

ΓΙΑΤΡΕΥΩ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ METROPOLITAN

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Καιρός και Ρευματικές
Παθήσεις

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Αντιμετωπίστε
τον Χρόνιο Πόνο

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Επανάσταση στη
Θεραπεία της Κήλης

ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Δισκοπλαστική
με GelStix

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ
ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

ΤΟ METROPOLITAN
ΣΕ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΣΤΗ ΣΚΥΡΟ

Excellence in Medical Tourism

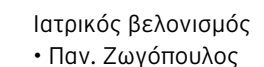
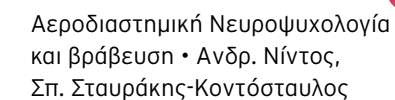
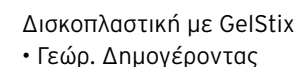
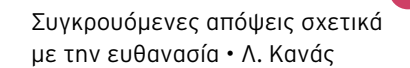
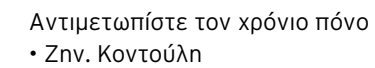
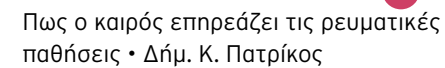


εξοπλισμένα με την αιχμή της τεχνολογίας και με το πλέον καταρτισμένο προσωπικό



METROPOLITAN
HOSPITAL

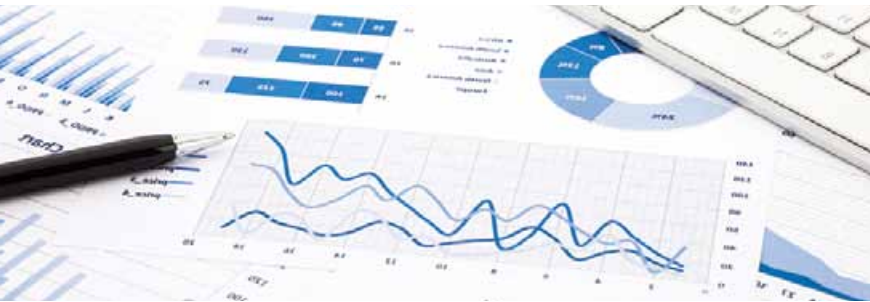
210 4809000

Χειμώνας - Άνοιξη 2017 || Τεύχος #38 || www.metropolitan-hospital.gr

• Επ. Οικονόμου-Σταματάκη, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής
• Δ. Πανταζόπουλος, Αν. Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών - Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής • Κ. Πετράκη, Διευθύντρια
Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου • Δ. Ρολόγης, Αν. Καθηγητής
Νευροχειρουργικής, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής - Πρόεδρος
Επιστημονικής Επιτροπής • Ε. Χάλαρη, Διευθύντρια Ανατομολογικού
Τμήματος • Γ. Χατζηδημητρίου, Διευθύντρια Αιμοδοσίας • Κ. Χατζησταύρου,
Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών-Διευθυντής
Πνευμονολογικής Κλινικής
Επιστημονική Εταιρεία: Πρόεδρος: Αντώνης Ρασίδης • Αντιπρόεδρος:
Ματθαίος Δουζίνας • Γεν. Γραμματέας: Ιωάννης Ρόμπος • Ταμίας: Γεώργιος
Κλούβας • Μέλη: Μαρία Καραντιώ, Μαρούλιώ Σταματοπούλου



METROPOLITAN
HOSPITAL



ΣΤΕΝΑ ΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ, ΑΛΛΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΠΙΔΑ

Με την «αγωνία του τερματοφύλακα πριν από το πέναλτι», μοιάζει το ενδεχόμενο νόσησης, για κάθε πολίτη. Πάντα βέβαια το θέμα της υγείας ξυπνούσε «καταβιστικούς» φόβους, στον καθένα από εμάς, αφού συνδέεται με την, κατά Φρόνυτ «ενόρμηση του θανάτου». Ειδικότερα, στα καθ' ημάς, την έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης για τη σημασία της προληπτικής Ιατρικής, έχουμε την εξήγηση για την απροθυμία των συμπολιτών μας, για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων, ακόμη και των πιο απλών. Αν έτσι είχαν τα πράγματα, πριν από την κρίση, την εποχή των Μνημονίων, στον διαρκή φόβο μιας δυσάρεστης είδησης, έχει προστεθεί ο τρόμος της οικονομικής αδυναμίας. Η δραματική μείωση των εισοδημάτων, σε συνδυασμό με την απώλεια, μερική ή ολική, της ασφαλιστικής κάλυψης έχουν καταστήσει την περίθαλψη, ή ακόμη και την απλή διαγνωστική εξέταση, απαγορευτική ή περιττή πολυτέλεια, για τη μεγάλη πλειοψηφία των συμπολιτών μας, αν προσθέσουμε μάλιστα και τις συνθήκες απορρύθμισης, στο δημόσιο σύστημα υγείας, εξαιτίας των μνημονιακών περικοπών. Στα χρόνια, πριν από την κρίση, ακόμη και οι συμπολίτες μας με μειωμένη οικονομική επιφάνεια, είχαν κατά τεκμήριο τη δυνατότητα επιλογής, ακόμη και του ιδιωτικού συστήματος υγείας, αφού ο ασφαλιστικός τους φορέας κάλυπτε εξ ολοκλήρου ή κατά το συντριπτικά μεγαλύτερο μέρος, τα έξοδα νοσηλείας τους. Σήμερα, αυτή η δυνατότητα έχει εκλείψει, καθώς το «πρόνομιο» της ασφαλιστικής κάλυψης και τα υψηλά ελλείμματα καθιστούν τα ταμεία εξαιρετικά φειδωλά, στην κάλυψη των δαπανών περίθαλψης, των ασφαλισμένων τους, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα. Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα του ΕΔΟΕΑΠ (δημοσιογράφοι) που έχουν διακόψει τις συμβάσεις τους, με όλα τα ιδιωτικά θεραπευτήρια. Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας, αντιμέτωπος σε καθημερινή βάση με αυτή την κατάσταση, επιχειρεί να την αντιμετωπίσει με προγράμματα υποστήριξης -στο πλαίσιο της «εταιρικής κοινωνικής ευθύνης»- που περιλαμβάνουν από προληπτικές εξετάσεις μέχρι σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες νοσηλείας. Δεδομένου, όμως, ότι η κατάσταση προσλαμβάνει εφιαλτικές διαστάσεις, το κύριο βάρος πέφτει στην Πολιτεία. Και στους δανειστές, φυσικά.

Η.Α.

ΑΝΑΣΤΑΣΑΤΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Δ/ντής Πλαστικός Χειρουργός **ΑΠΕΡΓΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ**, Αναπληρωτής Δ/ντής Χειρουργός **ΒΑΪΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής-Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών **ΒΑΛΙΝΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Χειρουργικής Κλινικής **ΒΑΛΣΑΜΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ**, Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής **ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ ΒΑΣΙΛΗΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Χειρουργός Μαστού-Δ/ντής Κλινικής Μαστού **ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Γυναικολογικής Κλινικής **ΒΡΕΤΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Αναπληρωτής Δ/ντής Νευροχειρουργικής Κλινικής **ΒΡΟΥΒΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Δ/ντής Ακτινοθεραπευτικής Κλινικής **ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής ΜΕΘ **ΓΕΩΡΓΟΥΣΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ**, Διδάκτωρ Παν. Γερμανίας-Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής Όμου και Αγκώνος **ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ**, Διδάκτωρ Παν. Αθηνών -Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής **ΓΚΙΖΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**, Πνευμονολόγος στο Εργαστήριο Μελέτης της Αναπνοής κατά τον Ύπνο **ΓΟΥΣΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών -Δ/ντής Χειρ/κής Ενδοκρινών Αδένων **ΓΡΑΜΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών - Δ/ντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής **ΔΑΟΥΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών - Δ/ντής Μικροχειρουργικής Κλινικής **ΔΑΡΩΜ Α.Ι.**, Αναπληρωτής Δ/ντής Χειρουργός **ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής **ΔΕΛΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών - Δ/ντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής **ΔΗΜΟΒΕΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ**, Δ/ντής Πλαστικής Χειρουργικής **ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**, Δ/ντής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας **ΔΙΒΑΡΗΣ ΣΤΕΛΙΟΣ**, Αναπληρωτής Δ/ντής Χειρουργός

ΔΟΥΖΙΝΑΣ ΜΑΤΘΑΙΟΣ, Δ/ντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής **ΔΡΕΤΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**, Δ/ντής Ορθοπαιδικός Χειρουργός **ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**, Χειρουργός Ορθοπαιδικός **ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Καθηγητής Πανεπιστημίου Κάνσας ΗΠΑ -Δ/ντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής **ΙΒΡΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ**, Χειρουργός-Γυναικολόγος-Μαιευτράς **ΚΑΛΜΑΝΤΗ ΜΑΡΙΑ**, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου, Δ/ντρια Παιδιατρικής Κλινικής **ΚΑΝΕΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**, Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής **ΚΑΠΑΝΤΑΗΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ**, Δ/ντής Τμημ. Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού **ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής **ΚΑΡΑΚΙΤΣΙΟΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ**, Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής **ΚΑΡΑΜΑΝΗΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών - Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής **ΚΑΤΣΑΡΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**, Δ/ντής Νευρολογικής Κλινικής **ΚΟΛΟΒΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Δ/ντής Τομέα Απεικονιστικής (Ακτινολογικό) **ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**, Δ/ντής Καρδιολογικού Τομέα **ΚΥΡΙΤΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής **ΛΑΜΠΡΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**, Δ/ντής Χειρουργός **ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Νευρολογικής Κλινικής **ΛΟΥΣΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**, Δ/ντής Οδοντιατρικού Τμήματος **ΜΑΓΚΟΥΦΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Δ/ντής Τμήματος Επεμβατικής Νευροακτινολογίας **ΜΑΘΙΟΣ ΝΙΚΟΣ**, Δ/ντής Νευρολόγος **ΜΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, *Clinical Assistant Professor U.M.D.N.J. -Medical School ΗΠΑ*-Δ/ντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής **ΜΑΝΩΛΑΚΟΣ ΤΑΚΗΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Χειρουργικής Κλινικής **ΜΑΡΙΑΤΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**, Δ/ντής Νευροχειρουργικής Κλινικής **ΜΑΣΤΡΟΝΙΚΟΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντρια Παθολογικής Κλινικής

ΜΠΑΦΑΛΟΥΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών -Δ/ντής Ογκολογικής Κλινικής **ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑΣ ΖΗΣΗΣ**, Δ/ντής Πλαστικός Χειρουργός **ΜΠΟΥΤΣΙΚΑΚΗΣ ΙΩΣΗΦ**, Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής **ΜΥΛΩΝΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Αν. Δ/ντής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής **ΝΤΖΕΡΕΜΕ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**, Χειρουργός Οδοντίατρος **ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Δ/ντής Παθολόγος **ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών - Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής **ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Δ/ντής Πλαστικής Χειρουργικής **ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**, Δ/ντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής **ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Λειψίας Γερμανίας-Δ/ντής Οφθαλμολογικής Κλινικής **ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής **ΠΑΠΑΠΑΥΛΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής **ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΜΙΧΑΗΛ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών -Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής **ΠΑΤΡΙΚΙΟΥ ΑΡΤΕΜΙΣ**, Δ/ντρια Νευρολόγος **ΠΑΤΡΙΚΟΣ ΔΗΜΟΣ**, Δ/ντής Ρευματολόγος **ΠΕΤΡΑΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ**, Δ/ντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου **ΠΟΛΥΖΩΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**, Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής **ΠΟΥΛΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΗΣ**, Αν. Καθηγητής, Δ/ντής Γενικής Λαπαροσκοπικής και Ρομποτικής Ουρολογικής Κλινικής **ΠΡΩΤΟΠΑΠΠΑΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ**, Δ/ντής ΩΡΛ Κλινικής **ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ**, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας-Δ/ντής Πνευμονολογικής Κλινικής **ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Δ/ντής Χειρουργικής Παχυσαρκίας **ΡΙΖΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ**, Δ/ντρια Γναθοχειρουργικού Τμήματος

ΡΟΛΟΓΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Δ/ντής της Νευροχειρ/κής Κλινικής και Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του Θεραπευτηρίου Metropolitan. Αναπληρωτής Καθηγητής **ΡΟΜΠΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Αιματολογικής Κλινικής **ΣΑΠΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής **ΣΚΑΡΛΟΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ**, Δ/ντής Ογκολόγος **ΣΚΙΑΔΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**, Δ/ντής Χειρουργικής Κλινικής **ΣΟΥΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**, Δ/ντής Ψυχιατρικής Κλινικής **ΣΠΑΝΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**, Υπ/νος Μοριακής Βιολογίας **ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ**, Δ/ντρια Παθολογικής Κλινικής **ΣΤΡΑΤΗΓΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής **ΤΖΕΡΜΠΟΣ ΦΩΤΙΟΣ**, Δ/ντής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής & Εμφυτευμάτων **ΤΟΓΑΝΤΖΗ ΔΗΜΗΤΡΑ**, Χειρουργός Ορθοπαιδικός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών **ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου-Μπολόνια Ιταλίας-Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής **ΤΣΑΚΙΡΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ**, Δ/ντής Γυναικολόγος-Μαιευτράς **ΤΣΑΠΑΛΙΑΝΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Αν. Δ/ντής Παθολόγος **ΤΣΟΠΕΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Δ/ντής Χειρουργικής Κλινικής **ΦΑΛΑΓΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών-Δ/ντής Γυναικολογικής Κλινικής **ΧΑΛΑΡΗ ΕΛΕΝΗ**, Δ/ντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος **ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ-ΠΑΠΑΖΑΧΑΡΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ**, Διδάκτωρ, Ιατρός Αιματολόγος, Δ/ντρια Αιμοδοσίας **ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής **ΧΑΤΖΗΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΣ**, Δ/ντής Πυρηνικής Ιατρικής-Επιστ. Υπεύθυνος **ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΟΥ ΚΩΝ/ΝΟΣ**, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών - Δ/ντής Πνευμονολογικής Κλινικής **ΧΙΣΣΑΣ ΔΙΟΝΥΣΗΣ**, Δ/ντής Ορθοπαιδικός Χειρουργός **ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΝΟΣ**, Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής **ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**, Δ/ντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος

Αλλεργία και φιστίκια



Η αλλεργία στα φιστίκια είναι μια από τις συχνότερες τροφικές αλλεργίες. Τα φιστίκια είναι ένα από τα κυριότερα αλλεργιογόνα που συνδέονται με την αναφυλαξία, δηλαδή την πολύ σοβαρή και ενδεχομένως θανατηφόρα αλλεργική αντίδραση. Σύμφωνα με τους ιατρούς, η έκθεση στα φιστίκια από τους πρώτους κιόλας μήνες της ζωής μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωση αλλεργίας. Νέα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο πλαίσιο του ετήσιου συνεδρίου του Αμερικανικού Κολεγίου για την Αλλεργία, το Άσθμα και την Ανοσολογία στο Σαν Φρανσίσκο υποδεικνύουν ότι η κατανάλωση φιστικιού σε ηλικία 4-6 μηνών συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης αλλεργίας.



