

ΓΙΑΤΡΕΥΩ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ METROPOLITAN

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ

Μαγνητική τομογραφία
καρδιάς

METROPOLITAN-CONNECT

Η διαδικτυακή Κοινότητα
για την Υγεία

ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΙΑΚΡΙΣΗ

Μονάδα Αγγειακών
Εγκεφαλικών Επεισοδίων

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η δερματοσκόπηση
στο κακόηθες μελάνωμα

Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ ΣΤΟΝ 21^Ο ΑΙΩΝΑ

ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΜΑΣΤΩΝ:
ΝΕΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ
ΜΕΘΟΔΟΣ

ΕΓΩ ΡΥΘΜΙΖΩ
ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΟΥ

Η ΑΝΟΙΞΗ ΦΕΡΝΕΙ ΚΑΙ... ΤΙΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ, ΠΩΣ ΘΑ ΤΙΣ ΠΡΟΛΑΒΕΤΕ, ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ

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



**Excellence
in Medical
Tourism**

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



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

www.metropolitan-hospital-connect.gr



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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άνοιξη - 2017 || Τεύχος #39 || www.metropolitan-hospital.gr



Μαγνητική τομογραφία καρδιάς
• Γ. Παλνός



Ο ρόλος της διατροφής στον σακχαρώδη
διαβήτη τύπου 2 • Κ. Παπαλαζάρου



Μια χώρα υπό-ανάπτυξη
• Α. Ρασιδάκης



Ελαστογραφία μαστών • Β. Βενιζέλος, Κ. Συργιάννης, Ε. Ζαχαρή



Η θεραπεία των βαλβιδικών παθήσεων
της καρδιάς • Μ. Κυριακίδης



Η νόσος Alzheimer
• Αναστάσιος Ι. Μυλωνάς



Κακότητες μελάνωμα
• Β.Α. Παπαευθυμίου

Διευθυντής: Ηλίας Αλεξάκης

Σύμβουλοι Έκδοσης: Γιώργος Σάπκας, Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Αθηνών - Κλινική Σπονδυλικής Στήλης και Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος • Μιχάλης Κυριακίδης, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Πρόεδρος Επιστημονικής και Συντακτικής Επιτροπής: Α. Ρασιδάκης, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Επιστημονική Επιτροπή: Σ. Απεργής, Αναπληρωτής Διευθυντής Χειρουργός • Στ. Πακουμάκης, Διοικητικός Διευθυντής - Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής • Κ. Δελής, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής • Ε. Καπάντας, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας • Γ. Μάκος, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής • Ι. Μπουτσιακάκης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής

• Ειρ. Οικονόμου-Σταματάκη, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής
• Δ. Πανταζόπουλος, Αν. Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών - Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής • Κ. Πετράκη, Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου • Δ. Ρολόγης, Αν. Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής - Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής • Ε. Χάλαρη, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος • Γ. Χατζηδημητρίου, Διευθύντρια Αιμοδοσίας • Κ. Χατζησταύρου, Αν. Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών - Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής

Επιστημονική Εταιρεία: Πρόεδρος: Αντώνης Ρασιδάκης • Αντιπρόεδρος: Ματθαίος Δουζίνας • Γεν. Γραμματέας: Ιωάννης Ρόμπος • Ταμίας: Γεώργιος Κλούβας • Μέλη: Μαρία Καλμαντί, Μαρουλιώ Σταθουλοπούλου

Το περιοδικό ΓΙΑΤΡΕΥΩ εκδίδεται από το **TECHNOGRAMMA^{med}**

Λ. Μεσογείων 380, 153 41 Αγ. Παρασκευή • Τηλ: 210 6000643, Fax: 210 6002295, e-mail: techn@hol.gr • Καλλιτεχνική Επιμέλεια: Ελένη Α. Βραχάτη



ΠΡΩΤΟΠΟΡΟ ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ



Excellence
in Medical
Tourism



20 καινούργια τμήματα

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

Μονάδα Εγκεφαλικών Επεισοδίων (Stroke Unit) • Εν τω βάθει Εγκεφαλική Διέγερση (DBS): Βηματοδότης του εγκεφάλου για τη νόσο Πάρκινσον • Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου • Κέντρο Επεμβατικής Αντιμετώπισης Επιληψίας • Κέντρο Μαστού και Γυναικείας • Ρομποτική Χειρουργική Προστάτου (Da Vinci) • Κέντρο Θυρεοειδούς • Κλινική Νευροογκολογίας • Κέντρο Χειρουργικής Σπονδυλικής Στήλης • Ρομποτική Χειρουργική Γόνατος και Ισχίου • Τμήμα Νευροακτινολογίας και Προηγμένης Ογκολογικής Απεικόνισης με Μαγνητική Τομογραφία • Κλινική Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας • Μικροχειρουργική Ογκολογία • Κλινική Επεμβατικής Καρδιολογίας • Κλινική Καρδιοχειρουργικής • Πρότυπη Οφθαλμολογική Κλινική εξοπλισμένη με σύστημα Wavelight Excimer Laser και Alcon Femtolaser • Κλινική Επεμβατικής Γαστροεντερολογίας • Μικροχειρουργική Άνω Άκρου • Ορθοπαιδική • O-arm





ΠΕΡΙΡΡΕΟΥΣΑ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ

Είναι κρίσιμο για την ψυχική μας τουλάχιστον υγεία να αντισταθούμε, ώστε να ελέγχουμε τα συναισθήματά μας, να εκλογικεύσουμε τα εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και να διυλίζουμε τις πληροφορίες που πολλές φορές περιέχουν το στοιχείο της υπερβολής ή της δραματοποίησης

Είχε επικρατήσει ως όρος στην πολιτική, αλλά στα χρόνια της κρίσης απέκτησε ευρύτερη σημασία, άμεσα συνυφασμένη με την καθημερινότητά μας. Ο όρος «περιρρέουσα ατμόσφαιρα» που περιέγραφε, παλαιότερα, την κυριαρχούσα αντίληψη, στην κοινή γνώμη, για τις πολιτικές εξελίξεις και τάσεις.

Τα τελευταία χρόνια, αποτυπώνει τις δραματικές συνέπειες των μνημονιακών πολιτικών, όχι μόνο όπως τις βιώνει ο κάθε πολίτης στη δική του καθημερινότητα, αλλά και όπως τις εισπράττει από τον περίγυρό του. Έχει παρατηρηθεί ότι, σε πολλές περιπτώσεις, η επίδραση του εξωτερικού περιβάλλοντος επιβαρύνει καταλυτικά την ψυχολογία, φθάνοντας μέχρι καταθλιπτικά επεισόδια ή άλλες μορφές ψυχικών διαταραχών. Είναι κρίσιμο λοιπόν για την ψυχική μας τουλάχιστον υγεία να αντισταθούμε, ώστε να ελέγχουμε τα συ-

ναισθήματά μας, να εκλογικεύσουμε τα εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και να διυλίζουμε τις πληροφορίες που πολλές φορές περιέχουν το στοιχείο της υπερβολής ή της δραματοποίησης. Η παθητικότητα ή η στάση παράλυσης απέναντι στις εικόνες μιας όντως γκρίζας καθημερινότητας μειώνει τα ψυχικά -αλλά και σωματικά- αποθέματα, για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων και σε προσωπικό επίπεδο.

Είναι σε τέτοιες ειδικές καταστάσεις, όπου δοκιμάζονται οι αντοχές του καθένα από εμάς. Είναι οι ασυνήθιστες δυσκολίες, που ενεργοποιούν τις κρυμμένες δυνάμεις του οργανισμού, επιτρέποντάς μας να βλέπουμε το ποτήρι μισογεμάτο. Είναι εντέλει ο ασφαλέστερος οδηγός, όχι μόνο για την προσωπική επιβίωση αλλά και για τη συλλογική προσπάθεια υπέρβασης της κρίσης.

Η.Α.

ΜΑΘΕΤΕ ΟΤΙ...

Σιδηροπενική αναιμία: Το παράδοξο σημάδι που στέλνει το σώμα σου



Ως αναιμία ορίζεται η κάτω των φυσιολογικών επιπέδων πυκνότητα της αιμοσφαιρίνης του αίματος.

Η αιμοσφαιρίνη περιέχεται στα ερυθρά αιμοσφαίρια και είναι υπεύθυνη για τη μεταφορά του οξυγόνου στους διάφορους ιστούς του σώματος. Τα αίτια που οδηγούν σε αναιμία ποικίλλουν και γι' αυτό η ταξινόμησή τους γίνεται συνήθως ανάλογα με τον μηχανισμό που τις προκαλεί. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η μειωμένη παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων, η αύξηση του ρυθμού καταστροφής τους ή η απώλεια αίματος (π.χ. σε χειρουργείο, τραυματισμούς, έλκη). Η κόπωση και η αδυναμία είναι γνωστά συμπτώματα της αναιμίας, η οποία προσβάλλει εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους. Ένα άλλο συνηθισμένο, πλην παράδοξο, σύμπτωμα της αναιμίας είναι η λαχτάρα για πάγο!

Τι προκαλεί τα κρύα πόδια

Ο οργανισμός μας έχει καλούς μηχανισμούς που κρατούν τα όργανα στη σωστή θερμοκρασία. Ένας από αυτούς είναι να διακόπτει την κυκλοφορία στα άκρα και να στρέφει το ζεστό αίμα στα εσωτερικά όργανα. Η ροή αίματος μπορεί να μειωθεί κατά 99% στο κρύο - οι γυναίκες ξέρουν καλύτερα. Μέρος αυτού συνδέεται με τις ορμόνες, επομένως η τάση να υποφέρει κάποιος από κρύα πόδια ποικίλλει κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης. Οι γυναίκες επίσης έχουν υψηλότερο ποσοστό λίπους κάτω από το δέρμα. Επίσης, Σύνδρομο Raynaud, περιφερική αρτηριακή νόσος, διαβήτης, θυρεοειδής που υπολειτουργεί.



ΛΟΓΙΣΜΙΚΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΙ ΣΠΑΝΙΕΣ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Ερευνητές από το Αμερικανικό Ινστιτούτο Γονιδιώματος του Ανθρώπου (NHGRI) χρησιμοποίησαν με επιτυχία λογισμικό αναγνώρισης προσώπου για τη διάγνωση μιας σπάνιας γενετικής ασθένειας, την οποία εκδηλώνουν Αφρικανοί, Ασιάτες και Λατινοαμερικάνοι.

Το σύνδρομο "22q11.2", γνωστό και σύνδρομο DiGeorge, επηρεάζει από 1 σε 3.000 έως 1 στα 6.000 παιδιά. Επειδή η ασθένεια οδηγεί σε πολλα-

πλές βλάβες σε όλο το σώμα, μεταξύ των οποίων λυκόστομα και ανωμαλίες της καρδιάς, οι ιατροί συχνά δεν μπορούν να την εντοπίσουν.

Ο στόχος της μελέτης, που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *American Journal of Medical Genetics* είναι να τους βοηθήσει στην καλύτερη αναγνώριση και διάγνωση του συνδρόμου, ώστε να χορηγήσουν έγκαιρα την κατάλληλη αγωγή.

ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΚΑΙ ΚΑΦΕΪΝΗ: ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ;

Η κολπική μαρμαρυγή είναι ο συνηθέστερος τύπος αρρυθμίας και χαρακτηρίζεται από το «φτερούγισμα» στην καρδιά, τον γρήγορο και ακανόνιστο καρδιακό παλμό και το αίσθημα έντονων κτύπων στο στήθος. Αν και η ίδια δεν θεωρείται απειλητική για τη ζωή, η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το εγκεφαλικό επεισόδιο, τη μυοκαρδιοπάθεια και την καρδιακή ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με μελέτες, το οινόπνευμα μπορεί να επιδράσει είτε θετικά είτε αρνητικά στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Πιθανές θετικές επιδράσεις που σχετίζονται με τη μέτρια κατανάλωση οινόπνευματος είναι οι εξής:

- Αύξηση των επιπέδων της «καλής» χοληστερόλης (HDL)
- Πρόληψη του σχηματισμού θρόμβων
- Μείωση της συσσώρευσης πλάκας στις αρτηρίες.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας, αν και η καφεΐνη επιδρά με πολλούς τρόπους στο ανθρώπινο σώμα, δεν έχουν βρεθεί συσχετίσεις μεταξύ της πρόσληψής της και της καρδιοπάθειας. Παράλληλα, καμιά επιστημονική μελέτη δεν έχει υποδείξει ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην καφεΐνη και στην αρρυθμία. Υπάρχουν, ωστόσο, στοιχεία ότι η κατανάλωση άνω των 5 φλιτζανιών καφέ την ημέρα μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας, αν και η καφεΐνη επιδρά με πολλούς τρόπους στο ανθρώπινο σώμα, δεν έχουν βρεθεί συσχετίσεις μεταξύ της πρόσληψής της και της καρδιοπάθειας

ΠΙΕΣΗ: ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΕ ΜΕΓΑΛΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ: ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΗΜΑΙΝΟΥΝ

Οι μεγάλες διακυμάνσεις στην πίεση του αίματος μπορεί να είναι ενδεικτική κατάσταση της βλάβης των αρτηριών και της πιθανότητας καρδιακής νόσου ή καρδιακής ανεπάρκειας, σύμφωνα με μια μεγάλη μελέτη που δημοσιεύτηκε στην επιστημονική επιθεώρηση *Annals of Internal Medicine*. Περίπου 1 στους 3 ανθρώπους έχει υψηλή αρτηριακή πίεση και αυτό από μόνο του συνδέεται με τα ίδια ακριβώς καρδιακά προβλήματα. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, ακόμη και στην υπέρταση, η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να παραμένει σταθερή με την πάροδο του χρόνου.

Οι ερευνητές εξέτασαν τις περιπτώσεις ασθενών που λάμβαναν φάρμακα για την υπέρταση. Ως μέρος της έρευνας, αξιολόγησαν δεδομένα από παλαιότερη εκτενή μελέτη για την αντιυπερτασική και υπολιπιδαιμική θεραπεία για την πρόληψη καρδιακής προσβολής (ALLHAT), σε

ασθενείς που εμφανίζουν κάποιας μορφής καρδιακό πρόβλημα.

Οι 25.814 συμμετέχοντες στη σχετική έρευνα είδαν τους ερευνητές να τους μετρούν την πίεση σε κάθε μία από τις συνολικά 7 επισκέψεις μέσα σε 28 μήνες και στη συνέχεια οι επιστήμονες παρακολούθησαν την υγεία των συμμετεχόντων για τυχόν συμβάντα καρδιαγγειακής νόσου. Μετά την ανάλυση των 1.948 θανάτων, 606 εγκεφαλικών επεισοδίων, 921 περιστατικών καρδιακής ανεπάρκειας και 1.194 θανατηφόρων κρουσμάτων στεφανιαίας νόσου ή μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά τη διάρκεια της μελέτης, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχοντες των οποίων η αρτηριακή πίεση μεταβάλλεται ευρέως ανά περιόδους είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποιο είδους καρδιακό πρόβλημα.

ΕΦΤΙΑΞΑΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΙΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΦΥΛΛΟ ΣΠΑΝΑΚΙ!

