

ΓΙΑΤΡΕΥΩ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΤΟΥ METROPOLITAN HEALTH GROUP

ΔΙΑΓΝΩΣΗ
στον καρκίνο
του προστάτη

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ
Αντιμετώπιση των όγκων
των επινεφριδίων

ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ
Η μη σωστή ρύθμιση του
σακχαρού στην εγκυμοσύνη

ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Όλες οι νεότερες
εξελιξεις

**ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ
ΣΕ ΕΝΑ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ:
«ONE STAGE TECHNIQUE»**

**ΜΙΑ ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ:
ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ
ΧΩΡΙΣ
ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΑ**

**ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ**

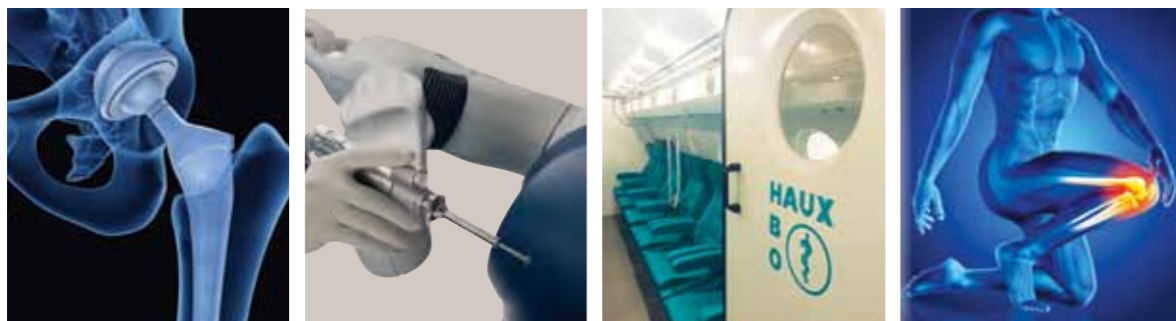
**ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΩΝ
ΚΑΡΔΙΑΣ: ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ
ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΛΛΑΓΗ**

Metropolitan Hospital:
**Ό,τι πιο σύγχρονο στη ρομποτική και τη θεραπεία
της σπονδυλικής στήλης και του εγκεφάλου**



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.

**METROPOLITAN
HOSPITAL**

Εθνάρχου Μακαρίου 9 & Ελ. Βενιζέλου 1 | 8547 Νέο Φάληρο
210 4809000 • www.metropolitan-hospital.gr



ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ

Η, έστω τυπική, έξοδος από τη μέγγενη της μνημονιακής επιτήρησης, δημιουργεί τη βάσιμη προσδοκία πως, αν μη τι άλλο, τα χειρότερα είναι πίσω μας, ότι, εν πάση περιπτώσει «μπήκε πάτος στο βαρέλι»

Αποτελεί κοινή διαπίστωση όσων βρέθηκαν σε κάποιο τουριστικό προορισμό, για τις θερινές διακοπές, ότι η τουριστική χρονιά, πέρα από την «ευημερία των αριθμών», χαρακτηρίστηκε από την εμφανή αλλαγή κλίματος και διάθεσης. Οι ειδικοί επισημαίνουν την αύξηση του λεγόμενου «εσωτερικού τουρισμού», αλλά και την αυξημένη κατανάλωση. Στοιχεία που, εκτός από τον επιμερισμό των ωφελημάτων, σε μεγαλύτερο αριθμό απασχολούμενων στον τουρισμό, εξαιτίας της, έστω και μικρής, αύξησης της κατανάλωσης, αποτυπώνουν, για πρώτη φορά μετά την εκδήλωση της κρίσης, την επαναφορά ενός κλίματος αισιοδοξίας, προσμονής για μια καλύτερη πορεία των πραγμάτων. Βέβαια, για να είμαστε ακριβείς, η μεγάλη πλειοψηφία των συμπολιτών μας εξακολουθεί να βιώνει τις συνέπειες της μακρόχρονης κρίσης, ενώ, όπως προκύπτει και από σχετικές έρευνες, δεν αναμένουν άμεση βελτίωση της οικονομικής τους κατάστασης. Ωστόσο, η, έστω τυπική, έξοδος από τη μέγγενη της μνημονιακής επιτήρησης, δημιουργεί τη βάσιμη προσδοκία πως, αν μη τι άλλο, τα χειρότερα είναι πίσω μας, ότι, εν

πάση περιπτώσει «μπήκε πάτος στο βαρέλι». Αυτή η προσδοκία μιας, έστω και σε βάθος χρόνου, αναστροφής της σημερινής, γκρίζας πραγματικότητας, αποτυπώνεται και στην αλλαγή διάθεσης, που προαναφέρθηκε. Αυτή η αλλαγή κλίματος δημιουργεί τις προϋποθέσεις αναστροφής και ως προς τις αρνητικές παρενέργειες, από τις επιπτώσεις της κρίσης, στη σωματική και στην ψυχική υγεία των συμπολιτών μας. Έχουμε αναφερθεί, στο πρόσφατο παρελθόν, στις συνέπειες της κρίσης και στο πεδίο της υγείας, με εκδηλώσεις άγχους, φοβίας, κρίσεων πανικού, που, σε πολλές περιπτώσεις, μετατρέπονταν και σε οργανικές παθήσεις. Η, με γεωμετρική πρόοδο, αύξηση των αυτοκτονιών, τα προηγούμενα χρόνια, είναι δηλωτική των προβλημάτων. Στον βαθμό, επομένως, που θα αίρεται η αβεβαιότητα και θα αποκαθίσταται, σταδιακά έστω, μια αίσθηση σταθερότητας και σίγουρης προοπτικής για το μέλλον, θα βελτιώνεται και η ψυχολογική διάθεση, άρα και η υγεία, γενικότερα, των συμπολιτών μας. Άλλωστε, ακόμη και στις δύσκολες στιγμές, τονίζαμε την ανάγκη για αισιοδοξία και θετική σκέψη. H.A.

**Metropolitan
Hospital,
Επίσημος
Χορηγός/
Υποστηρικτής:**



Διευθυντής Σύνταξης: Ηλίας Αλεξάκης. Επιστημονική Εταιρεία: Πρόεδρος: Αντώνης Ρασιδάκης • Αντιπρόεδρος: Ματθαίος Δουζίνος • Γεν. Γραμματέας: Ιωάννης Ρόμπος • Ειδικός Γραμματέας: Βασίλειος Μπαρμπούνης • Ταμίας: Κωνσταντίνος Σαγρής • Μέλη: Δημήτριος Δαυίδης, Έλσα Κάμπος. Επιστημονική Επιτροπή: Ζ. 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. Μπουτσάκης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής • Ε.ρ. Οικονόμου-Σταματάκη, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής • Δ. Πανταζόπουλος, Αν. Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών • Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής • Κ. Πετράκη, Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου • Δ. Ρολόγης, Αν. Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής • Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής • Ε. Χάλαρη, Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος • Γ. Χατζηδημητρίου, Διευθύντρια Αιμοδοσίας

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

ΜΑΘΕΤΕ ΟΤΙ...

ΤΟ ΤΡΕΞΙΜΟ ΕΧΕΙ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥΣ

Περισσότεροι από 6 στους 10 δρομείς υφίστανται κάποιον μικρό ή μεγάλο τραυματισμό τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, με τους νέους δρομείς να έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να τραυματιστούν απ' όσες εκείνοι οι οποίοι τρέχουν πολλά χρόνια. Σύμφωνα με στοιχεία του Πανεπιστημίου του Σαν Φρανσίσκο, ο μέσος δρομέας παρουσιάζει έναν τραυματισμό ανά 100 ώρες τρεξίματος. Ωστόσο, μόνο το 50% αυτών των τραυματισμών είναι καινούργιοι. Οι υπόλοιποι αποτελούν υποτροπές παλιότερων τραυματισμών.



ΤΑ ΠΕΝΤΕ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΜΗΛΑ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Όλοι ξέρουμε τη φράση «ένα μήλο την ημέρα τον γιατρό τον κάνει πέρα». Για να δούμε πού βασίζεται αυτή η φράση και ποια είναι πραγματικά τα οφέλη που έχει το μήλο στον οργανισμό μας. Σύμφωνα με ειδικούς και μελέτες που έχουν διεξαχθεί, αυτά είναι τα πέντε πιο σημαντικά οφέλη που προσφέρουν τα μήλα στον οργανισμό: Καλή στοματική υγιεινή, ενισχύουν τον εγκέφαλο, καλά επίπεδα σωματικού βάρους, κάνουν καλό στην καρδιά, καλύτερη οστική πυκνότητα.



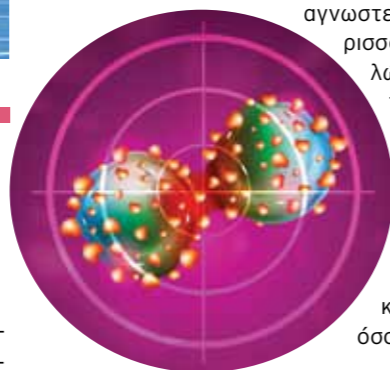
ΔΕΚΑ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Υψηλή αρτηριακή πίεση. Επιπτώσεις στην υγεία του εγκεφάλου. Πρόβλημα στα ούλα. Στυτική δυσλειτουργία. Προβλήματα ακοής. Λοιμώξεις. Αποφρακτική άπνοια ύπνου. Προβλήματα όρασης. Νεφρική ανεπάρκεια. Νευροπάθεια.



Καρκίνος: Πόσο αυξάνει τον κίνδυνο ο διαβήτης - Ποιοι κινδυνεύουν περισσότερο

Ο διαβήτης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ποικίλες μορφές καρκίνου, δείχνει μια νέα, διεθνούς εμβέλειας, επιστημονική μελέτη σε δείγμα σχεδόν 20 εκατομμυρίων ανθρώπων. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη έχουν 27% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν καρκίνο συγκριτικά με τις μη διαβητικές γυναίκες.



Για τους άνδρες, ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου λόγω διαβήτη εκτιμάται στο 19%. Ο διαβήτης αναδεικνύεται σε παράγοντα κινδύνου για τις περισσότερες μορφές καρκίνου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

ΜΗΝ ΑΓΝΟΕΙΤΕ ΤΟ ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ ΣΤΑ ΑΚΡΑ: ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΕΙΧΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ

Πολλές φορές το μούδιασμα αυτό το περιγράφουμε ως «καρφίτσες» στο δέρμα, αφού είναι σαν ένα «μυρμήγκιασμα» από πολλές επαφές με καρφίτσες σε μια περιοχή της επιδερμίδας, συχνά στα χέρια ή στα πόδια. Περιστασιακά, ωστόσο, μπορεί να είναι και σημάδι μιας πολύ πιο σοβαρής υποκείμενης πάθησης/ασθένειας, όπως ο διαβήτης.



ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ: ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΑ «ΑΠΛΑ» ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ



Από τα πιο κοινά πρώιμα συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι ένα πρόβλημα όρασης, που κλινικά ονομάζεται «οπτική νευρίτιδα». Μούδιασμα και μυρμήγκιασμα/γαργάλισμα στα χέρια και στα πόδια. Ο χρόνιος πόνος και οι ακούσιοι μυϊκοί σπασμοί είναι επίσης συνήθη συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Η «ανεξήγητη» κόπωση και η αδυναμία επηρεάζουν περίπου το 80% των ανθρώπων που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της νόσου. Η ζάλη και τα προβλήματα με τον συντονισμό και την ισορροπία μπορεί να μειώσουν την κινητικότητα κάποιων ατόμων. Δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης, του εντέρου, καθώς και σεξουαλική δυσλειτουργία και γνωστικά προβλήματα.

Από τα πιο κοινά πρώιμα συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι ένα πρόβλημα όρασης, που κλινικά ονομάζεται «οπτική νευρίτιδα». Μούδιασμα και μυρμήγκιασμα/γαργάλισμα στα χέρια και στα πόδια. Ο χρόνιος πόνος και οι ακούσιοι μυϊκοί σπασμοί είναι επίσης συνήθη συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας

ΝΕΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Ο δείκτης, που ονομάζεται KIM-1, βρίσκεται φυσιολογικά σε χαμηλά επίπεδα στο αίμα και στα ούρα. Οι ερευνητές μέτρησαν τον KIM-1 σε ανθρώπους που είχαν εγγραφεί στο European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Συνέκριναν επίπεδα σε 190 συμμετέχοντες που εμφάνισαν καρκίνο νεφρών εντός 5 ετών, με 190 συμμετέχοντες οι οποίοι δεν εμφάνισαν και ανακάλυψαν ότι τα επίπεδα KIM-1 ήταν διπλάσια σε όσους εμφάνισαν καρκίνο στους νεφρούς.

ΦΡΑΓΜΕΝΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ: ΣΗΜΑΔΙΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΓΝΟΗΣΕΤΕ

Πόνος στη γάμπα. Σφίξιμο στο σαγόι. Πόνος στη μέση. Πτυχώσεις στα αυτιά. Τριχόπτωση: Μελέτη που περιλάμβανε σχεδόν 37.000 άνδρες υπέδειξε σοβαρή τριχόπτωση, ιδιαίτερα στην κορυφή του κεφαλιού. Στυτική δυσλειτουργία: Η δυσκολία επίτευξης ή διατήρησης της στύσης είναι συχνά αποτέλεσμα απόφραξης των αρτηριών που βρίσκονται στην περιοχή της λεκάνης και εκδηλώνεται προειδοποιητικά πριν από ένα έμφραγμα.



Το λαχανικό που «αγαπάει» τις αρτηρίες σας

Φιλανδοί ερευνητές μελέτησαν 520 άνδρες και γυναίκες και κατέγραψαν τις μετρήσεις του πάχους του μέσου εσωτερικού χιτώνα της καρωτίδας αρτηρίας. Η σταδιακή αύξηση αυτού του δείκτη συσχετίζεται με την εμφάνιση και την επιδείνωση της αθηροσκλήρωσης. Οι ερευνητές συσχέτισαν τις μετρήσεις πάχους της καρωτίδας με τις μετρήσεις στο αίμα των ασθενών μιας ουσίας που βρίσκεται σε διάφορα φρούτα και λαχανικά και ιδιαίτερα στις ντομάτες. Η ουσία αυτή ονομάζεται lycopene (λυκοπένιο) και δίνει το κόκκινο χρώμα στις ντομάτες.



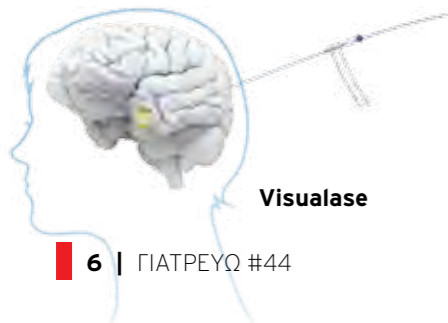
ΧΡ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ: Ο,ΤΙ ΠΙΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΣΤΗ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ

EXCELSIUSGPS™, VISUALASE ΚΑΙ O-ARM II: ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ, ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ, ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ



Τα νέα συστήματα, στα χέρια γιατρών υψηλής εξειδίκευσης, εξασφαλίζουν μεγαλύτερη ασφάλεια, μικρότερο τραύμα, λιγότερο πόνο και ταχύτερη αποθεραπεία του ασθενούς



Visualase

Τεχνολογία αιχμής στα χέρια γιατρών υψηλής εξειδίκευσης: με αυτόν το συνδυασμό το Metropolitan Hospital εδραιώνεται ως το μεγαλύτερο και το πιο σύγχρονο ρομποτικό κέντρο της Ελλάδας, τώρα και στον τομέα της σπονδυλικής στήλης, της επιληψίας και των νευροογκολογικών παθήσεων.

Τα τέσσερα νέα συστήματα, μοναδικά στη χώρα μας, εξασφαλίζουν για τον ασθενή μεγαλύτερη ασφάλεια ακόμη και στις πιο δύσκολες επεμβάσεις, λιγότερο πόνο, μικρότερο χειρουργικό τραύμα, λιγότερο χρόνο νοσηλείας και ταχύτερη αποθεραπεία:

- Το ExcelsiusGPS επιτρέπει την αντιμετώπιση του κάθε ασθενή με πρόβλημα στη σπονδυλική στήλη που έχει ένδειξη να χειρουργηθεί.
- Το Visualaze αποτελεί το τελευταίο επίτευγμα της ρομποτικής για την ελάχιστη

επεμβατική αντιμετώπιση νευροογκολογικών παθήσεων και επιληψίας.

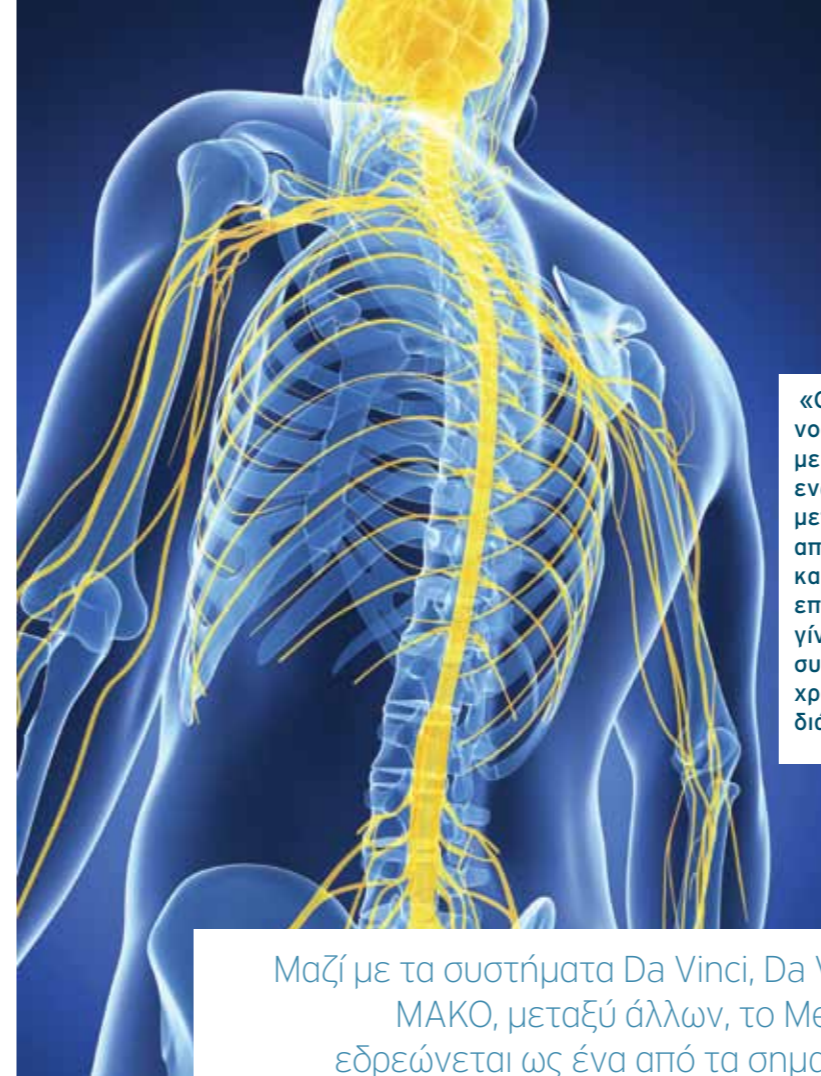
- Το O-Arm II σε συνδυασμό με το σύστημα πλοήγησης κάνει την επανάσταση ως πλατφόρμα που παρέχει 100% ακρίβεια στον εντοπισμό και τη διαχείριση των πιο ευαίσθητων βλαβών
- Ο Νευροπλοηγός S8 είναι ό,τι νεότερο και καλύτερο υπάρχει στον κόσμο στον τομέα της διεγχειρητικής απεικόνισης.

