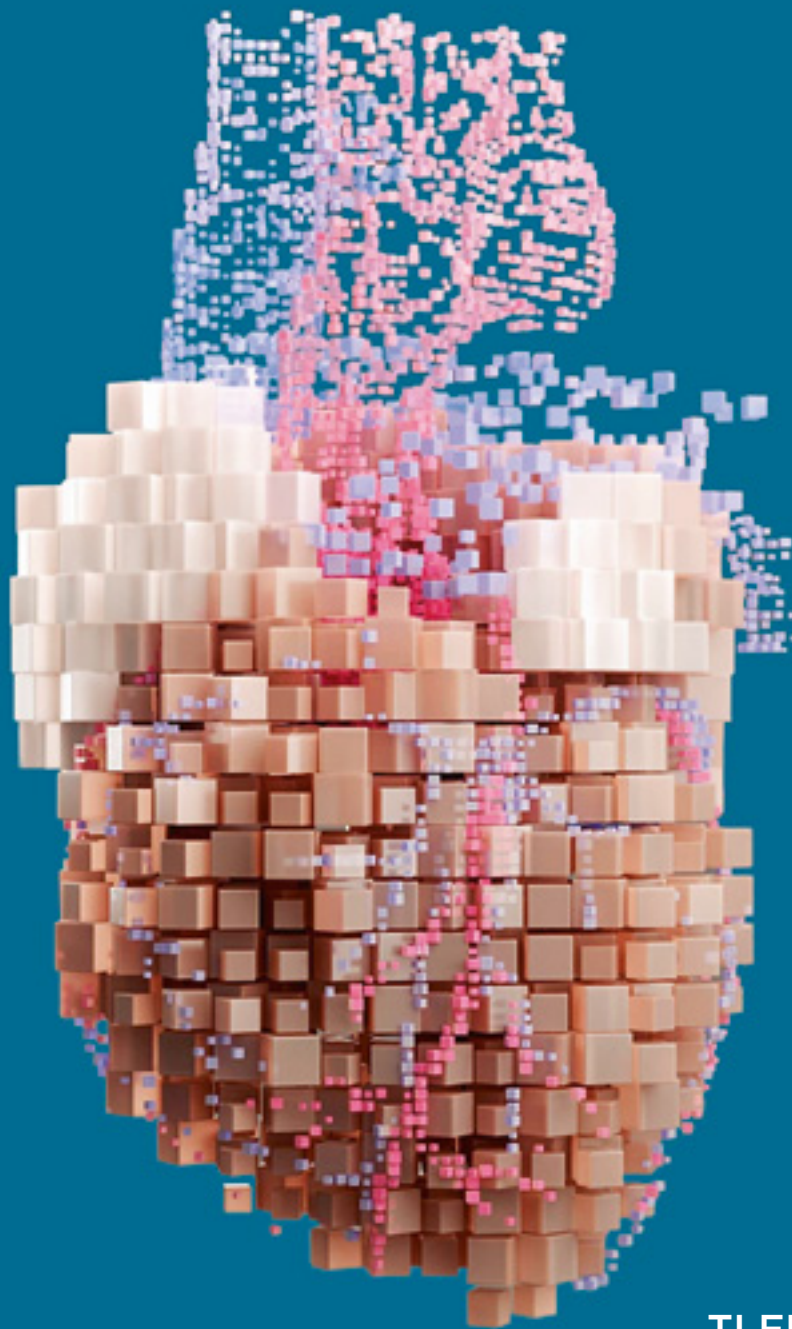


ART OF Life+Health

No 99



ΤΙ ΕΠΙΦΥΛΑΣΣΕΙ
ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ
ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ;

ISSN 2732-6276



ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ /
THE MAGAZINE IS DISTRIBUTED
FREE OF CHARGE

Παντού και πάντα
δίπλα σας!



Ο Όμιλος Hellenic Healthcare, ο μεγαλύτερος ιδιωτικός όμιλος υγείας στην Ελλάδα, θέτει τη χώρα στο επίκεντρο της ιατρικής πρωτοπορίας με εννέα κορυφαία θεραπευτήρια, δεκατρία διαγνωστικά κέντρα, ένα Κέντρο Μοριακής Βιολογίας και Γονιδιωματικής, μία Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και μία Ακαδημία. Με πάνω από 6.500 γιατρούς και 5.000 εργαζομένους, το HHG συμβάλλει ενεργά στην ανάπτυξη της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης σε Ελλάδα και Κύπρο, ανταποδίδοντας την εμπιστοσύνη που μας δείχνουν οι περίπου 1.400.000 ασθενείς μας ετησίως.

HHG
Hellenic Healthcare Group





ΚΑΡΔΙΑ

«ΚΑΡΔΙΑ» ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΛΕΞΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ «ΜΥΩΔΕΣ ΚΟΙΛΟ ΟΡΓΑΝΟ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΩΣ ΑΝΤΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ».

Ορισμός της προφανώς δεν αρκεί, για να περιγράψει όλα αυτά που πραγματικά σημαίνει. Γι' αυτό και μέσα στους αιώνες εμείς οι άνθρωποι προσπαθήσαμε να εκφράσουμε τι σημαίνει για εμάς μέσα από χιλιάδες σχήματα, ποιήματα και τραγούδια. Τη χρησιμοποιούμε μεταφορικά, ως διάθεση αλλά και ως σύμβολο. Η Κική Δημουλά κάποτε ανέφερε πως «Τη λέξη "καρδιά" την έχουμε διαρκώς στο στόμα μας χωρίς να ξέρουμε τι ακριβώς σημαίνει. "Αμάν, η καρδιά μου", "Έσπασε η καρδιά μου", "Σου έδωσα την καρδιά μου", "Η καρδιά μου φτάνει για όλα". Είναι η προθυμότερη λέξη για να κυριεύσει την έκφρασή μας».

Παράλληλα, όμως, προσπαθήσαμε να την εξερευνήσουμε και να τη μελετήσουμε ιατρικά για να τη φροντίσουμε και να την προστατεύσουμε. Και μέχρι σήμερα στην ιατρική οι νέες εφαρμογές και οι κατακτήσεις της καρδιολογίας και της καρδιοχειρουργικής αριθμούνται σε πολλές δεκάδες.

Ως πρωτοπόροι, λοιπόν, ο Τομέας Καρδιάς του ΥΓΕΙΑ και του ΜΗΤΕΡΑ προσφέρει ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων από το στάδιο της πρόληψης και της διάγνωσης έως τη θεραπεία, με κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση των παθήσεων της καρδιάς και χρήση όλων των σύγχρονων διαγνωστικών και επεμβατικών μεθόδων αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών παθήσεων που μπορεί να εμφανιστούν από την εμβρυϊκή έως και την ενήλικη ζωή.

Από το 1990 και την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς που έγινε στο ΥΓΕΙΑ μέχρι σήμερα μετράμε αρκετές πρωτιές που διαμόρφωσαν και καθόρισαν το πεδίο των θεραπευτικών εξελίξεων στη χώρα μας, καθιστώντας τη θεραπεία της καρδιάς τον τομέα μας!

Καλή σας ανάγνωση!
Κατερίνα Βασιλάκη

ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ

Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ
Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία
Γενική, Μαιευτική, Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική Μητέρα Α.Ε.
ΛΗΤΩ Γενική, Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Α.Ε.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κατερίνα Βασιλάκη
τηλ.: 210 6867007, fax: 210 6867624, k.vasilaki@hygeia.gr

COMMERCIAL MANAGEMENT

Γιώργος Σώρας
τηλ.: 210 6867230, fax: 210 6867624, g.soras@hygeia.gr

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ ΛΗΤΩ

Χριστίνα Μπάμη
τηλ.: 210 6902411, fax: 210 6902417, cmpami@leto.gr

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΥΓΕΙΑ: Γεώργιος Ζαχαρόπουλος,
Γιώργος Τζίμας
ΜΗΤΕΡΑ: Βασίλης Σιούλας
ΛΗΤΩ: Κωνσταντίνος Μαυρέλος, Κωνσταντίνος Σαμαράς



Scan this code
to hygeia.gr

CREATIVE CONCEPT

McVictor & Hamilton SA
Αγρινίου 3, Χαλάνδρι, Αθήνα 15232,
τηλ.: 210-6898492, contact@mcvictor.gr

PHOTO AGENCIES

Istock / Getty Images / Ideal Image, Shutterstock / Visual Hellas

Το περιοδικό Art of Life + Health διατίθεται δωρεάν.

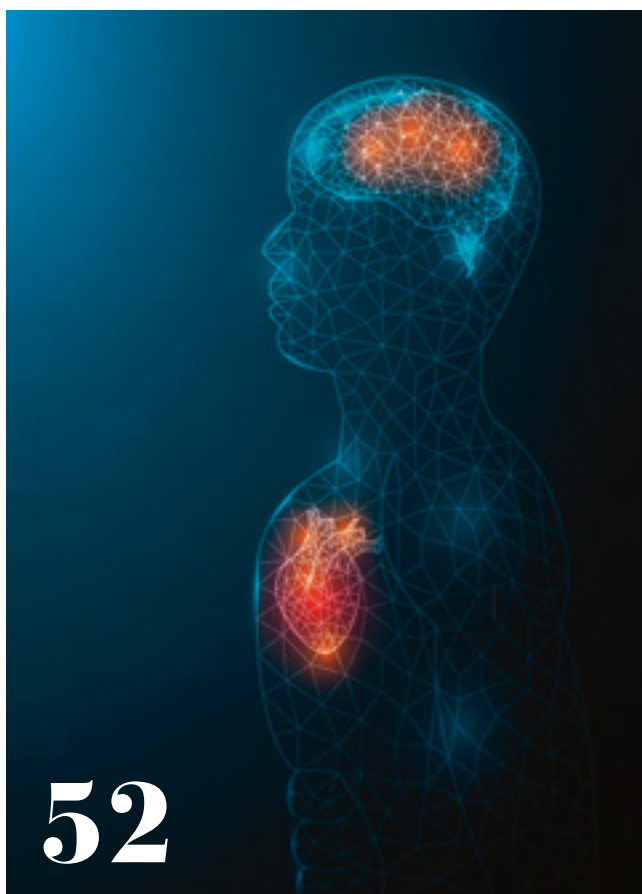
ISSN 2732-6276

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή, μερική ή ολική, περιληπτική ή κατά παράφραση, ή διασκευή του περιεχομένου του περιοδικού, με οποιοδήποτε μέσο και τρόπο, χωρίς έγγραφη άδεια του εκδότη και του ιδιοκτήτη. Η άποψη των συντακτών των άρθρων δεν εκφράζει απαραίτητα και την επίσημη άποψη του εκδότη και του ιδιοκτήτη.

12



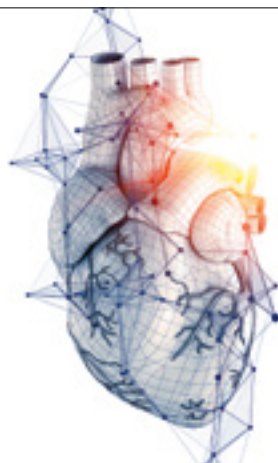
52



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 6.** Νευραλγία τριδύμου:
Ο ρόλος της επεμβατικής ακτινολογίας
- 8.** EDOF:
Ενδοφακοί εστίασης αυξημένου βάθους
- 10.** Εξωσωματική γονιμοποίηση:
Πώς επιλέγω την κατάλληλη Μονάδα;
- 12.** Εξωσωματική:
Η σημασία του σωστού τρόπου ζωής
- 16.** ΑΦΙΕΡΩΜΑ:
Η καρδιολογία και η καρδιοχειρουργική
στους καιρούς της υψηλής τεχνολογίας
- 70.** Εν αναμονή μιας νέας πανδημίας
μετά τον κορονοϊό
- 72.** Εφηβεία:
Σεξουαλικά μεταδιδόμενες
λοιμώξεις & αντισύλληψη
- 76.** Αναγεννητική ορθοπαιδική:
Βιολογική αντικατάσταση γόνατος
- 78.** Φόβοι και φοβίες στα παιδιά:
Πώς μπορούν να βοηθήσουν οι γονείς;
- 80.** Διογκώσεις του τραχήλου στα παιδιά
- 82.** TIP TOE WALKING:
Βάδιση στις μύτες των άκρων ποδών
- 84.** Υπολειπόμενη ανάπτυξη εμβρύου:
Τι σημαίνει όταν είναι μικρό το έμβρυο;
- 86.** Προληπτικός γυναικολογικός έλεγχος:
Κάθε πότε γίνεται και τι περιλαμβάνει;
- 88.** HPV: Η αναγκαιότητα εμβολιασμού
& στα δύο φύλα
- 90.** Αίμα στην αρχή της εγκυμοσύνης
- 92.** Διατροφή & γονιμότητα:
Πώς συνδέονται;
- 94.** Πρόωρος τοκετός
- 96.** Ρινοπλαστική:
Μύθοι & αλήθειες
- 98.** Τα Νέα μας
- 116.** Για την κοινωνία

16



66



ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

Η νευραλγία τριδύμου (NT) είναι ένα χρόνιο σύνδρομο νευροπαθητικού πόνου που επηρεάζει την περιοχή του προσώπου. Θεωρείται ίσως ο πιο ισχυρός πόνος, πιθανόν γιατί η περιοχή του προσώπου έχει πολύ πυκνή κατανομή αισθητικών νευρικών απολήξεων ανά τετραγωνικό εκατοστόμετρο.

Αποτελεί τη συχνότερη νευραλγία προσώπου και εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών, χωρίς βέβαια να απουσιάζουν και περιπτώσεις σε παιδιά.

Διακρίνεται σε ιδιοπαθή, η πιο συχνή μορφή, στην οποία δεν ανευρίσκεται σαφές αίτιο, και σε συμπτωματική, όπου υπάρχει υποκείμενη πάθηση. Αυτή μπορεί να είναι η πίεση του νεύρου από κάποια δομή, όπως όγκος ή αγγείο, ή η πολλαπλή σκλήρυνση.

Η διάγνωση γίνεται με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, τη νευρολογική εξέταση και τη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού.

Πρώτη γραμμή θεραπείας αποτελεί η φαρμακευτική αγωγή. Αν τα συμπτώματα εμμένουν ή υπάρχουν σοβαρές παρενέργειες από τα φάρμακα, επιλέγονται **επεμβατικές θεραπείες**.

Πώς χαρακτηρίζεται ο πόνος της νευραλγίας του τριδύμου νεύρου;

Η νευραλγία του τριδύμου νεύρου χαρακτηρίζεται από κρίσεις έντονου πόνου που περιγράφονται σαν πολλαπλές μαχαιριές ή ηλεκτρικό ρεύμα (διαξιφιστικός πόνος). Ο πόνος είναι ξαφνικός και πολύ έντονος, διαρκεί για κλάσματα του δευτερολέπτου και επανέρχεται μετά από λίγο. Αυτό μπορεί να επαναλαμβάνεται για διάστημα μέχρι και μίας ώρας.

Κατανέμεται μονόπλευρα στο πρόσωπο, συνηθέστερα δεξιά. Αν προσβληθεί ο άνω ή κάτω γναθικός κλάδος υπάρχει πόνος στα χείλη, στα ούλα και στο πηγούνι, ενώ σε προσβολή του οφθαλμικού κλάδου ο πόνος εντοπίζεται στο μέτωπο και στο μάτι.

Σε μερικές περιπτώσεις, πριν την κρίση, υπάρχει ήπιος πόνος ή μούδιασμα, σαν «τσιμπήματα καρφίτσας». Όταν παρέλθει η κρίση, ο πόνος υποχωρεί τελείως ή υπάρχει μια μικρή ενόχληση, την οποία ο ασθενής δυσκολεύεται να περιγράψει.

Αξιοσημείωτη είναι η ύπαρξη των λεγόμενων «περιοχών ενεργοποίησης» που εντοπίζονται στο πρόσωπο, στα χείλη και στη γλώσσα και ο ερεθισμός ή η κίνησή τους οδηγεί σε πρόκληση κρίσης. Για παράδειγμα, το βούρτσισμα των δοντιών, η μάσηση τροφής και το πλύσιμο του προσώπου είναι συνήθειες που μπορούν να πυροδοτήσουν μια κρίση, καθώς επίσης και το κρύο ή το ξύρισμα.

Μπορεί να υπάρχουν περίοδοι υφέσεων, όπου οι κρίσεις είναι πιο αραιές και ήπιες για διάστημα μηνών, αλλά όσο περνούν τα χρόνια τόσο το πρόβλημα εντείνεται, η συχνότητα των κρίσεων αυξάνεται και η ανάγκη για αντιμετώπιση γίνεται επιτακτική. Η νευραλγία του τριδύμου μπορεί να είναι τόσο έντονη και βασανιστική, ώστε να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Δεν έχει πάρει αδίκως την ονομασία *suicide disease*.

Ποια είναι τα αίτια της νευραλγίας του τριδύμου;

Η νευραλγία του τριδύμου διακρίνεται σε ιδιοπαθή και συμπτωματική.

Η ιδιοπαθής δεν έχει γνωστό αίτιο. Εντάσσεται στο φάσμα των αισθητικών επιληψιών και ο πόνος υφίεται με αντιεπιληπτικά φάρμακα. Στη νευρολογική εξέταση δεν υπάρχουν αντικειμενικά νευρολογικά ευρήματα. Οι παροξυσμοί εμφανίζονται μετά από απλή επαφή ή μάσηση και διαρκούν μέχρι 1-2 λεπτά. Αναφέρεται και ως «επώδυνο τικ» (*tic douloureux*), σε αντιπαράθεση με τα ανώδυνα κινητικά τικ, δεδομένου του ξαφνικού μορφασμού λόγω σύσπασης του προσώπου που προκαλείται από την αιφνίδια εισβολή του πόνου.

Η συμπτωματική νευραλγία μπορεί να οφείλεται σε:

- ανευρύσματα εγκεφάλου,
- ανώμαλη πορεία αρτηριών (π.χ. άνω παρεγκεφαλιδική αρτηρία),
- όγκους εγκεφάλου (ακουστικό νεурίνωμα, γλοιοβλάστωμα, όγκους παρεγκεφαλιδικής γωνίας),
- χρόνια μηνιγγίτιδα,
- σαρκοειδικό κοκκίωμα,
- πολλαπλή σκλήρυνση (στο 2-4% των ασθενών).



Δημήτριος Τζαβούλης
Επεμβατικός Ακτινολόγος
Διευθυντής Τμήματος
Επεμβατικής Ακτινολογίας
ΥΓΕΙΑ

“Αποτελεί τη συχνότερη νευραλγία προσώπου και εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών, χωρίς βέβαια να απουσιάζουν και περιπτώσεις σε παιδιά.”

Ποια είναι η θεραπεία της νευραλγίας του τριδύμου;

Πρώτη γραμμή για τη θεραπεία της νευραλγίας του τριδύμου αποτελεί η φαρμακευτική αγωγή με αντι-επιληπτικά φάρμακα όπως η καρβαμαζεπίνη, η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη. Σε περίπτωση παρενεργειών ή αναποτελεσματικότητας στον ασθενή, συνιστώνται οι επεμβατικές θεραπείες, οι οποίες είναι:

1. Τοπική διήθηση (νευρόλυση) του γαγγλίου του τριδύμου νεύρου (γασσέρειο γάγγλιο) με θερμοκαυτηρίαση RFA.

2. Στερεοτακτική ακτινοβολία (gamma-Knife/cyber Knife): Εφαρμόζεται ακτινοβολία στο σημείο έκφυσης του τριδύμου νεύρου από τον εγκέφαλο. Η επέμβαση αυτή δεν εξασφαλίζει μόνιμα αποτελέσματα και συνήθως υπάρχει υποτροπή στα 3 πρώτα χρόνια.

3. Νευραγγειακή αποσυμπίεση (microvascular decompression): Αποτελεί την κυριότερη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας. Στόχος είναι η αφαίρεση μέσω κρανιοτομίας του αγγείου που γειτνιάζει και πιέζει το τρίδυμο νεύρο. Το ποσοστό επιτυχίας είναι 92%.

Ο ρόλος της Επεμβατικής Ακτινολογίας

Ο Επεμβατικός Ακτινολόγος υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση θα τοποθετήσει το ηλεκτρόδιο στο γάγγλιο του τριδύμου νεύρου και εν συνεχεία, με τη βοήθεια ειδικής γεννήτριας θα γίνει θερμοκαυτηρίαση με ραδιοσυχνότητες (RF Ablation).

Η θεραπεία γίνεται σε εξωτερική βάση, δηλαδή ο ασθενής δεν χρειάζεται να παραμείνει μετά στο νοσοκομείο. Στο 98% των ασθενών πετυχαίνουμε ανακούφιση από τον πόνο και τη λήψη φαρμάκων. Ένα ποσοστό 15-20% υποτροπιάζει μετά από 12-18 μήνες, όπου και χρειάζεται επανάληψη του ablation.

EDOF

ΕΝΔΟΦΑΚΟΙ ΕΣΤΙΑΣΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΒΑΘΟΥΣ

Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ
ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ ΓΙΑ ΤΗ
ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΕΣΒΥΩΠΙΑΣ



Ο καταρράκτης εμφανίζεται όταν ο φυσικός φακός του οφθαλμού έχει θόλωση, με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας της όρασης. Στη χειρουργική επέμβαση καταρράκτη, ο καταρράκτης αφαιρείται και αντικαθίσταται με ένα διαυγή τεχνητό φακό για την αποκατάσταση της όρασης. Παρότι η χειρουργική επέμβαση καταρράκτη είναι συχνή και διαδεδομένη, η επιτυχία εξαρτάται και από την ποιότητα του ενδοφθάλμιου φακού που εισάγεται.

Τα τελευταία 20 χρόνια υπήρξαν σημαντικές πρόοδοι στην τεχνολογία των ενδοφθάλμιων φακών. Οι καλύτεροι φακοί έχουν οδηγήσει σε βελτιώσεις στην ποιότητα της όρασης και στην οπτική ακρίβεια –κατά συνέπεια, οι ασθενείς βλέπουν καλύτερα και χρειάζονται γυαλιά σπανιότερα μετά από χειρουργική επέμβαση καταρράκτη. Η τελευταία πρόοδος, και ήταν μια σημαντική πρόοδος, είναι η τεχνολογία των ενδοφακών αυξημένου βάθους εστίασης (EDOF).

Φακοί EDOF:

Ενδοφακοί αυξημένου βάθους εστίασης

Οι φακοί EDOF είναι νέας γενιάς και αντιπροσωπεύουν μια σημαντική πρόοδο στην τεχνολογία ενδοφθάλμιου φακού. Οι φακοί EDOF είναι παρόμοιοι με τους πολυεστιακούς φακούς, καθώς επιτρέπουν την όραση σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων προβολής. Πιο συγκεκριμένα, επιτρέπουν: μακρινή όραση (όπως οδήγηση, τένις, γκολφ, παρακολούθηση τηλεόρασης), ενδιάμεση όραση (ανάγνωση αντικειμένων σε ράφι σούπερ μάρκετ, χρήση υπολογιστών) και κοντινή όραση για 40 – 50cm (ανάγνωση, ράψιμο) σε συνθήκες καλού φωτισμού.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ενώ οι πολυεστιακοί φακοί δημιουργούν πολλαπλά σημεία εστίασης, στα οποία μπορεί να είναι δύσκολο για τον εγκέφαλο να προσαρμοστεί, ένας φακός EDOF δημιουργεί ένα μόνο επιμηκές εστιακό σημείο για να επιτύχει το ευρύ αυτό φάσμα εστιακών αποστάσεων.

Με την τοποθέτηση φακού EDOF τα προβλήματα των αντανakλάσεων και των φωτοστεφάνων είναι σχεδόν ασήμαντα για τον ασθενή. Είναι πολύ πιο ασυνήθιστο να χρειαστεί να αφαιρέσετε έναν ενδοφθάλμιο φακό EDOF παρά έναν παραδοσιακό πολυεστιακό φακό μετά από εγχείρηση καταρράκτη. Ωστόσο, υπάρχουν μερικά μειονεκτήματα στους φακούς EDOF.

Δεν είναι όλοι οι οφθαλμοί κατάλληλοι για έναν ενδοφακό EDOF. Η καταλληλότητα για την τοποθέτηση EDOF ενδοφακού βασίζεται στην κατάσταση υγείας του οφθαλμού και στις προεγχειρητικές μετρήσεις. Τα

μάτια με ασυνήθιστη καμπυλότητα επιφάνειας ή μάτια με άλλα προβλήματα, όπως η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με την ηλικία ή το γλαύκωμα, συνήθως δεν πληρούν τις προϋποθέσεις καταλληλότητας για την τοποθέτηση του φακού EDOF. Επίσης, ενώ οι φακοί EDOF είναι ιδανικοί για μακρινή και ενδιάμεση όραση, μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματικοί για πολύ κοντινή απόσταση, κυρίως για διάβασμα στα 35cm. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο μερικοί ασθενείς με ενδοφακούς EDOF πιθανόν να χρειάζονται γυαλιά σε πολύ κοντινή απόσταση.

Οι φακοί EDOF είναι νέας τεχνολογίας φακοί και με την τοποθέτησή τους επιτυγχάνεται συνήθως η ανεξάρτητη από γυαλιά όραση μετά την επέμβαση καταρράκτη. Προσφέρουν δηλαδή μακρινή, μεσαία και λειτουργική κοντινή όραση σε συνθήκες καλού φωτισμού χωρίς να αυξάνουν τις οπτικές διαταραχές που ενδεχομένως να προκαλούσαν οι αντίστοιχοι πολυεστιακοί ενδοφακοί.



Μιχαήλ Χριστοδουλίδης
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
Επιστημονικός Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ



ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

ΠΩΣ ΕΠΙΛΕΓΩ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΜΟΝΑΔΑ;

Ενα ζευγάρι που αποφασίζει να κάνει παιδί με Εξωσωματική Γονιμοποίηση βρίσκεται μπροστά σε μια σημαντική απόφαση. Πέρα από την επιλογή του γιατρού, η επιλογή της κατάλληλης Μονάδας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κριτήριο που θα καθορίσει την επιτυχία της προσπάθειας.

Υπάρχουν παράγοντες που κάνουν τη διαφορά και οδηγούν σε ποσοστά κύησης που ξεπερνούν ακόμη και το 60% σε συγκεκριμένες κατηγορίες ζευγαριών.

Η επιστημονική ομάδα, που αποτελείται από γιατρούς, εμβρυολόγους, ψυχολόγο, μαιές και νοσηλευτικό προσωπικό, βρίσκεται δίπλα στο ζευγάρι από την πρώτη στιγμή που θα επικοινωνήσει με τη Μονάδα μέχρι την ολοκλήρωση της προσπάθειας ή ακόμη και τη γέννηση του παιδιού, καθώς ο ειδικός γιατρός είναι συχνά και ο μαιευτήρας που θα κάνει τον τοκετό. Θα πρέπει να διαθέτει την ανάλογη εμπειρία, η οποία συχνά έχει αποκτηθεί από τη μακρόχρονη εκπαίδευση και εργασία σε μεγάλα κέντρα του εξωτερικού, να είναι σε θέση να προσφέρει όλες τις σύγχρονες εξατομικευμένες θεραπείες ακόμη και στις δυσκολότερες περιπτώσεις και να έχει συνεχή επιστημονική παρουσία σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια.

Ένα σύγχρονο εμβρυολογικό εργαστήριο περιλαμβάνει εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας, τον οποίο διαθέτουν πλέον μόνο μεγάλες Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Ενδεικτικά αναφέρονται μικροσκοπία μικρογονιμοποίησης και βιοψίας εμβρύων με laser για προεμφυτευτική διάγνωση, συστήματα παρακολούθησης και ιχνηλάτησης, τεχνολογία time lapse για συνεχή παρακολούθηση εμβρύων, σύστημα εξαερισμού για τον καθαρισμό του αέρα που χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη των εμβρύων πριν την εμβρυομεταφορά, καθώς και σύγχρονα συστήματα κατάψυξης και αποθήκευσης γενετικού υλικού. Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, ότι και στη χώρα μας παρατηρείται συνένωση παλαιότερων Μονάδων σε νέους υπερσύγχρονους χώρους, γιατί μόνο έτσι είναι εφικτές αυτές οι σημαντικές επενδύσεις σε μηχανήματα και εξειδικευμένο προσωπικό.

Η επιλογή του κατάλληλου εμβρύου πριν την εμβρυομεταφορά αποτελεί βασικό παράγοντα επιτυχίας, καθώς οι πιθανότητες εμφύτευσης αυξάνονται σημαντικά ανάλογα με την ποιότητα των εμβρύων την ημέρα τοποθέτησής τους στη μήτρα της γυναίκας. Μάλιστα, εφόσον η ποιότητα του εμβρύου είναι άριστη, προχωρούμε σε μεταφορά ενός μόνο εμβρύου ώστε να αποφύγουμε τη διδυμη κύηση, χωρίς να ελαττώσουμε την πιθανότητα επιτυχίας της προσπάθειας. Η τεχνητή νοημοσύνη αποτελεί το νέο εργαλείο αξιολόγησης των εμβρύ-

ων, και επιτρέπει την επιλογή του εμβρύου όχι μόνο με βάση τη μορφολογία του, αλλά με βάση δεδομένα που μας βοηθούν να προβλέψουμε την επιτυχία και στηρίζονται σε χιλιάδες κύκλους εξωσωματικής του παρελθόντος.

Η διασύνδεση της Μονάδας με κάποιο μεγάλο νοσοκομείο εξασφαλίζει ασφάλεια στη διεκπεραίωση της προσπάθειας και ενίσχυση με επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων, σε περίπτωση που ο χειρισμός δύσκολων περιστατικών απαιτεί εξειδικευμένη γνώση. Το ζευγάρι αντιμετωπίζεται ολιστικά και δίνεται η δυνατότητα στη γυναίκα να έρθει σε επαφή με γιατρούς που θα τη συνοδεύσουν κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά και μετά τη γέννηση του παιδιού, εφόσον χρειαστεί.

Αν και η θεραπεία γονιμότητας είναι ο βασικός λόγος επίσκεψης στη Μονάδα, οι χώροι πρέπει να ανταποκρίνονται στη σύγχρονη αισθητική που επιτρέπει στο ζευγάρι να αισθάνεται ότι βρίσκεται σε ένα ζεστό, φιλικό περιβάλλον που του εξασφαλίζει τη διακριτική μεταχείριση που επιβάλλεται σε μια τόσο ευαίσθητη διαδικασία.

Η Ελλάδα διαθέτει Μονάδες Εξωσωματικής Γονιμοποίησης με επιστημονικό προσωπικό διεθνούς κύρους, τεχνολογία αιχμής και μοντέρνους χώρους, ώστε να προσελκύουν ζευγάρια από όλο τον κόσμο. Αυτό το επίτευγμα είναι αποτέλεσμα σκληρής δουλειάς επιστημόνων με όραμα για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Η επιλογή της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, της μεγαλύτερης επένδυσης στο χώρο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στη χώρα μας από το Hellenic Healthcare Group, είναι η καλύτερη συνταγή επιτυχίας για να γίνει πραγματικότητα το όραμα απόκτησης ενός υγιούς παιδιού.



Ιωάννης Ζερβομανωλάκης
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος
Ειδικός στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή
Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ



ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ:

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΩΣΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

Η διάγνωση της υπογονιμότητας προκαλεί συχνά σύγχυση και προβληματισμό, ενώ η επιτυχία μιας θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Το πρώτο βήμα στηρίζεται σε αλλαγές στη διατροφή και στον τρόπο ζωής που μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες σύλληψης.

Ένα υγιές βάρος

Στις γυναίκες η παχυσαρκία σχετίζεται με ορμονικές διαταραχές και με το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Η ελάττωση της τάξεως του 5-10% του σωματικού βάρους μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργία των ωοθηκών. Στους άντρες η παχυσαρκία συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης, χαμηλό αριθμό και κινητικότητα σπερματοζωαρίων. Η επίτευξη ενός υγιούς βάρους πραγματοποιείται μέσω μιας ισορροπημένης διατροφής και όχι μέσω ανορθόδοξων υπερβολών που οδηγούν σε διατροφικές ελλείψεις.

Βιταμίνες και αντιοξειδωτικά συστατικά

Για τη γυναίκα η επάρκεια των αντιοξειδωτικών παραγόντων είναι σημαντική γιατί μειώνει το «οξειδωτικό stress» στα ωάρια, που έχει συσχετισθεί με καλύτερη ποιότητα των ωαρίων αλλά κυρίως των εμβρύων που προκύπτουν από αυτά. Για τον άνδρα τα αντιοξειδωτικά μειώνουν σημαντικά το ποσοστό κατάτμησης του σπερματικού DNA (υψηλά ποσοστά κατάτμησης έχουν συνδεθεί με δυσμενή αναπαραγωγικά αποτελέσματα και πρώιμες αποβολές).

Τα ωμέγα-3 λιπαρά είναι ευεργετικά για τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές τους και συμμετέχουν στην ομαλή λειτουργία των σπερματοζωαρίων. Συνιστάται, επομένως, η πρόσληψη επαρκών ποσοτήτων (περίπου 1.800mg ημερησίως για 6 μήνες).

Ένα ευεργετικό στοιχείο, ιδίως για τη γυναίκα, είναι το συνένζυμο Q10. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν πως η ομαλή εξέλιξη του εμβρύου έως το

στάδιο της βλαστοκύστης εξαρτάται από τα μιτοχόνδρια (τμήματα του κυττάρου). Έτσι, λοιπόν, το συνένζυμο Q10 βοηθά στη σωστή λειτουργία των μιτοχονδρίων του ωαρίου και για το λόγο αυτό έχει νόημα η συμπληρωματική πρόσληψή του από τις γυναίκες που θα υποβληθούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Η συνιστώμενη δόση είναι 600mg συνενζύμου Q10 την ημέρα για περίπου 2 μήνες. Τα ζευγάρια που ξεκινούν εξωσωματική γονιμοποίηση πρέπει να στοχεύουν σε επάρκεια βιταμίνης D στο αίμα. Η συνιστώμενη καθημερινή δόση είναι 1.000-2.000iu ενώ σε περιπτώσεις σοβαρής έλλειψης, η δόση είναι 20.000iu την εβδομάδα.

Σωστή κατανάλωση υδατανθράκων

Η υπερβολή στην κατανάλωση υδατανθράκων έχει δυσμενή αποτελέσματα ειδικά σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Καλές πηγές υδατανθράκων αποτελούν τα όσπρια, το καστανό ρύζι και τα μέτρια ώριμα φρούτα με τη φλούδα τους. Οι υδατάνθρακες αυτοί καλύτερα να μοιράζονται σε μικρές ποσότητες μέσα στην ημέρα και όχι να στριμώχνονται σε ένα μεγάλο γεύμα. Μια καλή πρακτική είναι ο συνδυασμός των καλών υδατανθράκων με λαχανικά και πηγές πρωτεΐνης/λιπαρών (αυγά, τυρί, κρέας, κοτόπουλο, ψάρια, ξηροί καρποί).



Γιώργος Χριστόπουλος
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος
Ειδικός στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή
Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF EMBRYΟΓΕΝΕΣΙΣ

Είδος λιπαρών

Τα τρανς λιπαρά (όπως επεξεργασμένα προϊόντα, τηγανητές τροφές, συσκευασμένα μπισκότα) είναι φρόνιμο να αντικατασταθούν από τα μονοακόρεστα λιπαρά (π.χ. ελαιόλαδο, αβοκάντο, φιστίκια, αμύγδαλα). Τα ω3 λιπαρά οξέα φαίνεται να βελτιώνουν την ποιότητα των ωαρίων, ενώ στους άντρες η κατανάλωση ω3 λιπαρών οξέων επιδρά θετικά στην κινητικότητα του σπέρματος.

Σωστή διατροφή

Συνιστάται μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή «Μεσογειακού» τύπου, πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και θαλασσινά. Δεν χρειάζεται υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος και θα πρέπει να αποφεύγονται τροφές με πολλά κορεσμένα λιπαρά. Σε πρόσφατη μελέτη από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο φάνηκε ότι η κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, δημητριακών, ψαριών και ελαιόλαδου για 6 μήνες πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει την πιθανότητα επιτυχημένης έκβασης.

Καφές

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωση καφέ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη γονιμότητα. Η λήψη 500mg καφεΐνης την ημέρα μπορεί να καθυστερήσει την επίτευξη εγκυμοσύνης, ενώ η υψηλή κατανάλωση καφέ σχετίζεται με κίνδυνο αποβολών. Συστήνεται η μέτρια κατανάλωση καφεΐνης (<150-200mg) αν είναι επιθυμητό από τη γυναίκα.

Κατανάλωση αλκοόλ

Το αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες επηρεάζει τη γονιμότητα. Μια μεγάλη μελέτη σε γυναίκες έδειξε ότι 8 ποτά την εβδομάδα μπορούν να καθυστερήσουν την εγκυμοσύνη. Η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων καλής ποιότητας αλκοόλ (π.χ. κόκκινου κρασιού που επιτρέπει και η μεσογειακή διατροφή) αν κάποια γυναίκα το επιθυμεί μπορεί να είναι ανεκτή.







**Η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
&
Η ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΣΤΟΥΣ ΚΑΙΡΟΥΣ ΤΗΣ
ΥΨΗΛΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ**





Η καρδιαγγειακή ιατρική, όπως άλλωστε όλο το φάσμα της ιατρικής, εξελίσσεται πολύπλευρα υποστηριζόμενη από τις εξελίξεις συναφών επιστημών, όπως η μοριακή βιολογία, η γενετική, η φαρμακολογία, αλλά οπωσδήποτε επίσης και η πληροφορική και οι επιστήμες νέων υλικών.

Οι εξελίξεις είναι εντυπωσιακές, τροποποιώντας αργά αλλά καθοριστικά τον συνολικό χαρακτήρα της καρδιαγγειακής ιατρικής. Πράγματι, η σημερινή τεχνολογία επιτρέπει την εμφύτευση μικρού μεγέθους συσκευών, περιορίζει τις επεμβάσεις που χαρακτηρίζονται από ουλές (scarless procedures), επιτρέπει τη διάνοξη εστενωμένων βαλβίδων χωρίς εγχείρηση, υποστηρίζει τη μικροκαρδιοχειρουργική και οπωσδήποτε αναδεικνύει μορφές ιατρικής απεικόνισης υψηλότερης ευκρίνειας.

Επιπρόσθετα, η καρδιαγγειακή ιατρική απολαμβάνει και υποστηρίζεται εξαιρετικά από τις εξελίξεις της γενετικής και -δειλά αλλά σταθερά- από τις εξελίξεις της ψηφιακής ιατρικής και επιμέρους της τεχνητής νοημοσύνης.

Είναι προφανές ότι όλες οι προηγούμενες εξελίξεις συνιστούν μια τεράστια πρόκληση για όλους μας, για εκείνους που συναποτελούν τον στρατηγικό και τον εκτελεστικό ιστό του ΥΓΕΙΑ και του ΜΗΤΕΡΑ, καθώς επίσης πρώτιστα για τους ειδικούς ιατρούς και όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Η σύγχρονη καρδιολογία του ΥΓΕΙΑ & του ΜΗΤΕΡΑ

Σε αμφότερα τα θεραπευτήρια ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ εφαρμόζεται ολόκληρο το φάσμα της σύγχρονης καρδιολογίας στην πιο εξελιγμένη εκδοχή του.

Πρώτιστα, αναπτύσσεται όλο το φάσμα της διακαθετηριακής τοποθέτησης βαλβίδων. Το συγκεκριμένο πεδίο αντιπροσωπεύει σήμερα μια τεράστια πρόκληση για την καρδιαγγειακή ιατρική μπροστά στη γήρανση του πληθυσμού.

Οπωσδήποτε, η θεραπευτική της κολπικής μαρμαρυγής, μιας νόσου των μεγάλων ηλικιών, αντιπροσωπεύει μια ακόμη περιοχή υψηλού ενδιαφέροντος για όλους μας.

Με την υποστήριξη της διοίκησης του Ομίλου, τα τμήματα καρδιολογίας ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ εξοπλίζονται με τις πιο προηγμένες τεχνολογίες και συστήματα (state-of-the-art), προκειμένου οι ασθενείς μας να απολαμβάνουν σύγχρονη περίθαλψη υψηλής ποιότητας.

Είναι εύλογο να επισημάνω ότι όλες οι προηγούμενες τεχνολογίες εξυπηρετούν άριστα χάρη στην υψηλή κατάρτιση και τη συνεχή μετεκπαίδευση ιατρών, νοσηλευτών και τεχνικού προσωπικού.

Τέλος, είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι επίσης άλλες ειδικές και σύγχρονες μορφές θεραπείας, όπως οι βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια (leadless pacemakers), περιλαμβάνονται στις συνήθεις θεραπείες των επιλογών μας.

Η σύγχρονη καρδιοχειρουργική του ΥΓΕΙΑ & του ΜΗΤΕΡΑ

Τα δύο θεραπευτήρια έχουν αναπτύξει την καρδιοχειρουργική ενηλίκων όσο ελάχιστα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Πράγματι, ένας σημαντικός αριθμός καρδιοχειρουργικών κλινικών εφαρμόζει από ετών καινοτόμες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, όπου ασφαλώς ως καθοριστική αναγνωρίζεται η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική και η καρδιοχειρουργική μικρών τομών.

Ιδιαίτερα στο ΜΗΤΕΡΑ, η εξαιρετική συνεργασία του έμπειρου και καινοτόμου προγράμματος παιδικής και νηπιακής καρδιολογίας εναρμονίζεται με το πολύ καλά οργανωμένο πρόγραμμα καρδιοχειρουργικής ασθενών μικρών ηλικιών. Επίσης, στο ΜΗΤΕΡΑ αναπτύσσεται ισόποσα η καρδιολογία ενηλίκων και η καρδιοχειρουργική ενηλίκων.

Χρειάζεται, τέλος, να επισημανθεί η σημασία των διεθνών συνεργασιών, ιδιαίτερα εστιάζοντας στην περίπτωση της καρδιοχειρουργικής του Ομίλου. Πράγματι, πολύ αναγνωρίσιμοι καρδιοχειρουργοί από το εξωτερικό συνεργάζονται με τον Όμιλο, συντελώντας με την εμπειρία τους στη θεραπεία ειδικών περιστατικών.

Το μέλλον της καρδιολογίας και της καρδιοχειρουργικής

Όπως εισαγωγικά αναφέρθηκε, οι εξελίξεις είναι ταχύτατες και οπωσδήποτε κύριο στρατηγικό μέλημα όλης της ιεραρχίας είναι η συνεχής αναβάθμιση των τεχνολογιών και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Είναι νομίζω γνωστό σε ολόκληρη τη χώρα, αλλά και ευρύτερα, ότι η μοίρα των νοσοκομείων του Ομίλου είναι η αριστεία. Αυτή τη μοίρα έχουμε ως απόλυτη προτεραιότητα σε κάθε άμεσο και μελλοντικό σχεδιασμό μας.

Παναγιώτης Βάρδας

Καθηγητής Καρδιολογίας, Υπεύθυνος – Συντονιστής
Τομέα Καρδιάς ΥΓΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑ





ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Η ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΡΓΕΙ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Η στένωση της αορτικής βαλβίδας, δηλαδή της βαλβίδας από την οποία προωθείται και εξέρχεται το αίμα από την καρδιά προς όλο το σώμα, είναι αρκετά συχνή σε ηλικιωμένους. Μετά τις ηλικίες των 70-75 ετών, 5-10% των ανθρώπων αναπτύσσει εκφυλιστική στένωση αυτής της βαλβίδας λόγω χρήσης και διαχρονικά είναι η πιο συχνή βαλβιδοπάθεια που απαιτεί χειρουργική αντικατάσταση.

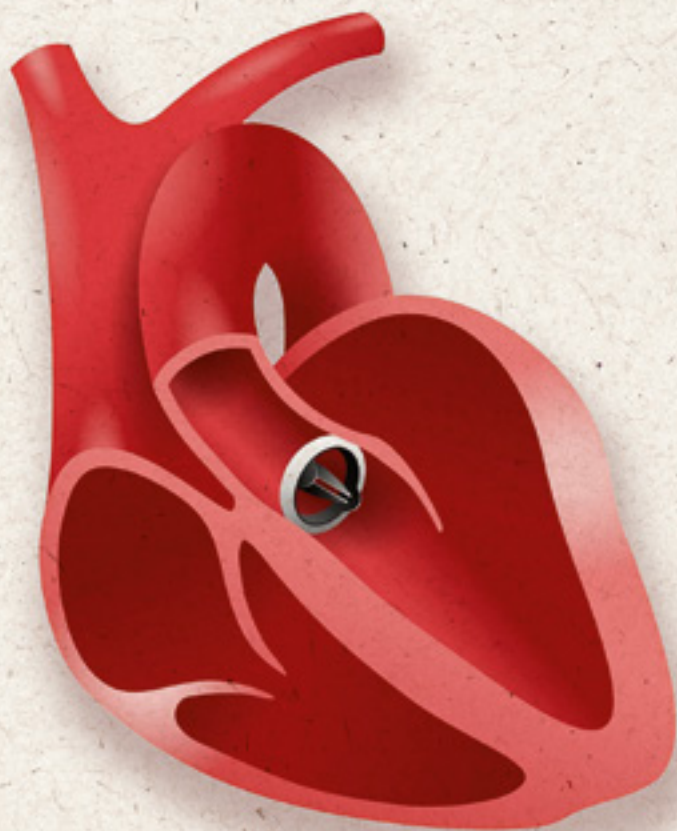
Το 2007 εφαρμόστηκε η νεωτεριστική και επαναστατική για την εποχή διαδερμική αντικατάστασή της. Με τη μέθοδο αυτή η βαλβίδα εμφυτεύεται με καθετήρα από την αρτηρία του μηρού, χωρίς τομές και γενική αναισθησία, όπως η γνωστή στεφανιογραφία. Η διαδερμική αντικατάσταση είναι εμφανώς απλούστερη για τον ασθενή με πολύ λιγότερο κίνδυνο και ταλαιπωρία σε σχέση με το κλασικό χειρουργείο και με άμεση επιστροφή στην καθημερινότητα.

Φέτος συμπληρώνονται 16 χρόνια από την εφαρμογή της μεθόδου παγκοσμίως και στην Ελλάδα. Επιπλέον των προφανών πλεονεκτημάτων, οι συνεχείς τεχνολογικές βελτιώσεις αλλά και τα πολύ καλά αποτελέσματα της μεθόδου έχουν οδηγήσει σε εντυπωσιακή εξάπλωσή της. Εδώ και χρόνια αποτελεί πλέον την κυρίαρχη θεραπεία της αορτικής στένωσης στις αναπτυγμένες χώρες. Φαίνεται ότι στην ιατρική κοινότητα η συζήτηση έχει μετατοπιστεί από το ποιος ασθενής θα πρέπει να επιλεγεί για διαδερμική αντικατάσταση όπως ήταν παλιά και το θέμα έχει γίνει ποιος θα επιλεγεί για την κλασική χειρουργική μέθοδο σήμερα.

