

ΓΙΑΤΡΕΥΩ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ METROPOLITAN

ΓΥΝΑΙΚΑ

Η ελάχιστη επεμβατική χειρουργική

ΒΙΟΨΙΑ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Fusion Virtual Navigation

ΑΠΝΟΙΑ

Τι είναι Πώς θεραπεύεται

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ

Κέντρο Θυρεοειδούς Εμπειρία και καινοτομία



METROPOLITAN
ΠΡΩΤΟ, ΜΕ 814 ΡΟΜΠΟΤΙΚΕΣ
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ "ΜΑΚΟ"

MITRACLIP
ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ
ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΧΩΡΙΣ
ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΑ

Καλοκαίρι: Η σωστή προστασία του δέρματος από τον ήλιο

Η ανάπτυξη της ακοής και του λόγου: Τρόπος ελέγχου σε βρέφη και παιδιά

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 1, 18547 Νέο Φάληρο
210 4809000 • www.metropolitan-hospital.gr



Από τα παιδικά μας χρόνια, το καλοκαίρι είναι «ζωγραφισμένο» με φωτεινά χρώματα, καθώς συνδέεται με την καθαρότητα του ουρανού, την «επικράτηση» της ημέρας επί της νύχτας, την «ηδονή» της επαφής με τη θάλασσα, εν τέλει δε τη γλυκιά προσμονή των διακοπών. Από τα παιδικά μας χρόνια, το καλοκαίρι είναι «ζωγραφισμένο» με φωτεινά χρώματα, καθώς συνδέεται με την καθαρότητα του ουρανού, την «επικράτηση» της ημέρας επί της νύχτας, την «ηδονή» της επαφής με τη θάλασσα, εν τέλει δε τη γλυκιά προσμονή των διακοπών.

ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ ΓΙΑ ΠΑΝΤΑ

Μάιος εθιμικά είναι ένας μήνας, που συνοδεύεται από ελπίδες και προσδοκίες, καθώς αποτελεί το «τελευταίο εμπόδιο» πριν από τον ερχομό του καλοκαιριού.

Από τα παιδικά μας χρόνια, το καλοκαίρι είναι «ζωγραφισμένο» με φωτεινά χρώματα, καθώς συνδέεται με την καθαρότητα του ουρανού, την «επικράτηση» της ημέρας επί της νύχτας, την «ηδονή» της επαφής με τη θάλασσα, εν τέλει δε τη γλυκιά προσμονή των διακοπών. Από τα παιδικά μας χρόνια, το καλοκαίρι είναι «ζωγραφισμένο» με φωτεινά χρώματα, καθώς συνδέεται με την καθαρότητα του ουρανού, την «επικράτηση» της ημέρας επί της νύχτας, την «ηδονή» της επαφής με τη θάλασσα, εν τέλει δε τη γλυκιά προσμονή των διακοπών. Από τα παιδικά μας χρόνια, το καλοκαίρι είναι «ζωγραφισμένο» με φωτεινά χρώματα, καθώς συνδέεται με την καθαρότητα του ουρανού, την «επικράτηση» της ημέρας επί της νύχτας, την «ηδονή» της επαφής με τη θάλασσα, εν τέλει δε τη γλυκιά προσμονή των διακοπών.

καταθλιπτική κατάσταση, με όλα τα φυσικά επακόλουθα.

Για να μη συμβεί αυτό, θα πρέπει το συγκεκριμένο διάστημα, των θερινών μηνών, να αποτελέσει ευκαιρία για έναν ευρύτερο αναστοχασμό για την ίδια μας τη ζωή, για ό,τι συγκροτεί την ύπαρξή μας. Να σκεφθούμε δηλαδή ότι, ακόμη και με τις δυσκολίες που δημιουργεί η παρατεταμένη κρίση, μπορούμε να κερδίσουμε το στοίχημα του «ευζην», αναθεωρώντας ενδεχομένως, τους αξιακούς μας κώδικες και τις προτεραιότητές μας. Αλλά και να εγκαταλείψουμε την παθητικότητα, που φθάνει πολλές φορές έως τη μοιρολατρία, αξιοποιώντας κάθε δυνατότητα και ευκαιρία, κάθε ρωγμή, που σπάει το «γκρίζο» της καθημερινότητας. Όπως το λένε και οι Γάλλοι: «*Ακόμη και τη δύναμη μίας λέξης, ξαναρχίζω τη ζωή μας*». Μια δε και «πήγαμε» έως το φωτεινό Παρίσι, ας κάνουμε μότο της ζωής μας, από δω και πέρα, την περίφημη γαλλική φράση *elan vital*, που σημαίνει «ζωτική ορμή». Όσο για τις αυξημένες δυσκολίες της εν λόγω περιόδου, ας έχουμε υπόψη αυτό που φέρεται να έχει πει ο Νίτσε: «*Ο,τι δε με σκοτώνει, με κάνει πιο δυνατό*». Ας μην τελειώσει, λοιπόν, το φετινό καλοκαίρι, στο τέλος Αυγούστου. Καλές διακοπές...

H.A.

Διευθυντής Σύνταξης: Ηλίας Αλεξάκης
Επιστημονική Εταιρεία: Πρόεδρος: Αντώνης Ρασιδάκης
• Αντιπρόεδρος: Μαθαίος 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. Μπουτσιάκης, 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

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

ΜΑΘΕΤΕ ΟΤΙ...

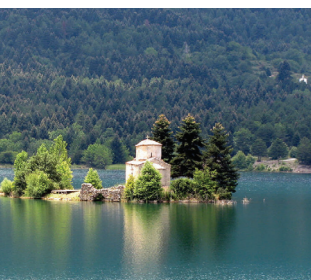
ΓΙΑΤΙ ΒΛΑΠΤΕΙ Η ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ;



Οι τραυματισμοί στους χόνδρους, στα οστά, στους συνδέσμους και στους τένοντες, καθώς και η μείωση της μυϊκής μάζας αποτελούν τις συνηθέστερες «παράπλευρες απώ-

λειες» που μπορεί να υποστεί κάποιος, όταν αθλείται υπερβολικά, ενώ, συχνές είναι και οι ενοχές, όταν για διάφορους λόγους ο αθλούμενος δεν μπορεί να δώσει το καθημερινό πολύωρο «παρών» στο γυμναστήριο. Επιπλέον διαπιστώθηκε, πως η υπερβολική γυμναστική δεν θωρακίζει τον αθλούμενο απέναντι σε ιώσεις και ασθένειες αλλά, αντίθετα, αποδυναμώνει τον οργανισμό και τον κάνει πιο ευάλωτο στις εξωτερικές απειλές.

ΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΣΤΟΥΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΗΣ ΟΡΕΙΝΗΣ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

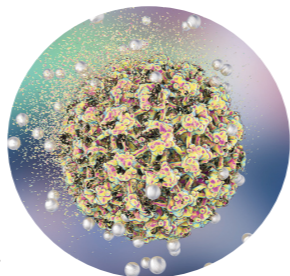


Συνεχίζοντας ένα επιτυχημένο πρόγραμμα πρόληψης που άρχισε στο πλαίσιο της Εταιρικής Κοινωνικής του Ευθύνης, το Θεραπευτήριο Metropolitan, μετά τη Σκύρο και την Εύβοια και πάντα σε συνεργασία με τις αρμόδιες αυτοδιοικητικές αρχές, ταξίδεψε στη Στυμφαλία και στον Φενεό της ορεινής Κορινθίας, το Σαββατοκύριακο, 28 και 29 Απριλίου 2018, με σκοπό να πραγματοποιήσει προληπτικές εξετάσεις στους κατοίκους των περιοχών.

Το πρόγραμμα της «πρόληψης» είχε εντυπωσιακή απήχηση από τους κατοίκους των χωριών. Εξετάστηκαν περίπου 200 πολίτες και σε όσους εντοπίστηκαν παθολογικά ευρήματα παραπέμφθηκαν για περαιτέρω διερεύνηση στις εκεί υγειονομικές μονάδες. Οι κάτοικοι είχαν τη δυνατότητα να εξεταστούν από το κλιμάκιο 4 ιατρών που αποτελείται από αγγειοχειρουργό, καρδιολόγο, χειρουργό και ορθοπαιδικό.

Οι ιατροί που συμμετείχαν ήταν οι: Βαγγέλης Νικολόπουλος (αγγειοχειρουργός), Γιάννης Τσόπελας (διευθυντής χειρουργός), Δημήτρης Δόβρης (ορθοπαιδικός) και Γιάννης Παλνός (καρδιολόγος). Το Θεραπευτήριο Metropolitan σύντομα θα προγραμματίσει παρόμοιες επισκέψεις και σε άλλες άγονες περιοχές, εξασφαλίζοντας στους κατοίκους υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.

Η ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΙΟΥ HPV



Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων προσβάλλει μεγάλο μέρος του πληθυσμού και εξαπλώνεται χωρίς να εμφανίζει συμπτώματα. Κάποιες μορφές του HPV μπορούν να προκαλέσουν κονδυλώματα, ενώ κάποιες άλλες μορφές μπορεί να προκαλέσουν μόλυνση, η οποία να επιφέρει προκαρκινικές δυσπλασίες. Κάθε άτομο που είναι ενεργό σεξουαλικά μπορεί να εκτεθεί στον ιό HPV. Ωστόσο, η λήψη προληπτικών μέτρων είναι μέγιστης σημασίας.

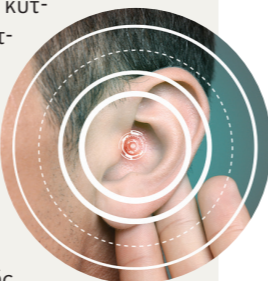
Ζάχαρη ή αλάτι: Τι είναι πιο βλαβερό για την καρδιά;

Οι γιατροί αναγνωρίζουν το αλάτι ως το νούμερο ένα διατροφικό κίνδυνο για την καρδιά, καθώς έχει συνδεθεί με την υπέρταση και την καρδιοπάθεια. Μήπως όμως τελικά είναι άλλος ο πραγματικός «ένοχος»; Η ζάχαρη αποδεικνύεται εξίσου βλαβερή όσον αφορά στην καρδιά. Βέβαια δεν είναι όλα τα σάκχαρα ίδια, επομένως δεν ισχύουν για όλα τα ίδια επιτρεπόμενα όρια πρόσληψης. Τα φυσικά σάκχαρα που βρίσκονται στα φρούτα και τα λαχανικά είναι υγιεινά, όμως, αντίθετα, θα πρέπει να αποφεύγεται η υπερβολική κατανάλωση πρόσθετης ζάχαρης.



ΓΙΑΤΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΦΘΙΝΕΙ Η ΑΚΟΗ;

Μέσα στον κοχλία υπάρχουν νευρικά κύτταρα που αποκαλούνται "τριχωτά κύτταρα" τα οποία αντιλαμβάνονται διάφορες συχνότητες και τις στέλνουν στον εγκέφαλο για επεξεργασία. Τα τριχωτά κύτταρα συντονίζονται με τους υψηλούς τόνους και είναι αυτά που αντιλαμβάνονται τα ηχητικά κύματα πρώτα, οπότε υπόκεινται σε περισσότερο stress στη διάρκεια της ζωής, με αποτέλεσμα να είναι τα πρώτα που αρχίζουν να μη λειτουργούν καλά. Έτσι σχεδόν όλοι, ανεξαρτήτου ηλικίας, μπορούν να αντιληφθούν ήχους στη συχνότητα των 8,000 Hz, ενώ, οι άνθρωποι ηλικίας 40-50 ετών μπορούν να ακούσουν κατά μέσο όρο συχνότητες στα 12,000 Hz.



Η ΔΕΠΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΧΝΑ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ



Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι ένα από τα πιο γνωστά αναπτυξιακά προβλήματα στην παιδική ηλικία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί πως αυτά

τα συμπτώματα συνεχίζονται και μετά την ενηλικίωση στο 60% περίπου των παιδιών με ΔΕΠΥ. Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ μπορεί να έχουν δυσκολία στο να ακολουθούν οδηγίες, στο να θυμούνται πληροφορίες, στη συγκέντρωση, στην οργάνωση των καθηκόντων τους ή στην ολοκλήρωση των υποχρεώσεών τους εντός των εκάστοτε προθεσμιών.

Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ μπορεί να έχουν δυσκολία στο να ακολουθούν οδηγίες, στο να θυμούνται πληροφορίες, στη συγκέντρωση, στην οργάνωση των καθηκόντων τους ή στην ολοκλήρωση των υποχρεώσεών τους εντός των εκάστοτε προθεσμιών

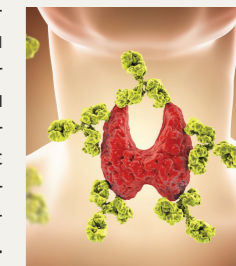


Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η μουσική έχει διαπιστωθεί ότι δρα ευεργετικά στον ανθρώπινο οργανισμό. Έρευνες έχουν δείξει ότι βοηθάει στη σωστή λειτουργία της καρδιάς, ενώ θεωρείται ως το καλύτερο χαλαρωτικό. Η μουσική έχει τη δύναμη να επιδρά χαλαρωτικά όχι μόνο στην καταπολέμηση του stress και του άγχους αλλά και στις συνέπειες αυτών, καθώς συντείνει στην πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου και παθήσεων της καρδιάς. Εκτός από τα παραπάνω, λειτουργεί και καταπραυντικά κατά του πόνου.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Για τη διάγνωση του υποθυρεοειδισμού απαιτείται ο προσδιορισμός των θυρεοειδικών ορμονών και της θυρεοτρόπου ορμόνης σε συνδυασμό με ιστορικό, υπερηχογράφημα και σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς. Με αυτές τις εξετάσεις διαπιστώνεται αυξημένη τιμή TSH και χαμηλή T3 και T4, εκτός από τον κεντρικό υποθυρεοειδισμό όπου η TSH είναι χαμηλή. Η κλινική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει ένα μικρότερο του κανονικού θυρεοειδή αδένα, αν και καμιά φορά ο θυρεοειδής μπορεί να είναι φυσιολογικού μεγέθους ή ακόμα και υπερμεγέθους.



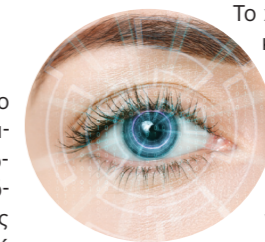
Νερό: Η φυσική λύση για τον πονοκέφαλο

Η συχνή κατανάλωση νερού μπορεί να μειώσει τη σοβαρότητα των πονοκεφάλων ή των ημικρανιών. Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι η ποσότητα περίπου 7 ποτηριών νερού την ημέρα, είναι αρκετή για να διευκολύνει στη μείωση των κεφαλαλγιών, αλλά και για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν τα-



κτικά από τέτοια επεισόδια. Άλλωστε, το νερό ενυδατώνει το σώμα και προσφέρει στον οργανισμό γενικότερη ευεξία, με φυσικό και εύκολο τρόπο.

Η ΜΕΛΑΝΙΝΗ ΕΠΙΔΡΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΧΡΩΣΗ ΤΩΝ ΜΑΤΙΩΝ



Το χρώμα των ματιών είναι ένα πολυγονιδιακό γνώρισμα. Το χρώμα στα μάτια του κάθε ανθρώπου εξαρτάται από τη μελανίνη που έχει στην ίριδα των ματιών. Τα μπλε μάτια οφείλονται στην έλλειψη μελανίνης ενώ τα σκούρα καστανά μάτια έχουν αρκετά μεγάλη ποσότητα. Η έλλειψη μελανίνης εξηγεί επίσης γιατί τα μαύρα όταν γεννιούνται με ανοιχτόχρωμα μάτια μετά σκοραίνουν. Αυτό συμβαίνει γιατί αρχίζουν και παράγουν μελανίνη και έτσι σκουραίνει το χρώμα των ματιών τους.

ΜΑΘΕΤΕ ΟΤΙ...

ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ: Η ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΩΝ



Το καλοκαίρι αποτελεί την κατ' εξοχήν εποχή των μυκητιάσεων. Ο υγρός και ζεστός καιρός ευνοεί την ανάπτυξη και τη μετάδοση των μυκήτων. Μεγαλύτερη απειλή αποτελούν τα δερματόφυτα, μύκητες που ευθύνονται για μολύνσεις στα πόδια, τα χέρια, το τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, τη βουβωνική χώρα αλλά και τον κορμό. Σχεδόν κάθε περιοχή του σώματος είναι εκτεθειμένη σε αυτούς τους μικροοργανισμούς που αναπτύσσονται στην εξωτερική στιβάδα του δέρματος και σε γενικές γραμμές εκδηλώνονται με κυκλικό εξάνθημα, το οποίο είναι κόκκινο στην περιμέτρο του ενώ στο κέντρο το δέρμα δείχνει υγιές.

Το καλοκαίρι αποτελεί την κατ' εξοχήν εποχή των μυκητιάσεων. Ο υγρός και ζεστός καιρός ευνοεί την ανάπτυξη και τη μετάδοση των μυκήτων. Μεγαλύτερη απειλή αποτελούν τα δερματόφυτα, μύκητες που ευθύνονται για μολύνσεις στα πόδια, τα χέρια, το τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, τη βουβωνική χώρα αλλά και τον κορμό

ΚΑΘΕ ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κάθε πόνος στον αυχένα δεν ορίζεται ως αυχενικό σύνδρομο. Μια ευρεία ποικιλία τοπικών και συστηματικών νοσημάτων μπορεί να προκαλέσει πόνο στον αυχένα. Επίσης, μια σειρά από παράγοντες όπως η ψύξη, το «πιάσιμο» του αυχένα, μπορεί να ευθύνονται για το σύμπτωμα του πόνου, χωρίς να υφίσταται οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις εκείνες, που είναι απαραίτητες για τη διάγνωση του αυχενικού συνδρόμου. Παρά το γεγονός, ωστόσο, ότι ο όρος αυχενικό σύνδρομο χαρακτηρίζει συγκεκριμένες εκφυλιστικές αλλοιώσεις του αυχένα και έχει ακτινολογική και κλινική διάγνωση.



Θόρυβος: Συμβάλλει στην αύξηση λίπους

Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι άνθρωποι που κατοικούν σε περιοχές με έντονο θόρυβο από τα αυτοκίνητα, τα τρένα ή τα αεροπλάνα έχουν 25% περισσότερες πιθανότητες να αποθη-



κεύουν λίπος στην περιοχή της κοιλιάς. Ουσιαστικά, ο θόρυβος από την κίνηση στους δρόμους ή από τα αεροπλάνα αυξάνει τα επίπεδα του stress, ενθαρρύνοντας το λίπος να συγκεντρωθεί γύρω από τη μέση. Μάλιστα, έρευνα έδειξε ότι η πιθανότητα να έχει κάποιος λίπος στο στομάχι αυξάνεται για κάθε επιπλέον είδος θορύβου στον οποίο εκτίθεται.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ



Η άσκηση αποτελεί πρόληψη για την οστεοπόρωση επειδή αυξάνει την οστική μάζα μέχρι και κατά τη διάρκεια της εφηβείας, στοχεύοντας στην απόκτηση μέγιστης οστικής πυκνότητας έως και την ηλικία των 30 ετών, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερα επίπεδα οστικής πυκνότητας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Επιπλέον, κατά την ενηλικίωση, είναι και θεραπεία καθώς διατηρεί την οστική πυκνότητα στον ενήλικα, μειώνει την απώλεια οστικής πυκνότητας στην εμμηνοπαύση και αργοπορεί το ρυθμό απώλειας οστικής πυκνότητας με την αύξηση της ηλικίας κατά τη μέση και γεροντική ηλικία.