Η έλλειψη
βιταμίνης D συνδέεται
με τη σκλήρυνση
κατά πλάκας

Οι άνθρωποι που είναι γενετικά επιρρεπείς σε χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ), σύμφωνα με μια νέα μεγάλη μελέτη. Τα ευρήματα, που βασίστηκαν στο προφίλ DNA από δεκάδες χιλιάδες ανθρώπους ευρωπαϊκής καταγωγής, έρχονται να προσθέσουν στους ήδη υπάρχοντες επιστημονικούς ισχυρισμούς ότι η συγκεκριμένη βιταμίνη διαδραματίζει ρόλο στη ΣΚΠ.



ΚΑΦΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) συμβουλεύει τις εγκυμονούσες γυναίκες ότι μπορούν να προσλαμβάνουν καθημερινά μέχρι 200 mg καφεΐνης, ποσότητα που αντιστοιχεί περίπου σε ένα φλιτζάνι καφέ. Η ποσότητα καφεΐνης σε μία μερίδα καφέ ποικίλλει, ανάλο-

γα με το είδος του καφέ και τον τρόπο παρασκευής του. Επιπλέον, για να διαχειριστείς σωστά την πρόσληψη καφεΐνης, είναι σημαντικό να γνωρίζεις ότι αυτή υπάρχει και στα ακόλουθα τρόφιμα και ροφήματα, όπως τσάι, αναψυκτικά τύπου κόλα, ενεργειακά ποτά, σοκολάτα.

Είναι σημαντικό να γνωρίζεις ότι αυτή υπάρχει και στα ακόλουθα τρόφιμα και ροφήματα, όπως τσάι, αναψυκτικά τύπου κόλα, ενεργειακά ποτά, σοκολάτα

ΚΟΚΚΙΝΕΣ ΕΛΙΕΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ:
ΔΕΙΤΕ ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΗΜΑΙΝΟΥΝ...

Σίγουρα οι κόκκινες ελιές δεν είναι κάτι που μπορείτε να αμελήσετε. Ενώ είναι πάντα καλό να προσέχετε κάθε νέα ελιά ή κάθε μετάλλαξη ήδη υπάρχουσας ελιάς και κηλίδας στο δέρμα σας, δεν υπάρχει λόγος να πανικοβληθείτε. Μια ελιά (ή σπίλος βάσει ιατρικής ορολογίας) είναι ένα είδος ανάπτυξης του δέρματος που εμφανίζεται όταν τα κύτταρα που παράγουν χρώμα στο δέρμα σας αυξάνονται υπερβολικά σε ένα σημείο και δημιουργούν ένα «σύμπλεγμα». Συνήθως είναι στρογγυλό ή ωοειδές, μπορεί να αυξηθεί ή να μείνει επίπεδο και μπορεί να είναι μαύρο, καφέ ροζ ή κόκκινο. Οι περισσότερες κόκκινες ελιές δεν είναι καρκινικές.



ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΤΟ ΣΩΜΑ
ΜΑΣ ΟΤΑΝ ΠΑΡΑΤΑΜΕ
ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ;

Στις πρώτες 10 ημέρες: Ο εγκέφαλός σας θα αρχίσει να αλλάζει. Η σχέση γυμναστικής και καλύτερης εγκεφαλικής λειτουργίας είναι αποδεδειγμένη. Συνεπώς, ένα διάλειμμα από τη γυμναστική θα προκαλέσει αλλαγές. Σε δύο εβδομάδες: Η αντοχή πέφτει κατακόρυφα. Το να ανέβουμε μερικές σκάλες μπορεί να φαίνεται ξαφνικά δύσκολη διαδικασία. Αυτό συμβαίνει επειδή η έλλειψη γυμναστικής μειώνει τα επίπεδα του οξυγόνου που μπορεί να αξιοποιήσει ο οργανισμός μας κατά 10%. Σε 4 εβδομάδες: Η δύναμή σας θα φθίνει. Το μόνο αισιόδοξο σχετικά με αυτή την παρατήρηση είναι ότι η δύναμή μας φθίνει με πιο αργούς ρυθμούς από την αντοχή. Αυτό σημαίνει ότι αν επανέλθετε στο πρόγραμμα γυμναστικής σας σχετικά γρήγορα, η επαναπροσαρμογή δεν θα είναι τόσο δύσκολη. Σε 8 εβδομάδες: Θα έχετε περισσότερο λίπος. Η αληθινή αλλαγή στο σώμα σας θα εμφανιστεί στις πρώτες 6-8 εβδομάδες και επηρεάζει ακόμα και τους επαγγελματίες αθλητές. Παράλληλα με την αύξηση λίπους θα αρχίσετε να χάνετε μυϊκή μάζα.



Η αληθινή αλλαγή στο σώμα σας θα εμφανιστεί στις πρώτες 6-8 εβδομάδες και επηρεάζει ακόμα και τους επαγγελματίες αθλητές

ΑΣΘΜΑ: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΙΟ
ΣΥΧΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ;

Βήχας: Ο βήχας λόγω άσθματος είναι συνήθως χειρότερος το βράδυ ή νωρίς το πρωί, και προκαλεί δυσκολίες στον ύπνο.

Συριγμός: Όχι μόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου, αλλά και κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι πιθανό να υπάρχει ο χαρακτηριστικός ήχος όταν αναπνέετε.

Σφίξιμο στο στήθος: Συνήθως εμφανίζεται σαν μια αίσθηση ότι κάποιος ασκεί πίεση ή κάτι έχει καθίσει πάνω στο στήθος του.

Προβλήματα στην αναπνοή: Πολλοί ασθενείς που πάσχουν από άσθμα δυσκολεύονται να αναπνεύσουν ή νιώθουν συχνά ότι τους κόβεται η ανάσα.



Ρινορραγία: Γιατί
ανοίγει η μύτη μου;

Συχνή αιτία ρινορραγίας είναι τα κρυολογήματα, η ξηρότητα λόγω έκθεσης σε χώρους με κλιματισμό, η ελλιπής ενυδάτωση, η αλλεργική ρινίτιδα, οι πολύποδες, το στραβό διάφραγμα. Ακόμη η υπέρταση όταν δεν ρυθμίζεται αποτελεσματικά, διαταραχές στην πήξη λόγω αντιπηκτικής αγωγής, διάφορες αιματολογικές παθήσεις, κληρονομικές παθήσεις όπως η Rendu Osler (διαταραχή των αιμοφόρων αγγείων της ρινός και των βλεννογόνων που μπορεί να απολήξει σε επικίνδυνη αιμορραγία), καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι της μύτης και του ρινοφάρυγγα, φλεγμονές όπως η ιγμορίτιδα και εργασία σε ανθυγιεινούς χώρους. Μην ξεχνάμε επίσης τις πιο απλές αιτίες της ρινορραγίας, που σχετίζονται με τις καθημερινές μας συνήθειες, τα καυτά ροφήματα, την έντονη έκθεση στον ήλιο, την υπερβολική άσκηση με βάρη στο γυμναστήριο και τη χρόνια δυσκοιλιότητα. Στα παιδιά δεν πρέπει να ξεχνάμε τα ξένα σώματα, την ατρησία της ρινικής χοάνης, τις συχνές φλεγμονές από τα κρεατάκια και πιο σπάνιες καταστάσεις όπως η κυστική ίνωση.

Συχνή αιτία ρινορραγίας είναι τα κρυολογήματα, η ξηρότητα λόγω έκθεσης σε χώρους με κλιματισμό, η ελλιπής ενυδάτωση, η αλλεργική ρινίτιδα

Επιπλοκές ρευματοειδούς
αρθρίτιδας

Οι πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν επικίνδυνα καρδιολογικά προβλήματα και εγκεφαλικά. Αυτό συμβαίνει γιατί η φλεγμονή της αρθρίτιδας επηρεάζει με κάποιον τρόπο τον καρδιακό ρυθμό και οδηγεί στην κολπική μαρμαρυγή, μια από τις συχνότερες αρρυθμίες στον γενικό πληθυσμό. Η κολπική μαρμαρυγή με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει στη θρόμβωση και ακολούθως στο έμφραγμα και στο εγκεφαλικό.



Η **κατάθλιψη** αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές, παράπλευρες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Τα στοιχεία, που προέκυψαν από το **Β΄ Συνέδριο Ψυχικής Υγείας** προκαλούν shock, καθώς από αυτά προκύπτει ότι μόνο μέσα στο 2015 καταγράφηκαν στη χώρα μας

500.000

κρούσματα καταθλιπτικών συμπεριφορών. Οι ειδικοί, μάλιστα, εκτιμούν ότι ο πραγματικός αριθμός είναι πολύ μεγαλύτερος, αφού πολλοί συμπολίτες μας είτε δεν αξιολογούν τα συμπτώματα είτε ντρέπονται να αναγνωρίσουν το πρόβλημα, εξαιτίας των προκαταλήψεων, που εξακολουθούν να υπάρχουν.



Την παροιμία ότι «η πολλή δουλειά τρώει τον αφέντη» επιβεβαιώνει μελέτη φιλανδρικού πανεπιστημίου, τουλάχιστον ως προς τους μεσήλικες άνδρες, καθώς προκύπτει ότι όσοι από αυτούς επιδίδονται σε «εργασιοθεραπεία», έχουν χειρότερη υγεία, αλλά και δυσκολία στον ύπνο τους. Στη μελέτη συμμετείχαν

3.000
άνδρες.

Κατά 50% αυξήθηκαν τα ρομποτικά χειρουργικά μηχανήματα, στη διατία 2013-2014, φθάνοντας τα

3.100

από 2.000. Καινούργια ρομπότ, τελευταίας γενιάς, αναμένονται και την επόμενη διετία.



Σε 2,5 εκατομμύρια ανέρχονται, σε παγκόσμια κλίμακα, όσοι μολύνονται κάθε χρόνο από AIDS, σύμφωνα με έκθεση που παρουσιάστηκε σε διεθνή διάσκεψη για τον ιό, στο Ντέρμπαν της Νότιας Αφρικής.



Οι γυναίκες με πυκνούς μαστούς έχουν

25%

περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες των οποίων οι μαστοί έχουν περισσότερο λίπος.



Δυσκολίες στη σεξουαλική ζωή των ανδρών δημιουργεί ο διαβήτης.

50%

Το 50% των διαβητικών ανδρών παρουσιάζουν προβλήματα στύσης, ενώ στο 80% ανέρχεται το ποσοστό εκείνων, που εμφανίζουν στυτική δυσλειτουργία.



Το **90%**

των εγκεφαλικών επεισοδίων θα αποτρέπονταν, αν είχαν εξαλειφθεί οι παράγοντες κινδύνου, όπως υπέρταση, παχυσαρκία, κάπνισμα κ.ά., σύμφωνα με μελέτη επιστημονικής ομάδας, στο Πανεπιστήμιο Μακ Μάστερ του Καναδά.



Καλά νέα για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, καθώς

86

νέες εξετάσεις, μεταξύ των οποίων και η ψηφιακή μαστογραφία, προστίθενται στη λίστα του ασφαλιστικού οργανισμού, μετά την κοστολόγηση των εξετάσεων, που έγινε με εντολή του αναπληρωτή Υπουργού Υγείας Παύλου Πολάκη.



Πάνω από

15.000

επισκέψεις καταγράφηκαν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, των Εξωτερικών Ιατρείων, του νεότευκτου Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, κατά τους 3 πρώτους μήνες λειτουργίας του (Αύγουστος-Οκτώβριος 2016).

ΠΩΣ Ο ΚΑΙΡΟΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η αντιμετώπιση της κατάστασης δεν απαιτεί ιδιαίτερη φαρμακευτική αγωγή, είναι προσωρινή και δεν αποτελεί νόσημα



Γράφει
ο **ΔΗΜΟΣ Κ. ΠΑΤΡΙΚΟΣ**,
Διευθυντής Ρευματολόγος
στο Metropolitan

«Θ' αλλάξει ο καιρός, πονούν οι αρθρώσεις μου». Πάρα πολλές είναι οι φορές που ακούμε αυτή τη φράση από συνανθρώπους μας υγιείς ή με προβλήματα στις αρθρώσεις. Εύλογο είναι το ερώτημα που προκύπτει για το πώς το αντιλαμβάνονται και τι συμβαίνει ακριβώς στις περιπτώσεις αυτές. Επηρεάζει ο καιρός τις αρθρώσεις και γενικότερα τις ρευματικές παθήσεις; Επιστημονική απάντηση μέχρι σήμερα στο θέμα δεν υπάρχει, τουλάχιστον τέτοια που να αιτιολογεί ικανοποιητικά το φαινόμενο.

Σε μια μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ,

δύο στους τρεις απ' όσους έλαβαν μέρος ήταν σίγουροι ότι ο καιρός επηρέαζε τον πόνο στις αρθρώσεις και μάλιστα ανέφεραν ότι το φαινόμενο άρχιζε πριν από την έλευση της κακοκαιρίας.

Πώς όμως επηρεάζει ο καιρός τις αρθρώσεις; Όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχει μια οριστική επιστημονική απάντηση στο θέμα. Υπάρχουν πολλές θεωρίες από τις οποίες η επικρατέστερη είναι αυτή της ατμοσφαιρικής πίεσης. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι αναφέρουν πως ο πόνος χειροτερεύει σε περιόδους υγρασίας, βροχερού καιρού, φαίνεται ότι δεν είναι το κρύο, ο άνεμος, η βροχή, το



Όσοι υποφέρουν από χρόνια πόνο, από τραυματικές καταστάσεις ή αρθρίτιδα, έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στις νευρικές τους απολήξεις με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται πιο εύκολα τον πόνο

χιόνι που ευθύνονται αλλά κυρίως η βαρομετρική πίεση. Όταν λέμε βαρομετρική πίεση, πολύ απλά εννοούμε το βάρος της ατμόσφαιρας που μας περιβάλλει. Αν παρομοιάσουμε τους ιστούς που περιβάλλουν τις αρθρώσεις με μπαλόνι, η υψηλή βαρομετρική πίεση που πιέζει το σώμα απ' έξω δεν επιτρέπει στους ιστούς να διασταθούν. Όμως στις περιπτώσεις κακοκαιρίας η βαρομετρική πίεση πέφτει. Αυτή η χαμηλή πίεση επιτρέπει τη διαστολή των ιστών που μπορεί να προκαλούν πίεση στην άρθρωση και κατά συνέπεια πόνο.

Επιπλέον φαίνεται ότι όσοι υποφέρουν από χρόνια πόνο, από τραυματικές καταστάσεις ή αρθρίτιδα, έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στις νευρικές τους απολήξεις, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται πιο εύκολα τον πόνο. Αυτή η ευαισθησία αυξάνει στις περιπτώσεις χαμηλών βαρομετρικών. Τη θεωρία αυτή έρχεται να συμπληρώσει και μια άλλη υπόθεση, ότι δηλαδή οι αρθρώσεις διαθέτουν υποδοχείς οι οποίοι αντιλαμβάνονται τις μεταβολές της πίεσης της ατμόσφαιρας που ονομάζονται τασεοϋποδοχείς. Ο ερεθισμός τους από τις αλλαγές της βαρομετρικής πίεσης, ιδιαίτερα η πτώση της, θεωρείται υπεύθυνη για το φαινόμενο της εμφάνισης πό-

νων με τις αλλαγές του καιρού.