Το πρώτο και μόνο ExcelsiusGPS™ στην Ελλάδα

Ο κ. Παναγιώτης Ζουμπούλης, επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής - Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης στο Metropolitan αναφέρει: «Το ExcelsiusGPS προσφέρει, με υψηλότερη απεικονιστική ακρίβεια, τη τρισδιάστατη ανατομία της σπονδυλικής στήλης και τη θέση των χειρουργικών εργαλείων και εμφυτευμάτων. Δίνει τη δυνατότητα προσχεδιασμού της χειρουργικής επέμβασης και προεπιλογής των εμφυτευμάτων».

Για το ίδιο σύστημα ο κ. Σπύρος Σκριβλιωτάκης, Διευθυντής Ορθοπαιδικός στο Metropolitan, αναφέρει: «Το ExcelsiusGPS είναι το μοναδικό ρομποτικό σύστημα που συνδυάζει χειρουργική πλοήγηση και ρομποτική καθοδήγηση. Ο χειρουργός ελέγχει υπό άμεση όραση, την εφαρμογή των διαχωνικών βιδών και την τοποθέτηση των υλικών, μηδενίζοντας τις πιθανότητες τραυματισμού των νευρικών στοιχείων. Ο χρόνος νοσηλείας μειώνεται, ενώ η μετεγχειρητική αποκατάσταση και η επανένταξη γίνονται σε συντομότερο χρονικό διάστημα».

Σύμφωνα με τον Δρ. Μάριο Λυκίσσα, Χειρουργό Σπονδυλικής Στήλης, Διευθυντή



«Ο χρόνος νοσηλείας μειώνεται, ενώ η μετεγχειρητική αποκατάσταση και η επανένταξη γίνονται σε συντομότερο χρονικό διάστημα».

Μαζί με τα συστήματα Da Vinci, Da Vinci Xi και MAKO, μεταξύ άλλων, το Metropolitan εδρεύεται ως ένα από τα σημαντικότερα ρομποτικά κέντρα της Ευρώπης



Με το ExcelsiusGPS μπορεί να αντιμετωπιστεί κάθε ασθενής με πρόβλημα στη σπονδυλική στήλη που έχει ένδειξη να χειρουργηθεί.



Το O-Arm II σε συνδυασμό με το σύστημα πλοήγησης παρέχει 100% ακρίβεια στον εντοπισμό και τη διαχείριση των πιο ευαίσθητων βλαβών.



Το Visualaze αποτελεί το τελευταίο επίτευγμα της ρομποτικής για την ελάχιστη επεμβατική αντιμετώπιση νευροογκολογικών παθήσεων και επιληψίας.

Ο Νευροπλοηγός S8

Ο νευροπλοηγός S8, όπως εξηγεί ο κ. Βουγιούκας: «Δίνει τη δυνατότητα χρήσης δεδομένων από περίπλοκες εξετάσεις όπως η δεσμοδογραφία και η λειτουργική μαγνητική τομογραφία. Με αυτό τον τρόπο ο νευροχειρουργός προσεγγίζει με ακρίβεια εγκεφαλικές βλάβες ακόμα και στις πιο επικίνδυνες περιοχές».

Ορθοπαιδικό Χειρουργό του Metropolitan και επ. Καθηγητή Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Κρήτης: «Κάθε ασθενής με πρόβλημα στη σπονδυλική στήλη που έχει ένδειξη να χειρουργηθεί: σπονδυλική στένωση, δισκοπάθεια-εκφύλιση μεσοσπονδυλίου δίσκου, κάταγμα, σκολίωση, κύφωση, σπονδυλολίσηση, όγκο, οστεοπορωτικό κάταγμα, πάθηση του αυχένα μπορεί να αντιμετωπιστεί με το ExcelsiusGPS™».

Το πρώτο και μόνο O-Arm II στην Ελλάδα

Το O-Arm II είναι ένας τομογράφος «σταθμής» που δίνει στο χειρουργό 100% ακρίβεια στον εντοπισμό και τη διαχείριση των πιο ευαίσθητων βλαβών και έχει βελτιωμένες δυνατότητες απεικόνισης της παθολογίας της σπονδυλικής στήλης και του εγκεφάλου. Επιτρέπει την πραγματοποίηση κρανιοεγκεφαλικών επεμβάσεων, επεμβάσεων μυοσκελετικών όγκων λεκάνης και άκρων και ευαίσθητων επεμβάσεων σπονδυλικής στήλης ασφαλέστερα και αποτελεσματικότερα.

Το πρώτο και μόνο Visualaze στην Ελλάδα

Το Visualaze βοηθά στην ελάχιστη επεμβατική αντιμετώπιση νευροογκολογικών παθήσεων και επιληψίας με την τεχνική καυτηριασμού με laser. Ο κ. Βασίλης Βουγιούκας, Διευθυντής Νευροχειρουργός και υπεύθυνος του Τμήματος Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης του Metropolitan, λέει σχετικά: «Με το Visualaze πραγματοποιείται καυτηριασμός με laser της επιληπτογόνου περιοχής, με απόλυτη ασφάλεια. Το αποτέλεσμα γίνεται άμεσα ορατό από τον μαγνητικό τομογράφο. Ο ασθενής παίρνει εξιτήριο την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα».

Το Visualaze ωφελεί: ασθενείς που πάσχουν από φαρμακευτικά ανεξέλεγκτες επιληπτικές κρίσεις, με πολύ καλά αποτελέσματα βελτίωσης της ποιότητας ζωής και ελάχιστες παρενέργειες, καθώς και ασθενείς με χειρουργικά μη προσβάσιμους πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους ή περιστατικά μη ανταποκρινόμενα σε χημειο/ακτινοθεραπεία.

ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ ΧΩΡΙΣ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΑ

Μικρότερο μέγεθος, μεγαλύτερη ευελιξία

Leadless pacemaker:
Μια νέα γενιά
βηματοδοτών,
εξαιρετικά μικροί,
εμφυτεύονται άμεσα
στην καρδιά χωρίς
ηλεκτρόδια.
Ομάδα εμφύτευσης:
Γιώργος Καραβόλιας,
Θεώνη Μεσίσκλη,
Αναστάσιος Λύρας

Τι είναι οι βηματοδότες

Οι βηματοδότες είναι ηλεκτρονικές συσκευές οι οποίες εμφυτεύονται σε ασθενείς που πάσχουν από βραδυκαρδία και οι οποίες στέλνουν μικρά ηλεκτρικά ερεθίσματα στην καρδιά με σκοπό τη διατήρηση της καρδιακής συχνότητας στα επιθυμητά επίπεδα. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφυτεύονται διεθνώς πάνω από 700.000 βηματοδότες.

Συμβατικοί βηματοδότες

Τα συμβατικά βηματοδοτικά συστήματα αποτελούνται από τη γεννήτρια που έχει περίπου το μέγεθος ενός σπιρτόκουτου και ένα έως δύο ηλεκτρόδια που μεταφέρουν τα ηλεκτρικά ερεθίσματα στις καρδιακές κοιλότητες (εικόνα 1). Η εμφύτευση της γεννήτριας γίνεται στο θώρακα και απαιτεί μια χειρουργική τομή η οποία οδηγεί στο σχηματισμό μιας μικρής ουλής. Η συσκευή μπορεί να προβάλλει στο θώρακα, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και λεπτούς ασθενείς. Τα ηλεκτρόδια συνδέονται με τη γεννήτρια και προωθούνται μέσα από τις φλέβες του θώρακα στην καρδιά. Η εμφύτευση των συμβατικών βηματοδοτικών συστημάτων συνοδεύεται από μια μικρή πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών που σχετίζονται κυρίως με τη χειρουργική τομή και την τοποθέτηση των ηλεκτροδίων.

Βηματοδότης χωρίς ηλεκτρόδια (leadless pacemaker)

Πρόκειται για μια νέα γενιά βηματοδοτών που είναι εξαιρετικά μικροί σε μέγεθος και εμφυτεύονται άμεσα στην καρδιά χωρίς τη χρήση ηλεκτροδίων (εικόνα 2). Έχουν κυλινδρικό σχήμα (περίπου σαν μια πολύ μικρή και λεπτή μπαταρία), δεν έχουν ηλεκτρόδια και το μέγεθός τους είναι περίπου δέκα φορές μικρότερο από αυτό ενός κλασικού βηματοδότη (εικόνα 3).

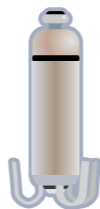
Η εμφύτευση του βηματοδότη χωρίς ηλεκτρόδια πραγματοποιείται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο από ομάδα ειδικά εκπαιδευμένων επεμβατικών καρδιολόγων. Η διαδικασία της επέμβασης είναι παρόμοια με αυτή της στεφανιογραφίας και γίνεται με τοπική αναισθησία. Ο μικροσκοπικός αυτός βηματοδότης είναι προσαρμοσμένος πάνω σε έναν καθετήρα. Μετά από μια απλή παρακέντηση, η συσκευή προωθείται μέσα από τις φλέβες του οργανισμού, στην κατάλληλη θέση στη δεξιά κοιλία της καρδιάς και απελευθερώνεται με έναν ειδικό μηχανισμό (εικόνα 4).

Η διάρκεια της επέμβασης είναι περίπου 1 ώρα. Μετά την εμφύτευση δεν απαιτείται ακινητοποίηση του χεριού του ασθενή, δεν σχηματίζεται ουλή ενώ παράλληλα η συσκευή δεν προβάλλει στο θώρακα.

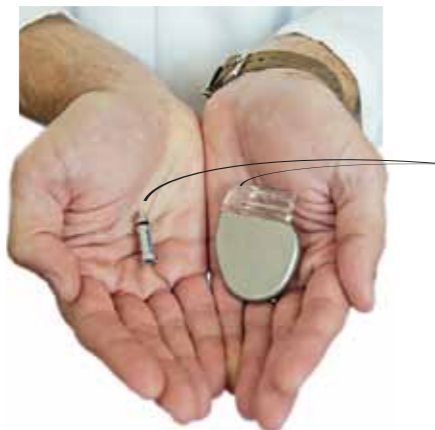
Με τη χρήση των νέων βηματοδοτών, αποφεύγονται σε μεγάλο ποσοστό επιπλοκές που σχετίζονται με την εμφύτευση ενός συμβατικού βηματοδότη και των ηλεκτροδίων που τον συνοδεύουν όπως ο πνευμοθώρακας, οι μετακινήσεις καλωδίων, τα αιματώματα, οι λοιμώξεις, η θρόμβωση φλεβών και η ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας.

10

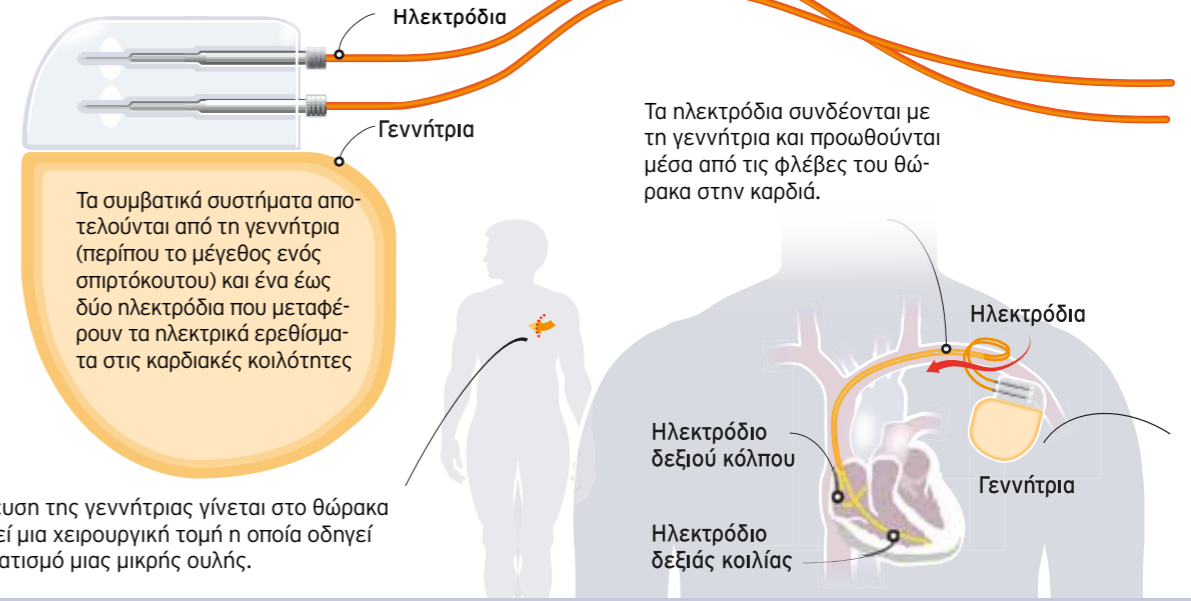
φορές μικρότερο, περίπου, είναι το μέγεθός τους, από αυτό ενός κλασικού βηματοδότη. Έχει κυλινδρικό σχήμα, περίπου σαν μια πολύ μικρή και λεπτή μπαταρία



Γράφει
ο **ΔΡ. ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΑΡΑΒΟΛΙΑΣ**,
MD, PhD, FESC, FACC
Επεμβατικός Καρδιολόγος
Metropolitan Hospital
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής



Συμβατικός βηματοδότης

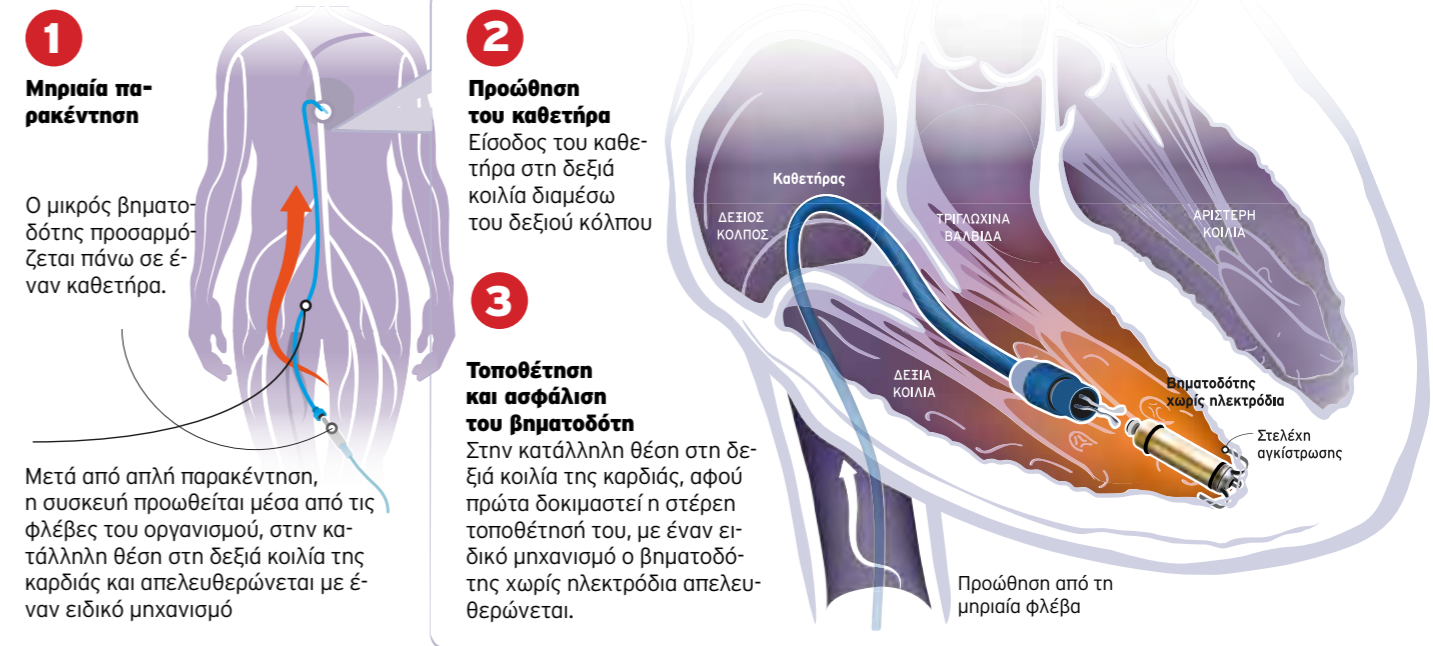


Τα συμβατικά συστήματα αποτελούνται από τη γεννήτρια (περίπου το μέγεθος ενός σπιρτόκουτου) και ένα έως δύο ηλεκτρόδια που μεταφέρουν τα ηλεκτρικά ερεθίσματα στις καρδιακές κοιλότητες

Τα ηλεκτρόδια συνδέονται με τη γεννήτρια και προωθούνται μέσα από τις φλέβες του θώρακα στην καρδιά.