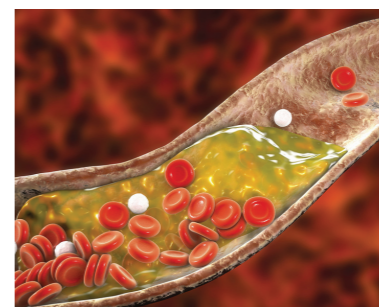
ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΑΡΚΕΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ D;



Τα επίπεδα βιταμίνης D εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του δέρματός σας να παράγει τη βιταμίνη όταν είστε εκτεθειμένοι στον ήλιο. Όσο πιο σκούρο είναι το δέρμα τόσο χαμηλότερη είναι η φυσική παραγωγή βιταμίνης D, καθώς η μελανίνη του δέρματος παρέχει φυσικά μεγαλύτερη προστασία από τις ακτίνες UV. Μεγάλη έλλειψη υπάρχει σε άτομα που περνούν πολλές ώρες σε κλειστούς χώρους.

ΠΟΤΕ Η ΥΨΗΛΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ

Ασθενείς που εμφανίζουν κίτρινα σημάδια στα βλέφαρα έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν σοβαρές παθήσεις, μεταξύ των οποίων και καρδιακά επεισόδια. Τα "ξανθελάσματα", όπως ονομάζονται, είναι κίτρινα σημάδια στα βλέφαρα και δημιουργούνται από την αυξημένη συγκέντρωση χοληστερίνης. Είναι πολύ πιθανόν όμως να προειδοποιούν για τη συγκέντρωση χοληστερίνης και σε άλλα σημεία του σώματος, όπως επίσης και για άλλες παθήσεις.



ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΑΡΧΙΖΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΤΟ ΥΨΟΣ;

Το ύψος αρχίζει να μειώνεται από την τέταρτη δεκαετία της ζωής και έπειτα. Ανά δεκαετία χάνεται περίπου 1,25 cm ύψους. Αυτό συμβαίνει επειδή η βαρύτητα σε συνδυασμό με τη φθορά που επιφέρει η γήρανση οδηγούν σε συρρίκνωση των δίσκων οι οποίοι βρίσκονται μεταξύ των σπονδύλων της σπονδυλικής στήλης. Η απώλεια οστικής πυκνότητας, η οστεοπόρωση, η μυϊκή εκφύλιση και η απώλεια καμ্পυλότητας στην καμάρα του ποδιού συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση του ύψους.



ΤΟ «ΕΝΖΥΜΟ ΤΗΣ ΝΕΟΤΗΤΑΣ»

Η γήρανση του ήπατος και των ματιών, του σκελετού και του μεταβολισμού μπορεί να επιβραδυνθεί με τη βοήθεια μιας σύνθετης ουσίας που βρίσκεται σε πληθώρα λαχανικών. Η ουσία ονομάζεται μονονουκλεοτίδιο του νικοτιναμιδίου και διαπιστώθηκε ότι αντισταθμίζει το έλλειμμα στην παραγωγή ενέργειας που θεωρείται ότι καθοδηγεί τη διαδικασία της γήρανσης. Η ουσία που «βάζει φρένο» στη γήρανση βρίσκεται σε λαχανικά όπως το μπρόκολο, το λάχανο, το αβοκάντο, το αγγούρι και τα φασολάκια σόγιας.



X. Κυριακόπουλος

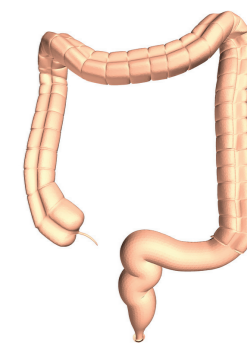
ΠΗΓΕΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το εργασιακό άγχος οφείλεται στο συνδυασμό διαφόρων στρεσογόνων παραγόντων, που μπορεί να έχουν σχέση τόσο με τις συνθήκες εργασίας όσο και με την προσωπικότητα ή τις ικανότητες του ατόμου. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το αυξημένο ωράριο, οι μη ικανοποιητικές αποδοχές, οι ασαφείς ρόλοι, οι πολλές αλλά και οι λίγες ευθύνες, οι δυσλειτουργικές σχέσεις με τους συναδέλφους, η μονοτονία και η ανασφάλεια για το επαγγελματικό μέλλον είναι λογικό να προκαλούν ανησυχία και νευρικότητα στους εργαζόμενους. Μεγάλη πηγή άγχους αποτελούν επίσης η ανεπαρκής κατάρτιση του ατόμου, η τελειομανία και η έλλειψη απαραίτητων οργανωτικών ή επικοινωνιακών δεξιοτήτων.



ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΚΙΝΑ Ο ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος πιο θανατηφόρος καρκίνος στην Ευρώπη, κοστίζοντας ετησίως 215.000 ζωές. Σύμφωνα με τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, εξελίσσεται όλο και περισσότερο σε «νεανικό» καρκίνο, αφού πλέον τρεις στις δέκα διαγνώσεις αφορούν σε άτομα κάτω των 55 ετών. Ωστόσο, τα περισσότερα προγράμματα προληπτικού ελέγχου ξεκινούν στην ηλικία των 50-55 ετών.



ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΠΡΩΤΟ ΜΕ 814 ΡΟΜΠΟΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ "ΜΑΚΟ"

Το Metropolitan Hospital είναι το πρώτο Θεραπετήριο στην Ελλάδα που εφάρμοσε ρομποτική τεχνολογία MAKO για την αρθροπλαστική γόνατος και ισχίου. Η εμπειρία του φτάνει τα 5 χρόνια

Το Θεραπετήριο Metropolitan συμπεριλαμβάνεται στα τρία κορυφαία της Ευρώπης, για την εφαρμογή της ρομποτικής τεχνολογίας στη χειρουργική γόνατος και ισχίου. Η τεχνολογία αυτή χρησιμοποιείται με επιτυχία στα μεγαλύτερα νοσοκομεία των ΗΠΑ και της Ευρώπης και μετράει στο Metropolitan Hospital πάνω από τέσσερα χρόνια επιτυχούς εφαρμογής.

Το πρωτοποριακό, αναβαθμισμένο σύστημα MAKO επιτρέπει την ολική αρθροπλαστική στο γόνατο και το ισχίο, με υψηλή ακρίβεια και ελάχιστα επεμβατική τεχνική. Η ακρίβειά του συνδυάζεται με εξαιρετικά μακροχρόνια αποτελέσματα.

99% ποσοστό επιτυχίας

Το σύστημα MAKO έχει ποσοστό επιτυχίας 99% έναντι 68% της κλασικής μεθόδου. Το δε σύνολο των επεμβάσεων που έχουν γίνει με

αυτό διεθνώς φτάνει τις 100.000. Η μέθοδος MAKO είναι η μόνη που προσφέρει: εξατομικευμένο, τρισδιάστατο προεχειρητικό σχεδιασμό, ρομποτικά υποβοηθούμενη προετοιμασία των οστών για να υποδεχτούν τα εμφυτεύματα και ρομποτικά ελεγχόμενη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, με αποτέλεσμα υψηλή ακρίβεια, έλεγχο του μήκους του σκέλους και μείωση των επιπλοκών.

Οι γιατροί μας

Οι γιατροί μας είναι οι Διευθυντές Ορθοπαιδικής: Χίσσας Διονύσιος, Τόκης Αναστάσιος, Τσώλος Ιωάννης, Τσούκας Φώτης, Σκριβιλιωτάκης Σπύρος, Σάπκας Γεώργιος, Πολυζώης Δημήτρης, Κωνσταντίνου Νικόλαος, Κυρίτσας Γεώργιος, Κουλουμέντας Παναγιώτης, Καρακίτσιος Στέργιος, Θεοχαράκης Στυλιανός, Θέος Χρήστος, Ζουμπούλης Παναγιώτης, Ευαγγέλου Ευάγγελος, Δασούλας Αλέξανδρος και Βαίλιας Ιωάννης.



1^ο
Θεραπετήριο

Το Metropolitan είναι το πρώτο Θεραπετήριο στην Ελλάδα που διέκρινε την προστιθέμενη αξία της ρομποτικής στην ορθοπαιδική χειρουργική, πραγματοποιώντας και τη σχετική επένδυση και αναλαμβάνοντας πριν χρόνια το σχετικό ρίσκο.

5^ο
έτος εμπειρίας

Η εμπειρία του Θεραπετηρίου ανέρχεται πλέον σε 5 έτη και πίσω από κάθε επιτυχία βρίσκεται μια κορυφαία ομάδα ιατρών.



Κέντρο Αριστείας

"Live Surgery Observation & Operation Satellite Transmission"
Το Θεραπετήριο είναι το πρώτο επιλεγμένο στην Ελλάδα από τον κατασκευαστικό οίκο Stryker ως «Κέντρο Αριστείας»: **"Center of Excellence"** για την «Αναμετάδοση & Παρακολούθηση Χειρουργείων».

800
ρομποτικές επεμβάσεις

Ο αριθμός των περιστατικών που έχουν αντιμετωπιστεί με επιτυχία μέχρι σήμερα ξεπερνά τα 800. Ο αριθμός των επεμβάσεων αναμένεται να εξαπλασιαστεί μέχρι το 2030.



Εκπαιδευτής σε διεθνή κέντρα

Ο Διονύσιος Χίσσας, Διευθυντής Ορθοπαιδικής του Metropolitan Hospital έχει επιλεγεί από τον κατασκευαστικό οίκο ως εκπαιδευτής για να μεταφέρει τη γνώση και την εμπειρία του σε εκπαιδευόμενους από το εξωτερικό και μάλιστα σε διεθνή εκπαιδευτικά κέντρα.

ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΓΟΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΣΧΙΟΥ

Τελευταίας γενιάς αναβαθμισμένη ρομποτική τεχνολογία «Μακο» που περιλαμβάνει όλες τις εφαρμογές:

- **ΟΛΙΚΗ** αρθροπλαστική γόνατος
- **ΜΕΡΙΚΗ** αρθροπλαστική γόνατος
- **ΟΛΙΚΗ** αρθροπλαστική ισχίου



ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΗΛΙΟ

Η κύρια ευεργετική δράση της ηλιακής ακτινοβολίας είναι η σύνθεση της βιταμίνης D όπου το 90% αυτής παράγεται στο δέρμα

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

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

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

Η κατανομή της ηλιακής ακτινοβολίας στην επιφάνεια του δέρματος διακυμαίνεται ανάλογα με τη γωνία του ήλιου στον ορίζοντα και τη θέση του σώματος σε σχέση με τον ήλιο.

Από τις παραπάνω ακτινοβολίες, η υπεριώδης ακτινοβολία είναι αυτή που ασκεί κυρίως επίδραση στο δέρμα του

ανθρώπου. Η υπέρυθη ακτινοβολία προκαλεί κυρίως θερμότητα και δρα επιτείνοντας την επιβλαβή δράση της υπεριώδους ακτινοβολίας.

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

Επίπτωση στο δέρμα

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

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

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

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

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



Γράφει ο **ΚΩΣΤΑΣ ΜΗΛΕΟΥΝΗΣ**, Διευθυντής Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος στο Metropolitan Hospital



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

Η προστασία του παιδιού

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

Η ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Η εφαρμογή νέων τεχνικών και μέσων σε συνδυασμό με την εξέλιξη της Γυναικολογίας σε επιστημονικό επίπεδο έρχονται να συνοδεύσουν την κάλυψη των αναγκών της γυναίκας του 21ου αιώνα.



Γράφει ο **ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΙΒΡΟΣ**, Διευθυντής Μονάδας Γυναικολογικής Ογκολογίας στο Metropolitan Hospital

Η θέση της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία έχει από καιρού αναβαθμιστεί, χάρη στις πυκνές και ραγδαίες κοινωνικοπολιτικές και πολιτισμικές εξελίξεις. Η γυναίκα έχει αναλάβει νέους ρόλους στον εργασιακό χώρο, στην κοινωνία και στις διαπροσωπικές σχέσεις, καθιστώντας έτσι αναγκαία την αντιμετώπιση των καινούργιων αναγκών που δημιουργήσαν αυτά τα νέα δεδομένα.

Η Γυναικολογία αποτελεί την ιατρική ειδικότητα, που «συνοδεύει» τη γυναίκα από την εφηβεία έως και το τέλος της εμμηνοπαύσης. Κατέχει μείζονα θέση στη ζωή της, αρωγός τόσο σε στιγμές χαράς όσο και σε στιγμές εμφάνισης προβλημάτων, προσδοκώντας πάντα να φανεί αντάξια των περιστάσεων.

Η εφαρμογή νέων τεχνικών και μέσων σε συνδυασμό με την εξέλιξη της Γυναικολογίας σε επιστημονικό επίπεδο έρχονται να συνοδεύσουν την κάλυψη των αναγκών της γυναίκας του 21ου αιώνα.

Σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές δίνουν λύση σε οποιοδήποτε πρόβλημα μπορεί να δημιουργηθεί, από το πιο απλό έως το πλέον σύνθετο. Αυτές οι σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές αντιπροσωπεύονται κατά κύριο λόγο από τη Λαπαροσκοπική Χειρουργική και περαιτέρω από τη λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη Ρομποτική Χειρουργική.

Οι εν λόγω μέθοδοι επιτρέπουν τη διεξαγωγή μεγάλων και ριζικών επεμβάσεων, με σχεδόν αναιμακτο τρόπο. Πολυήμερες νοσηλείες, μακροχρόνιες αναρρώσεις και αποκαταστάσεις οι οποίες οφείλονταν σε πολυτραυματικές και μερικές φορές ακρωτηριαστικές επεμβάσεις με δύσμορφες ουλές και αλλοίωση του σωματικού ειδώλου αποτελούν πλέον εικόνες του παρελθόντος.

Υπάρχουν πλέον **απλές γυναικολογικές επεμβάσεις**, μετά από τις οποίες οι ασθενείς μπορεί να λάβουν εξιτήριο, ακόμη και ύστερα από 6 ώρες. Τέτοιες επεμβάσεις είναι:

- Αφαίρεση κύστης ωοθήκης
- Διαγνωστικές επεμβάσεις στο πλαίσιο διερεύνησης της γονιμότητας
- Επεμβάσεις διατήρησης γονιμότητας με μετάθεση των ωοθηκών πριν από ογκολογικές θεραπείες
- Αφαίρεση ωοθηκικού ιστού για κρουκατάψυξη.

Σε επεμβάσεις μεγαλύτερης βαρύτητας, ο χρόνος νοσηλείας της ασθενούς **μειώνεται** στο μισό σε σύγκριση με τις κλασικές ανοιχτές χειρουργικές τεχνικές.

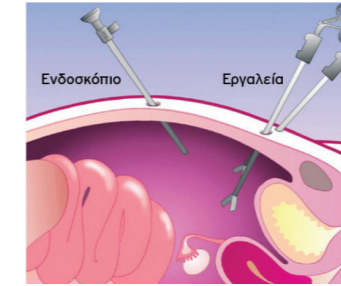
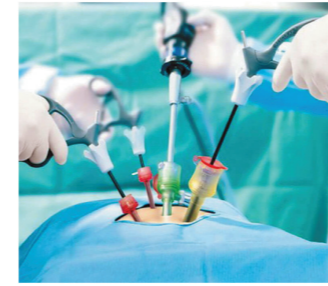
- Τέτοιες επεμβάσεις είναι:
- Ανάρτηση κοιλικών τοιχωμάτων σε περιπτώσεις πρόπτωσης
 - Αφαίρεση ινομυωμάτων
 - Αφαίρεση μήτρας
 - Σταδιοποίηση κακοηθειών έσω γεννητικών οργάνων.

Τα πλεονεκτήματα αυτού του είδους των επεμβάσεων είναι:

- Ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου και κατά συνέπεια ελαχιστοποίηση της αναλγητικής αγωγής
- Αδιαμφισβήτητη καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα
- Μικρή παραμονή στο νοσοκομείο
- Γρήγορη επάνοδος της ασθενούς στον χώρο εργασίας της και στις συνήθεις καθημερινές ασχολίες της.

Εξατομίκευση της θεραπείας

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ιδιαίτερη και ξεχωριστή περίπτωση. Μια και μοναδική χειρουργική τεχνική δεν μπορεί να αποτελέσει τη λύση για όλα τα προβλήματα. Μπορεί δηλαδή να προταθεί σε μια ασθενή μια πιο συντηρητική θεραπεία-βασισμένη σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες- που οδηγεί στην ίαση, χωρίς να γίνεται προληπτικά αφαίρεση έσω γεννητικών οργάνων. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μια γυναί-



Σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές δίνουν λύση σε οποιοδήποτε πρόβλημα μπορεί να δημιουργηθεί

κα με ένα απλό σύμπτωμα (πάθηση) **δεν** πρέπει να οδηγηθεί οπωσδήποτε σε ακρωτηριαστικές και τραυματικές επεμβάσεις.

Στο διεθνώς πιστοποιημένο Θεραπευτήριο Metropolitan υπάρχει μεγάλη εμπειρία στη χρήση ενδοσκοπικών τεχνικών. Η άρτια εκπαίδευση των ιατρών και τα τελευταία τεχνολογικά τεχνικά μέσα που διαθέτει το καθιστούν ένα υψηλής εξειδίκευσης κέντρο. Όλο το φάσμα της Χειρουργικής Γυναικολογίας μπορεί να πραγματοποιηθεί με ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές. Επεμβάσεις για κακοήθεια έσω γεννητικών οργάνων διεξάγονται με απόλυτη ογκολογική ασφάλεια μέσω πρωτοποριακών ενδοσκοπικών τεχνικών.

