



Σήμερα ΔΩΡΕΑΝ το ένθετο «**Η υγεία μου**» **ΚΑΡΩΤΙΔΕΣ: ΦΩΣ ΣΤΗΝ ΑΓΝΩΣΤΗ ΝΟΣΟ**

Προκαλούν ακόμα
και εγκεφαλικό!



Η υγεία μου



Οστεοπόρωση:
Η ύπουλη
ασθένεια χωρίς
συμπτώματα

Με την υπογραφή του
ΜΙΧΑΛΗ ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗ



ΦΩΣ ΣΤΗΝ ΑΓΝΩΣΤΗ ΝΟΣΟ

ΠΩΣ ΟΙ ΚΑΡΩΤΙΔΕΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ

Ερευνα - ρεπορτάζ: Ρίτα Μελά, Δήμητρα Πασσά



Ο «ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΟΣ» ΕΠΙΧΕΙΛΙΟΣ ΕΡΠΗΣ



Μοιάζει με απρόσκλητο επισκέπτη και προκαλεί δυσφορία, πόνο και ενόχληση, όταν εμφανίζεται, αλλά στην πραγματικότητα είναι ένας μόνιμος «κάτοικος» του οργανισμού.

Ο λόγος για τον ιό του έρπητος, που μας ταλαιπωρεί αρκετά συχνά.

Αν και λανθασμένα πιστεύουμε ότι ο έρπης είναι ένας, υπάρχουν δύο τύποι: ο τύπος 1 και ο τύπος 2.

Για τον επιχείλιο έρπητα ευθύνεται ο ιός τύπου 1 και αποτελεί την πιο συχνή εκδήλωσή του.

Οι περισσότεροι από εμάς έχουμε έρθει σε επαφή με τον ιό του έρπητος κάποια στιγμή στη ζωή μας και το 80% των ατόμων έχει αναπτύξει αντισώματα για αυτόν τον τύπο του ιού.



Η πρόδρομη εμφάνιση του επιχείλιου έρπητα είναι το αίσθημα καύσου, μυρμήγκιασμα, πόνος και κνησμός.

Επειτα από μερικές μέρες εμφανίζεται το εξάνθημα, που χαρακτηρίζεται από μικρές φυσαλίδες σε ερυθρηματώδη βάση. «Την πρώτη φορά που θα εμφανιστεί ο έρπης τα συμπτώματα συνήθως είναι πολύ θορυβώδη» σχολιάζει η κυρία Παγούνη.

Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό και να εκδηλώσουν συμπτώματα κάποια στιγμή ή μπορεί να μην εκδηλώσουν και ποτέ. «Μία φορά έρπης, για πάντα έρπης. Μετά την πρωτολοίμωξη (την πρώτη φορά που γίνεται η μόλυνση), ο ιός παραμένει στα νευρικά γάγγλια αδρανής. Εάν πέσει η άμυνα του οργανισμού, υπάρχει περίπτωση να επανεμφανιστεί, προκαλώντας το χαρακτηριστικό εξάνθημα στα χείλη» εξηγεί η δερματολόγος Άννα Παγούνη.

Παράγοντες που ρίχνουν την άμυνα του οργανισμού και ευνοούν την εμφάνιση του ιού είναι μια λοίμωξη, η έμμηνος ρύση στις γυναίκες, η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, οδοντιατρικές θεραπείες, χειρουργικές επεμβάσεις, δερματικές

θεραπείες, όπως η δερμοαπόξεση, φάρμακα με ανοσοκατασταλτική δράση και, φυσικά, το στρες. «Σε ασθενείς σε συχνές υποτροπές του έρπητος συστήνεται συνήθως εργαστηριακός έλεγχος» επισημαίνει η ίδια.

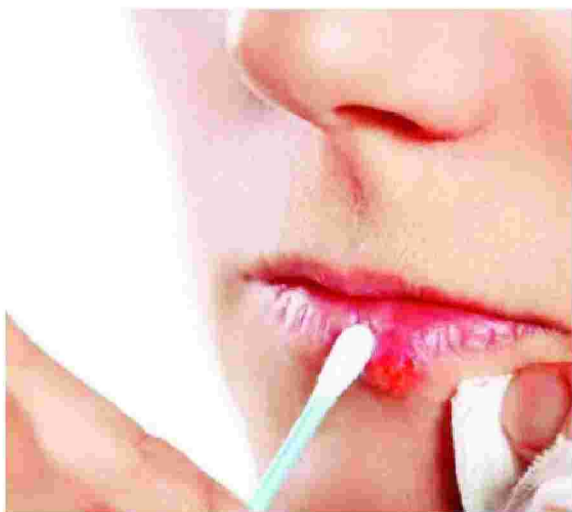


Ο ιός του έρπητος μπορεί να μεταδοθεί με την επαφή, όπως, για παράδειγμα, με το φιλή ή με τη χειραψία, γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εάν υπάρχει κάποιος άνθρωπος με επιχείλιο έρπητα στο κοντινό μας περιβάλλον. «Χρειάζονται προφυλάξεις γιατί ο ιός του έρπητος είναι μεταδοτικός. Καλό είναι να



μη γίνεται χρήση ίδιων ποτηριών, κοινής πετσέτας κ.λπ. Ειδικά στην αρχή, όταν βγουν οι φυσαλίδες, καλό είναι να αποφεύγεται η στενή επαφή» τονίζει η κυρία Παγούνη. Σύμφωνα με την ίδια, ο έρπης δεν είναι κληρονομικός, αλλά είναι πιο εύκολο μέσα σε μια οικογένεια να κολληθεί ο ένας από τον άλλον.