Η εμφύτευση της γεννήτριας γίνεται στο θώρακα και απαιτεί μια χειρουργική τομή η οποία οδηγεί στο σχηματισμό μιας μικρής ουλής.

Βηματοδότης χωρίς ηλεκτρόδια



1
Μηριαία παρακέντηση

Ο μικρός βηματοδότης προσαρμόζεται πάνω σε έναν καθετήρα.

2
Προώθηση του καθετήρα
Είσοδος του καθετήρα στη δεξιά κοιλία διαμέσω του δεξιού κόλπου

3
Τοποθέτηση και ασφάλιση του βηματοδότη
Στην κατάλληλη θέση στη δεξιά κοιλία της καρδιάς, αφού πρώτα δοκιμαστεί η στέρεη τοποθέτησή του, με έναν ειδικό μηχανισμό ο βηματοδότης χωρίς ηλεκτρόδια απελευθερώνεται.

Μετά από απλή παρακέντηση, η συσκευή προωθείται μέσα από τις φλέβες του οργανισμού, στην κατάλληλη θέση στη δεξιά κοιλία της καρδιάς και απελευθερώνεται με έναν ειδικό μηχανισμό

Μετά την εμφύτευση, υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου της λειτουργίας της συσκευής από μακρινή απόσταση μέσω διαδικτύου (internet). Σε αντίθεση με τους περισσότερους συμβατικούς, η εμφύτευση αυτού του τύπου βηματοδότη δεν αποτελεί αντένδειξη για να υποβληθεί ο ασθενής σε μαγνητική τομογραφία. Η διάρκεια ζωής της μπαταρίας των βηματοδοτών χωρίς ηλεκτρόδια είναι συγκρίσιμη ή και μεγαλύτερη από εκείνη των συμβατικών. Οι βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια δεν είν-

ναί κατάλληλοι για όλους τους ασθενείς και η εμφύτευσή τους περιορίζεται σε παθήσεις στις οποίες απαιτείται ηλεκτρική υποστήριξη μόνο της μίας καρδιακής κοιλότητας. Σήμερα η εμφύτευση βηματοδοτών χωρίς ηλεκτρόδια θεωρείται ιδανική επιλογή στις εξής περιπτώσεις:
• ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς που είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις
• ασθενείς με ιστορικό λοίμωξης σε συμβατικό βηματοδοτικό σύστημα
• ασθενείς στους οποίους δεν είναι δυ-

νατή η εμφύτευση των ηλεκτροδίων λόγω κακής βατότητας του φλεβικού δικτύου (προηγούμενες επεμβάσεις, ακτινοθεραπείες, καρκινοπαθείς κ.λπ.)
• ασθενείς που τους απασχολεί το αισθητικό αποτέλεσμα.
Σε παγκόσμιο επίπεδο, βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια έχουν εμφυτευθεί σε περισσότερους από 20.000 ασθενείς. Στην Ελλάδα οι επεμβάσεις αυτές γίνονται σε ολιγάριθμα ειδικά κέντρα μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και το Metropolitan Hospital.

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ «ONE STAGE TECHNIQUE»

ΜΙΑ ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ
ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΜΑΣΤΟΥ ΤΟΥ METROPOLITAN HOSPITAL

Το «One Stage-Technique» αποτελεί τη σύγχρονη μέθοδο συνολικής ογκολογικής και αισθητικής αντιμετώπισης και παρέχει τη δυνατότητα στη γυναίκα με καρκίνο να έχει το επιθυμητό αισθητικό αποτέλεσμα άμεσα, απαλλαγμένη από τη νόσο



Γράφει
ο **Δρ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ MD, PHD,**
Πλαστικός Χειρουργός
Πλαστική Επανορθωτική-Αισθητική
Χειρουργική και Μικροχειρουργική
Συνεργάτης στο Metropolitan Hospital,
Κέντρο Μαστού (Δ/ντής: Δρ Β. Βενιζέλος)
info@dimitriosantonopoulos.com
www.dimitriosantonopoulos.com

Η επανορθωτική και αισθητική αποκατάσταση του μαστού θεωρείται πλέον απαραίτητη στη σύγχρονη και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Εκτός από τις συνήθεις τακτικές που εφαρμόζονται (**διατατήρας ιστών, ένθεμα σιλικόνης, κρημνοί, TRAM, DIEP, πλατύς ραχιαίος**) και συνήθως χρειάζονται πέραν της μίας χειρουργικής επέμβασης, η τεχνική αποκατάστασης σε ένα και μόνο χειρουργείο (**One Stage-Direct To Implant Technique**) αποτελεί τη σύγχρονη μέθοδο συνολικής ογκολογικής και αισθητικής αντιμετώπισης που εφαρμόζεται διεθνώς, καθώς και στο **Κέντρο Μαστού του Νοσοκομείου Metropolitan**, σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών. Παρέχει τη δυνατότητα στη γυναίκα με καρκίνο του μαστού να έχει το επιθυμητό αισθητικό αποτέλεσμα άμεσα, απαλλαγμένη από τη νόσο.

Η απαραίτητη προϋπόθεση

Απαραίτητη προϋπόθεση στην πραγματοποίηση της **One Stage Technique** είναι η **συνεχής συνεργασία και η εμπειρία της χειρουργικής ομάδας** (χειρουργός μαστού, πλαστικός χειρουργός). Η σωστή επιλογή των ασθενών, το χειρουργικό πλάνο και ο σχεδιασμός, η άψογη χειρουργική τεχνική της μαστεκτομής και η συνεχής παρακολούθηση (*follow up*) είναι βασικοί παράγοντες που καθο-

ρίζουν την επιτυχία της τεχνικής.

Εφαρμόζεται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή με διατήρηση δέρματος (*skin sparing mastectomy*) και διατήρηση της θηλής και θηλαίας άλω.

Οι ενδείξεις

Οι ενδείξεις για την επιλογή της συγκεκριμένης τεχνικής αποκατάστασης είναι το μέγεθος του μαστού (*μικρό-μεσαίο*), η καλή ποιότητα δέρματος, η ηλικία, ο τύπος της κακοήθειας και φυσικά η επιθυμία της ίδιας της ασθενούς. Αποτελεί την ιδανική τεχνική σε ασθενείς που υποβάλλονται σε προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή λόγω θετικού γονιδίου **BrcA 1,2**. Το κάπνισμα και η προηγηθείσα ακτινοβολία, καθώς και συνοδές άλλες παθήσεις αποτελούν σχετικές αντενδείξεις, που πάντα βέβαια εξατομικεύονται και συνεκτιμώνται προκειμένου να εφαρμοστεί η συγκεκριμένη τεχνική.

Η επέμβαση

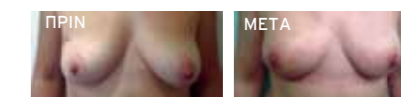
Η επέμβαση της μαστεκτομής και της αποκατάστασης γίνεται από την ίδια χειρουργική τομή, συνήθως στην υπομάστια πτυχή. Μέσω της ίδιας τομής, γίνεται η υποδόρια μαστεκτομή, δηλαδή η αφαίρεση όλου του μαστού κάτω από το δέρμα, στη συνέχεια τοποθετείται το ειδικό ένθεμα σιλικόνης ανάλογου όγκου και

σχήματος με τον μαστό που αφαιρείται. Το ένθεμα τοποθετείται κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ (*subpectoral technique*) ή πάνω από τον μυ (*prepectoral technique*). Η σταθεροποίηση του ενθέματος γίνεται με ειδικό συνθετικό πλέγμα τιτανίου (**Ti-LOOP**) ή με βιολογικό πλέγμα (**ADM**). Η συνολική διάρκεια της επέμβασης (*μαστεκτομής και αποκατάστασης*) κυμαίνεται από 4-6 ώρες ανάλογα τον τύπο της μαστεκτομής, ετερόπλευρης ή αμφοτερόπλευρης. Η νοσηλεία της ασθενούς διαρκεί 2-3 ημέρες και συνήθως δε χρειάζε-

ται ιδιαίτερη αναλγητική αγωγή. Η ασθενής μπορεί να επιστρέψει στην καθημερινότητά της περίπου σε 10 ημέρες. Αξίζει να σημειωθεί πως η τομή που θα έχει η ασθενής είναι η ελάχιστη και «κρυφή».

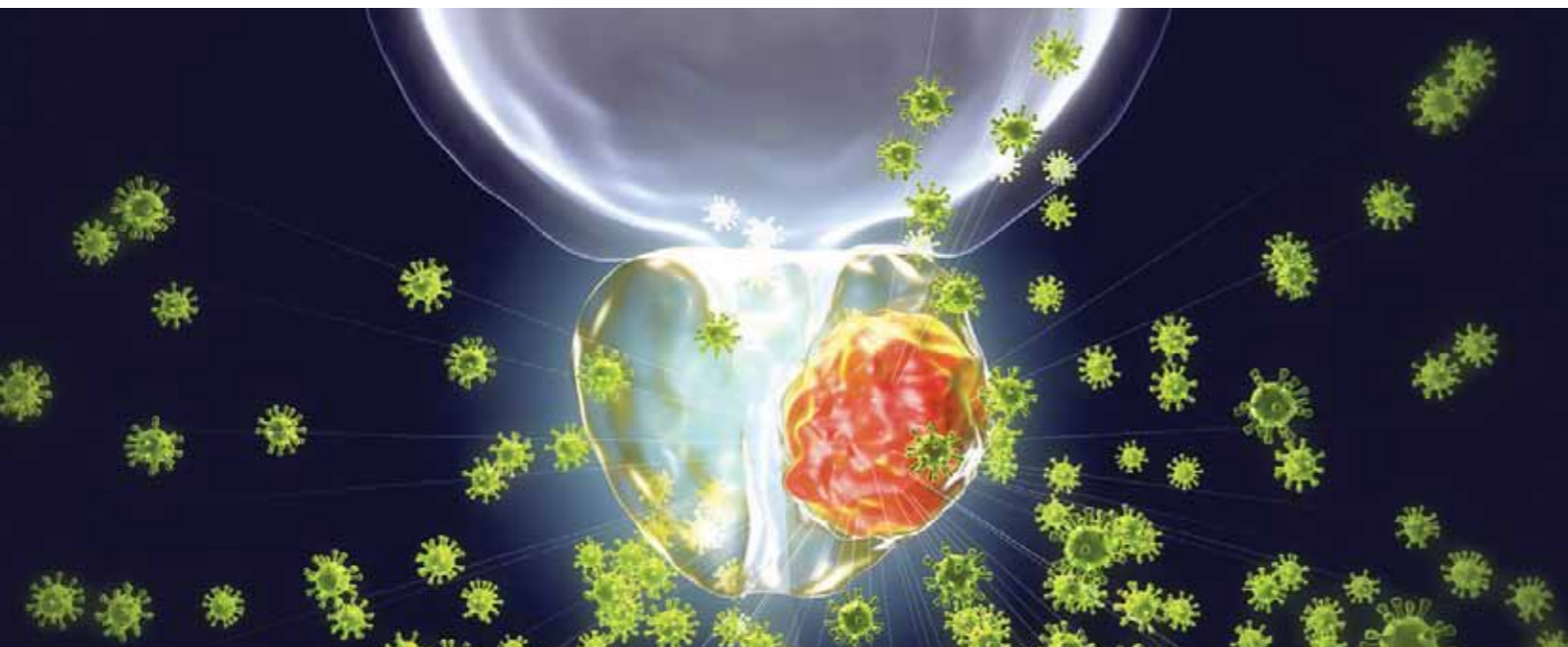
Τα **πλεονεκτήματα** της τεχνικής αυτής είναι η αποφυγή ενός δεύτερου χειρουργείου για την αποκατάσταση, με ό,τι αυτό συνεπάγεται (*επιπλέον αναισθησία, χειρουργικός κίνδυνος, επιπλοκές, κόστος*) στη συνολική επιβάρυνση της ασθενούς και στην **ψυχολογία** της.

Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής είναι η αποφυγή ενός δεύτερου χειρουργείου για την αποκατάσταση, με ό,τι αυτό συνεπάγεται (*επιπλέον αναισθησία, χειρουργικός κίνδυνος, επιπλοκές, κόστος*) στη συνολική επιβάρυνση της ασθενούς και στην **ψυχολογία** της



Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

«Εάν τα αποτελέσματα των αρχικών εξετάσεων είναι ύποπτα για καρκίνο του προστάτη (αυξημένα επίπεδα PSA ή παθολογική δακτυλική εξέταση) τότε ενδείκνυται η διενέργεια βιοψίας του προστάτη»



Βιοψία προστάτη

Εάν τα αποτελέσματα των αρχικών εξετάσεων είναι ύποπτα για καρκίνο του προστάτη (αυξημένα επίπεδα PSA ή παθολογική δακτυλική εξέταση) τότε ενδείκνυται η διενέργεια βιοψίας του προστάτη. Κατά τη διάρκεια της βιοψίας λαμβάνονται μικρά δείγματα ιστού και εξετάζονται παθολογοανατομικά για την παρουσία καρκίνου του προστάτη. Η βιοψία του προστάτη εκτελείται είτε με μέθη είτε με τοπική αναισθησία έτσι ώστε να είναι τελείως ανώδυνη. Πριν και μετά από τη βιοψία χορηγούνται αντιβιοτικά για να προληφθεί μια λοίμωξη (προστατίτιδα).

Κατά την εκτέλεση της βιοψίας, εισέρχεται μια κεφαλή υπερήχων μέσα στο ορθό. Καθοδηγούμενο από τις εικόνες της κεφαλής των υπερήχων, μπορεί να ελέγχει κάθε ύποπτη περιοχή. Κατόπιν μια λεπτή βελόνα κατευθύνεται σε αυτές τις περιοχές του προστάτη. Ένας ειδικός μηχανισμός ελατηρίου προωθεί τη βελόνα αυτόματα μέσα στον προστάτη και αποκόπτει ένα πολύ λεπτό κομμάτι ιστού. Η όλη διαδικασία λήψης του ιστοτεμαχιδίου διαρκεί κλάσματα του δευτερολέπτου και γι' αυτό είναι μόνο ελάχιστα επώδυνο.

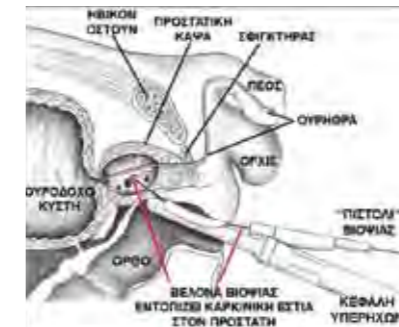
Εάν μια παθολογική περιοχή βρεθεί στο

διορθικό υπερηχογράφημα, θα ληφθεί βιοψία από αυτή την περιοχή. Εάν κανένα παθολογικό σημείο δεν βρεθεί, 12 ή περισσότερες βιοψίες από διαφορετικές περιοχές του προστάτη θα ληφθούν. Πολύ μεγάλοι σε μέγεθος προστάτες μπορεί να χρειαστούν περισσότερες από 12 βιοψίες προκειμένου να υπάρχει μια επαρκής τυχαίοποιημένη εικόνα του προστάτη για τον σίγουρο αποκλεισμό ενός καρκίνου. Μετά τη βιοψία είναι φυσιολογικό να παρουσιάζει ο ασθενής λίγο αίμα στα ούρα, στο σπέρμα ή στα κόπρανα.

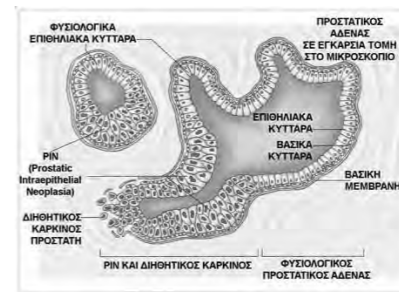
Η γνωμάτευση της βιοψίας που γίνεται από τον παθολογοανατόμο, ο οποίος έχει εξειδικευτεί στη διάγνωση του καρκίνου και άλλων παθολογικών βλαβών των ιστών, δείχνει συνήθως ένα από τα ακόλουθα τρία δεδομένα:

- **Αρνητική, χωρίς δηλαδή κάποια ένδειξη καρκίνου.** Μερικές φορές μπορεί να δείξει στοιχεία προστατίτιδας. Τις περισσότερες όμως φορές περιγράφονται στοιχεία υπερπλασίας και ορισμένα άλλα ευρήματα που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- Παρουσία της λεγόμενης **ενδοεπιθηλιακής προστατικής νεοπλασίας** -εκφραζόμενο με τα αρχικά του αγγλικού όρου- **PIN**.
- **Θετική**, οριστική δηλαδή **παρουσία καρκίνου του προστάτη**.

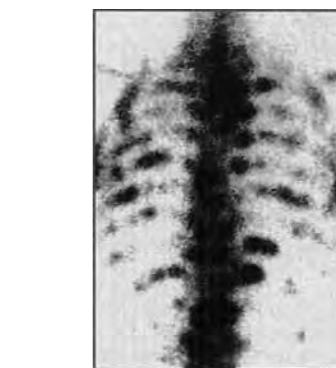
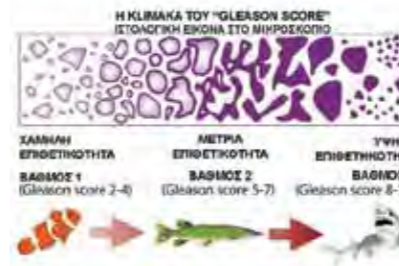
Σχετικά με το PIN είναι απαραίτητο να διακριθεί αν πρόκειται για χαμηλού ή υψηλού βαθμού. Στην περίπτωση του χαμηλού βαθμού PIN συνιστάται μόνο παρακολούθηση του ασθενούς. Το υψηλού βαθμού PIN θεωρείται ως προ-καρκινική βλάβη, με πιθανότητα περίπου 50% να αναπτυχθεί καρκίνος. Εδώ, η παρακολούθηση είναι προσεκτικότερη και σε περίπτωση που παράλληλα αυξάνει το PSA επαναλαμβάνεται η βιοψία. Η υψηλόβαθμη PIN συνυπάρχει με καρκίνο του προστάτη σε ποσοστό που κυμαίνεται από 50-85%, ενώ η χαμηλόβαθμη PIN μόνο σε ποσοστό 20%. Η υψηλόβαθμη PIN ταυτίζεται με το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα in situ σε αντίθεση προς το διηθητικό καρκίνωμα, το οποίο διασπά τη βασική μεμβράνη. Μέχρι σήμερα δεν έχει διευκρινιστεί, πόσο συχνά η προστατική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία μπορεί να εξελιχθεί σε κλινικό καρκίνο του προστάτη. Η ανεύρεση PIN στη βιοψία του προστάτη δεν αλλάζει τη στρατηγική θεραπευτικής αντιμε-



Σχηματική εικόνα υπερηχογραφικά καθοδηγούμενης διορθικής βιοψίας προστάτη.



