



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ


Editorial	2
Παιδική Παχυσαρκία	2 - 3
Σύγχρονες Χειρουργικές Τεχνικές στην Αρθροπλαστική	4 - 5
Εξόφθαλμος - Αποσυμπίεση Κόγχου	6
Ενδοσουλτικό Laser για φλεβική ανεπάρκεια και κιρσούς	7
Όζοι θυρεοειδούς	8

Συνεχίζουμε και το 2015, με σημείο αναφοράς μας τον άνθρωπο, την υγεία του και την αξιοπρέπειά του

Καλωσορίζουμε τη νέα χρονιά με αισιοδοξία και θετική ενέργεια, παρά τη συνεχιζόμενη οικονομική και κοινωνική κρίση που βιώνουμε τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Κι αυτό γιατί σε μία κοινωνία γεμάτη αβεβαιότητα και «συμβιβασμούς» στην παροχή υπηρεσιών, η Αθηνναϊκή Mediclinic εξακολουθεί όχι μόνο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου σε όλα τα επίπεδα, αλλά και να αναβαθμίζει σημαντικά τη δυναμική της, προσθέτοντας νέα τμήματα και ειδικότητες, αλλά και άριστο εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας. Υποδεχόμαστε το 2015 με τη βεβαιότητα ότι θα είναι μία καλή χρονιά για την Κλινική μας γιατί:

- Συνεχίζουμε να επενδύουμε σε άρτια καταρτισμένο και έμπειρο ιατρικό προσωπικό.
- Προσφέρουμε υπηρεσίες υγείας με ανθρώπινο πρόσωπο και επιστημονικό υπόβαθρο, με σεβασμό προς όλους τους ασθενείς μας.
- Αναβαθμίζουμε τους χώρους νοσηλείας, τα ιατρεία και τα χειρουργεία μας.
- Παρακολουθούμε με συνέπεια τις εξελίξεις σε όλους τους τομείς της ιατρικής επιστήμης και τις ενσωματώνουμε στις προσφερόμενες υπηρεσίες μας.
- Δημιουργούμε νέα τμήματα, ύψιστης ιατρικής σημασίας όπως αυτό της Κλινικής Μαστού με την αγορά ψηφιακού μαστογράφου τελευταίας τεχνολογίας, το Τμήμα Αξονικού Τομογράφου κ.α.
- Διατηρούμε μία ανταγωνιστική πολιτική τιμών με σεβασμό στους ασθενείς μας και λαμβάνοντας υπόψη τη δύσκολη οικονομική συγκυρία που βιώνουμε.
- Υλοποιούμε ένα φιλόδοξο επενδυτικό πλάνο σε βάθος χρόνου, έχοντας ως μοναδικό στόχο την ικανοποίηση των πελατών μας και την κάλυψη των αναγκών τους στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.

Τη χρονιά που μας πέρασε, καταφέραμε να ανταποκριθούμε με επιτυχία στις απαιτήσεις των καιρών, αλλά και στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών μας. Παράλληλα, με πλήρη συναίσθηση της ευθύνης μας απέναντι στην κοινωνία και τις ευπαθείς ομάδες, συνεργαστήκαμε με μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, αλλά και δήμους στη νησιωτική Ελλάδα, προσφέροντας εθελοντικά συμβουλευτικές, διαγνωστικές και ιατρικές υπηρεσίες, με στόχο να ενημερώσουμε και να κινητοποιήσουμε τους Έλληνες να φροντίσουν λίγο περισσότερο την υγεία τους. Οι Υπηρεσίες Υγείας, είναι ένα βασικό «αγαθό» που δικαιούνται όλοι οι άνθρωποι και γι' αυτό είναι τόσο ευαίσθητες, όσο και πολύτιμες. Στην Αθηνναϊκή Mediclinic, δεσμευόμαστε ότι και τη νέα χρονιά, θα συνεχίσουμε να πρωτοπορούμε και να αναβαθμίζουμε τις υπηρεσίες μας, θέτοντας ως βασική μας προτεραιότητα τον άνθρωπο και την υγεία του.

Εύχομαι σε όλους σας Καλή Χρονιά με υγεία, τύχη και πολλή αγάπη. 



Ευάγγελος Θωμόπουλος
Διευθύνων Σύμβουλος

Παιδική παχυσαρκία

Παράγοντες κινδύνου

Η παχυσαρκία έχει αναδειχθεί σε ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας του 21ου αιώνα.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό εμφάνισης παχυσαρκίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ανέρχεται στο 30% και είναι από τα μεγαλύτερα παγκοσμίως.