Η θεωρία αυτή των βαρομετρικών αλλαγών φαίνεται να είναι η επικρατέστερη του φαινομένου. Εν μέρει θα μπορούσε να επιβεβαιωθεί και από το φαινόμενο που συμβαίνει, όταν πετάμε με αεροπλάνο για πολλές ώρες και βλέπουμε τα άκρα μας να πρήζονται, κάτι που δεν συμβαίνει για παράδειγμα όταν καθόμαστε στο γραφείο μας για ίσο χρονικό διάστημα.

Εκτός όμως των πόνων στις αρθρώσεις, ο καιρός μπορεί να επηρεάζει και άλλα σημεία και συμπτώματα κάποιων ρευματικών νοσημάτων. Συχνότερη και πολύ εμφανής είναι η επίδραση στο φαινόμενο Raynaud. Το Raynaud είναι μια διαταραχή στα αγγεία κυρίως των άκρων, που συμβαίνει είτε σαν ανεξάρτητο φαινόμε-

νο είτε συνοδεύει κάποια ρευματικά νοσήματα σαν σύμπτωμα, όπως το Σκληρό-δερμα και τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο. Είναι μια κατάσταση που αναπαράγεται κυρίως με την έκθεση των άκρων σε κρύο περιβάλλον, οπότε λόγω της σύσπασης των αγγείων που προκαλεί κακή αιμάτωση, τα χέρια αλλάζουν χρώμα από λευκό σε μελανό και μετά επανέρχονται στο φυσιολογικό όταν επαναθερμανθούν.

Μια άλλη, τέλος, εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί στο φαινόμενο της επίδρασης του καιρού στις αρθρώσεις, είναι ότι ο κακός καιρός επηρεάζει τον ψυχισμό μας, με αποτέλεσμα η κακή διάθεση να μας κάνει να είμαστε πιο ευαίσθητοι στην αντίληψη του πόνου. Είναι διαπιστωμένο ότι οι περισσότερες ρευματολογικές παθήσεις επιδεινώνονται σε περιόδους έντονου άγχους και ψυχικής φόρτισης, καθώς και ότι ψυχολογικές παράμετροι μπορεί να εμπλέκονται στην παθολογία των ρευματικών νοσημάτων.

Η αντιμετώπιση της κατάστασης δεν απαιτεί ιδιαίτερη φαρμακευτική αγωγή, είναι προσωρινή και δεν αποτελεί νόσημα. Προληπτικά μέτρα που αφορούν στο ζεστό ντύσιμο, κατάλληλη θερμοκρασία του δωματίου, χρήση γαντιών, άσκηση για αποφυγή της δυσκαμψίας, καθώς και στην προσπάθεια βελτίωσης του ψυχισμού μας μπορούν να μειώσουν το φαινόμενο. Σε περίπτωση που οι πόνοι επιμένουν, τότε θα χρειαστεί η ιατρική συμβολή του ρευματολόγου.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Οι ασθενείς που επισκέπτονται το ιατρείο πόνου αντιμετωπίζονται από μια εξειδικευμένη ομάδα ιατρών, φυσικοθεραπευτών και ψυχολόγων



Γράφει
η **ΖΗΝΑΪΣ ΚΟΝΤΟΥΛΗ**,
Ανασθησιολόγος
στο Metropolitan
Εξειδικευμένη στον χρόνιο πόνο
στη Μεγάλη Βρετανία

Ο πόνος έχει προστατευτικό ρόλο και μας προειδοποιεί, τις περισσότερες φορές, ότι κάτι δεν πάει καλά με το σώμα μας. Ο οξύς πόνος της σκολιοειδίτιδας για παράδειγμα, είναι σημαντικός ώστε να οδηγηθούμε στον ιατρό και να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα με χειρουργική επέμβαση.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι πόνοι, οι οποίοι δεν έχουν αυτόν τον προστατευτικό ρόλο.

Ως πόνος αναφέρεται ο πόνος εκείνος,

ο οποίος ταλαιπωρεί τον ασθενή για περισσότερο από 3 μήνες.

Οι πιο συνηθισμένες αιτίες είναι οστεοαρθρίτιδες (όπως αρθρίτιδα σε γόνατο, ισχίο, σπονδυλική στήλη), νευροπάθειες (όπως διαβητική νευροπάθεια), χρόνια κατάγματα, προηγηθείσες επεμβάσεις (πόνος στη σπονδυλική στήλη μετά από επέμβαση, πόνος μετά από λαπαροτομία κ.λπ.), ρευματικά νοσήματα κ.ά.

Οι ασθενείς που επισκέπτονται το ιατρείο πόνου αντιμετωπίζονται από μια



Πολλές φορές, η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται με επεμβατικές θεραπείες πόνου. Ο ασθενής είναι ξύπνιος και χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία. Τα αποτελέσματα είναι εμφανή από την πρώτη κιόλας εβδομάδα

εξειδικευμένη ομάδα ιατρών, φυσικοθεραπευτών και ψυχολόγων.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι πολυπαραγοντική.

Το κάθε περιστατικό αντιμετωπίζεται με εξατομικευμένη θεραπεία.

Η παρακολούθηση στο ιατρείο γίνεται κάθε μήνα, ενώ υπάρχει και ανοικτή γραμμή επικοινωνίας με τον ιατρό σε 24ωρη βάση.

Ο χρόνιος πόνος χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Στον καρκινικό πόνο και στον μη καρκινικό – καλοήγη χρόνιο πόνο.

Επιπλέον, ανάλογα την αιτιολογία του, χωρίζεται σε ιστικό, ο οποίος οφείλεται σε φλεγμονή, τραύμα ή γενικότερα παθολογία των ιστών-οργάνων, και νευροπαθητικό που οφείλεται σε βλάβη των νεύρων.

Ο ιστικός ή αλλιώς σωματο-αισθητικός πόνος είναι συνήθως πιο εύκολο να αντιμετωπιστεί.

Θεραπεία

Η θεραπεία του χρόνιου πόνου χωρίζεται σε φαρμακευτική και επεμβατική.

Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει μεγάλο εύρος φαρμάκων, τα οποία στοχεύουν στη μείωση της φλεγμονής, στη μείωση του οιδήματος των ιστών καθώς

και σε περιπτώσεις νευροπαθητικού πόνου στη μείωση της μετάδοσης του επώδυνου ερεθίσματος κατά μήκος των νεύρων.

Πολλές φορές, η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται με επεμβατικές θεραπείες πόνου. Αυτές οι θεραπείες περιλαμβάνουν εγχύσεις στεροειδών και αναλγητικών ουσιών στο σημείο της βλάβης. Η έγχυση πραγματοποιείται υπό ακτινολογικό έλεγχο ώστε να είναι στοχευμένη και όχι τυφλή.

Ο ασθενής είναι ξύπνιος και χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία στο δέρμα ώστε να μην είναι επώδυνη η έγχυση.

Τα αποτελέσματα είναι εμφανή από την πρώτη κιόλας εβδομάδα.

Σε μερικές περιπτώσεις, επαναλαμβάνουμε την έγχυση μετά από ένα μήνα

ώστε να έχουμε καλύτερο αποτέλεσμα.

Ο νευροπαθητικός πόνος είναι συχνός σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, κάκωση νεύρων (π.χ. βραχιονίου πλέγματος), μετά από ακρωτηριασμό μέλους, αλλά και πιο απλές περιπτώσεις ισχιαλγίας και οσφυαλγίας.

Στις περιπτώσεις αυτές, η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να περιλαμβάνει αντινευροπαθητικά φάρμακα, και η επεμβατική θεραπεία θα πρέπει να γίνεται όσο πιο νωρίς είναι δυνατόν.

Οι επεμβατικές θεραπείες στον νευροπαθητικό πόνο είναι κυρίως νευροτροποποιητικές, δηλαδή έχουν στόχο να αλλάξουν τον τρόπο που μεταδίδουν τα επώδυνα ερεθίσματα προς τον εγκέφαλο τα διάφορα περιφερικά νεύρα ή ο νωτιαίος μυελός. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με τη χρήση εξειδικευμένων συσκευών-ηλεκτροδίων πάνω στα νεύρα. Το ποσοστό επιτυχίας αυτών των τεχνικών αγγίζει το 85-90%.

Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής που πάσχει από χρόνιο πόνο θα πρέπει να απευθυνθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα σε εξειδικευμένο ιατρείο πόνου ώστε να αντιμετωπιστεί εγκαίρως.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου και του γόνατος είναι μια από τις συνηθέστερες εκφυλιστικές παθήσεις του ανθρώπινου σώματος

Γράφουν οι



ΦΩΤΗΣ ΤΣΟΥΚΑΣ
Ορθοπαιδικός, Διευθυντής



ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΑΤΟΣ
Ορθοπαιδικός, Επιμελητής

ΛΙΝΑ ΜΑΣΟΥΡΑ
Ανασθησιολόγος



Οστεοαρθρίτιδα του ισχίου και του γόνατος

Η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου και του γόνατος είναι μια από τις συνηθέστερες εκφυλιστικές παθήσεις του ανθρώπινου σώματος. Η νόσος εκδηλώνεται όταν φθαρούν οι προστατευτικοί χόνδροι που επιστρώνουν σαν μαξιλαράκια τις αρθρώσεις, με αποτέλεσμα οι επιφάνειες των οστών να έρχονται σε επαφή μεταξύ τους, να «τρίβονται» και να μην απορροφούν τους κραδασμούς της κίνησης. Τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας μπορεί να περιλαμβάνουν πόνο στις αρθρώσεις, δυσκαμψία,

πρήξιμο λόγω υπερπαραγωγής αρθρικού υγρού προκειμένου να λιπανθούν οι αρθρικές επιφάνειες.

Η θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας ανάλογα με το στάδιο της πάθησης και την ηλικία του ασθενούς απαιτεί άσκηση, παγοθεραπεία, απώλεια βάρους, παυσίπονα φάρμακα και στο τελικό της στάδιο επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής.

Επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου και του γόνατος

Ολική αρθροπλαστική είναι η αντικατάσταση των φθαρμένων αρθρικών επι-

φανειών με τεχνητά προθέματα, προκειμένου να αποκατασταθεί η ανώδυνη κίνηση της άρθρωσης ώστε να προσφέρει άνετη βόδιση και κατ' επέκταση καλή ποιότητα ζωής των πασχόντων. Έχουν παρέλθει πολλές δεκαετίες όπου πρωτοξεκίνησαν οι επεμβάσεις ολικών αρθροπλαστικών ισχίου και γόνατος. Στα χρόνια αυτά εξελίχθηκαν τόσο οι τεχνικές και τα εργαλεία, όσο και τα υλικά (εμφυτεύματα τιτανίου).

Στο Θεραπευτήριο Metropolitan, ακολουθώντας τις εξελίξεις της Ορθοπαιδικής σε συνδυασμό με τον άρτιο υλικοτεχνικό εξοπλισμό, πραγματοποιούνται από την Κλινική Ελάχιστα Επεμβατικών Τεχνι-

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ



Πριν

Μετά

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ



Πριν

Μετά

Σε κάθε φάση του χειρουργείου υπάρχει η δυνατότητα παρέμβασης του χειρουργού με γνώμονα τη γνώση και την εμπειρία του

κών και Ρομποτικής Χειρουργικής τεχνικές Minimal Invasive Surgery (MIS) για την ολική αρθροπλαστική γόνατος και ισχίου, προκειμένου οι ασθενείς να έχουν:

- Αναίμακτο
- Ανώδυνο
- Ασφαλές
- Γρήγορο και μακροχρόνιο αποτέλεσμα.

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ

Τι επιτυγχάνουμε με τις τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας (Minimal Invasive Surgery - MIS);

1. Μικρότερη τομή
2. Πλήρη προστασία των μυών και των νεύρων
3. Μικρότερη απώλεια αίματος
4. Μικρότερο χειρουργικό χρόνο
5. Μικρότερη νοσηλεία
6. Μικρότερο μετεγχειρητικό πόνο
7. Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα
8. Γρηγορότερη επαναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες (οδήγηση, ανεβοκατέβασμα σκάλας)
9. Λιγότερη λήψη φαρμάκων
10. Λιγότερες φυσικοθεραπείες
11. Επιτρέπεται πολύ σύντομα το σκύψιμο
12. Δυνατότητα να ξαπλώνει ο ασθενής σχεδόν άμεσα σε όποια πλευρά επιθυμεί, προσφέροντάς του καλύτερο ύπνο
13. Λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές:
 - Χωλότητα κατά τη βόδιση (κούτσασμα)
 - Εξάρθρημα της άρθρωσης
 - Μειωμένη πιθανότητα μετεγχειρητικής θρόμβωσης ή πνευμονικής εμβολής λόγω της άμεσης κινητοποίησης
 - Μειωμένη ανάγκη μετάγγισης αίματος και πιθανότητα φλεγμονής λόγω του σύντομου χειρουργικού χρόνου και της μικρής τομής.



Οι επεμβάσεις ελάχιστης επεμβατικότητας διενεργούνται μόνο από επιλεγμένους ορθοπαιδικούς χειρουργούς, οι οποίοι έχουν λάβει πιστοποίηση επάρκειας για την πραγματοποίηση των επεμβάσεων αυτών από εκπαιδευτικά κέντρα και νοσοκομεία του εξωτερικού

Τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας (Minimal Invasive Surgery, MIS) για την οστεοαρθρίτιδα γόνατος

Συγκεκριμένα, για τη γενικευμένη οστεοαρθρίτιδα του γόνατος η εξέλιξη της ολικής αρθροπλαστικής εκπροσωπείται από την ψηφιακή πλοήγηση με υπολογιστή (Computer Assisted Surgery, CAS).

Πώς λειτουργεί η ψηφιακή πλοήγηση (CAS);

Η ψηφιακή πλοήγηση λειτουργεί συνδυάζοντας το λογισμικό ενός υπολογιστή, υπέρυθρες κάμερες και όργανα τα οποία αντικατοπτρίζουν το υπέρυθρο φως πίσω σε μια φωτογραφική μηχανή. Έτσι δημιουργείται μια τρισδιάστατη εικόνα αναφοράς στην οθόνη του υπολογιστή. Αυτό βοηθάει τον ορθοπαιδικό χειρουργό να ευθυγραμμίσει τα προθέματα με τέτοια ακρίβεια που δεν είναι ορατή με γυμνό μάτι, αφού η τομή από την οποία εργάζεται είναι ελάχιστη (8-10 cm).

Πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε φάση του χειρουργείου υπάρχει η δυνατότητα παρέμβασης του χειρουργού με γνώμονα τη γνώση και την εμπειρία του.

Θα μπορούσε κάποιος να προσομοιάσει τον πλοηγό στη Χειρουργική με τις συσκευές πλοήγησης των αυτοκινήτων, οι οποίες μάς περιγράφουν επιλογές διαδρομών με προβλεπόμενους χρόνους άφιξης στον προορισμό μας.

Τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας AMIS - Anterior Minimal Invasive Surgery για την οστεοαρθρίτιδα ισχίου

Η τεχνική ελάχιστης επεμβατικότητας

για την οστεοαρθρίτιδα ισχίου εφαρμόζεται μέσω της τεχνικής AMIS - Anterior Minimal Invasive Surgery (πρόσθιας ελάχιστης επεμβατικότητας προσπέλαση). Απαραίτητο εργαλείο της τεχνικής AMIS είναι η ύπαρξη ενός ειδικού τραπεζιού έλξης, το οποίο συγκρατεί σταθερά το σκέλος, διατηρώντας με απόλυτη ακρίβεια τον προσανατολισμό του μηριαίου, έτσι ώστε να εξαλειφθεί κάθε πιθανότητα λάθους τοποθέτησης των προθεμάτων, καθώς και να προσφέρει τον απαραίτητο χώρο προκειμένου να μπορέσει να πραγματοποιηθεί αυτή η επέμβαση μέσα από τομή 5-8 cm μόνο. Επίσης, προϋποθέτει την ύπαρ-

ξη ειδικών μικρών εργαλείων για την εμφύτευση των προθεμάτων.

Πιστοποιημένοι ορθοπαιδικοί χειρουργοί

Λόγω της ιδιαιτερότητας των προσπελάσεων, οι επεμβάσεις ελάχιστης επεμβατικότητας διενεργούνται μόνο από επιλεγμένους ορθοπαιδικούς χειρουργούς, οι οποίοι έχουν λάβει πιστοποίηση επάρκειας για την πραγματοποίηση των επεμβάσεων αυτών από εκπαιδευτικά κέντρα και νοσοκομεία του εξωτερικού.

Παρ' όλες τις δυσκολίες που διανύει τα χρόνια αυτά η χώρα μας, το Θεραπευτήριο Metropolitan, με τις εξειδικευμένες ομάδες ιατρών-νοσηλευτών και τον άριστο υλικοτεχνικό εξοπλισμό, προσφέρει τη δυνατότητα χειρουργικών τεχνικών, εφάμιλλων των νοσοκομείων τόσο της Αμερικής όσο και της Ευρώπης για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας του ισχίου και του γόνατος προς όφελος των ασθενών του.

ΑΝΤΙΚΡΟΥΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η απόφαση γνωστού δημοσιογράφου να θέσει ο ίδιος τέρμα στη ζωή του, κυρίως δε η απόφαση να κάνει γνωστή την πράξη του, έφερε με ορμητικό τρόπο στη δημόσια σφαίρα, το ζήτημα της ευθανασίας



Η απόφαση γνωστού δημοσιογράφου να θέσει ο ίδιος τέρμα στη ζωή του, όταν διαπίστωσε ότι δεν υπήρχε καμιά δυνατότητα ανάταξης, κυρίως δε η απόφαση να κάνει γνωστή την πράξη του, έφερε με ορμητικό τρόπο στη δημόσια σφαίρα, το ζήτημα της ευθανασίας.

Μπορεί, για μεγάλο τμήμα της κοινής γνώμης, η έννοια και τα όσα συνδηλώνει, να αποτελεί η σχετική συζήτηση κεραυνό εν αιθρία, όχι όμως και στην ιατρική κοινότητα, που βρίσκεται, καθημερινά σχεδόν, αντιμέτωπη με τα διλήμματα, τα οποία θέτει το «μετέωρο βήμα» ανάμεσα στο εδώ και το επείκεινα. Η ευθανασία, άλλωστε, δεν είναι ένα φαινό-

μενο του τελευταίου χρόνου, ούτε της εποχής μας. Ιστορικά, η πατρότητα του όρου, αναγνωρίζεται στον Άγγλο φιλόσοφο Φράνσις Μπέικον, που, μερικούς αιώνες πριν, έγραψε ότι «το έργο της Ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο». Επειδή δε πολύς λόγος έχει γίνει για την αρνητική στάση της Εκκλησίας, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να επισημανθεί το γεγονός ότι μια εμβληματική μορφή της ορθόδοξης θεολογικής σκέψης, στον 18ο αιώνα, ο Ευγένιος Βούλγαρης, είχε συγγράψει διατριβή «περί ευθανασίας», επι-

καλούμενος, μάλιστα, τον Μέγα Βασίλειο.

Αλλά και στην Αρχαία Ελλάδα, είχαμε το φαινόμενο της λεγόμενης «ευγονικής ευθανασίας», που εκφραζόταν με τη θανάτωση των ανάπηρων βρεφών. Στην ευθανασία, εξ άλλου, όπως την αντιλαμβανόμαστε σήμερα, αναφέρεται, με έμμεσο τρόπο, ο Σοφοκλής, στην τραγωδία «Φιλοκτήτης», όπου πραγματεύεται την ιστορία του ομώνυμου βασιλιά της Μαγνησίας, ο οποίος αναζητούσε τρόπο ανακούφισης από τους τρομερούς πόνους, που του προκάλεσε δάγκωμα από δηλητηριώδες φίδι. Στην Παλαιά Διαθήκη, ο εκούσιος θάνατος γίνεται αποδεκτός, μόνο σε περιπτώσεις πολέμου ή διώξεων, ενώ στη χριστιανική γραμματεία δεν απαντά-

Ο Σοφοκλής, στην τραγωδία «Φιλοκτήτης» πραγματεύεται την ιστορία του ομώνυμου βασιλιά της Μαγνησίας, ο οποίος αναζητούσε τρόπο ανακούφισης από τους τρομερούς πόνους, που του προκάλεσε δάγκωμα από δηλητηριώδες φίδι

ται σχετική αναφορά. Στους νεότερους χρόνους, ως υπαινικτική αναφορά εκλαμβάνεται η φράση του Φρειδεरिकού Νίτσε, που κάνει λόγο για άρρωστο που έχει καταντήσει «παράσιτο της ζωής».

Στην εποχή μας, η ευθανασία ή «η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία» ασκούνται νόμιμα στην Ολλανδία, στο Βέλγιο, στο Λουξεμβούργο, στον Καναδά και στην Κολομβία, αλλά και σε πέντε πολιτείες των ΗΠΑ (Όρεγκον, Ουάσινγκτον, Μοντάνα, Βερμόντ και Καλιφόρνια). Στη χώρα μας, η ευθανασία, με την ανωτέρω μορφή, θεωρείται ποινικό αδίκημα, σύμφωνα με το

άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα, με τη σχετική διατύπωση, πάντως, να αναγνωρίζει εκ των προτέρων ελαφρυντικά, στον ή στους δράστες. Όπως προκύπτει δε από απαντήσεις, σε σχετική δημοσιογραφική έρευνα, η ιατρική κοινότητα αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό το εν λόγω θέμα. Τονίζονται χαρακτηριστικά, ο καθοριστικός ρόλος της ιατρικής ομάδας, αλλά και η ανάγκη ευελιξίας από το δικαστικό σώμα, ενώ αναφέρθηκαν, ως δείγμα της πολυπλοκότητας του θέματος, οι περιπτώσεις ασθενών που ζήτησαν ευθανασία, ευρισκόμενοι σε κατάθλιψη, άλλαξαν, όμως, γνώμη, όταν ξεκίνησαν αντικαταθλιπτική πορεία...

Λ. ΚΑΝΑΣ
Δημοσιογράφος

ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΗΛΗΣ ΧΩΡΙΣ ΣΗΜΑΔΙΑ ΚΑΙ ΟΥΛΕΣ

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 20.000.000 ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΗΛΩΝ ΓΙΝΟΝΤΑΙ
ΣΕ ΕΤΗΣΙΑ ΒΑΣΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ



Η λαπαροσκοπική
αποκατάσταση αποτελεί
την καλύτερη και πιο
σύγχρονη αντιμετώπιση
για τον ασθενή,
εμφανίζει μηδαμινά
ποσοστά υποτροπής
και επιπλοκών

Μετά 1-2 ημέρες
από την επέμβαση ο
ασθενής αισθάνεται
και είναι απολύτως
υγιής, απαλλαγμένος
από τις ενοχλήσεις του
και επιστρέφει άμεσα
στις καθημερινές
του δραστηριότητες,
ενώ με την πάροδο
των εβδομάδων,
όλα τα σημάδια
της επέμβασης
εξαφανίζονται πλήρως,
διασφαλίζοντας έτσι
ένα άριστο αισθητικό
αποτέλεσμα



Γράφει
ο **ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ Ε. ΘΩΜΑΣ M.D., F.A.C.S.**
Γενικός Χειρουργός Λαπαροσκόπος,
Διευθυντής Χειρουργός στο Metropolitan
www.dthomas.gr
info@dthomas.gr

Περισσότερες από 20.000.000 επεμβάσεις αποκατάστασης κηλών γίνονται σε ετήσια βάση παγκοσμίως, αποτελώντας έτσι, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, την πιο συχνή χειρουργική επέμβαση στον κόσμο. Δυστυχώς, αναφέρει ο Dr Διαμαντής Θωμάς, Διευθυντής χειρουργός στο Metropolitan Hospital, η κήλη τείνει να γίνει ακόμη συχνότερη στον δυτικό και αναπτυσσόμενο κόσμο, καθώς παρουσιάζει ετήσια αύξηση της τάξης του 3% τα τελευταία χρόνια. Όλα αυτά αναφέρθηκαν στο AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS που πραγματοποιήθηκε στην WASHINGTON DC στις 16-20 Οκτωβρίου.

Η κήλη εμφανίζεται, όταν επέλθει κάποια ρήξη στα εσωτερικά στρώματα των κοιλιακών μυών, εξηγεί ο Dr Δ. Θωμάς, δημιουργώντας ένα χάσμα μέσα από το οποίο προβάλλει κάποιο σπλάχνο. Ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης και θεραπείας της κήλης είναι ο χειρουργικός.

Κάποιες κήλες αντιμετωπίζονται με την παραδοσιακή «ανοικτή» τεχνική. Όμως, αυτές οι επεμβάσεις έχουν μεγάλα ποσοστά υποτροπών, της τάξης του 6% περίπου, όταν γίνεται πλαστική χωρίς πλέγμα, με αποτέλεσμα οι κήλες να ξαναδημιουργούνται.

Τα τελευταία χρόνια, μια νέα επαναστατική μέθοδος, η **λαπαροσκοπική** αποκατάστασης των κηλών, κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος και αυτό συμβαίνει, αν αναλογιστεί κάποιος ότι το ποσοστό υποτροπής είναι κάτω του 1% στα έμπειρα χέρια ενός λαπαροσκόπου χειρουργού.

Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση αποτελεί την καλύτερη και πιο σύγχρονη αντιμετώπιση για τον ασθενή, καθώς αφενός μεν προσφέρει όλα τα πλεονεκτήματα της ατραυματικής ενδοσκοπικής χειρουργικής, αφετέρου δε εμφανίζει μηδαμινά ποσοστά υποτροπής και επιπλοκών.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Λαπαροσκοπική Χειρουργική άλλαξε κυριολεκτικά τα δεδομένα σε πολλές χειρουργικές επεμβάσεις. Η κήλη αποκαθίσταται από την πίσω πλευρά του κοιλιακού τοιχώματος, με την προσθήκη ενός μεγάλου χειρουργικού πλέγματος (πολύ μεγαλύτερου απ' ό,τι στην ανοικτή επέμβαση), το οποίο εφαρμόζεται πάνω στο χάσμα και σταθεροποιείται με χειρουργικά ράμματα ή απορροφήσιμα clips. Η επέμβαση διενεργείται με γενική αναισθησία και διαρκεί μισή έως μία ώρα το πολύ. Η τεχνική αυτή επιτρέπει στον ασθενή να αναρρώσει πιο γρήγορα και να έχει μικρότερη μετεγχει-

ρητική ταλαιπωρία. Μετά 1-2 ημέρες από την επέμβαση αισθάνεται και είναι απολύτως υγιής, απαλλαγμένος από τις ενοχλήσεις του και επιστρέφει άμεσα στις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ με την πάροδο των εβδομάδων, όλα τα σημάδια της επέμβασης **εξαφανίζονται πλήρως**, διασφαλίζοντας έτσι ένα άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.

Όλες οι κήλες γίνονται λαπαροσκοπικά

Όλες οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος μπορούν να γίνουν λαπαροσκοπικά. Αυτές είναι οι ομφαλοκήλες, οι μηροκήλες (πιο συχνές στις γυναίκες λόγω κυήσεων), οι βουβωνοκήλες, οι μετεγχειρητικές κήλες, οι κήλες λευκής γραμμής ή επιγαστρικές κήλες, το σύνδρομο κοιλιακών προσαγωγών που παρουσιάζουν οι αθλητές.

Τέλος, όπως επισήμανε ο Dr Διαμαντής Θωμάς η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης είναι μια παντελώς αναίμακτη τεχνική καθώς δεν απαιτείται χειρουργική τομή. Η τομή των 5 μόλις χιλιοστών που πραγματοποιείται προκειμένου να εισέλθουν τα λαπαροσκοπικά όργανα, εφαρμόζεται μόνο στο δέρμα και όχι στους μυς, όπως απαιτείται στην κλασική ανοικτή επέμβαση. Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο είναι η απουσία μετεγχειρητικού πόνου, σε αντίθεση με τους ισχυρούς πόνους της κλασικής επέμβασης, ενώ σε περίπτωση εκδήλωσης πόνου αντιμετωπίζεται με ελαφρά αναλγητικά. Το σημαντικότερο όμως είναι το γεγονός ότι η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο περιορίζεται σε λίγες μόλις ώρες έως το πολύ μία ημέρα. Ο χειρουργημένος μπορεί να περπατήσει και να καθίσει την ίδια ημέρα, ενώ η επιστροφή στην εργασία και στις καθημερινές του δραστηριότητες, όπως είναι το μπάνιο, το ανέβασμα μιας σκάλας, η οδήγηση, το σήκωμα βάρους, ακόμα και οι σεξουαλικές δραστηριότητες αποκαθίστανται μέσα σε διάστημα 3-5 ημερών. Η λαπαροσκοπική επέμβαση εγγυάται ένα άριστο αισθητικό αποτέλεσμα, μιας και δεν υπάρχει ουλή.

ΔΙΣΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΕ GelStix

Η ΠΛΕΟΝ ΜΟΝΤΕΡΝΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Δεν υπάρχει ανθρώπινο ον που να μην έχει βιώσει το δυσάρεστο ενόχλημα του πόνου στη μέση, το οποίο προσβάλλει το 5% των κατοίκων αυτού του πλανήτη κάθε χρόνο



Γράφει
ο ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΗΜΟΓΕΡΟΝΤΑΣ M.D., cPhD
Νευροχειρουργός-Χειρουργός Σπονδυλικής
Στήλης, Υπεύθυνος Νευροχειρουργικής
Κλινικής, στο Metropolitan

Η οσφυαλγία είναι συνυφασμένη με την όρθια στάση και βάρδιση του ανθρώπου και άρα αποτελεί κοινό σύμπτωμα που μας ακολουθεί από την αρχή της παρουσίας μας πάνω στη γη!

Δεν υπάρχει ανθρώπινο ον που να μην έχει βιώσει το δυσάρεστο ενόχλημα του πόνου στη μέση, το οποίο προσβάλλει το 5% των κατοίκων αυτού του πλανήτη κάθε χρόνο.

Η φυσιολογική φθορά των μεσοσπονδύλιων δίσκων, των φυσικών δηλαδή αναρτήσεων της σπονδυλικής στήλης, που επισημονικά περιγράφεται με τον όρο εκφυλιστική δισκοπάθεια, αποτελεί μάλλον τη συχνότερη αιτία αμιγούς οσφυαλγίας, δηλαδή του πόνου στη μέση χωρίς πόνο στα πόδια (ισχιαλγία).