Σχηματική παθολογοανατομική εικόνα εμφάνισης των αποτελεσμάτων μιας βιοψίας προστάτη.



Παθολογικό σπινθηρογράφημα οστών με διάχυτες καρκινικές μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη και στις πλευρές.

τώπισης, υποδεικνύει όμως την πιθανότητα να υπάρχει σε παρακείμενη θέση διηθητικό καρκίνωμα του προστάτη.

Στην περίπτωση θετικής βιοψίας θα χρειαστούν επιπλέον και άλλες πληροφορίες σχετικά με τον ακριβή τύπο, τον χαρακτήρα αλλά και τη «σοβαρότητα» του καρκίνου.

Υπολογίζεται το ποσοστό του καρκίνου μέσα στους μικροσκοπικούς κυλίνδρους που παραλαμβάνεται από τη βιοψία. Κατ' αρχάς, αναφέρεται και η εκατοστιαία αναλογία του όλου ιστού της βιοψίας.

Εκείνο όμως που κατευθύνει τον ουρολόγο στα παραπέρα βήματα είναι ο βαθμός της κακοήθειας. Εκφράζεται σε μονάδες κατά Gleason, όπως ονομάζεται από τον Αμερικανό παθολογοανατόμο ο οποίος πρώτος το περιέγραψε πριν από περίπου 30 χρόνια. Ταξινομείται δε σε μονάδες (score) από 2-10. Το Gleason score λοιπόν μαζί με το PSA αποτελούν τα βασικά στοιχεία που βοηθούν στο να καθοριστεί και η προοπτική (πρόγνωση) του καρκίνου αυτού. Το Gleason score μέχρι και 6 θεωρείται συνήθως ως ήπιος βαθμός κακοήθειας καρκίνου, με καλύτερη προοπτική. Από 7 και πάνω θεωρούνται οι καρκίνοι επιθετικοί.

Βαθμός κακοήθειας (Grading και Gleason score)

Εάν μια βιοψία προστάτη επιβεβαιώσει την παρουσία καρκίνου, το επόμενο βήμα είναι ο καθορισμός βαθμού επιθετικότητας ή κακοήθειας του συγκεκριμένου καρκίνου. Με άλλα λόγια εκτιμάται το πόσο ταχέως επεκτείνεται ο καρκίνος του προστάτη, αργά (σε χρόνια) ή γρήγορα (σε μήνες). Μελετώνται τα ληφθέντα ιστοτεμάχια και συγκρίνονται με εκείνα των φυσιολογικών προστατικών κυττάρων. Όσο περισσότερο διαφέρει ένα καρκινικό κύτταρο από τα φυσιολογικά, τόσο περισσότερο κακοήθης και επιθετικός είναι ο καρκίνος και τόσο πιο γρήγορα μπορεί να εξαπλωθεί και να δώσει μεταστάσεις. Τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να διαφέρουν στο σχήμα και στο μέγεθος. Μερικά κύτταρα μπορεί να είναι επιθετικά, άλλα όμως όχι. Ο παθολογοανατόμος καθορίζει τις δύο μεγαλύτερες περιοχές που περιέχουν καρκινικά κύτταρα. Σε αυτές τις περιοχές ελέγχονται οι πλέον επιθετικές μορφές των καρκινικών κυττάρων δίνοντας σε αυτές τις μορφές έναν βαθμό κακοήθειας (grade).

Η περισσότερο συχνή κλίμακα κακοήθειας των προστατικών καρκινικών κυττάρων



Γράφει ο **ΒΑΣΙΛΗΣ ΠΟΥΛΑΚΗΣ, MD, PhD, FEBU** Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδρολόγος στο Metropolitan Hospital

κυμαίνεται μεταξύ 1 και 5, με το 1 να είναι η λιγότερο επιθετική μορφή καρκίνου. Το λεγόμενο Gleason score είναι το άθροισμα δύο βαθμών κακοήθειας, των πιο επιθετικών μορφών καρκινικών κυττάρων που ανευρίσκονται στις προηγούμενες δύο μεγαλύτερες περιοχές, οι οποίες περιέχουν καρκινικά κύτταρα. Γι' αυτό, το Gleason score μπορεί να κυμαίνεται από 2 (καθόλου επιθετικά κύτταρα) έως και 10 (πολύ επιθετικά κύτταρα). Το Gleason score μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό της καλύτερης μορφής θεραπείας για έναν συγκεκριμένο ασθενή.

Καρκίνος του προστάτη με Gleason score 7 ή και μεγαλύτερο περιέχει καρκίνο του προστάτη με βαθμό κακοήθειας το λιγότερο 4, άρα γι' αυτόν τον λόγο τέτοιοι όγκοι του προστάτη έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Επιπλέον εξετάσεις για τον υπολογισμό της εξάπλωσης του καρκίνου

Εφόσον έχει διαγνωστεί καρκίνος του προστάτη απαιτούνται επιπλέον εξετάσεις για τον καθορισμό του βαθμού εξάπλωσης του καρκίνου. Πολλοί άνδρες δεν χρειάζονται επιπρόσθετες εξετάσεις και μπορούν άμεσα να προχωρήσουν σε θεραπεία βασιζόμενοι μόνο στα χαρακτηριστικά του καρκίνου που βρέθηκε στη βιοψία και στα αποτελέσματα της εξέτασης του PSA που έγινε πριν από τη βιοψία.

- **Σπινθηρογράφημα οστών.** Εάν υπάρχει η υποψία επέκτασης της νόσου στα οστά (συνήθως όταν το PSA είναι μεγαλύτερο από 15 ή 20 ng/mL), τότε διενεργείται το σπινθηρογράφημα οστών. Στο σπινθηρογράφημα οστών λαμβάνεται μια εικόνα του σκελετού για τον καθορισμό της επέκτασης του καρκίνου στα οστά. Ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να κάνει μεταστάσεις στα οστά, όχι μόνο σε αυτά που βρίσκονται κοντά στον προστάτη, όπως είναι τα οστά της πυέλου και της κατώτερης σπονδυλικής στήλης. Κατά την εξέταση, που είναι ανώδυνη, ενίεται μια μικρή ποσότητα ενός ακίνδυνου ραδιοφαρμάκου σε μια φλέβα. Το ραδιοφάρμακο εναποτίθεται στις καρκινικές εστίες του σκελετού και τις κάνει ορατές. Μετά από μερικές ώρες τοποθετείται ο ασθενής μπροστά από μια ειδική κάμερα, όπως είναι ένα απλό ακτινογραφικό μηχάνημα, το οποίο ελέγχει ολόκληρο τον σκελετό για παθολογικές εναποθέσεις του

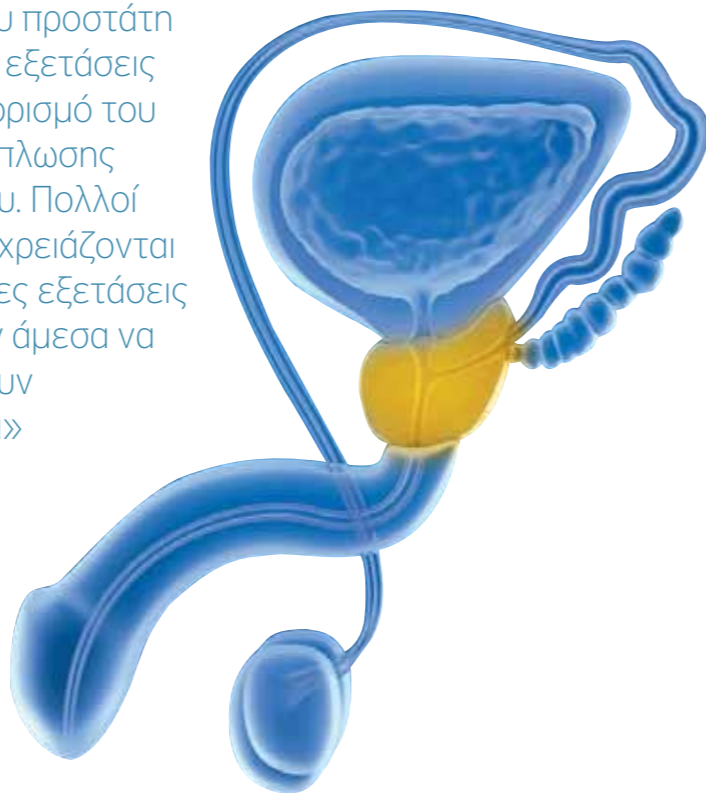
ραδιοφαρμάκου. Σκιές μαύρες στον σκελετό σημαίνουν μεταστάσεις. Αντίθετα, ένας ομοιόμορφος σκελετός υποδηλώνει έλλειψη μεταστάσεων.

- **Αξονική τομογραφία** άνω και κάτω κοιλίας. Η αξονική τομογραφία δείχνει εγκάρσιες τομές του σώματος. Μπορεί να διαγνώσει διογκωμένους λεμφαδένες ή άλλες παθολογικές καταστάσεις σε διάφορα όργανα, αλλά δεν μπορεί να ξεχωρίσει εάν αυτά τα προβλήματα οφείλονται σε καρκίνο. Γι' αυτόν τον λόγο η αξονική τομογραφία είναι χρήσιμη μόνο όταν συνδυάζεται με άλλες εξετάσεις. Το πρόβλημα είναι ότι για να εμφανιστούν παθολογικοί λεμφαδένες στις ακτινογραφίες αυτές πρέπει να έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από ένα εκατοστό. Δεν υπάρχει έως και σήμερα μέθοδος τέτοια που να κάνει φανερή ακόμη και ελάχιστη «εισβολή» των λεμφαδένων από καρκινικά κύτταρα. Έτσι, οι «μικροσκοπικές μεταστάσεις» όπως και οι «μικροσκοπικές επεκτάσεις» του καρκίνου έξω από την κάψα του προστάτη δεν μπορούν να απεικονιστούν με μεγάλη ακρίβεια.
- **Μαγνητική τομογραφία.** Δίνει μια λεπτομερή εγκάρσια εικόνα του σώματος χρησιμοποιώντας μαγνητικά ραδιοκύμα-

τα. Η μαγνητική τομογραφία συμβάλλει στην ανίχνευση πιθανών μεταστάσεων στους λεμφαδένες και στα οστά. Παρουσιάζει τους ίδιους περιορισμούς όπως και η αξονική τομογραφία. Το πλεονέκτημά της σε σχέση με την αξονική είναι η έλλειψη έκθεσης σε ακτινοβολία.

- **Βιοψία λεμφαδένων.** Εάν βρεθούν διογκωμένοι λεμφαδένες στην αξονική ή στη μαγνητική τομογραφία, μια βιοψία των λεμφαδένων μπορεί να καθορίσει εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες. Η βιοψία των λεμφαδένων μπορεί είτε να αποτελέσει και μέρος μιας επέμβασης ολικής αφαίρεσης του προστάτη (ριζική προστατεκτομή) είτε να πραγματοποιηθεί ξεχωριστά από τη ριζική προστατεκτομή. Κατά τη διάρκεια της σχετικής επέμβασης αφαιρούνται οι ύποπτοι λεμφαδένες που βρίσκονται γύρω από τον προστάτη και εξετάζονται κάτω από το μικροσκόπιο για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα. Η συνήθης πρακτική είναι να γίνεται μια λεμφαδεκτομή ταυτόχρονα με το ριζικό χειρουργείο και μάλιστα ως το πρώτο βήμα μιας (οπισθοβικής ή λαπαροσκοπικής) ριζικής προστατεκτομής.

«Εφόσον έχει διαγνωστεί καρκίνος του προστάτη απαιτούνται εξετάσεις για τον καθορισμό του βαθμού εξάπλωσης του καρκίνου. Πολλοί άνδρες δεν χρειάζονται επιπρόσθετες εξετάσεις και μπορούν άμεσα να προχωρήσουν σε θεραπεία»



Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ

Η μετάδοση γίνεται μέσω μολυσμένων κουνουπιών ή μέσω μετάγγισης ή μεταμόσχευσης. Δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο.

Η λοίμωξη από τον ιό του δυτικού Νείλου είναι νόσημα που μεταδίδεται κυρίως από τσίμπηματα κουνουπιού. Η κύρια δεξαμενή του ιού στη φύση είναι τα πτηνά, ενώ οι άνθρωποι και τα θηλαστικά θεωρούνται ως αδιέξοδοι ξενιστές.

Η μετάδοση της λοίμωξης από τον ιό του δυτικού Νείλου γίνεται μέσω μολυσμένων κουνουπιών ή μέσω μετάγγισης ή μεταμόσχευσης. Ο ιός δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο.

Ο χρόνος επώασης μετά το τσίμπημα του κουνουπιού είναι 2-14 ημέρες οπότε εμφανίζονται και τα συμπτώματα. Η διάρκεια των συμπτωμάτων στις ήπιες μορφές είναι λίγες ημέρες, ενώ στις πιο σοβαρές μορφές της λοίμωξης είναι από μερικές ημέρες μέχρι μερικές εβδομάδες.

Υπάρχουν διάφορες μορφές συμπτωμάτων:

- Ασυμπτωματική μορφή: στην κατηγορία αυτή ανήκει το 80% των μολυνθέντων και δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα.
- Ήπια μορφή: στη συγκεκριμένη κα-

τηγορία ανήκει το 20% των μολυνθέντων και παρουσιάζουν συμπτώματα όπως πυρετό, ήπια κεφαλαλγία, κακουχία, αρθραλγίες, μυαλγίες, εμέτους (πιθανόν), διάρροιες (πιθανόν) ή κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα.

- Σοβαρή μορφή λοίμωξης: προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα και στην κατηγορία αυτή ανήκει το 1% των μολυνθέντων με συμπτώματα όπως υψηλό πυρετό, έντονη κεφαλαλγία, πιθανή αυχενική δυσκαμψία, διαταραχές επιπέδου συνείδησης (αποπροσανατολισμός τόπου-χρόνου, διέγερση, υπνηλία κ.λπ.) ή επιληπτικές κρίσεις (πιθανόν).

Η αντιμετώπιση της νόσου στην ήπια μορφή περιλαμβάνει συμπτωματική αγωγή (αντιπυρετικά παυσίπονα), ενώ στη σοβαρή μορφή της νόσου υποστηρικτική αγωγή όπως χορήγηση ενδοφλέβιων ορών, αντιεπιληπτική αγωγή (σε επιληπτικές κρίσεις), επί διεγέρσεως κατασταλτικά φάρμακα, επί διαταραχών της αναπνοής μηχανική υποστήριξη.

Να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει ειδική φαρμακευτική αγωγή.



Γράφει
ο **ΗΛΙΑΣ Σ. ΜΟΥΤΣΙΟΣ**,
Ειδικός Παθολόγος
στο Metropolitan Hospital



ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ: ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΛΛΑΓΗ

Η ιατρική ομάδα του Κέντρου Αναφοράς Βαλβιδοπάθειας Καρδιάς έχει ήδη συσσωρεύσει εμπειρία δεκαετιών και στο εξωτερικό, με τα χειρουργικά της αποτελέσματα να είναι άριστα και εφάμιλλα παρόμοιων Κέντρων Αναφοράς του εξωτερικού

Οι βαλβιδοπάθειες της καρδιάς συνιστούν τη νέα επιδημία στις παθήσεις καρδιάς. Η πλέον σύγχρονη αντιμετώπιση της νόσου προϋποθέτει εξειδικευμένα Κέντρα Αναφοράς με σύγχρονο εξοπλισμό. Το Metropolitan General δημιούργησε το πρώτο Κέντρο Αναφοράς Βαλβιδοπάθειας Καρδιάς στην Ελλάδα με στόχο την πλέον αξιόπιστη αντιμετώπιση των ασθενών με βαλβιδοπάθειες.

Οι αιτίες

Οι αιτίες των βαλβιδοπαθειών είναι πολλαπλές. Οι πιο συνήθεις είναι η αδυναμία του ιστού και η πρόωγη χαλάρωση, με συνέπεια την ανεπάρκεια (ιδίως της μιτροειδούς βαλβίδας) και η ασβεστοποίηση της αορτικής βαλβίδας με επακόλουθο τη στένωση.

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σοβαρή βαλβιδοπάθεια, όπου η δυνατότητα ενός απλού και ανώδυνου Triplex καρδιάς προσφέρει μια αξιόπιστη

διάγνωση. Ιδίως οι νέοι ασθενείς με ανεπάρκεια της μιτροειδούς μπορούν να επωφεληθούν τα μέγιστα από μια έγκαιρη επιδιόρθωση (πλαστική) της βαλβίδας αντί για αντικατάσταση και να αποφύγουν μια εφ' όρου ζωής αντιπηκτική φαρμακευτική αγωγή με Sintrom που σχετίζεται με κίνδυνο εγκεφαλικών και αιμορραγιών.

Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

Η βασική αρχή και ο σκοπός του Κέντρου Αναφοράς Βαλβιδοπάθειας Καρδιάς είναι «**Η επιδιόρθωση και η διατήρηση της βαλβίδας του ασθενούς έναντι της αντικατάστασής της**», η οποία αποτελεί την πλέον σύγχρονη αντιμετώπιση της βαλβιδοπάθειας και εφαρμόζεται σε εξειδικευμένα καρδιοχειρουργικά κέντρα του εξωτερικού.

