

ΥΓΙΑΙΝΕΤΕ
Υπέρταση:
Συμπτώματα
και τρόποι
ρύθμισης

ΣΕΛΙΔΑ 3

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ
Το σύνδρομο
Munchausen
δι' αντιπροσώπου

ΣΕΛΙΔΑ 4

**ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ**
Η σημασία
της έγκαιρης
διάγνωσης
και πρόληψης

ΣΕΛΙΔΑ 5

**ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ**
Στη φαρέτρα
της διάγνωσης
του καρκίνου
του μαστού

ΣΕΛΙΔΑ 10

ΑΙΤΙΑ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα όσα πρέπει να ξέρετε για την ψωρίαση

Η ψωρίαση είναι ένα χρόνια, μη μεταδιδόμενο νόσημα, που προκαλεί υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των δερματικών μας κυττάρων στην ανώτερη στοιβάδα της επιδερμίδας μας. Με απλά λόγια, αυτό σημαίνει ότι τα κύτταρα στα σημεία του δέρματος με ψωρίαση ανανεώνονται κάθε 4-6 ημέρες, ενώ στο φυσιολογικό δέρμα τα κύτταρα ανανεώνονται κάθε 28-30 ημέρες. Λόγω της πάθησης αυτής, τα δερματικά κύτταρα, τα λεγόμενα κερατινοκύτταρα, δημιουργούν

σκληρά στην αφή «μπαλώματα», στις ψωριασικές πλάκες, που αποβάλλονται από το σώμα μας με τη μορφή νιφάδων ή λεπιών και προκαλούν φαγούρα. Τα σημεία που προσβάλλονται συνηθέστερα είναι οι αγκώνες, τα γόνατα, το κρανίο, το κατώτερο σημείο της μέσης μας, οι παλάμες και τα πέλματα. Αυτά αναφέρει στο ένθετο «Υγεία» ο Δερματολόγος, Δρ Πάννης Νεοφύτου. Σε άρθρο του ο Δρ Νεοφύτου εξηγεί ποια είναι τα αίτια και οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν ψωρίαση,

ποια είναι τα συμπτώματα και πώς γίνεται η διάγνωση. Περαιτέρω, ξεκαθαρίζει πως δεν υπάρχει ριζική θεραπεία της νόσου, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά την καθημερινότητα του πάσχοντος, τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά. Μάλιστα, όπως αναφέρει, μέσα από μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες διαπιστώνεται ότι το φορτίο της ψωρίασης είναι συγκρίσιμο με το αντίστοιχο φορτίο ασθενειών όπως ο καρκίνος, η αρθρίτιδα και η υπέρταση.

ΣΕΛΙΔΕΣ 8-9

ΧΟΡΗΓΟΣ



Remedica



ZIREX[®]

Σετιριζίνη

Για Γρήγορη και Μακράς Διαρκείας Ανακούφιση απο τις Αλλεργίες!

Αντιισταμινικό για:

- ◆ Τα ρινικά και οφθαλμικά συμπτώματα της εποχιακής και χρόνιας αλλεργικής ρινίτιδας.
- ◆ Την ανακούφιση της κνίδωσης.



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η χρήση συνταγής.
- Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ ανατρέξτε στο Φύλλο Οδηγιών Χρήσης του προϊόντος.

Remedica Ltd

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Κ. 51706, 3508 Λεμεσός, Κύπρος
Τηλ.: +357 25553000, Φαξ: +357 25390192
Email: info@remedica.com.cy ή DrugSafety@remedica.com.cy
Ιστοσελίδα: www.remedica.eu

LF/0632/3 07.21 (GR)

Τι είναι υπέρταση;

Ποια είναι τα συμπτώματα της υπέρτασης και πώς ρυθμίζεται;

ΜΑΡΙΑ ΚΑΝΘΕΡ



Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση, συνήθως δε γνωρίζουν καν ότι έχουν αυτήν την πάθηση. Γι' αυτόν τον λόγο και η υπέρταση έχει χαρακτηριστεί ως ο «σιωπηλός δολοφόνος», αφού λίγοι άνθρωποι αναγνωρίζουν εγκαίρως τα συμπτώματά της. Για να μιλήσουμε για την υπέρταση, φιλοξενήσαμε στο στούντιο της εκπομπής «Υγιαίνετε» τον Δρα Ηλία Καμπούρη, ειδικό παθολόγο.

Ο γιατρός μάς ανέφερε πως όταν μιλάμε για υπέρταση, αναφερόμαστε σε τιμές αρτηριακής πίεσης πάνω από τα φυσιολογικά όρια. Αρτηριακή

πίεση, είναι η πίεση που ασκεί το αίμα στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών που μεταφέρουν αυτό το αίμα από την καρδιά, στα διάφορα όργανα. Σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης, η ταξινόμηση της πίεσης για τους ενήλικους είναι η εξής:

Ιδανική πίεση: συστολική πίεση κάτω από 120 mmHg και διαστολική κάτω από 80 mmHg.

Φυσιολογική πίεση: συστολική πίεση 120 - 129 mmHg και/ή διαστολική 80 - 84 mmHg.

Υψηλή φυσιολογική: συστολική πίεση 130 - 139 mmHg και/ή διαστολική 85 - 89 mmHg ή και τα δύο.

Υπέρταση: συστολική πίεση πάνω από 140 mmHg ή διαστολική πάνω από 90 mmHg ή και τα δύο.

Η υπέρταση «χτυπάει όργανα - στόχο»: κεφάλι, καρδιά, αγγεία. Αποτελεί τον ισχυρότερο τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο και έναν από τους ισχυρότερους για έμφραγμα. Επίσης, αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική βλάβη, απόφραξη των αρτηριών των ποδιών και αιφνίδιο θάνατο.

Σε ότι αφορά τα συμπτώματα, ο Δρ Καμπούρης είπε πως συνήθως αυτά είναι η ινιακή κεφαλαλγία, δηλαδή πονάει το κεφάλι μας πίσω και κάτω, γι' αυτό, ειδικά άτομα κάποιας ηλικίας, πολλές φορές ερμηνεύουν τον πόνο ως πρόβλημα του αυχένα και, πράγματι, κάποιες φορές μπορεί να είναι έτσι. Το συγκεκριμένο σύμπτωμα όμως θα πρέπει να βάλει σε υποψία το πάσχον άτομο και να το οδηγήσει σε μέτρηση της πίεσής του ή στον κατάλληλο γιατρό. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι η δύσπνοια κατά την προσπάθεια, βάρος στο στήθος, εύκολη κόπωση,

αίσθημα παλμών. Στην πλειοψηφία όμως των περιπτώσεων η υπέρταση δεν δίνει ενοχλήματα. Ενοχλήματα δίνουν οι επιπλοκές της.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η υπέρταση είναι ιδιοπαθής, που σημαίνει ότι δεν οφείλεται σε κάποιο γνωστό αίτιο. Σε μικρό ποσοστό (5%) των υπέρτασικών ανθρώπων η υπέρταση είναι δευτεροπαθής, δηλαδή οφείλεται σε κάποιο αίτιο που με κατάλληλες εξετάσεις μπορεί να βρεθεί και να θεραπευτεί. Μερικά από αυτά τα αίτια είναι η άπνοια ύπνου και οι παθήσεις των νεφρών των επινεφριδίων.

Ο γιατρός μάς ανέφερε ότι μία από τις πιο σημαντικές ενέργειες σε ό,τι αφορά την πρόληψη της υπέρτασης είναι η ελάττωση του σωματικού βάρους, η οποία, εκτός από τη μείωση της πίεσης, φέρνει και άλλα πολλαπλά οφέλη στον οργανισμό. Επίσης, η μείωση της πρόσληψης του αλατιού ελαττώνει το επίπεδο της πίεσης και βελτιώνει τη δράση των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Απαραίτητη είναι η περιορισμένη λήψη αλκοολούχων ποτών σε δύο ποτά την ημέρα για τους άντρες, και σε ένα για τις γυναίκες.

Τέλος, η άσκηση τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, όπως για παράδειγμα το περπάτημα με γρήγορο ρυθμό για μισή ώρα, θα βελτιώσει όχι μόνο την πίεση αλλά και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως την αυξημένη χοληστερίνη και το σάκχαρο. Είναι αυτονόητο ότι το κάπνισμα απαγορεύεται στα υπέρτασικά άτομα όχι διότι ανεβάζει την πίεση, αλλά γιατί πολλαπλασιάζει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ο καφές δεν ανεβάζει την πίεση στα άτομα που τον έχουν συνηθίσει και έτσι η λογική χρήση του δεν απαγορεύεται.

Η καλή ρύθμιση της πίεσης εξαλείφει τελείως τον κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο που οφείλεται στην υπέρταση, και μειώνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο για έμφραγμα. Επίσης, μειώνει τον κίνδυνο της εμφάνισης ή επιδείνωσης της ανεπάρκειας της λειτουργίας της καρδιάς και των νεφρών. Η υπέρταση πρέπει να αντιμετωπίζεται διότι είναι εξαιρετικά επιβλαβής για τον οργανισμό. Εάν δεν ρυθμιστεί, αυξάνεται ο κίνδυνος να προκύψουν καρδιαγγειακά νοσήματα και αυτό δεν θα το θέλαμε. Να είστε όλοι καλά και... Υγιαίνετε.



Το σύνδρομο Munchausen

Ο Meadow το 1977 ορίζει τη διαταραχή αυτή ως την εμπρόθετη πρόκληση ή προσποίηση σωματικών ή ψυχολογικών συμπτωμάτων ή σημείων σε ένα άλλο πρόσωπο που βρίσκεται υπό τη φροντίδα του ατόμου αυτού

ΔΡ ΑΡΙΣΤΟΝΙΚΗ ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ-ΤΡΥΦΩΝΙΔΟΥ,
Ψυχολόγος Σχολικής-Εξελικτικής ψυχολογίας, Ειδική ψυχοθεραπεύτρια

Το 1977 ο καθηγητής Παιδιατρικής Meadow αναφέρθηκε στο σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου περιγράφοντάς το ως μια ιδιαίτερη μορφή κακοποίησης, όπου οι γονείς επινοούν ή κατά την οποία προκαλούν μια νόσο στο παιδί τους για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον των ιατρών. Ο Meadow το 1977 ορίζει τη διαταραχή αυτή ως την εμπρόθετη πρόκληση ή προσποίηση σωματικών ή ψυχολογικών συμπτωμάτων ή σημείων σε ένα άλλο πρόσωπο που βρίσκεται υπό

τη φροντίδα του ατόμου αυτού. Στο DSM-IV, διαγνωστικό εγχειρίδιο, αναφέρεται η συγκεκριμένη διαταραχή ως προσποιητή διαταραχή που προκαλείται σε άλλον. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο δράστης είναι η μητέρα και θύμα το παιδί της εναντίον του οποίου στρέφεται, συνήθως όταν βρίσκεται σε πολύ μικρή ηλικία. Σε έρευνες που έγιναν διεφάνη ότι το 75% των θυτών είναι μητέρες. Σύμφωνα με τις έρευνες, η μητέρα που θυματοποιεί το παιδί της φαίνεται να έχει κυρίαρχο ρόλο στην οικογένεια. Χαρακτηρίζεται

ως καταπιεστική, ελεγκτική, αυταρχική και υπερπροστατευτική, ενώ ο πατέρας περιγράφεται ως άτομο παθητικό και συναισθηματικά αδιάφορο, που διατηρεί χαλαρούς δεσμούς με τα μέλη της οικογένειας. Οι ρόλοι αντιστρέφονται στο 5 με 7 τοις εκατόν των περιπτώσεων.

