



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΜΙΧΑΗΛ ΑΜΠΕΛΙΩΤΗΣ

ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ ΒΟΥΓΑΖΙΑΝΟΣ

Βηματοδότες: Αποκαθιστώντας τον ρυθμό –
Συγχρονίζοντας τη Ζωή 7

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΒΑΜΒΑΚΑΡΗΣ

MASLD και MASH: Νέα ορολογία για το ηπατικό αποτύπωμα
του μεταβολικού συνδρόμου –
Μια σύγχρονη, παγκόσμια πρόκληση υγείας 13

ΕΛΕΝΗ ΑΓΑΠΙΟΥ

Η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης 23

ΑΓΓΕΛΑ ΚΑΛΛΕΡΓΗ

Σύγχρονα κλειστά κυκλώματα συνεχούς
καταγραφής γλυκόζης και
αντλίας ινσουλίνης στη διαχείριση του σακχαρώδους
διαβήτη τύπου 1 29

ΑΝΔΡΕΑΣ ΦΡ. ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ

Οι σεισμοί του 1881 στη Χίο και η συμβολή του ιατρικού προσωπικού
στην περίθαλψη των θυμάτων 33

Εκδηλώσεις 37

Βιβλιοπαρουσίαση 39

Βιβλιογραφική ανασκόπηση 45



Τίτλος περιοδικού MEDICUS HIPPOCRATICUS
Ο καθ' Ιπποκράτην ιατρός

Έκδοση ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΧΙΟΥ

ISSN 2945 - 1809

Συντακτική Επιτροπή ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ
ΜΑΡΚΕΛΛΑ-ΠΑΓΩΝΙΤΣΑ ΖΩΡΖΟΥ
ΗΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΑΚΡΗΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΜΥΡΝΙΟΥΔΗΣ
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΦΑΡΜΑΚΗΣ
ΗΛΙΑΣ ΦΥΛΛΑΣ
ΕΛΕΝΗ ΔΑΜΑΛΛΑ
ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΑΡΑΜΟΥΖΟΣ

Επιμέλεια Σύνταξης ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΜΥΡΝΙΟΥΔΗΣ
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΦΑΡΜΑΚΗΣ

Διεύθυνση Λεωφόρος Αιγαίου 110 &
Κουβελά 26, ΧΙΟΣ
Τηλ: 22710 23815
<https://isch.gr/>
grammateiaischiou@hotmail.gr

Εκδοτική Παραγωγή «αλφα πι»
Μαγαζιώτισσας 5, Χίος 821 00
Τηλ: 22710 41287

Στο εξωφυλλο: Μικρογραφία από τον «Διοσκουρίδη της Βιέννης» (6^{ου} αιώνα), ένα από τα ελάχιστα παλαιά χειρόγραφα που διέσωσαν το έργο «Περί ύλης ιατρικής» του μεγαλύτερου φαρμακολόγου-βοτανολόγου της αρχαιότητας. Στο κέντρο εικονίζεται ο Γαλνός, περιτοιχισόμενος από τους φαρμακολόγους Κρατεύα, Διοσκουρίδη, Απολλώνιο, Νίκανδρο, Ανδρέα και Ρούφο (Εθνική Βιβλιοθήκη της Αυστρίας).

Με χαρά παρουσιάζουμε το 3^ο τεύχος του *Medicus*, το οποίο συνεχίζει την προσπάθεια του Ιατρικού Συλλόγου Χίου για τη διάδοση της επιστημονικής γνώσης και την ανάδειξη του έργου των συναδέλφων μας.

Στο παρόν τεύχος περιλαμβάνονται άρθρα που καλύπτουν σημαντικούς τομείς της σύγχρονης ιατρικής:

- Η Άγγελα Καλλέργη παρουσιάζει τα νεότερα δεδομένα για τα κλειστά κυκλώματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης και αντλίας ινσουλίνης.
- Η Ελένη Αγαπίου αναδεικνύει τον ρόλο της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.
- Οι Μιχαήλ Αμπελιώτης και Σταμάτιος Βουγαζιανός ανασκοπούν τις εξελίξεις στους βηματοδότες.
- Ο Κωνσταντίνος Βαμβακάρης παρουσιάζει τη νέα ορολογία MASLD και MASH και τη σημασία της.
- Ο Δρ. Ανδρέας Φρ. Μιχαηλίδης φωτίζει την ιστορική συμβολή των γιατρών της Χίου στους σεισμούς του 1881.

Συμπεριλαμβάνονται επίσης βιβλιοπαρουσίαση και βιβλιογραφική ανασκόπηση έργων συναδέλφων του νησιού μας, καθώς και η αναγγελία της επερχόμενης τιμητικής έκδοσης για τους ιατρούς που υπηρέτησαν τη Χίο από τα τέλη του 19ου έως τα μέσα του 20^{ου} αιώνα με συγγραφέα τον Δρ. Ανδρέα Φρ. Μιχαηλίδη.

Ευχαριστούμε όλους όσους συνέβαλαν στο παρόν τεύχος. Ευχόμαστε το *Medicus* να συνεχίσει να αποτελεί χώρο επιστημονικής ανταλλαγής, ενημέρωσης και έμπνευσης για την ιατρική κοινότητα της Χίου.

Η Συντακτική Επιτροπή

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ο Ιατρικός Σύλλογος Χίου ανέλαβε την πρωτοβουλία να προχωρήσει σε μια τιμητική έκδοση, η οποία θα αφορά τους ιατρούς που άσκησαν την ιατρική στο νησί μας από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα έως και τα μέσα περίπου του 20^{ου} αιώνα. Συγγραφέας του έργου είναι ο ιατρός Ρευματολόγος και Διδάκτωρ Ιστορίας της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ανδρέας Φρ. Μιχαηλίδης. Η έκδοση αυτή περιλαμβάνει δύο μέρη.

Το πρώτο μέρος αναφέρεται στους ιατρούς της προαναφερθείσας περιόδου, με παράλληλη επισκόπηση των μεγάλων ιστορικών γεγονότων που σημάδεψαν τη Χίο: τις Σφαγές του 1822, τον μεγάλο Σεισμό του 1881, τον απελευθερωτικό αγώνα του 1912, τη Μικρασιατική Εκστρατεία και την Καταστροφή του 1922, το Αλβανικό Έπος, τη Γερμανική Κατοχή και την Εθνική Αντίσταση. Εξετάζεται η συμβολή των ιατρών του νησιού στα γεγονότα αυτά.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στην ιστορία της ίδρυσης του Ιατρικού Συλλόγου Χίου το 1917, στα πρώτα βήματα της λειτουργίας του, ενώ παρατίθεται και το πρώτο σωζόμενο αρχείο του, με τα εγγεγραμμένα μέλη του (σύντομο υπηρεσιακό ιστορικό και φωτογραφίες).

Τέλος, ως παράρτημα παρουσιάζεται το Ιατρικό Ιστορικό Μουσείο της Χίου με τα σημαντικά εκθέματά του: υλικό από τα πρώτα φαρμακεία της Χίου, οδοντιατρικά και ιατρικά εργαλεία, εξοπλισμός κλινικών, ενθυμήματα ιατρών και αντικείμενα των ιδρυμάτων του νησιού μας (Σκυλίτσειο Νοσοκομείο, Λωβοκομείο, Μαιευτήριο).

Εκτιμούμε ότι η έκδοση θα είναι έτοιμη στις πρώτες ημέρες του επόμενου έτους.

*Επετειακή
εκδήλωση στο
Νοσοκομείο
της Χίου με το
προσωπικό του,
μετά την
απελευθέρωση
του 1912.
Στο κέντρο ο
χειρουργός και
τότε Διευθυντής
του, Ιωάννης
Κουντουράς.
(Φωτ. δωρεά στο
Ιατρικό Μουσείο
Νικολάου Πλατή.)*



Μιχαήλ Αρπελιώτης

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Σταμάτιος Βουγαζιανός

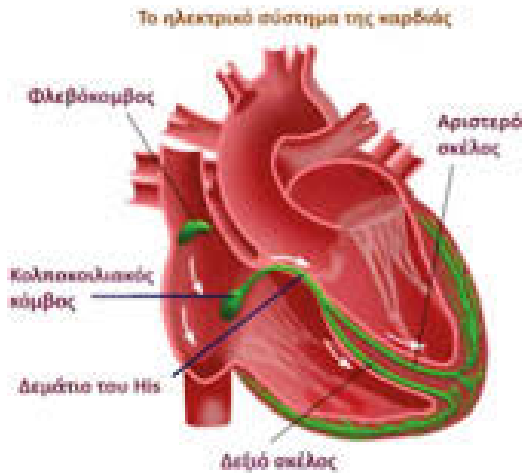
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ / ΕΜΦΥΤΕΥΤΗΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ

Βηματοδότες: Αποκαθιστώντας τον ρυθμό – Συγχρονίζοντας τη Ζωή

Ο ΦΥΣΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

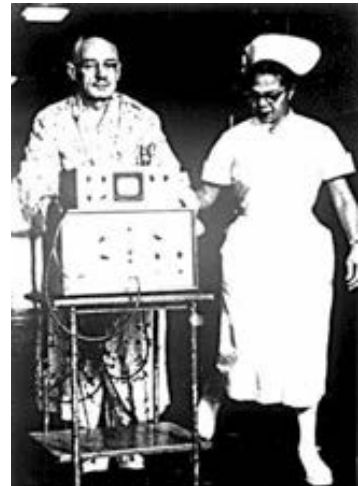
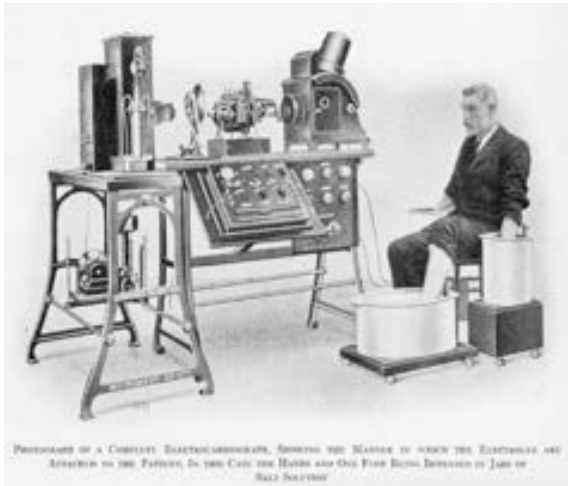
Η ανθρώπινη καρδιά κατέχει την αξιοσημείωτη ιδιότητα να δημιουργεί και να άγει τα δικά της ηλεκτρικά ερεθίσματα. Τα ηλεκτρικά σήματα αυτά παράγονται κυρίως από τα βηματοδοτικά κύτταρα του φλεβοκόμβου, που λειτουργούν ως φυσικός ρυθμιστής της καρδιακής δραστηριότητας. Τα ερεθίσματα διαδίδονται σε όλη την καρδιά μέσω του ερεθισματοαγωγού συστήματος, προκαλώντας συστολή του καρδιακού μυός και διασφαλίζοντας την παροχή αίματος σε όλο το σώμα.

Τι συμβαίνει όμως όταν αυτή η φυσιολογική λειτουργία διαταράσσεται; Σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας του φλεβοκόμβου ή του λοιπού ερεθισματοαγωγού συστήματος, μπορεί να απαιτείται η παρέμβαση τεχνητών βηματοδοτών, οι οποίοι ενεργοποιούνται, όταν ο φυσικός ρυθμιστής σταματά να λειτουργεί αποτελεσματικά, εξασφαλίζοντας τη συνέχιση της καρδιακής λειτουργίας.



ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ

Πρώτος ο Ιπποκράτης ανέφερε πως αυτοί που λιποθυμούν συχνά και ισχυρά χωρίς αιτία, πεθαίνουν αιφνίδια. Πέρασαν αιώνες μελέτης της καρδιάς και του ηλεκτρισμού, μετά από αυτήν την παρατήρηση, για να γεννηθεί η σκέψη ότι αυτά τα δύο συνδέονται άμεσα. «Κομπυτεχνήματα» της εποχής περιλάμβαναν τους πρώτους καρδιογράφους καθώς και τους πρώτους εξωτερικούς βηματοδότες.



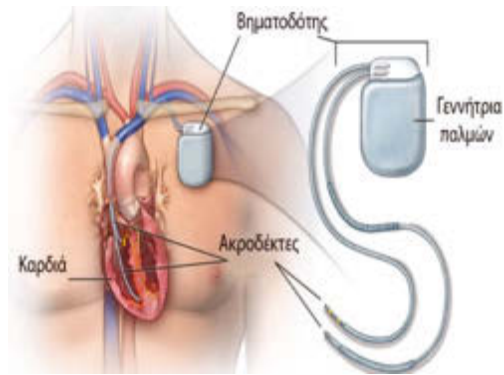
Το 1958 εμφυτεύθηκε ο πρώτος μόνιμος βηματοδότης και έκτοτε η εξέλιξη ήταν ραγδαία. Πλέον δεν πρόκειται περί σεναρίων επιστημονικής φαντασίας ανάλογα με το «Και όμως γυρίζει» του Γαλιλαίου που τον καταδίκασε. Αντιθέτως, έχουμε φτάσει στην υλοποίησή τους, καθώς η επιστήμη ξεπερνάει τις προσδοκίες μας.



ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ

Ως γνήσιος μπασίστας, ο βηματοδότης είναι μια συσκευή που δημιουργεί ηλεκτρικά ερεθίσματα, δίνοντας ρυθμό στην καρδιά. Σε ασθενείς με συμπτωματική βραδυκαρδία, όπου η καρδιά ανεπαρκεί να εκτελέσει μόνη το έργο της έρχεται ο βηματοδότης να υποβοηθήσει το ηλεκτρικό της σύστημα. Οι βηματοδότες ελέγχουν αδιάκοπα τον ρυθμό της καρδιάς, και δίνουν μικρά ηλεκτρικά ερεθίσματα όταν αυτό είναι απαραίτητο. Φυσικά τα ερεθίσματα αυτά δεν τα αισθάνεται ο ασθενής σαν άλλο βασανιστήριο του Μεσαίωνα, αλλά είναι αρκετά δυνατά ώστε να προκαλέσουν τη συστολή των μυοκαρδιακών κυττάρων.

Τα συστήματα βηματοδότησης αποτελούνται συνήθως από τη γεννήτρια, που φιλοξενεί την μπαταρία και το κύκλωμα, και τα ηλεκτρόδια που μεταφέρουν το ηλεκτρικό ερέθισμα από τη γεννήτρια στην καρδιά. Υπάρχουν πολλοί τύποι βηματοδοτών, μέχρι και βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια, τους οποίους θα αναφέρουμε παρακάτω.



ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Η διαδικασία εμφύτευσης είναι επεμβατική και πραγματοποιείται υπό τοπική αναισθησία. Μετά από σχολαστική αποστείρωση της περιοχής, τα ηλεκτρόδια προωθούνται, μέσω της μασχालιαίας ή κεφαλικής φλέβας μετά από παρακέντησή της, στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες. Εκεί, αφότου επιλεχθεί η καταλληλότερη θέση βάσει ακτινοσκοπικών και ηλεκτροφυσιολογικών μετρήσεων, γίνεται η εμφύτευση των ηλεκτροδίων με ειδικές βίδες που βρίσκονται στο άκρο τους, με αποτέλεσμα να αγκιστρώνονται στο μυοκάρδιο. Μετά ή πριν την εμφύτευση, γίνεται μία μικρή τομή περίπου 4-6 εκατοστών κάτωθεν της κλείδας, και ακολουθεί ατραυματικός διαχωρισμός των υποκείμενων ιστών με παράλληλη αιμόσταση. Έτσι δημιουργείται ένας θύλακας, η θήκη του βηματοδότη, όπου θα τοποθετηθεί η γεννήτρια του συστήματος βηματοδότησης. Μετά τη σταθεροποίηση των ηλεκτροδίων και τον τελικό έλεγχο λειτουργίας, γίνεται σταδιακά η σύγκλιση του τραύματος. Τέλος δίνονται οδηγίες για την μετεγχειρητική φροντίδα του τραύματος, καθώς και την αποφυγή κινήσεων που μπορούν να μετακινήσουν τη συσκευή τις πρώτες ημέρες μετά την εμφύτευση.

ΤΥΠΟΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ

1) Μονοεστιακοί βηματοδότες.

Οι βηματοδότες αυτοί συνοδεύονται από ένα ηλεκτρόδιο που βρίσκεται εντός της δεξιάς κοιλίας ή του δεξιού κόλπου. Σε ασθενείς με μόνιμη κολπική μαρμαρυγή, όπου επικρατεί χαοτική κολπική δραστηριότητα και απουσιάζει η κολπική συστολή, η βηματοδότηση του κόλπου είναι ανούσια. Στους ασθενείς αυτούς που θα εμφανίσουν βραδυκαρδία, ακόμα και αν αυτή προκληθεί από την απαραίτητη για τον ασθενή αντιαρρυθμική ή βραδυκαρδιακή αγωγή, η βηματοδότηση της κοιλίας είναι η βέλτιστη επιλογή.

Στο σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, όπου το πρόβλημα εντοπίζεται μόνο στον φυσικό βηματοδότη της καρδιάς και το υπόλοιπο ερεθισματογωγό σύστημα δεν πάσχει, ένα ηλεκτρόδιο στον δεξιό κόλπο δίνει τη λύση. Με την πάροδο των χρόνων, τη γήρανση και εκφύλιση του λοιπού ερεθισματογωγού, φάνηκε ότι οι ασθενείς αυτοί χρειάστηκαν αργότερα βηματοδότηση και της κοιλίας. Για τον λόγο αυτό, οι μονοεστιακοί βηματοδότες που βηματοδοτούσαν τον κόλπο πέρασαν στην ιστορία. Σε τέτοιους ασθενείς δεν θα δείτε να εμφυτεύονται ηλεκτρόδια μόνο στον δεξιό κόλπο αλλά και στη δεξιά κοιλία, που μας δίνει την ευκαιρία να μιλήσουμε για τον επόμενο τύπο βηματοδότη.

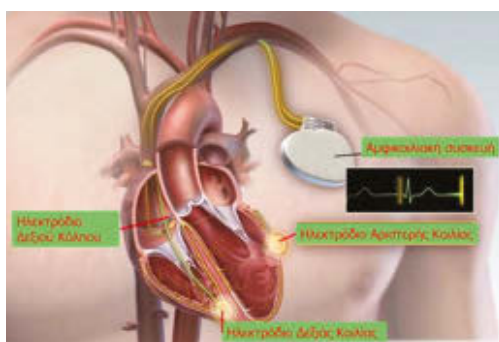
2) Διπλοεστιακοί βηματοδότες.

