

Μυασθένεια

Βλεφαρόπτωση, διπλωπία, μυϊκή αδυναμία των μελών, κόπωση, είναι μερικές από τις συνήθεις ενδείξεις της σπάνιας αυτοάνοσης πάθησης. Οι πάσχοντες, όμως, μπορούν να ζήσουν δραστήρια ζωή, αρκεί να έχουν την κατάλληλη υποβοήθηση.

[σελ. 43]

Καρκίνος του προστάτη

Η δρ Δέσποινα Κατσώχη, ακτινοθεραπεύτρια ογκολόγος, πρόεδρος της ΑΚΟΣ, μας προειδοποιεί για τον πρώτο σε συχνότητα καρκίνο στους άνδρες και για την αποθεραπεία των ασθενών χωρίς ταλαιπωρία και με ομαλή στυτική λειτουργία, ενώ ο ουρολόγος Βασίλης Σκουτέρης, εξειδικευμένος στη βραχυθεραπεία, προτείνει πρωτοποριακή αντιμετώπιση της ασθένειας με εμφύτευση ραδιενεργών πηγών στους ιστούς του αδένου.

[σελ. 44-45]

Αφιέρωμα: Φλεγμονές της μύτης

Οξεία ρινίτιδα, ιγμορίτιδα και γενικά φλεγμονές των παραρρινίων κόλπων μάς «χαρίζουν» φτάρνισμα, μπούκωμα, καταρροή και βαρύ κεφάλι, κάνοντας τις μέρες μας αφόρητες τώρα που χαλάει ο καιρός. Αντιβίωση δεν συνιστάται, όταν όμως η κατάσταση γίνεται χρόνια, ενδέχεται να μας οδηγήσει σε ενδοσκοπική επέμβαση στο χειρουργείο. Γράφει ο δρ Πέτρος Β. Βλασταράκος, ωτορινολαρυγγολόγος, διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών.

[σελ. 46-47]



16 Οκτωβρίου
Ημέρα επανεκκίνησης της καρδιάς

Η Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΕΕΚΑΑ) διοργανώνει ενημερωτικές εκδηλώσεις για τους πολίτες σε Αθήνα, Πάτρα, Κόρινθο, Ρόδο και Κέρκυρα. Την ίδια μέρα ανάλογες δράσεις θα πραγματοποιηθούν σε όλη την Ευρώπη, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα την εκπαίδευση των ευρωβουλευτών στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Info: www.eekaa.com

4 Βήματα για την επιβίωση

1

Άμεση αναγνώριση του θύματος και κλήση για εξειδικευμένη βοήθεια

2

Εφαρμογή θωρακικών συμπιέσεων και αναπνοών διάσωσης

3

Εγκαιρη χορήγηση απινιδισμού στους απινιδώσιμους ρυθμούς

4

Εντατική φροντίδα σε εξειδικευμένο κέντρο



Αλληλεγγύη από καρδιάς

Η καρδιοαναπνευστική ανακοπή χτυπάει ξαφνικά και απαιτεί αντιμετώπιση από το πρώτο λεπτό. Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από τον διπλανό μας είναι επιβεβλημένη και καθοριστική για να μας διατηρήσει στη ζωή, υποστηρίζοντας τις βασικές λειτουργίες μας. Ας αποκτήσουμε τη γνώση που θα σώσει τη ζωή μας, γιατί 1 στους 3 πεθαίνει πριν φτάσει στο νοσοκομείο

Η αναζωογόνηση ξεκινά από τον τόπο της ανακοπής. Εκεί βρίσκονται πολίτες. Εμείς. Κάθε χρόνο 10.000 συμπολίτες μας θα μπορούσαν να έχουν σωθεί από καρδιοαναπνευστική ανακοπή, αν ο καθένας από εμάς γνώριζε πώς να εφαρμόζει σωστά θωρακικές συμπιέσεις και εμφυσήσεις διάσωσης.

Η καρδιακή ανακοπή αποτελεί την πλέον επείγουσα ιατρική κατάσταση, γιατί ο κρίσιμος χρόνος παρέμβασης είναι ελάχιστος. Η εγκεφαλική βλάβη ξεκινά σε μόλις 4 λεπτά, ενώ, αν δεν υπάρξει κάποια παρέμβαση, ο εγκεφαλικός θάνατος σε 10 λεπτά θεωρείται βέβαιος. Η επίπτωση της καρδιακής ανακοπής είναι μεγάλη, υπολογίζεται ότι 700.000 άτομα κάθε χρόνο υφίστανται καρδιακή ανακοπή στην Ευρώπη.

Ενας στους τρεις που παθαίνουν έμφραγμα του μυοκαρδίου πεθαίνει πριν φτάσει στο νοσοκομείο. Οι πιο πολλοί εντός μίας ώρας από την έναρξη των οξέων συμπτωμάτων, κυρίως κοιλιακή μαρμαρυγή ή άσφυγη κοιλιακή ταχυκαρδία. Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία γι' αυτές τις αρρυθμίες είναι ο απινιδισμός.

Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμος απινιδωτής, η εφαρμογή υψηλής ποιότητας καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης από πολίτες είναι επιστημο-

νικά επιβεβλημένη και καθοριστική.

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι η αλυσίδα των ενεργειών που πρέπει να κάνει ο διασώστης για να διατηρήσει το θύμα καρδιακής ανακοπής στη ζωή και να υποστηρίξει όλες τις βασικές λειτουργίες του.

Η κλασική αλυσίδα της επιβίωσης είναι το σύμβολο στην προτεραιότητα της εφαρμογής των δεξιοτήτων γι' αυτή. Αποτελείται από τέσσερις κρίκους στενά συνδεδεμένους μεταξύ τους. Οι τρεις πρώτοι κρίκοι της αλυσίδας της επιβίωσης περιλαμβάνουν την άμεση αναγνώριση του θύματος και κλήση για εξειδικευμένη βοήθεια, την εφαρμογή θωρακικών συμπιέσεων και αναπνοών διάσωσης, καθώς και την έγκαιρη χορήγηση απινιδισμού στους απινιδώσιμους ρυθμούς. Ο τέταρτος κύκλος αντιστοιχεί στην εντατική φροντίδα μετά την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε εξειδικευμένο κέντρο.

Η εκπαίδευσή μας στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μπορεί να σώσει χιλιάδες ζωές συμπολιτών μας. Είναι απλή, εύκολη και απαιτεί μόλις λίγο χρόνο από τις πολυάσχολες ζωές μας και είναι ίσως αυτή που θα σώσει τον αδερφό ή τη μητέρα μας.

Ας εκπαιδευτούμε. Εχουμε ο ένας τον άλλον. Δεν είναι λίγο.

«Ισχυροί» σε καιρούς λιτότητας

Οι περισσότεροι άντρες διατάζουν να πάνε στον γιατρό για διάφορους λόγους. Όμως οι ερευνητές των οικονομικών της Υγείας δεν συνηθίζουν να τους σκέφτονται ως ευάλωτους στις πολιτικές της. Κι όμως οι άντρες χρειάζονται φροντίδα, ειδικότερα τους καιρούς λιτότητας που διανύουμε.