Δεν είναι μόνο η πολύ απλούστερη και ακίνδυνη φύση της μεθόδου, με ταχεία επάνοδο και προφανή κοινωνικο-οικονομικά πλεονεκτήματα που οδήγησαν σε αυτή τη μεταστροφή, αλλά και τα μακροχρόνια αποτελέσματα της μεθόδου σε σχέση με το χειρουργείο. Ανακοινώθηκαν πρόσφατα πολύ ευνοϊκά μακροχρόνια συγκριτικά αποτελέσματα 5ετίας σε τυπικούς ασθενείς με αορτική στένωση, και όχι μόνο, σε υπερήλικες, ανεγχειρητους και υψηλού κινδύνου ασθενείς όπου είχε εφαρμοστεί και αποδειχτεί αρχικά η μέθοδος. Η διαδερμική μέθοδος ήταν εξίσου αποτελεσματική αν όχι ανώτερη του κλασικού χειρουργείου σε κάθε πεδίο σύγκρισης, γεγονός που εξηγεί την τάση να εφαρμόζεται καθολικά όταν είναι εφικτή.

Τα πλεονεκτήματα, όμως, δεν περιορίζονται μόνο στον ασθενή, που είναι βέβαια και το κύριο μέλημα όλων μας, αλλά επεκτείνονται και στην κοινωνία. Η ελάχιστη επεμβατική φύση της θεραπείας επιτρέπει την ελαχιστοποίηση της διάρκειας και της έντασης κι άρα, και του κόστους νοσηλείας με άμεση επιστροφή στην παραγωγική καθημερινότητα, ελαχιστοποιώντας την οικογενειακή και συλλογική επιβάρυνση. Η τάση παγκοσμίως είναι οι ασθενείς αυτοί να παραμένουν στο νοσοκομείο μόνο για δύο μέρες.

Ουσιαστικά όλες οι αρχικές επιμέρους ασάφειες ή ανησυχίες σχετικά με τη διαδερμική μέθοδο έχουν αποσαφηνιστεί. Έχει πλέον αποδειχτεί ότι σε σχέση με το χειρουργείο ο κίνδυνος αρρυθμιών, εγκεφαλικού επεισοδίου, αιμορραγικών, αγγειακών, νευρολογικών και νεφρολογικών επιπλοκών είναι χαμηλότερος με τη διαδερμική μέθοδο.



Και στη χώρα μας η εφαρμογή της επεκτείνεται ικανοποιητικά, υπολείπεται όμως κατά πολύ των χωρών της δυτικής, κεντρικής και πολλών της ανατολικής Ευρώπης, όπως και της Κύπρου. Από άποψη σχεδιασμού υπάρχουν δύο είδη διαδερμικών βαλβίδων αορτής σήμερα: αυτές που διατείνονται με μπαλόνι και αυτές που έχουν ιδιότητες ελάσματος και αυτοεκπύσσονται κι έτσι, αναλόγως των κλινικών και ανατομικών χαρακτηριστικών του κάθε ασθενή προκρίνεται η πιο κατάλληλη μέθοδος.

Η ταχεία ανάπτυξη και εξάπλωση διαδερμικών θεραπειών και για τις υπόλοιπες καρδιακές βαλβίδες είναι γεγονός. Πέραν των κλινις (clips) για την μιτροειδή και την τριγλώχινα βαλβίδα, υπάρχουν και χρησιμοποιούμε πλέον και διαδερμικές βαλβίδες για την πλήρη αντικατάσταση και αυτών των βαλβίδων. Η μακροχρόνια, όμως, εμπειρία της διαδερμικής αντικατάστασης της αορτικής βαλβίδας με εξαντλητικά λεπτομερείς και συνεχείς αξιολογήσεις είναι απαραίτητη κι έχει οδηγήσει σε τέτοιο βαθμό εμπιστοσύνης που μας κάνει να τη συστήνουμε στην πλειοψηφία των ασθενών.

Κανένας δεν θα ήθελε να υποβάλει τον ασθενή στην ταλαιπωρία να χειρουργηθεί για βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα όταν αυτό είναι εφικτό διαδερμικά με λιγότερες επιπλοκές και τουλάχιστον εφάμιλλα μακροχρόνια αποτελέσματα. Πόσο μάλλον όταν αυτό είναι και

Χωρίς αμφιβολία οι διαδερμικές θεραπείες για όλες τις παθήσεις των καρδιακών βαλβίδων θα συνεχίσουν να εξελίσσονται τεχνολογικά, απλοποιώντας ακόμη περισσότερο αυτά που ήδη χρησιμοποιούμε σήμερα.

επωφελές με κοινωνικά/οικονομικά κριτήρια.

Το σκηνικό για τους νεότερους ανθρώπους που θα αναπτύξουν μελλοντικά βαλβιδοπάθειες θα είναι τελείως διαφορετικό από αυτό που γνωρίζαμε έως σήμερα, όπως άλλωστε και για τις περισσότερες ανθρώπινες παθήσεις!

Facts:

- Η πρώτη διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας έγινε το 2002 από τον Γάλλο καρδιολόγο Alain Cribier και η βαλβίδα έγινε διαθέσιμη κλινικά το 2007.
- Η πρώτη διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας στην Ελλάδα έγινε από τον υπογράφοντα το 2007.
- Η πρώτη διαδερμική επέμβαση κλιν μιτροειδούς έγινε το 2004 από τον Γερμανό Καρδιολόγο E. Grube και το Mitraclip έγινε διαθέσιμο κλινικά το 2008.
- Η πρώτη διαδερμική επέμβαση κλιν μιτροειδούς στη Ελλάδα έγινε από τον υπογράφοντα το 2011.
- Το 2022 περίπου 1.200 ασθενείς θεραπεύτηκαν με διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας στην Ελλάδα.
- Το 2022 περίπου 140 ασθενείς θεραπεύτηκαν με κλιν μιτροειδούς ή τριγλώχινας στην Ελλάδα.



Κωνσταντίνος Σπάργιας
Επεμβατικός Καρδιολόγος
Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών
Βαλβίδων ΥΓΕΙΑ



ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ

Οι καρδιαγγειακές νόσοι, δηλαδή το έμφραγμα μυοκαρδίου και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Παρά τις προόδους στην αντιμετώπισή τους, η θνητότητα και η νοσηρότητα παραμένουν υψηλές. Έτσι, η πρόληψή τους είναι τεράστιας σημασίας και αποτελεί ίσως τον βασικότερο στόχο της Καρδιολογίας σήμερα. Ο διάσημος Άγγλος επιδημιολόγος Geoffrey Rose (1926-1993) είχε περιγράψει σχετικά με την πρόληψη δύο στρατηγικές: τη στρατηγική με

στόχο τα άτομα υψηλού κινδύνου και τη στρατηγική με στόχο ολόκληρο τον πληθυσμό μιας κοινωνίας.

Στρατηγική με στόχο τα άτομα υψηλού κινδύνου

Αυτή η στρατηγική είναι η συνηθισμένη τακτική στην καθημερινή ιατρική πρακτική. Από τον γενικό πληθυσμό εντοπίζουμε τα άτομα που υπολογίζουμε ότι έχουν υψηλή μελλοντική πιθανότητα να παρουσιάσουν ένα αγγειακό επεισόδιο. Καθώς ο κίνδυνος διαμορφώνεται από τη συνύπαρξη γνωστών και εύκολα μετρήσιμων παραγόντων κινδύνου (υψηλή χοληστε-

ρόλη, κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, διαβήτης, ηλικία), έχουν δημιουργηθεί μοντέλα υπολογισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου με τα οποία εύκολα κατατάσσουμε τα άτομα σε μικρό, μεσαίο ή υψηλό κίνδυνο.

Μάλιστα, σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας επιπλέον τρόπους για τον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως τη μέτρηση της Lp(a), τη μέτρηση του ασβεστίου στα στεφανιαία με ειδική αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό ή τον εντοπισμό πρώιμων βλαβών αθηρωμάτωσης στα αγγεία με υπερήχους. Στα άτομα μέτριου ή υψηλού κινδύνου δίνουμε συμβουλές για τροποποίηση των συνθηκών ζωής με έμφαση στη διακοπή του καπνίσματος, στην απώλεια βάρους και στην άσκηση και φροντίζουμε, τις περισσότερες φορές φαρμακευτικά, να μειώσουμε την πίεση και τη χοληστερόλη. Αυτή η στρατηγική πρόληψης έχει το πλεονέκτημα ότι επικεντρώνεται στο συγκεκριμένο ενδιαφερόμενο άτομο που έχει άλλωστε το κίνητρο να μειώσει την πιθανότητά του να νοσήσει στο μέλλον. Όμως, προκύπτει ένα πρόβλημα με τα άτομα χαμηλότερου κινδύνου (που «κινούνται κάτω από τα ραντάρ του εντοπισμού», καθώς μάλιστα δεν έχουν λόγο να απευθυνθούν στον ιατρό). Αυτά είναι πολλά σε μια κοινωνία και αν κι έχουν ατομικά μικρό κίνδυνο, τελικά συνεισφέρουν περισσότερο στα συνολικά καρδιακά επεισόδια μιας χώρας. Με άλλα λόγια, όπως είχε διατυπώσει ο Rose το 1985, «το φορτίο νόσου σε μια κοινωνία προέρχεται κυρίως από τους πολλούς που έχουν ανεπαίσθητο κίνδυνο παρά από τους λίγους με πολύ φανερό πρόβλημα». Και αυτό θέτει ένα όριο στην αποτελεσματικότητα της στρατηγικής πρόληψης που μόλις περιγράψαμε.

Στρατηγική με στόχο ολόκληρο τον πληθυσμό

Ακριβώς λόγω των παραπάνω διαπιστώσεων, η στρατηγική πρόληψης με στόχο τον γενικό πληθυσμό έχει τεράστια σημασία. Εδώ η φιλοσοφία είναι διαφορετική. Ο στόχος είναι η μεταβολή περιβαλλοντικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων που ευθύνονται για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, επιδιώκοντας τη μείωση των παραγόντων κινδύνου σε ολόκληρο τον πληθυσμό, χωρίς να απαιτείται ιατρική εξέταση των ατόμων και χωρίς χρήση φαρμάκων.

Οι κύριοι στόχοι είναι η μείωση του καπνίσματος, η διατήρηση ιδανικού σωματικού βάρους, η υγιεινότερη διατροφή και η καθημερινή άσκηση για όλους. Κάποιοι στόχοι θα επιτευχθούν με νομοθετικά μέτρα (απαγορεύσεις καπνίσματος παντού, μείωση ποσότητας άλατος στα συσκευασμένα τρόφιμα, διατίμηση για τα υγιεινά προϊόντα) και κάποιοι άλλοι με αλλαγή της νοοτροπίας σχετικά με το τι είναι trendy (στη σχολική καντίνα φρούτα παρά σνακ, μετακίνηση καθημερινή με τα πόδια ή με ποδήλατο παρά με αυτοκίνητο). Εάν ολόκληρος ο πληθυσμός χάσει λίγο βάρος, ασκηθεί λίγο περισσότερο και επιλέξει μεσο-

γειακή διατροφή, το όφελος σε μείωση αγγειακών επεισοδίων θα είναι τεράστιο.

Έχει υπολογισθεί ότι μια μείωση της πίεσης μόλις κατά 2-3 mmHg σε ολόκληρο τον πληθυσμό (που εύκολα επιτυγχάνεται με υγιεινότερο τρόπο ζωής) θα μείωνε κατά 17% την επίπτωση της υπέρτασης και θα μείωνε τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικών επεισοδίων περισσότερο από ό,τι θα τον μείωνε η φαρμακευτική αγωγή μόνο όσων έχουν υπέρταση.

Βέβαια, αυτή η στρατηγική δεν αποδίδει ορατό όφελος στο άτομο («παράδοξο της πρόληψης»), βασίζεται σε συνολική αλλαγή συμπεριφορών και απαιτεί κρατική χρηματοδότηση για να επιβληθεί ή διαφημιστεί.

Συνδυαστική πολιτική

Για τη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων είναι απαραίτητες και οι δύο προσεγγίσεις που αλληλοσυμπληρώνονται. Σε επίπεδο ατόμου, χρειάζονται εξατομικευμένες οδηγίες για τον τρόπο ζωής, αντιμετώπιση συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου, φαρμακευτική αγωγή και παρεμβάσεις με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες και τους κανόνες του προ-συμπτωματικού ελέγχου (check-up).

Παράλληλα, η πολιτική υγείας σε επίπεδο πληθυσμού πρέπει να στοχεύει στη δημιουργία μιας κοινωνίας χωρίς κάπνισμα, με νοοτροπία περισσότερης άσκησης, καλύτερης διατροφής χωρίς παχυσαρκία και χωρίς έκθεση σε ατμοσφαιρική ρύπανση. Με τον συνδυασμό των δύο στρατηγικών πρόληψης η μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων θα είναι σημαντική.



Αθανάσιος Γ. Πιπιλής
Καρδιολόγος
Διευθυντής Α' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Γεώργιος Τσάκωνας
Καρδιολόγος
Επιμελητής Α' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ



Τι είναι η αρτηριακή πίεση;

Είναι η πίεση (δύναμη) που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών.

Τι είναι η μέγιστη (μεγάλη) κι ελάχιστη (μικρή) πίεση;

Όταν η καρδιά συσπάται, αυξάνεται η πίεση μέχρι ένα μέγιστο σημείο που το λέμε «συστολική πίεση» (μεγάλη) και μειώνεται όταν χαλαρώνει μέχρι ένα ελάχιστο που το λέμε «διαστολική πίεση» (μικρή). Γενικότερα, η πίεση του αίματος θεωρείται ιδανική όταν η συστολική είναι 120 mmHg και η διαστολική 70mmHg.

Υπέρταση

Υπέρταση ονομάζεται η αυξημένη αρτηριακή πίεση του αίματος (συστολική ≥ 140 mmHg, διαστολική ≥ 85 mmHg). Πρόκειται για μια πάθηση που επηρεάζει κυρίως τους ενήλικες, αλλά ενίοτε και παιδιά. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, ένας στους τρεις ενήλικες πάσχει από αυξημένη αρτηριακή πίεση. Στην Ελλάδα η υπέρταση αφορά περίπου το 20% του πληθυσμού.

Πώς προκύπτει η υπέρταση;

Σε ποσοστό 90 με 95% η υπέρταση είναι ιδιοπαθής,

οφείλεται δηλαδή σε:

- κληρονομικούς παράγοντες,
- αυξημένο βάρος,
- καθιστική ζωή,
- υπερβολική πρόσληψη αλατιού,
- αυξημένο άγχος,
- αρτηριοσκλήρυνση.

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, η υπέρταση χαρακτηρίζεται ως δευτεροπαθής, οφείλεται δηλαδή σε κάποια άλλη πάθηση όπως:

- νεφρικές παθήσεις,
- στένωση των νεφρικών αρτηριών,
- υπνική άπνοια,
- δυσλειτουργίες του θυρεοειδούς,
- προεκλαμψία (στην εγκυμοσύνη).

Πώς εκδηλώνεται η υπέρταση;

Η υπέρταση έχει χαρακτηριστεί και ως «ύπουλη νόσος» γιατί συνήθως δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα.

Διάγνωση υπέρτασης

Η ιατρική επίσκεψη περιλαμβάνει κλινική εξέταση και

καταγραφή του ιστορικού, καθώς και τη διερεύνηση άλλων παθήσεων που προκύπτουν μέσω εργαστηριακού ελέγχου.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει μέτρηση των ηλεκτρολυτών και έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας, εξετάσεις αίματος και ούρων και απεικονιστικές εξετάσεις, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν πρόκειται για πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή υπέρταση. Συνήθως η διάγνωση γίνεται μέσω μετρήσεων, με τον ασθενή σε καθιστή θέση.

Ως υπερτασικός ορίζεται κάποιος όταν η συστολική πίεση είναι πάνω από 140mmHg και η διαστολική είναι από 85mmHg και πάνω.

Πιθανές επιπλοκές από υπέρταση

Η υπέρταση εάν δεν ρυθμιστεί, αυξάνεται ο κίνδυνος για:

- στεφανιαία νόσο,
- έμφραγμα του μυοκαρδίου,
- καρδιακή ανεπάρκεια.

Επιπλέον, υπερδιπλασιάζει τον κίνδυνο για:

- εγκεφαλικά επεισόδια,
- ανεύρυσμα αορτής,
- χρόνια νεφρική ανεπάρκεια,
- βλάβες στον αμφιβληστροειδή,
- άνοια.

Θεραπεία υπέρτασης

Δεν υπάρχει θεραπεία που να απαλλάσσει τον ασθενή οριστικά από την υπέρταση. Θα πρέπει να μάθει να ζει με αυτήν και να ακολουθεί τις οδηγίες του ιατρού. Εφόσον ο ιατρός το κρίνει σκόπιμο, θα συστήσει φαρμακευτική αγωγή.

Λιγότεροι από τους μισούς υπερτασικούς ακολουθούν σωστή θεραπεία, ενώ πολλοί από αυτούς που κατά καιρούς παίρνουν φάρμακα δεν τα έχουν ανάγκη. Η σύγχυση οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην παραπληροφόρηση. Η επιλογή της αγωγής ποικίλλει και γίνεται με γνώμονα την ηλικία, τα σύννοδα νοσήματα και τη βαρύτητα της πάθησης. Σε ελαφριά υπέρταση δεν δίδεται θεραπεία, αλλά συνιστάται η αλλαγή τρόπου ζωής και διατροφικών συνηθειών.

Πρόληψη υπέρτασης

Η αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να μειώσει την υψηλή αρτηριακή πίεση όσο ένα φάρμακο. Ο κίνδυνος να εμφανιστεί υπέρταση μειώνεται με:

- Ισορροπημένη διατροφή,
- Φυσιολογικό σωματικό βάρος,
- Άσκηση δύο-τρεις φορές την εβδομάδα,
- Μείωση πρόσληψης αλατιού,
- Διακοπή καπνίσματος,
- Αποφυγή αλκοόλ,
- Περιορισμό κατανάλωσης τσαγιού και καφέ,
- Αποβολή άγχους.

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

Πότε πρέπει να πάρω φάρμακα;

Η απόφαση θα βασιστεί στο ύψος της αρτηριακής πίεσης, σε τυχόν αλλοιώσεις στον οργανισμό από την υπέρταση και σε άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Θα αισθανθώ καλύτερα παίρνοντας φάρμακα;

Συνήθως ναι. Η θεραπεία στοχεύει στην προστασία από τις επιπλοκές της υπέρτασης και όχι σε υποκειμενική βελτίωση.

Τα διουρητικά βλάπτουν τα νεφρά;

Όχι, αλλά προστατεύουν τα νεφρά από τις συνέπειες της υπέρτασης.

Είναι κακό που ορισμένα φάρμακα μειώνουν τους σφυγμούς;

Αντίθετα, είναι επιθυμητό γιατί έτσι προστατεύεται η καρδιά. Η βραδυκαρδία που προκαλούν ορισμένα φάρμακα είναι μέρος της θεραπευτικής τους δράσης.

Θα μπορώ να σταματήσω τη θεραπεία;

Αφού δεν υπάρχει οριστική ίαση, ο δια βίου διαρκής έλεγχος της υπέρτασης δεν πρέπει να σταματήσει.

Πρέπει να διακόπτω πού και πού τη λήψη των φαρμάκων για να ξεκουράζεται ο οργανισμός;

Όχι, η ανεπαρκής θεραπεία μειώνει το πλεονέκτημα της προστασίας.

Τι θα συμβεί εάν κάποια φορά ξεχάσω το φάρμακο;

Τίποτα σοβαρό. Καλό είναι να μη συμβαίνει.

Γιατί ο ιατρός μου αλλάζει θεραπεία;

Για να επιτευχθεί το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα.



Στυλιανός Κωνσταντινίδης
Καρδιολόγος
Διευθυντής Β' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ



Η συσσώρευση κλινικών δεδομένων που δημοσιεύονται στα έγκριτα καρδιολογικά περιοδικά και οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις έχουν δημιουργήσει νέες προοπτικές στην καρδιαγγειακή ιατρική για τη διάγνωση και τη θεραπεία διαφόρων καρδιακών παθήσεων. Την τελευταία δεκαετία το πρόσωπο της σύγχρονης καρδιολογίας έχει πλέον αλλάξει.

Η σταθερή στεφανιαία νόσος αντιμετωπίζεται περισσότερο με φάρμακα παρά με επεμβάσεις

Μέχρι προσφάτως, η σταθερή στεφανιαία νόσος, δηλαδή η στένωση ή απόφραξη στεφανιαίων αρτηριών σε άτομα με στηθάγχη ή θετικές δοκιμασί-

ες για μειωμένη παροχή αίματος στο μυοκάρδιο, αντιμετωπιζόταν με διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις, κοινώς γνωστές ως αγγειοπλαστικές ή με καρδιοχειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (bypass). Τεράστιες όμως κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό δεν είναι απαραίτητο. Η διαθεσιμότητα νέων φαρμάκων έχει επιτρέψει την αντιμετώπιση των σταθερών αυτών ασθενών χωρίς επέμβαση και τον αναπόφευκτο κίνδυνο επιπλοκών. Εξαιρέσεις αποτελούν η πολύ εκτεταμένη νόσος με έκπτωση της λειτουργικότητας του μυοκαρδίου και η ανθεκτική στα φάρμακα στηθάγχη. Πολλές επεμβάσεις πλέον πραγματοποιούνται χωρίς πραγματική ένδειξη.

Το οξύ έμφραγμα και η ασταθής στηθάγχη αντιμετωπίζονται με επεμβάσεις παρά συντηρητικά

Εξαίρεση στον παραπάνω κανόνα αποτελεί το οξύ ή επαπειλούμενο (ασταθής στηθάγχη) έμφραγμα. Στις περιπτώσεις αυτές, η επείγουσα αγγειοπλαστική σώζει ζωές. Σε όλα τα αναπτυγμένα κράτη υπάρχουν μονάδες οξείας αντιμετώπισης εμφραγμάτων με άμεση αγγειοπλαστική.

Η ανθεκτική αρτηριακή υπέρταση αντιμετωπίζεται επεμβατικά

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί στην πλειοψηφία της ασυμπτωματική πάθηση και ταυτόχρονα τον πιο κοινό τροποποιησιμο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Υπολογίζεται ότι 70% των ατόμων άνω των 60 ετών είναι υπερτασικοί (πίεση μεγαλύτερη του 140/90 mm Hg κατά την Ευρωπαϊκή και 130/80 mm Hg κατά τις Αμερικανικές Καρδιολογικές Εταιρείες). Η πάθηση αυτή συνιστά κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω της συσχέτισής της με στεφανιαία νόσο, οξύ έμφραγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια και επικίνδυνες αρρυθμίες όπως η κολπική μαρμαρυγή. Μέχρι πρότινος, οι τρέχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης βασίζονταν κυρίως σε αλλαγές του τρόπου ζωής και στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, σε 20% των υπερτασικών ασθενών η υπέρταση δεν μπορεί να ελεγχθεί παρά τη λήψη έως και 4 αντιυπερτασικών φαρμάκων. Προσφάτως, έχει αναδειχθεί η επεμβατική θεραπεία υπερτάσεως με την απονεύρωση νεφρικών αρτηριών ως μια αποτελεσματική επιλογή στην προσπάθεια διαχείρισης της νόσου. Η επέμβαση είναι τεχνικά απλή και οι αναφερόμενες επιπλοκές εξαιρετικά περιορισμένες. Δοκιμάζεται δε και σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας και αρρυθμιών.

Οι αρρυθμίες αντιμετωπίζονται με διακαθετηριακές επεμβάσεις και συσκευές παρά με φάρμακα

Τα περισσότερα αντιαρρυθμικά φάρμακα είναι προαρρυθμικά, δηλαδή μπορούν να προκαλέσουν αρρυθμίες πιο επικίνδυνες από αυτές που επιχειρούν να θεραπεύσουν. Παρέχονται πλέον τεχνικές για τη ριζική θεραπεία πολλών αρρυθμιών με τη μέθοδο ablation (καυτηριασμού κατά κάποιο τρόπο των αρρυθμογόνων εστιών), ενώ η εξέλιξη συσκευών βηματοδότησης και απινίδωσης επιτρέπει την εκτεταμένη χρήση τους με πολύ καλά κλινικά αποτελέσματα.

Οι περισσότερες υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες θεραπεύονται πλήρως σήμερα με ablation σε ποσοστό άνω του 98%. Τα φάρμακα εξάλλου δεν είναι αποτελεσματικά.

Η παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, επίσης, περιορίζεται με ablation και η εξέλιξή της σε χρόνια ανακόπτεται. Υπάρχουν δε ενδείξεις ότι η επιτυχής επέμβαση ενδεχομένως να περιορίζει μακροπρόθεσμα τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου που σχετίζεται με την επικίνδυνη αυτή αρρυθμία. Οι κοιλιακές αρρυθμίες αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου των καρδιοπαθών. Η διαθεσιμότητα εξελιγμένων συσκευών απινίδωσης και αποκατάστασης του φυσιολογικού ρυθμού σώζει ζωές.

Οι βηματοδότες, σε περιπτώσεις βραδυκαρδίας, μπορούν πλέον να τοποθετηθούν και διαδερμικά χωρίς την ανάγκη τομής στο δέρμα και καλωδίων στην καρδιά.

Δομικές καρδιοπάθειες αντιμετωπίζονται με διακαθετηριακές επεμβάσεις χωρίς χειρουργείο

Οι τεχνικές διακαθετηριασμού έχουν φέρει επανάσταση στη θεραπεία των δομικών καρδιακών παθήσεων, προσφέροντας λιγότερο επεμβατικές εναλλακτικές λύσεις σε χειρουργικές επεμβάσεις ανοιχτής καρδιάς.

Πολλές περιπτώσεις **ωοειδούς τρήματος και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας** μπορούν πλέον να αντιμετωπισθούν χωρίς καρδιοχειρουργική επέμβαση από τον επεμβατικό καρδιολόγο που έχει στη διάθεσή του ειδικές συσκευές συγκλίσεως. Η επέμβαση απαιτεί μόνο μία ημέρα νοσηλείας.

Το TAVR είναι μια μη χειρουργική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας σε ασθενείς με σοβαρή αορτική στένωση που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για χειρουργική επέμβαση.

Δημοσθένης Γ. Κατρίτης
Καρδιολόγος
Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Η **στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας**, η οποία συνήθως διαγιγνώσκεται σε άτομα με ιστορικό προηγούμενου ρευματικού πυρετού, δεν αντιμετωπίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις με χειρουργική επέμβαση. Υφίσταται η δυνατότητα διανοίξεως με μπαλόνι με την καθιερωμένη τεχνική. Ινoue και η μέθοδος συνιστάται ως θεραπεία επιλογής τόσο από την Ευρωπαϊκή όσο και από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία.

Διάφορες συσκευές επιτρέπουν τη διαδερμική αποκατάσταση της μιτροειδούς ή και τριγλώχινης βαλβίδας σε ασθενείς με **σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς ή τριγλώχινης** που δεν είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση.

Ακόμη και αντικαταστάσεις μιτροειδούς και τριγλώχινης βαλβίδας είναι πλέον δυνατές με διακαθετηριακές μεθόδους, αποφεύγοντας την καρδιοχειρουργική επέμβαση.

Η γενετική καρδιολογία ανιχνεύει κληρονομικές καρδιακές παθήσεις

Τα κληρονομούμενα γονίδια καθορίζουν τόσο την ανάπτυξη όσο και τη λειτουργία κάθε οργανισμού. Συνεπώς, τυχόν παθολογικές μεταλλάξεις των γονιδίων αυτών συμβάλλουν στην παροχή λανθασμένων οδηγιών στο σώμα, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση κάποιας γενετικής πάθησης. Πλήθος καρδιακών νοσημάτων εκδηλώνεται ως απόρροια κληρονομούμενων γονιδίων, γεγονός που καθιστά τον γενετικό έλεγχο υψίστης σημασίας. Ο έλεγχος των αρρυθμιών μέσω της διερεύνησης του ενδεχομένου ύπαρξης ενός υποκείμενου παθολογικού γενετικού αιτίου μπορεί να διευκολύνει σημαντικά την εγκαθίδρυση ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδίου, αλλά και την αποτροπή του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Επίσης, μπορεί να προειδοποιήσει τα παιδιά των ασθενών για τυχόν υφιστάμενο κίνδυνο. Ο γενετικός έλεγχος πραγματοποιείται σε ειδικά εργαστήρια σε δείγμα αίματος του ασθενούς.



**Μπαρμπα
Στάθης**

Μας κάνει καλό

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ**



**Μπαρμπα
Στάθης**

φρεσκάδα

ποιότητα

φροντίδα

ευκολία

βιταμίνες

νοστιμιά

ευεξία

ΥΨΗΛΗ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΣΕ ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ
& ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ Α & C
ΠΗΓΗ ΣΙΔΗΡΟΥ

100%

**ΑΝΑΚΥΚΛΩΣΙΜΗ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ**

17%

**ΛΙΓΟΤΕΡΟ
ΠΛΑΣΤΙΚΟ**



ΚΟΙΤΑ ΤΙ ΧΩΡΑΕΙ

ΣΕ ΕΝΑ ΣΑΚΟΥΛΑΚΙ

ΦΡΕΣΚΙΑΣ ΣΑΛΑΤΑΣ

ΜΠΑΡΜΠΑ ΣΤΑΘΗΣ

Χωρούν όλα αυτά που κάνουν τις σαλάτες μας να ξεχωρίζουν! Φρεσκάδα, άριστη ποιότητα, αγάπη και φροντίδα για τα λαχανικά μας! Οι φρέσκες σαλάτες Μπαρμπα Στάθης είναι πάντα τριπλοπλημένες, ομοιόμορφα κομμένες και διατηρούν όλες τις βιταμίνες και τη θρεπτική τους αξία.

Κυκλοφορούν σε νέα διάφανη συσκευασία και σε 10 απολαυστικούς συνδυασμούς, που μπορείς κάθε στιγμή να απολαύσεις ως γεύμα ή συνοδευτικό.



**3
φορές**
**ΠΛΥΜΕΝΑ &
ΚΑΘΑΡΙΣΜΕΝΑ**

100%

**ΑΝΑΚΥΚΛΩΣΙΜΗ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ**



ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΘΕΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΕΠΙΤΥΧΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ



Η σημαντική πρόοδος που έχει συντελεστεί στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, που αποτελούν την κυριότερη αιτία θνητότητας, πιστοποιείται από τη μείωση του κατ' έτος αριθμού θανάτων καρδιαγγειακής αιτιολογίας ανά 100.000 πληθυσμού από 450 το 1970 σε 100 το 2010.

Το επίτευγμα αυτό οφείλεται εν πολλοίς στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, απότοκο των εξελίξεων στη διαγνωστική προσέλαση, φαρμακολογία, καρδιοχειρουργική και στην επεμβατική καρδιολογία και των ερευνητικών προσπαθειών που οδήγησαν στην κατανόηση των μηχανισμών νοσηρότητας και τη στοχευμένη αντιμετώπισή τους. Η στεφανιαία νόσος, συνέπεια των αθηρωματικών, (αποφρακτικών) αλλοιώσεων των αρτηριών που αιματώνουν την καρδιά, είναι η συνηθέστερη αιτία καρδιακής νοσηρότητας και θνητότητας. Η σοβαρότερη εκδήλωσή της, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, προκύ-

πτει όταν μετά από ρήξη ή διάβρωση αθηρωματικής πλάκας και το σχηματισμό αποφρακτικού θρόμβου, η περιοχή του μυοκαρδίου, που αρδεύεται από το αποφραχθέν αγγείο, ισχαιμεί και υφίσταται μη αναστρέψιμη βλάβη.

Η προσέγγιση στο έμφραγμα διήλθε από διάφορα στάδια.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1960, η μακρά παραμονή στο νοσοκομείο και η περιστολή των δραστηριοτήτων συνιστούσαν την περιορισμένων δυνατοτήτων στρατηγική.

Η δημιουργία των στεφανιαίων μονάδων, με τη συνεχή παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού και την αυξημένη προσοχή στην αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς, χαρακτηρίζει την επόμενη περίοδο και συμβάλλει σε αισθητή μείωση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας από σχεδόν 30% σε περίπου 15%, κυρίως με την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση κατα-

στροφικών αρρυθμιών, αλλά και τη βέλτιστη, για την εποχή, αντιμετώπιση των αιμοδυναμικών συνεπειών του εμφράγματος.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 με τη χρήση των θρομβολυτικών φαρμάκων, που επιτυγχάνουν τη λύση (διάλυση) του αποφρακτικού θρόμβου και την αποκατάσταση της ροής στην υπεύθυνη για το έμφραγμα αρτηρία, ξεκινάει η περίοδος της επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου.

Η στρεπτοκινάση είναι το πρώτο θρομβολυτικό φάρμακο που θα δοκιμασθεί σε δεκάδες χιλιάδες ασθενείς μεταξύ 1985 και 1990. Θα ακολουθήσει σειρά νέων θρομβολυτικών (ινωδολυτικών) φαρμάκων όπως το t-PA, η ρετεπλάση και η τενεκτεπλάση, που θα αποδειχθούν αποτελεσματικότερα της στρεπτοκινάσης.

Συνοπτικά, με τα θρομβολυτικά η αποκατάσταση της φυσιολογικής ροής (ροή TIMI III) κυμαίνεται περί το 55% και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα μειώνεται στο 9%. Παρατηρείται, όμως, ενδοεγκεφαλική αιμορραγία στο 1% των ασθενών.

Η έλευση της αγγειοπλαστικής το 1978 οδήγησε νομοτελειακά, αν και όχι χωρίς σκεπτικισμό, στην προσπάθεια διανοίξεως του υπευθύνου για το έμφραγμα αγγείου στο αιμοδυναμικό εργαστήριο (πρωτογενής αγγειοπλαστική).

Η αναπόφευκτη σύγκριση της αγγειοπλαστικής με τη θρομβόλυση κατέδειξε τη σαφή υπεροχή της αγγειοπλαστικής στη μείωση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας (από 9,5% σε 7%), της υποτροπιάζουσας ισχαιμίας και του επανεμφράγματος. Τεκμηριώθηκε, επίσης, η καταλυτική επίδραση του εγκαίρου της παρεμβάσεως στην αίσια έκβαση. Αν η παρέμβαση πραγματοποιηθεί στις πρώτες τρεις ώρες, το όφελος μεγιστοποιείται και φυσικά, όσο νωρίτερα τόσο καλύτερα. Κατέστη παράλληλα σαφές πως οι φαρμακοεκλύουσες ενδοστεφανιαίες προθέσεις (drug eluting stents) προσφέρουν το βέλτιστο αποτέλεσμα. Τα συστήματα υγείας οργανώθηκαν, ώστε η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του εμφράγματος να οδηγεί στην ταχεία και ασφαλή μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομείο με δυνατότητα προσφυγής σε πρωτογενή αγγειοπλαστική και την χωρίς χρονοτριβή προώθησή του στο αιμοδυναμικό εργαστήριο.

Ο χρόνος από την άφιξη στο νοσοκομείο έως τη διάνοιξη του αγγείου (door to balloon time) αποτέλεσε κριτήριο οργανωτικής επάρκειας και αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και η σύντμηση του συνοδεύεται από σημαντική επίδραση στην ενδονοσοκομειακή θνητότητα.

Ενδεικτικά, από στοιχεία του εθνικού συστήματος καταγραφής εμφραγμάτων (NRM) των ΗΠΑ προκύπτει

πως η μείωση του χρόνου από 120 σε 90 λεπτά μεταξύ 1994 και 2006 είχε σημαντική συμβολή στη μείωση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας από 9 σε περίπου 3%.

Η διάσωση του μυοκαρδιακού ιστού αποτελεί τον βασικό στόχο των επεμβάσεων επαναιματώσεως. Ενώ η διάνοιξη του αποφραχθέντος αγγείου και η αποκατάσταση της ροής είναι εφικτή σε ποσοστό που υπερβαίνει το 90%, η επιθυμητή ιστική μυοκαρδιακή άρδευση επιτυγχάνεται σε ποσοστό περί το 65% λόγω μικροαγγειακής αποφράξεως από εμβολή θρομβωτικού υλικού και συνοδού φλεγμονής που εμποδίζει την αποκατάσταση της μικροκυκλοφορίας. Η υστέρηση αυτή, με την επακόλουθη ανεπαρκή ανάνηψη του μυοκαρδίου, έχει σημαντικές συνέπειες στη μελλοντική νοσηρότητα (κυρίως καρδιακή ανεπάρκεια) και θνητότητα.

Τέλος, η πλέον σοβαρή επιπλοκή του οξέος εμφράγματος, το καρδιογενές shock εξακολουθεί να εμφανίζει ενδονοσοκομειακή θνητότητα περί το 40-45%.

Σε εξέλιξη βρίσκονται πολλές έρευνες για τον περιορισμό της μυοκαρδιακής βλάβης. Κατά την οξεία φάση οι προσπάθειες εστιάζονται στην καρδιοπροστασία με μηχανικά ή φαρμακολογικά μέσα και στην αποκατάσταση της ακεραιότητας της μικροκυκλοφορίας. Στην μετεμφραγματική περίοδο δοκιμάζονται κυτταρικές θεραπείες με σκοπό την αναγέννηση του μυοκαρδίου.

Η ταχεία επαναιμάτωση του μυοκαρδίου με πρωτογενή αγγειοπλαστική σώζει ζωές. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στην έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του εμφράγματος και η ετοιμότητα των συστημάτων υγείας εξασφαλίζουν το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Καινοτόμες, υπό μελέτη και αξιολόγηση ακόμη, θεραπείες αναμένεται να συμβάλουν στην περαιτέρω μείωση των συνεπειών του εμφράγματος. Το μέλλον είναι ευοίωνο.



Αλέξιος Π. Δήμας
Καρδιολόγος
Διευθυντής Δ' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΛΥΣΗΣ



Η κολλική μαρμαρυγή, που εκδηλώνεται με ακανόνιστο καρδιακό παλμό, είναι η πιο συχνή μορφή αρρυθμίας που οδηγεί σε αναζήτηση ιατρικής συμβουλής και συνιστά ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω της υψηλής της νοσηρότητας και θνητότητας. Αυτή οφείλεται κυρίως στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια που

προκαλεί, αλλά και στην επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας που μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα στάδια καρδιακής ανεπάρκειας. Επίσης, συχνά η κολλική μαρμαρυγή υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής λόγω των έντονων συμπτωμάτων που προκαλούν οι μεγάλες διακυμάνσεις της καρδιακής συχνότητας.

Συνεπώς αποκτά τεράστια σημασία:

- η σωστή χρήση των αντιπηκτικών φαρμάκων για την πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων που έχει απλοποιηθεί μετά την εισαγωγή των νεότερων σκευασμάτων.
- η προσπάθεια διατήρησης του φλεβοκομβικού ρυθμού (δηλαδή του κανονικού ρυθμού) και η αποφυγή της κολπικής μαρμαρυγής, με αντιαρρυθμικά φάρμακα ή με τις επεμβάσεις κατάλυσης.

Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα, μολονότι βοηθούν συγκεκριμένους ασθενείς, έχουν μειωμένη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα, δεν αποτελούν ριζική θεραπεία και ενδεχομένως να έχουν σοβαρές παρενέργειες. Αντίθετα, οι επεμβάσεις κατάλυσης (ablation) σε ποσοστό μέχρι 80% επιτυγχάνουν την απομόνωση των βραχυκυκλωμάτων που πυροδοτούν και συντηρούν τις κρίσεις της αρρυθμίας. Με τον τρόπο αυτό, ο ασθενής μπορεί να απαλλαγεί από τα αντιαρρυθμικά φάρμακα. Μεγάλη σημασία για την επιτυχία της επέμβασης έχει, πρώτα απ' όλα, η επιλογή των κατάλληλων ασθενών.

Η αποτελεσματικότητα της κατάλυσης αυξάνεται σε:

1. παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, όταν δηλαδή εμφανίζεται κατά κρίσεις, μεταξύ των οποίων μεσολαβεί κανονικός ρυθμός.
2. δομικά φυσιολογική καρδιά.
3. νεότερες ηλικίες.

Ωστόσο, τα βιβλιογραφικά δεδομένα της τελευταίας διετίας συνηγορούν ότι ακόμα και στην επιμένουσα και τη χρόνια κολπική μαρμαρυγή, παρά τη σχετικά μειωμένη αποτελεσματικότητα της κατάλυσης, αυτή υπερτερεί της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς παρεμβαίνει σε πολλαπλούς μηχανισμούς παραγωγής και συντήρησης της αρρυθμίας. Για το λόγο αυτό, οι διεθνείς καρδιολογικές εταιρείες συνιστούν την κατάλυση ως θεραπεία πρώτης γραμμής (ακόμα και πριν δοκιμαστούν τα φάρμακα) και μάλιστα σε πρώιμο στάδιο, πριν εμφανιστούν οι μακροχρόνιες συνέπειες της κολπικής μαρμαρυγής στην καρδιά, δεδομένου ότι με την εξέλιξη της τεχνολογίας και τη σημαντική αποκτηθείσα εμπειρία αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο με ελάχιστες σοβαρές επιπλοκές.

Οι τεχνικές κατάλυσης που βρίσκονται σε ευρεία εφαρμογή σήμερα είναι τρεις:

1. Η θερμοκατάλυση με καθετήρα υψίσυχνου ρεύματος (radiofrequency ablation) αποτελεί την κλασική μέθοδο που βελτιώνεται συνεχώς με τη χρήση καθετήρων νέας τεχνολογίας.
2. Η κρυοκατάλυση με μπαλόνι (cryoballoon ablation) έχει ευρεία εφαρμογή την τελευταία

δεκαετία, καθώς ενώ δεν υστερεί σε αποτελεσματικότητα από την προηγούμενη μέθοδο, είναι απλούστερη, διαρκεί λιγότερο και παρουσιάζει μικρότερη πιθανότητα επιπλοκών.

3. Η κατάλυση με ενέργεια παλμικού πεδίου (pulsed field ablation, PFA). Με την τεχνική αυτή χορηγούνται βραχείας διάρκειας ηλεκτρικοί παλμοί που η δράση τους περιορίζεται εκλεκτικά στα κύτταρα της καρδιάς που ευθύνονται για την κολπική μαρμαρυγή, χωρίς όμως να προσβάλλονται οι παρακείμενοι ιστοί, εξαλείφοντας ουσιαστικά τον κίνδυνο επιπλοκών από τον οισοφάγο (καρδιοοισοφαγικό συρίγγιο), τις πνευμονικές φλέβες (στένωση) και το φρενικό νεύρο (πάρεση).

Κατά τη διάρκεια ενός έτους εφαρμογής της νέας μεθόδου στο ΥΓΕΙΑ έχουν πραγματοποιηθεί με επιτυχία 80 επεμβάσεις, χωρίς ουσιώδεις επιπλοκές. Σε αυτό συμβάλλουν η χρήση υπερήχων για την παρακέντηση της μηριαίας φλέβας, η διεγχειρητική χρήση του οισοφάγου υπερηχογραφήματος και η γενική αναισθησία που καθιστά άριστα ανεκτή την επέμβαση από τον ασθενή, με μέση διάρκεια 1,5 ώρα. Η παραμονή στο νοσοκομείο για παρακολούθηση είναι ένα βράδυ και η επιστροφή σε κανονικές δραστηριότητες γίνεται σε 3-4 ημέρες.

Τελικά, η επιλογή της μεθόδου κατάλυσης εξατομικεύεται και είναι συνάρτηση της εμπειρίας του Καρδιολόγου - Ηλεκτροφυσιολόγου και των επιμέρους χαρακτηριστικών της αρρυθμίας σε κάθε συγκεκριμένο ασθενή.

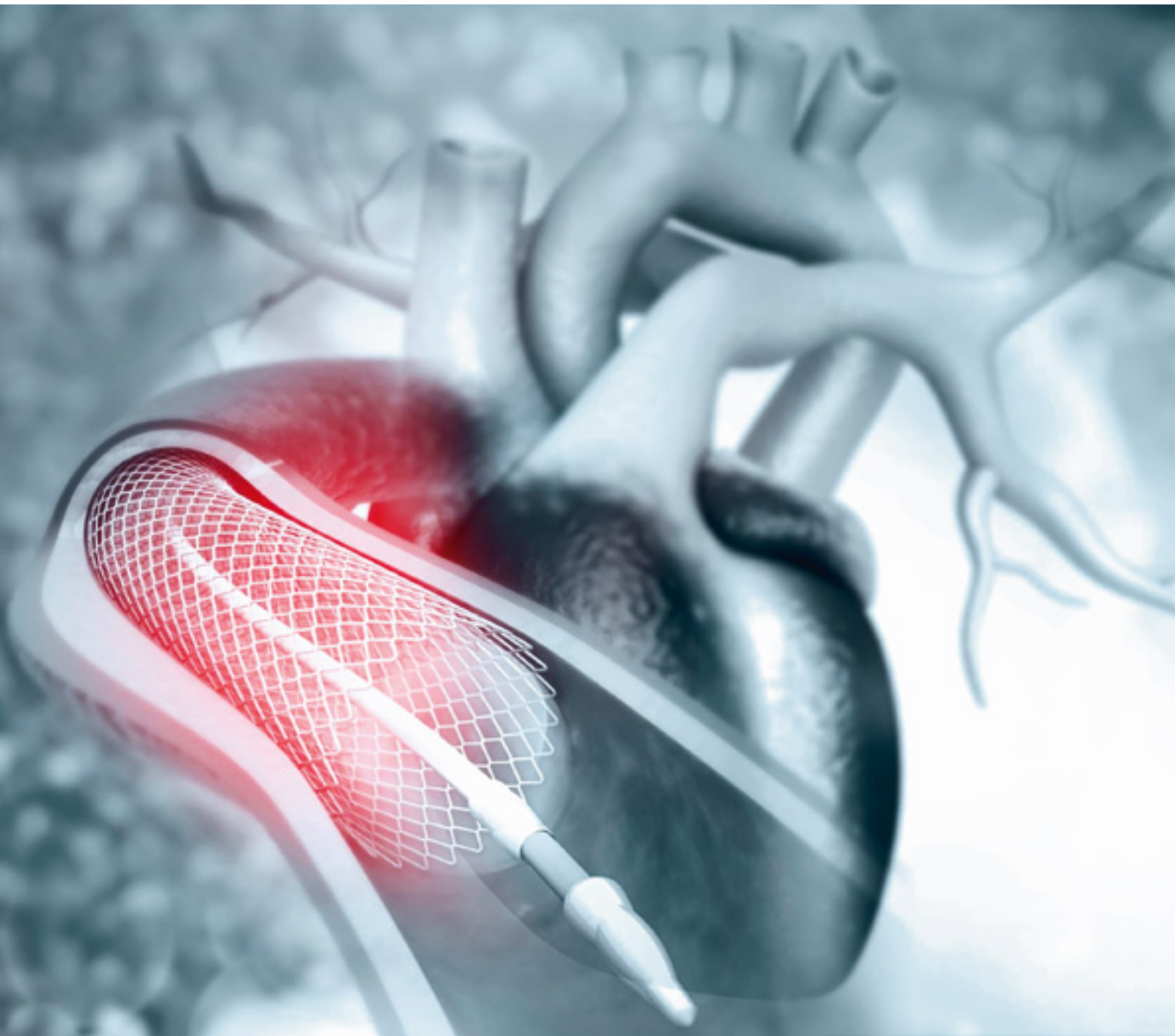
Η νέα εξελιγμένη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής με τη χρήση ενέργειας παλμικού πεδίου (Pulsed Field Ablation, PFA) είναι μια τεχνική που προσδίδει νέες δυνατότητες και προοπτικές.



