

## COVID-19

Τα χαρακτηριστικά  
της «Όμικρον 2»

ΣΕΛ. 3

## ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ

Συμπτώματα, αίτια  
και θεραπεία

ΣΕΛ. 6

## ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ

## ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ο «σιωπηλός  
δολοφόνος»

ΣΕΛ. 8-9

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Τα ψέματα που λες  
στον εαυτό σου

ΣΕΛ. 12

## ΚΟΡΩΝΟΪΟΣ

Δεν μεταδίδεται  
με τον θηλασμό

ΣΕΛ. 15



**ΔΡ ΑΝΤΩΝΗΣ ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ: ΠΛΕΟΝ ΕΧΟΥΜΕ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΟΠΛΑ**

## Στόχος να περάσουμε στην ενδημική φάση της νόσου

**Κ**αταρρίπτεται, όπως φαίνεται, πλέον, ο στόχος για επίτευξη της ανοσίας της αγέλης και πια ο σκοπός είναι σιγά-σιγά να μετατρέψουμε τον ιό από πανδημικό σε ενδημικό. Αυτό αναφέρει, και επεξηγεί και τους λόγους, σε συνέντευξή του στο ένθετο «Υγεία», ο Πνευμονολόγος, Αντώνης Αντωνιάδης, συμπληρώνοντας πως πλέον έχουμε στη διάθεσή μας όλα τα όπλα για να το πετύχουμε. Σύμφωνα με τον Δρα Αντωνιάδη, μέχρι πρότινος οι επιστήμονες πίστευαν ότι αν εμβολιαστεί

ένας ικανός αριθμός του πληθυσμού και εάν νοσήσει κάποιος άλλος αριθμός, θα δημιουργηθεί τείχος ανοσίας. Ωστόσο, όπως προσθέτει, πλέον τα τελευταία δεδομένα αρχίζουν να πείθουν πολλούς επιστήμονες, ανάμεσά τους και τον ίδιο, ότι για τον SARS-CoV-2 είναι δύσκολο να γίνει τείχος ανοσίας και εξηγεί γιατί: Εάν κάποιος νοσήσει, μετά τους τρεις μήνες πλέον ξαναγίνεται ευάλωτος για επανамόλυνση. Το ίδιο και οι εμβολιασμένοι. Αυτό μας λέει ότι το τείχος ανοσίας δεν

μπορεί να συμβεί. Όπως ανέφερε, αυτό που μπορούμε να πιστεύουμε ότι ενδεχομένως θα συμβεί, είναι να καταστεί ο ιός από πανδημικό σε ενδημικό. Δηλαδή, αντί να έχουμε πανδημία, να έχουμε ενδημική φάση, όπως γίνεται με τη γρίπη, που κάθε χρόνο υπάρχουν κρούσματα, κάποιες φορές και σοβαρά, να εμβολιαζόμαστε τουλάχιστον μια φορά το χρόνο για τα νέα στελέχη και κάπως έτσι σιγά-σιγά θα μπορέσουμε να ζήσουμε.

ΣΕΛ. 4-5

ΧΟΡΗΓΟΣ



**Remedica**



# REMEDOL FC®

## Παρακεταμόλη

**Άμεση Αναλγητική  
& Αντιπυρετική Δράση.  
Ανακουφίζει από  
τον Πόνο & τον Πυρετό!**



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού.
- 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](mailto:info@remedica.com.cy) ή [DrugSafety@remedica.com.cy](mailto:DrugSafety@remedica.com.cy)

Ιστοσελίδα: [www.remedica.eu](http://www.remedica.eu)

LF/0149/2 05.21 (GR)

## Τα χαρακτηριστικά της «Όμικρον 2»

Δεδομένα από χώρες όπου πραγματοποιείται αναλυτική γονιδιωματική ανάλυση, όπως οι σκανδιναβικές, συνηγορούν ότι η «Όμικρον 2» είναι πιο μεταδοτική

Στις ειδήσεις της πανδημίας COVID-19 προστέθηκε πρόσφατα και ένας νέος όρος: η υποπαράλλαξη «Όμικρον 2». Η παράλλαξη ή στέλεχος «Όμικρον» του κορωνοϊού, που αναφέρεται επίσημα ως παράλλαξη B.1.1.529, έχει 3 κύριες υποπαράλλαγές: την BA.1, την BA.2 και τη BA.3. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πάνω από 99% των περιπτώσεων που προσδιορίστηκαν ως και τον Δεκέμβριο αφορούσαν την BA.1, αυτήν που ως τώρα αναφέραμε γενικά ως «Όμικρον». Ωστόσο, τελευταία έχει αρχίσει να κερδίζει έδαφος η υποπαράλλαξη BA.2, που αποτελεί ακριβώς την «Όμικρον 2».

Οι Καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεοδώρα Ψαλτοπούλου (Καθηγήτρια Θεραπευτικής-Επιδημιολογίας-Προληπτικής

Ιατρικής), Λίνα Πάσχου (Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας), Γκίκας Μαγιορκίνης (Επίκουρος Καθηγητής Επιδημιολογίας) και Θάνος Δημόπουλος (Καθηγητής Θεραπευτικής-Αιματολογίας-Ογκολογίας και Πρύτανης ΕΚΠΑ) αναφέρουν ότι σε μοριακό επίπεδο, η υποπαράλλαξη «Όμικρον 2» ή BA.2 παρουσιάζει κάποιες κοινές αλλά και πολλές διαφορετικές μεταλλάξεις συγκριτικά με τη BA.1.

### Οι διαφορές μεταξύ «Όμικρον» και «Όμικρον 2»

Στην πραγματικότητα, οι διαφορές μεταξύ BA.1 και BA.2 είναι περισσότερες από εκείνες μεταξύ της αρχικής υποπαράλλαγής «Όμικρον» και της παράλλαγής «Άλφα». Αυτό δημιούργησε ανησυχία στην επιστημονική κοινότητα, καθώς τέτοιες μοριακές διαφορές θα



μπορούσαν να οδηγήσουν σε διαφορετικές ιδιότητες, όσον αφορά την ανίχνευση, τη μολυσματικότητα, τη σοβαρότητα της νόσου ή την αποτελεσματικότητα των εμβολίων.