Απίστευτο και όμως αληθινό: Ερευνητές κατάφεραν να μετατρέψουν ένα φύλλο από σπανάκι σε έναν καθ' όλα λειτουργικό ανθρώπινο καρδιακό ιστό! Σε γενικές γραμμές, οι επιστήμονες δυσκολεύονται να δημιουργήσουν ανθρώπινο ιστό σε μεγάλη κλίμακα. Έχουν καταφέρει στο παρελθόν να δημιουργήσουν μικρά εργαστηριακά δείγματα, αλλά είναι πολύ πιο δύσκολο να πετύχουν το ίδιο σε κανονικό μέγεθος ανθρωπίνων ιστών, οστών ή ολόκληρων οργάνων. Αλλά αυτό ακριβώς είναι που χρειαζόμαστε στο μέλλον της ιατρικής επιστήμης, αν θέλουμε να δώσουμε λύσεις σε χρόνιες δυσκολίες αντιμετώπισης τραυματισμών ή ασθενειών που καταστρέφουν ανθρώπινους ιστούς. Η τελευταία εξέλιξη όμως σε τεχνολογικό επίπεδο είναι πολύ ενθαρρυντική. Οι επιστήμονες έχουν φθάσει πιο κοντά από ποτέ στην επίλυση ίσως της πιο δύσκολης από αυτές τις προκλήσεις, δηλαδή τη δημιουργία ενός αγγειακού συστήματος που μπορεί να προσφέρει το αίμα στον νέο ιστό. Μέχρι τώρα, ήταν δύσκολο να αναδημιουργήσουν μικρά, διακλαδωτά δίκτυα αιμοφόρων αγγείων με τη χρήση τεχνικών, όπως η 3D εκτύπωση. Αλλά τώρα επινόησαν μια πρωτοφανή λύση: να χρησιμοποιήσουν τα φυτά και να τα μετατρέψουν σε λειτουργικό ανθρώπινο ιστό!



Ζάχαρο: Αυτός είναι ο ξηρός καρπός που πρέπει να τρώτε

Για τους περισσότερους από εμάς, οι ξηροί καρποί είναι συνδεδεμένοι με την αύξηση του βάρους, επειδή έχουν κατά κανόνα αρκετές θερμίδες. Ως εκ τούτου, τους αποφεύγουμε εντελώς, αλλά αυτό είναι λάθος. Σε μια ισορροπημένη διατροφή, οι ξηροί καρποί μπορεί να συμβάλλουν θετικά στην υγεία μας.

Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι και τα αμύγδαλα και η θετική τους επίδραση στο ζάχαρο. Πρόκειται για μια εξαιρετική πηγή πολλών βιταμινών και ανόργανων συστατικών, περιλαμβανομένης της βιταμίνης Ε. Επίσης, αποτελούν μια καλή πηγή πρωτεϊνών, ινών, ριβοφλαβίνης και ασβεστίου. Στην πραγματικότητα, «τα αμύγδαλα είναι από τις καλύτερες πηγές πρωτεϊνών απ' όλους τους καρπούς με κέλυφος», λέει ο O'Shea Kochenbach, διατολόγος στη Βοστώνη των ΗΠΑ.



Αλλεργίες της άνοιξης: Πώς θα επιβιώσουμε

- **Καθαρίστε για την άνοιξη.** Σκόνη μπορεί να συσσωρευτεί τον χειμώνα. Επίσης, μούχλα μπορεί να συσσωρευτεί στο μπάνιο. Ο καθαρισμός του σπιτιού και η ηλεκτρική σκούπα μπορεί να βοηθήσουν στην απομάκρυνση των αλλεργιογόνων και στο να μείνουν οι αεραγωγοί της μύτης καθαροί.
- **Σκεφθείτε το άσθμα.** Πολλοί άνθρωποι με εποχιακές αλλεργίες έχουν άσθμα. Αν έχετε βήχα ή δυσκολία στην αναπνοή, μιλήστε με τον αλλεργιολόγο. Αυτοί οι ειδικοί μπορούν να διαγνώσουν το άσθμα και να βοηθήσουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων.
- **Κρατήστε τα παράθυρα κλειστά.** Τα ανοικτά παράθυρα επιτρέπουν στη γύρη να μπαίνει στο σπίτι και να κάθεται στα υφάσματα και στα έπιπλα. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αύξηση στα συμπτώματα αλλεργίας. Κρατήστε τα παράθυρα κλειστά και χρησιμοποιήστε κλιματισμό με νέο φίλτρο.
- **Συμβουλευτείτε ειδικό.** Μην βασίζεστε μόνο στο internet για συμβουλές. Ο αλλεργιολόγος έχει εκπαιδευτεί για τον εντοπισμό της αιτίας των συμπτωμάτων και τον καθορισμό της καλύτερης αγωγής.



84

θάνατοι έχουν καταγραφεί από γρίπη, σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ, επιβεβαιώνοντας την πτωτική τάση του φαινομένου, τον χειμώνα που μας πέρασε.



4.500

παιδιά συμμετείχαν σε έρευνα Πανεπιστημίου του Λονδίνου, από την οποία προέκυψε ότι η έντονη έκθεση στην τηλεόραση και στον υπολογιστή, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη «τύπου 2» στα παιδιά.



591

συμπολίτες μας απάντησαν σε έρευνα της δια-ΝΕΟσις, πιστοποιώντας τις δραματικές επιπτώσεις της κρίσης, στη λειτουργία και στις δομές του συστήματος υγείας, αλλά και σε πολλές πτυχές της καθημερινής τους ζωής.



7.000

παθήσεις έχουν ως αφετηρία τη στοματική κοιλότητα και είναι ο οδοντιατρικός έλεγχος, που οδηγεί στη διάγνυσή τους.



527

ασθενείς δοκίμασαν το νέο φάρμακο, υπό μορφή χαπιού, για την αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.



52

άτομα που παρακολούθησαν πρόγραμμα γιόγκα, διαπίστωσαν σημαντική βελτίωση στη ρύθμιση του διαβήτη, σύμφωνα με σχετική έρευνα.



60%

των εγκύων γυναικών γεννούν με καισαρική τομή, στη χώρα μας, ποσοστό που θεωρείται υψηλότερο από τα αποδεκτά ευρωπαϊκά επίπεδα, σύμφωνα με πόρισμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.



600.000

μονάδες είναι οι ετήσιες ανάγκες της χώρας μας σε αίμα, καλύπτοντας την αυξημένη ζήτηση και με εισαγωγή από τον ελβετικό Ερυθρό Σταυρό.



1 στις 8

γυναίκες που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, φθάνουν στη θεραπεία, εφόσον αντιμετωπιστούν σωστά από εξειδικευμένους ιατρούς, με σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους.

18



προτάσεις κατέθεσε το Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, για την καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων, συνδυάζοντας οικονομίες κλίμακας, με την αποτελεσματικότητα.



62%

των εξεταζόμενων με υπερηχογράφημα (Triplex), μέσης και προχωρημένης ηλικίας, έχουν πρόβλημα με αθηρωματικές πλάκες στις αρτηρίες.



4

στάδια περιλαμβάνουν οι αιμορροΐδες, που δεν καθίστανται εμφανείς από την πρωκτοσκοπική εξέταση. Στα δύο τελευταία στάδια, η θεραπεία είναι δυνατή μόνο με χειρουργική επέμβαση.

Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ ΣΤΟΝ 21^Ο ΑΙΩΝΑ: ΜΕΘΟΔΟΣ FLACS ΜΕ FEMTOSECOND LASER

Ο καταρράκτης είναι η θόλωση του φυσικού φακού του ματιού. Η θόλωση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική μείωση της όρασης. Είναι μια πολύ κοινή πάθηση που συνήθως παρουσιάζεται στην τρίτη ηλικία

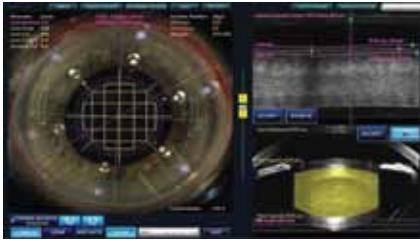


Γράφει
ο **ΠΑΝΤΕΛΗΣ Α.
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**
Χειρουργός Οφθαλμίατρος,
Διευθυντής Οφθαλμολογικής
Κλινικής και Μονάδας
Προηγμένης Μικροχειρουργικής
του Οφθαλμού στο Metropolitan

Η υψηλή τεχνολογία αποτελεί σήμερα αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης χειρουργικής Οφθαλμολογίας. Η εγχείρηση του καταρράκτη εξελίχθηκε τα τελευταία χρόνια σε μια διαθλαστική επέμβαση, με την οποία ο χειρουργός οφθαλμίατρος ταυτόχρονα με την αφαίρεση του καταρράκτη μπορεί να διορθώσει και όλα τα διαθλαστικά σφάλματα του ματιού, όπως π.χ. η μυωπία, η υπερμετρωπία, ο αστιγματισμός και η πρεσβυωπία. Η τελευταία εξέλιξη στον τομέα αυτόν είναι το **Femtosecond Laser**, το οποίο με ακρίβεια χιλιοστού του χιλιοστού τελειοποιεί τα πρώτα στάδια της διαθλαστικής επέμβασης καταρράκτη, διευκολύνοντας τον χει-

ρουργό στα επόμενα, τα οποία πραγματοποιούνται με τη χρήση υπερήχων. Η πρώτη φάση της επέμβασης ελέγχεται αποκλειστικά με joy-stick και trackball, μέσω οθονών και χωρίς την επαφή του χειρουργού με το μάτι.

Ο καταρράκτης είναι η θόλωση του φυσικού φακού του ματιού. Η θόλωση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική μείωση της όρασης. Είναι μια πολύ κοινή πάθηση που συνήθως παρουσιάζεται στην τρίτη ηλικία. Τα τελευταία χρόνια όμως, ο καταρράκτης εμφανίζεται σε όλο και νεότερες ηλικίες. Μερικές φορές μπορεί να προκληθεί μετά από τραυματισμό, από ορισμένες ασθένειες ή λήψη φαρμάκων.



Στη μέθοδο FLACS ο σχεδιασμός της επέμβασης καταρράκτη γίνεται με τη βοήθεια υπολογιστή.



Verion: Προηγμένα συστήματα απεικόνισης καθοδηγούν τον χειρουργό οφθαλμίατρο σε όλες τις φάσεις του χειρουργείου.



Η χειρουργική του καταρράκτη γίνεται με μηχανήματα πολύ υψηλής τεχνολογίας.

Σε άλλες σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστεί στη νεογνική, στη βρεφική ή στην παιδική ηλικία (συγγενής καταρράκτης).

Τα πρώτα συμπτώματα του καταρράκτη είναι η προοδευτική μείωση της όρασης, το έντονο θάμβος στο φως, η συχνή αλλαγή των βαθμών των γυαλιών όρασης, η ομιχλώδης όραση, η δυσκολία στην οδήγηση τη νύχτα λόγω πολλών ανανακλάσεων από τα φώτα των αυτοκινήτων και η εξασθένηση της αντίληψης των χρωμάτων. Ορισμένες φορές, οι ασθενείς αρχίζουν και διαβάζουν καλύτερα κοντά, λόγω της μυωπίας που προκαλεί ένας συγκεκριμένος τύπος καταρράκτη. Η βελτίωση είναι πρόσκαιρη και συνήθως συνοδεύεται από σημαντική μείωση της μακρινής όρασης. Όλα τα ανωτέρω επηρεάζουν τις καθημερινές λειτουργίες του ατόμου, προκαλώντας δυσκολίες στο διάβασμα, στο γράψιμο, στην παρακολούθηση τηλεόρασης, στο ράψιμο, στην οδήγηση και σε προχωρημένους καταρράκτες ακόμη και στο βάδισμα. Αρκετά συχνά, ηλικιωμένα άτομα με καταρράκτη τραυματίζονται σοβαρά μετά από πτώσεις, λόγω κακής όρασης.

FLACS (Femto Laser Assisted Cataract Surgery)

Η πιο σύγχρονη επέμβαση καταρράκτη στις μέρες μας ονομάζεται FLACS (Femto Laser Assisted Cataract Surgery), πραγματοποιείται με τη χρήση του υπερσύγχρονου Femtosecond Laser και υπερήχων που διαθέτει το Νοσοκομείο Metropolitan και διενεργείται μέσα από μια πολύ μικρή τομή δύο χιλιοστών. Η μικροσκοπική τομή παρέχει μεγάλη ασφάλεια κατά την επέμβαση. Επιπλέον, λόγω της μικρής τομής η επούλωση και η μετεγχειρητική αποκατάσταση της όρασης είναι ταχύτατη και δεν προκαλείται σημαντικός μετεγχειρητικός αστιγματισμός. Το Femto Laser προσθέτει μεγαλύτερη ακρίβεια στα πρώτα στάδια της επέμβασης, δημιουργώντας τομές στον οφθαλμό με ακρίβεια ενός χιλιοστού του χιλιοστού. Σύμφωνα με πολύ πρόσφατες επιστημονικές μελέτες που έχουν δημοσιευτεί στο εξωτερικό σε διεθνούς φήμης έγκυρα περιοδικά, όπως το *Journal of Cataract and*



Premium IOL:
Ο μικροσκοπικός ενδοφακός τοποθετείται στο μάτι μέσα από τομή 2 χιλιοστών.

Refractive Surgery, η επέμβαση με το Femtosecond Laser παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια. Σε χιλιάδες περιστατικά που χειρουργήθηκαν από τους ίδιους έμπειρους χειρουργούς, οι επεμβάσεις με το Femtosecond Laser παρουσίασαν λιγότερες επιπλοκές. Το περιεχόμενο του καταρρακτικού φακού αφού κατακερματιστεί αρχικά με το Femtosecond Laser, στη συνέχεια με τη βοήθεια ειδικού μηχανήματος υπερήχων, αναρροφάται μέσα από την ίδια μικρή παρακέντηση.

Ο ενδοφακός είναι ένας μικροσκοπικός τεχνητός φακός, ο οποίος τοποθετείται στο μάτι μετά από την αφαίρεση του καταρράκτη. Με τον κατάλληλο ενδοφακό μπορούμε να διορθώσουμε τα προϋπάρχοντα διαθλαστικά σφάλματα του ματιού, με αποτέλεσμα την ολική ή τη μερική απεξάρτηση του ασθενή από τα γυαλιά ή και τους φακούς επαφής. Οι ενδοφακοί τελευταίας γενιάς που χρησιμοποιούνται στο Νοσοκομείο μας παρασκευάζονται από βιοσυμβατό ακρυλικό στις ΗΠΑ, στη Γερμανία, στην Αγγλία και στην Ολλανδία και θεωρούνται οι καλύτεροι στον κόσμο στο είδος τους. Οι μονοεστιακοί ενδοφακοί εστιάζουν σε μία από τις τρεις αποστάσεις (μακριά, μεσαία ή κοντά). Προσφέρουν, δηλαδή όραση χωρίς γυαλιά είτε μακριά (οδήγηση, τηλεόραση κ.λπ.), είτε στη μεσαία απόσταση (υπολογιστής, χειρονακτικές εργασίες κ.λπ., είτε στην κοντινή [διάβασμα]). Το άτομο θα πρέπει να χρησιμοποιήσει γυαλιά για να δει στις άλλες δύο αποστάσεις, εκτός και αν τοποθετηθεί ενδοφακός για



Verion Image Guided System:
Ένα από τα πιο πολύτιμα εργαλεία του οφθαλμίατρου στο σχεδιασμό της επέμβασης καταρράκτη.