Τα νέα σχέδια ασφάλισης της Υγείας, με τα χαμηλότερα ασφάλιστρα και τα υψηλότερα εκπιπόμενα ποσά που δεν είναι πια καινοτομία αλλά επικρατούσα ανά τον κόσμο τάση, βλάπτουν την υγεία των αντρών. Μελέτη που δημοσιεύει το «Medical Care» δείχνει ότι όσο κρίσιμο κι αν είναι το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι άντρες τα προγράμματα αυτά λειτουργούν σαν νυστέρι στη φροντίδα της υγείας τους. Οι επιστήμονες προειδοποιούν ότι η παραίτηση των αντρών ακόμα και από την άμεση απαραίτητη φροντίδα, που σημαίνει καθυστέρηση στην αντιμετώπιση του προβλήματος, έχει αποτέλεσμα την επιδείνωση της ασθένειας, την αύξηση του αριθμού των νοσηλευόμενων και του χρόνου νοσηλείας και τελικά της δαπάνης της Υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουν το παράδειγμα της δραματικής μείωσης κατά 24% της νοσηλείας τον πρώτο χρόνο του προγράμματος, που αντιστάφθηκε απόλυτα την επόμενη χρονιά παρουσιάζοντας αύξηση 30%.

As προσέξουμε λίγο ο ένας τον άλλον.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Ντάνι Βέργου (d.vergou@efsyn.gr)
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: Αγνή Κατσιούλα (a.katsioula@efsyn.gr)
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ: Λουίζα Καραγεωργίου

Bits 'n' pieces

Τα προβλήματα στη στύση μπορεί να σηματοδοτούν «σιωπηρή» καρδιακή νόσο και πρόωρο θάνατο, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση του «PLOS Medicine». Αυστραλιανή μελέτη, η μεγαλύτερη που έχει γίνει στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ στυτικής δυσλειτουργίας και καρδιακής νόσου, έδειξε ότι οι άντρες με στυτική δυσλειτουργία διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εισαγωγής σε νοσοκομείο για καρδιαγγειακή νόσο, ακόμα κι αν δεν έχουν ιστορικό καρδιακών προβλημάτων, καθώς και υψηλό κίνδυνο πρόωπου θανάτου από οποιαδήποτε αιτία.



Το ρόδι, το πράσινο τσάι, ο κουρκουμάς και το μπρόκολο μπορούν να βοηθήσουν στην καταπολέμηση του καρκίνου του προστάτη, λέει νέα επιστημονική μελέτη του Πανεπιστημίου του Cambridge. Οι επιστήμονες μελέτησαν τις περιπτώσεις 203 αντρών με καρκίνο του προστάτη, τους οποίους χώρισαν σε δύο ομάδες -η πρώτη λάμβανε μία κάψουλα με τα παραπάνω συστατικά και η δεύτερη εικονική κάψουλα- και διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA), έξι μήνες αφότου έπαιρναν τις κάψουλες, στην πρώτη ομάδα ήταν 63% χαμηλότερα σε σύγκριση με τη δεύτερη.

Η νόσος του Πάρκινσον στους άντρες μπορεί να σχετίζεται με τη μείωση της τεστοστερόνης, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση του «The Journal of Biological Chemistry». «Τη στιγμή που οι επιστήμονες χρησιμοποιούμε διάφορες τοξίνες και περίπλοκες γενετικές προσεγγίσεις για να αντιγράψουμε τη νόσο του Πάρκινσον στα ποντίκια, βρήκαμε ότι η ξαφνική πτώση των επιπέδων τεστοστερόνης μετά τον ευνουχισμό αρκεί για να προκαλέσει την παθολογία και τα συμπτώματά της», επισημαίνει ο επικεφαλής της μελέτης dr. Kalipada Pahan. Επιπλέον, όταν τα ποντίκια έλαβαν συμπληρώματα τεστοστερόνης, τα συμπτώματα αντιστρέφονταν. Τα επίπεδα τεστοστερόνης σε υγιείς άντρες βρίσκονται στο ανώτατο όριο στα 35 χρόνια, στη συνέχεια μειώνονται σταδιακά κάθε χρόνο περίπου

κατά 1%, ενώ μπορούν να πέσουν κατακόρυφα ως αποτέλεσμα του στρες ή άλλων γεγονότων που αλλάζουν τις ζωές τους.

Η διαίτα του πατέρα πριν από τη σύλληψη είναι σημαντική αλλά μόνο για τα αγόρια, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση, τα αποτελέσματα της οποίας ανακοινώθηκαν πρόσφατα στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας. Όταν οι μπαμπάδες ακολουθούν μια πλούσια σε λιπαρά διαίτα πριν από τη σύλληψη, το αγόρι έχει αυξημένο σωματικό βάρος μετά τον απογαλακτισμό καθώς και ως μεσήλικας. «Η

αύξηση των δεικτών παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας μάς οδηγεί στην περαιτέρω διερεύνηση τρόπων πρόληψης ακόμα και πριν από τη σύλληψη -εξίσου σημαντική με τις διατροφικές επιλογές και συνήθειες του περιβάλλοντος του παιδιού αργότερα», υπογραμμίζει η επικεφαλής της μελέτης dr. Felicia Nowak.

Πιο επικίνδυνη η υψηλή χοληστερόλη για τους μεσήλικες άντρες, παρά για τις γυναίκες, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση στο «Epidemiology». Η αρνητική συνεργική επίδραση των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης που εντόπισαν οι ερευνητές στους άντρες μέσης ηλικίας δεν ανιχνεύθηκε στις γυναίκες. Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν για τους άντρες αφορούν τον πρόσθετο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η πιο επιθετική αντιμετώπιση της αυξημένης χοληστερόλης στους άνδρες θα προλάβει τα εμφράγματα και θα σώσει ζωές», τονίζουν οι συγγραφείς της μελέτης, καθηγητές

8

επιστημονικές δημοσιεύσεις δείχνουν...

Erik Madssen και Lars Erik Laugsand, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Επιστημών και Τεχνολογίας της Νορβηγίας (NTNU).

Το να είναι κάποιος απλώς καλός μπαμπάς μπορεί να μην είναι αρκετό. Χρειάζεται πού και πού οι μπαμπάδες να ρωτούν τα παιδιά τους «Πώς τα πάω; Είμαι ο μπαμπάς που θέλεις να είμαι;» Τα παιδιά συνεχώς προσπαθούν να κατανοήσουν την ανατροφή που λαμβάνουν. Εκείνο που φτάνει σε αυτά είναι περισσότερο σημαντικό από τις συμπεριφορές των γονιών, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση στο «Journal of Family Issues». Οι μπαμπάδες παρέχουν από πειθαρχία μέχρι πρότυπα, αλλά εκείνοι οι μπαμπάδες οι οποίοι δίνουν έμφαση στις συναισθηματικές

σχέσεις τους με τα παιδιά τους κάνουν τη διαφορά: τα παιδιά τους τα έχουν καλά με τον εαυτό τους, μπορούν να συνδιαμορφωθούν και δεν παρουσιάζουν καθόλου επιθετικότητα.