Θεόδωρος Αποστολόπουλος
Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος
Διευθυντής Ε' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ

(VT ABLATION)



Κοιλιακή ταχυκαρδία ονομάζεται μια ταχυκαρδία που προέρχεται από τη δεξιά ή την αριστερή κοιλία, από τις κατώτερες δηλαδή κοιλότητες της καρδιάς που είναι υπεύθυνες για την εξώθηση του αίματος προς το υπόλοιπο σώμα. Η επέμβαση κατάλυσης κοιλιακής ταχυκαρδίας είναι μια σύνθετη επεμβατική πράξη και πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα κέντρα πάντοτε με τη συνεργασία κλινικών καρδιολόγων, αρρυθμιολόγων, ηλεκτροφυσιολόγων και αναισθησιολόγων.

Οι καθετήρες που χρησιμοποιούμε για την κατάλυση προωθούνται στην καρδιά (δεξιά, αριστερή κοιλία), χρησιμοποιώντας το φλεβικό ή το αρτηριακό δίκτυο. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι προσπέλασης στην αριστερή κοιλία: διακοιλιακή (transeptal approach), μέσω του αρτηριακού δικτύου (retrograde) ή η επικαρδιακή προσπέλαση (epicardial VT ablation).

Η κατάλυση της κοιλιακής ταχυκαρδίας (VT ablation) χρησιμοποιεί θερμική ενέργεια, κρυοπηξία (Cryoablation) ή ρεύμα ραδιοσυχνότητας (RF ablation), με σκοπό να ταυτοποιήσει και να εξαλείψει κυκλώματα επανεισόδου στο κοιλιακό μυοκάρδιο υπεύθυνα για κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες.

Η κοιλιακή ταχυκαρδία (Ventricular Tachycardia) και η κοιλιακή μαρμαρυγή (Ventricular Fibrillation) αποτελούν κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες και μπορούν να οδηγήσουν σε αιφνίδιο καρδιακό θάνατο (sudden cardiac death). Με την κατάλυση της κοιλιακής ταχυκαρδίας μπορούμε να περιορίσουμε, αν όχι να εξαλείψουμε, τα επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας και να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής των ασθενών και το προσδόκιμο επιβίωσής τους.

Η κατάλυση της κοιλιακής ταχυκαρδίας συμβάλλει, επίσης, στη μείω-

ση των πρόσφορων εκφορτίσεων του απινιδιστή, κάτι πολύ σημαντικό για την ποιότητα ζωής του ασθενούς, αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσής του.

Στις μέρες μας λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων υπάρχει η δυνατότητα κατάλυσης κοιλιακής ταχυκαρδίας, χρησιμοποιώντας σύγχρονα συστήματα τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης (Carto, Rhythmia, Ensite X mapping systems) σε συνδυασμό με σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές (CT, MRI), βελτιώνοντας έτσι το θεραπευτικό μας αποτέλεσμα με την επιλογή του σημείου κατάλυσης είτε ενδοκαρδιακά είτε επικαρδιακά. Στο ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο με τη χρήση 3D συστήματος χαρτογράφησης έχουμε τη δυνατότητα χαρτογράφησης μέσω πολυπολικών καθετήρων επί φλεβοκομβικού ρυθμού και επί εκτάκτου κοιλιακού ερεθίσματος από τη δεξιά κοιλία (Sensed extra-stimulus PVC) περιοχών υπεύθυνων για το κύκλωμα επανεισόδου της κοιλιακής ταχυκαρδίας. Έχουμε τη δυνατότητα χαρτογράφησης περιοχών με παθολογικά δυναμικά (Local abnormal ventricular activities - LAVA) και επιβραδυνόμενη αγωγή (deceleration zones - isochronal crowding posterior basal LV).

Σε ανθεκτικές περιπτώσεις κοιλιακής ταχυκαρδίας και σε περιπτώσεις ηλεκτρικής θύελλας συστήνεται η βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής (ανταρρυθμικής και αγωγή για καρδιακή ανεπάρκεια), η αμφοτερόπλευρη εκτομή των συμπαθητικών γαγγλίων, η καταστολή ή η διασωλήνωση είτε ακόμη και μη επεμβατικές μέθοδοι καρδιακής ακτινοθεραπείας (cardiac stereotactic body radiotherapy - SBRT).

Μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης, ο ασθενής παρακολουθείται από εξειδικευμένο προσωπικό σε εξειδικευμένες καρδιολογικές μονάδες μέχρι την πλήρη ανάρρωσή του.



Μιχαήλ Κουτούζης
Καρδιολόγος
Διευθυντής
Ζ' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Κωνσταντίνος Βλάχος
Καρδιολόγος
Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολόγος
Αρρυθμιολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης Ζ'
Καρδιολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΒΑΣΙΜΕΣ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ

Πριν από μερικά ακόμα χρόνια ο άρρωστος με καρδιακή ανεπάρκεια είχε περίπου προδιαγεγραμμένη πορεία. Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας ήταν ταυτόσημη με πολύ βαριά αρρώστια, όπου η μέση επιβίωση των αρρώστων εκυμαίνετο περί τα 3 ½ χρόνια, χειρότερη δηλαδή

και από τον καρκίνο. Σήμερα, όμως, τα πράγματα είναι τελείως διαφορετικά.

Πλέον γνωρίζουμε πώς να θεραπεύσουμε την καρδιακή ανεπάρκεια. Στοχεύουμε σε τρεις διαφορετικούς άξονες, οι οποίοι δημιουργούν την παθοφυσιολογική βάση της βλάβης.

Ο πρώτος μηχανισμός αφορά στην υποκλινική φλεγμονή του μυοκαρδίου που διαλανθάνει για χρόνια και καταστρέφει τις μυοκαρδιακές ίνες. Μετά από πολυετείς και επίπονες κλινικές μελέτες βρέθηκαν φάρμακα που στοχεύουν στην υποκλινική φλεγμονή, όπως είναι οι SGLT2 αναστολείς (φάρμακα γνωστά που τα χρησιμοποιούμε επί χρόνια στους διαβητικούς ασθενείς για τη βελτίωση του γλυκαιμικού τους προφίλ) που βελτιώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης των καρδιοπαθών.

Ο δεύτερος μηχανισμός αφορά στον νευρο-ορμονικό άξονα, ο οποίος ενεργοποιείται για τη διάσωση του μυοκαρδίου, αλλά όταν παρατείνεται η λειτουργία του είναι καταστροφικό για την καρδιά. Έτσι, φάρμακα όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, οι ανταγωνιστές της αγγειοτενσίνης, η σακουμπιτρίλη-βαλσαρτάνη και οι τρίτης γενιάς β-αναστολείς μαζί με τους MRAs χάρισαν χρόνια και καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς.

Τέλος, ο τρίτος μηχανισμός αφορά στη μείωση της κατασπατάλησης της ενέργειας της καρδιάς. Γνωρίζαμε για αρκετά χρόνια ότι είναι καλό να διασφαλίζεται το ενεργειακό υπόστρωμα και τα τελευταία χρόνια αυτό έχει επιτευχθεί με τη χρήση φαρμάκων, όπως είναι οι β-αναστολείς.

Είναι αλήθεια ότι οι αισιόδοξοι πιστεύουν πως ο ιατρός δεν θα πρέπει να μιλά για τέλος ή για τελικό στάδιο και τούτο διότι και όταν ακόμα διαφαίνεται ότι δεν υπάρχουν εφεδρείες της καρδιάς, υπάρχει τρόπος το αδιέξοδο να ξεπερασθεί.

Στην εποχή της καλπάζουσας τεχνολογίας, έχει επινοηθεί μια σειρά συσκευών που υποστηρίζουν και ξεκουράζουν την καρδιά. Συσκευές που ξεκινούν από την ενδοαορτική αντλία και φθάνουν μέχρι τις τελευταίου τύπου αντλίες που εμφυτεύονται στο θώρακα και λειτουργούν με μπαταρίες, χαρίζοντας χρόνια στον ασθενή. Επίσης, νέες συσκευές υποστήριξης της καρδιάς που μειώνουν το μέγεθος και ενισχύουν τη σπαστικότητα της βρίσκονται σε κλινικές μελέτες με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Είναι, λοιπόν, αλήθεια ότι σημαντικός αριθμός αρρώστων με καρδιακή ανεπάρκεια αναρρώνει εντυπωσιακά. Και τούτο γιατί καθώς η αντλία ξεφορτώνει την καρδιά, αφαιρεί την επιπλέον επιβάρυνση του όγκου του αίματος που είναι υποχρεωμένη να στείλει στα ζωτικά όργανα που είναι υποχρεωμένη να στείλει στα ταλαιπωρημένα και κουρασμένα κύτταρα του μυοκαρδίου να ανακτήσουν δυνάμεις.

Κατ' αυτό τον τρόπο, μειώνουμε τη χορήγηση των διουρητικών που μαστιγώνουν τα νεφρά και δη-

μιουργούν διέγερση του νευρο-ορμονικού άξονα και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Έτσι, το σχήμα της καρδιάς από σφαιρικό γίνεται και πάλι ελλειψοειδές, οι βαλβίδες της λειτουργούν καλύτερα και ιδιαίτερα η μιτροειδής βαλβίδα και τελικά, η εξωθητική δύναμη της καρδιάς βελτιώνεται εντυπωσιακά.

Σε αρκετούς, λοιπόν, ασθενείς αφαιρείται μετά από μερικά χρόνια η αντλία και ζουν χωρίς αντλία πολύ ικανοποιητικά. Αλλά και όταν ακόμα αυτό δεν συμβαίνει, υπάρχει η μεταμόσχευση της καρδιάς, οπότε μια νέα καρδιά μπορεί να εμφυτευθεί μέσα στο θώρακα και μια νέα ζωή να ξαναρχίσει.

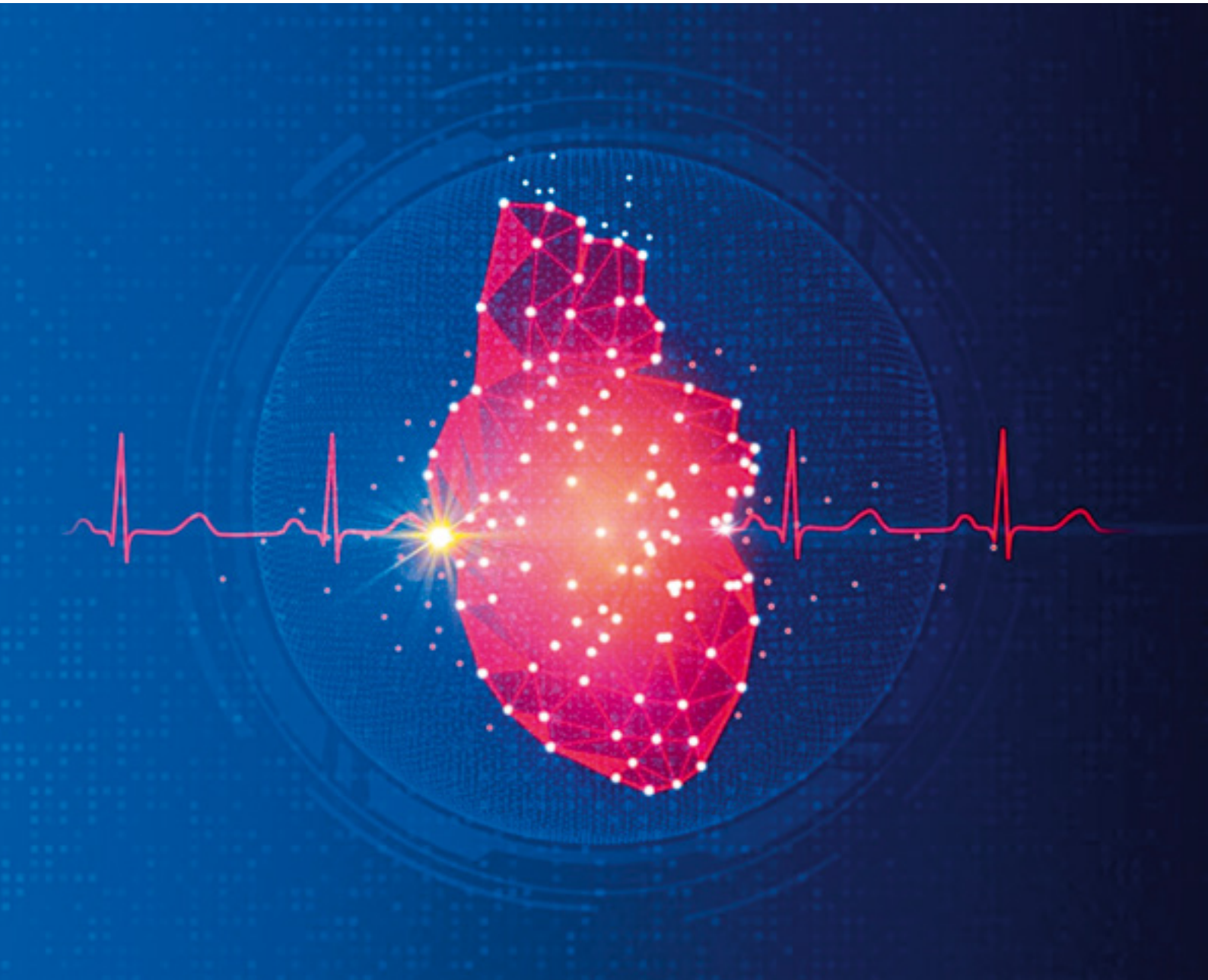
Ένας άνεμος αισιοδοξίας αρχίζει να πνέει για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, γιατί πολύ γρήγορα πιστεύουμε ότι η τελειοποίηση των αντλιών και των συσκευών υποβοήθησης θα οδηγήσει στην τεχνητή καρδιά, η οποία θα λύσει ίσως και το πρόβλημα των περιορισμένων μοσχευμάτων καρδιάς που είναι διαθέσιμα σήμερα.

**Πλέον γνωρίζουμε πώς να
θεραπεύσουμε την καρδιακή
ανεπάρκεια. Στοχεύουμε σε τρεις
διαφορετικούς άξονες, οι οποίοι
δημιουργούν την παθοφυσιολογική
βάση της βλάβης.**



Ηλίας Τσούγκος
Καρδιολόγος
Διευθυντής ΣΤ' Καρδιολογικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΑΣ ΑΝΗΣΥΧΟΥΝ;



Ο ρυθμός της καρδιάς προκαλείται από ηλεκτρικά σήματα που παράγονται στον φλεβόκομβο, τον φυσιολογικό καρδιακό βηματοδότη που βρίσκεται στον δεξιό κόλπο της καρδιάς. Φυσιολογικά η καρδιά στην ηρεμία λειτουργεί με 60 έως 100 παλμούς το λεπτό.

Οι αρρυθμίες είναι διαταραχές στη συχνότητα ή στην κανονικότητα του καρδιακού ρυθμού που κάνουν την καρδιά να χτυπάει είτε πιο γρήγορα (ταχυκαρδίες), είτε πιο αργά (βραδυκαρδίες), είτε άλλες φορές εντελώς άρρυθμα όπως π.χ. στην κοιλιακή μαρμαρυγή.

Η διάγνωση των αρρυθμιών γίνεται με απλές εξετάσεις όπως το ιστορικό και η κλινική εξέταση, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το Holter ρυθμού και το υπερηχογράφημα (Triplex) καρδιάς. Κάποιες φορές μπορεί να χρειαστεί δοκιμασία κοπώσεως, άλλες απεικονιστικές καρδιακές εξετάσεις ή ήπια επεμβατικές διαγνωστικές μέθοδοι (εμφυτεύσιμο Holter, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη).

Έκτακτες συστολές

Πολλές φορές αρρυθμίες συμβαίνουν σε άτομα με φυσιολογική καρδιά. Η πιο συχνή διαταραχή ρυθμού σε άτομα με φυσιολογική καρδιά είναι οι έκτακτες συστολές, δηλαδή πρώιμες -πριν τον αναμενόμενο χρόνο- συστολές που παρεμβάλλονται στον φυσιολογικό ρυθμό με αποτέλεσμα μικρές, στιγμιαίες διακοπές και τις έχουμε νιώσει οι περισσότεροι από εμάς.

Οι έκτακτες συστολές μπορεί να μην προκαλούν συμπτώματα και να βρεθούν σε τυχαία ιατρική εξέταση, μπορεί όμως να είναι εξαιρετικά ενοχλητικές, να δημιουργούν το αίσθημα ότι η καρδιά χάνει έναν παλμό (skipped beat), να προκαλούν ένα αίσθημα «κενού» στο στήθος ή στο στομάχι ή να δίνουν την αίσθηση ότι κάποιοι παλμοί είναι πιο δυνατοί. Συχνά προκαλούνται από έντονα συναισθήματα ή παράγοντες όπως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, καφέ ή νικοτίνης, αν και τις περισσότερες φορές δεν υπάρχει σαφής εκλυτικός παράγοντας.

Οι έκτακτες συστολές σε φυσιολογική καρδιά έχουν άριστη πρόγνωση και οι εξεταζόμενοι θα πρέπει να καθησυχάζονται και να τους εξηγούμε ότι έχουν μια αθώα κατάσταση από την οποία δεν κινδυνεύουν. Πολλές φορές αυτό αρκεί για την ανακούφιση από τα ενοχλήματα. Μόνο όταν οι έκτακτες συστολές είναι πολύ συχνές (σταθερά πάνω από δέκα χιλιάδες το 24ωρο) μπορεί να χρειαστεί αντιμετώπιση με φάρμακα ή κατάλυση (Ablation).

Φλεβοκομβική Ταχυκαρδία

Μια επίσης αθώα διαταραχή ρυθμού σε φυσιολογική καρδιά είναι η Φλεβοκομβική Ταχυκαρδία όπου

τα ηλεκτρικά σήματα παράγονται φυσιολογικά στον φλεβόκομβο, αλλά με συχνότητα μεγαλύτερη από 100 παλμούς το λεπτό. Συνήθως προκαλείται από άγχος, ένταση, πυρετό ή άσκηση και ουσιαστικά πρόκειται για μια φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς και όχι για πραγματική αρρυθμία.

Εντελώς αθώα είναι και η Φλεβοκομβική Βραδυκαρδία που βλέπουμε σε αθλητές και είναι ενδεικτική καλής φυσικής κατάστασης.

Παροξυσμικές Υπερκοιλιακές Ταχυκαρδίες

Μια άλλη ομάδα αρρυθμιών που απαντούν σε φυσιολογική καρδιά είναι οι Παροξυσμικές Υπερκοιλιακές Ταχυκαρδίες. Προκαλούνται από μια κυκλική κίνηση του ηλεκτρικού ερεθίσματος στο πάνω μέρος της καρδιάς σε άτομα με προδιάθεση για τέτοιες ταχυκαρδίες, με αποτέλεσμα ένα γρήγορο καρδιακό ρυθμό. Η ταχυκαρδία σταματά απότομα είτε από μόνη της, είτε με τους λεγόμενους βαγοτονικούς χειρισμούς (σφίξιμο, πίεση των καρωτίδων, βήχα κ.ά.), είτε με φάρμακα. Συχνά οι ταχυκαρδίες αυτές είναι έντονα συμπτωματικές και προκαλούν αίσθημα παλμών (φτερούγισμα) στο στήθος, ζάλη ή τάση για λιποθυμία. Έχουν καλή πρόγνωση και παρότι μπορούν να ελεγχθούν σε ένα βαθμό με φάρμακα, συνήθως θεραπεύονται με κατάλυση (Ablation) με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας.

Κοιλιακή Μαρμαρυγή

Η Κοιλιακή Μαρμαρυγή είναι ένας χαοτικός κοιλιακός ρυθμός που προκαλεί μια ακανόνιστη ταχυαρρυθμία. Αυτή η κατάσταση μπορεί να είναι παροδική ή επιμένουσα. Η κοιλιακή μαρμαρυγή σε φυσιολογική καρδιά είναι σχετικά αθώα αν και μπορεί να προκαλεί πολύ ενοχλητικά συμπτώματα. Η κατάλυση (Ablation) τείνει να γίνει θεραπεία πρώτης επιλογής με υψηλή ασφάλεια και αρκετά υψηλά ποσοστά επιτυχίας.



Νίκος Δ. Γεωργακόπουλος
Επεμβατικός Καρδιολόγος-
Ηλεκτροφυσιολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης
ΥΓΕΙΑ



Κοιλιακή Ταχυκαρδία

Η Κοιλιακή Ταχυκαρδία είναι μια ρυθμική ταχυκαρδία κατά την οποία τα ηλεκτρικά σήματα ξεκινούν από τις κοιλίες της καρδιάς και σε ανθρώπους χωρίς καρδιακή νόσο δεν είναι επικίνδυνη. Εμφανίζεται συνήθως με σύντομες ριπές και μπορεί να προκαλεί αίσθημα παλμών, ζάλη ή τάση για λιποθυμία. Τα φάρμακα έχουν μέτρια επιτυχία ενώ η κατάλυση (Ablation) προσφέρει μονιμότερη λύση με υψηλή αποτελεσματικότητα.

Πρωτοπαθή Ηλεκτρικά Νοσήματα της Καρδιάς

Βέβαια, υπάρχουν περιπτώσεις κοιλιακής ταχυκαρδίας που εμπνέουν ανησυχία, χωρίς να υφίσταται δομική καρδιακή νόσος. Τέτοιες παθήσεις είναι τα Πρωτοπαθή Ηλεκτρικά Νοσήματα της Καρδιάς, όπως το Σύνδρομο Μακρού QT, η Αρρυθμιογόνος Δυσπλασία Δεξιάς Κοιλίας, το Σύνδρομο Brugada και η Κατεχολαμινεργική Πολύμορφη Κοιλιακή Ταχυκαρδία (CPVT). Τα άτομα με τέτοιες παθήσεις συνήθως αναφέρουν επεισόδια συγκοπής, ενώ πολλές φορές υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό καθώς οι παθήσεις αυτές έχουν γενετική βάση και είναι κατά κανόνα κληρονομούμενες. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται εκτεταμένη διαγνωστική διερεύνηση και επιθετική θεραπεία, φαρμακευτική ή και επεμβατική.

Συμπερασματικά

Οι αρρυθμίες σε άτομα με φυσιολογική καρδιά είναι γενικά αθώες. Αν τα συμπτώματα είναι ανεκτά μπορεί να μην απαιτείται καμία θεραπεία, όπως στην περίπτωση των εκτάκτων συστολών. Στις περιπτώσεις των υπερκοιλιακών και κοιλιακών ταχυαρρυθμιών τα αντιαρρυθμικά φάρμακα μπορεί να είναι μερικώς αποτελεσματικά, αλλά απλώς καταστέλλουν την αρρυθμία και δεν τη θεραπεύουν οριστικά ενώ είναι πιθανή η εμφάνιση ανεπιθυμητών ενεργειών.

Αντίθετα, η κατάλυση (Ablation), η οποία γίνεται με ειδικούς καθετήρες που εισάγονται στο εσωτερικό της καρδιάς, μπορεί να προσφέρει μόνιμη θεραπεία των ταχυαρρυθμιών με ασφάλεια και υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Η νοσηλεία είναι συνήθως 24ωρη, ο ασθενής κινητοποιείται λίγες ώρες μετά το πέρας της επέμβασης και εξέρχεται την επόμενη ημέρα. Για τους λόγους αυτούς, η κατάλυση (Ablation) μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν θεραπεία πρώτης εκλογής, δηλαδή πριν καν χορηγηθούν φάρμακα, καθώς αποτελεί μια ριζική θεραπεία των αρρυθμιών με υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

“Οι αρρυθμίες σε φυσιολογική καρδιά έχουν γενικά πολύ καλή πρόγνωση. Στην περίπτωση των εκτάκτων συστολών αρκεί κατά κανόνα η ενημέρωση και ο καθησυχασμός του εξεταζόμενου ενώ στις επιμένουσες αρρυθμίες (παροξυσμικές υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες, κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακή ταχυκαρδία) τα φάρμακα και ιδιαίτερα η επεμβατική κατάλυση (Ablation) προσφέρουν αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης.”



SIGMA MEDICAL

Dedicated to Health

Premium
Υγειονομική
Ένδυση
& Υπόδηση



>>> MEDICAL.GR

 WonderWink



Landau

GREY'S ANATOMY™
PROFESSIONAL WEAR
BY BARCO

NURSE ♥ MATES

ΑΘΗΝΑ | ΣΠΑΤΑ

 210 7488238

ΝΕΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ

 **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

 2310 500400

ΣΥΓΚΟΠΗ

ΠΩΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;



Η συγκοπή αποτελεί παροδικό, αυτο-περιοριζόμενο επεισόδιο απώλειας συνείδησης που συνήθως οδηγεί σε πτώση στο έδαφος. Η έναρξή της είναι ταχεία και η ανάκαμψη αυτόματη, πλήρης και συνήθως άμεση. Ο υποκείμενος μηχανισμός είναι μια βραχεία περίοδος σφαιρικής εγκεφαλικής υποάρδευσης. Η αρχική εκτίμηση ασθενούς με συγκοπή βασίζεται στην προσεκτική λήψη ιστορικού, την κλινική

εξέταση, τον έλεγχο ορθοστατικής πίεσης και το ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Τρία ερωτήματα-κλειδιά πρέπει να απαντηθούν στην αρχική εκτίμηση:

1. Οφείλεται η απώλεια συνείδησης σε συγκοπή ή όχι; Η διαφορική διάγνωση της συγκοπής από άλλες «μη συγκοπτικές» καταστάσεις που σχετίζονται με αληθή ή φαινομενική απώλεια συνείδησης αποτελεί την πρώτη

διαγνωστική πρόκληση και δίνει το έναυσμα για την περαιτέρω διερεύνηση.

2. Υπάρχουν στοιχεία από το ιστορικό του ασθενούς που προάγουν τη διάγνωση της συγκοπής;

Η ακριβής λήψη ιστορικού αποτελεί σημείο-κλειδί και συχνά οδηγεί στη διάγνωση ή ίσως ανοίγει το δρόμο για περαιτέρω εκτίμηση.

3. Υπάρχει υποκείμενη καρδιακή νόσος ή όχι;

Η απουσία σημείων που θέτουν υπόνοια ή διάγνωση καρδιακής νόσου αποκλείει τα καρδιακά αίτια της συγκοπής. Αντίθετα, η παρουσία καρδιακής νόσου στην αρχική εκτίμηση αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη για συγκοπή καρδιακής αιτιολογίας, αλλά με χαμηλή ειδικότητα –περίπου οι μισοί ασθενείς με καρδιακή νόσο έχουν συγκοπή καρδιακής αιτιολογίας.

Η συγκοπή ταξινομείται αιτιολογικά ως εξής: νευρογενής συγκοπή (αντανακλαστικού τύπου), συγκοπή οφειλόμενη σε ορθοστατική υπόταση και συγκοπή λόγω καρδιακών αιτίων (αρρυθμίες, δομικές καρδιακές παθήσεις ή καρδιοπνευμονικά νοσήματα).

Ανεξάρτητα από το μηχανισμό της, κάθε συγκοπή σχετίζεται με παροδική σφαιρική εγκεφαλική υποάρδευση (συχνότερα λόγω μειωμένης συστηματικής αρτηριακής πίεσης) που αποτελεί και τον βασικό παράγοντα που οδηγεί σε απώλεια συνείδησης.

Αυτή η εγκεφαλική υποάρδευση είναι που διακρίνει τα συγκοπτικά από τα «μη συγκοπτικά» αίτια, στα οποία η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης δεν οφείλεται σε μειωμένη εγκεφαλική αιμάτωση.

Πολλές διαταραχές επιπέδου συνείδησης μπορούν να μιμηθούν τη συγκοπή. Σε κάποια επεισόδια η συνείδηση χάνεται πραγματικά, αλλά ο μηχανισμός δεν σχετίζεται με εγκεφαλική υποάρδευση. Τέτοιες περιπτώσεις είναι οι εξής: επιληψία, μεταβολικές διαταραχές (υποξυγοναιμία, υπογλυκαιμία), δηλητηριάσεις και παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, ιδίως στη σπονδυλοβασική αρτηρία. Σε άλλες περιπτώσεις, η συνείδηση χάνεται μόνο φαινομενικά, όπως στην ψυχογενή ψευδοσυγκοπή, την καταπληξία και σε επεισόδια πτώσης στο έδαφος.

Η αρχική αξιολόγηση μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένη διάγνωση (έτσι, υπάρχει περίπτωση να μη χρειαστεί περαιτέρω αξιολόγηση και να προγραμματιστεί θεραπεία) στις παρακάτω καταστάσεις:

- Σύνδρομο παρασυμπαθητικοτονίας: στην περίπτωση αυτή υπάρχουν κλασικοί εκλυτικοί παράγοντες όπως φόβος, δυνατός πόνος, συναισθηματική φόρτιση ή παρατεταμένη όρθια στάση και σχετίζονται με τυπικά πρόδρομα συμπτώματα (καλοήθους μορφή).
- Περιστασιακή συγκοπή: συγκοπή κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την ούρηση, αφόδευση, το βήχα ή την κατάποση.

- Συγκοπή λόγω ορθοστατικής υπότασης: αν υπάρχει καταγραφή ορθοστατικής υπότασης που σχετίζεται με συγκοπή ή προ-συγκοπή. Μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης πάνω από 20 mmHg ή μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κάτω από 90 mmHg, 1 ή 3 λεπτά μετά τη λήψη όρθιας θέσης ορίζεται ως ορθοστατική υπόταση ανεξαρτήτως συμπτωμάτων και συνήθως συνοδεύεται από ταχυκαρδία.

- Συγκοπή που σχετίζεται με καρδιακή ισχαιμία: όταν τα συμπτώματα συνοδεύονται από ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις οξείας ισχαιμίας με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου, ανεξαρτήτως μηχανισμού.

- Συγκοπή που σχετίζεται με καταγεγραμμένη αρρυθμία.

Συνήθως, η αρχική αξιολόγηση οδηγεί στην υποψία μιας διάγνωσης, η οποία πρέπει να επιβεβαιωθεί με περαιτέρω έλεγχο.

Η υποψία ή διάγνωση καρδιακής νόσου σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο αρρυθμιών και θνητότητας σε ένα έτος. Σε αυτούς τους ασθενείς προτείνεται καρδιολογικός έλεγχος (υπερηχοκαρδιογράφημα, stress echo, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη ή/και παρακολούθηση ρυθμού με εμφυτεύσιμο καταγραφέα - ILR).

Αν δεν αναδειχθεί αρρυθμία ως αιτία συγκοπής, προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση για αποκλεισμό συγκοπής νευρογενούς αιτιολογίας -αφορά ασθενείς με υποτροπιάζουσα ή σοβαρή συγκοπή και περιλαμβάνει τη δοκιμασία ανάκλισης (Tilt test), τη μάλαξη καρωτιδικού βολβού, την 24ωρη καταγραφή του ρυθμού (Holter) και τέλος, την εμφύτευση υποδόριου καταγραφέα του ρυθμού (ILR).

Σε περίπτωση που ένα αίτιο συγκοπής επιβεβαιωθεί, γίνεται έναρξη ειδικής θεραπείας, εντούτοις, η αιτία της συγκοπής μπορεί να παραμείνει ανεξήγητη παρά την αρχική αξιολόγηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτείνεται επανααξιολόγηση με τη συμμετοχή, όπου υπάρχει ένδειξη, και άλλων ειδικοτήτων.



Σοφία Γιαννίτση
Καρδιολόγος,
Επιστημονική Συνεργάτιδα
ΥΓΕΙΑ



Νικόλαος Σουρλάς
Καρδιολόγος,
Επιστημονικός
Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ

ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΣΥΣΤΟΛΕΣ

ΕΙΝΑΙ ΤΕΛΙΚΑ ΤΟΣΟ ΑΘΩΕΣ;



Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ) είναι πρώιμες ηλεκτρικές διεγέρσεις, οι οποίες προέρχονται από τις κοιλίες (καρδιακές κοιλότητες στο κάτω μέρος της καρδιάς που είναι υπεύθυνες για την εξώθηση του αίματος).

Οι ΕΚΣ παρεμβάλλονται στον φυσιολογικό ρυθμό της καρδιάς με αποτέλεσμα να διαταράσσουν την εύρυθμη κανονικότητα των χτύπων της. Μπορεί να εμφανίζονται ως μεμονωμένες συστολές ή να ακολουθούν ένα μοτίβο διδυμίας (μετά από κάθε φυσιολογική συστολή της καρδιάς ακολουθεί μια έκτακτη)

ή τριδυμίας (μετά από κάθε δύο φυσιολογικές συστολές της καρδιάς ακολουθεί μια έκτακτη). Επιπλέον, είναι δυνατόν να εμφανίζονται δύο ή και περισσότερες ΕΚΣ στη σειρά.

Η συχνότητα εμφάνισης ΕΚΣ σε ασθενείς, χωρίς γνωστή καρδιοπάθεια εκτιμάται στο 1-4%. Υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι αναμενόμενη η εμφάνιση μικρού αριθμού ΕΚΣ σε ημερήσιες καταγραφές καρδιακού ρυθμού (Holter), αλλά γενικά η καταγραφή περισσότερων από 200 ΕΚΣ το 24ωρο θεωρείται παθολογική και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Η πλειοψηφία των ασθενών με ΕΚΣ είναι ασυμπτωματικοί. Οι συμπτωματικοί ασθενείς συχνά αναφέρουν αίσθημα παλμών, ζάλη, εύκολη κόπωση και πιο σπάνια δύσπνοια.

Η εμφάνιση των ΕΚΣ μπορεί να αποδίδεται είτε σε καρδιακά είτε σε εξωκαρδιακά αίτια. Συχνές εξωκαρδιακές αιτίες αποτελούν το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλλά και εξωκαρδιακές παθήσεις όπως πνευμονοπάθειες, σύνδρομο υπνικής άπνοιας και θυρεοειδοπάθειες. Πληθώρα καρδιαγγειακών παθήσεων μπορεί να πυροδοτήσουν ΕΚΣ όπως αρτηριακή υπέρταση, ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, μυοκαρδίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια και διάφορα είδη μυοκαρδιοπάθειας. Σε μεγάλο όμως ποσοστό, οι ΕΚΣ εμφανίζονται σε ασθενείς χωρίς κάποια εμφανή αιτία, οπότε και ονομάζονται «ιδιοπαθείς».

Ο διαγνωστικός έλεγχος παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαστρωμάτωση κινδύνου και στη θεραπεία των ασθενών. Ο αρχικός έλεγχος σε κάθε ασθενή περιλαμβάνει το βασικό ΗΚΓ, το οποίο μπορεί να αναδείξει υποκείμενη νόσο και δίνει πληροφορίες για τον εντοπισμό του έκτοπου κέντρου, αλλά και το Holter 24ώρου για την ποσοτικοποίηση της αρρυθμίας. Επιπλέον, κύριο ρόλο έχει ο υπερηχογραφικός έλεγχος για την ανάδειξη δομικών βλαβών. Η ηλεκτροκαρδιογραφική δοκιμασία κόπωσης δίνει σημαντικές πληροφορίες, καθώς η εξάλειψη των εκτάκτων κατά την κόπωση είναι συνήθως καλό προγνωστικό σημείο. Σε ασθενείς όπου υπάρχει υποψία δομικής καρδιοπάθειας συστήνεται η διενέργεια μαγνητικής

τομογραφίας καρδιάς, η οποία μπορεί να αναδείξει περιοχές ίνωσης της καρδιάς. Τέλος, σε πιθανή υποκείμενη καρδιακή νόσο ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος μπορεί να συμβάλει στη διαστρωμάτωση κινδύνου.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τις περιπτώσεις ασθενών με ιδιαίτερα υψηλό φορτίο ΕΚΣ (> 10.000 ή >10% του συνόλου των καρδιακών παλμών σε 24ωρο Holter). Σε αυτή την κατηγορία ασθενών υπάρχει κίνδυνος η πληθώρα εκτάκτων να ελαττώσει τη συστολική δύναμη της καρδιάς και να παρουσιασθεί μυοκαρδιοπάθεια επαγόμενη από ΕΚΣ. Σε ασθενείς με συνοδό παρουσία παθολογικού καρδιακού υποστρώματος, απαιτείται εξειδικευμένη διαχείριση, ώστε να αξιολογηθεί το ενδεχόμενο εμφάνισης απειλητικών για τη ζωή καρδιακών αρρυθμιών.

Η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών πρέπει να εξατομικεύεται. Σε συμπτωματικούς ασθενείς συστήνεται η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με στόχο τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Συνήθεις επιλογές είναι οι β-αποκλειστές και οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου (βεραπαμίλη, διλτιαζέμη) λόγω υψηλού προφίλ ασφαλείας, αλλά και αντιαρρυθμικά φάρμακα (φλεκαϊνίδη - προπαφαινόνη) επί απουσίας δομικής καρδιοπάθειας.

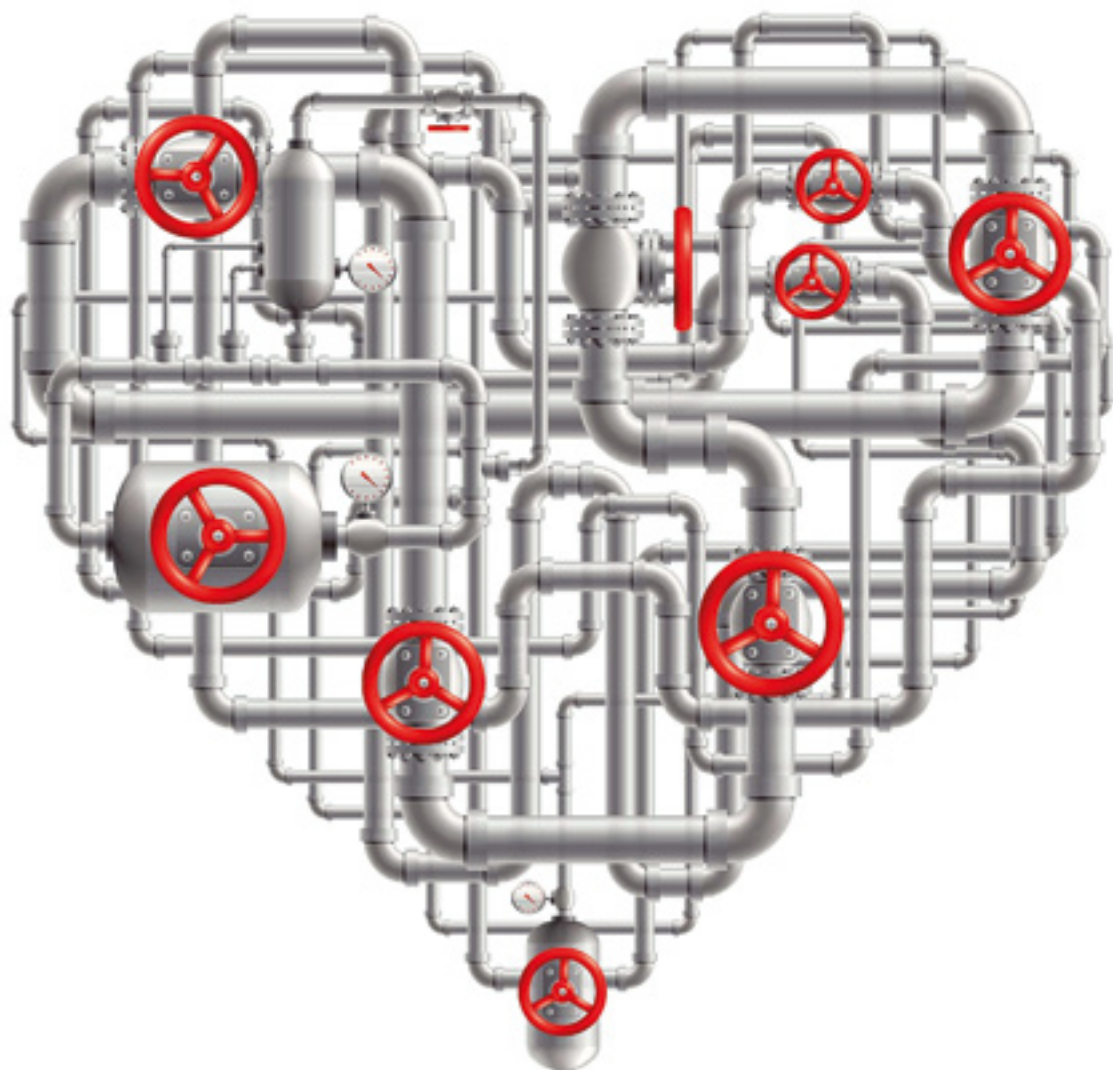
Η επεμβατική αντιμετώπιση με κατάλυση (ablation), δηλαδή ο επεμβατικός καυτηριασμός του έκτοπου κέντρου εξασφαλίζει υψηλή αποτελεσματικότητα με ασφάλεια, πολύ συχνά οδηγώντας στην ίαση του προβλήματος. Η εξέταση γίνεται με τοπική αναισθησία με προώθηση καθετήρων διαμέσου των μηριαίων αγγείων και αποσκοπεί στον εντοπισμό του υπεύθυνου κέντρου με χρήση τρισδιάστατων συστημάτων χαρτογράφησης και ακολούθως, στην κατάλυσή του με ειδικό καθετήρα. Σε περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζουν έντονη συμπτωματολογία ή μυοκαρδιοπάθεια επαγόμενη από το υψηλό φορτίο ΕΚΣ, προτιμάται η άμεση αντιμετώπιση της αρρυθμίας με τη μέθοδο της κατάλυσης.

**Γενικά, ασθενείς με έκτακτες
κοιλιακές συστολές χωρίς
υποκείμενη καρδιακή πάθηση
έχουν καλή πρόγνωση και η
απόφαση για θεραπευτική
αντιμετώπιση καθορίζεται από
την παρουσία και την ένταση των
σχετικών συμπτωμάτων.**



Στέλιος Τζέης
Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολόγος
Διευθυντής Καρδιολογικής
Κλινικής Ενηλίκων ΜΗΤΕΡΑ

ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ (TAVI)



Η επεμβατική καρδιολογία έχει προχωρήσει εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια στην ανάπτυξη τεχνικών για την επιδιόρθωση και αντικατάσταση βαλβίδων της καρδιάς χωρίς να απαιτείται ανοικτή εγχείρηση όπως παλαιότερα.

Η μεγαλύτερη πρόοδος έχει συντελεσθεί την τελευταία εικοσαετία στην αντιμετώπιση της εκφυλιστικής στένωσης της αορτικής βαλβίδας, η οποία αποτελεί μια εξελικτική θανατηφόρα πάθηση, πολύ συχνή σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η σοβαρή «στένωση αορτής» μπορεί να εμφανισθεί

σε έναν στους επτά από άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, μπορεί να προκαλεί συμπτώματα που περιορίζουν σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες και θεραπεύεται μόνο με αντικατάσταση της πάσχουσας αορτικής βαλβίδας.

Η σύγχρονη και πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος θεραπείας της στένωσης αορτής είναι σήμερα η διακαθετηριακή εμφύτευση μιας νέας προσθετικής βαλβίδας (TAVI: transcatheter valve implantation). Η μέθοδος αυτή ξεκίνησε πριν 20 χρόνια ως εναλλακτική της εγχείρησης σε ασθενείς με πολύ υψηλό εγχειρητικό κίνδυνο και έχει σήμερα αποδειχθεί εφάμιλλη της χειρουργικής αντικατάστασης της βαλβίδας σε ασθενείς ακόμα και χαμηλού εγχειρητικού κινδύνου. Το αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης είναι ότι προτείνεται από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ως πρώτη επιλογή θεραπείας σε ασθενείς ηλικίας >75 ετών ανεξάρτητα από τον χειρουργικό κίνδυνο. Οι λόγοι είναι ότι η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της λιγότερο επεμβατικής TAVI είναι εφάμιλλη με αυτή του χειρουργείου, ενώ η αποκατάσταση των ασθενών είναι φυσικά πολύ πιο εύκολη σε σύγκριση με την εγχείρηση, κάτι που έχει ιδιαίτερη σημασία ειδικά για τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Οι ασθενείς κινητοποιούνται γρηγορότερα και εξέρχονται νωρίτερα από το νοσοκομείο.

Η μέθοδος TAVI έχει εξελιχθεί σε μια επέμβαση που επηρεάζει ελάχιστα τον ασθενή, μια και σήμερα διενεργείται στις περισσότερες περιπτώσεις με τοπική αναισθησία ή ελαφρά μέθη, δηλαδή με τον ασθενή ξύπνιο και χωρίς ολική νάρκωση.

Αποφεύγονται οι τραυματικές ή δυσάρεστες παρεμβάσεις (ουροκαθετήρας, τραχειακή διασωλήνωση, τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών καθετήρων, διοισοφάγεια υπερηχοκαρδιογραφία) και η προσπέλαση των αγγείων για την προώθηση του καθετήρα με τη βαλβίδα γίνεται αποκλειστικά διαδερμικά χωρίς χειρουργική τομή και αποκάλυψη του αγγείου. Ειδικότερα, με τη χρήση της υπερηχογραφικής καθοδήγησης η διαδερμική παρακέντηση των αγγείων διενεργείται με απόλυτη επιτυχία και ασφάλεια. Αυτό επιτρέπει την άμεση κινητοποίηση των ασθενών και τη σύντομη έξοδο από το νοσοκομείο μετά την επέμβαση.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στα είδη των βαλβίδων που χρησιμοποιούνται για τη διενέργεια της TAVI, με κάποιες να χρειάζονται διαστολή με μπαλόνι, ενώ άλλες απελευθερώνονται από τον χειριστή και αυτοεκπύσσονται στην προβλεπόμενη θέση. Η επέμβαση διενεργείται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο από ειδικά εκπαιδευμένη επεμβατική ομάδα

με παρουσία αναισθησιολόγου και ετοιμότητα καρδιοχειρουργού και αγγειοχειρουργού.

Οι βαλβίδες που χρησιμοποιούνται για τη διενέργεια της TAVI, καθώς και τα συστήματα, με τα οποία γίνεται η προώθησή τους στο αγγειακό δίκτυο και η τοποθέτησή τους στη θέση της αορτής, εξελίσσονται διαρκώς, έτσι ώστε πλέον να είναι δυνατή η εμφύτευσή τους ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών με δύσκολη ανατομία ή στενώσεις των περιφερικών αγγείων και της θωρακικής αορτής. Με αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνεται στη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών η διενέργεια TAVI μέσω της μηριαίας αρτηρίας, η οποία αποτελεί τη μέθοδο με τα καλύτερα αποτελέσματα, και η αποφυγή χρήσης άλλων οδών προσπέλασης, οι οποίες απαιτούν χειρουργική τομή στο θώρακα. Η επιλογή της κατάλληλης βαλβίδας εξαρτάται από την ηλικία και τα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς και μελετάται διεξοδικά για τον προγραμματισμό της επέμβασης με βάση τις μετρήσεις της αξονικής αγγειογραφίας.