Καθώς τα παχύσαρκα παιδιά ενηλικιώνονται, αντιμετωπίζουν πλήθος ιατρικών προβλημάτων. Στις επιπλοκές περιλαμβάνονται, καρδιαγγειακά προβλήματα, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, πολυκυστικές ωοθήκες, και ορθοπαιδικά προβλήματα. Αναλυτικότερα, οι παράγοντες που ευθύνονται για την αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας είναι:

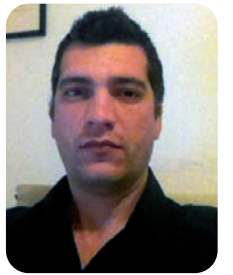
- **Κληρονομικότητα:** Ευθύνεται περίπου για το 10% των περιπτώσεων. Στην εφηβική ηλικία, ένα παιδί με παχύσαρκους γονείς έχει τριπλάσιες πιθανότητες να γίνει και το ίδιο παχύσαρκο, σε σχέση με ένα παιδί του οποίου οι γονείς έχουν φυσιολογικό βάρος. Επίσης, ένα παιδί με παχύσαρκα αδέρφια έχει 40% πιθανότητες να είναι και το ίδιο παχύσαρκο.
- **Σύγχρονος Τρόπος Ζωής:** Η τηλεόραση, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια συμβάλλουν στην καθιστική ζωή.
- **Οικογένεια:** Επηρεάζει σημαντικά τις συνήθειες του παιδιού στο φαγητό. Οι γονείς μεταφέρουν με το παράδειγμά τους συμπεριφορές σε θέματα διατροφής και ως εκ τούτου είναι πολύ σημαντικό να προσφέρουν στα παιδιά τους ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο. Η ευθύνη αυτή δεν περιορίζεται στην υγιεινή και την

ασφάλεια του φαγητού, αλλά συμπεριλαμβάνει την ποικιλία, την ποσότητα, το ωράριο και τις συνθήκες των γευμάτων.

- **Θηλασμός:** Παιδιά που θήλασαν για τουλάχιστον 4 εβδομάδες είναι λιγότερο πιθανό να είναι υπέρβαρα, συγκριτικά με συνομήλικα τους που σιτίστηκαν με τεχνητό γάλα.
- **Σχολικό περιβάλλον:** Στο σχολικό κυλικείο πολλά από τα προσφερόμενα προϊόντα πρέπει να αντικατασταθούν με άπαχα σάντουιτς με λαχανικά, φυσικούς χυμούς, γάλα και φρούτα. Με τον τρόπο αυτό, οι επιλογές του φαγητού που θα έχει το παιδί την ώρα που πεινάει θα είναι πιο υγιεινές.
- **Σωματική Δραστηριότητα:** Η παιδική παχυσαρκία δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της κακής διατροφής αλλά και της περιορισμένης άσκησης. Η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες είναι ωφέλιμη, καθώς βοηθά στην καλή κατανομή του λίπους στα διάφορα μέρη του σώματος, διατηρεί μακροπρόθεσμα φυσιολογικό το βάρος του σώματος και μειώνει σε μεγάλο βαθμό τις πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας διακρίνεται σε τροποποίηση του τρόπου ζωής, φαρμακευτική θεραπεία και σε επιλεγμένες περιπτώσεις χειρουργική αντιμετώπιση.
- **Δίαιτα:** Η ελάττωση της πρόσληψης θερμίδων και η απώλεια βάρους ελαττώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη και άλλων επιπλοκών. Η μειωμένη πρόσληψη τροφών με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη (χυμοί, ζυμαρικά, πατάτες, λευκό ψωμί) και η αντικατάσταση των


κορεσμένων λιπαρών οξέων από πολυακόρεστα και Ω3 λιπαρά οξέα ωφελούν σημαντικά τα παχύσαρκα παιδιά. Επιθυμητή είναι η δίαιτα πλούσια σε λαχανικά, φυτικές ίνες, άπαχο κρέας, ψάρι και γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλή συγκέντρωση λιπαρών.

- **Άσκηση:** Σε συνδυασμό με ελάττωση της πρόσληψης θερμίδων και λιπαρών αυξάνει την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη και μειώνει το ρυθμό εξέλιξης προ-διαβήτη σε διαβήτη στην ενήλικη ζωή.
- **Συμβουλευτική παιδιών και γονέων:** Μεγιστοποιεί τα οφέλη της διαίτας και της άσκησης. Προβλήματα στην οικογένεια ή στο σχολείο, τα οποία δεν αναγνωρίζονται και δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς, οδηγούν σε ψυχολογική επιβάρυνση του παιδιού και του εφήβου και συχνά σε συναισθηματική λήψη τροφής. Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τα αγχώδη γεγονότα με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε πρόσληψη τροφής και δυσκολία τήρησης των σωστών διατροφικών συνηθειών.
- **Φαρμακευτική αγωγή:** Στοχεύει κυρίως στην αύξηση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη, καθώς και στην κατάλληλη αντιμετώπιση των επιπλοκών της παχυσαρκίας.
- **Βαριατρική χειρουργική:** Συνιστάται επιλεκτικά σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, στους οποί-



Αλέξανδρος Σακελλαρίου
Παιδίατρος
Συεργάτης Αθηνναϊκής Mediclinic

ους τα αποτελέσματα των παραπάνω μεθόδων δεν είναι ενθαρρυντικά ενώ συνυπάρχουν σημαντικές μεταβολικές και αγγειακές επιπλοκές.