Η «Όμικρον 2» ανιχνεύεται από τα κλασικά διαγνωστικά τεστ, όπως και η «Όμικρον». Ωστόσο, έχει ονομασθεί "stealth", γιατί η «Όμικρον 2» δεν έχει μία μετάλλαξη που παρουσιάζει η «Όμικρον» και η οποία χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης για να τη διαχωρίζουμε από την παράλλαξη «Δέλτα». Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένας αριθμός διαγνώσεων που αποδίδονται σε «Δέλτα» να είναι στην πραγματικότητα «Όμικρον 2».

Δεδομένα από χώρες όπου πραγματοποιείται αναλυτική γονιδιωματική ανάλυση, όπως οι σκανδιναβικές, συνηγορούν ότι η «Όμικρον 2» είναι πιο μεταδοτική από την BA.1.

Χαρακτηριστικά, στη Δανία η BA.2 αντιπροσώπευε το 20% όλων των κρουσμάτων την τελευταία εβδομάδα του 2021, ποσοστό που αυξήθηκε σε 45% τη δεύτερη εβδομάδα του 2022. Στη Νορβηγία, η «Όμικρον 2» είχε ανιχνευθεί σε 7 περιπτώσεις ως τις 4 Ιανουαρίου. Μόλις 15 μέρες μετά, τα εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα της BA.2 ανήλθαν σε 611. Αύξηση των περιπτώσεων BA.2 παρουσιάζουν και άλλες χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία, αλλά όχι στο ίδιο αριθμητικό επίπεδο με τη Δανία μέχρι στιγμής τουλάχιστον. Και στην Ελλάδα εντοπίστηκαν πρόσφατα τα πρώτα κρούσματα της μετάλλαξης «Όμικρον 2», συγκεκριμένα ταξιδιώτες από το εξωτερικό που έχουν ικνυλατηθεί.

Θετικό στοιχείο είναι ότι δεν φαίνεται να αποδίδονται στην «Όμικρον 2» άλλα χαρακτηριστικά πιο επικίνδυνος συμπεριφοράς. Στη Δανία, για παράδειγμα, δεν βρέθηκε διαφορά στις νοσηλείες από BA.2 σε σύγκριση με τη BA.1. Με ενδιαφέρον αναμένονται ερευνητικά αποτελέσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων έναντι στην υποπαράλλαξη αυτή. Επικρατεί αισιοδοξία ότι τα εμβόλια θα συνεχίσουν να προστατεύουν από σοβαρή νόσηση και θάνατο λόγω COVID-19 και μετά από μόλυνση με την «Όμικρον 2».

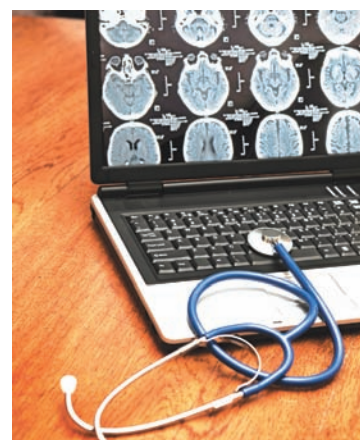
## Νευρολογικές επιπλοκές της νόσου COVID-19

Πρόσφατα δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Science ένα άρθρο ανασκόπησης από τους συγγραφείς S. Sprudich και A. Nath, οι οποίοι εξειδικεύονται στη νευρο-ανοσολογία και τις λοιμώξεις του νευρικού συστήματος, με σκοπό την παρουσίαση και περαιτέρω συζήτηση σε ό,τι αφορά τις νευρολογικές επιπλοκές της νόσου COVID-19. Το άρθρο αυτό σχολιάζουν ο καθηγητής Γεώργιος Τσιβγούλης, Καθηγητής Νευρολογίας και Διευθυντής της Β' Νευρολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, και οι νευρολόγοι Λίνα Παλαιοδήμου και Μαρία-Ιωάννα Στεφάνου.

Οι νευρολογικές επιπλοκές της νόσου COVID-19 μπορούν αδρά να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες, αναλόγως του χρόνου εμφάνισής τους: α) αυτές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νόσου και β) αυτές

που εμφανίζονται και επιμένουν μετά την αποδρομή της νόσου COVID-19. Οι συγγραφείς συνοψίζουν τις εκδηλώσεις και στις δύο αυτές κατηγορίες και επιπλέον παρουσιάζουν τους πιθανούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, τονίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη και ουσιαστική αντιμετώπιση.

Οι νευρολογικές επιπλοκές που μπορεί να συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νόσου COVID-19 δύναται να είναι οι εξής: ανοσμία/υποσμία, κεφαλαλγία, μυαλγίες, αλλά και οργανικό ψυχοσύνδρομο, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλίτιδα/εγκεφαλοπάθεια. Η πιθανότητα άμεσης προσβολής του νευρικού συστήματος από τον ιό κρίνεται αμελητέα, καθώς μόνον πολύ σπάνια έχει ανιχνευτεί γενετικό υλικό του ιού στον νευρικό ιστό βαρέως πασχόντων ασθενών που απεβίωσαν. Αντίθετα, αυτό που παρατηρείται συνηθέστερα είναι η



έντονη διέγερση του ανοσολογικού συστήματος, η υπέρμετρη ενεργοποίηση φλεγμονωδών κυττάρων και η προθρομβωτική κατάσταση, που πιθανότατα σχετίζονται με τα εν λόγω συμπτώματα.

Εκτός από τις παραπάνω άμεσες επιπλοκές, έχουν παρατηρηθεί ασθενείς με νευρολογικά συμπτώματα που παρουσιάζονται ή εμμένουν για αρκετό διάστημα μετά την αποδρομή της νόσου COVID-19. Ως συνηθέστερα συμπτώματα αναφέρονται η κεφα-

λαλγία, η διαταραχή συγκέντρωσης, οι διαταραχές μνήμης, οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αίσθημα γενικευμένης κόπωσης αλλά και ψυχιατρικά συμπτώματα. Εντύπωση προκαλεί ότι οι ασθενείς που προσβάλλονται από τη λεγόμενη «long-COVID» συμπτωματολογία είναι συνήθως νέοι ασθενείς, που αρχικά είχαν ήπια νόσο COVID-19 και δε χρειάστηκε να νοσηλευτούν. Παρότι ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός σε αυτές τις περιπτώσεις παραμένει άγνωστος, οι συγγραφείς προτείνουν ως πιθανούς μηχανισμούς την εμμένουσα φλεγμονώδη ενεργοποίηση, τη διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος και τη συνεχιζόμενη φλεγμονή του ενδοθελίου των αγγείων. Κλείνοντας, οι συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης και εμπεριστατωμένης καταγραφής των ασθενών με νευρολογικές επιπλοκές μετά από νόσο COVID-19, με στόχο την καλύτερη κατανόηση της συσχέτισής τους και την ανάπτυξη εξειδικευμένης αντιμετώπισης.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ

## «Σιγά-σιγά να μετατρέψουμε τον ιό από πανδημικό σε ενδημικό»



Δρ Αντώνης Αντωνιάδης: «Με τα όπλα που πλέον έχουμε στη φαρέτρα μας μπορούμε πιο εύκολα να πάμε στην ενδημική φάση της νόσου»

ΘΕΟΔΩΡΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ, [nicolaouth@simerini.com](mailto:nicolaouth@simerini.com)

**Κ**αταρρίπεται, όπως φαίνεται, πλέον ο στόχος για επίτευξη της ανοσίας της αγέλης και πια ο σκοπός είναι σιγά-σιγά να μετατρέψουμε τον ιό από πανδημικό σε ενδημικό. Αυτό αναφέρει και επεξηγεί και τους λόγους, σε συνέντευξή του στο ένθετο «Υγεία», ο Πνευμονολόγος, Αντώνης Αντωνιάδης, συμπληρώνοντας πως πλέον έχουμε στη διάθεσή μας όλα τα όπλα για να το πετύχουμε.

**Η μείωση των κρουσμάτων καταδεικνύει ότι κτίσαμε ένα ισχυρό τείχος ανοσίας ή είναι νωρίς για να εξαγάγουμε αυτό το συμπέρασμα;**

Υπολογίζεται ότι η κορύφωση της πανδημίας στην Ευρώπη, άρα και στην Κύπρο, θα έρθει μέσα με τέλη Φεβρουαρίου. Φαίνεται ότι η κορύφωση στις ευρωπαϊκές χώρες ήρθε πολύ πιο νωρίς, τουλάχιστον σε ορισμένες, και στη συνέχεια παρατηρείται αποκλιμάκωση των κρουσμάτων. Κάτι τέτοιο ευελπιστούμε, και μάλλον φαίνεται να συμβαίνει και στην Κύπρο. Στην αρχή πρέπει να ελαττωθούν τα κρούσματα και στην εξέλιξη θα δούμε μείωση των αριθμών στους σκληρούς δείκτες, που είναι οι θάνατοι, οι εισαγωγές σε μονάδες εντατικής θεραπείας και οι

εισαγωγές σε κοινές κλίνες των νοσοκομείων μας. Άρα πρώτα θα δούμε αποκλιμάκωση των κρουσμάτων και στη συνέχεια αποκλιμάκωση αυτών των δεικτών. Τώρα για τους τύπους ανοσίας, πιστεύουμε ότι αν εμβολιαστεί ένας ικανός αριθμός του πληθυσμού και εάν νοσήσει κάποιος άλλος αριθμός, θα δημιουργηθεί τείχος ανοσίας. Πλέον τα τελευταία δεδομένα αρχίζουν να πείθουν πολλούς επιστήμονες, ανάμεσά τους κι εμένα, ότι για τον SARS-CoV-2 είναι δύσκολο να γίνει τείχος ανοσίας και θα σας εξηγήσω γιατί. Εάν κάποιος νοσήσει, μετά τους τρεις μήνες πλέον ξαναγίνεται ευάλωτος για επαναμόλυνση. Το ίδιο και οι εμβολιασμένοι και βλέπετε ότι άτομα που είχαν και την 3η δόση του εμβολίου επαναμολύνθηκαν. Αυτό μας λέει ότι το τείχος ανοσίας δεν μπορεί να συμβεί. Αυτό, όμως, που μπορεί να συμβεί είναι ότι με τα εμβόλια και στην περίπτωση που επαναμολυνθεί κάποιος θα την περάσει πολύ πιο ήπια, από ασυμπτωματικά έως oligοσυμπτωματικά. Άρα αυτό που φανταζόμασταν παλιά, το τείχος της αγέλης, με αυτόν τον κορωνοϊό με τις συχνές μεταλλάξεις είναι λίγο δύσκολο να επιτευχθεί. Αυτό που μπορούμε να πιστεύουμε ότι ενδεχομένως να συμβεί, είναι να καταστεί



ο ιός από πανδημικός σε ενδημικός. Δηλαδή αντί να έχουμε πανδημία, να έχουμε ενδημική φάση, όπως γίνεται με τη γρίπη, που κάθε χρόνο υπάρχουν κρούσματα, κάποιες φορές και σοβαρά, πρέπει να εμβολιαζόμαστε τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, ειδικές κατηγορίες πληθυσμού για τα νέα στελέχη και κάπως έτσι σιγά-σιγά θα μπορέσουμε να ζήσουμε. Αλλά εν πάση περιπτώσει δική μου εκτίμηση -και μάλιστα είναι λίγο κόντρα σε αυτό που πιστεύουν οι περισσότεροι- είναι ότι ακόμα έχουμε χρόνο πολύ μπροστά μας ούτως ώστε να πούμε ότι ξεμπερδέψαμε με την πανδημία.

**Είμαστε κοντά σε αυτό; Στη μετατροπή του ιού σε ενδημικό;**

Το βλέπω λίγο πιο πιθανό αυτό, παρά αυτό που υποστηρίζουν κάποιοι για την ανοσία της αγέλης. Η προσπάθειά μας είναι με τον μαζικό εμβολιασμό, με τα μέτρα ατομικής προστασίας, να ελαχιστοποιήσουμε τα κρούσματα και να μετατρέψουμε σιγά-σιγά τον ιό σε ενδημικό. Εγώ, ξέρετε, ήμουν από τους

πρώτους που είχα τονίσει τον κίνδυνο, όταν εμφανίστηκε η μετάλλαξη «Όμικρον», που όλοι έλεγαν «α, ωραία, θα γίνει μαζική νόσηση του πληθυσμού, θα αποκτήσουμε ανοσία και πλέον θα εκλείψει ο ιός». Εγώ ήμουν από τους πρώτους που εξέφρασα τους φόβους πως όταν έχεις ένα ιό που κυκλοφορεί σε τόσο υψηλούς ρυθμούς, γιατί τα κρούσματα της «Όμικρον» ήταν πολλαπλάσια από τα κρούσματα των υπόλοιπων μεταλλάξεων, οι πιθανότητες να εμφανιστεί καινούργια μετάλλαξη αυξάνονται βάσει του νόμου των πιθανοτήτων. Οι ιοί μεταλλάσσονται. Είναι τυχαία γεγονότα. Όμως, όσο πιο πολύ κυκλοφορεί ένας ιός, τόσο πιο πολύ αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί μία τυχαία μετάλλαξη. Και είχαμε την τύχη να εμφανιστεί η μετάλλαξη «Όμικρον», που ήταν μόνο αυξημένης μεταδοτικότητας και όχι αυξημένης νοσηρότητας, αλλά υπάρχει ο κίνδυνος όσο κυκλοφορεί με τέτοιους ρυθμούς ο ιός, να εμφανιστεί μία μετάλλαξη που να συνδυάζει και αυξημένη μεταδοτικότητα και αυξημένη νοσηρότητα. Είναι αυτός ο φόβος που υπάρχει.