Πώς πραγματοποιούνται οι σύγχρονες, σχεδόν αναιμακτες επεμβάσεις;

Η Λαπαροσκοπική Χειρουργική παρέχει τη δυνατότητα να χειρουργηθούν εσωτερικά όργανα του ανθρώπινου σώματος μέσα από πολύ μικρές οπές, χωρίς μεγάλες χειρουργικές τομές. Αυτό καθίσταται εφικτό με τη βοήθεια ειδικά σχεδιασμένων εργαλείων και τη χρήση video. Αρχίζοντας την επέμβαση, γίνεται μια μικρή τομή στην περιοχή του ομφαλού και, μέσω μιας λεπτής βελόνης, διοχετεύεται αέριο διοξειδίου του άνθρακα μέσα στην κοιλιακή χώρα που, πρακτικά, «φουσκώνει» το κοιλιακό τοίχωμα το οποίο ανασκάνεται σαν θόλος. Κατ' αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται και χώρος και άριστη εικόνα για την επέμβαση. Σε αυτό συνεισφέρουν και τα εργονομικά και τεχνολογικά εξελιγμένα εργαλεία.

Λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη Ρομποτική Χειρουργική: το μέλλον τώρα

Η κεντρική ιδέα της Ρομποτικής Χειρουργικής είναι ο συνδυασμός των πλεονεκτημάτων της Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής με τα πλεονεκτήματα της ανοιχτής μεθοδολογίας.

Η ρομποτική επέμβαση

Στο Metropolitan διενεργείται με το πρωτοποριακό ρομποτικό χειρουργικό σύστημα Da Vinci, που αποτελείται από το ρομπότ με τους βραχίονές του. Τοποθετείται δίπλα στο χειρουργικό τραπέζι και προσαρμόζεται πάνω στην ασθενή. Ο χειρουργός κάθεται στη χειρουργική κονσόλα και κατευθύνει ο ίδιος με μοναδική ακρίβεια τους ρομποτικούς βραχίονες για να διενεργήσει με απόλυτη ασφάλεια την προγραμματισμένη επέμβαση, βλέποντας τρισδιάστατα μέσα από μικρές τομές. Το ρομποτικό σύστημα μεταφέρει τις κινήσεις στο χειρουργικό πεδίο. Αυτό το προηγμένο σύστημα ενεργεί ουσιαστικά κατ' ανάγκη και κατ' ευχή, λειτουργώντας με ασφάλεια, σε επίπεδο χιλιοστών.

Γενικά χαρακτηριστικά αυτού του τρόπου της Ενδοσκοπικής Χειρουργικής είναι η σιγουριά, η ασφάλεια και οι λιγότερες επιπλοκές. Σε αυτά προστίθενται τα πλεονεκτήματα του συστήματος Da Vinci, που είναι τα ακόλουθα:

- Μεγάλη ακρίβεια στους χειρουργικούς χειρισμούς
- Γρηγορότερη επάνοδος στην καθημερινότητα
- Καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα
- Λιγότερες συμφύσεις
- Μικρότερος χρόνος νοσηλείας
- Μικρότερη απώλεια αίματος.

Στην πρότυπη Γυναικολογική Κλινική του Metropolitan Hospital, η χρήση του συστήματος Da Vinci σε συνδυασμό με την εμπειρία, την εξειδίκευση και την εξοικείωση ιατρών και προσωπικού με προηγμένες τεχνικές και τεχνολογίες

επιτρέπει την επιτυχή πραγματοποίηση όλου του φάσματος των γυναικολογικών επεμβάσεων.

Το μέλλον είναι εδώ με τη λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη Ρομποτική Χειρουργική. Η ιδέα της Ρομποτικής Χειρουργικής είναι ο συνδυασμός των πλεονεκτημάτων της Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής με τα πλεονεκτήματα της ανοιχτής μεθοδολογίας.



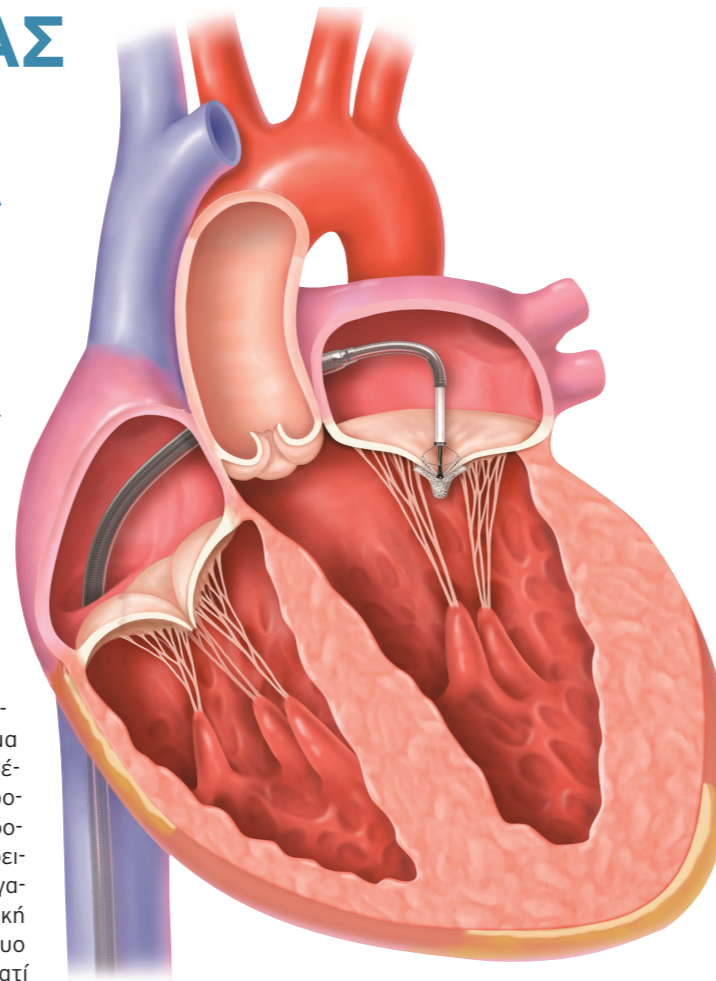
MITRACLIP ΣΤΟ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΑ

Το Metropolitan είναι ένα από τα ελάχιστα θεραπευτήρια όπου πραγματοποιείται η πρωτοποριακή διαδερμική επιδιόρθωση ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας. Το ποσοστό επιτυχούς εμφύτευσης του συστήματος από έμπειρους επεμβατικούς καρδιολόγους ξεπερνάει το 98%



Γράφει ο **ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΑΡΑΒΟΛΙΑΣ**, MD, PhD, FESC, FACC, Επεμβατικός Καρδιολόγος - Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής του Metropolitan Hospital, μας απαντά σε όσα θέλουμε να μάθουμε γι' αυτή τη θεραπευτική επιλογή. Η **διάγνωση** της πάθησης γίνεται κατά κύριο λόγο με το έγχρωμο υπερηχοκαρδιογράφημα (Triplex) καρδιάς. Η εξέταση αυτή αναδεικνύει και την αιτία της ανεπάρκειας και δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τη βαρύτητά της, την επίδρασή της στην καρδιακή λειτουργία

Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας αποτελεί την πιο συχνή βαλβιδική νόσο των ενηλίκων στις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Υπολογίζεται ότι 8-10% του πληθυσμού ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών πάσχει από τη νόσο αυτή, κατά την οποία η μιτροειδής βαλβίδα αδυνατεί να κλείσει στεγανά κατά τη διάρκεια της συστολής της καρδιάς, με αποτέλεσμα ποσότητα του αίματος να επιστρέφει στους πνεύμονες αντί να προωθείται στη συστηματική κυκλοφορία (Εικ. 1). Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας διακρίνεται σε οργανική (πρωτοπαθή) και σε λειτουργική (δευτεροπαθή). Η διάκριση των δυο μορφών είναι πολύ σημαντική γιατί οι θεραπευτικές επιλογές εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την αιτία της ανεπάρκειας. Ο Δρ Γιώργος Καραβόλιας, MD, PhD, FESC, FACC, Επεμβατικός Καρδιολόγος - Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής του Metropolitan Hospital, μας απαντά σε όσα θέλουμε να μάθουμε γι' αυτή τη θεραπευτική επιλογή. Η **διάγνωση** της πάθησης γίνεται κατά κύριο λόγο με το έγχρωμο υπερηχοκαρδιογράφημα (Triplex) καρδιάς. Η εξέταση αυτή αναδεικνύει και την αιτία της ανεπάρκειας και δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τη βαρύτητά της, την επίδρασή της στην καρδιακή λειτουργία



και ανατομικές πληροφορίες για τα δομικά στοιχεία της μιτροειδούς βαλβίδας. Η **θεραπεία** με φαρμακευτική αγωγή είναι υποβοηθητική αλλά δεν αντιμετωπίζει ικανοποιητικά την πάθηση αυτή. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η μόνη αποτελεσματική θεραπεία ήταν η χειρουργική.

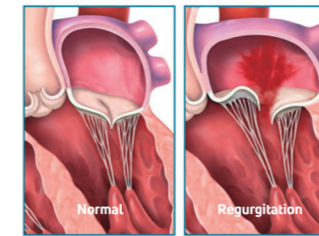
- Στην οργανική ανεπάρκεια, η χειρουργική επιδιόρθωση της βαλβίδας αποτελεί τη θεραπευτική μέθοδο εκλογής. Σε αρκετές δε περιπτώσεις επιβάλλεται η αντικατάστασή της με καινούργια μεταλλική ή βιο-προσθετική βαλβίδα.

- Στη λειτουργική ανεπάρκεια, η χειρουργική αντιμετώπιση έχει αποδειχθεί ωφέλιμη μόνο όταν γίνεται σε συνδυασμό με επαναιμάτωση του μυοκαρδίου (bypass) σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Η χειρουργική επιδιόρθωση ή η αντικατάσταση της βαλβίδας πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και απαιτεί τη διάνοιξη του θώρακα του ασθενή και προσωρινή διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς του. Η διάρκεια της επέμβασης είναι περίπου 4-5 ώρες. Ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο περίπου για μία εβδομάδα και συνήθως επανέρχεται στις δραστηριότητές του μετά από δύο μήνες.

Μοναδική εναλλακτική επιλογή
Στους ασθενείς με ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας είναι πολύ συχνή η συνύπαρξη και άλλων παθήσεων όπως στεφανιαία νόσος, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νεφρική ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια κ.ά. Το γεγονός αυτό αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο της χειρουργικής επέμβασης. **Σε ασθενείς υψηλού ή/και απαγορευτικού χειρουργικού κινδύνου**, η επιδιόρθωση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας με τη χρήση του συστήματος MitraClip αποτελεί τη μοναδική εναλλακτική θεραπευτική επιλογή. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την επιδιόρθωση της βαλβίδας, χωρίς ο ασθενής να υποβληθεί σε διάνοιξη του θώρακα και προσωρινή διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς. Πήρε έγκριση του Ομοσπονδιακού Οργανισμού Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (US-FDA) το 2013. Σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει εφαρμοσθεί σε περισσότερους από 60.000 ασθενείς, με πολύ καλά αποτελέσματα.

Ποιοι ασθενείς έχουν ένδειξη
Ένδειξη για διαδερμική επιδιόρθωση με το σύστημα MitraClip έχουν ασθενείς με σοβαρού βαθμού χρόνια πρωτοπαθή μιτροειδική ανεπάρκεια, οι οποίοι έχουν:

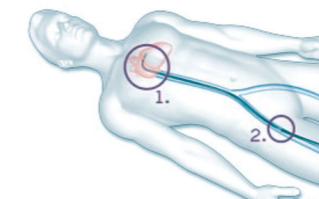
- Σοβαρά συμπτώματα καρδιακής



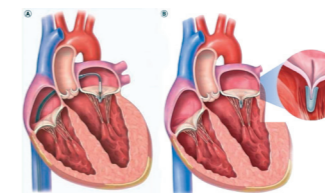
1. (Αριστερά) Φυσιολογική μιτροειδής βαλβίδα: Οι γλωχίνες εφάπτονται και συγκρατούνται ομαλά από τις τενόντιες χορδές με αποτέλεσμα τη στεγανή σύγκλειση της βαλβίδας. (Δεξιά) Σοβαρός βαθμός ανεπάρκειας της μιτροειδούς: Οι γλωχίνες δεν εφάπτονται με αποτέλεσμα τη μη στεγανή σύγκλειση της βαλβίδας και την παλινδρόμηση αίματος.



2. Το MitraClip είναι ένα εμφύτευμα που διαθέτει δύο βραχιόνες σχεδιασμένους να επιτρέπουν τη σύλληψη και συμπλοήση των γλωχίνων της βαλβίδας με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιστικής γέφυρας και τη σημαντική.



3. Το σύστημα MitraClip οδηγείται στην καρδιά μέσα από το φλεβικό σύστημα. Η συνθέστερη θέση εισόδου του καθετήρα στον οργανισμό είναι η μηριαία φλέβα.



4. Σχηματική απεικόνιση τοποθέτησης MitraClip. (Α) Το Clip έχει τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση και έχει συλλάβει και συμπλοήσει τις γλωχίνες της βαλβίδας. (Β) Η τελική θέση του ελευθερωμένου Clip μετά την απομάκρυνση του καθετήρα.

ανεπάρκειας παρά τη βέλτιστη αγωγή

- Απαγορευτικό χειρουργικό κίνδυνο
- Κατάλληλη ανατομία για την εμφύτευση
- Προσδόκιμο επιβίωσης μεγαλύτερο του 1 έτους.

Η τεχνική MitraClip
Η επέμβαση πραγματοποιείται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο υπό γενική αναισθησία, από ομάδα ειδικά εκπαιδευμένων επεμβατικών καρδιολόγων, υπερηχοκαρδιογραφιστών και καρδιοχειρουργών. Συμμετέχουν ακόμα αναισθησιολόγοι, νοσηλεύτες και τεχνολόγοι ιατρικών μηχανημάτων. Η τεχνική περιλαμβάνει τη συμπλοήση των γλωχίνων της βαλβίδας, με τη χρήση ενός ειδικού συνδετήρα (Clip) (Εικ. 2). Το Clip διαθέτει δύο βραχιόνες σχεδιασμένους να επιτρέπουν τη σύλληψη και συμπλοήση των γλωχίνων της βαλβίδας, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιστικής γέφυρας και τη σημαντική μείωση του βαθμού της ανεπάρκειας. Το Clip εισάγεται στον οργανισμό από τη μηριαία φλέβα με μια διαδικασία παρόμοια με εκείνη της στεφανιογραφίας (Εικ. 3) και κατευθύνεται με την καθοδήγηση διανοσφάγιου υπερηχοκαρδιογραφήματος στην κατάλληλη θέση. Στερεώνεται με τη βοήθεια ειδικών βραχιόνων στις γλωχίνες (πτυχές) της μιτροειδούς, οδηγώντας στη δημιουργία ιστικής γέφυρας (Εικ. 4). Η διάρκεια της επέμβασης είναι περίπου δύο ώρες. Η επέμβαση γίνεται χωρίς διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς, είναι σχετικά χαμηλού κινδύνου - ελάχιστη έως και μηδενική θνητότητα και απαιτεί μικρή διάρκεια νοσηλείας. Ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για 2-3 ημέρες και μπορεί να επανέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες άμεσα. Η πιθανότητα επιπλοκών υπολογίζεται ότι είναι μικρότερη από 2%, δηλαδή χαμηλότερη από την αντίστοιχη της κλασικής χειρουργικής αντιμετώπισης.

ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Σήμερα υπάρχουν νέες τεχνικές με καθετήρες, οι οποίοι μπορούν να διέλθουν στην πάσχουσα περιοχή μέσω του ιερού οστού και να φθάσουν στο σημείο εκείνο όπου υπάρχουν οι συμφύσεις (επισκληρίδιο) και να επιτευχθεί λύση τους, ώστε να βελτιωθεί το σύμπτωμα του πόνου



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

Οι ασθενείς με επίμονα, υποτροπιάζοντα ή επιδεινούμενα συμπτώματα που εμφανίζονται μετά από επέμβαση της σπονδυλικής στήλης αποτελούν τη μεγαλύτερη πρόκληση διαγνωστικά και θεραπευτικά για τον χειρουργό της σπονδυλικής στήλης και τον ειδικό ιατρό πόνου.

Οι ασθενείς αυτοί πολλές φορές εμφανίζουν απογοήτευση, θυμό ή και κατάθλιψη.

Το **σύνδρομο αποτυχημένης χειρουργικής επέμβασης στη σπονδυλική στήλη (failed back surgery syndrome, FBSS)** χαρακτηρίζεται από χρόνιο, επίμονο, ανυποχώρητο, επιδεινούμενο ή υποτροπιάζοντα πόνο στην οσφή ή και στα κάτω/άνω άκρα, που εμφανίζεται μετά από χειρουργείο στη σπονδυλική στήλη (σπονδυλοδεσία, δισκεκτομή, πεταλεκτομή κ.λπ.).

Εμμένουσα αδυναμία στα κάτω άκρα, αισθητικές διαταραχές ή διαταραχές των αντανακλαστικών -που υπήρχαν και προεγχειρητικά- δεν είναι χαρακτηριστικά αποτυχημένης χειρουργικής επέμβασης.

Η συχνότητα του συνδρόμου κυμαίνεται από 5-30%, ενώ ο αυξανόμενος τις τελευταίες δεκαετίες αριθμός αυτών των ασθενών οφείλεται κυρίως στην αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων.

Το σύνδρομο μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, που περιλαμβάνουν: **Λανθασμένη διάγνωση.** Συχνές αιτίες πόνου, αδυναμίας ή δυσαισθησίας των κάτω άκρων που λανθάνουν της διάγνωσης είναι η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου ή του γόνατος, η περιφερική αγγειακή νόσος (αγγειακή χωλότητα), η διαβητική περιφερική νευροπάθεια, η πολλαπλή σκλήρυνση και η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να επισκεφθεί τον ειδικό ιατρό στο ιατρείο πόνου.

Λανθασμένη ένδειξη, όταν διενεργεί-

ται ένα χειρουργείο χωρίς να είναι πραγματικά αναγκαίο.

Επισκληρίδια ίνωση. Ο σχηματισμός ουλώδους ιστού στο χειρουργικό πεδίο και ιδιαίτερα γύρω από τις νευρικές ρίζες προκαλεί διαταραχές στη φυσιολογική νευρική λειτουργία και μπορεί να οδηγήσει σε νευροπαθητικό πόνο. Σε πολλαπλές επανεμβάσεις, η συχνότητα επισκληρίδιας ίνωσης αυξάνει σε ποσοστό >60%.

Εκφύλιση του παρακείμενου επιπέδου. Η σπονδυλοδεσία σε ένα επίπεδο μπορεί να προκαλέσει την επανεμφάνιση πόνου προερχόμενου από τους δίσκους ή τις αρθρώσεις που διατηρούν την κινητικότητα τους άνωθεν ή κάτωθεν της σπονδυλοδεσίας. Στις εν λόγω περιπτώσεις, η αρχική βλάβη μεταφέρεται στο παρακείμενο επίπεδο, το οποίο εκφυλίζεται και γίνεται επώδυνο.

Μετεγχειρητική φλεγμονή. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει κάποια παθολογία και εξακολουθεί να πονάει.