Το Κέντρο εστιάζει στις παρακάτω επεμβάσεις:

- Επιδιόρθωση ή πλαστική της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας

- Βαλβιδοπλαστική της αορτικής βαλβίδας σε έδαφος ανεπάρκειας της βαλβίδας και ανευρύσματος αορτικής ρίζας-χειρουργείο David (ιδίως σε έδαφος συνδρόμου Marfan)
- Βαλβιδοπλαστική τριγλώχινης βαλβίδας
- Αντικατάσταση βαλβίδων σε έδαφος ασβεστοποίησης (στένωση αορτικής βαλβίδας)
- Ανευρυσμάτων ανιούσης αορτής, αφού συνήθως συνυπάρχουν με παθήσεις της αορτικής βαλβίδας (π.χ. σύννηθες με τη δίπτυχη αορτική βαλβίδα).

Χειρουργικά αποτελέσματα

Οι χειρουργικές επεμβάσεις βαλβιδοπάθειας καρδιάς διεξάγονται στο εσωτερικό της καρδιάς, εκεί όπου βρίσκονται οι βαλβίδες, και γι' αυτόν τον λόγο ο χειρουργικός κίνδυνος είναι υψηλότερος έναντι των απλών χειρουργείων bypass, και συνεπώς είναι ακόμη πιο επιτακτική η ανάγκη διεξαγωγής τους σε ένα εξειδι-

Το Metropolitan General δημιούργησε το πρώτο Κέντρο Αναφοράς Βαλβιδοπάθειας Καρδιάς στην Ελλάδα με στόχο την πλέον αξιόπιστη αντιμετώπιση των ασθενών με βαλβιδοπάθειες

κευμένο Κέντρο Αναφοράς (όπως συνθίζεται στο εξωτερικό, όπου υπάρχουν τα "Heart Valve Centers of Excellence"). Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση των συγκεκριμένων επεμβάσεων είναι η επιμελής προσοχή σε όλα τα στάδια της επέμβασης:

- **Προεγχειρητικά:** λεπτομερής προεγχειρητικός έλεγχος, εκτίμηση από πνευμονολόγο, αναισθησιολόγο και φυσικοθεραπευτή
- **Διεγχειρητικά:** τεκμηρίωση της επιτυχούς βαλβιδοπλαστικής (επιδιόρθωση της βαλβίδας) ή της σωστής λειτουργίας της προσθετικής βαλβίδας με το διεγχειρητικό διοισοφάγιο. Άμεση αποσωλήνωση (ξύπνημα) του ασθενούς στο χειρουργείο για αποφυγή λοιμώξεων του αναπνευστικού
- **Μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ):** παραμονή για επισταμένη παρακολούθηση όλων των ασθενών
- **Μεταφορά στον όροφο νοσηλείας:** Η

άμεση κινητοποίηση των ασθενών είναι επιτακτική προς αποφυγή λοιμώξεων του αναπνευστικού, οι οποίες μπορεί να είναι πολύ σοβαρές.

- Καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσηλευτικό όροφο, υπάρχει 24ωρη παρακολούθηση του καρδιογραφήματος (τηλεμετρία) για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση τυχόν αρρυθμιών.

Η ιατρική ομάδα που στελεχώνει το Κέντρο Αναφοράς Βαλβιδοπάθειας Καρδιάς έχει ήδη συσσωρεύσει εμπειρία δεκαετιών και στο εξωτερικό, με τα χειρουργικά της αποτελέσματα να είναι άριστα και εφάμιλλα παρόμοιων Κέντρων Αναφοράς του εξωτερικού, όπως τεκμηριώθηκε στα αποτελέσματα καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων, που πραγματοποιήθηκαν στην πολιτεία της Νέας Υόρκης (ΗΠΑ) για την περίοδο 1992-2004. (<http://www.health.ny.gov/statistics/diseases/cardiovascular>)



Γράφει η **ΜΑΡΙΑ ΑΡΩΝΗ, MD, FACS, FACC, FCCP**, Καρδιοχειρουργός, Διευθύντρια Κέντρου Αναφοράς Βαλβιδοπάθειας Καρδιάς στο Metropolitan General

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΕΥΕΛΙΞΙΑ, ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πρόσφατη αναβάθμιση του λαπαροσκοπικού εξοπλισμού της Χειρουργικής Κλινικής του Metropolitan με τρισδιάστατη (3D) κάμερα έχει συνεισφέρει πολύ στην αντιμετώπιση τέτοιων οπισθοπεριτοναϊκών όγκων, γιατί προσφέρει τη στερεοσκοπική όραση της ρομποτικής αντιμετώπισης, αλλά πολύ μεγαλύτερη ευελιξία και λιγότερο χειρουργικό χρόνο σε σχέση με αυτή



Γράφει
ο **ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΟΠΕΛΑΣ**,
Γενικός Χειρουργός,
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής
στο Metropolitan Hospital

Τα επινεφρίδια είναι δύο μικροί ενδοκρινείς αδένες που βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, στον άνω πόλο κάθε νεφρού.

Στους συγκεκριμένους αδένες συχνά αναπτύσσονται διάφοροι πρωτοπαθείς, καλοήθεις (αδενώματα) ή κακοήθεις όγκοι, καθώς και δευτεροπαθείς όγκοι όπως π.χ., μεταστατικός όγκος από τον πνεύμονα, αλλά και από άλλα όργανα. Όλοι αυτοί οι όγκοι, ακόμη και τα αδενώματα, που είναι καλοήθη, επειδή συχνά παράγουν ορμόνες, όπως π.χ. τα φαιοχρωμοκυττώματα, με κύριο σύμπτωμα την κακοήθη υπέρταση, πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

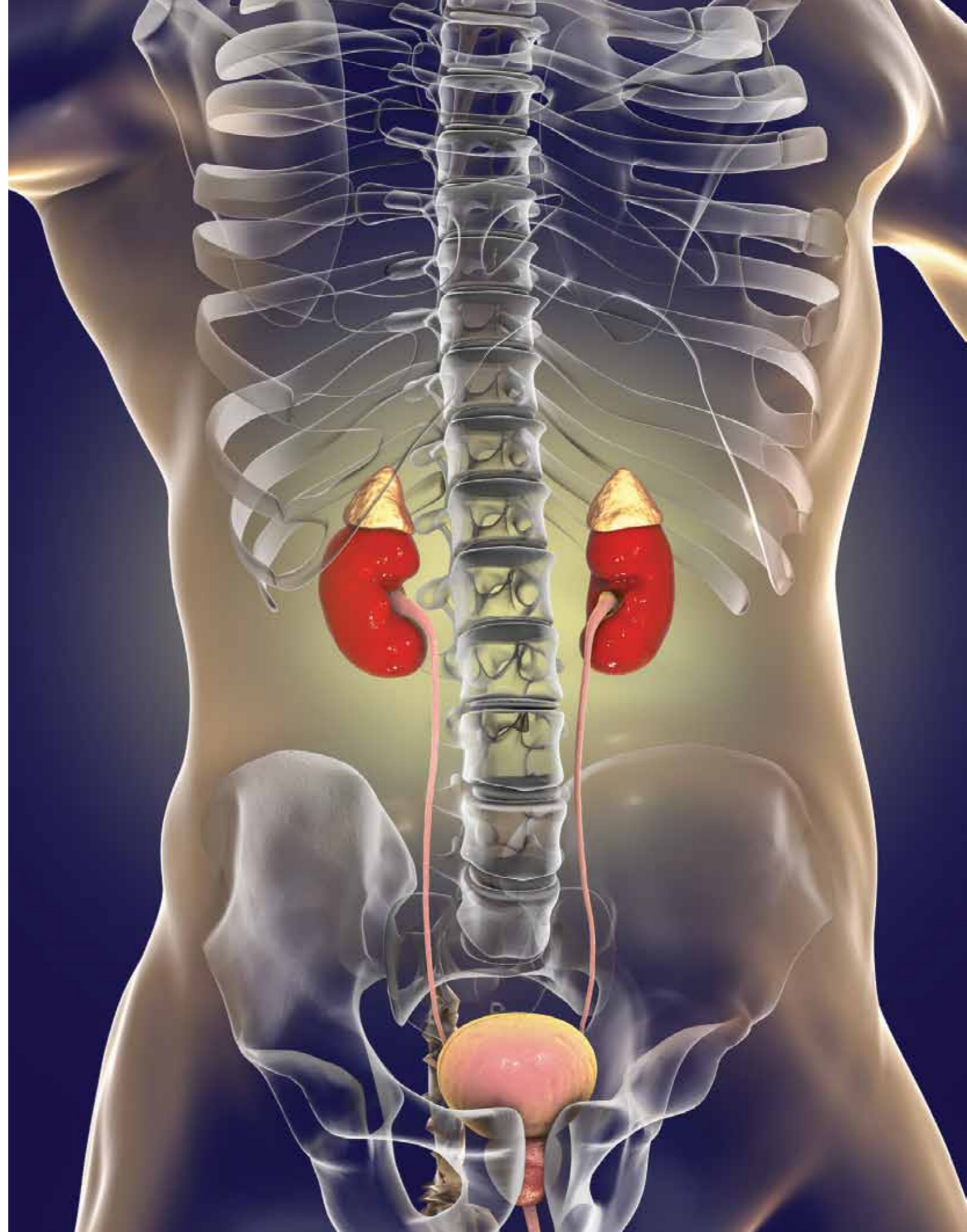
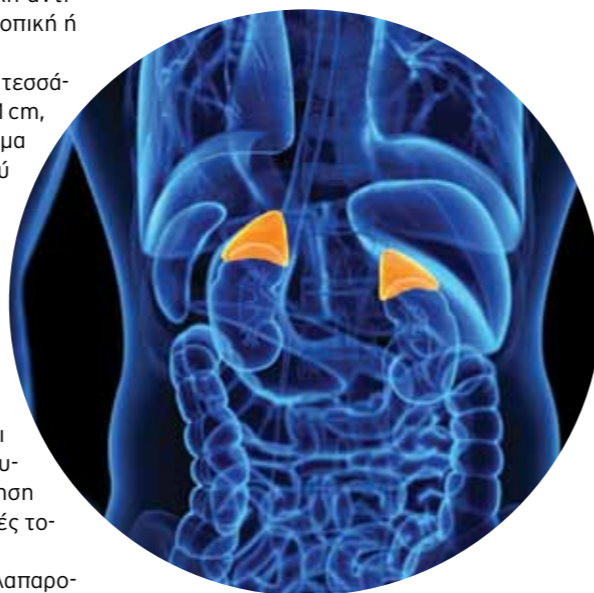
Μέχρι πρότινος, η χειρουργική αντιμετώπιση όλων αυτών των όγκων, γινόταν με ανοικτή χειρουργική επέμβαση, με μεγάλες τομές, δεδομένου ότι η πρόσβαση στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο διαμέσου της κοιλίας απαιτούσε χειρουργικές τομές άνω των 20 cm. Τα τελευταία χρόνια όμως, ιδιαίτερα για όγκους που δεν ξεπερνούν τα 5-6 cm, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι κυρίως λαπαροσκοπική ή ρομποτική.

Η επέμβαση διενεργείται μέσω τεσσάρων ή πέντε μικρών τομών, 0,5-1 cm, χωρίς διατομή μυών, με αποτέλεσμα την εξάλειψη του μεταχειρουργικού πόνου και τη συντομότερη δυνατή ενδοοσοκομειακή νοσηλεία του ασθενούς, που περιορίζεται σε 2-3 ημέρες. Επιπλέον, σε 4-5 ημέρες, ο ασθενής είναι ικανός να επιστρέψει στις φυσιολογικές του συνήθειες και ασχολίες. Κάποιες φορές, ακόμη και μεγαλύτεροι των 5 ή 6 cm, κακοήθεις όγκοι μπορεί να αντιμετωπιστούν επιτυχώς, με λαπαροσκοπική υποβοήθηση και να αφαιρεθούν από πολύ μικρές τομές των 4-5 cm.

Η πρόσφατη αναβάθμιση του λαπαρο-

σκοπικού εξοπλισμού της Χειρουργικής Κλινικής του Metropolitan με τρισδιάστατη (3D) κάμερα έχει συνεισφέρει πολύ στην αντιμετώπιση τέτοιων οπισθοπεριτοναϊκών όγκων, γιατί προσφέρει τη στερεοσκοπική όραση της ρομποτικής αντιμετώπισης, αλλά πολύ μεγαλύτερη ευελιξία και λιγότερο χειρουργικό χρόνο σε σχέση με αυτή. Έτσι, σήμερα, η αντιμετώπιση των όγκων των επινεφριδίων, πραγματοποιείται ως επί το πλείστον λαπαροσκοπικά, με παραμονή του ασθενούς 2-3 ημέρες στην κλινική και με διάρκεια επέμβασης λίγο μεγαλύτερη από δύο ώρες.

Λόγω όλων των παραπάνω πλεονεκτημάτων, αλλά και της ελαχιστοποίησης των μεταχειρουργικών επιπλοκών, η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή έχει καθιερωθεί ως η μέθοδος εκλογής στην αντιμετώπιση των όγκων των επινεφριδίων.



ΤΑ 17 ΠΙΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΦΑΓΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Στις 26 του Οκτωβρίου 2015, έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) έδειξε ότι η κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του εντέρου, ενώ το κόκκινο κρέας είναι πιθανόν καρκινογόνο. Ο Διεθνής Οργανισμός για την έρευνα του καρκίνου έχει εντάξει τα επεξεργασμένα κρέατα όπως το hot dog, τα λουκάνικα και το μπέικον στην ίδια ομάδα με τον καπνό, τον αμύγδαλο και το ντιζελ, τα οποία είναι καρκινογόνα. Ανακαλύψτε ποια άλλα επικίνδυνα φαγητά μπορούν να σας οδηγήσουν μέχρι και στον θάνατο...



2

ΑΨΕΝΤΙ

Το αψέντι είναι ένα μίγμα από σαράκι, γλυκό μάραθο και γλυκάνισο. Το σαράκι περιέχει χημική ουσία που ονομάζεται θυγιόνη και έχει ψυχοδραστικές συνέπειες. Λειτουργεί ως παραισθησιογόνο. Είναι υπαίτιο για ψυχικές διαταραχές, αυτοκτονίες, ακόμη φυματίωση και επιληψία.



1

ΑΦΡΙΚΑΝΙΚΟΣ ΒΑΤΡΑΧΟΣ

Οι συγκεκριμένοι βάτραχοι συνήθως θεωρούνται «λιχουδιά» σε ορισμένες αφρικανικές χώρες, όπου τρώνε όλο τον βάτραχο, όχι μόνο τα πόδια. Ωστόσο, περιέχουν μια σειρά από τοξικές ουσίες επιβλαβείς για τον άνθρωπο που μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια.



3

ΦΡΟΥΤΟ ΑΣΚΕΕ

Το λατρεύουν στην Τζαμάικα. Το τοπικό φρούτο ackee μπορείτε να το δοκιμάσετε άφοβα, όταν είναι ώριμο και έχει φανερώσει τους καρπούς του. Εάν το δοκιμάσετε όταν είναι άγουρο, η τοξίνη που περιέχει, η υπογλυκίνη, μπορεί να οδηγήσει σε εμέτους, ακόμη και στον θάνατο.



4

ΖΩΝΤΑΝΟ ΧΤΑΠΟΔΙ

Οι περισσότεροι από εμάς προτιμάμε το φαγητό μας μαγειρεμένο στο πιάτο, όχι όμως και στην Κορέα. Μπορείς να παραγγείλεις ζωντανό χταπόδι, το οποίο το κόβουν και το σερβίρουν ενώ είναι ακόμη ζωντανό. Το επικίνδυνο σημείο είναι οι βεντούζες οι οποίες είναι ακόμη ζωντανές και μπορεί να κολλήσουν στον λαιμό και να σε πνίξουν.



5

ΑΓΡΙΑ ΜΑΝΙΤΑΡΙΑ

Κάποια άγρια μανιτάρια μπορεί να φαίνονται αθώα, αλλά στην πραγματικότητα μπορεί να γίνουν επικίνδυνα για την ανθρώπινη ζωή, όπως ο αμανίτης ο φαλλοειδής που απεικονίζεται στη φωτογραφία. Με μια μπουκιά θα σας οδηγήσει κατευθείαν στην τουαλέτα, ενώ περισσότερη ποσότητα μπορεί να προκαλέσει ηπατική, νεφρική και καρδιακή βλάβη η οποία ενδέχεται να οδηγήσει και στον θάνατο.



6

ΨΑΡΙ FUGU

Το ψάρι "fugu" είναι το πιο γευστικό αλλά και δηλητηριώδες έδεσμα στον κόσμο. Chef στην Ιαπωνία λαμβάνουν πολλά χρόνια εκπαίδευσης για να μάθουν να αφαιρούν τα τοξικά σημεία από το συγκεκριμένο ψάρι, το οποίο είναι 1.200 φορές πιο δηλητηριώδες από το κυάνιο. Ακόμη και μια μπουκιά λάθος κομματιού μπορεί να αποβεί μοιραία.



7

ΧΑΚΑΡΛ

Ιδιαίτερα δημοφιλές έδεσμα στην Ισλανδία, πρόκειται για καρχαρία, από τον οποίο βγάζουν τα εντόσθια και τον θάβουν στην άμμο για δύο μήνες. Στη συνέχεια κρεμούν τον καρχαρία για ένα χρόνο σε στεγνό μέρος και τότε αναπτύσσεται μια καφέ κρούστα στο δέρμα του, η οποία αφαιρείται πριν από το σερβίρισμά του σε μικρά κομμάτια. Το πρόβλημα είναι ότι το ζώο δεν έχει ουροποιητικό σύστημα, γεγονός που σημαίνει ενδεχομένως ότι τοξικές ουσίες αποθηκεύονται στο κρέας.



8 ΚΑΣΑΒΑ

Η κασάβα, ένα είδος πατάτας, τρώγεται κατά κόρον στην Αφρική και στη νότια Αμερική. Θα πρέπει να ψήνεται καλά προτού καταναλωθεί. Αν τη μασήσετε ωμή, τότε ένα ένζυμο μετατρέπεται σε κυανιούχο.