Και οι μεσήλικες άντρες περνούν εμμηνοπαυση, καθώς τα οιστρογόνα δεν κάνουν διακρίσεις, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση του «The New England Journal of Medicine». Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι όπως οι γυναίκες περνούν την εμμηνοπαυση λόγω της δραματικής μείωσης της παραγωγής οιστρογόνων, έτσι και οι μεσήλικες άντρες υποβάλλονται σε αλλαγές που σχετίζονται με τα οιστρογόνα στη σωματική τους σύσταση και τη σεξουαλική τους λειτουργία.

Ο τρόπος ζωής μπορεί να είναι ο λόγος για την απουσία της μοριακής πρωτεΐνης που ονομάζεται σαπερόνη (chaperone) στους στείρους άντρες, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας της Αυστραλίας. Οι επιστήμονες που ερευνούν την αντρική στειρότητα βρήκαν ότι επιλογές όπως είναι το κάπνισμα και οι πλούσιες σε λιπαρά διαίτες μπορεί να είναι ο λόγος της απουσίας της καθοριστικής αυτής πρωτεΐνης.

...οι άντρες χρειάζονται φροντίδα

Μυασθένεια: ένα σπάνιο αυτοάνοσο



Η μυασθένεια είναι η πιο συχνή αιτία ραχικής της νευρομυϊκής σύναψης. Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης της είναι 4-11/εκατομμύριο και το ποσοστό επίπτωσης 100-150/εκατομμύριο. Η μυασθένεια εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες 20 έως 40 ετών και σε άνδρες άνω των 40 ετών. Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι υπάρχουν περίπου 3.000 μυασθενείς.

Η χρόνια νευρομυϊκή νόσος, που μπορεί να έχει διάφορους βαθμούς σοβαρότητας, χαρακτηρίζεται από τη μυϊκή αδυναμία του ασθενούς. Αντιμετωπίζεται με εντατική φροντίδα αλλά και σύγχρονες θεραπείες που μπορούν να δώσουν στους πάσχοντες την ευκαιρία να ζήσουν δραστήρια ζωή

Η μυασθένεια (MG) είναι μια πάθηση της νευρομυϊκής σύναψης, ενός πολύ σημαντικού κόμβου όπου το νευρικό ερέθισμα μετατρέπεται σε σύσπαση των μυών. Είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα, στο οποίο συγκεκριμένα αντισώματα επιτίθενται στους μύς.

Η κλινική εικόνα της μυασθένειας περιλαμβάνει τη μυϊκή αδυναμία με κόπωση, χαρακτηριστικό τύπο αδυναμίας στις περισσότερες περιπτώσεις, αυξομειούμενη πορεία με περιόδους ύφεσης και υποτροπών, συσχέτιση με μεταβολές του αδένου θυμίου (υπερπλασία, θύμωμα). Τα συμπτώματα της ασθένειας περιλαμβάνουν βλεφαρόπτωση, διπλωπία, μυϊκή αδυναμία των μελών, κόπωση, δυσκολία σε μάζηση, κατάποση και ομιλία, αναπνευστική δυσχέρεια η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μυασθενική κρίση, π.χ. σε μια λήψη που απαιτεί την άμεση ιατρική παρέμβαση και υποβοήθηση της αναπνοής.

Ενδείξεις και αντιμετώπιση

Η αιτία της ασθένειας στους περισσότερους ασθενείς δεν είναι γνωστή. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι σχετίζεται με διαταραχές της λειτουργίας του αδένου θυμίου, ο οποίος σε ορισμένες περιπτώσεις αφαιρείται. Περίπου το 10% των ασθενών έχουν κάποιο θύμωμα που φαίνεται ότι τους έχει ενεργοποιήσει ενάντια σε μυϊκούς στόχους. Δεν είναι κληρονομική, αλλά υπάρχουν κάποιες κληρονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της όπως σε όλα τα αυτοάνοσα νοσήματα. Σε κάποιους ασθενείς (περίπου 5% τον χρόνο) η μυασθένεια μπορεί να υποχωρήσει για κάποιο διάστημα ή ακόμα και μόνιμα ώστε να μη χρειάζε-

ται πλέον θεραπεία. Στα πρώιμα στάδια μπορεί να προληφθεί επιδείνωσή της, που δυστυχώς είναι πιο συνήθης από την υποχώρησή της. Η μυασθένεια σήμερα αντιμετωπίζεται χάρη στην εντατική φροντίδα και τις σύγχρονες θεραπείες. Επίσης είναι σχεδόν πάντα δυνατόν να βρεθεί ο κατάλληλος συνδυασμός που θα δώσει στους ασθενείς την ευκαιρία να ζήσουν μια δραστήρια ζωή. Η ρύθμιση των θεραπειών στις ανάγκες του ασθενή μπορεί να πάρει κάποιο χρόνο και ενδέχεται πιθανότατα να έχει κάποιες παρενέργειες.

Επιβαρυντικοί παράγοντες και υποβοήθηση

Οι παράγοντες που μπορούν να επιδεινώσουν τη μυασθένεια είναι οι μολύνσεις, ο πυρετός, η έντονη εργασία ή η συναισθηματική ένταση. Το ίδιο και διάφορα φάρμακα. Ο κίνδυνος είναι πολύ μεγαλύτερος σε ασθενείς στους οποίους η μυασθένεια δεν ελέγχεται πλήρως. Γι' αυτό η ιατρική παρακολούθηση είναι πολύ σημαντική.

Δεν υπάρχουν ειδικές διαίτες που να βοηθούν τη μυασθένεια. Είναι σημαντική η αποφυγή της παχυσαρκίας, κατάσταση που μπορεί να επιβαρύνει τους μύς, να προκαλέσει ακόμα και διαβήτη και να περιορίσει τις επιλογές στη θεραπεία. Η προετοιμασία πουρέ ή κρέμας μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή δυσκολιών κατά τη μάζηση και την κατάποση.

Οι ασθενείς με μυασθένεια πρέπει να προσέχουν κάποια μεταλλικά νερά που περιέχουν κινίνη, καθότι αποδυναμώνουν περαιτέρω τους μύς. Συστηνεται να περιορίζεται η κατανάλωση αλκοόλ, καθώς μπορεί να προκαλέσει μυϊκή αδυναμία, και αλατιού, για να ελαχιστοποιηθεί η κατακράτηση υγρών που προκαλούν τα στεροειδή. Το κλίμα μπορεί να επηρεάσει τους ασθενείς με μυασθένεια ή κληρονομικές μυασθενείες. Η ζέση όπως και ο πυρετός επηρεάζουν τη νευρομυϊκή σύσπαση, καθιστώντας τους πιο αδύναμους.