Η χρονική διάρκεια της μετεγχειρητικής υποχώρησης των συμπτωμάτων και η φύση των συμπτωμάτων που επανεμφανίζονται αποτελούν τα πλέον σημαντικά διαγνωστικά στοιχεία.

Η ασυμπτωματική περίοδος μπορεί να ποικίλλει από καθόλου (λανθασμένη επιλογή ασθενούς, διάγνωση, επίπεδο ή χειρουργική τεχνική, δευτερεύοντα ζητήματα κέρδους) έως ημέρες ή εβδομάδες (υποτροπή δισκοκλήλης) ή και εβδομάδες έως μήνες (ψευδάρθρωση ή μετεγχειρητικός σχηματισμός ουλώδους ιστού).

Ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε διαγνωστικές εξετάσεις όπως μαγνητική τομογραφία και σε περίπτωση που δεν υπάρχει χειρουργική ένδειξη θα πρέπει να παραπεμφθεί στο ιατρείο πόνου. Οι εγχύσεις (επισκληρίδια έγχυση στεροειδών ή εκλε-



Σε μια σπονδυλική στήλη που έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση και εξακολουθεί να πονάει, δεν πρέπει να γίνονται τυφλές εγχύσεις. Ο αναισθησιολόγος που πραγματοποιεί την έγχυση πρέπει να είναι εξειδικευμένος στον πόνο

κτικός αποκλεισμός νευρικών ριζών) έχουν τόσο θεραπευτική όσο και διαγνωστική αξία.

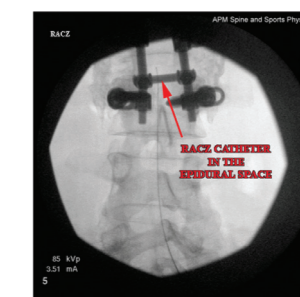
Η έγχυση πρέπει να γίνεται με ακτινοσκόπηση και σκιαγράφηση της περιοχής. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι σε μια σπονδυλική στήλη που έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση και εξακολουθεί να πονάει, δεν πρέπει να γίνονται τυφλές εγχύσεις. Ο αναισθησιολόγος που πραγματοποιεί την έγχυση θα πρέπει να είναι εξειδικευμένος στον πόνο.

Η σκιαγράφηση θα μας δώσει πολλές πληροφορίες για την παθολογία της περιοχής.

Σήμερα υπάρχουν νέες τεχνικές με καθετήρες, οι οποίοι μπορούν να διέλθουν στην πάσχουσα περιοχή μέσω του ιερού οστού και να φθάσουν στο σημείο εκείνο όπου υπάρχουν οι συμφύσεις (επισκληρίδιο) και να επιτευχθεί λύση τους, ώστε να βελτιωθεί το σύμπτωμα του πόνου.

Η θεραπεία του FBSS αποτελεί πρόκληση για τον χειρουργό και η συνεργασία με τον εξειδικευμένο ιατρό του πόνου είναι απαραίτητη.

Στο Metropolitan, το ιατρείο πόνου συνεργάζεται πολύ στενά με τους χειρουργούς της σπονδυλικής στήλης στην επίλυση του πόνου σε περιστατικά, όπως τα παραπάνω.



Συμφυσιόλυση μετά από επέμβαση σπονδυλοδεσίας.



ΑΠΝΟΙΑ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΤΙ ΕΙΝΑΙ • ΠΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΕΤΑΙ

Το σύνδρομο της άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΥ), ή σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ), ή υποαπνοϊκό σύνδρομο, είναι μια σοβαρή και αρκετά συχνή διαταραχή που αφορά σε όλες τις ηλικίες και των δύο φύλων. Συχνότερα όμως αφορά στους άνδρες μετά την ηλικία των 40 ετών. Η γενική επίπτωσή του στον πληθυσμό είναι περίπου 4-6%.

Είναι μια διαταραχή που συμβαίνει κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου, όπου διακόπτεται η αναπνοή (άπνοια) μεταξύ επεισοδίων με έντονο ροχαλητό.

Η διάρκεια των εν λόγω επεισοδίων είναι 10-15 δευτερόλεπτα ή και περισσότερο.

Στην ουσία, πρόκειται για επεισόδια ασφυξίας που επαναλαμβάνονται καθ' όλη τη διάρκεια του ύπνου και στα οποία σημειώνονται σημαντικές παθοφυσιολογικές διαταραχές που αφορούν, μεταξύ άλλων, στην οξυγόνωση του αίματος και στον καρδιακό ρυθμό.

Τα επεισόδια άπνοιας καταστρέφουν

τη φυσιολογική δομή του ύπνου, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι που πάσχουν από το σύνδρομο της άπνοιας να παρουσιάζουν ημερήσια κόπωση και υπνηλία άλλοτε άλλης έντασης, ανάλογα με τη βαρύτητα του συνδρόμου.

Η βαρύτητα του συνδρόμου εξαρτάται από τον αριθμό των επεισοδίων άπνοιας-υπόπνοιας που συμβαίνουν ανά ώρα κατά τη διάρκεια του ύπνου.

- Μέχρι 5 επεισόδια ανά ώρα μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν υπάρχει σύνδρομο άπνοιας, εφόσον δεν υπάρχουν και κλινικά συμπτώματα
- 5-14 επεισόδια ανά ώρα, ήπιου βαθμού
- 15-29 επεισόδια ανά ώρα, μέτριου βαθμού
- 30 ή περισσότερα επεισόδια ανά ώρα, σοβαρού βαθμού.

Η υπνική άπνοια περιγράφηκε και ταυτοποιήθηκε για πρώτη φορά ως κλινικό σύνδρομο το 1976 από τον Christian Guilleminault, υπεύθυνο της Ιατρικής Ύπνου του Πανεπιστημίου Stanford.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι ως σύνδρομο ορίζεται το σύνολο των κλινικών συμπτωμάτων και σημείων που σχετίζονται με την ίδια κλινική εικόνα.

Η άπνοια οφείλεται στο κλείσιμο του ανώτερου αεραγωγού στο επίπεδο του φάρυγγα και συμβαίνει κατά τη διάρκεια του ύπνου, όταν υπάρχει γενική μυϊκή χαλάρωση προκαλώντας στένωση του αεραγωγού, με αποτέλεσμα αντίσταση στη ροή του αέρα.

Η στένωση αυτή μπορεί να είναι πλήρης ή μερική, οπότε πρόκειται για άπνοια ή υπόπνοια, αντίστοιχα.

Υπάρχουν διάφορα αίτια και προδιαθεσικοί παράγοντες που προκαλούν τη συγκεκριμένη κατάσταση, όπως:

- Η αύξηση του σωματικού βάρους
- Η οικογενής προδιάθεση
- Το οινόπνευμα
- Η υπερτροφία αμυγδαλών
- Οι κρανιο-προσωπικές δυσμορφίες (μικρογναθία, μακρογλωσσία κ.λπ.)
- Οι ενδοκρινολογικές και οι μεταβολικές διαταραχές (ακρομεγαλία, υποθυρεοειδισμός, σύνδρομο Cushing)
- Η λαρυγγομαλακία
- Οι διαταραχές του κινητικού νευρώνα.

Οι εκδηλώσεις (κλινική εικόνα) του συνδρόμου της άπνοιας περιλαμβάνουν:

- Έντονο ροχαλητό και ανήσυχος ύπνος

Η άπνοια οφείλεται στο κλείσιμο του ανώτερου αεραγωγού στο επίπεδο του φάρυγγα και συμβαίνει κατά τη διάρκεια του ύπνου, όταν υπάρχει γενική μυϊκή χαλάρωση προκαλώντας στένωση του αεραγωγού, με αποτέλεσμα αντίσταση στη ροή του αέρα

Η διάγνωση, επί κλινικής υποψίας, γίνεται με τη λεγόμενη πολυ-σωματο-καταγραφική μελέτη ύπνου, η οποία εφαρμόζεται σε κατάλληλα εξοπλισμένο θάλαμο (εργαστήριο ύπνου) όπου ο εξεταζόμενος κοιμάται υπό την επίβλεψη ειδικά εκπαιδευμένου τεχνολόγου και πραγματοποιούνται μετρήσεις, καταγραφή και παρατηρήσεις διάφορων παραμέτρων, όπως οξυμετρία, κινήσεις οφθαλμών, θωρακικού τοιχώματος, κοιλιάς, ποδιών.

- Καταγραφή της ροής του αέρα στη μύτη και στο στόμα.
- Διενεργούνται ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα, ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- Ανάλογα με το αποτέλεσμα όλων αυτών των μετρήσεων διαπιστώνεται αν ο εξεταζόμενος πάσχει ή όχι από ΣΑΑΥ και τι βαρύτητας είναι αυτό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το ΣΑΑΥ πρέπει να θεραπεύεται (και θεραπεύεται) πάντα.

Η θεραπεία έγκειται στην απώλεια σωματικού βάρους για τους παχύσαρκους. Ωστόσο, ενίοτε μπορεί να γίνει και χειρουργικά.

Σε λίγες περιπτώσεις (μικρογναθία, μακρογλωσσία) ενδέχεται να βοηθήσουν ενδοστοματικές συσκευές (ενδοστοματικοί νάρθηκες ή μασελάκια), οι οποίες προωθούν την κάτω γνάθο και τη γλώσσα σε πιο πρόσθια θέση κατά τη διάρκεια του ύπνου, έτσι ώστε ο αεραγωγός να παραμένει ανοικτός. Είναι συσκευές εξατομικευμένες ανάλογα με την ανατομία του στόματος.

Η Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής Ύπνου συνιστά τις ενδοστοματικές συσκευές ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αγωγή ήπιας και μέτριας μορφής συνδρόμου υπνικής άπνοιας.

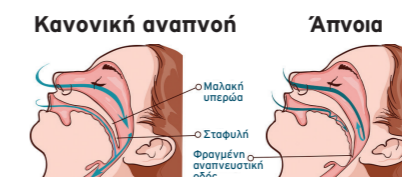
Συνήθως όμως η θεραπεία της αποφρακτικής άπνοιας αντιμετωπίζεται με ειδικό μηχανήμα συνεχούς θετικής πίεσης (C-PAP), το οποίο χρησιμοποιείται κατά τον νυχτερινό ύπνο.

Είναι μικρών διαστάσεων, αθόρυβο, διαθέτει ρινική ή ρινο-στοματική μάσκα, που εφαρμόζεται στον ασθενή και ωθεί τον αέρα με πίεση, έτσι ώστε ο αεραγωγός να παραμένει ανοικτός, καταργώντας τις άπνοιες.

Όλες οι παραπάνω μέθοδοι εφαρμόζονται στο Πνευμονολογικό του Θεραπευτηρίου Metropolitan από μια έμπειρη ομάδα ιατρών, όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων.



Γράφει ο **ΝΙΚΟΛΑΟΣ Δ. ΧΑΪΝΗΣ**, Διευθυντής Β΄ Πνευμονολογικής Κλινικής στο Metropolitan Hospital

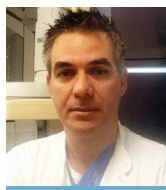


FUSION VIRTUAL NAVIGATION

ΓΙΑ ΒΙΟΨΙΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΣΚΟΠΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η χρήση του Fusion Virtual Navigation στη διενέργεια μιας βιοψίας ή μιας θεραπείας σημαίνει για τον ασθενή, ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, λιγότερες επιπλοκές, μικρότερη παραμονή στο Θεραπευτήριο, μικρότερο κόστος και μεγαλύτερη άνεση

Γράφουν οι



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ,
Διευθυντής Τμήματος Επεμβατικής
Ακτινολογίας στο Metropolitan Hospital



ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΙΕΡΗΣ,
Διευθυντής Τμήματος Υπερήχων
στο Metropolitan Hospital

Πρωτοποριακό, υβριδικό, απεικονιστικό σύστημα για τη διάγνωση και τη θεραπεία στην Ογκολογία, με λιγότερες επιπλοκές, μικρότερη παραμονή στο θεραπευτήριο και μικρότερο κόστος.

Το Metropolitan, πιστό στην αρχή του να καινοτομεί, θέτοντας στη διάθεση ιατρών και ασθενών πρωτοποριακές τεχνολογίες, εγκατέστησε, εδώ και λίγους μήνες, το νέο σύστημα υβριδικής απεικόνισης με χρήση πλοηγού, Fusion Virtual Navigation. Πρόκειται για απεικονιστική καθοδήγηση με πλοηγό τελευταίας τεχνολογίας, που επιτρέπει τη διενέργεια δύσκολων βιοψιών, όπως οι βιοψίες προστάτη, ήπατος και νεφρών ευκολότερα και πιο αποτελεσματικά.

Με αυτό το νέο σύστημα, συγκεντρώνονται οι εξετάσεις του ασθενούς (αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, πολυπαραμετρική απεικόνιση και PET-CT), αξιοποιούνται οι πληροφορίες τους, και, σε συνδυασμό με την εικόνα του Fusion, γίνεται η ακριβής αντιμετώπιση του όγκου. Έτσι, πραγματοποιείται την ίδια στιγμή είτε η βιοψία είτε ο καυτηριασμός. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αποφεύγονται οι μεγάλες επεμβάσεις, και ακόμη πιο σημαντικό, ο κίνδυνος της μη ανίχνευσης της βλάβης, μιας που σε αρκετές περιπτώσεις, η θέση του όγκου δεν είναι διακριτή από μόνη της με την κλασική εικόνα των υπερήχων.

Οι ιατροί του Metropolitan Γεώργιος Ν. Παπαγεωργίου, διευθυντής του Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας και Ιωάννης Πι-

ερός, διευθυντής του Τμήματος Υπερήχων, απαντούν σε ερωτήσεις και λύνουν απορίες σχετικές με τη νέα απεικονιστική μέθοδο και το εύρος των εφαρμογών της.

Τι είναι η τεχνολογία Fusion Imaging;

«Η Επεμβατική Ακτινολογία αναφέρεται σε διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές, με τη χρήση ειδικών εργαλείων και απεικονιστικής καθοδήγησης, ώστε να γίνονται με ακρίβεια η προσέγγιση του στόχου και η αντιμετώπιση της βλάβης. Αυτό σημαίνει για τον ασθενή ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, λιγότερες επιπλοκές, μικρότερη παραμονή στο θεραπευτήριο, μικρότερο κόστος και μεγαλύτερη άνεση. Μια νέα υποειδικότητα της είναι η Επεμβατική Ογκολογία, στην οποία έχει επίσης εφαρμογή η τεχνική Fusion.

Πρόκειται για μια εντελώς νέα "State of the Art" δυνατότητα καθοδήγησης για επεμβάσεις, με συγχώνευση απεικονίσεων, real time Fusion imaging, δηλαδή δυνατότητα «αυθενόωσης» όλων των διαθέσιμων εικόνων του ασθενούς μέσω του υπερσύγχρονου υπερηχοτομογράφου, ώστε να μπορούμε να προσεγγίζουμε με τη μέγιστη δυνατή ακρίβεια οποιαδήποτε αλλοίωση σε όργανα, όπως το ήπαρ, ο νεφρός, ο προστάτης κ.λπ. Έτσι, αξιοποιούμε κάθε πληροφορία από τις προηγηθείσες απεικονιστικές μεθόδους, ώστε κατά τη διάρκεια της επέμβασης να στοχεύουμε σε πραγματικό χρόνο στην αλλοίωση που επιθυμούμε για τη διενέργεια είτε μιας βιοψίας ακριβείας είτε μιας θεραπείας, όπως καυτηριασμοί (RFA, Microwave, Cryoablation κ.ά.).»

Πώς εφαρμόζεται η τεχνική Fusion;

«Οι κατάλληλες εικόνες της αξονικής ή της μαγνητικής τομογραφίας, ή ακόμη και του PET-CT, εισάγονται στο σύστημα υπερήχων υψηλής ευκρίνειας, το οποίο είναι εξοπλισμένο με μαγνητικό πεδίο μικρής έντασης, σύστημα ηλεκτρονικής πλοήγησης και ειδικούς αισθητήρες πάνω στον ηχοβολέα.

Οι ύποπτες εστίες εντοπίζονται και μαρκάρονται πάνω στις εικόνες των τομογραφιών και, αυτομάτως, εμφανίζονται και στην οθόνη του υπερήχου.

Οι θέσεις-στόχοι δεν είναι διακριτές από μόνες τους με την κλασική εικόνα των υπερήχων. Έτσι, γίνεται επιλεκτική, καθοδηγούμενη λήψη ιστοτεμαχίων από τις σεσημασμένες ύποπτες περιοχές ή πραγματοποιούνται μοντέρνες, ελάχιστα επεμβατικές θεραπείες.»

Ποιοι κάνουν τις επεμβάσεις αυτές;

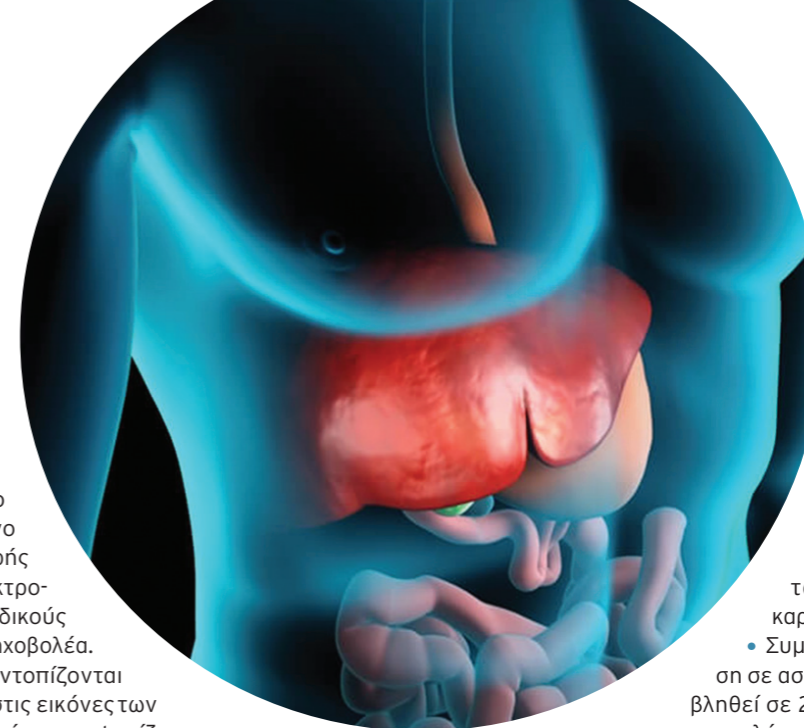
«Όλες αυτές οι επεμβάσεις γίνονται πάντα σε συνθήκες πλήρους ασφάλειας για τον ασθενή, με συστήματα πλοήγησης (navigation system), από την εξειδικευμένη ομάδα του Τμήματος Επεμβατικής Ακτινολογίας και την εξειδικευμένη ομάδα Αναισθησίας του Metropolitan.

