

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ
Πρόληψη με
Διαδερμική
σύγκλιση
ωτίου
αριστερού
κόλπου

ΣΕΛΙΔΑ 3

ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ
Οι μορφές της,
διάγνωση
και θεραπεία

ΣΕΛΙΔΑ 6

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ
ΠΡΟΣΤΑΤΗ**
Ο συχνότερος
καρκίνος
στους άνδρες

ΣΕΛΙΔΑ 7

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ
Πρώιμη
ένδειξη
Πάρκινσον
οι εφιάλτες

ΣΕΛΙΔΕΣ 14-15

ΕΞΑΠΛΩΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΝΕΕΣ ΥΠΟΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ Νέα απειλή οι ΒΑ.4 και ΒΑ.5 της Όμικρον

Συναγερμός ήχησε ξανά στην Ευρώπη την εβδομάδα που μας πέρασε, μετά την έξαρση των κρουσμάτων της Covid-19, λόγω της εξάπλωσης δύο νέων υποπαραλλαγών της Όμικρον, οι οποίες απειλούν και την επιδημιολογική εικόνα της χώρας μας. Πρόκειται για τις υποπαραλλαγές ΒΑ.4 και ΒΑ.5 της Όμικρον, που ανακοινώθηκαν επίσημα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), στις 4 Μαΐου, αφού αυτές ευθύνονταν για το νέο κύμα πανδημίας στη Νότια Αφρική. Λίγες μόνο ημέρες μετά, και

συγκεκριμένα στις 11 Μαΐου, ο ΠΟΥ ανακοίνωσε την επέκτασή τους σε περισσότερες από δώδεκα χώρες, με τους επιστήμονες να δηλώνουν πως οι δύο υποπαραλλαγές ενδέχεται να ξεπεράσουν το ΒΑ.2 ως το κυρίαρχο στέλεχος παγκοσμίως. Πλέον οι δύο υποπαραλλαγές έχουν εντοπιστεί σε περισσότερες από 50 διαφορετικές χώρες και εξαπλώνονται σε ολόκληρη την Ευρώπη, προκαλώντας νέες ανησυχίες. Στην Ελλάδα, μάλιστα, ήδη γίνεται λόγος για ένα νέο κύμα της πανδημίας στη χώρα. Τους επόμενους μήνες,

οι δυο νέες υποπαραλλαγές του κορωνοϊού αναμένεται ότι θα γίνουν τα κυρίαρχα στελέχη και μολονότι αποτελούν μία πιο ήπια εκδοχή της νόσου Covid-19, με πολύ χαμηλή θνητότητα, ουδείς γνωρίζει ποια θα είναι η μετεξέλιξή τους. Φαίνεται πως διαθέτουν την ικανότητα να παρακάμπτουν ευκολότερα το ανοσιακό μας σύστημα, αλλά και να επαναμολύνουν, ευτυχώς ήπια τους εμβολιασμένους ή τα άτομα που έχουν ήδη νοσήσει.

ΣΕΛΙΔΕΣ 4-5

ΧΟΡΗΓΟΣ



Remedica



Remethan gel®

Δικλοφαινάκη

Ευελιξία στην κίνηση και άμεση ανακούφιση από τον πόνο!

Η δικλοφαινάκη ως μη στεροειδής αντιφλεγμονώδης ουσία ενδείκνυται για την ανακούφιση του πόνου και τη μείωση της φλεγμονής σε:

- ⊕ Τραύμα τενόντων, αρθρώσεων, συνδέσμων και μυών (π.χ. διάστρεμμα, καταπόνηση/τέντωμα, μώλωπες).
- ⊕ Μυϊκούς ρευματισμούς.



- Συμβουλευτείτε το γιατρό ή το 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/0065(GEL)/5 03.22(GR)



Πρόληψη εγκεφαλικού

ΜΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΩΤΙΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Το ωτίο του αριστερού κόλπου είναι μαλακό και δεν εκτελεί καμία λειτουργία απαραίτητη για την καρδιά σε ενήλικες, ενώ είναι η πιο σημαντική πηγή θρόμβων αίματος σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή

ΔΡ ΖΗΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας και Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος Mediterranean Hospital of Cyprus



Το ωτίο του αριστερού κόλπου είναι ένα μαλακό «εξόγκωμα» και δεν εκτελεί καμία λειτουργία απαραίτητη για την καρδιά σε ενήλικες. Ωστόσο, το ωτίο του αριστερού κόλπου είναι η πιο σημαντική πηγή θρόμβων αίματος (θρόμβος) σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Τέτοιος θρόμβος μπορεί να εισέλθει στον εγκέφαλο με την κυκλοφορία του αίματος και να οδηγήσει σε εγκεφαλικά επεισόδια. Αυτό είναι πιο συνηθισμένο όσο πιο προχωρημένη ηλικία είναι ο ασθενής και όσο πιο πολλές επιπλέον ασθένειες υπάρχουν. Τα αντιπηκτικά φάρμακα εμποδίζουν την δημιουργία θρόμβων, όμως πολλές φορές είτε υπάρχουν αντενδείξεις για το συγκεκριμένο φάρμακο και δυστυχώς τις αγνοούμε (όπως η νεφρική ανεπάρκεια) είτε λόγω των αντιπηκτικών φαρμάκων έχει προξενηθεί αιμορραγία (στο στομάχι/έντερο ή στον εγκέφαλο). Σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες, ακόμα και οι συχνόι μώλωπες στο δέρμα μετά τη χορήγηση αντιπηκτικών θεωρούνται αιμορραγία και γι' αυτό δεν συνιστάται η περαιτέρω χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων.

Μάλιστα η ευρωπαϊκή επιτροπή EHRA/EAPCI συνιστά την παύση χορήγησης αντιπηκτικών πριν μάλιστα παρουσιαστεί αιμορραγία σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, εκτίμηση η οποία είναι αντικειμενική γιατί γίνεται με τον αλγόριθμο «HAS Bled Score» (αν το σκορ είναι πάνω από δυο, τότε θεωρείται ασθενής υψηλού κινδύνου για αιμορραγία). Σε περίπτωση όμως που πρέπει να σταματήσουμε τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων πρέπει να προβούμε σε άλλες θεραπείες προκειμένου να συνεχιστεί η προστασία από δημιουργία θρόμβων και εγκεφαλικών επεισοδίων. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορούμε να κάνουμε διαδερμική σύγκλιση ωτίου αριστερού κόλπου χωρίς επέμβαση. Ο γιατρός κ. Δημη-

τριάδης έχει εξειδικευτεί στη συγκεκριμένη μέθοδο και είναι εκπαιδευτής σε Ευρώπη και Αμερική. Χρησιμοποιεί πληθώρα συσκευών σύγκλισης του ωτίου αριστερού κόλπου καθότι είναι πιστοποιημένος για όλες αυτές. Έχει πολλές ερευνητικές μελέτες και ομιλίες στο ενεργητικό του σε διεθνή συνέδρια και έχει διατελέσει αρκετές φορές πρόεδρος συνεδρίων και υπεύθυνος επιστημονικού προγράμματος, καθώς και σύμβουλος εταιρειών για την εξέλιξη των μελλοντικών συσκευών για την σύγκλιση ωτίων αριστερού κόλπου.

Τι είναι η διαδερμική σύγκλιση ωτίου αριστερού κόλπου;

Η σύγκλιση του ωτίου αριστερού κόλπου προσαρτήματος είναι μια εναλλακτική θεραπεία που πραγματοποιείται από επεμβατικό καρδιολόγο σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αιμορραγιών και ταυτόχρονα θρομβοεμβολικών επεισοδίων, στους οποίους η χορήγηση της από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής αντενδείκνυται ή δεν ήταν επαρκής για την αποφυγή σχηματισμού θρόμβου στο ωτίο του αριστερού κόλπου. Με τη διαδερμική σύγκλιση του ωτίου αριστερού κόλπου μειώνεται δραστικά η πιθανότητα εγκεφαλικού επεισοδίου σε άτομα με κολπική μαρμαρυγή.

Η διαδερμική σύγκλιση ωτίου αριστερού κόλπου γίνεται με την τοποθέτηση μιας μικρής συσκευής στην καρδιά, συσκευή η οποία μοιάζει είτε με κουμπί (συσκευή Watchman) είτε με ομπρελίτσα (συσκευές Amulet, Cardia, Lambre).

Πώς διεξάγεται η διαδερμική σύγκλιση ωτίου αριστερού κόλπου;

Αρχικώς, ένας καθετήρας υπερήχων

εισάγεται στον οισοφάγο («διοισοφαγικό υπερηχογράφημα») με τη χορήγηση ηρεμιστικών (χωρίς γενική αναισθησία!) και εξασφαλίζεται ότι δεν υπάρχει θρόμβος αίματος στο ωτίο και ότι η ανατομία είναι κατάλληλη. Μετά από πρόσθετη τοπική αναισθησία της βουβωνικής χώρας, ένας λεπτός καθετήρας ωθείται από τη βουβωνική φλέβα στον δεξιό κόλπο της καρδιάς και ανοίγει μια μικρή δίοδο στο διακολλικό διάφραγμα (λεπτό δέρμα, που χωρίζει την καρδιά σε αριστερό και δεξί τμήμα) υπό ακτινοσκοπικό και υπερηχογραφικό έλεγχο.

Μέσω αυτής της διόδου προωθείται ένας ειδικός καθετήρας, ο οποίος τοποθετείται στο ωτίο του αριστερού κόλπου. Στη συνέχεια μέσω αυτού του ειδικού καθετήρα προωθείται η συσκευή σύγκλισης στη σωστή τοποθεσία έτσι ώστε να σφραγιστεί πλήρως η είσοδος του ωτίου. Με αυτόν τον τρόπο δεν μπορεί πλέον να μπει αίμα μέσα στο ωτίο και έτσι δεν μπορεί να δημιουργηθεί θρόμβος. Μετά από συγκεκριμένους ελέγχους για τη σωστή και σταθερή τοποθέτηση της συσκευής αυτής απελευθερώνεται από τον ειδικό καθετήρα και εκτός αυτής τη συσκευή όλα τα υπόλοιπα εργαλεία τοποθέτησης απομακρύνονται από την καρδιά και από το σώμα του ασθενούς. Η όλη διαδικασία διαρκεί από 30 λεπτά έως 1 ώρα και ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για μία έως δύο ημέρες. Στη μετεγχειρητική περίοδο ο ασθενής θα πρέπει να λάβει μία ήπια αγωγή αντιπηκτικών φαρμάκων για διάστημα ενός έως τριών μηνών. Συνιστούμε έναν επανέλεγχο με διοισοφαγικό υπερηχογράφημα μετά από τρεις μήνες.

Για ποιους ασθενείς ενδείκνυται η σύγκλιση ωτίου αριστερού κόλπου;

• Ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή,

οι οποίοι:

- Έχουν απόλυτη αντένδειξη για αντιπηκτικά φάρμακα (π.χ. αιμορραγία του πεπτικού συστήματος ή σε άλλα μέρη του σώματος, αλλεργία στο φάρμακο κ.λπ.)
- Έχουν αυξημένη επικινδυνότητα αιμορραγίας με αντιπηκτική θεραπεία, εκτίμηση που γίνεται με τον αλγόριθμο Has Bled Score.
- Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια σε προχωρημένο στάδιο.
- Ασθενείς που ενώ έπαιρναν αντιπηκτικά είχαν θρόμβους στο ωτίο του αριστερού κόλπου.
- Ασθενείς που λόγω τρόπου ζωής και εργασίας εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος με πιθανότητα αιμορραγίας.
- Προϋπόθεση για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης διαδικασίας είναι η κατάλληλη ανατομία, μορφολογία και διαστάσεις του ωτίου του αριστερού κόλπου, κριτήρια τα οποία ελέγχονται εκ των προτέρων με διοισοφαγικό υπερηχογράφημα. Η εμπειρία του γιατρού στον προεγχειρητικό έλεγχο παίζει σπουδαίο ρόλο.