10 ΦΙΣΤΙΚΙΑ

Τα φιστίκια είναι μια χαρά, αρκεί να μην έχετε αλλεργία. Τα φιστίκια αποτελούν μια από τις βασικές τροφικές δηλητηριάσεις, ειδικά αν σκεφθεί κάποιος ότι επηρεάζει το 1% των ανθρώπων παγκοσμίως.



12 ΡΑΒΕΝΤΙ

Οι μίσχοι στο λαχανικό ραβέντι είναι νόστιμοι, αλλά αποφύγετε τα φύλλα σε κάθε περίπτωση. Περιέχουν δηλητηριώδεις τοξίνες που όχι μόνο θα σας αρρωστήσουν, αλλά μπορούν να σας σκοτώσουν κιόλας.



9 ΤΑΠΙΟΚΑ

Για τον ίδιο λόγο, η ταπιόκα -η οποία φτιάχνεται από τις ρίζες της κασάβα- θα πρέπει να ετοιμάζεται κατάλληλα για να αποφευχθεί ο κίνδυνος δηλητηρίασης.



11 ΩΜΑ ΚΑΣΙΟΥΣ

Ακόμη κι αν δεν έχετε αλλεργία στους ξηρούς καρπούς, ποτέ μη φάτε κάσιους κατευθείαν από το δέντρο. Τα ωμά κάσιους περιέχουν μια τοξική ουσία που είναι θανατηφόρα, αν καταναλώσετε μεγάλη ποσότητα. Στο super market και σε άλλα μέρη που πωλούνται ξηροί καρποί, τα άψητα κάσιους έχουν υποστεί ειδική διαδικασία όπου έχει αφαιρεθεί η συγκεκριμένη ουσία.



13 ΦΥΤΡΕΣ ΦΑΣΟΛΙΩΝ

Οι φύτερες φασολιών μπορεί να προκαλέσουν **λοίμωξη** από *E. coli*, σαλμονέλα και λιστέρια. Τα συγκεκριμένα βακτήρια ευδοκιμούν σε ζεστές, υγρές συνθήκες που αναπτύσσονται και οι φύτερες. Φύτερες φασολιών στη Γερμανία αναγνωρίστηκαν ως η πιθανή αιτία για μια επιδημία από *E. coli* που οδήγησε στον θάνατο 22 άτομα το 2011.



15 ΝΩΠΟ ΓΑΛΑ

Το γάλα που προμηθευόμαστε από το super market είναι παστεριωμένο, αλλά υπάρχουν άνθρωποι που το πίνουν νωπό. Το γάλα που δεν έχει παστεριωθεί -να ζεσταθεί σε υψηλή θερμοκρασία και να ψυχθεί γρήγορα- είναι πολύ πιο πιθανό να περιέχει σαλμονέλα, *E. coli* και λιστέρια.



14

ΟΣΤΡΑΚΟΕΙΔΗ

Τα οστρακοειδή μπορεί να γίνουν πολύ επικίνδυνα αν έχετε αλλεργία. Αρκετοί ενδέχεται να εμφανίσουν κνίδωση, φαγούρα, οίδημα ή κοιλιακό άλγος, κάποιος άλλοι μπορεί να υποστούν αλλεργικό shock, να τους κοπεί η αναπνοή και να χρειαστούν άμεσα φαρμακευτική αγωγή.



16 ΚΑΡΠΟΙ ΤΗΣ ΚΟΥΦΟΞΥΛΙΑΣ

Η μαρμελάδα από τα μούρα της κουφοξυλιάς είναι νόστιμη, αλλά αποφύγετε τα φύλλα, τα κλαδιά και τους σπόρους γιατί θα αρχίσετε να κάνετε εμετό. Διαλέξτε μόνο ώριμα μούρα και αποφύγετε να τα φάτε ωμά.

17 ΚΥΔΩΝΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ακόμη κι αν δεν έχετε αλλεργία στα οστρακοειδή, καλό είναι να αποφεύγετε τα συγκεκριμένα. Τα μύδια μπορεί να φιλοξενούν ηπατίτιδα Α, τυφοειδή και δυσεντερία, επειδή ζουν σε περιβάλλοντα **μολυσμένα**. Τα κυδώνια αίματος συνδέονται με κρούσματα ηπατίτιδας στην Κίνα.

Η ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΚΑΙ Η ΜΗ ΣΩΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΠΟΛΛΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΠΟΛΛΑ ΝΕΟΓΝΑ

Η υπογλυκαιμία στα βρέφη προκύπτει από την υπερινσουλιναιμία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα για την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος του νεογνού



Γράφει
ο **ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΛΕΠΟΥΡΑΣ**,
Ειδικός Παθολόγος-Διαβτολόγος
Διευθυντής Παθολογικής-Διαβτολογικής
Κλινικής και Διαβτολογικού Κέντρου
στο Metropolitan General



Ο διαβήτης κύησης είναι μια συνθιμισμένη επιπλοκή κατά την εγκυμοσύνη (7-10% των κυήσεων) που επηρεάζει όχι μόνο τη μητέρα αλλά και τα νεογνά. Όταν ο διαβήτης δεν έχει διαγνωστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή όταν ο διαβήτης κύησης δεν έχει ρυθμιστεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει σε υπογλυκαιμία τα νεογέννητα βρέφη. Αυτό είναι το αποτέλεσμα της διόδου γλυκόζης μέσω του πλακούντα που οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο έμβρυο και, τελικά, σε αύξηση της ποσότητας της εκκρινόμενης ινσουλίνης.

Η υπογλυκαιμία στα βρέφη προκύπτει από την υπερινσουλιναιμία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα για την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος του νεογνού.

Η ήπια υπογλυκαιμία ορίζεται ως 47 mg/dL και η σοβαρή υπογλυκαιμία ορίζεται ως 36 mg/dL. Τα περισσότερα βρέφη που γεννιούνται από μητέρες με διαβήτη κύησης εξετάζονται για υπογλυκαιμία.

Ο μη καλά ρυθμισμένος διαβήτης της κύησης (GDM) μπορεί να οδηγήσει σε «υπερινσουλινισμό» το έμβρυο, προάγοντας έτσι τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας στο νεογνό κατά τη γέννηση.

Μια προοπτική μελέτη διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Ιατρικό Κέντρο της Ουτρέχτης στην Ολλανδία, όπου 2.145 γυναίκες εξετάστηκαν για διαβήτη κύησης. Από αυτές τις γυναίκες, 583 γυναίκες διαγνώστηκαν με διαβήτη κύησης. Συμπεριλαμβανομένων των διδύμων, γεννήθηκαν 595 νεογνά, αλλά μόνο 506 περιλήφθηκαν στην ανάλυση. Τα κριτήρια αποκλεισμού περιλάμβαναν τα πρόωρα νεογνά, τη θνησιμότητα από το μωρό ή οποιαδήποτε συγγενή δυσπλασία. Οι γυναίκες εξετάστηκαν στην 24η-28η εβδομάδα κύησης. Διε-

Ο μη καλά ρυθμισμένος διαβήτης της κύησης (GDM) μπορεί να οδηγήσει σε «υπερινσουλινισμό» το έμβρυο, προάγοντας έτσι τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας στο νεογνό κατά τη γέννηση

εξήχθησαν δοκιμές ανοχής γλυκόζης από το στόμα με 75 g γλυκόζης και ο GDM διαγνώστηκε με γλυκόζη αίματος νηστείας μεγαλύτερη από 126 mg/dL και γλυκόζη 2 ωρών μεγαλύτερη από 141 mg/dL. Οι γυναίκες εκπαιδεύτηκαν για τον τρόπο αυτο-παρακολούθησης της γλυκόζης τους, έλαβαν ιατρική θεραπεία διατροφής και είχαν παρακολούθηση από γυναικολόγο, διαιτολόγο, ενδοκρινολόγο και νοσηλεύτη. Για εκείνους τους ασθενείς που χρειάστηκαν επιπλέον γλυκαιμική αντιμετώπιση, χορηγήθηκε ινσουλίνη. Η γλυκόζη αίματος στόχου ήταν 96 και 126 mg/dL για νηστεία και μεταγευματικά, αντίστοιχα.

Η επίπτωση της νεογνικής υπογλυκαιμίας αξιολογήθηκε σε βρέφη που γεννήθηκαν από μητέρες με διαβήτη κύησης, οι οποίες υποβλήθηκαν σε θεραπεία με ινσουλίνη έναντι των μητέρων που δεν έλαβαν ινσουλίνη και είχαν κυρίως διατροφικές παρεμβάσεις.

Υπήρχαν 392 νεογνά που γεννήθηκαν από μητέρες οι οποίες δεν είχαν υποβληθεί σε θεραπεία με ινσουλίνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και 114 γεννήθηκαν από μητέρες που έλαβαν ινσουλίνη.

Όλα τα νεογνά αξιολογήθηκαν για υπογλυκαιμία για 24 ώρες μετά τη γέννηση. Τα νεογνά έλαβαν δακτυλοκέντηση για δείγματα σακχάρου σε 1, 3, 6, 12 και 24 ώρες μετά τη γέννηση, πριν από τη σίτιση. Εάν έβρισκαν υπογλυκαιμία, έδιναν επιπλέον μητρικό γάλα ή τύπους μητρικού γάλακτος. Ενδοφλέβια (IV) γλυκόζη χορηγήθηκε, αν η υπογλυκαιμία ήταν ανθεκτική. Εάν ήταν απαραίτητη μια τέτοια παρέμβαση, γίνονταν επανεκτίμηση στα επίπεδα της γλυκόζης μία ώρα αργότερα.

Διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα τόσο της ήπιας όσο και της βαριάς υπογλυκαιμίας ήταν παρόμοια και μεταξύ των δύο ομάδων παρέμβασης. Εάν η μητέρα υποβλήθηκε σε αγωγή με σχήμα ινσουλινοθεραπείας ή σε αγωγή με σχήμα χωρίς ινσουλίνη, τα αποτελέσματα της υπογλυκαιμίας δεν ήταν διαφορετικά.

Ανεξάρτητα από την επιλογή θεραπείας που λαμβάνουν οι έγκυες μητέρες για τον διαβήτη κύησης, τα βρέφη εξακολουθούν να κινδυνεύουν να γεννηθούν με υπογλυκαιμία.

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή τη μελέτη, εάν μια μητέρα με διαβήτη κύησης αντιμετωπίζεται με ινσουλίνη ή με αγωγή χωρίς ινσουλίνη, τα νεογνά εξακολουθούν να διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν υπογλυκαιμία το πρώτο 24ωρο μετά τη γέννηση τους.

Συμπερασματικά, όλα τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες με GDM θα πρέπει να εξετάζονται για υπογλυκαιμία κατά το πρώτο 24ωρο από τη γέννηση.

ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΛΕΣ ΟΙ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ



Γράφει
ο **ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΤΣΕΚΟΥΡΑΣ**,
Αγγειοχειρουργός,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Γ' Αγγειοχειρουργικής Κλινικής
στο Metropolitan General

Η εξέλιξη της Αγγειοχειρουργικής τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται ως ραγδαία, με αποτέλεσμα να έχει αλλάξει εντυπωσιακά ο τρόπος αντιμετώπισης των περισσότερων αγγειακών επεμβάσεων. Δύο είναι οι βασικοί λόγοι

γι' αυτό: πρώτον, η εντυπωσιακή εξέλιξη των τεχνολογιών απεικόνισης και δεύτερον, η μεγάλη βελτίωση στα χειρουργικά υλικά που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των αγγειακών ασθενών.

Τα παραδείγματα των εξελίξεων στην Αγγειοχειρουργική είναι πολλά. Μερικά από αυτά είναι:

ων σε περιπτώσεις που το κλασικό bypass (παράκαμψη) δεν μπορεί να δώσει λύση. Επιπλέον, ειδικές συσκευές καθαρίζουν την αθηρωματική βλάβη που αποφράσσει τα αγγεία, αποκαθιστώντας τη φυσιολογική ροή του αίματος.

Καρωτιδική νόσος (απόφραξη καρωτίδων): Νέες ενδαγγειακές τεχνικές μάς επιτρέπουν να αλλάζουμε τη ροή του αίματος, αποφεύγοντας έτσι τη μεταφορά παθολογικού υλικού από το εσωτερικό του αγγείου προς τον εγκέφαλο, προσφέροντας, με αυτόν τον τρόπο, προστασία από κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ανεύρησμα κάτω κοιλιακής αορτής: Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν με τον ενδαγγειακό τρόπο, αποφεύγοντας τη μεγάλη τομή στην κοιλιά και τις πολλές ημέρες νοσηλείας. Νέα μοσχεύματα κατασκευάζονται για να ταιριάζουν στις δύσκολες ανατομίες της αορτής, οι οποίες στο παρελθόν μάς ανάγκαζαν μόνο στην επιλογή της ανοιχτής επέμβασης.

Περιφερική αγγειοπάθεια των κάτω άκρων: Νέα ενδαγγειακά υλικά μάς επιτρέπουν να επεμβαίνουμε στα μικρά αγγεία κάτωθεν του γόνατος ή και να εισάγουμε υλικά από τον άκρο πόδα, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό των επιτυχημένων επεμβάσε-

του με τρόπους να αφαιρούμε τους θρόμβους μέσα από τις φλέβες, σε σύντομο χειρουργικό χρόνο, χωρίς ανάγκη για μακροχρόνια νοσηλεία ή παρακολούθηση σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Οι ασθενείς ανακουφίζονται άμεσα από τα συμπτώματα της οξείας θρόμβωσης και αποφεύγουν σοβαρά προβλήματα από την κακή κυκλοφορία που μπορεί να εμφανιστούν χρόνια αργότερα.

Χρόνιες αποφρακτικές βλάβες του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος: Πρόκειται για σοβαρές καταστάσεις, με εντονότατα ενοχλήματα, τα οποία ταλαιπωρούν τους ασθενείς (πρηξίματα, έλκη, πόνοι) για τα οποία μέχρι σήμερα δεν υπήρχε ικανοποιητική θεραπεία. Τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί η τεχνική της ενδοαυλικής αποκατάστασης με ενδοαυλικούς νάρθηκες (stents), με εξαιρετικά αποτελέσματα. Στις πιο βαριές από αυτές τις περιπτώσεις, οι ενδοαυλικές τεχνικές συνδυάζονται με ανοιχτό χειρουργείο, εκτελώντας τη λεγόμενη «υβριδική» μέθοδο αποκατάστασης.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι οι εξελίξεις στην Αγγειοχειρουργική είναι γρήγορες και συναρπαστικές, προσφέροντας καλύτερη και περισσότερη ζωή στους αγγειακούς ασθενείς τόσο με αρτηριακά, όσο και με φλεβικά προβλήματα.

Τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί η τεχνική της ενδοαυλικής αποκατάστασης με ενδοαυλικούς νάρθηκες (stents), με εξαιρετικά αποτελέσματα. Στις πιο βαριές από αυτές τις περιπτώσεις, οι ενδοαυλικές τεχνικές συνδυάζονται με ανοιχτό χειρουργείο, εκτελώντας τη λεγόμενη «υβριδική» μέθοδο αποκατάστασης

ΟΜΙΛΕΙΤΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ;

Η φθορά της γλώσσας γεννιέται κυρίως στο σχολείο και ολοκληρώνεται στο σπίτι και στο περιβάλλον όπου περισσεύουν τα greeklish.

Δεν έχουν ταξινομηθεί τα πρότυπα διδασχής των Νεοελληνικών με βάση την παράδοση και τον πλούτο της Ελληνικής Γραμματείας



Είναι κανόνας η αποστολή βιογραφικού για ανεύρεση εργασίας. Καταγράφονται τα προσόντα του υποψηφίου, οι τίτλοι σπουδών και οι γλώσσες που γνωρίζει. Πουθενά δεν ερωτάται ο υποψήφιος εάν γνωρίζει Ελληνικά. Εμείς, ας πούμε, μιλάμε Ελληνικά;

Δεν ξέρω πόσοι από μας μιλάνε σωστά τα Ελληνικά και κανένας μας δεν μπορεί να γράψει με το παλιό πολυτονικό σύστημα που «ντύνει» τη γραφή, γιατί έχει καταργηθεί από το 1982. Το μεγαλύτερο χτύπημα ωστόσο δόθηκε το 1976 όταν καταργήθηκε στο Γυμνάσιο η διδασκαλία των Αρχαίων Ελληνικών από το πρωτότυπο. Χάριν της ευκολίας και της προόδου η χώρα αυτοχειριάζεται σε πολλά πεδία και κυρίως στη Γλώσσα.

Πρόσφατα, ο πρόεδρος της Ακαδημίας Αθηνών Αντώνης Κουνάδης, διάσημος πρωταθλητής της διακοβολίας στα φοιτητικά μας χρόνια, κατήγγειλε την αδιαφορία πολιτών και πολιτείας για την απειλή εξαφάνισης των

Ελληνικών που κυφορείται σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας. Με πρώτη τη Νεολαία να χρησιμοποιεί π.χ. ένα πτωχό λεξιλόγιο 800 λέξεων Ελληνικών!! «Όσο πτωχότερο είναι το λεξιλόγιό μας, τόσο πτωχότερη είναι η σκέψη. Γιατί σκεφτόμαστε μέσω των λέξεων», δήλωσε.

