείς ωοθηκικές κύστες
- **Τα ινομυώματα της μήτρας**
- **Η αδеноμύωση.** Ο ιστός που καλύπτει τη μήτρα, αρχίζει να μεγαλώνει στα μυϊκά τοιχώματα της μήτρας
- **Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου.** Προκαλείται συνήθως από σεξουαλικά μεταδιδόμενα βακτήρια, που οδηγούν σε λοίμωξη των γυναικείων αναπαραγωγικών οργάνων, σε σεξουαλικά ενεργά κορίτσια
- **Η στένωση του τραχήλου.** Σε ορισμένες Γυναίκες, το άνοιγμα του τραχήλου της μήτρας είναι αρκετά μικρό και εμποδίζει την εκροή της περιόδου, προκαλώντας επώδυνη αύξηση της πίεσης μέσα στη μήτρα.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ;

Ο Παιδογυναικολόγος, αφού πάρει το ιατρικό ιστορικό του νεαρού κοριτσιού, θα πραγματοποιήσει μια κλινική εξέταση, στο πλαίσιο της οποίας θα πραγματοποιηθεί ένα διακοιλιακό υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων σε περίπτωση που το κορίτσι δεν έχει ξεκινήσει σεξουαλικές επαφές ή ένα διακολπικό υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων, αν είναι σεξουαλικά ενεργό.

Η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία αποτελούν χρήσιμα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία κατά περίπτωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Αν και συνήθως δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της δυσμηνόρροιας, η λαπαροσκόπηση μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση μιας υποκείμενης πάθησης, όπως η ενδομητρίωση, οι συμφύσεις, τα ινομυώματα, οι κύστες των ωοθηκών και η έκτοπη κύηση.

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ;

Είναι πολύ σημαντικό το πρόβλημα αυτό να

αντιμετωπίζεται με τον κατάλληλο τρόπο, ανάλογα με την αιτία του και να χορηγείται η ανάλογη θεραπεία για την αντιμετώπιση της οδυνηρής αυτής κατάστασης.

ΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΑ;

- Ως θεραπεία πρώτης επιλογής, θεωρούνται τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα οποία επαναφέρουν τις προσταγλανδίνες στα φυσιολογικά τους επίπεδα «διορθώνοντας» έτσι το πρόβλημα
- Είναι σημαντικό να λαμβάνονται αμέσως με τα πρώτα συμπτώματα ή και μία ημέρα πριν την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Τα φάρμακα αυτά με σωστή χρήση, έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα στη μείωση του πόνου της περιόδου που μπορεί να φτάσει μέχρι και 95%
- Σπασμολυτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται επίσης συχνά είτε μόνα τους, είτε σε συνδυασμό με τα αντιφλεγμονώδη για την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς δυσμηνόρροιας
- Στις πλέον βαριές περιπτώσεις που τα παραπάνω φάρμακα αποτυγχάνουν να ελέγξουν τον πόνο, η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, υπό την καθοδήγηση του Ιατρού, βοηθά αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Άλλοι εναλλακτικοί, μη φαρμακευτικοί τρόποι, που συχνά συστήνονται και κατά περίπτωση συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση του πόνου είναι:

- Η τοποθέτηση ζεστών επιθεμάτων στο κάτω μέρος της κοιλιάς, τα οποία κρατούν ζεστή την περιοχή, ανακουφίζουν σε μεγάλο βαθμό από τον πόνο
- Το ελαφρύ μασάζ στην περιοχή της κοιλιάς με αιθέρια έλαια είναι αναζωογονητικό και αρκετά αποτελεσματικό
- Η άσκηση, ακόμα κι αν είναι σε πιο ήπια μορφή, βοηθάει στη χαλάρωση των μυών και συμβάλλει

- στην παραγωγή ενδορφινών - των ορμονών, που ευθύνονται για την αίσθηση της ευφορίας και συνεπώς την ανακούφιση από τον πόνο
- Ο ύπνος βοηθά στην καταπολέμηση του στρες και χαλαρώνει τον οργανισμό
 - Βελονισμός
 - Διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων (TENS) σε πολύ βαριές περιπτώσεις.

ΠΟΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ;

- Η κατανάλωση άφθονων Ω3 λιπαρών, τα οποία βρίσκονται σε λιπαρά ψάρια, όπως ο σολομός και η σαρδέλα
- Η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε Β1 και μαγνήσιο
- Η αποφυγή κατανάλωσης καφέ. Κατά τη διάρκεια της περιόδου είναι ικανός να αυξήσει την ένταση και τους σπασμούς των μυών με αποτέλεσμα να επιδεινώσει τη δυσμηνόρροια
- Η αποφυγή ζάχαρης και των πολύ λιπαρών γλυκών, παρά το γεγονός ότι είναι γνωστή η αυξημένη επιθυμία για κατανάλωση γλυκών αυτές τις ημέρες

- Δυόσμος, κανέλλα και μέντα, σε μορφή ροφήματος, είναι γνωστά και για τις καταπραϋντικές τους ιδιότητες τις δύσκολες αυτές μέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίσκεψη της εφήβου στον Παιδογυναικολόγο είναι απαραίτητη, ώστε ο Ιατρός μετά από ενδελεχή έλεγχο θα διαπιστώσει αν υπάρχει κάποιο υποκείμενο νόσημα. Ο Ιατρός θα δώσει απλές, σαφείς και αξιόπιστες συμβουλές για αποτελεσματικές θεραπείες, που είναι άμεσα διαθέσιμες, ώστε οι «δύσκολες» μέρες να μην επηρεάζουν δυσμενώς την καθημερινότητα των κοριτσιών.

Δίνοντας έτσι σωστές συμβουλές από νωρίς στη ζωή μίας νεαρής κοπέλας, μπορούμε να τη βοηθήσουμε να διαχειριστεί σωστά τους πόνους της περιόδου και να την ενδυναμώσουμε ψυχικά, ώστε να απολαμβάνει και να μην χάνει στιγμή από τις καθημερινές της συνήθειες, της τόσο όμορφης αυτής περιόδου της ζωής της. ■■



ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Γράφει ο Παναγιώτης - Νεκτάριος Πεντάζος

Χειρουργός Ορθοπαιδικός - Τραυματιολόγος, Εξειδίκευση στην Οστεοπόρωση, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ



Ως οστεοπόρωση ορίζεται σήμερα, η πλέον συνήθης νοσολογική οντότητα των οστών, δηλαδή το σκελετικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μείωση της οστικής αντοχής και αύξηση του κινδύνου κατάγματος. Η οστεοπόρωση διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθή οστεοπόρωση ταξινομείται στον τύπο

I ή μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και στον τύπο II ή γεροντική οστεοπόρωση. Έχουν, επίσης, προσδιοριστεί και ορισμένες δευτερεύουσες αιτίες οστεοπόρωσης, όπως ενδοκρινολογικές διαταραχές, κακοήθη νοσήματα, διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα, διαταραχές του συνδετικού ιστού, γαστρεντερικές παθήσεις, χρόνια ηπατοπάθεια και νεφροπάθεια,

μεταμόσχευση οργάνων και πάσης μορφής και φύσεως ακινητοποίηση.