Το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου, γνωστό και ως προσποιητή ή πλασματική διαταραχή δι' αντιπροσώπου, ή κατασκευασμένη ή προκλητή ασθένεια αποτελεί μια μορφή κακοποίησης ανηλίκων, καθώς ο κηδεμόνας προκαλεί ή κατασκευάζει συμπτώματα ασθένειας, πλαστογραφεί το πιστοποιητικό υγείας, τραυματίζει με μολυσματικούς παράγοντες, παραποιεί το δείγμα αίματος ή ούρων κ.ά. προκειμένου να προσποιηθεί την ύπαρξη ιατρικού προβλήματος. Αποτέλεσμα είναι η υποβολή του ανηλίκου σε μια σειρά από άσκοπες ιατρικές εξετάσεις, ενώ σε μερικές περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία του. Κύρια στοιχεία του είναι το γονεϊκό ψέμα, η εξαπάτηση και η πρόκληση βλάβης. Επιδημιολογικά η εμφάνιση του συνδρόμου υπολογίζεται στο 0,5 ανά 100.000 παιδιά κάτω των 16 ετών και 2,8 ανά 100.000 παιδιά

κάτω του ενός έτους. Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται συνήθως στις ηλικίες 2-7 ετών. Ερευνητές υποστηρίζουν πως το κύριο χαρακτηριστικό των γονιών είναι η επίμονη αναζήτηση βοήθειας από πολλούς και διαφορετικούς γιατρούς, το επονομαζόμενο doctor shopping. Οι γονείς αυτοί είναι εξαρτημένοι από τους γιατρούς. Οι πιο επικίνδυνες μορφές του συνδρόμου είναι η πρόκληση πνιγμού, ασφυξίας ή άπνοιας, ή δηλητηρίασης. Μια ακόμη μελέτη κατέδειξε ότι τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η πρόκληση αιμορραγίας, οι κοιλιακές διαταραχές, η απώλεια των αισθήσεων, οι σπασμοί, οι διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, η διάρροια, ο εμετός, το αίμα στα κόπρανα, ο πυρετός και τα δερματολογικά προβλήματα. Άλλη μια έρευνα συσχέτισε το σύνδρομο με τον αιφνίδιο βρεφικό θάνατο, την εμφάνιση αναπτυξιακών προβλημάτων, την επιληψία.

Δεν είναι πάντα εύκολο να εντοπιστούν τα κίνητρα που ωθούν τον γονέα στην παραποίηση της κλινικής εικόνας του παιδιού του. Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας διαφαίνεται ότι ο κύριος λόγος είναι η ανάγκη να βρεθεί στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων, προκειμένου να του αναγνωριστεί η υπέρμετρη αγάπη και η μέχρις αυτοπαρνήσεως αφοσίωση στο παιδί του. Επίσης έχει ανάγκη να αυτοπροβάλλεται ως μάρτυρας που ταλαιπωρείται και θυσιάζεται προκειμένου να φροντίσει το παιδί του.

Τα ευρήματα των ερευνών σχετικά με την ψυχική υγεία των δραστών δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό αυτών πάσχουν από σωματόμορφες ή προσποιητές διαταραχές.

Στη 17χρονη επαγγελματική μου πορεία έχω συναντήσει 2 περιστατικά στην Ελλάδα, που διαγνώστηκαν με τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο δράστης είναι η μητέρα και θύμα το παιδί της εναντίον του οποίου στρέφεται, συνήθως όταν βρίσκεται σε πολύ μικρή ηλικία. Σε έρευνες, που έγιναν, διεφάνη ότι το 75% των θυτών είναι μητέρες



ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης

Ένας στους τρεις καρδιαγγειακούς θανάτους μπορεί να προληφθεί μέσω έγκαιρης διάγνωσης και κατάλληλης κλινικής διαχείρισης

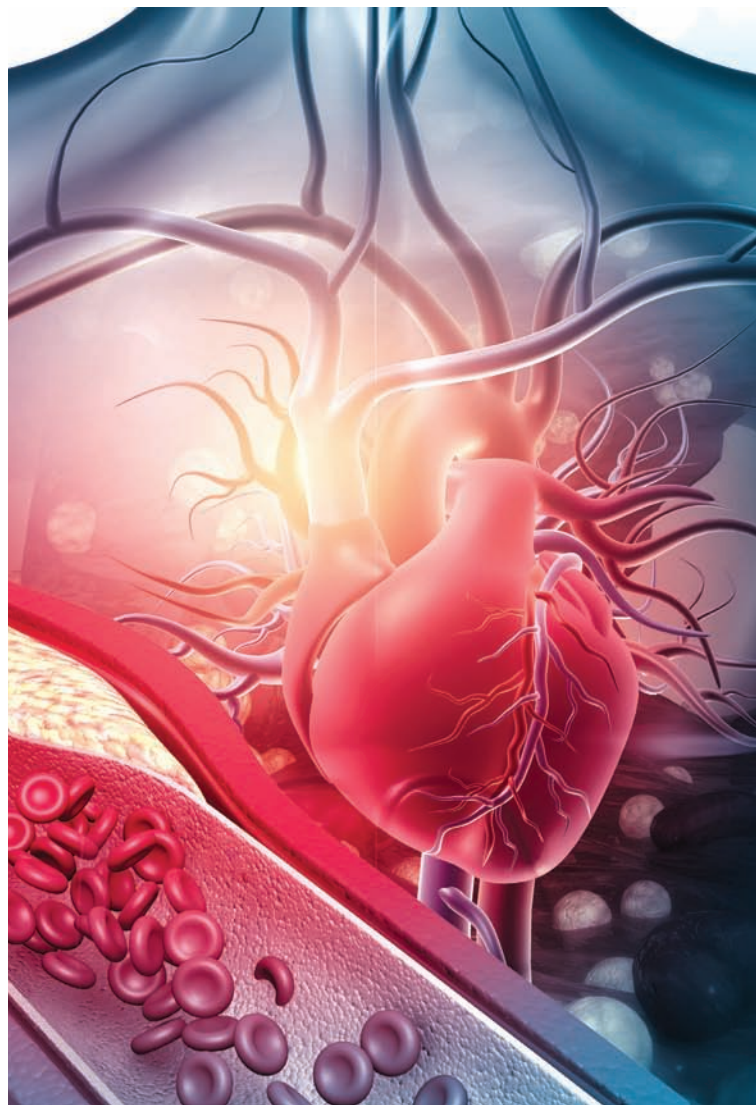
Τα τελευταία 30 χρόνια οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Με βάση τα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2019 περίπου 18 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους λόγω καρδιαγγειακών επιπλοκών, με το 38% των θανάτων αυτών να αφορούν άτομα ηλικίας κάτω των 70 ετών.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης μιας καρδιαγγειακής πάθησης επηρεάζεται από συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου, όπως ο τρόπος ζωής, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα, η σωματική αδράνεια και η υψηλή χοληστερόλη στο αίμα. Επιπρόσθετα, οι κληρονομικοί παράγοντες, όπως συγκεκριμένες γενετικές μεταλλάξεις (αλλαγές στο DNA) μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα ανάπτυξης μιας καρδιαγγειακής πάθησης. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις επηρεάζουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Μερικές από τις πιο κοινές παθήσεις είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος ή αλλιώς καρδιακή προσβολή, η υπέρταση και η εγκεφαλοαγγειακή νόσος ή αλλιώς εγκεφαλικό επεισόδιο.

Οι γενετικές εξετάσεις για ανίχνευση κληρονομικών μεταλλάξεων είναι ζωτικής σημασίας, αφού όταν οι

άνθρωποι με προδιάθεση ανάπτυξης μιας καρδιαγγειακής πάθησης διαγιγνώσκονται εγκαίρως ή στα αρχικά στάδια, έχουν καλύτερη πρόγνωση. Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει στους ασθενείς να υποβληθούν στις κατάλληλες θεραπείες, όπως για παράδειγμα η αντιυπερτασική αγωγή ή η έγκαιρη χειρουργική επέμβαση, ή να αναπροσαρμόσουν τον τρόπο ζωής τους, αποφεύγοντας παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι θα αυξήσουν περαιτέρω το ρίσκο πρόκλησης ενός καρδιαγγειακού επεισοδίου. Ο γενετικός έλεγχος συνιστάται από διεθνείς οργανισμούς όπως η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία και η Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας, για παθήσεις όπως οι αρρυθμίες, οι μυοκαρδιοπάθειες και η οικογενής υπερχοληστερολαιμία, σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό ή υποψία μιας κληρονομικής καρδιαγγειακής νόσου.

Επιπλέον, οι κλινικές εξετάσεις που αξιολογούν τα επίπεδα βιοδεικτών όπως η χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια, οι απολιποπρωτεΐνες και η φερριτίνη, αποτελούν το κλειδί για την πρόληψη αιφνίδιων καρδιαγγειακών επεισοδίων, καθώς εντοπίζουν άτομα υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Ανάλογα με τα επίπεδα αυτών των βιοδεικτών, μπορούν να ληφθούν τα κατάλληλα φάρμακα ή



να γίνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής, περιορίζοντας το ρίσκο ανάπτυξης ή επιδείνωσης μιας καρδιαγγειακής νόσου. Ταυτόχρονα, υπάρχουν και καρδιαγγειακοί βιοδείκτες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση καρδιακής προσβολής, αλλά και για την ανίχνευση βλάβης στα καρδιακά μυϊκά κύτταρα. Αυτοί οι βιοδείκτες περιλαμβάνουν ένζυμα, ορμόνες και πρωτεΐνες, που απελευθερώνονται στην κυκλοφορία του αίματος κατά τη διάρκεια και μετά από καρδιακή προσβολή, όταν ένα άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους ή όταν ο καρδιακός μυς έχει υποστεί νέκρωση σε κάποια περιοχή.

Η έγκαιρη διάγνωση ενός καρδιαγγειακού προβλήματος, είτε μέσω γενετικών εξετάσεων σε περιπτώσεις οικογενειακού ιστορικού είτε μέσω τακτικών κλινικών ελέγχων, μπορεί να οδηγήσει στην κατάλληλη κλινική διαχείριση, μέσω της οποίας το ένα τρίτο των καρδιαγγειακών θανάτων μπορεί να προληφθεί.

Η εξειδικευμένη γενετική εξέταση VentriLia, η οποία προσφέρεται από την NIPD Genetics, μπορεί να ανι-

χνεύσει μεταλλάξεις που προκαλούν καρδιαγγειακές παθήσεις. Για να μάθετε περισσότερα, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα <https://nipd.com/ventriLia>.

Τα Κλινικά Εργαστήρια της NIPD Genetics παρέχουν τον Έλεγχο Καρδιάς, ο οποίος περιλαμβάνει κλινικές αναλύσεις σημαντικών βιοδεικτών για εκτίμηση της καρδιαγγειακής υγείας. Για να μάθετε περισσότερα, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.nipdlabs.com.cy.

Τα επόμενα πιθανά βήματα και η κλινική διαχείριση θα πρέπει πάντα να συζητούνται με τον γιατρό σας. Το περιεχόμενο του άρθρου προορίζεται μόνο για ενημερωτικούς σκοπούς και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο για τη λήψη ιατρικής συμβουλής. Οι επιστημονικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν για τη σύνταξη του παρόντος άρθρου βρίσκονται στην ιστοσελίδα www.nipdlabs.com.cy.