Τι πρέπει να λάβετε υπόψη μετά τη σύγκλιση ωτίου αριστερού κόλπου;

- Θα πρέπει να προστατεύσετε το σημείο παρακέντησης στη βουβωνική χώρα για περίπου 1 εβδομάδα, δηλαδή να μη σκώσετε βαριά αντικείμενα ή να κάνετε βαριά σωματική άσκηση.
- Εάν είστε επιρρεπείς στη δυσκοιλιότητα, θα πρέπει να δώσετε προσοχή σε μια ιδιαίτερη μορφή διατροφής, η οποία περιέχει λαχανικά, φρούτα και πολύ νερό.
- Σε περίπτωση αυξανόμενου οιδήματος ή επίμονου πόνου στη βουβωνική χώρα, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τον γιατρό.
- Να ακολουθείτε πιστά τη φαρμακευτική αγωγή.

Η νέα απειλή της Όμικρον BA.4 και BA.5

Οι δύο νέες υποπαραλλαγές της Όμικρον είναι η αιτία του νέου κύματος της πανδημίας Covid-19

Συναγερμός ήχησε ξανά στην Ευρώπη την εβδομάδα που μας πέρασε, μετά την έξαρση των κρουσμάτων της Covid-19, λόγω της εξάπλωσης δύο νέων υποπαραλλαγών της Όμικρον, οι οποίες απειλούν και την επιδημιολογική εικόνα της χώρας μας. Πρόκειται για τις υποπαραλλαγές BA.4 και BA.5 της Όμικρον, που ανακοινώθηκαν επίσημα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), στις 4 Μαΐου, αφού αυτές ευθύνονταν για το νέο κύμα πανδημίας στη Νότια Αφρική. Λίγες μόνο ημέρες μετά, και συγκεκριμένα στις 11 Μαΐου, ο ΠΟΥ ανακοίνωσε την επέκτασή τους σε περισσότερες από δώδεκα χώρες, με τους επιστήμονες να δηλώνουν πως οι δύο υποπαραλλαγές ενδέχεται να ξεπεράσουν το BA.2 ως το κυρίαρχο στέλεχος παγκοσμίως. Πλέον οι δύο υποπαραλλαγές έχουν εντοπιστεί σε

περισσότερες από 50 διαφορετικές χώρες και εξαπλώνονται σε ολόκληρη την Ευρώπη, προκαλώντας νέες ανησυχίες. Στην Ελλάδα, μάλιστα, ήδη γίνεται λόγος για ένα νέο, 6ο κύμα της πανδημίας στη χώρα.

Θα γίνουν κυρίαρχες

Τους επόμενους μήνες, οι δυο νέες υποπαραλλαγές του κορωνοϊού αναμένεται ότι θα γίνουν τα κυρίαρχα στέλεχη και μολονότι αποτελούν μία πιο ήπια εκδοχή της νόσου Covid-19, με πολύ χαμηλή θνησιμότητα, ουδείς γνωρίζει ποια θα είναι η μετεξέλιξή τους. Φαίνεται πως διαθέτουν την ικανότητα να παρακάμπτουν ευκολότερα το ανοσιακό μας σύστημα, αλλά και να επαναμολύνουν, ευτυχώς ήπια τους ήδη εμβολιασμένους. Η τρέχουσα εντυπωσιακή αύξηση των κρουσμάτων της νόσου Covid-19 σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

δείχνει πως η μεταδιδικότητα έχει ανεβεί. Στην Πορτογαλία το 90% των κρουσμάτων αντιπροσωπεύουν την υποπαραλλαγή της Όμικρον BA.5, ενώ το ποσοστό της υποπαραλλαγής Όμικρον BA.4 είναι μικρότερο. Όσο για τη Γερμανία και τη Γαλλία, η καμπύλη της μεταδοτικότητας έχει ανεβεί κατά τον τελευταίο μήνα και ο αριθμός των μολύνσεων από την Όμικρον BA.5 έχει διπλασιαστεί. Στην Ελλάδα, οι ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω Covid στα νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 18% μέσα σε μόλις 4 μέρες.

Η ταχύτητα διάδοσης της νέας υποπαραλλαγής Όμικρον BA.5 σε ολόκληρη την Ευρώπη ξεκίνησε επίσημα στα μέσα Μαΐου, όταν το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Νοσημάτων (ECDC) αποφάσισε να εντάξει την Όμικρον BA.5 στην κατηγορία των «παραλλαγών που δημιουργούν ανησυχία», δηλαδή των παραλλαγών που μπορούν να μεταδίδονται ταχύτερα και να αναπράγονται ευκολότερα, προκαλώντας δυνητικά το οξύ αναπνευστικό σύνδρομο της νόσου Covid-19. Σύμφωνα με το ECDC, υπάρχουν ενδείξεις από εργαστηριακές μελέτες ότι η Όμικρον BA.5 και η BA.4 μπορούν να ξεφύγουν από την ανοσία που έχει προκληθεί είτε από νόσηση είτε από εμβολιασμό.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα επι-

δημιολογικά δεδομένα, αυτές οι δυο υποπαραλλαγές είναι ακόμη πιο μεταδοτικές από τις προηγούμενες, με αποτέλεσμα, εδώ και περισσότερο από ένα μήνα, να εμφανίζονται όλο και συχνότερα στα μοριακά τεστ διάγνωσης και άρα ευθύνονται άμεσα για την παρατηρούμενη έξαρση των κρουσμάτων, που ευτυχώς δεν συνοδεύονται και από αυξημένη θνητότητα. Λόγω των μεταλλάξεών τους, μπορούν να παραπλανούν ευκολότερα το ανοσοποιητικό μας σύστημα και, ενδεχομένως, να μην αντιμετωπίζονται επαρκώς από τα σημερινά εμβόλια.

Έρχονται νέα εμβόλια

Μολονότι ένα μέρος των αντισωμάτων που παράγονται από τα διαθέσιμα εμβόλια κατά του κορωνοϊού ενδέχεται να μην είναι εξίσου αποτελεσματικά κατά των νέων υποπαραλλαγών Όμικρον, εξακολουθούν να προσφέρουν κάποια προστασία για τουλάχιστον τέσσερις μήνες μετά την τελευταία δόση. Επομένως, το πρόβλημα ενός νέου επιδημικού κύματος αναμένεται να αντιμετωπιστεί με τη δημιουργία νέων ενημερωμένων εμβολίων, που από τον Σεπτέμβριο θα είναι διαθέσιμα για μία επαναληπτική εμβολιαστική δόση. Εξάλλου, η φαρμακευτική εταιρεία «Moderna» ήδη ανακοίνωσε πριν από μερικές ημέρες ότι εργάζεται για





τη δημιουργία μιας ενημερωμένης και πιο αποτελεσματικής εκδοχής του εμβολίου της κατά των νέων υποπαραλλαγών Όμικρον, που θα είναι διαθέσιμη στα τέλη Αυγούστου. Αυτό το νέο εμβόλιο εμφανίζει, για την ώρα, αυξημένη αποτελεσματικότητα κατά 1,75 φορές σε σχέση με τα προηγούμενα εμβόλια.

Τι διαφορετικό έχουν οι BA.4 και BA.5

Από τη σύγκριση των μεταλλάξεων της παραλλαγής Όμικρον με τις μεταλλάξεις των προηγούμενων παραλλαγών του κορωνοϊού («Άλφα», «Βήτα», «Γάμα», «Δέλτα» και «Λάμδα»), προέκυψε ότι η Όμικρον εμφανίζει στο γενετικό της υλικό δύο τουλάχιστον μεταλλάξεις που αφορούν τις ακίδες, δηλαδή την ειδική περιοχή σύνδεσης του κορωνοϊού με τους υποδοχείς των κυττάρων μας. Οι συγκεκριμένες μεταλλάξεις επηρεάζουν σημαντικά την τρισδιάστατη δομή στον χώρο της πρωτεΐνης των ακίδων, μέσω των οποίων ο κορωνοϊός μπορεί να εισβάλει πολύ ευκολότερα στα κύτταρά μας.

Χάρη σε αυτές τις μεταλλάξεις η Όμικρον κατάφερε -μέσα σε λίγους μήνες!- να γίνει μία από τις επικρα-

τέστερες παραλλαγές του κορωνοϊού στις περισσότερες χώρες. Μέχρι πριν από μερικούς μήνες, οι περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες έδειχναν ότι η αρχική παραλλαγή Όμικρον (BA.1), θα γίνει σύντομα η κυρίαρχη μορφή μετάδοσης της νόσου Covid-19. Μία πρόβλεψη που διαψεύστηκε, λόγω της εμφάνισης των τεσσάρων νέων υποπαραλλαγών της («BA.2», «BA.3», «BA.4» και «BA.5»), που διαδοχικά έκλεψαν τα πρωτεία από την αρχική παραλλαγή BA.1.

Μάλιστα, όπως έδειξαν οι σχετικές γονιδιακές αναλύσεις, η εντυπωσιακή μεταδοτικότητα των πιο πρόσφατων υποπαραλλαγών της Όμικρον οφείλεται στο ότι τόσο η υποπαραλλαγή BA.4 όσο και η BA.5 διαθέτουν στο γενετικό τους υλικό τη μετάλλαξη «L452R», η οποία από μόνη της μπορεί να τροποποιεί επαρκώς τη δομή των ακίδων του κορωνοϊού.

Πάντως, δεν πρόκειται για μία νέα γενετική μετάλλαξη, αφού είχε ήδη εμφανιστεί στις προηγούμενες παραλλαγές «Δέλτα» και «Λάμδα» και λόγω της επιτυχίας της είχε επιλεγεί από την εξέλιξη του κορωνοϊού, εδώ και ενάμιση χρόνο. Και όπως αποκάλυψε μία πρόσφατη ιαπωνική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στο Τόκιο από την ερευνητική ομάδα του

Izumi Kimur και προδημοσιεύτηκε διαδικτυακά στο «BiorXiv», η απρόσμενα υψηλή μεταδοτικότητα της υποπαραλλαγής Όμικρον BA.5 και η εκθετική αύξηση των λοιμώξεων από αυτήν στην Πορτογαλία και στη Γερμανία οφείλονται όχι σε μία αλλά σε δυο τουλάχιστον μεταλλάξεις.

Αύξηση κρουσμάτων και στην Κύπρο

Αύξηση κρουσμάτων βλέπουμε της τελευταίες ημέρες και στην Κύπρο. Την βδομάδα 3-9 Ιουνίου έγιναν 58.585 διαγνωστικές εξετάσεις και εντοπίστηκαν 2.207 νέα περιστατικά, με ποσοστό θετικότητας 3,77%. Την επόμενη εβδομάδα (10-16 Ιουνίου), σε 53.416 διαγνωστικές εξετάσεις εντοπίστηκαν 3.470 νέα περιστατικά, με το ποσοστό θετικότητας να εκτοξεύεται στο 6,5%.

Ο επιδημιολόγος Δρ Πέτρος Καραγιάννης μίλησε στο ένθετο «Υγεία» και σχολίασε ότι «δεν υπάρχει κάποια ανησυχία μέχρι στιγμής. Αν και αυτή είναι μη αναμενομένη έξαρση, η οποία περίμενα ότι θα ερχόταν πιο μετά. Φαίνεται μέχρι στιγμής ότι η υποπαραλλαγή BA.5 είναι πιο μεταδοτική, αν και στην αρχή ήταν σε χαμηλά επίπεδα. Τώρα φαίνεται ότι μας δείχνει τα δόντια της».

«Οι δύο νέες υποπαραλλαγές έχουν έρθει στην Κύπρο εδώ και 5-6 εβδομάδες. Την προηγούμενη εβδομάδα είχαμε αύξηση, η οποία θεωρώ ότι θα συνεχιστεί αν και το απευχόμαστε», επισήμανε ο Δρ Καραγιάννης.

Όσον αφορά τις μάσκες, ο Δρ Καραγιάννης ανέφερε ότι «τη μάσκα δεν έπρεπε να την ξεχάσουμε, αν και αρκετοί θεώρησαν πως τελείωσε ο κορωνοϊός. Καλό θα ήταν ο καθένας μας να τηρεί τα μέτρα αυτοπροστασίας. Αν και είναι και μερικοί που δεν τηρούν τη μάσκα ούτε στους εσωτερικούς χώρους που προνοούν τα μέτρα».