Τα τελευταία δύο χρόνια έχει διενεργηθεί σημαντικός αριθμός επεμβάσεων TAVI από την ειδική επεμβατική ομάδα στο ΜΗΤΕΡΑ σε ασθενείς κυρίως μεγάλης ηλικίας με συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα και πολύ υψηλό κίνδυνο για ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Όλες οι επεμβάσεις διενεργήθηκαν με απόλυτη επιτυχία και χωρίς επιπλοκές για τους ασθενείς, οι περισσότεροι από τους οποίους εξήλθαν από το νοσοκομείο δύο ημέρες μετά την επέμβαση.



Άγγελος Ρηγόπουλος
Επεμβατικός Καρδιολόγος
Αναπληρωτής Διευθυντής
Καρδιολογικής Κλινικής Ενηλίκων
ΜΗΤΕΡΑ



Η διαγνωστική στεφανιογραφία αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο, μέσω της οποίας τίθεται η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου. Αποτελεί το απόλυτο διαγνωστικό εργαλείο για τον καθορισμό της συνεπακόλουθης θεραπευτικής αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου με τη μορφή επαναγγείωσης ή/και την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με τη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών και αντιστηθαγικών φαρμάκων, με σκοπό αφενός την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στηθάγχης και αφετέρου την πρόληψη ενός πιθανού μελλοντικού εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η στεφανιαία νόσος είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου παγκοσμίως, με περίπου 17.000.000 ανθρώ-

πους να χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο από τη συγκεκριμένη νόσο.

Με τη διαγνωστική στεφανιογραφία και τα επιπλέον διαγνωστικά εργαλεία που τη συνοδεύουν, όπως η ενδοαγγειακή απεικόνιση και η ποσοτική εκτίμηση της στεφανιαίας ροής αίματος των αγγείων της καρδιάς, η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου είναι απόλυτα ακριβής, δεν επιδέχεται αμφισβήτηση και επιτρέπει τον ακριβή καθορισμό της αντίστοιχης θεραπείας.

Η μέθοδος είναι ελάχιστα επεμβατική και περιλαμβάνει συνήθως την παρακέντηση της αρτηρίας στο χέρι (κερκιδική αρτηρία) ή στο πόδι (μηνιαία αρτηρία) μετά τη χορήγηση τοπικού αναισθητικού

(στη πλειονότητα των περιπτώσεων, >99%, η στεφανιογραφία διενεργείται από το χέρι).

Μέσω της χρήσης υπερηχογραφικής καθοδήγησης η παρακέντηση είναι απόλυτα ακριβής, ενώ συγχρόνως εκμηδενίζεται ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως αιμορραγία και αιματώματα. Επιπλέον, η εξέλιξη στην τεχνολογία των υλικών που χρησιμοποιούνται έχει καταστήσει τη διαγνωστική στεφανιογραφία μια γρήγορη, ανώδυνη και απόλυτα ασφαλή μέθοδο στη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου (ο κίνδυνος επιπλοκών είναι μικρότερος από 0,1%). Η διενέργεια της εξέτασης από το χέρι επιτρέπει την άμεση κινητοποίηση του ασθενούς αμέσως μετά το πέρας της επέμβασης, την έξοδο από το νοσοκομείο την ίδια ημέρα, ενώ ο ασθενής καθίσταται πλήρως λειτουργικός και μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του ακόμη και την επόμενη ημέρα χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς ακόμα και μετά την τοποθέτηση stent.

Η διάρκεια της εξέτασης είναι περίπου 20 λεπτά και σε αυτή απεικονίζονται μέσω ακτινοσκόπησης και εκλεκτικής χορήγησης σκιαγραφικού, μέσω ειδικών καθετήρων, οι στεφανιαίες αρτηρίες που παρέχουν αίμα στην καρδιά. Με τη χρήση επιπλέον διαγνωστικών μεθόδων, όπως η ενδοαγγειακή απεικόνιση και η εκτίμηση της στεφανιαίας φυσιολογίας και της ροής αίματος, η διάρκεια της εξέτασης φτάνει τα 60 λεπτά.

Διαγνωστικές τεχνικές κατά τη διάρκεια της στεφανιογραφίας

1) Τεχνικές ενδοαγγειακής απεικόνισης

Με τις τεχνικές ενδοαγγειακής απεικόνισης, όπως το ενδοαγγειακό υπερηχογράφημα (IVUS) (εικόνα) και η οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT), επιτρέπεται η ακριβής ποιοτική και ποσοτική ανάλυση της αθηρωματικής πλάκας που προκαλεί τη στένωση εντός του αγγείου, με τον προσδιορισμό της σύστασης της πλάκας και του συνολικού φορτίου της πλάκας και επιπλέον της ανατομικής σοβαρότητας της στένωσης με προσδιορισμό του εμβαδού του ελεύθερου αυλού του αγγείου στο σημείο της στένωσης.

2) Τεχνικές προσδιορισμού ενδοστεφανιαίας ροής αίματος

Με τις συγκεκριμένες τεχνικές δίδεται η δυνατότητα προσδιορισμού με εξαιρετικά υψηλή ακρίβεια της επίπτωσης που έχει η στένωση εντός του αγγείου στη ροή αίματος, δηλαδή την ποσοστιαία μείωση (%) στη ροή του αίματος λόγω μιας συγκεκριμένης στένωσης. Εάν η μείωση είναι άνω του 20% η στένωση χαρακτηρίζεται ως αιμοδυναμικά σημαντική, προκαλεί ισχαιμία στην καρδιά σε συνθήκες stress και πρέπει να αντιμετωπιστεί με την τοποθέτηση stent συνήθως. Πρόκειται για την πιο αντικειμενική και ακριβή μέθοδο προσδιορισμού του βαθμού ισχαιμίας της καρδιάς με πο-

σοστό διαγνωστικής ακρίβειας άνω του 95%, ενώ αποτελεί τη μοναδική μέθοδο που επιτρέπει τον προσδιορισμό του βαθμού ισχαιμίας που προκαλείται από κάθε στένωση ξεχωριστά.

Η πιο διαδεδομένη και χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι η κλασματική εφεδρεία ροής (FFR), η οποία περιλαμβάνει την είσοδο ειδικού οδηγού σύρματος πέραν του σημείου της στένωσης και την ενδοφλέβια χορήγηση ειδικού φαρμάκου για την πρόκληση φαρμακευτικού stress. Η διάρκεια της δοκιμασίας είναι 2 λεπτά περίπου και προκαλούνται συμπτώματα λόγω της προκληθείσας υπεραιμίας όπως πονοκέφαλος, κάψιμο στο στήθος, δύσπνοια, αίσθημα παλμών, τα οποία αποδράμουν άμεσα μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα μετά τη διακοπή του φαρμάκου.

Επιπλέον, με τη συγκεκριμένη δοκιμασία δίνεται η δυνατότητα εκτίμησης της λειτουργίας των μικρών αγγείων της καρδιάς (μικροσκοπικό μέγεθος – δεν διακρίνονται με την απλή στεφανιογραφία), και της διάγνωσης της μικροαγγειακής νόσου σε ασθενείς χωρίς σημαντικές στενώσεις στα μεγάλα αγγεία αλλά με συμπτώματα στηθάγχης.

Οι δείκτες που αξιολογούνται περιλαμβάνουν τη στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR), δηλαδή πόσες φορές μπορεί να αυξήσει η καρδιά τη συνολική ροή αίματος στο μυοκάρδιο και το δείκτη μικροκυκλοφοριακών αντιστάσεων (IMR).

Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα εκτίμησης της στεφανιαίας ροής αίματος με τη χρήση τεχνικών που δεν περιλαμβάνουν τη χορήγηση φαρμάκου σε κατάσταση ηρεμίας χωρίς την πρόκληση υπεραιμίας κι άρα, των συνοδών συμπτωμάτων (πονοκέφαλος, κάψιμο στο στήθος, δύσπνοια, αίσθημα παλμών).



Ανδρέας Σ. Καλογερόπουλος
Επεμβατικός Καρδιολόγος
Αναπληρωτής Διευθυντής
Καρδιολογικής Κλινικής Ενηλίκων
ΜΗΤΕΡΑ

ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται ολοένα και πιο σημαντική και γνωστή η συσχέτιση μιας μικρής εκ γενετής τρύπας στην καρδιά και της εμφάνισης ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρή ηλικία. Η τρύπα αυτή βρίσκεται ανάμεσα στα δύο άνω διαμερίσματα της καρδιάς που λέγονται καρδιακοί κόλποι και ονομάζεται «ωοειδές τρήμα» ή «PFO».

Αυτή η ενδοκαρδιακή επικοινωνία υπάρχει στη ζωή του εμβρύου για να πραγματοποιείται η εμβρυϊκή κυκλοφορία, ενώ κλείνει αυτόματα τα πρώτα χρόνια ζωής σε ποσοστό 75-80%. Ως εκ τούτου, οι ενήλικες έχουν σε μεγάλο ποσοστό μέχρι 25% μια υπολειπόμενη μικρή επικοινωνία δια του ωοειδούς τρήματος που όμως δεν δημιουργεί πρόβλημα στις περισσότερες περιπτώσεις κι έτσι, δεν τους διερευνούμε για να ανιχνεύσουμε σε ποιον υπάρχει και σε ποιον όχι.

Εντούτοις, σε περιπτώσεις που κάποιο νεαρό άτομο, κυρίως μεταξύ της 3ης και 5ης δεκαετίας της ζωής του εμφανίσει ανεξήγητο παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι απαραίτητος ένας κύκλος εξετάσεων ανεύρεσης γενεσιουργού αιτίου, μεταξύ των οποίων και μια υπερηχογραφική μελέτη καρδιάς μέσω διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος.

Η ύπαρξη ωοειδούς τρήματος ενοχοποιείται για διέλευση θρόμβου δια αυτού όταν έχει συγκεκριμένα ανατομικά χαρακτηριστικά που το καθιστούν υψηλού κινδύνου, αλλά κυρίως όταν δεν υπάρχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως θρομβοφιλία, κακοήθειες αρρυθμίες, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης κ.λπ.

Διαμορφώνεται έτσι μια διαβάθμιση κινδύνου που λέγεται *gate score* και έχει μέγιστη βαθμολόγηση τις 10 μονάδες. Όσο πιο υψηλό είναι το σκορ, τόσο πιο πιθανό είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο να σχετίζεται με την ενδοκαρδιακή επικοινωνία τύπου PFO. Ηλικία μεταξύ 60-69 ετών μετράει 1 βαθμό, 50-59 ετών δύο, 40-49 ετών τρεις, 30-39 ετών τέσσερις και 18-29 ετών μετράει πέντε βαθμούς. Απουσία αρτηριακής υπέρτασης /διαβήτη, προηγούμενο εγκεφαλικό, θετική μαγνητική για εγκεφαλικό έμφρακτο και κάπνισμα, όλα μετράνε από ένα βαθμό έκαστο, αθροίζοντας συνολικά μαζί με την ηλικία 10 βαθμούς, που είναι το μέγιστο.

Για να διαγνωσθεί θρομβοεμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει οπωσδήποτε η μαγνητική εγκεφάλου να είναι θετική. Εφόσον δεν βρεθούν άλλα αίτια που να είναι υπεύθυνα για εμβολή θρόμβου στον εγκέφαλο, συνιστάται η σύγκλειση της ενδοκαρδιακής επικοινωνίας.

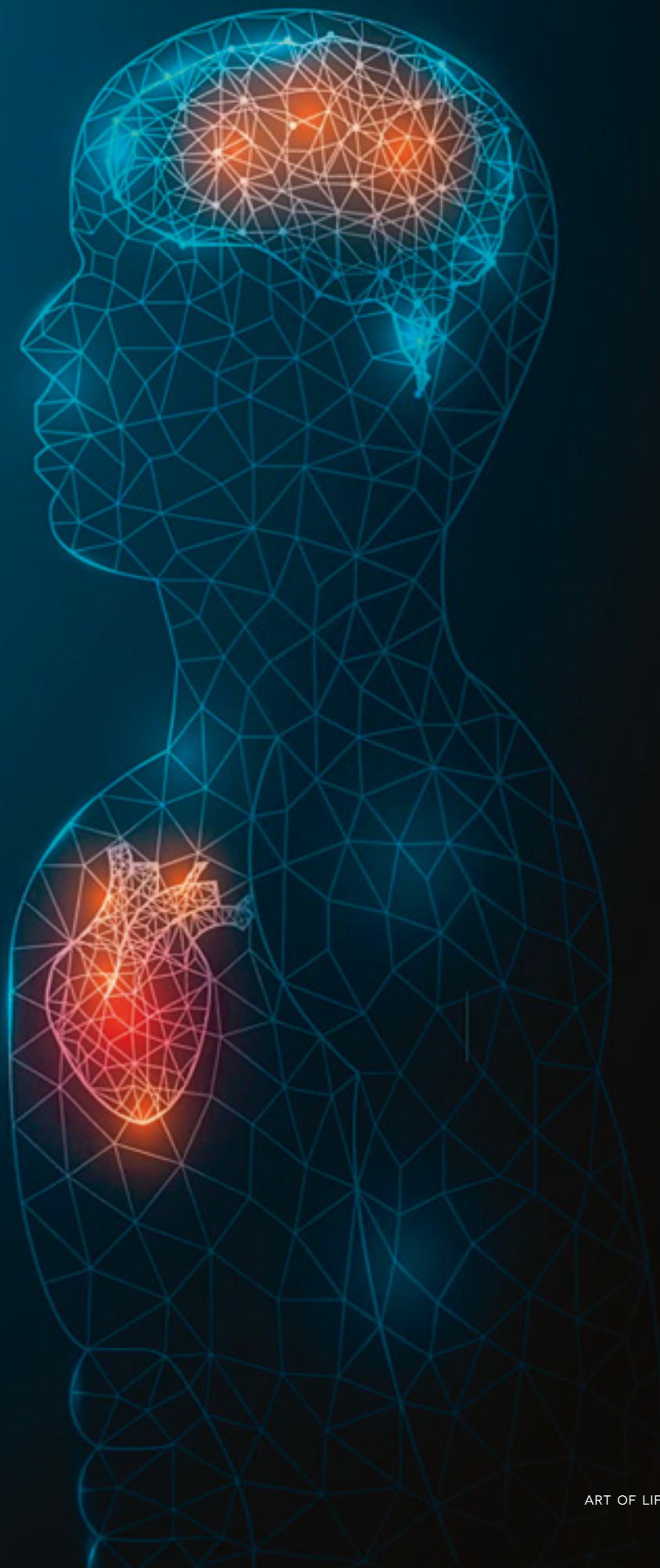
Η προτιμώμενη μέθοδος σύγκλεισης είναι με καθετηριασμό καρδιάς, κατά τον οποίο τοποθετείται ενδοκαρδιακά ένα εμφύτευμα – συσκευή που συγκλείει την επικοινωνία. Η μέθοδος είναι απολύτως ασφαλής και χρησιμοποιείται ήδη για περισσότερες από 4 δεκαετίες. Οι συσκευές σύγκλεισης, που κοινώς λέγονται και «συσκευές τύπου ομπρέλας», είναι πάντα μοντέλα διπλού δίσκου που εφαρμόζονται εκατέρωθεν του διαφράγματος. Αποτελούνται από μαλακό μέταλλο νικελίου με τιτάνιο (*nitinol*), ενώ υπάρχει και μοντέλο συσκευής επικαλυμμένο με πλατίνα για ασθενείς αλλεργικούς στο νίκελ.

Η νοσηλεία μετά από τοποθέτηση της ενδοκαρδιακής συσκευής σύγκλεισης είναι μια ημέρα, ενώ ο ασθενής στη συνέχεια λαμβάνει αγωγή τύπου ασπιρίνης ή άλλη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή για συνολικά 6 μήνες έως ότου η συσκευή επιθηλιοποιηθεί (καλυφθεί) πλήρως από τον οργανισμό. Η συνεννόηση για διακοπή της αγωγής πέραν των 6 μηνών γίνεται πάντα σε συμφωνία με τον νευρολόγο και σε συνάρτηση με την κλινική και απεικονιστική εικόνα από τη μαγνητική εγκεφάλου. Σημειώνεται ότι στα παιδιά θρομβοεμβολικά επεισόδια δια του ωοειδούς τρήματος είναι εξαιρετικά σπάνια έως και ανύπαρκτα, εκτός εξαιρέσεων σοβαρής κληρονομικής θρομβοφιλίας κ.ά. και ως εκ τούτου, τα παιδιά με PFO δεν χρήζουν ειδικής διερεύνησης ή αντιμετώπισης.



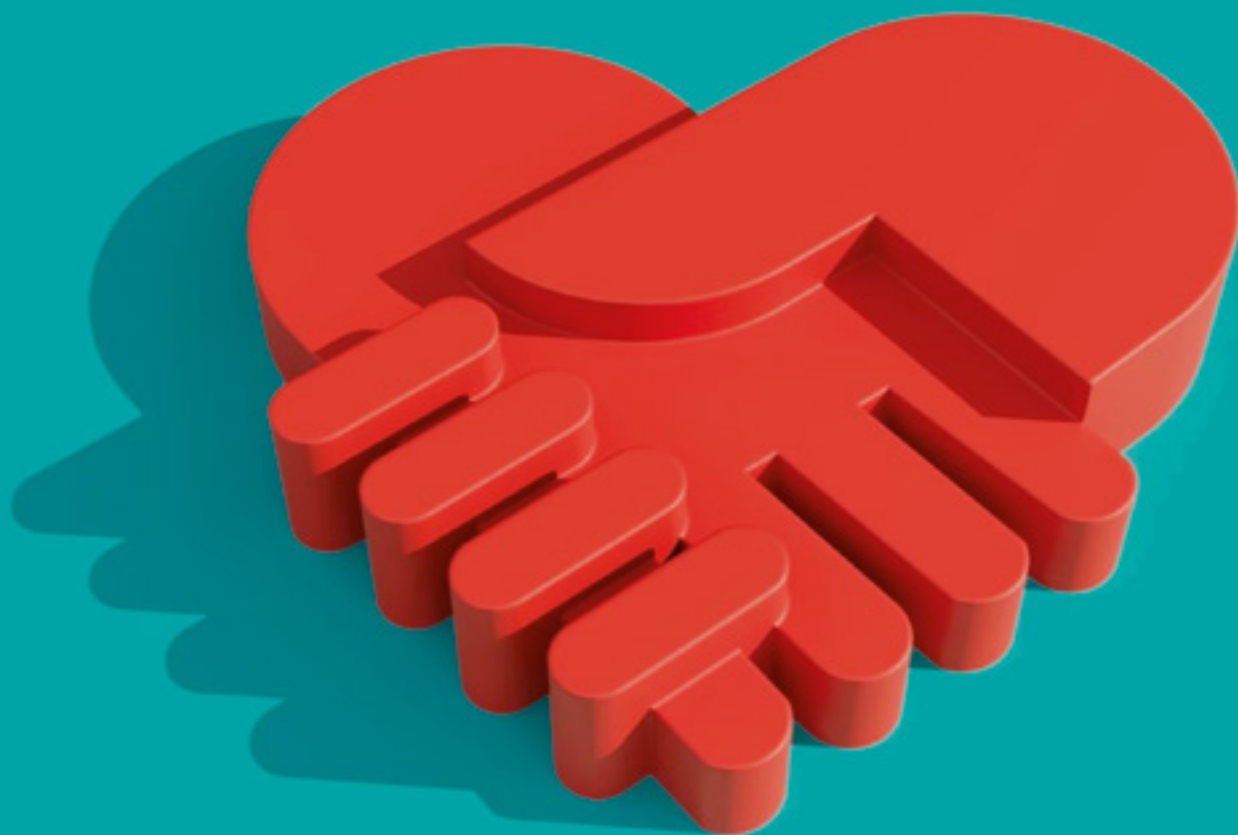
Δρ Αφροδίτη Τζίφα

Παιδοκαρδιολόγος – Καρδιολόγος
Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων
Διευθύντρια Κλινικής Παιδοκαρδιολογίας
και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων
ΜΗΤΕΡΑ, Επιστ. Συνεργάτιδα
ΥΓΕΙΑ και ΛΗΤΩ



ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΑ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ

ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ



Με τις παθήσεις των βαλβίδων της καρδιάς ασχολούνται ταυτόχρονα πολλές διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες. Μέχρι σήμερα η κάθε ειδικότητα έκανε τη δουλειά της μεμονωμένα. Ο ασθενής έκανε πολλά χωριστά ραντεβού, ενώ μετέφερε ο ίδιος τις εξετάσεις του από ιατρό σε ιατρό. Με το εξειδικευμένο κέντρο

καρδιακών βαλβίδων τα πράγματα αλλάζουν ριζικά προς το συμφέρον του ασθενούς. Υπάρχει ταχύτερη εξυπηρέτηση και εναρμονισμένος συντονισμός μεταξύ των ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι διεθνείς οδηγίες πλέον συνιστούν αυτή την οργάνωση για τα εξειδικευμένα κέντρα καρδιακών βαλβίδων.

Ο ρόλος του Καρδιοχειρουργού

Ο Καρδιοχειρουργός γνωρίζει πλέον αυτό που θέλει ο ασθενής –άριστο αποτέλεσμα για την πάθηση της καρδιάς του με τη λιγότερο επεμβατική μέθοδο. Οι περισσότερες επεμβάσεις βαλβίδων θα γίνουν είτε θωρακοσκοπικά (με κάμερα και πολύ μικρή τομή στο θώρακα) είτε πλήρως διαδερμικά (με καθετήρα όπως γίνεται μια απλή στεφανιογραφία), αποφεύγοντας τη στερνοτομή. Παραδείγματα των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται χωρίς στερνοτομή είναι η επιδιόρθωση μιτροειδούς βαλβίδας, αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας, επιδιόρθωση τριγλώχινας βαλβίδας, η αορτοστεφανιαία παράκαμψη (γνωστή και ως bypass) και η επιδιόρθωση πολύπλοκων ανευρυσμάτων. Ο προεγχειρητικός έλεγχος σε συντονισμό με τους υπόλοιπους ιατρούς της ομάδας θα δώσει τα στοιχεία για τον κατάλληλο σχεδιασμό της επέμβασης.

Ο ρόλος του Επεμβατικού Καρδιολόγου

Ο Επεμβατικός Καρδιολόγος είναι ειδικός στην αντιμετώπιση καρδιακών παθήσεων με τη χρήση καθετήρων που εισάγονται από αρτηρία ή φλέβα του χεριού και του ποδιού. Σε συνεργασία με τον Καρδιοχειρουργό πραγματοποιούν υβριδικές και διαδερμικές επεμβάσεις βαλβίδων. Η συνεργασία πάνω σε διαφορετικές τεχνικές φέρνει καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Ο συνηθισμένος χώρος αυτών των επεμβάσεων είναι το υβριδικό χειρουργείο –μία ειδικά διαμορφωμένη αίθουσα εξοπλισμένη με την τελευταία λέξη της τεχνολογίας που επιτρέπει όλες τις λειτουργίες της κλασικής χειρουργικής αίθουσας μαζί με αυτές του αιμοδυναμικού εργαστηρίου.

Ο ρόλος του Αναισθησιολόγου καρδιάς

Ο Αναισθησιολόγος με εξειδίκευση στην καρδιά έχει ειδικό ρόλο στις επεμβάσεις καρδιάς και στα κέντρα καρδιακών βαλβίδων, συμβάλλοντας στον εξονυχιστικό έλεγχο του ασθενούς πριν την επέμβαση για να εξασφαλίσει την ομαλή ροή της επέμβασης. Επίσης, θα συνεργαστεί με τον Καρδιοχειρουργό και Επεμβατικό Καρδιολόγο κατά τη διάρκεια της επέμβασης για να δώσει σημαντικά στοιχεία για την κατάσταση της καρδιάς του ασθενούς και να ρυθμίσει την περιεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς. Ο Αναισθησιολόγος συμβάλλει σημαντικά στη διαχείριση και εξάλειψη του πόνου του ασθενούς, κάτι το οποίο είναι σημαντικό για τη γρήγορη κινητοποίησή του και τη μείωση των ημερών παραμονής του στο νοσοκομείο.

Ο ρόλος του Απεικονιστή Καρδιολόγου – ειδικού στον Υπέρηχο Καρδιάς Triplex

Ο Καρδιολόγος με εξειδίκευση στον υπέρηχο παίζει σημαντικό ρόλο προεγχειρητικά, κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετεγχειρητικά. Πριν την επέμβαση δίνει στην ομάδα λεπτομέρειες για τις βαλβίδες της καρδιάς, τη γενικότερη λειτουργία της καρδιάς και τις πιθανές αλλαγές στη δομή της καρδιάς που έχουν προκληθεί από τη βαλβιδοπάθεια. Η σχέση του με τον ασθενή θα συνεχιστεί εντός της χειρουργικής αίθουσας. Εκεί ο ίδιος ιατρός θα ολοκληρώσει τον δι-οισοφάγειο υπέρηχο για να δώσει εικόνες και συμπεράσματα για τη λειτουργία της καρδιάς αμέσως πριν την επέμβαση και στο τέλος της επέμβασης θα κάνει «έλεγχο ποιότητας», ελέγχοντας ότι η επέμβαση έχει ολοκληρωθεί με επιτυχία.

Ο ρόλος του Κλινικού Καρδιολόγου

Ο Κλινικός Καρδιολόγος είναι από τα σημαντικότερα μέλη της ομάδας επειδή έχει την ευθύνη της χρόνιας παρακολούθησης του ασθενούς. Ο ίδιος ξέρει καλύτερα το ιστορικό και τις παθήσεις του ασθενούς και συμβάλλει σημαντικά στην ομαλή συνεργασία όλων των ειδικοτήτων. Οι γνώσεις του για τη διάγνωση, αλλά και τη θεραπεία των βαλβίδων της καρδιάς, τον κάνει πολύτιμο μέλος της ομάδας.

Ο ρόλος του Ακτινολόγου

Ο Ακτινολόγος προσφέρει πολύτιμα στοιχεία απεικόνισης όλου του σώματος του ασθενούς. Για ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους θα δημιουργήσει τη «χαρτογράφηση» του σώματος του ασθενούς δείχνοντας την ανατομική σχέση των αρτηριών, των βαλβίδων της καρδιάς, τη δομή του θώρακα, αλλά και τη λειτουργία και τη θέση των άλλων οργάνων που μπορεί να επηρεάσουν την επέμβαση. Οι πιο συνηθισμένες τεχνικές είναι η αξονική και μαγνητική τομογραφία, αλλά και η αγγειογραφία και ο υπέρηχος και το PET θα συμβάλουν σημαντικά σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Η τεχνική της τρισδιάστατης ανασύνθεσης μπορεί να δημιουργήσει ψηφιακά «μοντέλα», πάνω στα οποία μπορεί να γίνει και προσομοίωση της επέμβασης για βελτιστοποίηση του προεγχειρητικού σχεδιασμού.

Ο ρόλος του Εντατικολόγου

Στα διεθνώς αναγνωρισμένα κέντρα καρδιακών βαλβίδων υπάρχουν οι κατάλληλοι εντατικολόγοι που στελεχώνουν τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αυτοί οι ιατροί έχουν εκπαιδευτεί για την άμεση μετεγχειρητική παρακολούθηση και διαχείριση του ασθενούς.

Υπάρχουν πολλές ιατρικές ειδικότητες που θα συντονιστούν για το καλό του ασθενούς και η κάθε ειδικότητα θα προσφέρει κάτι σημαντικό, ώστε να υπάρχει το βέλτιστο τελικό αποτέλεσμα για τον ασθενή. Αυτή η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων είναι το μυστικό της επιτυχίας των εξειδικευμένων κέντρων καρδιακών βαλβίδων.



Γρηγόρης Παττακός
Καρδιοχειρουργός
Αναπλ. Διευθυντής Β'
Καρδιοχειρουργικής Κλινικής
ΥΓΕΙΑ & Αναπλ. Διευθυντής
Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ

Εδώ και αρκετά χρόνια, σε όλες τις ειδικότητες γίνεται μια προσπάθεια ελαχιστοποίησης του τραύματος που προκαλεί η χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών. Η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική ήρθε να καλύψει αυτή την ανάγκη, επιτρέποντας την εκτέλεση σύνθετων χειρουργικών επεμβάσεων στην καρδιά με τη βοήθεια ενδοσκοπικής κάμερας, με τον ίδιο τρόπο που επεμβαίνουμε στην αφαίρεση της χολής, ελαχιστοποιώντας την επιβάρυνση του οργανισμού.

Η σύγχρονη καρδιοχειρουργική συνδυάζει πλέον το άριστο χειρουργικό αποτέλεσμα με την απaráμιλλη αισθητική, χωρίς τα μειονεκτήματα της μέσης στερνοτομής, δηλαδή της κλασικής διάνοιξης του στήνους.

Η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική είναι το μέλλον στη χειρουργική των καρδιοπαθειών.

Η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική επιτρέπει την εκτέλεση σύνθετων χειρουργικών επεμβάσεων στην καρδιά μέσα από μικρές οπές ανάμεσα από τα πλευρά του θώρακα του ασθενή. Τα ειδικά εργαλεία και η κάμερα-video εισάγονται μέσα από αυτές τις μικρές οπές. Ο χειρουργός εκτελεί την επέμβαση με λεπτομερή ακρίβεια, έχοντας μεγενθυμένη εικόνα της περιοχής στην οποία επεμβαίνει, ελαχιστοποιώντας την επιβάρυνση του οργανισμού και αποφεύγοντας τη μέση στερνοτομή.

Με αυτό τον τρόπο, ο ασθενής διατρέχει μικρότερο κίνδυνο λοίμωξης, συντομεύεται η παραμονή του στο νοσοκομείο, μειώνονται οι μεταγγίσεις αίματος, ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σχεδόν ανύπαρκτος και το αισθητικό αποτέλεσμα είναι απaráμιλλο, αφού οι τομές είναι πολύ μικρές, ενώ στις γυναίκες γίνονται κάτω από το στήθος και δεν φαίνονται καθόλου.

Η ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική, σε εξειδικευμένα χέρια, επιτρέπει τη θεραπεία της ανεπάρκειας της μιτροειδούς ή τριγλώχινας βαλβίδας με την επιδιόρθωση και διατήρηση της βαλβίδας του ασθενή, επιτυγχάνοντας έτσι φυσιολογική λειτουργία της βαλβίδας,

χωρίς να την έχουμε αντικαταστήσει με τεχνητή προσθετική βαλβίδα. Μπορούμε επίσης όταν χρειάζεται, να αντικαταστήσουμε την αορτική βαλβίδα ή να γίνει σύγκλιση της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας, αφαίρεση του μυξώματος ή ακόμη και να επέμβουμε στη στεφανιαία νόσο χωρίς διάνοιξη του στήνους.

Η ομάδα της Γ' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ έχει τη μεγαλύτερη εμπειρία στη χώρα μας και από τις μεγαλύτερες διεθνώς. Αναγνώριση αυτής της μακροχρόνιας εμπειρίας στην ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική, των καινοτόμων τεχνικών, των άριστων αποτελεσμάτων, καθώς και των πολλαπλών διεθνών δημοσιεύσεων είναι η ανάληψη από τον Δρα Πάνο του ρόλου του διεθνούς εκπαιδευτή (International proctor) καρδιοχειρουργικών ομάδων του εξωτερικού στις χώρες τους. Η χειρουργική εμπειρία του Δρος Πάνου και των συνεργατών του, σε συνδυασμό με τον υπερσύγχρονο εξοπλισμό του ΥΓΕΙΑ και την άρτια εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου μας έχουν καθιερώσει πλέον το ΥΓΕΙΑ ως κέντρο αναφοράς στην ενδοσκοπική καρδιοχειρουργική στη χώρα μας.



Αριστοτέλης Πάνος
Καρδιοχειρουργός
Διευθυντής
Γ' Καρδιοχειρουργικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ





ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αορτή είναι η μεγαλύτερη αρτηρία του σώματος, η οποία διοχετεύει οξυγονωμένο αίμα από την καρδιά σε ιστούς, όργανα και στον εγκέφαλο. Οι παθήσεις της αορτής αφορούν σε μη φυσιολογικές ανατομικές παραμέτρους όπως η αυξημένη διάμετρος ή αλλιώς ανεύρυσμα, παρουσία σοβαρών αλλοιώσεων όπως εκτεταμένη αθηρωμάτωση και σε ιδιαίτερα οξείες καταστάσεις όπως η ρήξη ή ο διαχωρισμός της αορτής.

Ανεύρυσμα

Ως ανεύρυσμα ορίζεται η παρουσία διάτασης της διαμέτρου της αορτής τουλάχιστον κατά 1,5 φορά από την προβλεπόμενη φυσιολογική. Μπορεί να εμφανίζεται σε οποιοδήποτε τμήμα της αορτής και σχετίζεται με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών όπως ο διαχωρισμός ή η ρήξη της αορτής, καταστάσεις οι οποίες εμφανίζουν πολύ υψηλή θνητότητα και χρήζουν σε κάθε περίπτωση αντιμετώπισης σε υπερεπείγουσα φάση. Επομένως, η έγκαιρη διάγνωση, πριν την εμφάνιση των επιπλοκών, μπορεί να είναι σωτηρία για τον ασθενή και σε αυτό το πλαίσιο οι πιο σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες προκρίνουν γενικό διαγνωστικό έλεγχο σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως υπερτασικοί ασθενείς, καπνιστές, παχύσαρκοι, καθώς και ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό παθήσεων της αορτής.

Αντιμετώπιση ανευρυσμάτων

Οι επεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της αορτής συγκαταλέγονται ανάμεσα στις επεμβάσεις μείζονος σημασίας, με τη βαρύτητα ωστόσο να ποικίλει ανάλογα με την εντόπιση και των χαρακτηριστικών της βλάβης. Ουσιαστικά σκοπός των επεμβάσεων αυτών είναι η αντικατάσταση των σημείων της αορτής στα οποία εντοπίζεται η βλάβη με τη χρήση κατάλληλων μοσχευμάτων. Οι επεμβάσεις αυτές απαιτούν σημαντική χειρουργική εμπειρία, αλλά και χρήση νέων μεθόδων που παρουσιάζουν πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Πιο συγκεκριμένα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων της αορτικής ρίζας που πολύ συχνά συνοδεύεται με ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας. Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση έγκειται στην αντικατάσταση της αορτικής ρίζας και της αορτικής βαλβίδας με τη χρήση βαλβιδοφόρου μοσχεύματος. Το μεγάλο μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η ανάγκη για τη λήψη αντιπηκτικής αγωγής, η οποία σχετίζεται με σοβαρές επιπλοκές από τον ασθενή εφ' όρου ζωής. Για την αποφυγή της χρήσης της αντιπηκτικής αγωγής, έχουν αναπτυχθεί τεχνικές για την αντικατάσταση της αορτικής ρίζας με διατήρηση της γηγενούς αορτικής βαλβίδας. Η συγκεκριμένη τεχνική (επέμβαση κατά David) παρουσιάζει αντίστοιχα, αν όχι καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την παραδοσιακή μέθοδο, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Παράλληλα, εμφανίζει και πλεονεκτήματα όπως ο περιορισμός

των περιπτώσεων λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε επίπεδο που εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό. Η εν λόγω μέθοδος τείνει να αποτελέσει την κύρια επιλογή στις αναπτυγμένες χώρες, ωστόσο στη χώρα μας ελάχιστοι χειρουργοί είναι εξοικειωμένοι με τέτοιες μεθόδους.

Ένα άλλο πεδίο που αποτελεί ακόμα πρόκληση για κάθε χειρουργό είναι η αποκατάσταση θωρακοκοιλιακών ανευρυσμάτων. Οι ενδοαγγειακές τεχνικές έχουν σίγουρα δώσει αξιόπιστες λύσεις για περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι κατάλληλοι λόγω της γενικής κατάστασης υγείας για εκτεταμένες ανοικτές χειρουργικές επεμβάσεις. Παρ' όλα αυτά, τα μακροχρόνια αποτελέσματα δεν είναι αντίστοιχα με αυτά της πλήρους αντικατάστασης της πάσχουσας αορτής, ενώ συχνά παρατηρούνται επιπλοκές, όπως η ενδοδιαφυγή, οι οποίες απαιτούν εκ νέου παρεμβάσεις. Με αυτή την οπτική, οι ανοικτές χειρουργικές επεμβάσεις διατηρούν ακόμα την κύρια αντιμετώπιση με διαρκώς βελτιούμενα αποτελέσματα και σε κάθε περίπτωση πρέπει να προκρίνονται σε ασθενείς με καλή γενική κατάσταση.

Οι περιπτώσεις των παθήσεων της αορτής αυξάνονται σταθερά τα τελευταία χρόνια, γεγονός που σχετίζεται με τη γήρανση του πληθυσμού, τον τρόπο ζωής, αλλά και τη βελτίωση των διαγνωστικών τεχνικών.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτής σχετίζεται με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα, πρέπει να γίνεται χωρίς καθυστέρηση επί ενδείξεων και οι νέες μέθοδοι προσφέρουν δυνατότητες για περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά την επέμβαση.



Δημήτριος Χ. Ηλιόπουλος
Καρδιοχειρουργός
Διευθυντής Δ' Καρδιοχειρουργικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

Τελευταία έρχονται συχνά στη δημοσιότητα ειδήσεις για τον αιφνίδιο θάνατο ενός μικρού παιδιού ή νέου αθλητή. Ευτυχώς είναι σπάνιο φαινόμενο που οφείλεται σε συγκεκριμένα υποκείμενα καρδιολογικά προβλήματα, «ύπουλα», γιατί συνήθως παραμένουν ασυμπτωματικά έως τη μοιραία στιγμή.

Η Ευρωπαϊκή Αρρυθμιολογική Εταιρεία έχει υπολογίσει ότι 1-2 / 100.000 αθλητές μεταξύ 12 και 35 ετών πεθαίνουν αιφνιδίως κάθε χρόνο.

Οι δύο συχνότερες αιτίες των τραγικών αυτών συμβαμάτων είναι:

- 1) Μυοκαρδιοπάθειες και πρωτοπαθείς αρρυθμιογόνες παθήσεις.
- 2) Συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών.

Και οι δύο αιτίες μπορεί να διαγνωστούν με ουσιαστικό (όχι απλώς τυπικό) προαθλητικό έλεγχο που συμπεριλαμβάνει λεπτομερές ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό, φυσική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπερηχοκαρδιογράφημα.

Η περαιτέρω διάγνωση και διαχείριση των καρδιομυοπαθειών και πρωτοπαθών αρρυθμιογόνων βλαβών αποτελεί αντικείμενο Κλινικών εξειδικευμένων στην Καρδιακή Ανεπάρκεια και στην Ηλεκτροφυσιολογία και ενδεχομένως συμπεριλαμβάνει προληπτική εμφύτευση απινιδωτή. Αυτή απαιτεί χειρουργική επέμβαση στα μικρά παιδιά.

Ο ρόλος της παιδοκαρδιοχειρουργικής είναι καίριος για τη θεραπεία της δεύτερης συχνότερης αιτίας του αιφνίδιου θανάτου στα παιδιά και στους νέους, που είναι διάφορες εκ γενετής ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών. Αυτές παραμένουν δυστυχώς συχνά αδιάγνωστες για χρόνια αφού είναι συνήθως ασυμπτωματικές ή τα συμπτώματά τους παρερμηνεύονται.

Ενώ μερικές φορές απαντάται ασυμπτωματική ανώμαλη έκφυση της αριστερής και σπανιότερα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από την πνευμονική αρτηρία [anomalous origin of the left (or right) coronary artery from the pulmonary artery (ALCAPA ή ARCAPA)], οι βλάβες αυτές συνήθως δημιουργούν σοβαρά συμπτώματα, διαγιγνώσκονται στη βρεφική ηλικία και τότε διορθώνονται χειρουργικά με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Οι συχνότερες στεφανιαίες ανωμαλίες που μπορεί να οδηγήσουν σε αιφνίδιο θάνατο στους νεαρούς ενήλικες αφορούν στην ανώμαλη αορτική έκφυση της αριστερής ή της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από τον αντίθετο αορτικό κόλπο του Valsalva (Anomalous Aortic Origin of Coronary Artery – AAOCA). Η πορεία της στεφανιαίας αρτηρίας είναι επίσης ανώμαλη, αφού διέρχεται ανάμεσα από τα μεγάλα αγγεία, δηλαδή την αορτή και την πνευμονική αρτηρία. Εκεί η ανώμαλη στεφανιαία μπορεί να συμπιεστεί κατά τη διάρκεια της

άσκησης, όταν η αρτηριακή πίεση στα μεγάλα αγγεία είναι αυξημένη, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ισχαιμίας που με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρα αρρυθμία, δηλαδή καρδιακή ανακοπή.

Η καρδιοχειρουργική θεραπεία της AAOCA

Κάποιες υποκατηγορίες της AAOCA, κυρίως η ασυμπτωματική ανώμαλη έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από τον αριστερό κόλπο του Valsalva (AAORCA), θεωρούνται χαμηλού κινδύνου και επί αρνητικών δοκιμασιών ισχαιμίας δεν χρειάζονται απαραίτητα χειρουργική θεραπεία, αλλά οπωσδήποτε περιορισμό των έντονων αθλητικών δραστηριοτήτων.

Όμως, η ανώμαλη έκφυση της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας από τον δεξιό κόλπο του Valsalva (AAOLCA), αλλά και όλες οι περιπτώσεις όπου υπάρχουν συμπτώματα ή εργαστηριακές ενδείξεις ισχαιμίας θεωρούνται επικίνδυνες. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να διακόπτεται κάθε αθλητική δραστηριότητα και να πραγματοποιείται καρδιοχειρουργική διόρθωση από εξειδικευμένους παιδοκαρδιοχειρουργούς. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές χειρουργικής διόρθωσης που διαφέρουν ανάλογα με εξαιρετικά σημαντικές λεπτομέρειες της ανατομίας του κάθε ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ενδείξεις και η καταλληλότερη ενδεικνυόμενη χειρουργική τεχνική αποτελεί αντικείμενο συνεχιζόμενης ιατρικής έρευνας.

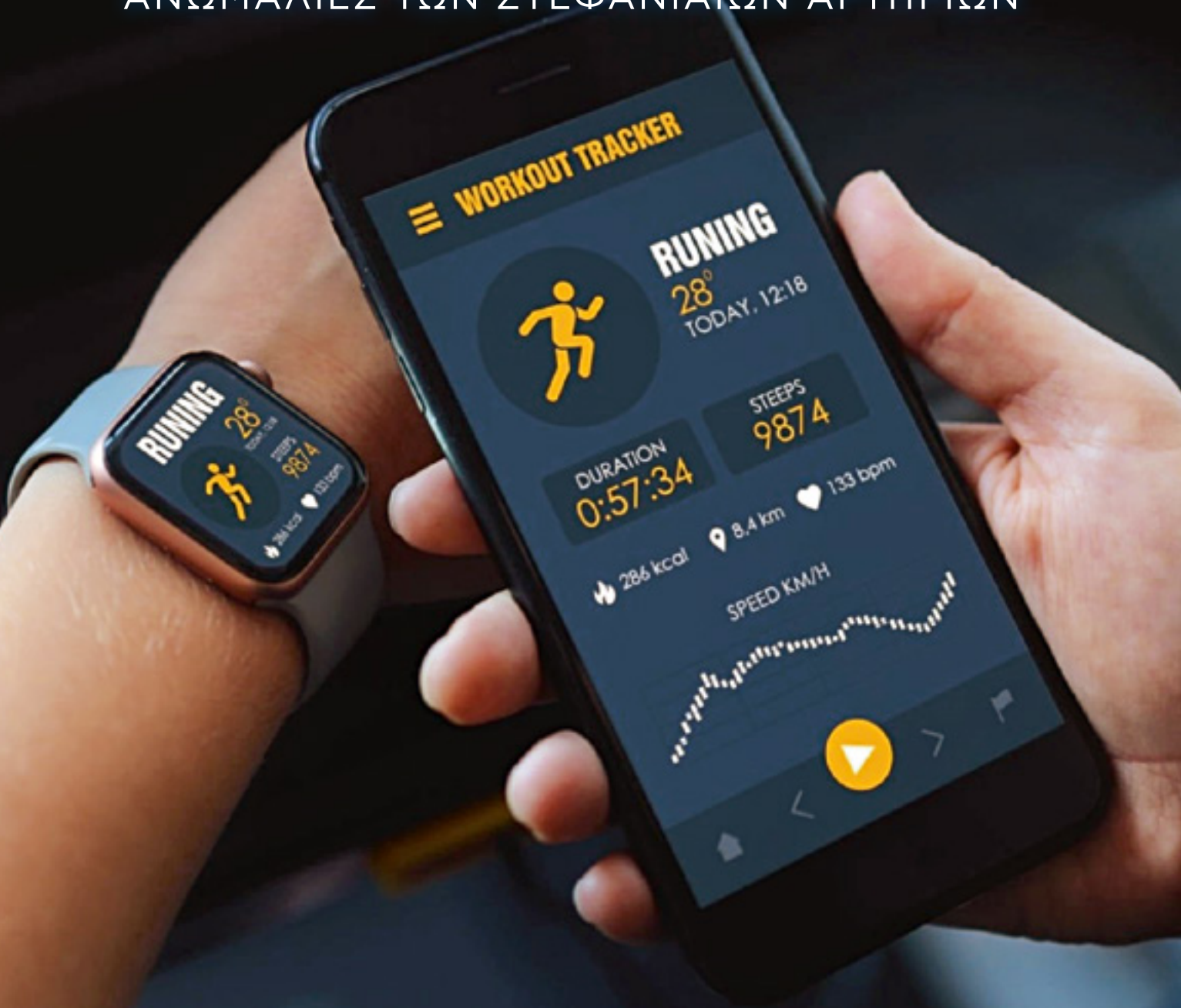
Λόγω της σπανιότητας των παθήσεων αυτών, οι εγκυρότερες σχετικές μελέτες είναι προϊόντα πολυκεντρικών συνεργασιών, από την Αμερικανική Congenital Heart Surgeons Society (CHSS), καθώς και την European Congenital Heart Surgeons Association (ECHSA). Μάλιστα, η σχετική εργασία μας της ECHSA τιμήθηκε ως κεντρική εργασία στο πρόσφατο ετήσιο Συνέδριο της European Association for Cardiothoracic Surgery (EACTS) στη Βιέννη. Η μελέτη αποδεικνύει ότι η λεπτομερής ανατομική διάγνωση και η ορθή χειρουργική αντιμετώπιση συνοδεύεται από άριστα αποτελέσματα και οι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν σε φυσιολογικές δραστηριότητες.