Ομάδα υποστήριξης ατόμων με μυασθένεια

Σύλλογος Μυασθενών Ελλάδος (Βασ. Σοφίας 127, Αθήνα 115 21. Fax: 210-6478842, info@myasthenia.gr). Παρέχει ενημέρωση και ψυχολογική βοήθεια τους ασθενείς, ενώ τους βοηθά να εξασφαλίσουν την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, διότι συχνά εμφανίζονται σημαντικές και επικίνδυνες ελλείψεις στα δημόσια νοσοκομεία, διευκολύνει την πρόσβασή τους σε θέματα που αφορούν την ασθένειά τους και συντελεί στη λήψη μέτρων για την ενεργότερη συμμετάσθησή του κράτους και της κοινωνίας γενικά προς τους ασθενείς με μυασθένεια.



Πρόληψη και θωράκιση στο ανδρικό οπλοστάσιο

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο συχνότερος θανατηφόρος καρκίνος στους άνδρες μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και αφορά έναν μικρό αδένα κάτω από την ουροδόχο κύστη που υπάρχει μόνο στους άνδρες. Οι ειδικοί εξαντλούν στη θεραπευτική αντιμετώπισή του όλα τα μέσα και τις σύγχρονες μεθόδους, αλλά πάντα η πρόληψη σώζει ζωές

Της **δρος Δέσποινας Κατσώχη***

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος στους άνδρες των δυτικών κοινωνιών και αποτελεί τη δεύτερη, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, αιτία θανάτου από νεοπλασματική νόσο. Η ιατρική επιστήμη προσφέρει πλέον αποθεραπεία, με τη σεξουαλική λειτουργία του ασθενούς να παραμένει ανεπηρέαστη.

Τα τελευταία είκοσι χρόνια η συχνότητα του κλινικού καρκίνου του προστάτη έχει αυξηθεί πολύ, λόγω των ευαίσθητων μεθόδων διάγνωσης, σε συνδυασμό με την αυξημένη ευαισθητοποίηση των ανδρών για προληπτικό έλεγχο.

Οι χειρουργικές τεχνικές που συστήνονται σήμερα -κυρίως σε προχωρημένα στάδια της νόσου- είναι ελάχιστα επεμβατικές, σχεδόν αναίμακτες, με ελάχιστο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, γρήγορη ανάρρωση και πολύ καλά λειτουργικά αποτελέσματα.

Οι ασθενείς με τοπικά εντοπισμένους όγκους πρέπει να αντιμετωπίζονται με ριζική θεραπεία. Οι τεχνικές της ριζικής προστατεκτομής έχουν βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό και δίνουν πολύ καλά αποτελέσματα στην εγκράτεια των ούρων αλλά και τη στυτική λειτουργία. Ριζικές θεραπείες είναι η εξωτερική ακτινοθεραπεία, η βραχυθεραπεία και η ορμονοθεραπεία.

Σημεία-κλειδιά για την απόφαση όσον αφορά την επιλογή της θεραπείας είναι η αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με το στάδιο της νόσου, η προτίμηση του ασθενούς και η επίδραση οποιασδήποτε θεραπείας στη σεξουαλική λειτουργία του άνδρα.

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται στη ριζική θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη περίπου εδώ και έναν αιώνα. Έχουν αναπτυχθεί δύο μέθοδοι

για την προσέγγιση του προστάτη αδένα, η κλασική εξωτερική ακτινοθεραπεία και η ενδοϊστική βραχυθεραπεία. Σύμφωνα με στοιχεία του National Cancer Institute (NCI) των ΗΠΑ, το 60% των ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπευτική αγωγή (εξωτερική ή βραχυθεραπεία).

Με την είσοδο των γραμμικών επιταχυντών υψηλής ενέργειας, του διορθικού υπερηχογραφήματος και των ειδικών λογισμικών προγραμμάτων καθίσταται εφικτή η τρισδιάστατη προσέγγιση των ορίων του προστάτη αδένα και η σύμμορφη τεχνική κατά την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοθεραπευτικής αγωγής και της βραχυθεραπείας, αντίστοιχα.

Η σύμμορφη τεχνική (3D-conformal) έχει σκοπό την ομοιομορφη κάλυψη του προστάτη αδένα και την προστασία των ευαίσθητων οργάνων που γειτνιάζουν, του ορθού και της ουροδόχου κύστης.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας εξαρτάται από τη συνολική δόση, επομένως η κλιμάκωσή της είναι σημαντική. Η διαμορφούμενη ένταση ακτινοθεραπείας (IMRT) συμβάλλει στη διαμόρφωση της δόσης ακτινοβολίας σύμφωνα στις ανατομικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς με τελικό σκοπό την υψηλότερη έκθεση της νόσου στην ακτινοβολία και τη μέγιστη προστασία των πέριξ υγιών ιστών. Η καθημερινή ακριβής στόχευση εξασφαλίζεται με τη βοήθεια προηγμένων συστημάτων απεικονιστικά κατευθυνόμενης ακτινοθεραπείας (IGRT), δηλαδή γραμμικούς επιταχυντές με ενσωματωμένο σύστημα ηλεκτρονικής απεικόνισης (EPID) και αξονικό τομογράφο (CBCT) για τον ακριβή τρισδιάστατο προσδιορισμό της ακτινοβολούμενης περιοχής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Η ενδοϊστική εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων ιωδίου, μέθοδος Real Time, πραγματοποιείται σε μία μόνο συνεδρία με

χαμηλή νοσηρότητα και μακροπρόθεσμα θεραπευτικά αποτελέσματα συγκρίσιμα με εκείνα της ριζικής προστατεκτομής και της εξωτερικής ακτινοβολίας και επιλέγεται όλο και συχνότερα στην Αμερική και την Ευρώπη για τη ριζική αντιμετώπιση του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη.

Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ο συνδυασμός βραχυθεραπείας και σύμμορφης εξωτερικής ακτινοβολίας επιτυγχάνει τα υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης στη δεκαετία (85-90%) σε σύγκριση με κάθε μεμονωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση (40-60%). Τα ποσοστά αυτά προσεγγίζουν εκείνα των ασθενών χαμηλού κινδύνου (95-98%).

Χαμηλή νοσηρότητα

Η νοσηρότητα μετά την ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία παραμένει χαμηλή και παροδική. Ηπια δυσουρικά συμπτώματα εμφανίζει το 1/3 των ασθενών και εντονότερα λιγότερο από 5%. Αξιοσημείωτη παροδική ή συμπτωματολογία του ορθού εμφανίζει το 10% των ασθενών ενώ στυτική δυσλειτουργία εμφανίζει λιγότερο από 15%.