** Το κείμενο έχει συνταχθεί από την NIPD Genetics Scientific Communications Team*



ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ**Το κάπνισμα
στα σχολεία**

Αν επιθυμούμε να φέρουμε θετικά αποτελέσματα, πρέπει να επικεντρώσουμε τις προσπάθειές μας αρχίζοντας από την οικογένεια και τα Δημοτικά Σχολεία, στη συνέχεια στα Γυμνάσια και στα Λύκεια και ακολούθως στο Στρατό και μετά φυσικά στους χώρους εργασίας

**ΔΡ ΒΑΣΟΣ Θ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ,**

Παθολόγος - Καρδιολόγος, Εκπρόσωπος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου στην Επιτροπή για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος

Αναμείχθηκα υπό την ιατρική μου ιδιότητα στον τιτάνιο αγώνα κατά του καπνίσματος, σε μια χώρα που κατέχει αν όχι την πρώτη, σίγουρα και δίκαια μιαν από τις πρώτες θέσεις στον ευρωπαϊκό αλλά και παγκόσμιο χώρο στην κατανάλωση τσιγάρων. Πέρα από την ιατρική μου ιδιότητα, που θεωρώ ότι είναι ένας ισχυρός λόγος να είμαι εναντίον του καπνίσματος, είμαι εκπρόσωπος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου στην Επιτροπή για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος που συστάθηκε από το Υπουργείο Υγείας.

Εκτός των δύο αυτών γεγονότων, θεωρώ εν πάση περιπτώσει σημαντικότερο το γεγονός ότι είμαι φανατικός αντικαπνιστής.

Το αναφέρω αυτό, γιατί θεωρώ ότι πρωτίστο καθήκον της ηγεσίας του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου είναι να περάσει το μήνυμα ότι κανένας γιατρός δεν πρέπει να καπνίζει.

Μου είναι αδιανόητο και απαράδεκτο να καπνίζει ένας γιατρός. Ο γιατρός πρέπει να μην καπνίζει και να είναι ο κύριος πολέμιος του καπνίσματος. Πρέπει να είναι ο κύριος σύμβουλος των μη καπνιστών, νεαρών κυρίως ατόμων, να μην παρασυρθούν από το ρεύμα της εποχής να καπνίσουν και ο κύριος σύμμαχος των καπνιστών στην προσπάθειά τους να σταματήσουν το κάπνισμα. Τον γιατρό η κοινωνία τον θέλει πρωτοπόρο στα θέματα υγείας και σταθερό στο ιερό καθήκον του να πολεμά καθημερινά τις ασθένειες και τον ανθρώπινο πόνο.

Και το κάπνισμα δεν είναι καθόλου, μα καθόλου υπερβολή, με βάση τα

παγκόσμια στοιχεία και δεδομένα, αν ισχυριστούμε ότι είναι η μεγαλύτερη αναστρέψιμη σήμερα καταστροφική συνήθεια και το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει η ανθρωπότητα.

Όταν λοιπόν ο κάθε γιατρός, ανάλογα με τη θέση του, δεν συμμετέχει με τις δικές του δυνάμεις και δυνατότητες -μικρές ή μεγάλες- στον τιτάνιο και άνιστο αγώνα κατά του καπνίσματος, τότε είναι ανεπαρκής. Όταν επιπλέον είναι καπνιστής, τότε δεν είναι μόνο ανεπαρκής αλλά και ένοχος.

Ως γιατρός, λοιπόν, μη καπνιστής και εκπρόσωπος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου στην Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος, έχω ισχυρές απόψεις επί του θέματος, τις οποίες αισθάνομαι έντονα ότι πρέπει να τις δημοσιοποιήσω.

Σε άρθρο μου που δημοσιεύτηκε πρόσφατα, αναφέρθηκα σε αρκετά συνταρακτικά στοιχεία που σίγουρα δεν δικαιολογούν την έκταση του καπνίσματος στη χώρα μας. Θα ακολουθήσουν και άλλα άρθρα με την ευκαιρία της 31ης Μαΐου, που ορίστηκε ως Παγκόσμια Ημέρα μη Καπνίσματος από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, με πολλά επικριτικά σχόλια για την κακή συνήθεια του καπνίσματος, γιατί με τον τρόπο αυτό θεωρώ ότι πράττω το καθήκον μου στο πλαίσιο των δυνάμεων και των δυνατοτήτων μου, υπό την τριπλή ιδιότητά μου που αναφέρω πιο πάνω.

Σε κάποιο ενδιαφέρον άρθρο, που διάβασα πρόσφατα στις εφημερίδες, διαπίστωσα μια θέση που προβάλλεται από έναν ειδικό επί του θέματος



της εξάρτησης από τη νικοτίνη και τις απόψεις μιας εκπαιδευτικού Διευθύντριας Λυκείου.

Ο ισχυρισμός των δύο ικανών αυτών ανθρώπων της επιστήμης, που είναι άξιοι συγχαρητηρίων γιατί προβληματίζονται για την άσχημη εικόνα που παρουσιάζεται στα σχολεία μας αναφορικά με το θλιβερό γεγονός ότι καπνίζουν μαθητές και μάλιστα στο χώρο του σχολείου, είναι ότι δεν πρέπει να τιμωρούνται οι μαθητές που καπνίζουν.

Μάλιστα ο τίτλος του άρθρου είναι: «Τους τιμωρούν αντί να τους θεραπεύουν» και ο υπότιτλος: «Αποτυχημένη η κρατική προσέγγιση για τους καπνιστές μαθητές».

Με κάθε επιφύλαξη, αν πράγματι έτσι έχουν τα πράγματα και με όλον τον σεβασμό προς τους δύο επιστήμονες, να μου επιτραπεί να εκφράσω τη διαφωνία μου.

Αν επιθυμούμε να φέρουμε θετικά αποτελέσματα, πρέπει να επικεντρώσουμε τις προσπάθειές μας αρχίζοντας από την οικογένεια και τα Δημοτικά Σχολεία, στη συνέχεια στα Γυμνάσια και στα Λύκεια και ακολούθως στον Στρατό και μετά φυσικά στους χώρους εργασίας.

Σε όλους τους τομείς και σε όλες τις φάσεις της ανθρώπινης ζωής και δραστηριότητας. Η μάχη κατά

του φονιά τσιγάρου πρέπει να είναι πολυμέτωπη, επίμονη, συνεχής, οργανωμένη μέχρι σημείου που να γίνουμε και μη αρεστοί σε κάποιους. Το κάπνισμα με βάση τους ισχύοντες κανονισμούς του Υπουργείου Παιδείας θεωρείται παράπτωμα και επιβάλλεται στους καπνιστές παιδαγωγική ποινή.

Η Διευθύντρια του Λυκείου μας διαφωνεί περαιτέρω:

Όταν διαπιστώσουμε ότι ένας μαθητής καπνίζει, την πρώτη φορά τον συμβουλευόμαστε, τη δεύτερη δέχεται επίπληξη και την τρίτη φορά ενημερώνουμε τους γονείς. Αν συνεχίσει να καπνίζει, τότε ακολουθεί αποβολή του από το σχολείο. Η αποβολή μπορεί να έχει επιπτώσεις και να συντελέσει στη μείωση της διαγωγής, αν το παιδί διαπράξει και άλλα παραπτώματα. Και προχωρεί στη διατύπωση της άποψης ότι συμφωνεί με τον ειδικό που έδωσε διάλεξη επί του θέματος, ότι δεν είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος η τιμωρία. Και τούτο γιατί τα παιδιά μπορεί να μην καπνίζουν στον χώρο του σχολείου από το φόβο της τιμωρίας, αλλά να καπνίζουν εκτός του σχολείου.

Και η διαφωνία μου:

Το κάπνισμα όχι μόνο πρέπει να απαγορεύεται στον ιερό χώρο του

σχολείου σε μαθητές, αλλά και σε εκπαιδευτικούς και σε οποιονδήποτε εισέρχεται στο σχολείο. Μάλιστα θεωρώ σκόπιμο να προωθήσουμε τροποποίηση του Νόμου, έτσι που να απαγορεύεται το κάπνισμα σε ακτίνα αρκετών μέτρων γύρω από τα σχολεία και τα νοσοκομεία από οποιοδήποτε άτομο, είτε είναι μαθητής είτε εκπαιδευτικός, είτε οποιοσδήποτε πολίτης, με οιαδήποτε ιδιότητα προσεγγίζει τον ιερό χώρο του σχολείου ή του νοσοκομείου.

Επίσης επιθυμώ να παραλληλίσω και να χλευάσω την ανάκριση του μαθητή που καπνίζει από τον διευθυντή, τον βοηθό ή τον καθηγητή του που επίσης καπνίζει, με τη στάση του γιατρού που συμβουλεύει τον ασθενή να σταματήσει το κάπνισμα και την ίδια στιγμή έχει το τσιγάρο στο στόμα του.

Απαραίτητη προϋπόθεση να γίνει σεβαστός ο γονέας, ο γιατρός, ο δάσκαλος, ο καθηγητής, ο ιερωμένος και γενικά αυτοί που είναι ή πρέπει να είναι πρότυπα για τη νεολαία, είναι η σωστή εκ μέρους τους συμπεριφορά. Δεν μπορούμε να συμβουλευόμαστε τους νέους να αποφεύγουν κάτι το οποίο κάνουμε εμείς και να αναμένουμε σεβασμό και υπακοή.

Το κύριο επιχείρημα στο οποίο στηρίζω την άποψή μου αυτή, βρίσκεται

στο γεγονός ότι αποτελεί πεποίθησή μου πως το παιδί, ο νέος, ο έφηβος, πρέπει να αποκτήσουν σε όσο το δυνατόν μικρότερη ηλικία, άρα εμπλέκονται στο δύσκολο αυτό έργο και οι γονείς, τη συνείδηση και την αίσθηση ότι ναι υπάρχει και το όχι, ότι ναι υπάρχουν και Νόμοι και Κανονισμοί, που όση δυσαρέσκεια και αν προκαλούν, πρέπει να είναι σεβαστοί και κυρίως να εφαρμόζονται.

Αλίμονο αν επιτρέψουμε στο πλαίσιο του παρεξηγημένου εκδημοκρατισμού, της χειραφέτησης, της εξέλιξης, της προόδου και δεν ξέρω ακόμη τι, να ισοπεδώσουμε τα πάντα, ακόμη και μερικά πράγματα που σε πείσμα των καιρών παραμένουν ακόμη όρθια.

Είχα την ατυχία να κατοικώ αρκετά χρόνια έξω από Λύκειο στη Λάρνακα και σας διαβεβαιώ ότι μια από τις χειρότερες, τις πιο καταθλιπτικές και τις πιο αποκρουστικές εικόνες που έμειναν ανεξίτηλα χαραγμένες στη μνήμη μου ήταν όταν με θλίψη, απόγνωση και δεν αποκρύβω και θυμό, έβλεπα νεαρά παιδιά, μαθητές και των δύο φύλων να καπνίζουν στον χώρο του σχολείου και μερικά μέτρα έξω από το σχολείο.

Στην πιο πάνω εισήγηση, που οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στο θλιβερό φαινόμενο να προσφέρει ο γονέας

Η μάχη κατά του φονιά τσιγάρου πρέπει να είναι πολυμέτωπη, επίμονη, συνεχής, οργανωμένη μέχρι σημείου που να γίνουμε και μη αρεστοί σε κάποιους

στο ανήλικο παιδί του και ο καθηγητής στον ανήλικο μαθητή τσιγάρο, αντιτάσσω όχι μόνο τη διατήρηση του σημερινού απαγορευτικού Νόμου για το κάπνισμα στα σχολεία από μαθητές, αλλά και την τροποποίησή του για να γίνει πιο αυστηρός.

Μια πρόνοια λοιπόν που πρέπει να απαιτήσουμε να περιληφθεί στην τροποποίησή του, είναι ότι πρέπει να απαγορεύεται το κάπνισμα όχι μόνο στον χώρο του σχολείου ή του νοσοκομείου αλλά σε ακτίνα πολλών μέτρων γύρω από τους χώρους αυτούς.