Για να επιστρέψω όμως στο ερώτημά σας, πρέπει να πούμε ότι για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να υπάρξει μαζικός εμβολιασμός και όχι μόνο στις χώρες τις προηγμένες, αλλά σε όλον τον πλανήτη. Γιατί τι να το κάνουμε αν έχουμε εμβολιασμένες όλη την Ευρώπη και την Αμερική, και η Αφρική και η Ασία δεν είναι σε ποσοστά ανάλογα εμβολιασμένες, ή είναι σε πολύ χαμηλά ποσοστά εμβολιασμένες. Θα εμφανίζονται μεταλλάξεις εκεί και με την παγκοσμιοποίηση που υπάρχει, πολύ γρήγορα θα επεκτείνονται και στον υπόλοιπο κόσμο.

**Ποιος είναι πιο ασφαλής; Άτομο που νόσησε πρόσφατα ή άτομο που εμβολιάστηκε ή και τα δύο;**

Είναι μία πολύ ωραία ερώτηση αυτή, κυρίως γιατί υπάρχει κόσμος που λέει ότι δεν εμβολιάζομαι και θα πάω να νοσήσω. Η φυσική νόσηση, αφού ξεπεραστούν οι κίνδυνοι τού να βρεθούμε στο νοσοκομείο και στη ΜΕΘ, προσφέρει μία ανοσία η οποία όμως είναι υποδεέστερη από την ανοσία που προσφέρει το εμβόλιο. Απαντώντας όμως στο ερώτημά σας, ο καλύτερος συνδυασμός είναι εκείνος που έκανε τις τρεις αναμνηστικές δόσεις και στη συνέχεια είχε μία ασυμπτωματική μόλυνση. Αυτός έχει εξασφαλίσει τον μέγιστο αριθμό απαιτούμενων αντισωμάτων. Αλλά να προηγηθεί πρώτα ο εμβολιασμός και μετά η φυσική νόσηση.

**Πόσο κρατάει η ανοσία από τα εμβόλια;**

Ξέρετε, με αυτόν τον ιό πιστεύει κανείς κάτι και μετά από λίγο ανατρέπεται. Αλλά με τα τελευταία δεδομένα φαίνεται ότι το πρώτο τρίμηνο του εμβολίου η προστασία είναι πολύ ισχυρή και για τη μόλυνση. Στην εξέλιξη ελαττώνεται η προστασία όσον αφορά τη μόλυνση αλλά παραμένει η προστασία όσον αφορά τη σοβαρή νόσηση και τον θάνατο. Μετά τους τρεις μήνες αν κάποιος εμβολιαστεί υπάρχει πιθανότητα επαναμόλυνσης. Αλλά εάν ξαναμολυνθεί θα νοσήσει ήπια, ασυμπτωματικά ή ολιγοσυμπτωματικά.

**Θα χρειαστούμε και τέταρτη δόση του εμβολίου; Και αν ναι, πότε;**

Σε πρώτη φάση ενδεχομένως να χρειαστούν την τέταρτη δόση κάποιες κατηγορίες πληθυσμού. Οι υπερηλικιωμένοι, οι υπερήλικες, τα άτομα με σημαντικές νοσηρότητες, τα άτομα με νοσήματα που προκαλούν ανοσοανεπάρκεια όπως είναι οι κακοήθεις όγκοι, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, οι ανοσοκατασταλτικές θεραπείες. Αυτοί μάλλον γρήγορα θα χρειαστούν την τέταρτη δόση. Ο υπόλοιπος πληθυσμός μπορεί σε κάποια φάση να χρειαστεί και άλλες αναμνηστικές δόσεις, αλλά όχι τώρα άμεσα.

**Πόσος καιρός πρέπει να περάσει από την τρίτη στην τέταρτη δόση; Ξέραμε, για παράδειγμα, ότι έξι μήνες μετά τη δεύτερη δόση έπρεπε να βάλουμε την τρίτη...**

Το εξάμηνο αυτό ήταν λάθος. Για παράδειγμα, η Ελλάδα στο τρίμηνο έδωσε το ελεύθερο όποιος θέλει να κάνει την τρίτη δόση. Αν μιλάμε για προστασία από τη μόλυνση, μετά τους τρεις - τέσσερις μήνες μπορεί κανείς να κάνει την επόμενη δόση. Αν όμως έχουμε να κάνουμε με ένα υγιές άτομο κάτω των 50 ετών, η αναμνηστική δόση μπορεί να ξεπερνάει το εξάμηνο.

**Ποια είναι τα συμπτώματα του συνδρόμου long-COVID και τι ποσοστό ασθενών επηρεάζει;**

Το σύνδρομο αυτό είναι κάτι που μπορεί να επηρεάσει κυρίως αυτούς που νόσησαν σοβαρά, που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ, που είχαν παρατεταμένη νο-

σπλεία, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομα που πέρασαν τη λοίμωξη με λίγα συμπτώματα ή καμιά φορά και ασυμπτωματικά. Ακόμη δεν είναι ξεκάθαρη η αιτιολόγηση του long-covid αλλά φαίνεται να αποδίδεται στην παραμονή του ιού στα όργανα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μπορεί να αρνητικοποιούνται οι εξετάσεις, αλλά παραμένει ο ιός σε διάφορα όργανα όπως οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος, το πάγκρεας και οποιοδήποτε άλλο όργανο.