Ας σημειωθεί δε ότι το Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας του Θεραπευτηρίου αποτελεί και κέντρο εκπαίδευσης για απεικονιστικά καθοδηγούμενες επεμβάσεις με fusion imaging.»

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της τεχνικής Fusion στη βιοψία του προστάτη;

«Σε σχέση με τη συμβατική βιοψία του προστάτη, η Fusion τεχνική:

- Καθιστά τις ύποπτες εστίες διακριτές σε πραγματικό χρόνο την ώρα της βιοψίας
- Προσφέρει ακριβή «πλοήγηση» στις ύποπτες περιοχές που έχουν επισημανθεί με τη μαγνητική τομογραφία
- Ευνοεί τη λήψη ολιγόριθμων ιστοτεμαχίων στοχευμένα, μέσα από τις ύποπτες εστίες και έτσι μειώνονται οι πιθανότητες επιπλοκών (αιμορραγίες, φλεγμονή)



- Μειώνει την πιθανότητα ανίχνευσης μη κλινικά σημαντικών καρκινωμάτων, ενώ, παράλληλα, μπορεί να συμβάλλει στην ενεργή παρακολούθηση ασθενών με μη κλινικά σημαντικό καρκίνωμα

- Μειώνει την πιθανότητα να αγνοηθεί ύπαρξη καρκίνου

- Συμβάλλει στην ορθή διάγνωση σε ασθενείς που έχουν ήδη υποβληθεί σε 2 ή 3 βιοψίες χωρίς ακριβή αποτελέσματα.»

Πραγματοποιείται την ίδια στιγμή είτε η βιοψία είτε ο καυτηριασμός. Αποφεύγονται οι μεγάλες επεμβάσεις, και ακόμη πιο σημαντικό, ο κίνδυνος της μη ανίχνευσης της βλάβης



Ηλικιωμένος άνδρας με διουρηθρική προστατεκτομή.

Αριστερά: αντίστοιχη υπερηχογραφική εικόνα στην οποία, ενώ δεν φαίνεται η εστία, φαίνονται το μαρκάρισμα και η βελόνα βιοψίας που κατευθύνεται προς τον στόχο. Δεξιά: εικόνα μαγνητικής τομογραφίας στην οποία έχουμε μαρκάρει την ύποπτη εστία.

Σε ποιες άλλες περιπτώσεις χρησιμοποιείται;

«Το Metropolitan Hospital είναι πρωτοπόρο στη χρήση της νέας τεχνικής σε θεραπείες όγκων του ήπατος και του νεφρού, με πάρα πολύ καλά αποτελέσματα. Με τη μέθοδο αυτή, ο ασθενής αποφεύγει άσκοπες και μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις.»

Τι άλλο σύγχρονο εφαρμόζεται;

«Είμαστε μπροστά από τις εξελίξεις στον τομέα των απεικονιστικά καθοδηγούμενων επεμβάσεων. Ενδεικτικά αναφέρουμε τον καυτηριασμό καλοήθων όζων θυρεοειδούς χωρίς τομές, την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερτροφίας του προστάτη χωρίς χειρουργείο, αλλά και όλη την γκάμα των επεμβάσεων της Επεμβατικής Ογκολογίας και της Επεμβατικής Ακτινολογίας: επεμβάσεις χοληφόρων και γαστρεντερικού, ουροποιοτικού, μυοσκελετικού, καθώς και όλο το φάσμα των πλέον εξελιγμένων ενδαγγειακών τεχνικών, σε συνεργασία με την αγγειοχειρουργική ομάδα του Metropolitan.»

Η χρήση του συστήματος Fusion Virtual Navigation στη διενέργεια μιας βιοψίας ή μιας θεραπείας σημαίνει για τον ασθενή ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, λιγότερες επιπλοκές, μικρότερη παραμονή στο Θεραπευτήριο, μικρότερο κόστος και μεγαλύτερη άνεση.

Υπάρχει εμπειρία στη χρήση της νέας τεχνικής σε θεραπείες όγκων του ήπατος, του θυρεοειδούς, του νεφρού και του προστάτη, με εντυπωσιακά αποτελέσματα.

ΕΡΥΘΡΑΙΜΙΑ - ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ

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

1. Γιατρέ, είναι πρόβλημα όταν ο αιματοκρίτης είναι υψηλός;

Βεβαίως, επειδή όταν υπερβαίνει ορισμένες τιμές δημιουργεί αυξημένο κίνδυνο θρομβώσεων, κυρίως π.χ. αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εμφράγματα, θρόμβωση σπλαχνικών φλεβών, διαταραχές όρασης ή και σπανιότερα αιμορραγικές επιπλοκές π.χ. γαστρορραγία κ.ά.

Ωστόσο, η αξιολόγηση του αιματοκρίτη πρέπει να γίνεται από τον κλινικό αιματολόγο. Πράγματι, ο κλινικός αιματολόγος αξιολογεί και ερευνά τη φυσιολογία και την παθολογία των αιμοποιητικών οργάνων (μυελός των οστών, σπλήνας, θύμος αδένας και λεμφαδένες), καθώς και του αίματος (ερυθρών, λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων), αλλά και τη φυσιολογία και την παθολογία της αιμόστασης (αιμορραγίες και θρομβώσεις).

2. Ποια είναι τα αίτια του αυξημένου αιματοκρίτη;

Τα αίτια μπορεί να είναι μη αιματολογικά, π.χ. βαρείς καπνιστές, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, υπνική άπνοια, εκσεσημασμένη παχυσαρκία κ.ά. λόγω υποξυγοναιμίας. Επειδή στις εν λόγω περιπτώσεις η αύξηση του αιματοκρίτη είναι αντιδραστική, αυτή χαρακτηρίζεται ως δευτεροπαθής ερυθραιμία, ενώ η θεραπευτική παρέμβαση είναι διαφορετική και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς.

Εάν όμως το αίτιο είναι αιματολογικό, αυτό προϋποθέτει κατ' αρχάς για μεν τις γυναίκες αιματοκρίτη μεγαλύτερο του 48% και για δε τους άνδρες 49% (πάντα υπό την προϋπόθεση ότι οι αποθήκες σιδήρου είναι φυσιολογικές) μαζί με τα προβλεπόμενα λοιπά ειδικά κριτήρια (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας [ΠΟΥ], 2016).

Εδώ, η νόσος χαρακτηρίζεται ως πρωτοπαθής ή αληθής ερυθραιμία και συνήθως συνοδεύεται και από ταυτόχρονη αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοκυττάρωση) και των αιμοπεταλίων (θρομβοκυττάρωση), οπότε χαρακτηρίζεται ως αληθής πολυκυτταραιμία (polycythemia vera, PV).

Αξίζει να αναφέρουμε ότι μόλις τα πολύ τελευταία χρόνια έχει επισημανθεί μια νέα οντότητα σε ένα ποσοστό 10-15% των ασθενών που δεν πληρούν τα κριτήρια, αλλά έχουν νόσο που ονομάζεται μεταμφιεσμένη πολυκυτταραιμία (masked PV, mPV). Ειδικότερα, η mPV έχει χαμηλότερο αιματοκρίτη από 49% για άνδρες ή 48% για γυναίκες με θρομβοκυττάρωση (αιμοπετάλια άνω των 450-000/mL) και θετικότητα στη μετάλλαξη JAK-2.

Η μη αναγνώριση εγκαίρως της μεταμφιεσμένης αυτής μορφής, παραπλανεί

και οδηγεί σε λιγότερο εντατική θεραπεία και, τελικά, σε μειωμένη επιβίωση των ασθενών!

3. Γιατρέ, υπάρχουν άλλες διαφορές μεταξύ της πρωτοπαθούς και της δευτεροπαθούς ερυθραιμίας;

Πράγματι, στην πρωτοπαθή ή αληθή πολυκυτταραιμία παρουσιάζεται συχνότερα αίσθημα κόπωσης, καταβολής, κοιλιακή δυσφορία λόγω σπληνομεγαλίας (ενίοτε και πόνος από σπληνικά έμφρακτα). Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο υδατογενής κνησμός (φαγούρα μετά από θερμό λουτρό), ο οποίος ενίοτε είναι βασανιστικός και μπορεί να προηγηθεί και πολλά έτη πριν από την αύξηση του αιματοκρίτη, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται και ευνοϊκός προγνωστικός παράγοντας.

Γενικά, η αληθής πολυκυτταραιμία είναι νόσος αυξημένου κινδύνου για αγγειακές επιπλοκές στη μακροκυκλοφορία (θρομβοαιμορραγικά συμβάματα) και διαταραχές στη μικροκυκλοφορία (κεφαλαλγία, ημικρανίες, παροδική απώλεια όρασης, παραισθήσεις). Επιπρόσθετα, είναι αυξημένου κινδύνου για εκτροπή σε μυελοσκληρυνση και σε οξεία λευχαιμία.

4. Μπορεί να γίνει πρόληψη των αγγειακών επιπλοκών;

Βεβαίως, αλλά πρώτα εκτιμούμε και ελέγχουμε εάν υπάρχουν και άλλοι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου (ιστορικό επίκτητης ή κληρονομικής θρομβοφιλίας, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, μεταβολικό σύνδρομο) και πραγματοποιούνται οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα, επιβάλλεται να διενεργηθεί λειτουργικός έλεγχος των αιμοπεταλίων και του παράγοντα von Willebrand και, εφόσον ο έλεγχος είναι αρνητικός για αιμορραγική διάθεση, τότε και μόνο τότε χορηγείται ασπιρίνη σε χαμηλές δόσεις (π.χ. 100 mg ημερησίως).

Ωστόσο, η ελάττωση του αιματοκρίτη κάτω του 45% για τους άνδρες και κάτω του 42% για τις γυναίκες είναι ο θεμελιώδης θεραπευτικός στόχος.

5. Όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν την ίδια θεραπεία;

Όχι, βέβαια. Οι ασθενείς ταξινομούνται και βαθμονομούνται ως εξής:

- Ηλικία ≥ 67 ετών (5 μόρια), 57-66 ετών (2 μόρια)
- Λευκά αιμοσφαίρια $>15.000/\mu\text{L}$ (1 μόριο)
- Προηγηθέντα αγγειακά επεισόδια (1 μόριο).

Ασθενείς υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται όσοι συγκεντρώνουν τουλάχιστον 3 μόρια, ενδιάμεσου κινδύνου 1 ή 2 μόρια και χαμηλού κινδύνου 0 μόρια.

Οι ασθενείς χαμηλού και ενδιάμεσου

κινδύνου, ενδεχομένως μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με αφαιμάξεις και χαμηλές δόσεις ασπιρίνης.

Αντίθετα, οι υψηλού κινδύνου πρέπει να λάβουν και κυτταρομείωση.

Γενικά, για ηλικίες κάτω των 60 ετών προτείνεται η ιντερφερόνη (η οποία επιτυγχάνει ακόμη και μοριακές υφέσεις) και για ηλικίες άνω των 60 ετών η υδροξουρία, ενώ από τον Δεκέμβριο του 2014 έλαβε έγκριση από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) και ο αναστολέας της JAK-2 μετάλλαξης, ο οποίος έδειξε σημαντική βελτίωση στη σπληνομεγαλία καθώς και στον κνησμό.

6. Έχει σημασία στην πρόγνωση η έγκαιρη διάγνωση;

Βεβαίως, όπως αυτό ισχύει για τα πλείστα νοσήματα, αφού η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση μειώνει τον κίνδυνο για θρομβοαιμορραγικές επιπλοκές, επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου σε μυελοσκληρυνση, καθώς και σε οξεία λευχαιμία. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι, όταν η διάγνωση τεκμηριωθεί στο στάδιο μηδέν (0), η επιβίωση υπερβαίνει τα 26 έτη.

7. Γιατρέ, στο Metropolitan αντιμετωπίζετε ασθενείς με ερυθροκυττάρωσεις;

Βεβαίως. Υπάρχει πολύ μεγάλη κλινική εμπειρία και γνώση στην Κλινική Αιματολογία, με δυνατότητα εργαστηριακής μελέτης υψηλού επιπέδου, περιλαμβανομένου του λειτουργικού ελέγχου των αιμοπεταλίων, καθώς και του μοριακού ελέγχου. Στο νόσημα αυτό εφαρμόζεται η Αιματολογία ακριβείας σε επίπεδο διαγνωστικό και θεραπευτικό, δηλαδή προσωποποιημένη θεραπεία.



Γράφει ο **ΝΙΚΟΛΑΟΣ Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ**, Διευθυντής, Αιματολογική Κλινική στο Metropolitan Hospital



Περισσότερες από 5.000 επιτυχείς επεμβάσεις θυρεοειδούς και παραθυρεοειδών αδένων για το Κέντρο Θυρεοειδούς του Metropolitan

ΚΕΝΤΡΟ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ METROPOLITAN ΕΚΕΙ ΟΠΟΥ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΣΥΝΑΝΤΙΟΥΝΤΑΙ



Γράφει ο **ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΟΥΣΗΣ**, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντής Κλινικής Θυρεοειδούς και Ενδοκρινών Αδένων στο Metropolitan Hospital

Ο θυρεοειδής αδένας ρυθμίζει τον μεταβολισμό του ανθρώπινου σώματος. Βρίσκεται στον λαιμό, μπροστά από την τραχεία. Το εντυπωσιακότερο στοιχείο σε αυτόν είναι η αντιμετώπιση που συνήθως του επιφυλάσσουμε: ενώ στην Ελλάδα οι παθήσεις του θυρεοειδούς είναι πολύ συχνές και, ενώ πολύ συχνά ελέγχεται η λειτουργία του μέσω εξετάσεων αίματος, επειδή οι εν λόγω εξετάσεις μπορεί να είναι φυσιολογικές, η διερεύνησή του σταματά εκεί. Αποτέ-

λεσμα; Μπορεί να διαλάβουν της διάγνωσης παθήσεις του θυρεοειδούς που τελικά θα αντιμετωπιστούν χειρουργικά. Δεν είναι σπάνιο να εκπλήσσονται οι ασθενείς, όταν κάποιος ιατρός τους συστήσει να κάνουν και ένα υπερηχογράφημα, καθώς δεν είναι επίσης σπάνιο αυτό το υπερηχογράφημα να αποκαλύψει όζους, όπως αποκαλούνται οι όγκοι του θυρεοειδούς, η θεραπεία των οποίων πρέπει να είναι χειρουργική. Γι' αυτό, στο πλαίσιο του προληπτικού ελέγχου, θα πρέπει να διενερ-

γείται πάντοτε και υπερηχογράφημα θυρεοειδούς, γεγονός που αποτελεί πάγια πρακτική στο Θεραπευτήριο Metropolitan.

Οι συχνότερες παθήσεις του θυρεοειδούς και η αντιμετώπισή τους

Στην Ελλάδα, η συχνότερη πάθηση του θυρεοειδούς είναι η πολυοζώδης βρογχοκήλη, δηλαδή διόγκωση του θυρεοειδούς με όζους, μικρούς ή μεγάλους. Οι μεγάλοι, δηλαδή αυτοί οι οποίοι είναι μεγαλύτεροι από 2-3 εκατοστά, εκτός από τη διόγκωση που προκαλούν, πιέζουν και την τραχεία και δίνουν συμπτώματα λόγω μεγέθους. Τότε, συνήθως η θεραπεία είναι χειρουργική, όπως επίσης χειρουργική είναι η θεραπεία όταν κάποιος όζος είναι καρκίνος, οπότε πρέπει να αντιμετωπιστεί ανεξαρτήτως μεγέθους. Σε όλες τις περιπτώσεις, αυτός που θα εκτιμήσει την κατάσταση και θα προχωρήσει σε περαιτέρω έλεγχο είναι ο ενδοκρινολόγος. Τα στοιχεία από την εξέτάσή του, το ιστορικό του ασθενούς αλλά και το υπερηχογράφημα μπορεί να επιβάλλουν την παρακέντηση των ύποπτων όζων, έτσι ώστε από τους ασθενείς με όζους να ξεχωρίσουν εκείνοι που θα πρέπει να χειρουργηθούν.

Μια άλλη δυσλειτουργία του θυρεοειδούς είναι ο υπερθυρεοειδισμός, κατάσταση κατά την οποία ο αδένας υπερλειτουργεί.

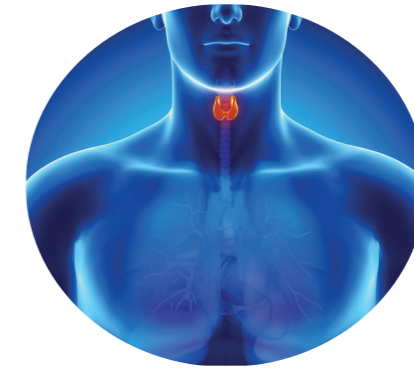
Υπερθυρεοειδισμό μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από παθήσεις:

- Η νόσος Graves που αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά και, εάν υπάρξουν υποτροπές, χειρουργικά
- Η τοξική οζώδης βρογχοκήλη που χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή για να ρυθμιστεί η λειτουργία του θυρεοειδούς και στη συνέχεια εγχείρηση
- Το τοξικό αδένωμα του θυρεοειδούς, που είναι σχετικά σπάνιο και αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά, με ακτινοβολία ή χειρουργικά.

Στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται ολική θυρεοειδεκτομή, δηλαδή αφαιρείται ολόκληρος ο αδένας.

Εμπειρία: το κυριότερο ζητούμενο στην ολική θυρεοειδεκτομή.

Η ύπαρξη ή όχι επιπλοκών κατά την ολική θυρεοειδεκτομή εξαρτάται σχεδόν



Στην Ελλάδα, η συχνότερη πάθηση του θυρεοειδούς είναι η πολυοζώδης βρογχοκήλη, δηλαδή διόγκωση του θυρεοειδούς με όζους, μικρούς ή μεγάλους. Οι μεγάλοι, δηλαδή αυτοί οι οποίοι είναι μεγαλύτεροι από 2-3 εκατοστά, εκτός από τη διόγκωση που προκαλούν, πιέζουν και την τραχεία και δίνουν συμπτώματα λόγω μεγέθους

αποκλειστικά από την εμπειρία του χειρουργού. Χαρακτηριστική είναι η σύσταση της Αμερικανικής Εταιρείας Θυρεοειδούς που θέτει ως προαπαιτούμενο της ασφαλούς αφαίρεσης θυρεοειδούς τη δυνατότητα του χειρουργού να αναγνωρίζει τα λαρυγγικά νεύρα χωρίς ή με τη βοήθεια νευροδιεγερτών. Αυτό γιατί το πρώτο που πρέπει να προσέξει ο χειρουργός είναι να προφυλάξει τα δύο λαρυγγικά νεύρα, τα νεύρα τα οποία βρίσκονται πίσω από τον θυρεοειδή, σε απόλυτη επαφή με αυτόν

και κινούν τις φωνητικές χορδές. Το δεύτερο είναι να προφυλάξει τους τέσσερις παραθυρεοειδείς αδένες, κρατώντας τους κατά το δυνατόν άθικτους στη θέση τους.

