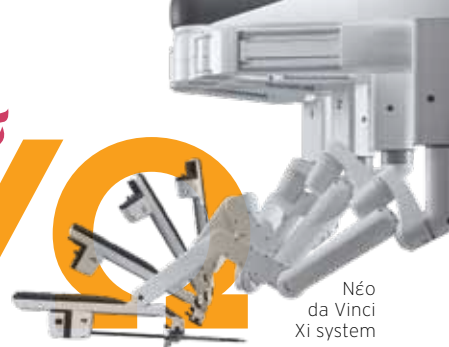


ΓΙΑΤΡΕΥΣΗ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ METROPOLITAN



Νέο
da Vinci
Xi system

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Πώς επιδρά ο ήλιος
στο δέρμα

METROPOLITAN-CONNECT

Η διαδικτυακή κοινότητα
για την υγεία

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Θωρακοχειρουργική
νέας γενιάς

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Αντιμετώπιση ημικρανίας
με βελονισμό

ΤΟ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΡΟΜΠΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ DA VINCI ΣΤΟ METROPOLITAN

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ
ΓΟΝΑΤΟΣ CAS, ΜΕ ΨΗΦΙΑΚΟ
ΠΛΟΗΓΟ, NAVIGATOR

Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ PRP ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ:
ΔΕΡΜΑ, ΚΑΡΔΙΑ, ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ, ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Γίνε μέλος της Διαδικτυακής Κοινότητας για την Υγεία **Metropolitan Connect**

Συνδέσου, ενημερώσου και μοιράσου τους κοινούς σου προβληματισμούς για θέματα υγείας που σε απασχολούν



Στην **Κοινότητα Metropolitan Connect** πιστεύουμε ότι ο ενημερωμένος και εκπαιδευμένος πολίτης μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα ζητήματα πρόληψης, αλλά και υπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Στόχος είναι να δημιουργήσουμε μια δυναμική διαδικτυακή κοινότητα, που θα διευκολύνει την άμεση επικοινωνία ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα και στους πολίτες.

www.metropolitan-hospital-connect.gr



Εθνάρχου Μακαρίου 9 & Ελ. Βενιζέλου 1, 185 47 Νέο Φάληρο **210 4809000**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Καλοκαίρι - 2017 || Τεύχος #40 || www.metropolitan-hospital.gr



Καρδιοπαθείς γευθείτε άφοβα τον θερινό ήλιο • Γ. Παληός



Αντιμετώπιση ημικρανίας με βελονισμό • Π. Ζαγόπουλος



Ολική αρθροπλαστική γόνατος CAS με χρήση ψηφιακού πλοηγού (navigator) • Σ. Αναστασόπουλος



Πώς επιδρά ο ήλιος στο δέρμα • Κ. Μηλεούνης



Σύγχρονη χειρουργική ποδοσφαιρού στο Θεραπευτήριο Metropolitan • Ε. Ευαγγέλου, Ι. Βαίλας



Θωρακοχειρουργική νέας γενιάς • Ε. Γεωργιαννάκης



Λαπαροσκοπική Χειρουργική: Μια ιστορία σαν παραμύθι • Α. Μυλωνάς

Διευθυντής: Ηλίας Αλεξάκης
Σύμβουλοι Έκδοσης: Γιώργος Σάπκας, Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Αθηνών - Κλινική Σπονδυλικής Στήλης και Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος • Μιχάλης Κυριακίδης, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Πρόεδρος Επιστημονικής και Συντακτικής Επιτροπής: Α. Ρασιδάκης, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Επιστημονική Επιτροπή: Σ. Απέργης, Αναπληρωτής Διευθυντής Χειρουργός • Στ. Γιακουμάκης, Διοικητικός Διευθυντής - Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής • Κ. Δελής, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής • Ε. Καπάντας, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας • Γ. Μάκος, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής • Ι. Μπουτσικάκης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής

• Ειρ. 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 Αναισθησιολογικού Τμήματος • Γ. Χατζηδημητρίου, Διευθύντρια Αιμοδοσίας • Κ. Χατζησταύρου, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών-Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής
Επιστημονική Εταιρεία: Πρόεδρος: Αντώνης Ρασιδάκης • Αντιπρόεδρος: Ματθαίος Δουζίνης • Γεν. Γραμματέας: Ιωάννης Ρόμπος • Ταμίας: Γεώργιος Κλούβας • Μέλη: Μαρία Καλμαντί, Μαρουλιώ Σταθουλοπούλου

Το περιοδικό ΓΙΑΤΡΕΥΩ εκδίδεται από το **ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ**
Λ. Μεσογείων 380, 153 41 Αγ. Παρασκευή • Τηλ: 210 6000643, Fax: 210 6002295, e-mail: techn@hol.gr • Καλλιτεχνική Επιμέλεια: Ελένη Α. Βραχάτη





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.



3.000

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



Το **50%**

των διαβητικών ανδρών παρουσιάζουν προβλήματα στύσης, ενώ στο 80% ανέρχεται το ποσοστό εκείνων που εμφανίζουν στυτική δυσλειτουργία, λόγω της δυσκολίας στη σεξουαλική ζωή των ανδρών που δημιουργεί ο διαβήτης



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 McMaster του Καναδά.



Κατά **50%**

αυξήθηκαν τα ρομποτικά χειρουργικά μηχανήματα, στη διετία 2013-2014, φθάνοντας τα 3.100 από 2.000. Καινούργια ρομπότ, τελευταίας γενιάς, αναμένονται και την επόμενη διετία.



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.



25%

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



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).



ΘΕΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ

Υποτιμούμε, επί παραδείγματι, τον πληθωρισμό ατομικών ταλέντων και δεξιοτήτων που, αν ενταχθούν στο κατάλληλο πλαίσιο, μπορεί να οδηγήσουν σε «μικρά θαύματα»



Όλοι παραδεχόμαστε ότι η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική υστέρηση, σ' ό,τι αφορά στις υποδομές, ενώ δεν δείχνουμε και ιδιαίτερη έφεση, στον τομέα της οργάνωσης. Οι υστερήσεις αυτές, έχουν αρκούντως αξιοποιηθεί, ειδικά στα χρόνια της κρίσης, προκειμένου να επιβληθεί στη χώρα μας η «τιμωρητική» πολιτική της λιτότητας, ενώ πολλές φορές έχουν καταστεί αντικείμενο αυτοκριτικής, στα όρια του αυτομαστιγώματος. Όμως, όσο κι αν κάποιοι -εντός και εκτός της χώρας- επιμένουν να προβάλλουν μια μονόπλευρη, γκρίζα εικόνα, η χώρα μας εξακολουθεί να διαθέτει συγκριτικά πλεονεκτήματα που ακόμη κι εμείς τείνουμε, πολλές φορές, να παραβλέπουμε. Υποτιμούμε, επί παραδείγματι, τον πληθωρισμό ατομικών ταλέντων και δεξιοτήτων που, αν ενταχθούν στο κατάλληλο πλαίσιο, μπορεί να οδηγήσουν σε «μικρά θαύματα». Του λόγου το αληθές επιβεβαιώνουν τα άπειρα παραδείγματα συμπατριωτών μας που, διαχρονικά, διαπρέπουν στο εξωτερικό, σε ιδιαίτερα μάλιστα απαιτητικούς τομείς, όπως της Ιατρικής και των νέων επιστημονικών ανακαλύψεων. Τείνουμε, επίσης, να λησμονούμε, βυθισμένοι πολλές φορές στη «συλλογική κατάθλιψη» εξαιτίας της κρίσης, ότι η Ελλάδα ξεχωρίζει, τουλάχιστον μεταξύ

των υπόλοιπων ευρωπαϊκών κρατών, για το μοναδικό, υπέροχο κλίμα της και τις άπειρες φυσικές της ομορφιές, χάρη και στο μοναδικό γεωγραφικό της ανάγλυφο. Στοιχεία που είναι αξιοποιήσιμα και στο οικονομικό πεδίο, αν λάβουμε υπόψη, επί παραδείγματι, τα τεράστια οφέλη από τον τουρισμό, αλλά και τη συμβολή στη βελτίωση της σωματικής και της ψυχικής ευεξίας των νεοελλήνων. Ο αρμονικός συνδυασμός κλίματος και φυσικής ομορφιάς, καθώς και η άμεση σύνδεσή τους με την ψυχοσωματική κατάσταση των συμπολιτών μας, γίνεται ιδιαίτερα ορατή, στην περίοδο που διανύουμε, όπου η θερινή ευοδία, επενεργεί αυτόματα σχεδόν στο «βιολογικό ρολόι» του οργανισμού μας, δημιουργώντας ένα αυξημένο αίσθημα αισιοδοξίας και ελπιδοφόρας προοπτικής, σε πείσμα της καταθλιπτικής πραγματικότητας, που εξακολουθεί να μας περιβάλλει. Τα ανωτέρω επιβεβαιώνουν αυτή τη φορά και οι αριθμοί, που δείχνουν μια αισθητή μείωση των δυσάρεστων περιστατικών και των αναγκών περίθαλψης, των συμπολιτών μας. Ας χαρούμε, λοιπόν, την ομορφιά που μας περιβάλλει, έχοντας κατά νου ότι είναι παντοτινή, σε αντίθεση με τα πρόσκαιρα προβλήματα της καθημερινότητας.

Η.Α.

Οι καλύτερες και οι χειρότερες τροφές για το συκώτι

Το συκώτι είναι το «κέντρο αποτοξίνωσης» του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς είναι υπεύθυνο για την απομάκρυνση επικίνδυνων ουσιών, όπως το οινόπνευμα και οι διάφοροι ρύποι. Παράλληλα, αποτελεί και αποθηκευτικό μέσο για βιταμίνες και μέταλλα. Για να λειτουργεί σωστά το συκώτι χρειάζεται ορισμένα θρεπτικά συστατικά, τα οποία φυσικά τα λαμβάνουμε μέσω της διατροφής μας. Από την άλλη πλευρά, οι κακές διατροφικές επιλογές μπορεί να το βλάψουν.

- Δείτε ποιες τροφές προτείνουν οι ειδικοί να τρώμε και ποιες να αποφεύγουμε:
- 1. Βρώμη: ΝΑΙ.
 - 2. Τηγανητά: ΟΧΙ.
- Μπρόκολο: ΝΑΙ.
Γλυκά: ΟΧΙ. Αμύγδαλα: ΝΑΙ. Παστά: ΟΧΙ.
Σπανάκι: ΝΑΙ. Μύρτιλο: ΝΑΙ.

Πρόληψη άνοιας: Ποια είναι η απαραίτητη βιταμίνη

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα αντιοξειδωτικά των τροφών αποτρέπουν την άνοια, καθώς οι δράσεις τους παρεμβαίνουν στη διαδικασία εκφυλισμού των εγκεφαλικών κυττάρων. Οι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν επαρκείς ποσότητες βιταμινών και αντιοξειδωτικών από τη διατροφή τους, έχουν μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας σε σχέση με εκείνους που καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες της. Ολλανδοί επιστήμονες του Ιατρικού Κέντρου Erasmus διαπίστωσαν ότι άνθρωποι ηλικίας άνω των 55 ετών που προσλάμβαναν επαρκείς ποσότητες βιταμίνης Ε από τη διατροφή τους, είχαν 25% μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας, περιλαμβανομένης της νόσου Αλτσχάιμερ, την επόμενη δεκαετία, συγκριτικά με εκείνους που είχαν την ελάχιστη πρόσληψη βιταμίνης Ε.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ: ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΑ «ΑΘΩΑ» ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ρήξη ανeurύσματος

Μια ξαφνική, πολύ έντονη κεφαλαλγία (πονοκέφαλος) είναι το βασικό σύμπτωμα μιας ρήξης ανeurύσματος. Αυτή η κεφαλαλγία συχνά περιγράφεται από πολλούς ασθενείς ως «ο χειρότερος πονοκέφαλος που είχαν ποτέ». Τα πιο συνήθη συμπτώματα μιας ρήξης ανeurύσματος περιλαμβάνουν:

- Αιφνίδια, εξαιρετικά σοβαρή κεφαλαλγία
- Ναυτία και έμετο
- «Πιάσιμο» στον λαιμό
- Θολή ή διπλή όραση
- Ευαισθησία στο φως
- Επιληπτική κρίση
- Βλεφαρόπτωση
- Απώλεια της συνείδησης
- Σύγχυση.

Ανεύρυσμα εγκεφάλου που έχει απλή διαρροή

Σε ορισμένες περιπτώσεις, σε ένα ανeurύσμα μπορεί να αρχίσει να διαρρέει μόνο μια μικρή ποσότητα αίματος. Αυτή η διαρροή μπορεί να προκαλέσει:

- Αιφνίδια, εξαιρετικά σοβαρή κεφαλαλγία
- Μια πιο σοβαρή ρήξη ακολουθεί σχεδόν πάντα την απλή διαρροή.

Ανεύρυσμα εγκεφάλου που δεν έχει διαρραγεί (σπάσει) ακόμη

Ένα ανeurύσμα εγκεφάλου που δεν έχει σπάσει μπορεί να μην προκαλέσει κάποιο σύμπτωμα, ιδιαίτερα αν είναι μικρό. Ωστόσο, ένα μεγάλο ανeurύσμα μπορεί να πιέζει τους παρακείμενους ιστούς του εγκεφάλου και τα νεύρα, προκαλώντας ενδεχομένως:

- Πόνο πάνω και πίσω από το ένα μάτι
- Μεγέθυνση της κόρης του ματιού
- Αλλαγές στην όραση ή διπλωπία (διπλή όραση)
- Μούδιασμα, αδυναμία ή παράλυση της μιας πλευράς του προσώπου -βλεφαρόπτωση.



Μελέτες έχουν δείξει ότι τα αντιοξειδωτικά των τροφών αποτρέπουν την άνοια, καθώς οι δράσεις τους παρεμβαίνουν στη διαδικασία εκφυλισμού των εγκεφαλικών κυττάρων. Οι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν επαρκείς ποσότητες βιταμινών και αντιοξειδωτικών από τη διατροφή τους, έχουν μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας σε σχέση με εκείνους που καταναλώνουν μικρότερες ποσότητές της

ΜΠΟΡΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ;

Η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να προκληθεί από ποικίλους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι και το κάπνισμα. Δεν αποτελεί τεράστια έκπληξη, αν αναλογιστούμε ότι ο καπνός βλάπτει τα αιμοφόρα αγγεία και η στυτική δυσλειτουργία είναι συνήθως αποτέλεσμα κακής αιμάτωσης του πέους.

Τα καλά νέα είναι ότι, αν κόψουμε το κάπνισμα, η αγγειακή μας υγεία θα βελτιωθεί, όπως και οι σεξουαλικές μας επιδόσεις.



Η ρίζα του κουρκουμά χρησιμοποιείται στην παραδοσιακή ασιατική Ιατρική για την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών ενοχλήσεων, του πόνου των αρθριτικών, της δυσμηνόρροιας, καθώς και για την τόνωση του οργανισμού

ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ: Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΜΙΑΣ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗΣ ΑΠΕΙΛΗΣ

Το καλοκαίρι κρύβει κινδύνους. Κάποιοι από αυτούς είναι «κραυγαλέοι» και κάποιοι «σιωπηλοί». Είναι η εποχή που καταγράφεται αύξηση των περιστασιακών σχέσεων. Αν δεν ληφθούν οι κατάλληλες προφυλάξεις, τότε ένας από τους πιθανούς κινδύνους είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ανάμεσα σε αυτά και η για πολύ καιρό «ξεχασμένη» ασθένεια της βλεννόρροιας, η οποία έχει κάνει τελευταία δυναμική επανεμφάνιση.

Πρόκειται για το τρίτο σε συχνότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα παγκόσμια. Είχε επικρατήσει η άποψη ότι οι «κλασικές» σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είχαν τεθεί πλέον οριστικά υπό έλεγχο. Αντιθέτως όμως, «όλα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα βιώνουν μια επιστροφή». Συνήθης τρόπος μετάδοσης της βλεννόρροιας είναι η σεξουαλική επαφή. Ωστόσο, στις βακτηριακές μολυσματικές ασθένειες ο τρόπος μετάδοσης διαφέρει σε σχέση με τη νόσο του HIV.



Η ΠΑΥΣΙΠΟΝΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΥΡΚΟΥΜΑ

Ο κουρκουμάς ή κιτρινόριζα χρησιμοποιείται στην Ινδία εδώ και εκατοντάδες χρόνια μεμονωμένα ή σε μείγμα μπαχαρικών που ενισχύουν τη γεύση των φαγητών.

