

ΓΙΑΤΡΕΥΩ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Γαστροοισοφαγική
παλινδρόμηση

ΑΠΟΨΗ

Προς τη μεγάλη
θάλασσα

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ

Νέα δεδομένα: Καρκίνος
του παχέος εντέρου

ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΡΩΤΙΑ

Ρομποτική
επέμβαση θώρακος

**ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑ
ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

MIS SCOLIOSIS
ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΥΦΩΣΗΣ

**ΟΛΙΚΗ
ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ
ΓΟΝΑΤΟΣ
ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΗ
ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ
ΜΑΚΟ**

ΒΟΥΒΩΝΟΚΛΗΗ
ΕΝΑ ΧΑΣΜΑ
ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ
ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

**ΑΙΜΟΠΟΙΗΣΗ
-ΑΙΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**
ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟΝ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟ ΣΑΣ



Excellence in Medical Sport Care

- Τμήμα Ρομποτικής Ορθοπαιδικής • Τμήμα Αθλητικών Κακώσεων
- Τμήμα Υπερβαρικού Οξυγόνου



**Μπροστά στην πρόληψη,
τη θεραπεία
και την αποκατάσταση.**

Πρωτοπόρο στις εξελίξεις.
Κοντά στον άνθρωπο.



Εθνάρχου Μακαρίου 9 & Ελ. Βενιζέλου 1185 47 Νέο Φάληρο
210 4809000 • www.metropolitan-hospital.gr



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΕΙΜΩΝΑΣ - 2017-2018 || Τεύχος #41 || www.metropolitan-hospital.gr



1
Ιώσεις του χειμώνα. Συμπτώματα
και αντιμετώπιση • Η.Α.



10
Η εξέλιξη του λόγου και της ομιλίας στην
προ-σχολική ηλικία • Μ. Οικονομίδου



15
Τεχνολογία αιχμής στη χειρουργική της
σπονδυλικής στήλης • Π.Η. Ζουμπούλης,
Π. Αγγουράκης



12
Πρωτοπορία στην αντιμετώπιση του παγκρεατικού καρκίνου • Χ. Δερβένης



22
MIS scoliosis. Διαδερμική αντιμετώπιση
σκολίωσης και κύφωσης για πρώτη
φορά στην Ελλάδα • Μ. Λυκίσσας



24
Ελάχιστα Επεμβατική Χειρουργική
της Κροταφογναθικής Διάθρωσης
• Α.Ι. Μυλωνάς



28
Ολική αρθροπλαστική γόνατος
με αναβαθμισμένη ρομποτική
τεχνολογία MAKO

Διευθυντής Σύνταξης: Ηλίας Αλεξάκης
Επιστημονική Εταιρεία: Πρόεδρος: Αντώνης Ρασιδάκης
• Αντιπρόεδρος: Ματθαίος Δουζίνας • Γεν. Γραμματέας: Ιωάννης Ρόμπος
• Ειδικός Γραμματέας: Βασίλειος Μπαρμπούνης • Ταμίας:
Κωνσταντίνος Σαγρής • Μέλη: Δημήτριος Δαυίδης, Έλσα Κάμπος
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. Μπουτσιακής, 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 Ανασθησιολογικού Τμήματος
• Γ. Χατζηδημητρίου, Διευθύντρια Αιμοδοσίας

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



83 στα 100 κρούσματα αυτισμού οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες, σύμφωνα με σουηδο-αμερικανική επιστημονική μελέτη, στη Νέα Υόρκη.



1,1 εκατομμύριο άνθρωποι θα τυφλώνονται στο μέλλον, κάθε χρόνο, από γλαύκωμα σύμφωνα με τις δυσοιωνες προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Γλαυκώματος.



9 έτη είναι η ηλικία έναρξης των διαταραχών διατροφής, με μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας στα κορίτσια, επισημαίνει η ψυχίατρος παιδιών και εφήβων κυρία Φρίντα Κωνσταντοπούλου.



9 προειδοποιητικά σημάδια που μπορούν να «προειδοποιήσουν» τις γυναίκες για τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού επισημαίνουν οι ιατροί, συνιστώντας τακτικούς ελέγχους για την έγκαιρη πρόληψη.



80% μειωμένες είναι οι τιμές των γενοσώμων, μετά την εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών, υποστηρίζουν οι ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες.



1 εκατομμύριο είναι το ποσό, με το οποίο γνωστή φαρμακευτική εταιρεία χρηματοδοτεί έρευνα για την προοπτική προώθησης της εφαρμογής για εξατομικευμένη θεραπεία σε συμπαγείς όγκους.



15 χρόνια ήταν 35χρονος σε κατάσταση φυτού, που μετά από πειραματική θεραπεία, εμφάνισε ενθαρρυντικά σημάδια ανάκτησης της συνείδησης.



36,5 βαθμοί είναι η εσωτερική θερμοκρασία του σώματος, καθώς σε αυτή τη θερμοκρασία είναι δυνατή η εξουδετέρωση ήπιων μυκητιασικών λοιμώξεων, αλλά και γιατί βοηθά το σώμα να μην έχει διαρκή ανάγκη τροφής.



1000 Ελληνόπουλα γεννιούνται κάθε χρόνο με συγγενείς καρδιοπάθειες, όπως αναφέρει ο Πανελλήνιος Σύλλογος «Η καρδιά του παιδιού».



565 άτομα συμμετείχαν σε έρευνα στο Πανεπιστήμιο Ντιουκ από την οποία προέκυψε, ότι η έκθεση σε υψηλά επίπεδα μολύβδου αυξάνει τον κίνδυνο επίδρασης στον δείκτη νοημοσύνης.



4 στις 10 δομές του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) είναι εκτός λειτουργίας, σύμφωνα με καταγγελίες των εκπροσώπων της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Επιστημονικού Υγειονομικού Προσωπικού (ΠΟΣΕΥΠ) του πρώην ΙΚΑ και νυν ΕΟΠΥΥ.



9000 επεμβάσεις Αισθητικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής διενεργούνται κάθε χρόνο, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών, φυσικά, να αφορά σε γυναίκες.



12 είδη πόνου αναδεικνύουν τη σχέση σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς το καθένα από αυτά αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.



900 και πλέον γυναίκες εξετάστηκαν, ανταποκρινόμενες στο κάλεσμα του Σωματείου «Στόχος-Πρόληψη», για προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού.



ΤΑ FAKE NEWS ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ

Το διαδίκτυο, λόγω της έλλειψης επαρκούς ελέγχου, αποτελεί τον ιδανικό «βιότοπο» για να στήνονται τα ενημερωτικά «χωριά Ποτέμκιν», επιτείνοντας τη σύγχυση, αν όχι τη μελαγχολία του ατυχούς αναγνώστη

Ο όρος «fake news» μπήκε τα τελευταία χρόνια στη ζωή μας, προσθέτοντας ένα ακόμη στοιχείο αβεβαιότητας.

Είναι οι λεγόμενες «ψευδείς ειδήσεις» («δράκους» τους λέγαμε παλιά, στην ελληνική καθομιλουμένη) που σπνρίζονται στη διαστροφή ή στην εξ υπαρχής κατασκευή μιας εικονικής πραγματικότητας. Το διαδίκτυο, λόγω της έλλειψης επαρκούς ελέγχου, αποτελεί τον ιδανικό «βιότοπο» για να στήνονται τα ενημερωτικά «χωριά Ποτέμκιν», επιτείνοντας τη σύγχυση, αν όχι τη μελαγχολία του ατυχούς αναγνώστη. Το πρόβλημα αποκτά και ψυχολογικές, αν όχι και ψυχιατρικές, διαστάσεις, αν λάβουμε υπόψη το καθεστώς «συλλογικής κατάθλιψης», υπό το οποίο βρίσκονται οι περισσότεροι συμπολίτες μας εξαιτίας των δραματικών επιπτώσεων από την οικονομική κρίση. Αν ξεκινήσουμε από μια βασική αρχή της δημοσιογραφίας, ότι η είδηση «που πουλάει» είναι αυτή η οποία περιέχει αρνητικά στοιχεία (φυσικές καταστροφές, επιδημίες κ.λπ.), αντιλαμβανόμαστε ότι η εξαπλωση των «fake news» οδηγεί στην πολλαπλασιαστική παραγωγή αρνητικών ειδήσεων, μεταφέροντας μια «κατάμαυρη» εικόνα σε ένα ήδη μελαγχολικό τοπίο. Γίνεται, επομένως, προφανές ότι η αρνητική διάθλαση αυτών των «ψευδών ειδήσεων», τις πολλαπλασιαστικά αρνητι-

κές επιπτώσεις θα μπορούσε να έχει στον ήδη ευαίσθητο ψυχισμό των νεοελλήνων, όταν μάλιστα τα ψυχολογικά προβλήματα ή και πιο σοβαρές διαταραχές έχουν κατά βάση εξωγενείς αιτίες.

Μια λύση θα ήταν, ίσως, να «καταργήσουμε» την τηλεόραση και το ίντερνετ, ή, τουλάχιστον, τα ειδησεογραφικά και ενημερωτικά προγράμματα, όπως και τις αντίστοιχες ιστοσελίδες. Μια άλλη, πιο μετριοπαθής εκδοχή, θα ήταν η επιλεκτική, κυρίως δε η αυστηρά κριτική, και «υποψιασμένη» παρακολούθηση των όσων μεταδίδονται από το σύνολο των μέσων πληροφόρησης.

Δεν είναι δυνατόν όμως να μεταθέτουμε το σύνολο της ευθύνης στην αυτενέργεια των πολιτών. Το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης όμως ανήκει στους αρμόδιους φορείς της Πολιτείας ή και σε άλλους φορείς, όπως για παράδειγμα το συνδικαλιστικό όργανο των δημοσιογράφων, η ΕΣΗΕΑ, για τη λήψη μέτρων ή την ανάληψη πρωτοβουλιών, που θα περιορίζουν δραστικά το φαινόμενο, ώστε ο πολίτης να μη βρίσκεται εκτεθειμένος στην ανεξέλεγκτη παραπληροφόρηση. Οι τελευταίες πρωτοβουλίες για την ένταξη και του διαδικτύου στο πλαίσιο των κανόνων που ισχύουν και στα υπόλοιπα μέσα ενημέρωσης, αποτελεί βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση, αλλά δεν αρκεί.

Η.Α.



Ανεπάρκεια βιταμίνης D έχουν οι μισοί Έλληνες

Έλλειψη βιταμίνης D έχουν περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ενώ στην Ελλάδα η έλλειψή της παρατηρείται στο 50% του πληθυσμού, ενώ στους ηλικιωμένους το ποσοστό φθάνει και το 80%. Η έλλειψη βιταμίνης D ενδέχεται να προδιαθέτει ή να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για παθήσεις, όπως ο διαβήτης τύπου 1 και 2, οι νευροεκφυλιστικές παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), αλλά και για καρδιαγγειακές επιπλοκές. Οι επιστήμονες αποδίδουν τα υψηλά ποσοστά έλλειψης βιταμίνης D στην ανεπαρκή ή μη σωστή έκθεση στον ήλιο και στη χρήση αντηλιακών. Ένα αντηλιακό με δείκτη 10 μπλοκάρει σε ποσοστό 90% το επίπεδο της βιταμίνης D. Ωστόσο, δεν έχουν καταλήξει στο ποια είναι η ποσότητα βιταμίνης D που θα εξασφαλίζει την υγεία των οστών και των δοντιών και θα προστατεύει και από την εμφάνιση άλλων παθήσεων.

Ένα νέο εμβόλιο

Reuters Health.
Ένα νέο, γενετικά αδρανοποιημένο αντικοκκυτικό ακυτταρικό εμβόλιο φαίνεται να είναι ασφαλές και ανοσογόνο στους εφήβους που είχαν εμβολιαστεί κατά τη βρεφική και την παιδική τους ηλικία. Η ανοσία που παρέχεται από το ακυτταρικό εμβόλιο, το οποίο κυκλοφορεί σήμερα, είναι βραχείας διάρκειας, ώστε να απαιτείται επανειλημμένη χορήγηση για να διατηρηθούν προφυλακτικά επίπεδα αντισωμάτων στο αίμα. Ακόμη, εμβολιασμός κατά την κύηση επιβάλλεται για την προστασία του βρέφους στους πρώτους μήνες της ζωής του. Σε προγενέστερη μελέτη η οποία αφορούσε σε ενήλικες, το νέο εμβόλιο διαπιστώθηκε ασφαλές και προκάλεσε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αντισωμάτων σε σύγκριση με εκείνα που προκλήθηκαν από το εμβόλιο Tdap.



ΓΙΑΤΙ ΑΠΟΤΥΓΧΑΝΟΥΝ ΟΙ ΔΙΑΙΤΕΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ;

Με τον όρο «λιγούρες» για φαγητό, εννοούμε την έντονη επιθυμία να καταναλώσουμε συγκεκριμένα φαγητά στα οποία είναι δύσκολο να αντισταθούμε. Πρόκειται για ένα συχνό φαινόμενο που συμβαίνει σε ποσοστό 58-97% των ενηλίκων σύμφωνα με μελέτη Αμερικανών ερευνητών. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν λιγούρες για φαγητό ανέφεραν 2-4 επεισόδια την εβδομάδα, τα οποία συνήθως κατέληγαν στην κατανάλωση λικουδιών ή σε τσιμπολόγημα. Ακόμη, η έντονη επιθυμία για λικουδιές υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά παρουσιάζεται αυξημένη σε παχύσαρκους ασθενείς, ενώ συνδέεται άμεσα με τον δείκτη μάζας σώματος (body mass index, BMI), ανάμεσα σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Ένα από τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης είναι ότι η έντονη επιθυμία για «απαγορευμένες» τροφές μπορεί να συμβάλλει στην αποτυχία μιας δίαιτας για απώλεια βάρους, τη στιγμή που αυτή ακριβώς η επιθυμία αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες στη μελέτη, ως η πλέον συχνή αιτία διακοπής της δίαιτας για απώλεια βάρους. Και αυτό γιατί οι λιγούρες, όταν συνδυάζονται με επιθυμία για κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών, συχνά θεωρούνται έκφραση πείνας, κυρίως στις γυναίκες.



Η έντονη επιθυμία για λικουδιές υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά παρουσιάζεται αυξημένη σε παχύσαρκους ασθενείς, ενώ συνδέεται άμεσα με τον δείκτη μάζας σώματος (body mass index, BMI), ανάμεσα σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2

ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ: ΜΗΠΩΣ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ;

Οι 40 ώρες εργασίας την εβδομάδα είναι -θεωρητικά- το όριο εργασίας, με πέντε 8ωρα και ελεύθερο Σαββατοκύριακο. Όπως όλοι γνωρίζουμε, όμως, αυτός ο κανόνας δεν τηρείται πάντα με αυστηρότητα. Υπάρχουν άτομα που μπορεί να εργάζονται μέχρι και 12 ώρες, και μια νέα μελέτη στο American Journal of Industrial Medicine δείχνει ότι οι τακτικές υπερωρίες μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα στην υγεία... Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι αν εργαζόμαστε 61-70 ώρες την εβδομάδα, ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου της καρδιάς αυξάνεται κατά 42%. Μια διαφορετική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Lancet, έδειξε ότι οι άνθρωποι που κάνουν τακτικά υπερωρίες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με όσους εργάζονται 8ωρο.

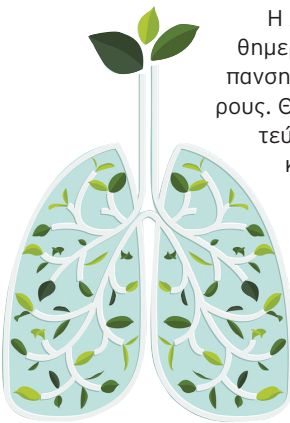
ΚΑΦΕΣ: ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΖΩΙΑ

Ο καφές αποτελεί το πιο δημοφιλές ρόφημα παγκόσμια και οι κόκκοι του προέρχονται από τα καβουρδισμένα και αλεσμένα σπόρια της καφέας ή καφεόδεντρου. Η λέξη «καφές» μάλλον προέρχεται από την Kaffa, επαρχία της Αιθιοπίας, όπου η κάφεια η αραβική (Coffea Arabica) αναπτυσσόταν ως θάμνος. Η περιοχή αυτή θεωρείται η γενέτειρα του καφέ, ο οποίος στη συνέχεια μεταφέρθηκε στην Αραβία, ενώ η κατανάλωσή του έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής στα μέσα του 15ου αιώνα στην Υεμένη. Έκτοτε, διαδόθηκε ταχύτατα σε ολόκληρο τον κόσμο και χάρη στην ιδιότητά του να καταπολεμά την υπνηλία έγινε ιδιαίτερα αγαπητός. Η επίδρασή του αυτή στο ΚΝΣ συνοδεύεται επίσης από βελτίωση των πνευματικών δεξιοτήτων μέσω της αύξησης της εγρήγορσης και της μείωσης της ανίγας. Οι εν λόγω ιδιότητες οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην καφεΐνη, το βασικό συστατικό του καφέ, που δρα ως τονωτικό.



Σύμφωνα με βρετανική μελέτη στην επιθεώρηση European Respiratory Journal, η καθημερινή κατανάλωση χυμού από μήλο βοηθά να προληφθεί ο συριγμός στα μικρά παιδιά

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΔΥΝΑΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΝΑΠΝΟΗ



Η λειτουργία των πνευμόνων μας επιβαρύνεται καθημερινά από παράγοντες, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση και η κακή ποιότητα αέρα στους εσωτερικούς χώρους. Θέλετε να αναπνεύσετε ελεύθερα και να προστατεύσετε τα πνευμόνια σας από σοβαρές παθήσεις; Ξεκινήστε, βάζοντας στη διατροφή σας τα προϊόντα που συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος. Το δημοφιλές φρούτο και ιδιαίτερα ο χυμός του προστατεύει από τον λεγόμενο αναπνευστικό συριγμό, όταν δηλαδή η αναπνοή ακούγεται σαν να «σφυρίζει». Σύμφωνα με βρετανική μελέτη στην επιθεώρηση European Respiratory Journal, η καθημερινή κατανάλωση χυμού από μήλο βοηθά να προληφθεί ο συριγμός στα μικρά παιδιά.

Τα υγιεινά μονοακόρεστα και τα πολυακόρεστα λιπαρά του ελαιόλαδου εξουδετερώνουν έως έναν βαθμό αρνητικές συνέπειες της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, όπως η αύξηση της αρτηριακής πίεσης και οι βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία. Η καφεΐνη που βρίσκεται στο αγαπημένο ρόφημα έχει βρογχοδιασταλτική δράση, δηλαδή βοηθά να «ανοίξουν» οι αεραγωγοί του σώματος. Τα Ω-3 λιπαρά οξέα του λιπαρού ψαριού λειτουργούν ως ισχυρά αντιοξειδωτικά και βοηθούν στην αντιμετώπιση φλεγμονών, αλλά και επικίνδυνων βακτηρίων στους πνεύμονες.