0101 001011 10101
11010 001 1101 01
100 110101 00110
11 01110 01 11010
0110 11 01 10 100

0101 001011 10101
11010 001 1101 01
100 110101 00110
11 01110 01 11010
0110 11 01 10 100

Η πιο σύγχρονη επέμβαση καταρράκτη στις μέρες μας ονομάζεται FLACS (Femto Laser Assisted Cataract Surgery), πραγματοποιείται με τη χρήση του υπερσύγχρονου Femtosecond Laser και υπερήχων που διαθέτει το Metropolitan Hospital και διενεργείται μέσα από μια πολύ μικρή τομή δύο χιλιοστών

διαφορετική απόσταση στο κάθε μάτι (μέθοδος Monovision). Αν δε χρησιμοποιηθεί πολυεστιακός ενδοφακός, τότε στις περισσότερες περιπτώσεις δεν θα χρειαστεί καθόλου τα γυαλιά. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η καλή γενική κατάσταση του ματιού και η ταυτόχρονη διόρθωση του αστιγματισμού, αν υπάρχει, με αστιγματικούς πολυεστιακούς ενδοφακούς ή με αστιγματικές τομές με Femto Laser. Η επιλογή του καταλληλότερου ενδοφακού γίνεται με βάση τις ανάγκες του ασθενή. Σε όλες τις περιπτώσεις ενδείκνυται η τοποθέτηση μονοεστιακού ενδοφακού, ενώ για να τοποθετηθούν Premium ενδοφακοί χρειάζονται κάποιες προϋποθέσεις που θα συζητηθούν με τον οφθαλμίατρο. Ο ενδοφακός τοποθετείται συνήθως μέσα στο περίβλημα (θήκη) του καταρρακτικού φακού, αφού πρώτα διπλωθεί με ειδικό εργαλείο έτσι ώστε να μπορεί να χωρέσει μέσα από τη μικρή τομή. Η εγχείρηση γίνεται με τοπική αναισθησία με ειδικές αναισθητικές σταγόνες,

χωρίς ενέσεις στο μάτι και ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει αμέσως μετά στο σπίτι του. Η όλη επέμβαση είναι ανώδυνη και αναίμακτη. Τις περισσότερες φορές δεν χρειάζονται ράμματα. Καθ' όλη τη διάρκεια του χειρουργείου παρίσταται αναισθησιολόγος που χορηγεί ένα χαλαρωτικό διάλυμα στον ασθενή, έτσι ώστε να μην αισθάνεται το stress της επέμβασης.

Παρόλο που η επέμβαση καταρράκτη θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί και σε εξωτερικές μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, στα υπερσύγχρονα χειρουργεία του Metropolitan μπορεί να καλυφθεί οποιαδήποτε αναισθησιολογική ανάγκη προκύψει κατά τη διάρκεια της επέμβασης, παρέχοντας έτσι πολύ μεγάλη ασφάλεια για τη γενικότερη υγεία του χειρουργημένου. Η διάρκεια της επέμβασης για έναν καταρράκτη ρουτίνας είναι 8-12 λεπτά, περίπου.



Alcon LenSx:
Το υπερσύγχρονο Femtosecond Laser του Metropolitan Hospital παρέχει μεγάλη ασφάλεια στις επεμβάσεις καταρράκτη.

Η ΑΝΟΙΞΗ ΦΕΡΝΕΙ ΚΑΙ ΤΙΣ... ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

Ο κύριος υπαίτιος για την εμφάνισή τους είναι η γύρη των ανθισμένων δέντρων και αγριόχορτων, η οποία την άνοιξη κυκλοφορεί συνέχεια στον αέρα



Περίμενες πώς και πώς να φτιάξει ο καιρός για να περνάς περισσότερα Σαββατοκύριακα εκτός πόλης. Δυστυχώς, η εκδήλωση μιας αλλεργίας κάνει τα σχέδιά σου για weekends στην εξοχή να μοιάζουν με όνειρο... εαρινής νυκτός. Αντί όμως να αναθεματίζεις την κακή σου τύχη για τα συμπτώματα που σε έχουν βγάλει off, αναζήτησε τον ένοχο στον ερχομό της άνοιξης. Και αυτό γιατί τη συγκεκριμένη εποχή του χρόνου κυκλοφορούν αρκετά αλλεργιογόνα στην ατμόσφαιρα, συνέπεια της ανθοφορίας, της βελτίωσης των καιρικών συνθηκών και της αναπαραγωγής μικροοργανισμών και εντόμων.

Οι πιο συνηθισμένες ανοιξιάτικες αλλεργίες είναι:

• Η ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Τα συμπτώματα που προκαλεί συνήθως είναι συνάχι, φτέρνισμα, φαγούρα και μούκωμα στη μύτη και κατ'επέκταση πονοκέφαλος. Πολύ πιθανό είναι κάποια στιγμή το μούκωμα στη μύτη να γίνει μόνιμο (πλήρης ρινική απόφραξη) και να προκαλέσει, αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα, ακόμα και επιπλοκές, όπως είναι η ιγμορίτιδα ή η ωτίτιδα.

• Η ΡΙΝΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Τα συμπτώματα που προκαλεί συνήθως είναι αυτά της αλλεργικής ρινίτιδας μαζί με προβλήματα στα μάτια, όπως φαγούρα, κοκκίνισμα και δάκρυα, που δεν σταματούν.

• ΤΟ ΑΛΛΕΡΓΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Τα συμπτώματα του αλλεργικού άσθματος ποικίλλουν ανάλογα με το πόσο βαρύ είναι. Μπορεί να εκδηλώνεται με έναν απλό συριγμό και «βράσιμο» στο στήθος και να προκαλεί και ένα επεισόδιο δύσπνοιας από καιρό σε καιρό (για παράδειγμα, μία φορά την εβδομάδα) ή απλά έναν ανεξήγητο ξερό βήχα. Από την άλλη πλευρά, το αλλεργικό άσθμα μπορεί να είναι σοβαρότερο και να σας δημιουργεί μόνιμο πρόβλημα στην αναπνοή και, παράλληλα, έντονο βήχα.

Ποιοι παράγοντες ευθύνονται:

Ο κύριος υπαίτιος για την εμφάνισή τους είναι η γύρη των ανθισμένων δέντρων και αγριόχορτων, η οποία την άνοιξη κυκλοφορεί συνέχεια στον αέρα. Ανάμεσα στους παράγοντες (αλλεργιογόνα) που ευθύνονται περισσότερο για τα ενοχλητικά συμπτώματα από το αναπνευστικό, τα οποία προκαλούν οι αλλεργίες αυτές είναι:

- Η γύρη από τα αγριοσιτηρά (γρασίδια) και τα καλλιεργημένα δημητριακά, που ανθίζουν στα τέλη Μαρτίου μέχρι τέλη Μαΐου.
- Η γύρη της ελιάς, που ανθίζει από τα τέλη Απριλίου και τον Μάιο.
- Η γύρη του φυτού ελεξίνη ή *Parietaria*





Πώς θα τις προλάβετε; Κατ' αρχάς, μπορείτε να ζητήσετε από τον γιατρό σας να σας συστήσει μια προληπτική αγωγή, ώστε να μειωθεί η ένταση των εν λόγω συμπτωμάτων

(γνωστό με τις ονομασίες αγριοβασιλικός, παρθενούλι, περδικάκι κ.ά.), που ανθίζει από τον Μάρτιο έως και τα τέλη του Μαΐου.

- Οι μύκητες, που πολλαπλασιάζονται λόγω της αυξημένης βλάστησης, της υγρασίας και της θερμοκρασίας.
- Η εντυπωσιακή αύξηση των ακάρεων της οικιακής σκόνης, και πάλι λόγω της μεγάλης αύξησης της υγρασίας και της θερμοκρασίας.

Πώς θα τις προλάβετε

Κατ' αρχάς, μπορείτε να ζητήσετε από τον γιατρό σας να σας συστήσει μια προληπτική αγωγή, ώστε να μειωθεί η ένταση των εν λόγω συμπτωμάτων. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να προσπαθήσετε να μειώσετε την έκθεσή σας στους αλλεργιογόνους παράγοντες, που προέρχονται συνήθως από τα δέντρα και τα λουλούδια. Οπότε και θα πρέπει:

- Να αποφεύγετε τις βόλτες στην εξοχή και στο βουνό, κυρίως όταν φυσάει ή έχει πολύ μεγάλη ηλιοφάνεια.
- Να κρατάτε τα παράθυρα του σπιτιού

και του αυτοκινήτου σας κλειστά.

- Να αερίζετε το σπίτι σας το πρωί (έως τις 9.00) και μετά να κλείνετε ερμητικά τα παράθυρα.
- Να αποφεύγετε να αερίζετε τα κλινοσκεπάσματά σας.
- Να καθαρίζετε καλά το σπίτι, ώστε να αποφεύγετε τη σκόνη και τα ακάρεα, που επιδεινώνουν πολύ την κατάστασή σας.
- Να φοράτε γυαλιά ηλίου όταν βρίσκεστε εκτός σπιτιού, ώστε να προστατεύετε τα μάτια σας, και κράνος όταν είστε σε μηχανή, προκειμένου να μένει κλειστή η δίοδος για τα αλλεργιογόνα από τη μύτη και το στόμα.

Πώς αντιμετωπίζονται;

Για τη ρινίτιδα, ο γιατρός θα σας συστήσει αντιισταμινικά, ρινικά spray, χάπια ή σταγόνες για το στόμα, καθώς και ρινικά spray ειδικών, ασφαλών κορτιζο-

νούχων φαρμάκων ή/και αντιισταμινικού.

Για την επιπεφυκίτιδα, θα σας χορηγήσει αντιισταμινικά κολλύρια, ενώ για το άσθμα θα σας δώσει εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά, spray κορτιζόνης και αντιλευκοτριενικά δισκία. Ειδικότερα, όσον αφορά στο άσθμα, επειδή μπορεί να εκδηλωθεί σοβαρή αναπνευστική κρίση με έντονη δύσπνοια, ενδέχεται να χρειαστεί και κορτιζόνη σε εισπνοές με νεφελοποιητή, σε χάπια ή ενέσεις. Αυτή η αγωγή έχει ως στόχο να περιοριστούν τα συμπτώματα, αλλά και να προληφθούν οι τυχόν επιπλοκές (ιγμορίτιδα, ωτίτιδα, χρόνια άσθμα κ.ά.). Αν, όμως, η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αρκετή για να αντιμετωπιστούν οι αλλεργίες και τα προβλήματα επιμένουν να σας ταλαιπωρούν, μπορείτε να κάνετε απευαισθητοποίηση. Με αυτή παίρνετε -υπό την καθοδήγηση του αλλεργιολόγου σας- αυξανόμενες δόσεις του αλλεργιογόνου παράγοντα για αρκετό διάστημα μέχρι να τον συνηθίσει ο οργανισμός σας, ώστε αργότερα, όταν θα έρχεστε σε επαφή με αυτόν, να μην παρουσιάζετε καθόλου συμπτώματα. Η.Α.

ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΜΑΣΤΩΝ

ΝΕΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υπερηχογράφημα στη βασική του μορφή (b-mode) αποτελεί το κατ' αρχήν διαγνωστικό εργαλείο απεικόνισης με το οποίο ο εξειδικευμένος ιατρός-χειριστής του συγκεκριμένου εξοπλισμού είναι σε θέση να αναγνωρίσει μια δομική αλλοίωση στον μαστό

Γράφουν οι



ΒΑΣΙΛΗΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ
Χειρουργός μαστού,
Διευθυντής Μονάδας
Μαστού στο Metropolitan



ΚΩΝ/ΝΟΣ ΣΥΡΓΙΑΝΝΗΣ
Αν. Διευθυντής Απεικόνισης



ΕΥΣΤΑΘΙΑ ΖΑΧΑΡΗ
Επιμελήτρια

Η ελαστογραφία, βασιζόμενη στην αρχή λειτουργίας των υπερήχων, αποτελεί τη νεότερη, βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη και επομένως παγκόσμια αποδεκτή, μέθοδο χαρακτηρισμού του βαθμού σκληρότητας δομικών αλλοιώσεων που προκύπτουν σε διάφορα συμπαγή όργανα, μεταξύ των οποίων και ο μαστός, αποτελώντας για τον τελευταίο το βασικότερο και πλέον εκτενώς μελετημένο πεδίο εφαρμογής.

Για την κατανόηση της σπουδαιότητας της μεθόδου, στις γραμμές που ακολουθούν, θα επιχειρηθεί η απλοποιημένη παρουσίαση της αρχής λειτουργίας της ιατρικής διαγνωστικής υπερηχογραφίας, πάνω στην οποία βασίζεται.

Το υπερηχογράφημα στη βασική του μορφή (b-mode) αποτελεί το κατ' αρχήν διαγνωστικό εργαλείο απεικόνισης με το οποίο ο εξειδικευμένος ιατρός-χειριστής του συγκεκριμένου εξοπλισμού είναι σε θέση να αναγνωρίσει μια δομική αλλοίωση στον μαστό. Αυτή, η κατ' αρχάς απεικονιστική καταγραφή του ευρήματος, συνιστά και το πρώτο βήμα στη διαδικασία διάγνωσης μιας πάθησης η οποία μπορεί στον χρόνο εκτέλεσης της εξέτασης, να

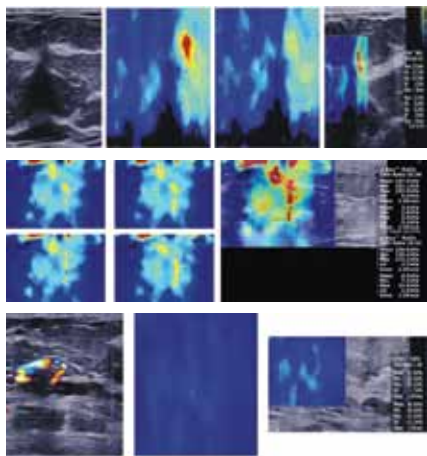
μην είναι κλινικά εμφανής και να αποτελεί τυχαίο εύρημα ως αποτέλεσμα ενός ελέγχου ρουτίνας (check up).

Τις περισσότερες φορές, η ανάδειξη ενός τέτοιου ευρήματος έχει μορφολογικά χαρακτηριστικά (σχήμα-μέγεθος-σύσταση), τα οποία μπορούν με ασφάλεια να θέσουν τη διάγνωση. Ωστόσο, πολλές είναι οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η διακριτική ικανότητα ή/και τα χαρακτηριστικά της βλάβης είναι τέτοια που δεν επιτρέπουν τον σαφή χαρακτηρισμό της. Αυτό μπορεί, στην περίπτωση του μαστού να συμβεί σε αλλοιώσεις με συνυπάρχοντα και αλληλεπικαλυπτόμενα μορφολογικά και ιδιοσυστασιακά στοιχεία τα οποία απαντώνται τόσο στις καλοήθεις παθήσεις όσο και στις κακοήθειες, μειώνοντας συνεπώς τη διαγνωστική ακρίβεια που με τη σειρά της και ανάλογα με την περίπτωση, καθιστούν απαραίτητη τη διενέργεια περαιτέρω ελέγχου, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει έως και τη βιοψία για την ιστολογική ταυτοποίηση της βλάβης.

Παρ' όλο που οι διαθέσιμες μέθοδοι απεικόνισης του μαστού, όπως η μαστογραφία, η μαγνητική μαστογραφία και η υπερηχογραφία διαθέτουν υψηλή ευαισθησία στην αναγνώριση αλλοιώσεων, δεν παρουσιάζουν την ανάλογη ειδικότητα το οποίο οδηγεί με τη σειρά του σε άσκοπες βιοψίες ή παρατεταμένους χρονικά, επαναλαμβανόμενους ελέγχους προξενώντας οικονομική και κυρίως ψυχολογική επιβάρυνση στην εξεταζόμενη.