Η αφυδάτωση του κεντρικού τμήματος του δίσκου (του πηκτοειδούς πυρήνα) και οι ρήξεις του περιφερικού τμήμα-

τος του δίσκου (του ινώδους δακτυλίου) αποτελούν τις κυριότερες παθολογοανατομικές βλάβες που λαμβάνουν χώρα μέσα σε έναν εκφυλιζόμενο δίσκο.

Το τελικό αποτέλεσμα μπορούμε να το δούμε στη μαγνητική τομογραφία της μέσης σαν μαύρο δίσκο (black disk), ο οποίος συνήθως έχει μικρότερο ύψος από τους γειτονικούς φυσιολογικούς μεσοσπονδύλιους δίσκους.

Η παραδοσιακή θεραπεία ενός επώδυνου εκφυλισμένου δίσκου (χωρίς δισκοκήλη) είναι χειρουργική είτε με οπίσθια προσπέλαση (διαυχενική σπονδυλοδεσία με κοχλίες και TLIF με κλωβό και οστικό μόσχευμα) είτε με πρόσθια προσπέλαση διά της κοιλιάς (οστική ενοποίηση με κλωβό ή τοποθέτηση τεχνητού οσφύϊκού δίσκου με διατήρηση της κινητικότητας των σπονδύλων).

Πρόσφατα όμως, η τεχνολογική εξέ-

Οι επιπλοκές της μεθόδου είναι περιορισμένες, προβλέψιμες και αντιμετωπίσιμες και πολύ λιγότερες από κάθε άλλη γνωστή χειρουργική τεχνική για τη θεραπεία της εκφυλιστικής δισκοπάθειας

λιξη μας έδωσε τη δυνατότητα να θεραπεύουμε την οσφυαλγία από εκφύλιση δίσκου με μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική (Minimal Invasive Technique) που ονομάζεται δισκοπλαστική.

ΤΙ ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΤΑΙ

Με την τεχνική αυτή επιτυγχάνουμε την τοποθέτηση 2-3 λεπτών ελαστικών ράβδων από ένα εξαιρετικά υδρόφιλο υλικό που ονομάζεται υδρογέλ (hydrogel), στο εσωτερικό του κατεστραμμένου μεσοσπονδύλιου δίσκου. Με τον συγκεκριμένο τρόπο εγλωβίζουμε μόρια νερού στο εσωτερικό του υλικού αυτού που διογκώνεται και αποκτά πολλαπλάσια διάμετρο από την αρχική του, με αποτέλεσμα αφενός να ενυδατώνεται έμμεσα ο αφυδατωμένος δίσκος και αφετέρου να αποκτά μέρος από το χαμένο του ύψος. Το τελικό αποτέλεσμα, που μπορεί να απει-

κονιστεί και στη μαγνητική τομογραφία, είναι η αποκατάσταση των φυσιολογικών ιδιοτήτων του δίσκου και η υποχώρηση των ενοχλημάτων, δηλαδή του πόνου στη μέση.

Η τεχνική αυτή είναι ανώδυνη παρ'όλο που εφαρμόζεται χωρίς γενική αναισθησία παρά μόνο με τοπική διήθηση του δέρματος με ένα τοπικό αναισθητικό (π.χ. Ξυλοκαΐνη). Απαιτούνται όμως συνθήκες ασηψίας και αντισηψίας, καθώς και δυνατότητα ακτινολογικής απεικόνισης με φορητό ακτινολογικό μηχάνημα (C-arm). Για τους λόγους αυτούς, η τεχνική εφαρμόζεται από εξειδικευμένους ιατρούς στη θεραπεία των παθήσεων της σπονδυλικής στήλης μέσα σε χειρουργική αίθουσα. Δεν απαιτείται όμως νοσηλεία (one day surgery), αφού ο ασθενής κινητοποιείται αμέσως μετά την εφαρμογή της τεχνικής.

Τα αποτελέσματα αρχίζουν να εμφανίζονται άμεσα και ολοκληρώνονται μετά την πάροδο του πρώτου 24ώρου, αφού η πλήρης διόγκωση του υλικού απαιτεί κάποιες ώρες.

Οι επιπλοκές της μεθόδου είναι περιορισμένες, προβλέψιμες και αντιμετωπίσιμες και πάντως πολύ λιγότερες από κάθε άλλη γνωστή χειρουργική τεχνική για τη θεραπεία της εκφυλιστικής δισκοπάθειας.

Συμπερασματικά, η δισκοπλαστική αποτελεί μια μοντέρνα, ελάχιστα επεμβατική και μη χειρουργική μέθοδο που μπορεί να οδηγήσει σε ύφεση της οσφυαλγίας από καταστροφή δίσκου για χρονικό διάστημα που μέχρι σήμερα είναι άγνωστο καθώς ο χρόνος από την εμφάνιση της μεθόδου είναι πολύ μικρός για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τη διάρκεια δράσης της.

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΘΟ

ΧΩΡΙΣ ΤΙΣ ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

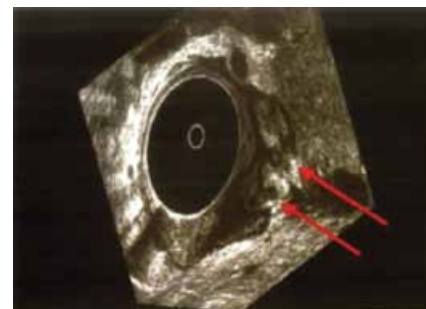
Ο καρκίνος του ορθού, του τελικού δηλαδή τμήματος του εντέρου, είναι μια νόσος πολύ συχνή, με περίπλοκη θεραπεία

Ο καρκίνος του ορθού, του τελικού δηλαδή τμήματος του εντέρου, είναι μια νόσος πολύ συχνή, με περίπλοκη θεραπεία. Εκτός από την απειλή για τη ζωή που φέρουν όλοι οι καρκίνοι, ο καρκίνος του ορθού συνοδεύεται σε πολλές περιπτώσεις από τον κίνδυνο να χρειαστεί μόνιμη κολοστομία (παρά φύση έδρα).

Η παραδοσιακή χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει πολύωρες επεμβάσεις με κίνδυνο επιπλοκών, ειδικά για ηλικιωμένους και για ανθρώπους με άλλα προβλήματα υγείας. Πολλή ιατρική έρευνα έχει αναλωθεί την τελευταία 20ετία στο πώς θα γίνει λιγότερο επεμβατική και ασφαλέστερη η χειρουργική του καρκίνου του ορθού και πώς θα αποφευχθεί η κολοστομία.

Οι νέες μη επεμβατικές τεχνικές αποσκοπούν στο να απομακρύνουν την ανάγκη μόνιμης κολοστομίας και ταυτόχρονα να υποβάλλουν τον άρρωστο σε μικρότερες χειρουργικές τομές, λιγότερο πόνο και ταχύτερη ανάρρωση.

Ο συνδυασμός Ενδοσκοπικής Χειρουργικής μέσω φυσικών στομιών (Natural



Εικόνα 1. 3D ενδο-ορθικό υπερηχογράφημα που δείχνει έναν όγκο ορθού σταδίου T3.



Εικόνα 2. Χειρουργικό σετ TEMS/TEO.



Εικόνα 3. Όγκος ορθού διαμέτρου 7 εκατοστών που αφαιρέθηκε με τη μέθοδο TEMS.



Οι νέες μη επεμβατικές τεχνικές αποσκοπούν στο να απομακρύνουν την ανάγκη μόνιμης κολοστομίας και ταυτόχρονα να υποβάλλουν τον άρρωστο σε μικρότερες χειρουργικές τομές, λιγότερο πόνο και ταχύτερη ανάρρωση

Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, NOTES) και Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής μας προσφέρει κάποιες συναρπαστικές δυνατότητες αφαίρεσης του καρκίνου του ορθού χωρίς κολοστομία. Αυτές είναι κατά περίπτωση και στάδιο:

Επέμβαση TEMS (Transanal Endoscopic Micro Surgery)

Είναι αποκλειστικά Ενδοσκοπική Χειρουργική διά μέσου του πρωκτού, χωρίς χειρουργικές τομές. Με ειδικό επεμβατικό ενδοσκόπιο και χειρουργικά εργαλεία αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος και επισκευάζεται το ορθό. Ο ασθενής πηγαίνει σπίτι την ίδια ή την επόμενη ημέρα. Ενδείκνυται για στάδια T1 και T2 με αρνητικούς λεμφαδένες. Σε ορισμένες περιπτώσεις συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία και επιτυγχάνεται ίαση στα ίδια ποσοστά με τις μεγάλες επεμβάσεις.

Επέμβαση ELRR (Endoluminal Loco Regional Resection)

Παραπλήσια με την TEMS αλλά με επιπρόσθετη αφαίρεση των λεμφαδένων της περιοχής. Συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία, με αποτελέσματα ίδια με τις μεγάλες επεμβάσεις. Ενδείκνυται για καρκίνο σταδίου 1-3.

Επέμβαση T-TME (Transanal Total Mesorectal Excision)

Πρόκειται για την τελευταία λέξη της εξέλιξης στη χειρουργική του καρκίνου του ορθού, η οποία εφαρμόζει διπλή προσέλαση

σε περιπτώσεις πολύ χαμηλών όγκων του ορθού που αγγίζουν τους σφιγκτήρες. Γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του ορθού, του όγκου και των λεμφαδένων διά μέσου του ορθού (χωρίς χειρουργική τομή) και ταυτόχρονη λαπαροσκοπική κινητοποίηση του υπολοίπου παχέος εντέρου για δημιουργία αναστόμωσης. Με τη μέθοδο αυτή σώζονται οι σφιγκτήρες και αποφεύγεται η κολοστομία, ακόμα και σε πολύ χαμηλούς όγκους με πλήρη αφαίρεση των λεμφαδένων και αποφυγή κολοστομίας. Ενδείκνυται για θεραπεία καρκίνου όλων των σταδίων σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Όλες οι ανωτέρω τεχνικές εφαρμόζονται από το τμήμα που διευθύνω στο King's College London όπου η επιβίωση του καρκίνου του ορθού είναι η υψηλότερη στον κόσμο και ξεπερνά το 80%. Τις ίδιες τεχνικές εφαρμόζω στο Θεραπευτήριο Metropolitan στην Αθήνα.



Γράφει ο **ΣΑΒΒΑΣ ΠΑΠΑΓΡΗΓΟΡΙΑΔΗΣ**, Καθηγητής, Διευθυντής Χειρουργικής του Εντέρου στο King's College London και Διευθυντής στο Metropolitan

ΑΕΡΟΔΙΑΣΤΗΜΙΚΗ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΒΡΑΒΕΥΣΗ

ΣΤΟ 5^ο ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΑΕΡΟΔΙΑΣΤΗΜΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



Από το 1976 μέχρι σήμερα έχουν υπάρξει τουλάχιστον 17 περιπτώσεις πιλότων που έχουν συνειδητά ρίξει τα αεροπλάνα τους, χωρίς να συνυπολογίζουμε τις περιπτώσεις στις οποίες το πόρισμα σχετικά με τα αίτια δεν είναι ξεκάθαρο

Γράφουν οι



ΑΝΔΡΕΑΣ ΝΙΝΤΟΣ
Ψυχολόγος-Κλινικός Νευροψυχολόγος,
Υπεύθυνος Τμήματος Νευροψυχολογίας
στη Νευρολογική Κλινική του Metropolitan



ΣΠΥΡΟΣ ΣΤΑΥΡΑΚΗΣ-ΚΟΝΤΟΣΤΑΥΛΟΣ
Ψυχολόγος-Κλινικός Νευροψυχολόγος
στη Νευρολογική Κλινική του Metropolitan

Ο Ανδρέας Νίντος και ο Σπύρος Σταυράκης Κοντόσταυλος, κλινικοί νευροψυχολόγοι, γράφουν για τον πρωτότυπο και καινοτόμο κλάδο της Αεροδιαστημικής Νευροψυχολογίας σχολιάζοντας το υφιστάμενο πλαίσιο αξιολόγησης του ανθρώπινου παράγοντα στα αεροπορικά ατυχήματα. Ταυτόχρονα, αναφέρονται στην παρουσία τους στο τελευταίο Συνέδριο Αεροδιαστημικής Ιατρικής στο Όσλο της Νορβηγίας, όπου κέρδισαν το βραβείο για την καλύτερη εργασία.

Τα τελευταία χρόνια και ακολουθώντας τα τραγικά γεγονότα της πτήσης 9525 της Germanwings στις 29 Μαρτίου 2015, με 150 νεκρούς, παρατηρείται μια όλο αυξανόμενη συζήτηση σχετικά με τα αίτια και τις συνθήκες του συμβάντος. Τα κυρία θέματα της συζήτησης αυτής, περιστρέφονται γύρω από:

- α. Την αξιολόγηση των πιλότων και το πλαίσιο της
 - β. Τον ανθρώπινο παράγοντα κινδύνου στα αεροπορικά δυστυχήματα
 - γ. Τον αιφνιδιασμό που προκλήθηκε από ένα φαινόμενο, το οποίο θεωρήθηκε απρόβλεπτο και εξαιρετικά σπάνιο.
- Στη συνέχεια, θα προσπαθήσουμε να σχολιάσουμε τα παραπάνω ερωτήματα, θέτοντας τις βάσεις για μια συνεκτική νοηματοδότησή τους.

Ξεκινώντας από τον σχολιασμό του τελευταίου, αξίζει να σημειωθεί ότι από το 1976 μέχρι σήμερα έχουν υπάρξει τουλάχιστον 17 περιπτώσεις πιλότων που έχουν συνειδητά ρίξει τα αεροπλάνα τους, χωρίς να συνυπολογίζουμε τις περιπτώσεις στις οποίες το πόρισμα σχετικά με τα αίτια δεν είναι ξεκάθαρο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πτήση MS990 στις 31 Οκτωβρίου 1999 της Egypt Air με τον πιλότο να ρίχνει το Boeing 767 στον Ατλαντικό Ωκεανό και να οδηγεί και τους 217 επιβαίνοντες στον θάνατο, πραγματοποιώντας δολοφονική αυτοχειρία.