Η παχυσαρκία θεωρείται μια από τις πιο σοβαρές απειλές της δημόσιας υγείας τόσο στην χώρα μας, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο αυξάνοντας τη νοσηρότητα και συμβάλλοντας στην αύξηση δαπανών της δημόσιας υγείας. Εντούτοις, απλές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας και κοινωνίας μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του προβλήματος και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του παιδιού σας. 



Σύγχρονες Χειρουργικές Τεχνικές στην Αρθροπλαστική

Ο Ορθοπαιδικός Χειρουργός Δημήτρης Λύρας έχει ειδικευθεί στο Denver, Colorado των Η.Π.Α. στην Πρόσθια Ελάχιστης Επεμβατικότητας Ολική Αρθροπλαστική Ισχίου (AMIS) και στις Ελάχιστης Επεμβατικότητας και Εξατομικευμένες Αρθροπλαστικές του Γόνατος (Minimal Invasive Hip and Knee Fellowship)

ΠΡΟΣΘΙΑ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ (AMIS)



Η πρόσθια προσπέλαση (AMIS) χρησιμοποιείται στη χειρουργική της αρθροπλαστικής του ισχίου ως μία εναλλακτική τεχνική στην παραδοσιακή οπισθοπλάγια προσπέλαση. Παρ' όλο που η πρόσθια προσπέλαση έχει περιγραφεί από πολύ παλιά, η τεχνολογική εξέλιξη και ο σχεδιασμός νέων εργαλείων επιτρέπουν στο χειρουργό σήμερα την πραγματοποίηση επέμβασης αντικατάστασης της άρθρωσης του ισχίου μέσω μίας τομής 6-8 εκ στην πρόσθια επιφάνεια του ισχίου.

Μέσω της τομής αυτής ο χειρουργός προσεγγίζει την κατεστραμμένη άρθρωση ΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ, χωρίς να κόβει ή να αποκολλάει μυϊκές ομάδες και τένοντες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα:

1. Λιγότερη απώλεια αίματος
2. Ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο

3. Μικρή διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο (1-2 ημέρες)
4. Άμεση κινητοποίηση του ασθενή (3-4 ώρες μετά το πέρας της επέμβασης) με πλήρη φόρτιση
5. Μειωμένο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων λόγω της άμεσης κινητοποίησης
6. Ταχύτερη αποκατάσταση
7. Μικρότερο κίνδυνο εξάρθρατος του ισχίου

Επιπλέον, λόγω του ότι η επέμβαση πραγματοποιείται με τον ασθενή σε ύπτια θέση, είναι δυνατή η διεγχειρητική χρησιμοποίηση ακτινογραφιών για τον έλεγχο της σωστής τοποθέτησης των προθέσεων, καθώς και ο άμεσος έλεγχος του μήκους των κάτω άκρων με σκοπό την αποφυγή μετεγχειρητικής ανισοσκελίας. Μετεγχειρητικά η βάρδια πραγματοποιείται με τη βοήθεια περιπατητούρας («π») ή πατερίτσας. Ο ασθενής εγκαταλείπει τα βοηθήματα αυτά μόλις νιώσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και ότι μπορεί να βαδίσει ανεξάρτητα, σε διάστημα 1 έως 2 εβδομάδων.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ

Κατά τη διενέργεια μιας ολικής αρθροπλαστικής γόνατος, ο στόχος του χειρουργού είναι να ευθυγραμμίσει τους οδηγούς κοπής του μηριαίου και της κνή-

μης, ώστε οι οστεοτομίες να γίνουν στο σωστό προσανατολισμό σε όλα τα επίπεδα.

Στην παραδοσιακή ολική αρθροπλαστική γόνατος, αυτό επιτυγχάνεται με εξωμυελικούς ή/και ενδομυελικούς ράβδους, με υπολογισμό γωνιών που βασίζονται σε στατιστικές μελέτες, ενώ η στροφή της πρόθεσης υπολογίζεται «με το μάτι» ή με τη ψηλάφηση ανατομικών δομών, των οποίων όμως η αξιοπιστία διεγχειρητικά αμφισβητείται. Ακόμη και μικρές παρεκκλίσεις στους υπολογισμούς αυτούς μπορεί να οδηγήσουν σε κακή ευθυγράμμιση της πρόθεσης. Ίσως αυτός είναι ο λόγος που το 20% περίπου των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική γόνατος δεν είναι ευχαριστημένοι.