Καταληκτικά, ανέφερε πως ενόσω δεν αυξάνονται οι νοσηλείες, δεν χρειάζεται να τεθεί στο τραπέζι επαναφορά των μέτρων.

Σύμφωνα με το ECDC, υπάρχουν ενδείξεις από εργαστηριακές μελέτες ότι η Όμικρον BA.5 και η BA.4 μπορούν να ξεφύγουν από την ανοσία που έχει προκληθεί είτε από νόσηση είτε από εμβολιασμό

Σκληροδερμία

Η σκληροδερμία είναι ένα χρόνια αυτοάνοσο νόσημα, που δεν προσβάλλει μόνο το δέρμα, αλλά και τους μύες, τους τένοντες, τις αρθρώσεις, καθώς και πολλά εσωτερικά όργανα

Η Παγκόσμια Ημέρα Σκληροδερμίας γιορτάζεται κάθε χρόνο στις 29 Ιουνίου, με σκοπό την ενημέρωση του κοινού για το σκληρόδερμα, ένα σπάνιο, αλλά επίμονο ρευματικό νόσημα.

Η σκληροδερμία είναι ένα χρόνια αυτοάνοσο νόσημα, που προσβάλλει όχι μόνο το δέρμα, αλλά και τους μύες, τους τένοντες, τις αρθρώσεις, καθώς και πολλά εσωτερικά όργανα (πνεύμονες, καρδιά, γαστρεντερικό σωλήνα, νεφρούς κλπ). Η παθογένεια της νόσου είναι άγνωστη, αλλά στην εμφάνισή της συμβάλλουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Από τις σοβαρότερες επιπλοκές της νόσου είναι η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση, η οποία εμφανίζεται σε ασθενείς με σκληρόδερμα σε ποσοστό 8-12% και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου των ασθενών.

Χαρακτηριστικά της σκληροδερμίας:

- Ο συνδετικός ιστός είναι ένα σύνολο χημικών ουσιών, που δημιουργούν ινίδια, τα οποία απαρτίζουν τις συνδέσεις μεταξύ των κυττάρων. Αυτό εξυπηρετεί στο να είναι ανθεκτικοί, συμπαγείς και ευέλικτοι οι ιστοί του σώματος. Με την εμφάνιση λοιπόν της ίνωσης «σκληραίνει» το δέρμα, αλλά και κάποια εσωτερικά όργανα.
- Το ανοσοποιητικό μας σύστημα, φυσιολογικά αναγνωρίζει τους ξένους «εισβολείς» (π.χ. ιούς, βακτήρια) που εισέρχονται στον οργανισμό μας και τους εξουδετερώνει. Στα αυτοάνοσα νοσήματα, λανθασμένα επιτίθεται στον ίδιο μας τον οργανισμό, δημιουργώντας αυτο-αντισώματα.
- Η νόσος συνήθως προσβάλλει γυναίκες, ηλικίας 40-60 ετών, ενώ το ποσοστό εμφάνισης είναι τέσσερεις γυναίκες προς έναν άνδρα.

Πού οφείλεται η σκληροδερμία;

Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή, ωστόσο εμπλέκονται διάφοροι μηχανισμοί και παράγοντες, όπως τα γονίδια, οι γενετικοί και οι περιβαλ-

λοντικοί παράγοντες. Όπως και στα άλλα αυτοάνοσα νοσήματα υπάρχει κάποια διαταραχή στο ανοσοποιητικό σύστημα.

Ποιοι προσβάλλονται και πόσο συχνή είναι η νόσος;

Όλοι οι άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουμε σκληρόδερμα. Ωστόσο, φαίνεται η νόσος να είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Η νόσος εκδηλώνεται στην ηλικία 20-60, με συχνότερη εμφάνιση στην ηλικία 40-50. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου υπολογίζεται 1-3 άτομα ανά 10.000 πληθυσμού.

Οι μορφές της Σκληροδερμίας;

- Στο εντοπισμένο σκληρόδερμα έχουμε μόνο προσβολή δέρματος, με εντοπισμένες, μονήρεις, «σκληρές» βλάβες. Εδώ, σε αυτήν τη μορφή, δεν προσβάλλονται εσωτερικά όργανα και ο ασθενής είναι σε πολύ καλή κλινική κατάσταση. Αυτός ο τύπος σκληροδέρματος ονομάζεται «Μορφέα». Το γραμμοειδές σκληρόδερμα είναι μια μορφή τοπικού σκληροδέρματος, που μπορεί να προσβάλει εκτεταμένες περιοχές δέρματος με τη μορφή «ταινίας». Το δέρμα γίνεται σκληρό και ατροφικό, χωρίς ωστόσο να προκαλεί κάποιο άλλο πρόβλημα πέραν του αισθητικού.
- Στο συστηματικό σκληρόδερμα, εκτός του δέρματος προσβάλλονται και εσωτερικά όργανα. Το συστηματικό σκληρόδερμα διακρίνεται στο «περιορισμένο» και στο «διάχυτο».
- «Περιορισμένο», όταν εντοπίζεται μόνο στο πρόσωπο, στα χέρια μέχρι τους αγκώνες και στα πόδια μέχρι τα γόνατα. Εδώ η προσβολή εσωτερικών οργάνων είναι πιο ήπια.
- «Διάχυτο»: σε αυτήν τη μορφή προσβάλλεται και το δέρμα του κορμού και η προσβολή εσωτερικών οργάνων είναι πιο βαριά.

Με ποια συμπτώματα εκδηλώνεται;

Πρώιμες εκδηλώσεις αποτελούν το φαινόμενο Raynaud και η αλλαγή του



δέρματος - αρχικά πάχυνση και στη συνέχεια σκλήρυνση. Αυτό χαρακτηρίζεται από αλλαγή στο χρώμα του δέρματος όπως λευκό, κυανό, ερυθρό μετά από έκθεση του ασθενούς σε ψύχος ή στρες. Το φαινόμενο οφείλεται στη μικροαγγειοπάθεια, δηλαδή στην πάχυνση, στένωση και απόφραξη του τοιχώματος των μικρών αρτηριδίων. Επίσης, εμφανίζεται αρχικά πάχυνση-οίδημα του δέρματος και στη συνέχεια το δέρμα γίνεται σκληρό και τεταμένο.

Μπορεί να εμφανιστούν δακτυλικά έλκη, λόγω της μικροαγγειοπάθειας και της κακής αιμάτωσης. Τα έλκη είναι πληγές οι οποίες δυσκολεύουν την καθημερινότητα και τη ζωή αυτών των ανθρώπων, αφού υπάρχει κίνδυνος συχνών λοιμώξεων. Όταν προσβάλλεται ο πνεύμονας, οι ασθενείς εμφανίζουν δύσπνοια και έχουν παθολογικές αναπνευστικές δοκιμασίες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Όταν προσβάλλεται η καρδιά μπορεί να εμφανιστεί περικαρδίτιδα, αρρυθμίες, τα οποία εκδηλώνονται με πόνο, αίσθημα παλμών, δυσφορία κ.λπ. Σε προσβολή του γαστρεντερικού σωλήνα οι ασθενείς εμφανίζουν δυσκαταποσία σε στερεές ή και υγρές τροφές, οπισθοστερνικό άλγος ή καύσο, οισοφαγίτιδα, διαταραχές στην κινητικότητα του εντέρου. Όταν η προσβολή προχωρήσει στα νεφρά, εμφανίζεται σοβαρή υπέρταση και νεφρική ανεπάρκεια.

Πώς γίνεται η διάγνωση

Για τη διάγνωση απαιτείται μια σειρά

εξετάσεων. Το αναλυτικό ιστορικό και η ενδελεχής κλινική εξέταση αποτελούν βασικά εργαλεία. Στη συνέχεια απαιτείται εργαστηριακός έλεγχος, με εξετάσεις αίματος. Επί υποψίας προσβολής πνευμόνων χρειάζεται απεικονιστικός έλεγχος με ακτινογραφία, αξονική θώρακος, πνευμονικές δοκιμασίες. Επί υποψίας προσβολής του γαστρεντερικού σωλήνα χρειάζεται ενδοσκοπικός έλεγχος, ενώ σε υποψία προσβολής καρδιαγγειακού συστήματος απαιτείται καρδιολογική συνεκτίμηση και υπέρηχος καρδιάς. Σε ειδικές περιπτώσεις, πραγματοποιείται και δεξιός καρδιακός καθετηριασμός. Βασικό εργαλείο παραμένει η τριχοειδοσκόπηση, όπου ουσιαστικά γίνεται «φωτογράφιση» των τριχοειδών του νυχιού για να δούμε εάν υπάρχει μικροαγγειοπάθεια.

Η διάγνωση του σκληροδέρματος παραμένει μια σύνθετη διαδικασία, λόγω της προαναφερθείσας συμπτωματολογίας και οπωσδήποτε θα πρέπει να εξετασθεί σε κάθε ασθενή και να πραγματοποιείται από εξειδικευμένο ιατρό, που είναι ο Ρευματολόγος.

Ποια είναι η θεραπεία

Η θεραπεία είναι συμπτωματική και εξατομικεύεται αναλόγως των κλινικών εκδηλώσεων. Καθώς πρόκειται για μία σοβαρή και χρόνια νόσο, τονίζεται η αναγκαιότητα τακτικής ιατρικής παρακολούθησης, από ειδικό ιατρό, που είναι ο Ρευματολόγος. Σε κάθε περίπτωση, η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή μπορούν να βελτιώσουν τα συμπτώματα της νόσου.

Καρκίνος του προστάτη

Είναι ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα

Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται όταν αναπτύσσονται στον προστάτη αφύσικα κύτταρα. Αν τα κύτταρα αυτά συνεχίσουν να πολλαπλασιάζονται χωρίς έλεγχο, υπάρχει πιθανότητα να απλωθούν και έξω από την περιοχή του προστάτη. Ο καρκίνος του προστάτη θεωρείται νόσος που αναπτύσσεται αργά. Πολλοί άνδρες που έχουν διαγνωστεί με αυτόν τον καρκίνο ζουν για πολλά χρόνια χωρίς συμπτώματα και χωρίς αυτός να εξαπλώνεται και να γίνεται απειλητικός για τη ζωή τους. Ωστόσο, κάποιες μορφές καρκίνου του προστάτη μπορεί να είναι πολύ επιθετικές και να κάνουν ραγδαία μετάσταση. Αν ανιχνευθεί εγκαίρως, έχει πολύ καλές προοπτικές αποτελεσματικής θεραπείας.

Τι είναι ο προστάτης;

Ο προστάτης είναι ένας μικρός αδένας που βρίσκεται ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη των ανδρών και έχει μέγεθος κάστανου και βάρος 15-20 γραμμάρια. Κύρια λειτουργία του προστάτη είναι η παραγωγή ενός υγρού, που μεταφέρει το σπέρμα κατά την εκσπερμάτωση. Στην Κύπρο ο καρκίνος του προστάτη είναι πρώτος σε συχνότητα με ποσοστό εμφάνισης 1 στους 6 άνδρες.

Παράγοντες κινδύνου

ΗΛΙΚΙΑ

Μετά την ηλικία των 50 χρόνων, η πιθανότητα να παρουσιαστεί καρκίνος του προστάτη αυξάνεται σημαντικά. Περισσότερο από το 75% των περιπτώσεων του καρκίνου αυτού παρουσιάζεται σε άνδρες μεγαλύτερους των 65 ετών.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

100% η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη σε πρώιμο στάδιο εξασφαλίζει υψηλά ποσοστά επιβίωσης

Οι πιθανότητες αυξάνονται εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό με αυτήν την ασθένεια. Αν ο πατέρας ή ο αδελφός έχει καρκίνο του προστάτη, τότε ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος από εκείνον του μέσου άνδρα. Αυτή η κληρονομική προδιάθεση μπορεί να είναι υπεύθυνη για το 5% έως το 10% των περιπτώσεων καρκίνου του προστάτη, σύμφωνα με νεότερες γενετικές έρευνες.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη και γαλακτοκομικά προϊόντα αυξάνει το κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη.

ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ

Τα υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης στο αίμα ενδέχεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη, καθώς και κάποιες ορμόνες που συνδέονται με την ανάπτυξη του προστάτη.

Κύρια συμπτώματα

Ο καρκίνος του προστάτη αναπτύσσεται αργά και προκαλεί συμπτώματα όταν η ασθένεια είναι προχωρημένη. Κάποια πρώιμα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιαστούν είναι:

- Προβλήματα κατά την ούρηση: αργή ή αδύναμη ροή των ούρων, συχνουρία ή νυκτουρία.
- Αίμα στα ούρα ή στο σπέρμα.
- Πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης, στους μηρούς, στους γοφούς και στο στήθος.
- Αδυναμία ή μούδιασμα στα πόδια, απώλεια ελέγχου της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου.

Διαγνωστικές εξετάσεις

Ο έλεγχος του οικογενειακού ιστορικού, η επιμελής κλινική εξέταση και οι κάτω διαγνωστικές εξετάσεις, μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό του καρκίνου του προστάτη σε πρώιμο στάδιο.

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Είναι μια κλινική εξέταση η οποία ελέγχει το μέγεθος, το σχήμα και τη σύσταση του προστάτη και εντοπίζει

σκληρές περιοχές ή όζους που χαρακτηρίζουν τον καρκίνο.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ (PSA)

Το PSA είναι μια πρωτεΐνη, η οποία βρίσκεται στο αίμα και συνδέεται με τον προστάτη στους άνδρες.

ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Με το υπερηχογράφημα του προστάτη εκτιμάται ο όγκος του προστάτη και απεικονίζονται περιοχές, οι οποίες μπορεί να υποκρύπτουν χρόνιες φλεγμονές, ύποπτες εστίες για κακοήθεια, προστατικές επασβεστώσεις και αποστήματα.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΠΟΛΥΜΕΤΡΙΚΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αποτελεί μια σημαντική εξέταση για τη διάγνωση και επιλογή ασθενών για βιοψία, σταδιοποίηση και λήψη απόφασης για θεραπεία.

ΒΙΟΨΙΑ

Η βιοψία συνιστάται να γίνεται βάσει ευρημάτων της εξέτασης PSA, υπερηχοτομογραφήματος, MRI ή αν κατά την κλινική εξέταση εντοπιστεί σκληρία από τον ιατρό. Σε αυτήν τη διαδικασία λαμβάνονται δείγματα προστατικού ιστού, ώστε να αναλυθούν τα κύτταρα.

Θεραπεία

Η πρόγνωση για την έκβαση της νόσου εξαρτάται κυρίως από το στάδιο του καρκίνου και τον βαθμό κακοήθειας (Gleason) του όγκου, αλλά και

τις γενετικές ανωμαλίες. Η θεραπεία για κάθε ασθενή εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη το ιστορικό, την ηλικία, τη γενετική του κατάσταση και το στάδιο της νόσου.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει μεμονωμένα ή σε συνδυασμό:

- Παρακολούθηση
- Χειρουργική θεραπεία
- Ακτινοθεραπεία
- Ορμονοθεραπεία
- Ανοσοθεραπεία (στοχευμένη θεραπεία)
- Χημειοθεραπεία

Πρόληψη

Οι γενικές συστάσεις που δίνονται είναι η υιοθέτηση του Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του Καρκίνου, που περιλαμβάνει τη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους, την καθημερινή άσκηση και την υιοθέτηση υγιεινής διατροφής (συχνή κατανάλωση φρέσκων λαχανικών και φρούτων, προϊόντων ολικής αλέσεως και μείωση ή αποφυγή επεξεργασμένου κρέατος, αλκοόλ και ζάχαρης).

Κατά τη διάρκεια της ζωής τους οι άνδρες θα εμφανίσουν

- 1 στους 2 συμπτώματα προστατίτιδας.
- 1 στους 3 συμπτώματα καλοήθους υπερπλασίας προστάτη.
- 1 στους 6 καρκίνο προστάτη.



Κατάψυξη ωαρίων

Τα τελευταία χρόνια, η βελτίωση των τεχνικών κατάψυξης και ειδικότερα η τεχνική της υαλοποίησης επέτρεψε την κρυσσαίνηση ώριμων ωοκυττάρων



ΔΡ ΜΕΤΑΞΑΣ ΗΛΙΑΣ, Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Ειδικός στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, ΥΓΕΙΑ IVF ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ

Η διατήρηση της γονιμότητας είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για ιατρικές παρεμβάσεις και διαδικασίες που στοχεύουν στη διατήρηση της πιθανότητας μιας γυναίκας να επιτύχει εγκυμοσύνη, ώστε να έχει τη δυνατότητα να ολοκληρώσει την οικογένειά της.

Η διατήρηση της γονιμότητας μπορεί να ενδείκνυται:

- Σε γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με κάποια κακοήθεια (οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία αυτών των παθολογιών μπορεί να επηρεάσουν τη γονιμότητα άμεσα μέσω της τοξικής τους επίδρασης στις ωοθήκες).

- Σε γυναίκες που έχουν κάποια παθολογία (π.χ. συστηματικό ερυθματώδη λύκο, ενδομητρίωση, σύνδρομο Turner, κ.λπ.) ή έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή θεραπείες που μπορεί να επηρεάσουν τη μελλοντική γονιμότητα.

- Σε γυναίκες που ανησυχούν για απώλεια γονιμότητας που σχετίζεται με την ηλικία.

Υπάρχουν διάφορες επιλογές για τη διατήρηση της γονιμότητας:

- Κατάψυξη ωαρίων ή/και εμβρύων.

- Κατάψυξη ωοθηκικού ιστού.

- Θεραπεία για την προστασία των ωοθηκών (αγωνιστής GnRH) κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας.

- Χειρουργική μετάθεση των ωοθηκών για προστασία αυτών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας.

Συνδυασμοί των παραπάνω επιλογών διατήρησης της γονιμότητας είναι επίσης εφικτοί.

Διαδικασία κατάψυξης ωαρίων

Η κρυσσαίνηση ώριμων ωαρίων είναι μια εναλλακτική λύση στην κατάψυξη εμβρύων. Έχει το πλεονέκτημα ότι δεν χρειάζεται εξωσωματική γονιμοποίηση πριν από την κατά-

ψυξη, και αυτό διότι καταψύχονται τα ώριμα ωάρια, επομένως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες οι οποίες δεν έχουν κάποιο σύντροφο τη δεδομένη στιγμή.

Τα τελευταία χρόνια, η βελτίωση των τεχνικών κατάψυξης, και ειδικότερα η τεχνική της υαλοποίησης, επέτρεψε την κρυσσαίνηση ώριμων ωοκυττάρων.

Αυτά συλλέγονται με διακολπική παρακέντηση με τη βοήθεια υπερηχογραφικής απεικόνισης μετά από θεραπεία διέγερσης ωοθηκών (παρόμοια διαδικασία με αυτήν που χρησιμοποιείται στη συμβατική εξωσωματική γονιμοποίηση).

Όταν η γυναίκα θελήσει να χρησιμοποιήσει τα κατεψυγμένα ωάρια και είναι έτοιμη να επιχειρήσει μία εγκυμοσύνη, τα ωάρια αποψύχονται και γονιμοποιούνται από το σπέρμα με τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης ωαρίου (ICSI), κατά την οποία ένα σπερματοζωάριο τοποθετείται στο εσωτερικό του ωαρίου για να το γονιμοποιήσει.

Τα έμβρυα που έχουν δημιουργηθεί από αυτήν τη διαδικασία μεταφέρονται στη μήτρα της γυναίκας, με τη διαδικασία της εμβρυομεταφοράς. Η μέγιστη χρονική διάρκεια διατήρησης των ωαρίων είναι είκοσι χρόνια από την ημέρα κατάψυξης.

Τα κατεψυγμένα ωάρια μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τη γυναίκα μέχρι την ηλικία των 52 ετών, όριο που έχει θέσει ο νομοθέτης για την εξωσωματική γονιμοποίηση στην Ελλάδα.

Η συλλογή των ωοκυττάρων απαιτεί πρώτα ωοθηκική διέγερση από ορμονικά σκευάσματα που χορηγούνται με διάφορους συνδυασμούς (πρωτόκολλα) ικανά να προκαλέσουν την ανάπτυξη του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού ωοθυλακίων.

Η διαδικασία απαιτεί ορμονική και υπερηχογραφική παρακολούθηση αρκετές φορές την εβδομάδα μέχρι



να ενεργοποιηθεί (φαρμακευτικά) η ωορρηξία.

Στη συνέχεια ακολουθεί η παρακέντηση της ωοθήκης με διακολπικό υπερηχογράφημα, υπό μέθη ή γενική αναισθησία.

Η διαδικασία είναι γενικά ασφαλής, με δυνητικές επιπλοκές που είναι πλέον σπάνιες (1 στους 4000 κύκλους), όπως σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, ή αγγειακή θρόμβωση.

Σε επανάληψη των κύκλων θεραπείας μπορούν να οδηγήσουν η αποτυχία διέγερσης των ωοθηκών, η παρακέντηση χωρίς τη συλλογή ωαρίων, αλλά κυρίως όταν ο αριθμός των ωαρίων που συλλέγονται είναι πολύ μικρός σε σχέση με τον αριθμό που είναι απαραίτητος για την εξασφάλιση των ιδανικών πιθανοτήτων επίτευξης μιας κύησης.

Τεχνικές κατάψυξης ωαρίων

Η υαλοποίηση (vitrification) έχει αντικαταστήσει την αργή κατάψυξη. Με την εξέλιξη αυτής της νέας μεθόδου, η κατάψυξη των ωαρίων συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά επιβίωσης, γονιμοποίησης, εμβρυϊκής ποιότητας και συνεπώς υψηλότερα ποσοστά κύησης.

Συνίσταται στη βύθιση των ωοκυττάρων σε υγρό άζωτο στους -196°C σε λίγα δευτερόλεπτα, γεγονός που αποφεύγει τον σχηματισμό κρυστάλλων εντός των ωαρίων, οι οποίοι θα είχαν καταστροφικές συνέπειες για τη βιωσιμότητά τους. Αποτελεί πλέον την τεχνική αναφοράς για τη κρυσσαίνηση των ωαρίων για τη διατήρηση της γονιμότητας. Για την υαλοποίηση των ωαρίων, όλα τα επιστημονικά δεδομένα επικυρώνουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της.

Μέχρι σήμερα 6.000 παιδιά έχουν γεννηθεί από κατεψυγμένα ωάρια. Η μεγαλύτερη δημοσιευμένη μελέτη παρακολούθησης 900 παιδιών που γεννήθηκαν μετά από κατάψυξη ωαρίων, αναφέρει ότι η κατάσταση της υγείας τους μέχρι σήμερα δεν διαφέρει από αυτήν παιδιών που γεννήθηκαν μετά από γονιμοποίηση φρέσκων ωαρίων.

Σύμφωνα με οδηγίες της ευρωπαϊκής εταιρίας ανθρωπίνης αναπαραγωγής και εμβρυολογίας (ESHRE), παρόλο που η κατάψυξη ωαρίων πιθανώς αυξάνει τις πιθανότητες μιας γυναίκας να επιτύχει εγκυμοσύνη σε μεταγενέστερη ηλικία η διαδικασία δεν πρέπει να θεωρείται λόγος αναβολής μιας εγκυμοσύνης.

Βουβωνοκήλη στα παιδιά

Η βουβωνοκήλη στα παιδιά είναι συγγενής πάθηση, υπάρχει από τη γέννηση και δημιουργείται λόγω της ύπαρξης ενός καναλιού, του ελυτροπεριτοναϊκού πόρου



ΔΡ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΜΠΟΥΡΟΓΛΟΥ,
 MD, MSc, PhD, Επιμελητής Γ' Παιδοχειρουργικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

Η βουβωνοκήλη είναι από τις συχνότερες χειρουργικές παθήσεις στα παιδιά. Προκύπτει όταν κάποιο από τα περιεχόμενα της κοιλιάς (συνήθως λεπτό έντερο), προβάλλει προς τα έξω στη βουβωνική περιοχή (κάτω πλάγιο μέρος της κοιλιάς).