Συνοδεύονται από ένα ηλεκτρόδιο στον δεξιό κόλπο και ένα στην δεξιά κοιλία. Ο βηματοδότης στην περίπτωση αυτή μπορεί πλέον να μιμηθεί τον τέλειο συγχρονισμό της καρδιάς, εξασφαλίζοντας ότι κάθε κολπική συστολή ακολουθείται από αυτή των κοιλιών. Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η εφαρμογή τους σε ασθενείς με κολποκοιλιακούς αποκλεισμούς, όπου το σήμα από τους κόλπους αδυνατεί να φτάσει στις κοιλίες. Ο βηματοδότης γεφυρώνει αυτό το χάσμα, και έρχεται να καλύψει το κενό, όπως το γλυκό μετά το γεύμα.

3) Αμφικοιλιακοί βηματοδότες.

Εδώ προσθέτουμε ένα ακόμα ηλεκτρόδιο και φτάνουμε στα τρία. Το ηλεκτρικό ερέθισμα ταξιδεύει μέσα στην καρδιά με ταχύτητες 2-4 m/s, ταχύτητα μεγάλη και αρκετή, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς ότι η απόσταση που έχει να διανύσει είναι μερικά εκατοστά. Ακόμα και με τέτοιες ταχύτητες σε ασθενείς με αποκλεισμούς αριστερού ή δεξιού σκέλους, το ερέθισμα καθυστερεί να φτάσει στην πλευρά του αντίστοιχου σκέλους που πάσχει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έστω και μικρή ασύγχρονη συστολή των κοιλιών επηρεάζοντας την απόδοσή της.

Οι αμφικοιλιακοί βηματοδότες, με ένα επιπλέον ηλεκτρόδιο στον στεφανιαίο κόλπο, μία φλέβα που εκβάλλει στον δεξιό κόλπο, βηματοδοτούν και την αριστερή κοιλία, συγχρονίζοντας τη συστολή τους. Μην ανησυχείτε δεν αρκεί ένας σκελικός αποκλεισμός για να σαςβάλουμε αμφικοιλιακό βηματοδότη. Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, μειωμένο κλάσμα εξώθησης και αποκλει-



σμό αριστερού σκέλους είναι οι καλύτεροι υποψήφιοι, προσφέροντάς τους ανακούφιση συμπτωμάτων, καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερες νοσηλείες.

4) Βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια.

Αν νομίζατε ότι η επόμενη κατηγορία έχει τέσσερα καλώδια, κάνετε λάθος. Δεν έχει κανένα. Προκάλεσαν επανάσταση στο χώρο της ηλεκτροφυσιολογίας ανάλογη με τα κινητά χωρίς πλήκτρα και τα ποντίκια υπολογιστών χωρίς μπίλια. Οι βηματοδότες αυτοί είναι μικρές συσκευές που μέσω καθετήρα αγκιστρώνονται κατευθείαν στο ενδοκάρδιο, εξαλείφοντας την ανάγκη για ηλεκτρόδια και μεγάλες τομές, και μειώνοντας τις επιπλοκές συμπεριλαμβανομένου των λοιμώξεων. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια μιλούσαμε για μία μόνο συσκευή που αγκιστρώνεται στη δεξιά κοιλία, παίζοντας το ρόλο ενός μονοεστιακού βηματοδότη. Πλέον μία συσκευή στον δεξιό κόλπο και μία στην δεξιά κοιλία που επικοινωνούν ασύρματα μεταξύ τους, σας προσφέρουν ένα διπλοεστιακό βηματοδότη χωρίς καν να πληρώνετε συνδρομή internet.



5) Επικαρδιακοί βηματοδότες.

Τα ηλεκτρόδια στον επικαρδιακό βηματοδότη εμφυτεύονται κατευθείαν στην εξωτερική επιφάνεια της καρδιάς, το επικάρδιο. Η εμφύτευση γίνεται με θωρακοτομή ή με νεότερες ελάχιστα παρεμβατικά τεχνικές. Ο ασυνήθιστος αυτός βηματοδότης δεν αποτελεί ρουτίνα στην καθ' ημέρα πράξη, μιας και έχει ένδειξη σε νεογνά ή σε συγγενείς καρδιοπάθειες. Πριν την επανάσταση των βηματοδοτών χωρίς καλώδια, είχαν θέση σε ασθενείς χωρίς φλεβική πρόσβαση και άλλους με επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις εμφύτευσης των συσκευών.

6) Προσωρινοί βηματοδότες.

Χαρακτηρίζονται ως προς τη διάρκεια που παραμένουν στον ασθενή και όχι ως προς τον αριθμό ηλεκτροδίων ή τη θέση εμφύτευσης. Συνήθως συνδέονται με ένα ηλεκτρόδιο το οποίο τοποθετείται μέσω κεντρικών φλεβικών καθετήρων στη δεξιά κοιλία, ως γέφυρα μέχρι τον μόνιμο βηματοδότη ή την άρση του αιτίου της βραδυκαρδίας. Ο βηματοδότης παραμένει εκτός του ασθενούς στη διάθεσή μας για κάθε ρύθμιση. Οι επικαρδιακοί βηματοδότες που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι επίσης συχνά προσωρινοί.

7) Βηματοδότες - Απινιδωτές.

Από μηχανής Θεός θα έλεγαν οι πρόγονοί μας σε μια αρχαία τραγωδία. Ασθενείς που κινδυνεύουν από απειλητικές για τη ζωή κοιλιακές αρρυθμίες μπορεί να είναι υποψήφιοι για απινιδωτή. Οι συσκευές αυτές μπορεί να έχουν ένα ή δύο καλώδια ή ακόμα να είναι και αμφικοιλιακοί. Σε κάθε περίπτωση η γεννήτρια είναι μεγαλύτερη από τους κλασικούς βηματοδότες και ένα εκ των καλωδίων είναι έτσι κατασκευασμένο ώστε να μπορεί να μεταφέρει υψηλά ποσά ενέργειας, όταν εμφανιστεί μία επικίνδυνη αρρυθμία.

ΣΤΑ ΣΥΝΟΡΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ

Παραθέτω τα λόγια ενός διάσημου αστροφυσικού: Ξέρεις τι με κρατάει ξύπνιο τη νύχτα; Μου το ρωτάνε συνέχεια. Ποια είναι η μία ερώτηση που θέλεις να δεις να απαντιέται πριν πεθάνεις; Ξέρεις ποια είναι αυτή η ερώτηση; Είναι η ερώτηση που ούτε καν εγώ ακόμα δεν ξέρω πώς να την θέσω, η ερώτηση που θα προκύψει μόνο αφού δουλέψεις μέχρι τα όριά σου και βρεθείς να στέκεσαι σε μια νέα θέα, να κοιτάζεις προς το άγνωστο και να λες: «Έχω μια καινούργια ερώτηση για το τι συμβαίνει εκεί έξω». Και εκείνο το μέρος όπου στέκεσαι δεν ήταν καν ορατό πριν πέντε ή δέκα χρόνια. Αυτή είναι η συναρπαστική, κινούμενη πρωτοπορία της επιστήμης.

Από την απλή ερώτηση για το τι συμβαίνει σε αυτούς που λιποθυμούν συχνά του Ιπποκράτη, η σύγχρονη ηλεκτροφυσιολογία έχει φτάσει σε ερωτήματα που αφορούν στη μοριακή βάση των αρρυθμιών και την εξατομικευμένη θεραπεία αρρυθμιών μέσω ψηφιακών διδύμων. Και ποιος ξέρει τι θα αναρωτιόμαστε σε μερικά χρόνια.

MASLD και MASH:
Νέα ορολογία για το ηπατικό αποτύπωμα
του μεταβολικού συνδρόμου –
Μια σύγχρονη, παγκόσμια πρόκληση υγείας

Η λιπώδης νόσος του ήπατος σε μη αλκοολικό υπόβαθρο αποτελεί μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες προκλήσεις δημόσιας υγείας. Ο επιπολασμός της έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες, αντικατοπτρίζοντας την παράλληλη αύξηση συνολικά των παραγόντων που συνιστούν το Μεταβολικό Σύνδρομο, τη μάστιγα που συνοδεύει το δυτικό πρότυπο διαβίωσης. Πρόσφατες μετα-αναλύσεις εκτιμούν ότι περισσότερο από το 30 % του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού παρουσιάζει ηπατική στεάτωση που δεν σχετίζεται με κατανάλωση αλκοόλ – ποσοστό που ανέρχεται στο 40 % σε ασιατικές και μεσογειακές χώρες και υπερβαίνει το 50 % σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

Η επικαιρότητα της νόσου οδήγησε τους ερευνητές πρόσφατα κατόπιν διεθνών συζητήσεων σε νέο consensus αναθεώρησης της ονοματολογίας. Έτσι, εγκαταλείφθηκαν πλέον οι έως πρότερα, παραδοσιακά χρησιμοποιούμενοι όροι NAFLD (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) και NASH (Non-Alcoholic SteatoHepatitis). Προτάθηκε, αρχικά, ο όρος MAFLD (Metabolic dysfunction-Associated Fatty Liver Disease) με θετικά κριτήρια αναφερόμενος σε παρουσία ηπατικής στεάτωσης στο πλαίσιο μεταβολικής δυσλειτουργίας. Τελικά, υιοθετήθηκαν οι όροι MASLD (Metabolic dysfunction - Associated Steatotic Liver Disease) και MASH (Metabolic dysfunction - Associated SteatoHepatitis) με στόχο να επισημαίνεται ο μεταβολικός παθογενετικός μηχανισμός και να αποφεύγεται ο περιοριστικός και δυνητικά στιγματιστικός χαρακτηρισμός «μη αλκοολική».

Η νόσος έχει χαρακτηριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «σιωπηλή πανδημία» του 21ου αιώνα – ένα νόσημα με εκρηκτική αύξηση, δυσμενείς εκβάσεις (κίρρωση και συνακόλουθες επιπλοκές, ηπατοκυτταρικός καρκίνος, καρδιο-νεφρο-μεταβλικές επιπλοκές) και ως εκ τούτου τεράστιο κοινωνικοοικονομικό αποτύπωμα. Η κατανόηση της επιδημιολογίας, της κλι-

νικής πορείας, των επιπλοκών και των προοπτικών θεραπείας είναι επομένως κρίσιμη για την ιατρική κοινότητα και τη χάραξη πολιτικών δημόσιας υγείας.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Μεταβολικά Σχετιζόμενη Στεατωτική Νόσος του Ήπατος (ΜΕΣΝΗ) είναι κλινικο-ιστοπαθολογική οντότητα με ιστολογικά χαρακτηριστικά που προσομοιάζουν εκείνα της ηπατικής βλάβης αλκοολικής αιτιολογίας, ωστόσο, εξ ορισμού προκύπτει σε ασθενείς με μικρή ή καθόλου κατανάλωση αλκοόλ. Υποδηλώνει τη συσσώρευση λίπους στα ηπατοκύτταρα χωρίς να συνοδεύεται από φλεγμονή ή ίνωση (απλή ηπατική στεάτωση), ενώ η Μεταβολικά Σχετιζόμενη Στεατοηπατίτιδα (ΜΕΣΗ) πρόκειται για ηπατική στεάτωση με νεκροφλεγμονώδη στοιχεία που μπορεί να συνδυάζονται και με ίνωση. Η ΜΕΣΗ δύναται να εξελιχθεί σε κίρρωση σε ποσοστό έως και 20% των ασθενών, αποτελώντας στις μέρες μας πρωταρχική αιτία κρυπτιγενούς κίρρωσης.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι εμπλεκόμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί στη ΜΕΣΝΗ /ΜΕΣΗ διερευνώνται ακόμη. Εντούτοις, οι πιο αποδεκτές θεωρίες συγκλίνουν στην αντίσταση στην ινσουλίνη ως κυρίαρχου παθογενετικού υποβάθρου για την στεάτωση, ενώ κατά άλλους έχει προταθεί ότι απαιτείται ένα «δεύτερο χτύπημα» για την εκδήλωση της νεκροφλεγμονώδους ιστολογικής εικόνας της στεατοηπατίτιδας.

Η ηπατική στεάτωση είναι απότοκος της υπερβολικής συγκέντρωσης τοξικών λιπιδίων στο ήπαρ, συμπεριλαμβανομένων τριγλυκεριδίων, ελεύθερων λιπαρών οξέων (FFA: free fatty acids), σφιγγολιπιδίων και χοληστερόλης. Αυτή με τη σειρά της προκύπτει από την αυξημένη εναπόθεση FFAs από το λιπώδη ιστό, τη μειωμένη απομάκρυνση FFAs από το ήπαρ (λόγω μειωμένης σύνθεσης VLDL - very low density lipoprotein) ή την παρεμπόδιση στη β' οξείδωση των FFAs. Η πηγή των τριγλυκεριδίων είναι τα αποθηκευμένα στο λιπώδη ιστό λιπαρά οξέα και εκείνα που συντίθεται από *de novo* λιπογένεση ενδοηπατικά.

➤ **Ρόλος της Γενετικής** Παράγοντες κινδύνου: Έρευνες σε διδύμους ανέδειξαν ισχυρή κληρονομικότητα (περί το 50%) στην ενδοηπατική συσσώρευση λίπους και ίνωση. Άλλωστε, έχουν ταυτοποιηθεί τουλάχιστον 4 γονίδια υπεύθυνα για τη ρύθμιση του μεταβολισμού του λίπους ενδοηπατικά και σχετίζονται με την ανάπτυξη ΜΕΣΝΗ, ενώ πολυμορφισμοί γονιδίων υπεισέρχονται γενικά σε μηχανισμούς αντίστασης στην ινσουλίνη. Είναι ενδιαφέρον ότι κατόπιν επιτυχών βαριατρικών επεμβάσεων, ασθενείς παρουσίασαν μόνο μερική αναστρεψιμότητα επιγενετικών αλλαγών που οδηγούν σε ΜΕΣΝΗ.

Προστατευτικοί Παράγοντες: Μελέτες ανθρώπινου γονιδιώματος έχουν ταυτοποιήσει μεταλλάξεις απώλειας λειτουργίας αλληλομόρφων, που επι-

δρουν προστατευτικά έναντι της εξέλιξης σε ΜΕΣΗ και κίρρωση (τόσο από κάθε αιτία, όσο και από ΜΕΣΝΗ).

➤ **Αντίσταση στην ινσουλίνη** Παχυσαρκία και Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης) απαντώνται συχνά σε ασθενείς με MASLD. Η αύξηση του σπλαχνικού και ενδοηπατικού λίπους σχετίζεται με αυξημένη γλυκονογένεση και αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης. Διάφορες κυτταροκίνες και αδιποκίνες που συμμετέχουν σε σηματοδοτικά μονοπάτια των υποδοχέων ινσουλίνης φαίνεται ότι δυσλειτουργούν στο επιπλοϊκό λίπος των ασθενών με MASH.

Επιπλέον, αντίσταση στην ινσουλίνη έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς με ΜΕΣΗ που δεν είναι υπέρβαροι και έχουν καλή ανοχή στη γλυκόζη. Παρά την ισχυρή συσχέτιση, όλοι οι ασθενείς με ΜΕΣΗ δεν εμφανίζουν αντίσταση στην ινσουλίνη, κάτι που επιβεβαιώνει την ετερογένεια και την πολυπαράγοντική παθοφυσιολογία του συνδρόμου.

Η αντίσταση στην ινσουλίνη προκαλεί σημαντικές μεταβολές στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Αναλυτικότερα, αυξάνεται η περιφερική λιπόλυση, η σύνθεση τριγλυκεριδίων και η ηπατική πρόσληψη λιπαρών οξέων, με αποτέλεσμα τη ροπή προς την β' οξειδωση των ελεύθερων λιπαρών οξέων έναντι των υδατανθράκων.

➤ **Ηπατοκυτταρική βλάβη** Η ανάπτυξη ηπατοκυτταρικής βλάβης προϋποθέτει τόσο την αντίσταση στην ινσουλίνη, όσο και μία δεύτερη παράμετρο που οδηγεί στη συσσώρευση επιβλαβών ελεύθερων ριζών. Ποικίλοι παράγοντες οξειδωτικού stress έχει φανεί ότι οδηγούν στη νεκροφλεγμονώδη διήθηση του ήπατος.

Τα ελεύθερα λιπαρά οξέα συντελούν μέσω διαφόρων λιποξυγενασών στην παραγωγή ηπατοτοξικών ελεύθερων ριζών, ηπατοκυτταρική βλάβη και ίνωση. Στην εξέλιξη προς στεατοηπατίτιδα καθοριστικής σημασίας είναι δομικές ανωμαλίες των μιτοχονδρίων, κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται από την υποέκφραση γονιδίων που ρυθμίζουν τη μιτοχονδριακή λειτουργία.

Ταυτόχρονα, η ενεργοποίηση προφλεγμονωδών κυτταροκινών και φλεγμονωδών μεσολαβητών (όπως NF-Κβ, TNF-α, συστατικών του συμπληρώματος, κυττάρων φυσικών-φονέως – natural-killers κ.ά.) έχει προταθεί ότι συμβάλλει στη φλεγμονή του ηπατικού παρεγχύματος. Αντιθέτως, τα οιστρογόνα ίσως προστατεύουν έναντι της ίνωσης σε ασθενείς με ΜΕΣΝΗ, αφού έχει βρεθεί ότι άρρενα άτομα και μετεμμηνοπαυσιακά θήλεα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής ίνωσης από ότι οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

➤ **Αντιοξειδωτικά** Η υπεροξειδωση των λιπιδίων και οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου μπορούν να μειώσουν τα αντιοξειδωτικά ένζυμα όπως η γλουταθειόνη, η βιταμίνη E, η βήτα-καροτίνη και η βιταμίνη C, καθιστώντας έτσι το

ήπαρ ευάλωτο σε οξειδωτική βλάβη. Σε ασθενείς με ΜΕΣΗ τα επίπεδα διαφόρων αντιοξειδωτικών ενζύμων τείνουν να είναι χαμηλότερα. Έχει περιγραφεί συσχέτιση μεταξύ σοβαρότητας της νόσου και αυξημένης έκφρασης των οξειδωτικών δεσμευτικών υποδοχέων.

Υπάρχουν έμμεσες ενδείξεις που υποστηρίζουν το ρόλο των αντιοξειδωτικών στην πρόληψη της οξειδωτικής ηπατικής βλάβης. Η θεραπεία με βιταμίνη Ε ομαλοποίησε τις τιμές των τρανσαμινασών σε παιδιά με λιπώδη νόσο του ήπατος. Σε άλλη μελέτη, μια εξάμηνη διάρκειας συνδυαστική θεραπεία με βιταμίνη Ε και βιταμίνη C οδήγησε σε σημαντική ιστολογική βελτίωση, τόσο ως προς τη φλεγμονή, όσο και ως προς το βαθμό ίνωσης. Ακόμη, έχει βρεθεί ότι η διαιτητική πρόσληψη αντιοξειδωτικών βιταμινών τείνει να είναι σημαντικά χαμηλότερη σε ασθενείς με ΜΕΣΗ, σε σύγκριση με πληθυσμό αντίστοιχης ηλικίας και δείκτη μάζας σώματος (Β.Μ.Ι.).