ΣΕ ΤΙ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ;



Ταχυκαρδία είναι ο ιατρικός όρος για τον καρδιακό σφυγμό που είναι ταχύτερος από τον φυσιολογικό. Στους ενήλικες ως φυσιολογική ορίζεται η καρδιακή συχνότητα που κυμαίνεται σε 60-100 σφυγμούς/λεπτό. Μερικές φορές η ταχυκαρδία αποτελεί φυσιολογική ανταπόκριση, π.χ. στη σωματική άσκηση ή στο άγχος. Κάποιες φορές όμως μπορεί να αποτελεί ένδειξη άλλου προβλήματος. Η παθολογική ταχυκαρδία οφείλεται κατά κανόνα σε διαταραχή της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς, η οποία μάλιστα στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αυξημένη. Συνήθως στην ταχυκαρδία κάποιος νιώθει ένα «φτερούγισμα» στην καρδιά του. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά είναι αθώα, τουλάχιστον στους νεότερους.

Ρομποτική επέμβαση θώρακος και διεθνής πρωτιά στο Metropolitan Hospital

Στις 17 Νοεμβρίου 2017 διενεργήθηκε στο Metropolitan Hospital ρομποτική τμηματοτομή αριστερού πνεύμονα και εκτεταμένη αποφλοιώση υπεζωκότα σε ασθενή 54 ετών με απόλυτη επιτυχία. Είναι η πρώτη εγχείρηση θώρακα με το Ρομποτικό Σύστημα Da Vinci Xi στην Ελλάδα και στα Βαλκάνια και εντάσσει το Τμήμα Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοχειρουργικής σε ιδιαίτερη θέση μεταξύ αντίστοιχων τμημάτων, λόγω της διενέργειας ελάχιστα επεμβατικών επεμβάσεων τόσο θωρακοσκοπικά (VATS) όσο και ρομποτικά (RATS). Η επέμβαση διενεργήθηκε από τον κ. Εμμανουήλ Γεωργιαννάκη, Διευθυντή του Τμήματος Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοχειρουργικής.



ΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΧΕΙΜΩΝΑ

Συμπτώματα και αντιμετώπιση

Οι περισσότεροι νομίζουμε ότι αρρωσταίνουμε από το κρύο. Το μόνο όμως που μπορούμε να πάθουμε αν εκτεθούμε σε έντονο ψύχος, χωρίς να υπάρχουν ιοί στο περιβάλλον, είναι κρυοπαγήματα και όχι λοίμωξη

Με μεγάλη συχνότητα παρουσιάζονται τον χειμώνα οι ιώσεις και βέβαια η γρίπη. Ο κρύος καιρός ευνοεί συνήθως λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (μύτη, φάρυγγας, ιγμόρεια). Οι ειδικοί εκτιμούν ότι μέχρι τα 75 μας χρόνια θα περάσουμε 200-250 κρυολογήματα κατά μέσο όρο.

Οι περισσότεροι νομίζουμε ότι αρρωσταίνουμε από το κρύο. Το μόνο όμως που μπορούμε να πάθουμε αν εκτεθούμε σε έντονο ψύχος, χωρίς να υπάρχουν ιοί στο περιβάλλον, είναι κρυοπαγήματα και όχι λοίμωξη. Στην πραγματικότητα, το κρύο καθαυτό δεν προκαλεί ούτε συνάχι ούτε πονόλαιμο ούτε βήχα ούτε πυρετό. Δημιουργεί, όμως, κατάλληλες συνθήκες για να «εγκατασταθούν» στον οργανισμό ιοί και να εκδηλωθούν κοινά κρυολογήματα και γρίπη. Συγκεκριμένα, με την πτώση της θερμοκρασίας ελαττώνεται η άμυνα του

οργανισμού. Πρόκειται για ένα βιολογικό φαινόμενο που ονομάζεται ελάττωση της ανοσίας. Έτσι, ο οργανισμός γίνεται ευάλωτος στους ιούς που υπάρχουν γύρω του. Επιπλέον, με το κρύο οι άνθρωποι συγκεντρώνονται σε κλειστούς χώρους και συνεπώς εκτίθενται σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις ιών, αφού, λόγω του συγχρωτισμού, η μετάδοσή τους από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι ευκολότερη. Γι' αυτό, συνήθως αρρωσταίνουμε τις ημέρες εκείνες που υπάρχει πτώση της θερμοκρασίας.

Συμπτώματα και αντιμετώπιση

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός πως έχουν γίνει και εξακολουθούν να γίνονται εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού για τη σωστή αντιμετώπιση των ιώσεων/κρυολογημάτων, συνεχίζουν να υπάρχουν πολλοί μύθοι σχετικά με τη σωστή αντιμετώπισή τους.

Πρώτα απ' όλα δεν μπορείς να θεραπεύσεις το κρυολόγημα με αντιβιοτικά. Το κρυολόγημα οφείλεται σε ίωση και τα αντιβιοτικά, που θεραπεύουν τις λοιμώξεις, δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα. Η καλύτερη στρατηγική αντιμετώπισης της ίωσης είναι η εστίαση στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η υιοθέτηση κανόνων υγιεινής ώστε να σταματήσει η εξάπλωσή της.

Πονοκέφαλος και μυοσκελετικός πόνος

Οι μυοσκελετικοί πόνοι τις περισσότερες φορές συνδέονται με κάποια ίωση ή κρυολόγημα. Για την αντιμετώπισή τους, κάντε λήψη ενός αναλγητικού που ανήκει στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, γιατί αυτό μπορεί εύκολα να μειώσει τους μυοσκελετικούς πόνους.

Ο πονοκέφαλος μπορεί να είναι ένα ακόμη σύμπτωμα ίωσης. Καλό είναι να λαμβάνετε έγκαιρα ένα παυσίπονο πριν να γίνει οξύς ο πόνος.

Πονόλαιμος και βήχας

Οι μυοσκελετικοί πόνοι τις περισσότερες φορές συνδέονται με κάποια ίωση ή κρυολόγημα. Για την αντιμετώπισή τους, κάντε λήψη ενός αναλγητικού με βάση τηνιβουπροφαίνη, όπως το Nurofen express. Η ιβουπροφαίνη ανήκει στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, γι' αυτό μπορεί εύκολα να μειώσει τους μυοσκελετικούς πόνους.

Ο πονοκέφαλος μπορεί να είναι ένα ακόμη σύμπτωμα ίωσης. Καλό είναι να λαμβάνετε έγκαιρα ένα παυσίπονο πριν να γίνει οξύς ο πόνος. Πιο συγκεκριμένα, τα άλατα της ιβουπροφαίνης 400 mg (Nurofen 400 mg) ανακουφίζουν από τον πονοκέφαλο, στοχεύοντας τις προσταγλανδίνες και οδηγώντας σε ανακούφιση από τα πρώτα 15 λεπτά.

Πυρετός

Αξίζει να θυμόμαστε ότι ένας ήπιος έως μέτριος πυρετός δεν αποτελεί πρόβλημα

Ένας ήπιος έως μέτριος πυρετός δεν αποτελεί πρόβλημα και δεν είναι επικίνδυνος. Στην πραγματικότητα, είναι ένας από τους τρόπους που ο οργανισμός μας προσπαθεί να αντιμετωπίσει την ίωση ή το κρυολόγημα

και δεν είναι επικίνδυνος. Στην πραγματικότητα, είναι ένας από τους τρόπους που ο οργανισμός μας προσπαθεί να αντιμετωπίσει την ίωση ή το κρυολόγημα. Το κλειδί είναι να προσπαθήσουμε να αισθανόμαστε άνετα.

Μείνετε ενυδατωμένοι. Η υψηλή θερμοκρασία μπορεί να σας προκαλέσει αφυδάτωση, γι' αυτό είναι σημαντικό να πίνετε πολλά υγρά. Αποφύγετε το τσάι, τον καφέ και το οινόπνευμα, γιατί μπορεί να επιδράσουν θετικά στην αφυδάτωση.

Για άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση του πυρετού, μπορείτε να κάνετε λήψη ενός αναλγητικού, όπως το Nurofen, το οποίο εκτός από τον πυρετό, μπορεί να σας ανακουφίσει ταυτόχρονα από τον μυοσκελετικό πόνο και τον πονοκέφαλο.

[Η οποιαδήποτε βέβαια χρήση φαρμάκων ΘΑ γίνεται πάντα σε συνεννόηση με τον γιατρό σας.]

H.A.

Οι γονείς έχουν την άποψη ότι ο λόγος αρχίζει όταν το παιδί είναι ενός έτους, ενώ στην πραγματικότητα ο λόγος ξεκινάει από τη βρεφική ηλικία.

Οι γονείς των παιδιών προ-σχολικής ηλικίας συχνά αγωνιούν για το ποια θα πρέπει να είναι η εξέλιξη του λόγου και της ομιλίας των παιδιών τους. Η διαδικασία κατάκτησης του λόγου και της ομιλίας δεν είναι εύκολη, αρκεί να σκεφθεί κάποιος ότι ένας ενήλικας για να φθάσει στο επίπεδο κανονικής ομιλίας, χρειάζεται να κατέχει τα 17 σύμφωνα και τα 7 φωνήεντα της νεοελληνικής γλώσσας, 300 τρόπους συνδυασμών όλων των φθόγγων, να κατανοεί και να χρησιμοποιεί λεξιλόγιο 50.000 λέξεων και να κατέχει 1.000 κανόνες γραμματικής, για να μπορεί να συντάσσει δομημένες προτάσεις.

Οι γονείς έχουν την άποψη ότι ο λόγος αρχίζει όταν το παιδί είναι ενός έτους, ενώ στην πραγματικότητα ο λόγος ξεκινάει από τη βρεφική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, το βρέφος 0-8 εβδομάδων παράγει βιολογικούς ήχους (κλάμα) όταν πεινάει ή όταν πονάει, γουργουρίσματα 8-20 εβδομάδων όταν χαλαρώνει στην κούνια, παίζει με τη



Στην ηλικία των 5 ετών έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟ-ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (1-5 ΕΤΗ)

φωνή του όταν χαλαρώνει μετά το μπάνιο σε ηλικία 20-30 εβδομάδων. Μεταξύ 25-50 εβδομάδες ακούγονται τα σημαντικά ψελλίσματα, τύπου εναλλασσόμενων συλλαβών, όπου για πρώτη φορά κινείται η γλώσσα πάνω, κάτω, μπροστά, πίσω. Ας σημειωθεί ότι ακόμη και τα παιδιά με βαρνηκοΐα αλλά και με σύνδρομο Down, είναι σε θέση να εκφέρουν τα ψελλίσματα, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι θα υπάρξει αντίστοιχη ανάπτυξη λόγου στις περιπτώσεις αυτές. Στο ηλικιακό φάσμα των 9-18 μηνών αναπτύσσεται η μελωδική πρόταση.

Όταν το παιδί φθάσει ενός έτους, μπορεί και αντιλαμβάνεται τη φωνή της μητέρας του, το νόημα της διάθεσης της μητέρας του ανάλογα με τον τόνο της φωνής της, σηκώνει το χέρι του να χαιρετήσει όταν η μητέρα του πει «κάνε γεια». Η εμφάνι-

ση των πρώτων λέξεων πραγματοποιείται συνήθως στους 12 μήνες. Όμως, ένα παιδί μπορεί να καθυστερήσει να εκφέρει τις πρώτες του λέξεις και μέχρι την ηλικία των 20 μηνών. Ειδικοί ερευνητές αναφέρουν ότι ένα παιδί για να μεταπηδήσει από τις 10 λέξεις στις 50, χρειάζεται περίπου 5 μήνες. Σε αυτή την ηλικία, για να κατανοήσει ένα παιδί το νόημα της λέξης, θα πρέπει η λέξη να συνοδεύεται από τα κοινά της χαρακτηριστικά (για παράδειγμα, για να κατανοηθεί η λέξη «πιάτο», το «πιάτο» θα πρέπει να βρίσκεται πάνω στο τραπέζι της κουζίνας και να έχει φαγητό μέσα).

Όταν το παιδί φθάσει στην ηλικία των 2 ετών, τα θέματα συζήτησης που επιλέγει να μας μιλήσει, αφορούν σχεδόν πάντα στο παρόν, και σχεδόν ποτέ στο παρελθόν. Μας μιλούν για τα οικεία τους πρόσωπα, για

ενέργειες που έχουν τα ίδια πραγματοποιήσει, για το φαγητό, για μέλη του σώματός τους, για τον ρουχισμό τους, για τα ζώα που έχουν δει, για οχήματα και παιχνίδια που έχουν παίξει τα ίδια τα παιδιά. Σε αυτή την ηλικία, παρατηρείται ότι τα παιδιά, όταν μιλούν μπορεί να υπερ-γενικεύουν ή να υπο-γενικεύουν. Πιο συγκεκριμένα, όταν υπερ-γενικεύουν, πιθανόν να αποκαλούν «μπαμπά» οποιονδήποτε κύριο έχει αντρική φωνή και μοιάζει στον μπαμπά τους, ενώ όταν υπο-γενικεύουν, αποκαλούν «σκύλο» μόνο το δικό τους τετράποδο ζώο. Και τα δύο εν λόγω φαινόμενα του λόγου είναι αντίστοιχα και φυσιολογικά να πραγματοποιούνται σε αυτή τη χρονολογική ηλικία. Ας σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη ηλικία χρησιμοποιούνται περισσότερο ουσιαστικά (κατά 80%) και λιγότερο ρήματα (20%). Οι προτάσεις που εκφέρουν τα παιδιά σε αυτή την ηλικία, στόχο έχουν να δείξουν ότι κάποιος κάνει μια ενέργεια (π.χ. «η κούκλα κοιμάται»), η ενέργεια επηρεάζει ένα αντικείμενο (π.χ. «έκλεισε την πόρτα»), εντοπίστηκε ένα αντικείμενο μέσα στον χώρο (π.χ. «εκεί μέσα»). Σε αυτή την ηλικία, τα παιδιά δεν μιλούν ακόμη καθαρά και μάλιστα κάποιες αντικαταστάσεις που κάνουν στην ομιλία τους θεωρούνται φυσιολογικές. Για παράδειγμα, μπορεί να αντικαθιστούν ένα οπίσθιο σύμ-

φωνο με ένα πρόσθιο και να εκφέρουν «τότα» για τη λέξη «κότα» ή ένα εξακολουθητικό σύμφωνο να το αντικαθιστούν με ένα στιγμιαίο σύμφωνο και να εκφέρουν «σύννεπο» για τη λέξη «σύννεφο». Ας σημειωθεί ότι σε αυτή την ηλικία είναι φυσιολογικό να μην μπορούν ακόμη να εκφέρουν τα υγρά σύμφωνα «ρ» και «λ».

Ο τρίτος χρόνος ανάπτυξης ομιλίας του παιδιού θεωρείται ο πλέον σημαντικός, καθώς σε αυτή την ηλικία παρατηρείται η μεγαλύτερη άνθιση του λόγου ως προς την έκταση και το περιεχόμενο. Πιο συγκεκριμένα, εάν συγκριθεί ο λόγος του δίχρονου παιδιού με τον λόγο του τριχρονου, γίνεται φανερό η διαφοροποίηση. Δίχρονα παιδιά μιλούν με προτάσεις 3-4 λέξεων, ενώ τριχρονα παιδιά μιλούν με προτάσεις 9-10 λέξεων. Δίχρονα παιδιά εκφέρουν προτάσεις με συντακτική δομή υποκείμενο - ρήμα ή ρήμα - αντικείμενο, τριχρονα παιδιά εκφέρουν προτάσεις με συντακτική δομή υποκείμενο - ρήμα - αντικείμενο - επίρρημα. Οι ερωτήσεις που κάνουν τα δίχρονα παιδιά είναι απλοϊκές (για παράδειγμα ρωτούν «πού είναι ο μπαμπάς;»), ενώ οι ερωτήσεις που κάνουν τα τριχρονα παιδιά είναι περισσότερο σύνθετες (για παράδειγμα ρωτούν «πού έβαλε το δώρο μου ο Άγιος Βασίλης;»). Τα παιδιά στην ηλικία των 3 χρόνων χρησιμοποιούν καταλήξεις που διαχω-

ρίζουν τον ενικό από τον πληθυντικό αριθμό (για παράδειγμα λένε «γάτες»). Χρησιμοποιούν επιθετικούς προσδιορισμούς που διαφοροποιούν τα μεγέθη (για παράδειγμα λένε «μικρούλι»). Στη συγκεκριμένη ηλικία είναι φυσιολογικό να μην μπορούν ακόμη να εκφέρουν το «ρ» ή το «λ».

Στην ηλικία των 4 ετών, όπου οι προτάσεις που εκφέρουν τα παιδιά ακούγονται πολυπλοκότερες, πλέον χρησιμοποιούνται αιτιολογικοί και χρονικοί σύνδεσμοι για την ένωση μεγαλύτερων προτάσεων. Σε αυτή την ηλικία, συχνά τα παιδιά εμφανίζουν επαναλήψεις συλλαβών ή λέξεων, το φαινόμενο του πρώιμου τραυλισμού, ο οποίος όμως είναι φυσιολογικός στην ηλικία των 4 ετών. Στους γονείς, ένας πρώιμος τραυλισμός ακούγεται ιδιαίτερα ανησυχητικός και συνήθως απευθύνονται άμεσα στον λογοπεδικό, ενώ στην πραγματικότητα είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο της εν λόγω ηλικίας. Το παιδί είναι στη φάση που αναδιηγείται και ενώνει μεγαλύτερα μέρη του λόγου και άρα ενδεχομένως το άγχος του να τα «πει», οδηγεί σε επαναλήψεις στον λόγο του. Στην ηλικία των 4 ετών, τα παιδιά ακόμη δεν μπορούν να εκφέρουν το «ρ» και το «λ».