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με το όργανο το οποίο έχει προσβληθεί. Κυρίως από το αναπνευστικό, από την καρδιά ορισμένες φορές, από την εγκεφαλική λειτουργία. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι διαταραχές συμπεριφοράς, μνήμης, προσωπικότητας, ένα άλλο σύμπτωμα κοινό είναι η μακροχρόνια κόπωση, οι μυαλγίες και γενικά είναι ένα σύνδρομο που μπορεί να ταλαιπωρεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ανθρώπους. Ένα άλλο ενόχλητικό σύμπτωμα είναι η κακοσμία -όχι η ανοσμία που προκαλεί η οξεία φάση- δηλαδή ο άνθρωπος μυρίζεται αλλά έχει κακή όσφρηση. Είναι ορισμένα συμπτώματα τα οποία δεν είναι τόσο έντονα αλλά διαταράσσουν την ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Η αϋπνία για παράδειγμα, είναι ένα άλλο

σύμπτωμα που ταλαιπωρεί τον κόσμο. Συμπτώματα από το αναπνευστικό, βήχας, δύσπνοια. Και όσο αφορά το ποσοστό υπάρχουν διάφορες μελέτες που φτάνουν μέχρι και το 30% αυτών που νόσησαν να πάσχουν από long-covid και ήδη στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ δημιουργούνται ιατρεία για long-covid, τα οποία απαρτίζονται από διάφορες ειδικότητες.

**Ποια μακροπρόθεσμα προβλήματα μπορεί να προκαλέσει η Covid-19;**

As ξεκινήσουμε από τους βαριά νοσήσαντες. Τα άτομα που έμειναν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ΜΕΘ και στη συνέχεια κατάφεραν να επιζήσουν, θα έχουν σύμπτωμα πρώτα από όλα στο αναπνευστικό, βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια, μπορεί να χρειάζονται οξυγόνο για μεγάλο χρονικό διάστημα ή εφ' όρου ζωής, μπορεί να τους κάνει ίνωση στους πνεύμονες. Από την άλλη η μακροχρόνια παραμονή σε ΜΕΘ προκαλεί κινητικά προβλήματα, και αυτά τα άτομα χρειάζονται φυσιοθεραπεία σε μονάδες αποκατάστασης για μεγάλα χρονικά διαστήματα για να αποκτήσουν την κινητικότητά τους και τη μυϊκή μάζα που απολέσθηκε από τη μακροχρόνια παραμονή σε ένα κρεβάτι της ΜΕΘ. Αυτά είναι τα σοβαρά συμπτώματα.

**Ενώ είχαμε μείωση των κρουσμάτων, δυστυχώς, είχαμε αύξηση των θανάτων λόγω Covid-19. Μόνο τον Ιανουάριο είχαμε 61 νεκρούς. Γιατί παρατηρείται αυτό το αρνητικό ρεκόρ;**

Κατ' αρχάς ό,τι βλέπουμε στους σκληρούς δείκτες σήμερα, αντικατοπτρίζει την επιδημιολογική εικόνα των κρουσμάτων που συνέβαινε 15 ημέρες πριν. Τώρα φαίνονται οι συνέπειες των μεγάλων αριθμών κρουσμάτων που είχαμε. Άρα οι θάνατοι αντικατοπτρίζουν ό,τι συνέβαινε τότε. Από την άλλη λέμε ότι επικρατεί η «Ομικρον» στην Κύπρο, αλλά δεν σταμάτησε να κυκλοφορεί και η «Δέλτα», η οποία ξέραμε ότι προκαλεί πιο σοβαρή νόσηση. Άρα γίνεται συνδυασμός των θανάτων που οφείλονται στη «Δέλτα» και των πολύ αυξημένων κρουσμάτων της «Ομικρον», που ποσοστιαία όταν είναι πολλά τα κρούσματα αυξάνονται και οι θάνατοι. Να σημειώσουμε, επίσης, ότι στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ ή πεθαίνουν είναι ανεμβολίαστοι ή αν ήταν εμβολιασμένοι ήταν άτομα τα οποία ανήκαν στις κατηγορίες υψηλού κινδύνου.



**Σε ένα μήνα περίπου κλείνουμε δύο χρόνια από την εμφάνιση του πρώτου κρούσματος στη χώρα μας. Πότε θα φτάσουμε στο τέλος της πανδημίας; Και τι πρέπει να γίνει για να το πετύχουμε αυτό;**

Τώρα είμαστε στην ευχάριστη θέση να έχουμε ένα φοβερό όπλο, που είναι το εμβόλιο, από την άλλη εμφανίστηκαν τα μονοκλωνικά αντισώματα και τώρα τα αντιικά φάρμακα, τα οποία είναι κι αυτά ένα όπλο στη φαρέτρα μας, ενώ τρίτο και όχι λιγότερο σημαντικό είναι ότι μάθαμε να ζούμε με τον ιό, μάθαμε να προστατευόμαστε, να φοράμε τις μάσκες μας, να τηρούμε τα μέτρα ατομικής προστασίας. Άρα μ' αυτές τις τρεις κατηγορίες όπλων πιστεύω ότι είμαστε πολύ πιο εξοπλισμένοι και πιο εκπαιδευμένοι απέναντι σε αυτό τον ιό σε σύγκριση με την αρχή της πανδημίας. Άρα μπορούμε πιο εύκολα να πάμε στην ενδημική φάση της νόσου.



**Perofen<sup>®</sup>**  
Ιβουπροφαίνη

Διώξτε τον πόνο μακριά, Χαμογελάστε ξανά...





# Τι είναι η θρομβοφιλία;

Ποια είναι τα συμπτώματα, τα αίτια και η θεραπεία; Είναι η θρομβοφιλία κληρονομική;

ΜΑΡΙΑ ΚΑΝΘΕΡ



**Η** απόκτηση ενός παιδιού είναι πόθος αρκετών ζευγαριών. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι δυσκολίες και τα εμπόδια είναι αρκετά: ανεπιτυχής εξωσωματικές, ορμονικά προβλήματα, αλλά και αυτοάνοσα νοσήματα. Στο τελευταίο επεισόδιο της εκπομπής «Υγιαίνετε» ρίξαμε φως στη θρομβοφιλία. Στο στούντιο, είχα τη χαρά να φιλοξενήσω τη Δόκτορα Μαρία Βεργουλίδου Στυλιανίδη, αιματολόγο, ογκολόγο, η οποία μας εξήγησε τι ακριβώς είναι η θρομβοφιλία και πώς την αντιμετωπίζουμε.