Με την ακτινοθεραπευτική ογκολογική αγωγή ο ασθενής με εντοπισμένο καρκίνο προστάτη χαμηλού ή υψηλού κινδύνου αντιμετωπίζεται αναίμακτα και αποτελεσματικά διατηρώντας την ποιότητα της ζωής του. Στο British Journal of Urology International δημοσιεύτηκε πρόσφατα ανάλυση 232 διεθνών μελετών που αφορούσαν ασθενείς με καρκίνο του προστάτη που αντιμετωπίστηκαν με μία ή περισσότερες από τις θεραπευτικές επιλογές, δηλαδή χειρουργείο, ακτινοθερα-

πεία και ορμονοθεραπεία. Προέκυψε ότι στην πενταετία, στους ασθενείς σε πρώιμο στάδιο της νόσου δεν υπήρχε καμία διαφορά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και η επιβίωση ήταν 100%. Στους ασθενείς με τοπική νόσο αλλά σε πιο προχωρημένο στάδιο χρειάστηκε να εφαρμοστούν περισσότερες της μιας θεραπευτικές μέθοδοι, δηλαδή συνδυασμός χειρουργείου με εξωτερική ακτινοθεραπεία ή και ορμονοθεραπεία. Στα τοπικά προχωρημένα στάδια της νόσου ο συνδυασμός της βραχυθεραπείας με την εξωτερική ακτινοθεραπεία με τεχνική IMRT επιφέρει αποτελέσματα εφάμιλλα των πρώιμων σταδίων με παροδικές μόνο ενοχλήσεις. Στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη η IMRT έχει πλέον καθιερωθεί διεθνώς -από το 2000 ξεκίνησε να εφαρμόζεται ευρέως και σήμερα επιλέγεται σε ποσοστό 82% από τους ακτινοθεραπευτές ογκολόγους.

* Η δρ Δέσποινα Κατσώχη είναι ακτινοθεραπεύτρια ογκολόγος, πρόεδρος της ΑΚΟΣ

Πρόληψη: η καλύτερη θεραπεία

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ και στον καρκίνο του προστάτη και διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά τις ανδρικές διατροφικές συνήθειες. Έχει αποδειχθεί ότι η ελαττωμένη πρόσληψη του κόκκινου κρέατος και η αυξημένη κατανάλωση λαχανικών και βιταμινών Ε & D και ιχθυοεισίων λειτουργούν προστατευτικά.

Η δευτερογενής πρόληψη απευθύνεται στον μαζικό πληθυσμό και έχει στόχο την πρόληψη διάγνωσης, καθώς ο καρκίνος του προστάτη σε αυτά τα στάδια δεν εμφανίζει συμπτώματα και άρα δεν γίνεται εύκολα αντιληπτός. Μόνο σε προχωρημένα στάδια εμφανίζονται διαταραχές της ούρησης ή συμπτώματα που οφείλονται σε μεταστάσεις (π.χ. οστικός πόνος). Γι' αυτό συστάται ετήσιος προληπτικός έλεγχος των ανδρών άνω των 50 ετών, με δακτυλική εξέταση και PSA.

Οι διαπιστωμένοι παράγοντες κινδύνου αφορούν την ηλικία -ο κίνδυνος αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου-, τη φυλή -με τους έγχρωμους να κινδυνεύουν περισσότερο από τους λευκούς- και την κληρονομικότητα, αν δηλαδή υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη.

Θεραπεία σώματος και ψυχής

«ΑΚΟΣ» ΣΤΑ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ σημαίνει θεραπεία, σώματος και ψυχής. Η ΑΚΟΣ «Καρκίνος: Θεραπεία Σώματος και Ψυχής» είναι μία αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία που συγκροτεί ομάδες επιστημόνων και όχι μόνον. Στόχοι της είναι η ενημέρωση, η πρόληψη και η θεραπεία του καρκίνου και η διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης των πολιτών σε αυτά, καθώς και στην ανακουφιστική φροντίδα και την ψυχολογική, συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη. Info: www.akoslife.gr

Βραχυθεραπεία προστάτη:

μέθοδος «REAL TIME»

Μετά την κατάταξη των ασθενών σε ομάδες κινδύνου, χαμηλού, μεσαίου και υψηλού, ανάλογα με τα στοιχεία της νόσου, ο καρκίνος αντιμετωπίζεται πρωτοποριακά με εμφύτευση ραδιενεργών πηγών στον ιστό του προστάτη που προσφέρει στον ασθενή πλήρη ίαση και φυσιολογικούς ρυθμούς στη ζωή του

Του **Βασίλη Σκουτέρη***

ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΕΟΝ ΕΞΕΛΙΓΜΕΝΗ μέθοδο εμφύτευσης ραδιενεργών πηγών στον ιστό του προστάτη, που προσφέρει εξαιρετικά μακροχρόνια ποσοστά ίασης (άνω των 20 ετών) παγκοσμίως. Δημιουργήθηκε από τους Stone και Stock στο Νοσοκομείο Mount Sinai της Νέας Υόρκης, στις αρχές της δεκαετίας του '90.

Έχει το πλεονέκτημα ότι ο σχεδιασμός της θεραπείας για την ολική ενεργότητα γίνεται κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης και αλλάζει συνεχώς καθώς τοποθετούνται ένας ένας οι ραδιενεργοί «κόκκοι». Αυτό έχει αποτέλεσμα τη δυνατότητα χορήγησης υψηλών δόσεων ραδιενέργειας στον προστάτη και τις σπερματοδόχους κύστες, όταν απαιτείται, ενώ ταυτόχρονα διατηρούνται ανέπαφοι οι γύρω ιστοί αλλά και τα γειτνιάζοντα όργανα.

Όταν ο ασθενής διαγνωστεί με καρκίνο στον προστάτη, φέρει δηλαδή θετική ιστολογική εξέταση έπειτα από βιοψία στον αδένα και επιθυμεί τη λιγότερο επεμβατική μέθοδο ριζικής θεραπείας, τη βραχυθεραπεία, επισκέπτεται τον εξειδικευμένο ουρολόγο ώστε να γίνει πλήρης σταδιοποίηση της νόσου.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη, όπως και σε κάθε άλλο καρκίνο του ανθρώπινου σώματος, είναι το πιο σημαντικό βήμα για την επίτευξη των υψηλότερων ποσοστών ίασης. Πρόκειται για την κατάταξη των ασθενών σε τρεις ομάδες κινδύνου, χαμηλού, μεσαίου και υψηλού, ανάλογα με τα στοιχεία της νόσου που φέρουν (PSA, ιστολογική, κλινικό στάδιο). Αυτό θα καθορίσει αν απαιτείται μία μόνο θεραπευτική αντιμετώπιση (ασθενείς χαμηλού κινδύνου) ή χρειάζεται να υποβληθεί ο ασθενής σε ένα πιο επιθετικό χειρισμό, με συνδυασμό θεραπειών (ασθενείς μεσαίου και υψηλού κινδύνου).