Η παθοφυσιολογία της νόσου οφείλεται, είτε σε μεταβολές της ανακατασκευής και της δομής των οστών, ή σε μεταβολές παραγόντων που επηρεάζουν την μηχανική αντοχή των οστών. Ειδικότερα κατά την ενήλικη ζωή, η μηχανική ακεραιότητα

του σκελετού διατηρείται μέσω της ανακατασκευής των οστών, κατά την οποία το γηρασμένο οστόν αφαιρείται από τους οστεοκλάστες και στη συνέχεια αντικαθίσταται με νέο, που σχηματίζεται από τους οστεοβλάστες. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, η απορρόφηση προηγείται πάντα της παραγωγής, ενώ υφίσταται ισοζύγιο στις ποσότητες απορροφούμενου και σχηματιζόμενου οστού.

Η ρύθμιση της ανακατασκευής του οστού είναι μια σύνθετη διεργασία και είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των μηχανικών φορτίσεων που προκαλούνται από τη φυσική δραστηριότητα των ορμονών του οργανισμού, καθώς και των τοπικά παραγόμενων κυτοκινών και αυξητικών παραγόντων.

Η μηχανική αντοχή των οστών αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τον κίνδυνο κατάγματος και καθορίζεται από την οστική μάζα, από τη γεωμετρία και την αρχιτεκτονική του οστού, από τη σύστασή του, καθώς και από το ισοζύγιο μεταξύ βλάβης εκ κοπώσεως και ανακατασκευής του οστού. Στις γεωμετρικές παραμέτρους που επηρεάζουν τη μηχανική αντοχή συγκαταλέγεται και το μέγεθος του οστού. Καθοριστικοί παράγοντες από πλευράς αρχιτεκτονικής είναι, ως προς το φλοιώδες οστόν, το πάχος και ως προς το σπογγώδες οστόν, η συνεκτικότητα και το μέγεθος των οστικών δοκίδων, το σχήμα και η ανισοτροπία.

Σε μακροσκοπικό επίπεδο το οστόν αποτελείται από δύο

λειτουργικά δομικά συστατικά, από το φλοιώδες και το σπογγώδες οστόν. Το 80% του ανθρώπινου σκελετού αποτελείται από φλοιώδες οστόν, που εντοπίζεται στο εξωτερικό περίβλημα, κυρίως των άκρων και το υπόλοιπο 20% από σπογγώδες

“
Ο κίνδυνος
οστεοπόρωσης
εξαρτάται, τόσο
από την τιμή της
κορυφαίας οστικής
μάζας που επιτεύχθηκε
κατά τα πρώτα έτη
της ενηλικίωσης, όσο
και από τον ρυθμό
απώλειας οστού,
αργότερα, κατά τη
διάρκεια της
ενήλικης ζωής.
”

οστούν, που εντοπίζεται στις μεταφύσεις των μακρών οστών και στο σπονδυλικό σώμα. Η πορωτικότητα του φλοιώδους τμήματος του οστού κυμαίνεται από 5% έως 30%, ενώ του αντίστοιχου σπογγώδους τμήματος από 30% έως 90%. Ο ετήσιος ρυθμός ανακατασκευής του φλοιώδους οστού κυμαίνεται από 2% έως 3%, ενώ του σπογγώδους στο 25%. Από μηχανικής σκοπιάς, τόσο το φλοιώδες, όσο και το σπογγώδες οστόν μπορεί να θεωρηθούν ως το αυτό υλικό, έχοντα όμως διαφορετική πυκνότητα. Η συνύπαρξη

αυτών των δυο συστατικών αυξάνει σημαντικά την οστική αντοχή και οφείλεται κυρίως στην διαφορετική μηχανική τους συμπεριφορά. Είναι χαρακτηριστικό ότι το σπογγώδες οστόν παρουσιάζει μικρότερου βαθμού αντοχή, συγκριτικά με το φλοιώδες, έχει όμως τη δυνατότητα να υφίσταται μεγαλύτερη παραμόρφωση, πριν φτάσει στο κρίσιμο σημείο της μηχανικής αστοχίας.

Σε μικροσκοπικό επίπεδο, ο οστίτης ιστός αποτελείται από κρυστάλλους υδροξυαπατίτη (65% κυρίως από φωσφορικό ασβέστιο), από νερό (25%) και από κολλαγόνο (10%). Οι ίνες του κολλαγόνου διασταυρώνονται υπό γωνία (45° έως 90°), αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό την ανισοτροπία του οστού, ενώ οι κρύσταλλοι συνδέονται μεταξύ τους, αυξάνοντας έτσι τη συνολική αντοχή του οστού. Οι ίνες του κολλαγόνου συνεισφέρουν στην αντοχή του οστού στον ελκυσμό, ενώ οι κρύσταλλοι υδροξυαπατίτη περισσότερο στην αντοχή στη συμπίεση. Η πραγματικότητα είναι ότι το οστόν είναι σκληρό, λόγω της παρουσίας των κρυστάλλων υδροξυαπατίτη και ανθεκτικό λόγω των ινών του κολλαγόνου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την περίοδο της σκελετικής ανάπτυξης, τα οστά μεταβάλλουν τη γεωμετρία τους, προσαρμοζόμενα έτσι σε νέες ανάγκες (πχ. στην αύξηση του σώματος, στη μεταβολή του όγκου του μυϊκού ιστού κλπ). Έτσι, σημειώνεται μια ταχεία γραμμική και περιοριστική αύξηση

του σκελετού, η οποία φτάνει στο μέγιστο σε ηλικία 15 έως 20 ετών. Στη συνέχεια, η οστική μάζα εξακολουθεί να αυξάνει κυρίως με τη λειτουργία του περιostίου, ενώ η κορυφαία οστική μάζα επιτυγχάνεται, πιθανώς, κατά την τρίτη δεκαετία της ζωής. Είναι μεγαλύτερη στους Άνδρες, απ' ό,τι στις Γυναίκες και παρουσιάζει μεγάλες ατομικές και γεωγραφικές διακυμάνσεις. Ο κίνδυνος οστεοπόρωσης