Μια άλλη πρόνοια πρέπει να είναι η απαγόρευση όχι μόνο στους μαθητές στους χώρους αυτούς, αλλά και σε όλους τους πολίτες που βρίσκονται εκεί με οποιαδήποτε ιδιότητα και για οποιονδήποτε λόγο και φυσικά και κυρίως στους καθηγητές και το προσωπικό του σχολείου, από τον

Διευθυντή μέχρι την καθαρίστρια. Έχω την ισχυρή άποψη ότι στη σημερινή κοινωνία του άκρατου καταναλωτισμού, της αλόγιστης και επιζημίας επάρκειας, της θλιβερής χαλάρωσης των ηθών, της αλλοτρίωσης των εθίμων, του γρήγορου πλουτισμού με κάθε μέσο και τρόπο, της ασέβειας προς τον Νόμο και την τάξη και του διάχυτου ωχαδερφισμού, πρέπει να διατηρήσουμε και να ενισχύσουμε με κάθε τρόπο κάθε προπύργιο άμυνας και αγώνα που περιέργως ακόμη παραμένει όρθιο.

Είμαι βέβαιος ότι η σημερινή απαγόρευση που ισχύει στα σχολεία αναφορικά με το κάπνισμα από μαθητές, ακόμη και οι εισηγήσεις μου για την τροποποίηση του Νόμου προς το αυστηρότερο, δεν προκαλούν κανένα κακό στη διαμόρφωση του χαρακτήρα των νέων μας, ούτε τους... πληγώνουν την αξιοπρέπειά τους ούτε... καταστρατηγούν τα δημοκρατικά τους δικαιώματα.

Πρέπει να δώσουμε μεγαλύτερη σημασία ως κοινωνία και κυρίως ως αρμόδιοι φορείς, στην αποφοίτηση από τα σχολεία μας ανθρώπων με αρχές και ήθος, ικανών να αναλάβουν τις ευθύνες του μέλλοντος, παρά στην εκκόλαψη μηχανών γνώσεων.



Τι είναι η ψωρίαση;

Ποια είναι τα αίτια, τα συμπτώματα, η διάγνωση και ποια η θεραπεία;

ΔΡ ΓΙΑΝΝΗΣ ΝΕΟΦΥΤΟΥ,
Δερματολόγος



Η ψωρίαση είναι ένα χρόνια, μη μεταδιδόμενο νόσημα, που προκαλεί υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των δερματικών μας κυττάρων στην ανώτερη στοιβάδα της επιδερμίδας μας.

Με απλά λόγια, αυτό σημαίνει ότι τα κύτταρα στα σημεία του δέρματος με ψωρίαση ανανεώνονται κάθε 4-6 ημέρες, ενώ στο φυσιολογικό δέρμα τα κύτταρα ανανεώνονται κάθε 28-30 ημέρες.

Λόγω της πάθησης αυτής, τα δερματικά κύτταρα, τα λεγόμενα κερατινοκύτταρα, δημιουργούν σκληρά στην αφή «μπαλώματα», στις ψωριασικές πλάκες, που αποβάλλονται από το σώμα μας με τη μορφή νιφάδων ή λεπιών και προκαλούν φαγού-

ρα. Τα σημεία που προσβάλλονται συνηθέστερα είναι οι αγκώνες, τα γόνατα, το κρανίο, το κατώτερο σημείο της μέσης μας, οι παλάμες και τα πέλματα.

Ποια είναι τα αίτια;

Η ψωρίαση αποτελεί πρωτίστως ανοσολογικό νόσημα, που σημαίνει ότι σχετίζεται με το αμυντικό σύστημα του οργανισμού. Το τελευταίο είναι «λανθασμένα» ενεργοποιημένο στην ψωρίαση, με αποτέλεσμα να αναγκάζει τα κύτταρα του δέρματος να ωριμάσουν και να πολλαπλασιαστούν πιο γρήγορα και κατόπιν να συσσωρεύονται στα ανώτερα στρώματά του, δημιουργώντας τις λεγόμενες ψωριασικές «πλάκες». Τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστή-

ματος (Τ-λεμφοκύτταρα) φτάνουν με την κυκλοφορία του αίματος σε κάποιο σημείο του δέρματος, δημιουργούν μια τοπική φλεγμονή και με τις ουσίες που παράγουν διαταράσσουν τον φυσιολογικό κύκλο των κυττάρων του δέρματος.

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζουν οι γενετικοί παράγοντες, αφού το 1/3 των ασθενών έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, με ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειάς τους να πάσχουν από κάποια μορφή ψωρίασης. Παρ' όλα αυτά, η ψωρίαση δεν ακολουθεί έναν τυπικό τρόπο κληρονομικότητας, όπως είναι το χρώμα των ματιών ή το ύψος, που σημαίνει ότι δεν είναι απαραίτητο το παιδί ενός ασθενούς να εμφανίσει ψωρίαση. Επίσης, δεν είναι σίγουρο ότι κάποιος που έχει το γονίδιο της ψωρίασης θα εμφανίσει ψωρίαση. Άλλοι παράγοντες είναι:

1. Τραυματισμοί του δέρματος
2. Φάρμακα (λίθιο, ορισμένα καρδιολογικά φάρμακα, ιντερφερόνη κ.ά.)
3. Ενδοκρινικοί παράγοντες (εφηβεία, εμμηνόπαυση)
4. Ορισμένες λοιμώξεις (κυρίως στρεπτοκοκκικές)

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Η ψωρίαση παρουσιάζει ποικιλία εικόνων. Όλες οι ψωριασικές βλάβες εμφανίζονται, σε ποικίλο βαθμό, τρία κύρια χαρακτηριστικά:

- Απολέπιση
- Πάχυνση (διήθηση)
- Φλεγμονή (ερύθημα)

Η κλασική συμμετρία, τα αργυρόχρωα λέπια, το ζωηρό κόκκινο - βυσσινί χρώμα, επιτρέπουν την εύκολη διαφορική διάγνωση της ψωρίασης από άλλες δερματοπάθειες στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Για να διαγνωσθεί η ψωρίαση, ο ιατρός πρέπει να διεξαγάγει μια σωματική (φυσική) εξέταση και να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό του ασθενούς. Η διάγνωση σπάνια απαιτεί ιστολογική επιβεβαίωση και σχεδόν πάντα βασίζεται σε κλινικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που σχετίζονται με την ψωρίαση: σαφώς περιγεγραμμένες, ερυθρές, αποφολιδωμένες πλάκες που τυπικά βρίσκονται στους αγκώνες, τα γόνατα, το κρανίο και τη μεσογλουτιαία περιοχή.

Κάποιοι ασθενείς μπορεί να εμφα-



νίσουν βλάβες στις παλάμες, στα πέλματα των ποδιών ή στα γεννητικά όργανα.

Περιστασιακά, τα σημεία της ψωρίασης μπορεί να μοιάζουν με τα συμπτώματα άλλων δερματικών νόσων, όπως η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, ο ομαλός λειχήνας και η ροδόχρους πιτυρίαση. Για να αποκλείσει ο ιατρός αυτά τα περιστατικά, μπορεί να πραγματοποιήσει μια βιοψία δέρματος ή άλλες εργαστηριακές εξετάσεις.

Είναι μεταδιδόμενο νόσημα;

Όχι, καθότι για την εμφάνισή της δεν ευθύνεται κάποιος λοιμώδης παράγοντας.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις της ψωρίασης δεν έχουν ως αποτέλεσμα τη μόνιμη θεραπεία. Γι' αυτό και η νόσος μπορεί ανά πάσα στιγμή να υποτροπιάσει, ακόμα και υπό αγωγή, πολύ πιο συχνά όταν επιδρούν στον ασθενή διάφοροι πυροδοτικοί παράγοντες, όπως οι διάφορες λοιμώξεις, τα φάρμακα ή ακόμα και το ψυχολογικό στρες.

Πόσο πολύ επηρεάζεται η καθημερινότητα του ανθρώπου που πάσχει από ψωρίαση;

Η ψωρίαση επιφέρει σημαντική επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής των ασθενών και πολλές αλλαγές στην καθημερινότητά τους. Μέσα από μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες διαπιστώνεται ότι το φορτίο της ψωρίασης είναι συγκρίσιμο με το αντίστοιχο φορτίο ασθενειών όπως ο καρκίνος, η αρθρίτιδα και η υπέρταση. Οι ποικίλες εκδηλώσεις της νόσου (π.χ. η εντόπισή της σε δύσκολες ανατομικά περιοχές, όπως το τριχωτό της κεφαλής, τα νύχια ή οι παλάμες και τα πέλματα) δυσχεραίνουν τη φυσική λειτουργικότητα των πασχόντων και τους επιφορτίζουν συναισθηματικά. Έτσι, οι ασθενείς με ψωρίαση συχνά έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθάνονται ότι θέλουν να κρύψουν το δέρμα τους από τους γύρω τους και αυτοπεριορίζονται στις διαπροσωπικές, κοινωνικές και επαγγελματικές τους σχέσεις. Τα ενοχλητικά συμπτώματα όπως ο κνησμός, το αίσθημα καύσου ή ο πόνος βασανίζουν τον ασθενή κι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα του ύπνου του. Τέλος, η πολυπλοκότητα πολλών από τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την ψωρίαση, οι ανησυχίες

των ασθενών για πιθανά ζητήματα ασφάλειας, η κόπωση από τη μακροχρόνια χρήση τους φαίνεται να επιβαρύνουν ακόμα πιο πολύ την καθημερινή τους ζωή.

Μπορεί να επανέλθει η ψωρίαση; Υπάρχει μόνιμη θεραπεία;

Όλες οι διαθέσιμες θεραπείες βοηθούν στην αντιμετώπιση (κάθαρση), ολική ή μερική, του εξανθήματος από το δέρμα. Προς το παρόν, δεν υπάρχει ριζική θεραπεία της ψωρίασης, καθότι δεν είναι γνωστή η αιτία της νόσου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ψωρίασης ποικίλλει και εξατομικεύεται ανά ασθενή. Οι θεραπείες για την ψωρίαση μπο-



Πρόκειται για ένα χρόνια, μη μεταδιδόμενο νόσημα, που προκαλεί υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των δερματικών μας κυττάρων στην ανώτερη στοιβάδα της επιδερμίδας μας. Τα σημεία που προσβάλλονται συνηθέστερα είναι οι αγκώνες, τα γόνατα, το κρανίο, το κατώτερο σημείο της μέσης μας, οι παλάμες και τα πέλματα

ρούν γενικά να διακριθούν στις εξής κατηγορίες:

- Τοπικές
- Φωτοθεραπεία
- Συστηματικές
- Βιολογικές

Όσον αφορά τη θεραπεία με Φωτοθεραπεία, θα ήθελα αρχικά να εξηγήσω τι είναι.

(UVB φωτοθεραπεία - υπεριώδης ακτινοβολία B, 290-320 nm). Πρόκειται για μια αποτελεσματική αγωγή για την ψωρίαση, που διεισδύει στο δέρμα και καθυστερεί τον πολλαπλασιασμό και την ανάπτυξη των ψωριασικών κυττάρων. Η αγωγή περιλαμβάνει την έκθεση του δέρματος με ψωρίαση σε τεχνητή πηγή UVB ακτινοβολίας για συγκεκριμένο χρόνο και σε τακτά χρονικά διαστήματα. Κατά τη διάρκεια της φωτοθε-

ραπείας με UVB, η ψωρίαση μπορεί να χειροτερέψει προσωρινά στην αρχή πριν βελτιωθεί στη συνέχεια. Το δέρμα μπορεί να κοκκινίσει και να έχει φαγούρα. Για να αποφευχθεί περαιτέρω ερεθισμός, η δόση της UVB μπορεί να χρειαστεί να μειωθεί προσωρινά. Η UVB φωτοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με τοπικούς ή συστηματικούς παράγοντες για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα. Ο συνδυασμός της φωτοθεραπείας με συστηματικά σκευάσματα μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα κατά πολύ και να επιτρέψει τη χρήση μικρότερων δόσεων του συστηματικού παράγοντα.