Η διαρκής εξέλιξη τόσο στον υλικολογικό διαθέσιμο εξοπλισμό όσο και στην ερευνητική δραστηριότητα στον χώρο της ιατρικής απεικόνισης οδήγησαν

Στη Μονάδα Μαστού
του Θεραπευτηρίου
Metropolitan
χρησιμοποιείται
το κορυφαίο στο είδος
του μηχάνημα Shear
Wave ελαστογραφίας



στην υλοποίηση, με εξαιρετικά αποτελέσματα, της ελαστογραφίας. Η τελευταία βασίζεται στην απλή διαχρονική διαπίστωση κατά την οποία μια βλάβη είναι περισσότερο ύποπτη για κακοήθεια όσο αυξάνει ο βαθμός σκληρότητάς της. Αυτό αποτελεί και το κύριο στοιχείο αξιολόγησης της διαδικασίας, κλινικής από μαστολόγο, ψηλάφησης του στήθους ή της περιοδικής αυτοεξέτασης από την ίδια τη γυναίκα.

Η ελαστογραφία μπορεί να θεωρηθεί

το απεικονιστικό ισοδύναμο της ψηλάφησης, ποσοτικοποιώντας τον βαθμό σκληρότητας μιας βλάβης, η οποία μέχρι πρότινος ήταν εφικτή μόνο διά της ψηλάφησης με γυμνά χέρια, αποτυπώνοντας κατά κύριο λόγο, την υποκειμενική εκτίμηση του εκάστοτε εξεταστή.

Η μέθοδος που εξελίσσεται διαρκώς

Από το 2003 που παρουσιάστηκε για πρώτη φορά, η μέθοδος της ελαστογραφίας εξελίσσεται διαρκώς, παράλληλα με την εξέλιξη των μηχανημάτων υπερηχογραφίας. Ενδεικτικό της προόδου που έχει σημειωθεί είναι το γεγονός ότι στα σύγχρονα μηχανήματα, που είναι εξοπλισμένα με λογισμικό για την επεξεργασία ελαστογραφικών δεδομένων, δεν είναι εφικτός μόνο ο διαχωρισμός της καλοήθους από την κακοήγη αλλοίωση, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις, και η προσέγγιση της ιστολογικής διάγνωσης, αναλύοντας τα χαρακτηριστικά κατανομής των επιμέρους περιοχών σκληρότητας μιας αλλοίωσης. Αυτό δυναμικά, εκτός από το άμεσο όφελος που είναι ο χαρακτηρισμός του υπό εξέταση ευρήματος, έχει σταδιακά ενσωματωθεί και σε

άλλους τομείς, όπως αυτός της θεραπείας, όπου χρησιμοποιείται πλέον στην παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη χορηγούμενη θεραπευτική αγωγή μιας διαγνωσμένης κακοήθους βλάβης.

Η ελαστογραφία μπορεί να χαρακτηρίσει όχι μόνο τις ογκομορφες αλλοιώσεις, δηλαδή αυτές που εμφανίζονται ως διακριτή μάζα από τους περιβάλλοντες ιστούς, αλλά και αυτές οι οποίες έχουν πιο ασαφή κατανομή με δυσδιάκριτα όρια στον απλό υπερηχοτομογραφικό έλεγχο, με πολλές δε από αυτές να αποκρύπτονται στον απλό ετήσιο μαστογραφικό έλεγχο ρουτίνας.

Στη Μονάδα Μαστού του Θεραπευτηρίου METROPOLITAN χρησιμοποιείται το κορυφαίο στο είδος του μηχάνημα Shear Wave ελαστογραφίας (Aixplorer, SuperSonic Imagine [SSI], Aix-en-Provence, FR). Καθημερινά, εκτελείται ένας μεγάλος αριθμός ελαστογραφικών μελετών ανάγοντάς το σε κέντρο αναφοράς.

Ήδη υπάρχει αρχείο καταγραφής με περισσότερα από 3.000 περιστατικά που αφορούν τόσο σε κακοήθειες όσο και σε καλοήθειες αλλοιώσεις, αριθμός που αντανακλά το υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης.

Το Metropolitan Hospital, πιστό στο όραμά του να εξασφαλίζει στους ανθρώπους ποιοτικότερη υγεία και καλύτερη ζωή, δημιούργησε την πρώτη διαδικτυακή κοινότητα για την υγεία, το **Metropolitan Connect**.

Στην Κοινότητα **Metropolitan Connect** πιστεύουμε ότι ο υπεύθυνος εκπαιδευμένος πολίτης μπορεί να διαχειριστεί με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ζητήματα πρόληψης υγείας αλλά και υπάρχουσες ιατρικές καταστάσεις. Επίσης, ο ενημερωμένος ασθενής ο οποίος έχει βιώσει μια κατάσταση μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά κάποιον που αντιμετωπίζει το ίδιο πρόβλημα μοιραζόμενος τις εμπειρίες του, πρακτικές συμβουλές από την καθημερινότητά του, αλλά και προσφέροντας συναισθηματική υποστήριξη όπου αυτό είναι αναγκαίο και χρήσιμο.

Metropolitan Connect σημαίνει συνεχή ενημέρωση, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση σχετικά με τα ζητήματα που άπτονται της βελτίωσης της υγείας. Στόχος μας είναι να διευκολύνουμε όχι μόνο την άμεση επικοινωνία ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα και στους πολίτες, αλλά και ανάμεσα σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα υγείας ή έχουν τις ίδιες ανησυχίες.

ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ ΜΕΛΟΣ;

Για να γίνεις μέλος της Κοινότητας πρέπει να συμπληρώσεις τη φόρμα εγγραφής στο www.metropolitan-hospital-connect.gr (Γίνε Μέλος) και να την υποβάλλεις ηλεκτρονικά, αφού πρώτα επιλέξεις ένα ή περισσότερα από τα Groups που σε ενδιαφέρουν. (Δεν υπάρχει χρηματική συμμετοχή για την εγγραφή σας.)

Επίσης, κάνοντας like σε μία από τις σελίδες του Metropolitan Connect, κοινοποιεί-

ΓΙΝΕ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ METROPOLITAN CONNECT

ΣΥΝΔΕΣΟΥ, ΕΝΗΜΕΡΩΣΟΥ ΚΑΙ ΜΟΙΡΑΣΟΥ
ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΟΥΣ ΣΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΥΣ
ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΕ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ

www.metropolitan-hospital-connect.gr

ται στη σελίδα σας στο facebook και μπορείτε να προσκαλέσετε τους φίλους σας να γίνουν μέλη της Κοινότητας.

ΤΙ ΚΕΡΔΙΖΕΤΕ ΩΣ ΜΕΛΟΣ;

Τα μέλη της Κοινότητας εκτός από την άμεση ενημέρωση για τις εξελίξεις στον χώρο της υγείας έχουν πρόσβαση στις προσφορές του Metropolitan. Ανάλογα με την κατηγορία των μελών και τη συγκέντρωση «Social Capital», τα μέλη έχουν εκπώσεις σε υπηρεσίες του Metropolitan και δυνατότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα Επιβράβευσης.

ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ «CHAMPION»;

Ως Champions της Κοινότητάς μας θεωρούμε τα ενεργά μέλη, τα οποία συνεισφέρουν στην αποστολή μας και βοηθούν στη διασπορά των μηνυμάτων. Οι Champions:

- Αναδημοσιεύουν τα νέα της Κοινότητας
- Συμμετέχουν σε έρευνες και σεμινάρια
- Προτείνουν ιδέες για τη διοργάνωση προγραμμάτων της κοινότητας
- Προβάλλουν τα προγράμματα.





Δωρεάν Προληπτικοί Έλεγχοι για τα μέλη της Κοινότητας

Τα μέλη της Κοινότητάς μας έχουν άμεση ενημέρωση για όλα τα προγράμματα πρόληψης (που περιλαμβάνουν δωρεάν ελέγχους και εξετάσεις), τα οποία προσφέρονται από το Metropolitan Hospital. Κάθε μήνα, η Κοινότητά μας επιλέγει ένα σημαντικό ζήτημα υγείας για το οποίο οργανώνει ένα πρόγραμμα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης. Σε κάθε πρόγραμμα προβλέπεται η προσφορά δωρεάν προληπτικών ελέγχων, όπου αυτό είναι χρήσιμο για τα μέλη της Κοινότητάς μας.

ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ «AMBASSADOR»

Τα μέλη μας που λόγω της επαγγελματικής τους απασχόλησης έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε μεγαλύτερα κοινά και να οργανώσουν δράσεις υποστηριζόμενοι από την Κοινότητά μας, μπορούν να γίνουν Ambassadors. Ως Ambassadors της Κοινότητας μπορούν να εγγραφούν:

- Στελέχη της εκπαιδευτικής κοινότητας
- Στελέχη της τοπικής αυτοδιοίκησης
- Ασφαλιστές
- Στελέχη τμημάτων προσωπικού εταιρειών
- Ιατροί και Φαρμακοποιοί
- Και κάθε άλλος, που από τη φύση της εργασίας του, μπορεί να απευθυνθεί σε μεγαλύτερα κοινά για θέματα υγείας.

ΣΧΟΛΙΑΣΤΕ ΑΡΘΡΑ ΚΑΙ ΔΙΑΛΟΓΟΥΣ

Ως μέλη της Κοινότητας Metropolitan Connect έχετε τη δυνατότητα να συμμετάσχετε σε συζητήσεις για διάφορα θέματα υγείας με άλλους που μοιράζονται τους ίδιους προβληματισμούς και ανησυχίες με εσάς. Κάθε μέλος μπορεί να σχολιάσει άρ-



Το Metropolitan Connect προσφέρει ένα κατάλληλο περιβάλλον όπου επιστημονική κοινότητα και ασθενείς μπορούν να συνομιλούν μεταξύ τους και να μοιράζονται τις εμπειρίες τους

θρα και σχόλια άλλων μελών, να δημοσιεύσει ιστορίες και εμπειρίες που πιστεύει ότι θα είναι χρήσιμες στα άλλα μέλη της Κοινότητας, ακολουθώντας πάντα αυστηρά τις οδηγίες και τους κανόνες που βρίσκονται στην αρχική της σελίδα.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΤΕ ΜΕ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

Οι ιατροί της Κοινότητας Metropolitan Connect προσφέρουν την επιστημονική τους γνώση προκειμένου τα μέλη μας να είναι ενημερωμένα και ευαισθητοποιημένα για ζητήματα υγείας που τα αφορούν. Οποιαδήποτε ιατρική συμβουλή ή διάγνωση δεν επιτρέπεται να δοθεί μέσω της Κοινότητας, και στα μέλη της Κοινότητας συνιστούμε να συμβουλευόμαστε για τέτοια θέματα τον θεράποντα ιατρό τους. Επιπλέον, οποιαδήποτε προσπάθεια επικοινωνίας για παροχή διάγνωσης ή ιατρικής καθοδήγησης μέσω της πλατφόρμας απαγορεύεται και ο διαχειριστής έχει το δικαίωμα διαγραφής της συγκεκριμένης επικοινωνίας ή ακόμη σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του μέλους και διαγραφής αυτού.

ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΡΔΙΑΣ ΓΙΑ ΑΚΡΙΒΕΣΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αποτελεί σήμερα την καλύτερη τεχνική για την αξιολόγηση βιωσιμότητας του μυοκαρδίου. Έχει ευρέως εφαρμοστεί στη διάγνωση της μυοκαρδίτιδας και θεωρείται ιδανική μέθοδος με ευαισθησία και ειδικότητα που φθάνει το 95-100%



Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (cardiac magnetic resonance, cardiac MRI) υπάγεται στις νεότερες απεικονιστικές τεχνικές της καρδιάς. Εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα με απόλυτη επιτυχία από εξειδικευμένα κέντρα.

Αποτελεί άριστη μέθοδο για τη μελέτη της ανατομίας και της λειτουργίας της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων. Είναι ιδανική για την παρακολούθηση ασθενών με δομικές ή λειτουργικές διαταραχές της καρδιάς καθώς και σε ασθενείς με ανεύρυσμα θωρακικής αορτής ή φλεγμονή των αγγείων, όπως οι αρτηρίτιδες.

Οι καρδιακοί όγκοι και ο τρόπος που συνδέονται με τις καρδιακές δομές απεικονίζονται άριστα και δίνονται πληροφορίες για τη σύστασή τους. Γίνεται αναίμακτος χαρακτηρισμός του ιστού, ενώ απεικονίζεται με ακρίβεια η θέση και οι ιδιότητες του όγκου.

Ακόμη έχει προέχουσα θέση στην ανί-

χνευση μικρών και εντοπισμένων περικαρδιακών συλλογών που δεν ανιχνεύονται με την υπερηχοκαρδιογραφία.

Είναι μέθοδος εκλογής για τη μελέτη των μυοκαρδιοπαθειών, όπως της διατατικής μυοκαρδιοπάθειας και της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας. Επίσης, μπορεί να μελετήσει την εναπόθεση σιδήρου σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς και να ανιχνεύσει πρόωμη μυοκαρδιακή βλάβη σε ασθενείς με μυοπάθεια.

Καθοριστική είναι η συμβολή της MRI καρδιάς στη μελέτη συγγενών καρδιοπαθειών των παιδιών και των ενηλίκων. Παρέχει άριστες πληροφορίες σχετικά με τη δομή και τη λειτουργία της καρδιάς και βοηθά στην αξιολόγηση των χειρουργικών αποτελεσμάτων.

Σημαντικές πληροφορίες

- Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες για τη στεφανιαία νόσο.



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



- Είναι χρήσιμη για τη μελέτη της έκφυσης και της μορφολογίας στεφανιαίων αρτηριών, της αιμάτωσης, της κινητικότητας σε ηρεμία-κόπωση και της βιωσιμότητας μυοκαρδίου.

- Αποτελεί σήμερα την καλύτερη τεχνική για την αξιολόγηση βιωσιμότητας του μυοκαρδίου.

- Έχει ευρέως εφαρμοστεί στη διάγνωση της μυοκαρδίτιδας και θεωρείται ιδανική μέθοδος με ευαισθησία και ειδικότητα που φθάνει το 95-100%.

- Μπορεί ακόμη να ανιχνεύσει τη μυοκαρδιακή συμμετοχή λόγω φλεγμονής στα ρευματολογικά νοσήματα και να χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για τη μελέτη βαλβίδων φυσικών και προσθετικών.

- Πλεονεκτήματα της MRI καρδιάς έναντι των άλλων απεικονιστικών μεθόδων είναι ότι είναι απόλυτα ασφαλής, στερείται ακτινοβολίας, είναι ανώδυνη και φιλική για τον ασθενή εξέταση καθώς δεν απαιτείται κάποια ειδική προετοιμασία από

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες για τη στεφανιαία νόσο. Είναι χρήσιμη για τη μελέτη της έκφυσης και της μορφολογίας στεφανιαίων αρτηριών, της αιμάτωσης, της κινητικότητας σε ηρεμία-κόπωση και της βιωσιμότητας μυοκαρδίου

τον ασθενή και έχει τη δυνατότητα λήψης τομογραφικών εικόνων άριστης ποιότητας σε οποιοδήποτε επιθυμητό επίπεδο της καρδιάς.

- Έχει μικρή διάρκεια και δίνει άμεσα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά

Η μαγνητική τομογραφία της καρδιάς είναι μέθοδος εκλογής για τη μελέτη της

συσταλτικότητας (κλάσμα εξώθησης) της αριστερής και της δεξιάς κοιλίας, των κόλπων, των συγγενών καρδιοπαθειών, τη διάγνωση και την αξιολόγηση των καρδιακών όγκων, των παθήσεων αορτής-μεγάλων αγγείων, των βαλβιδοπαθειών σε φυσικές και προσθετικές βαλβίδες (στένωση/ανεπάρκεια), της μυοκαρδίτιδας, της περικαρδίτιδας και της μελέτης βιωσιμότητας του μυοκαρδίου.



Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΒΑΛΒΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ



Γράφει
ο **ΜΙΧΑΛΗΣ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ**
Αναπλ. Καθηγητής
στο Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Διευθυντής του
Καρδιολογικού Τομέα
στο Metropolitan

Στη σημερινή εποχή, οι συχνότερα προσβαλλόμενες καρδιακές βαλβίδες είναι οι βαλβίδες της αορτής και της μιτροειδούς. Στην πλειονότητά τους, η αορτική βαλβίδα εμφανίζει στένωση, ενώ η βαλβίδα της μιτροειδούς ανεπάρκεια



και στις ΗΠΑ. Σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών προσβάλλεται συχνά η τριγλώχινα βαλβίδα.

Στένωση της αορτικής βαλβίδας

Εμφανίζεται σε άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας και οφείλεται σε σκλήρυνση και ασβεστοποίηση των πτυχών της βαλβίδας. Σε ελάχιστες περιπτώσεις η στένωση είναι συγγενούς αιτιολογίας, δηλαδή υφίσταται από τη γέννηση.

Η βαλβίδα της αορτής στην πλειοψηφία της αποτελείται από τρεις πτυχές (τρίπτυχη αορτική βαλβίδα). Σε μια μειοψηφία, η αορτική βαλβίδα έχει δύο πτυχές (δίπτυχη αορτική βαλβίδα). Η δίπτυχη αορτική βαλβίδα έχει την τάση να υφίσταται στενωτικές αλλοιώσεις σε νεότερες ηλικίες.

Το στόμιο της αορτικής βαλβίδας σε φυσιολογικά άτομα έχει επιφάνεια περίπου 3-4 cm². Στη στένωση της βαλβίδας το στόμιο της προοδευτικά ελαττώνεται και όταν φθάσει σε ένα κριτικό όριο, δηλαδή γίνει μικρότερο του 1 cm², τότε η στένωση είναι βαριά.

Το κύριο σύμπτωμα στη στένωση της αορτικής βαλβίδας είναι η δύσπνοια, αρχικά στην προσπάθεια, που με τον χρόνο εξελίσσεται και εγκαθίστανται συμπτώματα βαριάς καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ υπάρχει και ο κίνδυνος του αιφνίδιου θανάτου.

Μόνη θεραπεία στη στένωση της αορτικής βαλβίδας, είναι η αντικατάστασή της με τεχνητή βαλβίδα. Μέχρι το 2007 η αντικατάσταση αυτή γινόταν με χειρουργική διάνοιξη του θώρακα. Έκτοτε, με μια νέα τεχνική, τη διαδερμική αντικατάσταση (εμφύτευση) της αορτικής βαλβίδας, αντικαθίσταται η αλλοιωμένη βαλβίδα με τεχνητή βαλβίδα, που μεταφέρεται και τοποθετείται στη θέση της παλιάς βαλβίδας με καθετήρα μέσω μιας περιφερικής αρτηρίας. Η εν λόγω μέθοδος κερδίζει συνεχώς έδαφος και παρέχει τη δυνατότητα θεραπείας στους πολύ ηλικιωμένους και εξασθενημένους ασθενείς. Σήμερα, μετά από προσεκτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διαδερμικής αντικατάστασης της στενωμένης αορτικής βαλβίδας και τη σύγκριση με τα αποτελέσματα της κλασικής χειρουργικής μεθόδου αντικατάστασης της αορτικής βαλβίδας, αυξάνεται η προοπτική για την εφαρμογή της νέας, λιγότερο επεμβατικής τεχνικής και, εκτός από τους πολύ βαριά και εξασθενημένους ασθενείς, σε ασθενείς με μικρότερο περιεγχειρητικό κίνδυνο.

Το κύριο σύμπτωμα στη στένωση της αορτικής βαλβίδας είναι η δύσπνοια, που με τον χρόνο εξελίσσεται και εγκαθίστανται συμπτώματα βαριάς καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ υπάρχει και ο κίνδυνος του αιφνίδιου θανάτου. Μόνη θεραπεία στη στένωση της αορτικής βαλβίδας, είναι η αντικατάστασή της με τεχνητή βαλβίδα

Ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας

Η ανεπάρκεια της μιτροειδικής βαλβίδας έχει σήμερα ως συχνότερη αιτία την εκφύλιση των γλωχίνων (πτυχών) ή του υποβαλβιδικού μηχανισμού της βαλβίδας.

Στην ανεπάρκεια της μιτροειδούς τα συμπτώματα εμφανίζονται αργά στην πορεία της νόσου, όταν έχουν ήδη επέλθει σημαντικές αιμοδυναμικές και ανατομικές μεταβολές στην καρδιά. Τα κύρια συμπτώματα είναι η δύσπνοια και η εύκολη κόπωση που εξελίσσονται σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς αντιμετωπίζεται με χειρουργική επιδιόρθωση ή αντικατάσταση της βαλβίδας. Σε άτομα μεγάλης ηλικίας και με συνυπάρχουσες παθήσεις, ο κίνδυνος από την εγχείρηση είναι υψηλός. Τα τελευταία χρόνια, έχει επιτελεστεί σημαντική πρόοδος στην επιδιόρθωση της βαλβίδας της μιτροειδούς χωρίς εγχείρηση, με τη χρήση καθετήρων με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τα πλεονεκτήματα της διαδερμικής, μη χειρουργικής, επέμβασης είναι προφανή, καθιστώντας αυτή κατάλληλη θεραπεία για την ομάδα των ασθενών υψηλού κινδύνου σχετικά με μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η προσπάθεια για διαδερμική αντικατάσταση της μιτροειδικής βαλβίδας είναι έντονη σε ερευνητικό επίπεδο, η εφαρμογή της όμως σε ασθενείς είναι επί του παρόντος σε αρχικά στάδια.

Κάθε μία από τις τέσσερις βαλβίδες της καρδιάς (τριγλώχινα, πνευμονική, μιτροειδική και αορτική) μπορεί να υποστεί αλλοιώσεις και να λειτουργεί πλημμελώς, δημιουργώντας αιμοδυναμικά προβλήματα στην καρδιά που, εάν δε διορθωθούν, θα οδηγήσουν σε καρδιακή ανεπάρκεια.

Στη σημερινή εποχή, οι συχνότερα προσβαλλόμενες καρδιακές βαλβίδες είναι οι βαλβίδες της αορτής και της μιτροειδούς. Στην πλειονότητά τους, η αορτική βαλβίδα εμφανίζει στένωση, ενώ η βαλβίδα της μιτροειδούς ανεπάρκεια. Η στένωση της αορτής και η ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας αποτελούν το 70% των επιγενών βαλβιδοπαθειών στην Ευρώπη

ΕΓΩ ΡΥΘΜΙΖΩ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΟΥ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΕΥΡΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ;

Επιτυγχάνεται
η αλλαγή
των επώδυνων
σημάτων
στην περιοχή
που πονάει
προς τον εγκέφαλο,
στο επίπεδο
της σπονδυλικής
στήλης



Γράφει
η **ΖΗΝΑΪΣ ΚΟΤΟΥΛΗ**
Αναισθησιολόγος
στο Metropolitan
Εξειδικευμένη στον χρόνιο πόνο
στη Μεγάλη Βρετανία

Ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος είναι πολύ συχνός πλέον και οι αιτίες του είναι συνήθως ρευματικά νοσήματα, διαβήτης, τραύματα και προηγηθείσες επεμβάσεις. Ασθενείς οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο στη σπονδυλική στήλη, μερικές φορές συνεχίζουν να υποφέρουν από χρόνια πόνο συνήθως στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή στα κάτω άκρα (ισχιαλγία). Παρ' όλο που το σύνδρομο αυτό ονομάζεται σύνδρομο αποτυχημένης επέμβασης στη σπονδυλική στήλη (failed back surgery syndrome, FBSS), δεν είναι απαραίτητο η επέμβαση να είναι αποτυχημένη. Μπορεί κάλλιστα να είναι μια επιτυχημένη επέμβαση (δισκεκτομή, πεταλεκτομή, σπονδυλοδεσία κλπ.), αλλά ο ασθενής να συνεχίζει να έχει χρόνια πόνο στην περιοχή. Αυτό γίνεται γιατί η μετάδοση και η αντίληψη του πόνου δεν σταματά, παρ' όλο που έχει αρθεί το ερέθισμα ή η βλάβη η οποία αρχικά τον δημιούργησε.

Τι γίνεται σε αυτές τις περιπτώσεις;

Η επανεπέμβαση συνήθως πρέπει να αποφεύγεται, μιας και μπορεί να οδηγήσει σε ακόμη μεγαλύτερο πόνο.

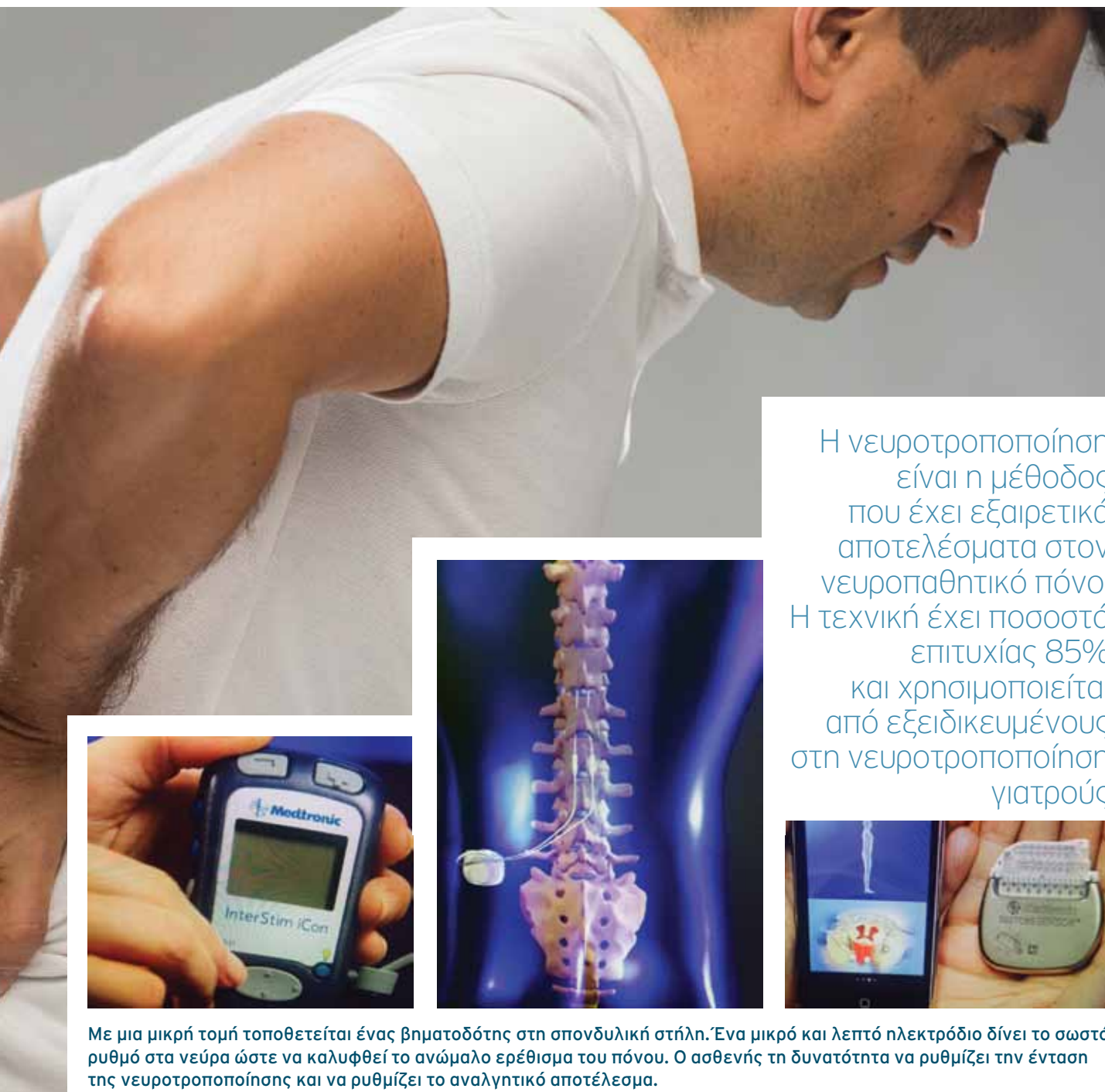
Ο ασθενής νιώθει οσφυαλγία με ή χωρίς ισχιαλγία και τα παυσίπονα δεν μπορούν να βελτιώσουν τον πόνο. Μάλιστα, ο ασθενής αναγκάζεται να λαμβάνει όλο

και μεγαλύτερες δόσεις παυσίπων, χωρίς ιδιαίτερο αποτέλεσμα.

Η νευροτροποποίηση είναι η μέθοδος που έχει εξαιρετικά αποτελέσματα στον νευροπαθητικό αυτό πόνο.

Χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει παυσίπονα, αυτό που επιτυγχάνεται είναι η αλλαγή των σημάτων από την περιοχή που πονάει προς τον εγκέφαλο στο επίπεδο





Η νευροτροποποίηση
είναι η μέθοδος
που έχει εξαιρετικά
αποτελέσματα στον
νευροπαθητικό πόνο.
Η τεχνική έχει ποσοστό
επιτυχίας 85%
και χρησιμοποιείται
από εξειδικευμένους
στη νευροτροποποίηση
γιατρούς

Με μια μικρή τομή τοποθετείται ένας βηματοδότης στη σπονδυλική στήλη. Ένα μικρό και λεπτό ηλεκτρόδιο δίνει το σωστό ρυθμό στα νεύρα ώστε να καλυφθεί το ανώμαλο ερέθισμα του πόνου. Ο ασθενής τη δυνατότητα να ρυθμίζει την ένταση της νευροτροποποίησης και να ρυθμίζει το αναλγητικό αποτέλεσμα.

της σπονδυλικής στήλης. Ο ασθενής παύει να νιώθει αυτό το δυσάρεστο συναίσθημα και αισθάνεται ένα απαλό άγγιγμα ή γαργάλημα στην περιοχή που προηγουμένως πόναγε.

Με μια μικρή τομή τοποθετείται ένας βηματοδότης στη σπονδυλική στήλη. Ένα πολύ μικρό και λεπτό ηλεκτρόδιο, το οποίο δίνει το σωστό ρυθμό στα νεύρα ώστε να

καλυφθεί το ανώμαλο ερέθισμα του πόνου. Μάλιστα, ο ασθενής έχει ο ίδιος τη δυνατότητα να ρυθμίζει την ένταση της νευροτροποποίησης και να ρυθμίζει το αναλγητικό αποτέλεσμα ο ίδιος.

Πριν από την εμφύτευση της συσκευής γίνεται εκπαίδευση του ασθενούς στο νέο αυτό σύστημα και μια ομάδα αποτελούμενη από ιατρό, νοσηλεύτη και τεχνι-

κό είναι πάντα στη διάθεσή του ώστε να λύσει τυχόν προβλήματα.

Η τεχνική έχει ποσοστό επιτυχίας 85% και χρησιμοποιείται από εξειδικευμένους στη νευροτροποποίηση ιατρούς.