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ

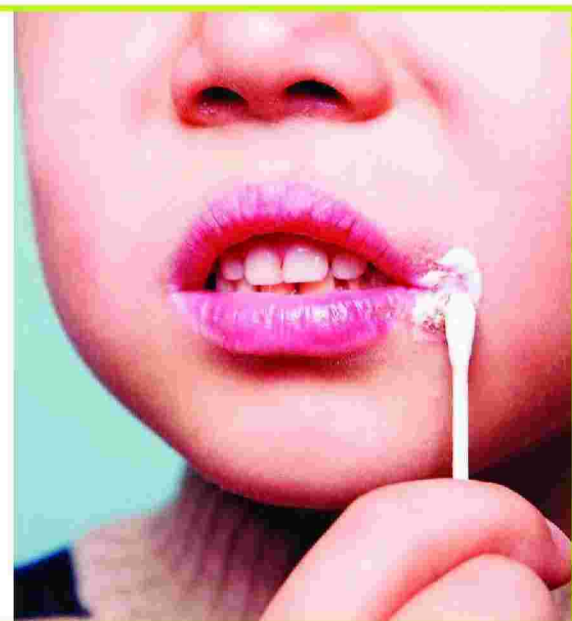


Τα συμπτώματα μπορεί να εξαφανιστούν από μόνα τους, χωρίς θεραπεία, μέσα σε μία δύο εβδομάδες.

Ωστόσο, ο γιατρός μπορεί να συνταγογραφήσει κάποια φάρμακα για να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα πιο γρήγορα.

Συστήνεται αντιική αγωγή είτε από το στόμα με χάπια είτε τοπικά με αντιικές κρέμες και ειδικά επιθέματα που πωλούνται στα φαρμακεία (πας).

«Όσοι έχουν έρπητα τον καταλαβαίνουν ακόμα και από την πρώιμη έναρξη, οπότε καλό είναι να αρχίζουν άμεσα αγωγή. Συνολικά το εξάνθημα χρειάζεται περίπου μία εβδομάδα για να εξαφανιστεί. Αν όμως ο έρπης εμφανίζεται πολύ συχνά, δηλαδή πάνω από έξι φορές τον χρόνο, και τα συμπτώματα είναι θορυβώδη, τότε καλό είναι ο ασθενής να επισκεφθεί τον δερματολόγο για να αξιολογήσει το ενδεχόμενο κατασταλτικής θεραπείας του ιού, που γίνεται με τη χορήγηση αντιικής αγωγής για περίπου έξι μήνες» καταλήγει η κυρία Παγούνη.



Novartis Hellas



GR1804803747 NOV_ADV026_APR_2018

Changing the practice of medicine

Στη Novartis, αξιοποιούμε στο έπακρο τη δύναμη της καινοτομίας στην επιστήμη για να αντιμετωπίσουμε μερικά από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν την κοινωνία στο χώρο της υγείας.
Δεν σταματάμε ποτέ να αναζητούμε με πάθος νέους τρόπους που θα βοηθούν τους ασθενείς να ζουν περισσότερο και καλύτερα.

 **NOVARTIS**



ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Μια ύπουλη νόσος

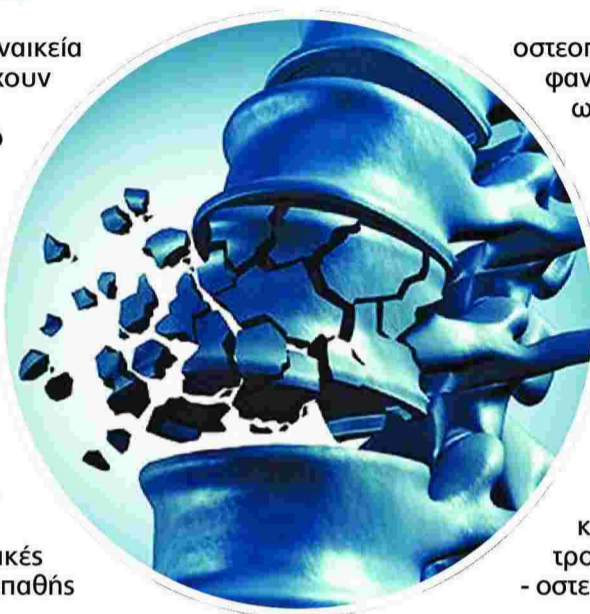
Μπορεί να θεωρείται ότι η οστεοπόρωση είναι μια γυναικεία υπόθεση, αλλά όλο και περισσότεροι άνδρες πάσχουν από τη νόσο, με εξίσου σοβαρές συνέπειες.

Ερευνες έχουν δείξει πως στην Ελλάδα περισσότερες από μία στις τέσσερις γυναίκες άνω των 50 ετών έχουν οστεοπόρωση χωρίς να το γνωρίζουν, αλλά έχει διαπιστωθεί ότι το 30% των οστεοπορωτικών καταγμάτων του αυχένα του μηριαίου οστού και το 20% των οστεοπορωτικών καταγμάτων των σπονδύλων συμβαίνουν στους άνδρες.

Η οστεοπόρωση είναι η συχνότερη μεταβολική νόσος των οστών. Χαρακτηρίζεται από τη μείωση της πυκνότητας των οστών, δηλαδή υπάρχει λιγότερη οστική μάζα.

Ταυτόχρονα συντελείται και μια διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής των οστών, με αποτέλεσμα τη μειωμένη οστική αντοχή και ταυτόχρονα τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος χαμηλής βίας.