Στην ηλικία των 5 ετών έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας και τα παιδιά είναι σε θέση ακόμη και να περιγράψουν πώς παράγονται οι ήχοι της ομιλίας. Τα πεντάχρονα παιδιά μπορούν πλέον και μιλούν καθαρά, εκφέροντας όλους τους ήχους. Επιπρόσθετα, είναι σε θέση να μιμούνται τοπικές προφορές από διάφορα μέρη. Η κοινωνική τους ικανότητα σε αυτή την ηλικία εξελίσσεται και διαφοροποιούν τον λόγο τους ανάλογα με τη συνθήκη στην οποία βρίσκονται (για παράδειγμα, μιλούν διαφορετικά με τους συνομηλίκους απ' ό,τι με τους γονείς τους ή με τους νηπιαγωγούς τους). Το σημαντικότερο επίτευγμα στη συγκεκριμένη ηλικία είναι η ανάπτυξη της ικανότητας των παιδιών να χωρίζουν ακουστικά τις λέξεις σε μικρότερες μονάδες (ικανότητα της φωνολογικής ενημερότητας). Η εν λόγω ικανότητα θα τους βοηθήσει στην πρώτη ανάγνωση και θα ενισχύσει τη γραπτή οδό, όταν θα φοιτήσουν στην τάξη της πρώτης δημοτικού. Πιστεύω ότι αναφέρθηκε η πρόοδος της ομιλίας και του λόγου στα πρώτα αυτά σημαντικά χρόνια των παιδιών.

Είμαι πάντα στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφόρηση ή οδηγία.



Γράφει η **ΜΑΡΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ**, Λογοπεδικός-Συνεργάτης Θεραπευτηρίου Metropolitan

ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



Γράφει
ο **ΧΡΗΣΤΟΣ ΔΕΡΒΕΝΗΣ**,
Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής
Εταιρείας Χειρουργικής
Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος,
Διευθυντής Κλινικής Χειρουργικής
Ογκολογίας-Χειρουργικής Ήπατος-
Χοληφόρων-Παγκρέατος
στο Metropolitan

Στις 16 Νοεμβρίου, Παγκόσμια Ημέρα του Καρκίνου του Παγκρέατος, άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ενώνονται γύρω από τη συζήτηση για την καταπολέμηση του σκληρότερου καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο. Σήμερα, στην Ευρώπη, ο παγκρεατικός καρκίνος συνιστά το τέταρτο αίτιο θανάτου από καρκίνο, και αν οι τάσεις που υπάρχουν σήμερα συνεχιστούν, το 2020 θα αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου. Γι' αυτό, η διεθνής κοινότητα δίνει μεγάλη σημασία στην ευαισθητοποίηση των πολιτών και των ιατρών, με στόχο την πρώιμη διάγνωση και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του. Στην

προσπάθεια αυτή συμμετέχουν 60 οργανώσεις που δρουν στο συγκεκριμένο πεδίο από 27 χώρες.

Ο κ. Χρήστος Δερβένης, Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος και Διευθυντής Κλινικής Χειρουργικής Ογκολογίας - Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος του Θεραπευτηρίου Metropolitan παρέχει εξηγήσεις για τον καρκίνο του παγκρέατος και το πώς αντιμετωπίζεται.

Τι είναι το πάγκρεας;

Το πάγκρεας είναι ένα σημαντικό όργανο του ανθρώπινου σώματος, που βρίσκε-

ται πίσω από το στομάχι και μπροστά στη σπονδυλική στήλη. Βοηθά τον οργανισμό να χρησιμοποιεί και να αποθηκεύει την ενέργεια της τροφής, παράγοντας ορμόνες που ελέγχουν το επίπεδο σακχάρου και ένζυμα για τη διάσπαση της τροφής και την πέψη.

Τι είναι ο καρκίνος του παγκρέατος;

Ο παγκρεατικός καρκίνος εμφανίζεται όταν τα κύτταρα στο πάγκρεας αυξάνονται και πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα, δημιουργώντας μια μάζα που ονομάζεται όγκος.

Τι προκαλεί τον παγκρεατικό καρκίνο;

Η αιτία εμφάνισης των περισσότερων

περιπτώσεων παγκρεατικού καρκίνου είναι άγνωστη. Υπάρχουν κάποιοι αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου, όμως απαιτείται περισσότερη έρευνα για να γίνει κατανοητή η άμεση συσχέτισή τους με τη νόσο.

Οι παράγοντες αυτοί είναι: η ηλικία, καθώς σε ποσοστό 90% ο παγκρεατικός καρκίνος εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω, το οικογενειακό ιστορικό, το κάπνισμα, το οινόπνευμα, η παχυσαρκία, η αυξημένη πρόσληψη λιπαρών, η ύπαρξη διαβήτη ή χρόνιας παγκρεατίτιδας. Ο παγκρεατικός καρκίνος προσβάλλει εξίσου τους άνδρες και τις γυναίκες.

Πόσα άτομα πάσχουν από παγκρεατικό καρκίνο;

Ο παγκρεατικός καρκίνος είναι ο 12ος συνηθέστερος καρκίνος παγκόσμια. Στην Ευρώπη, ο παγκρεατικός καρκίνος είναι ο 7ος πιο συχνός καρκίνος και το τέταρτο αίτιο θανάτου από καρκίνο. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, περίπου 12 άνδρες και 8 γυναίκες στα 100.000 άτομα διαγιγνώσκονται με παγκρεατικό καρκίνο κάθε χρόνο. Το 2016 διαγνώστηκαν στην Ευρώπη 62.101 νέες περιπτώσεις, ενώ ο εκτιμώμενος αριθμός των ασθενών που έχασαν ή θα χάσουν τη μάχη με τη νόσο ανέρχεται σε 87.400 για το 2017.

Γνωρίζουμε ότι αυτός ο καρκίνος, ειδικότερα το αδενοκαρκίνωμα των πόρων του παγκρέατος, είναι μια νόσος της μέσης και μεγάλης ηλικίας. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια όλο και νεότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την εν λόγω ασθένεια και αναζητούν θεραπεία.

Πόσο σοβαρή είναι η νόσος;

Μόνο το 15-20% όλων των περιπτώσεων παγκρεατικού καρκίνου είναι εγχειρίσιμο τη στιγμή της διάγνωσης. Η καθυστερημένη διάγνωση αποτελεί την κύρια αιτία της αδυναμίας ίασης των ασθενών. Έχει το χαμηλότερο ποσοστό επιβίωσης από όλους τους καρκίνους. Μόλις το 2-10% όλων διαγιγνώσκονται επιβιώνουν 5 χρόνια μετά τη διάγνωση. Οι ασθενείς που προσβάλλονται από παγκρεατικό καρκίνο χάνουν το 98% του προσδόκιμου υγιούς ζωής τους τη στιγμή της διάγνωσης. Λόγω επίσης του σοβαρού προβλήματος καθυστερημένης διάγνωσης, η συνολική μέση επιβίωση ενός ατόμου που έχει διαγνωστεί με μεταστατικό παγκρεατικό καρκίνο είναι 4-6 μήνες. Σήμερα, η διάγνωση του παγκρεατικού

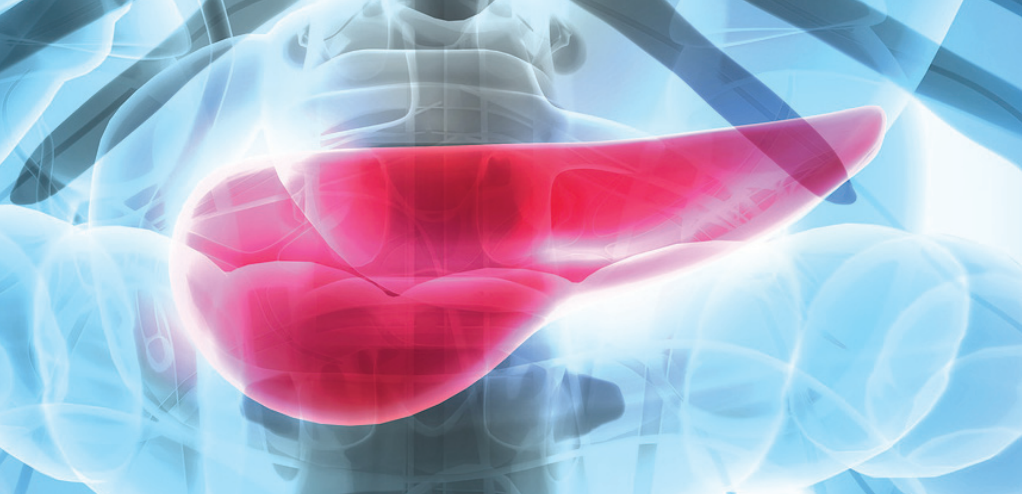
Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, περίπου 12 άνδρες και 8 γυναίκες στα 100.000 άτομα διαγιγνώσκονται με παγκρεατικό καρκίνο κάθε χρόνο. Το 2016 διαγνώστηκαν στην Ευρώπη 62.101 νέες περιπτώσεις, ενώ ο εκτιμώμενος αριθμός των ασθενών που έχασαν ή θα χάσουν τη μάχη με τη νόσο ανέρχεται σε 87.400 για το 2017

καρκίνου, σε γενικές γραμμές, ισοδυναμεί με πολύ κακή πρόγνωση και λίγοι ασθενείς παραμένουν εν ζωή έναν χρόνο μετά τη διάγνωση. Η πιο πρώιμη διάγνωση θα μπορούσε να μειώσει τη θνησιμότητα της νόσου, ενώ εάν δεν ληφθούν μέτρα, έχει υπολογιστεί ότι ο παγκρεατικός καρκίνος θα είναι το δεύτερο αίτιο θανάτου από καρκίνο έως το 2020.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση αλλά και με τη δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένης φροντίδας και θεραπευτικών μεθόδων σε κέντρα εξειδικευμένα στην αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας, η συνολική επιβίωση των ασθενών και η ποιότητα της ζωής τους αλλάζει ραγδαία προς το καλύτερο.

Ποια είναι τα συνήθη συμπτώματα του παγκρεατικού καρκίνου;

Στα πρώιμα στάδια, ο παγκρεατικός καρκίνος μπορεί να είναι δύσκολο να ανιχνευτεί, καθώς δεν παρουσιάζει συνήθως συγκεκριμένα συμπτώματα, γεγονός που δυσχεραίνει την πρώιμη διάγνωση. Ωστόσο, καθώς ο καρκίνος αναπτύσσεται, τα συμπτώματα πιθανότατα αυξάνουν. Το ποια ακριβώς συμπτώματα εμφανίζονται εξαρτάται από πολλές παραμέτρους που περιλαμβάνουν τον τύπο του παγκρεατικού καρκίνου, το πού εντοπίζεται ο καρκίνος



Σήμερα στο Metropolitan Hospital η εξειδικευμένη ομάδα ιατρικού νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει με ολοκληρωμένη φροντίδα τους ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος

στο πάγκρεας και τις επιπτώσεις τις οποίες έχει στον οργανισμό.

Τα συννηθέστερα συμπτώματα του παγκρεατικού καρκίνου είναι: ναυτία, σημεία/εμφάνιση ίκτερου, κατάθλιψη, πόνοι στην κοιλιακή χώρα και στη μέση της πλάτης, έναρξη διαβήτη μη σχετιζόμενου με αύξηση βάρους, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, αλλαγές στις εντερικές συνήθειες (διάρροια/στεατόρροια), ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Πώς γίνεται η διάγνωση του παγκρεατικού καρκίνου;

Δυστυχώς, δεν υπάρχει μέθοδος έγκαιρης ανίχνευσης σε πρώιμο στάδιο. Δεν υπάρχει εξέταση για τον παγκρεατικό καρκίνο, όπως η μαστογραφία ή η κολονοσκόπηση. Η πρώτη διάγνωση είναι καταλυτική για την εξέλιξη της νόσου: οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο και μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική αφαίρεση έχουν πολύ υψηλότερες πιθανότητες να επιβιώσουν 5 χρόνια και περισσότερα.

Για τη διάγνωση χρησιμοποιούνται απεικονιστικές εξετάσεις (δηλαδή αξονική τομογραφία CT και μαγνητική τομογραφία MRI), ενδοσκοπικός υπερηχογραφικός έλεγχος (EUS), λαπαροσκόπηση και βιοψία.

Ποιες είναι οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές;

Οι θεραπείες εξαρτώνται από το στάδιο του καρκίνου και το σημείο που εντοπίζεται ο όγκος. Εάν ο όγκος είναι αρκετά μικρός, ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί και ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση και αρκετά υγιής, τότε προτείνεται

χειρουργική επέμβαση και ολοκληρωτική αφαίρεση του όγκου. Εάν ο όγκος είναι μη εξαιρεσίμος, δηλαδή ο καρκίνος είναι είτε πολύ προχωρημένος εντός και πέρα του παγκρέατος είτε έχει εξαπλωθεί σε άλλα σημεία του σώματος, σκοπός της θεραπείας είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων και η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής. Η χημειοθεραπεία και συμπληρωματικά η ακτινοθεραπεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να συρρικνωθεί ο όγκος και να επιβραδυνθεί η ανάπτυξή του, αλλά καμιά από τις επιλογές δεν θα επιφέρει ίση του καρκίνου. Υπάρχουν κάποιες νεότερες στοχευμένες θεραπείες που στοχεύουν μόνο κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων, τα οποία αφορούν μόλις στο 0,8% του συνόλου των παγκρεατικών καρκίνων (MSI High). Η έρευνα τα τελευταία χρόνια έχει στραφεί στον συνδυασμό χημειοθεραπείας και νέων στοχευμένων θεραπειών όπως οι ανοσοθεραπείες, οι οποίες χρησιμοποιούνται με επιτυχία σε άλλους τύπους καρκίνου. Έτσι, η χημειοθεραπεία παραμένει η κύρια θεραπευτική επιλογή για το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών.

Σε ποια κέντρα πρέπει να αντιμετωπίζεται ο καρκίνος του παγκρέατος;

Η χειρουργική επέμβαση για τον καρκίνο του παγκρέατος πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα από εξειδικευμένη ομάδα ιατρών. Έχει αποδειχθεί διεθνώς ότι όταν η αντιμετώπιση γίνεται στα εξειδικευμένα αυτά κέντρα, τότε οι επιπλοκές και οι θάνατοι από μια τόσο δύσκολη επέμ-

βαση είναι μικρότεροι, αλλά και η επιβίωση των ασθενών μετά τη θεραπεία είναι σημαντικά καλύτερη. Στις ανεπτυγμένες χώρες, μόνο σε κέντρα εξειδίκευσης μπορούν να πραγματοποιούνται τέτοιες επεμβάσεις. Στην Ελλάδα υπάρχουν τέτοιες ομάδες που ασχολούνται με τη νόσο, οι οποίες οφείλουν να μετατραπούν σε κέντρα αριστείας και να είναι τα μόνα που θα αντιμετωπίζουν τη νόσο.

Στο δικό σας Θεραπευτήριο υπάρχει τέτοια δυνατότητα;

Σήμερα στο Metropolitan Hospital η εξειδικευμένη ομάδα ιατρικού (χειρουργών, ογκολόγων, γαστρεντερολόγων/ενδοσκόπων, επεμβατικών ακτινολόγων, αναισθησιολόγων), νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει με ολοκληρωμένη φροντίδα τους ασθενείς με καρκίνο παγκρέατος, όλων των τύπων και σε όλα τα στάδια αυτής της σοβαρής ασθένειας.

Επίσης, η κλινική μας προσφέρει εναλλακτικές λύσεις σε ασθενείς, όπου λόγω της έκτασης της νόσου τους δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική εξαίρεση του όγκου τους. Έτσι, με νέες πρωτοποριακές μεθόδους τοπικής καταστροφής του νεοπλασματος (RFA και IRE) σε συνεργασία με τους επεμβατικούς ακτινολόγους, μπορούμε να καταστρέψουμε τοπικά τον όγκο, παρέχοντας μεγαλύτερες δυνατότητες επιβίωσης και ποιότητας ζωής, σε ασθενείς που παλαιότερα ήταν καταδικασμένοι.

Τι πρέπει να κάνετε αν κάτι σας απασχολεί;

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα και οι παράγοντες κινδύνου που ενδέχεται να έχουν πολλές αιτίες, καθώς και τα συμπτώματα τα οποία αντιμετωπίζετε μπορεί να αποτελούν ένδειξη για κάτι άλλο. Αν όμως, έχετε τακτικά ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα που αναφέρονται, τα οποία είναι επίμονα, επιδεινώνονται και δεν είναι φυσιολογικά για εσάς, μην τα αγνοείτε, μιλήστε με τον ιατρό σας το συντομότερο δυνατόν. Εάν ένας φίλος ή μέλος της οικογένειάς σας έχει κάποιο από αυτά τα συμπτώματα, πείτε τους να κάνουν το ίδιο.

Η ευαισθητοποίηση όλων μας απέναντι στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος φέρνει και τα πιο καλά θεραπευτικά αποτελέσματα, οπότε η επίσκεψη στον ιατρό μπορεί να σας σώσει τη ζωή!

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ

Το OSTEOCOOL™ εφαρμόζεται με διαδερμική τεχνική μικρής παρεμβατικότητας, για την οποία δεν απαιτείται γενική αναισθησία, ούτε ο ασθενής χρειάζεται να διακόψει προηγουμένως τη φαρμακευτική του αγωγή



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΑΙΧΜΗΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Σύγχρονη και ασφαλής αντιμετώπιση των μεταστάσεων και των παραμορφώσεων της σπονδυλικής στήλης

Οι παθήσεις της σπονδυλικής στήλης αποτελούν ένα επιστημονικό πεδίο έρευνας και θεραπευτικών εφαρμογών που εξελίσσεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Με τη διεύρυνση της γνώσης και τη βοήθεια της τεχνολογίας έχουν αναπτυχθεί νεότερες τεχνικές και σύγχρονα υλικά που συμπληρώνουν ή αντικαθιστούν πλέον την κλασική θεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι, προστίθενται περισσότερα όπλα στη φάρετρα του χειρουργού σπονδυλικής στήλης και προσφέρονται καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς. Η σύγχρονη χειρουργική της σπονδυλικής στήλης είτε αφορά

σε ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές είτε σε εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, π.χ. διόρθωση μεγάλων παραμορφώσεων, έχει τα χαρακτηριστικά της μεγαλύτερης ασφάλειας, της ελαχιστοποίησης του μετεγχειρητικού πόνου, της άμεσης μετεγχειρητικής κινητοποίησης χωρίς τη χρήση εξωτερικών κηδεμόνων, της μικρότερης νοσηλείας και της ταχείας ανάρρωσης.

Ιδιαίτερα σημαντικές εξελίξεις υπάρχουν στην αντιμετώπιση των οστικών μεταστάσεων από κακοήθεις όγκους στη σπονδυλική στήλη. Η θερμική εκτομή με ραδιοσυχνότητες των οστικών μεταστάσεων στη σπονδυλική στήλη, με χειρουργ-

Γράφουν οι



ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Η. ΖΟΥΜΠΟΥΛΗΣ,
Επ. Καθηγητής, Διευθυντής
Κλινικής Παραμορφώσεων
Σπονδυλικής Στήλης
στο Metropolitan



ΠΑΥΛΟΣ ΑΓΓΟΥΡΑΚΗΣ,
Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Σπονδυλικής Στήλης
στο Metropolitan

γική τεχνική μικρής παρεμβατικότητας (**OSTEOCOOL™, RadioFrequency minimal invasive thermal ablation**) (Εικ. 1) είναι μια πρωτοποριακή τεχνική που εφαρμόζεται στον ελλαδικό χώρο μόνο στο Θεραπευτήριο Metropolitan. Πρόκειται για νέα τεχνική αντιμετώπισης των οστικών μεταστάσεων στη σπονδυλική στήλη, που έρχεται να συμπληρώσει κενά ή αδυναμίες, τα οποία εμφανίζει η κλασική ακτινοθεραπευτική προσέγγιση.