Γιώργος Σαρής
Παιδοκαρδιοχειρουργός
Διευθυντής Β' Παιδοκαρδιοχειρουργικής
Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ & ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ ΜΕ
ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ



ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ



Ο υπέρηχος καρδιάς είναι μια απεικονιστική εξέταση, κατά την οποία μελετώνται τα δομικά στοιχεία της καρδιάς. Είναι μια δυναμική μελέτη, εννοώντας ότι ενώ η καρδιά πάλλεται μέσα στο θώρακα, ο υπερηχογραφιστής στοχεύει και στέλνει ήχο (υπέρηχο) μέσω του ηχοβολέα, ο οποίος ανακλάται και μετατρέπεται σε εικόνα (μέσω υπολογιστή) κι έτσι, μπορούμε να δούμε τη σύσπαση του καρδιακού μυός, τη συμπεριφορά των βαλβίδων, το περικάρδιο, τα μεγάλα αγγεία κ.λπ.

Ο υπέρηχος καρδιάς συμπληρώνει και βελτιώνει την καρδιολογική εξέταση που περιλαμβάνει ακρόαση μέσω στηθοσκοπίου και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Τα δύο παραπάνω ελέγχουν με έμμεσα στοιχεία την καρδιακή λειτουργία, ενώ με τον υπέρηχο μπορούμε να δούμε ζωντανά τη λειτουργία της καρδιάς. Με αυτό τον τρόπο, μπορούν να αντιμετωπιστούν άμεσα διάφορα διαγνωστικά προβλήματα.

Τα παρακάτω μπορεί να εκλαμβάνονται απλά και αυτός είναι ο στόχος του παρόντος, αλλά χρειάζεται μια επίπονη διαδικασία εξειδίκευσης, η οποία διαρ-

κεί χρόνια μετά την απόκτηση της ειδικότητας για να φτάσει κάποιος σε ικανοποιητικό επίπεδο επάρκειας.

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι υπερήχου καρδιάς όπως:

Διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς

Είναι μια ανώδυνη εξέταση που εκμεταλλεύεται τα ανακλώμενα από την καρδιά κύματα υπερήχων για να δημιουργήσει μια εικόνα αυτής και των μεγάλων αγγείων.

Διοισοφαγία μελέτη

Έχει την ίδια ακριβώς τεχνική λογική με τη διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία. Ωστόσο, στην περίπτωση της διοισοφαγικής μελέτης, ο ειδικός ηχοβολέας προωθείται από τη στοματική κοιλότητα στον οισοφάγο και στον στόμαχο (μια διαδικασία που μοιάζει με τη γαστροσκόπηση) από όπου απέχει ελάχιστα από το υπό μελέτη όργανο, δηλαδή την καρδιά. Πρόκειται δηλαδή για μια ηπίως επεμβατική δοκιμασία, για την οποία απαιτείται κατάλληλη προετοιμασία (ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός για 6-8 ώρες πριν την εξέταση) και χορηγείται ήπια μέθη ή και αναισθησία σε πιο δύσκολες περιπτώσεις.

Υπερηχογραφία αντίθεσης (Contrast Echo)

Είναι μια υπερηχογραφική τεχνική που χρησιμοποιεί μικροφουσαλίδες (φυσιολογικού ορού ή τεχνητού ηχοσκιαγραφικού παράγοντα) και εφαρμόζεται για αποσαφήνιση των ορίων του ενδοκαρδίου και για εκτίμηση σε αληθινό χρόνο της ενδοκαρδιακής και μυοκαρδιακής αιματικής ροής με τη χρήση ηχοσκιαγραφικού παράγοντα ή για την ανεύρεση ελλείμματος σε τοίχωμα των καρδιακών κοιλοτήτων, επιτρέποντας την επικοινωνία μεταξύ τους από μη φυσιολογική οδό.

Έγχρωμο ηχοκαρδιογράφημα Doppler

Μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με διαθωρακικό είτε με διοισοφαγικό τρόπο, όπως απαιτείται. Καθιστά δυνατή την επισήμανση της ροής του αίματος με μεγαλύτερη ακρίβεια χάρη στην τεχνολογία έγχρωμου Doppler.

Δυναμική υπερηχογραφία (Stress Echo)

Πρόκειται για μια υψηλής διαγνωστικής αξίας εξέταση, η οποία χρησιμοποιείται κυρίως για τον έλεγχο της λειτουργικότητας και την ανίχνευση σημαντικών στενώσεων στα στεφανιαία αγγεία. Αποτελεί μια εξειδικευμένη τεχνική που χρησιμοποιείται για την πρώιμη και αξιόπιστη ανίχνευση της στεφανιαίας νόσου και για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας. Είναι από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους.

Τρισδιάστατη (3D) Υπερηχοκαρδιογραφία

Είναι μια εξειδικευμένη εξέταση που χρησιμοποιεί υπερήχους για την απεικόνιση της καρδιάς σε 3 διαστάσεις (3D) στο χώρο. Η μέθοδος αυτή αποκαλύπτει την πλήρη ανατομία της καρδιάς με λεπτομέρεια. Μπορούμε να διερευνήσουμε αναλυτικά την ακριβή ανατομία στο χώρο σε σχέση με γειτονικούς ιστούς, την πληρέστερη αρχιτεκτονική και λειτουργία των καρδιακών βαλβίδων και λοιπών καρδιακών δομών, παρέχοντας εικόνες απαραίτητες για τη διάγνωση, την αιτιολογία της πάθησης και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Η υψηλής ποιότητας απεικόνιση θέτει συχνά το πλάνο για την αντιμετώπιση του ασθενούς ακόμα και κατά τη διάρκεια επέμβασης.

Θα σταθώ στη δυναμική υπερηχογραφία (stress echo), η οποία σε συνδυασμό με την υπερηχογραφία αντίθεσης είναι μία από τις κυριότερες μεθόδους για αναίμακτη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου.

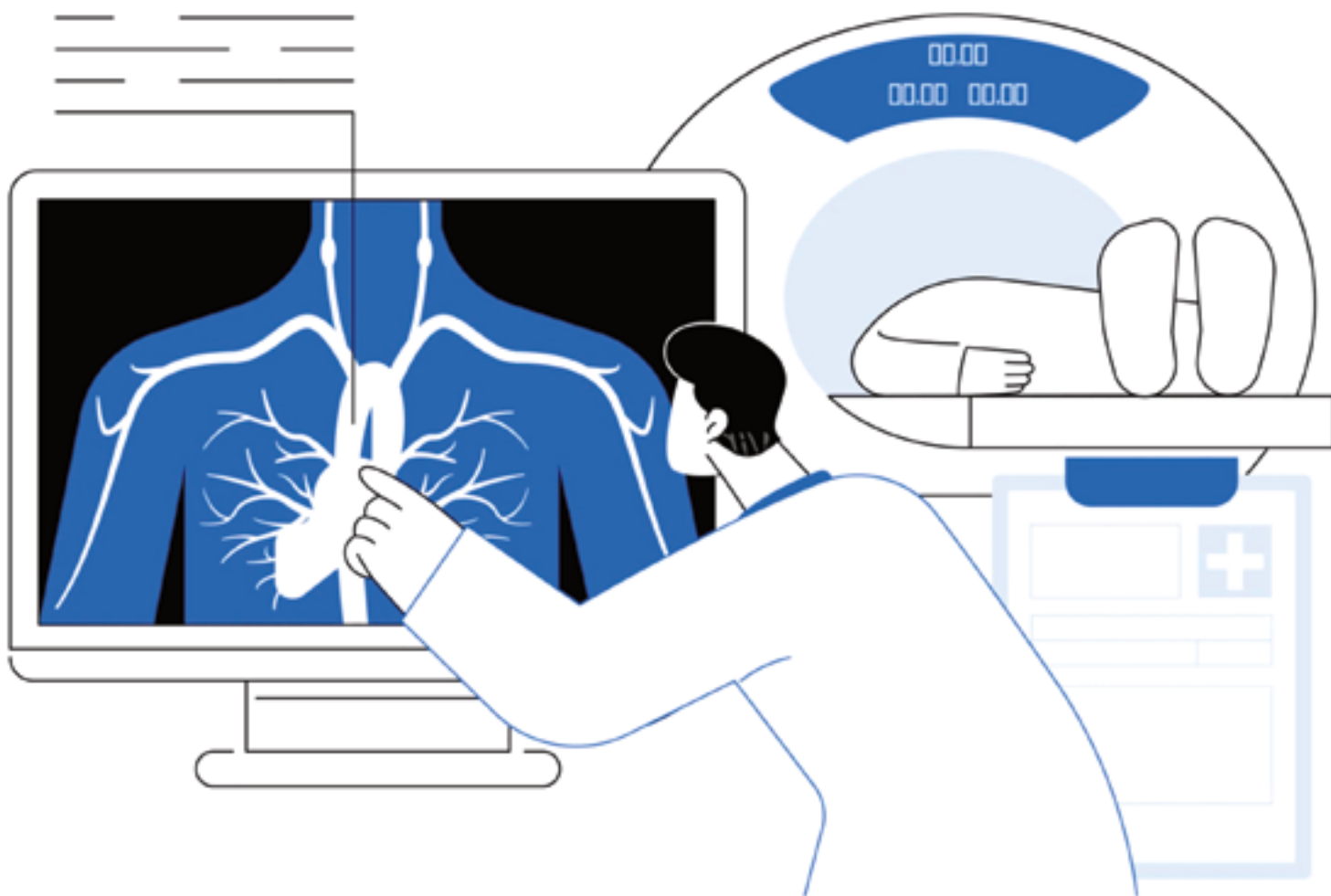
Έχει μεγάλη εξέλιξη από τη δεκαετία του '90 κι έχει ουσιαστικά αντικαταστήσει εδώ και αρκετά χρόνια την κλασική δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα γιατί έχει πολύ καλύτερη ευαισθησία στην ανεύρεση σημαντικής νόσου σε σχέση με την κλασική δοκιμασία κόπωσης. Θέλει, βέβαια, ιδιαίτερες ικανότητες και μεγάλη εμπειρία από τον εξειδικευμένο καρδιολόγο για να εκτελεστεί με ασφάλεια και με υψηλή ποιότητα απεικόνισης, τα οποία βέβαια το Τμήμα Υπερήχων Καρδιάς του ΥΓΕΙΑ τα παρέχει στο έπακρο.



Ιωάννης Λεβαντάκης
Καρδιολόγος
Διευθυντής Τμήματος Υπερήχων
Καρδιάς ΥΓΕΙΑ

ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΠΟΛΥΤΙΜΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ



Η μαγνητική τομογραφία έχει εισαχθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες ως μέθοδος απεικόνισης του καρδιαγγειακού συστήματος και σήμερα χρησιμοποιείται συχνά στη διαγνωστική καρδιολογία. Ως μέθοδος έχει μοναδικά υψηλή ικανότητα να διακρίνει χαρακτηριστικά των ιστών και διαφορές στη σύστασή τους (οίδημα, φλεγμονή, ουλή κ.λπ.) κι αυτό γρήγορα βοήθησε να καθιερωθεί η τεχνική ως η μέθοδος αναφοράς για την απεικόνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της ίνωσης σε διάφορες μορφές μυοκαρδιοπάθειας. Η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) καρδιάς θεωρείται διεθνώς ως η μέθοδος αναφοράς (gold standard) για τη μέτρηση των όγκων των κοιλιών και του κλάσματος εξώθησης, τον ιστικό χαρακτηρισμό του μυοκαρδίου και σχετιζόμενων παθήσεων, την ποσοτική μέτρηση των διαβαλβιδικών ροών και τη μυοκαρδιακή βιωσιμότητα. Η εκτίμηση της αιμάτωσης και της εφεδρικής ροής έχει παρόμοια, αν όχι καλύτερη αποτελεσματικότητα από άλλες απεικονιστικές τεχνικές και η χρήση της αυξάνεται ταχύρρυθμα. Στην εκτίμηση των στεφανιαίων αρτηριών η μαγνητική μπορεί αξιόπιστα να απεικονίσει την έκφυση και την πορεία τους, υστερεί όμως έναντι της αξονικής στεφανιογραφίας σε διακριτική ικανότητα και κλινική πληροφορία για παρουσία αθηροσκληρωτικής στεφανιαίας νόσου.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της MRI καρδιάς συγκριτικά με τις άλλες διαγνωστικές απεικονιστικές μεθόδους στην καρδιολογία;

Η MRI καρδιάς έχει πολλά πλεονεκτήματα και σε πολλές περιπτώσεις υπερτερεί των άλλων διαγνωστικών τεχνικών στην καρδιολογία. Ειδικότερα, η MRI καρδιάς:

1. Δεν εκθέτει τον ασθενή σε ιοντίζουσα ακτινοβολία (ακτίνες X ή γ).
2. Είναι ασφαλής, αναίμακτη και μη επεμβατική.
3. Μπορεί να εφαρμοστεί στη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών, χωρίς περιορισμό από το βάρος τους ή το σωματότυπο.
4. Διαθέτει πολύ υψηλή διακριτική ικανότητα, πολύ κάτω του χιλιοστού.
5. Επιτρέπει την τρισδιάστατη απεικόνιση σε κάθε κατεύθυνση, ανεξάρτητα από προκαθορισμένους ανατομικούς άξονες.
6. Μπορεί να μελετήσει κάθε πλευρά της καρδιακής ανατομίας και λειτουργικότητας.
7. Προσφέρει πολύ υψηλή ακρίβεια και επαναληψιμότητα στις μετρήσεις.

Ποιες είναι οι κύριες ενδείξεις για την MRI καρδιάς;

1. Μυοκαρδίτιδες και μυοκαρδιοπάθειες (κάθε τύπου).
2. Παρακολούθηση ογκολογικών αρρώστων που λαμβάνουν καρδιοτοξική χημειοθεραπεία.
3. Έλεγχος της βιωσιμότητας του μυοκαρδίου έπειτα από έμφραγμα ή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια άγνωστης ή γνωστής αιτιολογίας.
4. Συγγενείς καρδιοπάθειες τόσο προεγχειρητικά για τη διάγνωση και την εκτίμηση της βαρύτητας

όσο και μετεγχειρητικά για διαχρονική παρακολούθηση.

5. Παθήσεις των μεγάλων αγγείων (αορτής, πνευμονικής αρτηρίας κ.λπ.).

6. Βαλβιδοπάθειες (μέτρηση υπερτροφίας των τοιχωμάτων, διαστάσεων καρδιάς και ποσοτική εκτίμηση βαλβιδικής παλινδρόμησης).

7. Παθήσεις περικαρδίου.

8. Καρδιακοί όγκοι (πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς).

9. Εκτίμηση της αιμάτωσης του μυοκαρδίου σε stress ως κριτήριο διάγνωσης στεφανιαίας νόσου.

10. Σε επιλεγμένους αρρώστους μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για έλεγχο των στεφανιαίων αρτηριών).

Ποια είναι καλύτερη: η αξονική ή η μαγνητική στεφανιογραφία;

Εξαρτάται από το ειδικό ερώτημα. Στους περισσότερους εξεταζόμενους που καταφεύγουν σε αναίμακτη εκτίμηση των στεφανιαίων, το κλινικό ερώτημα είναι ο αποκλεισμός ύπαρξης αθηρωμάτωσης στις στεφανιαίες αρτηρίες. Εκεί σαφώς υπερέχει η αξονική στεφανιογραφία.

Όμως, αν το ερώτημα είναι αν υπάρχουν ανωμαλίες έκφυσης των στεφανιαίων αρτηριών ή αν υπάρχει προσβολή από νόσο Kawasaki, τότε υπερέχει η μαγνητική στεφανιογραφία. Επιπλέον, σε ασθενείς με έντονες ασβεστώσεις των στεφανιαίων αρτηριών, όπου η αξονική στεφανιογραφία έχει περιορισμούς, η μαγνητική τομογραφία υπερέχει, ειδικά όταν συνδυάζεται με stress MRI για την εκτίμηση μυοκαρδιακής ισχαιμίας.

Στο ΥΓΕΙΑ το 2002 ιδρύθηκε το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς και έκτοτε έχουν ολοκληρωθεί περίπου 10.000 εξετάσεις. Η ανάλυση των 1.000 πρώτων περιστατικών δημοσιεύθηκε στην Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση και περιστατικά από το κέντρο μας έχουν συμπεριληφθεί σε ξενόγλωσσο σύγγραμμα μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς.



Πέτρος Δανιάς
Καρδιολόγος, Υπεύθυνος
Τμήματος MRI Καρδιάς
ΥΓΕΙΑ

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

ΜΙΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ



Το σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου αποτελεί μια διαχρονικά δοκιμασμένη αναίμακτη μέθοδο εκτίμησης της αιμάτωσης της αριστεράς κοιλίας. Πρόκειται για λειτουργική δοκιμασία που πραγματοποιείται είτε με φυσική κόπωση (πρωτόκολλο Bruce) είτε με φαρμακευτική κόπωση.

Με την πρόοδο του χρόνου η μέθοδος εξελίσσεται τεχνικά, προσφέροντας καλύτερα αποτε-

λέσματα και επιπλέον πληροφορίες στον κλινικό ιατρό, μειώνοντας το χρόνο της εξέτασης και την ακτινική επιβάρυνση του εξεταζόμενου.

Ενδείξεις – χρησιμότητα

Η χρήση της μεθόδου περιλαμβάνει τον έλεγχο της αιματικής εφεδρείας τόσο σε γνωστούς στεφανιαίους ασθενείς όσο και σε ασθενείς με υποψία στεφανιαίας νόσου. Παράλληλα, προσφέρει διαστρωμάτωση κινδύνου για καρδιαγγειακό συμ-

βάν, καθώς υπάρχει γραμμική σχέση με το βαθμό, αλλά και την έκταση των ευρημάτων.

Ένα αρνητικό ή χαμηλής πιθανότητας σπινθηρογράφημα συνδέεται με πολύ χαμηλό ετήσιο κίνδυνο οξέος καρδιαγγειακού συμβάντος. Το ίδιο ισχύει και στον έλεγχο για ύπαρξη hibernated μυοκαρδίου. Έκταση μεγαλύτερη του 10% υποδεικνύει πιθανότητα σημαντικού οφέλους από επαναιμάτωση. Η μέθοδος, επίσης, έχει εφαρμογή στην εκτίμηση του διεγχειρητικού κινδύνου στο πλαίσιο μείζονος χειρουργικής επέμβασης, καθώς παθολογία στο σπινθηρογράφημα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Βιβλιογραφικά η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου εμφανίζουν σημαντικό εύρος. Αυτό κυρίως οφείλεται στην ποικιλομορφία των τεχνικών που χρησιμοποιούνται και στην παλαιότητα πολλών μελετών. Όταν η μέθοδος εφαρμόζεται με όλες τις σύγχρονες προδιαγραφές, εμφανίζει ικανοποιητική ευαισθησία και ειδικότητα (~90% και 85% αντίστοιχα).

Μελέτη κινητικότητας

Κάθε μελέτη αιματώσεως μυοκαρδίου πρέπει να πραγματοποιείται με σύγχρονες γ-κάμερες, με τομογραφική απεικόνιση (SPECT). Απαραίτητο στοιχείο, επίσης, είναι η gated μελέτη που μας δίνει πληροφορίες για την κινητικότητα και εν γένει, τη λειτουργικότητα της κοιλότητας. Διαταραχές της κινητικότητας και της πάχυνσης των τοιχωμάτων μετά την κόπωση υποδεικνύουν σοβαρότητα της ισχαιμίας. Μεταβολές της κινητικότητας και του κλάσματος εξώθησης μεταξύ κόπωσης και ηρεμίας έχουν προγνωστική αξία και μπορεί να αποκαλύψουν διαταραχές των στεφανιαίων ακόμα και σε μελέτες με φαινομενικά ομοιογενή πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου. Στις περιπτώσεις αυτές με αντίστοιχη στένωση μεταξύ των κύριων στεφανιαίων αγγείων, μεταβολές στη φάση κινητικότητας των τοιχωμάτων μεταξύ κόπωσης και ηρεμίας, καθώς και μεταβολές των διαστάσεων της κοιλότητας και του κλάσματος εξωθήσεως (TID), μπορούν να αποκαλύψουν το πρόβλημα.

Μέθοδος επεξεργασίας - Software

Προαπαιτούμενο, επίσης, σε κάθε σύγχρονη SPECT μελέτη είναι η εφαρμογή μοντέρνων μεθόδων επεξεργασίας. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνουμε όχι μόνο αύξηση της διακριτικής ικανότητας, αλλά και πραγματοποίηση μελετών με μικρότερες δόσεις του ραδιοφαρμάκου, άρα και σημαντικό περιορισμό της ακτινικής επιβάρυνσης.

Διόρθωση απορρόφησης φωτονίων - SPECT/CT και επίδραση στην εικόνα

Εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα της σπινθηρογραφικής μελέτης είναι η διόρ-

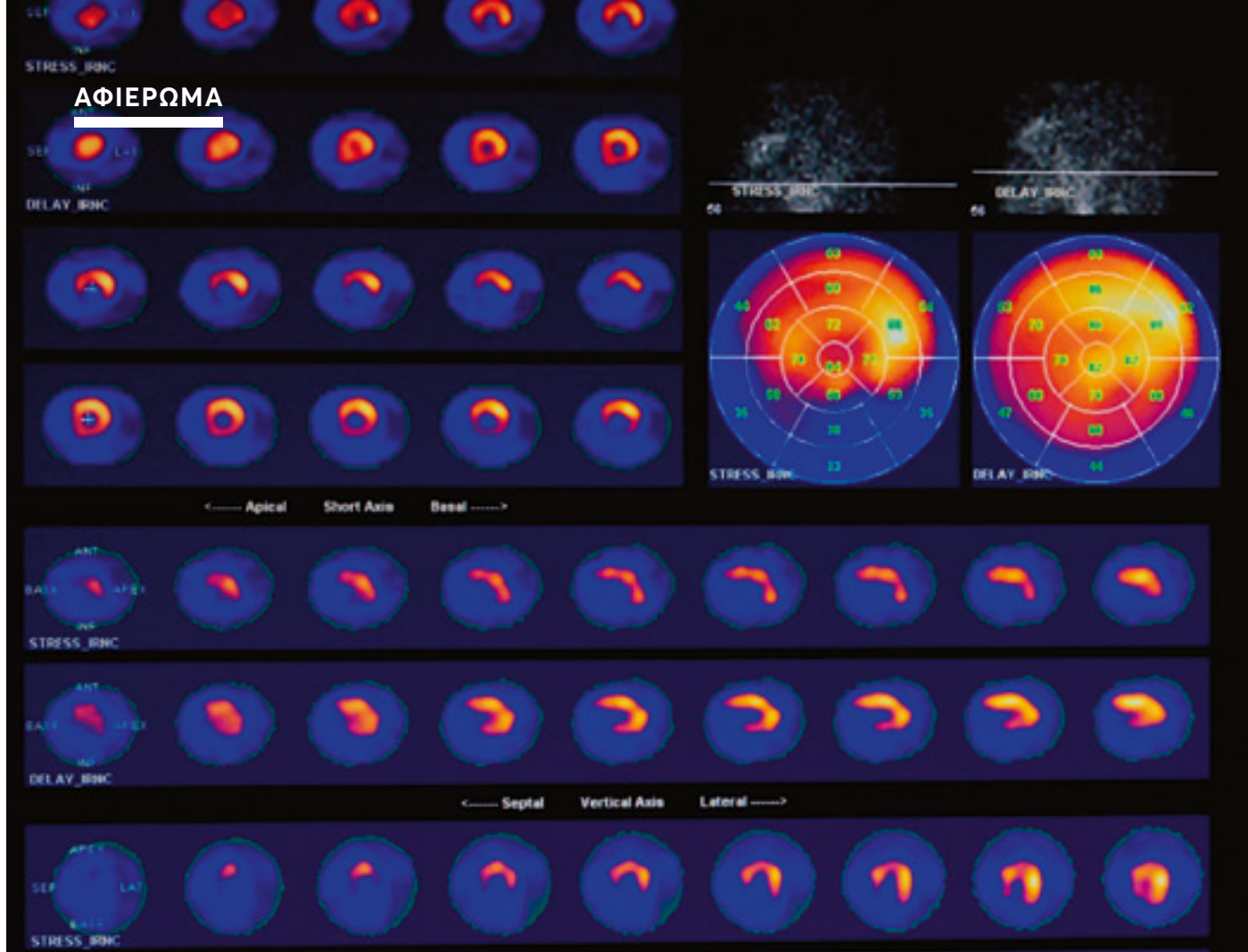
θωση της απορρόφησης των φωτονίων. Πρόκειται για το φαινόμενο κατά το οποίο τα φωτόνια χάνουν μέρος της ενέργειάς τους, περνώντας μέσα από τους ιστούς μέχρι να ανιχνευθούν από τη συσκευή απεικόνισης, δηλαδή τη γ-κάμερα. Αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις στην εικόνα, προκαλώντας τεχνήματα που περιορίζουν τη διαγνωστική ακρίβεια. Στα σύγχρονα συστήματα η διόρθωση πραγματοποιείται με τη χρήση εξατομικευμένων για τον εξεταζόμενο χαρτών διόδου που παράγονται με τη χρήση SPECT/CT μηχανημάτων. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται θεαματικά η διαγνωστική ακρίβεια και εξαλείφονται τα τεχνήματα του προσθίου τοιχώματος στις γυναίκες και του κατωτέρου τοιχώματος στους άντρες. Επίσης, αυξάνεται θεαματικά το ποσοστό των φυσιολογικών από τη φάση της κοπώσεως μελετών. Έτσι, οι εξεταζόμενοι δεν εκτίθενται σε επιπλέον ακτινοβολία αποφεύγοντας τη δεύτερη φάση, ενώ μειώνεται σημαντικά η διάρκεια της μελέτης. Η χρήση στη βιβλιογραφία απλών SPECT και όχι SPECT/CT μελετών είναι κύριος παράγοντας ετερογένειας στα ποσοστά της ευαισθησίας και της ειδικότητας.

Προοπτική - εξέλιξη

Το σπινθηρογράφημα αιματώσεως μυοκαρδίου είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη τεχνική που ενσωματώνει νέα τεχνολογικά επιτεύγματα για τη βελτίωση της ποιότητας της εικόνας και την αύξηση της διαγνωστικής ικανότητας. Η κύρια εξέλιξη προς αυτό τον τομέα είναι οι νέοι κρύσταλλοι τεχνολογίας CZT.



Θεόδωρος Πιπίκος
Πυρηνικός Ιατρός
Διευθυντής Πυρηνικής Ιατρικής
& PET CT ΥΓΕΙΑ



Με τη χρήση της τεχνολογίας αυτής έχουμε τις εξής δυνατότητες:

- Μείωση της ακτινικής δόσης στον ασθενή.
- Σαφή ελάττωση του χρόνου απεικόνισης.
- Δυνατότητα δυναμικής μελέτης: Με τον τρόπο αυτό υπολογίζουμε εφεδρεία ροής στα στεφανιαία αγγεία με ποσοτικό τρόπο, παρέχοντας ένα πολύτιμο επιπλέον διαγνωστικό και προγνωστικό εργαλείο. Παράλληλα, εξαλείφονται τα σπάνια ψευδώς αρνητικά ευρήματα λόγω ισορροπίας κατανεμημένης ισχαιμίας που μπορεί να εμφανιστούν χωρίς τη δυναμική μελέτη.

Το σπινθηρογράφημα αιματώσεως μυοκαρδίου είναι μια απλή αναίμακτη μέθοδος εκτίμησης της αιμάτωσης του μυοκαρδίου. Η χρήση των σωστών τεχνικών κατά την εκτέλεση της εξέτασης εξασφαλίζει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Είναι μια μέθοδος δοκιμασμένη στη διάρκεια του χρόνου, με σημαντικές προοπτικές και συνεχή εξέλιξη.

Καρδιακή Αμυλοείδωση

Η καρδιακή αμυλοείδωση είναι μια διηθητική νόσος της καρδιάς, η οποία οφείλεται στην εναπόθεση ινιδίων αμυλοειδούς στο μυοκάρδιο και σχετίζεται με υψηλά ποσοστά θνητότητας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας και αρρυθμιών. Οι πιο συνήθεις τύποι καρδιακής αμυλοείδωσης είναι η εξ ελαφρών αλυσίδων ανοσοσφαιρινών (AL καρδιακή αμυλοείδωση) και η καρδιακή αμυλοείδωση με μετάλλαξη στο γονίδιο της τρανσθυρετίνης (Οικογενής ATTRm αμυλοείδωση).

Η Πυρηνική Ιατρική συμμετέχει καθοριστικά στη διάγνωση της καρδιακής αμυλοείδωσης και κυρίως στην ταυτοποίηση του τύπου αυτής. Τα ραδιοφάρμακα που χρησιμοποιούνται στο σπινθηρογράφημα είναι τα: ^{99m}Tc -PYP, ^{99m}Tc - DPD και ^{99m}Tc - HMDP, τα οποία εμφανίζουν εντονότερη πρόσληψη στην ATTR αμυλοείδωση από ό,τι στην AL αμυλοείδωση. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της εξέτασης για τη διάγνωση της ATTR καρδιακής αμυλοείδωσης ειδικά με την εφαρμογή της απεικόνισης με SPECT/CT είναι περίπου 95%, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τη βιοψία μυοκαρδιακού ιστού, διαδικασία που ενέχει τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών.

NOVA

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ



Η δύναμη να έχεις περισσότερα

Η Nova είναι ολοκληρωμένος πάροχος κινητής, σταθερής, internet και premium συνδρομητικής τηλεόρασης, που εξελίσσεται συνεχώς για να σου προσφέρει ακόμα περισσότερα.

Με επενδύσεις €2 δισ. έως το 2027 σε υποδομές νέας γενιάς 4G+, 5G και στην ανάπτυξη δικτύου οπτικών ινών στο 70% της επικράτειας, η Nova συμμετέχει ενεργά στον ψηφιακό μετασχηματισμό της χώρας και παρέχει σε εκατομμύρια ιδιώτες και επιχειρήσεις πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες, δίνοντας σε όλους τη δύναμη να έχουν περισσότερα.

nova.gr

ΕΝ ΑΝΑΜΟΝΗ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΟΡΟΝΟΪΟ



Η πρόσφατη πανδημία του COVID-19 επιβεβαίωσε τις προβλέψεις ότι όλα τα κράτη και συνολικά ο πληθυσμός του πλανήτη είναι ευάλωτος σε επιδημίες και πανδημίες. Η ιστορία διδάσκει και το μέλλον είναι σχετικά προβλέψιμο.

Ξεκινώντας από την Ισπανική γρίπη το 1918, η οποία συσχετίστηκε με πολύ υψηλή θνητότητα, ακολούθησαν αρκετές επιδημίες και πανδημίες όπως η γρίπη των χοίρων (H1N1), MERS και SARS, αλλά και μικρότερες τοπικές επιδημίες όπως αυτή του Έμπολα στη δυτική Αφρική.

Στα τέλη του 2019 εμφανίζεται ο νέος κορονοϊός SARS-CoV2, ο οποίος εξελίσσεται σε πανδημία με τις γνώστες επιπτώσεις σε ανθρώπινες ζωές, υψηλή νοσηρότητα, αλλά και σοβαρές επιπτώσεις στις οικονομίες των κρατών. Το μήνυμα από τα ιστορικά δεδομένα είναι σαφές και συνοψίζεται στο γεγονός ότι η επόμενη πανδημία είναι προδιαγεγραμμένη, απλώς δεν μπορούμε με σαφήνεια να προσδιορίσουμε το χρόνο και τη φύση του ιού ή βακτηριδίου που θα την προκαλέσει.

Η διεθνής επιστημονική κοινότητα έχει δώσει το χαρακτηρισμό «Νόσος Χ» γι' αυτό το άγνωστο παθογόνο που θα οδηγήσει στην επόμενη πανδημία και για την οποία πρέπει να είμαστε περισσότερο προετοιμασμένοι, αλλά και να εντοπίσουμε τα ακριβή αίτια που θα οδηγήσουν σε αυτή.

Πρώτη προτεραιότητα είναι να περιγράψουμε τις συνθήκες που μπορεί να ευνοούν αυτές τις καταστάσεις. Ο κύριος επιβαρυντικός παράγοντας είναι η ανεξέλεγκτη αστικοποίηση των δασών και η εκτόπιση άγριων ζώων και πτηνών από το φυσικό τους περιβάλλον. Η αλληλεπίδραση ανθρώπων με τα άγρια ζώα οδηγεί σε μεταλλαγμένους ιούς, οι οποίοι στη συνέχεια μπορούν να επιβιώσουν και να πολλαπλασιαστούν σε ένα νέο ξενιστή, όπως είναι ο άνθρωπος. Η διαδικασία αυτή επιτυγχάνεται μέσω της στενής επαφής που επέρχεται από το κυνήγι, την προετοιμασία τροφής, αλλά και το εμπόριο άγριων ζώων.

Η κλιματική αλλαγή και ο υπερπληθυσμός των μεγάλων πόλεων αποτελεί το δεύτερο βασικό αίτιο για την ανάπτυξη πανδημιών. Η αύξηση της θερμοκρασίας και οι ισχυρές βροχοπτώσεις ευνοούν νοσήματα που οφείλονται κυρίως στον υπερπληθυσμό των κουνουπιών, με αποτέλεσμα να έχουμε τοπικές εξάρσεις από σπάνια ιογενή νοσήματα ακόμα και σε μεγάλες πόλεις της βόρειας Αμερικής και της Ευρώπης όπου φυσιολογικά οι λοιμώξεις αυτές δεν ενδημούν (π.χ. επιδημία της νόσου του Δυτικού Νείλου στη Νέα Υόρκη). Τέλος, η ευκολία στη μετακίνηση ευνοεί τη διασπορά, όπως έγινε για παράδειγμα στην εξέλιξη της πανδημίας του COVID-19 όπου εντός μερικών εβδομάδων από την εμφάνιση της νόσου εμφανίστηκαν κρούσματα σε όλες τις περιοχές του πλανήτη.

Όλα τα παραπάνω τονίζουν με έμφαση την αξία της πρόληψης και της προστασίας του περιβάλλοντος. Το τελευταίο απαιτεί μακροχρόνια δέσμευση των κρατών και ο χρόνος μετράει πλέον αντίστροφα, καθώς θα χρειαστούν δεκαετίες για να δούμε πραγματικά αποτελέσματα. Η επιστημονική κοινότητα, οι κυβερνήσεις και οι

διεθνείς οργανισμοί οφείλουν να ετοιμαστούν για την επόμενη επιδημία-πανδημία. Αυτό σημαίνει ότι οφείλουμε να προσδιορίσουμε τα παθογόνα υψηλού ενδιαφέροντος, δηλαδή ιούς και βακτήρια που μπορούν κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες να οδηγήσουν σε πανδημίες. Αυτό γίνεται με ταυτοποίηση αυτών των παθογόνων, του γενετικού τους υλικού, αλλά και τη δυνατότητα μετάλλαξης που έχουν. Η χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας, όπως η τεχνητή νοημοσύνη (AI), είναι αρωγός σε αυτή την προσπάθεια. Παρακολούθηση, επίσης, χρειάζεται σε οργανισμούς που φιλοξενούν πληθώρα ιών όπως είναι οι νυχτερίδες και τα κουνούπια, ενώ τέλος η εξασφάλιση της ασφάλειας των τροφίμων και ο περιορισμός στο παράνομο εμπόριο ζώων με ποινικές ρήτρες θα ολοκληρώσει τις βασικές πρωτοβουλίες που απαιτούνται.

Η δημιουργία ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο αυτής της προσπάθειας. Ο στόχος του ΠΟΥ είναι η εντός 100 ημερών δημιουργία και παραγωγή αποτελεσματικών εμβολίων από την έναρξη μιας πανδημίας. Η τεχνογνωσία είναι διαθέσιμη και υπήρξε καλή ανταπόκριση στην πρόσφατη πανδημία, καθώς σε λιγότερο από ένα έτος υπήρξε διαθέσιμο εμβόλιο.

Η εμπειρία από τον COVID-19 ήταν ανεκτίμητη. Αυτό που μάθαμε είναι ότι ο συνδυασμός πολιτικής βούλησης, αφθονίας οικονομικών πόρων, η συνεργασία των επιστημόνων απ' όλες τις γωνιές του πλανήτη, η διάχυση της πληροφορίας και η αξιοποίηση της τεχνολογίας αποτελούν την ασφαλέστερη προσέγγιση σε μια πιθανή νέα απειλή.



Νίκος Π. Σπυρίδης
Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος
Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής
ΜΗΤΕΡΑ

ΕΦΗΒΕΙΑ:

ΣΞΕΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ & ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ



Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις

Ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη ορίζεται η λοίμωξη από ιούς, βακτήρια, μύκητες ή παράσιτα ανθρώπων μέσω της σεξουαλικής επαφής. Οι περισσότερες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις δεν έχουν συμπτώματα, οπότε οι περισσότεροι άνθρωποι δεν γνωρίζουν ότι νοσούν. Ο στόχος της πρωτοβάθμιας υγείας είναι να προλαμβάνει και να θεραπεύει σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις πριν εξελιχθούν σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις μεταδίδονται μέσω κολπικής, πρωκτικής και στοματικής σεξουαλικής επαφής μεταξύ ατόμων του ίδιου ή αντίθετου φύλου. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να εξετάζουμε κάθε έφηβη μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών και έχει καθιερωθεί στον έφηβο γυναικολογικό έλεγχο η ανίχνευση αυτών, έτσι ώστε να θεραπεύονται ενώ είναι ασυμπτωματικά. Τα πιο συνηθισμένα ΣΜΝ είναι ο HPV, τα χλαμύδια, η σύφιλη, οι τριχομονάδες, η βακτηριακή κολπίτιδα και κάποια λιγότερο εύκολα μεταδιδόμενα αλλά σοβαρά όπως οι ηπατίτιδες και το AIDS (HIV).

Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV

Το πιο συχνό ΣΜΝ είναι ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων HPV που σχετίζεται με ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί στο Εθνικό Σύστημα Εμβολιασμών το εμβόλιο έναντι 9 υποτύπων του HPV σε έφηβα αγόρια και κορίτσια. Στους υπότυπους που περιλαμβάνει το εμβόλιο είναι και ο 16 και 18 που έχουν συσχετιστεί με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου. Στόχος είναι ο καθολικός εμβολιασμός όλων των παιδιών και εφήβων μετά την ηλικία των 9 ετών και η ολοκλήρωση αυτού πριν την έναρξη των σεξουαλικών επαφών, ώστε να εξασφαλιστεί επαρκής προστασία από τη νόσηση. Αυτό, όμως, δεν αποκλείει την αναγκαιότητα του εμβολιασμού έναντι του HPV σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εάν δεν έχει πραγματοποιηθεί νωρίτερα.

Χλαμυδιακές λοιμώξεις

Οι πιο συχνές μικροβιακές λοιμώξεις και οι υψηλότερα εμφανιζόμενες σε ηλικίες μικρότερες των 24 ετών είναι οι χλαμυδιακές λοιμώξεις. Πολλές επιπλοκές μπορούν να παρουσιαστούν στις γυναίκες που νοσούν, με τις πιο σοβαρές να είναι η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, η έκτοπη κύηση και η υπογονιμότητα. Η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Η ανίχνευση του μικροβίου αυτού γίνεται με λήψη ειδικών καλλιιεργειών από τον γυναικολόγο. Σε γυναίκες σεξουαλικά ενεργές κάτω από την ηλικία των 24 ετών συστήνεται ο έλεγχος αυτός να είναι ετήσιος. Σε περιπτώσεις, όμως, που η εναλλαγή συντρόφων είναι πολύ συχνή, ο έλεγχος για χλαμύδια μπορεί να γίνει σε χρονικό διάστημα μικρότερο του έτους. Ο έλεγχος για χλαμύδια γίνεται μέσω κολ-

πικού, τραχηλικού, ουρηθρικού δείγματος ή δείγματος πρωινών ούρων. Η θεραπεία είναι αντιβιοτική και επιβάλλεται να γίνεται άμεσα στον πάσχοντα και στον/στη σύντροφό του.

Αντισύλληψη στην εφηβεία

Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να έχει ολέθριες επιπτώσεις στη ζωή μιας έφηβης. Δυστυχώς η Ελλάδα κατατάσσεται πρώτη στις διακοπές κυήσεων στην Ευρώπη. Τα στατιστικά δείχνουν ότι το 55% των εφήβων δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό συστηματικά, μόλις το 6%, αναφέρει χρήση αντισυλληπτικών χαπιών και 15% χρησιμοποιούν τη διακεκομμένη συνουσία περιστασιακά ή ως μόνη μέθοδο.

1 στις 4 Ελληνίδες δηλώνουν ότι έχουν κάνει τουλάχιστον μία έκτρωση στη ζωή τους, γεγονός που αποδεικνύει ότι υπάρχει σοβαρό πρόβλημα ενημέρωσης για τους τρόπους προφύλαξης αλλά και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Οι έφηβες πρέπει να ενημερώνονται και να παροτρύνονται να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης για προφύλαξη από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Κάθε μέθοδος έχει τα θετικά και τα αρνητικά. Με σωστή καθοδήγηση κάθε έφηβη μπορεί να βρει τη μέθοδο που της ταιριάζει και την κρατάει ασφαλή.

Πώς λειτουργούν τα αντισυλληπτικά;

Τα πιο γνωστά αντισυλληπτικά περιέχουν συνήθως 2 ορμόνες: το οιστρογόνο και την προγεστερόνη, ορμόνες που παράγονται φυσικά σε κάθε κύκλο σε μια γυναίκα. Το οιστρογόνο αυξάνει ελάχιστα την πιθανότητα θρομβώσεων.



Κυριακή Μίγκλη
Μαιευτήρας Χειρουργός
Γυναικολόγος, Συνεργάτιδα
Τμήματος Παιδικής και
Εφηβικής Γυναικολογίας
ΜΗΤΕΡΑ



Στέλλα Ροϊδη
Μαιευτήρας, Χειρουργός
Γυναικολόγος, Συνεργάτιδα
Τμήματος Παιδικής και
Εφηβικής Γυναικολογίας
ΜΗΤΕΡΑ



Το ποσοστό το αντισυλληπτικό να κάνει κακό σε μια υγιή γυναίκα μη καπνίζουσα είναι 1:100.000, μικρότερο από την πιθανότητα του τροχαίου σαν πεζός που είναι 2:100.000. Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι είναι αμελητέα. Και πώς λειτουργούν; Επί της ουσίας ξεγελούν το σώμα μας και δεν γίνεται ωορρηξία, αλλά επίσης κάνουν τη βλέννα γύρω από την είσοδο της μήτρας πηκτή κι άρα, δυσκολεύουν την είσοδο σπέρματος. Πριν, όμως, πάρει μια γυναίκα αντισυλληπτικά πρέπει να το συζητήσει με τον γυναικολόγο της για να δουν μαζί αν έχει παράγοντες κινδύνου.

Ποιες είναι οι περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση των αντισυλληπτικών;

- **κάννισμα,**
- **παχυσαρκία,**
- **ιστορικό ημικρανιών,**
- **ιστορικό στην οικογένεια θρομβοφιλίας.**

Όλα τα παραπάνω είναι παράγοντες που επίσης αυξάνουν την πιθανότητα θρόμβωσης όποτε δεν

πρέπει να συνδυαστούν και με αντισυλληπτικά. Η πιθανότητα αύξησης βάρους μετά από πολλές μελέτες δεν έδειξε κάποια σύνδεση μεταξύ των αντισυλληπτικών και του βάρους οπότε δεν έχει ποτέ αποδειχτεί. Όσο για την πιθανότητα καρκίνου, τελικά οι έρευνες έδειξαν ότι προστατεύει από τον καρκίνο ωοθηκών και τον καρκίνο ενδομήτριου.

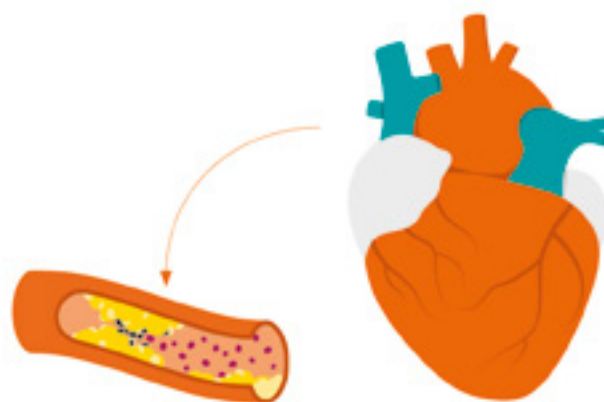
Ποιες είναι οι μέθοδοι αντισύλληψης;

- 1) Φυσικές μέθοδοι:** Αποφυγή σεξουαλικής επαφής τις γόνιμες ημέρες με μεγάλο ποσοστό αποτυχίας και δεν συνιστάται στην εφηβεία.
- 2) Μέθοδοι Φραγμού:** Ανδρικό προφυλακτικό
- 3) Ορμονικά Σκευάσματα**
 - Συνδυασμένο αντισυλληπτικό δισκίο (COC)
 - Μόνο με προγεσταγόνο αντισυλληπτικό χάπι (POCP)
 - Mirena (ενδομήτριο σπείραμα)
 - NUVARING (κολπικός δακτύλιος)

Coronary artery disease

Coronary artery disease (CAD) is the number one cause of death worldwide. Usually caused by plaque buildup, CAD is a narrowing or blockage of the blood vessels that supply blood, oxygen, and nutrients to the heart.

[siemens-healthineers.com/CAD-awareness](https://www.siemens-healthineers.com/CAD-awareness)



Coronary artery disease can be a very serious illness. Especially when an artery is completely blocked and causes a heart attack which can be fatal. The therapy goal for CAD is to restore the blood flow in the coronary arteries to maintain a healthy heart.

Know the signs

If you are having a heart attack, every second counts. Getting the right treatment fast can prevent serious consequences or even death. There are clear signs and symptoms of a heart attack – learn to recognize them and react quickly.

Most common signs



Shortness of breath



Chest pain or discomfort



Discomfort or tingling in arms, back, neck, shoulder or jaw

Common signs in women



Heart-burn-like feeling



Cold sweat



Unusual tiredness



Sudden dizziness



Nausea or vomiting

If you think you're having a heart attack, call your local emergency number immediately. Unlock your door, and lie down close to it so you can be found quickly.

Assess your risk factors

You can help prevent a coronary artery disease with your behavior – starting at a young age. Work with your doctor to evaluate your risk factors. Many risk factors can be improved with lifestyle changes. Make a plan with your doctor to keep your risk of CAD low.

Lifestyle choices to reduce risk of CAD

- Stop smoking
- Choose good nutrition
- Watch your cholesterol
- Lower your blood pressure
- Be physically active every day
- Maintain a healthy weight
- Manage diabetes
- Reduce stress
- Limit alcohol consumption



Be aware that some factors that increase your risk are out of your control: gender, age, family history, ethnicity

How to treat coronary disease

Depending on your level of risk and the severity of the coronary artery disease, there are various options for treatment.

Take care of yourself

Part of leading a healthy lifestyle is reducing stress and getting regular physical exams. Staying active and eating a balanced diet will benefit your body and your mind.



Listen to your doctor

Based on your risk profile, your doctor may prescribe medication such as acetylsalicylic acid, beta-blockers, or cholesterol-reducing drugs, such as statins. Explore the possibilities with your doctor to address any risk factors you may have.