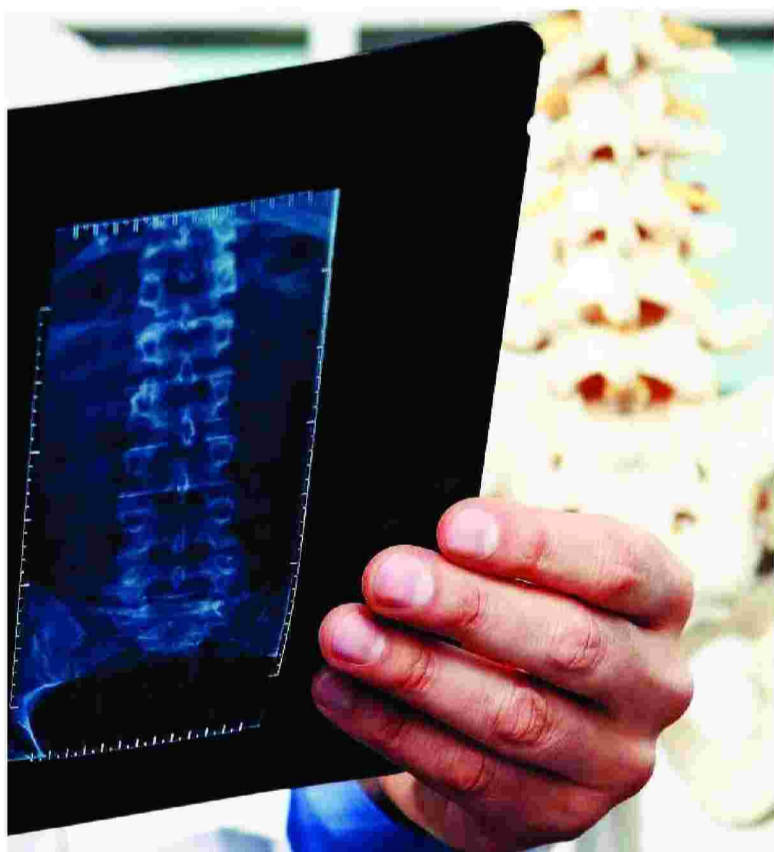
«Σήμερα ταξινομούμε την οστεοπόρωση σε δύο βασικές κατηγορίες, την πρωτοπαθή και τη δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθή



οστεοπόρωση διακρίνεται σε μετεμμηνοπαυσιακή, η οποία εμφανίζεται στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση λόγω της μείωσης των οιστρογόνων, και στην οστεοπόρωση των ηλικιωμένων, η οποία εμφανίζεται συνήθως μετά τα 70 έτη.

Η δευτεροπαθή οστεοπόρωση είναι απότοκος άλλων νοσημάτων, τα οποία δεν σχετίζονται με την ηλικία ή το φύλο. Τέτοια είναι, για παράδειγμα, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο υπογοναδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός και τα σύνδρομα δυσαπορρόφησης.

Επίσης, δευτεροπαθή οστεοπόρωση μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς που παίρνουν για μακρό χρονικό διάστημα ορισμένα φάρμακα, όπως είναι τα γλυκοκορτικοειδή (δηλ. η κορτιζόνη), η θυρεοειδική ορμόνη σε δόση μεγαλύτερη απ' ό,τι χρειάζεται, τα αντιεπιληπτικά φάρμακα ή η ηπαρίνη» εξηγεί ο Ευστράτιος Καβρουδάκης, χειρουργός ορθοπαιδικός, τραυματιολόγος, αθλητίατρος, με μεταπτυχιακό στα μεταβολικά νοσήματα των οστών - οστεοπόρωση.



▲ Η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης σήμερα είναι φαρμακευτική. Υπάρχουν αρκετά διαφορετικά φάρμακα στην επιστημονική φάρμακα που μπορούν να ανακόψουν τη μεγάλη απώλεια της οστικής μάζας και να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο κατάγματος.

«Έχουμε πια φάρμακα που είναι πιο εύκολα στη χρήση τους και λαμβάνονται είτε μία φορά την εβδομάδα είτε δύο μέρες τον μήνα ή μία φορά στους έξι μήνες ή ακόμη και μία φορά τον χρόνο σαν εμβόλιο, γεγονός που διευκολύνει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Υπάρχει και ένα φάρμακο που χορηγείται ενέσιμα κάθε μέρα για δύο χρόνια. Επίσης, έχουμε τον τρόπο να υπολογίζουμε τον κατα-



ματικό κίνδυνο του ασθενούς και να «φαρρεύουμε» τους ασθενείς που, ενώ δεν έχουν ξεκάθαρα παθολογική εικόνα στις εξετάσεις τους, έχουν υψηλό κίνδυνο κατάγματος. Αυτούς τους ασθενείς μπορούμε να τους προστατεύσουμε πλέον νωρίς» τονίζει ο κ. Καβρουδάκης.

Παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή χορηγούνται συμπληρώματα διατροφής ασβεστίου και βιταμίνης D.

«Καλό είναι οι ασθενείς πριν αρχίσουν τη θεραπεία για την οστεοπόρωση να έχουν ολοκληρώσει τις απαιτούμενες οδοντιατρικές εργασίες, γιατί τα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες που σχετίζονται με τη γνάθο» καταλήγει ο ίδιος.

«ΧΤΥΠΑ» ΣΙΩΠΗΛΑ

Η οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς σιωπηλή και ύπουλη νόσος. Δεν δίνει συμπτώματα, δεν προκαλεί πόνο και δεν μπορεί να μετρηθεί απλά και γρήγορα, όπως, για παράδειγμα, η υπέρταση.

«Το μοναδικό σύμπτωμά της είναι το κάταγμα χαμηλής βίας. Αυτό συνήθως συμβαίνει στη σπονδυλική στήλη, στο ισχίο ή στον καρπό. Ενώ το κάταγμα του ισχίου ή του καρπού συνοδεύεται από έντονο πόνο που μας οδηγεί άμεσα στον γιατρό, τα σπονδυλικά κατάγματα μπορεί να είναι πιο «σιωπηλά». Πολλές φορές δεν τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής τη στιγμή που συμβαίνουν και το μόνο σύμπτωμά τους

μπορεί να είναι η σταδιακή απώλεια ύψους και η κύφωση. Οποτε δηλαδή ακούμε μια γυναίκα να μας λέει "εγώ στα νιάτα μου ήμουν ψηλή και τώρα που μεγάλωσα κόντυνα και μάζεψα", αυτό αυτόματα σημαίνει πως αυτή η γυναίκα έχει υποστεί οστεοπορωτικά σπονδυλικά κατάγματα, πιθανότατα χωρίς να το γνωρίζει» επισημαίνει ο κ. Καβρουδάκης.