Το **OSTEOCOOL™** μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους τύπους των οστικών μεταστάσεων (οστεοβλαστικές και οστεολυτικές), ακόμη και σε ακτινοαάντοχους όγκους, όπου δεν μπορεί να εφαρμοστεί ακτινοθεραπεία (όπως οι μεταστάσεις από μελάνωμα, θυρεοειδή, παχύ έντερο ή νεφρό), χωρίς μάλιστα τις πιθανές επιπλοκές της ακτινοθεραπείας (συστηματικές αιματολογικές επιπλοκές, μετακινική μυελίτιδα ή δερματίτιδα κ.λπ.). Το **OSTEOCOOL™** εφαρμόζεται με διαδερμική τεχνική μικρής παρεμβατικότητας, για την οποία δεν απαιτείται γενική αναισθησία, ούτε ο ασθενής χρειάζεται να διακόψει προηγουμένως τη φαρμακευτική χημειοθεραπευτική του αγωγή (Εικ. 2). Επιτυγχάνεται η θερμική εκτομή του μεταστατικού όγκου, με αποτέλεσμα ταχεία ανταπόκριση στον πόνο (95% των ασθενών αναφέρουν σημαντική ανακούφιση, ήδη από τη δεύτερη εβδομάδα, καθώς και σημαντική μείωση στη χρήση οπιοειδών αναλγητικών), ενώ έχει βρεθεί και σημαντική μείωση στην πιθανότητα επέκτασης της μεταστατικής νόσου (μόλις στο 3,2% κίνδυνος επέκτασης, ανά επίπεδο βλάβης). Φυσικά, η θερμική εκτομή του μεταστατικού όγκου μπορεί να συνδυαστεί και με άλλες ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές, όπως κυφοπλαστική ή διαδερμική σπονδυλοδεσία, όπου υπάρχει ανάγκη.

Μιλώντας για τις **παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης**, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι συχνότερες είναι η σκολίωση και η κύφωση. Όταν κοιτάζουμε τη σπονδυλική στήλη από πίσω, φυσιολογικά είναι ίσια, ενώ από το πλάι παρατηρούμε τα φυσιολογικά κυρτώματα στην αυενική, στη θωρακική και στην οσφυϊκή μοίρα, με τα οποία επιτυγχάνεται η καλύτερη ισορροπία του σώματος κατά την όρθια στάση.

Η **σκολίωση** είναι μια τρισδιάστατη παραμόρφωση, με κύριο χαρακτηριστικό την ανάπτυξη πλάγιων κυρτωμάτων στη σπονδυλική στήλη που προκαλούν ασυμμετρία του κορμού. Η σκολίωση μπορεί να πρω-

τοεμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, από τα βρέφη μέχρι τους ηλικιωμένους, με διαφορετική αντιμετώπιση κάθε φορά.

Σε παιδιά και εφήβους η σκολίωση είναι συνήθως ιδιοπαθής (δηλαδή αγνώστου αιτιολογίας), ενώ στους ενήλικες είναι εκφυλιστικής αιτιολογίας. Σπανιότερα, η ανάπτυξη σκολίωσης μπορεί να σχετίζεται με άλλα αίτια, όπως συγγενείς ανωμαλίες (Εικ. 3) και σύνδρομα, νευρομυϊκές παθήσεις, σημαντική ανισοσκελία, νοσήματα που προκαλούν δομικές αλλοιώσεις στους σπονδύλους (κατάγματα, όγκοι, φλεγμονές) κ.ά. και είναι απαραίτητο κατά την αρχική εξέταση να αποκλειστούν από τον ιατρό.

Η **ιδιοπαθής εφηβική σκολίωση** αφορά στο 2% των εφήβων και είναι συχνότερη στα κορίτσια. Η εξέλιξη της εξαρτάται από πολλές παραμέτρους και είναι σημαντικό να αξιολογείται το δυναμικό ανάπτυξης που απομένει σε κάθε περίπτωση μετά την αρχική της διάγνωση. Παρ' όλο που κατά την εμφάνισή της η σκολίωση δεν αποτελεί νόσο με την κλασική έννοια, μπορεί δυνητικά, ξεπερνώντας κάποια επίπεδα, να αποτελέσει κοσμητικό πρόβλημα ή αίτιο πόνου στην ενήλικη ζωή, ενώ σε πολύ μεγάλες παραμορφώσεις, όπου επηρεάζονται τα ζωτικά όργανα του θώρακα, αίτιο καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας. Για τον λόγο αυτόν, η σωστή αρχική αξιολόγηση, η συστηματική παρακολούθηση και η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση είναι πολύ σημαντικές και απαιτούν μεγάλη εξειδίκευση.

Η θεραπεία της ιδιοπαθούς εφηβικής σκολίωσης με τον διορθωτικό κηδεμόνα είναι μια πολύ διαδεδομένη προσέγγιση εδώ και δεκαετίες, ιδιαίτερα στη χώρα μας, ενώ έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στον σχεδιασμό και στην κατασκευή των κηδεμόνων. Η θεραπευτική εφαρμογή διορθωτικού κηδεμόνα έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν αρχίζει νωρίς σε μικρές παραμορφώσεις (early bracing) και σε παιδιά που δεν έχουν φθάσει στη σκελετική ωρίμανση. Από την άλλη πλευρά, η θεραπεία με τον κηδεμόνα έχει ως βασικό στόχο τη συγκράτηση της παραμόρφωσης στα αρχικά επίπεδα και απαιτεί πολύωρη και πολύχρονη καθημερινή εφαρμογή, με συνέπεια κάτι που σίγουρα αποτελεί σημείο δυσκολίας στη διαχείριση ενός παιδιού στην εφηβεία, το οποίο αναμφίβολα υφίσταται μια ψυχική και σωματική ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Σε μεγάλες παραμορφώσεις που ξεπερνούν τις 40-45°, η χειρουργική θεραπεία

μπορεί να δώσει πολύ καλά αποτελέσματα με μόνιμη και σχεδόν πλήρη διόρθωση της σκολίωσης. Τα σύγχρονα συστήματα σπονδυλοδεσίας που εφαρμόζονται στη χειρουργική θεραπεία της σκολίωσης είναι πολύ ισχυρά και διαθέτουν εργαλεία με τα οποία γίνονται διορθωτικοί χειρισμοί σε όλα τα επίπεδα, ώστε να επιτευχθεί τρισδιάστατη ισορροπημένη διόρθωση της παραμόρφωσης. Πολύ σημαντική παράμετρος σε όλη αυτή τη διαδικασία είναι η ασφάλεια του ασθενούς και η αποφυγή των επιπλοκών. Η καθιέρωση της διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης προσφέρει σε όλα τα στάδια της επέμβασης πλήρη εικόνα για τη λειτουργία του νωτιαίου μυελού και των νευρικών ριζών του ασθενούς, ενώ νέοι φαρμακευτικοί παράγοντες και συσκευές διεγχειρητικής αυτομετάγγισης αίματος έχουν περιορίσει την ανάγκη μεταγγίσεων. Ιδιαίτερα σημαντική τεχνολογική εξέλιξη στη διεγχειρητική απεικόνιση, η οποία επίσης εφαρμόζεται στο Θεραπευτήριο Metropolitan, είναι η χρήση του συστήματος φορητής αξονικής τομογραφίας O-Arm το οποίο προσφέρει υψηλής ακρίβειας τρισδιάστατη απεικόνιση της σπονδυλικής στήλης και πλοήγηση σε πραγματικό χρόνο για την τοποθέτηση των υλικών σπονδυλοδεσίας, καθιστώντας την απόλυτα ασφαλή, ακόμη και σε μεγάλες παραμορφώσεις με συγγενείς ανωμαλίες στην ανατομία των σπονδύλων (Εικ. 4). Με παρόμοιο τρόπο, απόλυτη επιτυχία και ασφάλεια αντιμετωπίζονται και ασθενείς με σημαντική νεανική κύφωση που απαιτεί χειρουργική διόρθωση.

Μια σύγχρονη τεχνολογική εφαρμογή, η οποία έρχεται να γεφυρώσει το κενό μεταξύ θεραπείας με κηδεμόνα και χειρουργικής θεραπείας σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας εφηβική σκολίωση, είναι η **χειρουργικά εμφυτεύσιμη συσκευή ApiFix™** που λειτουργεί ως εσωτερικός κηδεμόνας (Εικ. 5). Η τοποθέτηση γίνεται



Εικόνα 6. Εκτεταμένη οπίσθια θωρακο-οσφυο-ιερά σπονδυλοδεσία, σε γυναίκα ασθενή ηλικίας 74 ετών, με θωρακοοσφυϊκή κύφωση, σπονδυλική στένωση και συνυπάρχοντα οστεοπορωτικά κατάγματα.

με μια μικροεπέμβαση, με τομή περίπου 10 cm στην κορυφή του σκολιωτικού κυρτώματος, διαρκεί περίπου μία ώρα, απαιτεί ολιγοήμερη νοσηλεία και η ανάρρωση είναι ταχύτατη χωρίς περιορισμούς. Λίγες εβδομάδες μετά την τοποθέτησή του, μέσω καθημερινών απλών ασκήσεων και χάρη στον εσωτερικό μηχανισμό τύπου γρύλλου που διαθέτει, το **ApiFix™** διατείνεται, επιτυγχάνοντας προοδευτικά τη διόρθωση της σκολίωσης χωρίς να ακινητοποιεί τη σπονδυλική στήλη. Μπορεί να εφαρμοστεί σε εύκαμπτες σκολιώσεις από 35-55° και επιτυγχάνει τελική διόρθωση περίπου κατά 50%. Μεγάλα πλεονεκτήματα της μεθόδου, σε σχέση με τη συντηρητική θεραπεία με τον διορθωτικό κηδεμόνα, είναι η διόρθωση χωρίς τη μακροχρόνια ταλαιπωρία της καθημερινής εφαρμογής του κηδεμόνα και σε σχέση με τη χειρουργική θεραπεία, η σαφώς πιο περιορισμένη παρεμβατικότητα και η διατήρηση της λειτουργικότητας και της ευλυγισίας της σπονδυλικής στήλης.

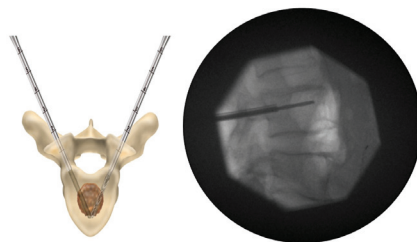
Στις **παραμορφώσεις των ενηλίκων**, τα πράγματα είναι σαφώς πιο σύνθετα και η προσέγγιση διαφορετική. Στους ενήλικες, η παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης είναι δύσκαμπτη, επηρεάζει

σημαντικά τη στάση του σώματος προκαλώντας πρόσθια και πλάγια κλίση του κορμού και συνοδεύεται από πόνο στην πλάτη που επιδεινώνεται με τη δραστηριότητα. Συχνά, υπάρχουν και συμπτώματα από τα κάτω άκρα λόγω πίεσης του νευρικού ιστού στον σπονδυλικό σωλήνα, όπως ισχιαλγία, μουδιάσματα και δυσκολία στη βάδιση. Παράλληλα, οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας πάσχουν και από άλλα νοσήματα όπως υπέρταση, στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, πνευμονοπάθειες, οστεοπόρωση κ.ά., τα οποία επιδεινώνονται με την παραμόρφωση και τον περιορισμό της δραστηριότητας που προκαλεί αυτή στον ασθενή και τα οποία απαιτούν προσεκτική αξιολόγηση πριν από ένα ενδεχόμενο χειρουργείο (Εικ. 6).

Στις παραμορφώσεις των ενηλίκων, η σωστή χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει τη διόρθωση της στάσης, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με αποσυμπίεση του νευρικού ιστού και την ισχυρή σταθεροποίηση με σωστή τοποθέτηση των υλικών με τη χρήση της διεγχειρητικής πλοήγησης O-Arm, προκειμένου ο ασθενής να κινητοποιηθεί άμεσα την επόμενη ημέρα του χειρουργείου. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, με τις σύγχρονες χειρουργικές και αναισθησιολογικές τεχνικές, οι σύνθετες αυτές επεμβάσεις έχουν καταστεί αξιολογικά ασφαλείς σε σχέση ακόμη και με το πρόσφατο παρελθόν. Για τον λόγο αυτόν, σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται με γνώμονα την αντιμετώπιση τόσο των προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης, όσο και τη βοήθεια στη γενικότερη κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου ασθενούς, καθώς ο ηλικιωμένος άνθρωπος, που έχει ανώδυνη καθημερινή φυσιολογική λειτουργικότητα από το μυοσκελετικό του σύστημα μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τα όποια συνοδά προβλήματα υγείας έχει.



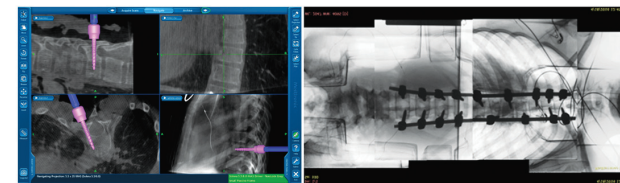
Εικόνα 1. Ο εξοπλισμός του **OSTEOCOOL™, RadioFrequency minimal invasive thermal ablation**, όπως είναι εγκατεστημένος στη χειρουργική αίθουσα.



Εικόνα 2. Σχηματική και ακτινοσκοπική απεικόνιση της διαδερμικής θερμικής εκτομής οστικών μεταστάσεων της σπονδυλικής στήλης με τη χρήση ραδιοσυχνοτήτων.



Εικόνα 3. Ασθενής ηλικίας 11 ετών με συγγενή σκολίωση, πριν και 4 ημέρες μετά από τη χειρουργική της διόρθωση. Με τις σύγχρονες τεχνικές επιτυγχάνεται ασφαλής και σχεδόν πλήρης διόρθωση της παραμόρφωσης, με τη χρήση του ελάχιστου δυνατού ξένου υλικού.



Εικόνα 4. Διεγχειρητική τρισδιάστατη απεικόνιση σε πραγματικό χρόνο, για την ασφαλή και ακριβή τοποθέτηση των υλικών σπονδυλοδεσίας, σε ασθενή ηλικίας 12 ετών, με ιδιοπαθή θωρακοοσφυϊκή σκολίωση. Δίπλα φαίνεται ο τελικός διεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος της χειρουργικής διόρθωσης.



Εικόνα 5. Σχηματική απεικόνιση του μηχανισμού λειτουργίας του συστήματος **ApiFix™**, που δρα ως εσωτερικός κηδεμόνας, για τη διόρθωση μικρότερων και περισσότερο ελαστικών μορφών ιδιοπαθούς εφηβικής σκολίωσης και περίπτωση κλινικής εφαρμογής.

ΑΙΜΟΠΟΙΗΣΗ - ΑΙΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ ΑΠΑΝΤΑΕΙ ΣΤΙΣ ΑΠΟΡΙΕΣ ΣΑΣ

Η Αιματολογία ακριβείας βασίζεται στη διάγνωση, στη θεραπεία, στην παρακολούθηση και στην πρόγνωση των αιματολογικών νοσημάτων σε μοριακούς δείκτες, ώστε η αντιμετώπιση των ασθενών ή ομοειδών ομάδων να έχει τη μέγιστη δυνατή ακρίβεια.

Γράφουν οι



ΝΙΚΟΛΑΟΣ Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ,
Διευθυντής, Αιματολογική Κλινική
στο Metropolitan



ΖΩΗ ΤΟΠΟΥΖΟΓΛΟΥ,
Αιματολόγος, Αιματολογική Κλινική
στο Metropolitan



ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΑΡΚΑΝΤΑΡΗΣ,
Αιματολόγος, Αιματολογική Κλινική
στο Metropolitan

Γιατρέ, τι είναι το αίμα;

Κατ' αρχάς, η λέξη «αίμα» (κατά μια ετυμολογική εκδοχή) προέρχεται από το ρήμα «αἵθω» (αἶθριος καιρός= λαμπερός, ζεστός κ.λπ.). Συνεπώς είναι συνυφασμένο με τη ζωή, γι' αυτό και η ελαττωμένη παραγωγή του. Π.χ. η αναιμία δημιουργεί αυξημένο αίσθημα ψύχους (κλασικό παράδειγμα οι γυναίκες που συνήθως έχουν χαμηλότερο αιματοκρίτη, κρυώνουν ευκολότερα).

Ποια είναι η αποστολή του αίματος;

Το αίμα είναι ένας υγρός ιστός που κυκλοφορεί μέσα στα αγγεία μέσω του καρδιαγγειακού συστήματος. Τα κυτταρικά στοιχεία είναι τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα οποία μεταφέρουν το οξυγόνο στους ιστούς, τα λευκά αιμοσφαίρια συμβάλλουν στην άμυνα του μεγαλοοργανισμού έναντι λοιμωδών και κακοήθων παραγόντων, ενώ τα αιμοπετάλια συμμετέχουν ενεργά στη λειτουργία της αιμόστασης (κατ' εξοχήν στην αναστολή των αιμορραγιών).

Το υγρό στοιχείο του αίματος ονομάζεται πλάσμα και μεταφέρει παράγοντες πήξης, πρωτεΐνες, ορμόνες, βιταμίνες, ηλεκτρολύτες, αναπνευστικά αέρια, άχρηστες αζωτούχες ουσίες κ.ά.

Αιμοποίηση τι είναι;

Ως αιμοποίηση ορίζεται η συνολική διεργασία παραγωγής του αίματος και ξεκινά από το αρχέγονο πολυδύναμο αιμοποιητικό κύτταρο στον μυελό των οστών με την επίδραση ειδικών αυξητικών παραγόντων (π.χ. ερυθροποιητίνη για τα ερυθρά, GCSF για τα λευκά αιμοσφαίρια και θρομβοποιητίνη για τα αιμοπετάλια) και κυτταροκινών. Η προέλευσή τους είναι από την εμβρυϊκή φάση του ανθρώπου (γονιμοποίηση ωαρίου, παντοδύναμα εμβρυονικά κύτταρα, βλαστοκύστη, πολυδύναμα αρχέγονα κύτταρα).