Το σύστημα της εξατομικευμένης αρθροπλαστικής γόνατος (Patient Specific Instruments system, PSI) είναι μία νέα τεχνολογική επανάσταση που έρχεται να δώσει λύση στο πρόβλημα της σωστής τοποθέτησης της αρθροπλαστικής του γόνατος. 2-3 εβδομάδες πριν το χειρουργείο ο ασθενής υποβάλλεται σε αξονική τομογραφία κατά την οποία λαμβάνονται εικόνες από το ισχίο, το γόνατο και την ποδοκνημική άρ-



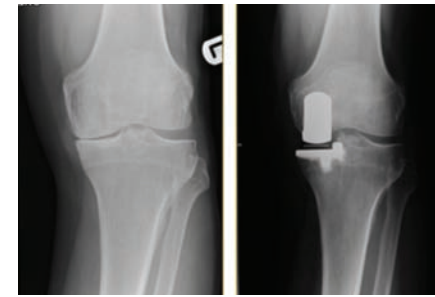
θρωση του πάσχοντος σκέλους. Στη συνέχεια οι εικόνες αποστέλλονται στην εταιρεία κατασκευής των υλικών, όπου και αναλύονται μέσω ειδικού λογισμικού προγράμματος. Αφού καταμετρηθούν οι απαραίτητες ανατομικές παράμετροι (άξονες, γωνίες κ.λπ.) με απόλυτη ακρίβεια μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, ο μηχανικός της εταιρείας και ο χειρουργός, συνεργάζονται για τον τελικό σχεδιασμό του πλάνου της επέμβασης. Μόλις ο χειρουργός εγκρίνει το τελικό πλάνο, κατασκευάζονται το τρισδιάστατο πρόπλασμα του γόνατος του ασθενή και τα ειδικά εργαλεία κοπής τα οποία εφάπτονται τέλεια στην επιφάνεια των προπλασμάτων. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, ο χειρουργός τοποθετεί τα εργαλεία κοπής στο μηρό και την κνήμη του ασθενή, στα ίδια ακριβώς σημεία στα οποία τα εργαλεία εφάπτονται στα προπλάσματα. Στη συνέχεια τα εργαλεία κοπής σταθεροποιούνται και πραγματοποιούνται οι οστεοτομίες με προσανατολισμό ο οποίος έχει υπολογιστεί και σχεδιαστεί ειδικά για το συγκεκριμένο ασθενή.

Τα πλεονεκτήματα της εξατομικευμένης αρθροπλαστικής του γόνατος είναι:

1. Σημαντικά μικρότερο έκτασης χειρουργικό τραύμα σε σχέση με την παραδοσιακή, ολική αρθροπλαστική
2. Μικρότερη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
3. Αποφυγή χρήσης ενδομυελικών ράβδων με αποτέλεσμα τη μικρότερη απώλεια αίματος και το μειωμένο κίνδυνο εμβολής
4. Μικρή διάρκεια νοσηλείας (2-3 ημέρες)
5. Γρήγορη και εύκολη αποκατάσταση
6. Τέλεια ευθυγράμμιση στην τοποθέτηση της πρόθεσης γεγονός που έχει άμεση επίπτωση στην κλινική αποκατάσταση του ασθενή και την επιβίωση της πρόθεσης.

ΜΟΝΟΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ

Μέχρι πρόσφατα, η ολική αρθροπλαστική γόνατος ήταν η θεραπεία εκλογής για την



αντιμετώπιση της επώδυνης αρθρίτιδας του γόνατος. Σε αυτό το είδος επέμβασης, και τα τρία διαμερίσματα του γόνατος (έσω, έξω και επιγονατιδομηριαίο) αντικαθίστανται από την πρόθεση. Σήμερα, η τάση είναι να ΑΝΤΙΚΑΘΙΣΤΟΥΜΕ Ο,ΤΙ ΠΑΣΧΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΟΥΜΕ ΤΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ. Στην εικόνα απεικονίζεται η ακτινογραφία ενός ασθενούς που έπασχε από αρθρίτιδα του έσω διαμερίσματος και ο οποίος υποβλήθηκε σε μονοδιαμερισματική αρθροπλαστική αντικατάστασης του έσω μόνο διαμερίσματος. Με την εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών, των υλικών και των εργαλείων τα μακροχρόνια αποτελέσματα των προθέσεων της μονοδιαμερισματικής αρθροπλαστικής είναι εφάμιλλα των αποτελεσμάτων των προθέσεων της ολικής αρθροπλαστικής. Τα πλεονεκτήματα της μονοδιαμερισματικής αρθροπλαστικής είναι:

1. Μικρή τομή και μικρής έκτασης χειρουργικό τραύμα
2. Διατήρηση όλων των συνδέσμων και των φυσιολογικών τμημάτων του γόνατος
3. Ελάχιστη απώλεια αίματος
4. Μικρή διάρκεια νοσηλείας (συνήθως 1 ημέρα)
5. Γρήγορη και εύκολη αποκατάσταση
6. Αν χρειαστεί, η αναθεώρηση μίας πρόθεσης μονοδιαμερισματικής αρθροπλαστικής είναι πολύ πιο εύκολη σε σχέση με την αναθεώρηση μίας πρόθεσης ολικής αρθροπλαστικής

ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΑ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ

Όπως αναφέρθηκε και πριν, η τάση σήμερα



Δημήτριος Λύρας
Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Συνεργάτης Αθηναϊκής Mediclinic

είναι να αντικαθιστούμε ό,τι πάσχει και να διατηρούμε τα διαμερίσματα του γόνατος που είναι φυσιολογικά. Η επιγονατιδομηριαία αρθροπλαστική γόνατος αφορά στους ασθενείς με αρθρίτιδα στην οπίσθια επιφάνεια της επιγονατίδας και της τροχιλίας του κάτω πέρατος του μηριαίου, στην οποία η επιγονατίδα ολισθαίνει. Στην εικόνα απεικονίζεται η ακτινογραφία ενός ασθενούς που έπασχε από αρθρίτιδα επιγονατιδομηριαίου διαμερίσματος και ο οποίος υποβλήθηκε σε επιγονατιδομηριαία αρθροπλαστική. Τα πλεονεκτήματα της επιγονατιδομηριαίας αρθροπλαστικής είναι:

1. Μικρή τομή και μικρής έκτασης χειρουργικό τραύμα
2. Διατήρηση όλων των συνδέσμων και των φυσιολογικών τμημάτων του γόνατος
3. Ελάχιστη απώλεια αίματος
4. Μικρή διάρκεια νοσηλείας (συνήθως 1 ημέρα)
5. Γρήγορη και εύκολη αποκατάσταση
6. Αν χρειαστεί, η αναθεώρηση μίας πρόθεσης επιγονατιδομηριαίας αρθροπλαστικής είναι πολύ πιο εύκολη σε σχέση με την αναθεώρηση μίας πρόθεσης ολικής αρθροπλαστικής.



Εξόφθαλμος

Αποσυμπίεση Κόγχου

Η πιο συχνή αιτία εξόφθαλμου είναι η θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια (νόσος του Grave's).

Ο εξόφθαλμος είναι η «επιπλοκή» που παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με υπερθυροειδοπάθεια.

Το 50% των ασθενών με νόσο Grave's παρουσιάζουν συμπτώματα στον ένα ή και στους δυο οφθαλμούς, τα οποία στο 75% των περιπτώσεων εμφανίζονται μέσα στο 1ο έτος πριν ή μετά τη διάγνωση.

Η χειρουργική της αποσυμπίεσης στην θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια αποτελεί τη μοναδική επιλογή σε ασθενείς που η όραση τους κινδυνεύει άμεσα εξαιτίας συμπτωτικής οπτικοπάθειας (συμπίεση του οπτικού νεύρου) ή σοβαρής κερατοπάθειας από έκθεση (πολύ επικίνδυνη για την όραση), που δεν ανταποκρίνονται σε συντηρητική φαρμακευτική αγωγή.

Η χειρουργική αυτή τεχνική χρησιμοποιείται και σε περιπτώσεις ασθενών χωρίς σοβαρό βαθμό συμπτωτικής οπτικοπάθειας ή κερατοπάθειας από έκθεση, οι οποίοι όμως υποφέρουν από αλλοίωση των χαρακτηριστικών του προσώπου τους με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την ψυχική τους υγεία.

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ασθενείς με οφθαλμοπάθεια του Grave's και με τα βασικά κλινικά συμπτώματα που τη συνοδεύουν, όπως πρόπτωση, ανάσπαση βλεφάρων ή διπλωπία, ήδη δοκιμάζονται στο επίπεδο της ψυχικής τους υγείας,

Η χειρουργική αυτή μέθοδος έχει εξελιχθεί σημαντικά στο πέρασμα των τελευταίων δεκαετιών.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η χειρουργική αντιμετώπιση της συμπτωτικής οπτικοπάθειας στη νόσο του Grave's έχει ως σκοπό την ανακούφιση του οπτικού νεύρου από την πίεση που υφίσταται ειδικά στην κορυφή του κόγχου από τους διογκωμένους λόγω της φλεγμονής, εξοφθαλμικούς μύες.