Η ρίζα του κουρκουμά χρησιμοποιείται στην παραδοσιακή ασιατική Ιατρική για την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών ενοχλήσεων, του πόνου των αρθριτικών, της δυσμηνόρροιας, καθώς και για την τόνωση του οργανισμού. Εργαστηριακές έρευνες, καθώς και έρευνες σε πειραματόζωα έχουν αναδείξει την αντιφλεγμονώδη δράση του, η οποία αποδίδεται κυρίως στην περιεκτικότητά του σε κουρκουμίνη.



Μαζί με το νέο da Vinci Xi

ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΡΟΜΠΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ DA VINCI ΤΩΡΑ ΣΤΟ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ HOSPITAL



Η εγκατάσταση και δεύτερου ρομποτικού συστήματος στο Metropolitan Hospital είναι πλέον γεγονός. Στις 29 Ιουνίου 2017 πέρασε το κατώφλι των χειρουργείων του Metropolitan το πλέον σύγχρονο και πιο άρτια εξοπλισμένο μηχάνημα Ρομποτικής Χειρουργικής που είναι διαθέσιμο παγκοσμίως, το da Vinci Xi. Έτσι, το Metropolitan γίνεται όχι μόνο το πρώτο στην Ελλάδα θεραπευτήριο που διαθέτει το συγκεκριμένο κορυφαίο μηχάνημα Ρομποτικής Χειρουργικής, αλλά το πρώτο θεραπευτήριο της νοτιο-ανατολικής Ευρώπης που διαθέτει δύο ταυτόχρονα λειτουργικά ρομποτικά συστήματα da Vinci.

Το ρομποτικό σύστημα da Vinci Xi έχει ενσωματώσει όλη την τεχνολογία αιχμής των τελευταίων 7 χρόνων, παρέχοντας στον χειρουργό περισσότερες δυνατότητες για πιο εύκολο, γρήγορο και αποτελεσματικό ρομποτικό χειρουργείο. Η βασική διαφορά του από το αμέσως προηγούμενο μοντέλο, το οποίο επίσης διαθέτει το Metropolitan, είναι ότι οι ρομποτικοί βραχίονες γίνονται περισσότερο ευέλικτοι, πιο ακριβείς και πιο ανεξάρτητοι στη λειτουργία τους, μιμούμενοι ακόμα καλύτερα τις κινήσεις του ανθρώπινου χεριού, ακόμη και στις πλέον δύσκολες, δυσπρόσιτες και απαιτητικές περιστάσεις (όπως π.χ. σε εξαιρετικά παχύσαρκους και βαθείς ή σε πολύ λεπτούς και μικροκαμωμένους ασθενείς).

Η εκπαίδευση του προσωπικού του χειρουργείου είχε ήδη προηγηθεί τις προηγούμενες εβδομάδες, οπότε ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό είναι πλέον εξοικειωμένοι και έτοιμοι από όλες τις πλευρές να ξεκινήσουν να λειτουργούν το νέο μηχάνημα και να εκ-



Με δύο Da Vinci και ένα Mako, το Metropolitan έχει εγκαταστήσει το μεγαλύτερο ρομποτικό σύστημα της Ελλάδας και το Θεραπευτήριο τοποθετείται ως ένα από τα καλύτερα ρομποτικά κέντρα της Ευρώπης

μεταλλευτούν τα πλεονεκτήματά του προς όφελος των ασθενών.

Προτού αρχίσει να χρησιμοποιείται το νέο μηχάνημα και για να ευχηθούμε Καλή Αρχή και καλές επιτυχίες και καλά αποτελέσματα στις ρομποτικές επεμβάσεις που θα ακολουθήσουν προηγήθηκε ο καθιερωμένος Αγιασμός από τον σεβασμιότατο Μητροπολίτη Πειραιώς κ. Σεραφείμ.

750 ρομποτικές ουρολογικές επεμβάσεις

Το Metropolitan Hospital διαθέτει έναν από τους πλέον έμπειρους ρομποτικούς χειρουργούς-ουρολόγους παγκοσμίως, τον Βασίλη Πουλάκη, Αν. Καθηγητή του Πανεπιστημίου Φρανκφούρτης Γερμανίας, ο οποίος πραγματοποιήσε τον περασμένο χρόνο, το 2016, περίπου 750 ρομποτικές ουρολογικές επεμβάσεις. Η εγκατάσταση ενός δεύτερου ρομποτικού συστήματος σε ένα θεραπευτήριο πρώτης γραμμής και κορυφαίων τεχνολογικών δυνατοτήτων, όπως είναι το Metropolitan, προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα.

Με το δεύτερο ρομποτικό σύστημα κερδίζεται χρόνος όχι μόνο για πιο ορθολογικό προγραμματισμό των υπάρχοντων ρομποτικών χειρουργείων αλλά και για διεύρυνση του φάσματος αυτών, καθώς και για τη διευκόλυνση της πρόσβασης νέων ιατρών στις νέες τεχνολογίες.

Η ύπαρξη δεύτερου ρομποτικού συστήματος σε ένα θεραπευτήριο θα αυξήσει ακόμη περισσότερο την εμπειρία και την εξοικείωση ολόκληρου του προσωπικού, ιατρικού και νοσηλευτικού, με τη Ρομποτική Χειρουργική. Χαρακτηριστικά μας αναφέρουν ιατροί και ιατρικοί επισκέπτες, οι οποίοι τυχάνει να έχουν στενή επαγγελματική επα-

φή και με άλλα ιδιωτικά νοσοκομεία που διαθέτουν ένα ρομποτικό σύστημα, το οποίο δεν λειτουργεί τόσο εντατικά όσο αυτό του Metropolitan, ότι η πραγματοποίηση ενός ρομποτικού χειρουργείου στα νοσοκομεία «μειωμένης ρομποτικής εμπειρίας» αποτελεί «μέγα γεγονός της ημέρας» για όλη την οργάνωση του χειρουργείου. Αντίθετα, για το Metropolitan, η πραγματοποίηση 3 ή και 4 ρομποτικών χειρουργείων την ημέρα αποτελεί μια συνηθισμένη ρουτίνα.

Τέλος, η ύπαρξη δεύτερου ρομποτικού συστήματος σε ένα νοσοκομείο αυξάνει την ασφάλεια και παρέχει ακόμη μεγαλύτερες εγγυήσεις για μια πιο εύρυθμη και απρόσκοπτη λειτουργία των ρομποτικών χειρουργείων.

Το Metropolitan Hospital διαθέτει έναν από τους πιο έμπειρους ρομποτικούς Χειρουργούς - Ουρολόγους παγκοσμίως, τον Βασίλη Πουλάκη, Αν. Καθηγητή του Πανεπιστημίου Φρανκφούρτης Γερμανίας, ο οποίος πραγματοποίησε τον περασμένο χρόνο, το 2016, περίπου 750 ρομποτικές ουρολογικές επεμβάσεις





ΚΩΣΤΑΣ ΜΗΛΕΟΥΝΗΣ
Διευθυντής Δερματολόγος-
Αφροδισιολόγος
στο Metropolitan

ΠΩΣ ΕΠΙΔΡΑ Ο ΗΛΙΟΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ

Χαιρόμαστε το καλοκαίρι, χαιρόμαστε τον ήλιο και τη θάλασσα, ανεβάζοντας τα επίπεδα της ευεξίας μας, αλλά και της ψυχολογίας μας.

Πολλά τα οφέλη της εποχής για την υγεία μας, αλλά όταν δεν ξεπερνάμε κάποια όρια, συνήθως όσον αφορά στην έκθεσή μας στον ήλιο, γιατί δυστυχώς είναι δυνατόν αυτή η υπερέκθεση να έχει κάποιες σοβαρές επιπτώσεις στον οργανισμό μας, λίγο-πολύ γνωστές.

Όσο πολύτιμος και απαραίτητος είναι ο ήλιος για τη ζωή στον πλανήτη μας, τόσο λίγες ευεργετικές επιδράσεις έχει στο δέρμα του ανθρώπου και πολλές και δυνητικά επικίνδυνες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η κατανομή της ηλιακής ακτινοβολίας στην επιφάνεια του δέρματος διακυμαίνεται ανάλογα με τη γωνία του ήλιου

Αυτό που πρέπει να προσέχετε όταν αγοράζετε αντηλιακή κρέμα είναι ο δείκτης προστασίας. Πρέπει απαραίτητα ο δείκτης προστασίας να είναι μεγαλύτερος του 15. Επίσης, πρέπει να επιλέξετε αντηλιακή κρέμα στην οποία να αναγράφεται ότι προστατεύει από τις υπεριώδεις ακτινοβολίες A, B (UVA, UVB)

στον ορίζοντα και τη θέση του σώματος σε σχέση με τον ήλιο.

Από τις παραπάνω ακτινοβολίες, η υπεριώδης ακτινοβολία είναι αυτή που ασκεί κυρίως επίδραση στο δέρμα του ανθρώπου. Η υπέρυθη ακτινοβολία προκαλεί κυρίως θερμότητα και δρα επιτείνοντας την επιβλαβή δράση της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Η κύρια ευεργετική δράση της ηλιακής ακτινοβολίας είναι η σύνθεση της βιταμίνης D όπου το 90% αυτής παράγεται στο δέρμα με μετατροπή της 7-δεϋδροχοληστερόλης από τη B σε προβιταμίνη D3, η οποία μετατρέπεται από τον οργανισμό σε ενεργό βιταμίνη.

Επίπτωση στο δέρμα

Πώς επιδρά όμως ο ήλιος στο δέρμα; Οι οξείες βλαπτικές επιδράσεις περιλαμβάνουν το ηλιακό έγκαυμα, τις φωτοδερματοπάθειες και τη φωτοευαισθησία. Οι χρόνιες βλάβες περιλαμβάνουν τη φωτογήρανση και τη φωτοκαρκινογένεση.

Το ηλιακό έγκαυμα εμφανίζεται 3-5 ώρες μετά την έκθεση στον ήλιο με κοκκίνισμα, οίδημα, φυσαλίδες και πόνο, ενώ χρειάζεται άμεση ιατρική φροντίδα.

Η φωτοευαισθησία μοιάζει με το ηλιακό έγκαυμα αλλά εμφανίζει έντονο κνησμό και συνδυάζεται με τη λήψη ορισμένων φαρμάκων από τον ασθενή.

Η φωτογήρανση είναι το αποτέλεσμα μακρόχρονης έκθεσης στον ήλιο και το δέρμα εμφανίζεται ξηρό, τραχύ, με βαθιές ρυτίδες, ευρυαγγείες και μελαγχρωματικές κηλίδες. Υπεύθυνες ακτίνες είναι οι UVA και UVB.

Η φωτοκαρκινογένεση οφείλεται στη βλαπτική επίδραση του ήλιου πάνω στο DNA των κυττάρων του δέρματος. Υπάρχουν τρεις τύποι καρκίνου: το μελάνωμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και το βασικοκυτταρικό επιθηλώμα.



Η προστασία του παιδιού

- **Προσπαθήστε τα παιδιά να μην εκτίθενται στον ήλιο μεταξύ των ωρών 10:00 π.μ. και 03:00 μ.μ.** Σε αντίθετη περίπτωση, ακόμη και αν παίζουν στην αυλή του σπιτιού, τότε βάλτε τους κάποιο αντηλιακό. Οι υπεριώδεις ακτινοβολίες περνούν ακόμη και τα σύννεφα, γι' αυτό χρειάζονται προστασία και τις συννεφιασμένες ημέρες.
- **Φορέστε ελαφρά ρούχα στα παιδιά σας και σιγουρευτείτε ότι δεν τα διαπερνά η ηλιακή ακτινοβολία.** Τοποθετείστε το χέρι σας κάτω από το ρούχο. Αν δεν το βλέπετε, τότε το ρούχο είναι ικανό να απορροφήσει την ηλιακή ακτινοβολία. Ειδικά για τα βρέφη κάτω των 6 μηνών, στα οποία δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αντηλιακή κρέμα, ο μόνος τρόπος προστασίας, αν δεν μπορείτε να αποφύγετε την έκθεση στον ήλιο, είναι να καλύψετε το σώμα τους με ρούχα.
- **Χρησιμοποιείτε αντηλιακές κρέμες.** Αυτό που πρέπει να προσέχετε όταν αγοράζετε αντηλιακή κρέμα είναι ο δείκτης προστασίας. Πρέπει απαραίτητα ο δείκτης προστασίας να είναι μεγαλύτερος του 15. Επίσης, πρέπει να επιλέξετε αντηλιακή κρέμα στην οποία να αναγράφεται ότι προστατεύει από τις υπεριώδεις ακτινοβολίες A, B (UVA, UVB).

Το καλοκαίρι είναι σίγουρα η ομορφότερη εποχή του χρόνου. Ήλιος, ζέστη, θάλασσα και διακοπές. Η παρατεταμένη όμως έκθεση στον ήλιο και στη ζέστη μπορεί να επιβαρύνουν τη λειτουργία της καρδιάς. Είναι γνωστό ότι το καλοκαίρι λόγω της υψηλής θερμοκρασίας ο οργανισμός αντιδρά στην προσπάθειά του να κρατήσει σταθερή τη θερμοκρασία του με αγγειοδιαστολή, δηλαδή αύξηση της διαμέτρου των αγγείων. Αυτό έχει ως συνέπεια την πτώση της αρτηριακής πίεσης και πιθανόν την εμφάνιση οιδημάτων. Για να διαφυλαχθεί η ομαλή λειτουργία της καρδιάς και των αγγείων θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ώστε να αποφευχθεί η έκθεση στις υψηλές θερμοκρασίες.

Όσοι πάσχουν από καρδιαγγειακά προβλήματα, το πρώτο που πρέπει να κάνουν είναι να συμβουλευτούν τον ιατρό τους για το κατά πόσον πρέπει να τροποποιηθεί η φαρμακευτική αγωγή τους, αλλά και τι πρέπει να κάνουν σε περίπτωση υψηλών θερμοκρασιών. Ειδικά οι πάσχοντες από αρτηριακή υπέρταση θα πρέπει, σε συνεργασία με τον ιατρό τους, να εξετάσουν το ενδεχόμενο μείωσης της δόσολογίας ή του αριθμού των φαρμάκων που λαμβάνουν. Ομοίως, οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο δηλαδή με παθήσεις των αγγείων της καρδιάς θα πρέπει να συμβουλευτούν τον καρδιολόγο τους για τυχόν αλλαγή της φαρμακευτικής τους αγωγής τους θερινούς μήνες.

ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΣ

Η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο και στη ζέστη μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική εφίδρωση και απώλεια υγρών, με αποτέλεσμα την αφυδάτωση. Θα πρέπει το καλοκαίρι να προσαρμόσουμε τη διαίτά μας ανάλογα. Θα αποφεύγουμε τα βαριά, πλούσια σε λίπη γεύματα και τα οινοπνευματώδη ποτά ενώ, αντίθετα, θα καταναλώνουμε μικρά, συχνά και ελαφρά γεύματα και θα πίνουμε άφθονο νερό ή φυσικούς χυμούς. Η πρόσληψη υγρών, πάντως, πρέπει να γίνεται με φειδώ από τους ασθενείς με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια ή τους ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια επειδή υπάρχει κίνδυνος συσσώρευσης των υγρών στον οργανισμό.

Απαραίτητο είναι ακόμη να αποφεύγεται η δυνατή σωματική καταπόνηση στην έντονη ζέστη. Ιδιαίτερα οι πάσχοντες από

Η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο και στη ζέστη μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική εφίδρωση και απώλεια υγρών, με αποτέλεσμα την αφυδάτωση. Θα πρέπει να προσαρμόσουμε τη διαίτά μας ανάλογα. Θα αποφεύγουμε τα βαριά, πλούσια σε λίπη γεύματα και τα οινοπνευματώδη ποτά ενώ, αντίθετα, θα καταναλώνουμε μικρά, συχνά και ελαφρά γεύματα και θα πίνουμε άφθονο νερό ή φυσικούς χυμούς

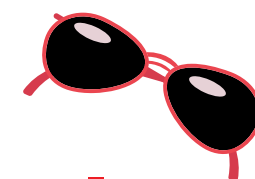


καρδιαγγειακά νοσήματα δεν θα πρέπει να εργάζονται στον ήλιο ή σε υπαίθριους χώρους εκτεθειμένους σε ήλιο και ζέστη, καθώς και να αποφεύγουν τους άσκοπους περιπάτους τις μεσημεριανές ώρες. Προσεκτικοί πρέπει να είναι στο ντύσιμό τους, όπου συνιστώνται ελαφρά, ανοικτόχρωμα ρούχα, γυαλιά ηλίου και καπέλο. Ο ήλιος και η ζέστη απαιτούν σκιά και δροσιά και επομένως ιδανικά οι άνθρωποι με καρδιολογικά προβλήματα θα πρέπει να παραμένουν σε κλιματιζόμενους χώρους, με φρέσκο πόσιμο νερό πάντα διαθέσιμο.



ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΓΕΥΘΕΙΤΕ ΑΦΟΒΑ ΤΟΝ ΘΕΡΙΝΟ ΗΛΙΟ

Ιδιαίτερα προσεκτικοί πρέπει να είναι οι αγύμναστοι άνθρωποι οι οποίοι έπειτα από ένα χειμώνα καθιστικής ζωής, σπεύδουν να ασχοληθούν με διάφορα καλοκαιρινά αθλήματα. Καλό θα ήταν να βελτιώσουν σταδιακά τη φυσική τους κατάσταση. Πρακτικά αυτό σημαίνει να αθλούνται και να κολυμπούν συστηματικά, αρχικά χωρίς ιδιαίτερο κόπο και για μικρή διάρκεια και σταδιακά να αυξάνουν τη διάρκεια και τη συχνότητα της άσκησης με προοδευτικό τρόπο δίνοντας στον οργανισμό τον απαραίτητο χρόνο να προσαρμοστεί στις νέες καλοκαιρινές συνθήκες.

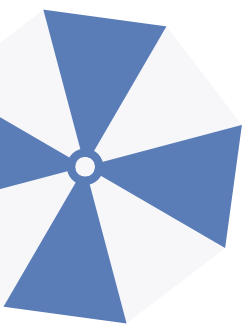


Γράφει
ο **ΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΛΛΟΣ**,
Καρδιολόγος
στο Metropolitan



ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

Πρακτικές οδηγίες για ακίνδυνη και ευχάριστη διαβίωση στις διακοπές, χωρίς συμβιβασμούς, αλλά με κανόνες



Διακοπές με άσκηση, sports ή αθλοπαιδιές δίνουν χαρά και είναι ιδανικός τρόπος για να ξεκουραστούμε, φροντίζοντας το σώμα μας.

- Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) μπορούν να συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα άσκησης, ακόμα και σε επίπεδα υψηλού ανταγωνισμού ή πρωταθλητισμού. Αποφεύγουμε ωστόσο τα ακραία και ριψοκίνδυνα sports (αθλητικές δραστηριότητες).
- Η συστηματική, μέτριας έντασης, άθληση ασκεί άμεση αλλά και μακροχρόνια ευνοϊκή επίδραση στη γλυκόζη του αίματος, καθώς και στον μεταβολισμό των λιπιδίων και των πρωτεϊνών. Η συστηματική αερόβια άσκηση μειώνει το σπλαχνικό λίπος και τα κιλά, βελτιώνει την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη και συμβάλλει στον έλεγχο του σακχάρου, της πίεσης και της υπερλιπιδαιμίας. Τα sports πρέπει να γίνονται με μέτρο και αποτελούν έναν πολύ ευχάριστο και αποδοτικό τρόπο άσκησης και διατήρησης της καλής φυσικής κατάστασης.
- Η καλή φυσική κατάσταση φαίνεται ότι είναι ο πλέον σημαντικός παράγοντας για τη δραστητική μείωση σε όλα σχεδόν τα προβλήματα που δημιουργεί ο ΣΔ. Τα οφέλη της είναι πιο σημαντικά ακόμη και από την απώλεια σωματικού βάρους για τους υπέρβαρους με ΣΔ.

- Χρειάζεται πολύ καλή εκπαίδευση για τον ΣΔ τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος), γιατί ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας είναι υπαρκτός και σοβαρός. Καλό είναι να αποφεύγονται ή να συνδυάζονται με τακτικές μετρήσεις του σακχάρου, ασκήσεις αντοχής περισσότερο της μίας ώρας, ακόμη και μέτριας έντασης.
- Για τον ΣΔ τύπου 2 αποτελεί απαραίτητο συστατικό της θεραπείας.
- Προτιμάμε τακτικές αερόβιες ασκήσεις χαμηλής προς μέτριας έντασης, (τρέξιμο, τένις, κολύμπι, ρακέτες, ποδήλατο κλπ.), τις οποίες καλό θα είναι να συνεχίζουμε σε όλες τις ηλικίες και για όλη μας τη ζωή!

Άσκηση στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

- Η άσκηση βοηθά σίγουρα τη βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου, αλλά δεν οδηγεί κατ' ανάγκη σε βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο.
- Τα επίπεδα της ινσουλίνης και του σακχάρου στο αίμα μας, άρα και του κινδύνου υπογλυκαιμίας, καθορίζονται από τον τύπο της ινσουλίνης, τη δόση, το σημείο και τον χρόνο που έγινε η τελευταία ένεση και φυσικά από την ένταση και τη διάρκεια της άσκησης.
- Υπογλυκαιμία (σάκχαρο <60 mg/dl) μπορεί να εμφανιστεί κατά την άσκηση αλλά και 12-24 ώρες μετά.
- Η υπογλυκαιμία που εμφανίζεται κατά την άσκηση απαιτεί υψηλές ποσότητες υδατανθράκων (>50 g, π.χ. ½ έως 1 κουτί σακχαρούχο αναψυκτικό ή 3-6 καραμέλες ή 1 μικρό κουτί φυσικό χυμό κλπ.). Φαίνεται ότι επανέρχεται, γι' αυτό είναι καλό να λαμβάνουμε ένα δεύτερο ελαφρύ γεύμα σύνθετων υδατανθράκων (π.χ. φρούτο, ξηροί καρποί κλπ.) ½ ώρα μετά.

Χρυσοί κανόνες για τους ινσουλινοθεραπευόμενους που θέλουν να κάνουν αθλητικές δραστηριότητες

1. Η ινσουλίνη που χρησιμοποιείται πριν από την άσκηση θα πρέπει να γίνεται υποδόρια στην κοιλιακή χώρα και όχι σε σημεία που θα «χρησιμοποιήσεις» κατά την άσκηση.
2. Μείωσε κατά 10-50%, ανάλογα με το είδος, τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης, τη δόση της Actrapid (regular) ή των ταχέως δρώντων αναλόγων της ινσουλίνης πριν από την άσκηση. Κάνε ακριβώς το ίδιο και για τη δόση της βασικής ινσουλίνης, ιδίως αν προγραμματίζεις για διακοπές με καθημερινά έντονα sports (π.χ. surfing, ποδηλασία κλπ.). Ίσως χρειαστεί περισσότερο του 60% μείωση της δόσης στη βασική ινσουλίνη.
3. Προγραμματίσε να ασκηθείς τουλάχιστον 4 ώρες μετά την ένεση Actrapid (regular) και 2 ώρες μετά την ένεση των ταχέως δρώντων αναλόγων.
4. Πάντα πριν αρχίσεις την άσκηση, μετρήσε το σάκχαρό σου.
5. Πριν ξεκινήσεις την άσκηση και το σάκχαρό σου είναι <100 mg%, φάε 20-60 g απλού υδατάνθρακα (π.χ. 1 ποτήρι πορτοκαλάδα ή 1 μέτριο φρούτο ή 1 φέτα ψωμί ολικής). Θα πρέπει να μετρήσουμε ξανά το σάκχαρο 20-25 min μετά, και να μην αρχίσουμε την άσκηση αν δεν υπερβεί τα 110-120 mg/dl.
6. Αν το σάκχαρο είναι <80 mg%, καθυστέρησε την άσκηση και μην αρχίσεις πριν επανέλθει αυτό σε επίπεδα >120 mg%. Οι ιδανικές τιμές σακχάρου είναι από 120-180 mg%.
7. Καθυστέρησε την άσκηση, αν το σάκχαρό σου είναι >250 mg% και υπάρχουν κετόνες στα ούρα ή είναι >300 mg%.
8. Κατά την έντονη άσκηση κάθε περίπου 30-45 min, φάε 20-60 g απλού υδατάνθρακα (π.χ. 2 κράκερς ή 1 μικρό φρούτο ή 1 μικρό ποτήρι χυμό ή 1 χούφτα ξηρούς καρπούς κλπ.).
9. Έλεγχε το σάκχαρό σου κάθε 30-40 min έντονης άσκησης.
10. Μετά την άσκηση, μείωσε την προγραμματισμένη προγευματική ινσουλίνη κατά 10-50%.

- Επανελημμένες υπογλυκαιμίες οδηγούν σε φαύλο κύκλο και πρέπει να διακόπτουμε την άσκηση.

Ινσουλινοεξαρτώμενοι πολύ... γλυκοί, να κάνουν πριν από την άσκηση

- Υπεργλυκαιμία συνήθως συμβαίνει, αν έχουμε παραλείψει ή μειώσει την προηγούμενη δόση ινσουλίνης ή αν μια σοβαρή φλεγμονή συνυπάρχει, που έχουμε αγνοήσει (π.χ. απλή γρίπη, εμπύρετες καταστάσεις κλπ.).
- Ο κίνδυνος υπεργλυκαιμίας και κετοξωτικού κώματος είναι πολύ μεγάλος, αν το σάκχαρο είναι >250 mg/dl και συνυπάρχει κετοξέωση στα ούρα ή αν το σάκχαρο είναι απλά >300 mg/dl και φυσικά, εννοείται ότι αναστέλλουμε την άσκηση.
- Σε μια τέτοια περίπτωση χρησιμοποιήστε ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης, περιμένετε 1 ώρα και μετρήστε το σάκχαρό σας.
- Μην αρχίσετε την άσκηση, αν δεν έχετε τιμές <250 mg/dl.
- Θυμηθείτε ότι τα ανάλογα ινσουλίνης ταχείας δράσης ξεκινούν να δρουν 5-10 min μετά από την ένεση, κάνουν την αιχμή της δράσης τους σε περίπου 90 min και δρουν για 3-4 ώρες μετά.

Άσκηση στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

- Η άσκηση στα άτομα με ΣΔ τύπου 2 σώζει ζωές!
- Τόσο ο μεταβολικός όσο και ο γλυκαιμικός έλεγχος βελτιώνονται δραστηκά με την άσκηση. Παράλληλα, αυξάνεται και υποβοηθείται η απώλεια βάρους, ενώ σε μελέτες υπολογίζεται ότι προλαμβάνει ένα στα 3 εμφράγματα και μπορεί να μειώσει την πίεση μέχρι και έναν βαθμό. Παρόλα αυτά, μελέτες υπολογίζουν μόνο 16% των διαβητικών τύπου 2 να έχουν περισσότερο από 1 ώρα σωματικής άσκησης ανά εβδομάδα.
- Ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας είναι μικρότερος αλλά, προσοχή αν χρησιμοποιούμε ινσουλινο-εκκριτικά αντιδιαβητικά δισκία καλύτερα να μετρήσουμε το σάκχαρό μας πριν ή κατά, εφόσον προβλέπεται η άσκηση να διαρκέσει >1 ώρα.
- Αντίθετα, σχετικά υψηλές τιμές σακχάρου θα βελτιωθούν δραστηκά μετά την άσκηση.

H.A.

Ο ένας στους τρεις θα ταλαιπωρηθεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από αυτό το βασανιστικό πρόβλημα, αναφέρει ο χειρουργός Δρ Διαμαντής Θωμάς, Διευθυντής στο Θεραπευτήριο Metropolitan. Αιμορροΐδες υπάρχουν σε κάθε άνθρωπο, σχηματίζονται από ένα σύμπλεγμα αγγείων που μεταφέρει αίμα στην περιοχή του πρωκτού και ονομάζεται «αιμορροϊδικό πλέγμα»

ΑΜΕΣΗ ΚΑΙ ΑΝΩΔΥΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΩΝ για ένα ευχάριστο καλοκαίρι



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

Κάθε καλοκαίρι είναι λογικό, στο πλαίσιο της ξεκούρασης, να παρεκτραπούμε λίγο και στο οινόπνευμα και στη διατροφή μας. Αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια τον ερεθισμό των αιμορροΐδων, με αιμορραγία, κνησμό και πόνο.

Η αιμορροΐδοπάθεια, γνωστή στο ευρύ κοινό ως «αιμορροΐδες», είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της καθημερινής ζωής και φυσικά να χαλάσουν τα σχέδιά μας για τις καλοκαιρινές διακοπές.

Ο ένας στους 3 θα ταλαιπωρηθεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από αυτό το βα-

σανιστικό πρόβλημα, αναφέρει ο χειρουργός Δρ Διαμαντής Θωμάς, Διευθυντής στο Θεραπευτήριο METROPOLITAN. Αιμορροΐδες υπάρχουν σε κάθε άνθρωπο, σχηματίζονται από ένα σύμπλεγμα αγγείων που μεταφέρει αίμα στην περιοχή του πρωκτού και ονομάζεται «αιμορροϊδικό πλέγμα». Το πρόβλημα αρχίζει, όταν οι αιμορροΐδες διογκωθούν και οι ιστοί που τις συγκρατούν στη θέση τους χαλαρώσουν, με αποτέλεσμα να προπίπτουν μέσα από τον πρωκτικό δακτύλιο.

Οι αιμορροΐδες προκαλούνται συχνά από έναν συνδυασμό πολλών πραγμάτων, όπως

το σφίξιμο κατά τη διάρκεια μιας κένωσης, τη συχνή δυσκοιλιότητα (σκληρές ή δύσκολες κενώσεις), τη διάρροια (συχνή, χαλαρή, υδατώδης κένωση), την εγκυμοσύνη, την παχυσαρκία και την κίρρωση του ήπατος.

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι: πόνος και πίεση στο πρωκτικό κανάλι, ένα εξόγκωμα, φαγούρα και πόνος στον πρωκτό ή και γύρω από αυτόν ή/και αίμα στο εσώρουχο, στο χαρτί τουαλέτας.

Οι περισσότεροι ασθενείς αποφεύγουν την επίλυση του συγκεκριμένου προβλήματος λόγω του φόβου της παραδοσιακής χειρουργικής και του έντονου μετεγχειρητικού πόνου, καθώς επίσης, επειδή η νόσος αυτή αφορά σε μια περιοχή του σώματος για την οποία το ευρύ κοινό πολλές φορές νιώθει άβολα να συζητήσει ή να ενδιαφερθεί σοβαρά.

«Ο ασθενής με αιμορροΐδες», λέει ο Δρ Θωμάς, «φθάνει στον ιατρό αργά, σε προχωρημένη κατάσταση, χωρίς σωστή κατανόηση του προβλήματος και κάποιες φορές με θεραπεία που παρείχε ο... γείτονας!».

Επίσης, κάθε ενόχληση στην περιοχή του πρωκτού δεν πρέπει να αποδίδεται στις αιμορροΐδες. «Άλλες παθήσεις, που εμ-

φανίζονται συχνότατα στον γενικό πληθυσμό, όπως ραγάδες, περιπρωκτικά συρίγγια, αποστήματα και πλήθος άλλων μπορεί να παρουσιάζονται με ανάλογο τρόπο ή ακόμη και να συνυπάρχουν με αιμορροΐδες».

Η λαθεμένη εκτίμηση από τον ασθενή αλλά και, δυστυχώς, η ανεπιτυχής διάγνωση, κάποιες φορές, από τον μη ειδικό ιατρό, οδηγεί στην ύπαρξη άλλων συμπτωμάτων, ακόμη και μετά την εγχείρηση για αιμορροΐδες.

Χιλιάδες άνθρωποι ταλαιπωρούνται από αιμορροΐδες, όμως ελάχιστοι επισκέπτονται γιατρό, φοβούμενοι την πιθανότητα χειρουργείου. Μια νέα μέθοδος χωρίς νυστέρι θεραπεύει το πρόβλημα μέσα σε μισή ώρα, χωρίς χειρουργική εκτομή ιστών. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σχεδόν ανύπαρκτος και μικρής διάρκειας, ενώ η επιστροφή στις δραστηριότητες είναι άμεση. «Πρόκειται για τη μέθοδο "ANGIODIN PROCTO" που ήδη εφαρμόζεται και στη χώρα μας», εξηγεί ο Δρ Διαμαντής Ε. Θωμάς.