➤ **Ρόλος της Λεπτίνης** Η Λεπτίνη ως ορμόνη που παράγεται από τα λιποκύτταρα διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση της όρεξης και του σωματικού βάρους. Στην παχυσαρκία παρατηρείται ανθεκτικότητα του εγκεφάλου στη λεπτίνη με αποτέλεσμα απώλεια του ερεθίσματος κορεσμού και επακόλουθη υπερφαγία. Παράλληλα, προκαλεί αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης από πλευράς των ηπατοκυττάρων και σχετίζεται με πρόοδο ασθενών με ΜΕΣΗ στο στάδιο της ίνωσης. Πειραματικά μοντέλα ανέδειξαν ότι η εξωγενής χορήγηση λεπτίνης απευθείας στο νευρικό σύστημα ποντικών επέφερε βελτίωση της λιπώδους ηπατικής διήθησης, έναντι της περιφερικής χορήγησης.

➤ **Ρόλος της Αδιπονεκτίνης** Η Αδιπονεκτίνη αποτελεί, επίσης, ορμόνη αποκλειστικά εκκρινόμενη από το λιπώδη ιστό, η οποία επιδρά θετικά στο μεταβολισμό των λιπιδίων, ενώ παρουσιάζει και αντιφλεγμονώδεις δράσεις, καταστέλλοντας την παραγωγή TNF-α στο ήπαρ. Χαμηλά επίπεδα αδιπονεκτίνης σχετίζονται με αυξημένη σοβαρότητα του μεταβολικού συνδρόμου και επιβαρυσμένη ιστολογική εικόνα της ΜΕΣΗ. Φαρμακευτικοί παράγοντες με δράση στα επίπεδα αδιπονεκτίνης συνδέονται με βελτίωση της ηπατικής στεάτωσης, της νεκροφλεγμονώδους διήθησης και της ίνωσης.

➤ **Εντερικό Μικροβίωμα** Τα μικρόβια του εντέρου έχουν ενοχοποιηθεί ως δυνητικά ηπατοτοξικοί οξειδωτικοί παράγοντες. Μελέτες καταδεικνύουν μικροβιακή υπερανάπτυξη στο λεπτό έντερο και αυξημένη διαπερατότητα του τοιχώματος του εντέρου σε ασθενείς με ΜΕΣΗ έναντι των μαρτύρων. Ένας πιθανός μηχανισμός πρόκλησης ηπατοκυτταρικής βλάβης μέσω της βακτηριακής υπερανάπτυξης στο κόλον είναι η παραγωγή ακεταλδεϋδης και ενδοτοξινών από τη χλωρίδα του εντέρου, η απορρόφηση και ηπατική συσσωρεύσή τους μέσω του πυλαίου φλεβικού συστήματος.

Άλλες συνιστώσες που έχουν μελετηθεί και εντάσσονται ανεξάρτητα στην

πολυδιάστατη παθογένεση της ΜΕΣΝΗ αποτελούν η δίαιτα πλούσια σε λιπαρά (μέσω των αυξημένων επιπέδων VLDL πλάσματος), το Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας (με καταλυτικό παράγοντα τη διαλείπουσα υποξία) και η υψηλή παρεγχυματική συσσώρευση σιδήρου στο ήπαρ (μέσω πολύπλοκων μηχανισμών ρύθμισης της αντίστασης στην ινσουλίνη).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η διεθνής επιβάρυνση της νόσου είναι τεράστια και προσδευτικά αυξανόμενη. Ανασκόπηση επιδημιολογικών δεδομένων δείχνει ότι η συχνότητα της ΜΕΣΝΗ στους ενήλικες κυμαίνεται παγκοσμίως σε 20 έως 30% ή περισσότερο σε ορισμένες περιοχές. Η επίπτωση και ο αριθμός πασχόντων αυξάνουν λόγω της πανδημίας παχυσαρκίας και σακχαρώδους διαβήτη. Η νόσος αποτελεί σημαντική αιτία συστηματικής νοσηρότητας – όχι μόνο ηπατικής (κίρρωση, ηπατοκυτταρικός καρκίνος, ανάγκη για μεταμόσχευση), αλλά και καρδιαγγειακής, η οποία παραμένει κύρια αιτία θανάτου των ασθενών. Αυτή η διπλή απειλή καθιστά τη νόσο ιδιαίτερα σημαντική για τη δημόσια υγεία.

Οικονομικά, η επιβάρυνση είναι τεράστια: το συνολικό ετήσιο κόστος για τα συστήματα υγείας της Ευρώπης εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 35 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ το έμμεσο κόστος (παραγωγικότητα, αναρρωτικές άδειες, απώλεια ημερών εργασίας) είναι πολλαπλάσιο.

Ως εκ τούτου, η Μεταβολικά Σχετιζόμενη Στεατωτική Νόσος του Ήπατος βρίσκεται σήμερα ψηλά στην κλινική και ερευνητική ατζέντα: υψηλό φορτίο, οικονομικές επιπτώσεις, ανάγκη για βελτιωμένη και έγκαιρη διάγνωση, πρόληψη και αναπτυσσόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η πλειονότητα των ασθενών με ΜΕΣΝΗ είναι ασυμπτωματικοί, αν και σε μερικούς αναφέρεται κακουχία και αβληχρό άλγος δεξιού υποχονδρίου. Στην κλινική εξέταση μπορεί να ανευρεθεί ηπατομεγαλία σε ποσοστό 5 – 18% των ασθενών. Ασυμπτωματικοί ασθενείς συνήθως εντοπίζονται από την ανεύρεση υψηλών τιμών αμινοτρανσφερασών (άνοδος τιμών τρανσαμινασών: AST / SGOT και ALT / SGPT από 2 έως 5 φορές της ανώτερης φυσιολογικής τιμής) ή κατόπιν τυχαίας ανάδειξης λιπώδους διήθησης του ήπατος σε απεικονιστικό έλεγχο. Επιπλέον, ενδέχεται να έχουν αυξημένες τιμές φερριτίνης ορού (έχει σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο στεατοηπατίτιδας και κίρρωσης).

Σε περίπτωση προόδου της νόσου στο στάδιο της κίρρωσης, οι ασθενείς εμφανίζουν την κλινική εικόνα της χρόνιας ηπατοπάθειας (παλαμιαίο ερύθημα, αραχνοειδείς σπίλοι, απώλεια βάρους, κόπωση), ενώ στο στάδιο της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης ενυπάρχει ίκτερος, ασκίτης, οιδήματα, ηπα-

τική εγκεφαλοπάθεια, κίρσοι (ιδιαίτερα οισοφαγικοί, απότοκος πυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων) και σπληνομεγαλία. Τα εργαστηριακά ευρήματα της κίρρωσης περιλαμβάνουν αναλόγως της βαρύτητας:

1. Θρομβοπενία (αποτέλεσμα του υπερσπληνισμού)
2. Αναιμία (απότοκος ανεπάρκειας φυλλικού οξέος, υπερσπληνισμού, αλλά και χρόνιας απώλειας αίματος από το γαστρεντερικό λόγω των πυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων – οισοφαγικοί κίρσοι, αιμορροϊδοπάθεια, πυλαία γαστροπάθεια – κολοπάθεια)
3. Παράταση χρόνων πήξεως (PT, INR) και μειωμένη τιμή αλβουμίνης ορού (καθώς παραβλάπεται η συνθετική ικανότητα του ήπατος)
4. Αυξημένες τιμές χολερυθρίνης ορού (λόγω της εξασθενημένης ηπατικής λειτουργίας).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αρχική διάγνωση της λιπώδους διήθησης του ήπατος στηρίζεται συνήθως σε τυχαία ευρήματα απεικονιστικών μεθόδων (όπως Υπερηχογράφημα, Αξονική ή Μαγνητική Τομογραφία Άνω Κοιλίας). Τα υπερηχογραφικά ευρήματα περιλαμβάνουν, ανομοιογένεια του ηπατικού παρεγχύματος. Η διαγνωστική ισχύς του Υπερηχογραφήματος, δυστυχώς, φθίνει σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία. Σε Αξονική Τομογραφία η ηπατική στεάτωση επιβεβαιώνεται λόγω υπόπυκνης απεικόνισης (εστιακά ή διάχυτα), εντονότερης διάκρισης της αγγείωσης και διόγκωσης του οργάνου. Αντίστοιχα, σε Μαγνητική Τομογραφία η λιπώδης διήθηση εμφανίζεται με αυξημένο σήμα σε T1 ακολουθία (εστιακά ή διάχυτα).

Από την άλλη πλευρά, η διαγνωστική προσέγγιση ασθενών που είτε παρουσιάζονται με παθολογικές τιμές ηπατικής βιοχημείας (όντας ασυμπτωματικοί), είτε σε «παραμελημένες» περιπτώσεις προσέρχονται στο σύστημα υγείας εξαρχής με πρόοδο στο στάδιο της κίρρωσης τείνει να κατευθύνεται προς τον αποκλεισμό άλλων αιτίων ηπατικής νόσου. Σε αυτά συγκαταλέγονται:

1. η Αλκοολική Νόσος του Ήπατος, οι λοιμώξεις από ιούς ηπατίτιδας που οδηγούν σε χρονιότητα και κίρρωση (ιδίως HBV και HCV),
2. η Αυτοάνοση Ηπατίτιδα, η Πρωτοπαθής Χολική Χολαγγειίτιδα (PBC) και η Πρωτοπαθής Σκληρυντική Χολαγγειίτιδα (PSC),
3. η φαρμακευτική ηπατοτοξικότητα (συνήθως ενοχοποιείται η χρόνια έκθεση σε παράγοντες όπως η Μεθοτρεξάτη, η Αμιωδαρόνη και σπανιότερα στις μέρες μας η Ισονιαζίδη),
4. η Δεξιά Καρδιακή Ανεπάρκεια (λόγω παρατεταμένης συμφόρησης του ήπατος),
5. τα Μεταβολικά Νοσήματα (νόσος Wilson, αιμοχρωμάτωση) και
6. η κρυπτιγενής κίρρωση (χωρίς ανεύρεση αιτίου).

Επί αποκλεισμού των πολλαπλών αυτών αιτίων ηπατοκυτταρικής βλάβης και κίρρωσης (μέσω λεπτομερούς λήψης ατομικού αναμνηστικού, εργαστηριακών και άλλων παρακλινικών εξετάσεων) και επί συνύπαρξης παραγόντων κινδύνου μεταβολικού συνδρόμου (κεντρικού τύπου παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, αντίσταση στην ινσουλίνη, αρτηριακή υπέρταση) ο κλινικός ιατρός δύναται να αποδώσει την στεάτωση στη ΜΕΣΝΗ.

Ως τεχνική η βιοψία ήπατος έχει περιορισμένες ενδείξεις και λόγω της αιματηρής φύσης της εντάσσεται στη διαγνωστική φαρέτρα μόνο για περιστατικά, στα οποία η τελική διάγνωση παραμένει αβέβαιη παρά τον ενδελεχή εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο ή υπάρχει έντονη υποψία εναλλακτικής διάγνωσης. Παραδείγματος χάριν μπορεί να προβούμε σε βιοψία ήπατος σε ασθενή με υποψία για ΜΕΣΝΗ λόγω μεταβολικών παραγόντων κινδύνου, με θετικό όμως ορολογικό έλεγχο αυτοαντισωμάτων.

Η ιστολογική εικόνα της ΜΕΣΝΗ περιλαμβάνει >5% στεάτωση του παρεγχύματος με λοβώδη ή πυλαία φλεγμονώδη διήθηση χωρίς διόγκωση ηπατοκυττάρων (ballooning) ή χωρίς στοιχεία φλεγμονής, αλλά με ballooning.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Ο στόχος της σταδιοποίησης των ασθενών με ΜΕΣΝΗ είναι η εκτίμηση της βαρύτητας της ίνωσης και ο σχεδιασμός ανάλογου θεραπευτικού πλάνου. Αυτό γίνεται χρησιμοποιώντας ανώδυνες απεικονιστικές μεθόδους όπως η Ελαστογραφία - Vibration-Controlled Transient Elastography (VCTE) / Fibroscan που από τη δεκαετία του 2000 άλλαξε το τοπίο αντικαθιστώντας τη βιοψία ήπατος στον τομέα ταξινόμησης της ηπατικής ίνωσης. Εκτιμά μη επεμβατικά την ελαστικότητα ή σκληρότητα (ακαμψία) του ηπατικού παρεγχύματος σε kiloPascal (μέσω υπερηχογραφήματος που προκαλεί ανώδυνες, χαμηλής συχνότητας δονήσεις στο ήπαρ). Αν και δεν υπάρχει σαφές consensus μεταξύ των ερευνητών ως προς τα όρια ταξινόμησης των σταδίων της ίνωσης, σε γενικές γραμμές τιμές σκληρότητας (stiffness):

- < 8 kPa: αποκλείουν κλινικά σημαντική ίνωση
- 8 - 12 kPa: δεν καταδεικνύουν σαφώς ίνωση (περαιτέρω σταδιοποίηση περιλαμβάνει Μαγνητική Ελαστογραφία ή επί ενδείξεων βιοψία ήπατος)
- > 12 kPa: ορίζουν προχωρημένο στάδιο ίνωσης ή κίρρωση

Η εφαρμογή Μαγνητικής Ελαστογραφίας Ήπατος (MRE) για την εκτίμηση του βαθμού ίνωσης του παρεγχύματος υπερέχει της Ελαστογραφίας που βασίζεται σε υπέρηχο, εντούτοις, η χρήση της περιορίζεται αρκετά από πλευράς διαθεσιμότητας και κόστους.

Εναλλακτικά της απεικόνισης έχουν προταθεί scores εκτίμησης της ίνωσης, όπως ο δείκτης Fib-4. Ο δείκτης αυτός συνδυάζει βιοχημικές παραμέτρους

και την ηλικία του ασθενούς και υπολογίζεται με την εξίσωση **Fib-4: (Ηλικία x AST) / (Αριθμός Αιμοπεταλίων x $\sqrt{\text{AST}}$)**. Χρησιμοποιείται για τη «διαλογή» ασθενών με χρόνια ηπατοπάθεια ως προς τον κίνδυνο ανάπτυξης προχωρημένου βαθμού ίνωσης, για την επιλογή ασθενών που χρήζουν περαιτέρω απεικονιστικής ή επεμβατικής εκτίμησης της ίνωσης και τυχόν παραπομπή σε εξειδικευμένο ηπατολογικό κέντρο για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΟ SCREENING

Η American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) προτείνει ως πρακτική κατευθυντήρια οδηγία, τον στοχευμένο απεικονιστικό έλεγχο συγκεκριμένων κατηγοριών ασθενών για την αξιολόγησή τους ως προς την πιθανότητα προχωρημένης ηπατικής βλάβης και την έγκαιρη περαιτέρω διαχείρισή τους. Σε αυτούς συγκαταλέγονται ασθενείς με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Ηλικία > 50 ετών
- Μετεμηνινοπαυσιακές γυναίκες
- Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2
- Επιπλοκές της παχυσαρκίας
- ΜΕΣΝΗ με παράλληλη (τουλάχιστον) μέτρια κατανάλωση αλκοόλ
- Γενετικό υπόβαθρο (πρώτου βαθμού συγγενής/είς με κίρρωση λόγω ΜΕΣΝΗ /ΜΕΣΗ)
- ≥ 2 παράγοντες κινδύνου μεταβολικού συνδρόμου

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

➤ **Τροποποιήσιμοι Παράγοντες Κινδύνου** Η πρωταρχική παρέμβαση σε ασθενείς με ΜΕΣΝΗ αφορά στην εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών μέτρων με στόχο την σταδιακή απώλεια βάρους (μέσω συνδυασμού ισορροπημένης διατροφής και άσκησης). Το ενδεδειγμένο πρόγραμμα διατροφής και άσκησης, καθώς επίσης και οι στόχοι απώλειας βάρους για κάθε άτομο χρήζουν εξατομίκευσης και απαιτούν διεπιστημονική προσέγγιση. Μελέτες έχουν δείξει ότι μείωση κατά 5% τουλάχιστον του σωματικού βάρους απαιτείται για βελτίωση της ηπατικής στεατώσης, ενώ μείωση $\geq 7\%$ είναι απαραίτητη για αναστροφή της φλεγμονώδους διεργασίας. Η απώλεια βάρους, άλλωστε, παρουσιάζει πολλαπλά οφέλη όχι μόνο στην αναστολή της λιπώδους ηπατικής διήθησης, αλλά και την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου του μεταβολικού συνδρόμου και την γενικότερη προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ρόλος της διατροφής: Η επίδραση του διαιτητικού λίπους στα ενδοηπατικά τριγλυκερίδια εξαρτάται από το είδος των προσλαμβανόμενων λιπαρών. Έχει φανεί ότι τα Κορεσμένα Λιπαρά Οξέα (με πηγές κυρίως ζωικής προέλευσης όπως κρέας, γαλακτοκομικά, βούτυρο και φυτικά έλαια όπως το φοι-

νικέλαιο) που ενυπάρχουν σε πλειάδα επεξεργασμένων (και μη) τροφών στις οποίες βασίζεται το σύγχρονο δυτικό, ταχυφαγικό πρότυπο διατροφής, συνδέονται σταθερά με αύξηση των ενδοηπατικών τριγλυκεριδίων. Αντιθέτως, τα Ακόρεστα Λιπαρά Οξέα (με πηγές όπως το ελαιόλαδο, το αβοκάντο, το σουσάμι και τα ω-3 και ω-6 από τα ψάρια, τους ξηρούς καρπούς και κάποια φυτικά έλαια, στα οποία βασίζεται η Μεσογειακή Διατροφή) οδηγούν σε συγκριτικά πολύ μικρότερο ποσοστό εναπόθεσης λιπιδίων στο ηπατικό παρέγχυμα.

Ρόλος της άσκησης Ανεξάρτητα από την απώλεια βάρους, η σωματική δραστηριότητα έχει διαπιστωθεί ότι συμβάλλει ευεργετικά στην μείωση των ενδοηπατικών τριγλυκεριδίων. Η συσχέτιση αυτή είναι αναλογική της διάρκειας και της έντασης της άσκησης. Ως προς το είδος της άσκησης, αποτελεσματική είναι και η υψηλής έντασης διαλειμματική προπόνηση, παράλληλα με την αερόβια και την άσκηση με αντιστάσεις.