Στο ιατρείο μου υπάρχει το συγκεκριμένο μηχάνημα και είμαι στην ευχάριστη θέση να σας ενημερώσω πως το κόστος είναι πολύ χαμηλό.



Η μαγνητική μαστογραφία

Στη φαρέτρα της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού

ΔΡ ΕΛΕΝΗ ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ, Ειδική Ακτινολόγος στο Διαγνωστικό Κέντρο Alpha Enresis, Όμιλος ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ στην Κύπρο



Η μαγνητική μαστογραφία είναι μία εκ των πλέον σύγχρονων μεθόδων απεικόνισης των μαστών, η οποία συμπληρώνει τις ήδη υπάρχουσες μεθόδους, της συμβατικής μαστογραφίας και του υπερήχου των μαστών, συμβάλλοντας στη διάγνωση και καλύτερη διαχείριση του καρκίνου του μαστού.

Η εξέταση

Η εξέταση διενεργείται σε μηχανήματα μαγνητικού τομογράφου σε πρηνή θέση και έχει διάρκεια περί τα 20 λεπτά. Αναγκαία είναι η πλήρης συνεργασία της εξεταζόμενης, η οποία θα πρέπει να είναι εντελώς ακίνητη κατά τη διάρκεια της απεικόνισης. Στο πλαίσιο της εξέτασης, χορηγείται απαραίτητα ενδοφλέβια παραμαγνητική σκιαγραφική ουσία για τον δυναμικό έλεγχο του παρεγχύματος των μαστών. Γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας ενδείκνυται να υποβάλλονται στην εξέταση κατά τη 2η εβδομάδα του γυναικολογικού κύκλου (μεταξύ 7ης και 14ης ημέρας), οπότε η πιθανότητα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων είναι μειωμένη. Αυτό οφείλεται στο ότι η συμπεριφορά του φυσιολογικού υποστρώματος των μαστών διαφέρει κατά τη διάρκεια του κύκλου και σε αυτό το διάστημα ελαχιστοποιείται ο σκιαγραφικός εμπλουτισμός του. Για τον ίδιο λόγο, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης συνίσταται να διακόπτουν τη θεραπεία τους για 6-8 εβδομάδες, πριν από τη διενέργεια της εξέτασης. Είναι σημαντικό, πριν την εξέταση, να εξακριβωθεί η παρουσία οποιονδήποτε γενικών αντενδείξεων διενέργειας μαγνητικής τομογραφίας, όπως είναι η παρουσία μη συμβατού καρδιακού βηματοδότη ή μεταλλικών ξένων σωμάτων σε ζωτικά σημεία του σώματος.

Σε ποιες απευθύνεται

Η μαγνητική μαστογραφία έχει ση-

μαντικό ρόλο να διαδραματίσει τόσο στην πρόληψη (screening), όσο και στη διερεύνηση ύποπτων αλλοιώσεων, αλλά και στη διαχείριση διαγνωσμένων περιστατικών καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα:

- Σε γυναίκες με υψηλό ρίσκο ανάπτυξης καρκίνου μαστού οι οποίες περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα ετήσιων ελέγχων ενδείκνυται, σύμφωνα με οδηγίες της Αμερικάνικης Αντικαρκινικής Εταιρείας, να διενεργείται μαγνητική μαστογραφία. Γυναίκες υψηλού ρίσκου θεωρούνται ενδεικτικά:

- Φορείς της μετάλλαξης BRCA1, BRC2, PTEN ή TP53 ή γυναίκες με πρώτου βαθμού συγγενή φορέα των εν λόγω γονιδίων.

- Όσες έχουν ισχυρή οικογενή προδιάθεση καρκίνου μαστών ή ωοθηκών (σε μοντέλα υπολογισμού κινδύνου - προκύπτουν ρίσκο $\geq 20\%$).

- Όσες υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία στο θώρακα σε ηλικία 10-30 ετών (π.χ. για θεραπεία λεμφωμάτων).

- Περιοδικοί έλεγχοι συνίστανται σε γυναίκες οι οποίες έχουν ιδιαίτερα πυκνούς μαστούς, η αξιολόγηση των οποίων με τις συμβατικές μεθόδους είναι περιοριστική και σημαντικά μειωμένης ευαισθησίας.

- Η εξέταση αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο στα χέρια των ιατρών για διερεύνηση ύποπτων ή ασαφών ευρημάτων στη μαστογραφία ή υπερηχογραφικό έλεγχο.

- Εξαιρετικής σημασίας είναι η εξέταση και στις γυναίκες με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού:

- Επί πρόσφατης διάγνωσης καρκίνου των μαστών η μέθοδος είναι χρήσιμη στο πλαίσιο της προεγχειρητικής σταδιοποίησης (staging). Συμβάλλει στην αναλυτικότερη χωρική ανάλυση, μέτρηση μεγέθους της βλάβης και της σχέσης της με το θωρακικό τοίχωμα. Επίσης είναι το καλύτερο εργαλείο για τη διερεύνηση ενδεχόμενης πολυεστιακότητας



της βλάβης.

- Σε γυναίκες υπό θεραπεία η μαγνητική μαστογραφία έχει σημαντικό ρόλο να διαδραματίσει στην αξιολόγηση ανταπόκρισης στη θεραπεία (treatment response). Με την ολοκλήρωση της θεραπείας, η μέθοδος χρησιμοποιείται για επανέλεγχο και διερεύνηση ενδεχόμενης υποτροπής της νόσου.

Χρήσιμη για γυναίκες με ενθέματα

Η μαγνητική μαστογραφία αποτελεί εξέταση εκλογής για την αξιολόγηση ενθεμάτων των μαστών και κυρίως για τη διερεύνηση ενδεχόμενης ρήξης αυτών. Για τη διαπίστωση αυτού δεν είναι αναγκαία η χορήγηση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού μέσου - εξαιρουμένης της περίπτωσης υποψίας φλεγμονής του ενθέματος.

Τα πλεονεκτήματα

Το κυριότερο πλεονέκτημα της μαγνητικής μαστογραφίας είναι η υψηλότερη ευαισθησία της στη διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού, με αναφερόμενα βιβλιογραφικά ποσοστά $>89\%$. Ευαισθησία που κυμαίνεται ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και την πυκνότητα του μαστού και είναι αρκετά υψηλότερη συγκριτικά με αυτή των υπόλοιπων μεθόδων.

Σε περιπτώσεις κλινικής υποψίας καρκίνου του μαστού (π.χ. μασχαλιάια λεμφαδενοπάθεια ή δευτεροπαθής νόσος αγνώστου προελεύσεως) στατιστικά καταδεικνύουν ευρήματα στη μαγνητική μαστογραφία μέχρι 50% των περιπτώσεων.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι στην περίπτωση νέων διαγνώσεων η μαγνητική μαστογραφία θεωρείται η πιο αξιόπιστη μέθοδος αναγνώρισης περαιτέρω εστιών εντός των μαστών (συναντώνται σε 10-30% των περιπτώσεων) όπως και η ακριβέστερη μέθοδος

στον προεγχειρητικό υπολογισμό του μεγέθους του όγκου. Σύμφωνα με έρευνες, από τα ευρήματα της μαγνητικής μαστογραφίας προκύπτουν αλλαγές στη διαχείριση των ασθενών σε ποσοστό 20-30%.

Τα μειονεκτήματα

- Μεγαλύτερη αναλογία ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, γεγονός που συνεπάγεται μεγαλύτερο αριθμό ψευδώς αρνητικών βιοψιών.

- Αδυναμία της μεθόδου να αναδείξει μικροαποστιτανώσεις των μαστών, γεγονός που αποτελεί ένδειξη υποκείμενης εξεργασίας των μαστών.

- Η περιορισμένη διαθεσιμότητα. Μαγνητικοί τομογράφοι διατίθενται συνήθως σε μεγαλύτερα κέντρα υγείας, ενώ υφίσταται περιορισμός και στους ιατρούς ακτινολόγους που έχουν την εμπειρία αξιολόγησης της εν λόγω εξέτασης.

- Το υψηλό κόστος της εξέτασης, σε σχέση με αυτό των συμβατικών μεθόδων.

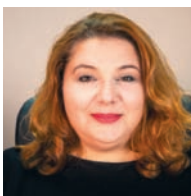
- Άτομα με κλειστοφοβία όπως και άτομα που έχουν οποιαδήποτε αντένδειξη διενέργειας μαγνητικής τομογραφίας πρέπει να αξιολογηθούν ιδιαίτερα για τη δυνατότητα διενέργειας της εξέτασης.

- Γυναίκες με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που δεν δικαιούνται να λάβουν ενδοφλέβιο παραμαγνητικό σκιαγραφικό μέσο, δεν μπορούν να υποβληθούν στην εξέταση.

Σε κάθε περίπτωση, την ένδειξη διενέργειας της μαγνητικής τομογραφίας τη θέτει ο κλινικός ιατρός ή ο ιατρός ακτινοδιαγνώστης που διενεργεί το υπερηχογράφημα ή και τη μαστογραφία. Αυτοί έχουν τον κύριο ρόλο να καθοδηγήσουν τις γυναίκες στην επιλογή των ιδανικών σε κάθε περίπτωση διαγνωστικών εξετάσεων για τη βέλτιστη διαχείριση της κάθε γυναίκας ξεχωριστά.

Γιατί η ζώνη άνεσης είναι τόσο άβολη!

Όταν μένουμε αρκετό καιρό στο ίδιο σημείο και δεν προσπαθούμε να εξελίξουμε τις δεξιότητες και τις ικανότητές μας και να κατακτήσουμε νέους τόπους, τότε, παραμένοντας στην υφιστάμενη ζώνη άνεσης, νιώθουμε αποτελεσματωμένοι



ΜΑΡΙΑ ΜΕΝΟΙΚΟΥ, Σύμβουλος Προσωπικής και Επαγγελματικής Ανάπτυξης, Πιστοποιημένη Εκπαιδύτρια ΑΝΑΔ

Κάποια στιγμή στη ζωή μας αντιλαμβανόμαστε ότι βρισκόμαστε βυθισμένοι σε τέλμα, μπλοκαρισμένοι, στάσιμοι σε μια κατάσταση όπου δεν νιώθουμε καθόλου καλά. Ίσως να έχουμε μείνει σε αυτήν την κατάσταση αρκετό καιρό. Η καρδιά μας νιώθει άβολα και δύσκολα, αλλά το μυαλό μας θέλει να μας προστατεύσει από το άγνωστο, το καινούργιο, το επικίνδυνο. Αμέσως το μυαλό επιτάσσει και χρησιμοποιεί φωνές προειδοποίησης εναντίον κάθε κίνησης: “Μείνε εκεί που είσαι. Κάτσε στη ζώνη άνεσής σου, είναι αρκετά καλά αυτά που ήδη έχεις, πρέπει να τα εκτιμάς γιατί αρκετοί συνάνθρωποί σου δεν τα έχουν”. Άλλωστε δεν είναι η πρώτη φορά που ηχούν στ’ αυτιά μας αυτές οι συγκεκριμένες φωνές. Τις έχουμε ακούσει και τις έχουμε υπακούσει πολλές φορές στο παρελθόν. Όταν, όμως, μένουμε αρκετό καιρό στο ίδιο σημείο, και δεν προσπαθούμε να εξελίξουμε τις δεξιότητες και τις ικανότητές μας και να κατακτήσουμε νέους τόπους, τότε, παραμένοντας στην υφιστάμενη ζώνη άνεσης, νιώθουμε αποτελεσματωμένοι.