«Χρησιμοποιούμε έναν τελευταίας τεχνολογίας υπέρηχο, μεγάλης ευαισθησίας, με τον οποίο εντοπίζουμε τις τελικές απολήξεις των αιμορροϊδικών αρτηριών». Κατά τον εντοπισμό της αρτηρίας, με τη βοήθεια του "ντόπλερ" (υπερήχου), ο χειρουργός την απολινώνει (περιδένει) και έτσι δεν τροφοδοτούνται με αίμα οι αιμορροΐδες, με αποτέλεσμα οι παθολογικές αιμορροΐδες να συρρικνώνονται και να θεραπεύονται εντελώς ανώδυνα!

Η μεγάλη εξέλιξη του ANGIODIN PROCTO είναι ο ακριβής εντοπισμός της αρτηρίας, δηλαδή το ακριβές βάθος που θα τη βρού-

με καθώς και το μέγεθος του αγγείου, έτσι ώστε να το απολινώσουμε με ασφάλεια.

«Επίσης, το πρωκτοσκόπιο δεν έχει κωνικό σχήμα, όπως όλα τα υπόλοιπα συστήματα. Το σχήμα του είναι κυλινδρικό και έτσι μας δίνει τη δυνατότητα περισσότερων κινήσεων για να κάνουμε με μεγαλύτερη ασφάλεια την αιμορροϊδοπηξία, δηλαδή την ανάταξη των αιμορροΐδων στη σωστή ανατομική θέση, αυτό σε περίπτωση πρόπτωσης», αναφέρει ο χειρουργός Διαμαντής Θωμάς.

«Η διαδικασία αυτή γίνεται χωρίς νυστέρι, άρα χωρίς εκτομές ιστού. Εάν είναι αναγκαίο, σε προπίπτουσες αιμορροΐδες 3ου ή 4ου βαθμού μπορεί να γίνει ανάταξή τους στη σωστή ανατομική θέση με απορροφήσιμες ραφές (αιμορροϊδοπηξία)».

«Η όλη διαδικασία πραγματοποιείται πάνω από την οδοντωτή γραμμή του πρωκτού, που σημαίνει ότι δεν υπάρχουν νεύρα στην περιοχή, άρα δεν υπάρχει και πόνος. Η διάρκεια του χειρουργείου είναι περίπου μισή με μία ώρα και απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο μίας ημέρας».

Κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αιμορροϊδική απαγγείωση με υπέρηχο είχαν:

- Ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο
- Μικρότερο ποσοστό επιπλοκών
- Γρήγορη ένταξη σε 1-2 ημέρες.

Η θεραπεία των αιμορροΐδων των δύο αρχικών σταδίων είναι συντηρητική. Όταν οι αιμορροΐδες επιμένουν, παρά τα συντηρητικά μέτρα που θα εφαρμοστούν και παραμένουν πολύ διογκωμένες και δεν ξαναμπαίνουν μέσα, κυρίως όμως όταν αιμορραγούν συνεχώς, τότε απαιτείται κάποια επεμβατική μέθοδος.

Σήμερα πλέον, με την εξέλιξη της Ιατρικής σε συνδυασμό με την τεχνολογία του 21ου αιώνα υπάρχει τρόπος να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των αιμορροΐδων ανώδυνα, αναίμακτα, μη επεμβατικά, με γρήγορη επιστροφή στην καθημερινότητα», καταλήγει ο Δρ Θωμάς.

ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ, CAS

ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΨΗΦΙΑΚΟΥ ΠΛΟΗΓΟΥ, NAVIGATOR

Η εξέλιξη στην αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος

Οι ασθενείς που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα, στην πλειοψηφία τους εμφανίζουν το πρόβλημα και στα δύο γόνατα. Μέχρι πρόσφατα έπρεπε να χειρουργηθούν πρώτα στο ένα γόνατο και μετά από 3-4 μήνες να χειρουργηθούν και στο άλλο, υποφέροντας όλο αυτό το διάστημα από τον πόνο του αχειρούργητου γόνατος



Γράφει
ο **ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ**,
Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής
στο Metropolitan
Τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής
Χειρουργικής Γόνατος και Ισχίου

Κάθε καινούργια χειρουργική μέθοδος στην Ιατρική πρέπει να απαντά σε τρία βασικά ερωτήματα:

Πρώτον, να εξασφαλίζει σημαντικά πλεονεκτήματα αποδεδειγμένα χρήσιμα για τον ασθενή, βελτιώνοντας τα δεδομένα των υπάρχουσών μεθόδων και ταυτόχρονα να αποφεύγει τις υπερβολές, την πλάνη και την πλειοδοσία ανούσιων «υποσχέσεων».

Δεύτερον, να εκτελείται κατά τον πλέον ορθό τρόπο, γεγονός το οποίο αποτελεί συνδυασμό της προσήλωσης στις αρχές της

χειρουργικής «τέχνης» και της εμπειρίας, που αποκτάται από τον αυξανόμενο αριθμό αντίστοιχων επεμβάσεων.

Και τρίτον, να υπάρχει αρκετός χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών (follow up), που να αποδεικνύει ότι τα μακροχρόνια αποτελέσματα ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του αρχικού σχεδιασμού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα και με γνώμονα τη βαθιά πίστη ότι στη σημερινή εποχή η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας αποτελεί αυτονόητη επιλογή ως ανα-

γκαίο συμπλήρωμα της ιατρικής γνώσης και πρακτικής, ο ορθοπαιδικός χειρουργός κ. Στέφανος Αναστασόπουλος εκτελεί την επέμβαση της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος με τη βοήθεια ενός προηγμένου ψηφιακού συστήματος πλοήγησης CAS.

Ο χειρουργός μέσω της υποστηρικτικής ψηφιακής υποβοήθησης του συστήματος, μπορεί -με δική του πάντα επιβεβαίωση ή μεταβολή των δεδομένων- να καθορίζει τα ανατομικά στοιχεία επάνω στα οποία με πολύ μεγάλη ακρίβεια πραγματοποιεί τις οστεοτομίες αλλά και επεμβαίνει στην εξισορρόπηση των μαλακών μορίων της άρθρωσης με μικρομετρική ψηφιακή ακρίβεια.

Πλήθος μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία καθιστούν αναμφισβήτητη την υπεροχή της CAS έναντι όλων των υπολοίπων μεθόδων εκτέλεσης της ολικής αρθροπλαστικής (κλασική, εξατομικευμένη κ.λπ.) όσον αφορά στο λειτουργικό αποτέλεσμα, στη μακροβιότητα της πρόθεσης και στην ελαχιστοποίηση των επιπλοκών.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- Εξασφαλίζει απόλυτη ακρίβεια στην εκτέλεση της επέμβασης, με τέλεια διόρθωση της παραμόρφωσης του γόνατος, με συνέπεια την ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου και τη μακροβιότητα της πρόθεσης
- Προσαρμόζει την επέμβαση στα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς
- Καταγράφει με απόλυτο τρόπο το αρχικό πρόβλημα και το τελικό αποτέλεσμα, το οποίο και αξιολογεί με μετρήσιμες παραμέτρους
- Ελέγχει διεγχειρητικά τη συμπεριφορά της άρθρωσης του γόνατος, εξασφαλίζοντας ένα εξαιρετικό λειτουργικό αποτέλεσμα και πλήρες εύρος κίνησης

- Προάγει τη δυνατότητα άμεσης μετεγχειρητικής κινητοποίησης του ασθενούς
- Συμβάλλει στη σημαντική μείωση του χρόνου της επέμβασης, ελαχιστοποιώντας έτσι την απώλεια αίματος, την πιθανότητα φλεγμονής και τη χρήση του ισχαίμου
- Επιτρέπει τη χρήση ελάχιστων και μικρότερων εργαλείων σε σχέση με τη συμβατική επέμβαση, με συνέπεια μικρότερο χειρουργικό τραύμα, περιορισμένη αποκόλληση μαλακών μορίων, λιγότερη αιμορραγία και ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου
- Ελαχιστοποιεί την πιθανότητα πνευμονικής εμβολής, καθώς δεν χρησιμοποιούνται ενδομυελικοί οδηγοί.

Ο ορθοπαιδικός χειρουργός κ. Αναστασόπουλος με την ομάδα του εφάρμοσε τη συγκεκριμένη μέθοδο για πρώτη φορά τον Ιανουάριο του 2011 και μέσα σε 6 χρόνια εκτέλεσαν τον μεγαλύτερο δημοσιευμένο, διεθνώς, αριθμό επεμβάσεων, με τη μεγαλύτερη περίοδο μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Η ποιότητα των αποτελεσμάτων είναι αντίστοιχη με εκείνη των πλέον αναγνωρισμένων διεθνών κέντρων.

Ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα

Οι ασθενείς που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα, στην πλειοψηφία τους εμφανίζουν το πρόβλημα και στα δύο γόνατα. Μέχρι πρόσφατα έπρεπε να χειρουργηθούν πρώτα στο ένα γόνατο και μετά από 3-4 μήνες να χειρουργηθούν και στο άλλο, υποφέροντας όλο αυτό το διάστημα από τον πόνο του αχειρούργητου γόνατος.

Είναι εφικτό και ασφαλές οι συγκεκριμένοι ασθενείς να χειρουργηθούν ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα;

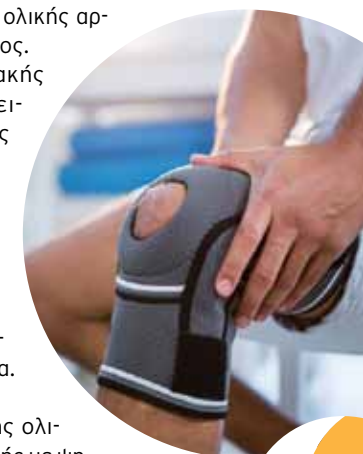
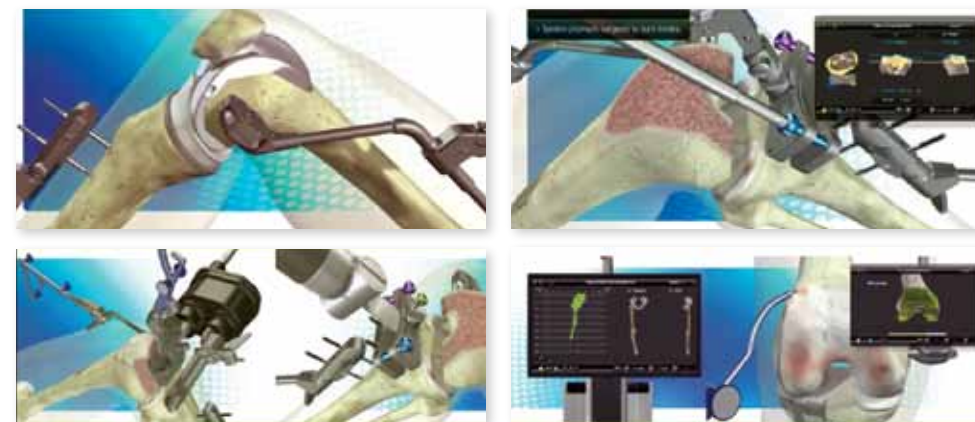
Νεότερες μελέτες έδειξαν ότι η ολική αρθροπλαστική ταυτόχρονα στα δύο γόνα-

τα έχει λιγότερες επιπλοκές από το να χειρουργηθούν με διαφορά 3-4 μηνών, αρκεί να γίνεται προσεκτική επιλογή των ασθενών και να τηρούνται κάποιες προϋποθέσεις, οι οποίες εξασφαλίζονται απόλυτα με τη χρήση του Navigator.

Αυτή η δυνατότητα αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική εξέλιξη, με τεράστιο όφελος σε χρόνο και ταλαιπωρία και οφείλεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη μέθοδος προκαλεί περιορισμένη επιβάρυνση στον οργανισμό (απώλεια αίματος, επιπλοκές, πόνος) σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους εκτέλεσης της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος.

Στο τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής Χειρουργικής Γόνατος και Ισχίου ο ορθοπαιδικός χειρουργός κ. Αναστασόπουλος και η ομάδα του εκτέλεσαν μεγάλο αριθμό «διπλών» επεμβάσεων με εξαιρετικά αποτελέσματα.

- Με τη μέθοδο της ολικής αρθροπλαστικής με ψηφιακή υποβοήθηση CAS εκτελείται η επέμβαση σε επιλεγμένους ασθενείς ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα, με τεράστια οφέλη σε χρόνο και ταλαιπωρία.
- Πλήθος μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία καθιστούν αναμφισβήτητη την υπεροχή της CAS έναντι όλων των υπολοίπων μεθόδων εκτέλεσης της ολικής αρθροπλαστικής (κλασική, εξατομικευμένη κ.λπ.) όσον αφορά στο λειτουργικό αποτέλεσμα, στη μακροβιότητα της πρόθεσης και στην ελαχιστοποίηση των επιπλοκών.



Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ PRP PLATELET RICH PLASMA, ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ

Η PRP, με αυτόλογους αυξητικούς παράγοντες, είναι μια σύγχρονη μορφή βιολογικής θεραπείας, η οποία συνίσταται στην έγχυση πλάσματος πλούσιου σε αιμοπετάλια στην πάσχουσα περιοχή



Γράφει
ο **ΚΩΣΤΑΣ ΔΟΒΡΗΣ**,
Ορθοπαιδικός
στο Metropolitan

Η θεραπεία με PRP χρησιμοποιείται ήδη σε διάφορους ιατρικούς τομείς, όπως Πλαστική Χειρουργική, Αισθητική Δερματολογία, Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική κ.ά. Από το 2006, ξεκίνησε στις ΗΠΑ, η εφαρμογή των εγχύσεων PRP και στην Ορθοπαιδική, αρχικά σε τραυματισμούς και αθλητικές κακώσεις και έπειτα σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Από τότε έχει γνωρίσει ευρεία αποδοχή και η βιβλιογραφία πλέον που την υποστηρίζει είναι σημαντική.

Τι είναι η θεραπεία με PRP;

Τα **αιμοπετάλια** είναι κύτταρα του αίματος, τα οποία έχουν **μεγάλη συγκέντρωση**

αυξητικών παραγόντων, δηλαδή βιολογικά ενεργών πρωτεϊνών. Οι παράγοντες αυτοί απελευθερώνονται μέσω φυσιολογικής διαδικασίας από τα αιμοπετάλια και ενεργοποιούν μια σειρά αντιδράσεων, οι οποίες μέσω της προσέλκυσης και του πολλαπλασιασμού των κατάλληλων κυττάρων και της παραγωγής κολλαγόνου, **συντελούν και προάγουν την επούλωση των τενόντων, των συνδέσμων, των χόνδρων, των μυών και των οστών από οποιαδήποτε βλάβη και τραυματισμό.**

Με την κατάλληλη επεξεργασία του αίματος, μπορεί να διαχωριστεί το μέρος εκείνο που έχει **πολύ μεγάλη συγκέντρωση αιμοπεταλίων**, άρα και **πολύ μεγάλη συ-**

γκέντρωση αυξητικών παραγόντων και το οποίο ονομάζεται **πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP).**

Λόγω της μεγάλης συγκέντρωσης των αυτόλογων αιμοπεταλίων, το PRP περιέχει διάφορους αυξητικούς παράγοντες (PDGF, TGF-β1, IL-1, FGF, I-α, I-γ, ILGF κ.ά.).

Πώς δρα το PRP;

Οι αυξημένες συγκεντρώσεις αιμοπεταλίων είναι γνωστό ότι διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό, τη διαφοροποίηση και τη μετανάστευση των απαιτούμενων κυττάρων στο σημείο του τραύματος.

Με τον τρόπο αυτόν και κάνοντας έγχυση του PRP στο σημείο της βλάβης, επιταχύνεται η επαναγγείωση της τραυματισμένης περιοχής και προκαλείται η δραστηριοποίηση του μηχανισμού επούλωσης του ίδιου του οργανισμού, με αποτέλεσμα την αναδόμηση και την αναγέννηση του τραυματισμένου ιστού.

Έτσι, ενισχύει σημαντικά τη διαδικασία επούλωσης των τραυματισμένων ιστών (τενόντων, χόνδρων, οστών και μυών), με φυσικό τρόπο και χωρίς να εμπεριέχει κανέναν απολύτως κίνδυνο.

Πώς γίνεται η μέθοδος;

Το PRP παρασκευάζεται από το αίμα του ίδιου του ασθενούς.