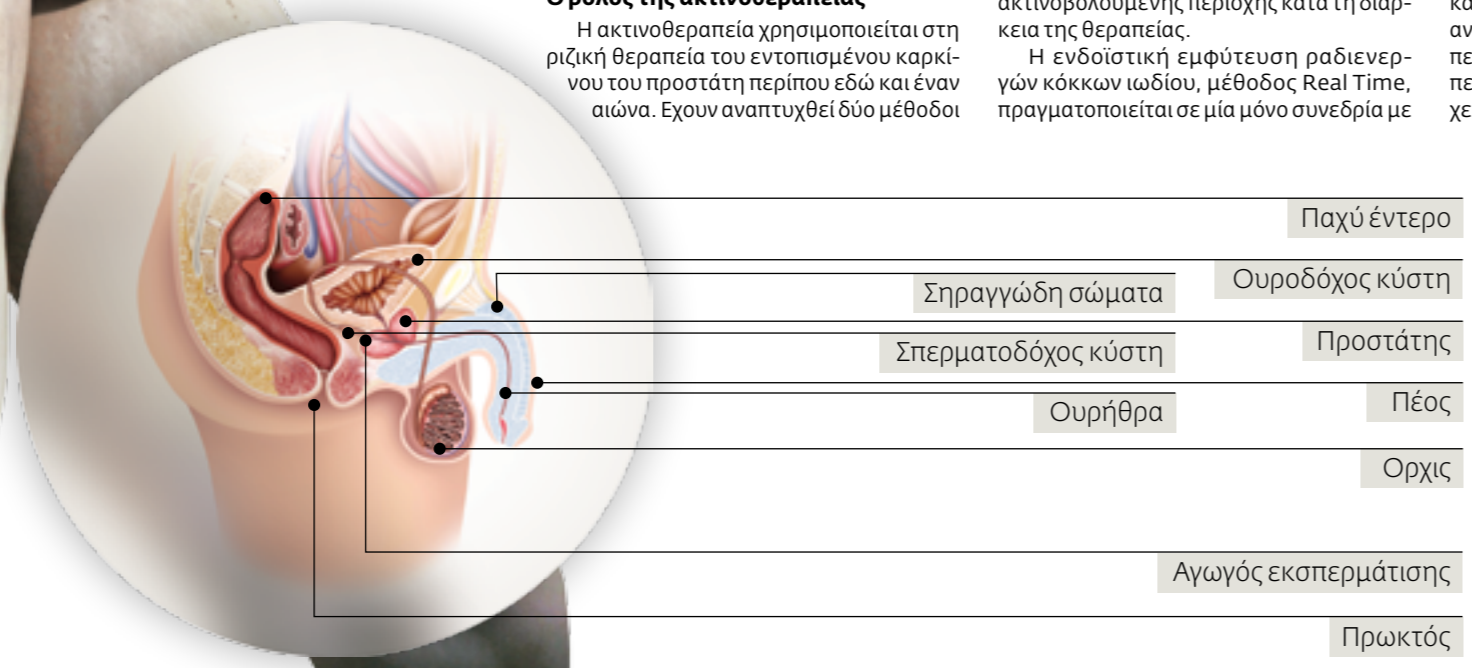
Μετά τη σταδιοποίηση, το πρώτο βήμα σχεδιασμού της βραχυθεραπείας απαιτεί την υποβολή του ασθενούς σε διορθικό υπέρηχο, μέσω του οποίου γίνονται όλες οι απαραίτητες μετρήσεις των παραμέτρων που απαιτούνται για την παραγωγή των ραδιενεργών πηγών («κόκκοι»). Οι πηγές αυτές παραγόμενες για τον συγκεκριμένο ασθενή και φορτίζονται κατάλληλα ώστε να χρησιμοποιηθούν μόνο τη συγκεκριμένη ημέρα.

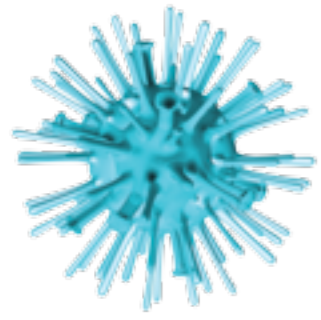
Μετά περίπου 10 ημέρες, ο ασθενής προσέρχεται στη χειρουργική αίθουσα όπου, με τη χρήση ειδικών μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας και έπειτα από συνεχείς μετρήσεις και υπολογισμούς, τοποθετούνται ένας ένας οι κόκκοι από την ειδικά εκπαιδευμένη ομάδα του Κέντρου Βραχυθεραπείας (ουρολόγος, ακτινοθεραπευτής-ογκολόγος, ακτινοφυσικός). Αφού ολοκληρωθεί η εμφύτευση, ο ασθενής υποβάλλεται σε ειδική δυναμική ακτινογραφία με C-arm, που επιβεβαιώνει ότι όλοι οι κόκκοι βρίσκονται στη σωστή θέση και μπορεί να εξέλθει του νοσοκομείου άμεσα.

Την επόμενη ημέρα κιάλα ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει τους φυσιολογικούς ρυθμούς της ζωής του, χωρίς ενοχλήσεις ή επιπλοκές (ακράτεια ή ανικανότητα) και χωρίς να απαιτούνται ιδιαίτερα μέτρα προφύλαξης γι' αυτόν και το περιβάλλον του. Αυτό το δεδομένο αλλά και η πλήρης ίαση που προσφέρει η βραχυθεραπεία είναι οι κύριοι λόγοι που είναι τόσο διαδεδομένη και ευρέως αποδεκτή από τους ασθενείς κάθε ηλικίας.

Ο μετεγχειρητικός έλεγχος περιλαμβάνει τη μέτρηση των επιπέδων του PSA στο αίμα του ασθενούς ανά εξάμηνο και την τακτική επίσκεψή του στην ομάδα που πραγματοποίησε την εμφύτευση για τη σωστή παρακολούθηση της πορείας της νόσου.

* Ο Βασίλης Σκουτέρης είναι ουρολόγος, εξειδικευμένος στη βραχυθεραπεία





Ο κακός μας ο με μπούκωμα και

Αν και δεν είναι απειλητική για τη ζωή, η ρινίτιδα και γενικότερα οι φλεγμονές της μύτης μπορεί να μας κάνουν φάλους, ενοχλητικά φταρνίσματα και ανοσμία. Προσοχή, δεν συνιστάται αντιβίωση, αν όμως η κατάσταση γίνει ενδοσκοπική χειρουργική αποκατάσταση για τον επαναερισμό των παραρρινίων κόλπων

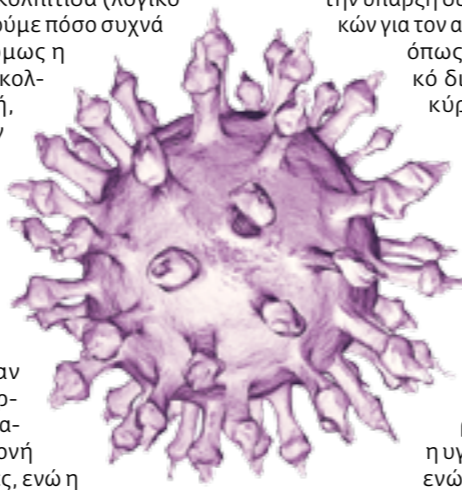
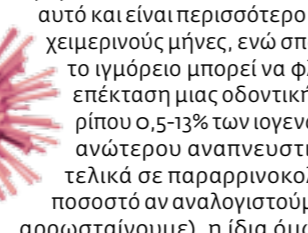
Του **Δρος Πέτρου Β. Βλασταράκου***

Αποσυμφορητικά
Πυρετός δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει, εκτός και αν η φλεγμονή επεκταθεί προς τον φάρυγγα, τον λάρυγγα κ.λπ. Θεραπευτικά, η χρήση αποσυμφορητικών σκευασμάτων μπορεί να ελαττώσει τα τοπικά συμπτώματα της οξείας ρινίτιδας, όμως το χρονικό διάστημα εφαρμογής των τελευταίων δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μία εβδομάδα.