Ίσως η αρχική μας κατάσταση να φαίνεται ιδανική - έχουμε ήδη φτάσει σε κάποια κορυφή - όμως, η παραμονή στο ίδιο σημείο είναι παγίδα στασιμότητας. Όπως έλεγε ο δάσκαλος και μέντοράς μου, Bob Proctor, “either you create or you disintegrate”. “Είτε δημιουργείς είτε συρρικνώνεσαι”. Πρέπει να κατανοήσουμε ότι αν δεν δημιουργούμε, αν δεν εξελισσόμαστε, αν δεν θέτουμε

νέους στόχους που θέλουμε να πετύχουμε, τότε συρρικνώνομαστε. Η ζώνη άνεσης πονάει γιατί αν δεν κάνουμε αυτό που θέλουμε να τολμήσουμε, αρχίζει η διαδικασία της συρρίκνωσης, και η ζώνη άνεσης ξεκινά να μας πνίγει. Συρρικνώνονται οι ορίζοντες της επαγγελματικής μας σταδιοδρομίας, οι ευκαιρίες δεν έρχονται, ο κοινωνικός μας κύκλος στενεύει και οι σχέσεις που θέλουμε να δημιουργήσουμε, χάνονται. Άρα,

είναι πολύ σημαντικό να θέτουμε στόχους, να ξέρουμε την κατεύθυνση της πορείας που θέλουμε να ακολουθήσουμε στη ζωή μας. Όταν θέτουμε στόχους, το ήδη υφιστάμενο καθεστώς της ζώνης άνεσης ξεκινά να δημιουργεί σκέψεις του τύπου: “Πού θα πας, πώς θα τα καταφέρεις, δεν είναι εφικτό!”. As αγνοήσουμε αυτές τις σκέψεις και as ξεκινήσουμε να επεξεργαζόμαστε τις νέες σκέψεις, τους νέους στόχους τους οποίους θέσαμε γνωρίζοντας συνειδητά ότι για να μπορέσουμε να βγούμε από τη ζώνη άνεσης είναι απαραίτητο να τολμήσουμε, να ρισκάρουμε. Αφού θέσουμε τους στόχους μας -όχι από το μυαλό αλλά από τη καρδιά - ξεκινάμε να σκεφτόμαστε και να επεξεργαζόμαστε στο μυαλό μας τη διαδικασία κατάκτησης των στόχων μας και αυτό οδηγεί στο φούντωμα του συναισθήματος. Φουντώνοντας το συναίσθημα, αποκτούμε την ορμή, τη δύναμη να τολμήσουμε, να βγούμε εκτός της ζώνης άνεσης. Θυμάμαι την πρώτη φορά που έθεσε στόχο να εκπαιδευτώ ως σύμβουλος προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης. Είχα ήδη πληρώσει, είχα ήδη προχωρήσει ένα μήνα στην εκπαίδευσή μου και ξαφνικά εμφανίστηκε στη ζωή μου το απροσδόκητο αίσθημα του φόβου. Παρόλο που είχα κάνει κάποια βήματα, δεν είχα κάνει

το μεγάλο βήμα εκτός της ζώνης άνεσής μου. Έτσι, ξαφνικά βρέθηκε μπροστά μου αυτό που ο Bob Proctor αποκαλεί terror barrier. Το τείχος, το εμπόδιο του τρόμου. Έπρεπε να απελευθερώσω τον εαυτό μου απ’ αυτό το επώδυνο σημείο, από το κλοιό της ζώνης άνεσης.

Είναι δύσκολο, αλλά από τη στιγμή που τολμούμε να κάνουμε το άλμα πίστης (leap of faith), πλέον δεν υπάρχει πισωγύρισμα. Υπάρχει μόνο κίνηση προς τα εμπρός. Όπως λέει ένα γνωστό κινέζικο ρητό, “Ένα ταξίδι χιλίων χιλιομέτρων αρχίζει με ένα βήμα”. Άρα, πρέπει να τολμήσουμε να κάνουμε το πρώτο βήμα, να διεκδικήσουμε, να θέσουμε στόχους και να τους κατακτήσουμε. Είναι σημαντικό να είμαστε αισιόδοξοι και να εμπιστευόμαστε ότι με κάποιο τρόπο οι στόχοι μας θα επιτευχθούν. Το μαγικό της υπόθεσης είναι ότι όταν κάνουμε το άλμα πίστης, πάντα, μα πάντα βρίσκεται τρόπος, όσο μεγάλη ή δύσκολα κι αν είναι τα όνειρά μας. Αν δεν τολμήσουμε εμείς να κυνηγήσουμε τα όνειρά μας, κανένας δεν θα το κάνει για μας. Αξίζει να κυνηγήσουμε τα όνειρά μας.

Αν αισθάνεστε παγιδευμένοι στη ζώνη άνεσής σας και θέλετε ένα χέρι βοήθειας προς την κατάκτηση των ονείρων σας, θα χαρώ πολύ να σας δώσω την ώθηση που χρειάζεστε.





Γονίδιο του βιολογικού μας ρολογιού σχετίζεται με αυτιστικές διαταραχές

Πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύθηκε στο έγκριτο περιοδικό *Molecular Psychiatry*, από ομάδα επιστημόνων από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Μινεσότα και του Πανεπιστημίου του Τέξας, Σαν Αντόνιο, καθώς και το Ινστιτούτο Βιοϊατρικών Ερευνών (IBE) του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ), αποκαλύπτει ότι ένα γονίδιο που παίζει κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση του κικκάδιου ή βιολογικού ρολογιού μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη διαταραχής αυτιστικού φάσματος. Η νευροαναπτυξιακή διαταραχή αυτιστικού φάσματος ή ΔΑΦ χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορικών αλλαγών, που αφορούν

κοινωνικές δεξιότητες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, την ομιλία και τη μη λεκτική επικοινωνία. Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, η ΔΑΦ επηρεάζει 1 στα 44 παιδιά στις Η.Π.Α.

Περίπου το 50%-80% των παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου, ενώ για τον γενικό πληθυσμό το ποσοστό είναι λιγότερο από 30%. Τα αίτια των προβλημάτων ύπνου στη ΔΑΦ δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρα, αλλά η δυσλειτουργία του εσωτερικού μας ρολογιού θα μπορούσε να είναι η αιτία.

«Έχει από καιρό αναγνωριστεί ότι η λειτουργία του εσωτερικού μας ρολογιού διαταράσσεται συχνά σε ασθενείς με αυτισμό, και αυτοί οι

ασθενείς συχνά παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα ύπνου», ανέφερε ο Δρ Ruifeng Cao, επίκουρος καθηγητής νευροεπιστημών στην Ιατρική Σχολή στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα. «Αλλά δεν είναι ακόμα γνωστό εάν ο αυτισμός μπορεί να προκληθεί άμεσα από τη διαταραχή γονιδίου του κικκάδιου ρυθμού».

Η μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι η διαταραχή ενός σημαντικού γονιδίου που ρυθμίζει τον κικκάδιο ρυθμό, σε προκλινικά μοντέλα, μπορεί να οδηγήσει σε φαινότυπους που μοιάζουν με αυτισμό.

Συγκεκριμένα, η απαλοιφή του γονιδίου *Bmal 1* μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αλλαγές στην κοινωνικότητα, την επικοινωνία αλλά και τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.

Τα μοντέλα παρουσίασαν επίσης βλάβες στην παρεγκεφαλίδα τους ή «παρεγκεφαλιδική αταξία». Η ερευνητική ομάδα μελέτησε περαιτέρω τις παθολογικές αλλαγές στην παρεγκεφαλίδα και βρήκε μια σειρά από κυτταρικές και μοριακές αλλαγές που υποδηλώνουν νευροαναπτυξιακά ελλείμματα.

«Η διαταραχή του γονιδίου αυτού θα μπορούσε να συνιστά έναν μηχανισμό που κρύβεται πίσω από πολλές μορφές αυτισμού και πιθανότατα και άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, και αυτή η ανακάλυψη ανοίγει τον δρόμο για περαιτέρω συναρπαστική έρευνα», δήλωσε ο Δρ Χρήστος Γκόγκας, κύριος ερευνητής Νευροβιολογίας στο Ινστιτούτο Βιοϊα-

τρικών Ερευνών (IBE) του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ).

Η ερευνητική ομάδα σχεδιάζει να συνεχίσει να μελετά άλλα γονίδια του κικκάδιου ρυθμού που βρίσκονται μεταλλαγμένα στη ΔΑΦ. Πιο συγκεκριμένα, συνιστούν την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών με βάση τα ευρήματά τους.

Η μελέτη αυτή υποστηρίζεται από επιχορηγήσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και του Winston and Maxine Wallin Neuroscience Discovery Fund.

Η ερευνητική ομάδα αποτελείται από τους καθηγητές Harry Orr, Alfonso Araque, Paulo Kofuji, και Jonathan Jonathan Gewirtz (τώρα στο Πανεπιστήμιο της Αριζόνα) από το Πανεπιστήμιο της Μινεσότα, καθώς επίσης και από τον καθ. Victor Jin από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Τέξας, Σαν Αντόνιο, και την Δρα Κλεάνθη Χαλκιαδάκη και τον Δρα Χρήστο Γκόγκα του Ινστιτούτου Βιοϊατρικών Ερευνών του ΙΤΕ, στην Ελλάδα.

Μελέτη διαπίστωσε ότι η διαταραχή ενός σημαντικού γονιδίου, που ρυθμίζει τον κικκάδιο ρυθμό, σε προκλινικά μοντέλα, μπορεί να οδηγήσει σε φαινότυπους που μοιάζουν με αυτισμό

Κρασί με το φαΐ μειώνει τον κίνδυνο διαβήτη

Η κατανάλωση κρασιού μαζί με το φαγητό σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2, σύμφωνα με μία νέα αμερικανική επιστημονική μελέτη.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον επιδημιολόγο-αναλυτή Βιοστατιστικής δρ Χάο Μα του Πανεπιστημίου Τουλέιν της Νέας Ορλεάνης, οι οποίοι έκαναν τη σχετική ανακοίνωση σε συνέδριο της American Heart Association στο Σικάγο, ανέλυσαν στοιχεία για σχεδόν 312.400 ενήλικες με μέση ηλικία τα 56 έτη, που δεν είχαν διαβήτη, καρδιαγγειακές νόσους ή καρκίνο στην αρχή της μελέτης. Στη διάρκεια περίπου 11 ετών, 8.600 άτομα εμφάνισαν

διαβήτη τύπου 2. Η κατανάλωση μέτριων ποσοτήτων κρασιού με τα γεύματα σχετίστηκε με 14% μικρότερο κίνδυνο διαβήτη, σε σχέση με όσους δεν έπιναν καθόλου αλκοόλ με το φαγητό τους. Όσοι έπιναν μεγαλύτερες ποσότητες μπύρας ή άλλου αλκοόλ είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν με διαβήτη. Οι ερευνητές εκτιμούν ότι ορισμένα συστατικά του κρασιού, πιθανώς τα αντιοξειδωτικά, μειώνουν τον κίνδυνο διαβήτη, κάτι που δεν ισχύει για άλλα είδη αλκοόλ. Δεν είναι σαφές κατά πόσον η μείωση του κινδύνου διαβήτη αφορά εξίσου το λευκό και το κόκκινο κρασί.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση αλκοόλ με μέτρο



μπορεί να έχει κάποια οφέλη για την υγεία, μεταξύ άλλων όσον αφορά τον μεταβολισμό της γλυκόζης (σακχάρου). Η νέα μελέτη επιβεβαιώνει ότι αυτό «μεταφράζεται» σε μείωση του κινδύνου για διαβήτη, ιδίως όσον

αφορά την κατανάλωση κρασιού. Όμως, ορισμένες ομάδες πληθυσμού, όπως οι έγκυοι ή όσες γυναίκες προσπαθούν να κάνουν παιδί, δεν πρέπει να πίνουν καθόλου αλκοόλ.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



Θεραπεία νυχτερινής τύφλωσης σε σκύλους γεννά ελπίδες

Επιστήμονες στις ΗΠΑ ανέπτυξαν μια πρωτοποριακή γονιδιακή θεραπεία που αποκατέστησε σε ικανοποιητικό βαθμό τη νυχτερινή όραση σε σκύλους που έπασχαν από μια μορφή εκ γενετής νυχτερινής τύφλωσης. Το επίτευγμα προσφέρει ελπίδες ότι άνοιξε ο δρόμος για τη θεραπεία και στους ανθρώπους μιας παρόμοιας πάθησης, της συγγενούς στάσιμης νυχτερινής τύφλωσης. Υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι

αυτής της πάθησης, που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την εμφάνιση νυχτερινής τύφλωσης από τη γέννηση. Αντίθετα, η όραση στη διάρκεια της ημέρας μειώνεται ελάχιστα, ενώ και η αντίληψη των χρωμάτων είναι φυσιολογική. Οι άνθρωποι με αυτήν την πάθηση δεν μπορούν να διακρίνουν αντικείμενα όταν πέφτει το σκοτάδι, δεν υπάρχει επαρκής τεχνητός νυχτερινός φωτισμός ή οδηγούν το βράδυ. Το 2015 ανακαλύφθηκε ότι οι σκύλοι πάσχουν από

μια παρόμοια κληρονομική τύφλωση και το 2019 εντοπίστηκε το «ένοχο» γονίδιο (LRIT3).