Η μέθοδος γίνεται στο ιατρείο και δεν απαιτείται νοσηλεία ή ειδική προφύλαξη μετά την έγχυση.

Ο ιατρός από μια περιφερική φλέβα του ασθενούς κάνει μια απλή αιμοληψία (20-25 ml). Στη συνέχεια, το αίμα φυγοκεντρείται. Η φυγόκεντρος διαχωρίζει το πλάσμα που είναι πλούσιο σε αιμοπετάλια από τα άλλα συστατικά του αίματος.

Ακολουθεί η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων (με κλωριούχο ή γλυκονικό ασβέστιο ή φωτοενεργοποίηση) και έπειτα ο ιατρός κάνει



Σε ποιες παθήσεις χρησιμοποιείται το PRP

- Οξείες και χρόνιες τενοντίτιδες και τενοντοπάθειες (τενοντίτιδα αχιλλείου, επιγονατιδικού, οπισθίων μηριαίων, υπερακανθίου του ώμου, μερικές ρήξεις τενόντων, έξω και έσω επιγονδυλίτιδες αγκώνα, τροχαντηρίτιδα του ισχίου κ.ά.)
- Συνδεσμικές κακώσεις (διαστρέμματα ποδοκνημικής, μερική ρήξη με διατάσεις πλάγιων συνδέσμων γόνατος κ.ά.)
- Μυϊκές θλάσεις (οξείες και χρόνιες)
- Παθήσεις του αρθρικού χόνδρου (οστεοαρθρίτιδα, χονδρομαλάκυνση επιγονατίδας κ.ά.)
- Σύνδρομο λαγονοκνημιαίας ταινίας
- Πελματιαία απονευρωσίτιδα (άκανθα πτέρνης κ.ά.)
- Άτονα έλκη από σακχαρώδη διαβήτη και νεκρώσεις δέρματος.

Το PRP χρησιμοποιείται και κατά τη διάρκεια διαφόρων ορθοπαιδικών χειρουργείων, όπως στα χειρουργεία αντικατάστασης των αρθρώσεων, συνδεσμοπλαστικής προσθίου χιαστού συνδέσμου, συρραφής μηνίσκων, οστεοσύνθεσης καταγμάτων, προκειμένου να ενισχύσει την επούλωση των ιστών, την ενσωμάτωση των προθέσεων και τον περιορισμό της απώλειας αίματος.

Το PRP χρησιμοποιείται και κατά τη διάρκεια διαφόρων ορθοπαιδικών χειρουργείων, όπως στα χειρουργεία αντικατάστασης των αρθρώσεων, συνδεσμοπλαστικής προσθίου χιαστού συνδέσμου, συρραφής μηνίσκων, οστεοσύνθεσης καταγμάτων, προκειμένου να ενισχύσει την επούλωση των ιστών, την ενσωμάτωση των προθέσεων και τον περιορισμό της απώλειας αίματος

την τοπική έγχυση στην πάσχουσα περιοχή. Μερικές φορές, η έγχυση μπορεί να γίνει με τη βοήθεια υπερηχογραφικού ελέγχου ώστε να είμαστε απόλυτα σίγουροι για το σημείο έγχυσης τοπικά. Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 30 λεπτά και δεν εμφανίζει κίνδυνο αλλεργικής αντίδρασης και επιπλοκών επειδή πρόκειται για παράγωγο αίματος του ίδιου του ασθενούς.

Σε σπάνιες περιπτώσεις θα δούμε τις πρώτες ημέρες μετά την έγχυση να υπάρξει τοπικός ερεθισμός.

Τοπική παγοθεραπεία και απλά παυσίπονα θα ανακουφίσουν από τα συμπτώματα.

Η κάθε έγχυση γίνεται 1 φορά την εβδομάδα. Μέχρι και 3 εγχύσεις μπορεί να χρειαστούν ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, το είδος, την εντόπιση και τη βαρύτητα της βλάβης. Σημαντικό είναι κατά τη διάρκεια της θεραπείας να μην λαμβάνονται ταυτόχρονα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, γιατί επηρεάζουν τη φυσιολογική διαδικασία επούλωσης, άρα και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Η αναγέννηση των ιστών είναι μια αργή διαδικασία και τα αποτελέσματα της έγχυσης μεγιστοποιούνται στις 4-6 εβδομάδες. Οι φυσικοθεραπείες μπορεί να συνεχιστούν μία εβδομάδα μετά από την έγχυση.

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟ



Ο ιατρικός βελονισμός είναι μια θεραπευτική μέθοδος που λόγω της αναλγητικής της δράσης εφαρμόζεται για μια πληθώρα συνδρόμων άλγους, μεταξύ αυτών και η ημικρανία

Η ημικρανία είναι μια αρκετά συχνή και συνήθως εξουθενωτική μορφή κεφαλαλγίας που σχετίζεται με ιδιαίτερα αυξημένες δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αλλά και χαμένες εργάτο-ημέρες. Εκτιμάται ότι στις ΗΠΑ, ο συνολικός αριθμός ασθενών με ημικρανία ξεπερνάει τα 28 εκατομμύρια, με τους μισούς από αυτούς να αναφέρουν μειωμένη απόδοση στην εργασία τους ή στο σχολείο. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ δαπανώνται ετησίως περίπου 13 δισεκατομμύρια δολάρια και χάνονται 113 εκατομμύρια εργάτο-ημέρες σε αναρρωτικές άδειες ασθενών με ημικρανία.

Παρά την πληθώρα των διαθέσιμων φαρμακευτικών προϊόντων (τριπτάνες, εργοταμίνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη κ.λπ.), πολλοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην αγωγή ή παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών (υπνηλία, κόπωση, ναυτία, ταχυκαρδία κ.λπ.).

Ο ιατρικός βελονισμός είναι μια θεραπευτική μέθοδος που λόγω της αναλγητικής της δράσης εφαρμόζεται για μια πληθώρα συνδρόμων άλγους, μεταξύ αυτών και η ημικρανία.

Μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε συνδυασμό με την κλασική φαρμακευτική αγωγή για την ημικρανία (με αποτέλεσμα αύ-

ξηση της δραστηριότητας, μείωση της προσλαμβανόμενης δοσολογίας και συνεπώς περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής) όσο και ως μονοθεραπεία, ιδίως στις φαρμακοανθεκτικές περιπτώσεις.

Ο βελονισμός έχει αποδειχθεί σε πειραματικές μελέτες ότι περιορίζει τη διαστολή των εγκεφαλικών αγγείων, που είναι μια γνωστή αιτία πρόκλησης κεφαλαλγίας. Αυτό το επιτυγχάνει μειώνοντας σημαντικά τα επίπεδα μονοξειδίου του αζώτου στο αίμα (μιας ουσίας που προκαλεί αγγειοδιαστολή) και η σχετική δράση του βελονισμού είναι αθροιστική, δηλαδή όλο και πιο έντονη μετά την 4η-5η συνεδρία. Ο βελονισμός μειώνει επίσης τα επίπεδα

γλουταμινικού οξέος στο αίμα (ενός νευροδιαβιβαστή που ανευρίσκεται σε ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα σε ασθενείς με ημικρανία), συμβάλλοντας και μέσω αυτού του μηχανισμού στη μείωση του άλγους.

Μελέτες με λειτουργική μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου έδειξαν ότι οι ασθενείς με ημικρανία παρουσιάζουν μεταβολές της νευρωνικής δραστηριότητας στον μετωπιαίο και βρεγματικό λοβό συγκριτικά με υγιείς εθελοντές και ότι οι μεταβολές αυτές μπορεί να αναστραφούν έπειτα από 4 εβδομάδες θεραπείας με βελονισμό. Επίσης, επέρχονται μεταβολές στα νευρωνικά κυκλώματα αντίληψης και διαχείρισης του πόνου στον εγκέφαλο.

Μεγάλος αριθμός κλινικών μελετών

Στον βελονισμό, οι συνεδρίες μπορούν να επαναλαμβάνονται όποτε χρειαστεί για την παράταση της θεραπευτικής τους δράσης, χωρίς να προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες (όπως η φαρμακευτική αγωγή)



έχει δείξει ότι η θεραπεία με βελονισμό περιορίζει σημαντικά τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των κρίσεων ημικρανίας, με τη θεραπευτική του δράση να διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ο βελονισμός είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση της ημικρανίας και προσφέρει τη δυνατότητα επαναληψιμότητας, οι συνεδρίες μπορούν δηλαδή να επαναλαμβάνονται όποτε χρειαστεί για την παράταση της θεραπευτικής τους δράσης, χωρίς να προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες (όπως η φαρμακευτική αγωγή). Επιπλέον, εκτός από την επίδραση στο άλγος, βελτιώνει σημαντικά την ψυχολογία των ασθενών και κατά συνέπεια και την ποιότητα ζωής τους.



Γράφει
ο **ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΖΑΓΟΠΟΥΛΟΣ**,
Νευροχειρουργός
Υπεύθυνος Τμήματος Ιατρικού Βελονισμού
στο Metropolitan

Η ΖΩΗ ΜΟΥ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

9 ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί ένα ξαφνικό και απρόσμενο γεγονός, στο οποίο ο ασθενής, αλλά και όλη η οικογένεια καλούνται να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν, τόσο στην οξεία φάση όσο και μακροπρόθεσμα. Είναι έως ένα βαθμό κατανοητό, ο απρόσμενος αυτός επισκέπτης να προκαλεί αισθήματα φόβου, άγχους και ανησυχίας στον ασθενή και την οικογένειά του. Έχει παρατηρηθεί, ότι μετά το πρώτο κύμα άγχους από την εισβολή του εμφράγματος, υπάρχει μια περίοδος σχετικής ασφάλειας και ηρεμίας, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς. Αυτή συμβαδίζει με τη σταδιακή αποδοχή της νέας κατάστασης αλλά κυρίως με τη βελτίωση της ενδονοσοκομειακής πορείας του εμφραγματία. Καθώς ο ασθενής ετοιμάζεται να εξέλθει του νοσοκομείου, ένα νέο κύμα άγχους και ανασφάλειας εμφανίζεται, το οποίο κυρίως κατευθύνεται από την άγνοια της διαχείρισης του εμφραγματία, εκτός πλέον του νοσοκομείου. Ζητήματα όπως το είδος της διατροφής, της άσκησης, της επιστροφής στην εργασία και της σεξουαλικής δραστηριότητας, στη μετά το έμφραγμα εποχή, μετατρέπονται ξαφνικά σε δυσεπίλυτα προβλήματα, στα οποία ο ασθενής και η οικογένεια επιβάλλεται να λάβουν πληροφόρηση.

Σκοπός των οδηγιών που περιγράφονται σε αυτό το κείμενο είναι να δοθούν με τρόπο απλό και κατανοητό, οι απαραίτητες οδηγίες για

τη σταδιακή και αποτελεσματική προσαρμογή της καθημερινής ζωής, στη μετά το έμφραγμα εποχή. Η εφαρμογή των οδηγιών αυτών είναι δυνατόν να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση και τις δυνάμεις του ασθενούς, με απώτερο σκοπό την πλήρη επανένταξή του, αλλά και τη μείωση στο ελάχιστο της πιθανότητας επανεμφάνισης νέου καρδιακού επεισοδίου.

ΖΗΤΗΜΑ 1ο Αποκατάσταση Σωματικής Δραστηριότητας

Από τις πρώτες ημέρες της νοσηλείας σας στο νοσοκομείο, ο καρδιολόγος σας, σάς συνιστά να αποφεύγετε τη συνεχή κατάκλιση και σας ενθαρρύνει να κάθεστε σε καρέκλα, να κάνετε βήματα εντός του δωματίου σας και να επισκέπτεστε την τουαλέτα για την πραγματοποίηση της σωματικής σας ανάγκης. Μόλις επιστρέψετε στο σπίτι σας, και ανάλογα με τη βαρύτητα του εμφράγματος και των πιθανών επιπλοκών σας, συνιστάται κατά την 1η εβδομάδα να αρχίσετε τη σταδιακή εκτέλεση ήπιων δραστηριοτήτων. Τέτοιες είναι η άνοδος και η κάθοδος 5-10 σκαλοπατιών ή ένας μικρός περίπατος 200-300 μέτρων έξω από το σπίτι, έτσι στο τέλος της εβδομάδας αυτής να μπορείτε, χωρίς στηθάγχη, δύσπνοια ή εύκολη κόπωση, να ανεβαίνετε μια σκάλα 20 σκαλοπατιών ή να πραγματοποιείτε ένα περίπατο συνολικής διαδρομής 800-1000 μέτρων.

Τις επόμενες εβδομάδες, θα προσπαθήσετε σταδιακά, αλλά όχι υπερβολικά γρήγορα, να αυξάνετε τη σωματική σας δραστηριότητα έχοντας οδηγό τη σωματική σας ικανότητα. Με άλλα λόγια, μέχρι το τέλος του 1ου μήνα μπορείτε να αυξάνετε τη σωματική σας δραστηριότητα, στο επίπεδο της προ εμφράγματος εποχής, με την προϋπόθεση ότι αυτή η δραστηριότητα δεν σας προκαλεί στηθάγχη, δύσπνοια ή σοβαρή σωματική κόπωση.

Μετά τον 1ο μήνα, και με την προϋπόθεση ότι μέχρι τότε η πορεία σας ήταν ομαλή, μπορείτε να ξεκινήσετε αεροβική σωματική άσκηση όπως είναι ελαφρύ τρέξιμο, οδήγηση ποδηλάτου, κολύμπι, χορός ή τρέξιμο σε κυλιό-

μενο τάπητα. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι πριν από την έναρξη της αεροβικής άσκησης, θα πρέπει να εκτιμηθεί η κατάστασή σας από τον καρδιολόγο σας, ο οποίος θα σας δώσει και οδηγίες για το είδος της άσκησης αυτής.

Μετά το πέρας αυτού του χρονικού διαστήματος και εφόσον η πορεία σας ήταν ομαλή και χωρίς συμπτώματα, θα πρέπει να πραγματοποιείτε μια κανονική πλέον σωματική δραστηριότητα. Ένα καλό πρόγραμμα είναι η μέτριας έντασης αερόβια σωματική άσκηση (π.χ. γρήγορο βάδισμα ή ποδηλασία) για 30 λεπτά, 5 φορές την εβδομάδα. Η ένταση της άσκησης που θα πραγματοποιείτε τώρα, μπορεί να σας προκαλεί στο τέλος ελαφρά δύσπνοια, αλλά σε καμία περίπτωση στηθαγικό πόνο.

Στην περίπτωση εκείνη που σας είναι δύσκολο να ασκηθείτε 30 λεπτά, 5 φορές την εβδομάδα από την αρχή, προσπαθήστε μια σταδιακή αύξηση του χρόνου άσκησης (π.χ. 10 λεπτά άσκησης στην αρχή) με σταδιακή αύξηση στα 30 λεπτά.

ΖΗΤΗΜΑ 2ο Επιστροφή στην Εργασία

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι δυνατόν μετά το πέρας άλλοτε άλλου χρονικού διαστήματος από το έμφραγμα, να επιστρέψουν στην εργασία τους. Οι παράγοντες που θα καθορίσουν το χρόνο αυτό είναι η κατάσταση της υγείας σας μετά το έμφραγμα, αλλά και το είδος της εργασίας σας. Σε περίπτωση ασθενών που ανακάμπτουν γρήγορα από ένα μικρό έμφραγμα, είναι δυνατόν να επιστρέψουν στην εργασία τους σε περίπου 2 εβδομάδες, εάν η εργασία δεν περιλαμβάνει βαριά χειρωνακτική προσπάθεια. Ασθενείς που επιτελούν βαριά χειρωνακτική προσπάθεια, θα χρειαστεί να επιστρέψουν αργότερα στην εργασία τους ή και σπάνια μπορεί να χρειαστεί να αλλάξουν δουλειά. Στην τελευταία περίπτωση, η κατάσταση υγείας του ασθενούς παίζει καθοριστικό ρόλο. Ο καρδιολόγος σας θα σας βοηθήσει για τον καθορισμό του χρόνου και του είδους της εργασίας που θα είστε ικανός να επιτελείτε μετά την αποκατάστασή σας.