➤ **Φαρμακοθεραπεία** Η χρήση φαρμακευτικών ουσιών στη διαχείριση ασθενών με ΜΕΣΝΗ ενδείκνυται στις περιπτώσεις αποτυχίας επίτευξης των στόχων απώλειας βάρους μόνο με την εφαρμογή αλλαγών στο lifestyle. Οι GLP-1 αγωνιστές (π.χ. *Σεμαγλουτίδη - Ozempic*, *Τιρζεπατίδη - Mounjaro*, *Λιραγλουτίδη - Saxenda /Victoza*) ως ινκρετινομιμητικά φάρμακα, αυξάνουν την έκκριση της Ινσουλίνης και έχουν κύρια ένδειξη στη θεραπευτική φαρέτρα του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2. Ταυτόχρονα, έχουν αποδεδειγμένα οφέλη στη μείωση της όρεξης και την βελτίωση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη με αποτέλεσμα τη μείωση του βάρους και τη αναστροφή της ηπατικής στεατώσεως. Συγκεκριμένα η Σεμαγλουτίδη έχει λάβει έγκριση από τον FDA των Η.Π.Α. για χρήση στη Λιπώδη Νόσο του Ήπατος, ενώ νεότερα φάρμακα όπως η Τιρζεπατίδη επιδεικνύουν όφελος και σε προχωρημένα στάδια ίνωσης. Άλλες φαρμακευτικές επιλογές που ακόμη διερευνώνται περιλαμβάνουν τη Ρεσμετιρόμη, έναν μερικό αγωνιστή του υποδοχέα βήτα της θυρεοειδικής ορμόνης (THR-β). Σε κάθε περίπτωση, σε διαβητικούς ασθενείς η παρουσία ΜΕΣΝΗ οφείλει να καθοδηγεί την επιλογή αντιδιαβητικής θεραπείας προς φάρμακα με επίδραση στην λιπώδη διήθηση, τη φλεγμονή και την ίνωση (όπως η Πιογλιταζόνη και η Νταπαγλιφλοζίνη).

➤ **Διαχείριση κίρρωτικών ασθενών** Ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο της κίρρωσης χρήζουν στενής παρακολούθησης σε κέντρα με εξειδικευμένη εμπειρία. Πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει η αντιμετώπιση της πυλαίας υπέρτασης, ο έλεγχος τουλάχιστον ανά διητία για την ύπαρξη οισοφαγικών κισρών (μέσω γαστροσκόπησης), ο απεικονιστικός έλεγχος για τυχόν εξέλιξη σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση φαινομένων ρήξης της ηπατικής αντιρρόπησης (ηπατική εγκεφαλοπάθεια, ασκίτης, κισσορραγία κ.ά.) και η προσεκτική αξιολόγηση για μεταμόσχευση

σε περίπτωση μη αντιρροπούμενης κίρρωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Μεταβολικά Σχετιζόμενη Στεατωτική Νόσος του Ήπατος (ΜΕΣΝΗ) και η Μεταβολικά Σχετιζόμενη ΣτεατοΗπατίτιδα (ΜΕΣΗ) αποτελούν την κορυφή ενός παγόβουνου με τεκμηριωμένο επιδημιολογικό φορτίο, όπου ανήκουν σημαντικές «απειλές» δημόσιας υγείας του συγκαιρινού τρόπου ζωής, με κυριότερους εκπροσώπους την παχυσαρκία και το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Αν και δυστυχώς, ειδικά σε πρώιμα στάδια υποδιαγιγνώσκεται, η βαρύτητα της ΜΕΣΝΗ δύναται να περιοριστεί και η αποτροπή πρόοδου της σε ΜΕΣΗ είναι σε σημαντικό βαθμό εφικτή, αρκεί να τεθεί η κλινική υποψία και να διενεργηθεί εγκαίρως η κατάλληλη διερεύνηση. Η κατανόηση των παθολογικών αυτών οντοτήτων, των επιπλοκών και των πολυπαραγοντικών προοπτικών πρόληψης και θεραπείας τους από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της επιβάρυνσής τους στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα περίθαλψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Younossi ZM, Golabi P, Paik JM, et al. The global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH): a systematic review. *Hepatology*. 2023; 78(1): 133–145.

European Association for the Study of the Liver (EASL); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024; 81 (2): 492–524.

Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *J Hepatol*. 2023; 79(6): 1542–1556.

Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Caldwell SH, et al. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. 2023; 77(5): 1797–1835.

Tang SY, Zhang X, Zhang JJ, et al. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD): a review. *Hepatol Int*. 2024; 18(Suppl 2): 884–896.

European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024; 81: 492–523.

Ελένη Αγαπίου

ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β΄
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»

Η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης

ΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) Αποκατάσταση ορίζεται ως «ένα σύνολο παρεμβάσεων σχεδιασμένων με στόχο να βελτιστοποιούν τη λειτουργικότητα και να μειώνουν την αναπηρία σε άτομα με προβλήματα υγείας». Με πιο απλά λόγια, η αποκατάσταση βοηθά ένα παιδί, έναν ενήλικα ή έναν ηλικιωμένο να καταστεί όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητος στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής αλλά και να δύναται να λαμβάνει μέρος στην εκπαίδευση, την εργασία, τη φροντίδα της οικογένειας καθώς και σε όλες τις πτυχές της ζωής. Αυτό η ειδικότητα της αποκατάστασης το επιτυγχάνει υπογραμμίζοντας τα προβλήματα υγείας και τα συμπτώματα αυτών, τροποποιώντας το περιβάλλον του ατόμου ώστε να προσαρμόζεται καλύτερα στις ανάγκες του, εκπαιδεύοντας τον ασθενή και βρίσκοντας προσαρμοστικούς μηχανισμούς ώστε να ξεπερνά τις δυσκολίες και καθιστώντας τον ανεξάρτητο με ασφάλεια.

Ο καθένας μπορεί να χρήζει αποκατάστασης σε κάποιο στάδιο της ζωής του, είτε μετά από έναν τραυματισμό, όπως μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση, είτε μετά από ένα χειρουργείο, μία ασθένεια, ή ακόμα και λόγω μείωσης της λειτουργικότητάς του λόγω μεγάλης ηλικίας. Ενδεικτικά να αναφέρουμε ότι περίπου 25.000 με 30.000 άτομα παθαίνουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε χρόνο στην Ελλάδα, ενώ το εγκεφαλικό αποτελεί την πρώτη αιτία μόνιμης αναπηρίας. Η ιατρική Αποκατάσταση είναι μία διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο με αναπηρία αποκτά τις γνώσεις και τις ικανότητες που απαιτούνται ώστε να επιτύχει το καλύτερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας.

Έλλειμμα (“impairment”) ορίζεται οποιαδήποτε απώλεια ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας του σώματος (πχ απώλεια άκρου, διαταραχή λειτουργικότητας).

Ανικανότητας (“disability”) ορίζεται οποιοσδήποτε περιορισμός που προκαλείται από κάποιο έλλειμμα και διαταράσσει την ικανότητα εκτέλεσης

μιας δραστηριότητας σε βαθμό τέτοιο που να αποκλίνει από το φυσιολογικό (πχ αδυναμία να βαδίσει λόγω της απώλειας άκρου ποδός).

Αναπηρία (“handicap”) ορίζεται η διαταραχή αλληλεπίδρασης ατόμου με το περιβάλλον του λόγω της ανικανότητας.

Η ανικανότητα οδηγεί σε μειωμένη δραστηριότητα του ατόμου, άρα και λειτουργικότητα και η αναπηρία σε περιορισμό της συμμετοχής. Παράγοντες που αποκλείουν τη συμμετοχή μπορεί να είναι είτε προσωπικοί (πάθηση, κατάσταση ασθενούς) είτε περιβαλλοντικοί (μη προσβασιμότητα).

Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ιστορικά, η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ξεκίνησε στις αρχές του 20ου αιώνα με τη δημιουργία προθέσεων και βοηθημάτων για ασθενείς όπως η πολιομυελίτιδα και εδραιώθηκε κατά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο λόγω της ανάγκης για αποκατάσταση που αφορούσε τραυματίες στρατιώτες. Η φυσική ιατρική και αποκατάσταση επικεντρώνονταν αρχικά σε 2 τομείς, τη χρήση φυσικών μέσων, όπως φυσιοθεραπεία, υδροθεραπεία, και την αποκατάσταση που εστίαζε στην λειτουργική ανάρρωση. Ο Krusen FH ξεκίνησε το πρώτο πρόγραμμα εκπαίδευσης φυσιάτρων το 1936 στις ΗΠΑ, ενώ το 1947 αναγνωρίστηκε η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Αμερική και δημιουργήθηκε το American Board of Physical Medicine and Rehabilitation.

Στην Ελλάδα η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης αναγνωρίστηκε το 1972. Το 1977 ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Ε.Ε.Φ.Ι.Απ) και το 1978 οι πρώτοι Φυσίατροι ολοκλήρωσαν την εκπαίδευσή τους.

Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση ή αλλιώς «Φυσιατρική» αποτελεί ανεξάρτητη ιατρική ειδικότητα που είναι υπεύθυνη για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της αποκατάστασης ατόμων όλων των ηλικιών με παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν αναπηρία. Η εκπαίδευση στην ειδικότητα είναι πενταετής και περιλαμβάνει:

- 6 μήνες Παθολογία
 - 6 μήνες Νευρολογία
 - 6 μήνες Ορθοπεδική
 - 3,5 χρόνια Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση
- Παραδείγματα νόσων-πεδίων Αποκατάστασης
- Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια
 - Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις
 - Εγκεφαλική Παράλυση

- Κακώσεις Νωτιαίου Μυελού
- Μετά από μία ορθοπεδική επέμβαση ανάλογα με την βαρύτητα και τη γενική κατάσταση του ασθενούς
- Πολυτραυματίες
- Μυελίτιδα, μυελοπάθεια
- Μυοσκελετικές Κακώσεις
- Νευρομυϊκές Παθήσεις
- Μυοπάθεια- μυασθένεια
- Πολλαπλή Σκλήρυνση
- Αρθρίτιδες
- Σύνδρομο Υπερχρήσης
- Ακρωτηριασμοί
- Διαχείριση σπαστικότητας
- Επώδυνα σύνδρομα, όπως οσφυαλγίες, αυχεναλγίες, ωμαλγίες

ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ομάδα Αποκατάστασης

Αποτελεί διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας που εξειδικεύονται στην αποκατάσταση και με κέντρο τις ανάγκες και τη φροντίδα του ασθενούς διενεργείται ολιστική προσέγγιση. Συντονιστής αυτής της ομάδας είναι ο Φυσίατρος, Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και συνεργάτες– μέλη της ομάδας μπορεί να είναι διάφοροι επαγγελματίες υγείας όπως ο φυσιοθεραπευτής, ο λογοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, νοσηλευτής, διαιτολόγος και άλλοι ανάλογα με την περίπτωση.

Στόχοι αποκατάστασης: θεραπεία υποκείμενης παθολογίας, μείωση ελλειμμάτων και αναπηρίας, πρόληψη και θεραπεία επιπλοκών, βελτίωση λειτουργικότητας και αυτονομίας και ενίσχυση της συμμετοχής.

- Αποκατάσταση μπορεί να γίνει σε διάφορα στάδια παθολογικών καταστάσεων όπως : παρέμβαση από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με συστάσεις για κινητοποίηση, πρόληψη επιπλοκών, όπως ελκών πίεσης, πρέσεις νεύρων κ.α.
- Σε κάποιες περιπτώσεις από την οξεία φάση κατά τη νοσηλεία του σε διάφορα τμήματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πρόιμη παρέμβαση μετά από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια παράλληλα με τη νοσηλεία ώστε να γίνει έγκαιρη έναρξη αποκατάστασης, όπως εκπαίδευση σε σωστή θέση επί κλίνης (positioning), ασκήσεις επί κλίνης, επανεκπαίδευση με ασφάλεια στην καθιστή, στην όρθια θέση και αργότερα στη βάδιση, κατάλληλο ασκησιολόγιο παράλληλα με έναρξη

προγράμματος εργοθεραπείας και λογοθεραπείας, εφαρμογή κατάλληλων ναρθήκων. Άλλη περίπτωση όπου η πρώτη παρέμβαση είναι σημαντική είναι σε περιπτώσεις σχεδιασμένου ακρωτηριασμού, όπου προ ακρωτηριασμού με εκτίμηση γενικής κατάστασης του ασθενούς, πρόληψη και αντιμετώπιση συγκάμψεων και κατάλληλου ασκησιολογίου, γίνεται προετοιμασία του ασθενούς ώστε να χρησιμοποιεί καλύτερα μελλοντικό προθετικό άκρο.

- Υποξεία φάση, συνήθως στο πρώτο εξάμηνο μετά τη νόσο (νοσηλεία σε Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης). Κατά την περίοδο αυτή ο ρόλος των Φυσιατρών σε συνεργασία με όλη την ομάδα αποκατάστασης είναι κρίσιμος. Πρόκειται για τη χρονική περίοδο όπου ο ασθενής έχει σταθεροποιηθεί από τυχόν παθολογικές καταστάσεις και εμφανίζεται η μέγιστη νευροπλαστικότητα του εγκεφάλου ενώ επιτελείται η μεγαλύτερη νευρολογική ανάνηψη. Τα Κέντρα Αποκατάστασης όπου επιτελείται σε υποξεία φάση αποκατάσταση μπορεί να είναι είτε κλειστής είτε ανοιχτής νοσηλείας, Δημόσια ή Ιδιωτικά. Η πλειοψηφία των δημοσίων κλινών αποκατάστασης βρίσκονται στην Αττική και συγκεκριμένα στο Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων, στο ΚΑΤ, στο Ασκληπείο Βούλας και στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ.Γεννηματάς. Δημόσιες δομές Αποκατάστασης Ανοιχτής Νοσηλείας είναι τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Κ.Ε.Φ.Ι.Α.Π.), τα οποία ανήκουν σε κάποιο νοσοκομείο και βρίσκονται μακριά από μεγάλα αστικά κέντρα. Με εξαίρεση 2 Κ.Ε.Φ.Ι.Α.Π, Σερρών και Φλώρινας, τα οποία έχουν και νοσηλευόμενους ασθενείς, τα υπόλοιπα εξυπηρετούν μόνο εξωτερικούς ασθενείς.
- Στη χρόνια φάση: ως εξωτερικός ασθενής, όπου οι φυσίατροι διαχειρίζονται τα χρόνια ελλείμματα ή προβλήματα που ανακύπτουν στην πορεία και αφορούν την καθημερινότητα του ασθενούς, την αυτοεξυπηρέτηση του και τη λειτουργικότητα του. Για παράδειγμα, διαχείριση σπαστικότητας, διαχείριση νευρογενούς κύστης, αλλαγή σε ορθώσεις ή κνηδόνες.

Αποτελέσματα έλλειψης αποκατάστασης

Το πρώτο που παρατηρούμε σε ασθενείς οι οποίοι δεν προχώρησαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης είναι οι επιπλοκές της ακινησίας, όπως μυϊκές ατροφίες, έλκη πίεσης, λοιμώξεις αναπνευστικού, μεγάλη σπαστικότητα, συγκάμψεις, έκτοπη οστεοποίηση. Ακόμα πολύ συχνό είναι ο πόνος, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την αλγοδυστροφία μετά από μακρά ακινητοποίηση ιδίως μετά από κατάγματα άκρας χείρας και άκρου ποδός.

Μη διαχείριση διαταραχών κατάποσης που μπορεί να οδηγήσουν σε επανα-

λαμβανόμενα επεισόδια εισρόφησης και νοσηλειών αυξάνοντας τη νοσηρότητα και την θνητότητα. Επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις, για παράδειγμα σε ασθενή με νευρογενή κύστη επί εδάφους σκλήρυνσης για παράδειγμα, όπου δεν υπήρξε ούτε έλεγχος ούτε μέριμνα για τη διαχείριση αυτής. Η μη εφαρμογή κάποιου ολοκληρωμένου προγράμματος αποκατάστασης σε ασθενείς οι οποίοι μετά από ένα οξύ ιατρικό συμβάν εμφάνισαν κάποιο έλλειμμα, θα οδηγούσε σε επιπλοκές αυξάνοντας τη νοσηρότητα και την θνητότητα και ο ασθενής θα παρέμενε εξαρτημένος από φροντιστή και μη λειτουργικός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ειδικότητα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης δεν είναι μία καινούργια ιατρική ειδικότητα. Εμφανίστηκε περί τις αρχές του 20ου αιώνα και στην Ελλάδα αναγνωρίστηκε το 1972. Σκοπός της είναι η αποκατάσταση των ασθενών με νευρολογικά και κινητικά κυρίως ελλείμματα, η διαχείριση προβλημάτων ασθενών με χρόνιες αναπηρίες αλλά και η διαχείριση και αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων, όπως επώδυνα σύνδρομα, διαταραχές βάδισης, αθλητικές κακώσεις, μετεγχειρητικά σε ορθοπεδικές επεμβάσεις κ.α.

FreeStyle Libre 2 Plus: Ο πρώτος αισθητήρας 15 ημερών*



Η ευκολία του συστήματος
FreeStyle Libre 2¹, τώρα
με αισθητήρα 15 ημερών



Αυτόματη λήψη δεδομένων γλυκόζης
στο κινητό τηλέφωνο^{2,3} κάθε λεπτό
και προαιρετικές ειδοποιήσεις
υψηλής και χαμηλής γλυκόζης⁴



Αποδεδειγμένη ακρίβεια⁵
για τις πιο σημαντικές
αποφάσεις σας για τη γλυκόζη



Ένδειξη για χρήση σε παιδιά από 2 ετών και άνω⁶



www.FreeStyleLibre.gr

Abbott

Οι εικόνες είναι ενδεικτικές. Δεν απεικονίζονται πραγματικοί ασθενείς ή δεδομένα ασθενών.
*Μεταξύ των αισθητήρων FreeStyle Libre.