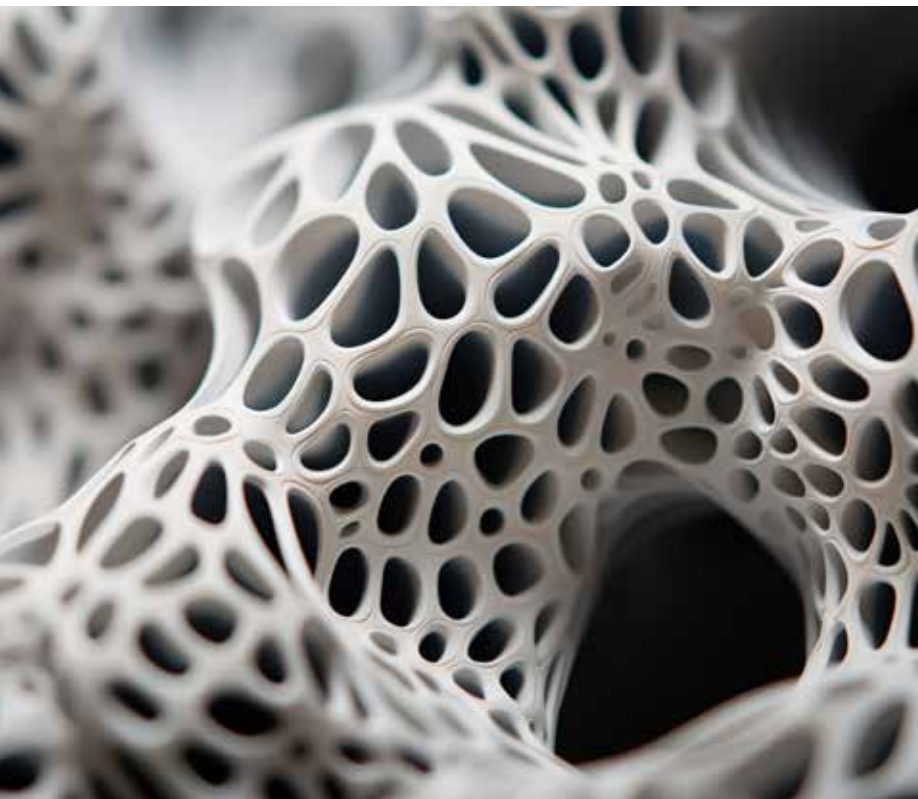
η απώλεια οστού, πιστεύεται όμως, ότι η έναρξη πρέπει να τοποθετείται στο τεσσαρακοστό έτος της ζωής, τόσο στους Άνδρες, όσο και στις Γυναίκες. Η κορυφαία οστική μάζα καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι μάλιστα, ασκούν επίδραση στην απώλεια οστού σε σχέση με την ηλικία. Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη οστεοπόρωσης,

Η άσκηση έχει επίσης σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη και στην αρχιτεκτονική των οστών κατά την παιδική ηλικία και υπάρχουν ενδείξεις ότι τα υψηλότερα επίπεδα άσκησης με βάρη στην παιδική αλλά και στην εφηβική ηλικία, συνδέονται με μεγαλύτερη οστική μάζα. Η ανεπάρκεια οιστρογόνων αυξάνει τον ρυθμό οστικής απώλειας. Στις Γυναίκες, κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, η ταχύτητα οστικής απώλειας αυξάνει στο 2% ετησίως. Στις Γυναίκες με πρόωρη εμμηνόπαυση (πριν το τεσσαρακοστό έτος της ζωής), η απώλεια οστού από τη σπονδυλική στήλη, είναι μεγαλύτερη, απ' ό,τι σε άλλα σημεία. Γενικά εκτιμάται ότι, όσον αφορά στις Γυναίκες, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους χάνεται το 35% του φλοιώδους και το 50% του σπογγώδους οστού του σκελετού, αντίστοιχα.

Η μείωση της σωματικής δραστηριότητας με την ηλικία, είναι ένας άλλος πιθανός παράγοντας που συμβάλλει στην απώλεια οστού, τόσο στους Άνδρες, όσο και στις Γυναίκες. Παράγοντες όπως η ανεπάρκεια της βιταμίνης D, και η ανεπάρκεια ασβεστίου, λόγω ελαττωμένης εντερικής απορρόφησης και αυξημένης νεφρικής αποβολής, είναι συνήθεις σε ηλικιωμένους πληθυσμούς και μπορεί να συμβάλλουν με τη σειρά τους, στην απώλεια οστού λόγω ηλικίας. Ο οστίτης ιστός έχει ως πρωταρχική βιολογική

εξαρτάται, τόσο από την τιμή της κορυφαίας οστικής μάζας που επιτεύχθηκε κατά τα πρώτα έτη της ενήλικιωσης, όσο και από τον ρυθμό απώλειας οστού, αργότερα, κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Δεν είναι γνωστό σε ποια ηλικία ακριβώς αρχίζει

αποδεικνύοντας έτσι τον ρόλο των γενετικών παραγόντων στην παθογένεια της νόσου. Ορισμένες συνήθειες της διατροφής, όπως η πρόσληψη ασβεστίου, βιταμίνης D, πρωτεϊνών και άλατος μπορεί να επηρεάσουν την κορυφαία οστική μάζα.



σκοπιμότητα τη στήριξη και την κίνηση, να εξυπηρετήσει αυτή τη βιολογική του σκοπιμότητα, υπακούει σε μηχανικά ερεθίσματα. Αντιλαμβάνεται, ερμηνεύει και μεταφράζει μηχανικά ερεθίσματα, αξιολογώντας τα εκάστοτε δεδομένα και ρυθμίζει, αναλόγως τη δραστηριότητά του, με στόχο την επίτευξη της μέγιστης απαιτούμενης αντοχής. Αν ο οστίτης ιστός αποτύχει στην ανάπτυξη της απαιτούμενης αντοχής, θα ακολουθήσουν αναπόφευκτα τα οστικά κατάγματα.

Το κάταγμα αποτελεί τη μοναδική κλινική εκδήλωση της οστεοπόρωσης και σημειώνεται σε σχετικά προχωρημένα στάδια της νόσου, όταν έχει ήδη χαθεί σημαντική ποσότητα οστίτη ιστού. Η ανάπτυξη τεχνικών (όπως η μέθοδος DXA) που καθιστούν δυνατή την εκτίμηση της οστικής πυκνότητας και της οστικής μάζας, οδήγησε σε σημαντικές προόδους στη διάγνωση της νόσου, παρέχοντας τα μέσα για την ανίχνευσή της, πριν σημειωθεί κάταγμα, αλλά και για την ανίχνευση των πληθυσμιακών ομάδων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να υποστούν οστεοπορωτικό κάταγμα και απαιτούν λήψη άμεσων θεραπευτικών αποφάσεων.

Σήμερα, το οστεοπορωτικό κάταγμα θεωρείται παγκοσμίως η δεύτερη αιτία σωματικής ανικανότητας και θνητότητας. Κάθε 30 δευτερόλεπτα, ένα οστεοπορωτικό κάταγμα

“ Η άσκηση έχει επίσης σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη και στην αρχιτεκτονική των οστών κατά την παιδική ηλικία και υπάρχουν ενδείξεις ότι τα υψηλότερα επίπεδα άσκησης με βάρη στην παιδική αλλά και στην εφηβική ηλικία, συνδέονται με μεγαλύτερη οστική μάζα. ”

συμβαίνει σε κάτοικο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 41% των Γυναικών, ηλικίας άνω των 50 ετών πάσχει από οστεοπενία, ενώ το 15% των Γυναικών ηλικίας 50 έως 59 ετών πάσχει από οστεοπόρωση. Μετά την ηλικία των 50 ετών, μια στις τρεις Γυναίκες και ένας στους πέντε Άνδρες θα υποστούν ένα οστεοπορωτικό κάταγμα στη διάρκεια της υπόλοιπης ζωή τους. Για τις Γυναίκες ο κίνδυνος της οστεοπόρωσης είναι υψηλότερος απ' ότι ο κίνδυνος για καρκίνο μαστού, ωοθηκών και μήτρας μαζί. Αντίστοιχα, ο κίνδυνος της οστεοπόρωσης για τους Άνδρες είναι υψηλότερος απ' ότι ο κίνδυνος για καρκίνο προστάτη. Το οικονομικό κόστος για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης, για την Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 κρατών, βρίσκεται σε δυσθεώρητα ύψη, φθάνοντας τα 37 δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο και βαίνει προοπτικά αυξανόμενο. Σύμφωνα με το Διεθνές Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (International Osteoporosis Foundation/ IOF) και την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συλλόγων Φαρμακοβιομηχανιών