ΖΗΤΗΜΑ 3ο Σεξουαλική Δραστηριότητα

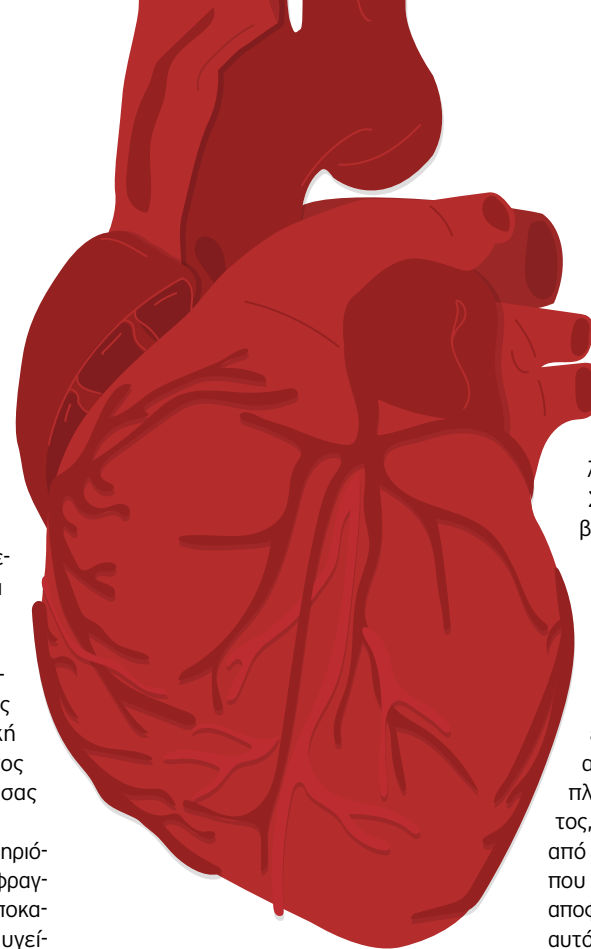
Τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η επανέναρξη της σεξουαλικής σας δραστηριότητας θα πρέπει να γίνει μερικές εβδομάδες μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο. Κύριος παράγοντας αυτής της περιόδου αποχής από τη σεξουαλική δραστηριότητα είναι η κατάσταση της υγείας σας μετά το έμφραγμα. Έτσι, ασθενείς με ομαλή και ανεπίπλεκτη πορεία μετά το έμφραγμα είναι δυνατόν να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα σε 2-4 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Αντίθετα, ασθενείς με επιπλεγμένη πορεία εμφράγματος είναι δυνατόν να αρχίσουν τη σεξουαλική δραστηριότητα αργότερα. Ο καρδιολόγος σας, θα φροντίσει πριν από την έξοδό σας να λάβετε οδηγίες.

Η επανέναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας δεν αυξάνει τον κίνδυνο για νέο έμφραγμα, αντίθετα, συμβάλλει στη σταδιακή αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής σας υγείας. Μετά από ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου, 1 στους 3 άνδρες είναι πιθανόν να παρουσιάζει διαταραχές της στυτικής λειτουργίας οι οποίες μπορεί να δυσκολέψουν τη διενέργεια της σεξουαλικής πράξης. Αν και συνήθως αυτές οι διαταραχές της στυτικής λειτουργίας, οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια, φάρμακα που θα σας χορηγηθούν, όπως οι β-αναστολείς, ενδέχεται να ευθύνονται.

Αν βιώσετε μια τέτοια διαταραχή της στυτικής λειτουργίας, μη διστάσετε να το αναφέρετε στον καρδιολόγο σας. Είναι δυνατόν να κάνει τροποποιήσεις στη φαρμακευτική αγωγή που ήδη λαμβάνετε ή ίσως σας χορηγήσει φάρμακα ενισχυτικά της στύσης.

ΖΗΤΗΜΑ 4ο Οδήγηση

Εάν οδηγείτε ιδιωτικό αυτοκίνητο ή μοτοποδήλατο, για ένα χρονικό διάστημα 4 εβδομάδων θα πρέπει να απέχετε. Συνήθως, μετά από αυτό το χρονικό διάστημα, θα μπορείτε να οδηγείτε το όχημά σας, με την προϋπόθεση ότι η υγεία σας έχει αποκατασταθεί ικανοποιητικά. Σε περίπτωση που οδηγείτε αυτοκίνητο δημόσιας χρήσης, μικρής ή μεγάλης χωρητικότητας, είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η κατάσταση της υγείας σας με ειδικές εξετάσεις πριν αναλάβετε εκ νέου την οδήγηση του οχήματός αυτού. Να ενημερώσετε την ασφαλιστική εταιρία του οχήματός σας, γιατί είναι πιθανόν να έχετε ασφαλιστικά προβλήματα σε περίπτωση ατυχήματος.



γίνεται με ελαιόλαδο, αλλά και αυτό όχι σε υπερβολικές ποσότητες. Το αλάτι πρέπει να αποφεύγεται, όπως και τροφές πλούσιες σε αυτό (π.χ., ελιές, φέτα, αλπίαστα).

Το μαγείρεμα στον ατμό, στην κασαρόλα ή στο φούρνο είναι αποδεκτά αλλά τα τηγανητά πρέπει να αποφεύγονται. Σημασία έχει η απώλεια βάρους σε υπέρβαρους ασθενείς σε επίπεδα που θα καθοριστούν από τον καρδιολόγο σας. Η απώλεια αυτή μπορεί να επιτευχθεί με το συνδυασμό άσκησης και διατροφής.

ΖΗΤΗΜΑ 7ο Κάπνισμα

Εάν καπνίζατε, προ της εισβολής του εμφράγματος, είναι απαραίτητο να το διακόψετε. Η συνέχιση του καπνίσματος διπλασιάζει την πιθανότητα νέου εμφράγματος, αιφνίδιου θανάτου ενώ ακυρώνει πολλές από τις ευεργετικές δράσεις των θεραπειών που σας εφαρμόζονται. Επιπλέον, πρέπει να αποφεύγετε και το παθητικό κάπνισμα γιατί και αυτό αυξάνει τον κίνδυνο. Εάν σας είναι δύσκολο να διακόψετε το κάπνισμα, ο καρδιολόγος μπορεί να βοηθήσει με τη συνταγογράφηση ειδικών φαρμάκων που βοηθούν τη διακοπή.

ΖΗΤΗΜΑ 8ο Αλκοόλ

Εάν καταναλώνατε αλκοόλ πριν από το έμφραγμα, μπορείτε, εφόσον το επιθυμείτε, να καταναλώνετε μικρές ποσότητες και στη συνέχεια. Οι άνδρες, δεν πρέπει να υπερβαίνετε όμως τις συνιστώμενες δόσεις οι οποίες δεν μπορεί να είναι πάνω από 200 ml κρασιού ή 1-2 μπίρες το 24ωρο, ενώ για τις γυναίκες ισχύουν οι μισές δόσεις. Να το συζητήσετε και αυτό με τον καρδιολόγο σας.

ΖΗΤΗΜΑ 9ο Φάρμακα

Κατά την έξοδό σας από το νοσοκομείο σας έχουν χορηγηθεί φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά έχουν σκοπό να μετριάσουν τα τυχόν συμπτώματά σας, αλλά ο κύριος ρόλος τους είναι να προλάβουν ένα νέο καρδιακό επεισόδιο και να αυξήσουν κατ' αυτόν τον τρόπο την επιβίωσή σας. Κάποια από τα εν λόγω φάρμακα θα τα λάβετε για ορισμένο χρονικό διάστημα, ενώ κάποια από αυτά θα λαμβάνετε διά βίου. Εάν παρατηρήσετε κάτι στον οργανισμό σας και πιστεύετε ότι μπορεί να οφείλεται στο φάρμακο, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον καρδιολόγο σας.

Σε ΚΑΜΙΑ όμως περίπτωση δεν θα διακόψετε κάποιο φάρμακο χωρίς προηγουμένως να έχετε συμβουλευτεί τον καρδιολόγο σας.



Γράφει
ο **ΜΙΧΑΗΛ ΖΑΪΡΗΣ**
Διευθυντής Επεμβατικός
Καρδιολόγος

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΟΔΙΟΥ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ METROPOLITAN



Γράφουν οι



ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ
Διευθυντής Ορθοπαιδικός
Άκρου Ποδός και Ποδοκνημικής
στο Metropolitan



ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΑΪΛΑΣ
Διευθυντής Ορθοπαιδικός Κάτω Άκρων
στο Metropolitan

Οι περισσότερες επεμβάσεις διόρθωσης των παραμορφώσεων-παθήσεων του άκρου ποδός πραγματοποιούνται στην κλινική από τους εξειδικευμένους στη χειρουργική του ποδιού ορθοπαιδικούς, τηρώντας τα διεθνή standards στη χειρουργική του ποδιού, ανεξαρτήτως ηλικίας, ως εξής:

- Τοπική αναισθησία (block)
- Ημερήσια νοσηλεία (day clinic- OXI παραμονή στο νοσοκομείο)
- Άμεση φόρτιση του ποδιού χωρίς βακτηρίες
- Είναι ανώδυνη
- Έχει γρήγορο χρόνο αποθεραπείας
- Σχεδόν μηδενικό ποσοστό υποτροπής
- Ταυτόχρονη διόρθωση και των δύο ποδιών σε μία συνεδρία.

Για βαρύτερες παθήσεις εφαρμόζονται οι πλέον μοντέρνες μέθοδοι και χρησιμοποιούνται τα πιο σύγχρονα υλικά, με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση επιπλοκών και την ταχύτερη αποκατάσταση.

Βλαιοσός δάκτυλος (κότσι)

Ο βλαιοσός μέγας δάκτυλος (κότσι) είναι η επί τα εκτός παρεκτόπιση του με-

γάλου δακτύλου στον άκρο πόδα. Είναι μια σύνθετη παραμόρφωση της πρώτης ακτίνας, που συνοδεύεται συνήθως από παραμορφώσεις και συμπτώματα στα υπόλοιπα δάκτυλα.

Η θεραπεία του βλαιοσού δακτύλου επιτυγχάνεται με ελάχιστα επεμβατική μέθοδο (less invasive technique). Η επέμβαση διενεργείται με τοπική αναισθησία (block) στο τμήμα του ποδιού που χειρουργείται. Οι οστεοτομίες γίνονται με μικρά εργαλεία. Το μέγεθος της ελάχιστα επεμβατικής τεχνικής είναι έως 2 εκατοστά. Εξαιρούνται οι πολύ βαριές παραμορφώσεις.

Η διόρθωση του 1ου μεταταρσίου (βλαιοσός-κότσι) συγκρατείται με ειδικές βιοσυμβατικές βίδες τιτανίου για μόνιμο αποτέλεσμα χωρίς υποτροπή. Ο ασθενής περπατάει αμέσως μετά το χειρουργείο με το ειδικό μετεγχειρητικό υπόδημα χωρίς γύψο ή πατερίτσες. Σε περιπτώσεις με συνδυασμό και άλλων παραμορφώσεων στο πόδι, όπως είναι η σφυροδακτυλία, οι εξοστώσεις, οι τύλοι και τα εξαρθήματα των δακτύλων κ.λπ., πρέπει να διορθώνονται και αυτές για την επίτευξη βέλτιστου και λειτουργικού αποτελέσματος.

Η θεραπεία του βλαιοσού δακτύλου επιτυγχάνεται με ελάχιστα επεμβατική μέθοδο (less invasive technique). Η επέμβαση διενεργείται με τοπική αναισθησία (block) στο τμήμα του ποδιού που χειρουργείται.

Οπτικές ίνες - Αρθροσκόπηση - Τενοντοσκόπηση

Οι **οπτικές ίνες** μπορούν να μεταδώσουν με ακρίβεια μια εικόνα, ακόμα κι όταν η ίνα κάμπτεται στον χώρο. Επίσης μεταφέρουν πανίσχυρο φως χωρίς την αντίστοιχη ανάπτυξη θερμότητας. Η τεχνολογία των οπτικών ινών μάς επιτρέπει να απεικονίσουμε και να παρέμβουμε σε περιοχές του σώματος χωρίς τις κλασικές ανοικτές χειρουργικές προσελάσεις. Στην Ορθοπαιδική Χειρουργική, οι επεμβάσεις αυτές είναι η γνωστή πλέον **αρθροσκόπηση** και, τα τελευταία χρόνια, η **τενοντοσκόπηση**. Εφαρμόζουμε με επιτυχία την αρθροσκόπηση τόσο στην **ποδοκνημική άρθρωση** όσο και σε μικρότερες αρθρώσεις του ποδιού, όπως η **υπαστραγαλική** (η άρθρωση μεταξύ πτέρνας και αστραγάλου). Αντίστοιχα, χρησιμοποιούμε την τενοντοσκόπηση για τους **καμπτήρες** και τους **περνιαίους τένοντες** του ποδιού. Τέλος, επεμβαίνουμε ενδοσκοπικά σε παθήσεις στο λεγόμενο **τρίγωνο οστό (os trigonum)** του αστραγάλου.

Ενδείξεις

- Οστεοχόνδρινες βλάβες αστραγάλου
 - Αρθρίτιδα ποδοκνημικής - Αρθροσκοπική αρθρόδεση ποδοκνημικής
 - Σύνδρομο πρόσκρουσης - Block της άρθρωσης
 - Ελεύθερα σώματα στην άρθρωση
 - Παροχέτευση φλεγμονώδους αρθρικού υγρού και έκπλυση της άρθρωσης
 - Τενοντίτιδες περνιαίων - Αχίλλειου τένοντα - οπίσθιου κνημιαίου τένοντα
- Οι ασθενείς διανυκτερεύουν στο νοσοκομείο μία νύκτα ή φεύγουν την ίδια ημέρα.



Δύο μικρές τομές λίγων χιλιοστών σε μήκος γίνονται εκατέρωθεν της πάσχουσας περιοχής. Με το τέλος της αρθροσκόπησης οι τομές κλείνονται με απλά ράμματα.

Συνδεσμικές κακώσεις ποδοκνημικής άρθρωσης

Οι συνδεσμικές κακώσεις στην ποδοκνημική είναι αρκετά συχνές σε αθλητές ή και σε άλλους ασθενείς μετά από κάποιο τραυματισμό χωρίς τη σωστή αντιμετώπιση.

Συνήθως τραυματίζονται οι έξω σύνδεσμοι. **Αυτοί είναι:** ο πρόσθιος αστραγαλοπερνιαίος (ATFL), ο πτερυγοπερνιαίος (CFL) και ο οπίσθιος αστραγαλοπερνιαίος (PTFL), ο οποίος είναι ο ισχυρότερος και ο λιγότερο συχνά τραυματιζόμενος.

Αναλόγως της ενόχλησης του ασθενή γίνονται τα απαραίτητα διαγνωστικά tests, ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία.

Αν υπάρχει αστάθεια και χαλάρωση των συνδέσμων παρά το εφαρμοσθέν πρόγραμμα αποκατάστασης, η χειρουργική επέμβαση συνίσταται σε σταθεροποίηση και αποκατάσταση της έξω αστάθειας της άρθρωσης μέσω της ενδεδειγμένης κάθε φορά τεχνικής (Brostrom, Chrisman-Snook κ.λπ.).

Αρθροπλαστική ποδοκνημικής Ενδείξεις

- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Οστεοαρθρίτιδα
- Αρθρίτιδα μετά από έναν τραυματισμό
- Σοβαρός πόνος στον αστράγαλο
- Μια προηγούμενη αρθρόδεση ποδοκνημικής
- Revision αρθροπλαστικής ποδοκνημικής

Πώς λειτουργεί η πρόθεση;

Η επέμβαση περιλαμβάνει την **αντικατάσταση των φυσικών επιφανειών της άρθρωσης του αστραγάλου** που έχουν εκφυλιστεί με τεχνητή κάλυψη, γνωστή ως πρόθεση.

Η αρθροπλαστική ποδοκνημικής έχει **τρία μέρη**.

Δύο από τις συνιστώσες καλύπτουν τα οστά και στη μέση υπάρχει και ένα τρίτο, το κινητό στοιχείο (πολυαιθυλένιο). Αυ-

τό επιτρέπει μεγαλύτερη κίνηση και μειώνει την τριβή μεταξύ των οστών και των εμφυτευμάτων.

Όλα τα μεταλλικά στοιχεία καλύπτονται από μια βιοενεργή επίστρωση, η οποία ενθαρρύνει την ενσωμάτωση στα οστά. Αυτός ο τύπος λειτουργίας επιτρέπει στον ασθενή να διατηρήσει την κίνηση που έχει και να κερδίσει μερικούς βαθμούς ελευθερίας.