Θρομβοφιλία ονομάζουμε την παθολογική κατάσταση υπερπηκτικότητας της αιματικής κυκλοφορίας στον άνθρωπο, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη θρόμβων σε όργανα και αγγεία. Στις περιπτώσεις αυτές εντάσσεται και η παθολογία πήξης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με αποτέλεσμα θρομβοεμβολικά επεισόδια στην έγκυο ή στο έμβρυο, ακόμη δυστυχώς και

εμβρυική απώλεια. Η γιατρός μάς ανέφερε πως η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί από τη φύση της μια κατάσταση αμυντικής υπερπηκτικότητας όμοια με τη θρομβοφιλία, οπότε οποιοσδήποτε έλεγχος θρομβοφιλίας στη διάρκεια της κύησης είναι διαγνωστικά άνευ αξίας.

Η θρομβοφιλία μπορεί να είναι κληρονομική αλλά και επίκτητη, καθώς μπορεί να προκύψει από διάφορες καταστάσεις όπως διαβήτης, καρκίνος, παχυσαρκία, ακινησία, τοκετός και άλλα. Οπότε δεν υπάρχουν ακριβή αίτια.

Η ίδια η εγκυμοσύνη, και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, τροποποιεί στον γυναικείο οργανισμό τη φυσιολογικά δεδομένη ισορροπία των παραγόντων πήξης και αντιπήξης, σε όφελος μιας υπαρκτής ισορροπίας υπερπηκτικότητας της κυκλοφορίας, με απώτερο σκοπό να προστατέψει την έγκυο από τις επιπλοκές που προκαλεί αυτή κατά τη διάρκεια της αποκόλλησης του πλακούντα στον

τοκετό, οποτεδήποτε συμβεί αυτός. Η θρομβοφιλία μπορεί να προκαλέσει θρομβοφλεβίτιδα, στειρότητα, αποβολή κυήματος μετά τις δέκα εβδομάδες, ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου, ενδομήτριο καθυστέρηση ανάπτυξης εμβρύου, αποκόλληση πλακούντα και προεκλαμψία.

Για τη διάγνωση της θρομβοφιλίας υπάρχουν τα πάνελ διαγνωστικής προσέγγισης, που διαχωρίζονται ανάλογα με την κλινική διαγνωστική προσέγγιση, αν πρόκειται για κληρονομική ή επίκτητη θρομβοφιλία. Η Δρ Βεργουλίδου μάς ανέφερε πως τα τεστ πρέπει να εκτελούνται με κατάλληλες προϋποθέσεις και πάντα σε συνεννόηση με τον/την αιματολόγο.

Η γιατρός μάς είπε πως δεν υπάρχουν συμπτώματα στη θρομβοφιλία, εκτός και αν αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη θρόμβωση. Πολλοί άνθρωποι με θρομβοφιλία δεν αναπτύσσουν θρόμβωση και δεν έχουν καθόλου συμπτώματα. Τώρα σε περίπτωση που δημιουργηθούν θρόμβοι, αυτοί σχηματίζονται σε αρτηρίες και φλέβες. Οι αρτηρίες είναι αιμοφόρα αγγεία που μεταφέρουν το αίμα από την καρδιά στα όργανα και στους ιστούς του σώματος. Οι φλέβες είναι αιμοφόρα αγγεία που φέρνουν το αίμα πίσω στην καρδιά και στο υπόλοιπο σώμα. Ένας θρόμβος σε φλέβα είναι το πιο κοινό πρόβλημα στη θρομβοφιλία - αυτό ονομάζεται φλεβική θρόμβωση. Τα πιθανά συμπτώματα της αρτηριακής θρόμβωσης είναι: εγκεφαλικά επεισόδια σε νεαρή ηλικία, επαναλαμβανόμενες αποβολές, προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη όπως προεκλαμψία, μειωμένη ανάπτυξη εμβρύου ή θάνατος εμβρύου και καρδιακή προσβολή.

Η θρομβοφιλία απασχολεί πολλές μέλλουσες μητέρες διότι είναι ένα νόσημα που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, ώστε να τερματιστεί η κύηση. Η θρομβοφιλία κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να θεωρηθεί επικίνδυνη, καθώς προκαλεί διάφορες άλλες σοβαρές επιπλοκές: από την αποκόλληση του πλακούντα, τον ενδομήτριο θάνατο, την πρόωρη γέννηση ή ακόμη και την αποβολή μέχρι την γέννηση νεογνών με ελλείψεις βάρους. Αυτό δεν σημαίνει ότι όταν σε μία γυναίκα διαγνωστεί θρομβοφιλία κατά την εγκυμοσύνη της θα έχει προβληματική κύηση ή θα χάσει το μωρό της. Η θρομβοφιλία εντοπίζεται με μια εξέταση και ανάλογα με τα αποτελέσματα αναλαμβάνει ο αιματολόγος να χορηγήσει στην έγκυο διάφορες ουσίες που μειώνουν την πηκτικότητα του αίματος.

Ενώ υπάρχουν και αντιπηκτικά χάπια, στην περίπτωση της εγκυμοσύνης αυτά απαγορεύονται γιατί προκαλούν βλάβες στο έμβρυο. Η Δρ Βεργουλίδου έκανε αναφορά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση θρομβοεμβολικής νόσου στην κύηση. Τόνισε πως πρωταρχικός στόχος είναι η ασφάλεια του αντιπηκτικού που δίνουμε για το έμβρυο και τη μητέρα, η αποτελεσματικότητα του αντιπηκτικού φαρμάκου και το δοσολογικό σχήμα. Τόσο η κλασική ηπαρίνη, όσο και οι χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες δεν διέρχονται τον πλακούντα και συνεπώς θεωρούνται ασφαλείς για το έμβρυο. Επίσης, η προαναφερόμενη φαρμακευτική προσέγγιση είναι αποτελεσματική στην προφύλαξη από θρομβοεμβολικά επεισόδια στην κύηση, με κάποιες επιφυλάξεις για τις γυναίκες με προσθετικές καρδιακές βαλβίδες.

Η θρομβοφιλία έχει λύση. Μακάρι μέσα από το συγκεκριμένο επεισόδιο της εκπομπής, και με όλες τις πληροφορίες που μας έδωσε η γιατρός, να καταφέραμε να δώσουμε λύση ή έστω ελπίδα σε ένα ζευγάρι που θέλει με όλο του το είναι να αποκτήσει παιδάκι. Να είστε όλοι καλά και... Υγιαίνετε!