(European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations/EFPIA), προβλέπεται ότι το οικονομικό κόστος θα αυξηθεί κατά 25% μέχρι το 2025, καθώς μέχρι τότε, ο γυναικείος και ανδρικός πληθυσμός, που θα είναι άνω των 50 ετών, θα έχει αυξηθεί κατά 22% και 17%, αντιστοίχως. Υπολογίζεται ότι 22 εκατομμύρια Γυναικών και 5,6 εκατομμύρια Ανδρών πάσχουν από οστεοπόρωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εκτιμάται ότι περίπου 3,5 εκατομμύρια νέα οστεοπορωτικά κατάγματα συμβαίνουν ετησίως (ή 390 την ώρα) και προβλέπεται ότι θα φτάσουν μέχρι το 2025, τα 4 έως 5 εκατομμύρια ετησίως. Με γνώμονα το γεγονός ότι οι πληθυσμοί των κρατών που αποτελούν την Ευρωπαϊκή Ένωση, γερνάνε ταχύτατα λόγω του δημογραφικού προβλήματος, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός οστεοπορωτικών καταγμάτων, θα έχει ως αποτέλεσμα το διαρκώς επιδεινούμενο, οικονομικό, κοινωνικό και ανθρώπινο κόστος. ■

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γράφει ο Αθανάσιος Σιαφάκας, MD

Αγγειοχειρουργός - Αγγειολόγος, Επίσημος Εκπαιδευτής Σκληροθεραπείας
σε Ελλάδα & Κύπρο, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο οργανισμός προσαρμόζεται προκειμένου να υποστηρίξει τις αυξημένες απαιτήσεις της εγκύου, αλλά και του εμβρύου που αναπτύσσεται. Αποτέλεσμα αυτών των προσαρμογών είναι και οι μεταβολές που παρατηρούνται στο γυναικείο σώμα. Από τις πιο συχνές αλλαγές που μπορεί να παρατηρηθούν είναι η εμφάνιση ευρυαγγειών στα πόδια, των γνωστών λεπτών κόκκινων και μπλε γραμμών.

Η ιδιαίτερα χαρακτηριστική εμφάνισή τους αποτελεί συχνά αντικείμενο της προσοχής κατά την εγκυμοσύνη για λόγους όπως είναι:

α) Ο φόβος της φλεβικής θρόμβωσης. Οι ευρυαγγείες από μόνες τους δεν αποτελούν παράγοντα θρόμβωσης. Επομένως, δεν αποτελούν απειλή, ούτε για τη μητέρα, ούτε για το έμβρυο, αλλά ούτε για την εγκυμοσύνη.

β) Η σύνδεσή τους με άλλα συμπτώματα που

μπορεί να νιώθουν στα πόδια όπως κράμπες, βάρος, πόνος, τσιμπήματα, αίσθημα καψίματος. Οι ευρυαγγείες προκαλούν λίγα και πολύ ήπια τοπικά συμπτώματα, όπως αίσθημα καψίματος ή τσιμπήματος. Σε περίπτωση πιο έντονων συμπτωμάτων, αυτά είναι συνήθως κάποιας άλλης αιτιολογίας και πρέπει να αναφέρονται στον Γυναικολόγο, ώστε να δοθεί η αντίστοιχη προσοχή.

γ) Η αισθητική ενόχληση που προκαλούν και οδηγεί με την σειρά της σε δυσάρεστη διάθεση. Οι ευρυαγγείες αποτελούν βασικά αισθητικό πρόβλημα. Είναι συνηθισμένη η εμφάνιση καινούργιων ευρυαγγειών κατά την εγκυμοσύνη, καθώς και η επιδείνωσή τους, αν υπήρχαν ήδη από πριν. Ο κανόνας είναι πως θα επιδεινωθούν περισσότερο όσο προχωρά η εγκυμοσύνη, αλλά θα βελτιωθούν, ίσως και σε πολύ μεγάλο βαθμό, μετά τον τοκετό. Αυτός είναι και ένας βασικός λόγος που περιμένουμε να περάσουν τουλάχιστον τρεις μήνες μετά τον τοκετό για



να αξιολογήσουμε τις ευρυαγγείες που έχουν απομείνει στα πόδια, καθώς και το φλεβικό σύστημα γενικότερα. Η όποια απόφαση για αντιμετώπιση, βασίζεται σε αυτήν την αξιολόγηση. Η καλύτερη μέθοδος για την αντιμετώπιση των ευρυαγγειών, σύμφωνα και με τις τελευταίες Κατευθυντήριες Οδηγίες από τις επιστημονικές κοινότητες παγκοσμίως, είναι η σκληροθεραπεία. Κατά την σκληροθεραπεία γίνεται έγχυση ειδικού φαρμάκου με πολύ λεπτή βελόνη μέσα στα μικρά κόκκινα ή μπλε φλεβίδια, τα οποία κλείνουν και ο οργανισμός τα απορροφά. Καθώς ο οργανισμός απορροφά αυτά τα φλεβίδια, έτσι και αυτά «ξεθωριάζουν» από το δέρμα μέχρι να μην είναι ορατά. Είναι μια μέθοδος που εφαρμόζεται εδώ και δεκαετίες με δοκιμασμένα φάρμακα, οι πιθανότητες σοβαρών επιπλοκών είναι εξαιρετικά σπάνιες, γι' αυτό θεωρείται ιδιαίτερα ασφαλής και αποτελεσματική. Οι όποιες επιπλοκές είναι καθαρά αισθητικές και συνδέονται, στον μεγαλύτερο βαθμό, με την εκπαίδευση και την εμπειρία του Αγγειοχειρουργού που εφαρμόζει

την μέθοδο.

Οι ευρυαγγείες άλλωστε είναι ιδιαίτερα συχνές, αφού τις εμφανίζουν περισσότεροι από το 50% των ενηλίκων και το ποσοστό αυξάνεται περισσότερο με την πάροδο της ηλικίας.

Η σημασία τους είναι κυρίως αισθητική, καθώς μόνο ένα 10 - 15% συνδέεται με πρόβλημα σε φλέβες που βρίσκονται βαθύτερα στα πόδια.

Η Κλινική ΡΕΑ πάντα πρωτοπόρος στην Ιατρική Εκπαίδευση και στις εξελίξεις, αποτελεί Κέντρο Εκπαίδευσης για την σκληροθεραπεία, σε Ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όπως Αγγειοχειρουργών, Πλαστικών και Γενικών Χειρουργών, Γενικών Ιατρών και Δερματολόγων. ■

ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ

Γράφει ο Αθανάσιος Αλεξανδρής

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ





Καρκίνος του
Τραχήλου της
Μήτρας (ΚΤΜ)
ευθύνεται για

περίπου 280.000 θανάτους
παγκοσμίως. Στην Ελλάδα
κάθε χρόνο υπάρχουν 700 νέοι
καρκίνοι του τραχήλου και 300
θάνατοι.

Αυτοί οι αριθμοί ήταν πολύ
μεγαλύτεροι πριν από την
ανακάλυψη του ΠΑΠ Τεστ
από τον Έλληνα επιστήμονα
Γεώργιο Παπανικολάου.

ΠΟΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΠΑΠ ΤΕΣΤ;

Όλες οι Γυναίκες 23 - 65
ετών με ενεργή σεξουαλική
ζωή. Σε ειδικές περιπτώσεις,
μπορεί να υποβάλλονται σε
τεστ, κορίτσια και κάτω των
23 ετών. Οι περιπτώσεις
αυτές είναι η μικρή ηλικία
έναρξης σεξουαλικών επαφών,
πολλαπλοί σύντροφοι ή
ανοσοκαταστολή.

Σε ηλικίες άνω των 65,
εφόσον τα τρία τελευταία
ΠΑΠ είναι φυσιολογικά και την
τελευταία δεκαετία δεν υπήρχε
παθολογικό ΠΑΠ, η Γυναίκα
μπορεί στον ετήσιο προληπτικό
έλεγχο της να παραλείψει το
ΠΑΠ.

ΤΙ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ;

Υπάρχουν άφθονα κύτταρα
στις παρυφές του τραχήλου και
ενδοτραχήλου που συνεχώς
ανανεώνονται και αποπύπτουν.
Ένα επίχρισμα από αυτές τις
περιοχές αποστέλλεται σε
Κυτταρολόγο.

Ο Κυτταρολόγος ελέγχει τα
κύτταρα. Αν είναι φυσιολογικά,
καλώς. Σε περίπτωση που
υπάρχουν αλλοιώσεις,
παρακολουθείται πιο στενά
η Γυναίκα, ώστε να μην
είναι επικίνδυνες αυτές οι
αλλοιώσεις.

Χρειάζονται σχεδόν μέχρι και
10 χρόνια, μέχρι να εξελιχθεί
μια απλή αλλοίωση σε καρκίνο.
Οι περισσότερες αλλοιώσεις
αυτοθεραπεύονται. Μόνο ένα
μικρό ποσοστό εξελίσσεται σε
καρκίνο. Υπάρχουν διάφοροι
τρόποι αντιμετώπισης, όταν
μια αλλοίωση εξελίσσεται ή
επιμένει στάσιμα. Γι' αυτό η
Γυναίκα πολύ σπάνια φτάνει σε
καρκίνο του τραχήλου.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Για τις αλλοιώσεις αυτές του
τραχήλου ευθύνεται ο ιός
των ανθρωπίνων θηλωμάτων
(Human Papilloma Virus -
HPV). Πρόκειται για μια μεγάλη
οικογένεια DNA ιών με πάνω
από 200 στελέχη χωρίς να
είναι όλα επικίνδυνα. Τα
στελέχη αυτά διαχωρίζονται
με αριθμούς. Τα στελέχη 6 και
11 ευθύνονται για τα οξυτενή
κονδυλώματα που είναι
καλοήθη.

Υπάρχουν όμως 14 στελέχη
(τελευταία γίνεται συζήτηση
για ακόμα κάποια στελέχη)
υψηλού κινδύνου που
προκαλούν κυτταρικές
αλλοιώσεις στον τράχηλο
της μήτρας, στον κόλπο, στο
αιδοίο, στον πρωκτό ή ακόμα
και στο στοματοφάρυγγα.
Ορισμένες φορές αυτές οι
αλλοιώσεις εξελίσσονται
σε καρκίνο. Συνήθως όμως

αυτοθεραπεύονται. Ανάμεσα στα 14 αυτά στελέχη, το 16 και το 18 είναι τα πιο επικίνδυνα.

Ο ιός του HPV ανακαλύφθηκε απο τον Γερμανό ιολόγο ZUR HAUSEN, ο οποίος για την ανακάλυψη αυτή επιβραβεύτηκε με το Nobel το 2008.

ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Ο HPV

Ο HPV μεταδίδεται με άμεση επαφή στο βλεννογόνο, δέρμα ή τα υγρά του σώματος. Οι παράγοντες κινδύνου είναι:

1. Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας σε μικρή ηλικία
2. Πολλαπλοί σύντροφοι
3. Εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα (κάπνισμα, stress, κακή διατροφή, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα και κάποιες παθήσεις)
4. Κακή χλωρίδα του κόλπου ειδικά όταν συνυπάρχουν και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως χλαμύδια ή γονόρροια

Πάντως οι περισσότερες Γυναίκες κάποια στιγμή έρχονται σε επαφή με τον HPV υψηλού κινδύνου, χωρίς απαραίτητα να υπάρχουν κυτταρικές αλλοιώσεις.

ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο έλεγχος αρχίζει με την κυτταρολογική εξέταση που μπορεί να γίνεται με δύο τρόπους:

“ Το ΠΑΠ ΤΕΣΤ δεν γίνεται για να εντοπιστεί ο καρκίνος. Αν βρεθεί ο καρκίνος, δεν μιλάμε πια για πρόληψη. Αυτός ο έλεγχος γίνεται για να μην φτάσουμε ποτέ σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας. ”

1. Με την κλασσική μέθοδο, επιστρώνεται πάνω σε ένα γυάλινο πλακάκι, το κολποτραχηλικό επίχρισμα. Ο Κυτταρολόγος εξετάζει το πλακάκι στο μικροσκόπιο.

2. Με την κυτταρολογική εξέταση υγρής φάσης. Με την μέθοδο αυτή, το βουρτσάκι με το κολποτραχηλικό επίχρισμα, ξεπλένεται μέσα σε ένα ειδικό υγρό. Αυτή η μέθοδος έχει αρκετά πλεονεκτήματα:

- πολύ μεγαλύτερος αριθμός κυττάρων στέλνονται προς εξέταση
- τα κύτταρα δεν ξεραίνονται και δεν αλλοιώνονται
- καθαρίζονται από τις βλέννες ή αίματα
- ο Κυτταρολόγος στρώνει σε μια στοιβάδα τα κύτταρα πάνω σε πλακάκι προς μικροσκόπηση
- μπορεί από το ίδιο δείγμα να γίνονται διάφορες μοριακές εξετάσεις

Το ΠΑΠ ΤΕΣΤ δεν γίνεται για να εντοπιστεί ο καρκίνος. Αν βρεθεί ο καρκίνος, δεν μιλάμε πια για πρόληψη. Αυτός ο έλεγχος γίνεται για να μην φτάσουμε ποτέ σε καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

Ο σκοπός της κυτταρολογικής εξέτασης είναι να εντοπιστούν οι κυτταρικές αλλοιώσεις, οφειλόμενες σε HPV λοίμωξη. Όταν είναι ήπιες οι κυτταρικές αλλοιώσεις, η τυποποίηση, μας βοηθά στις επόμενες κινήσεις. Αν δεν βρεθεί κάποιο στέλεχος υψηλού κινδύνου, αναμονή και παρακολούθηση είναι το επόμενο βήμα. Σε περίπτωση ανεύρεσης κάποιου ή κάποιων στελεχών HPV υψηλού κινδύνου, η κολποσκόπηση, συμβάλλει στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το βάθος, την έκταση και το στάδιο της αλλοίωσης. Πολλές φορές χρειάζονται και βιοψίες προς ολοκλήρωση της εξέτασης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ

Σε περίπτωση που οι αλλοιώσεις είναι χαμηλού κινδύνου (L-SIL) ή CIN1, η απλή παρακολούθηση ανά εξάμηνο αρκεί, δεδομένου ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι αλλοιώσεις αυτές υποχωρούν αυτόματα.