Understand your options

Thrombolytic therapy and other revascularization strategies are treatments for unblocking an artery. You may undergo cardiac catheterization and angio-graphy and receive a stent to keep an artery open. Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery is another way of reestablishing blood flow to reduce your risk of a heart attack.



Stent

A tiny balloon catheter is inflated to press plaque against the artery to increase blood flow. A stent is placed to keep the artery open.



Bypass

A bypass reroutes the flow of blood to the heart using a healthy blood vessel from your leg, arm, or chest.

Data sources: <https://newsroom.heart.org/news/heart-disease>
<https://world-heart-federation.org/resource/cardiovascular-disease-infographic>
<https://www.cardiomart.org/assets/infographic/coronary-artery-disease>

ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΑΤΟΣ

Αρθρίτιδα γόνατος είναι η προοδευτική φθορά και αποδιοργάνωση της άρθρωσης με κύρια αιτία την εκφυλιστική διεργασία με την πάροδο του χρόνου, την εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα, την κάκωση, μια μετατραυματική ή μια υποκρύπτουσα πάθηση όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Η εκφυλιστική αρθρίτιδα γόνατος που εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες και η μετατραυματική σε νεότερες προκαλούν οίδημα, άλγος της άρθρωσης, δυσκολία στην κίνηση ή στην επιτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Όταν η οστεοαρθρίτιδα βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, 4 κατά Kellgren-Lawrence με έντονα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα, η αντικατάσταση της άρθρωσης (ολική αρθροπλαστική) είναι η χειρουργική θεραπευτική μέθοδος επιλογής.

Τι συμβαίνει, όμως, όταν μιλάμε για αρθρίτιδα σταδίου 3 προς αρχές 4 με έντονο άλγος, με ρήξη μηνίσκου ή αρθρικού χόνδρου που εμποδίζουν τον βιολογικά ακόμα ενεργό πάσχοντα να ασχοληθεί με τις δραστηριότητες που απολαμβάνει;

Ο αρθροσκοπικός καθαρισμός της άρθρωσης και κυρίως η αρθροσκοπική μηνισκεκτομή λόγω ρήξης μηνίσκου σε ένα αρθρικό γόνατο χρειάζονται μεγάλη προσοχή. Για να είναι επιτυχής μια μηνισκεκτομή σε αρθρικό γόνατο, πρέπει να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Ο μηνισκικός πόνος πρέπει να είναι κυρίαρχος του αρθρικού.
- Ο μηχανικός άξονας του πάσχοντος κάτω άκρου πρέπει να παρουσιάζει το πολύ μέχρι 7ο ραιβότητα ή βλαισότητα.
- Δεν πρέπει να υπάρχει παραμόρφωση ραιβότητας κατά τη βάδιση και έντονη αστάθεια.
- Δεν πρέπει να υπάρχει εξάλειψη (μικρότερη των 2 χιλιοστών) του αλγούντος μεσάρθριου διαστήματος σε προσθιοπίσθια ακτινογραφία γόνατος σε όρθια θέση και 30ο κάμψη.

Πρέπει να τονίσουμε ότι ασθενείς με κακό μηχανικό άξονα και βαρεία οστεοαρθρίτιδα παρουσιάζουν κατά 73% καμία βελτίωση ή ακόμα και επιδείνωση των συμπτωμάτων τους μετά από αρθροσκοπική μηνισκεκτομή και 48,8% από αυτούς θα χρειαστούν ολική αρθροπλαστική γόνατος στη μετεγχειρητική περίοδο.

Τι λύση μπορούμε, λοιπόν, να προσφέρουμε σε ασθενείς μέσης ηλικίας, δραστήριους και αθλητικούς με επώδυνη, περιοριστική οστεοαρθρίτιδα γόνατος;

Η απάντηση είναι η βιολογική αντικατάσταση γόνατος. Μιλήσαμε για αυτή πρώτη φορά το 2016 και τώρα έχουμε πλέον και απαραίτητα δεδομένα και νέες εξελιγμένες τεχνικές.

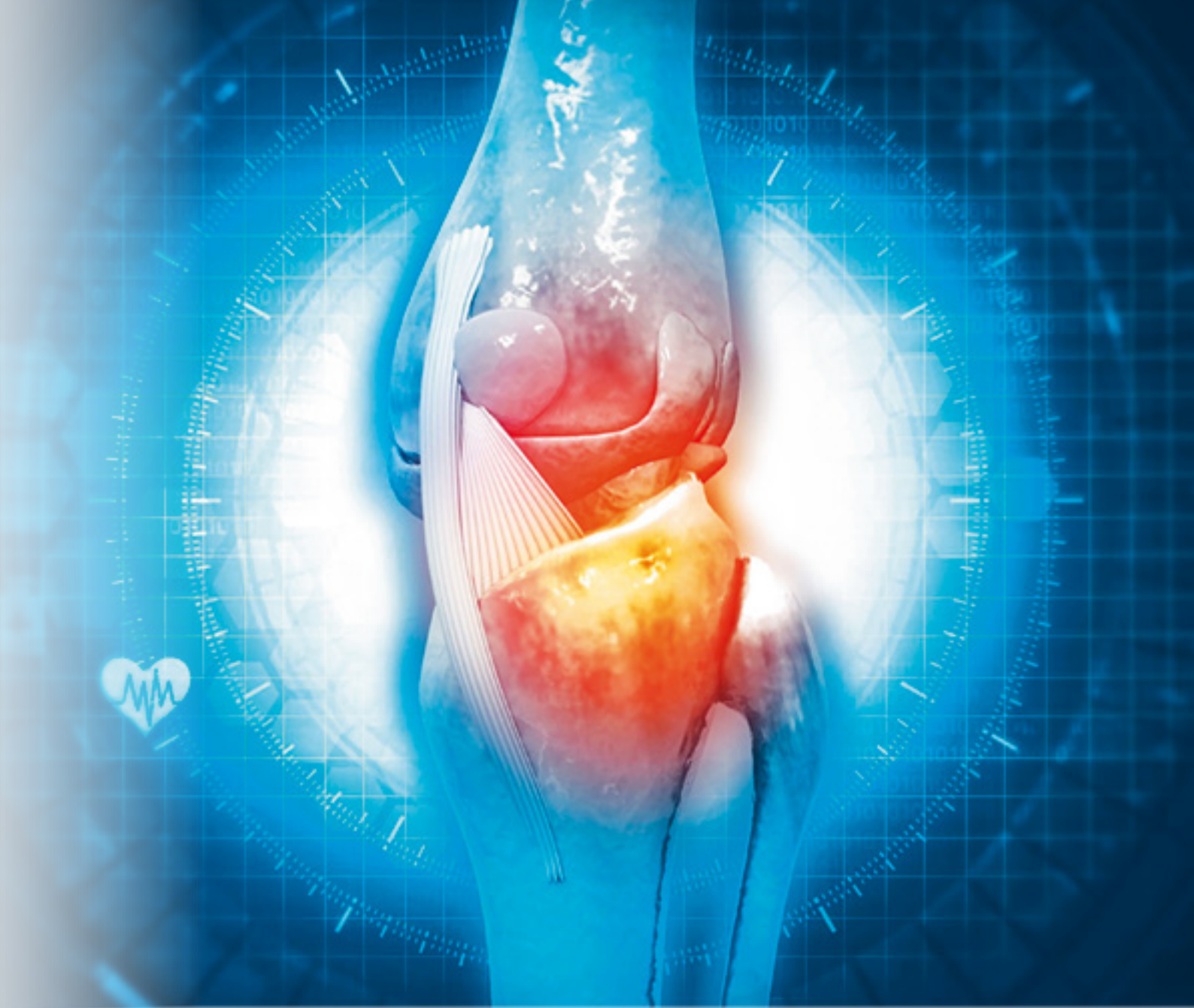
- Συνδεσμική σταθεροποίηση του γόνατος με εξατομικευμένη αποκατάσταση του ραγέντος προσθίου χιαστού συνδέσμου του γόνατος (ΠΧΣ). Υπάρχει πλέον βάσει ενδείξεων η δυνατότητα αντικατάστασης ή επιδιόρθωσης του ΠΧΣ ή επαναληπτικού χειρουργείου με αυτομόσχευμα τετρακεφάλου. Σταθεροποίηση πλάγιων συνδέσμων γόνατος με έγχυση βλαστοκυττάρων.

- Μεταμόσχευση μηνίσκου: Σε γόνατα με παλαιότερη μηνισκεκτομή, στα οποία υπάρχει ακόμα υπόλειμμα μηνίσκου με καλή αγγείωση, τοποθετείται συνθετικό πορώδες πολυμερές μηνίσκου, το οποίο ράβεται στο υπόλειμμα του παλαιού μηνίσκου μετά από καθαρισμό του. Αν λείπει τελείως ο μηνίσκος, γίνεται μεταμόσχευση ολόκληρου πτωματικού μηνίσκου. Και στις δύο περιπτώσεις η τεχνική είναι αρθροσκοπική με πολύ καλά αποτελέσματα.

- Μεταμόσχευση χόνδρου αν υπάρχει χόνδρινο έλλειμμα μεγαλύτερο των 2 τετρ. εκ. Η επέμβαση λήψης χονδροκυττάρων από μη φορτιζούσα επιφάνεια του πάσχοντος γόνατος και επανοτοποθέτησής τους στην ελλειμματική βλάβη γίνεται σε ένα στάδιο με την τεχνική Autocart. Σε μικρότερη βλάβη η έγχυση βλαστοκυττάρων μόνη ή σε συνδυασμό με την τοποθέτηση μιας αυτοσυμφυόμενης μεμβράνης από υαλουρονικό οξύ, βασικό συστατικό του χόνδρου, έχει εξαιρετικά αποτελέσματα. Σε ασθενείς πολύ νέους για αρθροπλαστική και αρκετά μεγάλους για βιολογικές θεραπείες ή σε αποτυχία τεχνικών αποκατάστασης βλαβών χόνδρου, σύντομα θα έχουμε και την επιλογή εφαρμογής mini-μετάλλου και εστιασμένης τεχνικής επιφανείας.

Τα παραπάνω μπορούν να ευοδωθούν με τη χρήση αυτόλογων αυξητικών παραγόντων, όπως PRP ή μεσεγχυματικών κυττάρων ενηλίκων από μυελό των οστών ή λιπώδη ιστό.

Απαραίτητες προϋποθέσεις επιτυχίας της βιολογικής αντικατάστασης γόνατος είναι η αρθρίτιδα μέχρι αρ-



χόμενου 4ου σταδίου με καλό ανατομικό άξονα. Αλλιώς, απαιτούνται και διορθωτικές οστεοτομίες.

Η βιολογική αντικατάσταση γόνατος δεν αποκλείει ότι πιθανώς τελικά το γόνατο αυτό να οδηγηθεί σε ολική αρθροπλαστική με τη χρήση μεταλλικών υλικών. Είναι, όμως, σημαντικό να προσφέρεις σε ασθενείς βιολογικά ενεργούς με αρθρίτιδα κάποια ποιοτικά χρόνια ζωής με αθλητικές ή άλλες σωματικές δραστηριότητες πριν οδηγηθούν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος.

Οι βιολογικές θεραπείες προσφέρουν ελάττωση του πόνου και καλύτερη κινητικότητα-λειτουργικότητα της άρθρωσης κατά 83% τον πρώτο χρόνο και πρέπει να διενεργούνται σε οργανωμένα, επιστημονικά τεκμηριωμένα Κέντρα Ορθοπαιδικής Αναγεννητικής Ιατρικής.



Δημήτριος Τσούκας
Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής
Προηγμένης Αρθροσκοπικής Αθλητιατρικής
και Αναγεννητικής Χειρουργικής ΜΗΤΕΡΑ

ΦΟΒΟΙ & ΦΟΒΙΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ;



Ο φόβος να μείνεις μόνος στο σκοτάδι, για παράδειγμα, είναι ένας συνηθισμένος παιδικός φόβος. Το ίδιο και ο φόβος για τα ζώα, όπως τα μεγάλα σκυλιά που γαβγίζουν. Μερικά παιδιά φοβούνται τις φωτιές, τα ψηλά μέρη ή τις καταιγίδες. Άλλα, έχοντας επίγνωση των εικόνων των μέσων ενημέρωσης, ανησυχούν για τον πόλεμο ή την τρομοκρατία. Εάν υπήρξε πρόσφατη σοβαρή ασθένεια ή θάνατος στην οικογένεια, μπορεί να αγχωθούν για την υγεία των γύρω τους.

Οι φόβοι του παιδιού σας μπορεί να έρχονται και να φεύγουν. Οι περισσότεροι παιδικοί φόβοι είναι ήπιοι. Αλλά ακόμα και όταν χειροτερεύουν, με αποδοχή και υποστήριξη, γενικά φεύγουν από μόνοι τους μετά από λίγο διάστημα.

Πώς μπορούν οι γονείς να βοηθήσουν να απαλύνουν τους φόβους του παιδιού τους;

- Μιλήστε με το παιδί σας για τα άγχη του και να είστε συμπονετικοί. Εξηγήστε τους ότι πολλά παιδιά έχουν φόβους, αλλά με την υποστήριξή σας μπορούν να μάθουν να τους ξεπερνούν.
- Παρακολουθήστε τη χρήση πολυμέσων του παιδιού σας. Αυτό περιλαμβάνει έκθεση σε τρομακτικές εικόνες σε ταινίες, διαδικτυακά βίντεο και βίαια βιντεοπαιχνίδια. Βεβαιωθείτε ότι τα μέσα είναι κατάλληλα για την ηλικία. Είναι, επίσης, καλή ιδέα να δημιουργήσετε ένα σχέδιο παρακολούθησης πολυμέσων. Τι πρέπει να αποφύγετε:
- Μην υποτιμάτε ή γελοιοποιείτε τους φόβους του παιδιού σας, ιδιαίτερα μπροστά στους συνομηλίκους του.
- Μην προσπαθήσετε να πιέσετε το παιδί σας να γίνει γενναίο. Θα χρειαστεί χρόνος για να αντιμετωπίσει και σταδιακά να ξεπεράσει τα άγχη του.

Πότε ο φόβος γίνεται φοβία;

Μερικές φορές, ωστόσο, οι φόβοι μπορεί να γίνουν τόσο ακραίοι, επίμονοι και εστιασμένοι που εξελίσσονται σε φοβίες. Οι φοβίες, οι οποίες είναι ισχυροί και παράλογοι φόβοι, μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού.

Κοινωνικές φοβίες

Μερικά παιδιά αναπτύσσουν φοβίες για τους ανθρώπους που συναντούν στην καθημερινή τους ζωή. Αυτή η έντονη ντροπαλότητα μπορεί να τα εμποδίσει να κάνουν φίλους στο σχολείο και να σχετιστούν με τους περισσότερους ενήλικες, ειδικά με αγνώστους. Μπορεί να αποφεύγουν συνειδητά κοινωνικές καταστάσεις όπως πάρτι γενεθλίων, συλλογικές εκδηλώσεις ή αθλητικές δραστηριότητες. Μπορεί να δυσκολεύονται να μιλήσουν άνετα με οποιονδήποτε εκτός από την άμεση οικογένειά τους.

Το άγχος αποχωρισμού είναι επίσης συχνό στα παιδιά. Μερικές φορές αυτός ο φόβος μπορεί να ενταθεί όταν η οικογένεια μετακομίζει σε μια νέα γειτονιά. Αυτά τα παιδιά μπορεί να φοβηθούν να πάνε σε καλοκαιρινή κατασκήνωση ή ακόμα και να φοιτήσουν στο σχολείο. Οι φοβίες τους μπορεί να προκαλέσουν σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους ή πόνο στο στομάχι.

Θεραπεία παιδικών φόβων & φοβιών

Ευτυχώς, οι περισσότερες φοβίες είναι συνήθως θεραπεύσιμες. Εάν τα άγχη του παιδιού σας επιμένουν και παρεμποδίζουν την απόλαυση της καθημερινής του ζωής, μπορεί να ωφεληθεί από τη συνάντησή με έναν παιδοψυχίατρο ή ψυχολόγο που ειδικεύεται στη θεραπεία φοβιών.

Συμπεριφορική θεραπεία

Ως μέρος του σχεδίου θεραπείας για τις φοβίες, πολλοί

θεραπευτές προτείνουν να εκθέσετε το παιδί σας στην πηγή του άγχους του σε μικρές, μη απειλητικές δόσεις. Υπό την καθοδήγηση ενός θεραπευτή, ένα παιδί που φοβάται τα σκυλιά μπορεί να ξεκινήσει μιλώντας γι' αυτό το φόβο και βλέποντας φωτογραφίες ή βίντεο σκύλων. Στη συνέχεια, μπορεί να παρακολουθήσει ένα σκύλο της γειτονιάς πίσω από την ασφάλεια ενός παραθύρου.

Έπειτα, με ένα γονέα ή ένα θεραπευτή στο πλευρό τους, τα παιδιά μπορεί να περάσουν λίγα λεπτά στο ίδιο δωμάτιο με ένα φιλικό, ευγενικό κουτάβι. Τελικά, θα βρουν τον εαυτό τους ικανό να χαϊδέψει το σκύλο. Με τον καιρό, θα χαλαρώσουν σε καταστάσεις με μεγαλύτερα ή άγνωστα σκυλιά.

Αυτή η σταδιακή διαδικασία ονομάζεται «απευαισθητοποίηση» και σημαίνει ότι το παιδί σας θα γίνεται λιγότερο ευαίσθητο στην πηγή του φόβου του κάθε φορά που τον αντιμετωπίζει.

Τελικά, το παιδί σας δεν θα νιώθει πλέον την ανάγκη να αποφύγει την κατάσταση που ήταν η βάση της φοβίας του. Μερικές φορές η ψυχοθεραπεία μπορεί, επίσης, να βοηθήσει τα παιδιά να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Οι ασκήσεις αναπνοής και χαλάρωσης μπορούν, επίσης, να βοηθήσουν τα παιδιά σε αγχωτικές συνθήκες.

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας των φοβιών. Σε σπάνιες περιπτώσεις, όπου η συμπεριφορική θεραπεία δεν βοηθά αρκετά, ο γιατρός του παιδιού σας μπορεί να συστήσει φάρμακα ως μέρος του θεραπευτικού προγράμματος. Αυτό θα ήταν επιπλέον της συμπεριφορικής θεραπείας και όχι ως το μοναδικό θεραπευτικό εργαλείο. Αυτά τα φάρμακα μπορεί να περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά, τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να απαλύνουν το άγχος και τον πανικό που συχνά αποτελούν τη βάση αυτών των προβλημάτων.



Νικόλαος Βουδούρης
Παιδίατρος
Συντονιστής Νεογνολογικού
Τμήματος Ορόφων ΜΗΤΕΡΑ

ΔΙΟΓΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Οι τραχηλικές διογκώσεις στα παιδιά είναι ιδιαίτερα συχνές μέχρι την ηλικία των 7 ετών περίπου. Κατά κανόνα εμφανίζονται μετά τον 6ο μήνα της ζωής, πλην σπανίων περιπτώσεων που εμφανίζονται με τη γέννηση.

Αφορούν σε ψηλαφητά μορφώματα του τραχήλου που συχνά συνοδεύουν το παιδί για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Χαρακτηρίζονται ως λεμφαδενοπάθειες και το 85% των περιπτώσεων οφείλεται σε ιογενείς ή μικροβιακούς παράγοντες και σε μικρότερα ποσοστά σε συγγενείς κύστεις, σε ειδικές φλεγμονές και νεοπλασίες.

Ο τράχηλος του παιδιού είναι διάσπαρτος από όργανα του αμυντικού λεμφικού συστήματος, τους γνωστούς λεμφαδένες, που διογκώνονται ως αντίδραση σε οποιοδήποτε αίτιο στην κεφαλή και στον τράχηλο του παιδιού.

Φλεγμονώδεις Λεμφαδενοπάθειες

Ψηλαφώντας τον τράχηλο ενός παιδιού, πάντα αντιλαμβανόμαστε την παρουσία μικρών κινητών και ανώδυνων λεμφαδένων που δεν έχουν καμία κλινική σημασία, ούτε χρειάζονται εργαστηριακό έλεγχο. Είναι αποτέλεσμα παλαιών ή και πρόσφατων ιογενών λοιμώξεων, κυρίως από την περιοχή της μύτης και του φάρυγγα. Μπορεί να οφείλονται και σε ήπιες δερματικές βλάβες του προσώπου και του τριχωτού της κεφαλής.

Εάν ένας ή περισσότεροι λεμφαδένες διογκωθούν και συνοδεύονται από πόνο και πυρετό, θα πρέπει να αξιολογούνται από τον παιδίατρο και ανάλογα με την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα, εκείνος θα κρίνει αν χρειάζεται κάποια αντιβιοτική αγωγή ή όχι. Η φαρμακευτική αγωγή από το στόμα, όταν κριθεί απαραίτητη, κατά κανόνα θεραπεύει τη λεμφαδενοπάθεια.

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις χρειάζεται ενδοφλέβια αγωγή και σπανιότατα χειρουργική παροχέτευση.

Ειδικές Φλεγμονές

Πρόκειται για σπάνιες μορφές τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας, τα αίτια των οποίων είναι ειδικοί μικροοργανισμοί (φυματίωση, άτυπη φυματίωση, νόσος από νύχια ή τρίχωμα γάτας, βρουκέλωση, ακτινομύκητας κ.λπ.). Οι λεμφαδένες στις περιπτώσεις αυτές είναι πιο χαρακτηριστικοί, επιμένουν παρά τη θεραπεία και συνήθως δεν συνοδεύονται από πυρετό.

Οι ανωτέρω λεμφαδενοπάθειες αντιμετωπίζονται κατά περίπτωση, αφού ταυτοποιηθεί το αίτιο, με ειδική φαρμακευτική αγωγή ή με αφαίρεση του πάσχοντα λεμφαδένα.

Συγγενείς Τραχηλικές Διογκώσεις

Πρόκειται για κυστικά κυρίως μορφώματα του τραχήλου που είναι εμφανή αμέσως μετά τη γέννηση και σπανιότερα στη μετέπειτα ηλικία. Οφείλονται σε εμβρυϊκά υπολείμματα ή σε εμβρυϊκές δυσπλασίες. Η διάγνωση είναι εύκολη, επιβεβαιώνεται με απεικόνιση (υπερηχογράφημα, μαγνητική τομογραφία και σπάνια αξονική τομογραφία) και η αντιμετώπιση είναι η χειρουργική αφαίρεση της διογκώσης.

Νεοπλασματικές Τραχηλικές Διογκώσεις

Αφορούν στο 4-6% των τραχηλικών διογκώσεων. Είναι διογκώσεις σκληρές, ακίνητες, δεν συνοδεύονται από πυρετό και δεν υποχωρούν με τη χρήση διαδοχικών σχημάτων αντιβιοτικών. Πρόκειται κατά κανόνα για λεμφώματα και σπανιότερα για άλλα κακοήγη νεοπλάσματα. Στις περιπτώσεις αυτές επιβάλλεται ο έγκαιρος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, η χειρουργική αφαίρεση της παθολογίας και η ιστολογική της αξιολόγηση, προκειμένου να αρχίσει άμεσα η κατάλληλη θεραπεία.



Συμπερασματικά

Η ψηλάφηση τραχηλικών λεμφαδένων δεν πρέπει να προβληματίζει τους γονείς. Είναι μια φυσιολογική αντίδραση του λεμφικού συστήματος στις ιώσεις, κυρίως του ανώτερου αναπνευστικού.

Μεγαλύτεροι επώδυνοι λεμφαδένες, που συνοδεύονται με πυρετό, πρέπει να αξιολογούνται από τον παιδίατρο. Τα κακοήθη νοσήματα των τραχηλικών λεμφαδένων είναι πολύ σπάνια και το βασικότερο είναι ότι έχουν κατά κανόνα πολύ καλή πρόγνωση.



Εμμανουήλ Κουδουνάκης
Ωτορινολαρυγγολόγος
Συντονιστής Διευθυντής Γ' Παιδιατρικής
Κλινικής Ωτορινολαρυγγολογίας ΜΗΤΕΡΑ

TIP TOE WALKING

ΒΑΔΙΣΗ ΣΤΙΣ ΜΥΤΕΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΠΟΔΩΝ

Η κατάσταση κατά την οποία τα παιδιά περπατάνε με τις μύτες των ποδιών χαρακτηρίζεται ως «βάδιση σε ιπποποδία» ή «tip toe walking». Στην περίπτωση εκείνη που δεν υπάρχει μια προφανής παθολογική αιτία λέμε ότι το παιδί έχει «ιδιοπαθές tip toe walking».

Τα παιδιά κατά την έναρξη της ανεξάρτητης βάδισης συχνά βαδίζουν με τις μύτες και όχι με όλο το πέλμα. Γύρω στην ηλικία των 2 ετών αρχίζουν να αναπτύσσουν μορφές βάδισης ανάλογες με αυτές των ενηλίκων, όμως, είναι ξεκάθαρο ότι το ώριμο βάδισμα εγκαθίσταται στην ηλικία των 3 ετών.

Αυτό σημαίνει δηλαδή ότι η αρχική φάση της βάδισης που είναι η επαφή της πτέρνης στο έδαφος, γνωστή και ως «heel strike», πρέπει σε ένα φυσιολογικό παιδί να εμφανισθεί στην ηλικία των 3 ετών.

Αν δεν συμβεί κάτι τέτοιο, είναι επιτακτικό σε πρώτη φάση να αποκλεισθούν νοσήματα που μπορούν να προκαλέσουν μια τέτοια κατάσταση. Τέτοια νοσήματα είναι τα συγγενή (συγγενής ραιβοίπποποδία σε ήπια μορφή), τα νευρομυϊκά (εγκεφαλική παράλυση, πολυομυελίτιδα και άλλα), τοπικά ανατομικά προβλήματα (μετατραυματική ρίκνωση του γαστροκνημίου), η μυϊκή δυστροφία και σπανίως ψυχολογικά αίτια.

Έτσι, όταν ένα παιδί συνεχίζει να βαδίζει στις μύτες μετά την ηλικία των 3 ετών πρέπει πρωτίστως να αποκλεισθεί η ήπια εγκεφαλική παράλυση με τη μορφή της ήπιας διπληγίας, η μυϊκή δυστροφία, το σύνδρομο καθήλωσης του νωτιαίου μυελού, ο όγκος του νωτιαίου μυελού, ο δυσραφισμός του νωτιαίου μυελού, η διασπηματομυελία και η οξεία μυοπάθεια. Επίσης, το περιγεννητικό ιστορικό (ηλικία γέννησης – Apgar score), η καθυστερημένη εμφάνιση νευρομυϊκών δεξιοτήτων και το οικογενειακό ιστορικό πρέπει να λαμβάνονται υπ’ όψιν και συνεπώς, η εξέταση από παιδο-νευρολόγο σε πρώτο χρόνο και εφόσον το κρίνει ο παιδίατρος, είναι μείζονος σημασίας από διαγνωστικής πλευράς. Και εφόσον το κρίνει ο νευρολόγος απαραίτητο, οι διαγνωστικές παρακλινικές εξετάσεις που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση είναι το δυναμικό ηλεκτρομυογράφημα, η ανάλυση βάδισης ακόμη και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Σε περίπτωση, όμως, που μετά από έναν πολύ καλό έλεγχο αποκλεισθούν τέτοιου είδους προβλήματα, τότε θεωρούμε ότι το παιδί παρουσιάζει τη λεγόμενη ιδιοπαθή βάδιση στις μύτες των άκρων ποδών (idiopathic tip toe walking ή απλά TTW) που είναι μια ξεχωριστή κλινική οντότητα και σχετίζεται με τοπικές ανατομικές παραλλαγές.

Η βασική αιτία του ιδιοπαθούς TTwalking είναι ο «κοντός Αχιλλεύς τένοντας» λόγω βράχυνσης του γαστροκνημίου ή του υποκνημιδίου μυός.

Το βασικό πρόβλημα των παιδιών αυτών είναι ότι δεν μπορούν να κάνουν ραχιαία έκταση της ποδοκνημικής λόγω του «κοντού Αχιλλεύς τένοντα». Για να μπορέσει κάποιος να έχει φυσιολογική βάδιση, θα πρέπει η ραχιαία κάμψη της ποδοκνημικής να είναι τουλάχιστον 18 μοίρες, κάτι που αυτά τα παιδιά δεν έχουν.

Συνεπώς, η θεραπευτική προσέγγιση στόχο έχει να βελτιωθεί με κάποιο τρόπο η προς τα πάνω κίνηση του άκρου ποδός (ραχιαία κάμψη ποδοκνημικής). Υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές επιλογές που βελτιώνουν την κατάσταση αυτή όπως:

- Διατατικές ασκήσεις του γαστροκνημίου – υποκνημιδίου μυών.
- Εφαρμογή διορθωτικών γυψεπιδέσμων για 8-10 εβδομάδες.

- Νυχτερινοί κηδεμόνες μετά από την εφαρμογή των γυψεπιδέσμων για διατήρηση της διόρθωσης.
- Κνημοποδικοί κηδεμόνες.
- Έγχυση Botox.
- Χειρουργική παρέμβαση.

Η επιλογή της αντιμετώπισης εξαρτάται από την ηλικία και τη βαρύτητα του TTwalking.

Σε παιδιά μικρότερης ηλικίας ο συνδυασμός φυσικοθεραπείας και η εφαρμογή κνημοποδικού κηδεμόνα φαίνεται να είναι ο καλύτερος συνδυασμός. Ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά η χειρουργική παρέμβαση, αν υπάρχουν ή εκτιμάται ότι θα υπάρξουν λειτουργικά προβλήματα στο μέλλον, φαίνεται να είναι η καλύτερη λύση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Όταν ένα παιδί βαδίζει στις μύτες μετά την ηλικία των 3 ετών, πρέπει πρωτίστως να αποκλεισθεί πιθανό νευρολογικό νόσημα. Αν πράγματι το παιδί διαγνωσθεί ως ιδιοπαθής TTwalker, η θεραπεία αν χρειαστεί αποφασίζεται με βάση τη βαρύτητα της ιποποδίας και την παρουσία ή την πιθανή εμφάνιση στο μέλλον λειτουργικών προβλημάτων.



Δημήτρης Πετράτος
Παιδοορθοπεδικός
Διευθυντής Ορθοπαιδικής
Κλινικής Παιδων ΜΗΤΕΡΑ

ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΜΒΡΥΟΥ

ΤΙ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΜΙΚΡΟ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ;



Η βιομετρία του εμβρύου αποτελεί βασική παράμετρο του προγεννητικού ελέγχου. Σκοπός της είναι η επιβεβαίωση της σωστής ανάπτυξης του εμβρύου και –σε αντίθετη περίπτωση– η ανίχνευση μικρών ή μεγάλων, για την ηλικία κύησης, εμβρύων. Προϋποθέσεις αποτελούν η σωστή χρονολόγηση της κύησης, η μέτρηση του μεγέθους του εμβρύου με συγκεκριμένη μεθοδολογία και η χρήση σχετικής καμπύλης φυσιολογικής εμβρυϊκής ανάπτυξης. Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης η εμβρυϊκή ανάπτυξη αξι-

ολογείται σε μια διάσταση, μετρώντας το μήκος του εμβρύου (CRL) και με βάση αυτό χρονολογείται η κύηση. Μετά από το πρώτο τρίμηνο, χρησιμοποιούμε το εμβρυϊκό βάρος που υπολογίζεται από τις επιμέρους μετρήσεις των περιμέτρων κεφαλιού και κοιλιάς και του μήκους του μηριαίου οστού. Τόσο οι επιμέρους μετρήσεις όσο και το υπολογισθέν βάρος τοποθετούνται σε ειδικές καμπύλες φυσιολογικής ανάπτυξης και μεταφράζονται σε εκατοστιαίες θέσεις. Στην περίπτωση που το μέγεθος του εμβρύου αντιστοιχεί κάτω από ένα ορισμένο όριο (συνήθως εμβρυϊκό βάρος ή

περίμετρος κοιλιάς μικρότερα από τη 10η εκατοστιαία θέση), το έμβρυο θεωρείται μικρό για την ηλικία κύησης. Στο πρώτο τρίμηνο δεν υπάρχουν διαταραχές της εμβρυϊκής αύξησης, εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις παθολογικών εμβρύων. Για το λόγο αυτό, η κύηση χρονολογείται βάσει του CRL (η κύηση θεωρείται λιγότερο ή περισσότερο προχωρημένη συγκριτικά με τη χρονολόγησή της από την τελευταία περίοδο της μητέρας). Από το δεύτερο τρίμηνο και έπειτα, το μικρότερο μέγεθος του εμβρύου παραπέμπει σε διερεύνηση της αιτίας για την ελαττωμένη ανάπτυξή του.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ο διαχωρισμός ενός μικρού υγιούς εμβρύου από ένα έμβρυο που πάσχει από υπολειπόμενη ανάπτυξη (fetal growth restriction – FGR). Στην πρώτη περίπτωση το έμβρυο θεωρείται μικρό λόγω ιδιοσυστασίας και δεν διατρέχει αυξημένο κίνδυνο η υγεία του. Αντίθετα, εάν το έμβρυο αποτυγχάνει να επιτύχει το γενετικά προκαθορισμένο του μέγεθος, η υγεία του βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για περιγεννητικές επιπλοκές. Ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι πάντα εύκολος και τις περισσότερες φορές απαιτούνται διαδοχικά υπερηχογραφήματα, εξετάσεις Doppler και εκτεταμένος έλεγχος του εμβρύου και της μητέρας.

Οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε ελαττωμένη εμβρυϊκή ανάπτυξη ποικίλλουν και περιλαμβάνουν γενετικά και ανατομικά αίτια του εμβρύου, συγγενείς λοιμώξεις, περιβαλλοντικές συνθήκες (π.χ. κάπνισμα), νοσήματα της μητέρας και κυρίως τη δυσλειτουργία του πλακούντα. Η αιτία δεν είναι πάντα ξεκάθαρη και απαιτείται συνολική εκτίμηση, λαμβάνοντας υπ' όψιν το στάδιο της κύησης, την ύπαρξη υπερηχογραφικών ευρημάτων και την πιθανότητα χρωμοσωμικών ανωμαλιών που έχει υπολογιστεί στο υπερηχογράφημα αυχενικής διαφάνειας και από τις μελέτες Doppler στη ροή συγκεκριμένων αγγείων που αντικατοπτρίζουν τη λειτουργία του πλακούντα.

Προτείνεται συγκεκριμένο πρωτόκολλο ελέγχου, πάντα σε συνάρτηση με τη σοβαρότητα της κατάστασης και την ηλικία κύησης. Αυτό περιλαμβάνει εξετάσεις αίματος της μητέρας για συγγενείς λοιμώξεις, αξιολόγηση της πιθανότητας χρωμοσωμικής ανωμαλίας / γενετικού συνδρόμου και συζήτηση για τη δυνατότητα αμνιοπαρακέντησης προς αποκλεισμό τους, λεπτομερή εξέταση της ανατομίας του εμβρύου και χρήση των τεχνικών Doppler για την εξέταση της λειτουργίας του πλακούντα και της κατάστασης του εμβρύου. Επίσης, η υγεία της μητέρας θα πρέπει να αξιολογηθεί, ιδιαίτερα η αρτηριακή της πίεση, καθώς η πλακουντιακή δυσλειτουργία μπορεί να συνοδεύεται από προεκλαμψία.

Η διαχείριση της κατάστασης πολλές φορές είναι δύσκολη και εξαρτάται από την ηλικία κύησης κατά τη διάγνωση και από τη σοβαρότητα. Στόχος είναι η παράταση της κύησης σε τέτοιο σημείο που θα αποφευχθούν τα σημαντικά προβλήματα της προωρότητας, χωρίς να κινδυνεύσει η υγεία και η ζωή του εμβρύου. Η ανάπτυξη και τα Doppler του εμβρύου παρακολουθούνται τακτικά ώστε να ανιχνευθεί έγκαιρα η πιθανή εμβρυϊκή δυσχέρεια, κερδίζοντας παράλληλα επιπλέον εβδομάδες κύησης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορά όψιμη υπολειπόμενη εμβρυϊκή ανάπτυξη (μετά από τις 32 εβδομάδες κύησης) και συνεπώς, τα σημαντικά προβλήματα στη διαχείριση έχουν ήδη ξεπεραστεί. Επίσης, τα περισσότερα περιστατικά δεν επιπλέκονται από εμβρυϊκή δυσχέρεια και η διαχείρισή τους είναι πιο εύκολη, με συχνή παρακολούθηση και τοκετό όταν το έμβρυο είναι αρκετά ώριμο.

Η σημαντική πρόοδος που υπάρχει τα τελευταία χρόνια στη νεογνολογική φροντίδα βελτιώνει ακόμα περισσότερο την τελική πρόγνωση. Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται πλήρης συνεργασία με τον θεράποντα μαιευτήρα – γυναικολόγο και τον ειδικό εμβρυομητρικής ιατρικής, τακτική παρακολούθηση και το αποτέλεσμα είναι συνήθως καλό.



Μάρκος Λύλλος
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος
Ειδικός Ιατρικής Εμβρύου
Επιστημονικός Συνεργάτης ΛΗΤΩ

Παρά την πρόοδο της ιατρικής, η πρόληψη παραμένει η καλύτερη θεραπεία και γι' αυτό οι γυναίκες δεν πρέπει να αμελούν τον τακτικό γυναικολογικό τους έλεγχο που μπορεί να ανιχνεύσει εγκαίρως πολλά σοβαρά προβλήματα.

"A well-woman visit" όπως αναφέρεται από το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων (ACOG):

- Παρέχει την ευκαιρία για συμβουλευτική επικοινωνία με τις ασθενείς για διατήρηση ενός υγιούς τρόπου ζωής και μειώνοντας τους κινδύνους.
- Πρέπει να περιλαμβάνει: εξετάσεις διαλογής (screening) για διάγνωση νοσημάτων και αξιολόγηση και συμβουλευτική π.χ. για εμβολιασμούς, βασισμένη στην ηλικία και στους εξατομικευμένους παράγοντες κινδύνου.
- Team work (συνδρομή και άλλων ειδικοτήτων) όταν κρίνεται αναγκαίο.

Η λεπτομερής καταγραφή του ιστορικού αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της επίσκεψης. Η άσκηση της γυναικολογίας, και όχι μόνο, απαιτεί δεξιότητες πέρα των ιατρικών γνώσεων, όπως είναι η ικανότητα επικοινωνίας για αμφίδρομη δημιουργία εμπιστοσύνης μιας και είναι απαραίτητη η αναφορά στοιχείων πολύ προσωπικών, μια ουσιαστική παράμετρος για τη διάγνωση και τη θεραπεία, καθώς και η αναφορά σε ατομικά στοιχεία όπως ηλικία, επαγγελματική ενασχόληση, τόπος διαμονής, σχέσεις με σκοπό τη δημιουργία γέφυρας επικοινωνίας. Ατομικό και Οικογενειακό ιστορικό π.χ. αναφορές για παιδική-εφηβική ηλικία, έναρξη ΕΡ (διάρκεια-περιοδικότητα), χειρουργικές επεμβάσεις, νοσηλείες, λήψη φαρμάκων, τυχόν αλλεργίες πρέπει να καταγράφονται και να αξιολογούνται. Κατά τη λήψη του γυναικολογικού ιστορικού θα πρέπει να καταγράφεται η αιτία της επίσκεψης και τυχόν συμπτώματα, η εξέλιξη και η χρονιότητα των συμπτωμάτων (αρχή, διάρκεια, υφέσεις, εξάρσεις) και να αξιολογείται η έμμενη ρύση ως προς τα εξής:

- Έναρξη, περιοδικότητα, πόνο (ποιότητα).
- Δυσμηνόρροια, το μαιευτικό ιστορικό κυήσεων, τοκετών, τυχόν επιπλοκές, τρόπος σύλληψης και προηγούμενα προβλήματα ή θεραπείες, ή αν η ασθενής εμφανίζει μια φυσική και ψυχολογική ευπάθεια.
- Ο ιατρός πρέπει να έχει το πνεύμα του καλού ακροατή, να μην είναι εριστικός, αυταρχικός ή να αντιπαράκειται στα αναφερόμενα στοιχεία και στις τυχόν προσκομισθείσες εξετάσεις, αλλά να είναι συνεργάσιμος με ευθυκρισία και σαφή στην επικοινωνία του με τη γυναίκα.

Η φυσική εξέταση της ασθενούς διαμορφώνεται ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και πρέπει να περιλαμβάνει:

Τη φυσική εξέταση:

- 1) Έξω-έσω γεννητικών οργάνων,
- 2) Μαστών και κοιλιάς.

Πάντα με την παρουσία μίας-νοσηλεύτριας και ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη κολποτραχηλικού επιχρίσματος για test Παπανικολάου και ανάλογα με τα συμπτώματα και τα σημεία κατά την κλινική εξέταση τη

λήψη ΚΚΥ (καλλιέργεια κολπικού υγρού), καθώς και τη διενέργεια διακολπικού υπερηχογραφήματος.

Test Παπανικολάου & H.P.V. - D.N.A. Test:

Κάθε χρόνο από την έναρξη των σεξουαλικών επαφών έως την ηλικία των 21. Από τα 21 και μέχρι την ηλικία των 29 Τεστ Παπανικολάου πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 3 χρόνια. Από την ηλικία των 30 έως και 65 ετών το Τεστ Παπανικολάου και το H.P.V. - D.N.A. test πρέπει να γίνονται κάθε 5 χρόνια (co-testing) για τις περισσότερες γυναίκες ή μπορούν να κάνουν ένα test Παπανικολάου κάθε 3 χρόνια ή να κάνουν ένα H.P.V. - D.N.A. test μόνο κάθε 5 χρόνια. Όχι, όμως, αυτές που χαρακτηρίζονται ως υψηλού κινδύνου.

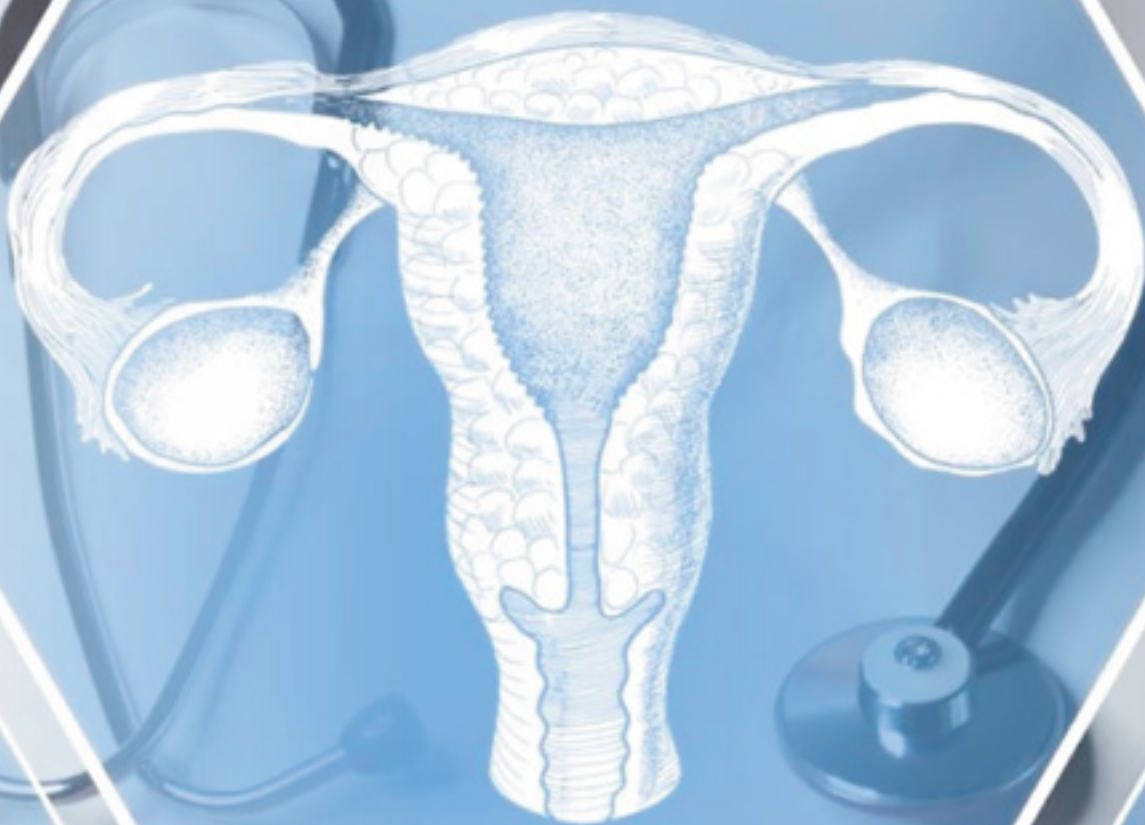
Προτείνεται ο ετήσιος έλεγχος για γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, με πρώτη επίσκεψη περί το ένα έτος μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Μετά την ηλικία των 65 ετών εάν τα τελευταία τρία test ήταν καθοριστικά και δεν υπήρχε ποτέ παθολογικό αποτέλεσμα, μπορεί να γίνει άλλο ένα test μετά από 3 χρόνια και να σταματήσει η δοκιμασία διαλογής. Κατά την κολπική εξέταση διενεργείται επισκόπηση δερματικής περιοχής των έξω γεννητικών οργάνων: για φυσιολογική διάπλαση ή δυσπλασία, φλεγμονές-ερεθισμούς, ύπαρξη κονδυλωμάτων, τρήματα, δερματοπάθειες, εξελκώσεις, διαβρώσεις, αποχρωματισμούς, όπως σκληρυντικός λειχήνας, ψωρίαση, τυχόν διογκώσεις στους αδένες skene και bartolini's. Επισκόπηση κόλπου και θύλων, του τραχήλου (ενδοκολπική μοίρα), το έξω κολπικό στόμιο για ρήξεις, πολύποδες, φλεγμονώδεις εκτρόπιο, αναγνώριση φλεγμονωδών εκκρίσεων, εξελκώσεων, εξωφυτικών διεργασιών, ατροφίας και λήψη Test Παπανικολάου & H.P.V. - D.N.A. Test με τη σωστή τεχνική! Με το διακολπικό υπερηχογράφημα μπορούμε να αναγνωρίσουμε και να διαγνώσουμε συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, την κλίση, κάμψη, τις διαστάσεις της, τη δομή και την υφή του ενδομητρίου, την ύπαρξη ινομυωμάτων και τη λεπτομερή χαρτογράφησή τους. Επίσης, να ελέγξουμε τις ωοθήκες και τα εξαρτήματα για παθολογικές κύστες όπως ενδομητρίωσης ή δερμοειδών κύστεων ή και να παρακολουθήσουμε την ωοθηλακιορρηξία.

Δεν θα πρέπει να λησμονούμε την εξέταση του μαστού με ψηλάφηση των μαστών για αναγνώριση αλλαγών στο δέρμα, υβώσεις, αναγνώριση όγκων, εξέταση-ψηλάφηση μασχαλαίων λεμφαδένων, εξέταση θηλών για τυχόν έκκριμα θηλής. Θα πρέπει να υπάρχει ισχυρή παρότρυνση για αυτοψηλάφηση των μαστών και εκπαίδευση για το σωστό τρόπο.