Η μόνη αξιόπιστη εξέταση για τη διάγνωση της οστεοπόρωσης είναι η μέτρηση της οστικής πυκνότητας με τη μέτρηση της απορρόφησης διπλοενεργειακών φωτονίων, που είναι γνωστή ως DEXA. Σε μέτρηση οστικής πυκνότητας πρέπει να υποβάλλονται προληπτικά οι εξής ομάδες πληθυσμού:

- ➔ Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 65 ετών, που έχουν έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση.
- ➔ Όλες οι γυναίκες ηλικίας 65 ετών και πάνω, ανεξαρτήτως παραγόντων κινδύνου.
- ➔ Γυναίκες και άνδρες που λαμβάνουν κορτιζόνη για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- ➔ Γυναίκες και άνδρες με ακτινολογική παραμόρφωση σπονδύλων.
- ➔ Γυναίκες και άνδρες που έχουν υποστεί κάταγμα έπειτα από ελαφρό τραύμα.



χωρίς συμπτώματα στην αρχή

Η πρόληψη σώζει ζωές

Σύμφωνα με τον κ. Καβρουδάκη, η πρόληψη της οστεοπόρωσης παίζει σημαντικό ρόλο και αναπτύσσεται σε δύο άξονες.

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στο να μην επιτραπεί η ανάπτυξη της νόσου και συνίσταται στην καθημερινή λήψη επαρκών ποσοτήτων ασβεστίου και βιταμίνης D, σωματική άσκηση, αποφυγή καπνίσματος και οίσιονομωατών ποτών, διατήρηση φυσιολογικού βάρους και αντιμετώπιση των διαταραχών της εμμήνου ρύσεως.

Από την άλλη, η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στη διάγνωση της νόσου προτού παρουσιαστεί το πρώτο σύμπτωμα, που είναι το κάταγμα, στην εξουδετέρωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου για οστεοπόρωση και στη μη εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων της πάθησης.



Τα οστεοπορωτικά κατάγματα

Η οστεοπόρωση δεν πρέπει να μένει χωρίς παρακολούθηση και θεραπεία. Είναι μία χρόνια νόσος που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και είναι η κύρια αιτία για οστεοπορωτικά κατάγματα.

Κάθε χρόνο στη χώρα μας συμβαίνουν περίπου 13.000 κατάγματα ισχίου, τα οποία, στην πλειονότητά τους, αφορούν άτομα άνω των 65 ετών και είναι οστεοπορωτικά.

Τα οστεοπορωτικά κατάγματα μπορεί να έχουν πολλές και δυσμενείς συνέπειες στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, καθώς και σημαντική επιβάρυνση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

«Η θνησιμότητα στους ασθενείς με κατάγματα του ισχίου και με κλινικώς συμπτωματικά κατάγματα σπονδύλων είναι σημαντικά μεγαλύτερη από εκείνη που παρατηρείται σε άτομα του ίδιου φύλου και της ίδιας ηλικίας στον γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, μέσα στον πρώτο χρόνο μετά το κάταγμα περίπου 20% των ασθενών με κάταγμα του ισχίου και 25% των ασθενών με κάταγμα σπονδύλων καταλήγει σε θάνατο. Εναν χρόνο έπειτα από κάταγμα του ισχίου μόνο το 50% των ασθενών μπορεί να εκτελεί χωρίς βοήθεια τις συνήθεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής» αναφέρει χαρακτηριστικά ο κ. Καβρουδάκης και προσθέτει:

«Σε ετήσια βάση ο αριθμός των ημερών νοσοκομειακής νοσηλείας για τους ασθενείς με οστεοπορωτικά κατάγματα είναι σημαντικά μεγαλύτερος από τον αριθμό των ημερών νοσοκομειακής νοσηλείας που χρειάζεται για τους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή σακχαρώδη διαβήτη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου ή καρκίνο του μαστού».



SILIDYN® ΤΟ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΟΡΘΟΠΥΡΙΤΙΚΟ ΟΞΥ

PATENTED & SCIENTIFICALLY PROVEN

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ, ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το ορθοπυριτικό οξύ (OSA) αποτελεί τη μοναδική διατροφική μορφή πυριτίου που μπορεί να αφομοιωθεί από τον ανθρώπινο οργανισμό σε σημαντικό βαθμό και με πραγματικά οφέλη για την υγεία. Το **SILIDYN** περιέχει μία κατοχυρωμένη μορφή σταθεροποιημένου, υδατοδιαλυτού ορθοπυριτικού οξέος εξαιρετικής βιοδιαθεσιμότητας. Το **SILIDYN** αποτελεί ένα καινοτόμο συμπλήρωμα διατροφής που αναπτύχθηκε με σκοπό την βέλτιστη αξιοποίηση του πυριτίου από τον ανθρώπινο οργανισμό για την αποτελεσματική διατήρηση της υγείας των οστών και όλων των συνδετικών ιστών του μυοσκελετικού συστήματος με απόλυτη ασφάλεια. Μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό βοήθημα στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης καθώς μελέτες έχουν αποδείξει την σημαντική συμβολή του στον σχηματισμό των οστεοβλαστών και στην αποδοτικότερη αξιοποίηση του ασβεστίου. Η πολλαπλή δράση του **SILIDYN**:

- ✓ Αυξάνει την οστική μάζα ενισχύοντας τη βιοσύνθεση οστεοβλαστών
- ✓ Συμβάλλει σημαντικά στη διατήρηση της υγείας των αρθρώσεων
- ✓ Ενισχύει τη βιοσύνθεση και την σταθεροποίηση του κολλαγόνου
- ✓ Βελτιώνει την ποιότητα του δέρματος και αυξάνει την αντοχή του
- ✓ Βελτιώνει την ανάπτυξη και την ποιότητα των μαλλιών και την αντοχή των νυχιών
- ✓ Μειώνει την πιθανότητα θλάσεων, καταγμάτων, τραυματισμών των αρθρώσεων και επιταχύνει την επουλώση τους



Το **SILIDYN** έχει σχεδιαστεί ειδικά για να προσφέρει στον οργανισμό συστατικά που είναι σημαντικά όχι μόνο για την εσωτερική υγεία αλλά και για την εξωτερική ομορφιά. Εκτός του OSA περιέχει πληθώρα άλλων σημαντικών συστατικών όπως οργανικό θείο (MSM), ψευδάργυρο, ολιγομερείς προανθοκυανιδίνες (OPC), σελήνιο και τα μέταλλα βόριο, μαγγάνιο και κάλιο που χρειάζονται για την αποτελεσματική αξιοποίηση του πυριτίου και στο **SILIDYN** συνεργούν με αυτό έχοντας παράλληλα και πολλές άλλες ευεργετικές δράσεις.

Δεν περιέχει τεχνητά συντηρητικά, χρωστικές ή αρωματικές ύλες / Διαρκεί τουλάχιστον για δύο μήνες! Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα μιας ισορροπημένης διαίτας.



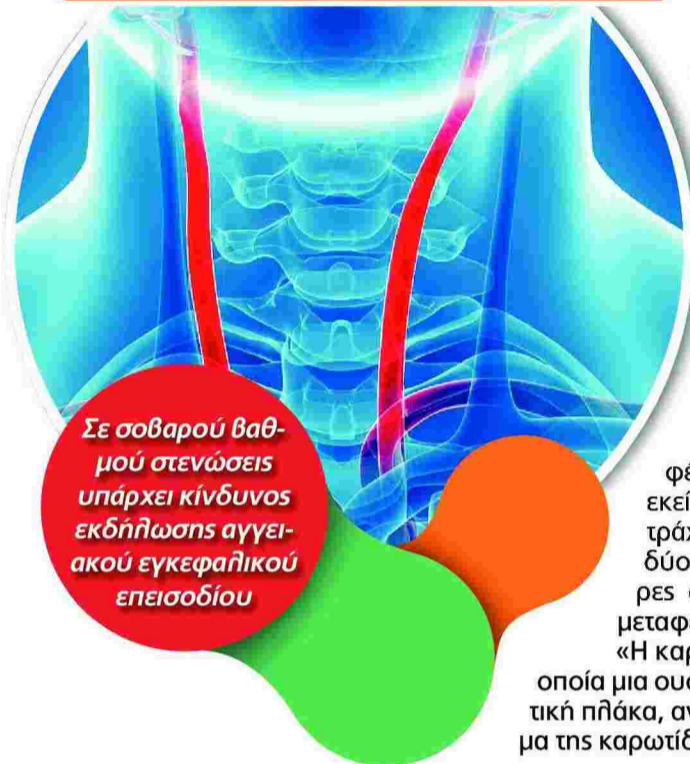
Τα συμπληρώματα διατροφής δεν προορίζονται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.

Αποκλειστική Διάθεση για Ελλάδα και Κύπρο: INPA - Μέλος της I&C A.E. | Τηλ.: 2310 951709 - 210 8025014 | e-mail: info@inpa-gr.com | www.inpa-gr.com | www.facebook.com/inpagreece
Θα το βρείτε σε οποιοδήποτε φαρμακείο μέσω φαρμακαποθηκών κατόπιν παραγγελίας και στα καταστήματα Hondos Center.



ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Υπεύθυνη για 1 στα 3 εγκεφαλικά



Σε σοβαρού βαθμού στενώσεις υπάρχει κίνδυνος εκδήλωσης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Οι καρωτίδες είναι οι δύο κύριες αρτηρίες που μεταφέρουν αίμα πλούσιο σε οξυγόνο στον εγκέφαλό μας για να λειτουργεί.

Η στένωση των αρτηριών αυτών μπορεί να αποβεί μοιραία, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι ένα στα τρία εγκεφαλικά οφείλεται στη λεγόμενη καρωτιδική νόσο.

Υπάρχουν δύο καρωτίδες, μία σε κάθε πλευρά του λαιμού και καθεμία καρωτίδα διχάζεται σε έσω και έξω μέρος.

Η έσω καρωτίδα είναι εκείνη που μεταφέρει το αίμα στον εγκέφαλο, ενώ η έξω είναι εκείνη που μεταφέρει αίμα στο πρόσωπο, στον τράχηλο και στο τριχωτό της κεφαλής. Εκτός των δύο καρωτίδων, υπάρχουν δύο άλλες μικρότερες αρτηρίες, οι σπονδυλικές, οι οποίες επίσης μεταφέρουν αίμα στον εγκέφαλο.

«Η καρωτιδική νόσος είναι μια ασθένεια κατά την οποία μια ουσία λιπαρή σαν κερί, που λέγεται αθηρωματική πλάκα, αναπτύσσεται σιγά σιγά μέσα στο έσω τοίχωμα της καρωτίδας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να στενεύει ο

αυλός της καρωτίδας και να ελαττώνεται η ροή του αίματος διαμέσου αυτής. Από την άλλη, η ίδια η πλάκα μπορεί να αποσπαστεί και να δημιουργήσει θρόμβους, οι οποίοι μπορούν να μεταφερθούν στις μικρές αρτηρίες του εγκεφάλου και να τις αποφράξουν» εξηγεί ο αγγειοχειρουργός Κωνσταντίνος Ζαρμακούπης, λέκτορας Ποιησιακού Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης.