Ποια είναι η συχνότητα της βουβωνοκήλης στα παιδιά;

Η συχνότητα της βουβωνοκήλης στα τελειόμνη νεογνά είναι περίπου 5%, ενώ είναι 5 με 10 φορές συχνότερη στα αγόρια. Εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα δεξιά, ενώ και από τις δύο πλευρές (αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη) παρατηρείται σε περίπου 10% των περιπτώσεων. Είναι συχνότερη σε πρόωρα νεογνά, ενώ οικογενειακό ιστορικό υπάρχει συνήθως σε 10-25% των περιπτώσεων. Εμφανίζεται, επίσης, με αυξημένη συχνότητα σε παιδιά που πάσχουν από κυστική ίνωση, υδροκέφαλο με κοιλιοπεριτοναϊκή παροχέτευση και νόσους του συνδετικού ιστού. Η βουβωνοκήλη μπορεί να διαγνωστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, όμως οι περισσότερες ανακαλύπτονται στον πρώτο χρόνο της ζωής.

Γιατί δημιουργείται η βουβωνοκήλη στα παιδιά;

Η βουβωνοκήλη στα παιδιά είναι συγγενής πάθηση, υπάρχει δηλαδή από τη γέννηση. Δημιουργείται λόγω της ύπαρξης ενός καναλιού, του ελυτροπεριτοναϊκού πόρου. Αυτός είναι μια προέκταση του περιτοναίου, της μεμβράνης που καλύπτει εσωτερικά την κοιλιά και συνοδεύει τους όρχεις στην κάθοδό τους προς το όσχεο κατά την εμβρυική ζωή, ή τον στρογγύλο σύνδεσμο της μήτρας προς τα μεγάλα χείλη του αιδοίου στα

κορίτσια. Όταν ο ελυτροπεριτοναϊκός πόρος δεν κλείσει, όπως οφείλει να κάνει φυσιολογικά, δημιουργείται ένα κανάλι (που ονομάζεται σάκος της βουβωνοκήλης) μέσω του οποίου όργανα από το εσωτερικό της κοιλιάς μπορεί να βγαίνουν προς τα έξω (επίπλουν, λεπτό έντερο ή και οι ωθήκες στα κορίτσια).

Πώς εκδηλώνεται;

Η βουβωνοκήλη εκδηλώνεται ως διόγκωση στη βουβωνική περιοχή. Συνήθως η διάγνωση γίνεται από τους ίδιους τους γονείς κατά την αλλαγή της πάνας, όταν και παρατηρούν ένα φούσκωμα χαμηλά και πλάγια στην κοιλιά ή από τον παιδίατρο κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης ρουτίνας.

Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Καταστάσεις που αυξάνουν την πίεση στην κοιλιά, όπως το κλάμα, μπορεί να αποκαλύψουν την κήλη. Αυτή θα πρέπει

αυτόματα, ή με μικρή πίεση με το χέρι μας να επιστρέφει στην κοιλιά, δηλαδή να ανατάσσεται.

Είναι επικίνδυνη;

Ο κίνδυνος της βουβωνοκήλης είναι η περίσφιξη, ο στραγγαλισμός δηλαδή του οργάνου που προβάλλει μέσα στο βουβωνικό κανάλι, το οποίο δε μπορεί να επιστρέψει στην κοιλιά. Το περιεχόμενο του κηλικού σάκου, συνήθως εντερική έλικα, δεν αιματώνεται καλά και μπορεί να νεκρωθεί. Επίσης, στα αγόρια, επειδή από το ίδιο σημείο περνούν τα αγγεία του όρχεως, μπορεί να επηρεάσουν την αιμάτωσή του. Ο κίνδυνος περίσφιξης είναι μεγαλύτερος όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού. Σε αυτήν την περίπτωση, σε μέγιστο χρονικό όριο των 6 ωρών, θα πρέπει με ειδικούς χειρισμούς από τον παιδοχειρουργό, η βουβωνοκήλη να αναταχθεί, δηλαδή το περιεχόμενο του κηλικού σάκου να επιστρέψει στην κοιλιά. Εάν αυτό δεν επιτευχθεί, χρειάζεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Ποια είναι η θεραπεία της βουβωνοκήλης;

Η θεραπεία της βουβωνοκήλης είναι χειρουργική, σε χειρουργείο μιας ημέρας (το παιδί το απόγευμα επιστρέφει στο σπίτι), εκτός από συγκεκριμένες περιπτώσεις που χρειάζεται παρακολούθηση για 24 ώρες στο νοσοκομείο. Υπό γενική αναισθησία, με μια μικρή τομή στη βουβωνική χώρα πρέπει να κλείσουμε τον ανοικτό ελυτροπεριτοναϊκό πόρο, με προσοχή και με τη χρήση οπτικής μεγέθυνσης (χειρουργικές λούπες),

ώστε να μην τραυματιστούν τα αγγεία του όρχεως και ο σπερματικός πόρος (το σωληνάκι που μεταφέρει τα σπερματοζώαρια). Από την επομένη του χειρουργείου το παιδί μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική του δραστηριότητα, με περιορισμό των αθλητικών δραστηριοτήτων για περίπου 3 εβδομάδες στα μεγαλύτερα παιδιά.

Πότε πρέπει να προγραμματίζεται η χειρουργική επέμβαση;

Η χειρουργική διόρθωση της βουβωνοκήλης πρέπει να προγραμματίζεται σύντομα μετά τη διάγνωση. Μέχρι τη χειρουργική διόρθωση, οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται ώστε να αναγνωρίζουν την περιεπιπλεγμένη βουβωνοκήλη και να αναζητούν άμεσα ιατρική φροντίδα. Με βάση τη βιβλιογραφία, τα παιδιά κάτω του έτους έχουν διπλάσιο κίνδυνο περίσφιξης αν η χειρουργική επέμβαση καθυστερήσει περισσότερο από 2 εβδομάδες μετά τη διάγνωση.

Χρειάζεται χειρουργική επέμβαση και από την άλλη μεριά;

Αν κλινικά διαπιστωθεί αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη, η χειρουργική επέμβαση γίνεται και από τις 2 πλευρές στον ίδιο χειρουργικό χρόνο. Αν υπάρχει αμφιβολία, ένα υπερηχογράφημα των βουβωνικών περιοχών μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη ελυτροπεριτοναϊκής επικοινωνίας, που δεν είναι εμφανής κλινικά.

ΑΠΕ-ΜΠΕ



Από τη μητρική μήτρα στην κοινωνική μήτρα...

Οι κοινωνίες δεν μπορεί να αγνοούν τη δυστυχία της μητέρας που προέρχεται από έναν κακοποιητικό σύντροφο ή από την ίδια την κοινωνία που δεν προσφέρει μίαν ασφαλή βάση

ΔΡ ΒΑΣΙΛΗΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ,

Κλινικός Ψυχολόγος - Σωματικός Ψυχοθεραπευτής Βιοσύνθεσης

Το ταξίδι της ζωής ξεκινά μέσα στη μητρική μήτρα και η περιπέτεια της ζωής μέσα στη μεγάλη κοινωνική μήτρα. Οι αισθήσεις και τα συναισθήματα της μέλλουσας μητέρας θ' αποτελέσουν τους πρώτους ζωτικούς χυμούς για μια χαροποιό μητρική μήτρα ή μια μήτρα στερημένη, στεγνή και κάποτε σχεδόν άγονη, μέσα στην οποία παλεύει να κρατηθεί η νέα ζωή. Το πώς μας περιβάλλει η μητρική μήτρα δεν είναι λοιπόν χωρίς επιπτώσεις για το πώς προετοιμαζόμαστε για το μεγάλο ταξίδι, την περιπέτεια της εξωμήτριας ζωής.

Κοινωνίες που νοιάζονται για το μέλλον τους δεν μπορεί παρά να έχουν έγνοια για το αγέννητο παιδί. Και αυτές οι κοινωνίες δεν μπορεί να αγνοούν τη δυστυχία της μητέρας είτε αυτή προέρχεται από έναν κακοποιητικό σύντροφο είτε από την ίδια τη κοινωνία, που δεν προσφέρει μίαν ασφαλή βάση, μια ζεστή και τρυφερή φωλιά για τη μητέρα για να μπορέσει και η ίδια με τη σειρά της ν' αποτελέσει την πρώτη ασφαλή βάση σύνδεσης με το παιδί. Από την εποχή που ο Τζον Μπόλμπι ανέδειξε τη σημασία της ασφαλούς βάσης για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού πέρασαν δεκαετίες. Οι γο-

νιμες μελέτες του από τότε έχουν επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες στον χώρο, όχι μόνο της κλινικής ψυχολογίας και της ψυχοθεραπείας, αλλά και από τις σύγχρονες έρευνες των νευροεπιστημών.

Το παιδί έρχεται στο κόσμο έτοιμο για σύνδεση, για σχέσεις.

Μπορεί να μην είχαμε όλοι μια χαροποιό μητρική μήτρα για 9 μήνες, έχουμε όμως τη δυνατότητα να καλύψουμε κενά και ελλείμματα εάν η υποδοχή μας στον κόσμο είναι όντως πλούσια σε αισθητηριο-κινητικά ερεθίσματα και χαροποιός.

Οι σύγχρονες έρευνες στον τομέα της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας έχουν δείξει όντως ότι ο άνθρωπος είναι ζώο κοινωνικό.

«Όχι μόνο τα βρέφη δεν είναι «μωρά», αλλά, ως εξαρχής πρόσωπα, διαθέτουν έναν συνεκτικό εαυτό, έτοιμο να επικοινωνήσει και να μοιραστεί με τον άλλο προθέσεις και συγκινήσεις - ένας εαυτός εξαρχής κοινωνικά και συντροφικά προσανατολισμένος». Τα ερευνητικά ευρήματα του Trevarthen και των συνεργατών του, μαζί με τα ευρήματα πολλών άλλων μελετητών, τον οδήγησαν στην ανάπτυξη της θεωρίας της Διυποκειμενικότητας.

...Η θεωρία του είναι γνωστή ως θεωρία της Έμφυτης Διυποκειμενι-

κότητας. Θα μπορούσε να ονομαστεί και θεωρία της Έμφυτης Συντροφικότητας ή Κοινωνικότητας.

...Ο Trevarthen υποστηρίζει ότι μετά τη γέννηση το νεογνό εκφράζει ορισμένα στοιχεία της εκκολλητότητας συνείδησης και του εμπρόθετου των δράσεών του. Με συντονισμένες, φανερές κινήσεις, δείχνει ότι εκ των προτέρων έχει επίγνωση των σκοπών του.

...Δεν υπάρχει αρχικός αδιασισμός, αλλά εξαρχής δυαδισμός: «Εγώ και ο άλλος, εγώ και ο κόσμος δεν είμαστε ένα χαστικό ένα» (Σελ. 6 και 7 «Το συν - της συγκίνησης», Π.Ε. Κρήτης).