Το αρχέγονο αιμοποιητικό κύτταρο τι ιδιότητες έχει;

Η κυρίαρχη ιδιότητα του αρχέγονου κυττάρου είναι η αυτοανανέωση, η ικανότητα να πολλαπλασιάζεται και να διαφοροποιείται σε ειδικές κυτταρικές σειρές, π.χ. λευκά αιμοσφαίρια, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια. Χαρακτηριστικά, τα αρχέγονα κύτταρα αποτελούν μια μικρή δεξαμενή 1-2.000.000/άτομο, ενώ ταυτόχρονα έχουν τεράστιες δυνατότητες παραγωγής κυττάρων (100.000.000.000/ημέρα/άτομο)!

Ποια είναι η σημασία των αρχέγονων κυττάρων στην πράξη;

Τα αρχέγονα κύτταρα χάρη στις ιδιότητες που προαναφέρθηκαν και κυρίως λόγω της ικανότητάς τους να τροποποιούν τη συμπεριφορά άλλων κυττάρων ή να αντικαθιστούν άλλες κυτταρικές σειρές έχουν δώσει θεραπευτικές λύσεις στην Αιματολογία (μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων), στη Δερματολογία, στην Οφθαλμολογία, στην Ορθοπαιδική κ.ά.

Επειδή στα περισσότερα κακοήθη νοσήματα του αίματος, π.χ. λευχαιμίες, για να εκριζωθεί η νόσος απαιτείται η εξαφάνιση των αρχέγονων λευχαιμικών κυττάρων, αυτό συμβαίνει μόνο με την αλλογενή μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Ωστόσο, θεραπευτικά αποτελέσματα έχουμε και με τις ειδικές φαρμακευτικές θεραπείες, όπου επιτυγχάνεται λειτουργική ίαση, δηλαδή με τη μη ανίχνευση μοριακής νόσου με τις συμβατικές μοριακές μεθόδους.

Γιατρέ, έχουμε ακούσει για την Ιατρική ακριβείας, τι σημαίνει αυτό;

Ακούστε, Ιατρική ακριβείας σημαίνει ότι με τη βοήθεια μοριακών δεικτών επιτυγχάνουμε την προσωποποιημένη θεραπεία των ασθενών. Η Αιματολογία υπήρξε πρωτοπόρος στην Ιατρική ακριβείας, κατ' αρχάς με την ταυτοποίηση των ομάδων αίματος κι έτσι οι μεταγγίσεις αίματος έγιναν ασφαλείς. Ακολούθως, η ανακάλυψη των αντιγόνων HLA έδωσαν το έναυσμα για την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων, στη συνέχεια ταυτοποιήθηκε ότι ένα κακόηθες νόσημα, η χρόνια μυελογενής λευχαιμία, οφείλεται σε μια σταθερή επίκτητη γενετική βλάβη, το χρωμόσωμα Φιλαδέλφειας [Ph +, t(9;22)], το οποίο δίνει γένεση στο ογκογονίδιο Bcr-Abl. Έτσι, το 2000 μ.Χ. ανακαλύφθηκε το πρώτο μοριακά στοχευμένο φάρμακο, η ιματινίμη, και φθάσαμε στο σημείο μια κακοήθους νόσου να θεραπεύεται χωρίς χημειοθεραπεία (υπό υποθέσεις ο ασθενής μπορεί να παραμένει και χωρίς φάρμακο και χωρίς ανιχνεύσιμη νόσο με τις συμβατικές μοριακές μετρήσεις).

Συμπερασματικά, η Αιματολογία ακριβείας βασίζεται στη διάγνωση, στη θεραπεία, στην παρακολούθηση και στην πρόγνωση των αιματολογικών νοσημάτων σε μοριακούς δείκτες, ώστε η αντιμετώπιση των ασθενών ή ομοειδών ομάδων να έχει τη μέγιστη δυνατή ακρίβεια.

Τι είναι η αναιμία;

Αναιμία είναι η ελάττωση, κάτω από τα φυσιολογικά όρια, της τιμής της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη και ενδεχομένως και των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Γιατί λέτε ενδεχομένως για τα ερυθρά αιμοσφαίρια;

Επειδή, πράγματι σε περιπτώσεις Μεσογειακών Συνδρόμων ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι δυσανάλογα αυξημένος για τη χαμηλή αιμοσφαιρίνη. Αυτό συμβαίνει γιατί ο μεγαλοοργανισμός προσπαθεί να αντιρροπήσει ένα ποιοτικό έλλειμμα στη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης μέσω της ποσοτικής αύξησης του αριθμού των ερυθροκυττάρων.

Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να γίνεται ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης για διαπίστωση Μεσογειακών Συνδρόμων;

Βέβαια, αλλά υπό μια αυστηρή προϋπόθεση και, συγκεκριμένα, να μην υπάρχει έλλειψη σιδήρου, δηλαδή η φερριτίνη ορού πρέπει υποχρεωτικά να είναι εντός φυσιολογικών ορίων, επειδή διαφορετικά μπορεί η αιμοσφαιρίνη A2 (αυξημένη ταυτίζεται με την ετερόζυγο β-μεσογειακή «стіγμα») να είναι ψευδώς χαμηλή και η ηλεκτροφόρηση να χαρακτηριστεί λανθασμένα φυσιολογική!

Γιατρέ ποιες αιματολογικές παθήσεις, αντιμετωπίζετε στο Metropolitan;

Στο Metropolitan οι κλινικοί αιματολόγοι της Β' Αιματολογικής Κλινικής αντιμετωπίζουμε σε συνεργασία με τα Αιματολογικά Εργαστήρια, το Αιμοπαθολογοανατομικό, το Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας, την Αιμοδοσία και τα προηγμένης τεχνολογίας Απεικονιστικά Εργαστήρια, αιματολογικά προβλήματα που αφορούν σε καλοήθη και κακοήθη νοσήματα του αίματος καθώς και διαταραχές της αιμόστασης και θρόμβωσης σε επίπεδο διαγνωστικό, θεραπευτικό, παρακολούθησης και πρόληψης.

Οι Μινωίτες και οι Φοίνικες έβγαιναν στον Ατλαντικό με τα μικρά τους πλοία. Την εποχή του χαλκού η Τροία είχε 3.000 ιστιοφόρα ως μεγάλο κέντρο εμπορίου της βορειοανατολικής ακτής



Γράφει
ο **ΑΝΤΩΝΗΣ ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ**,
MD, PhD, FCCP, Αναπληρωτής
Καθηγητής Πνευμονολογίας,
Διευθυντής Πνευμονολογικής
Κλινικής του Metropolitan

ΠΡΟΣ ΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΘΑΛΑΣΣΑ

Στην πρόσφατη ομιλία του νέου προέδρου της Γαλλίας κ. Μακρόν που έγινε στην Πνύκα ακούσαμε ότι η Ευρώπη είναι... μια ιστορία Αγάπης. Αγάπης που πορεύεται προς την ευρωπαϊκή εννοποίηση; Όταν θα λησμονηθούν οι ιστορίες του τρόμου, των θυσιών, των πολέμων και των μεγάλων αντιθέσεων που ταλάνισαν και ταλανίζουν την Ήπειρο;

Ο κ. Σαρκοζί επίσης πρόεδρος της Γαλλίας, προ ετών είχε καλέσει τους λαούς της Μεσογείου να ενωθούν σε μια άλλη ιστορία αγάπης. Με το ίδιο όραμα. Μήπως είναι η Μεσόγειος τελικά που κρύβει τη δύναμη και τις προοπτικές για ένα τέτοιο όνειρο;

Η Λεκάνη της Μεσογείου πριν από εκατομμύρια χρόνια ήταν μια κλειστή βαθιά έρμητος. Όταν οι σεισμοί άνοιξαν τα στενά του Γιβραλτάρ όρμησε ο Ωκεανός και

γέμισε τη Λεκάνη σε 5 χρόνια. Την ίδια κίνηση ακολουθεί μέχρι και σήμερα, γιατί τα ποτάμια της δεν αρκούν για να τη διατηρούν γεμάτη και ζωντανή.

Η Μεσόγειος κατοικήθηκε από τον πρόγονο του ανθρώπου εδώ και 500.000 χρόνια. Τσεκούρια χαλαζία ηλικίας 130.000 ετών βρέθηκαν πρόσφατα στην Κρήτη από την αμερικανική αρχαιολογική εταιρεία. Οι νεολιθικές κοινωνίες με ιστορία μόλις 15.000 ετών, όπως και ο Homo Sapiens που επικράτησε, κυριάρχησαν σε όλη την Ευρώπη. Στα προϊστορικά και στα ιστορικά χρόνια μέχρι το 400-350 π.Χ. διακρίθηκαν στη Μεσόγειο τρεις μεγάλοι λαοί. Οι Φοίνικες, οι Ετρούσκοι και οι Έλληνες. Δημιούργησαν μια ανεπανάληπτη ιστορία περιπετειών πλούτου και πολιτισμού, η οποία στηρίχθηκε στο εμπόριο των θαλασσινών δρόμων, στις αποικίες

Στα νερά της Μεσογείου είναι βυθισμένες αρχαίες πολιτείες, έργα τέχνης του ανθρώπου, ναυάγια πολέμων και τρικυμιών και ξεπλένονται τα ίχνη εκατομμυρίων θεμάτων του φανατισμού και του μίσους. Οι Φοίνικες συνήθιζαν να θυσιάζουν στην πυρά εκατοντάδες παιδιά για να εξευμενίσουν τους θεούς τους

και στους πολέμους. Οι Μινωίτες και οι Φοίνικες έβγαιναν στον Ατλαντικό με τα μικρά τους πλοία. Την εποχή του χαλκού η Τροία είχε 3.000 ιστιοφόρα ως μεγάλο κέντρο εμπορίου της βορειοανατολικής ακτής. Στους θαλασσινούς δρόμους μετακινούνται κάθε λογής αγαθά. Τρόφιμα, πολύτιμα μέταλλα, έργα των ανθρώπων, ήρωες, ποιητές, η γραφή, οι Τέχνες, οι θρησκείες.

Και αιματηροί πόλεμοι ντυμένοι με τον μανδύα του έρωτα μιας Ελένης, της θυσίας μιας Ιφιγένειας ή της υπομονής μιας Πηνελόπης. Οι Αθηναίοι κυριάρχησαν στον τότε γνωστό κόσμο ως θαλασσοκράτορες. Οι Έλληνες διατήρησαν διαχρονική επιρροή αιώνων σε όλους σχεδόν τους γείτονες λαούς.

Όχι μόνο με τη δύναμη του εμπορίου και την πολεμική ισχύ που απέτρεψε τους «βαρβάρους» κάθε λογής να κυριαρχήσουν στη Μεγάλη Θάλασσα, αλλά και με την ανάπτυξη των ιδεών, των τεχνών και την οικοδόμηση της Δημοκρατίας που ζεσταίνουν τις ψυχές των λαών.

Ακολούθησε η Ρωμαϊκή Κυριαρχία σε Γη και Θάλασσα (mare nostrum) και το θεοκρατικό Βυζάντιο. Όταν οι τελευταίοι Ρωμαίοι αυτοκράτορες υιοθέτησαν τον Χριστιανισμό ως επίσημη θρησκεία, συνένωσαν πολλούς διαφορετικούς λαούς και κράτησαν 1.000 χρόνια ενωμένο το μαλακό υπογάστριο της Ευρώπης απέναντι στον κίνδυνο του Ισλάμ.

Η Μεσόγειος παραδόθηκε και πάλι στις φλόγες. Αλλά στον σκληρό Μεσαίωνα η θάλασσα εξακολουθούσε να μεταφέρει προς την κοιμώμενη Ευρώπη την κληρονομιά της Αρχαίας Ανάσας, με ανιστόρητους τρόπους και αιώνιους ταξιδιώτες.

Η επιδημία της πανώλης (1347 μ.Χ.) μείωσε στα μισά τον πληθυσμό της Ευρώπης (!) όπου ήδη κυριαρχούσαν στη Μεσόγειο οι Γενουάτες και οι Βενετοί, με αντιπάλους όλους τους μουσουλμανικούς λαούς. Οι Βενετοί άφησαν διαχρονικό αποτύπωμα με

τα κάστρα τους σε όλη τη Μεσόγειο, αλλά και μνήμες αισχύνης. Ότι έδωσαν στο Βυζάντιο το μέγιστο χτύπημα με την πρώτη και ουσιαστική άλωση της Πόλης στα 1204.

Μέχρι τα 1850 αναδείχθηκε μια νέα κυριαρχία στη Μεσόγειο προερχόμενη από την αναγεννημένη ισχυρή Ευρώπη με επικεφαλής τις μεγάλες δυνάμεις της εποχής, Ολλανδία, Ρωσία, Γαλλία, Ισπανία αλλά κυρίως Βρετανία, η οποία με το ισχυρό πολεμικό ναυτικό και την πολιτική της έφθασε να κυριαρχεί από τα στενά του Γιβραλτάρ έως το Σουέζ, ανοίγοντας δρόμους προς τον Ινδικό. Ωστόσο, με την ανάπτυξη της Γαλλίας, της Ισπανίας και της Ιταλίας διαμορφώθηκε μια εποχή που περιγράφεται ως σύγχρονος Μεσογειακός Πολιτισμός.

Οι παγκόσμιοι πόλεμοι είναι κοντά στη μνήμη των σύγχρονων ανθρώπων με νέους νικητές και αιώνιους ηττημένους. Στα νερά της Μεσογείου είναι βυθισμένες αρχαίες πολιτείες, έργα τέχνης του ανθρώπου, ναυάγια πολέμων και τρικυμιών και ξεπλένονται τα ίχνη εκατομμυρίων θεμάτων του φανατισμού και του μίσους. Οι Φοίνικες συνήθιζαν να θυσιάζουν στην πυρά εκατοντάδες παιδιά για να εξευμενίσουν τους θεούς τους. Σήμερα τα πνίγουν στη θάλασσα χωρίς ντροπή και έλεος (οι ανισότητες, οι πόλεμοι, κρυφοί και φανεροί, η φτώχεια εξακολουθούν να απειλούν τους λαούς στη Μεσόγειο οι οποίοι σε σχέση με την κεντρική Ευρώπη παλεύουν αγώνα άνισο για να σταθούν στα πόδια τους).

Η «μικρά πλην τίμια Ελλάς», ας πούμε σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, έγινε η φτωχότερη χώρα της Ευρώπης μετά τη Ρουμανία και τη Βουλγαρία παρά το γεγονός ότι διαθέτει το 27% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος για το Κοινωνικό Κράτος!

Ο 21ος αιώνας ωστόσο έχει και εκπλήξεις. Ανέδειξε από τα βάθη της θάλασσας ανεκτίμητους θησαυρούς στην περι-

οχή της ανατολικής Μεσογείου, εκεί όπου εντοπίζονται οι μεγαλύτερες ανισότητες και οι ταλαιπωρίες των λαών. Ίσως οι θησαυροί αυτοί ανέβουν στην επιφάνεια χωρίς μεγάλες καθυστερήσεις, αφού υπάρχει έμπρακτο ενδιαφέρον όλων των ισχυρών της Γης και μεγάλη ανάγκη της Ευρώπης να εκμεταλλευθεί τους υδρογονάνθρακες που βρίσκονται στους χώρους επιρροής της.

Στα δυτικά εδάφη της χώρας, από τα Γιάννενα μέχρι την Άρτα και το Κατάκολο και κατά μήκος του Ιονίου πελάγους από την Κέρκυρα έως τις θάλασσες της Κρήτης, υπάρχουν 12 διαφορετικές θέσεις και οικόπεδα στα οποία προετοιμάζονται γεωτρήσεις. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα άντλησης υδρογονανθράκων από πλούσια κοιτάσματα. Στα ανατολικά πελάγη της χώρας οι διαπραγματεύσεις, οι εντάσεις και οι συμμαχίες με όμορα κράτη συνεχίζονται για τον ίδιο στόχο. Η Αίγυπτος και το Ισραήλ πλέουν ήδη σε πελάγη αναδημιουργίας.

Αν τα ανέλπιστα δώρα των βυθών δεν προκαλέσουν νέους πολέμους αλλά με σύνεση και συναίνεση διαμοιραστούν οι λαοί της ανατολικής Μεσογείου, όλη η Ευρώπη θα βιώσει σημαντική ανάπτυξη και μεγαλύτερη δυνατότητα για ενοποίηση και προκοπή.

Δεν είναι τυχαίο ότι στο διάβα των αιώνων η Μεσόγειος λατρεύτηκε σχεδόν σαν θεότητα. Της έχουν δοθεί 20 διαφορετικά προσωνύμια. Τα πιο γνωστά είναι υγρή Ήπειρος, διαφθέρουσα θάλασσα, Μικρή, Θάλασσα των θρησκειών.

Αλλά το πλέον χαρακτηριστικό ίσως είναι αυτό που επικαλούνται στις προσευχές τους («Ευλογημένος είσαι Κύριε και Θεέ μας, Βασιλέα του Σύμπαντος που έφτιαξες τη Μεγάλη Θάλασσα») οι Εβραίοι. Ένας λαός που τη γέμισε κυριολεκτικά με την παρουσία του, υπέφερε και ωφελήθηκε από αυτή. Κανένας άλλος λαός δεν έχει προσευχηθεί έτσι.

MIS SCOLIOSIS

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΥΦΩΣΗΣ

ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τον Ιούνιο του 2017 εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα η διόρθωση σκολίωσης/κύφωσης με διαδερμικές τεχνικές στο Θεραπευτήριο Metropolitan από τον Δρ Μάριο Λυκίσσα και την ομάδα του



Γράφει
ο **ΜΑΡΙΟΣ ΛΥΚΙΣΣΑΣ**,
Διευθυντής, Ορθοπαιδικός,
Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης,
στο Metropolitan

Η χειρουργική αντιμετώπιση της σκολίωσης αποτελεί ένα πολύωρο χειρουργείο με μεγάλες συνήθως απώλειες αίματος. Για τη μείωση τόσο του χειρουργικού χρόνου όσο και των απωλειών αίματος οι τεχνικές MIS (minimal invasive surgery) εφαρμόζονται πλέον και στους ασθενείς με σπονδυλική παραμόρφωση, όπως η κύφωση και η σκολίωση. Τον Ιούνιο του 2017 εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα η διόρθωση σκολίωσης/κύφωσης με διαδερμικές τεχνικές στο Θεραπευτήριο Metropolitan από τον Δρ Μάριο Λυκίσσα και την ομάδα του. Η ασθενής η οποία χειρουργήθηκε με την τεχνική MIS SCOLIOSIS ήταν προχωρημένης ηλικίας με συνοδά προβλήματα και κάθε άλλη «κλασική» τεχνική κρίθηκε ως μη εφαρμοστέα λόγω των απωλειών αίματος που θα τη συνόδευσαν. Η ασθενής σηκώθηκε την επόμενη ημέρα και εξήλθε από το νοσοκομείο δύο ημέρες μετά το χειρουργείο. Η ανάρρωσή της ήταν ταχύτατη καθώς οι απώλειες αίματος ήταν ελάχιστες.