Η εμπλοκή του ανθρώπινου παράγοντα στα αεροπορικά δυστυχήματα υπολογίζεται στο 80%, αλλά η συζήτηση γύρω από αυτόν ίσως να οδηγεί σε συνεχή τέλματα, αν δεν καταφέρουμε να ορίσουμε και να εντοπίσουμε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά από τα οποία αυτός απαρτίζεται. Το συγκεκριμένο κενό έρχεται ίσως να καλύψει η εισαγωγή της Κλινικής Νευροψυχολογίας -τόσο θεωρητικής όσο και εφαρμοσμένης- ως ο τρόπος εκλογής στη μελέτη του ανθρώπινου παράγοντα. Ως Αεροδιαστημική Νευροψυχολογία (aerospace neuropsychology) ορίζεται η ενσωμάτωση της νευροψυχολογικής μεθοδολογίας -θεωρίας και κλινικής πρακτικής- στο αεροπορικό και στο διαστημικό περιβάλλον, με στόχο τη μελέτη και την αξιολόγηση των ατόμων σε κάθε έκφανση της αλληλεπίδρασης ανθρώπου-μηχανής με την πτήση. Σύμφωνα με την Αεροδιαστημική

Νευροψυχολογία, ο άνθρωπος παράγοντας κινδύνου (human risk factor) απαρτίζεται από **συναισθηματικές/ψυχολογικές μεταβλητές**, από **γνωστικές μεταβλητές/ανθρώπινα λάθη** και από τη μεταξύ των δύο **δυναμική και συνεχή αλληλεπίδραση**. Οι μεταβλητές αυτές έχουν κοινό νευροβιολογικό υπόβαθρο και κλινικές εκδηλώσεις σε σημείο που να είναι δύσκολος πολλές φορές ο διαχωρισμός μεταξύ τους. Χαρακτηριστικό νευροβιολογικό παράδειγμα αποτελεί ο ρόλος της αμυγδαλής και των περιήλικων συνδέσεων της με τον εγκεφαλικό φλοιό, οι οποίες συσχετίζουν δυναμικά συναισθηματικές και γνωστικές λειτουργίες. Παράδειγμα από την κλινική πράξη αποτελεί η διαφορική διάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας. Είναι σύνθετες, η παρατηρούμενη έκπτωση στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες να διαμεσολαβείται από συμπτωματολογία συμβατή με διαταραχή της διάθεσης. Στην περίπτωση αυτή, ο ρόλος του κλινικού νευροψυχολόγου είναι η διάκριση μεταξύ των δύο κλινικών οντοτήτων.

Φθάνοντας στο πρώτο ερώτημα και έχοντας υπόψη τα προηγούμενα που αναφέρθηκαν, δεν μπορεί να νοηθεί μελέτη και αξιολόγηση του ανθρώπινου παράγοντα στην αεροπορία χωρίς την ταυτόχρονη και ενιαία μελέτη και αξιολόγηση τόσο των γνωστικών όσο και των ψυχολογικών

λειτουργιών, καθώς και της συνεχούς και δυναμικής τους αλληλεπίδρασης, κάτω από μια συνεκτική και ολιστική προσέγγιση.

Βράβευση στο 5^ο ECAM 2016

Το 5^ο European Congress of Aerospace Medicine (που διοργανώθηκε σε συνεργασία με τις Aerospace Medical Association και Norwegian Association of Aviation Medicine), με τίτλο "Pushing the limits of aerospace medicine together" πραγματοποιήθηκε στο Holmenkollen Park στο Όσλο της Νορβηγίας στις 15-18 Σεπτεμβρίου 2016. Το εν λόγω συνέδριο είναι η κορυφαία διετής επιστημονική συνάντηση στον χώρο της Αεροδιαστημικής Ιατρικής με παγκόσμια συμμετοχή από τους κορυφαίους ερευνητές και επιστήμονες στον χώρο. Στο φετινό συνέδριο συμμετείχαν περισσότεροι από 470 σύνεδροι, προερχόμενοι από 45 χώρες, χωρίς δυστυχώς εκπροσώπηση από τους επίσημους ελληνικούς φορείς. Η σημασία που δόθηκε στο συγκεκριμένο συνέδριο από την τοπική κοινωνία ήταν ιδιαίτερη, με την τελετή έναρξης να λαμβάνει χώρα στο Δημαρχείο του Όσλο -χώρος που δίνονται τα Νόμπελ Ειρήνης- με προσωπική πρόσκληση από τη δήμαρχο.

Η μοναδική επιστημονική εκπροσώπηση από την Ελλάδα πραγματοποιήθηκε με την

εργασία των Stavrakis-Kontostavlos, Nidos, Roussos, **"Aerospace neuropsychology: a theoretical framework and research paradigm from the study of the human factor in the 100 most fatal aviation accidents"**. Η εν λόγω εργασία εισήγαγε την Αεροδιαστημική Νευροψυχολογία στη διερεύνηση του ανθρώπινου παράγοντα, μέσα από τη μελέτη των 100 πιο θανατηφόρων αεροπορικών δυστυχημάτων. Χρησιμοποιώντας ως δείγμα πραγματικά δεδομένα πτήσεων, οι ερευνητές μετά από ανάλυση παραγόντων σε γνωστικές και ψυχολογικές επαναλαμβανόμενες μεταβλητές, εντόπισαν και περιέγραψαν 6 γνωστικούς και 6 ψυχολογικούς παράγοντες ως εμπλεκόμενους στα ατυχήματα. Στην πλειοψηφία των ατυχημάτων φάνηκε να υπάρχει αλληλεπίδραση γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων, ενώ αναγνωρίστηκαν αρκετές περιπτώσεις ατυχημάτων, τα οποία θα μπορούσαν να αποφευχθούν κάτω από ένα πιο συνεκτικό και ολοκληρωμένο πλαίσιο αξιολόγησης, που να λαμβάνει υπόψη τις γνωστικές και τις συναισθηματικές διεργασίες οι οποίες εκτυλίσσονται κατά το έργο της πτήσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κ.κ. Νίντος Ανδρέας και Σταυράκης-Κοντόσταυλος Σπύρος βραβεύτηκαν από την Επιστημονική Επιτροπή του Συνεδρίου με το βραβείο της καλύτερης επιστημονικής εργασίας για το 5^ο ECAM (best abstract/poster ECAM 2016).



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΙΑΣ ΠΑΝΑΡΧΑΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες πλήθος έγκυρων, επιστημονικών μελετών έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα του βελονισμού έναντι μιας σειράς παθήσεων και έχουν αποσαφηνίσει διάφορους μηχανισμούς μέσω των οποίων δρα



Γράφει
ο **ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΖΩΓΟΠΟΥΛΟΣ**,
Νευροχειρουργός
Ειδικός Ιατρικού Βελονισμού
στο Metropolitan

Ο βελονισμός είναι μια πανάρχαια θεραπευτική μέθοδος, με ιστορία πλέον των 2.500 ετών, που έλκει την καταγωγή της από την Άπω Ανατολή και συγκεκριμένα την Κίνα. Βασίζεται στην τοποθέτηση ιδιαίτερα λεπτών βελόνων σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος, με σκοπό τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων. Τις τελευταίες δεκαετίες πλήθος έγκυρων, επιστημονικών μελετών έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα του βελονισμού έναντι μιας σειράς παθήσεων και έχουν αποσαφηνίσει διάφορους μηχανισμούς μέσω των οποίων δρα.

Ο όρος «δυτικός ιατρικός βελονισμός» αναφέρεται στην προσαρμογή της αρχαίας γνώσης της θεραπείας με βελονισμό στη σύγχρονη ιατρική πρακτική (διερεύνηση/διάγνωση της νόσου με τις μεθόδους της κλασικής Ιατρικής και ερμηνεία της θεραπευτικής δράσης του βελονισμού με βάση τις σύγχρονες γνώσεις νευροανατομίας και φυσιολογίας). Έτσι, η εφαρμογή του ιατρικού βελονισμού έχει πλέον υιοθετηθεί από διάφορα συστήματα υγείας αλλά και ερευνητικά κέντρα ανεπτυγμένων δυτικών χωρών, όπως το National Health Service (NHS) της Αγγλίας και το National Institutes of Health (NIH) των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανταποκρινόμενος στη διαρκώς αυξανόμενη εφαρμογή του βελονισμού για την

αντιμετώπιση μιας σειράς παθήσεων, εξέδωσε το 2003 μια επίσημη ανακοίνωση (consensus statement) αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του βελονισμού, λαμβάνοντας υπόψη έναν μεγάλο αριθμό (255) κλινικών μελετών (controlled clinical trials). Ανάμεσα στις ενδείξεις για τις οποίες ο βελονισμός έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα περιλαμβάνονται: η ναυτία και ο έμετος που σχετίζονται με τη χημειοθεραπεία, η οσφυαλγία/ισχιαλγία, η αυχεναλγία, η περιαρθρίτιδα ώμου, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η επικονδυλίτιδα, το άλγος γονάτων, η κεφαλαλγία/ημικρανία, η αλλεργική ρινίτιδα, η κατάθλιψη, η δυσμηνόρροια και ο μετεγχειρητικός πόνος.

Είναι εμφανές από τα ανωτέρω ότι στις βασικές ενδείξεις του ιατρικού βελονισμού περιλαμβάνονται διάφορα σύνδρομα άλγους, για τα οποία μπορεί να εφαρμοστεί είτε σε συνδυασμό με άλλες μορφές θεραπείας (π.χ. φαρμακευτική αναλγητική αγωγή) είτε εναλλακτικά ως μονοθεραπεία (όταν η κλασική φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική ή προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες στον ασθενή).

Ο βελονισμός είναι μια ασφαλής θεραπευτική μέθοδος όταν εφαρμόζεται από κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς. Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένες και μίας χρήσης, προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο μόλυν-

σης. Κατασκευάζονται συνήθως από ανοξείδωτο ατσάλι που τις καθιστά άθραυστες και ευλύγιστες. Ο ασθενής πολλές φορές χαλαρώνει τόσο πολύ κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας βελονισμού που τελικά κοιμάται.

Στην πρώτη επίσκεψη γίνεται η λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού και η κλινική εξέταση του ασθενούς και κατόπιν, μετά τον προσδιορισμό της εκάστοτε νόσου, ακολουθεί η συνεδρία βελονισμού που διαρκεί περίπου 20 λεπτά. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα του βελονισμού έχει αθροιστικό χαρακτήρα. Δηλαδή, κάθε συνεδρία έχει πιο έντονη αλλά και μεγαλύτερης διάρκειας δράση, με μια σημαντική υποχώρηση των συμπτωμάτων να παρατηρείται συνήθως από την 3η-4η συνεδρία. Ο αριθμός των συνεδριών που απαιτούνται για μια πλήρη θεραπεία εξαρτάται εν πολλοίς από τη χρονιότητα της νόσου (π.χ. μια οσφυαλγία πρόσφατης έναρξης υποχωρεί συνήθως σε 5-6 συνεδρίες, ενώ μια ημικρανία από ετών μπορεί να χρειαστεί έως και 12 ή περισσότερες συνεδρίες).

Μια τυπική συνεδρία βελονισμού πραγ-

Ο βελονισμός είναι μια ασφαλής θεραπευτική μέθοδος όταν εφαρμόζεται από κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς. Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένες και μίας χρήσης, προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο μόλυνσης

ματοποιείται με τον ασθενή ξαπλωμένο σε ύπτια ή πρηνή θέση. Οι βελόνες τοποθετούνται σε συγκεκριμένα κάθε φορά σημεία του σώματος (ανάλογα με την εκάστοτε πάθηση) και παραμένουν για περίπου 20 λεπτά. Οι περισσότερες βελόνες κατά την εισαγωγή τους είναι εντελώς ανώδυνες. Κάποιες μπορεί να γίνουν αντιληπτές για λίγα δευτερόλεπτα, αλλά γενικά ο βελονισμός δεν πονάει. Η εισαγωγή των βελόνων στα ειδικά σημεία βελονισμού προκαλεί τη διέγερση των νευρικών απολήξεων της περιοχής, με αποτέλεσμα να πυροδοτείται μια αλληλουχία νευρικών

ώσεων προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Συνέπεια αυτού του ερεθισμού είναι η απελευθέρωση από τον οργανισμό συγκεκριμένων ενδογενών ουσιών με αναλγητική και αντικαταθλιπτική δράση, όπως τα ενδογενή οπιοειδή, οι εγκεφαλίνες, οι ενδορφίνες κ.λπ. Απελευθερώνονται επίσης ειδικά αγγειοδραστικά πεπτίδια που προκαλούν τοπική αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος και ως εκ τούτου, καλύτερη οξυγόνωση στις περιοχές όπου έχουν εισαχθεί οι βελόνες. Στο τέλος της συνεδρίας οι βελόνες αφαιρούνται και ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στις δραστηριότητές του. Πρέπει να τονιστεί ότι η θεραπεία με βελονισμό δεν έχει καμιά αλληλεπίδραση με τη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς, ούτε και προκαλεί κάποιον περιορισμό στις δραστηριότητές του.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει κάποιος ότι ο βελονισμός δεν είναι πανάκεια. Είναι ακόμα ένα όπλο στη σύγχρονη θεραπευτική μας φαρέτρα, το οποίο θα πρέπει να εφαρμόζεται με αυστηρά μεθοδολογικά κριτήρια, όπου ενδείκνυται και πάντα από κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς.



Από αριστερά η υπεύθυνη δημοσίων σχέσεων του Metropolitan Λίλα Πολίτη, ο Δήμαρχος Σκύρου, η Αντιδήμαρχος Σκύρου, και οι ιατροί Ευάγγελος Νικολόπουλος αγγειοχειρουργός, Δημήτρης Δόβρης ορθοπαιδικός και Παναγιώτης Τσακίρης ουρολόγος

ΤΟ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΣΤΗ ΣΚΥΡΟ

Η αποστολή ήταν η πρώτη σε εφαρμογή του προγράμματος «Υποστήριξη», εντάσσεται δε στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης του Metropolitan

Επέρασε κάθε προσδοκία η ανταπόκριση των κατοίκων της Σκύρου, στην αποστολή κλιμακίου ιατρών, του Θεραπευτηρίου μας, για τη δωρεάν πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων.

Η αποστολή ήταν η πρώτη σε εφαρμογή του προγράμματος «Υποστήριξη», εντάσσεται δε στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης του Metropolitan Hospital. Το κλιμάκιο που αποτελούνταν από τους ιατρούς Ευάγγελο Νικολόπουλο αγγειοχειρουργό, Δημήτρη Δόβρη ορθοπαιδικό, Παναγιώτη Τσακίρη ουρολόγο, καθώς και την υπεύθυνη δημοσίων σχέσεων, Λίλα Πολίτη, επισκέφθηκε το όμορφο νησί των βορείων Σποράδων, στις 7-9 Νοεμβρίου. Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε σε στενή και αρμονική συνεργασία με τη δημοτική αρχή της Σκύρου. Επισημαίνουμε, ιδιαίτερα, την άμεση ανταπόκριση του δημάρχου κ. Μίλτου Χατζηγιαννάκη, που επιμελήθηκε της υποδοχής και της διαμονής του κλιμακίου, προσφέροντας απτά δείγματα της πατροπαράδοτης νησιωτικής φιλοξενίας και ζεστασιάς. Κρίσιμη, επίσης, για την επιτυχία της αποστολής ήταν η συνεργασία των υπευθύνων του τοπικού Υγειονομικού Σταθμού.