Σήμερα, η ισορροπημένη αποσυμπίεση κόγχου (balanced orbital decompression) επιτυγχάνεται διαμέσου της πλάγιας κοχχοτομής για την αφαίρεση του έξω τοιχώματος του κόγχου (εξωτερική τομή) και σε συνδυασμό με ενδοσκοπική ενδορινική προσπέλαση για την αφαίρεση του έσω τοιχώματος του κόγχου, προσφέρει τον καλύτερο χειρουργικό έλεγχο (π.χ. αποφυγή τρώσης ηθμοειδών αρτηριών), ελεγχόμενο εύρος διάνοιξης του τοιχώματος, πολύ καλή αποσυμπίεση της κορυφής του κόγχου, με ταυτόχρονη απουσία μετεχειρητικών ουλών.

Πριν



Μετά



Γεώργιος Βοΐτας

Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος, Εξειδικευμένος στην ρινοχειρουργική Διευθυντής Ενδοσκοπικού Ω.Ρ.Λ. Τμήματος Αθηναϊκής Mediclinic

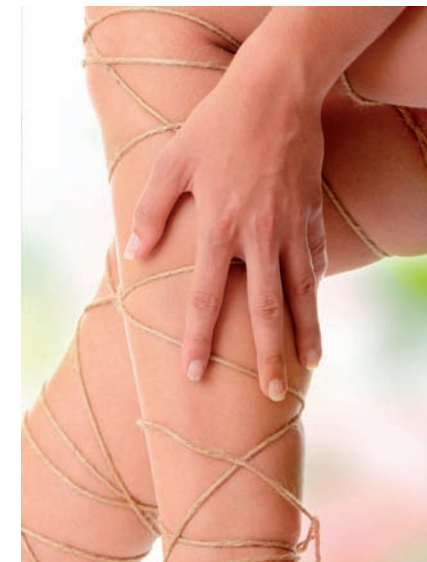


Δρ. Ιωάννης Θρ. Ντούντας

Οφθαλμίατρος Χειρουργός Κόγχου Βλεφάρων και Δακρυϊκής Συσκευής Συνεργάτης Αθηναϊκής Mediclinic

Στην Αθηναϊκή Mediclinic παρακολουθούμε και ακολουθούμε συνέχεια τις εξελίξεις και εφαρμόζουμε από το 2008, με τη συνεργασία ειδικευμένου οφθαλμίατρου και ενδοσκοπού ωτορινολαρυγγολόγου, τη συγκεκριμένη τεχνική με μεγάλη επιτυχία. 🏥

Η αντιμετώπιση της φλεβικής ανεπάρκειας και των κίρσων των κάτω άκρων με το ενδοαυλικό – ενδοσκοπικό laser



Οι πρώτες επεμβάσεις με laser έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1999 από τον Dr Mien και ακολούθησαν οι Γερμανοί το 2000. Έκτοτε, η εξάπλωση της μεθόδου ήταν τόσο μεγάλη, με τόσο καλά αποτελέσματα, που σήμερα μετράμε πάνω από 2.500 επεμβάσεις και 9 χρόνια εμπειρίας με την ενδοσκοπική μέθοδο.

Η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια είναι ένα συχνό πρόβλημα που μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες αν και το φαινόμενο των κίρσων εμφανίζεται σε συχνότητα που αγγίζει το 70% μετά το 50ο έτος της ηλικίας. Η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια απαιτεί συγκεκριμένο θεραπευτικό πλάνο αντιμετώπισης για την ανακούφιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων και την αποφυγή επιπλοκών (θρομβώσεις, δερματικές φλεγμονές, άτονα έλκη, ερυσίπελας κ.λπ.). Η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των φλεβικών δυσλειτουργιών κατέστη ευκολότερη ακόμα και σε προχωρημένα στάδια, και σε παχυσάρκους ασθενείς, χάρη στο ενδοσκοπικό laser 1470 nm.

Με αυτήν τη λεπτή επέμβαση καταργήσαμε το νυστέρι για την αντιμετώπιση της χρόνιας

φλεβικής ανεπάρκειας. Είναι γρήγορη, ανώδυνη, αναίμακτη και αποτελεσματική, ενώ ο χρόνος αποθεραπείας δεν ξεπερνά τις τέσσερις με έξι ημέρες στις πολύ σοβαρές περιπτώσεις. Αντίθετα με την παλιά μέθοδο - ανοιχτό χειρουργείο - η αποθεραπεία έφτανε τον ένα μήνα και περισσότερο. Η επέμβαση με ενδοσκοπικό laser:

1. Γίνεται με τοπική αναισθησία και ελαφριά μέθη.
 2. Διάρκει 50 - 60 λεπτά για το κάθε σκέλος.
 3. Δεν απαιτεί τομές.
 4. Αποκαθίσταται η διάταση και λειτουργία των φλεβών χωρίς αφαίρεση των σαφηνών.
 5. Έχει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.
 6. Ο ασθενής δε χρειάζεται παυσίπονα.
 7. Επιστρέφει στην εργασία του σε 3 - 4 ημέρες.
 8. Παραμένει στο νοσοκομείο μόνο για λίγες ώρες.
 9. Δεν έχει τις υποτροπές που είχαν οι παλαιότερες - κλασικές μέθοδοι.
- Αυτό που θα πρέπει να γνωρίζετε είναι ότι μεταξύ των παραγόντων που συμβάλουν στη φλεβική ανεπάρκεια είναι και η ηλικία. Άλλοι παράγοντες που επιδεινώνουν το πρόβλημα είναι:

- Η παχυσαρκία
- Η γενετική προδιάθεση
- Η χρόνια δυσκοιλιότητα
- Η παρατεταμένη ορθοστασία
- Η καθιστική ζωή
- Η έκθεση στον ήλιο (τους καλοκαιρινούς μήνες). Η γενετική προδιάθεση θεωρείται ο πιο ισχυρός παράγοντας διότι, λόγω έλλειψης κολλαγόνου και ελαστίνης δημιουργείται η χαλάρωση των φλεβών και των βαλβίδων.

Τα κυριότερα συμπτώματα:

- Οίδημα
- Πόνος



Χαράλαμπος Ηλίας

Αγγειοχειρουργός - Αγγειολόγος Συνεργάτης Αθηναϊκής Mediclinic

- Βαριά άκρα - εύκολη κόπωση
- Καυσαλγίες
- Αίσθημα τάσεως
- Κνησμός (φαγούρα)
- Νυκτερινές κράμπες
- Μουδιάσματα

Οι πιο σοβαροί κίνδυνοι:

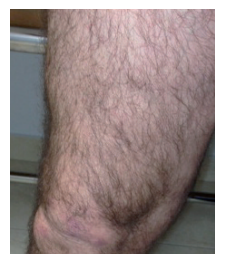
Ένα συχνό σύμπτωμα των κίρσων είναι η θρομβοφλεβίτιδα στην οποία το τοίχωμα της φλέβας φλεγμαίνει, δημιουργεί πόνο, το δέρμα είναι σκληρό, ζεστό, κόκκινο και πρησμένο. Ο πόνος είναι πολύ έντονος, συνεχής και αργούν να υποχωρήσουν τα συμπτώματα.

Η κατάσταση αυτή δεν είναι επικίνδυνη για την υγεία, όπως είναι η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, η οποία είναι σοβαρή, γιατί ο θρόμβος είναι στο εν τω βάθει δίκτυο όπου υπάρχει ο κίνδυνος να μετατοπιστεί προς τους πνεύμονες και να δημιουργήσει πνευμονική εμβολή. Σ' αυτή την περίπτωση η κατάσταση είναι επείγουσα και χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο. 🏥

Πριν



Μετά



Όζοι θυρεοειδούς

Ο θυρεοειδής αδένας: Ο θυρεοειδής αδένας βρίσκεται στο πρόσθιο μέρος του λαιμού, ακριβώς κάτω από τα μαλακά μόρια. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο είναι εύκολος στη ψηλάφηση. Ο θυρεοειδής αδένας παράγει ορμόνες που ρυθμίζουν το μεταβολισμό όλων των οργάνων του σώματός μας και είναι αδένας απαραίτητος για τη ζωή.

Όζοι θυρεοειδούς: Μία από τις συχνότερες ανωμαλίες που εμφανίζονται στο θυρεοειδή είναι οι όζοι, δηλαδή διογκώσεις του αδένου, συνήθως υποστρογγύλα εξογκώματα μεγέθους λίγων χιλιοστών έως αρκετών εκατοστών. Οι μεγάλοι όζοι βρίσκονται κατά την κλινική εξέταση, αλλά οι μικρότεροι όζοι εντοπίζονται με το υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς. Οι όζοι σπάνια προκαλούν ενοχλήσεις εκτός αν είναι πολύ μεγάλοι ή προκαλούν αυξημένη έκκριση των ορμονών του θυρεοειδούς. Πολύ συχνά βρίσκονται τυχαία και η συχνότητά τους αυξάνεται με την ηλικία. Στην πλειοψηφία τους οι όζοι είναι καλοήθεις. Το σημαντικό όμως είναι ότι ένα ποσοστό περίπου 6-8 % είναι κακοήθεις ή δυνητικά κακοήθεις και θα πρέπει με ένα σύνολο διαγνωστικών μεθόδων να μπορεί ο ενδοκρινολόγος να διακρίνει την ομάδα αυτή των κακοήθων όζων, ώστε οι ασθενείς να χειρουργηθούν νωρίς.