Η αισθητηριο-κινητική ανάπτυξη του στερημένου παιδιού παίρνει μπρος όταν το παιδί βρεθεί σε περιβάλλον που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, με άμεσα και ορατά αποτελέσματα μέσα σε μερικά εικοσιτετράωρα. Συνεπώς, όπως η νευροαπεικόνιση επιβεβαιώνει, η αρχικά παρατηρούμενη ατροφία του εγκεφάλου παιδιών, στερημένων ερεθισμάτων, είναι μια ψευδοατροφία, για να χρησιμοποιήσω έναν προσφιλή όρο του Γάλλου νευροεπιστήμονα Boris Cyrulnik. Ο τρόπος με τον οποίο ανταποκριόμαστε στα καλέσματα του παιδιού, το πώς γελοούμε μαζί, το πώς μιλούμε με το παιδί, το πώς το αγκαλιάζουμε,





το καϊδεύουμε, το πώς καλύπτουμε τις βασικές του ανάγκες, τροφή-θηλασμό, πώς το φροντίζουμε, το κρατούμε στεγνό και καθαρό... όλα παίζουν τον δικό τους ρόλο στο πώς θα προσλάβει τον εξωμήτριο κόσμο. Οι νευρώνες που αναπτύσσονται, με την ώρα, κατά χιλιάδες τα πρώτα χρόνια του παιδιού, διαμορφώνουν, σε σχέση πάντοτε με τη μητέρα ή κάποιο ικανό μητρικό υποκατάστατο, εγκεφαλικά μονοπάτια, δρόμους και λεωφόρους που θα κατευθύνουν το παιδί ή θα το αφήνουν αίοιο σε ερεθίσματα που δεν θα μπορεί να αποκωδικοποιήσει. Ένα ερέθισμα μπορεί να είναι πρόκληση για εξερεύνηση και παιχνίδι για ένα παιδί, ενώ για άλλο παιδί το ίδιο ερέθισμα μπορεί να είναι μια μικρή τραγωδία. Και αυτό σαν αποτέλεσμα του πώς τα περιβάλλοντα, κυριολεκτικά, χάραξαν τον παιδικό εγκέφαλο. Είναι η κληρονομιά των περιβαλλόντων μας χωρίς να τα έχουμε γονιδιακά κληρονομήσει. Ο παιδικός εγκέφαλος για να αναπτυχθεί χρειάζεται έναν άλλον εγκέφαλο. Ο παιδικός εγκέφαλος χαράσσεται από τους εγκεφάλους που τον περιβάλλουν. Αυτοί οι άλλοι εγκεφαλοί,

οι άλλοι μεγάλοι που περιβάλλουν το παιδί, αποτελούν την κοινωνική μήτρα. «Παράδοξο της ανθρώπινης ύπαρξης: χωρίς την παρουσία του άλλου δεν μπορούμε να γίνουμε ο εαυτός μας, όπως αυτό καταδεικνύεται από τις εγκεφαλικές ατροφίες που παρουσιάζονται στις τομογραφίες των συναισθηματικά αποστερημένων παιδιών. Για να αναπτύξουμε τις βιολογικές μας ικανότητες, είμαστε υποχρεωμένοι να αποκεντρωθούμε από τον εαυτό μας ούτως ώστε να αισθανθούμε την ευχαρίστηση και την αγωνία που προσφέρει η Εξερεύνηση του νοητικού κόσμου των άλλων. Για να γίνουμε ευφρείς, πρέπει ν' αγαπηθούμε. Ο εγκέφαλος, που υπήρξε η αιτία της επαφής μας με τον εξωτερικό κόσμο, γίνεται έτσι η συνέπεια των σχέσεών μας. Χωρίς προσκόλληση, δεν υπάρχει ενσυναίσθηση. Το «εγώ» δεν μπορεί να ζήσει μόνο του. Χωρίς ενσυναίσθηση γινόμαστε σαδιστές, αλλά και η υπερβολική ενσυναίσθηση μάς οδηγεί στον μαζοχισμό» (Boris Cyrulnik, «Της σάρκας και της ψυχής», Κέλευθος, 2008). Ο ρόλος, τώρα, του πατέρα, όταν υπάρχει, είναι καθοριστικός, όχι

μόνο για τη σύλληψη στη μήτρα του παιδιού αλλά και στο πώς αυτός περιβάλλει τη μητέρα. Η αγάπη, η τρυφερότητα και η φροντίδα προς τη μητέρα δημιουργούν την απαραίτητη συνθήκη για να αισθανθεί η μητέρα καλά με τον εαυτό της και στη συνέχεια αυτό το «καλά» να μεταστοιχειωθεί στον ψυχισμό του παιδιού. Στην πορεία ο ρόλος του είναι ακόμα πιο καθοριστικός στο πώς από τη δυάδα, μητέρα-παιδί θα περάσει το παιδί στον τριαδικό κόσμο και στην κοινωνία των ομοίων του. Οι ποιότητες της προσωπικότητας του πατέρα εμποδίζουν αφενός την παλινδρόμηση του παιδιού στον κόσμο της δυαδικότητας, μητέρα-παιδί και αφετέρου το εισάγουν στην κοινωνία. Τον ρόλο του πατέρα δεν είναι αναγκαίο να τον πληροί ο γεννήτορας του παιδιού. Στις σημερινές κοινωνίες, όπου πολ-

λά παιδιά γεννιούνται από μητέρες με δότη σπέρματος, τον ρόλο του πατέρα δυνατόν να τον αναλάβει κάποιος σύντροφος της μητέρας ή κάποιος θείος, κάποιος παππούς και φυσικά ο λόγος της μητέρας, στο αφήγημα του παιδιού «στο πώς ήρθε στον κόσμο» εισάγει το παιδί στη μεγάλη πολιτισμική μήτρα και στην περιπέτεια της ζωής και της προσωπικής ανάπτυξης. Μην ξεχνούμε, ο άνθρωπος δεν είναι μόνο βιολογικό ον, είναι και πολιτισμικό ον. Μέσα από τον λόγο γεννιόμαστε στην κοινωνία των ομοίων μας. Η κοινωνία πρέπει να αγκαλιάσει και να στηρίξει αυτές τις μητέρες και θεωρώ ότι η μη αναγραφή στις ταυτότητες των ονομάτων των γονέων είναι προς την ορθή κατεύθυνση. Αυτό όμως δεν μπορεί να στερήσει το παιδί από τις ρίζες του, όποιες και να είναι αυτές. Εδώ έρχεται ο λόγος της μητέρας για να καλύψει το... κενό. Πατέρας είναι αυτός που μέσα από τον λόγο της μητέρας δηλώνεται σαν πατέρας! Το αφήγημα της μητέρας προσφέρει τις απαραίτητες πολιτισμικές ρίζες στο παιδί. Όπως το δέντρο θέλει ρίζες και ουρανό για ν' αναπτυχθεί, έτσι και ο άνθρωπος.

Οι σύγχρονες έρευνες στον τομέα της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας έχουν δείξει όντως ότι ο άνθρωπος είναι ζώο κοινωνικό



Η Ευροπα Donna Κύπρου γιόρτασε τα 20 χρόνια της σημαντικής της διαδρομής

Τη σημαντική διαδρομή των 20 χρόνων της γιόρτασε η Ευροπα Donna Κύπρου, θέλοντας να ευχαριστήσει τους στενούς της συνεργάτες, φίλους και ΜΜΕ. Ο Σύνδεσμος, που έχει ταυτίσει το όνομά του όσο κανείς άλλος σε θέματα καρκίνου του μαστού, έχει πρωτοστατήσει, διεκδικήσει και πετύχει πολλά για τους ασθενείς, όπως και για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και ενημέρωση. Σ' αυτές τις δυο δεκαετίες δυναμικής παρουσίας, η Ευροπα Donna παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε χιλιάδες άτομα που έχουν αποταθεί κοντά της, ζητώντας βοήθεια και στήριξη.

Οι κύριες χρονιές - σταθμοί αλλά και επιτεύγματα της Ευροπα Donna Κύπρου είναι, μεταξύ άλλων, τα εξής:

- 2002:** Ίδρυση Ευροπα Donna Κύπρου.
- 2003:** Έναρξη προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου για δωρεάν μαστογραφία. Αγορά κινητής μονάδας.
- 2005:** Διοργάνωση πρώτης Πορείας με τις Ροζ Φιγούρες.
- 2005:** Ανάπτυξη και λειτουργία προγράμματος «Επιστήθιες φίλες».
- 2006:** Δημιουργία πρώτου σπιτιού Ευροπα Donna Κύπρου.
- 2012:** Ανάπτυξη και λειτουργία Προγράμματος «Στηρίζω».
- 2014:** Ανάπτυξη και λειτουργία προ-

γράμματος «Γνωρίζω».

2018: Ανάπτυξη και λειτουργία προγράμματος «Φροντίζω».

2016: Δημιουργία του 1ου Εξειδικευμένου Κέντρου Μαστού στην Κύπρο, που είναι δωρεάν προσβάσιμο σε όλες τις γυναίκες.

- Επέκταση του ορίου ηλικίας του προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου για δωρεάν μαστογραφία, από τα 45 - 69 έτη (και σύντομα μέχρι τα 74 έτη), με στόχο την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση.

- Διοργάνωση στην Κύπρο της μεγαλύτερης αθλητικής δραστηριότητας για την υγεία των γυναικών στην Ευρώπη 'Race for the Cure'.

- Διοργάνωση εξειδικευμένων επιστημονικών ημερίδων, συμμετοχή σε πανευρωπαϊκά συνέδρια, συμμετοχή σε πανευρωπαϊκά συνέδρια, συμμετοχή σε επιστημονικές και ακαδημαϊκές έρευνες.

- Εκλογή δύο Προέδρων της Ευροπα Donna Κύπρου στην Προεδρία της Ευροπα Donna Ευρώπης.

- Παρουσίαση Σπιτιών Ευροπα Donna Κύπρου ως προτύπων κατά τη διάρκεια πανευρωπαϊκών συνεδρίων

- Ένταξη νέου προγράμματος «Διατροφή και Υγεία» (2022).

- Αγορά νέων υπερσύγχρονων ψηφιακών μαστογράφων από την ΟΠΑΠ Κύπρου.

Στον χαιρετισμό της, η Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ευροπα Donna Κύπρου, Μαίρη Περγίου, ευχαρίστησε θερμά τους χορηγούς, άλλους στενούς συνεργάτες και φίλους του Οργανισμού, τονίζοντας τη μεγάλη στήριξη που διαχρονικά παρέχουν. Στάθηκε ιδιαίτερα στα Ιδρυτικά Μέλη, πρώην και νυν Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, Διεύθυνση και Προσωπικό, Χορηγούς, Επαγγελματίες Υγείας - Ιατρούς, Νοσηλευτές, Παραϊατρικό

Προσωπικό, Υπουργείο Υγείας, Κοινοβουλευτική Επιτροπή Υγείας και άλλους Αξιωματούχους, ΜΜΕ, το Διαφημιστικό Γραφείο και άλλους που με τον δικό τους τρόπο στηρίζουν τον αγώνα και τις προσπάθειες του Οργανισμού.

Στον δικό του χαιρετισμό, ο Εκτελεστικός Διευθυντής του Οργανισμού, Μάριος Χαραλαμπίδης, ευχαρίστησε και αυτός με τη σειρά του όλους τους οργανισμούς, φορείς και άτομα που διαχρονικά είναι δίπλα στη Ευροπα Donna Κύπρου, ενώ παράλληλα αναφέρθηκε στη νέα μεγάλη εκστρατεία που ξεκινά φέτος η Ευροπα Donna Κύπρου, η οποία αφορά στο «Δικαίωμα στη Λήθη» ("The Right to Be Forgotten"). Δηλαδή, κάθε άνθρωπος με εμπειρία καρκίνου να μπορεί να προχωρήσει τη ζωή του, χωρίς διακρίσεις, με κύρια έμφαση στην πρόσβαση σε ασφαλιστικές καλύψεις και χρηματοπιστωτικές διευκολύνσεις. Ο κ. Χαραλαμπίδης στάθηκε και στην ηθική πλευρά των πραγμάτων σε σχέση με την αντιμετώπιση του συνόλου των καρκινοπαθών.

Η Ευροπα Donna Κύπρου εξέφρασε ιδιαίτερες ευχαριστίες στο διαφημιστικό γραφείο DELEMA McCANN, που είναι συνοδοιπόρος και έχει προσφέρει τα μέγιστα όλα αυτά τα χρόνια στους αγώνες του Οργανισμού.

Η Ευροπα Donna Κύπρου έχει πετύχει πολλά για τους ασθενείς και την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και ενημέρωση

Με παιδίατρο ενισχύει το Κέντρο Υγείας Πάχνας ο ΟΚΥηΥ

Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στο πλαίσιο της αποστολής του για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, προχώρησε στη διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Κέντρο Υγείας Πάχνας. Ξεκινώντας από τις 8 Ιουνίου 2022, το Κέντρο Υγείας Πάχνας επισκέπτεται Παιδίατρος από το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα, ενώ, ανα-

λόγως της ζήτησης, ο αριθμός των επισκέψεων του γιατρού πιθανώς να αυξηθεί.