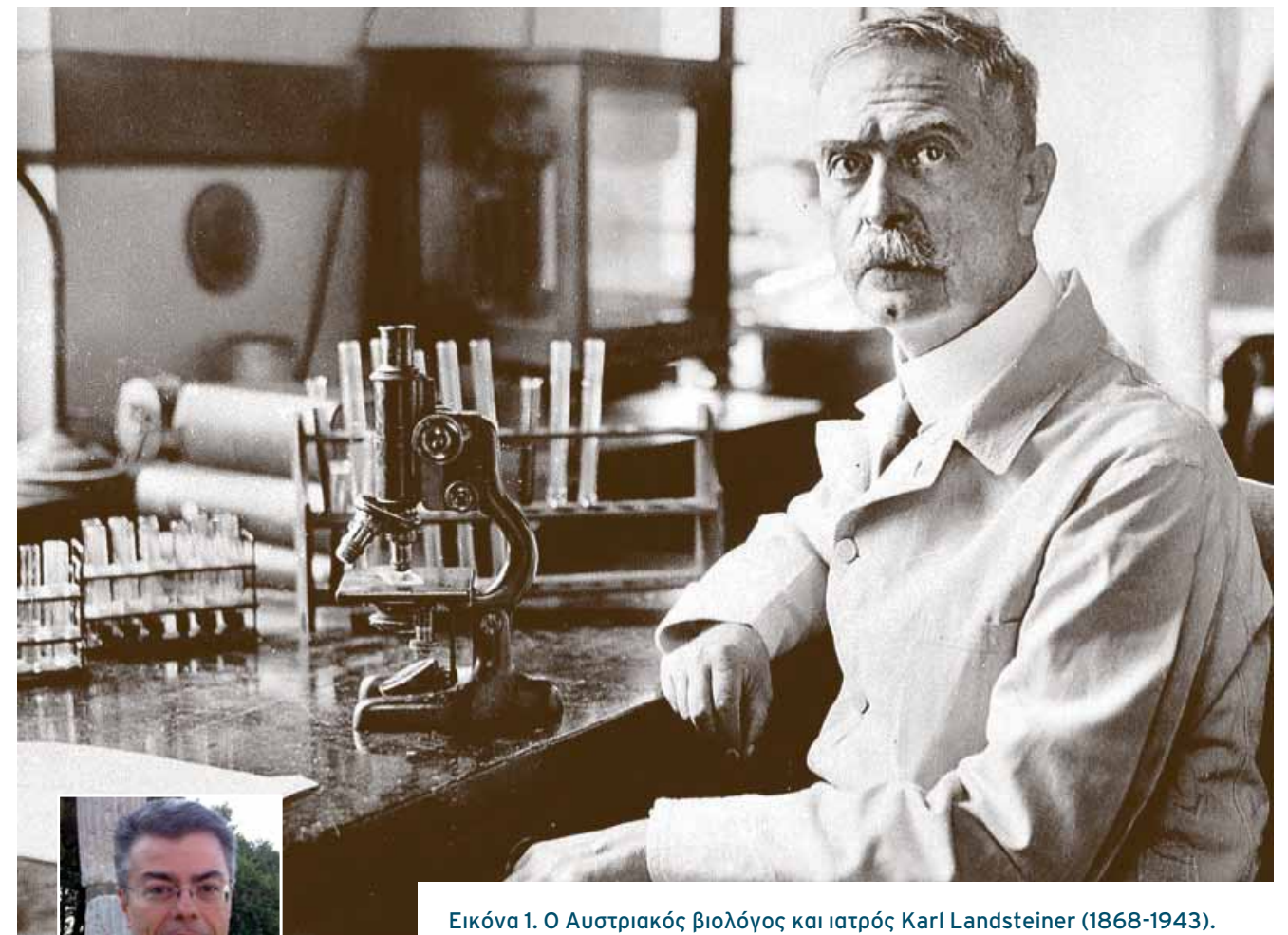
Η καθολική σχεδόν προσέλευση των μόνιμων κατοίκων του νησιού για την αντιμετώπιση μικρών ή και μεγαλύτερων προβλημάτων, στα πεδία ειδικότητας των ιατρών του Θεραπευτηρίου μας, κατέδειξε τη σημασία και την ωφελιμότητα του προγράμματος «Υποστήριξη», που ξεκίνησε από τη διαπίστωση των μεγάλων κενών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, των κατοίκων των ακριτικών μας νησιών, καθώς και δυσπρόσιτων περιοχών της χώρας, σε συνδυασμό με την αντικειμενική αδυναμία πρόσβασης, σε νοσοκομειακές δομές. Είναι χαρακτηριστικό, μάλιστα, ότι στο πλαίσιο εφαρμογής του προγράμματος, στη Σκύρο, εκτός από τις χιλιάδες εξετάσεις, πραγματοποιήθηκε και μια μικρή χειρουργική επέμβαση, στο χέρι ασθενούς. Όπως άλλωστε αναφέρθηκε, τα προβλήματα και τα κενά, στην παροχή περίθαλψης, στο νησί είναι χρόνια και, απλά επιδεινώθηκαν με την κρίση. Η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου Κέντρου Υγείας -αποτέλεσμα μιας ακατανόητης επιλογής κατά την εφαρμογή του ΕΣΥ στη δεκαετία του 1980, που δεν έλαβε υπόψη τη δυσκολία πρόσβασης των νησιωτών στην ηπειρωτική χώρα- έχει σαν αποτέλεσμα τη διαρκή υποστελέχωση, την έλλειψη κρίσιμων ειδικοτήτων, αλλά και διαγνωστικών μηχανημάτων, υποχρεώνοντας τους κατοίκους, να πηγαίνουν στη γειτονική Κύμη, όπου υπάρχει Κέντρο Υγείας, ακόμη και για απλές εξετάσεις ή και στη Χαλκίδα, όπου υπάρχει το πλησιέστερο νοσοκομείο. Τα όσα διαπιστώθηκαν στη Σκύρο, έτσι κι αλλιώς αποτελούν μικρογραφία των όσων συμβαίνουν στο σύνολο της ακριτικής, νησιωτικής Ελλάδας.

Το πρόγραμμα θα έχει και συνέχεια, με ανάλογες αποστολές, σε άλλα ακριτικά νησιά, με επόμενους σταθμούς τη Σύμη και τη Σαμοθράκη

Το πρόγραμμα θα έχει και συνέχεια, με ανάλογες αποστολές, σε άλλα ακριτικά νησιά, με επόμενους σταθμούς τη Σύμη και τη Σαμοθράκη.

Η ΓΟΗΤΕΥΤΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

«ΙΗΤΡΙΚΗ ΔΕ ΠΑΝΤΑ ΠΑΛΑΙ ΥΠΑΡΧΕΙ...» ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ



Εικόνα 1. Ο Αυστριακός βιολόγος και ιατρός Karl Landsteiner (1868-1943).



Γράφει ο **Δρ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Ι. ΜΥΛΩΝΑΣ**, Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός. Διδάκτωρ Οδοντιατρικής και Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιστορικός της Ιατρικής, Αν. Διευθυντής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής στο Metropolitan

Πολύ πριν συλλάβει η φαντασία των απλών καθημερινών ανθρώπων την ιδέα γενικά της μεταμόσχευσης οργάνων από άνθρωπο σε άνθρωπο, οι ερευνητές ήδη διενεργούσαν πρωτοποριακές ιατρικές και χειρουργικές μελέτες, ερευνώντας όλες εκείνες τις καθοριστικές παραμέτρους που θα οδηγούσαν τελικά στις σημερινές επιτυχίες της μεταμόσχευσης οργάνων. Από τα τέλη του 18ου

αιώνα μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα, ο τομέας της Ανοσολογίας εξελίχθηκε αργά αλλά καθοριστικά, μέσα από τις ερευνητικές προσπάθειες πολυάριθμων επιστημόνων. Ανάμεσα στα αξιοσημείωτα επιτεύγματα ήταν η ανακάλυψη των αντισωμάτων και των αντιγόνων από τον Γερμανοεβραίο ιατρό Paul Ehrlich (1854-1915) (Εικ. 2), διάσημο για τις εργασίες του στην Αιματολογία, στην Ανοσολογία και στην αντιμι-



Εικόνα 2. Ο Γερμανοεβραίος ιατρός Paul Ehrlich (1854-1915).



Εικόνα 3. Ο Ουκρανός ζωολόγος Ilya Ilyich Mechnikov (1845-1916).



Εικόνα 4. Ο Γάλλος χειρουργός και βιολόγος Alexis Carrel (1873-1944).

Στις αρχές του 20ού αιώνα είχαν ήδη διενεργηθεί πολλά πειράματα, έτσι ώστε ήταν πλέον γνωστό ότι τα ξενομοσχεύματα αποτύγχαναν κατά κανόνα, τα αλλομοσχεύματα συνήθως αποτύγχαναν, ενώ τα αυτομοσχεύματα επιτύγχαναν σχεδόν πάντοτε

κροβιακή χημειοθεραπεία, η συστηματοποίηση των ομάδων αίματος κατά ABO από τον αυστριακό βιολόγο και ιατρό Karl Landsteiner (1868-1943) (Εικ. 1), καθώς και η διατύπωση της θεωρίας της αντίστασης του ξενιστή από τον Ουκρανό ζωολόγο Ilya Ilyich Mechnikov (1845-1916) (Εικ. 3), γνωστό για την πρωτοποριακή του έρευνα στην Ανοσολογία, εξ αιτίας της οποίας χαρακτηρίστηκε και ως «ο πατέρας της φυσικής ανοσίας».

Εξ αιτίας των προόδων που σημειώθηκαν στις τεχνικές συρραφής στα τέλη του 19ου αιώνα, οι χειρουργοί ξεκίνησαν να μεταμοσχεύουν όργανα στα πειραματικά ερευνητικά τους εργαστήρια. Στις αρχές του 20ού αιώνα είχαν ήδη διενεργηθεί πολλά πειράματα, έτσι ώστε ήταν πλέον γνωστό ότι τα ξενομοσχεύματα (δηλαδή μοσχεύματα από διαφορετικά ζωικά είδη) αποτύγχαναν κατά κανόνα, τα αλλομοσχεύματα (μοσχεύματα από άλλα άτομα του ίδιου είδους) συνήθως αποτύγχαναν, ενώ τα αυτομοσχεύματα (μοσχεύματα από το ίδιο άτομο, συνήθως δερματικά μοσχεύματα) επιτύγχαναν σχεδόν πάντοτε. Επίσης, είχε γίνει κατανοητό ότι επανειλημμένες μεταμοσχεύσεις μεταξύ του ίδιου δότη και του δέκτη οδηγούσαν σε ταχεία απόρριψη, καθώς και ότι η επιτυχία του μοσχεύματος ήταν πιο πιθανή όταν ο δότης και ο δέκτης μοιραζόντουσαν «μια σχέση αίματος».

Ο Alexis Carrel (1873-1944) (Εικ. 4) ήταν ένας Γάλλος χειρουργός και βιολόγος, ο οποίος ασχολήθηκε πειραματικά με τη διατήρηση της ζωής σε όργανα ζώων έξω από το σώμα.

Το 1912 τιμήθηκε με το βραβείο Nobel Φυσιολογίας και Ιατρικής, για την τεχνική συρραφής των αιμοφόρων αγγείων που ανέπτυξε. Στη δεκαετία του 1930 συνεργάστηκε με τον Αμερικανό αεροπόρο Charles Lindbergh (1902-1974), για την κατασκευή μηχανικής καρδιάς, η οποία εξασφάλιζε την κυκλοφορία ζωτικών υγρών σε όργανα που είχαν αφαιρεθεί (Εικ. 5). Με αυτόν τον τρόπο διατηρήθηκαν ζωντανά για πολλά χρόνια διάφορα όργανα και ζωικοί ιστοί.

Στις δεκαετίες του 1940 και του 1950 πραγματοποιήθηκαν μικρές αλλά σταθερές ερευνητικές επιτυχίες. Το 1956 ο Αμερικανός ιατρός και φυσιολόγος Dickinson Richards (1895-1973) (Εικ. 6), Διευθυντής του Τομέα Παθολογίας του Πανεπιστημίου Columbia, μαζί με τον Γάλλο ιατρό και φυσιολόγο Andre Cournand (1895-1988) (Εικ. 7), καθώς και τον Γερμανό ιατρό Werner Forssmann (1904-1979) (Εικ. 8), μοιράστηκαν το βραβείο Nobel για τις προσπάθειες και τις μελέτες τους, που οδήγησαν στην πληρέστερη κατανόηση της φυσιολογίας της ανθρώπινης καρδιάς με τη χρησιμοποίηση καρδιακού καθετηριασμού.

Το 1958 ο Αμερικανός χειρουργός Keith Reemtsma (1925-2000) (Εικ. 9), μέλος αρχικά του επιστημονικού προσωπικού του Πανεπιστημίου Tulane της Νέας Ορλεάνης, ο οποίος αργότερα έγινε Διευθυντής του Τμήματος Χειρουργικής στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Columbia της Νέας Υόρκης, έδειξε για πρώτη φορά ότι ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες θα μπορούσαν να παρατείνουν την επιβίωση καρδιακών μοσχευμάτων σε εργαστηριακό περιβάλλον.

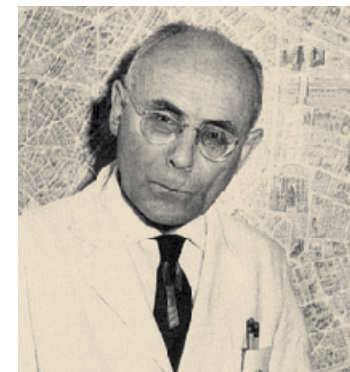
Την ίδια χρονική περίοδο οι Αμερικανοί καρδιοχειρουργοί Norman Shumway (1923-2006) (Εικ. 10) και Richard Lower (1929-2008) (Εικ. 11), μαζί με τους συνεργάτες τους στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Stanford της California, πειραματιζόντουσαν πάνω στην ανάπτυξη καρδιο-πνευμονικών μηχανών προσπαθώντας να επιλύσουν θέματα αιμάτωσης, καθώς και πρωτοποριακών χειρουργικών επεμβάσεων για να διορθώσουν ανωμαλίες καρδιακών βαλβίδων. Κλειδί στην επιτυχία τους αποτέλεσε ο πειραματισμός με την «τοπική υποθερμία», την εντοπισμένη υπερψύξη της καρδιάς που επέτρεπε τη διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος και έδινε στους χειρουργούς το κατάλληλο ελεύθερο-αίματος περιβάλλον και επαρκή χρόνο για να πραγματοποιήσουν τις επιδιορθώσεις. Στη συνέχεια ήρθε «η αυτομεταμόσχευση», όπου η καρδιά



Εικόνα 5. Εξώφυλλο του περιοδικού TIME, που απεικονίζει τον Alexis Carrel και τον Charles Lindbergh, με τη μηχανική καρδιά που κατασκεύασαν.



Εικόνα 6. Ο Αμερικανός ιατρός και φυσιολόγος Dickinson Richards (1895-1973).



Εικόνα 7. Ο Γάλλος ιατρός και φυσιολόγος Andre Cournand (1895-1988).

Στις 3 Δεκεμβρίου 1967, η χειρουργική ομάδα του Dr Barnard αφαίρεσε την καρδιά μιας 25χρονης γυναίκας που είχε χάσει τη ζωή της μετά από τροχαίο ατύχημα και την τοποθέτησε στον θώρακα του Louis Washkansky, ενός 55χρονου άνδρα που πέθαινε από ανίατη καρδιακή βλάβη. Ο ασθενής επιβίωσε για 18 ημέρες

θα μπορούσε να εκταμεί και να επανασυρραφεί στη θέση της.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1960, η ομάδα του Norman Shumway, που θεωρείται ευρέως ως ο πατέρας των καρδιακών μεταμοσχεύσεων, ήταν πεπεισμένη ότι η ανοσολογική απόρριψη συνιστούσε το μόνο εμπόδιο που παρέμενε για μια επιτυχημένη κλινική μεταμόσχευση καρδιάς. Το 1967 ο Λιβανεζοαμερικανός καρδιοχειρουργός Michael DeBakey (1908-2008) (Εικ. 12) εμφύτευσε μια συσκευή τεχνητής αριστερής κοιλίας ίδιας επιμόρφωσης, σ' έναν ασθενή στο Ιατρικό Κολέγιο Baylor, στο Houston του Texas.