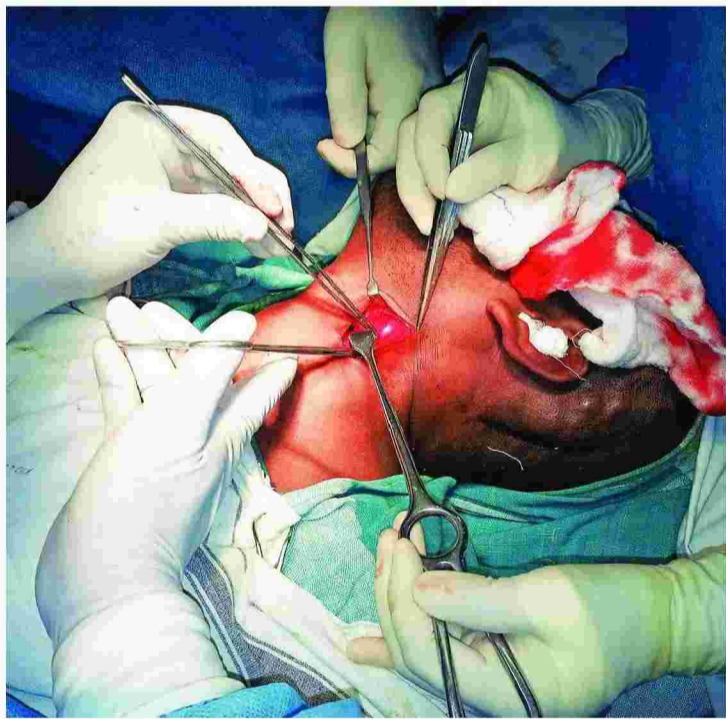
Σε σοβαρού βαθμού στενώσεις υπάρχει κίνδυνος εκδήλωσης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Στα αρχικά στάδια η καρωτιδική νόσος είναι ύπουλη, καθώς δεν δίνει κλινικά σημεία ή συμπτώματα.

«Το μοναδικό σημάδι καρωτιδικής νόσου μπορεί να είναι ένα φύσημα στον τράχηλο που ακούγεται με το σπυροσκόπιο. Βέβαια, αυτό δεν σημαίνει ότι κάθε φύσημα στον τράχηλο είναι και σημάδι καρωτιδικής νόσου» επισημαίνει ο κ. Ζαρμακούπης.

Σε μερικούς ανθρώπους η πρώτη εκδήλωση καρωτιδικής νόσου είναι ένα παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό που κρατά λιγότερο από 24 ώρες, ενώ σε άλλους το εγκεφαλικό είναι η πρώτη εκδήλωση.

«Τα συμπτώματα του εγκεφαλικού ή του μίνι εγκεφαλικού περιλαμβάνουν αδυναμία κίνησης ενός ή περισσότερων άκρων (χέρι/πόδι), αδυναμία όρασης, οξύ και δυνατό πονοκέφαλο, ζάλη και απώλεια ισορροπίας, αδυναμία ομιλίας και έκφρασης/κατανόησης, μούδιασμα ή αδυναμία στο πρόσωπο ή στα άκρα της μίας πλευράς του σώματος» προσθέτει ο ίδιος.



Η πρόωπη διάγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντική για την καλή έκβαση των ασθενών. Η διάγνωση της καρωτιδικής νόσου γίνεται από τον ειδικό αγγειοχειρουργό με βάση το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις διαγνωστικές εξετάσεις.

«Οι διαγνωστικές εξετάσεις που μας δείχνουν με ακρίβεια το βαθμό στένωσης της καρωτίδας και την έκταση και την ποιότητα της αθηρωματικής πλάκας είναι το υπερηχογρά-

Η διάγνωση



φημα των καρωτίδων, το οποίο λέγεται τρίπλεξ καρωτίδων.

Πρόκειται για μία αναίμακτη, γρήγορη και με μεγάλη ακρίβεια μέθοδο.

Σε ειδικές περιπτώσεις που θα κρίνει ο αγγειοχειρουργός ο περαιτέρω έλεγχος γίνεται με αγγειογραφία, είτε με την κλασική, είτε με αξονική αγγειογραφία (CTA) και μαγνητική αγγειογραφία (MRA) των καρωτίδων και των εγκεφαλικών αρτηριών», αναφέρει χαρακτηριστικά ο κ. Ζαρμακούπης.

ΠΟΙΟΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ

Οι παράγοντες κινδύνου για την καρωτιδική νόσο είναι οι ίδιοι και για τη στεφανιαία νόσο και για τη νόσο των περιφερικών αρτηριών.

Αθηρωματική πλάκα στις καρωτίδες προκαλούν το κάπνισμα, η υπέρταση, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης και λιπιδίων στο αίμα και ο σακχαρώδης διαβήτης.

«Αρα σε κίνδυνο βρίσκονται όσοι έχουν τους προηγούμενους παράγοντες και αυτοί που έχουν το μεταβολικό σύνδρομο, δηλαδή είναι παχύσαρ-

κοι, με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, χαμηλή καλή χοληστερίνη (hdl), υψηλό σάκχαρο αίματος και υψηλή αρτηριακή πίεση» λέει ο κ. Ζαρμακούπης.

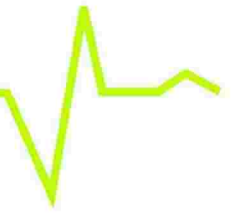
Επιπλέον παράγοντες κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η πλούσια σε κορεσμένα τρανς λιπαρά διατροφή καθώς και η μεγάλη ηλικία.