Η θρομβοφιλία έχει λύση. Μακάρι μέσα από το συγκεκριμένο επεισόδιο της εκπομπής, και με όλες τις πληροφορίες που μας έδωσε η γιατρός, να καταφέραμε να δώσουμε λύση ή έστω ελπίδα σε ένα ζευγάρι που θέλει με όλο του το είναι να αποκτήσει παιδάκι.

Να είστε όλοι καλά και... Υγιαίνετε!





ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΚΟΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

## Κατά το 2021 έγινε ανίχνευση της ακοής σε 9.401 βρέφη

Για άλλη μια χρονιά η Cyta στέκεται δίπλα στο Κέντρο Προληπτικής Παιδιατρικής "Αμερίκος Αργυρίου". Σταθερή στο μήνυμα ότι η επικοινωνία είναι δικαίωμα όλων, η Cyta συνέδεσε τη δράση «Γράμμα στον Άη Βασίλη» μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας «Post2Santa», στηρίζοντας με το χρηματικό ποσό των 5.000 ευρώ το Ανιχνευτικό Πρόγραμμα Ακοής

Νεογνών. Η Cyta δημιούργησε τη συγκεκριμένη πλατφόρμα, για τα Κυπριακά Ταχυδρομεία, δίνοντας τη δυνατότητα σε όλα τα παιδιά μαζί με τους γονείς τους να στείλουν ηλεκτρονικά το γράμμα τους στον Άη Βασίλη. Κάνοντας πράξη την ευαισθησία της σε θέματα που αφορούν στην ικανότητα επικοινωνίας του κάθε ανθρώπου, η δράση αυτή της Cyta αποτελεί συνέχιση της σταθερής, δι-

αχρονικής στήριξης του Οργανισμού στο συγκεκριμένο Πρόγραμμα, το οποίο στηρίζει από την έναρξή του, γιατί πιστεύει πως «η επικοινωνία είναι δικαίωμα κάθε παιδιού» που έρχεται στον κόσμο.

Αυτό ήταν μία από τις πολλές και διαφορετικές δράσεις που η Cyta έχει αναλάβει κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας συνεργασίας της με το Κέντρο. Η Επικεφαλής Δημοσίων Σχέσεων, Γραφείου Τύπου & Κοινωνικών Δικτύων, Αλεξία Κωνσταντινίδου-Γιαλλουρίδου δήλωσε χαρακτηριστικά ότι «Διαχρονικά, η Cyta δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία στα άτομα με προβλήματα στην επικοινωνία και κυρίως στα παιδιά και τους νέους. Πέραν της οικονομικής ενίσχυσης, παράλληλα προβάλλουμε και στηρίζουμε ποικιλοτρόπως το Κέντρο και το Ανιχνευτικό Πρόγραμμα Ακοής Νεογνών, από την έναρξή του, κάνοντας γνωστό το έργο τους ή ευαισθητοποιώντας μέσα από διάφορες δράσεις μας την κοινωνία σε συναφή θέματα που πάντα στόχο έχουν την ενίσχυση της επικοινωνίας».

Το Κέντρο Προληπτικής Παιδιατρικής "Αμερίκος Αργυρίου" παρέχει δωρεάν εξέταση ακοής σε όλα τα νεογνά της Κύπρου μέσα από το Ανιχνευτικό Πρόγραμμα Ακοής Νεογνών.

Στόχος του Προγράμματος αυτού είναι η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση της συγγενούς βαρηκοΐας. Επειδή η απόκτηση ομιλίας στα νεογνά επηρεάζεται από την καλή λειτουργία του μηχανισμού ακοής, τυχόν ανωμαλία στον μηχανισμό αυτό προκαλεί προβλήματα επικοινωνίας και μάθησης με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ακαδημαϊκή τους επίδοση, η ψυχική τους υγεία και η κοινωνική τους ένταξη. Η έγκαιρη διάγνωση και η έγκαιρη παρέμβαση επιτρέπουν την απαραίτητη αποκατάσταση.

Στο πλαίσιο του Ανιχνευτικού Προγράμματος Ακοής Νεογνών προσφέρθηκε το 2021 ανίχνευση της ακοής σε 9.401 νεογνά.

Το Κέντρο Προληπτικής Παιδιατρικής "Αμερίκος Αργυρίου" εκφράζει τις ιδιαίτερες ευχαριστίες του προς τη Cyta για τη διαχρονική συνεργασία και την όλη στήριξή της προς το Κέντρο.

## Έναρξη Λειτουργίας Μονάδας Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας στο Κέντρο Υγείας Έγκωμης

Στο πλαίσιο της συνεχούς αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών του και στοχεύοντας στην καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού, ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας ανακοινώνει την έναρξη λειτουργίας Μονάδας Μέτρησης Οστικής Πυκνότητας (εξέταση οστεοπόρωσης) στο Κέντρο Υγείας Έγκωμης. Οι εξετάσεις θα πραγματοποιούνται κατόπιν ραντεβού, υπό την επιστημονική εποπτεία του Ακτινολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Η διευθέτηση ραντεβού θα γίνεται τηλεφωνικώς στους εξής αριθμούς:

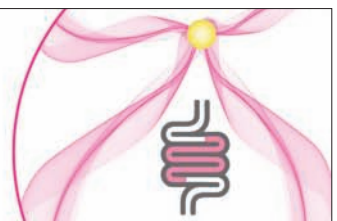
**22-809014**  
**22-809015**  
**22-809016**  
**22-809017**  
**22-809002**

Το Κέντρο Υγείας Έγκωμης βρίσκεται στον πυρήνα του Δήμου Έγκωμης, είναι στελεχωμένο με έξι Γενικούς Ιατρούς και άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό. Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά, από τις 07:30 – 19:30, είναι εύκολα προσβάσιμο, διαθέτει άνετους χώρους στάθμευσης και χώρους στάθμευσης για ΑΜΕΑ. Σημειώνεται ότι στο Κέντρο τηρούνται όλα τα πρωτόκολλα ασφαλείας για την πρόληψη και την προφύλαξη από την πανδημία του COVID-19. Περισσότερες πληροφορίες για το Κέντρο Υγείας Έγκωμης μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα <https://shso.org.cy/health-centre/kentro-ygeias-egkomis/> και για το Ακτινολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας στον σύνδεσμο <https://shso.org.cy/clinic/aktinologiko-2/>.