Η οξεία ρινίτιδα (συνάχι) είναι μια εξαιρετικά συχνή φλεγμονή του βλεννογόνου της μύτης και προκαλείται συνήθως από ιούς (ρινοϊούς, αδενοϊούς, ιούς της γρίπης). Εμφανίζει έξαρση κατά τους χειμερινούς μήνες λόγω της ψύξης του ρινικού βλεννογόνου, ενώ ο συγχρωτισμός των ατόμων διευκολύνει τη μεταδοτικότητα της. Η κλινική εικόνα της οξείας ρινίτιδας χαρακτηρίζεται από ελαφρό κνησμό στο εσωτερικό της μύτης και φτάρνισμα, ενώ υπάρχουν και καταρροϊκά φαινόμενα με άφθονη και συνεχή υδαρή έκκριση και δακρύρροια. Παρά την καταρροή, εμφανίζεται απόφραξη της μύτης (μούκωμα) με συνοδό κερηβάρια (βαρύ κεφάλι), ενώ λόγω του οιδήματος της περιοχής υπάρχει και ανοσμία. Πυρετός δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει, εκτός και αν η φλεγμονή επεκταθεί προς τον φάρυγγα, τον λάρυγγα κ.λπ. Με την πάροδο του χρόνου το ρινικό έκκριμα μεταβάλλεται σε βλενώδες ή βλενοπονώδες και συνήθως μέσα σε λίγες μέρες υποχωρεί. Θεραπευτικά, η χρήση αποσυμφορητικών σκευασμάτων μπορεί να ελαττώσει τα τοπικά συμπτώματα της οξείας ρινίτιδας, όμως το χρονικό διάστημα εφαρμογής των τελευταίων δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μία εβδομάδα. Αντιβίωση δεν συνιστάται.

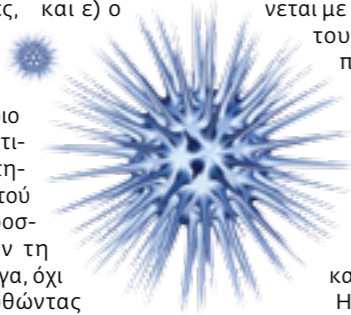
ταραχή της προαναφερθείσης βλενοκροσσώτης λειτουργίας και τη στάση των εκκρίσεων μέσα στους κόλπους. Η επιμόλυνση των στάσεων αυτών εκκρίσεων έχει συνέπεια τη μικροβιακή τους φλεγμονή. Οι παραρρινοκολπίτιδες δηλαδή προκαλούνται κατά κανόνα ρινογενώς, γι' αυτό και είναι περισσότερο συχνές κατά τους χειμερινούς μήνες, ενώ σπανιότερα και μόνο το ιγμόρειο μπορεί να φλεγμάνει και από επέκταση μιας οδοντικής φλεγμονής. Περίπου 0,5-13% των ιογενών λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού καταλήγουν τελικά σε παραρρινοκολπίτιδα (λογικό ποσοστό αν αναλογιστούμε πόσο συχνά αρρωσταίνουμε), η ίδια όμως η συχνότητα της παραρρινοκολπίτιδας δεν είναι και μικρή, προσεγγίζοντας το 16% των ενηλίκων σε μελέτες των ΗΠΑ.

Ανάλογα με την εντόπιση της φλεγμονής, η παραρρινοκολπίτιδα διακρίνεται σε ιγμορίτιδα, ηθμοειδίτιδα, μετωπιαία κολπίτιδα και σφηνοειδίτιδα ή παγκολπίτιδα, αν πάσχουν όλοι οι προαναφερθέντες κόλποι. Στην οξεία παραρρινοκολπίτιδα η φλεγμονή διαρκεί μέχρι 6-8 εβδομάδες, ενώ η υποτροπιάζουσα μορφή χαρακτηρίζεται από 4 (ή λιγότερα) επεισόδια διάρκειας 10 ημερών μέσα σε ένα χρόνο. Στη χρόνια παραρρινοκολπίτιδα η συμπτωματολογία επιμένει πέραν των 8 εβδομάδων (πέραν των 12 στα παιδιά), ενώ η υποτροπιάζουσα μορφή χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον 5 επεισόδια διάρκειας τουλάχιστον 10 ημερών μέσα σε ένα χρόνο (6 αν πρόκειται για παιδιά).



δηλώνει ευαισθησία σε ακάρεα της οικιακής σκόνης. Κύριο σύμπτωμα της χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας είναι η έντονη ρινική απόφραξη, σε συνδυασμό με αίσθημα βάρους στο πρόσωπο και κεφαλαλγία. Υπάρχουν επίσης βλενοπονώδες ρινικές εκκρίσεις και υποσμία ή ανοσμία, ενώ ενίοτε παρατηρούνται και ρινικοί πολύποδες, δηλαδή φλεγμονώδεις διογκώσεις του βλεννογόνου των παραρρινίων που προβάλλουν μέσα στη ρινική κοιλότητα. Η μικροβιολογία της χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας περιλαμβάνει συνδυασμό αερόβιων και αναερόβιων μικροβίων. Η δε θεραπεία της είναι καταρχήν συντηρητική με χορήγηση διπλού αντιβιοτικού σχήματος ευρέος φάσματος που να καλύπτει και τους αναερόβιους μικροοργανισμούς, όπως ο συνδυασμός αμοξικιλίνης/κλαβουλανικού οξέος με μετρονιδαζόλη. Ο ρινοπλύσις με φυσιολογικό ορό και η χρήση τοπικών αποσυμφορητικών σκευασμάτων που περιέχουν κορτικοστεροειδή είναι επίσης εξαιρετικά χρήσιμες, όπως και η χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί λήψη κορτικοστεροειδών και από το στόμα.