Με την τεχνική αυτή προηγουμένως ανεγχείρητες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης καθίστανται πλέον χειρουργήσιμες, με τρόπο ασφαλή και αποτελεσματικό. Η τεχνική μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά.

Τι είναι η σκολίωση και τι η κύφωση;

- Η σπονδυλική μας στήλη εμφανίζει φυσιολογικές καμπύλες, οι οποίες βοηθούν το ανθρώπινο σώμα να στέκεται όρθιο και να είναι εύκαμπτο.
- Η **σκολίωση** χαρακτηρίζεται από στρίψιμο της σπονδυλικής στήλης. Πρό-

κειται για μια πάθηση που προσβάλλει παιδιά, εφήβους και ενήλικες και των δύο φύλων.

- Η **κύφωση** είναι η αύξηση της φυσιολογικής καμπύλης του θώρακα ή η μείωση της φυσιολογικής καμπύλης της μέσης. Προσβάλλει συνήθως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με οστεοπόρωση αλλά και εφήβους.

Αίτια

- Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτία της σκολίωσης των παιδιών και των εφήβων είναι άγνωστη. Θεωρείται ότι έχει γενετικό υπόβαθρο, το οποίο μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά.
- Η σκολίωση των ενηλίκων είναι συνήθως το αποτέλεσμα μιας παιδικής ή εφηβικής σκολίωσης, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε ή το αποτέλεσμα της «γήρανσης» της σπονδυλικής στήλης.
- Η κύφωση στους εφήβους είναι συνήθως το αποτέλεσμα της νόσου Scheuermann και προκαλεί πόνο. Στους ενήλικες, η κύφωση είναι το αποτέλεσμα της προοδευτικής «γήρανσης» της σπονδυλικής στήλης. Προκαλεί πόνο και δυσκολεύει την όρθια στάση του σώματος.

Αντιμετώπιση

Κάθε παιδί και κάθε ενήλικας με σκολίωση ή κύφωση αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση. Για τον λόγο αυτόν η θεραπεία των σχετικών παθήσεων θα πρέπει να εξατομικεύεται. Σε γενικές γραμμές, η αντιμετώπιση των σπονδυλικών παραμορφώσεων έχει τις ακόλουθες μορφές:



Η κύφωση στους εφήβους είναι συνήθως το αποτέλεσμα της νόσου Scheuermann και προκαλεί πόνο. Στους ενήλικες, η κύφωση είναι το αποτέλεσμα της προοδευτικής «γήρανσης» της σπονδυλικής στήλης. Προκαλεί πόνο και δυσκολεύει την όρθια στάση του σώματος

Κηδεμόνας

- Στα παιδιά και στους εφήβους με μέτριο βαθμού σκολίωση τα νεότερα δεδομένα και οι εξελίξεις στην τεχνολογία των συνθετικών υλικών έχουν βοηθήσει στη δημιουργία ελαφρύτερων και περισσότερο «κομψών» κηδεμόνων, που γίνονται πιο εύκολα αποδεκτοί και φοριούνται από το ίδιο το παιδί. Δυστυχώς, μέχρι σήμερα κανένας τύπος κηδεμόνα δεν μπορεί να βελτιώσει τη σκολίωση των παιδιών και των εφήβων. Ο ρόλος τους περιορίζεται στο να σταματήσουν την επιδείνωση της καμπύλης. Η εφαρμογή τους θα πρέπει να φθάνει ή να ξεπερνά τις 18 ώρες την ημέρα.
- Στους ενήλικες με σκολίωση ή κύφωση ο κηδεμόνας δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικός όσο στα παιδιά και στους εφήβους, όπου το σώμα αναπτύσσεται ακόμη.

Χειρουργικές εναλλακτικές

- Για τα παιδιά και τους εφήβους, η χειρουργική αντιμετώπιση της σκολίωσης προτείνεται για καμπύλες που έχουν ξεπεράσει τις 45 μοίρες. Στην περίπτωση που σκολιώσεις αυτού του μεγέθους αφεθούν χωρίς χειρουργική αντιμετώπιση, θα συνεχίσουν να επιδεινώνονται ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της σκελετικής ωρίμανσης. Η τεχνική MIS SCOLIOSIS, εφόσον ενδείκνυται, παρέχει άριστα αισθητικά αποτελέσματα, ενώ μειώνει τις απώλειες αίματος και τον χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο.
- Η σκολίωση και η κύφωση των ενηλίκων θα πρέπει να διορθωθούν χειρουργικά όταν συνδυάζονται με πόνο στη μέση ή/και στα πόδια που περιορίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και μειώνει την ποιότητα ζωής. Η τεχνική MIS SCOLIOSIS στους ενήλικες έχει απόλυτη ένδειξη, όταν οι συνυπάρχουσες παθήσεις καθιστούν τις «κλασικές» μεθόδους απαγορευτικές.





Ελάχιστα Επεμβατική Χειρουργική της Κροταφογναθικής Διάρθρωσης

Μια θεραπευτική δυνατότητα για ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές της ΚΓΔ, ειδικότερα από εσωτερική αποδιοργάνωση και οστεοαρθρίτιδα, που δεν έχουν ανταποκριθεί σε συντηρητική και φαρμακευτική θεραπεία.



Γράφει
ο **Δρ 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

Ο στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός πολύ συχνά καλείται να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει ενοχλήσεις των ασθενών που σχετίζονται με προσωπαλγίες, τυπικές ή άτυπες. Μια συνήθης αιτία στοματοπροσωπικού πόνου αλλά και κεφαλαλγιών αποτελούν οι παθήσεις ή η δυσλειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ) (Εικ. 1). Οι διαταραχές της ΚΓΔ εκδηλώνονται με μια ευρεία κλίμακα συμπτωμάτων που μπορεί να περιλαμβάνουν ωταλγίες, κεφαλαλγίες (Εικ. 2) και περιορισμό της διάνοιξης του στόματος (τρισμός) (Εικ. 3). Οι ασθενείς μπορεί επίσης να παραπονούνται για ήχους και κρότους κατά τη λειτουργία της ΚΓΔ (δηλαδή της άρθρωσης μεταξύ

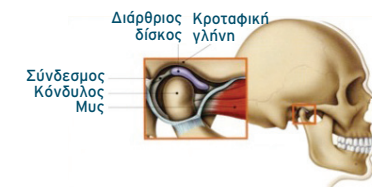
της κάτω γνάθου και του υπόλοιπου κρανίου), καθώς επίσης και για πόνο κατά τη διάνοιξη ή το κλείσιμο του στόματος.

Τα αίτια της δυσλειτουργίας της ΚΓΔ μπορεί να είναι εκφυλιστικές παθήσεις (π.χ. οστεοαρθρίτιδα), τραυματισμοί (όπως π.χ. παρεκτόπιση του μηνίσκου-δίσκου ή τραυματισμός του), φλεγμονές (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα) ή ακόμη και stress. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν έναν συνδυασμό μυϊκών και αρθρικών προβλημάτων. Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει την κλινική εξέταση, διάφορες απαραίτητες ειδικές απεικονιστικές μεθόδους (όπως π.χ. ακτινογραφίες, αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες [MRI]), καθώς επίσης νευρικούς αποκλεισμούς με το-

πικά αναισθητικά φάρμακα. Η συντηρητική αντιμετώπιση των παθήσεων της ΚΓΔ και του συνοδού στοματοπροσωπικού πόνου αποτελεί το πρώτο βήμα της όποιας θεραπευτικής παρέμβασης και συνήθως περιλαμβάνει μαλακή δίαιτα, αντιφλεγμονώδη φάρμακα, καθώς και φυσικοθεραπεία μόνη ή υποβοηθούμενη και με την τοποθέτηση ειδικού νάρθηκα σταθεροποίησης. Σε ορισμένες βέβαια ειδικές περιπτώσεις απαιτείται η προσφυγή σε χειρουργική επέμβαση στην ΚΓΔ. Η χειρουργική αυτή διαδικασία αφορά σε ελάχιστα επεμβατικές πράξεις, οι οποίες μπορεί να διενεργηθούν σε επίπεδο τακτικού εξωτερικού ιατρού σε νοσοκομειακό περιβάλλον υπό γενική αναισθησία ή μέθη (καταστολή-νευροληπταλγησία), ενώ σοβαρότερες διαταραχές της ΚΓΔ αντιμετωπίζονται με πιο πολύπλοκες γναθοχειρουργικές επεμβάσεις, πάντα σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

Η Ελάχιστη Επεμβατική Χειρουργική της Κροταφογναθικής Διάρθρωσης (ΕΕΧΚΓΔ) αποτελεί μια θεραπευτική δυνατότητα για ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από διαταραχές της ΚΓΔ, ειδικότερα δε από εσωτερική αποδιοργάνωση και οστεοαρθρίτιδα, που δεν έχουν ανταποκριθεί σε συντηρητική και φαρμακευτική θεραπεία. Θεωρείται ως ένα καθοριστικό χειρουργικό εργαλείο για την ανακούφιση από τον πόνο και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας, χωρίς τους χειρουργικούς κινδύνους και τη μακρόχρονη ανάρρωση της ανοικτής χειρουργικής της ΚΓΔ (καθήλωση του διάρθριου δίσκου της ΚΓΔ, αρθροπλαστική και αντικαταστάσεις), καθώς επίσης και με ελάχιστη αναμενόμενη νοσηρότητα. Η ΕΕΧΚΓΔ περιλαμβάνει την αρθροκέντηση (Εικ. 4) και την αρθροσκόπηση της ΚΓΔ (Εικ. 5), οι οποίες συνδυάζονται και στις δύο περιπτώσεις με λύση των συμφύσεων και διακλυσμούς, που πραγματοποιούνται είτε χωρίς άμεση απεικόνιση της ΚΓΔ είτε αρθροσκοπικά.

Η λήψη απόφασης για διενέργεια ΕΕΧΚΓΔ βασίζεται πρωταρχικά στον συνδυασμό των κλινικών και των ακτινολογικών ευρημάτων. Τα πρωτεύοντα κλινικά σημεία της δυσλειτουργίας της ΚΓΔ περιλαμβάνουν οξύ ή χρόνια στοματοπροσωπικό πόνο, περιορισμό της κίνησης της κάτω γνάθου μαζί με πόνο που συνδυάζεται με τη λειτουργία της κάτω



Εικόνα 1: Σχηματική απεικόνιση της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ).



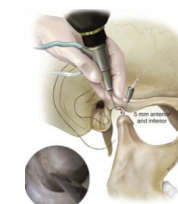
Εικόνα 2: Κεφαλαλγία ως συνέπεια διαταραχής της ΚΓΔ.



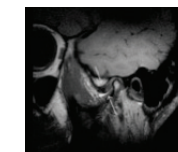
Εικόνα 3: Περιορισμός διάνοιξης του στόματος (τρισμός) ως αποτέλεσμα διαταραχής της ΚΓΔ.



Εικόνα 4: Αρθροκέντηση αρτηρίας ΚΓΔ, διακλυσμοί με N/S 0,9% (ίδια περίπτωση).



Εικόνα 5: Σχηματική απεικόνιση αρθροσκόπησης της ΚΓΔ, ALL (arthroscopic lysis and lavage, αρθροσκοπική λύση και διακλυσμοί).



Εικόνα 6: Δεξιά ΚΓΔ με κλειστό στόμα, όπου απεικονίζεται προσθίως παρεκτοπισμένος εκφυλισμένος διάρθριος δίσκος-οβελισία T1-MRI.



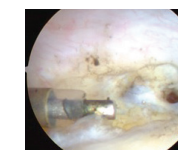
Εικόνα 7: Συλλογή υγρού στο άνω αρθρικό διαμέρισμα (βέλος) και πρόσθια παρεκτόπιση, καθώς και παραμόρφωση αναδίπλωσης του διάρθριου δίσκου (κεφαλή βέλους)-οβελισία T2-MRI.



Εικόνα 8: Σχηματική απεικόνιση αρθροκέντησης ΚΓΔ.



Εικόνα 9: Τύπος αρθροσκοπίου της ΚΓΔ.



Εικόνα 10: Αρθροσκόπηση ΚΓΔ: εξάλειψη φλεγμονής με RF (ραδιοσυχνότητα).

γνάθου, καθώς και ήχους ή θορύβους από την ΚΓΔ. Τα ακτινολογικά ευρήματα κυρίως ενδιαφέροντος (MRI) αναφέρονται στο σχήμα του δίσκου, στην εντόπιση του δίσκου στη θέση ανάπαυσης (ουδέτερη θέση), στην επαναφορά του δίσκου με την κίνηση, στο εύρος κίνησης, στην ύπαρξη ενδοαρθρικού εξιδρώματος, στη δομή των αρθρικών επιφανειών, καθώς και στις ανωμαλίες του μυελού των οστών (Εικ. 6 και 7).

Οι ενδείξεις

Οι ενδείξεις για αρθροκέντηση (Εικ. 8) περιλαμβάνουν: (α) οξύ και υποξύ περιορισμό της διάνοιξης της ΚΓΔ (κλειστό κλείδωμα), εξαιτίας του προσθίως παρεκτοπισμένου δίσκου χωρίς επαναφορά (ανάταξη) που εξελίσσεται σε λιγότερο από 3 μήνες, (β) χρόνια πόνο με καλό εύρος κίνησης και πρόσθια παρεκτόπιση του δίσκου με επαναφορά, (γ) εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα και (δ) κατάσταση ανοικτού κλειδώματος της ΚΓΔ, όπου ο κόνδυλος παγιδεύεται μπροστά από έναν δίσκο ο οποίος καθυστερεί.

Η αρθροσκόπηση συνιστάται (Εικ. 9): (α) για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του χρόνιου κλειστού κλειδώματος της ΚΓΔ, που συνήθως εξελίσσεται για περισσότερο από 3 μήνες, (β) σε εσωτερική αποδιοργάνωση της ΚΓΔ, κυρίως σταδίων II, III και IV κατά Wilkes, (γ) σε εκφυλιστική νόσο της ΚΓΔ (οστεοαρθρίτιδα), (δ) σε αρθροθυλακίτιδα (συνοβίτιδα) (Εικ. 10), (ε) σε επώδυνη υπερκινητικότητα ή καθ'έξιν εξάρθρωμα που οφείλεται στον δίσκο και (στ) σε υποκινητικότητα, η οποία προκαλείται από ενδοαρθρικές συμφύσεις.

Η ΕΕΧΚΓΔ φαίνεται ότι είναι μια ασφαλής, απλή και αποτελεσματική εναλλακτική χειρουργική μέθοδος για τη θεραπεία της δυσλειτουργίας της ΚΓΔ που έχει περιορισμένες δυνητικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά τη διαδικασία, τις οποίες θα πρέπει να γνωρίζει ο στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός. Οι μελλοντικές τάσεις για την ΕΕΧΚΓΔ περιλαμβάνουν αρθροσκόπηση υποβοηθούμενη από υπολογιστή, πλοήγηση και αρθροσκόπηση, βελτιώσεις στην κάμερα και στην τεχνολογία οπτικού φακού, σχεδιασμό μικρότερων και πλέον ευέλικτων αρθροσκοπίων, καθώς επίσης μη ανθρώπινων συνθετικών μοντέλων για εκπαίδευση στην ΕΕΧΚΓΔ.



Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Gastro Esophageal Reflux Disease, GERD) λέγεται η κατάσταση στην οποία υπάρχει παλινδρόμηση γαστρικών οξέων από το στομάχι στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου.

Η κατάσταση αυτή οφείλεται συνήθως σε **ανεπάρκεια του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα**, ο οποίος είναι ένας φυσιολογικός μηχανισμός ώστε οι τροφές και τα υγρά του στομάχου να μην παλινδρομούν στον οισοφάγο μετά το φαγητό.

Μπορεί να συνυπάρχει και **διαφραγματοκήλη**, δηλαδή ένα τμήμα του στομάχου να βρίσκεται πάνω από το διάφραγμα μέσα στον θώρακα. Η ύπαρξη διαφραγματοκήλης πολλές φορές επιδεινώνει τον βαθμό της παλινδρόμησης, όμως υπάρχουν και περιπτώσεις όπου υπάρχει διαφραγματοκήλη χωρίς να συμβαίνει παλινδρόμηση.

Συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) είναι μια χρόνια κατάσταση, η οποία εκδηλώνεται κλινικά με **καυστικό πόνο** πίσω από το στήρνο, με **δόξινες ερυγές**, με **αναγωγή υγρών ή τροφών** στον οισοφάγο συνήθως μετά από τα γεύματα και μετά την κατάκλιση. Υπάρχουν βέβαια και καταστάσεις που η παλινδρόμηση είναι **λανθάνουσα**, δεν προκαλεί δηλαδή κανένα σύμπτωμα.

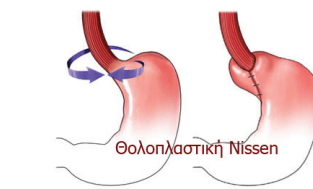
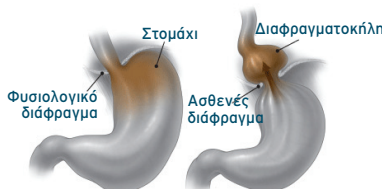
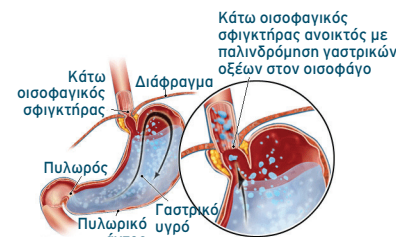
Θεραπευτική αντιμετώπιση

Συνήθως αντιμετωπίζεται με **φάρμακα που μειώνουν τη γαστρική έκκριση και την οξύτητα των υγρών του στομάχου**, ώστε η παλινδρόμηση των υγρών να μην προκαλεί βλάβες στον οισοφάγο.

Πολλές φορές όμως, η συντηρητική θεραπεία με φάρμακα δεν είναι αρκετή για να προστατεύσει τον οισοφάγο από τα καυστικά υγρά του στομάχου, οπότε και δημιουργούνται βλάβες στον βλεννογόνο του κατώτερου οισοφάγου. Οι βλάβες αυτές μπορεί να ποικίλλουν από τις πιο απλές, όπως μια ήπια **οισοφαγίτιδα** χωρίς δυσπλασία, μέχρι αλλοιώσεις βαριάς δυσπλασίας, μεταπλασίας (**οισοφάγος Barrett**) ή ακόμη και ανάπτυξη **καρκίνου του οισοφάγου**.