«Όσους περισσότερους παράγοντες κινδύνου έχει κανείς τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος της καρωτιδικής νόσου και κατ' επέκταση του εγκεφαλικού. Ελέγ-

χοντας τους παράγοντες κινδύνου ελαττώνεται ο κίνδυνος και επιβραδύνεται η εξέλιξη της καρωτιδικής νόσου» επισημαίνει ο κ. Ζαρμακούπης.

Σύμφωνα με τον ίδιο, ο υγιεινός τρόπος ζωής, που περιλαμβάνει φυσική άσκηση, έλεγχο του σωματικού βάρους, ρύθμιση της πίεσης, διακοπή του καπνίσματος, διατροφή κοντά στο μεσογειακό μοντέλο και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, εάν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο, μπορεί να προλάβει την καρωτιδική νόσο και το εγκεφαλικό.





ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ασθενείς με στένωση μεγαλύτερη από 30% στις καρωτίδες, θα πρέπει να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και να προβαίνουν στη ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου με αλλαγές στον τρόπο ζωής τους.

“Τα κυρίως φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καρωτιδική νόσο είναι αυτά που προλαμβάνουν τη δημιουργία του θρόμβου, τα λεγόμενα αντιαιμοπεταλιακά. Αυτά είναι η ασπιρίνη και η κλοπιδογρέλη. Αν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής δεν καταφέρουν να βελτιώσουν τις τιμές της χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης, τότε θα πρέπει να προστεθούν φάρμακα για τον έλεγχο τους, όπως για παράδειγμα οι στατίνες για την χοληστερίνη. Όλα όμως αυτά πρέπει να γίνουν με την καθοδήγηση του ειδικού γιατρού”, λέει ο κ. Ζαρμακούπης.

Στην περίπτωση σημαντικής στένωσης της καρωτίδας, ο ειδικός αγγειοχειρουργός θα συστήσει άμεσα χειρουργική επέμβαση ώστε να καθαριστεί η καρωτίδα από την πλάκα. Η επέμβαση ονομάζεται καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή.

Σε ειδικές περιπτώσεις που δεν μπορεί να γίνει ενδαρτηρεκτομή, συστήνεται η αγγειοπλα-



στική. Γίνεται συνήθως με τοπική αναισθησία, με παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας ή κατευθείαν της κοινής καρωτίδας στον τράχηλο.

Η στένωση διανοίγεται με ένα ειδικό μπαλόνι αγγειοπλαστικής υπό ακτινολογικό έλεγχο, ενώ στη συνέχεια τοποθετείται ένας ενδοαρθικός (stent) στο εσωτερικό του αγγείου για να διατηρήσει το αποτέλεσμα.

Και οι δύο μέθοδοι έχουν ενδείξεις και αντενδείξεις που εξετασιούνται για κάθε ασθενή και ο γιατρός θα αποφασίσει για την σωστή θεραπευτική επιλογή προς όφελος του ασθενή. “Σήμερα με την σωστή επιλογή των ασθενών, τον ακριβή προεγχειρητικό έλεγχο και προετοιμασία, την εξέλιξη των φαρμάκων της αναισθησίας και με την εμπειρία στην χειρουργική τεχνική και τη στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση, αυτοί οι ασθενείς έχουν πολύ μικρό κίνδυνο στην καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή”, τονίζει ο κ. Ζαρμακούπης.

Σε περίπτωση εγκεφαλικού επεισοδίου όσο πιο γρήγορα βρεθεί κάποιος σε εξειδικευμένο νοσοκομείο, μέσα στις πρώτες 4 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες ανάνηψης με τις καινούργιες τεχνικές των επεμβατικών νευροακτινολόγων.

ΠΡΟΤΥΠΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΗΣ

Νέα επαναστατική μέθοδο **χωρίς χειρουργείο!**



- **Κήλη δίσκου**
- **Δισκοπάθεια**
- **Οσφυαλγία**
- **Ισχιαλγία**

Λ. Αλεξάνδρας 215 , Αθήνα
Τηλ. : 210 6461267 - 210 6424070



Οι εργαζόμενοι του ΕΣΥ αντιμέτωποι με το BURN-OUT

Σε εκτόξευση των ποσοστών εργασιακής εξουθένωσης γιατρών και νοσηλευτών έχουν οδηγήσει η υποχρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η εντατικοποίηση της εργασίας και οι δραματικές ελλείψεις προσωπικού λόγω συνταξιοδοτήσεων στα δημόσια νοσοκομεία. Δεν είναι τυχαίο ότι περίπου οι μισοί επαγγελματίες υγείας, που έχουν απομείνει στο ΕΣΥ, υποφέρουν από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome), όπως επισημαίνει ο επίκουρος καθηγητής Επιδημιολογίας και Επαγγελματικής Υγιεινής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ειδικός γιατρός εργασίας, Γιώργος Ραχιώτης.

Παρότι υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης του συνδρόμου burnout, είναι ανθρωπίνως αδύνατον να εφαρμοστούν, καθώς υπάρχουν περισσότερες από 26.300 κενές θέσεις εργασίας στο ΕΣΥ. Από αυτές 6.500 αφορούν ελλείψεις σε γιατρούς και 19.000 σε νοσηλευτές.