Στο METROPOLITAN Hospital λειτουργεί τμήμα Χρόνιου Πόνου - Νευροτροποποίησης και μπορείτε να κλείσετε ραντεβού στο τηλέφωνο 210 48 09 000.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ METROPOLITAN HOSPITAL

ΠΡΩΤΗ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ
ΜΟΝΑΔΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

“Χάνουμε χρόνο,
χάνουμε εγκέφαλο”
είναι το σύνθημα για την
ευαισθητοποίηση των
ασθενών, ώστε να
προσέρχονται όσο το
δυνατόν γρηγορότερα στο
Θεραπευτήριο μετά την
εμφάνιση των πρώτων
ύποπτων συμπτωμάτων

Μια ακόμη διεθνής διάκριση για το METROPOLITAN HOSPITAL έρχεται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό “European Stroke Organisation”. Σύμφωνα με επίσημη ανακοίνωση του Οργανισμού, στο METROPOLITAN απονεμήθηκε το πιστοποιητικό ESO (European Stroke Organisation) για τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας - Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων (ΜΑΦ/ΑΕΕ) του Θεραπευτηρίου, διευθυντής της οποίας είναι ο Νευρολόγος Ελευθέριος Σταμπουλής. Η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας - Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων

του METROPOLITAN είναι η πρώτη και η μοναδική αναγνωρισμένη και πιστοποιημένη μονάδα εγκεφαλικών στην Ελλάδα που δέχεται ασθενείς 24 ώρες το 24ωρο και 365 ημέρες τον χρόνο. Απαρτίζεται από εξειδικευμένους νευρολόγους και επεμβατικό νευροακτινολόγο, παρέχοντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζει τα διεθνή ιατρικά πρωτόκολλα, με έγκαιρες θεραπείες που μπορούν να αποτρέψουν την αναπηρία μετά από εγκεφαλικό.

Η πιστοποίηση “Certified ESO Stroke Unit” καταδεικνύει ότι η ομάδα των ειδι-



Μια ακόμη διεθνής διάκριση για το METROPOLITAN HOSPITAL έρχεται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό "European Stroke Organisation"

πευτήριο μετά την εμφάνιση των πρώτων ύποπτων συμπτωμάτων. Η άμεση προσέλευση του ασθενούς είναι εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας για την έκβαση της υγείας του, καθώς εξασφαλίζει τη διόρθωση των πιθανών αιτιοπαθογενετικών παραγόντων και προλαμβάνει την επέκταση της βλάβης.

Η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας παρακολουθεί και καταγράφει τις ζωτικές λειτουργίες των ασθενών με Οξεία Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια υπό την επίβλεψη ειδικά εκπαιδευμένων νευρολόγων και νοσηλευτών. Η ομάδα των ειδικών νευρολόγων οργανώνει και συντονίζει με τη συνεργασία και ιατρών άλλων ειδικοτήτων (ακτινολόγων επεμβατιστών, νευροχειρουργών, νευροαπεικονιστών, καρδιολόγων, αγγειοχειρουργών, παθολόγων, φυσιάτρων κ.λπ.) την εξατομικευμένη θεραπεία των ασθενών.

ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) προκαλούν βλάβη του εγκεφάλου που οφείλεται σε διακοπή της παροχής αίματος σε μια περιοχή (ισχαιμικό ΑΕΕ) ή σε αιμορραγία από ρήξη ενός αγγείου (αιμορραγικό ΑΕΕ).

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) παγκόσμια αποτελούν:

- Δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών
- Πρώτη σε συχνότητα αιτία αναπηρίας
- Δεύτερη αιτία ανοϊκής συνδρομής.

Τα ΑΕΕ στην Ελλάδα:

- Η ετήσια επίπτωση των ΑΕΕ κυμαίνεται

στα 310 περίπου ΑΕΕ ανά 100.000 ανθρώπους, ηλικίας 45-85 ετών, με 33.000 περίπου νοσηλείες

- Η επίπτωση παρουσιάζει συνεχή ανοδική τάση λόγω αύξησης του μέσου χρόνου ζωής και του επιπολασμού παραγόντων κινδύνου για ΑΕΕ όπως υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, οινόπνευμα κ.λπ.
- Η θνησιμότητα μετά από ΑΕΕ τον πρώτο μήνα ανέρχεται στο 26% και φθάνει σε ένα χρόνο το 37% περίπου των ασθενών με ΑΕΕ
- Το 1/3 των επιζώντων από ΑΕΕ παρουσιάζουν αναπηρία και χρειάζονται συνεχή βοήθεια, υποστήριξη ή επίβλεψη από άλλο πρόσωπο.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. Άμεση αναγνώριση συμπτωμάτων

Πολλές φορές τα πρώτα συμπτώματα ενός ΑΕΕ που μπορεί να προειδοποιήσουν τον ασθενή είναι η παροδική ή η αιφνίδια εγκατάσταση:

- Αιμωδίας ή αδυναμίας ενός άκρου
- Δυσκολίας άρθρωσης των λέξεων ή κατανόησης του λόγου
- Διαταραχής όρασης ενός ή και των δύο οφθαλμών
- Δυσκολίας βάδισης
- Αστάθειας ή ιλιγγίου
- Έντονης κεφαλαλγίας σε άτομα που δεν πάσχουν από κεφαλαλγίες.

2. Χρόνος προσέλευσης στο νοσοκομείο

Η άμεση προσέλευση του ασθενούς είναι εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας σχετικά με την έκβασή του για τους εξής λόγους:

- Εξασφαλίζει τη διόρθωση των πιθανών αιτιοπαθογενετικών παραγόντων του ΑΕΕ και προλαμβάνει την επέκταση της βλάβης
- Παρέχει τη δυνατότητα, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, να εφαρμοστούν οι νεότερες θεραπευτικές αγωγές που μειώνουν σημαντικά την αναπηρία και τη θνησιμότητα των ασθενών με ΑΕΕ
- Οι θεραπείες αυτές μπορεί να χορηγηθούν τις πρώτες μόνο ώρες από την εγκατάσταση του ΑΕΕ και έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα όσο συντομότερα εφαρμοστούν. Η ενδοφλέβια θρομβόλυση μπορεί να δοθεί εντός 4 1/2 ωρών.

κών νευρολόγων της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας του METROPOLITAN HOSPITAL συγκαταλέγεται πρώτη στην Ελλάδα και ανάμεσα στις κορυφαίες στην Ευρώπη. Η διάκριση αυτή στέλνει και ένα μήνυμα στους συμπολίτες μας, ότι είναι δυνατή η αποτελεσματική αντιμετώπιση και των βαρύτερων περιστατικών στην Ελλάδα.

Το METROPOLITAN με αυτή την πιστοποίηση συμμετέχει στην κινητοποίηση των διεθνών οργανισμών με το σύνθημα "Time is brain" για την ευαισθητοποίηση των ασθενών, ώστε να προσέρχονται όσο το δυνατόν γρηγορότερα στο Θερα-

ΕΛΛΑΔΑ, ΜΙΑ ΧΩΡΑ ΥΠΟ-ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Σε 10 χρόνια η Ελλάδα θα είναι μια μικρή χώρα, κάτω των 10 εκατομμυρίων κατοίκων

Μεταξύ του 2011 (11.100.000) και του 2016 (10.783.448) ο πληθυσμός της χώρας μειώθηκε κατά 316.252 άτομα ή πιο απλά κατά 63.250 άτομα κάθε χρόνο. Οι θάνατοι το 2015 έφθασαν σε αριθμό ρεκόρ 121.212, οι περισσότεροι που έχουν καταγραφεί ποτέ από το 1932. Με τους ρυθμούς αυτούς, σε 10 χρόνια η Ελλάδα θα είναι μια μικρή χώρα, κάτω των 10 εκατομμυρίων κατοίκων. Και δεν ξέρουμε σε ποια κατάσταση θα είναι οι κάτοικοι αυτοί. Η ανησυχητική κατάσταση οφείλεται σε πολλά αίτια, μερικά των οποίων θα μπορούσαν να εκτιμηθούν ή τουλάχιστον να αναφερθούν ακόμη και εις ώτα μη ακουόντων.

Το πρόβλημα των ηλικιών

Είμαστε μια χώρα συνταξιούχων, αλλά όχι αναγκαστικά γερόντων. Το 28% των συντάξεων εισπράττονται από άτομα 50-65 ετών, κάτι που δεν ακούγεται ευχάριστα. Υπάρχουν ακόμη και συνταξιούχοι που δεν έχουν εργαστεί ποτέ τους. Με άλλα λόγια, οι γενιές που φεύγουν καταστρέφουν το μέλλον εκείνων που έρχονται.

Μεταξύ των ηλικιών 25-40 ετών υπάρχει έντονος προβληματισμός της καθημερινότητας σε κάθε επίπεδο. Από έρευνα που διενεργήθηκε τον Ιανουάριο του 2017 στη Σχολή Δημόσιας Υγείας προκύπτει ότι: το 53% των ενηλίκων παρουσιάζει ψυχολογικές διαταραχές, το 20% δεν σιτίζεται καλά, δεν προσφεύγει σε υπηρεσίες υγείας και το 29% δεν μπορεί να καλύψει τις οικονομικές του υποχρεώσεις. Νέα ζευγάρια αποφεύγουν να κάνουν δεύτερο παιδί ή απλά δεν μπορούν να συντηρήσουν κανένα παιδί. Οι θάνατοι ξεπερνούν τις γεννήσεις κατά 30.000 κάθε χρόνο. Αυξάνεται ο πληθυσμός που γερνάει, αλλά δεν ανανεώνεται. Και μαζί του αυξάνεται και η νοσηρότητα, η απειλή του θανάτου.

Λόγω της οικονομικής κρίσης, του ανεπαρκούς συστήματος υγείας και των χαμηλών συντάξεων, η σύνταξη της γιαγιάς ή του παππού δεν αρκεί για να στηρίξει κάπως την οικογένεια, όπως παλαιά, αφού δεν μπορεί να στηρίξει τον ίδιο τον συνταξιούχο. Υπάρχουν τουλάχιστον 800.000 ηλικιωμένοι με σύνταξη χαμηλή ή χωρίς σύ-



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

Μεταξύ του 2011 και του 2016, ο πληθυσμός της Ελλάδας μειώθηκε κατά

63.250

άτομα κάθε χρόνο

Το 28% των συντάξεων εισπράττονται από άτομα

50-65 ετών

Υπάρχουν τουλάχιστον

800.000

ηλικιωμένοι με σύνταξη χαμηλή ή χωρίς σύνταξη που ζουν μόνοι.

Μεταξύ 2008-2014 εγκατέλειψαν τη χώρα 427.000 πολίτες, σε ηλικιακές ομάδες 25-40 ετών. Μέχρι σήμερα έχουν υπερβεί τις

533.000.

Γύρω στο 5% του πληθυσμού.

Η αξία Επιστημονικού Δυναμικού που χάσαμε προσθέτει στο ακαθάριστο προϊόν των χωρών διαμονής τους 12 δις. ευρώ ετησίως υπέρ των άλλων κρατών και αντί κάποιου έστω ωφέλους χάνει

9 δις.

ευρώ το χρόνο

νταξη που ζουν μόνοι για πολλούς λόγους. Μπορεί να βρίσκονται και στη γειτονιά σας. Όσοι δεν στηρίζονται από την Εκκλησιαστική Πρόνοια και άλλες κοινωνικές ομάδες όπου καταφεύγουν, οδηγούνται σε πλήρη εξαθλίωση και απομόνωση ή στο δρόμο πένητες και άστεγοι. Η «ΜΚΟ» Γραμμή Στήριξης αναφέρει ανατριχιαστικές ιστορίες. Στα μεγάλα νοσοκομεία το 2,5% των νοσηλευόμενων ανήκουν στην κατηγορία αυτή. Παραμένουν επί μακρόν σε κρεβάτια κλινικής, που έχουν μεγάλο κόστος νοσηλείας για λίγο φαγητό και ζεστασιά. Οι κοινωνικές υπηρεσίες προσπαθούν να τους μεταφέρουν σε 20 περίπου δομές φιλοξενίας του Υπουργείου Υγείας, όπου υπάρχει το αδιαχώρητο. Δεν υπάρχει καμιά πολιτική, σχέδιο, πρόβλεψη κρατική για την τύχη των συγκεκριμένων ανθρώπων που εγκαταλείπονται; Μπορεί και να μην υπάρχει.

Διαρροή εγκεφάλων - Η μεγάλη φυγή

Μια ιδιότυπη μορφή μετανάστευσης μαστίζει τη χώρα. Σύμφωνα με στοιχεία της τράπεζας της Ελλάδος, μεταξύ 2008-2014

εγκατέλειψαν τη χώρα 427.000 πολίτες, σε ηλικιακές ομάδες 25-40 ετών, κατά μεγάλο ποσοστό πτυχιούχοι ανωτάτων - ανωτέρων σχολών. Μέχρι σήμερα έχουν υπερβεί τις 533.000. Γύρω στο 5% του πληθυσμού.

Οι άνθρωποι που φεύγουν, βρίσκουν καλύτερη τύχη (εργασία με αξιοπρεπείς αμοιβές, προοπτική, ασφάλεια, κοινωνική πρόνοια) σε όλες τις ηπείρους, με επίκεντρο την Ευρώπη. Προφανώς λόγω προσόντων (γλώσσες, καλές σπουδές, εξειδικεύσεις, μεταπτυχιακά κ.λπ.). Έχω προσωπική εμπειρία από νέους ειδικευμένους ιατρούς που φεύγουν και δεν έχουν σκοπό

να επιστρέψουν. Γιατί τους υπολογίζουν, τους πληρώνουν και τους τιμούν. Είναι πολύ λυπηρό, η γενιά που ετοιμάσαμε να αναπτύξει τη χώρα κάτω από καλύτερες των ημερών μας συνθήκες δεν αντέχει και μας εγκαταλείπει. Χάνεται. Και να σκεφθείτε ότι χιλιάδες οικογένειες με στερήσεις και έξοδα διαρκείας έχουν επενδύσει σε αυτούς.

Έχει υπολογισθεί ότι η αξία Επιστημονικού Δυναμικού που χάσαμε προσθέτει στο ακαθάριστο προϊόν των χωρών διαμονής τους 12 δις € ετησίως ανά έτος, υπέρ των άλλων κρατών και αντί κάποιου έστω ωφέλους χάνει 9 δις € το χρόνο (εφημερίδα «Βήμα» - Ιαν., 2017) από φορολογία και ασφαλιστικές εισφορές.

Είναι άγνωστο ακόμη τι κακό και τι κενά θα προκληθούν στο εγγύς μέλλον από την απουσία τους, εάν ποτέ μπούμε στην πολυπόθητη ανάπτυξη. Υπάρχουν και πικρόχολα σχόλια. Μειώνεται η ανεργία λόγω της απουσίας τους. Βοηθούν τις οικογένειές τους με εμβάσματα, όπως τον παλιό καιρό. Όταν γυρίσουν θα έχουν προικιστεί με χρήμα, με νέα προσόντα και γνώσεις τα οποία θα εκμεταλλευτεί ο τόπος τους.

Το περίεργο είναι ότι οι πολίτες αυτοί θέλουν να γυρίσουν! Υπό προϋποθέσεις. Σε έρευνα της ευρωπαϊκής επιτροπής την οποία οργάνωσε ο εκπρόσωπός μας κ. Μαργαρίτης Σχοινάς επί 2.500 ερωτηθέντων βρέθηκαν ενδιαφέροντα στοιχεία.