1. Haak, T. Diabetes Therapy (2017); <https://doi.org/10.1007/s13300-016-0223-6>. 2. Η εφαρμογή FreeStyle LibreLink είναι συμβατή μόνο με ορισμένα κινητά τηλέφωνα και λειτουργικά συστήματα. Παρακαλούμε ελέγξτε τον Οδηγό Συμβατότητας Κινητών Τηλεφώνων στην παρούσα ιστοσελίδα πριν χρησιμοποιήσετε την εφαρμογή. Η χρήση της εφαρμογής μπορεί να απαιτεί εγγραφή στο LibreView. 3. Οι ενδείξεις γλυκόζης προβάλλονται αυτόματα στην εφαρμογή FreeStyle LibreLink μόνο όταν το κινητό τηλέφωνο και ο αισθητήρας είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους και εντός εμβέλειας 6 μέτρων. 4. Οι ειδοποιήσεις λαμβάνονται μόνο όταν ο ασθενής έχει ενεργοποιήσει τις ειδοποιήσεις και ο αισθητήρας βρίσκεται σε απόσταση εντός 6 μέτρων από το κινητό ή τη συσκευή ανάγνωσης, χωρίς εμπόδια. Πρέπει να έχετε ενεργοποιήσει στις ρυθμίσεις του κινητού την παράκαμψη της λειτουργίας "Μην ενοχλείτε" για να λαμβάνετε ειδοποιήσεις στη συσκευή σας. 5. Data on file, Abbott Diabetes Care, Inc. 6. Η ένδειξη του συστήματος στα παιδιά (2-12 ετών) περιορίζεται σε αυτά που επιβλέπονται από άτομα παροχής φροντίδας, το οποίο είναι: τουλάχιστον 18 ετών. Το άτομο παροχής φροντίδας είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση ή τη βοήθεια του παιδιού στη διαχείριση της Εφαρμογής και του Αισθητήρα, καθώς και για την ερμηνεία ή τη βοήθεια του παιδιού στην ερμηνεία των δεδομένων γλυκόζης του αισθητήρα. Το εξωτερικό περιβλήμα του αισθητήρα, το FreeStyle, το Libre και οι σχετικές εμπορικές επωνυμίες είναι εμπορικά σήματα της Abbott.

© 2025 Abbott. ADC-116882 v1.0, 07/2025

Σύγχρονα κλειστά κυκλώματα
συνεχούς καταγραφής γλυκόζης
και αντλίας ινσουλίνης στη διαχείριση
του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα εξελεγμένα κλειστά κυκλώματα (Hybrid Closed Loop – HCL και Advanced Hybrid Closed Loop – A-HCL), τα οποία συνδυάζουν συνεχή καταγραφή γλυκόζης (Continuous Glucose Monitoring – CGM) με αυτοματοποιημένη προσαρμογή της βασικής έγχυσης ινσουλίνης, αποτελούν σημαντική τεχνολογική εξέλιξη στη θεραπευτική του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1). Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται οι νεότερες τεχνολογίες, τα κλινικά οφέλη, οι περιορισμοί τους, καθώς και οι μελλοντικές προκλήσεις και προοπτικές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 αποτελεί μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή, κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα στοχεύει και καταστρέφει τα β-κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος, υπεύθυνα για την παραγωγή ινσουλίνης. Η απώλεια της ενδογενούς ινσουλίνης οδηγεί σε απόλυτη ινσουλινοπενία και συνεπακόλουθη υπεργλυκαιμία, καθιστώντας αναγκαία τη διάβιου εξωγενή χορήγησή της.

Επί δεκαετίες, η αντιμετώπιση του ΣΔ1 βασιζόταν στη χορήγηση ινσουλίνης με πένες και στη συχνή μέτρηση γλυκόζης με δακτυλικές μετρήσεις – μια αποτελεσματική αλλά ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία. Η εξέλιξη της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια οδήγησε στη μετάβαση σε συστήματα κλειστού κυκλώματος, τα οποία συνδυάζουν αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης με συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (CGM). Η ολοκληρωμένη αυτή προσέγγιση επιτρέπει πιο ακριβή και αυτοματοποιημένη ρύθμιση της γλυκόζης, μειώνοντας τις διακυμάνσεις και προσεγγίζοντας την έννοια του «τεχνητού παγκρέατος».

1. Συνεχής Καταγραφή Γλυκόζης (CGM)

Τα σύγχρονα συστήματα Συνεχούς Καταγραφής Γλυκόζης αποτελούν τον θεμέλιο λίθο των τεχνολογιών κλειστού κυκλώματος. Οι νεότερες γενιές αισθητήρες χαρακτηρίζονται από υψηλή ακρίβεια, με τιμές MARD συνήθως <10%, επιτρέποντας αξιόπιστη κλινική λήψη αποφάσεων χωρίς την ανάγκη συστηματικών δακτυλικών μετρήσεων. Η απαλλαγή από βαθμονόμηση μειώνει σημαντικά το φορτίο για τον ασθενή και ενισχύει τη συμμόρφωση. Επιπλέον, τα συστήματα ενσωματώνουν προγνωστικούς συναγερμούς υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας, διευκολύνοντας την έγκαιρη παρέμβαση και τη μείωση των γλυκαιμικών διακυμάνσεων. Η δυνατότητα απομακρυσμένης παρακολούθησης και διαμοιρασμού δεδομένων σε πραγματικό χρόνο παρέχει ασφάλεια σε γονείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας. Η συνεχής ροή δεδομένων αποτελεί, ταυτόχρονα, βασικό στοιχείο των αυτοματοποιημένων αλγορίθμων χορήγησης ινσουλίνης.

2. Αντλίες Συνεχούς Έγχυσης Ινσουλίνης (CSII)

Οι σύγχρονες αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης αποτελούν κεντρικό πυλώνα των συστημάτων κλειστού κυκλώματος. Παρέχουν ακριβή και προγραμματιζόμενη βασική ινσουλίνη, η οποία μπορεί να προσαρμόζεται βάσει του ημερήσιου προφίλ, της φυσικής δραστηριότητας, των κιρκαδιανών μεταβολών και των ιδιαίτερων μεταβολικών αναγκών του ασθενούς.

Προσφέρουν επίσης ευελιξία στη χορήγηση bolus (standard, dual-wave, square-wave), διευκολύνοντας τον έλεγχο της μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας. Οι προηγμένες λειτουργίες, όπως προσωρινή βασική ινσουλίνη, αυτόματα αναστολή χορήγησης σε περίπτωση υπογλυκαιμίας και αυτοματοποιημένη επανέναρξη, συμβάλλουν στη μείωση των υπογλυκαιμιών και στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων.

Η βελτίωση της εργονομίας, ο μικρός όγκος των συσκευών, η μεγαλύτερη αξιοπιστία των καθετήρων και η αυξημένη διάρκεια ζωής τους έχουν ενισχύσει σημαντικά τη χρηστικότητα και την αποδοχή της μεθόδου.

3. Αλγόριθμοι και Συστήματα Κλειστού Κυκλώματος (AID Systems)

Τα συστήματα AID συνδυάζουν τις μετρήσεις CGM με αντλία ινσουλίνης, αξιοποιώντας εξελιγμένους αλγόριθμους ελέγχου, κυρίως PID (proportional–integral–derivative), MPC (model predictive control) ή αλγορίθμους προσαρμοστικής μάθησης. Μέσω πρόβλεψης των τάσεων της γλυκόζης, ρυθμίζουν αυτόματα τον ρυθμό βασικής έγχυσης, μειώνοντας τη μεταβλητότητα και αυξάνοντας τον χρόνο εντός στόχου (Time in Range, TIR).

Τα συστήματα hybrid closed-loop εξακολουθούν να απαιτούν δήλωση των γευμάτων, ενώ τα νεότερα advanced ή fully closed-loop επιδιώκουν ελαχι-

στοποίηση της ανάγκης για χειροκίνητες παρεμβάσεις. Η χρήση τους έχει συσχετισθεί με βελτιωμένο γλυκαιμικό προφίλ, μείωση υπογλυκαιμιών, χαμηλότερη HbA1c και σημαντική αύξηση της ποιότητας ζωής.

4. Κλινικά Οφέλη των Συστημάτων Κλειστού Κυκλώματος

Η χρήση συστημάτων κλειστού κυκλώματος προσφέρει πολλαπλά τεκμηριωμένα οφέλη. Με την αυτοματοποιημένη προσαρμογή της ινσουλίνης επιτυγχάνεται σταθερότερη γλυκαιμική ρύθμιση και σαφής μείωση της ενδομερήσιας διακύμανσης της γλυκόζης, η οποία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για οξείες και χρόνιες επιπλοκές. Παρατηρείται, επίσης, σημαντική μείωση των υπογλυκαιμιών, ιδιαίτερα των νυκτερινών.

Τα συστήματα αυτά συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη μείωση του γνωστικού φορτίου της καθημερινής διαχείρισης. Για τις οικογένειες παιδιών με ΣΔ1, η απομακρυσμένη παρακολούθηση προσφέρει σημαντικό ψυχολογικό όφελος και αίσθημα ασφάλειας.

5. Περιορισμοί και Προκλήσεις

Παρά τα πλεονεκτήματα, εξακολουθούν να υφίστανται περιορισμοί. Το κόστος και η περιορισμένη πρόσβαση στη σύγχρονη τεχνολογία αποτελούν σημαντικά εμπόδια σε αρκετά συστήματα υγείας. Η χρήση των συστημάτων κλειστού κυκλώματος απαιτεί εξειδικευμένη εκπαίδευση τόσο του ασθενούς όσο και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Τεχνικά ζητήματα, όπως απώλεια σήματος μεταξύ αισθητήρα και αντλίας, προβλήματα καθετήρων ή διακοπές στη μέτρηση γλυκόζης, μπορεί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η εξατομίκευση των θεραπευτικών στόχων παραμένει κρίσιμη σε ειδικούς πληθυσμούς – μικρά παιδιά, εγκύους και ηλικιωμένους. Επιπλέον, υφίστανται νομοθετικά και αποζημιωτικά εμπόδια που περιορίζουν την ευρεία υιοθέτηση των συστημάτων.

Σημαντικό είναι ότι στην Ελλάδα βρίσκονται ήδη σε κυκλοφορία δύο εγκεκριμένα συστήματα κλειστού κυκλώματος, τα οποία έχουν επιδείξει ιδιαίτερα θετική ανταπόκριση τόσο από πλευράς ασθενών όσο και από επαγγελματίες υγείας. Η εμπειρία από την καθημερινή κλινική πράξη δείχνει σημαντική αύξηση της αποδοχής, βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης και ενθαρρυντικά επίπεδα συμμόρφωσης, γεγονός που υπογραμμίζει τη δυναμική αυτών των τεχνολογιών στο ελληνικό σύστημα υγείας

6. Μελλοντικές Κατευθύνσεις στην Τεχνολογία Διαβήτη

Οι μελλοντικές εξελίξεις επικεντρώνονται στην ανάπτυξη πλήρως αυτοματοποιημένων συστημάτων, τα οποία θα λειτουργούν χωρίς την ανάγκη ει-

σαγωγής υδατανθράκων πριν από τα γεύματα. Παράλληλα, ερευνητικά πρωτόκολλα εξετάζουν την αποτελεσματικότητα dual-hormone συστημάτων με ταυτόχρονη χορήγηση ινσουλίνης και γλυκαγόνης.

Υπό ανάπτυξη βρίσκεται και η λεγόμενη «έξυπνη» ινσουλίνη με δυναμική απόκριση στα επίπεδα γλυκόζης, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε νέα εποχή φυσιολογικότερης ινσουλινοθεραπείας. Τέλος, οι τεχνολογίες ενσωμάτωσης δεδομένων με φορητές συσκευές και προηγμένα συστήματα τεχνητής νοημοσύνης αναμένεται να επιτρέψουν περαιτέρω εξατομίκευση της θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα σύγχρονα κλειστά κυκλώματα αποτελούν σημαντικό εργαλείο στη σύγχρονη θεραπευτική του ΣΔ1, προσφέροντας βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο, μείωση υπογλυκαιμικών επεισοδίων και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής. Η συνεχής εξέλιξη τόσο των αισθητήρων όσο και των αλγορίθμων προβλέπεται να οδηγήσει σε συστήματα ολοένα και πιο αυτόνομα, με τελικό στόχο την πλήρη αποφόρτιση του ασθενούς από τη διαρκή ανάγκη ρύθμισης της γλυκόζης.

Οι σεισμοί του 1881 στη Χίο
και η συμβολή του ιατρικού προσωπικού
στην περίθαλψη των θυμάτων

Στις 3 Απριλίου του 1881 σεισμός μεγέθους 7,3 Ρίχτερ συγκλονίζει το νησί της Χίου και τα γειτονικά παράλια της Ερυθραίας. Οι δονήσεις συνεχίστηκαν για ικανό χρονικό διάστημα. Μεγάλο μέρος των χωριών της Χίου αλλά και της Χώρας υπέστη μεγάλες ζημιές, κτίρια κατέρρευσαν, ενώ τα θύματα υπολογίζονται περίπου στις 3.500 ψυχές. Παράλληλα υπήρξε και μεγάλος αριθμός τραυματιών. Ο σεισμός αυτός καταγράφηκε με την λαϊκή έκφραση «χαλασμός».

Οι ιατροί του νησιού σπεύδουν αμέσως να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στην περίθαλψη των τραυματιών.

Από τους πρώτους που δραστηριοποιήθηκαν, ήταν ο ιατρός Σταμάτιος Κωνσταντινίδης. Γεννήθηκε στην Κοινή της Χίου το 1840. Φοίτησε στην Θεολογική Σχολή της Χάλκης, σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και μετεκπαιδεύτηκε στο Παρίσι. Άσκησε στην Αίγυπτο, ενώ στη συνέχεια αποσύρθηκε στον Κάμπο της Χίο, όπου και αποβίωσε το 1914. Εκτός της Ιατρικής, ασχολήθηκε και με την λογοτεχνία¹. Η συμβολή του στην άμεση περίθαλψη των τραυματιών, με δεδομένη την εξαιρετική του εκπαίδευση, υπήρξε σημαντική.

Αργότερα, μας παρέδωσε και μια λεπτομερή καταγραφή της εικόνας του σεισμού που έζησε ως αυτόπτης μάρτυρας. Γράφει λοιπόν ο Στ. Κωνσταντινίδης, περιγράφοντας γλαφυρά τις πρώτες ώρες του σεισμού:

... «Απ άκρου εις άκρον της νήσου ηκούετο καταχθόνιος θόρυβος κρημνιζομένων οικιών, σιμωγαί θνησκότων και τραυματιών, φωναί γοεραί και απέλπιδες των καταπλακωθέντων υπό των ερειπίων, υλακαί και ουρλιάσματα κυνών, διαρκείς υποχθόνιοι βοαί και μία συνεχής απερίγραπτος φρικώδης βοή, ανάμικτος γοών, θρήνων, απελπισίας» ...

1. Παϊδούση Μ., *Η Ιατρική στη Χίο κατά τους τελευταίους αιώνες (1600-1900)*, Χίος 2001, σ. 126-127, 220-222

Σε άλλο σημείο μας περιγράφει τα πρώτα μέσα που χρησιμοποίησε, εκ των ενόντων, για την περιποίηση των τραυμάτων των θυμάτων:

... «Είχον μαζί μου εν χειρουργικόν εγκόλπιον, αντί παντός αντισηπτικού και δροσιστικού φαρμάκου είχαν μόνον νερό και αντί επιδέσμων ήμην αναγκασμένος να χρησιμοποιήσω τα αιμοσταγή ράκη των τραυματιών και εν τούτοις, ούτως έδει ποιείσαι»...

Παράλληλα, αναφέρεται και στην κινητοποίηση για την παροχή βοήθειας από την γείτονα Σμύρνη, καθώς και τη Σύρο²:

... «Την 23ην Μαρτίου οι ευγενείς και ομαίμονες Σμυρναίοι και Ερμούπολιται έσπευσαν πρώτου αρωγοί δι' ατμοπλοίων ιδίαις δαπάναις κινηθέντων, να αποστείλουν τρόφιμα, φάρμακα, σκεπάσματα και ξυλείαν και ότι άλλο απήτει η φιλανθρωπία κατ' αυτάς τας τραγικάς ώρας, όπου τα πάντα απώλυντο και έφθασαν εγκαίρως δια να καλύψωσι τας πληγάς της δυστυχούς μας πατρίδος. Ιατροί εθελονταί, στρηροί του Ασκληπείου θεράποντες, παρηκολούθησαν αυτούς και ήρξαντο αμέσως του φιλανθρωπικού αυτών καθήκοντος» ...

Τέλος υπογραμμίζει την αποφασιστική συμβολή όλων των ιατρών συναδέλφων του στην φροντίδα των τραυματιών, ενώ μας πληροφορεί ότι ο φαρμακοποιός Ιωάννης Σόδης του προμηθεύει δωρεάν επιδεσμικό και φαρμακευτικό υλικό από το Φαρμακείο του³.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός από τις πρώτες μέρες της καταστροφής οργανώνει αποστολή ιατρών, τραυματιοφορέων, νοσοκόμων κ.α. Σε αυτήν συμμετέχουν σημαίνοντες ιατροί των Αθηνών, όπως ο καθηγητής Χριστόμανος, οι ιατροί Γαλβάνης, Δ. Κατερινόπουλος, Λούνης, Αναστασιάδης, Ν. Μακκάς, και οι επίκουροι ιατροί Σπάθης, Κουτσομητόπουλος, και Παπαδάκης. Συμμετέχουν επίσης και οι φοιτητές της Ιατρικής Μ. Παναγόπουλος και Δ. Δέδες⁴. Μαζί τους φέρνουν και άφθονο υγειονομικό υλικό, φορεία, επιδέσμους, αντισηπτικά, χειρουργικά υλικά κ.α. Μέρος του υλικού αυτού παραδίδεται αργότερα στο Νοσοκομείο των Χίων⁵. Συστήνεται μάλιστα και πρόχειρο Νοσοκομείο του στην πλατεία Βουνακίου, το οποίο παρέ-

2. Είναι γνωστό το γεγονός ότι στην Σύρο υπήρχε ακμάζουσα Χιακή παροικία, από φυγάδες των τραγικών γεγονότων των σφαγών του 1822

3. Η καταγραφή του αυτή δημοσιοποιήθηκε αργότερα σε τρεις συνέχειες στον τοπικό Τύπο, από συγγενικό πρόσωπο του ιατρού [Κωνσταντίνου Σταμ., Περιγραφή του Σεισμού του 1881, εφημ. Πρόοδος, αρ. φ. 5630, 5632 και 5633 (Αύγ. 1949)]

4. Βαλβάνη Ιούλ., *Ο Ερυθρός Σταυρός εν Χίω*, Αθήναι 1881, σ. 6 επίσης Παγανέλλη Σπ., *Οδοιπορικά σημειώσεις*, Αθήναι 1882, σ.13, 60

5. Για περιγραφή της εν γένει δράσης του Ε. Σ. στη Χίο την περίοδο εκείνη βλέπε Βαλβάνη Ιούλ., *Ο Ερυθρός Σταυρός ...* όπ.π.