Το πρόβλημα εμφανίζεται πιο συχνά και πιο έντονα στους νοσηλευτές, σύμφωνα με τα στοιχεία της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ). Συγκεκριμένα, το σύνδρομο επαγγελματικής



εξουθένωσης στους νοσηλευτές αγγίζει περίπου το 60%! Επιπροσθέτως, ενδεικτική των ελλείψεων είναι η υποστελέχωση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) από νοσηλευτές, τονίζει ο πρόεδρος της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ) Δημήτρης Σκουτέλης. Να σημειωθεί ότι, παρά τις εξαγγελίες για χιλιάδες προσλήψεις, δεν έχει γίνει ούτε μία πρόσληψη μόνιμου προσωπικού τα τελευταία τρία χρόνια: «Η τελευταία προκήρυξη ήταν η 7Κ του 2016 όπου προβλεπόταν η πρόσληψη 140 νοσηλευτών για τις Εντατικές. Εχουμε 2018 και δεν έχει έρθει ούτε ένας. Χρειαζόμαστε συνολικά 500 νοσηλευτές για να μπορέσουν να λειτουργήσουν οι κλειστές κλίνες».

Την εργασιακή εξουθένωση επιτείνει στους επαγγελματίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με φαινόμενα βίας από ασθενείς ή συγγενείς τους, τα οποία έχουν αυξηθεί λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής, σύμφωνα με τον επίκουρο καθηγητή Επιδημιολογίας και Επαγγελματικής Υγιεινής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ειδικό ιατρό εργασίας, Γιώργο Ραχιώτη.

Τι είναι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burn-out) χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια κατάσταση συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης στο πλαίσιο της εργασίας και σύμφωνα με τον κ. Ραχιώτη παρουσιάζεται κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις: «Όταν ο εργαζόμενος δέχεται πίεση από το εργασιακό περιβάλλον που ξεπερνά τις δυνατότητές του, τότε αντιδρά και εκδηλώνει τρία βασικά συμπτώματα.

Πρώτον, την εμφάνιση της συναισθηματικής εξουθένωσης, όπου πρακτικά "αδειάζει" ο άνθρωπος και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του. Το δεύτερο στοιχείο είναι η αποπροσωποποίηση, όπου πλέον ο εργαζόμενος δεν ενδιαφέρεται για το αποτέλεσμα της εργασίας του, και το τρίτο στοιχείο είναι η μειωμένη απόδοση. Αυτές οι τρεις παράμετροι είναι μία απάντηση στο στρες. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης δεν ταυτίζεται με το στρες. Το στρες όμως μπορεί να προκαλέσει το σύνδρομο».

ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΑ 40% ΕΩΣ 55% ΤΟ BURN-OUT ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

▲ Μελέτη που έγινε από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και δημοσιεύτηκε το 2014 στο επιστημονικό περιοδικό «International Journal of Medical Sciences» έδειξε ότι τα ποσοστά burn-out στα ελληνικά νοσοκομεία κυμαίνονται από 40% έως 55%.

Οι εργαζόμενοι των δημοσίων νοσοκομείων, οι οποίοι ανέφεραν ελλείψεις υλικών, και μάλιστα στοιχειωδών υλικών, είχαν τριπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν burn-out. Επίσης, η συντριπτική πλειονότητα των εργαζομένων, δηλαδή 88%, ανέφερε ότι

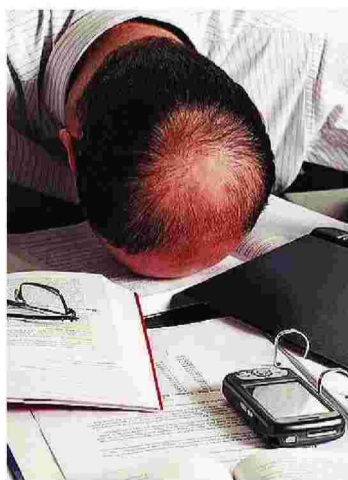


αυτές οι ελλείψεις έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης στον ασθενή.

«Ο συνδυασμός του συνδρόμου burn-out του υγειονομικού προσωπικού και οι ελλείψεις αναλήσιμων υλικών λόγω υποχρηματοδότησης μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές που ενδεχομένως να αποβούν μοιραίες για τους ασθενείς» λέει ο δρ Ραχιώτης και συμπληρώνει: «Δυστυχώς στη χώρα μας δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για να μιλήσουμε με ακρίβεια για ποσοστά θνησιμότητας λόγω του συνδρόμου εξουθένωσης».

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ BURN-OUT

Μπορεί ένας εργαζόμενος που δουλεύει κάτω από αντίξοες συνθήκες να προστατέψει την υγεία του; «Σίγουρα θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια στον εργασιακό χώρο να αντιμετωπιστούν κάποια ερεθίσματα που μπορεί να παράγουν το burn-out. Για παράδειγμα, να είναι σωστά οργανωμένο το ωράριο εργασίας. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητικό ύπνο, να ασκούνται, να προσπαθούν να ξεφεύγουν στις μέρες της άδειάς τους και των ρεπό τους από τη δουλειά τους και βέβαια, σε περίπτωση που εμφανιστεί σοβαρό πρόβλημα υγείας, να ζητήσουν υποστήριξη και να ενημερώνονται οι προϊστάμενοί τους. Το βασικότερο ωστόσο είναι να μπορούν να εκμεταλλεύονται κάθε δυνατότητα διαλείμματος».



Αύξηση του κινδύνου για διαβήτη και στεφανιαία νόσο

Παρότι το burn-out δεν είναι μία ιατρική διάγνωση και ουσιαστικά η εκτίμησή του γίνεται μέσω κάποιων σκορ σε συγκεκριμένα ερωτηματολόγια, υπάρχουν αρκετά σημαντικές επιδημιολογικές μελέτες, που το συσχετίζουν με σοβαρές νόσους.

Σύμφωνα με μελέτες από το Τμήμα Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής του πανεπιστημίου του Τελ Αβίβ, οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν συμπτώματα εξουθένωσης έχουν κατά 84% μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαβήτη τύπου 2 και κατά 41% μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο από αυτούς που δεν πάσχουν από το σύνδρομο.