Αντί να θυμώνουν (ό,τι θυμό είχαν, έφυγε), παθιάζουν με την Ελλάδα. Ακόμη και με μειωμένους μισθούς-έσοδα θα ήθελαν να επιστρέψουν κάτω από προϋποθέσεις:

1. Θεμελίωση αζιοκρατίας σε κάθε επίπεδο
2. Ανοικτή οικονομία με ίσες ευκαιρίες για όλους
3. Συνεκτική κοινωνία αλληλεγγύης και ασφάλειας
4. Πάταξη διαφθοράς, νεποτισμού, γραφειοκρατίας
5. Εξασφάλιση σταθερότητας πολιτικής.

Οι νέοι Διευθύνοντες Σύμβουλοι ιδιωτικών Εταιρειών (CEO) με υψηλές αμοιβές και προοπτικές οσμίζονται κινδύνους και τείνουν να εγκαταλείψουν τη χώρα προς το ασφαλές και σταθερό περιβάλλον της υπόλοιπης Ευρώπης. Αναμένεται να παραμένουν στις θέσεις τους σύμβουλοι μεγάλης ηλικίας μέχρις νωτέρας.

Ποιοι είναι αυτοί που δεν φεύγουν; Αυτοί που δεν μπορούν.

Η ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER, Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ «ΠΡΟΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ»

«ΙΗΤΡΙΚΗ ΔΕ ΠΑΝΤΑ ΠΑΛΑΙ
ΥΠΑΡΧΕΙ...» ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ



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

Η ιστορική διάσταση του Alzheimer

Η νόσος Alzheimer, όντας μία από τις πολλές νευροεκφυλιστικές νόσους που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους ανθρώπους, αποτελεί σήμερα μια πραγματική μάστιγα με τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, όχι μόνο γιατί επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των νοσούντων ανθρώπων της τρίτης ηλικίας, αλλά και επειδή επιφέρει σημαντική αναστάτωση και επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των οικογενειών που έχουν έναν ασθενή με νόσο Alzheimer. Σύμφωνα με την πρωτοπόρο γεροντολόγο και λογοπαθολόγο Joan K. Glickstein (1934-2015) (Εικ. 1), η οποία αφιέρωσε με-

γάλο μέρος της ζωής της στην περίθαλψη ασθενών με νόσο Alzheimer, αυτή η βασανιστική ασθένεια «αποτελεί μία από τις πολλές μορφές άνοιας, η οποία χαρακτηρίζεται από απώλεια μνήμης, επίκτητο διανοητικό έλλειμμα και επιμονή». Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ (National Institute of Health), 5,1 εκατομμύρια Αμερικανοί ηλικίας 65 ετών και άνω υποφέρουν από τη νόσο Alzheimer.

Η νόσος Alzheimer ανακαλύφθηκε περίπου πριν από 116 χρόνια. Το 1901 μία ασθενής ηλικίας 51 ετών, η Auguste Deter (Εικ. 2), εισήχθη στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Φρανκφούρτης (Städtische Heilanstalt für Irre und Epileptische - City Hospital for



Σήμερα, η έρευνα στον τομέα της Νευρολογίας, της Ψυχιατρικής και των Νευροεπιστημών γενικότερα, έχει δείξει ότι η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από μειωμένη εγκεφαλική δραστηριότητα, εγκεφαλική ατροφία, θάνατο των νευρώνων, νευροϊνιδιακά συμπλέγματα και συνολικά μειωμένη γνωσιακή ικανότητα

the Mentally Ill and Epileptics/Frankfurt Asylum) (Εικ. 3), εξ αιτίας «μιας προοδευτικής διανοητικής έκπτωσης, εστιακών συμπτωμάτων, παραισθήσεων και ψυχοκοινωνικής ανικανότητας». Η Auguste Deter μελετήθηκε για 5 χρόνια από τον διαπρεπή Γερμανό ψυχίατρο και νευροπαθολογοανατόμο Alois Alzheimer (1864-1915) (Εικ. 4), πριν από τον θάνατό της στις 8 Απριλίου 1906. Στη συνέχεια, τα ιατρικά αρχεία και ο εγκέφαλός της μεταφέρθηκαν στο Μόναχο, στο Βασιλικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, όπου εργαζόταν ο Alzheimer στο Ανατομικό Εργαστήριο (Εικ. 5) του μέντορά του, του φημισμένου Γερμανού ψυχιάτρου της εποχής, Emil Kraepelin (1856-1926)

(Εικ. 6). Ο Alzheimer σχετικά σύντομα μετά τον θάνατο της Auguste Deter, διενήργησε νεκροψία-νεκροτομή στον εγκέφαλό της, όπου με τη βοήθεια των επισκεπτών Ιταλών ιατρών Gaetano Perusini και Francesco Bonfiglio, χρησιμοποιώντας τις πρόσφατα αναπτυχθείσες τεχνικές χρώσης αργύρου από τον Max Bielschowsky, διαπίστωσε ασυνήθην χαρακτηριστικά, όπως διαπλεκόμενες νευρικές ίνες, καθώς και ό,τι είναι σήμερα γνωστό ως «πλάκες αμυλοειδούς» (Εικ. 7).

Έτσι, επίσημα η νόσος Alzheimer ανακαλύφθηκε από τον Alois Alzheimer το 1906. Ο Alzheimer (Εικ. 8) ανακοίνωσε τα ευρήματά του σχετικά με την παθολο-

γική εκφύλιση του εγκεφάλου και τα συμπτώματα της «προγεροντικής άνοιας» στις 3 Νοεμβρίου 1906 στο Tübingen, σε μια συνάντηση των ψυχιάτρων της νοτιοδυτικής Γερμανίας. Δυστυχώς, η διάλεξή του συνάντησε την αδιαφορία των συναδέλφων του, χωρίς να δεχθεί κάποια ερώτηση ή σχόλιο σχετικά με την ανακάλυψη των παθολογοανατομικών χαρακτηριστικών ενός τύπου γεροντικής άνοιας. Μετά τη διάλεξή του ο Alzheimer δημοσίευσε μια περίληψη των ευρημάτων του, ενώ το 1907 έγραψε μια εκτενή εργασία, όπου παρουσίαζε με λεπτομέρεια τη νόσο και τα ευρήματά του.

Όσον αφορά στη θεραπεία, οι πρώτοι



Η πρωτοπόρος
γεροντολόγος και
λογοπαθολόγος Joan K.
Glickstein (1934-2015).



Η Auguste Deter, η πρώτη
ασθενής στην οποία
διαπιστώθηκε η νόσος
Alzheimer.



Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο
της Φρανκφούρτης
(Städtische Heilanstalt für
Irre und Epileptische), σε
φωτογραφία του 1864.

ασθενείς με νόσο Alzheimer δεν υποβάλλονταν σε κάποια θεραπεία. Η νόσος Alzheimer ή ειδικότερα η απώλεια μνήμης αποτελούσε μια διαδικασία που θεωρούνταν ότι ήταν αναπόφευκτο να συμβεί σε κάθε άτομο. Αρχικά, η νόσος Alzheimer θεωρούνταν ως επακόλουθο της «μεγάλης ηλικίας» και του «γήρατος». Ως εκ τούτου, όταν ανακαλύφθηκε η νόσος Alzheimer δεν θεωρήθηκε ως μια νέα μορφή νευροψυχικής διαταραχής, αλλά περίπου ταυτίστηκε με την άποψη ότι καθ' όσον κάθε άτομο αναπόφευκτα γερνά, εξίσου μοιραία θα εμφανίσει και τη νόσο.

Στις 15 Ιουλίου 1910 κυκλοφόρησε ο δεύτερος τόμος του «Εγχειριδίου Ψυχιατρικής» του διακεκριμένου Γερμανού ψυχιάτρου Emil Kraepelin (Εικ. 9), όπου στο κεφάλαιο «Προγεροντική και γεροντική άνοια», για πρώτη φορά περιγραφόταν ένας τύπος άνοιας με το όνομα «νόσος Alzheimer».

Σήμερα, η έρευνα στον τομέα της Νευρολογίας, της Ψυχιατρικής και των Νευροεπιστημών γενικότερα, έχει δείξει ότι η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από μειωμένη εγκεφαλική δραστηριότητα, εγκεφαλική ατροφία, θάνατο των νευρώνων, νευροϊνιδιακά συμπλέγματα και συνολικά μειωμένη γνωσιακή ικανότητα. Βασικό ρόλο στην αιτιολογία της νόσου διαδραματίζει η γενετική, με τα ευρήματα να συνηγορούν στο ότι μεταλλάξεις στα χρωμοσώματα 21, 14 και 1 μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση της νόσου Alzheimer, ενώ επίσης άνθρωποι που φέρουν ένα γονίδιο για την απολιποπρωτεΐνη E₄, εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν νόσο Alzheimer συγκριτικά με ανθρώπους που

φέρουν γονίδια για άλλες μορφές της πρωτεΐνης. Επίσης, όσον αφορά στην κληρονομικότητα, έχει δείχθει ότι στην οικογενή νόσο Alzheimer, τα παιδιά ενός ασθενούς παρουσιάζουν 50-50 πιθανότητα να αναπτύξουν άνοια, ενώ αν και οι δύο γονείς νοσούν, το ποσοστό αυξάνει σε

75%. Όσον αφορά στη θεραπεία, η νόσος Alzheimer δεν θεραπεύεται, μπορεί να αντιμετωπιστεί όμως και να επιβραδυνθεί η εξέλιξή της, τόσο με φαρμακευτική αγωγή όσο και με μουσικοθεραπεία.

Ατενίζοντας το μέλλον, οι ερευνητές



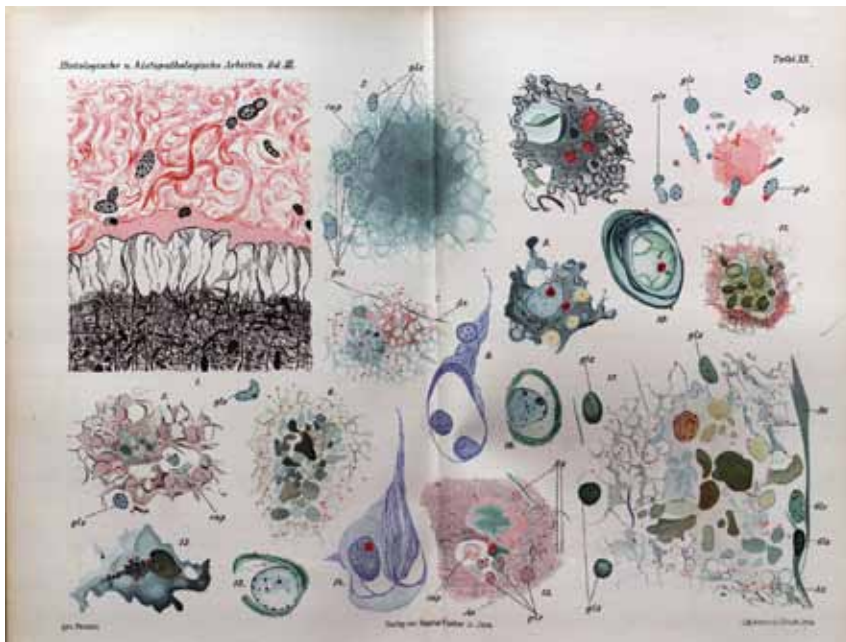
Ο διαπρεπής Γερμανός
ψυχίατρος και
νευροπαθολογοανατόμος
Alois Alzheimer (1864-1915).



Το Ανατομικό Εργαστήριο
του Βασιλικού Ψυχιατρικού
Νοσοκομείου του Μονάχου.



Ο φημισμένος Γερμανός
ψυχίατρος Emil Kraepelin
(1856-1926).



Ιστοπαθολογικά σχέδια των παθολογοανατομικών αλλοιώσεων της νόσου Alzheimer, από το βιβλίο του Gaetano Perusini "Über klinisch und histologisch eigenartige psychische Erkrankungen des späteren Lebensalters" (Ιστολογία και κλινικά ευρήματα μερικών ψυχιατρικών νοσημάτων των ηλικιωμένων ανθρώπων), 1909-1910. Τα σχέδια 2-5 αντιστοιχούν σε «πλάκες» από τον εγκέφαλο της Auguste Deter.

χρησιμοποιούν τη μαγνητική τομογραφία (MRI) για να μελετήσουν και να αναλύσουν τις ανατομικές δομές και τις νευροφυσιολογικές λειτουργίες, οι οποίες παρουσιάζουν εκφύλιση εξ αιτίας της νόσου Alzheimer. Επίσης, οι τομογραφίες εκπομπής ποζιτρονίων (PET scans) χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί τη γλυκόζη όταν υπάρχει η νόσος Alzheimer (Εικ. 10), ενώ με την οσφυονωτιαία παρακέντηση εξετάζεται το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), στοχεύοντας στη μελέτη της χημείας του εγκεφάλου.

Αν και η ύφεση της γνωσιακής ικανότητας ήταν γνωστή από την εποχή του αρχαίου Έλληνα φιλοσόφου και μαθηματικού Πυθαγόρα, ο οποίος από τον 7ο αιώνα π.Χ. κατέγραψε και ανέφερε τέ-

τοιες περιπτώσεις, εν τούτοις η καινοτόμος συμβολή του Alois Alzheimer συνίσταται στο ότι για πρώτη φορά απέδειξε πως η μεταβολή στη συμπεριφορά και στη γνωσιακή ικανότητα της 51χρονης ασθενούς του Auguste Deter, σχετιζόταν με δομικές μεταβολές στον εγκέφαλό της.

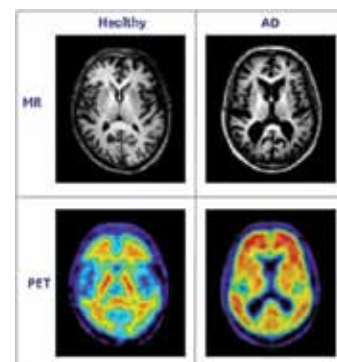
Η μελέτη της ιστορίας της Ιατρικής μάς δείχνει πολλές φορές, πώς μια νέα προσέγγιση σε μια υπάρχουσα παρατήρηση και καταγραφή, αλλά και η εμβριθής μελέτη και η καινοτόμος πράξη οδηγεί στην ανακάλυψη και στη γνώση, επιβεβαιώνοντας τη ρήση του Ιπποκράτη **«Το γαρ οίεσθαι μιν, μη πρήσσειν δε, αμαθίης και ατεχνίης σημείον εστίν»** (το να νομίζει κάτι, μόνο, χωρίς να ενεργεί, θεωρείται σημείο ατεχνίας, δηλαδή άγνοιας της τέχνης του ιατρού).



Ο Alois Alzheimer (άνω σειρά, 3ος από δεξιά), με συνεργάτες του στο Ανατομικό Εργαστήριο του Βασιλικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου του Μονάχου. Διακρίνονται οι Friedrich Lewy (άνω σειρά, 1ος από δεξιά), Gaetano Perusini και Francesco Bonfiglio (κάτω σειρά, 1ος και 2ος από δεξιά, αντίστοιχα).



Από αριστερά προς τα δεξιά, οι διακεκριμένοι Γερμανοί ψυχίατροι Alois Alzheimer, Emil Kraepelin, Robert Gaupp και Franz Nissl, φωτογραφημένοι στη λίμνη Starnberg γύρω στο 1908.



Απεικόνιση υγιούς (αριστερά) και πάσχοντος από νόσο Alzheimer (δεξιά) εγκεφάλου, με χρησιμοποίηση μαγνητικής τομογραφίας (MRI) (άνω σειρά) και τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan) (κάτω σειρά).