Χρήστος Γ. Τσίντζος
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης ΛΗΤΩ

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ



ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΓΙΝΕΤΑΙ
ΚΑΙ ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ;

“Ο προληπτικός τακτικός
γυναικολογικός έλεγχος είναι απαραίτητος
σε κάθε ηλικιακή ομάδα γυναικών
διότι επιτρέπει την πρόληψη σοβαρών
γυναικολογικών νοσημάτων και την ορθή
αξιολόγηση της γυναικολογικής κατάστασης
της ασθενούς ανάλογα με την ηλικία της.”



Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ & ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

Ως HPV διεθνώς ή «Ιοί των κονδυλωμάτων» ορίζεται μια οικογένεια ιών, η οποία περιλαμβάνει περισσότερα από 150 διαφορετικά στελέχη. Από την οικογένεια αυτή, κάποιοι ορότυποι ενοχοποιούνται για την πρόκληση καρκίνου στον άνθρωπο.

Ο ιός μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με την τριβή του δέρματος και των βλεννογόνων και το φιλί στο στόμα. Γενικά, θα λέγαμε ότι πρόκειται για σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσηση η οποία

αφορά κάθε είδους επαφή. Έτσι, ο HPV μπορεί να προσβάλει τη στοματική κοιλότητα, τη μύτη, τον οροφάρυγγα και το λάρυγγα, τον οισοφάγο και την περιγεννητική και περιπρωκτική περιοχή τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών.

Ο ιός μετά την είσοδό του στα κύτταρα προκαλεί ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό. Οι αρχικές αλλοιώσεις που προκαλούνται έχουν τη μορφή θηλωμάτων (ή κονδυλωμάτων, όπως ονομάζονται στην περιγεννητική περιοχή), τα οποία δυνητικά εξελίσσονται αρχικά σε προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις

και τέλος, αν δεν εφαρμοστεί θεραπεία, σε κακοήθεια. Φαίνεται ότι οι άνδρες τείνουν να παρουσιάζουν ορατές βλάβες λιγότερο συχνά από τις γυναίκες και με αυτό τον τρόπο λειτουργούν κυρίως ως φορείς του ιού.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, λόγω της αύξησης της φορέας παγκοσμίως, θεωρεί επιβεβλημένη τη στρατηγική εμβολιασμού των εφήβων και των δύο φύλων.

Ιδανικά, ο εμβολιασμός είναι καλό να διενεργείται πριν το άτομο γίνει σεξουαλικά ενεργό, με κάθε τρόπο, χωρίς να σημαίνει ότι δεν μπορεί να γίνει και αργότερα. Ακόμα κι αν κάποιος έχει εκτεθεί στον ιό, ο εμβολιασμός μπορεί να τον προστατεύσει από μόλυνση από διαφορετικό στέλεχος, διευκρινίζοντας όμως ότι το εμβόλιο χρησιμοποιείται μόνο για πρόληψη και όχι για θεραπεία.

Από το 2007 εμβολιάζονταν στην Ελλάδα για τον HPV μόνο τα κορίτσια υποχρεωτικά, ηλικίας μεγαλύτερης των 12 ετών. Από το 2022 εντάχθηκε στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και ο υποχρεωτικός εμβολιασμός των αγοριών, ενώ τροποποιήθηκε η προτεινόμενη ηλικία εμβολιασμού και των δύο φύλων από 9 έως 11 ετών.

Ως το τέλος του 2023 ο εμβολιασμός αποζημιώνεται πλήρως από τα ασφαλιστικά ταμεία στις ηλικίες 9 έως 18 ετών ενώ από την 1/1/2024 η πλήρης αποζημίωση θα αφορά τις ηλικίες 9 έως 15 ετών.

Χορηγείται σε δύο δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών, ενώ υπάρχει και σχήμα τριών δόσεων με κριτήρια ηλικιακά και κοινωνικά, για τα οποία ενημερώνεστε από τον ιατρό σας.

Το εμβόλιο είναι ασφαλές, χωρίς σοβαρές ανεπιθύμητες αντιδράσεις και είναι αποτελεσματικό. Στις πιθανές ανεπιθύμητες αντιδράσεις αναφέρονται συχνότερα πόνος, οίδημα και ερυθρότητα τοπικά ενώ σπανιότερα χαμηλός πυρετός, μυαλγίες και σπανιότατα αλλεργικές αντιδράσεις.

Μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με άλλα ενέσιμα εμβόλια σε διαφορετικές θέσεις χορήγησης.

Τα διαθέσιμα εμβόλια σήμερα είναι:

- Διδύναμο εναντίον ογκογόνων οροτύπων 16, 18.
- Τετραδύναμο εναντίον ογκογόνων οροτύπων 16, 18, αλλά και των μη ογκογόνων 6 και 11.
- Εννεαδύναμο εναντίον των ογκογόνων οροτύπων 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, αλλά και των μη ογκογόνων 6 και 11.

Το τελευταίο είναι και το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο.

Τα εμβόλια αυτά αποτελούνται από πρωτεΐνες κατασκευασμένες έτσι ώστε να ομοιάζουν με το εξωτερικό περίβλημα του ιού. Με αυτό τον τρόπο, ερεθίζεται το ανοσοποιητικό μας σύστημα για να παραγάγει αντισώματα εναντίον του ιού.

Συνοψίζοντας, ο εμβολιασμός προφυλάσσει κυρίως από την εμφάνιση κονδυλωμάτων, από καρκίνους του τραχήλου της μήτρας, του πρωκτού, του κόλπου, του αιδοίου, του πέους, του στοματοφάρυγγα και του λάρυγγα, καθώς και από την υποτροπιάζουσα αναπνευστική θηλωμάτωση. Πρέπει να επισημαίνουμε, κυρίως στους εφήβους, ότι παρά την εμβολιαστική κάλυψη συνιστάται να συνεχίζονται να λαμβάνονται οι κατάλληλες προφυλάξεις εναντίον των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων.



Ευθυμία Στεφανίδου
Παιδίατρος-Νεογνολόγος
Αναπληρώτρια Διευθύντρια
MENN ΛΗΤΩ

ΑΙΜΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ



Η αιμορραγία στην εγκυμοσύνη είναι ένα σύμπτωμα που προκαλεί πανικό, αλλά συχνά δεν αποτελεί απειλή για τη συνεχιζόμενη κύηση. Η αιμορραγία στην εγκυμοσύνη δεν είναι σπάνιο (20-30% στο σύνολο των κυήσεων) φαινόμενο. Κατά την αρχή δε της κύησης, είναι αρκετά συχνή (έως το 40% όλων των εγκύων έχει ένα ή περισσότερα περιστατικά αιμορραγίας στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου) και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι επιβλαβής για τη συνεχιζόμενη εγκυμοσύνη, ούτε υπάρχει κίνδυνος για το μωρό που θα γεννηθεί.

Αίτια αιμορραγίας

Η επειλούμενη αποβολή

Το γεγονός της αιμορραγίας κατά την αρχή της εγκυμοσύνης προκαλεί φόβο στις έγκυες αφού πάντοτε εκλαμβάνεται ως ένδειξη επειλούμενης αποβολής. Ωστόσο, μόνο ένα ποσοστό 25-30% των περιστατικών καταλήγουν πράγματι σε αποβολή, ιδιαίτερα όταν η αιμορραγία είναι δριμεία, παρατεταμένη, επίμονη και συνοδεύεται από πόνο. Το υπόλοιπο των περιπτώσεων αποδίδεται σε άλλες αιτίες όπως:

Οι μικρορρήξεις στα αιμοφόρα αγγεία

Κάποιες φορές μικρά αιμοφόρα αγγεία του τράχηλου της μήτρας, αφού αυτή μεγαλώνει λόγω της

εγκυμοσύνης, σπάνε οπότε μπορεί να εμφανιστεί ήπια αιμορραγία. Συνήθως η αιμορραγία αυτή μειώνεται βαθμιαία και σταματά το ίδιο 24ωρο ενώ κατά κανόνα την επόμενη ημέρα παρατηρείται μηδαμινή αιματηρή κολπική έκκριση (καφέ υγρό). Η αιμορραγία λόγω ρήξεως αιμοφόρων αγγείων είναι αβλαβής, αυτοπεριοριζόμενη (υποχωρεί από μόνη της) και δεν επηρεάζει την εγκυμοσύνη ή το έμβρυο.

Οι ατυπίες των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας

Οι αλλοιώσεις (ατυπίες) των κύτταρων του τράχηλου της μήτρας αποτελούν, επίσης, αίτιο «σταγονοειδούς» αιμορραγίας κατά την αρχόμενη εγκυμοσύνη. Κυτταρικές ατυπίες μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά συνηθέστερα υπάρχουν πριν από αυτή και δεν έχουν διαγνωστεί λόγω πλημμελούς προληπτικού ελέγχου. Κατά την έναρξη της κύησης επιβάλλεται η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου (test Παπανικολάου), η οποία τις αποκαλύπτει. Ανάλογα δε με τον τύπο των κυτταρικών αλλοιώσεων κρίνεται αν αυτές είναι αρκετά σοβαρές ώστε να πρέπει άμεσα και χειρουργικά να απομακρυνθούν ή αν η θεραπεία τους μπορεί να αναβληθεί για μετά τον τοκετό. Ακόμη κι αν απαιτηθεί να αντιμετωπιστούν κατά τη διάρκεια της κύησης, αυτό δεν επηρεάζει την έκβασή της ή την υγεία του εμβρύου.

Οι λοιμώξεις

Ιδιαίτερα οι λοιμώξεις του τραχήλου της μήτρας, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν ήπιες αιμορραγίες και είναι, για παράδειγμα, οι χλαμυδιακές λοιμώξεις, η γονόρροια (βλεννόρροια) ή λοίμωξη που προκαλείται από στρεπτόκοκκους και άλλες σπανιότερες. Συνήθως αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά και η κύηση συνεχίζεται ομαλά.

Η εξωμήτριος κύηση

Εξωμήτριος χαρακτηρίζεται η κύηση όπου το έμβρυο βρίσκεται εκτός της μήτρας (συχνότερα στις σάλπιγγες). Συμβαίνει σπανιότατα (1-2% του συνόλου των κυήσεων), εκδηλώνεται με επώδυνη κολπική αιμορραγία κατά τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης και απαιτεί ταχεία χειρουργική αντιμετώπιση.

Η μύλη κύηση

Είναι η πλέον σπάνια και σοβαρότερη αιτία αιμορραγίας κατά την αρχόμενη εγκυμοσύνη. Πρόκειται για μια κύηση όπου συνήθως δεν υπάρχει έμβρυο και εφόσον τεκμηριωθεί, επιβάλλεται η άμεση διακοπή

της και η περαιτέρω τακτική περιοδική εξέταση της γυναίκας για ορισμένο χρονικό διάστημα.

Συχνές ερωτήσεις:

Είναι επικίνδυνη η αιμορραγία στην αρχή της εγκυμοσύνης;

Η αιμορραγία ειδικά κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου είναι αρκετά συνηθισμένη και δεν πρέπει να προκαλεί πανικό. Αλλά επειδή η αιμορραγία μπορεί μερικές φορές να είναι σύμπτωμα για κάτι σοβαρό, είναι σημαντικό να γνωρίζετε τις πιθανές αιτίες και να συμβουλευτείτε τον γιατρό σας για να βεβαιωθείτε ότι είστε υγιείς εσείς και το μωρό σας.

Η αιμορραγία στην αρχή της εγκυμοσύνης σημαίνει πάντα αποβολή;

ΟΧΙ. Ιδιαίτερα η σταγονοειδής αιμορραγία (επίσταξη) στην αρχή της εγκυμοσύνης σπάνια σημαίνει ότι επίκειται αποβολή.

Πότε θα πρέπει να ανησυχήσω για την αιμορραγία στην αρχή της κύησης;

Εάν παρουσιάσετε βαριά αιμορραγία με πήγματα αίματος και πόνο χαμηλά στην κοιλιά, επικοινωνήστε αμέσως με τον γιατρό σας. Αυτό μπορεί να είναι σύμπτωμα αποβολής ή εξωμήτριας κύησης.



Κωνσταντίνος Δημητροκάλλης
Μαιευτήρας Γυναικολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης
ΛΗΤΩ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

ΠΩΣ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ;

Η διαδικασία της σύλληψης αποτελεί μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ οργανικών συστημάτων, ορμονικών μονοπατιών και άλλων διεργασιών. Είναι αποτέλεσμα της ένωσης ενός σπερματοζωαρίου με το ωάριο και τελικά, προκύπτει το γονιμοποιημένο ωάριο, ζυγώτης.

Ο ζυγώτης είναι μεμονωμένο κύτταρο που αποτελείται από 46 χρωμοσώματα, 23 χρωμοσώματα από το σπερματοζωάριο και 23 από το ωάριο. Το πρώτο κύτταρο της νέας ζωής παραμένει στη σάλπιγγα για χρονικό διάστημα 5-6 ημερών όπου και διαιρείται, καθώς κατευθύνεται προς την κοιλότητα της μήτρας. Από την πρώτη διαίρεση σχηματίζεται το έμβρυο, το οποίο συνεχίζει να διαιρείται έως την 5η ημέρα, όταν με τη μορφή βλαστοκύστης «μεταναστεύει» στην κοιλότητα του ενδομητρίου, φαινόμενο εκκόλαψης. Στο στάδιο βλαστοκύστης το έμβρυο αρχίζει να δημιουργεί τον πλακούντα στο σημείο εμφύτευσής του κι έτσι, η κύηση συνεχίζεται.

Οι απαραίτητες, λοιπόν, προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για να πραγματοποιηθεί μια φυσιολογική σύλληψη είναι:

- **φυσιολογική ωοθυλακιορρηξία,**
- **υγιές σπέρμα,**
- **υγιές ωάριο,**
- **κατάλληλα προετοιμασμένο ενδομήτριο.**

Σε όλες τις παραπάνω προϋποθέσεις, η διατροφή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Αρχική παρατήρηση, αφορά εξίσου και τα δύο φύλα. Μια ισορροπημένη, υγιεινή διατροφή, πλούσια σε αντιοξειδωτικά, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, μπορεί να επιδράσει θετικά στη διαδικασία παραγωγής σπέρματος, η οποία λαμβάνει χώρα κάθε τρεις μήνες. Επιπροσθέτως, μπορεί με αντίστοιχους μηχανισμούς να βελτιώσει την ποιότητα των ωαρίων της γυναίκας, τα οποία σε αντίθεση με τα σπερματοζωάρια δεν αναγεννιούνται, αλλά φθείρονται σε κάθε καταμήνιο κύκλο. Σημαντικότερος παράγοντας κρίνεται και στις δύο περιπτώσεις ο φυσιολογικός Δείκτης Μάζας Σώματος που ορίζεται ως το κλάσμα με αριθμητή το βάρος και παρονομαστή το ύψος υψωμένο στο τετράγωνο. Οι φυσιολογικές τιμές του κυμαίνονται από 20 έως 24,9 (kg/m²), ενώ τιμές που αποκλίνουν από το συγκεκριμένο εύρος χρήζουν διατροφικής παρέμβασης. Τόσο η απώλεια όσο και η πρόσληψη βάρους ανάλογα με την κατάσταση φαίνεται να επηρεάζουν τη γονιμότητα και των δύο φύλων.

Στο πλαίσιο της υγιεινής διατροφής καταλληλότερο μοντέλο υιοθέτησης θεωρείται εκείνο της Μεσογειακής Διατροφής. Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητη η εξατομικευμένη διατροφική παρέμβαση βάσει ιατρικού ιστορικού και ιδιοτεροτήτων του κάθε ζευγαριού. Οι γενικές διατροφικές συστάσεις που

προκύπτουν από την προσαρμογή της Μεσογειακής Πυραμίδας στην αναπαραγωγική ηλικία περιλαμβάνουν:

- την ημερήσια κατανάλωση 4 μερίδων λαχανικών.
- την ημερήσια κατανάλωση 3 μερίδων φρέσκων φρούτων εποχής.
- την ημερήσια κατανάλωση 5-7 μερίδων δημητριακών, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι ολικής άλεσης.
- την ημερήσια κατανάλωση 2 μερίδων γαλακτοκομικών, κατά προτίμηση ημιαποβουτυρωμένων-χαμηλών λιπαρών.
- την εβδομαδιαία κατανάλωση τουλάχιστον 3 μερίδων οσπρίων.
- την εβδομαδιαία κατανάλωση 2-3 μερίδων λιπαρών ψαριών.
- την εβδομαδιαία κατανάλωση έως 1 μερίδας κόκκινου κρέατος.
- την εβδομαδιαία κατανάλωση 1-2 μερίδων πουλερικών.
- την εβδομαδιαία κατανάλωση έως 4 κρόκων αυγών.
- την ημερήσια κατανάλωση 4-5 μερίδων λιπαρών.
- την ημερήσια κατανάλωση 1,5-2 λίτρων νερού.
- την ημερήσια κατανάλωση έως 5 γρ. νατρίου (αλάτι), συμπεριλαμβανομένου και αυτού που περιέχεται στα τρόφιμα (η ποσότητα ισοδυναμεί με 1 κουταλάκι του γλυκού).
- την ημερήσια κατανάλωση έως 1 μερίδας αλκοολούχου ποτού, κατά προτίμηση κρασιού.
- τον περιορισμό της κατανάλωσης ζάχαρης, γλυκαντικών ουσιών και προϊόντων που τα περιέχουν.

Ωστόσο, σε μια προσπάθεια διατροφικής προσέγγισης της κάθε προϋπόθεσης για επιτυχή σύλληψη ξεχωριστά, υπάρχουν κάποια μικροθρεπτικά συστατικά που βάσει επιστημονικών στοιχείων φαίνεται να συμβάλουν σημαντικά. Τη διαδικασία της ωοθυλακιορρηξίας φαίνεται να βελτιώνουν τα φυσιολογικά επίπεδα βιταμίνης D και ψευδαργύρου, καθώς σχετίζονται με τα επίπεδα της Αντιμυλλέριου ορμόνης AMH.



Ευθυμία-Κυριακή Δέδε
Κλινική Διαιτολόγος –
Διατροφολόγος
Επιστημονική Συνεργάτιδα ΛΗΤΩ



Ακόμη, η επαρκής πρόσληψη φυλλικού οξέος σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα σποραδικής ανωορρηξίας, όπως και η πρόσληψη ω -3 λιπαρών οξέων είτε μέσω της διατροφής είτε μέσω συμπληρωμάτων διατροφής.

Διατροφικοί παράγοντες που επιδρούν θετικά στη γενικότερη ποιότητα του σπέρματος είναι πρωτίστως τα ω -3 λιπαρά οξέα. Ο συνδυασμός επαρκούς πρόσληψης βιταμίνης C με βιταμίνη E μέσω της διατροφής φαίνεται να μειώνει το φαινόμενο κατακερματισμού του DNA, διαδικασία που αφορά στην υγεία του σπέρματος και αυξάνει τον κίνδυνο αποβολών. Τέλος, το φυλλικό οξύ, ως απαραίτητο στοιχείο που συμμετέχει στη διαδικασία σπερματογένεσης, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει παραμέτρους που αφορούν στη μη φυσιολογική μορφολογία σπέρματος. Διατροφικές πηγές φυλλικού οξέος αποτελούν τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, τα όσπρια, τα εσπεριδοειδή και κάποια εμπλουτισμένα τρόφιμα του εμπορίου όπως δημητριακά. Για τη βελτίωση της ποιότητας των ωαρίων, τα θρεπτικά συστατικά που ξεχωρίζουν

είναι η βιταμίνη D και τα αντιοξειδωτικά, ποικιλία των οποίων λαμβάνουμε από φρούτα και λαχανικά. Λόγος γίνεται και για άλλα στοιχεία, όπως τα επίπεδα μελατονίνης, ωστόσο, το μικροβίωμα του εντέρου είναι ακόμα υπό διερεύνηση.

Όσον αφορά στην επίδραση της διατροφής κατά την επίτευξη φυσιολογικής εμφύτευσης του εμβρύου στην κοιλότητα της μήτρας, τα οφέλη σημειώνονται στην πάχυνση και αιμάτωση του ενδομητρίου. Ευεργετική δράση φαίνεται να ασκούν η βιταμίνη E και η L-αργινίνη, της οποίας η χρήση απαιτεί περαιτέρω ερευνητικά αποτελέσματα. Τη διαδικασία γονιμότητας φαίνεται να επηρεάζουν κάποιες αναπαραγωγικές συνθήκες όπως η αδενομίωση, η ενδομητρίωση, το σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών, η κοιλιοκάκη, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και κάποιες θυρεοειδικές δυσλειτουργίες. Ακόμα και στην περίπτωση των παραπάνω καταστάσεων, η εξατομικευμένη διατροφή δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης και θεραπείας, σε συνεργασία με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα.

ΠΡΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ος πρόωρος τοκετός ορίζεται ο τοκετός που εξελίσσεται και πραγματοποιείται πριν από την 37η εβδομάδα και αφορά το 8% των κύησεων. Αν και υπάρχει ομοφωνία για το ανώτερο χρονικό όριο, το κατώτερο όριο στην Ελλάδα έχει αποφασιστεί να είναι η 22η εβδομάδα, ενώ ποικίλλει από κράτος σε κράτος (π.χ. στις Ηνωμένες Πολιτείες 20η W). Φυσικά για τη διάγνωση του πρόωρου τοκετού υπάρχουν προϋποθέσεις όπως ο χρονολογικός προσδιορισμός του κύκλου που είναι συχνά ανακριβής με μεταβλητό ρυθμό ή και φυσιολογικός 28 ημερών.

Ο πρόωρος τοκετός είναι ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της κύησης, αφού αποτελεί ένα υψηλό ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας ή θνητότητας (60-80%) που δεν οφείλεται σε συγγενείς ή χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Επίσης, αποτελεί μεγάλο ποσοστό άμεσης ή απώτερης χρονικά νεογνικής νοσηρότητας. Για τους παιδιατρους πρόωρος τοκετός θεωρείται όταν το νεογνό είναι κάτω από 2.500 γραμ. βάρους.

Το 1/3 των πρόωρων τοκετών με πολύ χαμηλά ποσοστά επιβίωσης είναι κάτω από την 32η εβδομάδα. Έτσι, στην 23η εβδομάδα το ποσοστό επιβίωσης είναι μόλις 0-7%, στην 25η εβδομάδα ανέρχεται σε 0-29%, στην 26η εβδομάδα ανέρχεται σε 56-67% και στην 28η εβδομάδα σε 88-92%.

Οι νεογνικές επιπλοκές που οφείλονται στον πρόωρο τοκετό είναι:

Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας
Βρογχοπνευμονική δυσπλασία
Ανοικτός βοτάλειος πόρος
Νεκρωτική εντεροκολίτιδα
Υπερχοληρυθριναιμία
Άπνοια
Νεφροπάθεια
Εγκεφαλική αιμορραγία
Σηψαιμία
Κώφωση
Τύφλωση
Σπασμοί
Διανοητική υστέρηση

Αιτιοπαθογένεια

Ο πρόωρος τοκετός μπορεί να εκδηλωθεί στις ακόλουθες καταστάσεις: σε αυτόματη ρήξη υμένων, ανεπάρκεια τραχήλου (ιδιοπαθή ή ιατρογενή), συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας (παιδόμορφος, δίκερρος, δίδελφς), σε υπερδιάταση της μήτρας (υδράμνιο, πολύδυμη κύηση), σε εμβρυϊκές ανωμαλίες (εμβρύου ή πλακούντα), σε κύηση με ταυτόχρονη παρουσία ενδομητρίου σπειράματος, σε ενδομήτριο θάνατο εμβρύου, ιστορικό προηγούμενων πρόωρων τοκετών της μητέρας, συστηματικές παθήσεις της μητέρας (πνευμονία,

υψηλός πυρετός, πυελονεφρίτιδα, περιτονίτιδα). Επίσης, υπάρχει και ο ιατρογενής πρόωρος τοκετός: προεκλαμψία, πολύδυμη κύηση, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης του εμβρύου, εμβρυϊκές ανωμαλίες ασύμβατες με τη ζωή, αποκόλληση πλακούντα ή ενδομήτρια εμβρυϊκή δυσφορία. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως είναι ο υποσιτισμός και η χρήση ναρκωτικών, οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης πρόωρου τοκετού.

Διάγνωση

Δεν είναι εύκολη η διάγνωση του πρόωρου τοκετού, εκτός αν η διαστολή του τραχήλου είναι πάνω από τα τέσσερα εκατοστά ή αν έχουμε πολύ τακτικές συσπάσεις της μήτρας. Τα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί για τη διάγνωση του πρόωρου τοκετού είναι: η ηλικία της κύησης από 24 έως 37 εβδομάδες, να υπάρχουν περιοδικές συστολές της μήτρας με συχνότητα επανεμφάνισης λιγότερη από 5 λεπτά και για διάστημα τουλάχιστον 20 λεπτών, να υπάρχει εξέλιξη του τραχήλου σε ποσοστό 80% και άνω, και διαστολή στα 2 εκατοστά και τέλος, οι εμβρυϊκοί υμένες ακέραιοι. Τα κριτήρια αυτά έχουν μεγάλη προγνωστική αξία σε σχέση με την πιθανή εξέλιξη της κύησης, ιδιαίτερα στις πρωτότοκες γυναίκες. Τέλος, παρά το γεγονός ότι η θέση του εμβρύου δεν αποτελεί μέρος των κριτηρίων ταξινόμησης και πρόγνωσης, θεωρείται γενικά ότι όσο πιο χαμηλά είναι το έμβρυο τόσο πιο μεγάλος ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού. Σε περίπτωση δε ενεργού πρόωρου τοκετού οι ελπίδες για αναστολή αυτού είναι λίγες παρά τις ιατρικές προσπάθειες.

Αντιμετώπιση

Η θεραπεία των αιτιολογικών παραγόντων (όσο είναι δυνατόν) και η αντιμετώπιση για την αναστολή του πρόωρου τοκετού είναι ο κλινοστατισμός ή η χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής όπως οι συμπαθητικομιμητικοί παράγοντες ή β' αγωνιστές (ριτοδρίνη, τερβουταλίνη, φαινοτερόλη κ.ά.), οι αντιπροσταγλανδινικοί παράγοντες (ινδο-μεθακίνη), τοθειικό μαγνήσιο, οι αποκλειστές διαύλων Ca++ (νιφεδιπίνη) ή οι ανταγωνιστές των υποδοχέων κυτοκίνης (atociban).

Σχετικά με το χρονικό όριο της θεραπείας αναστολής τοκετού, δεν υπάρχει κατώτατο όριο, αλλά για το ανώτερο χρονικό όριο υπάρχουν διαφωνίες. Κάποιοι θεωρούν ότι πρέπει να γίνεται η θεραπεία αναστολής έως την 37η εβδομάδα, ενώ άλλοι θεωρούν έως την 34η εβδομάδα, όταν έχει ολοκληρωθεί η βιολογική ωρίμανση των οργάνων του εμβρύου. Η τοκολυτική θεραπεία εξατομικεύεται σε κάθε εγκυμονούσα, σε συνάρτηση με την τυχόν ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες απαγορεύουν τη χορήγηση αγωγής.

Απόλυτες αντενδείξεις θεραπείας είναι το νεκρό έμβρυο, η χοριοαμνιονίτιδα, η αιμορραγία από αποκόλληση πλακούντα ή η βαριά υπερτασική νόσος.



Σχετικές αντενδείξεις είναι το μικρό υποχοριονικό αιμάτωμα, ο προδρομικός πλακούντας, η καρδιακή νόσος της μητέρας, ο υπερ/υποθυρεοειδισμός, ο αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης και η μικρού βαθμού καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης.

Προετοιμασία

Για την αντιμετώπιση των επικείμενων περιγεννητικών επιπλοκών γίνεται η χορήγηση κορτικοστεροειδών στη μητέρα (β δεξαμεθαζόνη) για την πρόληψη της αναπνευστικής δυσχέρειας του εμβρύου, φαινοβαρβιτάλης για την πρόληψη εγκεφαλικών αιμορραγιών του νεογνού και αντιβιοτικών για κάλυψη υποκλινικών λοιμώξεων. Σε περίπτωση οξέως πρόωρου τοκετού γίνεται θεραπεία με βιταμίνη Κ και χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα στο νεογνό.

Τοκετός

Όταν ο τοκετός είναι αναπόφευκτος στις κάτω από 26 εβδομάδες, θα πρέπει να είναι κολπικός, ενώ στις πάνω από 26 εβδομάδες και όταν το έμβρυο είναι κάτω των 1.500 γρ. γίνεται καισαρική τομή. Πάνω από 1.500 γρ. γίνεται φυσιολογικός τοκετός, εκτός αν υπάρχει ισχιακή προβολή, καθώς τότε η διενέργεια καισαρικής τομής είναι η μέθοδος εκλογής.



Ευστράτιος Κιρμουτσέλης
Μαιευτήρας – Γυναικολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης
ΛΗΤΩ

ΡΙΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

ΜΥΘΟΙ & ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Η ρινοπλαστική αποτελεί κατά κοινή ομολογία μία από τις πιο δημοφιλείς επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής.

“ Κάθε χρόνο ένας μεγάλος αριθμός τόσο ανδρών όσο και γυναικών υποβάλλονται στη συγκεκριμένη επέμβαση με στόχο την αποκατάσταση των αισθητικών, αλλά και των λειτουργικών προβλημάτων της μύτης τους. ”

Παρ’ όλα αυτά, υπάρχουν αρκετές παρανοήσεις σχετικά με τη διαδικασία της ρινοπλαστικής, γεγονός που συχνά προκαλεί σύγχυση και ανησυχία στους υποψήφιους. Ας δούμε, λοιπόν, κάποιους μύθους σε αντιδιαστολή με ορισμένες αλήθειες για την πλαστική μύτης.

Μύθος 1: Η ρινοπλαστική προκαλεί πόνο.

Πρόκειται ίσως για τον πιο συχνά διακινούμενο μύθο σχετικά με τη ρινοπλαστική. Η αλήθεια είναι ότι η ρινοπλαστική είναι μια εντελώς ανώδυνη χειρουργική επέμβαση. Η γενική αναισθησία εξασφαλίζει την απουσία πόνου κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Μετεγχειρητικά, λόγω της νευρώσης της περιοχής αλλά και εξαιτίας του γεγονότος ότι η μύτη είναι ένα ακίνητο όργανο, ο πόνος ουσιαστικά απουσιάζει. Για 2 με 3 ημέρες χορηγούμε πολύ απλά παυσίπονα για την άνεση του ασθενή και όχι για τον πόνο αυτό καθ’ εαυτό. Είναι μάλιστα γεγονός ότι αρκετοί είναι εκείνοι οι ασθενείς που επιλέγουν να μη λάβουν κάποιο παυσίπονο μετεγχειρητικά. Συνεπώς, σε καμία περίπτωση ο φόβος του πόνου δεν θα πρέπει να αποτρέπει κάποιον να υποβληθεί στη συγκεκριμένη επέμβαση.

Μύθος 2: Η μύτη μου θα φαίνεται χειρουργημένη.

Στα χέρια του κατάλληλα εκπαιδευμένου χειρουργού και με τη βοήθεια των σύγχρονων τεχνικών κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Πλέον, η ρινοπλαστική προσφέρει εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα, τα οποία μπορούν να είναι απόλυτα φυσικά. Η επιλογή του σωστού γιατρού θα σας εξασφαλίσει μια μύτη, η οποία θα είναι λειτουργική, όμορφη και πλήρως αρμονική με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του προσώπου σας. Έτσι, η φυσιογνωμία του ασθενή δεν αλλάζει. Παραμένει ο ίδιος αλλά με αναβαθμισμένη εξωτερική εμφάνιση και με μια μύτη η οποία δεν δίνει την εντύπωση ότι έχει χειρουργηθεί. Αντίθετα, φαίνεται ότι ο ασθενής έχει γεννηθεί με αυτή.

Μύθος 3: Η ανοικτή ρινοπλαστική αφήνει ουλή.

Η ανοικτή ρινοπλαστική δεν αφήνει απολύτως καμία ουλή. Η μικρή τομή στη στυλίδα της μύτης, μέσω της οποίας αποκότουμε πρόσβαση στις ανατομικές δομές που επιθυμούμε να διορθώσουμε, συρράπτεται επιμελώς με πολύ λεπτά ράμματα. Επιπλέον, η αιμάτωση του μέσου τρίτου του προσώ-

που είναι εξαιρετική, γεγονός που εξασφαλίζει την απουσία οποιασδήποτε ουλής μετεγχειρητικά.

Μύθος 4: Η γενική αναισθησία είναι επικίνδυνη.

Πολλοί άνθρωποι φοβούνται, ότι το χειρουργείο, αλλά τη γενική αναισθησία. Η πραγματικότητα, όμως, είναι ότι στις μέρες μας η γενική αναισθησία είναι μια εξαιρετικά ασφαλής διαδικασία. Τα σύγχρονα αναισθησιολογικά μηχανήματα επιτρέπουν τη διαρκή καταγραφή των ζωτικών λειτουργιών του ασθενή. Επιπλέον, τα φάρμακα και οι τεχνικές έχουν ραγδαία εξέλιξη σε σχέση με παλαιότερα, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα στους αρμόδιους γιατρούς (αναισθησιολόγους) να διατηρούν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ιδανικές συνθήκες για τους ασθενείς και για τον χειρουργό. Εξυπακούεται ότι πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητο ένα ιατρικό ιστορικό που θα σκιαγραφήσει με λεπτομέρεια το προφίλ του κάθε ασθενή.

Μύθος 5: Η αποθεραπεία της ρινοπλαστικής είναι μακρά και δύσκολη.

Ανάμεσα στους φόβους των ασθενών που διστάζουν να υποβληθούν σε ρινοπλαστική είναι η εντύπωση ότι η αποθεραπεία θα είναι μεγάλη σε διάρκεια και δύσκολη. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Η αποθεραπεία της συγκεκριμένης επέμβασης είναι σχετικά σύντομη και απόλυτα διαχειρίσιμη. Έτσι, η εργασία από το σπίτι μπορεί να ξεκινήσει ήδη από την 3η μετεγχειρητική ημέρα. Η δουλειά γραφείου μπορεί να ξεκινήσει από την 7η ημέρα μετά την επέμβαση, πιο πολύ για να προστατέψουμε τον ασθενή μας από τη μετακίνηση και όχι από την εργασία του αυτή καθ’ εαυτή. Προκειμένου να εκτελέσει κανείς μια πιο βαριά χειρωνακτική εργασία, θα πρέπει να περιμένει περίπου 2 εβδομάδες. Τέλος, έντονη αθλητική δραστηριότητα μπορεί να ξεκινήσει σε 1 με ενάμιση μήνα. Οι ασθενείς, λοιπόν, που έχουν υποβληθεί σε ρινοπλαστική επανέρχονται γρήγορα στις καθημερινές τους δραστηριότητες, έχοντας ως διπλή παρακαταθήκη μια αναβαθμισμένη εμφάνιση και μια ελεύθερη ρινική αναπνοή.



Μιχάλης Τσουνάς
Χειρουργός ΩΡΛ
Διευθυντής Τμήματος
Λειτουργικής & Επανορθωτικής
ΡΙΝΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΗΤΩ



ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ ▶▶

ΥΓΕΙΑ IVF ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ: Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πρότυπη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, μέλος του Ομίλου Hellenic Healthcare Group, πραγματοποίησε το προηγούμενο διάστημα παρουσίαση σε δημοσιογράφους με τίτλο «Made with Love and Science» στο θερινό σινεμά του Πολεμικού Μουσείου. Στην παρουσίαση έδωσαν το παρόν μέλη της Διοίκησης, καθώς και στελέχη της Μονάδας.

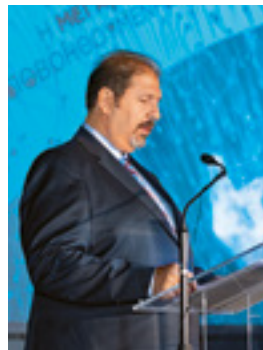
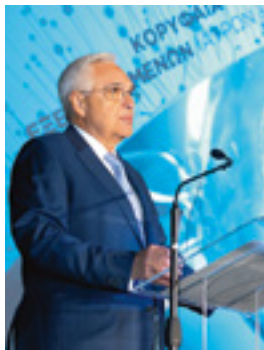
Οι παρευρισκόμενοι είχαν την ευκαιρία να μάθουν περισσότερα για τη λειτουργία της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις τον τελευταίο ενάμιση χρόνο και να πάρουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την πολύτιμη συμβολή της στη ζωή πολλών ζευγαριών να εκπληρώσουν το όνειρό τους και να φέρουν στον κόσμο ένα υγιές παιδί με ασφάλεια. Άλλωστε το ζήτημα της υπογεννητικότητας είναι μείζον για τη χώρα μας, με κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις και πλέον επηρεάζει την καθημερινότητα και την ψυχολογία χιλιάδων ζευγαριών.

Κατά τη διάρκεια της παρουσίασης, οι καλεσμένοι ενημερώθηκαν σχετικά με τον υπερσύγχρονο εξοπλισμό που διαθέτει η Μονάδα, καθώς και το προηγμένο Εμβρυολογικό Εργαστήριό της που είναι ένα από τα καλύτερα στον κόσμο και στο οποίο εφαρμόζονται οι πιο καινοτόμες και εξειδικευμέ-

νες μέθοδοι εξωσωματικής γονιμοποίησης. Με σύμμαχο την επιστήμη και την τεχνολογία, η Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις διαθέτει εξοπλισμό τελευταίας γενιάς, όπως συστήματα Time-lapse με καινοτόμους επωαστές νέας τεχνολογίας, το μοναδικό στην Ελλάδα σύστημα εξαερισμού LifeAire IVF που βελτιώνει έως και 14,9% τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης, σύστημα ιχνηλάτησης και ταυτοποίησης RI Witness, σύστημα παρακολούθησης των συνθηκών του εργαστηρίου Log & Guard, πρωτοποριακά συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης και Τράπεζα Κατάψυξης.

Στη Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις λειτουργεί αυτόνομο Εργαστήριο Γενετικής, το πρώτο στην Ελλάδα αδειοδοτημένο από την Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Το Εργαστήριο λειτουργεί σε υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις, επιτρέποντας τη γενετική ανάλυση των εμβρύων στο πλαίσιο της προεμφυτευτικής διάγνωσης εντός της Μονάδας.

Τέλος, στο πλαίσιο της παρουσίασης πραγματοποιήθηκε προβολή της ταινίας μικρού μήκους «Πελαργός», η οποία αφηγείται με τον πιο ευφάνταστο και γλυκό τρόπο την ιστορία ενός ζευγαριού που αντιμετωπίζει θέματα γονιμότητας, αναδεικνύοντας πως με τη δύναμη της αγάπης και της επιστήμης μπορεί να γεννηθεί ένα μικρό θαύμα.



ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ «MY-YGEIA» ΤΟΥ ΗΗG ΣΤΑ ΔΕΗ BITE AWARDS 2023



Ο Όμιλος Hellenic Healthcare Group (HHG), απέσπασε δύο βραβεία στα ΔΕΗ BITE Awards 2023, στον πιο σημαντικό θεσμό επιβράβευσης της τεχνολογικής καινοτομίας στην Ελλάδα που διεξήχθη για 12η χρονιά από την Boussias Events υπό την αιγίδα του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης και του ΣΕΠΕ.

Στην τελετή βράβευσης φιλοξενήθηκαν περισσότερα από 650 στελέχη του κλάδου Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) που πρωτοπορούν στον τομέα του ψηφιακού μετασχηματισμού, με κορυφαία έργα πληροφορικής τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Ο Όμιλος HHG βραβεύτηκε σε δύο κατηγορίες για την καινοτόμο εφαρμογή του Ηλεκτρονικού φακέλου υγείας ασθενή «my-Ygeia», στον πυλώνα «Βραβεία σε Επιχειρήσεις για Βέλτιστη Χρήση / Αξιοποίηση των ICTs». Συγκεκριμένα, ο κ. Πέτρος Παπαχρήστου, Διευθυντής Πληροφοριακών Συστημάτων HHG, παρέλαβε το Χρυσό Βραβείο στην Κατηγορία «Νέες Τεχνολογικές Τάσεις σε Εφαρμογές & Υπηρεσίες» για το κινητό και το Αργυρό Βραβείο στην Κατηγορία «Εξειδικευμένες Κλαδικές Εφαρμογές» στον τομέα της Υγείας.

Η ηλεκτρονική εφαρμογή «my-Ygeia» είναι μία από τις πιο επαναστατικές υπηρεσίες στον εγκώριο κλάδο της Υγείας. Συγκεκριμένα, αποτελεί τον προσωπικό φάκελο υγείας για κάθε ασθενή, με άμεση, απλή και αξιόπιστη πρόσβαση στα ιατρικά του αρχεία από τα θεραπευτήρια του Ομίλου HHG (Υγεία, Metropolitan Hospital, Μητέρα, Metropolitan General, Λητώ και Creta Inter Clinic), καθώς και τα διαγνωστικά κέντρα Healthspot.

Μέσω ενός ψηφιακού περιβάλλοντος που είναι φιλικό προς τον χρήστη, η εφαρμογή παρέχει μοναδικές δυνατότητες σε πραγματικό χρόνο για ενημέρωση σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων, καθώς και για τη διαχείριση και αποστολή ιατρικών δεδομένων και εξετάσεων στον επιλεγμένο γιατρό του ασθενούς, από οποιαδήποτε κινητή συσκευή ή υπολογιστή, πάντα με την απαραίτητη προστασία των προσωπικών του δεδομένων. Η διπλή αυτή αναγνώριση επιβεβαιώνει τη σταθερή δέσμευση του Ομίλου HHG να επενδύει όχι μόνο σε ιατρικό εξοπλισμό τελευταίας γενιάς, αλλά και σε ψηφιακές καινοτόμες εφαρμογές που έρχονται να αλλάξουν ολοκληρωτικά τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΣΤΙΣ 15 ΠΙΟ ΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Το ΥΓΕΙΑ αναδείχθηκε ως Growth Pioneer στα φετινά Βραβεία Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας «Growth Awards» που διοργανώθηκαν για έβδομη συνεχή χρονιά από τη Eurobank και την Grant Thornton, με στόχο να αναδείξουν τα επιτεύγματα των επιχειρήσεων που συμβάλλουν ενεργά στη δημιουργία μιας σύγχρονης, δυναμικής και ανταγωνιστικής Ελλάδας. Η τελετή πραγματοποιήθηκε στην αίθουσα «Χρήστος Λαμπράκης» του Μεγάλου Μουσικής Αθηνών.

Το ΥΓΕΙΑ για ακόμη μια φορά διακρίθηκε στον συγκεκριμένο θεσμό, κερδίζοντας επάξια μια θέση ανάμεσα στους 15 επιχειρηματικούς οργανισμούς που έφτασαν στην τελική φάση αξιολόγησης των βραβείων για τις εξαιρετικές επιδόσεις τους. Αυτή η διάκριση επιβεβαιώνει τη σταθερή ανοδική πορεία του θεραπευτηρίου, η οποία οφείλεται στην άρτια κατάρτιση του προσωπικού, τη βαθιά αίσθηση ευθύνης απέναντι στον ασθενή, την εμπιστοσύνη που του δείχνουν οι πολίτες για τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας που προσφέρει, αλλά και τη συμβολή του στην εξέλιξη και στην αναβάθμιση του εγχώριου επιχειρηματικού τοπίου.

Ο θεσμός των Growth Awards επιβραβεύει την αριστεία των επιχειρήσεων που συνδυάζουν τις

υψηλές οικονομικές επιδόσεις με μια επιτυχημένη σύγχρονη επιχειρηματική ιστορία, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση υγιούς επιχειρηματικότητας και εργασιακής κουλτούρας στη χώρα. Η επιλογή των νικητών γίνεται μέσω της άντλησης πληροφοριών από δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις, για περισσότερες από 8.000 εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα, βάσει του μοντέλου αξιολόγησης “Financial Growth/Health Matrix” της Grant Thornton και μέσω των εργαλείων αξιολόγησης της Eurobank, σε συνδυασμό με τις πραγματικές ιστορίες εταιρειών.

Ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος του ΥΓΕΙΑ, κ. Ανδρέας Καρταπάνης, δήλωσε σχετικά: «Είμαστε ιδιαίτερα χαρούμενοι και συγκινημένοι για τη συγκεκριμένη διάκριση, καθώς επιβεβαιώνει την αφοσίωση και τη συνεχή προσπάθεια του ΥΓΕΙΑ εδώ και περισσότερα από 50 χρόνια να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σε κάθε ασθενή ξεχωριστά. Η θέση μας ανάμεσα στις 15 πιο δυναμικές επιχειρήσεις της χώρας μας δίνει ακόμη περισσότερη ώθηση να συνεχίσουμε να καινοτομούμε, με γνώμονα την άριστη φροντίδα των ασθενών, καθώς και την ασφάλεια και την υποστήριξη των εργαζομένων μας, αφήνοντας πάντοτε θετικό περιβαλλοντικό, κοινωνικό και οικονομικό αποτύπωμα».

ΥΓΕΙΑ: ΕΠΕΤΕΙΟΣ 16 ΧΡΟΝΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ TAVI & 12 ΧΡΟΝΩΝ MITRACLIP ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ

Αυτές τις μέρες συμπληρώνονται 16 χρόνια από τις πρώτες ιστορικές επεμβάσεις διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI) και 12 χρόνια από τις πρώτες επεμβάσεις διαδερμικής επιδιόρθωσης ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας (MitraClip) που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, τοποθετώντας τη χώρα μας ανάμεσα στις πρώτες παγκοσμίως που εφάρμοσαν αυτές τις πρωτοποριακές μεθόδους και το ΥΓΕΙΑ στην αιχμή των ιατρικών εξελίξεων στην καρδιολογία.

Οι πρώτες επεμβάσεις TAVI διενεργήθηκαν από τον Διευθυντή του Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων του ΥΓΕΙΑ Δρα Κωνσταντίνο Σπάργια και την ιατρική ομάδα υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή κ. Δ. Κόκκινου το 2007*. Λίγα χρόνια αργότερα το 2011 ο Δρ Κωνσταντίνος Σπάργια σε συνεργασία με τον Δρα Μιχαήλ Χρυσόχερ, Αναπλ. Διευθυντή Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων του ΥΓΕΙΑ, εισήγαγαν στην ιατρική πρακτική της χώρας μια ακόμη καινοτομία, τη διαδερμική επιδιόρθωση μιτροειδούς βαλβίδας, χωρίς ανοικτό χειρουργείο, με το σύστημα Mitraclip.

Οι διαδερμικές θεραπείες καρδιακών βαλβίδων αποτελούν μία από τις σημαντικότερες καινοτόμες εξελίξεις στον τομέα της Καρδιολογίας την τελευταία 16ετία, μέσω των οποίων απλοποιείται η θεραπεία των ασθενών και ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος, προσφέροντας αξιόπιστες και αποτελεσματικές λύσεις για την έγκαιρη και άμεση αντιμετώπιση αυτών των καρδιολογικών παθήσεων.