Συμπτώματα και θεραπεία
Κύριο σύμπτωμα της οξείας παραρρινοκολπίτιδας είναι ο έντονος πόνος, ο οποίος επιτείνεται με το σκύψιμο ή τον βήχα. Η εντόπιση του πόνου εξαρτάται από τον κόλπο που φλεγμάνει (παρειά, ριζορρινιο και έσω κανθός, μετωπιαία χώρα, κορυφή της κεφαλής, για το ιγμόρειο άντρο, τις ηθμοειδείς κυψέλες, τον μετωπιαίο και τον σφηνοειδή κόλπο, αντίστοιχα). Υπάρχει επίσης βλενοπονώδης ή πυώδης ρινική έκκριση, ρινική απόφραξη και υποσμία ή ανοσμία. Η μικροβιολογία της οξείας παραρρινοκολπίτιδας περιλαμβάνει τον πνευμονιόκοκκο, τον αιμόφιλο της ινφλουένζας και την καταρροϊκή μοραξέλλα, ενώ αναερόβιοι μικροοργανισμοί μπορεί να εμπλέκονται στην οδοντογενή ιγμορίτιδα. Η θεραπεία της οξείας



καιρός, καταρροή

πραγματικά δυστυχισμένους... χαρίζοντάς μας πονοκε-δυσμενής και χρονίζουσα, μπορεί να μας οδηγήσει σε



Ιγμορίτιδα

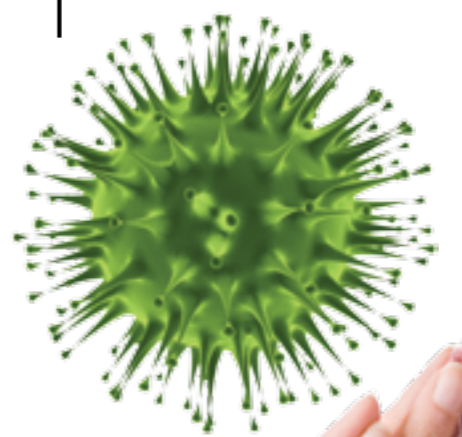
ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΟΠΙΣΗ της φλεγμονής, η παραρρινοκολπίτιδα διακρίνεται σε ιγμορίτιδα, ηθμοειδίτιδα, μετωπιαία κολπίτιδα και σφηνοειδίτιδα ή παγκολπίτιδα, αν πάσχουν όλοι οι προαναφερθέντες κόλποι. Στην οξεία παραρρινοκολπίτιδα η φλεγμονή διαρκεί μέχρι 6-8 εβδομάδες. Η υποτροπιάζουσα μορφή χαρακτηρίζεται από 4 (ή λιγότερα) επεισόδια διάρκειας 10 ημερών μέσα σε ένα χρόνο. Στη χρόνια παραρρινοκολπίτιδα η συμπτωματολογία επιμένει πέραν των 8 εβδομάδων (πέραν των 12 στα παιδιά), ενώ η υποτροπιάζουσα μορφή χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον 5 επεισόδια διάρκειας τουλάχιστον 10 ημερών μέσα σε ένα χρόνο (6 αν πρόκειται για παιδιά).

Χειρουργική αποκατάσταση ενδορρινικά

ΕΚΕΙ ΟΜΩΣ ΟΠΟΥ έχει γίνει πραγματική επανάσταση κατά την τελευταία 15ετία είναι στη χειρουργική αντιμετώπιση της χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας. Πράγματι, η δυσμενής επίδραση της χρονίζουσας αυτής κατάστασης στην καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών, σε συνδυασμό με την αποτυχία της συντηρητικής αγωγής, καθιστά απαραίτητη τη χειρουργική αποκατάσταση της φυσιολογικής κατάστασης των παραρρινίων κόλπων, την απομάκρυνση του φλεγμαίνοντος βλεννογόνου και των πολύποδων και των καθαρισμό των πυωδών ρινικών εκκρίσεων. Αυτό γίνεται ενδορρινικά (χωρίς δηλαδή εξωτερικές τομές) με τη χρήση ειδικών ενδοσκοπίων με προσαρμοσμένη κάμερα και ενδοσκοπικών μικροεργαλείων και αποτελεί τη βάση της λεγόμενης Λειτουργικής Ενδοσκοπικής Χειρουργικής των Παραρρινίων Κόλπων (Functional Endoscopic Sinus Surgery – FESS), που οδηγεί τελικά στον επαναερισμό των πασχόντων κόλπων και την αποκατάσταση της φυσιολογικής επικοινωνίας του με τη ρινική θαλάμη. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διε-

νέργεια μιας ενδοσκοπικής επέμβασης στους παραρρινίους κόλπους αποτελούν η διενέργεια αξονικής τομογραφίας σπλαγχνικού κρανίου και η μεγάλη εμπειρία του χειρουργού, που απαιτεί κατάλληλη μετρεκπαίδευση. Επιπρόσθετα δυσμενείς τοπικά παράγοντες για τον αερισμό των παραρρινίων, όπως η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, μπορούν να αντιμετωπιστούν κατά τη διάρκεια της ίδιας χειρουργικής συνεδρίας. Η ενδοσκοπική χειρουργική έχει, τέλος, θέση και σε δυνητικές επιπλοκές της οξείας παραρρινοκολπίτιδας, όπως η επέκταση της πυώδους φλεγμονής από τις ηθμοειδείς κυψέλες στον σύστοιχο οφθαλμό, που δεν βελτιώνεται με την κατάλληλη ενδοφλέβια αγωγή. Επειδή οι επιπλοκές αυτές αφορούν κυρίως παιδιά, είναι δυνατόν μετά την αντιμετώπιση της φλεγμονής να χρειαστεί και αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια), που συνήθως λειτουργούν σαν ρεζερβουάρ μικροβιακής επιμόλυνσης των υποπλαστικών ακόμα παραρρινίων κοιλοτήτων του παιδιού.

Επιπρόσθετα δυσμενείς τοπικά παράγοντες για τον αερισμό των παραρρινίων είναι η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, που μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά τη διάρκεια της ίδιας ενδοσκοπικής χειρουργικής συνεδρίας για την απομάκρυνση του φλεγμαίνοντος βλεννογόνου και των πολύποδων και τον καθαρισμό των πυωδών ρινικών εκκρίσεων στους παραρρινίους κόλπους. Στα παιδιά μετά την αντιμετώπιση της φλεγμονής μπορεί να χρειαστεί και αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια)



* Ο Πέτρος Β. Βλασταράκος είναι ωτορινολαρυγγολόγος, διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών



Δεν χρειάζεται να είναι ακριβό για να είναι **ΠΟΛΥΤΙΜΟ**

Τα γενόσημα φάρμακα διασφαλίζουν το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τα πρωτότυπα φάρμακα εξοικονομώντας πολύτιμους πόρους από τα ασφαλιστικά ταμεία προς όφελος όλων των πολιτών.

Η TEVA είναι η κορυφαία εταιρεία παραγωγής γενοσήμων φαρμάκων και μεταξύ των 15 μεγαλύτερων φαρμακευτικών εταιρειών στον κόσμο.

Εκτός από γενόσημα φάρμακα, αναπτύσσει και παράγει και καινοτόμα θεραπευτικά μόρια για νευρολογικές, αιματολογικές και ογκολογικές παθήσεις.

Γιατί στην TEVA πιστεύουμε ότι η υγεία είναι ένα αγαθό για όλους.

Και η προστασία της δεν χρειάζεται να είναι ακριβή.



TEVA Pharmaceuticals Hellas S.A.

Κηφισίας 166Α & Σοφοκλέους 2, 151 26 Μαρούσι, Ελλάδα, Τηλ: +30 210 72 79 099

www.tevapharm.com