Οι ερευνητές του Πανεπιστημίου της Πενσιλβάνια, με επικεφαλής την επίκουρη καθηγήτρια Κέικο Μιγιαντέρα της Κτηνιατρικής Σχολής, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ (PNAS), κατάφεραν μέσω γονιδιακής θεραπείας για πρώτη φορά να επαναφέρουν τη νυχτερινή όραση σε σκύλους γεννημένους με την εν λόγω πάθηση. Η θεραπεία, που είναι εφάπαξ και αντικαθιστά το προβληματικό γονίδιο με ένα υγιές,

στοχεύει σε μια ομάδα κυττάρων βαθιά στον αμφιβληστροειδή του ματιού, κάτι που δεν έχει ξαναγίνει.

Οι σκύλοι μπόρεσαν να βρουν τον δρόμο τους μέσα σε έναν λαβύρινθο με πολύ ακνό φως και η θεραπευτική δράση φαίνεται να είναι διαρκείας, καθώς έχει αποτέλεσμα για πάντα από ένα χρόνο στα ζώα.

«Τα αποτελέσματα αυτής της πιλοτικής μελέτης είναι πολλά υποσχόμενα. Στους ανθρώπους και στους σκύλους με συγγενή στάσιμη νυχτερινή τύφλωση η σοβαρότητα της νόσου είναι συνεχής και αμετάβλητη στη διάρκεια της ζωής τους. Κατορθώσαμε να θεραπεύσουμε αυτά τα σκυλιά ηλικίας ενός έως τριών ετών. Αυτό καθιστά τα ευρήματά μας ελπιδοφόρα και σχετικά με τον ενήλικο ανθρώπινο πληθυσμό, καθώς θεωρητικά θα μπορούσαμε να επέμβουμε ακόμη και σε ενήλικες ανθρώπους για να επιφέρουμε βελτίωση στη νυχτερινή όρασή τους», δήλωσε η Δρ Μιγιαντέρα.

Η θεραπεία επιδέχεται βελτίωση και αυτό θα επιδιώξουν πλέον οι ερευνητές. Μερικοί σκύλοι εμφάνισαν καλύτερη ανταπόκριση στη γονιδιακή αλλαγή απ' ό,τι άλλοι, ενώ το υγιές αντίγραφο του γονιδίου «εκφράστηκε» μόνο στο 30% των κυττάρων βαθιά στον αμφιβληστροειδή. Τελικός στόχος είναι η πρώτη κλινική δοκιμή σε ανθρώπους.

Το λίθιο μπορεί να μειώνει τον κίνδυνο άνοιας

Το λίθιο -μία σημαντική φαρμακευτική θεραπεία για τη διπολική διαταραχή αλλά και την κατάθλιψη- μπορεί, επίσης, να μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας, όπως δείχνει μία νέα βρετανική επιστημονική μελέτη. Οι ερευνητές του Τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Κέιμπριτζ, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο ιατρικό περιοδικό «PLoS Medicine», ανέλυσαν στοιχεία για σχεδόν 30.000 ασθενείς άνω των 50 ετών, από τους οποίους οι 548 με μέση ηλικία 74 ετών είχαν κάνει θεραπεία με λίθιο. Κανένας δεν είχε διαγνωστεί με άνοια στην αρχή της μελέτης.

Διαπιστώθηκε ότι όσοι είχαν πάρει στο παρελθόν λίθιο ήταν λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν στη συνέχεια άνοια. Στην ομάδα του λιθίου 53

ασθενείς ή το 9,7% διαγνώστηκαν με άνοια, ενώ στην πολύ μεγαλύτερη ομάδα όσων δεν είχαν πάρει λίθιο οι 3.244 ή το 11,2% διαγνώστηκαν αργότερα με άνοια.

Αφού ελήφθησαν υπόψη και άλλοι παράγοντες (κάπνισμα, άλλα φάρμακα, σωματική και ψυχική υγεία κ.ά.), βγήκε το συμπέρασμα ότι η χρήση λιθίου σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο άνοιας σε όσους το παίρνουν είτε για μεγάλο είτε για μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό, κατά τους επιστήμονες, δείχνει ότι πιθανώς το λίθιο θα μπορούσε να αποτελέσει μία προληπτική θεραπεία κατά του κινδύνου της άνοιας, κάτι που θα πρέπει, πάντως, να επιβεβαιωθεί από μελλοντικές μεγαλύτερες τυχαίοποιημένες και ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές.

Στο παρελθόν είχε προταθεί η χρή-



ση λιθίου σε άτομα που ήδη έχουν διαγνωσθεί με άνοια ή με πρώιμη γνωστική εξασθένηση, αλλά η νέα μελέτη εστίασε στην προληπτική χρήση της εν λόγω ουσίας, που σταθεροποιεί την ψυχική διάθεση.

Ο επικεφαλής ερευνητής Δρ Σαν-

κουάν Τσεν δήλωσε ότι «είναι πολύ νωρίς να πει κανείς με σιγουριά, αλλά είναι πιθανό ότι το λίθιο θα μπορούσε να μειώνει τον κίνδυνο άνοιας και στους ανθρώπους με διπολική διαταραχή».



Αυξημένος ο κίνδυνος εμφράγματος λόγω θορύβου

Η ζωή σε ένα θορυβώδες περιβάλλον δεν είναι μόνο ενοχλητική, αλλά μπορεί επίσης να αποβεί επιβλαβής για την υγεία κάποιου. Οι άνθρωποι που βιώνουν σε συνεχή βάση υψηλά επίπεδα θορύβου από αυτοκίνητα, τρένα ή αεροπλάνα, είναι πιθανότερο να πάθουν έμφραγμα, σε σχέση με όσους ζουν σε πιο ήσυχες περιοχές, επιβεβαίωσε μια νέα αμερικανική επιστημονική μελέτη. Σε παρόμοιες εκτιμήσεις έχουν καταλήξει ανάλογες μελέτες στην Ευρώπη.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον καθηγητή Ιατρικής Άμπελ Μορέιρα του Τμήματος Καρδιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Rutgers του Νιου Τζέρσι, οι οποίοι έκαναν τη σχετική ανακοίνωση στο ετήσιο συνέδριο του Αμερικανικού Κολεγίου Καρδιολογίας, ανέλυσαν στοιχεία για σχεδόν 16.000 ανθρώπους που νο-

σπλεύθηκαν λόγω εμφράγματος.

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τα επίπεδα χρονίου θορύβου στα οποία είχαν εκτεθεί στον τόπο διαμονής τους εξαιτίας εγγύτητας του σπιτιού τους σε μεγάλο δρόμο, σιδηροδρομική γραμμή ή αεροδρόμιο (μέσος όρος θορύβου άνω των 65 ντεσιμπέλ ή κάτω των 50 ντεσιμπέλ μέσα στη μέρα). Το επίπεδο θορύβου των 65 ντεσιμπέλ είναι παρόμοιο με μια δυνατή συνομιλία ή με γέλια. Εκτιμήθηκε ότι το 5% των νοσηλείων για έμφραγμα -ή το ένα περιστατικό στα 20- μπορούσε να συσχετισθεί με τα αυξημένα επίπεδα θορύβου έξω από το σπίτι. Διαπιστώθηκε ότι τα εμφράγματα ήταν κατά 72% περισσότερα στα μέρη με αυξημένο θόρυβο από τις μεταφορές.

«Ως καρδιολόγοι έχουμε συνηθίσει να σκεφτόμαστε για τους πολλούς παραδοσιακούς παράγοντες καρδιαγ-

γειακού κινδύνου όπως το κάπνισμα, η υπέρταση ή ο διαβήτης. Αυτή η μελέτη και άλλες δείχνουν ότι ίσως πρέπει να αρχίσουμε να σκεφτόμαστε σχετικά με τη ρύπανση του αέρα και την ηχορύπανση ως επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Όταν οι άνθρωποι μιλάνε για τη ρύπανση, συνήθως έχουν στο νου τους τα σωματίδια στον αέρα ή στο νερό. Όμως υπάρχουν και άλλες μορφές ρύπανσης και η ηχορύπανση είναι μία από αυτές», δήλωσε ο Δρ Μορέιρα.

Μολονότι η νέα μελέτη δεν εξέτασε τους βιολογικούς μηχανισμούς που συνδέουν την ηχορύπανση με τα εμφράγματα, σύμφωνα με τους ερευνητές, ο θόρυβος μπορεί να προκαλέσει χρόνια στρες, διαταραχές του ύπνου και συναισθηματικό στρες όπως άγχος και κατάθλιψη, που μπορούν να έχουν επίπτωση στην καρδιαγγειακή υγεία. Το χρόνια στρες είναι γνωστό ότι επιφέρει ορμονικές αλλαγές που συνδέονται με τη χρόνια φλεγμονή και τις βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία.

Επιπλέον, η διαβίωση κοντά σε δρόμους, γραμμές τρένων και αεροδρόμια σημαίνει επίσης μεγαλύτερη έκθεση σε εξατμίσεις και άλλες μορφές ρύπανσης της ατμόσφαιρας, οι οποίες με τη σειρά τους αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. «Η ρύπανση του αέρα και ο θόρυβος πάνε χέρι-χέρι. Το ερώτημα είναι πόση επίπτωση οφείλεται στη ρύπανση από τα σωματίδια και πόση στον θόρυβο», ανέφερε ο Μορέιρα.

Ανάμεσα στις παρεμβάσεις που προτείνουν οι ερευνητές, είναι η καλύτερη εφαρμογή των κανονισμών για την αποφυγή των θορύβων, κατασκευές

που μπλοκάρουν τον θόρυβο από τα διερχόμενα οχήματα ή τρένα, νέοι κανόνες για τα αεροδρόμια, λάστιχα χαμηλού θορύβου στα οχήματα, καλύτερη ηχομόνωση των κτηρίων κ.ά.