Προεγχειρητική διάγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς: Τονίζεται ότι στην πλειονότητά τους οι κακοήθεις όζοι του θυρεοειδούς είναι ασυμπτωματικοί. Η κλινική εξέταση από έμπειρο ενδοκρινολόγο είναι σημαντική καθ' όσον υπάρχουν περιπτώσεις που δίνουν ιδιαίτερα σημεία. Για παράδειγμα ένας σκληρός ή ταχέως αναπτυσσόμενος όζος συνηγορεί υπέρ της κακοήθειας. Το υψηλής ανάλυσης υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς δίνει πολύ σημαντικές πληροφορίες για μια πιθανή κακοήθεια και διεθνώς έχουν καθιερωθεί κριτήρια της ει-

κόνας του υπερηχογραφήματος που συνηγορούν για κακοήθεια. Δε μπορεί όμως με σιγουριά να διακρίνει τους καλοήθεις από τους κακοήθεις όζους. Η πιο σημαντική εξέταση είναι η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων μετά από την παρακέντηση του όζου με λεπτή βελόνα. Εδώ απαιτείται εμπειρία του κυτταρολόγου για την ακριβή διάγνωση, η ακρίβεια της οποίας μπορεί να φτάσει και το 97%.

Σήμερα, έχουν αναπτυχθεί σύγχρονες τεχνικές παρακέντησης των όζων που γίνονται με υπερηχογραφική καθοδήγηση και απεικόνιση της λεπτής βελόνας εντός των όζων. Είναι μια απλή διαδικασία που απαιτεί λίγα λεπτά της ώρας και γίνεται διαδερμικά. Η παρακέντηση με υπερηχογραφική καθοδήγηση είναι πολύ χρήσιμη για τους μικρότερους όζους και πλέον όζοι μεγέθους 8 - 10 χιλ. μπορεί να παρακεντηθούν. Εδώ απαιτείται εμπειρία ώστε το υλικό να είναι επαρκές για μια ακριβή διάγνωση. Εξετάσεις στο περιφερικό αίμα που να δείχνουν κακοήθεια ή μη των όζων δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα, με μόνη εξαίρεση μια ορμόνη, την καλσιτονίνη, που αυξάνεται σημαντικά σε μια σπανιότερη μορφή καρκίνου του θυρεοειδούς, το μυελοειδές καρκίνωμα.

Θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με καλοήθεις όζους θυρεοειδούς: Μετά από τον λεπτομερή έλεγχο που αναφέρθηκε και εφ' όσον ο ενδοκρινολόγος κρίνει ότι ο όζος είναι καλοήθης, συνήθως ο ασθενής υποβάλλεται σε αγωγή με θυροξίνη (εκτός αν υπάρχει υπερλειτουργία του θυρεοειδούς) και κατόπιν παρακολουθείται σε τακτά, χρονικά διαστήματα. Ο σκοπός της χορήγησης θυροξίνης είναι η μείωση της ορμόνης TSH, η οποία είναι αυξητικός παράγοντας για τα κύτταρα του θυρεοειδούς και έτσι η μείωσή της οδηγεί σε μείωση του μεγέθους του



Δρ. Ελένη Κάργα
Ενδοκρινολόγος
Συεργάτης Αθηνναϊκής Mediclinic

όζου. Επειδή μόνο ένα μικρό ποσοστό των όζων μειώνεται με τη θεραπεία με θυροξίνη, τα τελευταία χρόνια επικρατεί η άποψη ότι όζοι που θεωρούνται καλοήθεις δύνανται να παρακολουθούνται χωρίς τη χορήγηση θυροξίνης, κάτι όμως που δεν είναι αποδεκτό από όλους τους ενδοκρινολόγους. Γενικά, το πώς θα αντιμετωπιστεί ένας ασθενής με όζο θυρεοειδούς έγκειται στην επιλογή και την εμπειρία του ενδοκρινολόγου. Κλείνοντας, θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην Αθηνναϊκή Mediclinic υπάρχουν εξειδικευμένοι ενδοκρινολόγοι για τις παθήσεις του θυρεοειδούς και με τη συνεργασία των ακτινολόγων, που παρέχουν υψηλής πιστότητας υπερηχογράφημα, η θεραπεία των όζων του θυρεοειδούς γίνεται με μεγάλη επιτυχία. Σε αυτό συμβάλουν σημαντικά και οι κυτταρολόγοι της κλινικής λόγω της μεγάλης ακρίβειας της κυτταρολογικής διάγνωσης μετά από παρακέντηση με λεπτή βελόνα. 