Το Τμήμα Διαδερμικών Βαλβίδων του ΥΓΕΙΑ ιδρύθηκε το 2010, συνδιευθύνεται από τον Καρδιοχειρουργό Δρα Στρατή Παττακό και αποτελεί κέντρο αναφοράς και εκπαίδευσης όχι μόνο σε πανελλήνιο, αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, διαθέτοντας ένα από τα μεγαλύτερα διαχρονικά και πιο πολυσχιδή προγράμματα TAVI, που πλέον μετρούν περισσότερες από 3.000 εφαρμογές. Παράλληλα, οι ιατροί του Τμήματος σε συνεργασία με τους καρδιοχειρουργούς Δρα Νικόλαο Μπουμπούλη και Δρα Γρηγόρη Παττακό, Αναπλ. Διευθυντή Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων του ΥΓΕΙΑ, έχουν εισαγάγει για πρώτη φορά στη χώρα και πολλές άλλες νέες διαδερμικές θεραπείες βαλβίδων, όπως το 2013 και το 2015 τις πρώτες στην Ελλάδα δι-

αδερμικές επεμβάσεις αντικατάστασης Μιτροειδούς και επιδιόρθωσης Τριγλώχινας βαλβίδας με τη χρήση διαφόρων συσκευών. Η πρωτοπορία αναγνωρίζεται με τη συμμετοχή του Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων σε μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες που προάγουν την επιστημονική γνώση και εξέλιξη στον τομέα των διαδερμικών βαλβίδων. Η εμπειρία των ιατρών είναι απαραίτητη στον Ελλαδικό χώρο, αλλά και από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως, και αξίζει να σημειωθεί πως οι κ.κ. Κωνσταντίνος Σπάργιας και Μιχαήλ Χρυσόχερης είναι εκπαιδευτές επεμβάσεων TAVI, MitraClip και PASCAL.

Το ΥΓΕΙΑ επιδεικνύει σταθερή δέσμευση απέναντι στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και στην προσφορά ασφαλών και αποτελεσματικών λύσεων για τη θεραπεία των καρδιακών βαλβίδων με διακαθητηριακές μεθόδους. Στο πλαίσιο αυτό, στο ΥΓΕΙΑ πραγματοποιούνται διαδερμικές εμφυτεύσεις όλων των τύπων βαλβίδων και διορθωτικών συσκευών που είναι διαθέσιμες σήμερα και που είναι ελάχιστα παρεμβατικές, με μικρότερους κινδύνους επιπλοκών και με ταχεία ανάρρωση και επιστροφή στις φυσιολογικές δραστηριότητες του ασθενή.

Σχολιάζοντας τις πρωτοποριακές αυτές διαδερμικές μεθόδους, ο Δρ Κωνσταντίνος Σπάργιας τόνισε: «Η εμφύτευση βαλβίδας χωρίς χειρουργείο με καθετήρα, όπως η στεφανιογραφία, χωρίς χειρουργικές τομές και εξωσωματική κυκλοφορία φάνταζε ως εξωπραγματική πριν από 16 χρόνια. Γι' αυτό και όταν πραγματοποιήσαμε τις πρώτες επεμβάσεις στον κόσμο, η αγωνία ήταν ζωγραφισμένη στα πρόσωπα όλων μας, ασθενών, γιατρών, νοσηλευτών, της ομάδας της παραγωγού εταιρείας της βαλβίδας, που και αυτοί βρίσκονταν στην αρχική φάση εκμάθησης, αλλά και του εκπαιδευτή μας και πρωτοπόρου της μεθόδου Dr JD Webb. Ακόμη και σήμερα εκείνες οι πρώτες επεμβάσεις παραμένουν ανεξίτηλα εντυπωμένες στη μνήμη μου».

Οι πρώτες επεμβάσεις TAVI διεξήχθησαν στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο από την Ιατρική Ομάδα που πλην του κ. Σπάργια ως κύριου χειριστή απαρτιζόταν από τους κ.κ. Α. Μαγγίνα, Γ. Παυλίδη, Γ. Σταυρίδη, Μ. Χούρι και Σ. Λακουμέντα υπό τη διεύθυνση του καθηγητού κ. Κόκκινου.



Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΟΥ ΦΑΚΕΛΟΣ... ΣΤΟ ΚΙΝΗΤΟ ΣΟΥ!

Ο Όμιλος Hellenic Healthcare Group επενδύει σε ψηφιακές εφαρμογές που έρχονται να αλλάξουν ολοκληρωτικά τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Μια τέτοια επαναστατική εφαρμογή είναι ο προσωπικός φάκελος υγείας του ασθενούς με την ηλεκτρονική εφαρμογή my-Ygeia.

Η εφαρμογή my-Ygeia προσφέρει άμεση και εύκολη πρόσβαση στο ιατρικό αρχείο κάθε ασθενούς και εξεταζόμενου στα Θεραπευτήρια του Ομίλου HHG (Υγεία, Metropolitan Hospital, Μητέρα, Metropolitan General, Λητώ και Creta Inter Clinic), καθώς και στα διαγνωστικά του κέντρα, Healthspot.

Η πιο σύγχρονη ψηφιακή τεχνολογία στα χέρια του ασθενούς

Μέσα από ένα digital περιβάλλον και φιλικό προς τον χρήστη, η εφαρμογή προσφέρει μοναδικές δυνατότητες σε πραγματικό χρόνο για ενημέρωση σχετικά με αποτελέσματα εξετάσεων, καθώς και διαχείριση και αποστολή ιατρικών εξετάσεων και δεδομένων για σύγκριση και αξιολόγηση σε ιατρό της επιλογής του ασθενούς από κινητή συσκευή, πάντα με σεβασμό στα ευαίσθητα προσωπικά του δεδομένα.

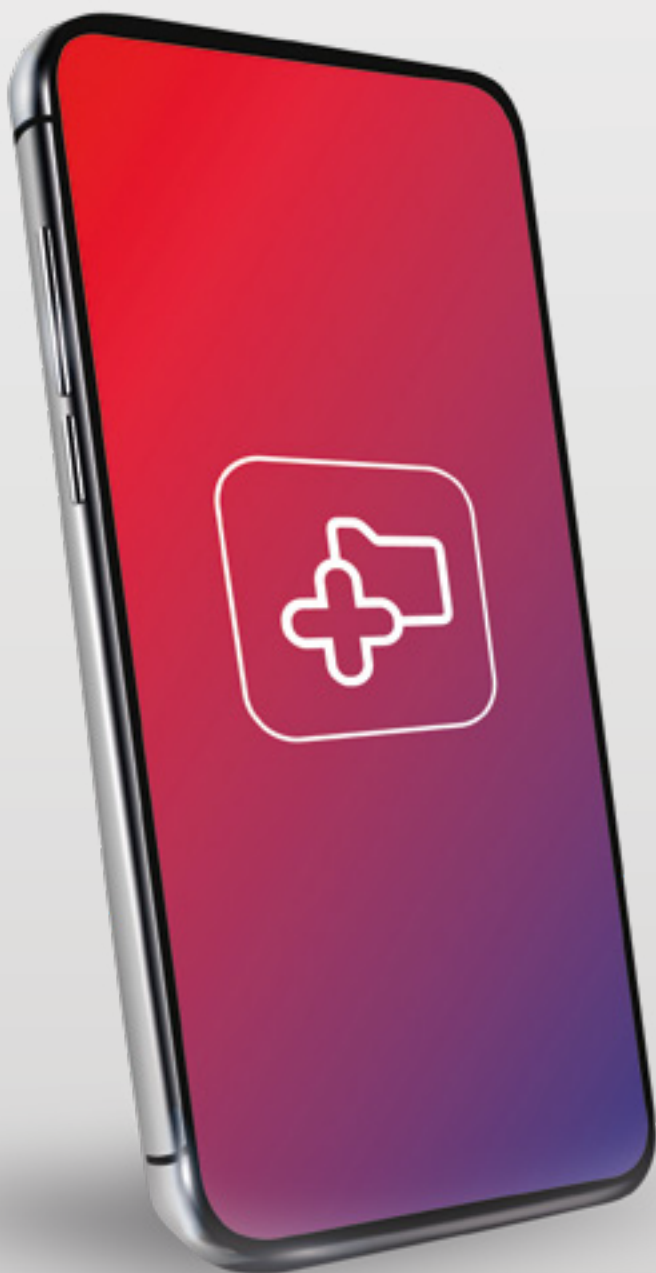
Τα ιατρικά δεδομένα:

- μεταφέρονται εύκολα και η φύλαξή τους είναι ασφαλής,
- ενημερώνονται συνεχώς,
- αποστέλλονται εύκολα ηλεκτρονικά (με email) όπου κρίνει και επιθυμεί ο χρήστης,
- είναι διαθέσιμα από όποιο νοσοκομείο του Ομίλου HHG και αν επισκέφθηκε ο χρήστης τα τελευταία χρόνια.

Ο χρήστης:

- έχει άμεση πρόσβαση σε εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις,
- μέσω βιομετρικών στοιχείων (αναγνώριση προσώπου, δακτυλικό αποτύπωμα) έχει γρήγορη, εύκολη και ασφαλή πρόσβαση στην εφαρμογή,
- λαμβάνει άμεση βοήθεια, καθώς σε οποιοδήποτε σημείο της διαδικασίας υπάρχει η επιλογή «Χρειάζεστε βοήθεια;»,
- ενημερώνεται με ειδοποιήσεις (notifications) όταν οι ιατρικές του εξετάσεις είναι έτοιμες καθώς και για νέες υπηρεσίες των Θεραπευτηρίων του Ομίλου.

Νέα εφαρμογή **my-Υγεία**



Κατεβάστε σήμερα δωρεάν
την εφαρμογή my-Υγεία σε κινητές
συσκευές iOS & Android

Σκανάρετε εδώ



Σκανάρετε εδώ



HHG

Hellenic Healthcare Group

Με την αξιοπιστία του Hellenic HealthCare Group

www.hhg.gr



ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ 10 ΧΡΟΝΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΗΠΑΤΟΣ & ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΤΟΥ ΥΓΕΙΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ



Το 2023 αποτελεί μια χρονιά ορόσημο για το Τμήμα Χειρουργικής Ήπατος & Χοληφόρων του ΥΓΕΙΑ, το πρώτο που ιδρύθηκε στον ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα, καθώς συμπληρώνει 10 χρόνια λειτουργίας και προσφοράς εξειδικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με κακοήθειες παθήσεις ήπατος, παγκρέατος και χοληφόρων.

Από την πρώτη ημέρα της λειτουργίας του, το Τμήμα Χειρουργικής Ήπατος & Χοληφόρων του ΥΓΕΙΑ, πρωτοστατεί στις ιατρικές εξελίξεις, εφαρμόζοντας, μεταξύ άλλων, προηγμένες χειρουργικές τεχνικές και πρωτόκολλα ταχείας ανάρρωσης ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) που επιτρέπουν ταχεία ανάνηψη και βραχεία παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο με μέσο όρο νοσηλείας για ηπατεκτομές τις 4 ημέρες και 5 ημέρες για παγκρεατεκτομές. Ενδεικτικά την τελευταία δεκαετία έχουν εκτιμηθεί διεπιστημονικά περισσότεροι από τρεις χιλιάδες ασθενείς με τέτοιες κακοήθειες, ενώ έχουν επιτυχώς πραγματοποιηθεί πάνω από πεντακόσιες πενήντα ηπατεκτομές και παγκρεατεκτομές. Από το 2019 στο Τμήμα ξεκίνησε με μεγάλη επιτυχία η ρομποτική αφαίρεση των όγκων

του παγκρέατος και του ήπατος με το εξελιγμένο ρομποτικό σύστημα Da Vinci Xi και μέχρι σήμερα έχουν διενεργηθεί πλήθος ρομποτικών παγκρεατεκτομών και ηπατεκτομών.

Ο Διευθυντής του Τμήματος Χειρουργικής Ήπατος, Παγκρέατος & Χοληφόρων του ΥΓΕΙΑ, Δρ. Γεώργιος Τζίμας, τονίζει: «Οι εξελίξεις στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παγκρέατος, του ήπατος και των χοληφόρων είναι ραγδαίες και πλέον έχουμε στη θεραπευτική μας φαρέτρα σύγχρονα όπλα απέναντι στον καρκίνο. Με σύμμαχο την τεχνολογία, αλλά και την υψηλή κατάρτιση του επιστημονικού προσωπικού, το Τμήμα Χειρουργικής Ήπατος, Παγκρέατος & Χοληφόρων του ΥΓΕΙΑ βρίσκεται σταθερά στην αιχμή των εξελίξεων, αποτελώντας το μεγαλύτερο κέντρο αναφοράς στον ιδιωτικό τομέα πανελληνίως. Εκτός αυτού, το Τμήμα διακρίνεται για την πλούσια επιστημονική δραστηριότητά του, με πληθώρα δημοσιεύσεων σε έγκριτα διεθνή επιστημονικά περιοδικά, καθώς και για τη συμμετοχή του σε μεγάλες Ευρωπαϊκές πολυκεντρικές μελέτες αναφορικά με καρκίνους παγκρέατος, ήπατος και χοληφόρων, επιβεβαιώνοντας έτσι την προσηλωσή μας στην αριστεία».

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΥΓΕΙΑ: ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΟΓΚΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



Με επιτυχία πραγματοποιήθηκε στο ΥΓΕΙΑ η πρώτη παγκοσμίως ενδοσκοπική αφαίρεση υποεπιθηλιακού όγκου του στομάχου σε ασθενή που παρουσίασε υποτροπή μετά από χειρουργική αφαίρεση προ πενταετίας.

Συγκεκριμένα, ο Αναπληρωτής Καθηγητής και Επιστημονικός Συνεργάτης της Β' Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ, κος Θωμάς Θωμαΐδης, σε συνεργασία με τον Καθηγητή Ρ. Zhou του Πανεπιστημίου Fudan της Σαγκάης, προχώρησαν σε ενδοσκοπική αφαίρεση ενός 2,5 εκ. στρωματικού όγκου του στομάχου, ο οποίος υποτροπίασε στην περιοχή του προηγούμενου χειρουργείου.

Ο ασθενής είχε υποβληθεί για το ίδιο νόσημα σε μερική γαστρεκτομή προ πενταετίας. Η επέμβαση διήρκεσε 3 ώρες και συνοδευόταν από υψηλότατο βαθμό τεχνικής δυσκολίας μιας κι έπρεπε αφενός να αφαιρεθούν ενδοσκοπικά πολλά χει-

ρουργικά κλιπ στη γραμμή συρραφής, αφετέρου η τοποθεσία του όγκου δεν επέτρεπε την εύκολη και ασφαλή εντόπιση και αφαίρεσή του.

Η επέμβαση στέφθηκε πλήρως με επιτυχία χάρη στην πολύ μεγάλη εμπειρία και τεχνογνωσία της ομάδας σε συνδυασμό με τον άρτιο τεχνολογικό εξοπλισμό που παρέχεται από το ΥΓΕΙΑ και τον Διευθυντή της Β' Γαστρεντερολογικής Κλινικής κ. Καλλιμάνη. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε αμιγώς ενδοσκοπικά, χωρίς επιπλοκές, με τη μέθοδο του υποβλεννογόνιου τούνελ (STER), ενώ ο ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από 4 μέρες.

Πρόκειται για την πρώτη παγκοσμίως αφαίρεση υποτροπής στρωματικού όγκου στομάχου πάνω σε χειρουργική ραφή συρραφής πρότερου χειρουργείου, η οποία δημοσιεύτηκε στο έγκριτο επιστημονικό περιοδικό "Endoscopy 2023; Thomaidis et al. 55(S 01): E896-E897 DOI: 10.1055/a-2113-9985".

ΥΓΕΙΑ: ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ “ΕΞΕΛΙΞΗ ΖΩΗΣ”



Μια ιδιαίτερα τιμητική βράβευση έλαβε το ΥΓΕΙΑ από την Εξέλιξη Ζωής, στο πλαίσιο της συνεισφοράς του στο έργο του φορέα.

Η βράβευση πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο ενός ξεχωριστού Φιλανθρωπικού Δείπνου που ήταν αφιερωμένο στους νεαρούς ωφελούμενους του

φορέα, για να αναδείξει τις εντυπωσιακές επιτυχίες τους.

Είναι χαρά μας να υποστηρίζουμε και να βοηθάμε το έργο τέτοιων σημαντικών οργανώσεων που φροντίζουν και υποστηρίζουν τα όνειρα και τις φιλοδοξίες των εφήβων και νεαρών ενηλίκων κατά τη μετάβασή τους από τις Δομές Κλειστής Παιδικής Προστασίας στην ανεξάρτητη ζωή.



ΕΝΑ ΣΥΜΒΟΛΟ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΚΟΣΜΕΙ ΤΟ ΜΗΤΕΡΑ!

Το «Madre» είναι ένα μοναδικό έργο τέχνης που διατέθηκε στο ΜΗΤΕΡΑ από τον ταλαντούχο καλλιτέχνη Άρη Πετρίδη. Το γλυπτό συμβολίζει την αγάπη για τη μητέρα του και αποδίδει με έναν αφαιρετικό, μινιμαλιστικό τρόπο μια έγκυο γυναίκα. Μέσα από τις έντονες καμπύλες του παρουσιάζει την αγάπη και τη στοργή της μητέρας, ενώ το τσιμέντο αναδεικνύει τη δύναμη κάθε μάνας.

Ο κ. Πετρίδης επέλεξε ως νέο σπίτι του σημαντικού αυτού έργου το ΜΗΤΕΡΑ, καθώς και ο ίδιος γεννήθηκε στη Μαιευτική μας κλινική.

Για εμάς το έργο αυτό αποτελεί ένα φόρο τιμής σε κάθε νέα και μέλλουσα μαμά και γι' αυτό τον ευχαριστούμε πολύ!

Ο ΟΜΙΛΟΣ ΗΗG ΥΠΕΡΗΦΑΝΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΗΣ ART ATHINA

Στον Όμιλο Hellenic Healthcare Group προωθούμε έμπρακτα την καλλιέργεια της τέχνης και της δημιουργικότητας. Στο πλαίσιο αυτό και ήμασταν υπερήφανοι χορηγοί του εκπαιδευτικού προγράμματος του Πανελληνίου Συνδέσμου Πινακοθηκών, του οργανωτικού φορέα της φημισμένης τετραήμερης έκθεσης σύγχρονης τέχνης Art

Athina.

Η Art Athina, που σαγηνεύει το κοινό από το 1993, διεξήχθη τον Σεπτέμβριο στο Ζάππειο Μέγαρο, γιορτάζοντας τα 30α της γενέθλια. Η Art Athina είναι η μεγαλύτερη ετήσια εικαστική διοργάνωση και έχει γίνει ακρογωνιαίος λίθος του πολιτιστικού ημερολογίου, προσελκύοντας λάτρεις της τέχνης και επαγγελματίες από όλα τα μέρη της Ελλάδας.

ΜΗΤΕΡΑ & ΛΗΤΩ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Την Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου, γιόρτασαν για μια ακόμη χρονία το ΜΗΤΕΡΑ και το ΛΗΤΩ, μέλη του Ομίλου Hellenic Healthcare Group, διαδίδοντας το παγκόσμιο μήνυμα «ΕΝΘΑΡΡΥΝΟΥΜΕ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ: Κάνουμε τη διαφορά για τους εργαζόμενους γονείς».

Στο πλαίσιο αυτό το ΜΗΤΕΡΑ και το ΛΗΤΩ, που χρόνια υποστηρίζουν τον μητρικό θηλασμό και στέκονται δίπλα σε κάθε νέα μητέρα από την πρώτη κιόλας ώρα γέννησης του βρέφους, προχώρησαν σε καμπάνιες ευαισθητοποίησης, με στόχο να ενημερώσουν το κοινό για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Άλλωστε οι άρτια καταρτισμένες και έμπειρες μαίες των Μαιευτικών Κλινικών καθημερινά στέκονται με αγάπη, υπομονή και επιμονή κοντά στις λεχωίδες, τις οποίες και ενημερώνουν για τα πλεονεκτήματα και τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, διδάσκοντάς τους τις τεχνικές του θηλασμού και της φροντίδας του νεογνού. Επιπλέον, στο ΜΗΤΕΡΑ διεξήχθη με μεγάλη επιτυχία το Επετειακό Μάθημα Μητρικού Θηλασμού, όπου οι μέλλουσες μαμάδες είχαν την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε ένα ειδικά διαμορφωμένο πρόγραμμα ασκήσεων Yoga για εγκύους!



MENN ΜΗΤΕΡΑ: 43 ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΠΛΑ ΣΤΟΥΣ ΜΙΚΡΟΥΣ ΜΑΧΗΤΕΣ ΜΑΣ!

Κάθε χρόνο 17 Νοεμβρίου γιορτάζεται η Παγκόσμια Ημέρα Προωρότητας, στοχεύοντας στην ευαισθητοποίηση της πολιτείας και της κοινωνίας, καθώς και στην ανάδειξη και επιβράβευση των μικρών ηρώων που ξεκινούν πρόωρα τον αγώνα τους για ζωή, αλλά και των οικογενειών τους.

Από το 1979 στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του ΜΗΤΕΡΑ, στην πρώτη Μονάδα που λειτούργησε στο χώρο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και μία από τις πρώτες στην Ελληνική επικράτεια, φροντίζουμε με αγάπη κάθε παιδί στα πρώτα του δύσκολα βήματα. Στηρίζουμε έμπρακτα τους γονείς για να διαχειριστούν συναισθηματικά την προωρότητα, απαλύνοντας το στρες και τις αγωνίες τους.

Έτσι, στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας, φωτίσαμε το κτίριο του ΜΗΤΕΡΑ ως μια συμβολική κίνηση για να τιμήσουμε και να αναδείξουμε τον αγώνα των πρόωρων νεογνών μας. Διαδίδοντας το

παγκόσμιο μήνυμα «Μικρές πράξεις μεγάλης σημασίας: κάθε νεογνό έχει ανάγκη την επαφή δέρμα με δέρμα», γιορτάζουμε τους μικρούς μαχητές μας που ανυπομονούν να ανακαλύψουν τον κόσμο!

Παράλληλα, σε ένα πολύ όμορφο και συγκινητικό κλίμα πραγματοποιήθηκε η ενημερωτική εκδήλωση που διοργάνωσε η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών ΜΗΤΕΡΑ στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος». Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης, οι Διευθυντές της ΜENN ΜΗΤΕΡΑ, η κα Σταματίνα Λεοντιάδου και ο κ. Γεώργιος Μαυρογεώργος, αναφέρθηκαν στη σημαντικότητα της οικογενειακοκεντρικής φροντίδας στα πρόωρα νεογνά. Η κα Ελένη Βαβουράκη, Πρόεδρος της Οργάνωσης Ηλιότομησης, εστίασε στα οφέλη αλλά και στις προκλήσεις στο ρόλο των γονέων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των πρόωρων νεογνών στη Μονάδα.

Τέλος, με μεγάλη συγκίνηση, γονείς πρόωρων νεογνών μίλησαν για τη δική τους προσωπική εμπειρία.



Ο ΟΜΙΛΟΣ HHG ΠΑΡΩΝ ΣΤΟ ITIC GLOBAL



Ο Όμιλος Hellenic Healthcare Group έδωσε δυναμικό παρόν στο Διεθνές Συνέδριο Ταξιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ITIC Barcelona 2023 που διεξήχθη 05-09.11 στο ξενοδοχείο W Barcelona στη Βαρκελώνη.

Το συνέδριο διεξάγεται εδώ και 31 χρόνια σε διεθνές επίπεδο και αποτελεί σημείο συνάντησης για τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στον τομέα της ταξιδιωτικής ασφάλειας και της υγείας. Στόχος του Συνεδρίου είναι η εξασφάλιση μιας μελλοντικής συνεργασίας μεταξύ χωρών και ιατρικών υπηρεσιών για την καλύτερη φροντίδα των τα-

ξιδιωτών σε περίπτωση επειγόντων περιστατικών υγείας.

Τα θεραπευτήρια Υγεία, Metropolitan Hospital, Μητέρα, Metropolitan General, Λητώ, Creta Interclinic και Απολλώνειο Ιδιωτικό Νοσοκομείο της Κύπρου, τα διαγνωστικά Κέντρα HealthSpot, η Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσης, το Κέντρο Μοριακής Βιολογίας & Κυτταρογενετικής A-Lab, η Heal Academy και το Business Care, μέλη του Ομίλου HHG, του μεγαλύτερου ομίλου ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, προσφέρουν υψηλές υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας και στο εξωτερικό.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΕ ΘΕΜΑ «Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (ΑΙ) ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ» ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΤΕΡΑ



ΟΙ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ στον κόσμο της τεχνητής νοημοσύνης στην Ιατρική παρουσιάστηκαν στην εκδήλωση που διοργάνωσε το ΜΗΤΕΡΑ με θέμα «**Η τεχνητή νοημοσύνη (ΑΙ) στην Ιατρική**» την **Πέμπτη 7 Δεκεμβρίου** στο Συνεδριακό Κέντρο «**Ν. Λούρος**».

Την εκδήλωση χαιρέτισε ο **Υπουργός Ψηφιακής Διακυβέρνησης κ. Δημήτρης Παπαστεργίου**, ο οποίος τοποθετήθηκε σχετικά με **το παρόν και το μέλλον της τεχνητής νοημοσύνης στον τομέα της υγείας**. Ο κ. Παπαστεργίου υπογράμμισε την κομβική σημασία που θα έχει ο νέος υπερ-υπολογιστής «**Δαίδαλος**» στην ιατρική και ερευνητική κοινότητα τόσο για την ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπειών όσο και για

την κατανόηση της δημιουργίας και της εξέλιξης των επιδημιών.

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν τις ομιλίες ειδικών σε θέματα που αφορούν την **εξέλιξη της τεχνητής νοημοσύνης στην Ιατρική, σε νομικά και ηθικά ζητήματα** που προκύπτουν κατά την εφαρμογή της, ενώ παρουσιάστηκαν τα προγράμματα τεχνητής νοημοσύνης που διαθέτουν το **Τμήμα Απεικόνισης Μαστού** του **ΜΗΤΕΡΑ** στο πλαίσιο του προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού, καθώς και το **Εμβρυολογικό Εργαστήριο της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις**, το οποίο αποτελεί το πλέον προηγμένο εργαστήριο στην Ελλάδα και ένα από τα καλύτερα στον κόσμο στον τομέα της εξωσωματικής γονιμοποίησης.



Στην εκδήλωση συμμετείχαν: ο κ. **Βασίλειος Σιούλας**, Γυναικολόγος Ογκολόγος, Διευθυντής Α΄ Γυναικολογικής Ογκολογικής Κλινικής και Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΜΗΤΕΡΑ, ο κ. **Νικόλαος Σπυρίδης**, Αναπλ. Καθηγητής Παιδιατρικής Λοιμωξιολογίας, Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ, ο κ. **Πέτρος Παπαχρήστου**, Διευθυντής Πληροφοριακών Συστημάτων ΗΗΓ, ο κ. **Αλέξανδρος Παπασπυρίδης**, International Business Advisor, Flywheel.io, ο κ. **Αθανάσιος Παπαγεωργάκης**, Προϊστάμενος Νομικής Υπηρεσίας Ομίλου ΥΓΕΙΑ, η κα **Αλεξάνδρα Αθανασίου**, Ακτινοδιαγνώστης, Διευθύντρια Τμήματος Απεικόνισης Μαστού ΜΗΤΕΡΑ,

EUSOBI Executive Board και ο κ. **Ιωάννης Σφοντούρης**, Εμβρυολόγος, Διευθυντής Εμβρυολογικού Εργαστηρίου ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις.

Τα θεραπευτήρια και οι Μονάδες του Ομίλου ΗΗΓ ενσωματώνουν προγράμματα **τεχνητής νοημοσύνης** στις διάφορες πτυχές των υπηρεσιών τους με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, την επιτάχυνση της διαγνωστικής διαδικασίας, την εξοικονόμηση της θεραπείας και την αύξηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν απρόσκοπτα.

NEA ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ «HEALTHSPOT» ΜΕ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΗΗG



Health Spot

BY
HHG

Το **συν** στην υγεία σου

Τα διαγνωστικά κέντρα HealthSpot προσφέρουν μια ολοκληρωμένη και πρωτοποριακή επιλογή για την υγεία και την πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στη χώρα μας, συμβαδίζοντας με τις ανάγκες της σύγχρονης ψηφιακής εποχής. Δημιουργήθηκαν από το Hellenic Healthcare Group (HHG), τον μεγαλύτερο ιδιωτικό όμιλο παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, και παρέχουν υψηλών προδιαγραφών υπηρεσίες διάγνωσης και εξατομικευμένης αντιμετώπισης κάθε θέματος υγείας.

Τα HealthSpot είναι σε ανοιχτή επικοινωνία με τα θεραπευτήρια του Ομίλου Hellenic Healthcare Group στην Ελλάδα: Υγεία, Metropolitan Hospital, Μητέρα, Metropolitan General, Λητώ, Creta InterClinic, προσφέροντας τη δυνατότητα πραγματοποίησης διαγνωστικών εξετάσεων και επίσκεψης σε ιατρό του ομίλου, όλα σε ένα σημείο.

Ένας ψηφιακός κόσμος

Στα HealthSpot αξιοποιούνται οι πρωτοποριακές εφαρμογές του HHG όπως ο Προσωπικός Φάκελος Υγείας my-Ygeia που είναι μια εφαρμογή ψηφιακής αποθήκευσης και διαχείρισης ιατρικών εξετάσεων και δεδομένων. Μέσω του app ο χρήστης έχει άμεση και εύκολη πρόσβαση στο ιατρικό αρχείο του από εξετάσεις που έχει πραγματοποιήσει στα Θεραπευτήρια του HHG ή στα διαγνωστικά κέντρα HealthSpot.

Κατ' οίκον υπηρεσίες

Με την υπηρεσία HomeCare το HHG παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας για όσους έχουν ανάγκη για υποστήριξη και παρακολούθηση στο οικείο και άνετο περιβάλλον του σπιτιού τους.

Όμιλος HHG

Το Hellenic Healthcare Group διαθέτει 8 κορυφαία

θεραπευτήρια: το Υγεία, το Metropolitan Hospital, το Μητέρα, το Metropolitan General, το Λητώ, το CretaInterClinic στην Κρήτη και τα νοσοκομεία Απολλώνειο και Αρεταίειο στην Κύπρο. Επίσης, διαθέτει τη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, το Κέντρο Μοριακής Βιολογίας και Γονιδιωματικής A-Lab, την Κλινική City Hospital στην Καλαμάτα, τα διαγνωστικά κέντρα HealthSpot και Platon Diagnosis σε Θεσσαλονίκη και Αθήνα, την εταιρία εμπορίας ιατροτεχνολογικών προϊόντων Y-Logimed, την εταιρία Business Care με υπηρεσίες ασφάλειας και υγείας στην εργασία σε επιχειρήσεις και οργανισμούς, και το σύγχρονο Εκπαιδευτικό Κέντρο Heal Academy για εκπαίδευση, κατάρτιση και έρευνα σε θέματα ιατρικής, νοσηλευτικής και όλων των επιστημών υγείας.

Τα HealthSpot διαθέτουν:

- Βιοπαθολογικό • Μοριακή Βιολογία • Check Up
- Υπέρηχους - Τρίπλεξ • Μέτρηση Οστικής Μάζας
- Ακτινολογικό • Ψηφιακή Μαστογραφία • Τμήμα Μαστού • Γυναικολογικό • Γαστρεντερολογικό • Ενδοσκοπικό • Καρδιολογικό • Παθολογικό • Διαβητολογικό
- Ενδοκρινολογικό • Πνευμονολογικό • Ορθοπαιδικό • Οφθαλμολογικό • Δερματολογικό • Ουρολογικό
- ΩΡΛ • Χειρουργικό • Ογκολογικό • Αγγειοχειρουργικό • Θωρακοχειρουργικό • Νευροχειρουργικό
- Εμβρυομητρική ιατρική • Πλαστική Χειρουργική

Πρωτοποριακές υπηρεσίες:

- Τμήμα Παχυσαρκίας • Ιατρείο Υπέρτασης • Έλεγχος Βηματοδότη / Απινιδιστή • Καρδιομεταβολικό Τμήμα
- Stress Echo • Καρδιο-Ογκολογία

Τα HealthSpot συνεργάζονται με τις μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρίες, προσφέροντας παροχές πρωτοβάθμιας περίθαλψης για διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις και είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ.



ΚΗΦΙΣΙΑ
Λεβίδου 16,
Τ: 212 80 86 100

ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ
Π. Τσαλδάρη & Σαρανταπόρου 1,
Τ: 212 80 86 200

ΓΛΥΦΑΔΑ
Γρηγ. Λαμπράκη 62,
Τ: 212 80 86 300

ΠΕΙΡΑΙΑΣ ΟΛΠ
Ακτή Μιαούλη - Πύλη Ε11
Τ: 212 80 86 400

ΡΑΦΗΝΑ
Βασιλέως Γεωργίου Β' & Τριγλίας
Τ: 212 8086600

ΣΑΝΤΟΡΙΝΗ
Μεσαριά
Τ: 212 8086500

ΜΥΚΟΝΟΣ (MyClinic)
Αγγελικά, Ορνός
Τ: 228 9027350

info@healthspot.hhg.gr / www.healthspot.hhg.gr

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ: ΕΝΑΣ ΜΗΝΑΣ ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Οκτώβριος είναι ο Μήνας Ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης κατά του Καρκίνου του Μαστού και τα νοσοκομεία ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ, όπως κάθε χρόνο, οργάνωσαν μια σειρά από δράσεις, προσθέτοντας το δικό τους λιθαράκι στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση του κοινού για ένα τόσο σημαντικό θέμα, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς ότι μία στις οκτώ γυναίκες κάποια στιγμή στη ζωή της θα νοσήσει από καρκίνο μαστού. Με κεντρικό μήνυμα της καμπάνιας ευαισθητοποίησης που οργάνωσαν «Ψάχτηκες;», το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ έθεσαν

ένα απλό, σαφές και καίριο ερώτημα σε όλους και όλες μας. Με το μήνυμα «Ψάχτηκες;», το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ προέτρεψαν όλες τις γυναίκες να ενημερωθούν και να εξεταστούν έγκαιρα για τον καρκίνο του μαστού. Με σύμμαχο την επιστήμη και την τεχνολογία, κάθε γυναίκα κρατά στα χέρια της το πιο δυνατό όπλο ενάντια στον καρκίνο του μαστού, που δεν είναι άλλο από τον τακτικό προσυμπτωματικό της έλεγχο. Έναν έλεγχο που καμία γυναίκα δεν πρέπει να αμελεί.

Στη νέα αυτή καμπάνια το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ ένωσαν τις δυνάμεις τους με ανθρώπους της τέχνης, της μουσικής και



του αθλητισμού που πρωταγωνιστούν σε ένα σποτ που αξίζει να δεις. Ανθρώπους που διαδίδουν την αναγκαιότητα της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της ενημέρωσης με το ηχηρό μήνυμα «Ψάχτηκες;».

Την πρωτοβουλία αυτή στήριξαν έμπρακτα και τους ευχαριστούμε θερμά γι' αυτό με αλφαβητική σειρά οι εξής: Φωτεινή Αθερίδη, Μαντώ Γαστεράτου, Δέσποινα Γεωργιάδου, Σύλβια Δελικούρα, Δημήτρης Μακαλιάς, Μαίρη Μηνά, Πάνος Μουζουράκης, Πέννυ Μπαλτατζή, Χριστίνα Μπόμπα, Τζένη Μπότση, Άκης Πετρετζίκης, Γιούλικα Σκαφιδά, Κώστας Σλούκας, Πάνος Τριανταφύλλου, Αντώνης Τσαπατάκης.

Ως πιστοί σύμμαχοι στη μάχη κατά του καρκίνου του μαστού, το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ βρίσκονται σταθερά δίπλα στη γυναίκα, προσφέροντάς της μια ολοκληρωμένη προσέγγιση από το στάδιο του προσυμπτωματικού ελέγχου, της έγκαιρης

διάγνωσης, καθώς και της κατάλληλης και εξατομικευμένης θεραπείας των παθήσεων του μαστού. Γιατί κάθε γυναίκα είναι μοναδική, όπως και η υγεία της.

Παράλληλα, όλο τον μήνα Οκτώβριο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων φόρεσε ροζ γάντια και ροζ κορδέλα, διαδίδοντας το μήνυμα της πρόληψης. Στις 25 Οκτωβρίου, Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου του Μαστού, τα νοσοκομεία ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ προχώρησαν σε μια κίνηση συμβολικού χαρακτήρα, κατά την οποία εργαζόμενες των δύο νοσοκομείων μοίρασαν σε κάθε γυναίκα κατά την είσοδό της στο χώρο ένα ροζ τριαντάφυλλο και μια κάρτα. Μια κάρτα που στόχο είχε να της υπενθυμίσει πως μαζί μπορούμε να νικήσουμε τον καρκίνο του μαστού, φθάνει να προσπατεύσει η καθεμία τον εαυτό της, προγραμματίζοντας έγκαιρα τον ετήσιο έλεγχο μαστού της, παρακινώντας την να υπενθυμίσει τον ετήσιο έλεγχο σε κάθε γυναίκα της ζωής της.

ΛΩΣΑΜΕ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΠΑΡΟΝ ΣΤΟ 15ο GREECE RACE FOR THE CURE!



Ως πιστοί σύμμαχοι στον αγώνα κάθε ασθενούς ενάντια στον καρκίνο του μαστού, οι εργαζόμενοι του Ομίλου έδωσαν δυναμικό «παρόν» στον αγώνα δρόμου 5 χλμ. και περιπάτου 2 χλμ. για τον καρκίνο του μαστού που διοργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού Άλμα Ζωής.

Μικροί και μεγάλοι από τις ομάδες running των νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ, ΜΗΤΕΡΑ και ΛΗΤΩ βρεθήκαν την Κυριακή 1 Οκτωβρίου στο Ζάππειο στη γραμμή εκκίνησης, φόρεσαν τη ροζ κορδέλα τους κι έδεσαν καλά τα κορδόνια τους, για να περπατήσουν και να τρέξουν πιο δυνατοί από τον καρκίνο του μαστού!

ΕΠΕΤΕΙΑΚΟΣ

40ος ΜΑΡΑΘΩΝΙΟΣ ΑΘΗΝΑΣ



Για ακόμη μία χρόνια τα μέλη της ομάδας Running Team του ΥΓΕΙΑ & του ΜΗΤΕΡΑ συμμετείχαν στον επετειακό 40ο Αυθεντικό Μαραθώνιο της Αθήνας, στον αγώνα των 5 και των 10 χλμ., αλλά

και στον κλασικό Μαραθώνιο δρόμο των 42 χλμ. που πραγματοποιήθηκε το Σάββατο στις 11 και Κυριακή 12 Νοεμβρίου στην Αθήνα, ενισχύοντας την κορυφαία αθλητική διοργάνωση της χώρας μας.

ΑΞΙΖΕΙ ΤΑ ΠΑΝΤΑ... ΔΕΝ ΚΟΣΤΙΖΕΙ ΤΙΠΟΤΑ!

Πιστοί στο ραντεβού τους, οι εργαζόμενοι συμμετείχαν ενεργά το προηγούμενο διάστημα στην εθελοντική αιμοδοσία που διοργάνωσαν το ΥΓΕΙΑ, το ΜΗΤΕΡΑ και το ΛΗΤΩ. Για μία ακόμη φορά όλοι οι εργαζόμενοι έγιναν μια ομάδα, για να στηρίξουν με τον πλέον έμπρακτο τρόπο τους συνανθρώπους μας που το έχουν ανάγκη.

Γιατί όποια ομάδα αίματος κι αν έχουμε, βγαίνουμε νικητές στη ζωή!



ΕΙΜΑΣΤΕ ΠΑΝΤΑ ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΟ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΚΟ

Κρατώντας πάντα στο επίκεντρο με ευθύνη και ευαισθησία τον άνθρωπο, το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ ανταποκρίθηκαν θετικά σε αιτήματα Ιδρυμάτων, Μ.Κ.Ο., Συλλόγων και Οργανισμών, μερικά εκ των οποίων στηρίζουν εδώ και χρόνια, με στόχο την ενίσχυση του έργου τους και τη στήριξη των συνανθρώπων μας που το έχουν ανάγκη.

Το ΥΓΕΙΑ και το ΜΗΤΕΡΑ προσέφεραν ιατρική φροντίδα, δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε άτομα που υποστηρίζονται από τις δομές αυτές, καθώς και οικονομική ενίσχυση για την κάλυψη διαφόρων αναγκών. Συγκεκριμέ-

να: στο Σύλλογο Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες «Το Εργαστήρι», στο «Χαμόγελο του Παιδιού», στον «Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης», στον Πανελλήνιο Σύλλογο «Η Καρδιά του Παιδιού», στο «Ίδρυμα Γεωργ. & Αικ. Χατζηκώστα», στην Περιφέρεια Αττικής, στην Εταιρεία Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας «Υγεία για Όλους».

Τέλος, το ΛΗΤΩ στάθηκε δίπλα στους πληγέντες της καταστροφικής κακοκαιρίας που έπληξε τον Βόλο τον Σεπτέμβριο του '23, προσφέροντας 30 παλέτες εμφιαλωμένου νερού.



hygeia.gr

Η ζωή είναι ένα ταξίδι.
Αξίζει να απολαύσεις κάθε στιγμή του.

ΥΓΕΙΑ / Ερυθρού Σταυρού 4 & Κηφισίας, Μαρούσι 151 23
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 210 6867000



υγεία

Με ευθύνη για τη ζωή
ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΗΗΣ

ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ Ή ΔΩΡΙΣΤΕ ΣΕ ΕΝΑ ΦΙΛΟ ΣΑΣ, ΕΝΤΕΛΩΣ ΔΩΡΕΑΝ, ΜΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ART OF LIFE AND HEALTH»



ΔΩΡΕΑΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ για να ενημερώνεστε για:

- θέματα υγείας από το ιατρικό επιτελείο του Ομίλου,
- τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις,
- τις νέες υπηρεσίες και τις συνεχείς αναβαθμίσεις στα Νοσοκομεία του Ομίλου.

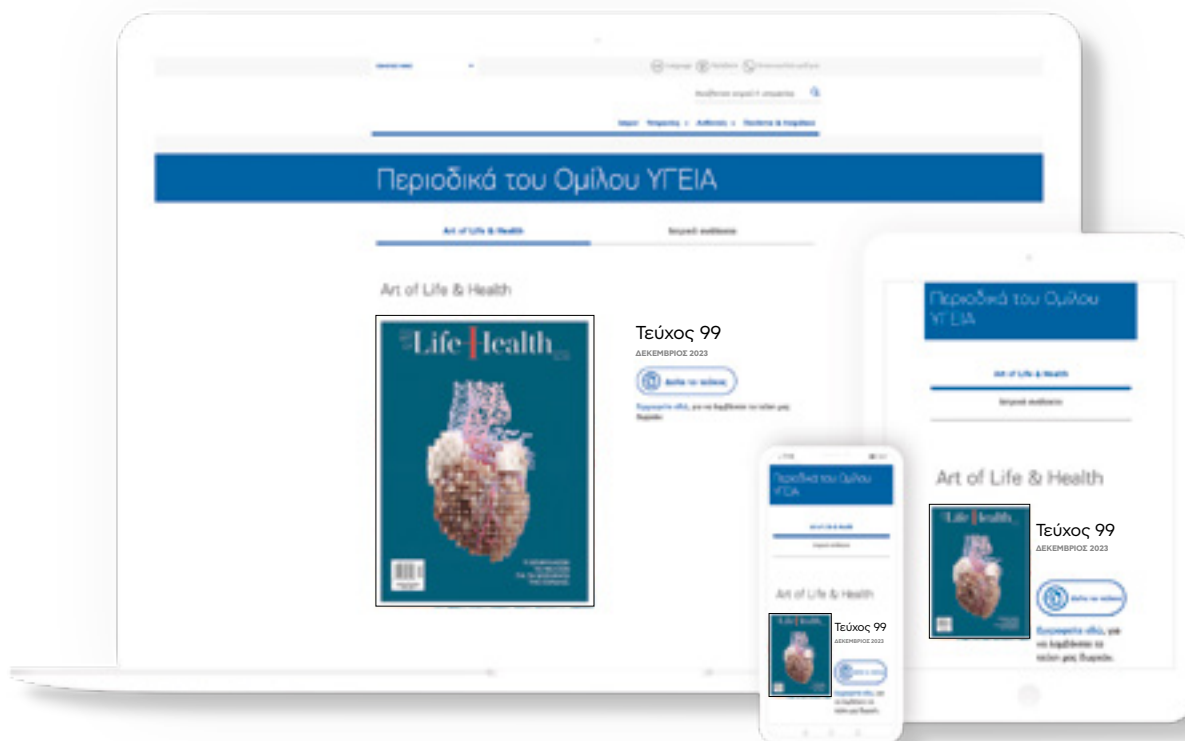
Για να λαμβάνετε ταχυδρομικά το περιοδικό στο χώρο που επιθυμείτε, έχετε τις παρακάτω δύο επιλογές:

1. Συμπληρώστε τα στοιχεία σας στην ηλεκτρονική φόρμα που θα βρείτε στο www.hygeia.gr στην ενότητα «Το ΥΓΕΙΑ/Περιοδικά του Ομίλου ΥΓΕΙΑ».
2. Στείλτε τα πλήρη στοιχεία σας (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) στο e-mail: info@hygeia.gr ή στο hygeiacommercial@hygeia.gr

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφείτε από τη λίστα των συνδρομητών του περιοδικού, παρακαλούμε όπως αποστείλετε σχετικό αίτημα στο e-mail: info@hygeia.gr ή στο hygeiacommercial@hygeia.gr
Για περαιτέρω διευκρινίσεις καλέστε στο 210 686 7007.



Scan this code to hygeia.gr/hygeia/periodika





Διαρκής αναγνώριση! We keep on standing out!

Το ΥΓΕΙΑ αξιολογήθηκε επιτυχώς από τον οργανισμό Joint Commission International (JCI) και διατηρεί και για την επόμενη τριετία τη Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης®. Με αυτό το επίτευγμα σηματοδοτείται ο 13ος χρόνος που το ΥΓΕΙΑ κατέχει την πιο απαιτητική και αξιοκρατική διαπίστευση νοσοκομείων διεθνώς.

HYGEIA Hospital was successfully assessed by the Joint Commission International (JCI) and maintains the Gold Seal of Approval® for the next three years.

This achievement marks the 13th year that HYGEIA has held the most demanding and objective accreditation of hospitals worldwide.



**Οργανισμός Διαπιστευμένος
από το Joint Commission International**
Organization Accredited by Joint
Commission International

Ασφαλιστικά
Προγράμματα
Υγείας

εξασφαλίζω



Αν η υγεία ήταν
η καλύτερή σου φίλη
θα την άφηνες
απροστάτευτη;

Αποκτήστε σήμερα μέσω της Eurobank,
το πρόγραμμα υγείας Eurolife FFH
που καλύπτει τις ανάγκες σας.