μεινε στην Χίο μέχρι τις 16 Μαΐου 1881. Η εκεί παροχή ιατρικής φροντίδας υπήρξε υποδειγματική.

Στην λεπτομερή αναφορά που συνέταξε ο ιατρός, μέλος της αποστολής, Μιλτιάδης Παναγόπουλος γίνονται επανειλημμένα κολακευτικές αναφορές στην συνεισφορά του προαναφερθέντος Χιώτη ιατρού Στ. Κωνσταντινίδη⁶. Μετά την αποχώρηση του κλιμακίου του Ε. Ε. Σ., φαίνεται ότι ο Στ. Κωνσταντινίδης αναλαμβάνει αφιλοκερδώς την περίθαλψη των θυμάτων.

Η ελληνική κυβέρνηση αποστέλλει βοήθεια σε υλικό με τον καθηγητή Σπύρο Μαγγίνα και συστήνει Νοσοκομείο στην περιοχή «Μεζάρια»⁷.

Διεθνής αποστολή καταφθάνει και από την Σμύρνη με την συνδρομή των Χίων και των καθολικών. Σε αυτήν συμμετέχουν ο Μιχαήλ Ισηγόνης, ο Μιχαήλ Βασιλειάδης και οι ιατροί Λάτρης, Γιοβανώφ και Νικολαΐδης⁸.

Την αποστολή από την Σύρο πλαισιώνουν οι ιατροί Ι. Χατζηδάκης, Αντ. Ξανθάκης και Γ. Σταυρίδης. Παρών και ο Χιώτης ιατρός Ψαλτάκης. Η ομάδα αυτή δραστηριοποιείται στην Καλλιμασιά⁹.

Παράλληλα το παλαιό Νοσοκομείο των Χίων (το Σκυλίτσειο δεν είχε ακόμη κατασκευαστεί) καταστρέφεται ολοσχερώς και διασώζεται μόνο η αίθουσα του Γηροκομείου¹⁰.

Καταδεικνύεται λοιπόν ότι οι ιατροί της Χίου, καθόλου δεν υστέρησαν σε προσφορά, κατά τις τραγικές ημέρες που πέρασε το Νησί μας το 1881. Παράλληλα συγκινητική ήταν και η κινητοποίηση των Ελλήνων υγειονομικών από άλλες περιοχές στην πολύπαθη Χίο.

6. Βαλβάνη Ιούλ., *Ο Ερυθρός Σταυρός ...* ό.π.π., σ. 42-43

7. Παγανέλλη Σπ., *Οδοιπορικά ...* ό.π.π., σ.18

8. Παγανέλλη Σπ., *Οδοιπορικά ...* ό.π.π., σ. 61

9. Παγανέλλη Σπ., *Οδοιπορικά ...* ό.π.π., σ. 49-50, 33

10. Παϊδούση Μ., *Η Ιατρική στη Χίο, κατά τους τελευταίους αιώνες (1600-1900)*, Χίος 2001, σ. 40

TERRA

Συμπληρώματα διατροφής

Genecom

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Αυτοί που γνωρίζουν,
επιλέγουν τα καλύ...**TERRA!**



TERRA B12

ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
ΝΕΥΡΙΚΟΥ, ΜΥΙΚΟΥ ΚΑΙ
ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Το Terra B12 συμπληρώνει τις ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνη B12, συμβάλλοντας:
- Στη φυσιολογική λειτουργία του νευρικού και ανοσοποιητικού συστήματος.
 - Στη φυσιολογική ψυχολογική λειτουργία.
 - Στη μείωση της αδυναμίας και της κόπωσης.
 - Στην ομαλοποίηση των μηχανισμών του μεταβολισμού.

TERRA D3 PLUS SOFTGELS

2.000 IU Vitamin D₃

60 ΜΑΛΑΚΕΣ ΚΑΨΟΥΛΕΣ

Με ελαιώδες διάλυμα

50μg / κάψουλα

Η βιταμίνη D3 συμβάλλει:

- Στη φυσιολογική απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου.
- Στη φυσιολογική κατάσταση των οστών.
- Στη φυσιολογική λειτουργία των μυών.
- Στη φυσιολογική κατάσταση των δοντιών.
- Στη φυσιολογική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.



Με κάθε σας αγορά
στηρίζουμε



Κεντρικό: Θεσσαλονίκη

Κων. Καραμανλή 145 τ.κ. 54249

τ. 2310 330 393 φ. 2310 320 114

Υποκατάστημα: Αθήνα

Βασιλέως Αλεξάνδρου 39, Περιστέρι τ.κ. 12131

τ. 210 60 47 050

www.genecom.gr e-mail: info@genecom.gr



Genecom



genecom.gr



Genecom

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΔΙΑΒΗΤΟ-ΠΟΛΙΣ ΧΙΟΥ 2024: ΔΙΗΜΕΡΟ ΓΝΩΣΗΣ, ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Στις 17 και 18 Οκτωβρίου, η Χίος μετατράπηκε σε ένα ζωντανό κέντρο ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης μέσα από τη διήμερη διοργάνωση «Διαβητο-Πόλις Χίου», που υλοποιήθηκε από τον Σύλλογο Ατόμων με Διαβήτη Βορείου Αιγαίου «Γλυκιά Διάδραση» με συμμετοχή και υποστήριξη του ιατρικού κόσμου της Χίου και όχι μόνο.

Πρόκειται για μια δράση που ανέδειξε τη δύναμη της συνεργασίας της επιστημονικής κοινότητας, των συλλόγων ασθενών και των φορέων της τοπικής κοινωνίας, με στόχο τη συνολική προσέγγιση του σακχαρώδη διαβήτη. Μια γιορτή υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο

Το «Διαβητο-Χωριό» της Χίου πρόσφερε στο κοινό ολιστική ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη, την αντιμετώπιση και τη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη. Οι επισκέπτες είχαν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε:

- Επιστημονικές ομιλίες από διακεκριμένους ενδοκρινολόγους του νησιού μας αλλά και από όλη την Ελλάδα και επαγγελματίες υγείας, διατυπωμένες σε γλώσσα απλή και κατανοητή.

- Διαδραστικά εργαστήρια διατροφής, άσκησης και ψυχολογικής ενδυνάμωσης.

- Παρουσίαση νέων ιατροτεχνολογικών προϊόντων, που δίνουν νέα προοπτική στη διαχείριση του διαβήτη.

- Εξετάσεις και συμβουλευτική από εξειδικευμένη ομάδα ποδολόγων.

- Μαγειρικές παρουσιάσεις και υγιεινές δημιουργίες, συμπεριλαμβανομένων επιλογών χωρίς γλουτένη.

- Ζωντανές επιδείξεις άσκησης και χορού, που ενίσχυαν το μήνυμα πως η κίνηση αποτελεί κεντρικό πυλώνα της ρύθμισης.

- Προβολή της ταινίας μικρού μήκους «Ζω χωρίς να φοβάμαι», που πραγματεύεται τη ζωή με διαβήτη.

Η συμμετοχή του κόσμου ξεπέρασε κάθε προσδοκία, ενώ το ενδιαφέρον στις επιστημονικές διαλέξεις στο Ομήρειο Πνευματικό Κέντρο αποτέλεσε σαφή ένδειξη της ανάγκης για ενημέρωση.



CardioSalt®

ΑΛΑΤΙ

- Μεταλλικό
αλάτι
με 50%
λιγότερο
νάτριο
- Εναλλακτικό του επιτραπέζιου αλατιού
 - Αυθεντική γεύση θαλασσινού αλατιού



Pharmaceutical Laboratories

Χαμηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα • Χωρίς συντηρητικά



**«Το νησί των σημαδεμένων
Σπιναλόγκα-Η άρρωστη πολιτεία»**
ΘΕΜΟΣ ΚΟΡΝΑΡΟΣ

ΓΑΛΑΤΕΙΑ ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗ

Εκδόσεις Καστανιώτη

Έτος 1ης έκδοσης: 2010

Για μισό περίπου αιώνα στον υποβλητικό βράχο της Σπιναλόγκας, περπάτησαν ερωτεύτηκαν, μαρτύρησαν αλλά και επιβίωσαν άνθρωποι που προέρχονταν από την «απέναντι όχθη» θύματα μιας ολόκληρης εποχής. Στο καστρόχτιστο νησί του Μεραμπέλλου, σ' ένα χώρο ταυτισμένο με την προκατάληψη,

έχτιζαν τη ζωή τους από την αρχή η εκτοπισμένοι, προσπαθώντας να ξεπεράσουν τις κοινωνικές αντιξοότητες, ώστε να προετοιμάσουν μια αξιοπρεπή αποχώρηση από τον «επίγειο παράδεισο».

Ο αποκλεισμός αυτών των ανθρώπων και η καθημερινότητά τους υπήρξαν για πολλά χρόνια ζητήματα ταμπού για την ελληνική κοινωνία και την πεζογραφία της. Δύο όμως Έλληνες συγγραφείς τόλμησαν να τα θίξουν, γράφοντας εν θερμώ δύο συγκλονιστικά κείμενα που έμειναν στην Ιστορία: η Γαλάτεια Καζαντζάκη, που δημοσίευσε το 1914 την «Άρρωστη πολιτεία» της αφηγούμενη μια ερωτική ιστορία που διαδραματίζεται στο νησί, και ο Θέμος Κορνάρος που το 1933 έδωσε στον έξω κόσμο η δική του καταγγελτική μαρτυρία με τον τίτλο Σπιναλόγκα. Με τον τόμο αυτό τα δύο κείμενα, της Καζαντζάκη και του Κορνάρου, δημοσιεύονται πρώτη φορά μαζί, ώστε να δημιουργήσει ο αναγνώστης μια ολοκληρωμένη, ρεαλιστική εικόνα για το νησί το σημαδεμένων, που συγκινεί ακόμα όποιον το επισκέπτεται από την ακτή απέναντι ή μέσα από τα βιβλία.

Από το οπισθόφυλλο του βιβλίου.

.....



«Η ανακοίνωση της αλήθειας στον άρρωστο»

ΣΤΑΥΡΟΣ ΖΟΥΜΠΟΥΛΑΚΗΣ

Εκδόσεις Πόλις

Τυπώθηκε τον Οκτώβριο του 2025

Η ανακοίνωση της δυσοίωσης ιατρικής αλήθειας στον άρρωστο δεν είναι ένα διαδικαστικό, υπηρεσιακό καθήκον του γιατρού, η ανακοίνωση αποτελεί ηθική πράξη. Ο γιατρός όταν ανακοινώνει την δυσάρεστη ιατρική αλήθεια πρέπει να έχει επίγνωση ότι πρόκειται για κάτι εξαιρετικά βίαιο, και να έχει ήδη επωμιστεί τον πόνο εκείνου που πρόκειται να την ακούσει. Ο γιατρός πρέπει να συνδυάσει την στιγμή αυτή δύο απαιτήσεις: να πει την μαύρη αλήθεια στον άρρωστο που θέλει και αντέχει να την ακούσει, και

ταυτόχρονα να τον προσπίσει ψυχικά. Προϋπόθεση για να επιτευχθεί αυτός ο δύσκολος συνδυασμός είναι να έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή ανθρώπινη σχέση, ότι ο ασθενής είναι για τον γιατρό ένα πραγματικό πρόσωπο και όχι απλώς εξετάσεις στον υπολογιστή του. Η ανακοίνωση αποτελεί συστατικό στοιχείο της ιατρικής τέχνης και επομένως είναι κάτι στο οποίο μπορεί ο γιατρός να ασκηθεί και να μάθει να το κάνει όσο πιο σωστά γίνεται. Ο κατεξοχήν τόπος εκμάθησης αυτής της τέχνης από τους γιατρούς είναι το ίδιο το νοσοκομείο, αυτό το μεγάλο σχολείο της ζωής, όπου μαθαίνουμε όλοι, σωματικά, την κοινή μοίρα της ανθρώπινης τρωτότητας, η οποία αποτελεί ακριβώς την πηγή της ανθρωπιάς μας, του ψυχικού συμμερισμού και της αγάπης.

Από το οπισθόφυλλο του βιβλίου.

.....



«Η νόσος ως μεταφορά

Το AIDS και οι μεταφορές του»

ΣΟΥΖΑΝ ΣΟΝΤΑΚ

Εκδόσεις Ύψιλον/Βιβλία

1993

Η νόσος είναι η νυχτερινή ζώνη της ζωής, μια δεύτερη, πιο δυσβάσταχτη, υπηκοότητα. Καθένας μας γεννιέται κατέχοντας διπλή υπηκοότητα, μια στο βασίλειο των υγιών και μία στο βασίλειο των αρρώστων. Αν και όλοι μας προτιμούμε να χρησιμοποιούμε μόνο το διαβατήριο του υγι-

ούς, αργά ή γρήγορα καθένas από mas υποχρεώνεται, τουλάχιστον για ένα χρονικό διάστημα, να πολιτογραφηθεί υπήκοος του άλλου εκείνου τόπου.

Θέλω εδώ να περιγράψω όχι ό,τι πράγματι μοιάζει να αποδημεί στο βασίλειο της νόσου και να διαμένει σ' αυτό, αλλά τις σωφρονιστικού ή συναισθηματικού χαρακτήρα φαντασιώσεις που πλάθονται σχετικά με αυτήν την κατάσταση: όχι μια πραγματική γεωγραφία, αλλά εθνικά στερεότυπα. Αντικείμενό μου δεν είναι η ίδια η σωματική νόσος, αλλά οι χρήσεις της νόσου ως συμβόλου ή μεταφοράς. Η θέση μου είναι πως η νόσος δεν αποτελεί μεταφορά και πως ο ασφαλέστερος τρόπος να αντικρίζουμε τη νόσο –και ο υγιέστερος να νοσούμε– είν' ένας τρόπος στον υπέρτατο βαθμό αποκαθαρμένος από την μεταφορική σκέψη και ένας τρόπος που προβάλλει σ' αυτήν την σκέψη την μεγαλύτερη αντίσταση. Ωστόσο είναι σχεδόν αδύνατο να μείνει η διαμονή κάποιου στο βασίλειο της νόσου ανεπηρέαστη από τις φαντασμαγορικές μεταφορές με τις οποίες έχει διακοσμηθεί αυτό το βασίλειο. Στη διαλεύκανση αυτών των μεταφορών, και στην απελευθέρωση απ' αυτές, αφιερώνω ακριβώς την προκειμένη διερεύνηση.

Από το εισαγωγικό σημείωμα της συγγραφής.

.....



**«Στον κήπο του Επίκουρου
Αφήνοντας πίσω τον τρόπο του θανάτου»**

IRVIN D. YALOM

Εκδόσεις Άγρα

2008

Γραμμένο με τον μοναδικό τρόπο του Ίρβιν Γιάλομ, το βιβλίο «Στον κήπο του Επίκουρου» συμπυκνώνει το έργο και την προσωπική εμπειρία μιας ολόκληρης ζωής σε μια βαθύτατα ενθαρρυντική προσέγγιση στο οικουμενικό ζήτημα της θνητότητας. Ο Γιάλομ δείχνει ότι στον πυρήνα του άγχους μας βρίσκεται συχνά ο φόβος του θανάτου. Στην συνει-

δητοποίηση αυτή οδηγεί πολλές φορές μια «αφυπνιστική εμπειρία»-ένα όνειρο, μια αρρώστια, μια τραυματική εμπειρία, ή το γεγονός ότι γερνάμε. Η ανάμεσα σε συγκινητικές προσωπικές ιστορίες ανθρώπων που πασχίζουν να νικήσουν τον τρόπο του θανάτου εντάσσεται ένα κεφάλαιο βαθύτατων αυτοβιογραφικών εξομολογήσεων του Γιάλομ. Με το βιβλίο αυτό ο μεγάλος ψυχοθεραπευτής μας προτείνει διάφορες μεθόδους, με τις οποίες μπορούμε να διαχειριστούμε τον τρόπο, και τελικά καταφάσκει στη ζωή. Και το σημαντικότερο, ο Γιάλομ μας ενθαρρύνει να αγωνιζόμαστε για έναν

πιο άμεσο σύνδεσμο με τους άλλους ανθρώπους. Η συμπονετική επαφή, σε συνδυασμό με την σοφία των μεγάλων διανοητών που πάλεψαν και οι ίδιοι με το ζήτημα της θνητότητας, μας βοηθάει να ξεπεράσουμε τον τρόπο μας για τον θάνατο, να ζήσουμε μια ζωή πιο χαρούμενη και ουσιαστική και να αναλάβουμε τα αναγκαία ρίσκα για να πραγματώσουμε τον εαυτό μας.

Απόσπασμα από το οπισθόφυλλο του βιβλίου.

.....



**«Η μεγάλη ασθένεια
Βιογραφία του καρκίνου»**

ΣΙΝΤΑΡΤΑ ΜΟΥΚΕΡΤΖΙ

Εκδόσεις Μεταίχμιο

1η έκδοση Μάιος 2013

Το βραβευμένο βιβλίο του ογκολόγου Σιντάρτα Μούκερτζι καταγράφει με γλαφυρότητα την ιστορία της επάρατης νόσου από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας, από τις πρώτες τεκμηριωμένες εμφανίσεις του χιλιάδες χρόνια πριν μέχρι τις μέρες μας. Ένα σαρωτικό έπος όπου πρωταγωνιστούν λαμπροί ερευνητές, εμμονές, ριζικά νέες θεραπείες, ενθαρρυντικές επι-

τυχίες και τραγικές αποτυχίες, καθώς και ο αδυσώπντος αγώνας επιστημόνων και ασθενών ενάντια σε έναν εξίσου αδυσώπντο, πανούργο και απροσδιόριστο εχθρό. Από την πρώτη χημειοθεραπεία που αναπτύχθηκε από βαφές υφασμάτων έως την πολλά υποσχόμενη κατανόηση των καρκινικών κυττάρων, ο Μούκερτζι μετατρέπει έναν τεράστιο όγκο ιστορικών εξελίξεων σε μια γοητευτική αφήγηση.

Ο Μούκερτζι αποφάσισε να γράψει αυτή την βιογραφία όταν ένας ασθενής του στην τελευταία φάση της καρκινικής νόσου, τον ρώτησε: «τι ακριβώς είναι αυτό που μάχομαι;». Το επιβλητικό και ευφυές έργο του συνιστά μία εντυπωσιακή η καταγραφή των προσπαθειών να μείνει γυμνός ο «αυτοκράτορας όλων των ασθενειών».

Από το οπισθόφυλλο του βιβλίου.

.....