Οι θόρυβοι στις ευρωπαϊκές πόλεις. Μια δεύτερη επιστημονική μελέτη ερευνητών του Ινστιτούτου Παγκόσμιας Υγείας (ISGlobal) της Βαρκελώνης, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο διεθνές περιβαλλοντικό περιοδικό «Environment International», μελέτησε στοιχεία θορύβου από τους δρόμους σε 749 ευρωπαϊκές πόλεις. Κατέληξε στην εκτίμηση ότι σχεδόν 60 εκατομμύρια ενήλικες εκτίθενται σε ανθυγιεινά επίπεδα θορύβου από τα οχήματα. Αν τηρούνταν τα όρια θορύβου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), τότε εκτιμάται ότι θα αποφεύγονταν πάνω από 3.600 θάνατοι μόνο από ισχαιμική καρδιακή νόσο. Η μελέτη υπολόγισε ότι σχεδόν οι μισοί (48%) άνθρωποι άνω των 20 ετών στην Ευρώπη εκτίθενται σε επίπεδα θορύβου πάνω από τις συστάσεις του ΠΟΥ (έως 53 ντεσιμπέλ κατά μέσο όρο στη διάρκεια του 24ώρου).

Οι άνθρωποι που βιώνουν σε συνεχή βάση υψηλά επίπεδα θορύβου από αυτοκίνητα, τρένα ή αεροπλάνα, είναι πιθανότερο να πάθουν έμφραγμα, σε σχέση με όσους ζουν σε πιο ήσυχες περιοχές

Κάποια άτομα μένουν άτεκνα λόγω γενετικής προδιάθεσης

Ένας μικρός αριθμός ανθρώπων χωρίς παιδιά μένουν άτεκνοι εξαιτίας γονιδιακών παραλλαγών στο DNA τους που τους δημιουργούν την προδιάθεση να μην κάνουν οικογένεια, σύμφωνα με μια νέα βρετανική γενετική έρευνα, την πρώτη που κάνει αυτή τη συσχέτιση.

Το εν λόγω γενετικό υπόβαθρο δεν καθιστά στείρους τους ανθρώπους, αλλά μειώνει την πιθανότητα να θέλουν να κάνουν παιδιά λόγω της εκδήλωσης διαφόρων γνωστικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών που μειώνουν την πιθανότητα

εύρεσης συντρόφου με σκοπό την αναπαραγωγή.

Πάντως οι Βρετανοί επιστήμονες επεσήμαναν ότι ο γενετικός παράγοντας εξηγεί μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (περίπου 1%) της ατεκνίας, καθώς άλλοι παράγοντες (κοινωνικοί, οικονομικοί, δημογραφικοί, ψυχολογικοί, προσωπικές επιλογές κ.ά.) παίζουν σημαντικότερο ρόλο.

Οι ερευνητές του Ινστιτούτου Wellcome Sanger του Κέιμπριτζ, με επικεφαλής τον Δρα Μάθιου Χερλς, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό «Nature», ανέλυσαν γενετικά δεδομένα για



σχεδόν 341.000 ανθρώπους 39 έως 73 ετών. Βρήκαν ότι οι παραλλαγές σε ορισμένα γονίδια που προδιαθέτουν σε ατεκνία είναι συχνότερες στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες.

Επίσης οι άνθρωποι - συνήθως άνδρες - με αυτές τις μεταλλάξεις είναι

πιθανότερο να έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μικρότερο εισόδημα. Ακόμη πάντως και για όσους έχουν το εν λόγω γενετικό «προφίλ», η πιθανότητα να κάνουν παιδί παραμένει περίπου 50-50.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



Ο καφές προστατεύει την καρδιά

Η κατανάλωση δύο έως τριών καφέδων την ημέρα φαίνεται να κάνει καλό στην καρδιά, μειώνοντας τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, καρδιακή αρρυθμία και ανεπάρκεια, ενώ ευνοεί και τη μακροζωία, σύμφωνα με τρεις νέες επιστημονικές έρευνες, που παρουσιάστηκαν στο ετήσιο συνέδριο του Αμερικανικού Κολεγίου Καρδιολογίας. Το όφελος αφορά τόσο τους ανθρώπους με καρδιαγγειακή νόσο όσο και εκείνους χωρίς τέτοιο διαγνωσμένο πρόβλημα. Οι νέες μελέτες, σύμφωνα

με τους επιστήμονες, καθιστούν ότι ο καφές δεν δημιουργεί νέα καρδιαγγειακά προβλήματα, ούτε επιδεινώνει τα ήδη υπάρχοντα, ενώ φαίνεται να λειτουργεί και προστατευτικά. «Επειδή ο καφές μπορεί να επιταχύνει τους παλμούς της καρδιάς, μερικοί άνθρωποι ανησυχούν ότι μπορεί να πυροδοτήσει ή να χειροτερέψει ορισμένα καρδιολογικά προβλήματα. Από αυτό μπορεί να προέλθει και μια γενική ιατρική συμβουλή να κόψει κανείς τον καφέ. Όμως τα δεδομένα μάς δείχνουν ότι η καθημερινή κατανάλωση καφέ δεν πρέπει να αποθα-

ρύνεται, αλλά μάλλον ο καφές πρέπει να θεωρηθεί μέρος μιας υγιεινής διατροφής για τους ανθρώπους με και χωρίς καρδιοπάθεια. Βρήκαμε ότι η κατανάλωση καφέ είχε είτε ουδέτερο αποτέλεσμα, δηλαδή δεν προκάλεσε κάποια βλάβη, είτε σχετιζόταν με οφέλη για την υγεία της καρδιάς», δήλωσε ο επικεφαλής των τριών ερευνών καθηγητής ιατρικής Πίτερ Κίστλερ του αυστραλιανού Νοσοκομείου Άλφρεντ, του Καρδιολογικού Ινστιτούτου Μπέικερ και του Πανεπιστημίου της Μελβούρνης. Η πρώτη έρευνα ανέλυσε στοιχεία για 382.535 ανθρώπους με μέση ηλικία 57 ετών και χωρίς γνωστή καρδιοπάθεια. Όσοι έπιναν δύο έως τρεις καφέδες καθημερινά, είχαν το μεγαλύτερο όφελος, περίπου 10% έως 15% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας, καρδιακής αρρυθμίας ή πρόωρου θανάτου από οποιαδήποτε αιτία. Ο κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος για όσους έπιναν λιγότερους ή περισσότερους καφέδες από δύο-τρεις. Από την άλλη, ο κίνδυνος εγκεφαλικού ή θανάτου καρδιαγγειακής αιτιολογίας ήταν μικρότερος μεταξύ όσων έπιναν έναν καφέ τη μέρα. Η δεύτερη μελέτη σε 34.279 άτομα με κάποια διαγνωσμένη καρδιαγγειακή νόσο έδειξε επίσης ότι δύο έως τρεις καφέδες τη μέρα σχετιζόνταν

με μικρότερη πιθανότητα θανάτου, σε σχέση με όσους δεν έπιναν καθόλου καφέ. Η κατανάλωση οποιασδήποτε ποσότητας καφέ δεν αύξανε τον κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής ή άλλης αρρυθμίας της καρδιάς. Όσοι είχαν ήδη αρρυθμία και έπιναν έναν καφέ την ημέρα, είχαν σχεδόν 20% μικρότερο κίνδυνο θανάτου σε σχέση με όσους δεν έπιναν κανέναν καφέ. «Οι φίλοι του καφέ μπορούν να νιώσουν ήσυχτοι να συνεχίσουν να τον απολαμβάνουν ακόμη κι αν έχουν καρδιακή νόσο», ανέφερε ο δρ Κίστλερ. Όπως είπε, «υπάρχει μια ολόκληρη γκάμα μηχανισμών μέσω των οποίων ο καφές μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα και να επιδράσει ευνοϊκά στην καρδιαγγειακή νόσο. Η τρίτη μελέτη εστίασε στο αν υπάρχουν διαφορές στη σχέση καφέ και καρδιαγγειακής νόσου ανάλογα με το αν κανείς πίνει καφέ με ή χωρίς καφεΐνη, καθώς επίσης αλεσμένο ή στιγμιαίο. Διαπιστώθηκε ξανά ότι άσχετα με το είδος του καφέ, δύο έως τρεις καφέδες την ημέρα σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο για αρρυθμία, μπλοκάρισμα των αρτηριών ή καρδιακή ανεπάρκεια. Ο καφές «ντεκαφεϊνέ» δεν φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο για αρρυθμία ή καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Γενικότερα, σύμφωνα με τους ερευνητές, ο καφές με καφεΐνη φαίνεται προτιμότερος.

Κίνδυνος εγκεφαλικού από αντιεμετικά φάρμακα

Μια κατηγορία ευρέως χρησιμοποιούμενων φαρμάκων κατά της ναυτίας και του εμετού συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού, σύμφωνα με μελέτη Γάλλων επιστημόνων. Οι ασθενείς που παίρνουν αντιναυτοπαμινεργικά αντιεμετικά για να αντιμετωπίσουν τη ναυτία και τους εμετούς που προκαλούνται από την ημικρανία, τη αντικαρκινική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ή άλλες αιτίες, έχουν υπερτριπλάσια πιθανότητα να πάθουν εγκεφαλικό ισχαιμικού τύπου, σε σχέση με όσους δεν παίρνουν τέτοια φάρμακα, σύμφωνα με τη γαλλική επιστημονική έρευνα. Οι ερευνητές του Πανεπιστημίου του Μπορντό, με επικεφαλής τη Δρα Αν Μπενάρ-Λαριμπιέρ, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο βρετανικό

ιατρικό περιοδικό British Medical Journal (BMJ), ανέλυσαν στοιχεία για 2.612 ασθενείς με μέση ηλικία 72 ετών που είχαν πάθει εγκεφαλικό και άλλα 21.859 άτομα (η ομάδα ελέγχου). Διαπιστώθηκε ότι, μεταξύ όσων είχαν πάθει εγκεφαλικό, σχεδόν οι μισοί (48%) είχαν πάρει κάποιο αντιεμετικό φάρμακο (domperidone, metopimazine ή metoclopramide) τουλάχιστον μία φορά μέσα στις τελευταίες 14 μέρες πριν το εγκεφαλικό. Οι άνδρες βρέθηκαν να έχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο (κατά 3,6 φορές) για εγκεφαλικό μετά από λήψη αντιεμετικού φαρμάκου. Όπως τα αντιψυχωσικά φάρμακα, τα εν λόγω αντιεμετικά μπλοκάρουν τη δράση της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Τα αντιψυχωσικά έχουν επίσης συσχετισθεί από παλαιότερες μελέ-



τες με αυξημένο κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού. Και τα τρία ανωτέρω φάρμακα βρέθηκαν να αυξάνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού, ιδίως μετά τις αρχικές δόσεις (συγκριτικά λιγότερο, κατά 2,5 φορές η domperidone, ενώ τα άλλα δύο κατά 3,5 έως 3,6 φορές). Η δράση τους στην κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο πιθανώς εξηγεί αυτή

τη συσχέτιση. «Δεν είναι οι πρώτες παρενέργειες αυτών των φαρμάκων που εντοπίζονται και πιθανώς δεν είναι καν οι πιο σοβαρές, όμως είναι κάτι που θα πρέπει να έχουν υπόψη τους όσοι τα συνταγογραφούν», δήλωσε ο φαρμακο-επιδημιολόγος Αντουάν Παριεντέ.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ

Perofen®

Ιβουπροφαίνη

Διώξτε τον πόνο μακριά
Χαμογελάστε ξανά...

- ΠΟΝΟΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ
- ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ
- ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ
- ΠΟΝΟΔΟΝΤΟΣ
- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΙ ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑΤΟΣ



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού.
- Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ ανατρέξτε στο φύλλο Οδηγιών Χρήσης του προϊόντος.

LF/0102/4 09.21(GR)



Remedica Ltd
Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Κ. 51706,
3508 Λεμεσός, Κύπρος
Τηλ.: +357 25553000, Φαξ: +357 25390192
Email: info@remedica.com.cy ή DrugSafety@remedica.com.cy
Ιστοσελίδα: www.remedica.eu