Θεραπεία, ειδικά αφαιρετική, δηλαδή κωνοειδής εκτομή, έχει ένδειξη σε:



α) όταν οι αλλοιώσεις είναι υψηλού κινδύνου (H-SIL) ή CIN 2 - 3, β) σε L-SIL, όμως από στελέχη υψηλού κινδύνου με επιμονή πάνω από 2 έτη, ειδικά σε Γυναίκες άνω των 40 ετών και γ) σε υπολειμματική νόσο, μετά από προηγούμενη κωνοειδή εκτομή και ιστολογική διάγνωση σοβαρών αλλοιώσεων. Στο παρασκεύασμα της κωνοειδούς εκτομής, μας ενδιαφέρει να μην υπάρχει διηθητικός καρκίνος και τα όρια εκτομής να είναι ελεύθερα νόσου.

ΠΡΟΛΗΨΗ

A) Πρωτογενής πρόληψη: είναι ο εμβολιασμός κοριτσιών και αγοριών 12 - 18 ετών, δωρεάν. Μπορεί να γίνεται και σε μεγαλύτερες ηλικίες, χωρίς όμως αποζημίωση από τα ασφαλιστικά ταμεία.

B) Δευτερογενής πρόληψη, ο ετήσιος κυτταρολογικός έλεγχος,

ειδικά όταν συνδυάζεται κάθε τρία χρόνια με HPV TEST.

ΚΑΠΟΙΟΙ ΟΡΟΙ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ

HPV TEST: Ανιχνεύει το DNA από τα στελέχη υψηλού κινδύνου, χωρίς να μας λέει με ακρίβεια ποιο ή ποια από τα 14 στελέχη έχουν προσβάλλει τον τράχηλο.

COBAS: Παρόμοια μέθοδος. Εδώ προσδιορίζει τα στελέχη 16 και 18 αν υπάρχουν.

HPV τυποποίηση με PCR: Είναι πιο ευαίσθητη μέθοδος. Μπορούμε να εντοπίσουμε το συγκεκριμένο στέλεχος ή στελέχη των 14 ογκογόνων τύπων και των άλλων 35 τύπων μετρίου κινδύνου.

APTIMA HPV: Ανιχνεύει το mRNA του ιού. Η ανίχνευση σημαίνει ενεργός λοίμωξη. Δηλαδή ο HPV αντιγράφεται.

Αυτή η εξέταση ανιχνεύει τις δύο ογκοπρωτεΐνες E6/E7. Η υπερέκφρασή τους είναι ένδειξη έναρξης καρκινογένεσης.

Η τυποποίηση του DNA δεν σημαίνει ότι ο HPV πολλαπλασιάζεται και έχει γίνει επικίνδυνος. Με το APTIMA HPV όμως ξέρουμε ότι η λοίμωξη είναι ενεργός και χρειάζεται αντιμετώπιση.

Co-testing: Συνδυασμός κυτταρολογικής εξέτασης και HPV TEST μαζί. Αυξάνεται έτσι η διαγνωστική αξία του προληπτικού ελέγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Με τα μέσα που διαθέτουμε, η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μπορεί σχεδόν να μηδενιστεί, αρκεί να γίνει το ΠΑΠ τεστ έγκαιρα και προληπτικά. ■

3D Βλεφαροπλαστική

Γράφει ο **Βασίλειος Κ. Κρέτσας, MD, FEBOBRAS**

Fellow University of California, Irvine, Πλαστικός Χειρουργός, Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery, Διευθυντής VK Institute, Συνεργάτης Κλινικής ΡΕΑ

Τα βλέφαρα καθώς και η περιοχή γύρω από τα μάτια, αποτελούν πρώιμα σημεία

γήρανσης του ανθρώπινου προσώπου. Μετά την ηλικία των 30 ετών, οι αλλαγές οι οποίες εμφανίζονται σταδιακά είναι η προοδευτική απώλεια όγκου (λίπος) στην περιοχή των κάτω βλεφάρων, η προβολή του ενδοκογχικού λίπους (σακούλες) στα κάτω βλέφαρα, καθώς και η εμφάνιση των μαύρων κύκλων. Η όψη αρχίζει να χάνει τη νεανική της εμφάνιση και το κουρασμένο - θλιμμένο βλέμμα αποτελεί γεγονός. Συγχρόνως, στο άνω βλέφαρο υπάρχει περίσσεια δέρματος (δερματοχάλαση), καθώς και προβολή του λίπους στην άνω έξω γωνία του κάθε άνω βλεφάρου. Όλες αυτές οι προοδευτικές αλλαγές στην περιοχή των ματιών αποτελούν το κύριο χαρακτηριστικό της αρχόμενης γήρανσης του ανθρώπινου προσώπου, οι

οποίες συνοδεύονται και από άλλες αλλαγές στο κεντρικό και περιφερικό οβάλ του προσώπου καθώς και στο λαιμό.

Η **3D Βλεφαροπλαστική** **χαρίζει ένα νεανικό και ξεκούραστο βλέμμα**, καθώς αποκαθιστά την περίσσεια του δέρματος, αλλά και το χαμένο όγκο στα κάτω και στα άνω βλέφαρα. Η αποκατάσταση του χαμένου όγκου γίνεται με τη λιποπρόσθεση (μεταφορά λίπους). Η επέμβαση αφορά την αφαίρεση της χαλάρωσης του δέρματος, του άνω και του κάτω βλεφάρου, καθώς και την περίσσεια του λίπους

(σακούλες) που προβάλλουν προσδίδοντας κουρασμένο βλέμμα.

Άνω Βλέφαρο: Αν πρόκειται για περίσσεια δέρματος και προβολή λίπους, τότε απλά αφαιρείται η περίσσεια του δέρματος και το περιττό λίπος από το άνω βλέφαρο. Η τομή γίνεται στην άνω πτυχή του βλεφάρου και η ουλή, πραγματικά μετά από λίγο καιρό δεν διακρίνεται.

Κάτω Βλέφαρο: No cut - No touch technique. Η τομή στα κάτω βλέφαρα γίνεται μέσα από το μάτι, χωρίς κανένα ίχνος παρεμβατικότητας. Το λίπος που προβάλλει δεν αφαιρείται, αλλά επανατοποθετείται στην αρχική του θέση ή επαναδιατάσσεται στο κάτω τμήμα του κόγχου. Αυτό γιατί η μεγάλη αφαίρεση λίπους που προβάλλει από τον οφθαλμό να μην μπορεί να λύνει το πρόβλημα, αλλά όμως το πρόσωπο και η περιοχή του κόγχου δείχνει μετά την αφαίρεση πιο άδεια, πιο γερασμένη, πιο κουρασμένη. Η επαναδιάταξη του λίπους γύρω από τον κόγχο επαναφέρει το κουρασμένο βλέμμα και την όψη, στην πιο νεανική ηλικία.

Αναισθησία: Συνήθως μέθη ή γενική αναισθησία.

Διάρκεια επέμβασης: 1 - 1:30 ώρα.





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.

ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ

Σε ένα κλίμα ιδιαίτερης ικανοποίησης και χαράς, ανανεώθηκε την Τετάρτη 18 Δεκεμβρίου 2024, το Μνημόνιο Συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη και της Κλινικής ΡΕΑ. Στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, η Κλινική ΡΕΑ θα συνεχίσει να προσφέρει δωρεάν προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις (κολπικός υπέρηχος, υπέρηχος μαστών & ΠΑΠ τεστ), στις κρατούμενες του Σωφρονιστικού Καταστήματος Κορυδαλλού και του Σωφρονιστικού Καταστήματος Ελεώνα Θήβας.

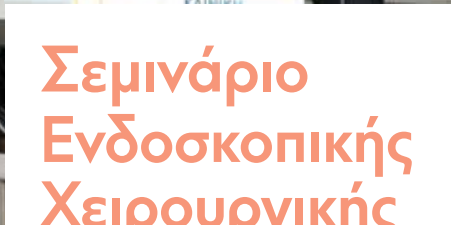


Αυτή η συνεργασία θα συνεχίσει να έχει σημαντικά και θετικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας, ενισχύοντας την ποιότητα ζωής των κρατουμένων και προσφέροντας νέες ευκαιρίες φροντίδας και υποστήριξης.

Το Μνημόνιο υπέγραψαν ο Υφυπουργός Προστασίας του Πολίτη, κ. Ανδρέας Νικολακόπουλος, ο Γενικός Γραμματέας Αντιεγκληματικής Πολιτικής, κ. Περρής Αρίστος, ο Πρόεδρος της Κλινικής ΡΕΑ, κ. Κυριάκος Μητσάκος - Μπαρμπαγιάννης και ο Αντιπρόεδρος της Κλινικής ΡΕΑ, κ. Αλέξανδρος Τζεφεράκος.



Ο κ. Κυριάκος Μητσάκος - Μπαρμπαγιάννης, εκφράζοντας τη χαρά του για τη συνέχιση αυτής της σημαντικής συνεργασίας, δήλωσε: «Η υγεία είναι ένα δικαίωμα που πρέπει να το απολαμβάνουμε όλοι, ανεξαρτήτως συνθηκών. Στόχος μας είναι να συνεχίσουμε να στηρίζουμε κάθε γυναίκα που χρειάζεται την υποστήριξή μας, με σεβασμό και ανθρωπιά».



**Σεμινάριο
Ενδοσκοπικής
Χειρουργικής**

Η Κλινική PEA φιλοξένησε με επιτυχία, ένα διήμερο Σεμινάριο Ενδοσκοπικής Χειρουργικής με θέμα: «Η Γυναικολογική ενδοσκόπηση σήμερα», που διοργάνωσε η Ελληνική Εταιρεία Γυναικολογικής Ενδοσκόπησης (Ε.Ε.Γ.Ε.).



Η πρώτη ημέρα του σεμιναρίου ήταν αφιερωμένη σε μια πλούσια ημερίδα, που περιελάμβανε ομιλίες διακεκριμένων Ιατρών. Οι συζητήσεις και οι ανταλλαγές απόψεων ήταν ενδιαφέρουσες και εποικοδομητικές, προσφέροντας πολύτιμες γνώσεις στους συμμετέχοντες.



Η δεύτερη ημέρα, περιελάμβανε ένα εντυπωσιακό workshop, με το πρακτικό κομμάτι να αποτελεί τον πυρήνα της εκδήλωσης. Οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να εξασκηθούν υπό την καθοδήγηση επαγγελματιών, να αντιμετωπίσουν πραγματικές προκλήσεις και να αποκτήσουν πρακτικές δεξιότητες που θα ενισχύσουν την επαγγελματική τους πορεία.



Η Κλινική PEA δεσμεύεται να συνεχίσει να προσφέρει υψηλού επιστημονικού επιπέδου εκδηλώσεις.







ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΔΟΤΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ 2024

Η Κλινική ΡΕΑ με συντονιστή τον κ. Αλέξανδρο Τζεφεράκο, Επικεφαλής Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης Κλινικής ΡΕΑ, σε συνεργασία με τον Σύλλογο «ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ» και υπό την αιγίδα του Δήμου Πειραιά, πραγματοποίησαν με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Εθελοντή Δότη Μυελού των Οστών, Σάββατο 21 Σεπτεμβρίου 2024, δράση ενημέρωσης και εγγραφής νέων εθελοντών δοτών μυελού των οστών στην Πλατεία Κοραή Πειραιά. Δεκάδες ήταν οι νέες εγγραφές εθελοντών δοτών μυελού των οστών που ελπίζουμε να δώσουν ελπίδα και ζωή σε συνανθρώπους μας.

Ευχαριστούμε θερμά τον Δήμαρχο του Δήμου Πειραιά κ. Γιάννη Μώραλη για τη φιλοξενία, συμπαράσταση και την παρουσία του στη δράση μας, την ΠΑΕ Ολυμπιακός και τους αθλητές Μασούρα Γιώργο, Ρέσο Παναγιώτη, Ανδρούτσο Θανάση και Κουτσιδης Ισίδωρο που ενημερώθηκαν για τη δωρεά μυελού των οστών και εγγραφήκαν ως εθελοντές δότες, το Ποδοσφαιρικό Τμήμα της άλλης μεγάλης ομάδας του Πειραιά τον Εθνικό Πειραιώς και το Τμήμα Γυναικείου Volley του ΑΟΦ Πορφύρα, για τις εγγραφές αθλητών και τη στήριξη στη διάδοση του μηνύματος της αλληλεγγύης και της αγάπης.

Τέλος, ευχαριστούμε από καρδιάς όλους τους εθελοντές δότες για τη σπουδαία συνεισφορά τους. ■■

Δωρεάν προληπτικές εξετάσεις για τις κρατούμενες Γυναίκες του Καταστήματος Κράτησης Κορυδαλλού από την Κλινική ΡΕΑ

Δύο Κινητές Διαγνωστικές Μονάδες της Κλινικής ΡΕΑ επισκέφθηκαν, το Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024, το Κατάστημα Κράτησης Γυναικών Κορυδαλλού, προσφέροντας πολύτιμες ιατρικές υπηρεσίες σε μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα. Σε μια πρωτοβουλία υψίστης κοινωνικής σημασίας, πραγματοποιήθηκε μαστολογικός έλεγχος και υπέρηχος μαστού στις κρατούμενες γυναίκες, ενώ οι έγκυες εξετάστηκαν και με υπερηχογράφημα κύησης. Η συγκεκριμένη δράση εντάσσεται στο πλαίσιο του μνημονίου συνεργασίας που έχει συνάψει η Κλινική ΡΕΑ με το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη, με στόχο την παροχή γυναικολογικών εξετάσεων στα Σωφρονιστικά Καταστήματα.

Ο Πρόεδρος της Κλινικής ΡΕΑ, κ. Κυριάκος Μητσάκος - Μπαρμπαγιάννης, τόνισε τη σημασία της συνεργασίας αυτής, αναφέροντας ότι «Η δράση αυτή συμβάλλει ουσιαστικά στον προληπτικό έλεγχο, εκατοντάδων γυναικών που λαμβάνουν σημαντικές για την υγεία τους ιατρικές υπηρεσίες. Οι κρατούμενες γυναίκες αξίζουν πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας».