«Ο θάνατος του Ιβάν'Ιλιτς»

ΤΟΛΣΤΟΪ

Εκδόσεις Ροές

Α' έκδοση: Ιανουάριος 2014

Στον «θάνατο του Ιβάν'Ιλιτς» του Τολστόι ο πρωταγωνιστής –ένας μεσήλικος, απορροφημένος στον εαυτό του αλαζονικός γραφειοκράτης– αναπτύσσει μια θανατηφόρα κοιλιακή ασθένεια και πεθαίνει μέσα σε ακατάλυτους πόνους. Καθώς πλησιάζει ο θάνατος, ο Ιβάν'Ιλιτς συνειδητοποιεί πως όλη του τη ζωή προστατευόταν απ' την ιδέα του θανάτου με ασπίδα την απορρόφησή του στην απόκτηση επιρροής, στην

εμφάνιση και στο χρήμα. Εξοργίζεται με όλους όσοι διαιωνίζουν γύρω του την άρνηση και το ψεύδος προσφέροντάς του αβάσιμες ελπίδες ανάρρωσης.

Στη συνέχεια, έπειτα από μια εντυπωσιακή συνομιλία με το βαθύτερο κομμάτι του εαυτού του, έχει μια στιγμή μεγάλης διαύγειας, όπου σαν να ξυπνάει και όπου συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει τόσο άσχημα επειδή έζησε τόσο άσχημα. Ολόκληρη η ζωή του ήταν λάθος. Προφυλάσσοντας τον εαυτό του απ' τον θάνατο, τον προφύλαξε κι απ' τη ζωή. Συγκρίνει τη ζωή του με κάτι που είχε νιώσει πολλές φορές σε σιδηροδρομικές αμαξοστοιχίες, όπου νόμιζε ότι προχωρούσε προς τα εμπρός, ενώ στην πραγματικότητα κυλούσε προς τα πίσω. Με λίγα λόγια, αποκτά συναίσθηση της ύπαρξής.

Όσο γρήγορα κι αν πλησιάζει ο θάνατος για τον Ιβάν'Ιλιτς, εκείνος ανακαλύπτει πως υπάρχει ακόμα καιρός. Καταλαβαίνει πως όχι μόνο ίδιος αλλά και κάθε ζωντανό πλάσμα είναι υποχρεωμένο να πεθάνει. Ανακαλύπτει τη συμπόνια-ένα καινούριο συναίσθημα μέσα του. Νιώθει τρυφερότητα για τους άλλους: για τον μικρό του γιο που του φυλάει το χέρι. Για τον νεαρό υπηρέτη που τον φροντίζει μ' έναν πολύ φυσικό, στοργικό τρόπο. Ακόμα και για την νεαρή γυναίκα του, για πρώτη φορά. Νιώθει οίκτο για κείνους, για τον πόνο που τους προκάλεσε, και τελικά πεθαίνει όχι μέσα στον πόνο αλλά με την χαρά της απέραντης συμπόνιας. Η ιστορία του Τολστόι δεν είναι μόνο ένα λογοτεχνικό αριστούργημα αλλά και ένα πολύ ισχυρό μάθημα και συμπεριλαμβάνεται μάλιστα πολύ συχνά στα υποχρεωτικά αναγνώσματα όσων εκπαιδεύονται να προσφέρουν ανακούφιση τους μελλοθάνατους.

Απόσπασμα από το βιβλίο *Στον κήπο του Επίκουρου* του Ίρβιν Γιάλομ (σελ. 46-47).

TERRA

Συμπληρώματα διατροφής

Genecom

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Αυτοί που γνωρίζουν,
επιλέγουν τα καλά...**TERRA!**

TERRA BONE



Ο ιδανικός συνδυασμός για την υγεία
των **αρθρώσεων** και των **συνδέσμων**.



TERRA ALPHA LIPOIC ACID



Με Α-λιποϊκό Οξύ, Βιταμίνη Ε, Σελήνιο, Ψευδάργυρο
και άλλα συστατικά που **συμβάλλουν στην προστασία**
των κυττάρων από το **οξειδωτικό στρες**.

Με κάθε σας αγορά
στηρίζουμε



Κεντρικό: Θεσσαλονίκη

Κων. Καραμανλή 145 τ.κ. 54249
τ: 2310 330 393 f: 2310 320 114

Υποκατάστημα: Αθήνα

Βασιλέως Αλεξάνδρου 39, Περιστερί τ.κ: 12131
τ: 210 60 47 050

www.genecom.gr e-mail: info@genecom.gr



Genecom



genecom.gr



Genecom

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΕΥΧΟΣ 3

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΘΕΤΗΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΕΓΚΥΩΝ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΛΑ ΥΠΑΡΚΤΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ.

*Κ. Βαμβακάρης, Κ. Τούντα, Δ. Καλογερόπουλος, Θ. Ι. Κρουσουλούδη,
Α. Αρίστα, Μ.-Π. Ζώρζου.*

*Παθολογική Κλινική και Παιδιατρική Κλινική
Γενικού Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειο»,*

37^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ AIDS 2025

Σκοπός: Στις μέρες μας, η καθολική εφαρμογή προγεννητικού ελέγχου έχει οδηγήσει πρακτικά σε εξάλειψη της κάθετης μετάδοσης HIV στον ανεπτυγμένο κόσμο. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της κάθετης μετάδοσης από τη μητέρα στο έμβρυο /νεογνό ως υπαρκτού ακόμη τρόπου μετάδοσης, λόγω των προσφυγικών ροών, καθώς και της ανάγκης στενής επιτήρησης των πληθυσμών αυτών.

Ασθενείς και μέθοδοι: Ανασκοπήθηκε το ιστορικό 6 εγκύων Αφρικανικής καταγωγής που διέμεναν στο Κέντρο Υποδοχής και Ταυτοποίησης (Κ.Υ.Τ.) Μεταναστών της Χίου. Οι ασθενείς αυτές παραπέμφθηκαν στην Μαιευτική Κλινική του νοσοκομείου και διασυνδέθηκαν με το Ιατρείο Λοιμώξεων (την περίοδο 2019-2025). Τα βρέφη παρακολουθήθηκαν από την Παιδιατρική Κλινική σε συνεργασία με Παιδολοιμωξιολογικά Ιατρεία τριτοβάθμιων νοσοκομείων.

Αποτελέσματα: Τρεις έγκυες ήταν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και βρέθηκαν οροθετικές κατά την εξέταση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η πλειονότητα (4/6) διεγνώσθη μετά την 32 η εβδομάδα, μία μετά τον τοκετό και μόνο μία την 22 η εβδομάδα. Πέντε γυναίκες ήταν naïve. Μία ήταν οροθετική από 2ετίας, αλλά είχε διακόψει πρόσφατα αγωγή.

Όλες οι γυναίκες υπεβλήθησαν σε καισαρική τομή. Οι 5 που διαγνώστηκαν προ τοκετού έλαβαν αντιρετροϊκή αγωγή από τη στιγμή της διάγνωσης, αλλά μόνο 4 από αυτές έλαβαν περιεχειρητικά Ζιδοβουδίνη ενδοφλεβίως. Μόνο μία ασθενής υποβλήθηκε σε καισαρική τομή με ιικό φορτίο <50c/ml. Σε όλα τα νεογνά χορηγήθηκε προφυλακτικά αντιρετροϊκή αγωγή. Τρία

είναι ελεύθερα νόσου, ενώ δεν διαθέτουμε τελικά δεδομένα για ένα ακόμα. Δύο βρίσκονται ακόμα σε παρακολούθηση, με αρνητικό ιϊκό φορτίο και έχουν ολοκληρώσει την αντιρετροϊκή αγωγή.

Συμπεράσματα: Η κάθετη μετάδοση του ιού HIV μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (διαπλακουντιακά), περιγεννητικά και κατά τη γαλουχία. Με άμεση έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής τη εγκύου, διενέργεια καισαρικής τομής με διεγχειρητική αντιρετροϊκή αγωγή, αποφυγή θηλασμού και προφυλακτική χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής στο νεογνό, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού μειώνεται σε 2%.

Η ελλιπής μαιευτική παρακολούθηση στους προσφυγικούς πληθυσμούς, οδηγεί σε καθυστερημένη διάγνωση της οροθετικότητας και θεραπεία, ατελή ιϊκή καταστολή, αναδεικνύοντας μία σύγχρονη πρόκληση δημόσιας υγείας.

Στην Ελλάδα, ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας επικαιροποίησε το πρωτόκολλο πρόληψης κάθετης μετάδοσης το 2020, με ταυτόχρονη προμήθεια αντιρετροϊκής αγωγής σε όλα τα εμπλεκόμενα νοσοκομεία. Παρ'όλα αυτά, η ανασκόπηση των λίγων περιπτώσεων που αφορούν σε ένα νοσοκομείο που υποδέχεται λόγω γεωγραφικής θέσης τέτοια περιστατικά, αναδεικνύει ακόμα σημαντικά κενά στην φροντίδα και αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

Στην εποχή της μετακίνησης ευάλωτων πληθυσμών, ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης είναι υπαρκτός, απειλεί να αλλάξει εκ νέου την επιδημιολογία της HIV λοίμωξης στην χώρα μας σήμερα και καθιστά επιτακτική την ανάγκη μεγαλύτερης υγειονομικής διείσδυσης στους πληθυσμούς αυτούς με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση. Στο πλαίσιο αυτό, αξίζει να διαμορφωθεί ένα πιο οργανωμένο σύστημα διαχείρισης αντίστοιχων περιστατικών με ενεργό το ρόλο των υγειονομικών που δραστηριοποιούνται στα Κ.Υ.Τ. Μεταναστών για έγκαιρη παραπομπή σε Λοιμωξιολόγο, αλλά και αυξημένη επαγρύπνηση των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων (Γυναικολόγοι – Μαιευτές, Παιδίατροι – Νεογνολόγοι).

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΜΑΖΑΣ.

Δ. Αφενδούλης, Μ. Αρπελιώτης, Α. Παρασκευά, Φ. Ψύλλου,
Σ. Βουγαζιάνος, Ν. Κατάλης, Ι. Σταυρινούδης, Π. Βούτας,
Ν. Παπαγιάννης, Ν. Σμυρνιούδης, Α. Κατάλης

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ» ΧΙΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

46^ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο,
Αθήνα 23-25 Οκτωβρίου 2025

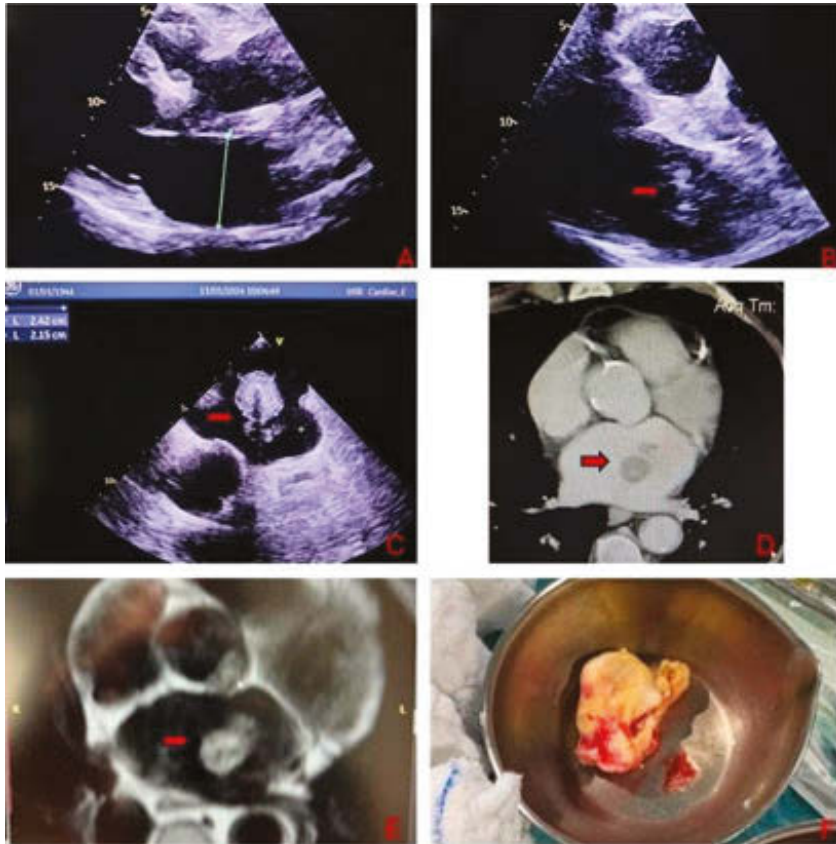
Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασυνήθους περιστατικού καρδιακής μάζας και η συμβολή της πολυπαραγοντικής απεικόνισης στην διερεύνηση και αντιμετώπιση του.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας ασθενής 77 ετών με ιστορικό υπέρτασης, λεμφώματος και στεφανιαίας νόσου παραπέμφθηκε στην κλινική μας με υποτροπιάζοντα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε την παρουσία ενδοκαρδιακής μάζας, η οποία δεν υπήρχε 6 μήνες νωρίτερα. Διενεργήθηκε διοισοφαγείο υπερηχογράφημα που απεικόνισε την μάζα μεγέθους 2,4x 2,15 cm, σε επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου χωρίς αποφρακτικά φαινόμενα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν αποκάλυψαν παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας με σκιαγραφικό που επιβεβαίωσε την παρουσία της μάζας εντός του αριστερού κόλπου με αποτιτανώσεις, χωρίς περαιτέρω ευρήματα. Πραγματοποιήθηκε επίσης μαγνητική τομογραφία επιβεβαιώνοντας αυτά τα ευρήματα.

Αποτελέσματα: Η εμφάνιση καρδιακής μάζας τόσο σύντομα μετά από ένα φυσιολογικό υπερηχογράφημα και το ιστορικό λεμφώματος του ασθενούς, ήταν εξαιρετικά ύποπτα για κακοήθεια οδηγώντας την ομάδα καρδιάς και τον καρδιοχειρουργό να αποφασίσουν θωρακοσκοπική εκτομή του όγκου, η οποία ήταν επιτυχής και ανεπíπλεκτη. Προς έκπληξή μας, τα αποτελέσματα της βιοψίας αποκάλυψαν την παρουσία ασβεστοποιημένου μυζώματος με νέκρωση, συμβάλλοντας πιθανώς στην ταχεία αύξηση του μεγέθους και παραπλανώντας την κλινική μας κρίση.

Συμπέρασμα: Το μύζωμα με νέκρωση είναι ένα εξαιρετικά σπάνιο εύρημα στη βιβλιογραφία, υποστηρίζοντας την περίπλοκη φύση αυτής της οντό-

τητας. Η χρήση της πολυτροπικής απεικόνισης είναι πολύ σημαντική στη διαγνωστική διερεύνηση των ενδοκαρδιακών μαζών και μαζί με την εξατομικευμένη προσέγγιση στο πλαίσιο της Ομάδας Καρδιάς παραμένουν ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής προσέγγισης.



A CARDIAC TAMPONADE CASE PREDOMINANTLY AFFECTING THE LEFT VENTRICLE

I. Σταυρινούδης¹, Μ. Αμπελιώτης¹, Μ. Μουτάφη², Δ. Αφενδούλης¹,
Α. Παρασκευά¹, Φ. Ψύλλου¹, Σ. Μ. Μπουλούκου¹, Σ. Βουγαζιανός¹,
Π. Βούτας¹, Ν. Σμυρνιούδης¹, Ν. Παπαγιάννης¹, Α.Καρτάλης¹

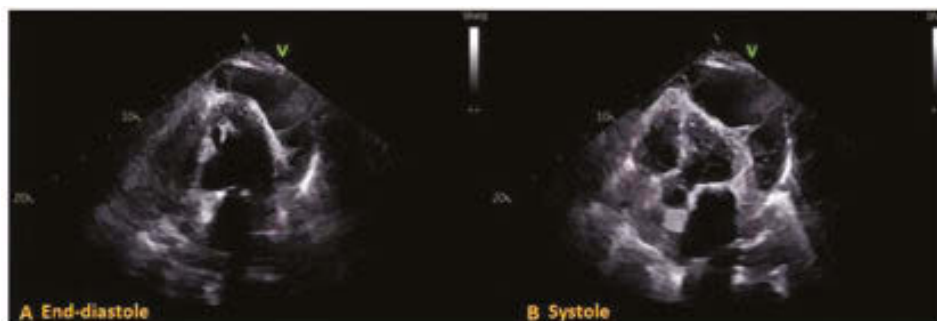
1. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ» ΧΙΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ.

2. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

46^ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο,
Αθήνα 23-25 Οκτωβρίου 2025

Introduction: A 64 year old woman presented at the emergency department complaining of worsening shortness of breath and fatigue the last fifteen days and one syncopal episode. She had a history of a delayed revascularization on a totally occluded LCx artery one month earlier due to NSTEMI and mitral valvuloplasty 15 days ago due to severe ischemic mitral regurgitation. Her symptoms were rendered in heart failure and diuretic therapy was initiated by her cardiologist.

Case study: On admission her blood pressure was 85 /60 mmHg, heart rate was 100 beats per minute and oxygen saturation was 94%. Jugular venous distention was not obvious. Her heart sounds were normal. The electrocardiogram was unremarkable. A bedside echocardiogram revealed a large loculated pericardial effusion with adhesions bridging the visceral and parietal pericardium respectively to the anterolateral wall causing mechanical compression and impaired filling of the left ventricle. An ultra-



sound guided urgent pericardiocentesis was performed in the left 6th intercostal space in the left anterior axillary line and approximately 250cc of bloody fluid were evacuated. Patient's blood pressure was immediately improved and was transferred to the Cardiac Care Unit for monitoring and further management.

Conclusion: Loculated pericardial collections can cause isolated, differential compression of heart chambers in contrast to the circumferential pericardial effusions in which right heart chambers are predominantly affected. Similar to our rare case, localised left ventricular pericardial effusion causes diastolic collapse often associated with a reduction in cardiac output, without a change in right atrial pressure or pulsus paradoxus, limiting the conventional clinical and echocardiographic signs of a classical cardiac tamponade.