Το Κέντρο Υγείας Πάχνας ανήκει στο δίκτυο των 38 Κέντρων Υγείας του ΟΚΥηΥ, βρίσκεται στην κοινότητα Πάχνας και προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους κατοίκους της περιοχής. Το Κέντρο είναι στελεχωμένο με δύο Γενικούς Ιατρούς και άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό.

Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά,



Δευτέρα με Παρασκευή, από τις 7.30 π.μ. μέχρι τις 3.00 μ.μ., και προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες χωρίς διευθέτηση ραντεβού, όπως:

αιμοληψία, αλλαγή πληγών, χορήγηση ενέσεων, εμβόλια, καρδιογράφημα, φαρμακείο.

Για περισσότερες πληροφορίες και διευθέτηση ραντεβού με τους ιατρούς που στελεχώνουν το Κέντρο Υγείας Πάχνας, οι πολίτες μπορούν να καλούν στο 25816225 και στο 25816225, από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, μεταξύ 7.30 π.μ. και 3.00 μ.μ., ή να επισκέπτονται τον σύνδεσμο <https://shso.org.cy/health-centre/kentro-ygeias-pachnas/>.



ΟΚΥηΥ: Βασική αποστολή η αυτονόμηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων

Με ουσιαστικές επενδύσεις σε υποδομές, εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό, εκπαίδευση και έρευνα, ο Οργανισμός αναβαθμίζει το επίπεδο υπηρεσιών Υγείας που απολαμβάνουν

οι πολίτες. Ο ΟΚΥηΥ αποτελεί τον μεγαλύτερο πάροχο Υπηρεσιών Υγείας στην Κύπρο, καθώς στο δυναμικό του ανήκουν 9 νοσηλευτήρια, 38 Κέντρα Υγείας, 75 ασθενοφόρα, 24 σταθμοί καθώς και

οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ο ΟΚΥηΥ βρίσκεται καθημερινά στην πρώτη γραμμή στα θέματα υγείας, εξυπηρετώντας 24 ώρες το 24ωρο όλα τα περιστατικά, τις επείγουσες κλήσεις, παρέχοντας ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, σε όλους τους πολίτες.

Στο ανθρώπινο δυναμικό του Οργανισμού, που ξεπερνά τις 7.400, συγκαταλέγονται πέραν των 750 ιατρών, οι οποίοι καλύπτουν ένα τεράστιο φάσμα ειδικοτήτων, προσφέροντας εξειδίκευση και καινοτόμες θεραπείες.

Βασική αποστολή, που συνεχίζει να εκπληρώνει ο ΟΚΥηΥ από την πρώτη ημέρα που ιδρύθηκε, είναι να θέτει στερεές βάσεις για τη διοικητική και οικονομική αυτονόμηση όλων των δημοσίων νοσηλευτηρίων, αναβαθμίζοντας συνεχώς τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας που παρέχει στους πολίτες.

Ο ΟΚΥηΥ επενδύει σε υποδομές, εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό, εκπαίδευση και έρευνα και στοχεύει στην αποδοτικότερη διαχείριση του χρόνου και των διαθέσιμων πόρων, υλοποιώντας εξατομικευμένο πλάνο για κάθε Κλινική και Τμήμα.

Με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, ο Οργανισμός προσφέρει στο κοινό τη δυνατότητα να γνωρίσει και να αντλήσει χρήσιμες πληροφορίες για τα νοσηλευτήρια,

Διευθύνσεις, τμήματα και υπηρεσίες του καθώς και να διευθετήσει ραντεβού με ιατρό και διαδικτυακά, μέσω της ανανεωμένης ιστοσελίδας του <https://shso.org.cy> και τηλεφωνικώς καλώντας στα τηλέφωνα επικοινωνίας των νοσηλευτηρίων του ΟΚΥηΥ, από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, μεταξύ 7.30 π.μ. και 3.00 μ.μ.

Υλοποιώντας το στρατηγικό του πλάνο ως ένας ολοκληρωμένος, οικονομικά υγιής και αποτελεσματικός πάροχος υπηρεσιών υγείας ο ΟΚΥηΥ έχει πάντα στο επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες του χωρίς αποκλεισμούς, διακρίσεις και εξαιρέσεις.

Περισσότερες πληροφορίες για τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, τα νοσηλευτήρια και τα Κέντρα Υγείας του, καθώς και για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα του ΟΚΥηΥ <https://shso.org.cy/>.

Ο ΟΚΥηΥ επενδύει σε υποδομές, εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό, εκπαίδευση και έρευνα και στοχεύει στην αποδοτικότερη διαχείριση του χρόνου

Νέο Διοικητικό Συμβούλιο Παγκύπριου Αντιαναιμικού Συνδέσμου

Πραγματοποιήθηκε στις 20 Ιουνίου 2022, στην αίθουσα «Ευ Αγωνίζεσθαι» του Ολυμπιακού Μεγάρου, η καθιερωμένη ετήσια Γενική Συνέλευση του Παγκύπριου Αντιαναιμικού Συνδέσμου, η οποία ολοκλήρωσε και τη θητεία του Διοικητικού Συμβουλίου για την τριετία 2019 - 22. Σε αυτήν παρέστησαν βουλευτές, εκπρόσωποι Υπουργείων, οργανισμών και φορέων και αριθμός ατόμων με Θαλασσαιμία.

Στη Γενική Συνέλευση του ΠΑΣ απύθηναν χαιρετισμό η κ. Χριστίνα Φλουρέντζου, Διευθύντρια του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία, εκ μέρους του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η Εκτελεστική Διευθύντρια της Διεθνούς Ομοσπονδίας Θαλασσαιμίας, Δρ Ανδρούλα Ελευθερίου, εκ μέρους

του Προέδρου της ΔΟΘ, Προέδρου της Εθνικής Επιτροπής Θαλασσαιμίας και Επίτιμου Προέδρου του ΠΑΣ, κ. Πάνου Εγγλέζου.

Ακολούθως, ο Πρόεδρος του ΠΑΣ, κ. Μίλτος Μιλτιάδου, παρουσίασε τον απολογισμό για τα πεπραγμένα του απελθόντος ΔΣ, ενώ παρουσιάστηκαν δεδομένα και ρυθμίσεις που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα άτομα με Θαλασσαιμία στο ΓεΣΥ από τον Διευθυντή του ΟΑΥ, κ. Ανδρέα Παπακωνσταντίνου.

Στο δεύτερο μέρος της ΓΣ έγινε η καθιερωμένη συζήτηση για τα θέματα που απασχολούν τον ΠΑΣ, παρουσιάστηκαν και εγκρίθηκαν οι οικονομικές καταστάσεις και επαναδιορίστηκε ο ελεγκτικός οίκος που επιμελείται τις επίσημες οικονομικές καταστάσεις. Μετά τη Γενική Συνέλευση, τα μέλη του ΔΣ, όπως αυτά ορίζονται από τις Επαρχιακές Επιτροπές, προχώρησαν



στον καταρτισμό του Διοικητικού Συμβουλίου για την τριετία 2022 - 25, ως εξής:

Πρόεδρος είναι ο Μίλτος Μιλτιάδου, Αντιπρόεδρος η Έλενα Μυλωνά, Γραμματέας ο Ανδρέας Λοϊζιάς, Β΄ Γραμματέας η Χρυσάνθη Ανδρέου, Ταμίας η Κρίστη Κολοκασιδή, Β΄ Ταμίας η Έλενα Κογκορόζη. Μέλη ο

Χρίστος Σιαθάς, ο Δημήτρης Κυπριανού, η Δέσποινα Μιχαήλ, η Χριστιάννα Καραγιώργη, ο Στέλιος Χατζηγεωργίου, η Νικολέτα Νικολάου, ο Μάριος Πιριπίτσης, η Νίκη Παπανδρέου, ο Γιάννης Ζαμπάς, ο Παναγιώτης Φειδίας, η Μαρία Τσιβίκα, η Ηλέκτρα Χριστοφή, ο Φίλιππος Phillips και ο Νεόφυτος Νεοφύτου.



Αυξημένος ο κίνδυνος άνοιας για τους ανθρώπους σε κοινωνική απομόνωση

Η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με 26% αυξημένο κίνδυνο άνοιας, δείχνει μια νέα βρετανο-κινεζική επιστημονική μελέτη. Επιπλέον, οι κοινωνικά απομονωμένοι άνθρωποι έχουν μικρότερο όγκο σε ζωτικές περιοχές του εγκεφάλου τους που σχετίζονται με τις γνωστικές λειτουργίες.

Οι ερευνητές των πανεπιστημίων Φουντάν της Σαγκάης, Κέιμπριτζ και Γουόρικ, με επικεφαλής τον Δρα Τζιανφένγκ Φενγκ, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό "Neurology" της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας, ανέλυσαν στοιχεία για σχεδόν 463.000 ανθρώπους στη Βρετανία με μέση ηλικία 57

ετών στην αρχή της μελέτης, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν επί 12 χρόνια περίπου. Από αυτούς, οι 41.886 ή το 9% θεωρήθηκαν κοινωνικά απομονωμένοι και οι 29.036 ή το 6% ένωσαν μοναξιά.

Στη διάρκεια της έρευνας σχεδόν 5.000 άτομα διαγνώστηκαν με άνοια. Διαπιστώθηκε ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική απομόνωση από συγγενείς και φίλους και στην πιθανότητα άνοιας, κάτι που δεν ίσχυε στον ίδιο βαθμό στην περίπτωση της μοναξιάς, καθώς στον μεγαλύτερο βαθμό (σε ποσοστό 75%) είναι η κατάθλιψη που συνοδεύει τη μοναξιά - και όχι η ίδια η μοναξιά - που εξηγεί τη σχέση μοναξιάς-άνοιας.

Η μοναξιά αποτελεί ένα υποκειμενικό αίσθημα απομόνωσης, ενώ η κοινωνική απομόνωση είναι μια αντικειμενική κατάσταση. Οι κοινωνικά απομονωμένοι βρέθηκαν να έχουν λιγότερη φαιά ουσία στις εγκεφαλικές περιοχές που εμπλέκονται στη μάθηση και στη σκέψη, κάτι που δείχνει ότι η κοινωνική απομόνωση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για επερχόμενη άνοια.

"Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί σοβαρό αλλά παραγνωρισμένο πρόβλημα δημόσιας υγείας, που συχνά

σχετίζεται με τα γηρατειά. Εν μέσω της πανδημίας Covid-19, η κοινωνική απομόνωση, δηλαδή η αποκοπή από τα κοινωνικά δίκτυα, εντάθηκε. Είναι έτσι πιο σημαντικό από ποτέ να εντοπίζουμε τους ανθρώπους που είναι κοινωνικά απομονωμένοι και να τους βοηθάμε να συνδεθούν ξανά με την κοινότητά τους", δήλωσε ο Φενγκ.

"Οι άνθρωποι που αναφέρουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής απομόνωσης, έχουν σημαντικές διαφορές στον όγκο του εγκεφάλου τους, που σχετίζεται με τη γνωστική λειτουργία και την άνοια. Δεδομένων αυτών των ευρημάτων της μελέτης μας, η κοινωνική απομόνωση μπορεί να συνιστά πρώιμο δείκτη για αυξημένο κίνδυνο άνοιας", πρόσθεσε.

Η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με 26% αυξημένο κίνδυνο άνοιας, δείχνει μια νέα βρετανο-κινεζική επιστημονική μελέτη

Οι εφιάλτες των ηλικιωμένων αποτελούν πρώιμη ένδειξη για Πάρκινσον

Τι ηλικιωμένοι που αρχίζουν να βλέπουν άσχημα όνειρα ή εφιάλτες πιθανώς εμφανίζουν πρώιμα σημάδια της νόσου Πάρκινσον, όπως υποστηρίζει μία νέα βρετανική επιστημονική μελέτη, η πρώτη που κάνει αυτήν τη συσχέτιση. Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον νευρολόγο Δρα Αμπι-ντέμι Οτάικου του Κέντρου Υγείας του Ανθρώπινου Εγκεφάλου του Πανεπιστημίου του Μπέρμιγχαμ, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο ιατρικό περιοδικό «eClinical Medicine», ανέλυσαν στοιχεία για 3.818 ανθρώπους σε βάθος 12ετίας. Όσοι ανέφεραν ότι έβλεπαν κακά όνειρα, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, μετά παρακολούθηθηκαν για να διαπιστωθεί κατά πόσον διαγνωστήκαν με Πάρκινσον.