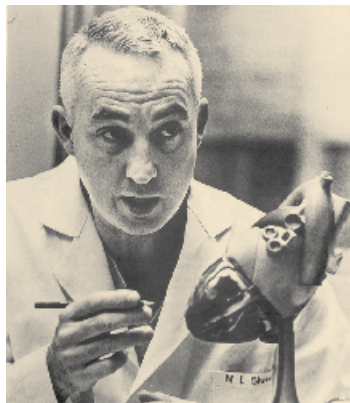
Το 1967 πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση ανθρώπινης καρδιάς από ένα άτομο στο σώμα ενός άλλου, από τον Νοτιοαφρικανό καρδιοχειρουργό Christiaan Barnard (1922-2001), στο Cape Town της Νότιας Αφρικής (Εικ. 13). Στις 3 Δεκεμβρίου 1967, η χειρουργική ομάδα του Dr Barnard αφαίρεσε την καρδιά μιας 25χρονης γυναίκας που είχε χάσει τη ζωή της μετά από τροχαίο ατύχημα και την τοποθέτησε στον θώρακα του Louis Washkansky, ενός 55χρονου άνδρα που πέθαινε από ανίατη καρδιακή βλάβη. Ο ασθενής επιβίωσε για 18 ημέρες. Ο Christiaan Barnard απέκτησε πολλές γνώσεις και τελειοποίησε την εγχειρητική του



Εικόνα 8. Ο Γερμανός ιατρός Werner Forssmann (1904-1979).



Εικόνα 9. Ο Αμερικανός χειρουργός Keith Reemtsma (1925-2000).



Εικόνα 10. Ο Αμερικανός καρδιοχειρουργός Norman Shumway (1923-2006), ο «πατέρας των καρδιακών μεταμοσχεύσεων».



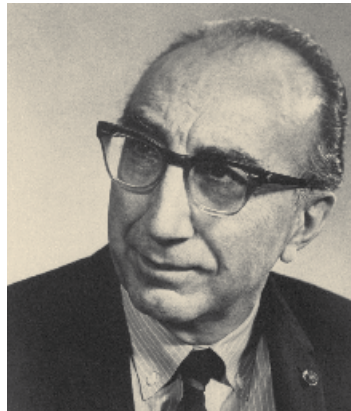
Εικόνα 11. Ο Αμερικανός καρδιοχειρουργός Richard Lower (1929-2008).

Η πλέον αξιοσημείωτη εξέλιξη στον τομέα αυτόν ήταν η ανακάλυψη της κυκλοσπορίνης, ενός ανοσοκατασταλτικού φαρμάκου προερχόμενου από μύκητα του εδάφους, στα μέσα της δεκαετίας του 1970 από τον Βέλγο ανοσολόγο Jean-Francois Borel (1933-)

τεχνική, κατά τη διάρκεια των σπουδών του δίπλα στην ομάδα του Πανεπιστημίου Stanford της California. Η πρώτη κλινική εμπειρία μεταμόσχευσης καρδιάς πυροδότησε αρχικά μια παγκόσμια επιφύλαξη, εκθρόνιση και απόρριψη, πολλοί όμως καρδιοχειρουργοί γρήγορα υιοθέτησαν τη νέα χειρουργική επέμβαση, παρά τους πολλούς κινδύνους. Παρ' όλα αυτά, λόγω του ότι πολλοί ασθενείς πέθαιναν γρήγορα μετά την επέμβαση, ο αριθμός των καρδιακών μεταμοσχεύσεων μειώθηκε από 100 το 1968, σε μόλις 18 το 1970. Αναγνωρίστηκε ότι το κύριο πρόβλημα αποτελούσε η φυσική τάση του οργανισμού να απορρίπτει τους νέους ιστούς.

Στα επόμενα 20 χρόνια πραγματοποιήθηκαν σημαντικά επιτεύγματα όσον αφορά στην προετοιμασία των ιστών και τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, που επέτρεψαν με τη σειρά τους τη διενέργεια περισσότερων μεταμοσχευτικών επεμβάσεων και αύξησαν τους δείκτες επιβίωσης των ασθενών. Η πλέον αξιοσημείωτη εξέλιξη στον τομέα αυτόν ήταν η ανακάλυψη της κυκλοσπορίνης, ενός ανοσοκατασταλτικού φαρμάκου προερχόμενου από μύκητα του εδάφους, στα μέσα της δεκαετίας του 1970 από τον Βέλγο ανοσολόγο Jean-Francois Borel (1933-) (Εικ. 14).

Το 1984 πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής παιδιατρική μεταμόσχευση καρδιάς



Εικόνα 12. Ο Λιβανεζοαμερικανός καρδιοχειρουργός Michael DeBakey (1908-2008).



Εικόνα 13. Ο Νοτιοαφρικανός καρδιοχειρουργός Christiaan Barnard (1922-2001).



Εικόνα 14. Ο Βέλγος ανοσολόγος Jean-Francois Borel (1933-).

σ' ένα τετράχρονο αγόρι, στο Πανεπιστήμιο Columbia της Νέας Υόρκης. Το συγκεκριμένο παιδί υποβλήθηκε και σε δεύτερη μεταμόσχευση καρδιάς το 1989, έζησε δε μέχρι το 2006, οπότε και απεβίωσε από άλλη αιτία. Εξ άλλου το 1984 επίσης, στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Loma Linda της California, ο Αμερικανός καρδιοχειρουργός Leonard Bailey (1943-) (Εικ. 15), πραγματοποίησε μεταμόσχευση καρδιάς μπαμπούνιου σ' ένα κοριτσάκι ηλικίας μόλις 12 ημερών, που έμεινε γνωστή στην ιστορία ως "Baby Fae" (Εικ. 16). Το νεογνό έζησε για 20 ημέρες, αποτελώντας τον πιο διάσημο λήπτη καρδιακού ξενομοσχεύματος.

Ολόκληρη η δεκαετία του 1980 αλλά και εκείνη του 1990 χαρακτηρίστηκε από τις προσπάθειες των ιατρών να βελτιώσουν τις τεχνικές για εξισορρόπηση των δόσεων των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, έτσι ώστε αφ' ενός να προστατέψουν το καρδιακό μόσχευμα, αφ' ετέρου να επιτρέψουν στον ασθενή τη διατήρηση επαρκούς ανοσολογικής λειτουργίας, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τις λοιμώξεις. Το 1994 ανακαλύφθηκε σ' ένα δείγμα μύκητα ένα νέο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο, το tacrolimus ή FK-506, ενώ σήμερα πλέον νέες φαρμακοτεχνικές μορφές της κυκλοσπορίνης επιτρέπουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με μικρότερες, λιγότερο τοξικές δόσεις. Οι πρόοδοι στην ανοσοκαταστολή έχουν πρόσφατα συμπεριλάβει την ανάπτυξη και τη διεύρυνση της χρήσης των πολυκλωνικών και των μονοκλωνικών αντισωμάτων, ώστε να εξουδετερώσουν την ανθεκτική στα κορτικοστεροειδή απόρριψη. Επίσης, συνεχίζεται η έρευνα για την αντιμετώπιση, την αναστροφή και την αποφυγή της επιταχυνόμενης αθηροσκλήρυνσης στη μεταμοσχευθείσα καρδιά, που πιστεύεται ότι προκαλείται ή επιβαρύνεται από την απαιτούμενη καταστολή της φυσιολογικής ανοσολογικής απόκρισης του οργανισμού.

Η προσπάθεια είναι διαρκής, τα επιτεύγματα σημαντικά, η πρόοδος συνεχής, έτσι ώστε να παραμένει πάντα επίκαιρη η ρήση του Ιπποκράτη: «Ο μεν βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρή, ο δε καιρός οξύς, η δε πείρα σφαλερή, η δε κρίσις χαλεπή» (η ζωή είναι σύντομη, η δε ιατρική μακρόχρονη, η ευκαιρία φευγαλέα και η πείρα απατηλή, η δε ορθή κρίση των πραγμάτων είναι δύσκολη)...



Εικόνα 15. Ο Αμερικανός καρδιοχειρουργός Leonard Bailey (1943-).



Εικόνα 16. Η γνωστή "Baby Fae", το 12 μόλις ημερών νεογνό, που αποτέλεσε τον πιο διάσημο λήπτη καρδιακού ξενομοσχεύματος (καρδιά μπαμπούνιου).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

Υπολογίζεται ότι από ψωρίαση πάσχουν σήμερα περίπου 14 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη και περίπου 125 εκατομμύρια άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο. Στην Ελλάδα, περίπου 350.000 άτομα

Η ψωρίαση είναι μια γενοδερματοπάθεια, σχετίζεται δηλαδή με γονίδια που κληρονομούνται από γενιά σε γενιά και υπάρχει περίπτωση να εκδηλωθεί κάποια στιγμή στη ζωή του ανθρώπου. Πιθανόν να ενεργοποιείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, το stress, το οινόπνευμα, οι διατροφικές συνήθειες, οι λοιμώξεις, αλλά και κάποια φάρμακα. Πιο συχνά ενοχοποιείται μια οικογένεια φαρμάκων που ονομάζονται β-blockers και λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης και της ταχυκαρδίας. Επίσης, μπορεί να επιδεινωθεί μετά τη λή-

ψη φαρμάκων που επηρεάζουν τη διάθεση, όπως το λίθιο. Υπολογίζεται ότι από ψωρίαση πάσχουν σήμερα περίπου 14 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη και περίπου 125 εκατομμύρια άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο. Στην Ελλάδα, περίπου 350.000 άτομα πάσχουν από ψωρίαση.

Η ψωρίαση είναι μια συχνή, με ισχυρές ενδείξεις ότι σχετίζεται με ανοσολογική διαταραχή, φλεγμονώδης δερματική νοσολογική οντότητα. Έχει εκτιμηθεί ότι έως και το 3% του γενικού πληθυσμού πάσχει από τη νόσο. Η συχνότερη κλινική μορφή της (η οποία αντιστοιχεί στο 80% περίπου των περιστατικών) είναι η ψωρίαση κατά πλάκας, που χαρακτηρίζεται από ροδόχροες πλάκες στο δέρμα, καλυπτόμενες από αργυρόχρωσα λέπια. Οι περιοχές του σώματος που επηρεάζονται συχνότερα είναι το τριχωτό της κεφαλής, οι αγκώνες, τα γόνατα και ο κορμός. Τα συχνότερα συμπτώματα της ψωρίασης είναι ο κνησμός, η ερυθρότητα και η απολέπιση. Η ψωρίαση θεωρείται σήμερα μια συστηματική φλεγμονώδης νόσος σχετιζόμενη με αρκετές άλλες παθήσεις. Δηλαδή, σχετίζεται με τη στεφανιαία νόσο, την αρτηριακή υπέρταση, την υπερλιπιδαιμία και τον σακχαρώδη διαβήτη και οι ψωριασικοί ασθενείς είναι συχνά παχύσαρκοι, καπνιστές και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με ψωρίαση εμφανίζουν πολύ νωρίτερα τις παραπάνω συννοσηρό-

τητες, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Η πρόοδος στον τομέα της Δερματολογίας δίνει περισσότερες επιλογές για τα άτομα με ψωρίαση σε σχέση με το παρελθόν. Κατά κανόνα, η τοπική θεραπεία και μόνο είναι αρκετή για να διατηρήσει την ύφεση των συμπτωμάτων της και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Η εντατική ενυδάτωση διατηρεί το δέρμα τους μαλακό και προλαμβάνει τους τραυματισμούς, που πολλές φορές πυροδοτούν τις εξάρσεις της ψωρίασης. Οι συστηματικές θεραπείες από του στόματος έχουν ένδειξη μόνο σε βαριές περιπτώσεις. Ωστόσο, έχουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες και για τον λόγο αυτόν οι δερματολόγοι είναι διστακτικοί να τις συστήσουν σε ήπια ή μέτριας βαρύτητας νόσο. Την τελευταία δεκαετία, για τη βαριά και επίμονη ψωρίαση έχουν κυκλοφορήσει οι ενέσιμες βιολογικές θεραπείες. Πρόκειται για μια επαναστατική μορφή θεραπείας, που θα διαρκέσει όμως για χρόνια και δεν στερείται μακροπρόθεσμων ανεπιθύμητων ενεργειών, εξαιτίας της ανοσοκαταστολής που προκαλεί.

Όσο βελτιώνεται η κατανόηση για την αιτιοπαθογένεια της ψωρίασης, οι δερματολόγοι έχουν ισχυρότερα όπλα στη θεραπευτική τους φαρέτρα για να περιορίσουν τις υποτροπές της ψωρίασης, να κρατήσουν το δέρμα των ασθενών τους σχεδόν ελεύθερο βλαβών και επομένως να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.



Γράφει
ο **ΒΑΣΙΛΗΣ ΠΑΠΑΕΥΘΥΜΙΟΥ**
Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος
στο Metropolitan



Επίσημος
Ιατρικός
Υποστηρικτής



Η ΠΑΕ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΣ σας ανακοινώνει ότι και φέτος εμπιστεύθηκε την ιατρική υποστήριξη της ομάδας μας στο υπερσύγχρονο θεραπευτήριο **METROPOLITAN HOSPITAL (Εθν. Μακαρίου 9 Ν. Φάληρο, τηλ.: 210-4809000)**, στελεχωμένο με διακεκριμένους ιατρούς και άρτια εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο πλαίσιο αυτής της πολύ σημαντικής συνεργασίας **οι κάτοχοι εισιτηρίων διάρκειάς της ΠΑΕ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΣ** έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν **δωρεάν** την κάρτα **METROPOLITAN**, με ισχύ (1) ένα έτος, και να επωφεληθούν των ακόλουθων παροχών:

- > **Δωρεάν** επισκέψεις σε Επιμελητές Ιατρούς
- > Επισκέψεις σε Διευθυντές Ιατρούς με **έκπτωση 50%**
- > **Έκπτωση 35%** στις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις
- > **Έκπτωση 20%** στα πακέτα Check-up του Νοσοκομείου

Μπορείτε να επισκευθείτε το site του Νοσοκομείου www.metropolitan-hospital.gr για να δείτε αναλυτικότερα τις παροχές. Πληροφορίες σχετικά με την έκδοση της κάρτας στο τηλέφωνο: **210. 4809343**

Το να φροντίζεις

αυτούς που αγαπάς,

έχει σημασία



Το να είσαι δίπλα τους όταν σε χρειάζονται, έχει σημασία.

Γι' αυτό έχει σημασία να έχεις τη σωστή ασφάλιση υγείας, η οποία προσαρμόζεται σε κάθε ανάγκη της ζωής σου.

Στην NN Hellas πιστεύουμε ότι όλοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Γι' αυτό εδώ και 35 χρόνια είμαστε δίπλα σας, προσφέροντας ολοκληρωμένα ασφαλιστικά προγράμματα για εσάς και την οικογένειά σας.



NNHellas.gr

You matter