A RARE DIAGNOSIS THROUGH THE HEART: CARCINOID TUMOR REVEALED BY ECHOCARDIOGRAPHIC FINDINGS

*Φ. Ψύλλου, Μ. Αμπελιώτης, Ι. Σταυρινούδης, Α. Παρασκευά,
Σ. Μπουλούκου, Δ. Αφενδούλης, Π. Βούτας, Ν. Παπαγιάννης,
Ν. Σμυρνιούδης, Α. Κατάλης*

*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ» ΧΙΟΥ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

*46^ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο,
Αθήνα 23-25 Οκτωβρίου 2025*

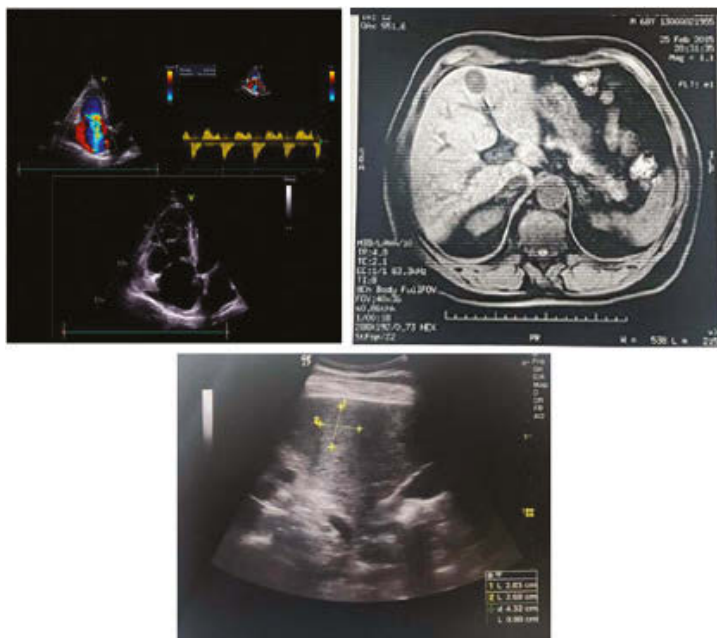
Introduction: Carcinoid heart disease is a rare manifestation of neuroendocrine tumors, typically presenting in advanced disease with liver metastases. The cardiac involvement is often discovered late, and in most cases, the initial symptoms are gastrointestinal. We present a rare case where the cardiac findings led to the diagnosis of a previously unknown neuroendocrine tumor.

Materials and Methods (Case Study): A 75 year old male presented during routine cardiology follow up, reporting new onset dyspnea and fatigue. He had a history of chronic kidney disease, and a prior ischemic stroke.

Transthoracic echocardiography revealed a severe tricuspid regurgitation with thickening, fixation and retraction of valve leaflets, incomplete coaptation, and annular dilatation, despite preserved right ventricular function. Additionally, liver lesions previously monitored as potential hemangiomas had shown progressive enlargement. Due to the echocardiographic features that have been described in patients with carcinoid heart disease, further investigation was recommended despite the inability to use contrast agents (due to renal failure). Gastroenterological evaluation, including endoscopy and capsule endoscopy, identified a small intestinal tumor. Surgical resection confirmed a neuroendocrine tumor (carcinoid).

Results: The tumor was completely excised, and histology confirmed the diagnosis of a well differentiated neuroendocrine tumor. The patient was managed conservatively from a cardiac standpoint with optimized medical therapy. No surgical intervention was performed on the tricuspid valve.

Conclusions: This case highlights the importance of recognizing echocardiographic features of carcinoid heart disease as potential diagnostic clues. Although rare, cardiac findings may precede the diagnosis of neuroendocrine tumors early recognition can lead to timely investigation and treatment. Clinicians should maintain high suspicion in similar echocardiographic presentations, particularly when liver lesions of uncertain etiology coexist.



**ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΙΑΣ ΜΗ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

*Μ. Αρπελιώτης, Μ. Μουτάφη, Ι. Σταυρινούδης, Α. Παρασκευά,
Δ. Αφενδούλης, Ν. Σμυρνιούδης, Π. Βούτας, Σ. Γαρουφαλής,
Μ. Βορριά, Σ. Βουγαζιανός, Α. Καρτάλης, Ν. Παπαγιάννης*

*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

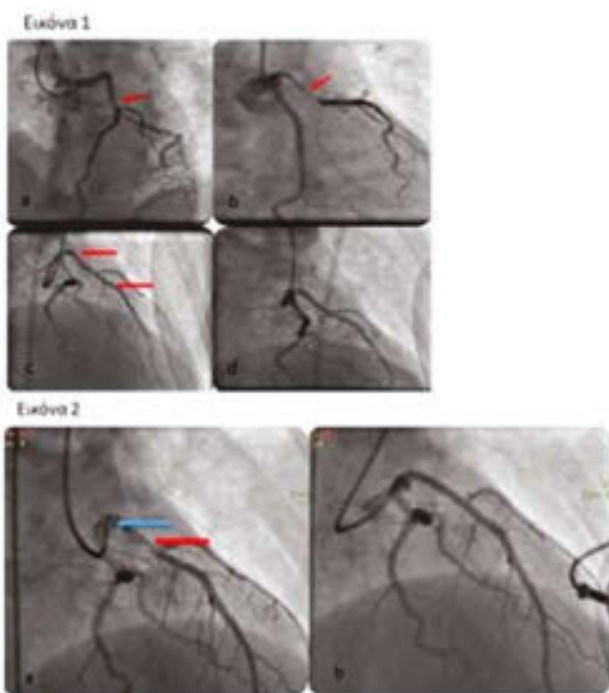
*45^ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο.
(Χερσόνησος Κρήτης 31 Οκτωβρίου-2 Νοεμβρίου 2024)*

Εισαγωγή/Σκοπός: Σκοπός του παρόντος περιστατικού είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας κλινικής οντότητας, του αυτόματου διαχωρισμού των στεφανιαίων αγγείων, που μπορεί να οδηγήσει σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Περιγράφουμε την περίπτωση μιας νεαρής γυναίκας που μετά από έντονη σωματική άσκηση παρουσίασε οξύ πρόσθιο έμφραγμα, απότοκο οξέος διαχωρισμού του πρόσθιου κατιόντα κλάδου (LAD).

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 36 ετών, θήλυ, καπνίστρια, προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω οξέος οπισθοστερνικού άλγους από ώρας. Αναφέρει έντονη φυσική δραστηριότητα προ ημέρας. Κατά την προσέλευσή της στο ΤΕΠ εμφάνισε κοιλιακή μαρμαρυγή, η οποία και απινιδώθηκε επιτυχώς. Ακολούθως το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε εικόνα υπεροξέος προσθίου εμφράγματος, με υπερηχογραφική εικόνα σοβαρά επηρεασμένης συστολικής απόδοσης της αριστερής κοιλίας και ακινησίας του προσθίου τοιχώματος. Οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με εμμονή του άλγους και αιμοδυναμικά ασταθής.

Αποτελέσματα: Κατά το στεφανιογραφικό έλεγχο αναδείχθηκε επιμήκης ομαλή στένωση του LAD εγγύς έως την έκφυση του πρώτου διαγώνιου κλάδου (D1) (εικόνα 1a και 1b). Δεν υπήρξε ανταπόκριση στην ενδοστεφανιαία χορήγηση νιτρογλών και δεν αναδείχθηκαν στενώσεις στα υπόλοιπα αγγεία, στοιχεία που συνηγορούν υπέρ τύπου II οξέος διαχωρισμού του αγγείου. Έγινε απευθείας έκπτυξη ενός 3.5x24 DES από το στόμιο του LAD ως το στόμιο του D1, με άμεση βελτίωση της κλινικής και ΗΚΓκής εικόνας της ασθενούς (εικόνα 1c και 1d). Την επομένη, λόγω υποτροπής του θωρακικού άλγους και των ανασπάσεων στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, οδηγήθηκε εκ νέου στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Αναδείχθηκε εκτεταμένη θολερότητα εντός του εμφυτευθέντος stent, υποδεικνύοντας οξεία θρόμβωση αυτού

ή επέκταση του αιματώματος του διαχωρισμού (εικόνα 2a κόκκινο βέλος) καθώς και νέο ή υπολειπόμενο ιστίο διαχωρισμού στο εγγύς άκρο του stent (εικόνα 2a μπλε βέλος). Έγιναν διαδοχικές διαστολές με μη διατατό μπαλόνι (3,5x12) σε όλο το μήκος του stent, με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα (εικόνα 2b). Συμπεράσματα: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων σε αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή πρέπει να αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Στην περίπτωση όμως που υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια ή ενεργός μη ελεγχόμενη ισχαιμία τότε η αγγειοπλαστική είναι μία επιλογή όπως στην ασθενή μας. Δύο χρόνια μετά η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, με τις στρες δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβληθεί να είναι αρνητικές για μυοκαρδιακή ισχαιμία.



ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΣΠΛΗΝΙΔΙΟΥ ΩΣ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Λ. Μπουμπάρης¹, Μ. Η. Παντούλα¹, Π. Τσακός², Έ. Αλεξάνδρου²,
Α. Αθανασίου², Μ. Βερνίκος², Μ. Φλέσσας², Γ. Παναγή¹

1. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»

ΤΜΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

2. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»

ΤΜΗΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

24^ο Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο.

Εκπαιδευτικοί στόχοι:

- Παρουσίαση σπάνιου περιστατικού ισχαιμίας επικουρικού σπλήνα σε νεαρή γυναίκα με εικόνα οξέος κοιλιακού άλγους.
- Ανάδειξη της συμβολής του υπερηχογραφήματος και της αξονικής τομογραφίας στη διαφορική διάγνωση και τεκμηρίωση της βλάβης.

Υλικό: Γυναίκα 20 ετών προσήλθε με οξύ κοιλιακό άλγος στον αριστερό λαγόνιο βόθρο διάρκειας πέντε ωρών, με αναπνδώρα ευαισθησία και ένα επεισόδιο εμέτου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκοκυττάρωση (12.900/μL, ουδετερόφιλα 91,7%) με φυσιολογική CRP.

Στο υπερηχογράφημα αναδείχθηκε τριγωνικό, συμπαγές μόρφωμα (8x5x5 cm) με ηχοδομή παρόμοια με του σπληνικού παρεγχύματος, χωρίς ροή στα τροφοφόρα αγγεία και παρουσία ενδοαυλικού ηχογενούς υλικού, εύρημα ενδεικτικό αγγειακής απόφραξης.

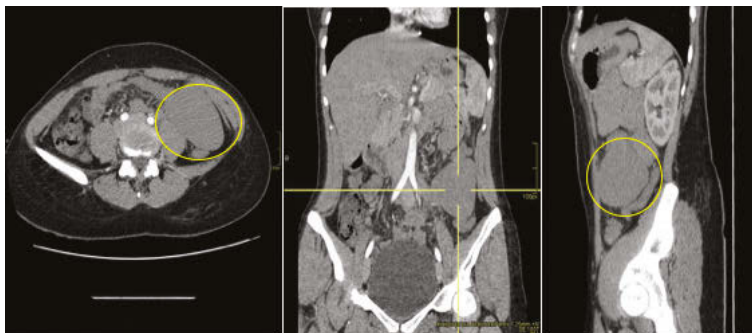
Η αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας με χορήγηση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού μέσου ανέδειξε μόρφωμα μαλακών μορίων (50x74x76 mm, 50 HU) χωρίς σκιαγραφική ενίσχυση και χωρίς αναγνώριση αγγείων της πύλης, εύρημα συμβατό με ισχαιμικό υπεράριθμο σπλήνα. Παρατηρήθηκε ελάχιστο υγρό στο δουγλάσσειο κόλπωμα και ολιγάριθμοι μικροί μεσεντέριοι λεμφαδένες.

Η ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία, όπου διαπιστώθηκε επικουρικό σπληνίδιο σε ισχαιμία, τροφοδοτούμενο από έκτοπο κλάδο της σπληνικής αρτηρίας. Πραγματοποιήθηκε απολίνωση και εκτομή του μορφώματος.

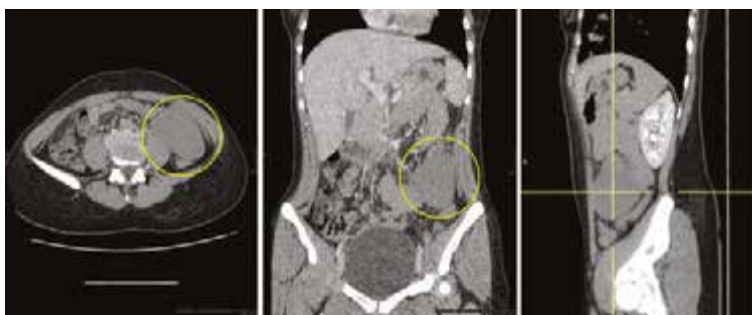
Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την παρουσία σπληνικού παρεγχύματος με ευρήματα ισχαιμικής αλλοίωσης και ινωτικής αναδιοργάνωσης. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων.



Εικ. 1 (Α,Β): Υπερηχογράφημα κοιλίας (χρήση έγχρωμου Doppler) με ανάδειξη απουσίας αγγειακής ροής στο επικουρικό σπληνίδιο (κίτρινα βέλη)



Εικ 2: ΥΤ, Ισχαιμικό επικουρικό σπληνίδιο σε εγκάρσιο επίπεδο (Α), στεφανιαίο επίπεδο (Β) και οβελιαίο επίπεδο (Γ) σε αρτηριακή φάση



Εικ 3: ΥΤ, Ισχαιμικό επικουρικό σπληνίδιο (κίτρινοι κύκλοι) σε εγκάρσιο επίπεδο (Α), στεφανιαίο επίπεδο (Β) και οβελιαίο επίπεδο (Γ) σε καθυστερημένη φλεβική φάση



Εικ. 4: Ανεύρεση και παρασκευή εκτόπου σπληνιδίου (Α), Εκτομή (Β)



Jardiance®

(εμπαγλιφλοζίνη)

10mg, 25mg

ΕΜΡΑ (09/2023) PC-CR-102154

Για τις εγκεκριμένες ενδείξεις, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τις προειδοποιήσεις, τις αντενδείξεις, την δοσολογία και λοιπές ουσιώδεις πληροφορίες παρακαλούμε ανατρέξτε στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Γερμανία.
ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: Jardiance® 10 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: EU/1/14/930/010-018, Jardiance® 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: EU/1/14/930/001-009. **ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ:** 22 Μαΐου 2014, **ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** 14 Φεβρουαρίου 2019. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 24 Ιουλίου 2023. **ΤΙΜΕΣ:** Τιμές Ελλάδας: Jardiance® 10 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Χ.Τ.: 34,97€, Ν.Τ.: 30,43€, Α.Τ.: 48,19€. Jardiance® 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Χ.Τ.: 34,97€, Ν.Τ.: 30,43€, Α.Τ.: 48,19€. Τιμές Κύπρου: Jardiance® 10 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Α.Τ. (ΜΕΡΙΣΤΗ ΔΥΝΑΤΗ): 54,63€. Jardiance® 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Α.Τ. (ΜΕΡΙΣΤΗ ΔΥΝΑΤΗ): 55,40€. ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε ΌΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες
για ΌΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την
“ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ”



Boehringer Ingelheim Ελλάς Μονοπρόσωπη Α.Ε., Λεωφ. Ανδρέα Συγγρού 340, 17673, Καλλιθέα. Τηλ.: 210 89 06 300.
Γραφείο Μακεδονίας - Θράκης: Αντώνη Τρίτση 15-17 & Μαρίας Κάλλας 6, Πυλαία, 570 01 Θεσσαλονίκη. Τηλ.: 2310 424 618.
E-mail: info@ath.boehringer-ingelheim.com
Τοπικός Αντιπρόσωπος του Κ.Α.Κ. στην Κύπρο: CPO Ltd, Βασ. Παύλου Α' 11, 1096 Λευκωσία, Κύπρος. Τηλ.: +357 22 863100.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Στο MEDICUS HIPPOCRATICUS δημοσιεύονται:

- ◆ Άρθρα Συντάξεως και σχολιασμένες περιλήψεις ξένων άρθρων. Τα άρθρα αυτά, όταν εκφράζουν την Σύνταξη του περιοδικού, είναι ανυπόγραφα. Σε κάθε άλλη περίπτωση είναι ενυπόγραφα.
- ◆ Ερευνητικές εργασίες. Πρωτοδημοσιευόμενες κλινικές ή πειραματικές μελέτες.
- ◆ Ανασκοπήσεις. Συνθετική παρουσίαση, με κριτική έκθεση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για ενδιαφέροντα ιατρικά θέματα σύγχρονης πρακτικής.
- ◆ Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις. Σπάνια νοσήματα, ή σπάνιες εκδηλώσεις συνηθισμένων νοσημάτων, με σύντομη συζήτηση.
- ◆ Επίκαιρα θέματα. Σύντομη παρουσίαση επίκαιρων απόψεων σε τρέχοντα ιατρικά θέματα
- ◆ Διαλέξεις, υλικό επιστημονικών Ημερίδων, Συμποσίων ή Συνεδρίων που διοργανώνονται στην Χίο από τον Ιατρικό Σύλλογο Χίου, ή άλλους φορείς Υγείας του Νησιού.
- ◆ Άρθρα με γενικό αντικείμενο τη Ιατρική κίνηση στην Χίο κατά τους περασμένους αιώνες, αρχειακό υλικό με γενικό αντικείμενο την Ιατρική στην Χίο και καταγραφή των ιατρικών πραγμάτων του σήμερα. Βιογραφίες και εργογραφία ιατρών, ιστορία των Ευαγών Ιδρυμάτων της Χίου, ιστορικές αναδρομές γενικά στα ιατρικά πράγματα του Νησιού με επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.
- ◆ Γράμματα προς την Σύνταξη. Αφορούν κρίσεις και απόψεις για δημοσιευμένα άρθρα. Είναι σύντομα (μέχρι μία δακτυλογραφημένη σελίδα Α4) και δημοσιεύονται μόνο όταν είναι ενυπόγραφα.

Τα προς δημοσίευση άρθρα υποβάλλονται στη Συντακτική Επιτροπή του Περιοδικού και δημοσιεύονται με τη σύμφωνη γνώμη τουλάχιστον της πλειοψηφίας της. Το δημοσιευμένο υλικό αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων και του Περιοδικού. Για τον λόγο αυτό δεν επιτρέπεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση του υλικού αυτού, χωρίς την έγγραφη άδεια της Σύνταξης.

Τα άρθρα πρέπει να είναι γραμμένα στη Δημοτική, με το μονοτονικό σύστημα. Τα κείμενα πρέπει να είναι γραμμένα σε ψηφιακή μορφή με χρήση κατά προτίμηση προγράμματος Word για Windows. Οι φωτογραφίες πρέπει να είναι υψηλής ευκρίνειας, τουλάχιστον 300 dpi, και να παραδίδονται και σε ξεχωριστό ψηφιακό αρχείο εικόνας (jpeg ή άλλο). Αν χρησιμοποιούνται φωτογραφίες ασθενών, τα πρόσωπά τους δεν πρέπει να είναι αναγνωρίσιμα.

Για τα ιατρικά άρθρα και τις βιβλιογραφικές παραπομπές ακολουθείται το Διεθνές Πρότυπο Συντάξεως Ιατρικών χειρογράφων (Vancouver) και οι οδηγίες της International Committee of Medical Journal Editors (Br. Med. J. 1982, 284: 1766-70.)