Τελικά, 91 άνθρωποι διαγνώστηκαν με τη συγκεκριμένη νόσο. Όσοι έβλεπαν συχνά άσχημα όνειρα είχαν

διπλάσια έως τριπλάσια πιθανότητα να διαγνωστούν με Πάρκινσον, σε σχέση με όσους δεν έβλεπαν τέτοια όνειρα.

Προηγούμενες μελέτες είχαν βρει ότι οι ασθενείς με Πάρκινσον βλέπουν συχνότερα εφιάλτες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, όμως είναι η πρώτη φορά που τα άσχημα όνειρα χρησιμοποιούνται εκ των προτέρων ως προγνωστικός δείκτης για τη νόσο.

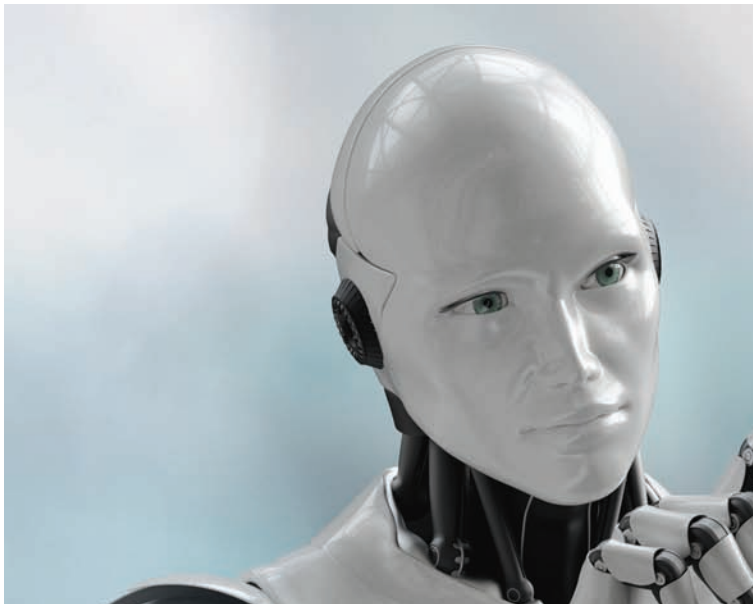
«Μολονότι μπορεί να είναι πραγματικά ωφέλιμο να γίνει νωρίς η διάγνωση της νόσου Πάρκινσον, υπάρχουν πολύ λίγοι δείκτες κινδύνου και πολλοί από αυτούς απαιτούν ακριβείς εξετάσεις στο νοσοκομείο ή δεν είναι εξειδικευμένοι όπως είναι η ύπαρξη διαβήτη. Αν και πρέπει να γίνει περαιτέρω έρευνα πάνω στη σημασία των άσχημων ονείρων και των εφιαλτών, φαίνεται πως όσοι αρχίζουν ξαφνικά να εμφανίζουν



αλλαγές στα όνειρά τους στην τρίτη ηλικία, χωρίς προφανή αιτία, θα πρέπει να απευθυνθούν σε γιατρό», δήλωσε ο Οτάικου.

Η μελέτη δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι που θα διαγνωστούν τελικά με Πάρκινσον είναι πιθανότερο λίγα χρόνια πριν από την εμφάνιση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της νόσου (τρέμουλο, ακαμψία, βραδύτητα κινήσεων κ.ά.) ν' αρχίσουν να βλέπουν κακά όνειρα.

Οι ερευνητές εκτιμούν ότι τα όνειρα μπορούν να αποκαλύψουν σημαντικές πληροφορίες για την υγεία του εγκεφάλου και άρα να αξιοποιηθούν ευρύτερα από τη νευροεπιστημονική έρευνα. Θα ακολουθήσουν μεγαλύτερες μελέτες για να διερευνηθούν καλύτερα οι πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στα όνειρα και σε άλλες νευροεκφυλιστικές παθήσεις, όπως το Αλτσχάιμερ.



Ζωντανό ανθρώπινο δέρμα για ρομπότ δημιούργησαν Ιάπωνες ερευνητές

Ενα ακόμη βήμα για τη δημιουργία ανθρωποειδών ρομπότ, που θα μοιάζουν στους ανθρώπους όσο γίνεται περισσότερο, έκαναν Ιάπωνες ερευνητές με τη δημιουργία ζωντανού ανθρώπινου δέρματος για ρομπότ. Παρουσίασαν ένα ρομπोटικό δάχτυλο που έχει υφή μαλακού δέρματος, το οποίο επίσης απωθεί το νερό και διαθέτει ιδιότητες αυτο-αποκατάστασης των βλαβών του.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον καθηγητή Σότζι Τακεούτσι του Πανεπιστημίου του Τόκιο, πρωτοπόρο στη βιο-υβριδική ρομπोटική (δια-

σταύρωση ρομπोटικής και εμβιομηχανικής που συνδυάζει βιολογικά και τεχνητά υλικά), έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό για νέα υλικά «Matter».

Το σύνθετο δέρμα σιλικόνης για ρομπότ μπορεί μεν να μιμηθεί την ανθρώπινη εμφάνιση, αλλά όχι με λεπτομέρειες όπως οι ρυτίδες, ούτε έχει τις ίδιες λειτουργίες με το ανθρώπινο. Η πρωτοτυπία είναι ότι το νέο δέρμα αναπτύσσεται επιτόπου πάνω στο ρομπότ, αντί να δημιουργείται ξεχωριστά, να κόβεται στα μέτρα του ρομπότ και μετά να προσαρμόζεται πάνω του.

Με τη νέα καινοτόμο μέθοδο, το ρομπोटικό δάχτυλο βυθίζεται σε έναν κύλινδρο με ένα διάλυμα κολλαγόνου και ανθρώπινων δερματικών ινοβλαστών, των δύο βασικών συστατικών που δημιουργούν τους συνδετικούς ιστούς του ανθρώπινου δέρματος. Το μείγμα αυτό προσαρμόζεται πάνω στο ρομπότ και αποτελεί τη βάση για ένα επόμενο στρώμα επιδερμικών ανθρώπινων κερατινοκυττάρων που προσκολλώνται σε αυτό, αποτελώντας έως το 90% του εξωτερικού στρώματος και προσδίδοντας έτσι μια αίσθηση φυσικού δέρματος στο ρομπोटικό χέρι.

Το νέο δέρμα είναι αρκετά ελαστικό, ώστε να μετακινείται καθώς το ρομπोटικό δάχτυλο διπλώνει και τεντώνεται. Μπορεί ακόμη και να αυτο-επιδιορθωθεί με ένα επίθεμα κολλαγόνου. Είναι πάντως πιο ασθενές από ένα φυσικό ανθρώπινο δέρμα και δεν μπορεί να επιβιώσει για πολύ χρόνο, χωρίς συνεχή παροχή θρεπτικών συστατικών και τη διατήρηση της υγρασίας του.

Ο Τακεούτσι δήλωσε: «Νομίζω πως το ζωντανό δέρμα θα αποτελέσει την τελική λύση στο να προσδώσει στα ρομπότ την εμφάνιση και την αφή των έμβιων όντων, καθώς αποτελείται από ακριβώς το ίδιο υλικό που καλύπτει τα σώματα των ζώων». «Στο μέλλον», πρόσθεσε, «θα αναπτύξουμε πιο εξελιγμένες εκδοχές του δέρματος, που θα περιλαμβάνουν αισθητήρια νευρικά κύτταρα, θύλακες τριχών και ιδρωτοποιούς αδένες. Επίσης

θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε μεγαλύτερες επιφάνειες».

Ο Ιάπωνας ρομπोटιστής πιστεύει ότι με αυτόν τον τρόπο τα ανθρωποειδή ρομπότ θα είναι σε θέση να επικοινωνούν και να αλληλεπιδρούν με τους ανθρώπους με πιο φυσικό τρόπο σε διάφορους ρόλους, όπως έχει οραματιστεί και η επιστημονική φαντασία. Μερικοί άλλοι ειδικοί αμφιβάλλουν πάντως περί αυτού, θεωρώντας ακριβώς ότι η μεγάλη εξωτερική ομοιότητα μιας μηχανής με τους ανθρώπους θα προκαλεί μια ενστικτώδη αποστροφή και αρνητικές αντιδράσεις. Σε κάθε περίπτωση, απέχει πολύ ακόμη η στιγμή που απολύτως ανθρωπόμορφα ρομπότ θα περπατούν ανάμεσα μας.

Προσαρμόζεται πάνω στο ρομπότ και αποτελεί τη βάση για ένα επόμενο στρώμα επιδερμικών ανθρώπινων κερατινοκυττάρων που προσκολλώνται σε αυτό, αποτελώντας έως το 90% του εξωτερικού στρώματος και προσδίδοντας έτσι μια αίσθηση φυσικού δέρματος στο ρομπोटικό χέρι

Έχει τα καλά και τα κακά για την υγεία το να είναι κανείς ψηλός

Το να είναι κανείς ψηλός είναι ένα νόμισμα με δύο όψεις όσον αφορά την υγεία, καθώς για μερικές ασθένειες κινδυνεύει λιγότερο και για άλλες περισσότερο, σε σχέση με τους πιο κοντούς ανθρώπους, σύμφωνα με μια νέα αμερικανική επιστημονική μελέτη, τη μεγαλύτερη του είδους της μέχρι σήμερα.

Οι ψηλοί έχουν, μεταξύ άλλων, αυξημένο κίνδυνο για περιφερική νευροπάθεια (βλάβη στα νεύρα κυρίως των άκρων), αρρυθμία καρδιάς (κολπική μαρμαρυγή) και λοιμώξεις ή έλκη του δέρματος και των οστών, αλλά μικρότερο κίνδυνο για καρδιοπάθεια, υπέρταση και υψηλή χοληστερίνη. Όσο ψηλότερος είναι κανείς, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για μερικά

προβλήματα υγείας, ενώ αντίθετα τόσο μικρότερος για τα περισσότερα καρδιαγγειακά, αλλά με εξαιρέσεις (π.χ. μεγαλώνει ο κίνδυνος για φλεβική θρόμβωση).

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον Δρα Σριντάραν Ραγκαβάν του Πανεπιστημίου του Κολοράντο και του Ιατρικού Κέντρου Βετεράνων των Βραχυδών Ορέων, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό βιολογίας PLoS Genetics, ανέλυσαν στοιχεία για περισσότερους από 280.000 ανθρώπους, συσχετίζοντας το ύψος με πάνω από 1.000 παθήσεις και ανθρώπινα χαρακτηριστικά. Η διαπίστωση ήταν ότι τα επίπεδα κινδύνου για 127 διαφορετικές παθήσεις μπορεί να συνδέονται με το ύψος.

Προηγούμενες μελέτες έχουν συ-



σχετίσει το μεγάλο ή μικρό ύψος με διάφορα προβλήματα υγείας και η νέα έρευνα μελετά σε περισσότερο βάθος από ποτέ το ζήτημα, προσπαθώντας να απομονώσει άλλους παράγοντες που μπορεί να παίξουν ρόλο, όπως η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση

και η διατροφή.

Ο Ραγκαβάν δήλωσε ότι «βρήκαμε στοιχεία πως το ύψος ενός ενήλικα μπορεί να επηρεάζει πάνω από 100 κλινικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων αρκετών παθήσεων που έχουν άσχημη έκβαση και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής. Συμπεραίνουμε ότι το ύψος μπορεί ν' αποτελεί έναν παραγνωρισμένο μη τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου για αρκετές κοινές παθήσεις στους ενήλικες».

Το ύψος εξαρτάται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, με χιλιάδες γονίδια να εμπλέκονται, καθώς επίσης μια πληθώρα παραγόντων (διατροφικών, κοινωνικών, οικονομικών, δημογραφικών κ.ά.) που σχετίζονται με τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής. Η σχέση ύψους-υγείας χρήζει οπωσδήποτε περαιτέρω μελέτης, σύμφωνα με τους ερευνητές.

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