Έτσι, οι φωνητικές διαταραχές και η υπασβεστιαμία, οι δύο σχετικές με τη θυρεοειδεκτομή επιπλοκές, στα χέρια έμπειρων χειρουργών πέφτουν κάτω από 1%.

Στους ασθενείς με καρκίνο του θυρεοειδούς, συχνά μπορεί να συνυπάρχουν και διηθημένοι από τον καρκίνο λεμφαδένες, οπότε θα πρέπει πριν από την επέμβαση να γίνεται ένας σχολαστικός έλεγχος τραχήλου με υπερηχογράφημα (χαρτογράφηση τραχήλου), που πληροφορεί τον χειρουργό αν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες οι οποίοι θα πρέπει να αφαιρεθούν.

Περισσότερες από 5.000 επιτυχείς επεμβάσεις

Παρόλο που το Metropolitan είναι ένα από τα μεγαλύτερα ρομποτικά κέντρα της Ευρώπης, η ρομποτική ολική αφαίρεση θυρεοειδούς δεν έχει θέση στη χειρουργική του θυρεοειδούς. Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες προκειμένου να μην υπάρχει τομή στον λαιμό, ενδοσκοπικά. Όμως, αυτή είναι μια εγχείρηση που ακόμη γίνεται με τομές από τις μασχάλες ή τις θηλές των μαστών, μια επέμβαση που μετατρέπει μια καθημερινή απλή εγχείρηση σε μια βαριά πολύωρη εγχείρηση.

Τελευταία, γίνονται προσπάθειες ενδοσκοπικής αφαίρεσης του θυρεοειδούς από το στόμα, αλλά και εδώ ισχύουν ακόμη αυτά που ήδη αναφέρθηκαν στην ενδοσκοπική προσπάθεια.

Μέχρις ότου οι εν λόγω προσπάθειες μπορέσουν να περάσουν στην καθημερινότητα και να λάβουν τη θέση τους στην ιατρική πράξη, στο Κέντρο Θυρεοειδούς του Metropolitan, όπως και σε όλο τον κόσμο, η χειρουργική θεραπεία εκλογής θα είναι η ολική θυρεοειδεκτομή. Μια επέμβαση ασφαλής, ελαφρά, με λίγο και ανεκτό πόνο, εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα και επιστροφή στο σπίτι και σε όλες τις καθημερινές δραστηριότητες μία ημέρα μετά τη διεξαγωγή της. Το πιστοποιούν περισσότερες από 5.000 επιτυχείς επεμβάσεις στο Κέντρο Θυρεοειδούς του Θεραπευτηρίου Metropolitan.

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΑΚΟΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Τρόπος ελέγχου ακοής σε βρέφη και παιδιά

Είναι γνωστό ότι για να αναπτυχθεί φυσιολογικά η ομιλία και ο λόγος στο παιδί, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να έχει φυσιολογική ακοή. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η περίοδος των δύο πρώτων ετών της ζωής του παιδιού είναι ιδιαίτερα σημαντική και καλείται «κριτική περίοδος». Η περίοδος αυτή αφορά στην εκμάθηση της ομιλίας και στην περαιτέρω ανάπτυξη του λόγου. Επομένως απαραίτητο είναι, όσο είναι εφικτό, αμέσως μετά τη γέννηση να γνωρίζουμε εάν ένα παιδί ακούει ή όχι ή εάν πάσχει από κάποιο βαθμό βαρηκοΐας.

Θα πρέπει να δώσουμε μεγάλη προσοχή στα δύο πρώτα έτη ζωής του παιδιού σε παρατηρήσεις μας, όπως:

- Το γάβγισμα του σκύλου ή η μουσική αποσπούν την προσοχή του παιδιού από το παιχνίδι του;
 - Όταν κτυπήσουμε ένα κουταλάκι σε φλιτζάνι, όταν κτυπήσουμε την κουδουνίστρα, όταν τσαλακώσουμε ένα χαρτί -εφόσον δεν το βλέπει- στρίβει το κεφαλάκι του;
 - Το ενθουσιάζουν παιχνίδια που κάνουν θόρυβο;
 - Μπορεί να μιμηθεί τη φωνή που ακούει;
 - Εμπλουτίζει συνεχώς το λεξιλόγιό του;
- Αν κάτι από αυτά δεν συμβαίνει, θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον ιατρό σας.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στα νεογέννητα παιδιά υψηλού κινδύνου (δηλαδή παιδιά με οικογενειακό ιστορικό βαρηκοΐας, με συγγενείς λοιμώξεις, με κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες, με βάρος γέννησης <1.500 g, με υπεχολερυθριναιμία, μετά από χορήγηση ωτοτοξικών φαρμάκων, παιδιά που έπαθαν βακτηριδιακή μηνιγγίτιδα, παιδιά με μηχανική υποστήριξη αναπνοής περισσότερο από 5 ημέρες, με διάφορα σύνδρομα (Down, Alpert, Waardenburg κ.ά.), επειδή αυτά τα παιδιά υπολογίζεται ότι έχουν 14 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν βαρηκοΐα απ' ό,τι τα φυσιολογικά παιδιά.

Η πρώτη εξέταση για τον έλεγχο της ακοής, είναι το **Τονικό Ακοόγραμμα Ελευθέρου Πεδίου**. Αυτό γίνεται σε ήσυχο χώρο, χρησιμοποιώντας ηχογόνα παιχνίδια (κουδουνίστρες χαμηλών και υψηλών συχνοτήτων, το κτύπημα του κουταλιού σε φλιτζάνι, το τσαλάκωμα ζελατίνης - συχνότητα 1.000 HZ περίπου) και χαμηλή ομιλία. Για υψηλούς και χαμηλούς τόνους επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί η φώνηση του «ψ» και του «ου». Λεπτομερώς παρατηρούνται οι αυτόματες αντανακλαστικές αντιδράσεις. *Οι αναμενόμενες αντιδρά-*

σεις είναι σχετικές με την ωριμότητα του βρέφους. Αυτές μπορεί να είναι:

- **Ηλικία από τη γέννηση έως 4 μηνών:** Οι αντιδράσεις είναι καθαρά αντανακλαστικές. Σε χορήγηση χαμηλής έντασης ήχου παρατηρείται σύγκλιση των βλεφάρων ή διάνοιξη, αλλά όχι πάντα. Η πλέον αξιόπιστη απάντηση είναι το ξάφνιασμα του βρέφους ή το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων κατά τη χορήγηση ισχυρού ήχου. Τον 3ο ή τον 4ο μήνα μπορεί να αρχίσει να γυρνά το κεφάλι του προς την πηγή του ήχου, αλλά ακόμη δεν είναι αξιόπιστη η απάντηση.
- **4-7 μηνών:** Στην ηλικία των 4 μηνών το βρέφος αρχίζει να γυρνά το κεφάλι του προς την ηχητική πηγή με αβεβαιότητα, αλλά στην ηλικία των 7 μηνών γυρνά αμέσως προς την πηγή. Πιθανόν τους χαμηλούς ήχους να μην τους εντοπίζει αμέσως, αλλά γυρνά προς την πλευρά παραγωγής του ερεθίσματος.
- **7-9 μηνών:** Σε αυτή την ηλικία εντοπίζει την ηχητική πηγή, ακόμη και με τη χορήγηση χαμηλής έντασης ήχων.
- **9-13 μηνών:** Στο τέλος της περιόδου αυτής το βρέφος είναι ικανό να εντοπίσει αμέσως ήχους σε οποιοδήποτε επίπεδο. Τώρα πλέον έχει επιτευχθεί

πλήρως η ωριμότητα του ακουστικού του συστήματος.

Ένα φυσιολογικό παιδί, ανάλογα με την ηλικία του, αντιδρά στα διάφορα ακουστικά ερεθίσματα ως εξής (Πίν. 1).

Η εξέταση αυτή διενεργείται με τη χρήση του ειδικού κλινικού ακουγράφου ελευθέρου πεδίου (Εικ. 1).

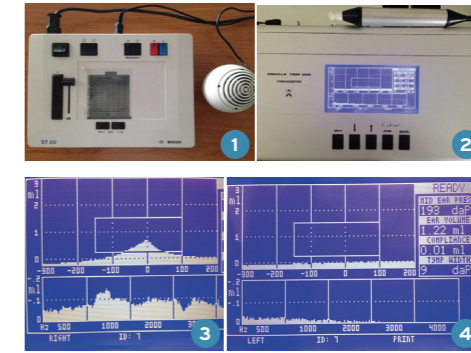
Γενικά, όλες αυτές οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται με ειδικές συσκευές για βρέφη-νεογνά και παιδιά με τα οποία είναι πλήρως εξοπλισμένο το Ακουολογικό-Νευροωτολογικό Τμήμα Παιδιών του Θεραπευτηρίου METROPOLITAN. Είμαστε σε θέση να βεβαιώσουμε εξετάζοντας ένα παιδί από την ημέρα της γέννησής του αν ακούει ή όχι, ή ακόμη να εξετάσουμε και μεγαλύτερα παιδιά που δεν συνεργάζονται.

Τις κλινικές εξετάσεις ειδικά σε αυτή τη μικρή ηλικία συμπληρώνει και επιβεβαιώνει ο ηλεκτρονικός διαγνωστικός έλεγχος. Αυτός περιλαμβάνει τη μέτρηση της **Ακουστικής Αντίστασης** (Εικ. 2).

Με τη συγκεκριμένη εξέταση επιτυγχάνεται η μέτρηση της κινητικότητας του τυμπανικού υμένα, ο καθορισμός της πίεσης στο μέσο αυτί, ο έλεγχος της λειτουργίας της ευσταχιανής σάλπιγγας, η αξιολόγηση της ακεραιότητας και της ελαστικότητας της ακουστικής αλυσίδας, καθώς επίσης η μελέτη των νευρομυϊκών αντανακλαστικών και ιδιαίτερα του μυός του αναβολέα. Οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι κυρίως το **Τυμπανόγραμμα** και η εξέταση του **Ακουστικού Αντανακλαστικού**.

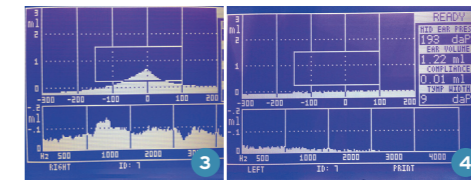
Φυσιολογικός θεωρείται ο τύπος του τυμπανογράμματος Α (Εικ. 3), ενώ παθολογικός θεωρείται ο τύπος του τυμπανογράμματος Β (Εικ. 4). Συνήθως σε αυτόν τον τύπο υπάρχει η πιθανότητα ύπαρξης υγρού στο μέσο αυτί.

Στη συνέχεια πραγματοποιείται η λήψη των **Ακουστικών Αντανακλαστικών**. Αν επιτευχθεί, παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την ακουστική κατάσταση του βρέ-



Αριστερά. Τονικός ακουγράφος ελευθέρου πεδίου.

Δεξιά. Ηλεκτρονικός τυμπανογράφος.



Αριστερά. Τυμπανόγραμμα τύπου Α (φυσιολογικό), με έκλυση ακουστικών αντανακλαστικών.

Δεξιά. Τυμπανόγραμμα τύπου Β (παθολογικό). Δεν εκλύονται τα ακουστικά αντανακλαστικά.

φους, καθότι παράγονται χαρακτηριστικές κυματομορφές που αντιστοιχούν στη σύσπαση του μυός του αναβολέα, όταν αυτός εκτίθεται στο ακουστικό ερέθισμα (Εικ. 5).

Μια άλλη μέθοδος για τον έλεγχο της λειτουργικότητας του μέσου αυτιού και του κοχλίου είναι οι **Ωτοακουστικές Εκπομπές**.

Οι ωτοακουστικές εκπομπές είναι απαντήσεις που δίνει ο κοχλίας σε μορφή ακουστικής ενέργειας και ανιχνεύονται στον έξω ακουστικό πόρο.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου τα ακόλουθα:

- Πρόκειται για αντικειμενική μέθοδο που μελετά τη μηχανική του κοχλίου και μάλλον με τρόπο μη επεμβατικό
 - Η εξέταση διεκπεριώνεται γρήγορα.
- Στην περίπτωση που το βρέφος-παιδί δεν συνεργάζεται, χορηγείται μέθη (ελαφρά γενική αναισθησία) με παρουσία παιδοαναισθησιολόγου και η εξέταση διεκπεριώνεται γρήγορα και με ασφάλεια.

Γενικά, στην περίπτωση που το παιδί δεν συνεργάζεται για να γίνει τονικό ακοόγραμμα (π.χ. λόγω μικρής ηλικίας, ψυχοκινητικής ανωριμότητας, αμφιβολίας στα αποτελέσματα των προηγούμενων εξετάσεων, υποψία λειτουργικής βαρηκοΐας ή υποψίας νευροαισθητηριακής βαρηκοΐας), καταφεύγουμε στη λήψη των **Ακουστικών Προκλητών Δυναμικών Εγκεφαλικού Στελέχους (ΑΠΔΕΣ)**. Αυτά χρησιμοποιούνται για τον πλήρη έλεγχο της περιφερικής ακουστικής οδού και μπορούν να μας καθορίσουν την περιοχή της βλάβης, αν δηλαδή εντοπίζεται στον κοχλία ή οπισθοκοχλιακά. Η εξέταση διεκπεριώνεται με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και κατάλ-

λων προγραμμάτων. Το βρέφος μπορεί να εξεταστεί πίνοντας το γάλα του, οπότε ηρεμεί και μετά από λίγο κοιμάται. Τοποθετούνται για την εξέταση τρία ηλεκτρόδια στο δέρμα του προσώπου. Με ειδικά ακουστικά κεφαλάκια χορηγούνται ηχητικά ερεθίσματα σε διάφορες εντάσεις και λαμβάνονται αντίστοιχες κυματομορφές που θέτουν και τη διάγνωση.

Στην περίπτωση που δεν μπορεί να διεκπεραιωθεί η εξέταση λόγω κλάματος, χορηγείται από τον αναισθησιολόγο μέθη.

Στην επόμενη εικόνα φαίνεται η λήψη φυσιολογικών κυματομορφών προκλητών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους και στα δύο αυτιά (Εικ. 6), ενώ στην επόμενη εικόνα φαίνεται η λήψη φυσιολογικών κυματομορφών προκλητών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους και στα δύο αυτιά (Εικ. 7), ενώ στην επόμενη εικόνα φαίνεται η λήψη φυσιολογικών κυματομορφών προκλητών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους και στα δύο αυτιά (Εικ. 8).



Λήψη ωτοακουστικών εκπομπών

και στην επόμενη εικόνα φαίνεται η λήψη φυσιολογικών κυματομορφών προκλητών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους και στα δύο αυτιά (Εικ. 6), ενώ στην επόμενη εικόνα φαίνεται η λήψη φυσιολογικών κυματομορφών προκλητών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους και στα δύο αυτιά (Εικ. 7), ενώ στην επόμενη εικόνα φαίνεται η λήψη φυσιολογικών κυματομορφών προκλητών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους και στα δύο αυτιά (Εικ. 8).

Τέλος, στην εικόνα 8 εμφανίζεται η εικόνα αμφοτερόπλευρης κώφωσης. Δεν εκλύονται κυματομορφές. Η υπεροχή της μεθόδου αυτής είναι περισσότερο αξιόπιστη από κάθε άλλη ηλεκτρονική μέθοδο. Δεν επηρεάζεται από τα φάρμακα της γενικής αναισθησίας όταν χορηγείται, ούτε από άλλα φάρμακα, ενώ μπορεί να εφαρμοστεί και σε παιδιά με εγκεφαλικές βλάβες.

Πίνακας 1. Συμπεριφορά του βρέφους στα ακουστικά ερεθίσματα					
Ηλικία	Θόρυβος (db)	Τόνος (db)	Ομιλία (db)	Αντίδραση	Τρομάζει με ομιλία (db)
0-6 εβδ.	50-70	78±6	40-60	Ανοίγει τα μάτια, κινεί τα βλέφαρα, κινείται ή ξυπνά, τρομάζει	65
6 εβδ. - 4 μηνών	50-60	70±10	47±2	Ανοίγει τα μάτια, κινεί τα βλέφαρα, ψυχάζει, κινεί στοιχειωδώς το κεφάλι (4ος μήνας)	65
4-7 μηνών	40-50	51±9	21±8	Στρέφει το κεφάλι πλάγια προς τον ήχο, προσέχει	65
7-9 μηνών	30-40	45±15	15±7	Εντοπίζει την πλευρά του ήχου	65
9-13 μηνών	25-35	38±8	8±7	Εντοπίζει την πλευρά του ήχου και κάτω του επιπέδου του αυτιού	65
13-16 μηνών	25-30	32±10	5±5	Εντοπίζει τον ήχο πλάγια, προς τα κάτω και πάνω	65
16-21 μηνών	25	25±10	5±1	Εντοπίζει τον ήχο πλάγια, προς τα κάτω και πάνω	65
21-24 μηνών	25	26±10	3±10	Εντοπίζει τον ήχο πλάγια, προς τα κάτω και πάνω	65



Γράφει ο Δρ ΙΩΑΝΝΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ, Διευθυντής Παιδο-Ωτορινολαρυγγολόγος - Ακουολόγος στο Metropolitan Hospital



(Από αριστερά προς τα δεξιά)

- Φυσιολογικά προκλητά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους σε βρέφος.
- Μονόπλευρη κώφωση αριστερά. Δεξιά, φυσιολογικό αυτί.
- Αμφοτερόπλευρη κώφωση.

ΝΕΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΝΕΙ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ



Γράφει ο **ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΟΥΛΑΚΗΣ**, Αν. Καθηγητής, Δ/ντής Γενικής Λαπαροσκοπικής και Ρομποτικής Ουρολογικής Κλινικής στο Θεραπευτήριο Metropolitan

Η παρακολούθηση των ασθενών μετά από ριζική θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη (ρομποτική ριζική προστατεκτομή ή/και εξωτερική ακτινοβολία), έγκειται εν πολλοίς στην τακτική μέτρηση του PSA.

Ωστόσο, σε ορισμένους ασθενείς και κυρίως σε αυτούς που αρχικά διαγνώστηκαν με επιθετικότερη μορφή προστατικού καρκίνου μπορεί να συμβεί υποτροπή της νόσου. Το πρώτο σημάδι της υποτροπής είναι η σταδιακή αύξηση της τιμής του PSA. Η αύξηση του PSA πέρα από μια

προκαθορισμένη τιμή ορίζεται ως βιοχημική υποτροπή της νόσου.