MIS χειρουργική αντιμετώπιση ρήξης Αχίλλειου τένοντα

Η ρήξη του Αχίλλειου τένοντα συνήθως αντιμετωπίζεται χειρουργικά, με στόχο την αποκατάσταση της δύναμης και την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας νέας ρήξης στο μέλλον. Η χρήση τεχνικής ελάχιστης παρεμβατικότητας (MIS) με ειδικά εργαλεία μέσα από μικρή τομή εξασφαλίζει πλήρη αποκατάσταση χωρίς παραμονή στην κλινική, με ασφάλεια για τον ασθενή.

Βλαιοσπλατυποδία ενηλίκων

Επικτητη βλαιοσπλατυποδία λόγω αδυναμίας οπίσθιου κνημιαίου τένοντα (tibialis posterior dysfunction). Πρόκειται για επίκτητη παραμόρφωση, με προοδευτικό χαρακτήρα, συνήθως στο ένα πόδι, που συνοδεύεται με πόνο κατά μήκος του οπίσθιου κνημιαίου τένοντα. Είναι η πιο συχνή αιτία επίκτητης πλατυποδίας σε ενήλικες. Η αιτία είναι η αδυναμία του τένοντα να ενισχύει τη στήριξη της ποδικής καμάρας. Η αδυναμία αυτή προέρχεται αρχικά λόγω τενοντίτιδας, που αργότερα οδηγεί σε ρήξη του τένοντα και στη συνέχεια εγκαθίσταται δυσκαμψία. Η διάγνωση τίθεται με την κλινική εξέταση και πιθανόν επιβεβαίωση με μαγνητική τομογραφία. Η θεραπεία είναι ανάλογη του σταδίου της πάθησης. Αρχικά συντηρητική, και σε μη βελτίωση χειρουργική. Καθαρισμός του τένοντα, ενίσχυση του τένοντα με τενοντομεταφορά του μακρού καμπτήρα των δακτύλων και σε δυσκαμψία διενεργούνται αρθροδέσεις.





ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ

Η Ρομποτική Θωρακοχειρουργική αποτελεί την τελευταία εξέλιξη της Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοχειρουργικής και διενεργείται με τη χρήση του συστήματος Da Vinci



Γράφει
ο **ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΓΕΩΡΓΙΑΝΝΑΚΗΣ**,
Θωρακοχειρουργός
στο *Metropolitan*

Από το 2010 περίπου και μετά έως τώρα σε παγκόσμια βάση υπήρξε μια τεράστια προσπάθεια ανάπτυξης των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών της Θωρακοχειρουργικής στις επεμβάσεις που αφορούν στους πνεύμονες, στο μεσοθωράκιο και στον οισοφάγο είτε διαγνωστικά είτε θεραπευτικά.

Φυσικά, οι βάσεις της συγκεκριμένης προσπάθειας τέθηκαν την προηγούμενη δεκαετία όπου διάφοροι πρωτοπόροι θωρακοχειρουργοί, όπως οι Robert McKenna, Thomas D'Amico, Wentao Li, Henrik Hansen, Hiroshi Date, Diego Rivas κ.λπ. έβαλαν ο καθένας τον δικό του λίθο σε αυτή την προσπάθεια, για να φθάσουμε, τελικά, σήμερα η Ελάχιστα Επεμ-

βατική Θωρακοχειρουργική να υποσκελίζει σε αριθμό περιστατικών την κλασική Θωρακοχειρουργική.

Θωρακοσκοπική Χειρουργική VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery)

Απαιτητική τεχνική που μέσα από μικρές οπές διενεργεί επεμβάσεις είτε για διαγνωστικούς λόγους (βιοψίες) είτε θεραπευτικά: ανατομικές εκτομές πνευμόνων, μεσοθωρακίου κ.λπ.

Οι επεμβάσεις διενεργούνται με χρήση ειδικών εργαλείων και συσκευών και φυσικά με χρήση ενδοσκοπικής κάμερας.

Τα εργαλεία τα χειρίζεται απευθείας ο θωρακοχειρουργός.

Ρομποτική Θωρακοχειρουργική

Αποτελεί την τελευταία εξέλιξη της Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοχειρουργικής και διενεργείται με τη χρήση του ρομποτικού συστήματος Da Vinci και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται τα ελέγχει ο χειρουργός μέσω της ρομποτικής κονσόλας.

Εφαρμογές της Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοχειρουργικής

Διάγνωση

Λήψη βιοψιών από τους πνεύμονες και από το μεσοθωράκιο, καθώς και από λεμφαδένες του θώρακα.

Θεραπεία

(α) Καλοήγη νοσήματα

- Κύστεις πνεύμονα, θεραπεία πνευμοθώρακα
- Αποκατάσταση παραγωγής υγρού στο ημιθωράκιο σε χρόνια νοσήματα -πλευροδεσία
- Καλοήγητες όζοι του πνεύμονα
- Υπερπλασία του θύμου αδένος
- Αχαλασία του οισοφάγου
- Εκκολπώματα του οισοφάγου
- Χειρουργική του πνευμονικού εμφυσήματος
- Χειρουργική του εμψυήματος

(β) Κακοήγη νοσήματα

- Καρκίνος του πνεύμονα (σφηνοειδείς εκτομές-λοβεκτομές-πνευμονεκτομές)
- Λεμφαδενικός καθαρισμός μεσοθωρακίου
- Όγκοι του μεσοθωρακίου, όπως θυμώματα κ.λπ.

Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική θώρακος διέπεται από αρχές και κριτήρια επιλογής:

1. Η χειρουργική ομάδα πρέπει να είναι άριστα εκπαιδευμένη
2. Η διενέργεια της επέμβασης με ελάχιστα επεμβατική τεχνική δεν αποτελεί αυτοσκοπό. Στόχος είναι η σωστή διενέργεια της επέμβασης και η τήρηση, στις αντίστοιχες περιπτώσεις, των ογκολογικών κριτηρίων.
3. Πολύ καλή μελέτη της κάθε περίπτωσης ξεχωριστά ώστε να υπάρξει αντίστοιχη στρατηγική και πλάνο χειρουργείου.
4. Η αναισθησιολογική ομάδα πρέπει να διαθέτει ανάλογη εκπαίδευση (lung anaesthesia manipulation)



Πλεονεκτήματα της Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοχειρουργικής

1. Μείωση των ημερών νοσηλείας
2. Άριστη μετεγχειρητική πορεία
3. Αποφυγή των χειρουργικών καταγμάτων των πνευμών κατά τη διάνοιξη του ημιθωρακίου
4. Ιδιαίτερα λεπτομερής λεμφαδενικός καθαρισμός, λεπτομερέστερος σε σχέση με την ανοικτή μέθοδο
5. Μείωση της ανάγκης χορήγησης αίματος μετεγχειρητικά
6. Μείωση του κινδύνου των μετεγχειρητικών επιπλοκών σε σχέση με την ανοικτή μέθοδο
7. Άμεση κινητοποίηση του ασθενούς
8. Μείωση της ανάγκης παυσίπονων και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων μετεγχειρητικά
9. Ταχύτερη επάνοδος του ασθενούς στην καθημερινότητα και στα καθήκοντά του
10. Άριστη μετεγχειρητική επούλωση και εικόνα του ημιθωρακίου.

5. Η ύπαρξη μικροσκοπικών τομών και η άριστη κλινική κατάσταση του ασθενούς δεν πρέπει να μας κάνει να ξεχνάμε ότι στο εσωτερικό του θώρακα η επέμβαση είναι η ίδια όπως και στην ανοικτή μέθοδο. Συνεπώς, απαιτείται επαγρύπνηση, ώστε η μετεγχειρητική περίοδος να μην παρουσιάσει επιπλοκές.

Νέες τεχνικές της Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοχειρουργικής

1. Χειρουργική VATS με 3D απεικόνιση
2. Χειρουργική VATS με εμφύσηση CO₂ για διεύρυνση του χειρουργικού πεδίου
3. VATS χωρίς γενική αναισθησία, με μέθη
4. Ρομποτική χειρουργική θώρακος με το σύστημα Da Vinci Xi (η εξέλιξη του προηγούμενου συστήματος).

Έχοντας πλέον εισέλθει στον χάρτη των θωρακοχειρουργικών κλινικών που διενεργούν με αξιώσεις ελάχιστα επεμβατικές εγχειρήσεις και έχοντας διενεργήσει πλέον στο Metropolitan θωρακοσκοπικές λοβεκτομές, επεμβάσεις VATS με εμφύσηση CO₂, αλλά και επεμβάσεις VATS χωρίς γενική αναισθησία, καθώς και όλη την υπόλοιπη γκάμα των θωρακοσκοπικών επεμβάσεων, παρακολουθούμε συνεχώς τις εξελίξεις, συνομιλούμε τακτικά και συνεργαζόμαστε με μεγάλα κέντρα του εξωτερικού, με σκοπό την αρτιότερη αντιμετώπιση των περιστατικών μας και τη συνεχιζόμενη εξέλιξή μας στον τομέα αυτόν.

Η ύπαρξη μικροσκοπικών τομών και η άριστη κλινική κατάσταση του ασθενούς δεν πρέπει να μας κάνει να ξεχνάμε ότι στο εσωτερικό του θώρακα η επέμβαση είναι η ίδια όπως και στην ανοικτή μέθοδο



ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΟΣ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Ως ανεύρυσμα ορίζεται η αύξηση της διαμέτρου της κοιλιακής αορτής περισσότερο από το 50% της φυσιολογικής της διαμέτρου. Αν υπολογίσουμε ότι σε ένα φυσιολογικό άτομο η διάμετρος της κοιλιακής αορτής είναι της τάξης του 1,8-2 cm, ως ανεύρυσμα θεωρείται κάθε αύξηση από 3 cm και άνω.

Η τοπογραφία του ανευρύσματος

Η κοιλιακή αορτή είναι η αρτηρία η οποία αιματώνει τα περισσότερα ενδοκοιλιακά όργανα και δίνει τις αρτηρίες οι οποίες αιματώνουν τα κάτω άκρα. Είναι ενδοκοιλιακό όργανο και όπως αναφέρθηκε, δίνει αρτηρίες που αιματώνουν ζωτικά όργανα του οργανισμού. Το τμήμα της κοιλιακής αορτής το οποίο συνήθως διατείνεται με αποτέλεσμα την ανευρυσματική εκφύλισή του είναι εκείνο που βρίσκεται κάτω από τις νεφρικές αρτηρίες. Οι νεφρικές αρτηρίες όπως περιγράφει και το όνομά τους, είναι οι αρτηρίες οι οποίες αιματώνουν τους νεφρούς. Πολλές φορές το ανεύρυσμα της κοιλια-



Γράφει
ο **ΦΩΤΗΣ Α. ΜΑΡΚΑΤΗΣ**,
MD, PhD, Διευθυντής
Αγγειοχειρουργός
στο Metropolitan

κής αορτής επεκτείνεται και στις αρτηρίες οι οποίες αιματώνουν τα κάτω άκρα, γεγονός που αυξάνει τη σοβαρότητα της κατάστασης.

Κλινική πορεία του ανευρύσματος

Το ΑΚΑ είναι μια εκφυλιστική πάθηση με προδιαγεγραμμένη εξέλιξη. Η πορεία βαίνει επιδεινούμενη με το χρόνο, με αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου της αορτής, με μοιραίο επακόλουθο τη ρήξη του ανευρύσματος. Η ρήξη είναι μια καταστροφική επιπλοκή με πολύ μεγάλη θνητότητα ακόμη και μετά από μια επιτυχημένη χειρουργική παρέμβαση, η οποία οφείλεται σε εσωτερική αιμορραγία και εξαγγείωση αίματος από το σημείο της ρήξης της αορτής. Για το λόγο αυτόν το ΑΚΑ πρέπει να αντιμετωπίζεται όταν η πιθανότητα για ρήξη είναι αυξημένη. Ο κίνδυνος για ρήξη είναι ανάλογος της διαμέτρου του ανευρύσματος. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάμετρος, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος για μια επικείμενη ρήξη. Για το λόγο αυτόν πρέπει τα ανευρύσματα να αντιμετωπίζονται έγκαιρα.

Από πολυκεντρικές τυχαιοποιημένες μελέτες (RCTs) έχει βρεθεί ότι η διάμετρος αυτή είναι τα 5,5 cm για την κοιλιακή αορτή ή η ταχεία απότομη αύξηση της διαμέτρου της αορτής πλέον των 0,8 cm σε ένα χρόνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αντιμετώπιση του ανευρύσματος είναι επιβεβλημένη με σκοπό την πρόληψη της ρήξης και τον επακόλουθο θάνατο.

Ο αγγειοχειρουργός είναι ο ιατρός ο οποίος μπορεί να καθοδηγήσει και να θεραπεύσει τον ασθενή με ανεύρυσμα.

Ενδαγγειακή αντιμετώπιση του ΑΚΑ

Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση του ΑΚΑ (EVAR) αποτελεί την πλέον εξελιγμένη από τεχνολογικής άποψης μέθοδο επεμβατικής αντιμετώπισης του ΑΚΑ. Στην κλινική πράξη έχει ενταχθεί από το 1992 και έκτοτε τα υλικά, τα μοσχεύματα και οι τεχνικές τοποθέτησης έχουν εξελιχθεί και προαχθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα στην αποκατάσταση αυτής της δυννητικά θανατηφόρας νοσολογικής οντότητας.

Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση συνίσταται στην τοποθέτηση ενός συνθετικού μοσχεύματος μέσα από τις αρτηρίες και

Στο θεραπευτήριο Metropolitan υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός με υπερσύγχρονα μηχανήματα, καθώς και η τεχνογνωσία του ιατρικού προσωπικού, με αποτέλεσμα την επιτυχή και με ασφάλεια τέλεση τέτοιων εξαιρετικά σοβαρών επεμβάσεων, έχοντας ως κύριο μέλημα τη διασφάλιση της ακεραιότητας του ασθενούς

η καθοδήγησή του στο σημείο του ανευρύσματος. Στη συνέχεια διενεργείται διάνοιξη του μοσχεύματος εσωτερικά στην αορτή και αποκλεισμός του ανευρύσματος από την κυκλοφορία εκ των έσω. Εφαρμόζεται ως ένας εσωτερικός νάρθηκας, ο οποίος αποκλείει το ανεύρυσμα από τη ροή του αίματος. Το αποτέλεσμα αυτού είναι η εξάλειψη των πιέσεων του αίματος στο τοίχωμα της αορτής, γεγονός που προστατεύει και θεραπεύει από τη ρήξη της αορτής.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι πολλά και την καθιστούν ανταγωνιστική έναντι της κλασικής χειρουργικής αποκατάστασης του ανευρύσματος. Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση εφαρμόζεται σε ποσοστά μεγαλύτερα σε σχέση με την ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση.

Το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι το γεγονός ότι δε χρειάζεται διάνοιξη της κοιλίας, αφού τα μοσχεύματα τοποθετούνται στον οργανισμό από τη βουβ-

νική χώρα μέσα από τις μηριαίες αρτηρίες. Επιπλέον, ελαχιστοποιείται η απώλεια αίματος, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε πολλές περιπτώσεις ανοικτής αποκατάστασης του ανευρύσματος.

Δεν απαιτείται νοσηλεία μετά την επέμβαση σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ενώ επίσης μειώνεται σημαντικά και ο χειρουργικός χρόνος για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

Τα πλεονεκτήματα αυτά θεωρούνται εξόχως σημαντικά αφού καθιστούν την ενδαγγειακή αντιμετώπιση μια μέθοδο που μπορεί να εφαρμοστεί και σε ασθενείς με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις ή και μεγάλης ηλικίας.

Βέβαια, όπως σε κάθε επεμβατική μέθοδο υπάρχουν και μειονεκτήματα τα οποία πρέπει να προσμετρηθούν από τον θεράποντα αγγειοχειρουργό.

Η ενδαγγειακή τεχνική για να εφαρμοστεί επιτυχώς θα πρέπει να πληρούνται κάποια βασικά ανατομικά χαρακτηριστικά του ανευρύσματος (μήκος του αυχένα του ανευρύσματος, γωνίαση του αυχένα του ανευρύσματος, ελικώσεις ή αποφράξεις των λαγονίων αρτηριών), με σκοπό τη σωστή και χωρίς επιπλοκές τοποθέτηση του ενδαγγειακού μοσχεύματος. Αν αυτές οι ανατομικές προϋποθέσεις δεν πληρούνται, τότε η ανοικτή αποκατάσταση είναι μονόδρομος. Επιπλέον, η χρήση σκιαγραφικών ουσιών κατά τη διάρκεια της τεχνικής μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στον οργανισμό, ιδίως σε ήδη επιβαρυνμένους ασθενείς με προβλήματα νεφρικής ανεπάρκειας. Οι εν λόγω ουσίες χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση του ανευρύσματος κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια ή η αλλεργία.