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει παλινδρόμηση μόνο γαστρικών υγρών αλλά και **χολής** από το δωδεκαδάκτυλο, η οποία δεν αναστέλλεται από κανενός είδους φάρμακο και η οποία **σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου στον οισοφάγο**. Οι περιπτώσεις αυτές δεν μπορούν να θεραπευτούν με κανενός είδους φάρμακο και συνεπώς χρειάζονται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Στις περιπτώσεις όπου η φαρμακευτική θεραπεία δεν βοηθά, χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση της παλινδρόμησης. Οι επεμβάσεις που γίνονται ονομάζονται **αντιπαλινδρομικές** και στόχο έχουν να δημιουργήσουν έναν σφιγκτήρα στην περιοχή της γαστροο-



σοφαγικής συμβολής, που διορθώνει την παλινδρόμηση και απαλλάσσει τον ασθενή από τον κίνδυνο των επιπλοκών που αναφέραμε προηγουμένως, αλλά και από την εφ' όρου εξάρτησή του από τα φάρμακα.

Λαπαροσκοπική ή ρομποτική χειρουργική αποκατάσταση

Η κλασική αντιπαλινδρομική επέμβαση είναι η **λαπαροσκοπική ή ρομποτική θολοπλαστική Nissen**. Υπάρχουν και κάποιες άλλες αντιπαλινδρομικές επεμβάσεις, όπως η **επέμβαση Toupet** και η **επέμβαση Dor**.

Η φιλοσοφία της λαπαροσκοπικής ή ρομποτικής αντιπαλινδρομικής επέμβασης είναι

- 1ον να **διορθώσει την παρουσία πιθανής διαφραγματοκήλης** και να επαναφέρει το στομάχι στην κοιλιά και
- 2ον να δημιουργήσει έναν **βαλβιδικό μηχανισμό** στη γαστροοισοφαγική συμβολή, με την περιέλιξη του θόλου του στομάχου γύρω από αυτή.

Η **επέμβαση γίνεται ρομποτικά ή λαπαροσκοπικά**, χωρίς να γίνεται τομή στην κοιλιά, διαρκεί περίπου 1 ώρα και στην πλειονότητά τους οι ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο την επόμενη ημέρα.

Ο **μετεγχειρητικός πόνος είναι ελάχιστος**, όπως στις περισσότερες λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, και ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του και σε πλήρη φυσική δραστηριότητα μετά από 2-3 ημέρες.



Γράφει
ο **ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Κ. ΓΚΕΝΤΗΣ**
Ειδικός Λαπαροενδοσκόπος
& Ρομποτικός Χειρουργός
στο Metropolitan

ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΙ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΗ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΜΑΚΟ

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΤΟ METROPOLITAN HOSPITAL

Από τη Δευτέρα 16 Οκτωβρίου του 2017 το Metropolitan Hospital υποδέχεται το αναβαθμισμένο ρομποτικό σύστημα Γόνατος και Ισχίου ΜΑΚΟ. Έπειτα από 4 χρόνια επιτυχούς εφαρμογής του συστήματος είναι πλέον πραγματικότητα η εφαρμογή της Ρομποτικά Υποβοηθούμενης Ολικής Αρθροπλαστικής Γόνατος ΜΑΚΟ.

Η εξέλιξη της ρομποτικής τεχνολογίας βρίσκει το Θεραπευτήριο Metropolitan σε πρωτοποριακή θέση τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, με την αναβάθμιση του ρομποτικού συστήματος ΜΑΚΟ για την αντιμετώπιση των παθήσεων στο γόνατο και στο ισχίο.

Η ανανέωση του συστήματος ΜΑΚΟ επιτρέπει τώρα, εκτός από τη μερική, και την ολική αρθροπλαστική του γόνατος. Με τον τρόπο αυτόν παρέχονται ολοκληρωμένες λύσεις για την οστεοαρθρίτιδα του γόνατος, με μοναδική για την Ελλάδα και την Ευρώπη τεχνολογία αιχμής.

Η αναβάθμιση της ρομποτικής τεχνολογίας έχει πραγματοποιηθεί εκτός από το Metropolitan Hospital σε 150 από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ).

Center of Excellence

Το Θεραπευτήριο Metropolitan διαθέτει αποκλειστικά τεχνολογία για Ρομποτικά Υποβοηθούμενες Επεμβάσεις και έχει λάβει τον τίτλο «Κέντρο Εξαιρετικής Κλινικής Δραστηριότητας για τη Ρομποτική Χειρουργική ΜΑΚΟ» (Center of Excellence), τον οποίο κατέχουν ελάχιστα κέντρα παγκοσμίως. Σε αυτόν τον τίτλο συνέβαλε ο

διεθνής εκπαιδευτικός ρόλος του τμήματος Ρομποτικής Ορθοπαιδικής του θεραπευτηρίου, των γιατρών του και του νοσηλευτικού προσωπικού με τη γνώση, το πάθος και την αφοσίωσή τους.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της μεθόδου; Ρομποτικά Υποβοηθούμενη ΟΛΙΚΗ Αρθροπλαστική Γόνατος;

Σε περίπτωση βαριάς αρθροπάθειας σε όλο το γόνατο, δηλαδή, και στα τρία διαμερίσματα, κύρια ένδειξη παραμένει η ολική αρθροπλαστική.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι:

- Ο εξατομικευμένος τρισδιάστατος σχεδιασμός της επέμβασης
- Η διενέργεια της επέμβασης από τον χειρουργό με τη βοήθεια του ρομπότ ΜΑΚΟ
- Η ρομποτικά υποβοηθούμενη προετοιμασία των οστών και των χόνδρων, καθώς και η απόλυτη ακριβής τοποθέτηση των εμφυτευμάτων
- Τα εμφυτεύματα Triathlon που έχουν χρησιμοποιηθεί με μεγάλη επιτυχία σε περισσότερες από 2.000.000 αρθροπλαστικές από το 2004
- Η ελάχιστη παρεμβατικότητα χωρίς τραυματισμό τενόντων και μυών

- Η άμεση κινητοποίηση και η ελάχιστη παραμονή στο νοσοκομείο
- Η γρήγορη επάνοδος σε δραστηριότητες.

Πώς εφαρμόζεται η ρομποτική μέθοδος στην Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου;

Όσον αφορά στο ισχίο, η άρθρωση που πάσχει από αρθρίτιδα ή άλλη εκφυλιστική νόσο μπορεί να υποβληθεί σε ελάχιστα επεμβατική ρομποτική αντικατάσταση με χρήση ειδικών ενθεμάτων που διατίθενται αποκλειστικά για ρομποτική εφαρμογή.

Τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή της ρομποτικής τεχνικής στις παθήσεις του ισχίου είναι αντίστοιχα με αυτά που προαναφέρθηκαν, με προεξάρχοντα την υψηλή ακρίβεια στην τοποθέτηση των προθέσεων και την απόλυτη ευθυγράμμισή τους, παράγοντες ιδιαίτερα σημαντικούς για εξαιρετικά μακροχρόνια αποτελέσματα.

Δεν υπάρχει κάποια άλλη μέθοδος ή τεχνική στο ισχίο η οποία να προσφέρει:

- Εξατομικευμένο, τρισδιάστατο προεγχειρητικό σχεδιασμό σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενούς
- Ρομποτικά υποβοηθούμενη προετοιμασία των οστών για να υποδεχθούν τα εμφυτεύματα
- Ρομποτικά ελεγχόμενη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, με αποτέλεσμα υψηλή ακρίβεια και ευθυγράμμιση
- Απόλυτη ακριβή έλεγχο του μήκους του σκέλους.



Ακρίβεια και επιτυχία

Σύμφωνα με μελέτες από τις ΗΠΑ, η ακρίβεια που προσφέρει το ρομποτικό σύστημα ΜΑΚΟ στην προετοιμασία και στην τοποθέτηση των προθέσεων προσεγγίζει το 99% σε σύγκριση με το 68% που προσφέρουν οι κλασικές τεχνικές.

Περισσότερες από 90.000 επεμβάσεις στο γόνατο και στο ισχίο έχουν καταγραφεί διεθνώς με εξαιρετικά υψηλά ποσοστά επιτυχίας.

Σύμφωνα με τους διευθυντές του τμήματος Ρομποτικής Ορθοπαιδικής του Metropolitan Hospital κ.κ. Διονύσιου Χίσσα και Αναστάσιου Τόκη, διαθέτουμε σήμερα στα χέρια μας την τεχνολογία του μέλλοντος.

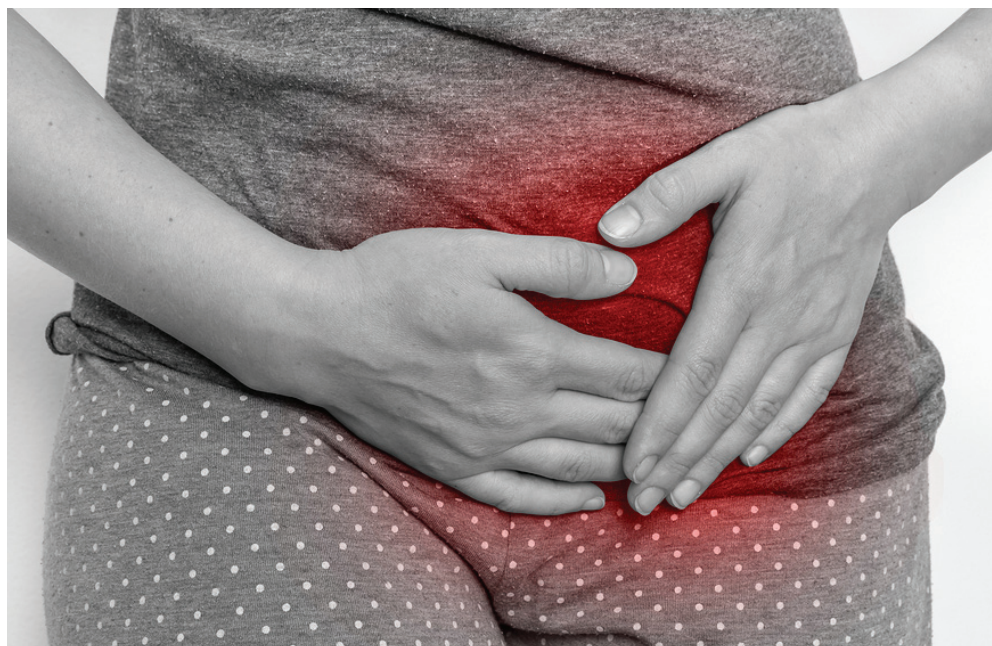


Η ορθοπαιδική ομάδα του Metropolitan Hospital: Διονύσιος Χίσσας, Αναστάσιος Τόκης, Ιωάννης Τσώλος, Φώτης Τσούκας, Σπύρος Σκριβιλιωτάκης, Γεώργιος Σάπκας, Δημήτρης Πολυζώης, Μάριος Λυκίσσας, Γεώργιος Κυρίτσος, Παναγιώτης Κουλουμέντας, Στέργιος Καρακίτσιος, Στυλιανός Θεοχαράκης, Χρήστος Θέος, Ευάγγελος Ευαγγέλου, Κωνσταντίνος Δρετάκης, Αλέξανδρος Δασούλας, Ιωάννης Βαίλας, Παναγιώτης Ζουμπουλής, Στέφανος Αναστασόπουλος

ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

ΕΝΑ ΧΑΣΜΑ ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Η κήλη είναι ένα χάσμα ή έλλειμμα του κοιλιακού τοιχώματος και μπορεί να είναι συγγενής, δηλαδή ο ασθενής γεννιέται με το συγκεκριμένο πρόβλημα ή επίκτητη που αναπτύσσεται αργότερα λόγω αδυναμίας ή ατροφίας του τοιχώματος ή μετά από τραυματική ή χειρουργική κάκωση των ιστών



Η κήλη είναι ένα χάσμα ή έλλειμμα του κοιλιακού τοιχώματος και μπορεί να είναι συγγενής, δηλαδή ο ασθενής γεννιέται με το συγκεκριμένο πρόβλημα ή επίκτητη που αναπτύσσεται αργότερα λόγω αδυναμίας ή ατροφίας του τοιχώματος ή μετά από τραυματική ή χειρουργική κάκωση των ιστών.

Η πιο συχνή από τις κήλες είναι η βουβωνοκήλη, η οποία είναι κατά πολύ συχνότερη στους άνδρες και ονομάζεται έτσι από τη θέση που εντοπίζεται στη βουβωνική χώρα, δηλαδή είτε δεξιά είτε αριστερά. Κατά την κλινική εξέταση ο χειρουργός μπορεί να διαπιστώσει αν η βουβωνοκήλη είναι λοξή ή ευθεία, εύρημα όμως που δεν διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο στην πρόγνωση ή στην τεχνική αντιμετώπισής της.

Πώς θα διαπιστώσετε αν έχετε βουβωνοκήλη; Θα δείτε μια διόγκωση κάτω από το δέρμα, στη βουβωνική χώρα, δηλαδή στην περιοχή που καλύπτει το εσώρουχο, είτε δεξιά είτε αριστερά, σπανιότερα δε και από τις δύο πλευρές όταν η βουβωνο-

κήλη είναι αμφοτερόπλευρη. Η διόγκωση είναι ορατή στην όρθια θέση και εξαφανίζεται συνήθως όταν ξαπλώνουμε στο κρεβάτι αυτόματα ή με μικρή πίεση στην περιοχή. Μπορεί να προκαλεί ενόχληση ή και πόνο, ειδικότερα κατά τη βάδιση και την άσκηση, ενώ πολλές φορές ο πόνος αυτός, ειδικότερα όταν εγκλωβίζεται έντερο στον σάκο της, μπορεί να μην εντοπίζεται μόνο στην περιοχή της διόγκωσης αλλά να μοιάζει με σφίξιμο στο κέντρο της κοιλιάς επειδή εμποδίζεται η κυκλοφορία των αερίων μέσα στο έντερο, υφίεται δε μετά από λίγα λεπτά όταν ο ασθενής ξαπλώσει και αναταχθεί. Όσο η κήλη δεν αντιμετωπίζεται, όπου η μόνη θεραπεία της είναι η χειρουργική, μεγαλώνει και αυξάνεται ο κίνδυνος να περισφιχθεί το περιεχόμενό της, το οποίο συνήθως είναι έντερο, με αποτέλεσμα την εντερική απόφραξη και ισχαιμία που οδηγεί σε γάγγραινα αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα.

Γι' αυτό οι κήλες και ειδικότερα οι βουβωνοκήλες πρέπει να αντιμετωπίζονται

όταν αρχίσουν και δημιουργούν ενοχλήσεις στον ασθενή.

Η αντιμετώπισή τους την τελευταία 25ετία γίνεται λαπαροσκοπικά με τοποθέτηση πλέγματος. Η προτίμησή μου είναι η λαπαροσκοπική εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση με πλέγμα (TER, από τα αρχικά: Totally Extraperitoneal Repair) καθ' όσον θεωρείται η πλέον ασφαλής και με λιγότερες επιπλοκές μέθοδος, με διάφορες δε καινοτομίες και παραλλαγές τις οποίες έχω εφαρμόσει στην αρχική μέθοδο που διδάχθηκα το 1991 από τον Jean Louis Duluc και αφορούν στην απολίνωση και στην καθήλωση του κηλικού σάκου, καθώς και στη σύγκλιση των σκελών του πλέγματος όπισθεν του σπερματικού τόνου. Με αυτόν τον τρόπο το ποσοστό υποτροπής έχει μειωθεί την τελευταία πενταετία κάτω του 0,5%.

Η προτίμησή μου για τη συγκεκριμένη μέθοδο σε σύγκριση με την κλασική (ανοικτή) αποκατάσταση, με ή χωρίς πλέγμα, αλλά και σε σχέση με τη λαπαροσκοπική ενδοπεριτοναϊκή ή ρομποτική αποκατάσταση είναι γιατί η επέμβαση γίνεται από τρεις πολύ μικρές τομές, δύο των 5 mm και μία των 10 mm=1 cm στη μέση γραμμή, με τη μεγαλύτερη των 10 mm στο κάτω μέρος του ομφαλού απ' όπου διέρχεται και το πλέγμα τυλιγμένο σαν τσιγάρο, το οποίο στη συνέχεια εκπτύσσεται στον προπεριτοναϊκό χώρο. Η μέθοδος δεν απαιτεί διατομή μυών, απονευρώσεων αλλά ούτε και του περιτόναιου, με αποτέλεσμα να προκαλεί μηδενική ιστική καταστροφή και ελάχιστο έως καθόλου μεταχειρητικό πόνο, ενώ όλοι οι χειρισμοί γίνονται έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ασθενής κινητοποιείται αυθημερόν και μπορεί να εξέλθει της κλινικής την ίδια ή την επόμενη ημέρα και να επιστρέψει στις δραστηριότητές του σε 2-3 ημέρες.

Ο χειρουργός μέσα από τις τρεις μικροσκοπικές οπές στον χώρο ακριβώς πάνω από το περιτόναιο αναγνωρίζει τον κηλικό σάκο και τον διαχωρίζει από τον σπερματικό τόνο. Εάν ο σάκος είναι μεγάλος προτιμώ να τον στρίβω και να τον απολινώ με endoloop και στη συνέχεια να τον καθηλώνω στο οπίσθιο τμήμα του ηβικού οστού, ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα υποτροπής. Στη συνέχεια απλώνω το πλέγμα στον προπεριτοναϊκό χώρο και προτιμώ να ενώνω τα δύο σκέλη του πλέγματος μετά τον σπερματικό πό-

Οι βουβωνοκήλες πρέπει να αντιμετωπίζονται όταν αρχίσουν και δημιουργούν ενοχλήσεις στον ασθενή.

ρο με μια ραφή, με τη βοήθεια endoclose για αποφυγή διάστασης μετεγχειρητικά των σκελών του πλέγματος από μια αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης, όπως φτέρνισμα, επίμονο βήχα, δυσκοιλιότητα τις πρώτες ημέρες μετά την επέμβαση που παλαιότερα αποτελούσαν κίνδυνο υποτροπής. Με τις δύο αυτές καινοτομίες που έχω εφαρμόσει στην πολύχρονη εμπειρία μου στην εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης, το ποσοστό υποτροπής έχει μειωθεί σε μηδενικά επίπεδα.

Συνοψίζοντας, τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι πραγματοποιείται από τρεις πολύ μικρές τομές χωρίς την πρόκληση κάκωσης στους μυς ή στο περιτόναιο, άρα έχει ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο και ταχύτατη ανάρρωση, ενώ σε περίπτωση αμφοτερόπλευρης βουβωνοκήλης μπορεί να γίνει η επέμβαση παράλληλα από τις ίδιες τρεις μικρές οπές με ελάχιστο έως μηδενικό κίνδυνο υποτροπής.