Όσον αφορά στην κληρονομικότητα, έχει δειχθεί ότι στην οικογενή νόσο Alzheimer, τα παιδιά ενός ασθενούς παρουσιάζουν 50-50 πιθανότητα να αναπτύξουν άνοια, ενώ αν και οι δύο γονείς νοσούν, το ποσοστό αυξάνει σε 75%. Όσον αφορά στη θεραπεία, η νόσος Alzheimer δεν θεραπεύεται, μπορεί όμως να αντιμετωπιστεί

ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Η ΔΕΡΜΑΤΟΣΚΟΠΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΟΥ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΣΤΟΝ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ΝΑ ΔΙΑΚΡΙΝΕΙ ΤΙΣ ΑΤΥΠΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΛΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ



Μία από τις κύριες αιτίες του είναι η υπερβολική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλιακού φωτός. Η χρήση τεχνητών πηγών υπεριώδους φωτός, όπως το solarium, επίσης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του μελανώματος



Γράφει
ο **ΒΑΣΙΛΗΣ Α. ΠΑΠΑΕΥΘΥΜΙΟΥ**
Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης
στο Metropolitan

Το κακόηθες μελάνωμα είναι ένας τύπος καρκίνου του δέρματος, ο οποίος προκύπτει από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του δέρματος που περιέχουν τη χρωστική μελανίνη (δηλαδή τα μελανοκύτταρα). Μία από τις κύριες αιτίες του είναι η υπερβολική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλιακού φωτός. Η χρήση τεχνητών πηγών υπεριώδους φωτός, όπως το solarium, επίσης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του μελανώματος. Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μελανώματος περιλαμβάνουν ανοιχτόχρωμο δέρμα, ανοιχτόχρωμα μαλλιά και μάτια, ιστορικό έντονης έκθεσης στον ήλιο, στενούς συγγενείς εξ αίματος με με-

λάνωμα, καθώς και σπίλους που είναι ασυνήθιστα πολλοί, μεγάλοι, ακανόνιστοι ή με περίεργη όψη. Στην Ελλάδα διαγιγνώσκονται περίπου 4-5 κακοήγη μελανώματα ανά 100.000 κατοίκους κάθε χρόνο. Το ποσοστό αυτό είναι σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με χώρες όπως η Αυστραλία, όπου καταγράφονται περίπου 70-80 τέτοια περιστατικά ανά 100.000 άτομα/έτος.

Συχνά, η πρώτη ένδειξη ανάπτυξης μελανώματος είναι η αλλαγή του χρώματος ενός προϋπάρχοντος σπίλου (ελιάς) ή η ανάπτυξη μιας νέας καφέ/μαύρης βλάβης. Συνηθέστερα, το χρώμα της βλάβης σκουραίνει ή πιο σπάνια υπάρχει απώλεια της μελάγχρωσης με την ανάπτυξη ροζ ή ερυ-

θρών βλαβών στο δέρμα. Πρόκειται για το πρωτοπαθές μελάνωμα.

Το μελάνωμα θεωρείται ο πλέον σοβαρός τύπος καρκίνου του δέρματος, επειδή είναι πιο πιθανό να εξαπλωθεί από το δέρμα σε άλλα όργανα του σώματος σε σχέση με άλλους τύπους δερματικών καρκίνων. Αν το μελάνωμα έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος, αυτές οι εναποθέσεις είναι γνωστές ως δευτεροπαθές μελάνωμα-μεταστατικό μελάνωμα (Εικ. 1).

Όταν το μελάνωμα αφορά μόνο στην πιο επιφανειακή στιβάδα της επιδερμίδας (δηλαδή την κερατίνη) ονομάζεται *in situ*. Σε αυτόν τον τύπο μελανώματος τα καρκινικά κύτταρα αποκλείεται να εξαπλωθούν οπουδήποτε αλλού στο σώμα και για τον λόγο αυτόν η χειρουργική αφαίρεση αρκεί και δε χρειάζεται συμπληρωματική θεραπεία.

Σε διαφορετική περίπτωση, αν δηλαδή τα καρκινικά κύτταρα βρίσκονται βαθύτερα στο δέρμα, το κακόηθες μελάνωμα χωρίζεται σε τέσσερα στάδια:

- **Στάδιο 1:** το μελάνωμα αφορά μόνο στο δέρμα και δεν επεκτείνεται αλλού στο σώμα
- **Στάδιο 2:** το μελάνωμα θεωρείται παχύ και για την ώρα είναι παρόν μόνο στο δέρμα
- **Στάδιο 3:** το μελάνωμα επεκτείνεται στους λεμφαδένες, σε περίπου 20% των περιπτώσεων
- **Στάδιο 4:** το μελάνωμα έχει επεκταθεί και σε άλλες περιοχές του σώματος, πιο μακριά από την πρωτοπαθή εστία. Πρόκειται για μια μορφή δευτεροπαθούς καρκίνου του δέρματος, όπου το μελάνωμα έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένους λεμφαδένες ή όργανα, όπως το ήπαρ, οι πνεύμονες, τα οστά και ο εγκέφαλος.

Τα πιο κοινά είδη μελανώματος είναι:

Επιφανειακά επεκτεινόμενο μελάνωμα: Αυτό το είδος αντιπροσωπεύει περίπου το 70% όλων των περιπτώσεων μελανώματος. Τα πιο συνηθισμένα σημεία είναι τα πόδια των γυναικών και οι πλάτες των ανδρών (Εικ. 2) και εμφανίζεται πιο συχνά μεταξύ των ηλικιών 30-50 ετών. Εάν δεν αντιμετωπιστεί, εξελίσσεται σε οζώδες μελάνωμα.

Οζώδες μελάνωμα: Περίπου το 20% των μελανωμάτων αρχίζουν ως μπλε-μαύροι ιώδεις όζοι (Εικ. 3). Εξελίσσονται

γρήγορα και είναι πιθανό να εξαπλωθούν πριν από τη διάγνωση.

Μελάνωμα δίκην κακοήθους φακής:

Σε αντίθεση με άλλες μορφές μελανώματος, τείνει να εμφανίζεται σε σημεία του σώματος, όπως το πρόσωπο, τα οποία είναι εκτεθειμένα στον ήλιο συνεχώς, παρά κατά διαστήματα (Εικ. 4). Οι κακοήθεις φακές μοιάζουν με μεγάλες, ακανόνιστου σχήματος ή έγχρωμες φακίδες και αναπτύσσονται με αργούς ρυθμούς.

Αλλαγές σε σπίλους ή ύποπτες κηλίδες στο δέρμα θα **πρέπει να αναφερθούν**



Μεταστατικό μελάνωμα στο τριχωτό της κεφαλής άνδρα 88 ετών - μακροσκοπική εικόνα.



Άνδρας 52 ετών με επιφανειακά επεκτεινόμενο μελάνωμα στην αριστερή ωμοπλάτη



- (Α) μακροσκοπική και (Β) δερματοσκοπική εικόνα.



Οζώδες μελάνωμα πίσω από το γόνατο γυναίκας 63 ετών.



Άνδρας 81 ετών με μελάνωμα δίκην κακοήθους φακής στην αριστερή παρειά - (Α) μακροσκοπική και (Β) δερματοσκοπική εικόνα.

άμεσα σε δερματολόγο. Για τον λόγο αυτόν είναι **εξαιρετικής σημασίας η αυτοεξέταση** των ελιών του δέρματος.

Υπάρχει ένας πολύ απλός μνημοτεχνικός κανόνας (μέθοδος ABCDEF), εξαιρετικά χρήσιμος για την έγκαιρη διάγνωση του μελανώματος. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή παρατηρούμε αν κάποιος μελαγχρωματικός σπίλος στο δέρμα μας εμφανίζει ασυμμετρία (asymmetry), ανώμαλα όρια (border), μεταβολές σε ό,τι αφορά στο χρώμα (colour), αύξηση της διαμέτρου του πάνω από 6 χιλιοστά (diameter), έγερση από το υπόλοιπο δέρμα (evolution), θετικό οικογενειακό ιστορικό για μελάνωμα (family history).

Η δερματοσκόπηση αποτελεί μια χρήσιμη διαγνωστική μέθοδο, η οποία με τη χρήση κατάλληλου φακού, μεγεθύνει τις λεπτομέρειες του δικτύου της μελαγχρωματικής βλάβης και επιτρέπει στον δερματολόγο να διακρίνει τις άτυπες από τις καλοήθεις μελανοκυτταρικές βλάβες. Η χαρτογράφηση των σπίλων αποτελεί εξεταστική μέθοδο κατά την οποία με τη βοήθεια φωτογραφικής μηχανής και ειδικού λογισμικού σε υπολογιστή γίνεται καταγραφή των ύποπτων μόνο για κακοήθεια σπίλων.

Για τη διάγνωση του μελανώματος αφαιρείται ολόκληρη η μελαγχρωματική βλάβη και επιπλέον 2 χιλιοστά τουλάχιστον υγιούς δέρματος γύρω από αυτή. Με αυτόν τον τρόπο ο παθολογοανατόμος έχει τη δυνατότητα να εξετάσει όλες τις στιβάδες του δέρματος βαθιά μέχρι το υποδόριο λίπος και την εγγύς παρακείμενη περιοχή του δέρματος.

Συστάσεις

- Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο. Η χρήση αντηλιακού δε σημαίνει ότι μπορείτε να καθίσετε με τις ώρες κάτω από τον ήλιο
- Προτιμήστε τη σκιά. Αποφύγετε την έκθεση στον ήλιο τις ώρες της μέγιστης ηλιοφάνειας (11:00 π.μ.-4:00 μ.μ.)
- Μην εκθέτετε απευθείας στον ήλιο βρέφη και μικρά παιδιά
- Προστατέψτε τον εαυτό σας καθώς και τα βρέφη και τα παιδιά, φορώντας καπέλο, μπλουζάκι και γυαλιά ηλίου
- Επιλέξτε αντηλιακό με υψηλό δείκτη προστασίας ανάλογα με τον τύπο του δέρματός σας. Εφαρμόστε το αντηλιακό 20 λεπτά πριν από την έκθεση στον ήλιο. Ανανεώνετε συχνά, χρησιμοποιώντας αρκετή ποσότητα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Όταν τρώμε, ο οργανισμός μας διασπά τα τρόφιμα και τα μετατρέπει σε γλυκόζη η οποία με τη βοήθεια της ινσουλίνης μετακινείται στα κύτταρα όπου χρησιμοποιείται για την παραγωγή ενέργειας.

Στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) το πάγκρεας δεν παράγει όση ινσουλίνη απαιτείται για τη διαδικασία αυτή ή τα κύτταρα του οργανισμού δεν επιτρέπουν στην ινσουλίνη να εισάγει σε αυτά τη γλυκόζη και έτσι αυτή παραμένει στο αίμα σε υψηλά επίπεδα.

Οι βασικοί παράγοντες ανάπτυξης ΣΔ2 είναι το οικογενειακό ιστορικό, το υπερβολικό βάρος, η έλλειψη άσκησης και η κακή διατροφή ενώ εμφανίζεται συχνότερα μετά την ηλικία των 40 ετών.

Η παχυσαρκία αποτελεί την πιο σημαντική αιτία εμφάνισης ΣΔ2 και πλέον υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η αποτελεσματική αντιμετώπισή της, μέσω μιας υποθερμιακής δίαιτας που θα επιφέρει σημαντική απώλεια βάρους, είναι το κλειδί στην αποτροπή ή επιβράδυνση της εμφάνισης αυτού του τύπου διαβήτη.

Ο ρόλος της διατροφής στην πρόληψη του ΣΔ2 είναι πολύ σημαντικός και βασίζεται σε δύο μόνο σημεία, στη διατήρηση του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα και στην αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης σακχάρων. Έτσι η πρόληψη επιτυγχάνεται απλά με μια ισορροπημένη δίαιτα σε συνδυασμό με κάποια ελαφριά άσκηση.

Στην αντιμετώπιση ή ρύθμιση του ΣΔ2 ο ρόλος της διατροφής είναι πιο σύνθετος αλλά και πολύ πιο σημαντικός. Ο ασθενής με τη βοήθεια του ιατρού ή του διαιτολόγου πρέπει να εκπαιδευτεί σε έναν συγκεκριμένο τρόπο διατροφής με τον οποίο θα καταφέρει να ρυθμίσει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα του και έτσι να μειώσει ή να αποφύγει τη χρήση φαρμάκων. Επίσης η κατάλληλη διατροφή συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη πιθανών επιπλοκών που προκαλούνται από μη ρυθμισμένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, νεφρική ανεπάρκεια, «διαβητικό πόδι» κ.ά.)

Οι δύο βασικοί στόχοι της δίαιτας ενός διαβητικού είναι η απώλεια βάρους σε υπέρβαρα άτομα και η ρύθμιση του σακχάρου σύμφωνα με τη δοσολογία των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται, ώστε να αποφεύγονται περιστατικά σοβαρής υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας.

Κάποιοι σημαντικοί κανόνες στη δίαιτα ενός διαβητικού είναι ο σωστός καταμερισμός των υδατανθράκων, η επιλογή τροφών με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, η αύξηση της κατανάλωσης φυτικών ινών, η κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων, η καθιέρωση σταθερού ωραρίου κατανάλωσης των γευμάτων, η ελάττωση του ολικού προσλαμβανόμενου λίπους αλλά και η αντικατάσταση του ζωικού λίπους με φυτικό.

Όσον αφορά στην επιλογή τροφίμων ο ασθενής μετά από την εκμάθηση αυτού του νέου τρόπου διατροφής θα μπορεί να καταναλώνει σχεδόν ό,τι τρόφιμο επιθυμεί στη σωστή ποσότητα.

Τι να καταναλώνει:

- Μοσχάρι άπαχο, κοτόπουλο, ψάρι (βραστά ή ψητά)
- Γαλακτοκομικά άπαχα
- Λαχανικά
- Μυρωδικά, σκόρδο, λεμόνι, δυόσμο, πιπέρι
- Καφέ, τσάι, σόδα και άλλα αφεψήματα

Τι να περιορίζει:

- Ζυμαρικά, πατάτες, ρύζι, ψωμί και φρυγανιές
- Φρούτα (να προτιμάει άγουρα και άγλυκα όπως πράσινο μήλο)
- Αρακά, μπιζέλια, κουνουπίδι, αγκινάρες, πράσα, κρεμμύδια και τομάτα
- Όσπρια, λάδι

Και τι να αποφεύγει:

- Ζάχαρη και τα παράγωγά της όπως γλυκά, σοκολάτες, καραμέλες, μαρμελάδα, σιρόπι, μέλι, κέικ, συσκευασμένους χυμούς φρούτων, αναψυκτικά και αλκοολούχα ποτά
- Πολύ ώριμα και γλυκά φρούτα
- Γλυκά λαχανικά (πατζάρια)
- Ζωικά λίπη (βούτυρο) και γενικά λιπαρά φαγητά (αρνί, χοιρινό, κοτόπουλο με πέτσα, λιπαρά τυριά, αλλαντικά, εντόσθια, τηγανιτά)
- Τέλος, δεν πρέπει να παραλείψουμε και τη σημασία της σωματικής άσκησης στον ΣΔ2. Συγκεκριμένα, η άσκηση μειώνει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και αυξάνει την ευαισθησία του σώματος στην ινσουλίνη. Έτσι επιβάλλεται να γίνει κι αυτή μέρος της καθημερινότητας ενός διαβητικού έστω και με τη μορφή ελαφριάς έντασης άσκησης (περπάτημα)



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





Επίσημος Ιατρικός Υποστηρικτής

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

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

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

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

Το να φροντίζεις

αυτούς που αγαπάς,

έχει σημασία



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

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

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

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



NNHellas.gr

You matter