Ειδικότερα, μετά από (ανοιχτή ή και ρομποτική) ριζική προστατεκτομή, η βιοχημική υποτροπή ορίζεται ως PSA μεγαλύτερο από 0,2 σε δύο συνεχόμενες μετρήσεις, ενώ όταν έχει προηγηθεί μόνο ακτινοθεραπεία, η βιοχημική υποτροπή ορίζεται από τη χαμηλότερη (ναδίρ) τιμή του PSA που ανιχνεύεται μετά την ακτινοβολία + 2 μονάδες.

Η βιοχημική υποτροπή της νόσου δίνει το έναυσμα να αναζητήσουμε και κλι-

νικά το σημείο όπου μπορεί να έχει υποτροπιάσει η νόσος, αν δηλαδή πρόκειται για τοπική υποτροπή (στην ανατομική θέση του προστάτη) ή για απομακρυσμένη υποτροπή (π.χ. λεμφαδένες, οστά κλπ.).

Μέχρι σήμερα σε αυτή την ομάδα των ασθενών με βιοχημική υποτροπή της νόσου, οι συμβατικές απεικονιστικές μέθοδοι (αξονική τομογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, μαγνητική τομογραφία) παρουσιάζουν πολύ χαμηλά ποσοστά επιτυχίας στην εντόπιση του σημείου της υποτροπής.

Αυτό το διαγνωστικό αλλά και θεραπευτικό πρόβλημα έρχεται πλέον να διευκολύνει η εφαρμογή της νέας διαγνωστικής μεθόδου PET/CT-PSMA, της ποζιτρονικής αξονικής τομογραφίας με τη χρήση του αντιγόνου PSMA. Το αντιγόνο PSMA αποτελεί μια ουσία, η οποία εκκρίνεται από τα προστατικά καρκινικά κύτταρα. Πολυάριθμες μελέτες που διεξήχθησαν σε ερευνητικά κέντρα των ΗΠΑ και του Καναδά, καταγράφουν πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα από τη χρήση της μεθόδου PET/PSMA για την ανίχνευση της υποτροπής της νόσου σε πολύ αρχικό στάδιο, σε ποσοστό που φτάνει μέχρι και το 70%. Αξίζει δε να σημειωθεί, ότι συνεπεία των ανωτέρω αποτελεσμάτων αλλάζει και η θεραπευτική προσέγγιση στο ένα τέταρτο σχεδόν των ασθενών.

Μέχρι τώρα η θεραπεία της βιοχημικής υποτροπής του καρκίνου του προστάτη μετά από (ανοιχτή ή ρομποτική) ριζική προστατεκτομή ήταν πρακτικά «τυφλή», χωρίς ουσιαστικό στόχο. Επειδή με τις μέχρι τώρα διαθέσιμες συμβατικές διαγνωστικές μεθόδους δεν μπορούσαμε να εντοπίσουμε το σημείο που εμφανίστηκε ξανά ο καρκίνος του προστάτη χορηγούσαμε τυφλά ορμονοθεραπεία και τοπικά ακτινοβολία στην περιοχή που βρισκόταν ο προστάτης. Σε περίπτωση που είχε ακολουθήσει και εξωτερική ακτινοβολία μετά από ριζική προστατεκτομή, χορηγούσαμε και πάλι τυφλά ορμονοθεραπεία, την οποία μετά από ορισμένο χρόνο τη «συνηθίζει» ο καρκίνος του προστάτη και γίνεται ορμονοανθεκτικός, με συνέπεια να λαμβάνονται ορμονικά σκευάσματα και το PSA να ανεβαίνει, δηλαδή ο καρκίνος να μην υπακούει σε καμιά θεραπεία. Έτσι λοιπόν φτάνουμε στο σημείο να έχουμε πρόωρα εξα-

Η χρήση της Ρομποτικής Χειρουργικής συμβάλλει τα μέγιστα στην εξάλειψη της υποτροπής της νόσου ανεξάρτητα από την αρχική ριζική θεραπεία που εφαρμόστηκε (ρομποτική ή και ανοιχτή ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία). Παρέχεται έτσι η δυνατότητα της έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης της υποτροπής της νόσου, αποφεύγοντας ή και καθυστερώντας σημαντικά την εφαρμογή συστηματικής θεραπείας (ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία).

ντλήσει όλα τα όπλα μας κατά του καρκίνου του προστάτη. Σήμερα, μπορούμε να εντοπίζουμε στοχευμένα πού εμφανίστηκε ξανά ο καρκίνος του προστάτη, και αυτές τις εστίες να τις αφαιρούμε με τον πιο αποτελεσματικό και ελάχιστα τραυματικό τρόπο, ρομποτικά δηλαδή. Έτσι, δεν εξαπλούμε όλες τις εφεδρείες μας στη μάχη κατά του καρκίνου και η ελπίδα της πλήρους ίασης διατηρείται ακόμη ζωντανή!

Σε περίπτωση που δεν είχε γίνει ριζική προστατεκτομή ως πρωταρχική θεραπεία του καρκίνου του προστάτη αλλά κατευθείαν εξωτερική ακτινοβολία ή βραχυθεραπεία (εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων στον προστάτη) η υποτροπή του καρκίνου του προστάτη μπορεί, με τη νέα διαγνωστική μέθοδο, να εντοπιστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια και να προβούμε στη συνέχεια σε ρομποτική ριζική προστατεκτομή διάσωσης με λεμφαδεκτομή.

Η χρήση της Ρομποτικής Χειρουργικής συμβάλλει τα μέγιστα στην εξάλειψη της υποτροπής της νόσου ανεξάρτητα από την αρχική ριζική θεραπεία που εφαρμόστηκε

(ρομποτική ή και ανοιχτή ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία). Παρέχεται έτσι η δυνατότητα της έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης της υποτροπής της νόσου, αποφεύγοντας ή και καθυστερώντας σημαντικά την εφαρμογή συστηματικής θεραπείας (ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία).

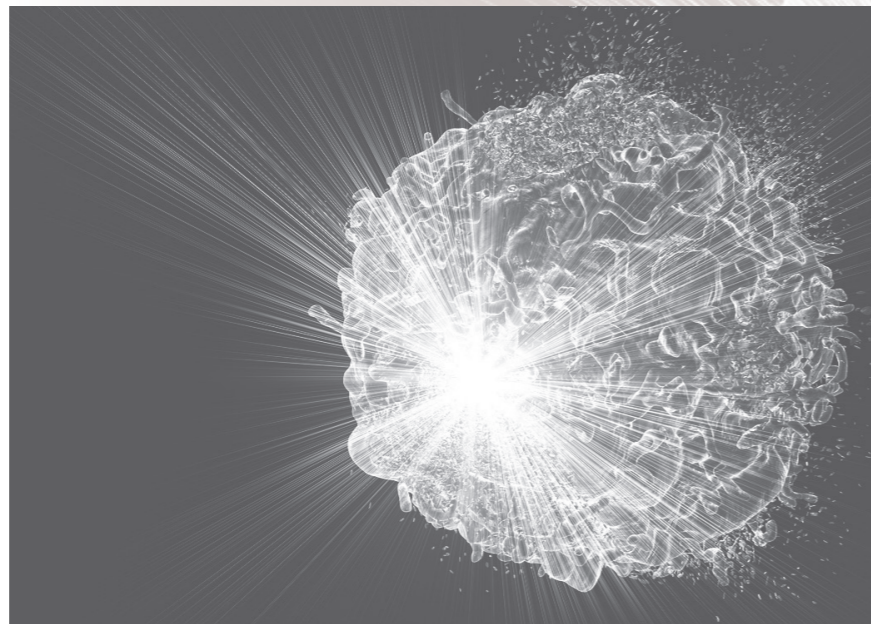
Η χρήση της Ρομποτικής Χειρουργικής για αυτή την ομάδα των ασθενών έχει συγκεκριμένες ενδείξεις. Ειδικότερα, όταν έχει προηγηθεί αρχικά ακτινοθεραπεία και εντοπίζεται τοπική υποτροπή στην περιοχή του προστάτη ή και σε απομακρυσμένους λεμφαδένες χωρίς να υπάρχει μετάσταση σε οστά ή σπλάχνα, η εφαρμογή της ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής διάσωσης με ευρύ λεμφαδενικό καθαρισμό (αφαίρεση 30-50 λεμφαδένων) παρουσιάζει πολύ καλά αποτελέσματα στον έλεγχο της νόσου, σε σημείο ώστε στο 50% σχεδόν των ασθενών να διακόπτεται η ορμονοθεραπεία και να γίνεται μόνο παρακολούθηση με το PSA. Παρομοίως, εάν αρχικά έχει προηγηθεί ρομποτική ή ανοιχτή ριζική προστατεκτομή και εντοπιστεί μεταγενέστερα υποτροπή είτε τοπική (στην περιοχή της πυέλου) είτε σε απομακρυσμένους λεμφαδένες, η Ρομποτική Χειρουργική επιτρέπει την ευρεία εκτομή της τοπικής υποτροπής και εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό με στόχο την εξάλειψη της υποτροπής.

Συμπερασματικά, ανεξάρτητα από την αρχική θεραπεία που εφαρμόστηκε, ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν υποτροπή της νόσου είτε σε λεμφαδένες είτε σε τοπικό επίπεδο (πύελος) και δεν παρουσιάζουν σπλαχνικές ή οστικές μεταστάσεις, μπορούν να υποβληθούν σε Ρομποτική Χειρουργική επέμβαση με πολύ καλά αποτελέσματα στον έλεγχο της νόσου, με διακοπή της συστηματικής θεραπείας τουλάχιστον στις μισές περιπτώσεις και με αύξηση του συνολικού προσδόκιμου επιβίωσης.

Το τμήμα της Πυρηνικής Ιατρικής του Θεραπευτηρίου Metropolitan, το οποίο διευθύνει ο Δρ Θ. Χατζηπαναγιώτου, ξεκίνησε από τα πρώτα να εφαρμόζει τη νέα αυτή μέθοδο σε συνεργασία με τη Δρ Χ. Φραγκάκη, πυρηνική ιατρό του τμήματος PET/CT, δίνοντας ελπίδα για έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση σε πολλούς ασθενείς που βρίσκονται αντιμετώπι με την υποτροπή της νόσου τους.

Η ακτινοθεραπεία μόνη ή, πιο συχνά, σε συνδυασμό με τη χειρουργική και τη χημειοθεραπεία, αποτελεί σημαντικό μέσο καταπολέμησης του καρκίνου, από την εποχή της ανακάλυψης των ακτίνων-Χ από τον Wilhelm Röntgen το 1895

«ΙΗΤΡΙΚΗ ΔΕ ΠΑΝΤΑ ΠΑΛΑΙ ΥΠΑΡΧΕΙ...» ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ



ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΜΙΑΣ ΑΛΛΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, καθόσον ευθύνεται για το 25% όλων των θανάτων, υπερβαίνοντας την καρδιακή νόσο ως κυρίαρχη αιτία θανάτου για άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών. Επιπλέον, η αντιμετώπιση του καρκίνου αποκτά αυξανόμενο ενδιαφέρον για έναν γρήγορα πληθυσμό, παρουσιάζοντας όλο και μεγαλύτερη σημασία στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η ακτινοθεραπεία μόνη ή, πιο συχνά, σε συνδυασμό με τη χειρουργική και τη χημειοθεραπεία, αποτελεί σημαντικό μέσο καταπολέμησης του καρκίνου, από την εποχή της ανακάλυψης των ακτίνων-Χ από τον Wilhelm Röntgen το 1895 (Εικ. 1).

Η ακτινοθεραπεία, η οποία επίσης είναι γνωστή και ως ραδιοθεραπεία ή ακτι-

νοθεραπευτική ογκολογία, εμφανίστηκε στο ιατρικό προσκήνιο κατά τα τέλη του 19ου αιώνα, με την απονομή τριών βραβείων Nobel για ανακαλύψεις που σχετίζονταν με την ιονίζουσα ακτινοβολία. Τον Δεκέμβριο του 1895 ο Γερμανός μηχανολόγος μηχανικός και φυσικός Wilhelm Röntgen (1845-1923) ανακάλυψε τις ακτίνες-Χ, σχετικά γρήγορα τον Ιούνιο του 1896 ακολούθησε η ανακάλυψη της φυσικής ραδιενέργειας (της ιδιότητας δηλαδή που έχουν ορισμένα στοιχεία να εκπέμπουν αυθόρμητα ακτίνες ή υποατομικά σωματίδια από την ύλη) από τον Γάλλο φυσικό Antoine Henri Becquerel (1852-1908) (Εικ. 2), ενώ το 1898 το ζεύγος της Πολωνογαλλίδας φυσικού και χημικού Marie Skłodowska-Curie (1867-1934) και του Γάλλου φυσικού Pierre Curie (1859-

1906) απομόνωσαν τα ραδιενεργά στοιχεία ράδιο και πολώνιο (Εικ. 3). Αυτές οι τρεις θεμελιώδεις ανακαλύψεις άνοιξαν τον δρόμο για τις δύο βασικές τεχνικές ακτινοθεραπείας: την τηλεακτινοθεραπεία, χρησιμοποιώντας μακρά απόσταση πηγής-ακτινοβόλουμένης επιφάνειας (Source-Surface-Distance, SSD), η οποία αργότερα ονομάστηκε ακτινοθεραπεία εξωτερικής δέσμης (External-Beam RadioTherapy, EBRT), καθώς επίσης και τη βραχυθεραπεία, η οποία βασίστηκε σε μια βραχεία SSD, που αρχικά επιτυχανόταν με ράδιο και αργότερα με ακτίνες-Χ 50 kV.

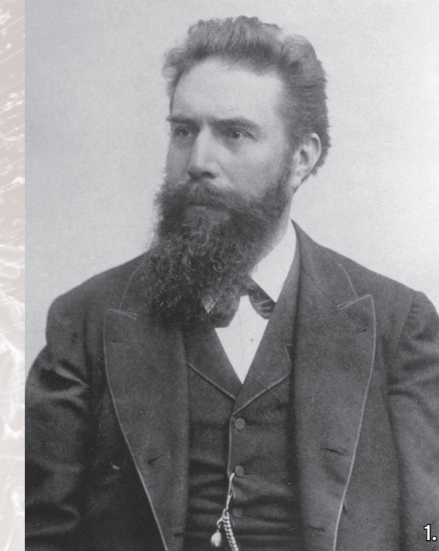
Οι πρώτοι ασθενείς με καρκίνο θεραπεύτηκαν με την εφαρμογή ακτινοβολίας το 1896, σχεδόν 6 μήνες μετά την ανακάλυψη του Röntgen, επρόκειτο δε για ασθενείς στη Γαλλία, στην Αμερική και στη Σουηδία, οι οποίοι έπασχαν από γαστρικό καρκίνο και βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (Εικ. 4). Οι επιβλαβείς συνέπειες της ακτινοβολίας έγιναν εμφανείς πολύ σύντομα, ελήφθησαν δε σοβαρά υπόψη για τη βελτιστοποίηση της θεραπευτικής αναλογίας, καθώς επίσης για την αναζήτηση μεθόδων ακτινοπροστασίας.

Το 1913 σχεδιάστηκαν μεταποιημένοι σωλήνες ή βελόνες ραδίου, καθώς επίσης και σωλήνες Coolidge, για τη χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας σε επίπεδο ρουτίνας, στον αγώνα εναντίον του καρκίνου. Μέχρι εκείνη την εποχή, ο σκοπός της ακτινοθεραπείας από άποψη φυσικής, ήταν η χορήγηση στον όγκο του στόχου όσον το δυνατόν πλησιέστερα προς το 100% της δόσης (ολικός όγκος του όγκου [gross tumour volume, GTV] ή υποκλινική νόσος) και σχεδόν μηδενική χορήγηση ακτινοβολίας στα παρακείμενα όργανα τα ευρισκόμενα σε κίνδυνο. Ένα μεγάλο επίτευγμα της εποχής εκείνης ήταν η δυνατότητα μέτρησης της δόσης ακτινοβολίας, χρησιμοποιώντας θαλάμους ιονισμού με την πρώτη ακριβή μονάδα δόσης (τη μονάδα Röntgen) το 1932. Με ενέργειες μεταξύ 50 kV και 200 kV, καθίστατο πολύ δύσκολη η χορήγηση επαρκών δόσεων σε εντοπιζόμενους σε βάθος όγκους, κυρίως λόγω της αναπόφευκτης συνυπάρχουσας τοξικής επίδρασης στο δέρμα. Η θεραπεία του καρκίνου με ακτινοθεραπεία εξωτερικής δέσμης (EBRT) ήταν ανεκδοτολο-

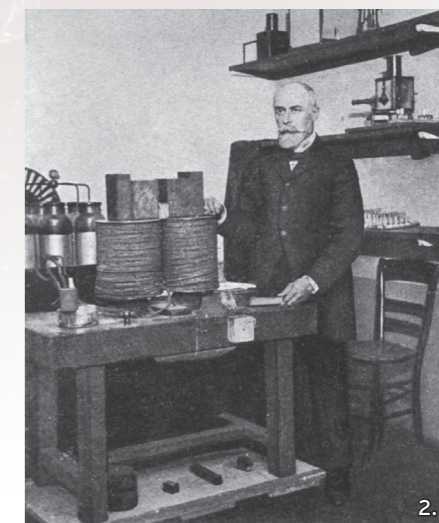
γική και περιοριζόταν σε μικρούς επιφανειακούς όγκους (δέρματος και φωνητικών χορδών) ή σε εγγενώς ακτινευσίσθητους καρκίνους (λέμφωμα Hodgkin ή σεμίνωμα). Όσον αφορά δε στη βραχυθεραπεία περιοριζόταν σε «προσιτούς» όγκους (καρκίνους κινητής γλώσσας, ορθού ή μήτρας).

Στη δεκαετία του 1920 συντελέστηκε μια ογκολογική επανάσταση από άποψη ακτινοθεραπείας, όταν για πρώτη φορά κατέστη δυνατή η θεραπεία καρκίνων λάρυγγα πρώιμου σταδίου χωρίς την ακρωτηριαστική επέμβαση της μόνης τραχειοστομίας. Ακολούθησαν τρεις θεμελιώδεις νόμοι, που ανακαλύφθηκαν εκείνη την εποχή και οι οποίοι εξακολουθούν να αποτελούν τη βάση της εφαρμοζόμενης πρακτικής σήμερα. Πρώτον το 1906, αποδείχθηκαν τα διαφορετικά πρότυπα εγγενούς ακτινευσίσθησης μεταξύ των κυττάρων και των ιστών, από τον Γάλλο ιατρό ογκολόγο Jean Bergonié (1857-1925) και τον Γάλλο ιατρό ραδιοβιολόγο Louis Tribondeau (1872-1918). Δεύτερον το 1927, ανακαλύφθηκε από τον Γάλλο ιατρό και βιολόγο Claudius Regaud (1870-1940) και τον Γάλλο φυσικό R. Ferroux, ο ρόλος της κλασματοποίησης για τη δημιουργία μιας ευνοϊκής διαφορικής επίδρασης μεταξύ των καρκινικών και των υγιών κυττάρων. Το 1934 ο Γάλλος πρωτοπόρος ιατρός ακτινοθεραπευτής-ογκολόγος Henri Coutard (1876-1950) (Εικ. 5) πρότεινε ένα σχήμα κλασματοποίησης 200 Röntgen ανά κλάσμα, πέντε φορές την εβδομάδα, το οποίο μετασχηματίστηκε στο σύγχρονο πρότυπο σχήμα του κλάσματος των 2 Gy, που σχετικά πρόσφατα συνδυάστηκε καλά με το μοντέλο α/β για να περιγράψει τη βιολογική του επίδραση. Τρίτον το 1928, δημιουργήθηκε η Διεθνής Επιτροπή Ακτινοπροστασίας (ICRP) για να αντιμετωπίσει το μέγα ερώτημα της ακτινοπροστασίας, την ίδια δε χρονιά κατασκευάστηκε ο μετρητής Geiger Müller για την ανίχνευση και τη μέτρηση της ραδιενέργειας.