Οι ειδικοί μας υπενθυμίζουν: Η προσέγγιση του πολιτισμού ενός λαού περνά από τη γλώσσα. Τα σύμβολά της αποκαλύπτουν τη νοοτροπία, την ιστορία και τη στάση ενός λαού απέναντι στον κόσμο. Και τα όρια του κόσμου ορίζονται από τα όρια της γλώσσας. Αυτός ο κόσμος υπάρχει όσο μπορούμε να τον εκφράσουμε. Η μαγεία των λέξεων άλλωστε προσδίδει στον γράφοντα ή τον ομιλούντα αξεπέραστη ευδαιμονία. Και εμείς τι ιδιαίτερο έχουμε; Από την εποχή που μίλησε ο Όμηρος μιλούμε και τραγουδούμε την ίδια γλώσσα (Γ. Σεφέρης). Μια γλώσσα 4000 χρόνων τουλάχιστον η οποία συνεχώς εξελίσσεται και εμπλουτίζεται.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Γλωσσολογίας κ. Γ. Μπαμπινιώτη, ο θησαυρός της Ελληνικής Γραμματείας περιλαμβάνει 150-300.000 λέξεις και παράγωγα από την εποχή του Ομήρου έως του Ιουστινιανού (600 μ.Χ.). Τα Ελληνικά, γλώσσα του Ευαγγελίου, των κλασικών κειμένων, της Βυζαντινής μνημογραφίας, της επιστήμης, βρίσκονται στο λεξιλόγιο όλων των ευρωπαϊκών γλωσσών και διδάσκονται ως μάθημα ξεχωριστό σε πολλά κολέγια και πανεπιστήμια. Μόνο στην αγγλική γλώσσα περικλείονται χιλιάδες ελληνικές λέξεις - αυτούσιες ή και ρίζες αυτών, τις οποίες δυστυχώς αγνοούμε. Τα Αγγλικά βέβαια είναι η πιο δημοφιλής και διεθνής πλέον γλώσσα. Καθιερώθηκε με σύστημα και με τις ευκαιρίες που της παρέχει η εξέλιξη της ιστορίας που γράφεται από τους ισχυρούς και τους νικητές. Ισχυρός σύμμαχός της ο μιμητισμός και οι επικοινωνίες μέσω διαδικτύου και κινητών. Είναι η γλώσσα που σου δίνει και εργασία εκτός Ελλάδος. Τι γίνεται λοιπόν;

Τίτλοι και ονομασίες καταστημάτων, συναντήσεις ομάδων και θεμάτων, εκδηλώσεις παντός τύπου προβάλλονται στην αγγλική. Για να αποκτήσουν κύρος. Για να περιγράψουν εύκολα και περιεκτικά το θέμα ή την ιδιότητά τους. Αλλά και γιατί οι σύγχρονοι Έλληνες μπορεί να δυσκολεύονται να γράψουν και το χειρότερο να περιγράψουν στη μητρική τους γλώσσα. Λέτε; Τι θα συνέβαινε άραγε, αν ένας οπισθοδρομικός Υπουργός υποχρέωνε κάθε ξενόγλωσσον προβολή -εκδήλωση- διαφήμιση και λοιπά να έχει και την ελληνική version;

Πώς θα διδασχθεί η Δημόσια Διοίκηση να μην ανακατεύει αρχαία, νέα ελληνικά και ξενόγλωσσους όρους, ακόμη κατά γελοίο τρόπο; Η γλώσσας μας σφαγιάζεται και κακοποιείται παντού.

Παρακολουθείστε μερικούς παρουσιαστές στις τηλεοράσεις. Όσοι δεν διαβάζουν τις ειδήσεις (που γράφονται σωστά), αλλά περιγράφουν από στήθους και συνδιαλέγονται μεταξύ τους ή με το κοινό, αυτογελοιοποιούνται συχνά με ασυνταξίες, ελληνοποίηση ξένων λέξεων και γραμματική δική τους. Δεν έμαθαν στο σχολείο, αλλά μήπως πρέπει να εκπαιδεύονται προτού τους δοθεί άδεια επικοινωνίας με το κοινό;

Η κυρία Μαρία Χούκλη μια εξαιρετική δημοσιογράφος (Tilerpersona) της EPT είχε για χρόνια μια εκπομπή με τίτλο «Ομιλείτε Ελληνικά» που δίδασκε το κοινό. Αυτή τη

στιγμή τα κανάλια έχουν βαλθεί να διδάξουν μαγειρική όλους τους Έλληνες από 8-80 ετών. Γιατί πουλάει και δεν στοιχίζει. Η διδασκαλία των Ελληνικών δεν πουλάει. Και μέσα στο ίδιο μας το σπίτι δεν χρειάζεται να πολυμιλάμε, αφού έχουμε επικοινωνία μέσω των έξυπνων τηλεφώνων. Πού χρόνος για ανάγνωση βιβλίων, διδασχή ή συνομιλία.

Η κακοποίηση της γλώσσας επεκτείνεται με πολλούς τρόπους. Η κουλτουριάρικη γλώσσα π.χ. συνδέθηκε κάποια δεκαετία με την περιφρόνηση των συντηρητι-

Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Γ. Μπαμπινιώτη, ο θησαυρός της Ελληνικής Γραμματείας περιλαμβάνει 150-300.000 λέξεις και παράγωγα από την εποχή του Ομήρου έως του Ιουστινιανού (600 μ.Χ.)

κών κύκλων και θεωρήθηκε επικοινωνία των διανοούμενων. Είναι ακατάλυπη και ασύντακτη. Προκαλεί σύγχυση και, τελικά, αποτροπή. Αντί να βοηθήσει, καταστρέφει τα Νεοελληνικά μας. Η γλώσσα των νέων κινείται σε άλλα πεδία και κατά καιρούς πλαισιώνεται με λέξεις-σύμβολα ποικίλης ερμηνείας, αλλά μεγάλης αποδοχής. Θυμηθείτε τη λέξη «Βασικά», να κυριαρχεί στο καθιερωμένο λεξιλόγιο.

Παροιμιώδης ήταν η συνέντευξη καλλονής, υποψήφιας καλλιτείστριας. Ερώτηση: Πώς λέγεστε δεσποινίς; Βασικά, με λένε Λούλα! Η δεσποινίς Λούλα δεν ήταν βέβαιη ούτε για το όνομά της. Είκοσι και πλέον ρήματα με διαφορετικές σημασίες έχουν αντικατασταθεί από το ρήμα κάνω. Δίνουμε στο ρήμα «κάνω» σημασίες που δεν έχει.

Η γλώσσα του προφορικού λόγου βέβαια πάσχει διεθνώς. Αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες. Ο καταγιγισμός πληροφοριών που μεταδίδονται ανά πάσα στιγμή από το διαδίκτυο σε δισεκατομμύρια αποδέκτες, μεταφέρεται συχνά με εικόνα κάθε τύπου, αντί

με κείμενο ή αντικαθίσταται με σκίτσο ζωγραφιά, ακούσματα ή αναμίξεις διεθνών λέξεων καθιερωμένων στον κόσμο της Πληροφορικής. Υπάρχει στη Γαλλία εκστρατεία για τη σωτηρία των γαλλικών από την εποχή του Μιτεράν. Οι Γάλλοι προσπαθούν να ξεπλύνουν τη γλώσσα τους από την αγγλική επιρροή. Εμείς, το αντίθετο.

Η φθορά της γλώσσας γεννιέται κυρίως στο σχολείο και ολοκληρώνεται στο σπίτι και στο περιβάλλον όπου περισσεύουν τα greeklish. Δεν έχουν ταξινομηθεί τα πρότυπα διδασχής των Νεοελληνικών με βάση την παράδοση και τον πλούτο της Ελληνικής Γραμματείας. Έχει καταργηθεί ο αρχαίος ελληνικός λόγος: Ακόμα και στο μάθημα των Νεοελληνικών αποστηθίζονται διάφορα κείμενα, με σκοπό να γράφεις μια έκθεση ιδεών για τις εξετάσεις εισαγωγής στο πανεπιστήμιο. Η μόνη καταφυγή είναι ο θησαυρός των Ελλήνων Λογοτεχνών, η καλή εφημερίδα και τα ακούσματα διαφόρων ενημερωτικών εκπομπών ή συναντήσεων. Αλλά ποιος έχει καιρό για τέτοια; Στα πανεπιστήμια και στα τεχνολογικά εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΤΕΙ) διδάσκει η σύγχρονη Νεοελληνική Γλώσσα μόνο σε όσους ακολουθούν κλασικές σπουδές. Θα έπρεπε να διδάσκει για τα πρώτα δύο χρόνια σε όλες τις σχολές Θεωρητικών και Πρακτικών Επιστημών με επικέντρωση της σημασίας που έχει στα αντικείμενα της κάθε επιστήμης. Θα είχαμε καλύτερους γιατρούς αν ήξεραν την ιστορία της Ιατρικής και πώς επηρεάστηκε από τα Ελληνικά και τη συμμετοχή της γλώσσας μας στη διεθνή ιατρική ορολογία.

Η πολιτεία σχεδιάζει σε μόνιμη βάση την ανασυγκρότηση (:) της παιδείας και ο εκάστοτε υπουργός καλείται να φέρει σε πέρας το έργο αυτό με τα δικά του σχέδια. Δεν είναι τυχαίο ότι παρά τις 40 και πλέον τροπολογίες-νόμους που υπάρχουν για την παιδεία μετά τη Μεταπολίτευση η παιδεία νοσεί. Ίσως χειρότερα από την εποχή μου όπου ζητούσαμε σε διαδηλώσεις να αυξηθεί το ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για την παιδεία πάνω από 10%. Σήμερα, είναι κάτω του 5% σε σταθερή οπισθοδρόμηση. Ενδέχεται να χρειαστούν δύο ακόμη γενεές πρωτοπόρων Πολιτικών και Δασκάλων, ώστε το παράπονο του Οδυσσέα Ελύτη να εισακουστεί:

«ΦΩΝΑΖΩ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΥΤΕ ΜΟΥ ΑΠΟΚΡΙΝΕΤΑΙ ΚΑΝΕΙΣ».



Γράφει ο **ΑΝΤΩΝΗΣ ΡΑΖΙΑΔΑΚΗΣ**, MD, PhD, FCCP, Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής στο Metropolitan Hospital

«ΙΗΤΡΙΚΗ ΔΕ ΠΑΝΤΑ ΠΑΛΑΙ ΥΠΑΡΧΕΙ...» ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

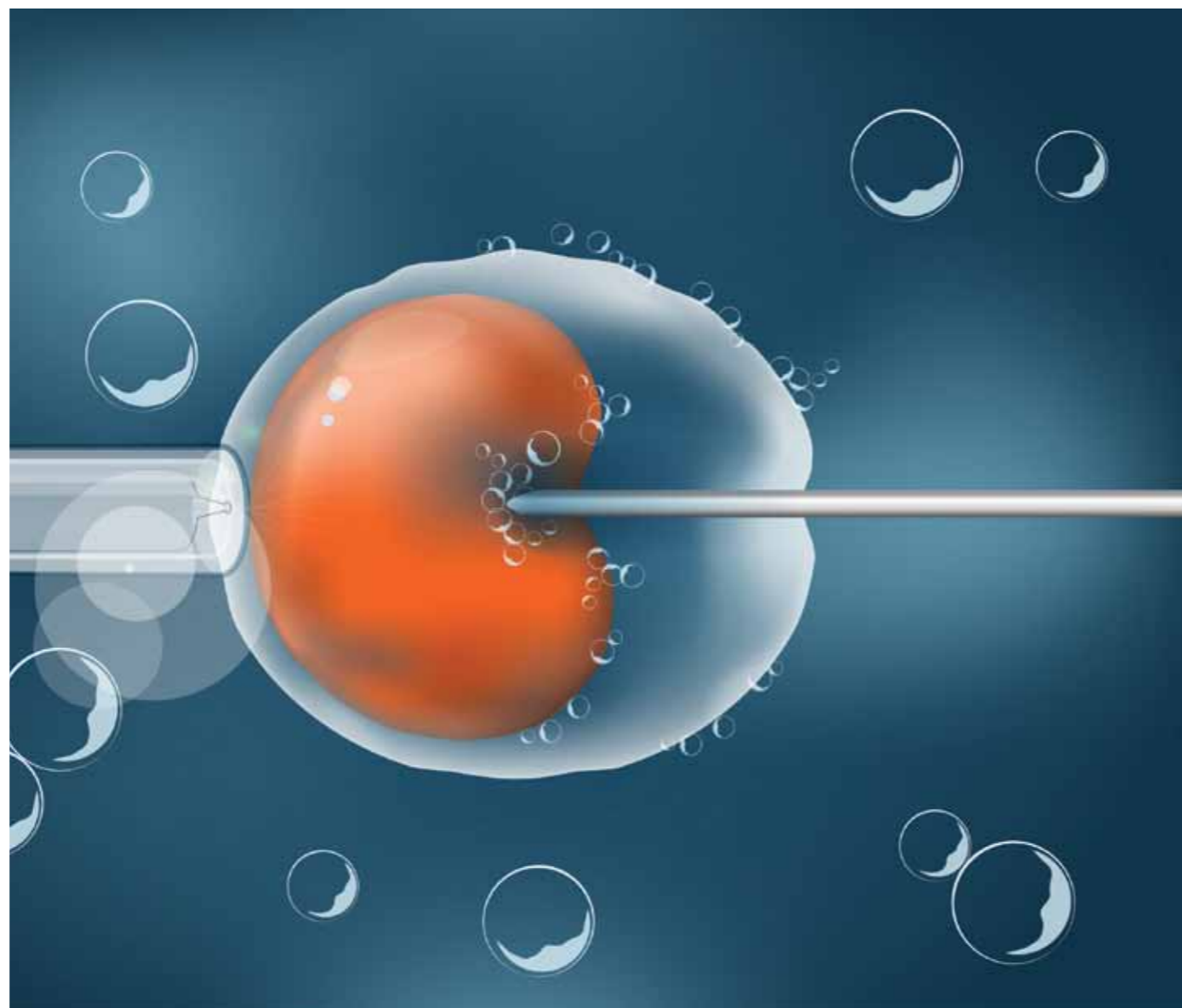
ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΜΙΑΣ ΠΡΟΜΗΘΕΪΚΗΣ
ΔΩΡΕΑΣ Η ΚΑΤ' ΑΛΛΟΥΣ ΜΙΑΣ ΕΠΙΜΗΘΕΪΚΗΣ ΥΒΡΕΩΣ

Αν και η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης κατέστη δυνατή και στέφθηκε τελικά από επιτυχία κατά το τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα, η ιστορική διαδρομή της συγκεκριμένης καινοτόμου επιστημονικής μεθόδου της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μάς οδηγεί πολλά-πολλά χρόνια πίσω, στο τελευταίο τέταρτο του 19ου αιώνα



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



Η εξωσωματική γονιμοποίηση συνιστώντας μια ιατρική δυνατότητα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αφορά στη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο εκτός του σώματος της γυναίκας, σε εργαστηριακό περιβάλλον, στη συνέχεια δε μετά τη γονιμοποίηση και τα πρώτα στάδια ανάπτυξης του εμβρύου, ακολουθεί η εμβρυομεταφορά στη μήτρα της μητέρας. Η εργαστηριακή αυτή διαδικασία παρακάμπτει τη φυσιολογική οδό γονιμοποίησης του ωαρίου από το σπερματοζωάριο μέσα στη σάλπιγγα της

γυναίκας, στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι σάλπιγγες έχουν καταστραφεί ή αποφραχθεί, με αποτέλεσμα την υπογονιμότητα, χαρίζοντας τη δυνατότητα σε υπογόνιμα ζευγάρια να γευθούν τελικά τη χαρά της τεκνοποίησης. Τα στάδια αυτής της επαναστατικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας περιλαμβάνουν την ωοληψία, δηλαδή τη συλλογή των ωαρίων από τις ωοθήκες της γυναίκας, την καλλιέργεια των ωαρίων στο εργαστήριο μέσα σε ειδικά τρυβλία με κατάλληλα θρεπτικά υλικά, όπου επιτελείται η γονιμοποίηση από τα σπερματοζωάρια, την ανάπτυξη των εμβρύων μέσα σε ειδικούς επωαστικούς κλιβάνους σε συγκεκριμένες συνθήκες καλλιέργειας, την εμβρυομεταφορά των πλέον κατάλληλων εμβρύων στη μήτρα της γυναίκας και, τέλος, την εμφύτευση των εμβρύων στο ενδομήτριο για να ακολουθήσει η εγκυμοσύνη.

Αν και η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης κατέστη δυνατή και στέφθηκε τελικά από επιτυχία κατά το τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα, η ιστορική διαδρομή της συγκεκριμένης καινοτόμου επιστημονικής μεθόδου της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μάς οδηγεί πολλά χρόνια πίσω, στο τελευταίο τέταρτο του 19ου αιώνα. Η πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης σε ωάρια θηλαστικών διενεργήθηκε από τον αυστριακό εμβρυολόγο Samuel Leopold Schenk (1840-1902) (Εικ. 1) το 1878. Μελετώντας τα ωάρια κουνελιού και ινδικού χοιριδίου, ο Schenk παρατήρησε ότι προέκυψε κυτταρική διαίρεση σε καλλιέργειες μετά την προσθήκη σπέρματος στα ωάρια. Εξάλλου, τη δεκαετία του 1890 ο Βρετανός ζωολόγος και εμβρυολόγος Walter Hearpe (1855-1929) (Εικ. 2), Καθηγητής της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Cambridge της Αγγλίας, ο οποίος ερευνούσε την αναπαραγωγή διαφόρων ζωικών ειδών, ανακοίνωσε την πρώτη γνωστή περίπτωση εμβρυομεταφοράς σε κουνέλια, πολύ καιρό πριν καν προταθούν ανάλογες εφαρμογές που να αφορούν στην ανθρώπινη γονιμότητα. Εξάλλου, το 1932 ο Άγγλος μυθιστοριογράφος, φιλόσοφος και σατιρικός συγγραφέας Aldous Huxley (1894-1963) (Εικ. 3) στο περίφημο έργο του επιστημονικής φαντασίας «Ο θαυμαστός καινούργιος κόσμος» (Brave New World), περιέγραψε με απόλυτα ρεαλιστικό τρόπο την τεχνική της

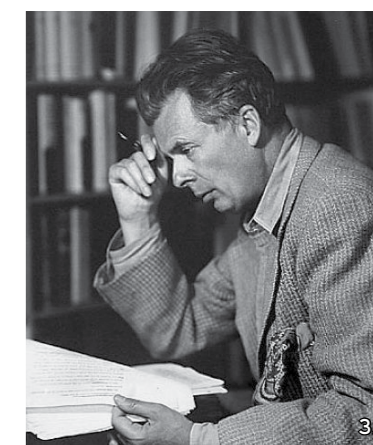


Prof. Dr. Leopold S. Schenk.

Ο Αυστριακός εμβρυολόγος Samuel Leopold Schenk (1840-1902).