Ένα άλλο θέμα που θα ήθελα να θίξω και αφορά μεν σε έναν περιορισμένο αριθμό ασθενών, και ειδικότερα σε εκείνους που έχουν μόνιμη ή προσωρινή κολοστομία και έχουν δημιουργήσει κήλη παρά τη στομία είναι η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης κατά Sugarbaker. Η παρά τη στομία κήλη, ειδικά στις μόνιμες κολοστομίες είναι ένα συχνό φαινόμενο που εμφανίζει περίπου ένας στους δύο ασθενείς με μόνιμη στομία μετά την πάροδο πενταετίας από τη δημιουργία της, μετά δε μια δεκαετία το ποσοστό αυτό ανέρχεται

στο 70% περίπου, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι πάνω από τα 2/3 των ασθενών με κολοστομία θα αντιμετωπίσουν πρόβλημα με κήλη παρά τη στομία.

Αυτό που βλέπει ο ασθενής είναι διόγκωση κάτω από το δέρμα, ακριβώς δίπλα από την κολοστομία η οποία πολλές φορές παρασύρει και προκαλεί και την έξοδο του ίδιου του εντέρου της στομίας, με αποτέλεσμα δερματίτιδες, μυκητιάσεις και προβλήματα στην τοποθέτηση και στη στερέωση του σάκου συλλογής της στομίας, έχοντας ως συνέπεια διαφυγές και προβλήματα όχι μόνο στην υγεία αλλά και στην κοινωνική ζωή του ασθενούς.

Όταν λόγω των ανωτέρω προσφύγει στον ιατρό θα διαγνωστεί ότι έχει κήλη παρά τη στομία που διαπιστώνεται εύκολα με μια απλή κλινική εξέταση και χρήζει άμεσα χειρουργικής αντιμετώπισης.

Παλαιότερα, η αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κήλης απαιτούσε κατάργηση της παλαιάς στομίας, μετάθεση και δημιουργία νέας που ήταν όμως μεγάλη και σπηκτική επέμβαση, η οποία απαιτούσε πολυήμερη νοσηλεία με πολλές επιπλοκές, όπως διαφυγές, νέκρωση νέας στομίας, μετεγχειρητικές κήλες, έντονο μετεγχειρητικό πόνο και μεγάλες εγχειρητικές τομές.

Σήμερα, με τη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της παρά την κολοστομία κήλης η επέμβαση έχει απλοποιηθεί, καθ' όσον δεν χρειάζεται πλέον η κατάργηση της παλαιάς και η μετάθεση ή η δημιουργία νέας κολοστομίας, γιατί από τρεις μικρές οπές, δύο των 5 mm και μία των 10 mm γίνεται η ανάταξη του περιεχομένου του παρά τη στομία κηλικού σάκου που συνήθως είναι εντερικές έλικες, κατόπιν γίνεται σύγκλιση του χάσματος με μεμονωμένες ραφές με τη βοήθεια endoclose, συνήθως απαιτούνται 2-3 ραφές και στη συνέχεια τοποθετείται ένα ενδοπεριτοναϊκό πλέγμα ή πλέγμα τιτανίου, το οποίο καλύπτει πλήρως την περιοχή του χάσματος και καλύπτει επίσης κατά 10 cm τουλάχιστον το εισερχόμενο στη στομία έντερο για να αποκλειστεί ο κίνδυνος υποτροπής.

Η διάρκεια της επέμβασης είναι 1 έως 1 1/2 ώρα και γίνεται από τρεις πολύ μικρές τομές, ενώ η παραμονή στην κλινική είναι για μία μόνο ημέρα σε αντίθεση με την ανοικτή διόρθωση που συνήθως απαιτεί μετάθεση της στομίας και νοσηλεία 4-6 ημερών.



Γράφει
ο **ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΟΠΕΛΑΣ**,
Διευθυντής Χειρουργός
στο Metropolitan

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εκτομή ή αλλιώς κολεκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου ή και ολόκληρου. Η εξέλιξη όμως της Χειρουργικής σε συνδυασμό με την υψηλή τεχνολογία του 21ου αιώνα μάς δίνει τη δυνατότητα στη χειρουργική του παχέος εντέρου να επέμβουμε με τον ελάχιστο δυνατό τρόπο (minimal invasive surgery)



Γράφει
ο **ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ ΘΩΜΑΣ**,
Διευθυντής Χειρουργός
στο Metropolitan

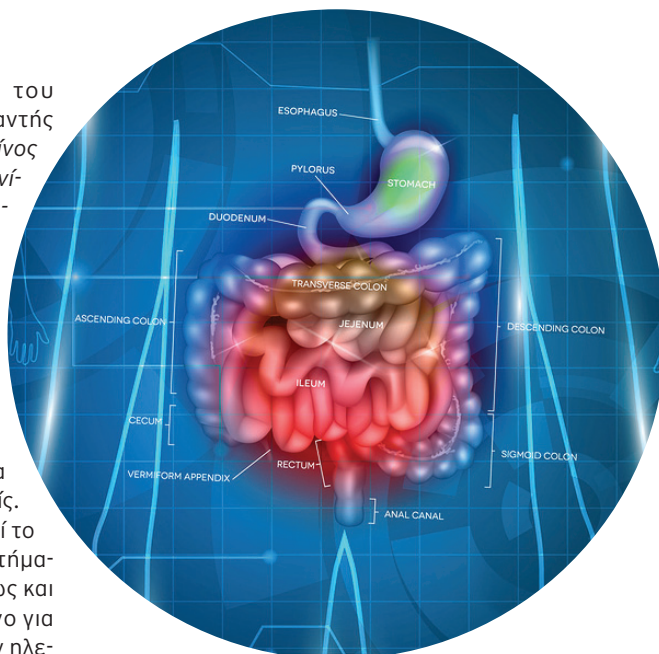
Ο διευθυντής χειρουργός του Metropolitan Hospital Διαμαντής Θωμάς αναφέρει ότι «ο καρκίνος του παχέος εντέρου άρχισε να εμφανίζεται σε νεότερες ηλικίες και σε πολλές περιπτώσεις και σε ηλικίες κάτω των 40 ετών».

Εδώ θα αναφερθούμε στα νέα δεδομένα όσον αφορά στον καρκίνο του παχέος εντέρου και κυρίως στις νέες χειρουργικές τεχνικές που μας δίνουν τη δυνατότητα να αποφύγουμε την «παρά φύση έδρα» κολοστομία, ένα σημαντικό πρόβλημα που περιθωριοποιεί πολλούς ασθενείς.

Το παχύ έντερο ή κόλον αποτελεί το κατώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος. Έχει μήκος περίπου από 1 m έως και 3 m. Το παχύ έντερο είναι υπεύθυνο για την απορρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών, τη μετατροπή των άπεπτων τροφών σε κόπρανα, καθώς και για την αποθήκευση αυτών μέχρι την αφόδευσή τους, ενώ το μόνο έκκριμα είναι η βλέννη.

Είναι από τους πιο συχνούς καρκίνους στον άνδρα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού. Οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξή του είναι η διατροφή με λίπη και ζωικά λευκώματα, η κληρονομικότητα, η νόσος Crohn, η ελκώδης κολίτιδα, η πολυποδίαση. Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται, αναφέρει ο Dr Διαμαντής Θωμάς ότι είναι:

- Αναιμία - άλγος στη δεξιά πλάγια κοιλία και 10% ψηλαφητή μάζα
 - Βλεννοαιματηρές κενώσεις - απόφραξη
 - Αποβολή αίματος με τα κόπρανα - τεινεσμός - αίσθημα ατελούς αφόδευσης, ανάλογα με το σημείο του εντέρου όπου εμφανίζεται ο όγκος.
- Η διάγνωση γίνεται με δακτυλική εξέ-



ταση, με ενδοσκόπηση (κολονοσκόπηση), με αξονική τομογραφία (CT), με μαγνητική τομογραφία (MRI), και η εξέλιξη στις απεικονιστικές τεχνικές είναι η virtual colonoscopy, όπου ανώδυνα ελέγχεται όλο το μήκος του παχέος εντέρου και εάν χρειαστεί στη συνέχεια προχωράμε για διάγνωση ιστολογική, με κλασική κολονοσκόπηση.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εκτομή ή αλλιώς κολεκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου ή και ολόκληρου. Η εξέλιξη όμως της Χειρουργικής σε συνδυασμό με την υψηλή τεχνολογία του 21ου αιώνα μάς δίνει τη δυνατότητα στη χειρουργική του παχέος εντέρου να επέμβουμε με τον ελάχιστο δυνατό τρόπο (minimal invasive surgery). Έτσι, έχουμε τη λαπαροσκοπική κολεκτομή, όπου στη χειρουργική του παχέος εντέρου τα πλεονεκτήματα υπερέχουν κατά πολύ, για τον

ασθενή, έναντι της ανοικτής χειρουργικής. Η χειρουργική εμπειρία με μεγάλη σειρά λαπαροσκοπικών κολεκτομών δίνει τη δυνατότητα για ασφαλή, ογκολογικά χειρουργεία και πλήρη εκτομή του όγκου με λεμφαδενικό καθαρισμό, λόγω της μεγέθυνσης που παρέχει η λαπαροσκόπηση και του ευκρινέστερου εγχειρητικού πεδίου. Η γρήγορη έξοδος από το νοσοκομείο και η σημαντική μείωση του μετεγχειρητικού πόνου συνηγορούν για τη σπουδαιότητα της λαπαροσκοπικής κολεκτομής με μεγάλα οφέλη για τον ασθενή.

Τώρα, τα νεότερα δεδομένα για τον καρκίνο του ορθού επισημαίνει ο Dr Διαμαντής Θωμάς αφορούν στην αποφυγή της κολοστομίας ή «παρά φύση έδρας» και αυτό οφείλεται σε μια νέα χειρουργική προσέγγιση την TA.M.I.S. (Transanal Minimally Invasive Surgery, διαπρωκτική ελάχιστα Επεμβατική Χειρουργική).

Με αυτή την τεχνική, εξηγεί ο χειρουργός Dr Θωμάς, αφαιρούνται μεγάλοι **πολύποδες ορθού** με δυσπλασία, **κακοήθη νεοπλασμάτα** στο αρχικό στάδιο (T1N0M0) όπως και για πρωκτικό καρκίνο, ομοίως αρχικού σταδίου.

Η συγκεκριμένη χειρουργική τεχνική γίνεται διά του πρωκτού, χωρίς τομές στην κοιλιακή χώρα. Με τη χρήση λαπαροσκοπικών εργαλείων αφαιρείται ο όγκος μαζί με το αντίστοιχο τμήμα του **εντέρου** και στη συνέχεια γίνεται συρραφή του ανοίγματος.

- Ενδείξεις TA.M.I.S.:
- Μεγάλοι **πολύποδες ορθού** με δυσπλασία
 - **Καρκίνος ορθού** σταδίου T1N0M0 με καλή ή μέτρια διαφοροποίηση
 - Μέγεθος όγκου έως 4 cm και μικρότερος του 40% της περιμέτρου
 - Χωρίς υποψία λεμφαδένων από τη μαγνητική τομογραφία
 - Απόσταση όγκου >4 cm από δακτύλιο και <20 cm.

Η διάρκεια νοσηλείας είναι συνήθως 24-48 ώρες και ο ασθενής εξέρχεται με απλές οδηγίες, αποφεύγοντας μεγάλη αιματηρά χειρουργεία και πολυήμερες νοσηλείες και όλα αυτά μέσω της εξέλιξης και της εφαρμογής της σύγχρονης τεχνολογίας στη Χειρουργική.

Η μέθοδος αυτή αποτελεί μαζί με

τη διασφιγκτηριακή εκτομή του ορθού TaTME (Transanal Total Mesorectal Excision), τη σύγχρονη θεραπεία για τον καρκίνο του ορθού χωρίς μόνιμη παρά φύση έδρα (κολοστομία).

Η επέμβαση Ta-TME αποτελεί την εξέλιξη στη χειρουργική του καρκίνου του ορθού, με τα πλέον σύγχρονα χειρουργικά μηχανήματα και εφαρμόζεται διπλή προσέλαση σε περιπτώσεις πολύ χαμηλών όγκων του ορθού, πολύ κοντά στον πρωκτό. Γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του ορθού, του όγκου και των λεμφαδένων διαμέσου του ορθού και ταυτόχρονη λαπαροσκοπική κινητοποίηση του παχέος εντέρου για τη δημιουργία αναστόμωσης. Με την εν λόγω τεχνική αφαιρούμε τους λεμφαδένες και τους όγκους που βρίσκονται πολύ κοντά στον πρωκτό, αποφεύγοντας την κολοστομία (παρά φύση έδρα). Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου όλων των σταδίων συνδυαστικά με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Τα ποσοστά θεραπείας είναι εφάμιλλα

της κλασικής Χειρουργικής.

Ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου συχνά αντιμετωπίζουν μια μεγάλη και δύσκολη περίοδο ανάρρωσης, γιατί οι κλασικές «ανοικτές» επεμβάσεις είναι πολύ εκτεταμένες.

Η **λαπαροσκοπική κολεκτομή**, η **TAMIS** και η **TaTME** επιτρέπουν στον χειρουργό να κάνει την επέμβαση με πολύ μικρές τομές. Αναλόγως του είδους της επέμβασης, οι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν σπύτι τους σε λίγες ημέρες και στις κανονικές τους δραστηριότητες πολύ πιο γρήγορα από ασθενείς, οι οποίοι

έχουν υποβληθεί σε «ανοικτή» επέμβαση, και το πιο σημαντικό χωρίς **«παρά φύση έδρα»**.



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα συμβάλλουν στη μείωση της φλεγμονής. Τα λιπαρά ψάρια όπως ο σολομός είναι η σημαντικότερη πηγή αυτών.



Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που προκαλεί φλεγμονή στις αρθρώσεις. Τα συχνότερα συμπτώματά της είναι πόνος, οίδημα στις αρθρώσεις, καθώς και πολύωρη πρωινή δυσκαμψία. Έχει αποδειχθεί πως η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου και στη μείωση των συμπτωμάτων αυτής. Η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε αντιφλεγμονώδη τρόφιμα:

1. Ωμέγα-3 τρόφιμα

Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα συμβάλλουν στη μείωση της φλεγμονής. Τα λιπαρά ψάρια όπως ο σολομός είναι η σημαντικότερη πηγή αυτών ενώ τα συναντάμε επίσης σε υψηλή περιεκτικότητα και στο μοσχαρίσιο κρέας, στον λιναρόσπορο, στους σπόρους τσία και στα καρύδια.

2. Τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε θείο

Το θείο περιέχει μια μορφή μεθυλοσουλφονυλομεθανίου (MSM) που μειώνει τη φλεγμονή των αρθρώσεων και βοηθά στην αναδόμηση των ιστών. Ερευνητές μελέτησαν την αποτελεσματικότητα του MSM στον πόνο της οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο και διαπίστωσαν ότι το MSM μείωσε τον πόνο και την εξασθένηση της λειτουργίας της άρθρωσης.

Τα κορυφαία τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε θείο είναι τα κρεμμύδια, το σκόρδο, τα σπαράγγια και το λάχανο.

3. Ζωμός από βοδινά οστά

Η θεραπευτική δύναμη του οστικού ζωμού είναι αξιοσημείωτη διότι είναι πλούσιος σε μια

μορφή κολλαγόνου που περιέχει τα αμινοξέα προλίνη και γλυκίνη που βοηθούν σημαντικά στην αποκατάσταση των ιστών. Στον ζωμό αυτό επίσης συναντάμε τις χονδροϊτίνες και τη γλυκοζαμίνη, ενώσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται στα συμπληρώματα διατροφής για τη μείωση της φλεγμονής των αρθρώσεων.

4. Φρούτα και λαχανικά

Μετά από σειρά μελετών έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που ακολουθούν δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε βιταμίνη C, δηλαδή φτωχή σε φρούτα και λαχανικά έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης πολυαρθρίτιδας. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι η παπάγια και ο ανανάς έχουν σημαντική αντιφλεγμονώδη δράση.

Ποιες τροφές όμως πρέπει να αποφύγουμε ή να περιορίσουμε;

- Κορεσμένα λίπη (τηγανητά, κρεατοσκευάσματα, ζωικά λίπη)
- Αλάτι
- Ζάχαρη
- Γαλακτοκομικά προϊόντα
- Γλουτένη (ψωμί)

Επίσης πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση αλκοόλ και καφέ καθώς και το κάπνισμα. Τα καλύτερα συμπληρώματα διατροφής για την αντιμετώπιση της αρθρίτιδας είναι:

- Ιχθυέλαιο
- Turmeric (κουρκουμάς)
- Πρωτεολυτικά ένζυμα (βρωμελαίνη)
- Γλυκοζαμίνη
- MSM



Γράφει
ο **ΚΑΡΟΛΟΣ
ΠΑΠΑΛΑΖΑΡΟΥ**,
Διατροφολόγος-Διαιτολόγος
στο Metropolitan



ΔΩΡΕΑΝ ΚΑΡΤΑ METROPOLITAN

Η ΠΑΕ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΣ ανακοινώνει ότι και φέτος εμπιστεύθηκε την ιατρική υποστήριξη της ομάδας μας στο **Metropolitan Hospital**, ένα υπερσύγχρονο θεραπευτήριο στελεχωμένο με διακεκριμένους ιατρούς και άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο πλαίσιο της συνεργασίας μας, οι κάτοχοι εισιτηρίων διάρκειας της ΠΑΕ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΣ μπορούν να αποκτήσουν δωρεάν για ένα έτος την Κάρτα Metropolitan, με παροχές όπως:

- 1 Ιατρικές επισκέψεις σε επιμελητές ιατρούς, στην προνομιακή τιμή των 20 ευρώ
- 2 Ευνοϊκή τιμολογιακή πολιτική με 40 ευρώ στις επισκέψεις σε Διευθυντές Ιατρούς
- 3 Ευνοϊκή τιμολογιακή πολιτική σε διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις (Τιμές ΦΕΚ + 30%, το οποίο ισοδυναμεί με έκπτωση έως και 80%)
- 4 Στα Check Up του Metropolitan, ειδική τιμολόγηση (έκπτωση 20%)

Πληροφορίες σχετικά με την έκδοση της κάρτας στο 210 4809492 - 210 4809217

METROPOLITAN HOSPITAL
210 4809000
Εθνάρχου Μακαρίου 9
& Ελ. Βενιζέλου 1, 185 47 Ν. Φάληρο

www.metropolitan-hospital.gr

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