Οι διακεκριμένοι ιατροί που συμμετείχαν σε αυτή την κοινωνική δράση ήταν ο κ. Νικόλαος Βατίστας, Γενικός Χειρουργός - Μαστολόγος, ο κ. Μιχάλης Καζαμίας, Γενικός Χειρουργός, ο κ. Κυριάκος Μητσάκος - Μπαρμπαγιάννης, Μαιευτήρας Γυναικολόγος, ο κ. Ιωάννης Μπούτας, Μαιευτήρας Γυναικολόγος - Χειρουργός Μαστού και η κ. Αλεξάνδρα Τσιγκινού, Γυναικολόγος - Χειρουργός Μαστού, οι οποίοι συνέβαλαν αποφασιστικά στην επιτυχή υλοποίηση της πρωτοβουλίας.

Η επιτυχία της δράσης ενισχύθηκε από την υποστήριξη του προσωπικού του καταστήματος κράτησης και τη συνεργασία με την κ. Τριανταφύλλη Κωνσταντοπούλου, Διευθύντρια του Καταστήματος Κράτησης Κορυδαλλού, και τον κ. Αρίστο Περρή, Γενικό Γραμματέα Αντεγκληματικής Πολιτικής. Σημαντική ήταν και η συνεισφορά της GE Healthcare με την ευγενική παραχώρηση των συστημάτων υπερηχοτομογραφίας που χρησιμοποιήθηκαν για τις εξετάσεις.

Η ενέργεια αυτή αποτελεί μια ακόμα επιβεβαίωση της κοινωνικής ευθύνης της Κλινικής ΡΕΑ, η οποία επενδύει συνεχώς σε δράσεις που ενισχύουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για όλους, χωρίς διακρίσεις.



Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα «Κλινική Καρδιοτοκογραφία & Παρακολούθηση του Εμβρύου»



Με επιτυχία ολοκληρώθηκε το **6ο Σεμινάριο «Κλινική Καρδιοτοκογραφία & Παρακολούθηση του Εμβρύου»**, το οποίο διεξήχθη στις 4 Οκτωβρίου 2024 στο Αρεταίειο Νοσοκομείο και 5 - 6 Οκτωβρίου 2024 στην Κλινική ΡΕΑ. Το πρόγραμμα, που θεωρείται ένα από τα κορυφαία διεθνώς στον τομέα της καρδιοτοκογραφίας και της ασφαλούς αποπεράτωσης του τοκετού, φιλοξένησε Ιατρούς και Μαίες από όλη την Ελλάδα. Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε με την επιστημονική καθοδήγηση της Σουηδικής Μαιευτικής & Γυναικολογικής Εταιρείας (Svensk Förening för Obstetrik och Gynecologi, SFOG), της Σουηδικής Ένωσης Μαιών (Svenska Barnmorskeförbundet, SBF) και της Σουηδικής Νεογνολογικής Εταιρείας (Svenska Neonatalföreningen, SNF). Το τριήμερο σεμινάριο περιλάμβανε τόσο θεωρητικές όσο και πρακτικές ενότητες, προσφέροντας στους συμμετέχοντες πολύτιμες γνώσεις και δεξιότητες για την παρακολούθηση της υγείας του εμβρύου.

Η **Κλινική ΡΕΑ** παραμένει αφοσιωμένη στην προώθηση της επιστημονικής γνώσης και της καινοτομίας στον τομέα της υγείας. ■

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΡΕΑ “ΕΙΝΑΙ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΣΟΥ ΝΑ ΒΟΗΘΑΣ”

Με μεγάλη συμμετοχή εθελοντών αιμοδοτών πραγματοποιήθηκε την Τρίτη 5 Νοεμβρίου 2024, η Εθελοντική Αιμοδοσία της Κλινικής ΡΕΑ, με την υποστήριξη του Κινητού Συνεργείου Αιμοληψίας του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας.

Τόσο το προσωπικό της Κλινικής, όσο και οι επισκέπτες ανταποκρίθηκαν με θέρμη, στηρίζοντας τη σημαντική αυτή δράση.

Είναι στο αίμα σου να βοηθάς!

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους συνεισέφεραν σε αυτή την πρωτοβουλία. ■■



ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΑ & ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ



Η Κλινική ΡΕΑ με συντονιστή τον κ. Αλέξανδρο Τζεφεράκο, Επικεφαλής Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης Κλινικής ΡΕΑ, σε συνεργασία με τον Σύλλογο «ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ» και υπό την αιγίδα του Δήμου Πειραιά, πραγματοποίησαν το Σάββατο 28 Δεκεμβρίου 2024, δράση ενημέρωσης και εγγραφής νέων εθελοντών δοτών μυελού των οστών στην Πλατεία Κοραή Πειραιά. Δεκάδες ήταν οι νέες εγγραφές εθελοντών δοτών μυελού των οστών, που ελπίζουμε να δώσουν ελπίδα και ζωή σε συνανθρώπους μας.

Ευχαριστούμε θερμά τον κ. Στέλιο Γραφάκο, Επιστημονικό Διευθυντή του Κέντρου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών του Συλλόγου "ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ", για την υποστήριξη και την παρουσία του, καθώς και τον Δήμαρχο του Δήμου Πειραιά κ. Γιάννη Μώραλη για τη φιλοξενία.

Τέλος, ευχαριστούμε από καρδιάς όλους τους εθελοντές δότες που αυτές τις γιορτές χάρισαν το πολυτιμότερο δώρο...τη ζωή! ■



Pampers
premium care™
★★★★★

2πλή προστασία

για στεγνό δερματάκι
& κατά των διαρροών



Εγκεκριμένα
από τα
μωράκια

Δοκιμασμένες και εγκεκριμένες από το πιο απαιτητικό κοινό, τα μωράκια δηλαδή, οι πάνες Pampers Premium Care είναι η διπλή προστασία που χρειάζεται και το δικό σας μωράκι. Με περισσότερους από 1.000 μικροπόρους, απορροφούν την υγρασία, ενώ η τεχνολογία Stop & Protect αποτρέπει τις διαρροές στο πίσω μέρος της πάνας.

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

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

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- ▶ Γυναικολογική Χειρουργική
- ▶ Γυναικολογικοί Υπέρηχοι
- ▶ Υπερηχογραφική Σαλπιγγογραφία
- ▶ 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
- ▶ Ρευματολογικό Ιατρείο
- ▶ Καρδιολογικό Τμήμα
- ▶ Πνευμονολογικό Ιατρείο
- ▶ Ορθοπαιδικό Ιατρείο
- ▶ Ιατρείο Οστεοπόρωσης
- ▶ Ιατρείο Κλιμακτηρίου - Εμμηνοπαύσης
- ▶ 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





Κατάστημα Βρεφικών Ειδών

Για όλες τις ανάγκες της μαμάς και του μωρού,
από την εγκυμοσύνη μέχρι τη λοχεία



Λούτρινα



Προϊόντα
Θηλασμού



Ζώνες καισαρικής
& Μετεγχειρητικές



Πιπίλες
& Μπιμπερό



Μπάνιο
& Περιποίηση
μωρού



Ρούχα μωρού



Δωροσυνθέσεις

Ωράριο λειτουργίας

Δευτέρα - Κυριακή: 09:00 - 14:00 & 17:00 - 20:00



210 9495517