Ο αγγειοχειρουργός έχει το επιστημονικό υπόβαθρο να εξετάσει τον ασθενή με ανεύρυσμα και να μπορέσει να σχεδιάσει τη σωστή χειρουργική τεχνική βάσει των προϋποθέσεων που προαναφέραμε και την κλινική κατάσταση του ασθενούς.

Στο θεραπευτήριο Metropolitan υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός με υπερσύγχρονα μηχανήματα, καθώς και η τεχνογνωσία του ιατρικού προσωπικού, με αποτέλεσμα την επιτυχή και με ασφάλεια τέλεση τέτοιων εξαιρετικά σοβαρών επεμβάσεων, έχοντας ως κύριο μέλημα τη διασφάλιση της ακεραιότητας του ασθενούς.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ: ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΑ ΣΑΝ ΠΑΡΑΜΥΘΙ

«ΙΗΤΡΙΚΗ ΔΕ ΠΑΝΤΑ ΠΑΛΑΙ ΥΠΑΡΧΕΙ...» ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Το CO₂ χρησιμοποιείται αφενός επειδή απαντάται στο ανθρώπινο σώμα, απορροφάται από τους ιστούς και απομακρύνεται από το αναπνευστικό σύστημα, αφετέρου λόγω του ότι δεν είναι εύφλεκτο, καθ' όσον στη λαπαροσκοπική Χειρουργική χρησιμοποιούνται πολλές ηλεκτροχειρουργικές συσκευές



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

Η λαπαροσκοπική Χειρουργική, η οποία επίσης ονομάζεται και ελάχιστα επεμβατική Χειρουργική, αποτελεί μια σχετικά σύγχρονη χειρουργική τεχνική, όπου η χειρουργική προσπέλαση πραγματοποιείται σε απόσταση από την εστία της βλάβης, αλλά από μια θέση ευκολότερης πρόσβασης, διά μέσου μικρών τομών, συνήθως 0,5-1,5 cm, απ' όπου εισάγονται εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας ή της πυέλου ειδικά χειρουργικά εργαλεία, πρωτίστως το λαπαροσκόπιο, καθώς και άλλα μικροεργαλεία, όπως λαβίδες, ψαλίδια, μήλες, άγκιστρα, συρραπτικά κλπ. Το λαπαροσκόπιο συνιστά ένα μακρύ ειδικό ινοπτικό καλωδιακό σύστημα, που συνδέεται με μια πηγή ψυχρού φωτισμού (αλογόνου ή ξένου), καθώς και με μια οθόνη όπου προβάλλεται η εικόνα. Συνήθως, η περιτοναϊκή κοιλότητα (κοιλιά) διατείνεται (φουσκώνει) με τη χρήση διοξειδίου του άνθρακα (CO₂), που ανυψώνει το κοιλιακό τοίχωμα πάνω από τα εσωτερικά όργανα, ώστε να δημιουργείται ένας ικανός χώρος εργασίας και παρατήρησης. Το CO₂ χρησιμοποιείται αφενός επειδή απαντάται στο ανθρώπινο σώμα, απορροφάται από τους ιστούς και απομακρύνεται από το αναπνευστικό σύστημα, αφετέρου λόγω του ότι δεν είναι εύφλεκτο, καθ' όσον στη λαπαροσκοπική Χειρουργική χρησιμοποιούνται πολλές ηλεκτροχειρουργικές συσκευές.

Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής Χειρουργικής έναντι της ανοικτής μεθόδου είναι πολλά, με κυριότερα τον μειωμένο πόνο και την αιμορραγία λόγω των μικρών τομών, καθώς επίσης και τον βραχύτερο χρόνο ανάρρωσης.

Η επιθυμία για ενδοσκόπηση του εσωτερικού της κοιλίας ή του θώρακα με πρόκληση της ελάχιστης δυνατής τραυματικής κάκωσης, ανάγεται στα χρόνια του Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.). Ο θεμελιωτής της επιστημονικής Ιατρικής για πρώτη φορά έκανε ανα-

φορά στην εξέταση του ορθού με ένα ειδικό κάτοπτρο, το ορθοσκόπιο. Στους επόμενους είκοσι αιώνες που ακολούθησαν, σημειώθηκαν πολλές τεχνολογικές εξελίξεις, οι οποίες οδήγησαν στην εμφάνιση και στην ανάπτυξη της σύγχρονης ενδοσκόπησης.

Ο Γερμανός ιατρός Philipp Bozzini (1773-1809) (Εικ. 1) ανέπτυξε περίπου το 1804 ένα είδος πρωτόγονου ενδοσκοπίου, το περίφημο "Lichtleiter" (αγωγός φωτός) (Εικ. 2), το οποίο παρείχε τη δυνατότητα επισκόπησης του ωτός, της ρινικής κοιλότητας, του στόματος, του ορθού, της ουρήθρας, της γυναικείας ουροδόχου κύστης, της μήτρας, ακόμη και τραυμάτων. Χρησιμοποιώντας τα πλέον στοιχειώδη από τα διαθέσιμα μέσα της εποχής των αρχών του 19ου αιώνα, όπως τεχνητό φως, διάφορα κάτοπτρα, διαστολείς και φακούς, επιτυγχάνοντας βελτιωμένο φωτισμό με την επανακατεύθυνση του φωτός στα μάτια του παρατηρητή, ο Bozzini εισήγαγε την ιατρική κοινότητα στον θαυμαστό κόσμο της ενδοσκόπησης. Με περιορισμένες εφαρμογές αρχικά σε ουρολογικές και γυναικολογικές επεμβάσεις, το "Lichtleiter" χρησιμοποιήθηκε και με κάποιες ακόμη παραλλαγές για τα επόμενα 100 χρόνια. Με την ανακάλυψη από τον Αμερικανό εφευρέτη Thomas Edison (1847-1931) του ηλεκτρικού λαμπτήρα πυρακτώσεως το 1879, νέα τεχνολογικά δεδομένα εισήχθησαν στην ελάχιστα επεμβατική Χειρουργική. Το 1901 ο Γερμανός χειρουργός και εσωτερικός παθολόγος Georg Kelling (1866-1945) (Εικ. 3), χρησιμοποιώντας ένα κυστεοσκόπιο Notze διενήργησε την πρώτη λαπαροσκοπική εξέταση, την οποία ονόμασε "Koelioskopie" (κοιλιοσκόπηση), εξετάζοντας την περιτοναϊκή κοιλότητα (κοιλιά) ενός σκύλου. Ακολούθησε ο Σουηδός εσωτερικός παθολόγος και χειρουργός από την Στοκχόλμη Hans Christian Jacobaeus (1879-1937) (Εικ. 4), ο οποίος εισήγαγε τους όρους "Laparoskopie" (λαπαροσκόπηση) και



Εικόνα 1: Ο Γερμανός ιατρός Philipp Bozzini (1773-1809).

"Thorakoskopie" (θωρακοσκόπηση), δημοσιεύοντας για πρώτη φορά το 1910 μια σειρά κοιλικών (περιτοναϊκών) και θωρακικών εξετάσεων σε ανθρώπους, εφαρμόζοντας ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές.

Ο Αμερικανός χειρουργός Bertram M. Bernheim (1880-1958) (Εικ. 5) από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Johns Hopkins, ήταν ο πρώτος που διενήργησε λαπαροσκόπηση στις ΗΠΑ το 1911. Τα επόμενα 70 χρόνια πραγματοποιήθηκαν πολυάριθμα τεχνολογικά επιτεύγματα, προτού καταστεί η εν λόγω μέθοδος χειρουργικής προσπέλασης αξιόπιστη και δεδομένη θεραπευτική επιλογή. Τα πλέον σημαντικά από αυτά ήταν η εισαγωγή του εμφυστήρα (insufflator) από τον Γερμανό μαιευτήρα-γυναικολόγο Kurt Semm (1927-2003) (Εικ. 6), ο οποίος το 1980 πραγματοποίησε την πρώτη λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή χρησιμοποιώντας μια τεχνική ράμματος, καθώς επίσης και των οπτικών ινών (fiberoptics) και του συστήματος φακού ράβδου (rod lens) από τον Βρετανό φυσικό Harold Hopkins (1918-1994). Αν και η εφεύρεση της πρώτης κάμερας σταθερής κατάστασης (solid state camera) έλαβε χώρα το 1982, χρειάστηκε να παρέλθουν κάποια



Εικόνα 2: Το πρώτο ενδοσκόπιο, το περίφημο "Lichtleiter" του Philipp Bozzini.



Εικόνα 4. Ο Σουηδός εσωτερικός παθολόγος και χειρουργός Hans Christian Jacobaeus (1879-1937), παρουσιάζοντας τη μέθοδο της θωρακοσκοπικής προσπέλασης περίπου στα 1920.



Εικόνα 3. Ο Γερμανός χειρουργός και εσωτερικός παθολόγος Georg Kelling (1866-1945).



Εικόνα 5. Ο Αμερικανός χειρουργός Bertram M. Bernheim (1880-1958).



Εικόνα 6. Ο Γερμανός μαιευτήρας-γυναικολόγος Kurt Semm (1927-2003).



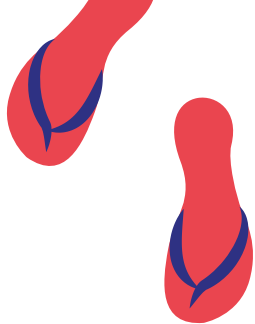
Εικόνα 7. Ο Γάλλος χειρουργός Philippe Mouret (1938-2008).

χρόνια μέχρι το 1987, όταν ο Γάλλος χειρουργός Philippe Mouret (1938-2008) (Εικ. 7) διενήργησε την πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, γεγονός που αποτέλεσε σταθμό για τον κόσμο της λαπαροσκοπικής Χειρουργικής. Σήμερα, το 98% περίπου των χολοκυστεκτομών πραγματοποιούνται λαπαροσκοπικά, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι χρειάστηκαν μόλις 5 χρόνια για να πραγματοποιηθεί αυτή η μεγάλη στροφή από την ανοικτή στη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Την τελευταία δεκαετία παρουσιάστηκε μια δυναμική ανάπτυξη της ελάχιστα επεμβατικής Χειρουργικής, η οποία δεν είχε προηγούμενο στην ιστορία της Χειρουργικής και ο κόσμος της ενδοσκόπησης διευρύνθηκε τόσο πολύ, ώστε να συμπεριλάβει τις περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις που εμπεριέχουν όλα τα όργανα της περιτοναϊκής (κοιλιακής) και θωρακικής κοιλότητας, καθώς επίσης τον εγκέφαλο και την καρδιά. Το 1994 με την εισαγωγή ενός ρομποτικού βραχίονα στη χειρουργική αίθουσα για τη συγκράτηση της κάμερας αντί του χειριστή, η ενδοσκοπική-λαπαροσκοπική Χειρουργική εισήλθε στην εποχή της ρομποτικής Χειρουργικής.

Η μελλοντική τεχνολογική εξέλιξη

Τα όρια της μελλοντικής τεχνολογικής εξέλιξης που θα επηρεάσουν τη Χειρουργική, μοιάζουν ασύλληπτα. Κάποιοι ισχυρίζονται ότι στα χειρουργεία του αύριο δεν θα είναι απαραίτητη η φυσική παρουσία του χειρουργού, ενώ κάποιοι άλλοι διατείνονται ότι οι τεχνολογικές δυνατότητες θα καταστήσουν τη διενέργεια τομών προσπέλασης «ιστορία του παρελθόντος».

Ο θαυμαστός νέος κόσμος μοιάζει να προσεγγίζει με ιλιγγιώδη ταχύτητα. Το μεγάλο διακύβευμα είναι η σύγκρουση μαζί του, να μην καταστήσει τους διαχρονικούς βιοηθικούς προβληματισμούς «γραφικές ιστορίες του παρελθόντος». **«Μηδέν άγαν», όπως θα έλεγε και ο Χείλων ο Λακεδαιμόνιος!**



ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ TIPS ΓΙΑ ΖΕΣΤΕΣ ΗΜΕΡΕΣ

Μην ξεχνάς ποτέ το πρωινό σου. Λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής έχουμε την τάση να το παραλείπουμε, αλλά είναι ίσως το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρας, γιατί μας προσφέρει την ενέργεια και τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά που έχουν μεταβολιστεί κατά τη διάρκεια του βραδινού μας ύπνου. Προτίμησε γάλα χαμηλών λιπαρών με δημητριακά ολικής άλεσης.

- Μικρά συχνά γεύματα. Το έχεις ξανακούσει χιλιάδες φορές αλλά είναι ένας εξαιρετικός τρόπος να κρατάμε τον μεταβολισμό μας σε εγρήγορση και να μη νιώθουμε το αίσημα της πείνας.

- Για σνακ, ψηφίζουμε φρούτα. Η εποχή αυτή άλλωστε ενδείκνυται, καθώς ξεκινάει μια περίοδος με τεράστια ποικιλία φρούτων που θα σου κόψουν την πείνα, θα σε τονώσουν και θα σε δροσίσουν χωρίς πολλές θερμίδες.

- Το μεσημέρι, πρωτεΐνη. Απόφυγε λιπαρά φαγητά και τροφές πλούσιες σε άμυλο (ζυμαρικά, ψωμί, πα-

τάτα). Μπορείς να επιλέξεις ψητό ψάρι, κοτόπουλο ή άπαχο κόκκινο κρέας (μοσχαρίσιο φιλέτο, χοιρινό ψαρονέφρι) με 1,5 φλιτζάνι του τσαγιού βραστή σαλάτα ή 3 φλιτζάνια ωμή σαλάτα της αρεσκείας σου.

- Το βράδυ τρώμε νωρίς. Επίλεξε μια πλούσια σαλάτα ή μια ομελέτα με ασπράδια, τουλάχιστον 3 ώρες πριν πέσεις για ύπνο. Αν πεινάσεις αργότερα μπορείς να φας ένα φρούτο ακόμα.

- Νερό και πάλι νερό. Όσο το θερμόμετρο ανεβαίνει, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος για αφυδάτωση. Το νερό είναι ο καλύτερος σύμμαχός σου για τη σωστή ενυδάτωση και αποτοξίνωση του σώματός σου. Είναι πολύ σημαντικό να αποφύγεις για κάποιο διάστημα αναψυκτι-

κά, χυμούς εμπορίου και αλκοόλ που κρύβουν σάκχαρα ή πολλές θερμίδες. Προτίμησε ανθρακούχο νερό με στημένο λεμόνι.

- Περίορισε το αλάτι. Εκτός από την αρνητική επίδραση στην υγεία μας, η υψηλή κατανάλωση αλατιού είναι και ο νούμερο 1 εκθρόνος της επίπεδης κοιλιάς καθώς συμβάλλει στην κατακράτηση υγρών.

- Γυμνάσου. Η καθημερινή αερόβια άσκηση θα επιταχύνει σημαντικά την απώλεια κιλών. Δοκίμασε 25 λεπτά τρέξιμο ή 1 ώρα γρήγορο περπάτημα.

- Αφιέρωσε χρόνο για τον εαυτό σου. Η δίαιτα δεν πρέπει να είναι μια διαδικασία μεμονωμένης αλλαγής, αλλά μέρος μιας γενικής διάθεσης προσωπικής αλλαγής προς το καλύτερο. Ίσως ήρθε η στιγμή να ξεκινήσεις να αγαπάς το σώμα σου και κατ' επέκταση τον εαυτό σου και να αρχίσεις να κάνεις πράγματα γι' αυτόν.

Αφιέρωσε χρόνο για τον εαυτό σου: Η δίαιτα δεν πρέπει να είναι μια διαδικασία μεμονωμένης αλλαγής, αλλά μέρος μιας γενικής διάθεσης προσωπικής αλλαγής προς το καλύτερο. Ίσως ήρθε η στιγμή να ξεκινήσεις να αγαπάς το σώμα σου και κατ' επέκταση τον εαυτό σου και να αρχίσεις να κάνεις πράγματα γι' αυτόν.



Γράφει
ο **ΚΑΡΟΛΟΣ
ΠΑΠΑΛΑΖΑΡΟΥ**
Διατροφολόγος-Διαιτολόγος
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 διάρκειας 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