Ο Βρετανός ζωολόγος και εμβρυολόγος Walter Hearpe (1855-1929).



Ο Άγγλος μυθιστοριογράφος, φιλόσοφος και σατιρικός συγγραφέας Aldous Huxley (1894-1963).



Ο Αμερικανός βιολόγος και ερευνητής Gregory Pincus (1903-1967).



5. Ο Βρετανοαυστραλός καθηγητής Κτηνιατρικής Colin Russel Austin (1914-2004).



6. Ο Κινεζοαμερικανός αναπαραγωγικός βιολόγος Min Chueh Chang (1908-1991).



7. Ο Βρετανός μαιευτήρας-γυναικολόγος Patrick Steptoe (1913-1988).



8. Ο Βρετανός βιολόγος και φυσιολόγος Robert Edwards (1925-2013).

εξωσωματικής γονιμοποίησης (*in vitro* fertilization, IVF), όπως τη γνωρίζουμε σήμερα. Το 1934, ο Αμερικανός βιολόγος και ερευνητής Gregory Pincus (1903-1967) (Εικ. 4) και ο Αυστροαμερικανός ιατρός Ernst Vincent Enzmann, από το Εργαστήριο Γενικής Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου Harvard, στη Βοστώνη των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ), δημοσίευσαν μία ερευνητική εργασία στα Πρακτικά της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ (Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA), υποστηρίζοντας την άποψη ότι υπάρχει δυνατότητα τα ώρια των θηλαστικών να υποβληθούν σε *in vitro* (εξωσωματική) φυσιολογική ανάπτυξη. Οι δύο αυτοί ερευνητές προσπάθησαν να προβούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση στα κουνέλια, ισχυριζόμενοι ότι είχαν κατορθώσει την πρώτη επιτυχή εγκυμοσύνη, χρησιμοποιώντας εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά μετέπειτα ανάλυση της μελέτης τους κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η γονιμοποίησή τους επιτεύχθηκε τεχνικά *in vivo* (στο σώμα) και όχι *in vitro* (στο γυαλί-εξωσωματικά), καθώς εμφύτευσαν τα ώρια στη μήτρα κουνελιού μετά από μόλις 12 ώρες, προτού τα ώρια έχουν ωριμάσει πλήρως, κι έτσι η γονιμοποίηση στην πραγματικότητα προέκυψε μέσα στο σώμα.

Ο επόμενος σταθμός στην εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν το 1951, όταν δύο επιστήμονες εργαζόμενοι ανεξάρτητα, ο Βρετανοαυστραλός καθηγητής Κτηνιατρικής Colin Russel Austin (1914-2004) (Εικ. 5) στην Αυστραλία και ο Κινεζοαμερικανός αναπαραγωγικός βιολόγος Min Chueh Chang (1908-1991) (Εικ. 6) στις ΗΠΑ απέδειξαν ότι τα σπερματοζώαρια πρέπει να ωριμάσουν μέσα από συγκεκριμένα στάδια, προτού αναπτύξουν την ικανότητα να γονιμοποιούν. Το 1959 ο Chang ήταν σε θέση να χρησιμοποιήσει επιτυχώς την εξωσωματική γονιμοποίηση για να καταστήσει έγκυο ένα κουνέλι. Βέβαια, σημαντική πρόοδος στην ανάπτυξη μιας επιτυχούς τεχνικής εξωσωματικής γονιμοποίησης με ανθρώπινα έμβρυα δεν παρατηρήθηκε μέχρι τη δεκαετία του 1970.

Ο Βρετανός μαιευτήρας-γυναικολόγος Patrick Steptoe (1913-1988) (Εικ. 7), ο οποίος εργαζόταν στο Γενικό Νοσοκομείο Oldham στην περιοχή του Manchester της Αγγλίας (Greater Manchester) και ο οποί-

ος θεωρείται πρωτοπόρος στην εφαρμογή της λαπαροσκόπησης στη Γυναικολογία, δημιούργησε μια ομάδα με τον επίσης Βρετανό βιολόγο και φυσιολόγο Robert Edwards (1925-2013) (Εικ. 8), καθηγητή Ανθρώπινης Αναπαραγωγής στο Πανεπιστήμιο Cambridge της Αγγλίας, προσπαθώντας να επιτελέσει μια επιτυχή εγκυμοσύνη σε ανθρώπους, χρησιμοποιώντας εξωσωματική γονιμοποίηση. Η συνεργασία τους άρχισε το 1968, όταν ο Edwards παρακολούθησε μια διάλεξη που έδωσε ο Steptoe σχετικά με τη λαπαροσκόπηση, στη Βασιλική Ιατρική Εταιρεία (Royal Society of Medicine) του Λονδίνου. Αρχικά κατόρθωσαν επιτυχή γονιμοποίηση και κυτταρική διαίρεση ωαρίων *in vitro* (σε ένα τρυβλίο Petri) με προσφάτως εξαχθέν σπέρμα, αλλά δεν ήταν σε θέση να εμφυτεύσουν επιτυχώς το γονιμοποιημένο ώριο σε μία γυναικεία μήτρα μέχρι το 1978. Όλα αυτά τα χρόνια προσπαθούσαν να ρυθμίσουν τα επίπεδα ορμονών της γυναίκας, μέχρις ότου ωριμάσουν πλήρως τα ώρια και στη συνέχεια να αφαιρέσουν αρκετά ώρια από τις ωθήκες λαπαροσκοπικά, με μια δηλαδή επεμβατική χειρουργική τεχνική, η οποία απαιτεί είσοδο ενδοπεριτοναϊκά διά μέσου του ομφαλού. Οι Steptoe και Edwards γονιμοποιούσαν τα ώρια *in vitro* (εξωσωματικά) και περίμεναν μέχρις ότου τα γονιμοποιημένα ώρια διαιρεθούν σε οκτώ κύτταρα, προτού να τα εμφυτεύσουν στη γυναικεία μήτρα. Στην πραγματικότητα, έως τα μέσα της δεκαετίας του 1970, περίμεναν μέχρις ότου το γονιμοποιημένο ώριο διαιρεθεί σε 100 κύτταρα πριν από την εμφύτευση. Το 1976 οι Steptoe και Edwards (Εικ. 9) άρχισαν να παρακολουθούν ένα στείρο ζευγάρι, τη Lesley και τον John Brown, σε μια δε επιτυχημένη προσπάθεια το 1977, μετέφεραν ένα γονιμοποιημένο ώριο τα μεσάνυχτα, την ώρα που το ώριο ήταν ώριμο και έτοιμο. Τη χρονική στιγμή της μεταφοράς αρχικά τη θεώρησαν τυχαία, αργότερα δε ανακάλυψαν ότι ήταν καθοριστική, καθώς συνειδητοποιήσαν ότι οι ημερήσιοι κύκλοι των ορμονικών επιπέδων είναι κρίσιμοι για την επιτυχή εμφύτευση του ωαρίου στο τοίχωμα της μήτρας. Η όλη προσπάθεια στέφθηκε από απόλυτη επιτυχία και στις 25 Ιουλίου του 1978, η Lesley έφερε στον κόσμο τη Louise Brown, το πρώτο «μω-

ρό του σωλήνα», στο Γενικό Νοσοκομείο Oldham, στην περιοχή του Manchester της Αγγλίας (Εικ. 10). Περαιτέρω, η ομάδα των Steptoe και Edwards πέτυχε και την πρώτη σύλληψη αγοριού στον κόσμο με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, με αποτέλεσμα στις 14 Ιανουαρίου 1979 να γεννηθεί στην Glasgow της Σκωτίας ο Alastair MacDonald (Εικ. 11).

Από τη γέννηση της Louise Brown, περισσότερα από 3.000.000 μωρά έχουν γεννηθεί ως αποτέλεσμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης και άλλων τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η λαπαροσκοπική μέθοδος δεν χρησιμοποιείται πλέον για τη λήψη ωαρίων από τις ωθήκες, αντ' αυτής δε οι ιατροί χρησιμοποιούν τη διακολπική ανάκτηση ωοκυττάρων, όπου με τη χρησιμοποίηση υπερήχων καθοδηγούν μια βελόνα διά μέσου του κοιλιακού τοιχώματος και εισέρχονται στις ωθήκες για τη λήψη ωαρίων (Εικ. 12). Κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται ο κίνδυνος οι οποίοι σχετίζονται με την αναισθησία που απαιτείται για τη λαπαροσκόπηση, καθώς επίσης και το κόστος της διαδικασίας. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η επακόλουθη χρήση διεγερμένων κύκλων με κιτρική κλομιφαίνη (clomiphene citrate), έναν οιστρογονικό αγωνιστή και ανταγωνιστή που προκαλεί βελτίωση της έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών (GnRH) και, τελικά, της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), με αποτέλεσμα την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, καθώς επίσης και η χρήση ανθρώπινης χοριονικής (χοριακής) γοναδοτροπίνης (γοναδοτροφίνης) (hCG) για τον έλεγχο και τον χρονισμό της ωρίμανσης των ωοκυττάρων με αποτέλεσμα τον έλεγχο του χρόνου συλλογής, μετέτρεψε την εξωσωματική γονιμοποίηση από ερευνητικό εργαλείο σε κλινική μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. Τέλος, η δυνατότητα κατάψυξης και κρυοσυντήρησης των γονιμοποιημένων ωαρίων/εμβryών, με την προοπτική εμβρυομεταφοράς και εμφύτευσης στη μήτρα σε ύστερο χρόνο, βελτίωσε σημαντικά το κατορθωτό της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Το 2010 απονεμήθηκε στον Robert Edwards το βραβείο Nobel

στη Φυσιολογία ή Ιατρική, σε αναγνώριση της προσφοράς του για την ανάπτυξη της εξωσωματικής γονιμοποίησης (Εικ. 13). Δυστυχώς, το βραβείο Nobel στη Φυσιολογία ή Ιατρική δεν απονεμήθηκε στον Patrick Steptoe, καθώς βάσει του κανονισμού της σουηδικής Βασιλικής Ακαδημίας των Επιστημών και της Συνέλευσης Nobel του Karolinska Institute της Στοκχόλμης δεν επιτρέπεται η απονομή μετά θάνατον του βραβείου Nobel.

Βέβαια κάθε ρηξικέλευθο επιστημονικό επίτευγμα, στο μακρύ διάβα της εξέλιξης του ανθρώπου, εγείρει πολλές φορές ηθικά διλήμματα ή ζητήματα. Έτσι και στην περίπτωση «του μωρού του σωλήνα» δημιουργήθηκαν πολλές ενστάσεις και βιοηθικοί προβληματισμοί σχετικά με το ποιος στην ουσία είναι «ο ιδιοκτήτης» των εμβryών, καθώς επίσης και για το κατά πόσο θα πρέπει να επιτρέπεται στους επιστήμονες να διεξαγάγουν πειράματα για την προαγωγή της έρευνας των βλαστοκυττάρων, με τα κατεψυγμένα και κρυοσυντηρημένα έμβρυα που περισσεύουν και δεν εμφυτεύονται στη μήτρα. Την απάντηση σε τέτοιου είδους βιοηθικά διλήμματα μπορεί να δώσει η επιστημονική κοινότητα, ανατρέχοντας στην Αρχαία Ελληνική Σοφία, αναμνησκόμενη τη ρήση του Ιπποκράτη «**κασκέειν, περί τα νοσήματα δύο, ωφέλειεν ή μη βλάπτειν**» και το απόσπασμα από τον «Μενέξενο» του Πλάτωνα «**πάσα τε επιστήμη χωριζόμενη δικαιοσύνης και της άλλης αρετής πανουργία, ου σοφία φαίνεται!**»



13.



9. Οι Βρετανοί πρωτοπόροι της Εξωσωματικής γονιμοποίησης Patrick Steptoe και Robert Edwards, στη διάρκεια τηλεοπτικής συνέντευξης στις 14 Φεβρουαρίου 1969.



10. Το πρώτο «μωρό του σωλήνα», η Louise Brown, με τους γονείς της Lesley και John Brown, τον Ιούλιο του 1978.



11. Ο Robert Edwards μαζί με τον Alastair MacDonald το 1981.



12. Διακολπική ανάκτηση ωοκυττάρων (transvaginal oocyte retrieval).

13. Το δίπλωμα του Βραβείου Nobel στη Φυσιολογία ή Ιατρική, το οποίο απονεμήθηκε το 2010 στον Robert Edwards.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ



Στις μέρες μας υπολογίζεται ότι, παγκοσμίως, το 9% του πληθυσμού πάσχει από βαρηκοΐα (περίπου 550.000.000 άτομα)



Γράφει ο ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΛΙΟΥΜΠΑΣ, Ωτορινολαρυγγολόγος, Συνεργάτης στο Metropolitan General

Ο όρος βαρηκοΐα είναι ταυτόσημος με την οποιαδήποτε βαθμού απώλεια ακοής. Στις μέρες μας υπολογίζεται ότι, παγκοσμίως, το 9% του πληθυσμού πάσχει από βαρηκοΐα (περίπου 550.000.000 άτομα). Από αυτούς, ποσοστό μικρότερο από 10% έχουν ακουστικό και ακόμη λιγότεροι το χρησιμοποιούν.

Η βαρηκοΐα διακρίνεται σε:

- **Βαρηκοΐα αγωγής:** Οφείλεται σε βλάβες του πτερυγίου, ατρησία, εξωστώσεις, κυψελίδα, εξωτερική ωτίτιδα, εκκριτική, μέση ωτίτιδα, διάτρηση του τυμπάνου, βλάβη οσπαρίων, χολοστεάτωμα. Η αντιμετώπιση κατά περίπτωση είναι φαρμακευτική ή χειρουργική (χολοστεάτωμα, διατρήσεις)
- **Βαρηκοΐα νευροαισθητήριος:** Οφείλεται σε βλάβες του κοχλία, του ακουστικού νεύρου ή σε βλάβη των ίδιων των κέντρων ακοής του εγκεφάλου
- **Βαρηκοΐα μικτού τύπου:** Όπου συνυπάρχουν οι δύο παραπάνω κατηγορίες. Η αντιμετώπιση της νευροαισθητήριου βαρηκοΐας δεν είναι ούτε φαρμακευτική αλλά ούτε και χειρουργική. Μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τη βαρηκοΐα με τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας διαφόρων τύπων. Μια ειδική κατηγορία ασθενών (κώφωση και πολύ μεγάλο βαθμού αμφίπλευρες βαρηκοΐες) μπορεί να αντιμετωπιστεί με **χρήση εμφυτευμάτων (κοχλιακών και στελέχους).**

Τα **ακουστικά σήμερα είναι ψηφιακά** (ή προγραμματιζόμενα αναλογικά) με πλήθος ρυθμίσεων και με χαρακτηριστικά τέτοια ώστε ο ήχος τους να μοιάζει φυσικός. Διακρίνονται σε:

- **Οπισθοωτιαία (ΒΤΕ):** Για μεγάλο και σοβαρού βαθμού βαρηκοΐες. Το μέγεθός τους είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με το παρελθόν
- **Ενδοωτιαία (ΙΤΕ):** Τοποθετούνται στην είσοδο του έξω ακουστικού πόρου και την κόγχη του πτερυγίου
- **Ενδοκαναλικό (ΙΤC):** Στο στόμιο του έξω ακουστικού πόρου, για μέτριες και ελαφρές βαρηκοΐες

- **Πλήρως ενδοκαναλικό (CIC):** Ολόκληρο το ακουστικό μέσα στον έξω ακουστικό πόρο, για ήπιες βαρηκοΐες με άριστα χαρακτηριστικά και αποτελέσματα
- **Οστεόφωνα:** Συσκευές που τοποθετούνται στη μαστοειδή απόφυση, μεταδίδουν τον ήχο με δόνηση στη μαστοειδή απόφυση.

Ο υποψήφιος χρήστης ακουστικού πρέπει να ενημερωθεί για τα τεράστια άλματα που έχουν επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια, έχοντας ελαχιστοποιηθεί τα κατασκευαστικά και χρηστικά προβλήματα των ακουστικών, κυρίως λόγω της ψηφιακής τεχνολογίας. Παρέχεται πλέον η δυνατότητα να δοκιμάσει κάποιος ένα ακουστικό τόσο σε κλειστό, όσο και σε ανοικτό χώρο και να αξιολογήσει ο ίδιος το αποτέλεσμα. Τα ακουστικά δεν είναι πλέον εκείνες οι τεραστίου μεγέθους οπισθοωτιαίες συσκευές που φαίνονταν από μακριά, σφύριζαν και όταν υπήρχε θόρυβος έπρεπε να το ρυθμίσει κάποιος ή να το αφαιρέσει.

Τα σύγχρονα ακουστικά μπορούν να συνδεθούν ασύρματα με συσκευές όπως το τηλέφωνο, η τηλεόραση και άλλες πηγές ήχου. Υπάρχουν φίλτρα που κάνουν τον χρήστη να ακούει φυσιολογικά τη φωνή του, βελτιώνουν την αίσθηση κατεύθυνσης του ήχου, όπως και συστήματα που αναγνωρίζουν τον ήχο του περιβάλλοντος, μειώνουν την έντασή του αλλά διατηρούν την ένταση της φωνής του συνομιλητή, με τρόπο που το ίδιο ακουστικό χωρίς καμιά άλλη ρύθμιση να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο σπίτι, στο γραφείο, στον δρόμο αλλά και στο γήπεδο. Είναι συσκευές που δημιουργήθηκαν για να βελτιώσουν τη ζωή μας και όσο περνάει ο καιρός τα καταφέρνουν όλο και καλύτερα. Πρόκειται για απλές, εύχρηστες συσκευές, και το κυριότερο, παρέχουν τη δυνατότητα καλής επικοινωνίας, εξαλείφοντας το βασικότερο πρόβλημα της βαρηκοΐας, την απομόνωση.



ΔΩΡΕΑΝ ΚΑΡΤΑ METROPOLITAN

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

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

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

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

METROPOLITAN G E N E R A L




Νέο μέλος του
Metropolitan Health Group

Λεωφ. Μεσογείων 264 • Χολαργός • Αθήνα

Τηλ.: 210 65 02 000



 www.metropolitan-general.gr

 [metropolitangeneral](https://www.facebook.com/metropolitangeneral)