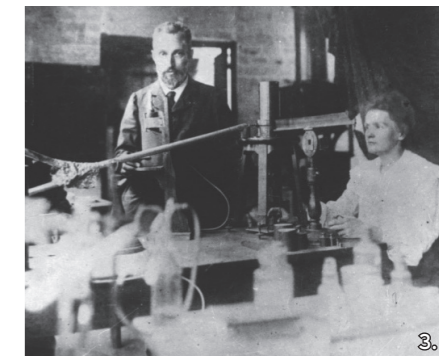
Μετά την απονομή του βραβείου Nobel στους Irène και Frédéric Joliot-Curie για την ανακάλυψη της τεχνητής ραδιενέργειας, σε συνέχεια δε των εργασιών των Jones και Cunningham, το κοβάλτιο 60 υιοθετήθηκε ως μια εναλ-



Ο Γερμανός μηχανολόγος μηχανικός και φυσικός Wilhelm Röntgen (1845-1923).



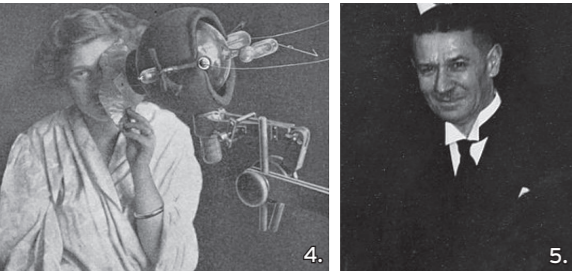
Ο Γάλλος φυσικός Antoine Henri Becquerel (1852-1908) στο εργαστήριό του.



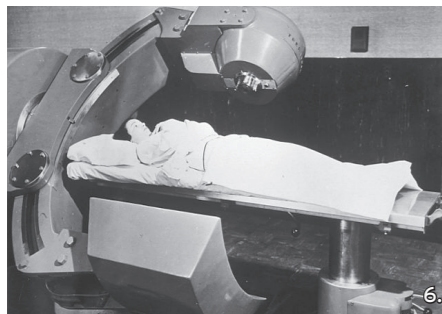
Το ζεύγος της Πολωνογαλλίδας φυσικού και χημικού Marie Skłodowska-Curie (1867-1934) και του Γάλλου φυσικού Pierre Curie (1859-1906) στο εργαστήριό τους στο Παρίσι, στις αρχές της δεκαετίας του 1900.



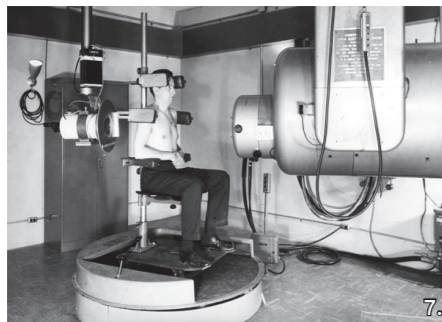
Γράφει
ο **Δρ Δρ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Ι. ΜΥΛΩΝΑΣ**,
Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Οδοντιατρικής και Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιστορικός της Ιατρικής, Αν. Διευθυντής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής στο Metropolitan Hospital



Αριστερά. Συσκευή ακτίνων-Χ για τη θεραπεία επιθηλιώματος προσώπου, γύρω στα 1915. Δεξιά. Ο Γάλλος πρωτοπόρος ιατρός ακτινοθεραπευτής-ογκολόγος Henri Coutard (1876-1950) γύρω στο 1937.



Ο πρώτος ασθενής που θεραπεύτηκε με ακτινοβολία κοβαλτίου 60 στον Καναδά, γύρω στο 1951.



Ένας από τους πρώτους γραμμικούς επιταχυντές, που χρησιμοποιήθηκαν στο Πανεπιστήμιο Stanford της California, τη δεκαετία του 1950.



Σύγχρονος γραμμικός επιταχυντής (LINAC).

λακτική πηγή ακτίνων γ υψηλής ενέργειας για τηλεακτινοθεραπεία, με μια υψηλότερη δόση από εκείνη που θα μπορούσε να επιτευχθεί με το ράδιο. Η πρώτη μονάδα τηλεκοβαλτίου εγκαταστάθηκε το 1948 στο Hamilton του Καναδά (Εικ. 6). Στα επόμενα 10 χρόνια πουλήθηκαν περισσότερες από 1.000 μονάδες σε νοσοκομεία παγκοσμίως, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν ευρέως για 20-30 χρόνια. Η ενεργειακή δέσμη φωτονίων 1.2 MeV επέτρεψε για πρώτη φορά την προστασία του δέρματος και κατέστησε δυνατή τη χορήγηση δόσεων μέχρι 45-60 Gy σε εντοπιζόμενους σε βάθος όγκους, χωρίς υπέρβαση της δόσης ανοχής των οργάνων των ευρισκομένων σε κίνδυνο.

Τις δεκαετίες του 1950 και 1960 εισήχθησαν στην ακτινοθεραπεία θεραπευτικά μηχανήματα υψηλής ενέργειας (megavoltage), που έγιναν γνωστά με το όνομα γραμμικοί επιταχυντές ή Linacs (linear accelerators). Οι γραμμικοί επιταχυντές ήταν σε θέση να παράγουν υψηλή ενέργεια, βαθέως εισδύουσες δέσμες, επιτρέποντας για πρώτη φορά τη θεραπεία όγκων εντοπιζόμενων βαθιά μέσα στο σώμα, χωρίς υπερβολική καταστροφή του υπερκείμενου δέρματος και των άλλων φυσιολογικών ιστών (Εικ. 7). Ο πρώτος γραμμικός επιταχυντής εγκαταστάθηκε στο Νοσοκομείο Hammersmith του Λονδίνου το 1953.

Τις δεκαετίες του 1970 και 1980 άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές για τον σχεδιασμό της θεραπείας. Η έλευση νέων απεικονιστικών τεχνολογιών, συμπεριλαμβανομένης της απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού (MRI) τη δεκαετία του 1970, καθώς επίσης και της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) τη δεκαετία του 1980, προώθησε την ακτινοθεραπεία από την 3-D συμπαγή (conformal) ακτινοθεραπεία στην ακτινοθεραπεία διαμορφωμένης έντασης (intensity-modulated radiation therapy, IMRT), καθώς επίσης και στην ακτινοθε-

ραπεία με κατεύθυνση εικόνας (image-guided radiation therapy, IGRT). Η IMRT χρησιμοποιεί δέσμες ακτινοβολίας με διαφορετικές εντάσεις για τη χορήγηση διαφορετικών δόσεων ακτινοβολίας την ίδια στιγμή. Η τεχνολογία αυτή επιτρέπει τη χορήγηση υψηλότερων δόσεων ακτινοβολίας μέσα στον όγκο και χαμηλότερων δόσεων στους παρακείμενους υγιείς ιστούς. Η IGRT χρησιμοποιείται σε περιοχές του σώματος που είναι επιρρεπείς σε κινήσεις. Δεδομένου ότι οι όγκοι μπορούν στην πραγματικότητα να μετακινούνται μεταξύ των θεραπειών, η σχετική τεχνολογία επιτρέπει στον ακτινοθεραπευτή-ογκολόγο να απεικονίζει τον όγκο αμέσως πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Γίνονται προσαρμογές όσον αφορά στη θέση του ασθενούς και η ακτινοβολία κατευθύνεται με μεγαλύτερη ακρίβεια, στοχοποιώντας τον όγκο.



9. Σύγχρονο σύστημα IGRT (image-guided radiation therapy).

Έτσι, με τα τεχνολογικά αυτά επιτεύγματα οι ακτινοθεραπευτές-ογκολόγοι «βλέπουν» και στοχεύουν καλύτερα τους όγκους, γεγονός που έχει οδηγήσει σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και μεγαλύτερη διάσωση οργάνων (Εικ. 8 και 9).

Γιατί δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η ακτινοθεραπεία αποτελεί πολλές φορές το τελευταίο ανάχωμα και καταφύγιο στη μάχη αντιμετώπισης του καρκίνου. Όπως εξάλλου το είχε περιγράψει με απaráμιλλο τρόπο ο Μέγας Ιπποκράτης: «Οκόσα φάρμακα ουκ ιήται, σίδηρος ιήται· όσα σίδηρος ουκ ιήται, πυρ ιήται· όσα δε πυρ ουκ ιήται, ταύτα χρν νομίζεαν ανήτα!» (όσα νοσήματα δεν θεραπεύονται με τα φάρμακα, θεραπεύονται με το νυστέρι [τις εγχειρήσεις]· όσα δεν θεραπεύονται με το νυστέρι [τις εγχειρήσεις], θεραπεύονται με τη φωτιά [τις καυτηριάσεις]· όσα, τέλος, δεν θεραπεύονται με τη φωτιά [τις καυτηριάσεις], αυτά πρέπει αναγκαστικά να θεωρούνται ανίατα).

6% (από 11% σε 17%) αυξήθηκε η συνδυασμένη χρήση τσιγάρου και κάνναβης, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, από Αμερικανούς γονείς, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρίας.



72 σφίξεις ανά λεπτό είναι η μέση συχνότητα κτύπων της καρδιάς. Η καρδιά θεωρείται ένα από τα πλέον «ευγενή» όργανα και η διατήρησή της στη ζωή εξαρτάται από το αίμα που φθάνει σε αυτή.



5% μόλις του συνόλου όλων των γυναικείων κακοηθειών αποτελεί ο καρκίνος του αιδοίου. Μεγάλο μέρος των σχετικών περιπτώσεων οφείλεται σε λοίμωξη από τον ιό HPV.



8 σημάδια ελλειπούς διατροφής, που θα πρέπει να λαμβάνουν πολύ σοβαρά υπόψη οι καταναλωτές, παραθέτουν ειδικοί, οι οποίοι μελέτησαν τα σύγχρονα διατροφικά δεδομένα. Αίσθημα κόπωσης, ξηρά μαλλιά και προβλήματα στα νύχια είναι μεταξύ αυτών.



5 επικίνδυνες τροφές για δηλητηρίαση εντοπίστηκαν σε έρευνα του Αμερικανικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης. Ορισμένες μορφές σαλάτας και οστρακοειδή είναι μεταξύ αυτών.



10 συνήθειες που πρέπει να υιοθετήσετε για να μη βγάλετε ποτέ σπυράκια παρουσιάζουν οι ειδικοί. Η καθαριότητα και η συχνή αλλαγή μαξιλαροθήκης συμπεριλαμβάνονται σε αυτές.



5 χρόνια θα διαρκεί, πλέον, η ειδικότητα των γενικών γιατρών και η συναφής υποχρέωσή τους να υπηρετούν σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).



2 εβδομάδες είναι αρκετές για να ξαναβρείτε την παλιά σιλουέτα σας, αν εφαρμόσετε πιστά το διατροφικό πρωτόκολλο Diettube, που δίνει έμφαση στην υψηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, μέσω διατροφικών συμπληρωμάτων.



18% αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου η βαριά σωματική εργασία, σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημιακού Ιατρικού Κέντρου, του Άμστερνταμ.



70 χρονοι, που επιδίδονταν σε ήπιας μορφής άσκηση, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο άνοιας, διατηρώντας σε εγρήγορση τον εγκέφαλό τους. Αυτό έδειξε μελέτη του Πανεπιστημίου του Εδιμβούργου, που βασίστηκε σε απεικονιστικές εξετάσεις, σε εκατοντάδες ηλικιωμένους.



2.000.000 και πλέον συμπολίτες μας πλήττει η υπέρταση, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρίας, που παρουσιάστηκε με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Υπέρτασης.



3 είναι τα συχνά λάθη που δε βοηθούν να ανταπεξέλθετε σε μια απαιτητική ημέρα. Οι στάσεις στον ύπνο αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για μια καλή ημέρα.



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ



Η ψωρίαση είναι μια χρόνια, μη μεταδοτική αυτοάνοση ασθένεια που επηρεάζει το δέρμα και τις αρθρώσεις. Η απώλεια βάρους, η μεσογειακή διατροφή και η επιλογή ή η αποφυγή κάποιων τροφών μπορούν να συμβάλλουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της ψωρίασης αλλά και στην ενδυνάμωση του οργανισμού σε πάσχοντες που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική φαρμακευτική αγωγή.

Προβιοτικά τρόφιμα

Η κατανάλωση τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε προβιοτικά είναι ένας πολύ καλός τρόπος για να υποστηρίξετε την πέψη, να αφαιρέσετε τις τοξίνες από το σώμα, να μειώσετε τη φλεγμονή και να ενισχύσετε την ανοσία του οργανισμού σας. Καλές πηγές προβιοτικών είναι το κεφίρ και το γιαούρτι.

Τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες

Με την αύξηση της πρόσληψης τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες μπορείτε να βοηθήσετε να διατηρήσετε υγιές το πεπτικό σας σύστημα. Οι φυτικές ίνες βοηθούν στην αποφυγή της δυσκοιλιότητας και στη διατήρηση της ομαλότητας των φυσικών διαδικασιών αποτοξίνωσης. Τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια είναι οι κύριες πηγές φυτικών ινών.

Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικά

Καταναλώστε αντιοξειδωτικά τρόφιμα όπως λαχανικά, φρούτα, βότανα, φασόλια και ξηρούς καρπούς. Ορισμένες επιλογές που βρίσκονται στην κορυφή της λίστας των αντιοξειδωτικών είναι τα goji berries και τα καρύδια πεκάν.

Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε ψευδάργυρο

Ο ψευδάργυρος είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία του δέρματος. Μερικά στοιχεία δείχνουν ότι ο ψευδάργυρος βοηθά στη μείωση του πόνου και του πρηξίματος των αρθρώσεων για τους πάσχοντες από ψωρίαση. Το βόειο κρέας, το αρνί, οι σπόροι κολοκύθας, το κεφίρ είναι κάποιες καλές πηγές ψευδαργύρου.

Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνη Α

Η βιταμίνη Α είναι σημαντική για την επούλωση του δέρματος. Μερικές σημαντικές πηγές βιταμίνης Α είναι το πεπόνι, τα καρότα, το μάνγκο, οι τομάτες, τα χόρτα και τα καρπούζια.

Λιπαρά ψάρια

Ψάρια όπως ο σολομός, το σκουμπρί, η ρέγγα και οι σαρδέλες είναι εξαιρετικές πηγές βιταμίνης D καθώς και ωμέγα-3 λιπαρών οξέων, τα οποία είναι και τα δύο βασικά στοιχεία

για τη βελτίωση της ψωρίασης. Η βιταμίνη D αποδεικνύεται κλινικά ότι βοηθά στην καταπολέμηση της ψωρίασης.

Βότανα και μπαχαρικά

Κάποια βότανα και μπαχαρικά είναι αντιφλεγμονώδη και περιέχουν αντιοξειδωτικά. Η κουρκουμίνη, το ενεργό συστατικό στο μπαχαρικό κουρκουμά, είναι γνωστή για τις ισχυρές ιδιότητές του. Μπορείτε να προσθέσετε ευεργετικά αυτό το καρύκευμα στο φαγητό σας (1,5-3 g ημερησίως).

Aloe Vera

Η αλόη βέρα είναι πολύ καταπραϊντική για το σώμα, ειδικά για το πεπτικό σύστημα και το δέρμα. Εφαρμόζεται εξωτερικά, ενώ λαμβάνεται και από το στόμα.

Τι να αποφεύγετε;

Είναι σημαντικό να αποφεύγετε τα επεξεργασμένα τρόφιμα, τα απλά σάκχαρα, το οινόπνευμα, τα συμβατικά γαλακτοκομικά προϊόντα, τα κρεατοσκευάσματα, τα υδρογονωμένα έλαια και τα τηγανητά τρόφιμα. Θα πρέπει επίσης να διατηρήσετε τη λήψη καφεΐνης χαμηλή. Για ορισμένους πάσχοντες, μια δίαιτα χωρίς γλουτένη συμβάλλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων.

Συμπληρώματα στην αντιμετώπισή της

Σελήνιο (450 mg ημερησίως)

Το σελήνιο είναι απαραίτητο για τη φυσιολογική λειτουργία του αντιοξειδωτικού ενζύμου υπεροξειδάσης της γλουταθειόνης, ενώ παράλληλα έχει αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες.

Ιχθυέλαιο (1.000-2.000 γραμμάρια ημερησίως)

Το ιχθυέλαιο είναι αντιφλεγμονώδες και μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία της ψωρίασης.

Βιταμίνη D3 (5.000 IU ημερησίως)

Έχει παρατηρηθεί σε έρευνες ότι τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D μπορεί να σχετίζονται με την ψωρίαση.

Γαϊδουράγκαθο (200 mg τρεις φορές ημερησίως)

Το γαϊδουράγκαθο βοηθά στην αποτοξίνωση του ήπατος και μειώνει την κυτταρική ανάπτυξη.

Προβιοτικά (50 billion ημερησίως)

Τα πεπτικά προβλήματα συνδέονται άμεσα με την ψωρίαση. Τα προβιοτικά βελτιώνουν σημαντικά τη διαδικασία της πέψης.

B12 (1000 μg ημερησίως)

Η βιταμίνη B12 ή αλλιώς κοβαλαμίνη σε έρευνες έχει δείξει θετικά αποτελέσματα σχετικά με τη μείωση των συμπτωμάτων της ψωρίασης.



Γράφει
ο **ΚΑΡΟΛΟΣ ΠΑΠΑΛΑΖΑΡΟΥ**,
Διατροφολόγος-Διατολόγος
στο Metropolitan Hospital

METROPOLITAN GENERAL



Νέο μέλος του
Metropolitan Health Group

Λεωφ. Μεσογείων 264 • Χολαργός • Αθήνα

Τηλ.: 210 65 02 000



www.metropolitan-general.gr

[metropolitan-general](https://www.facebook.com/metropolitan-general)



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 προνομακία 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