# LAX-TAB®

**Δισακοδύλη**  
Ανακούφιση από τη Δυσκοιλιότητα!



**ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ:****Ο «σιωπηλός δολοφόνος»**

Από την υποτίμηση στην υπερβολή - Θα πρέπει κανείς να κατανοήσει και να εκτιμήσει σωστά τις πιθανές επιπλοκές της χρόνιας υπέρτασης και να ακολουθεί τις οδηγίες του ιατρού του



**ΔΡ ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΕΛΙΑΣ, MD,**

*Καρδιολόγος, MediPure Center (Γολγών 50, Λεμεσός)*

**Η** αρτηριακή υπέρταση συνιστά τη νούμερο 1 διάγνωση παγκοσμίως και ταυτόχρονα τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για νοσηρότητα και θνησιμότητα. Συχνά αναφέρεται ως ο «σιωπηλός δολοφόνος» επειδή μπορεί να μην παρουσιάζει συμπτώματα, συνεχίζει ωστόσο να θέτει σε αυξημένο κίνδυνο τον οργανισμό. Προσβάλλει περίπου το 40% του ενήλικου πληθυσμού. Δυστυχώς, μόνο το 50% των υπερτασικών ασθενών γνωρίζουν την παρουσία της. Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται τα τελευταία χρόνια, ως αποτέλεσμα του τρόπου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού.

Οι κλασικές εκδηλώσεις της υπερτασικής βλάβης των οργάνων-στόχων της νόσου περιλαμβάνουν το ισχαιμικό και αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, τη στεφανιαία νόσο/έμφραγμα του μυοκαρδίου, την καρδιακή ανεπάρκεια, την αμφιβληστροειδοπάθεια, τη νεφρική ανεπάρκεια, την αθηροσκλήρωση και στένωση των αγγείων και την ανάπτυξη ανευρυσμάτων. Δεν επιτρέπεται η υποτίμηση λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις σοβαρές επιπλοκές της υπέρτασης, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι είναι μία χρόνια νόσος, η οποία δεν επιτρέπεται να υποτιμηθεί. Το γεγονός ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των υπερτασικών ασθενών (50%) ζούνε με

άγνοια της νόσου τους, αφήνοντάς την να δρα ύπουλα και ζημιογόνα στα όργανα-στόχους, κρούει τον κώδωνα του κινδύνου και επισημαίνει την τεράστια σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας της ασθένειας. Προς την επίτευξη αυτού του στόχου, θα πρέπει ο κάθε άνθρωπος να λάβει σοβαρά υπόψη την κλινική σημασία αυτής της νόσου και σε συνεργασία με τον προσωπικό ιατρό ή καρδιολόγο του να προβεί στις κατάλληλες μετρήσεις, οι οποίες θα καταδείξουν εάν αποτελεί άτομο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και θεραπείας.

Από πλευράς του ιατρού προσφέρεται η δυνατότητα επανειλημμένων μετρήσεων στο ιατρείο μέχρι και η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσεως (Holter-Πιέσεως). Η κατ' οίκον αρτηριακή πίεση είναι ο μέσος όρος όλων των μετρήσεων που πραγματοποιούνται για τουλάχιστον 3 ημέρες και κατά προτίμηση για 6-7 συνεχόμενες ημέρες, το πρωί και το βράδυ, που λαμβάνονται σε ήσυχο δωμάτιο μετά από 5 λεπτά ανάπαυσης, με τον ασθενή να κάθεται με την πλάτη και το χέρι στηριγμένα. Θα

πρέπει να γίνονται δύο μετρήσεις σε κάθε συνεδρία μέτρησης, με διαφορά 1-2 λεπτών.

Ως ιδανική αρτηριακή πίεση ορίζεται μία συστολική πίεση μέχρι 120 και μία διαστολική μέχρι 80 mmHg. Τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης μεταξύ 120 και 129 mmHg και διαστολικής μεταξύ 80 και 85 mmHg εντάσσονται στα φυσιολογικά όρια, πίεση 130-139/85-90 mmHg ονομάζεται υψηλή φυσιολογική, ενώ τιμές συστολικής πίεσης μεγαλύτερες των 140 και διαστολικής μεγαλύτερης των 90 mmHg συνιστούν αρτηριακή υπέρταση.

Γιγί άτομα με ιδανική μέτρηση αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να ελέγχονται τουλάχιστον κάθε 5 χρόνια, άτομα με φυσιολογικές τιμές τουλάχιστο κάθε 3 χρόνια και άτομα με υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση τουλάχιστο 1 φορά τον χρόνο με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

**Στρατηγική Θεραπείας**

Αφού τεθεί η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης εφαρμόζεται η κατάλληλη στρατηγική θεραπείας.



Ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης αποτελεί η αλλαγή του τρόπου ζωής, βασισμένη στα ακόλουθα σημεία, με καλύτερα αποτελέσματα να επιτυγχάνονται όταν συνδυάζονται 2 ή περισσότερα από τα συνιστώμενα μέτρα:

- Απώλεια βάρους.
- Περιορισμός της πρόσληψης αλκοόλ σε όχι περισσότερο από 30 mL αιθανόλης την ημέρα για τους άνδρες ή 15 mL αιθανόλης την ημέρα για τις γυναίκες και τα άτομα μικρότερου βάρους.
- Μείωση της πρόσληψης μαγειρικού αλάτος στα 5 g την ημέρα.
- Διακοπή του καπνίσματος.
- Μείωση της πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών.
- Αυξημένη κατανάλωση λαχανικών, φρέσκων φρούτων, ψαριών, ξηρών καρπών και ακόρεστων λιπαρών οξέων (ελαιόλαδο).
- Τακτική αερόβια άσκηση (τουλάχιστον 30 λεπτά μέτριας εντάσεως άσκησης, 5-7 ημέρες την εβδομάδα).

Σε ασθενείς με υπέρταση σταδίου 2 ή 3 (αρτηριακή πίεση  $\geq 160/110$

**Προβάλλει περίπου το 40% του ενήλικου πληθυσμού και, δυστυχώς, μόνο το 50% των υπερτασικών ασθενών γνωρίζουν την παρουσία της**

mmHg), συνιστάται η άμεση έναρξη φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής.

Σε ασθενείς με υπέρταση 1ου σταδίου (αρτηριακή πίεση 140-160/90-100 mmHg) η θεραπεία με φάρμακα για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να ξεκινά μετά από 3-6 μήνες προσπάθειας με τις προαναφερθείσες αλλαγές στον τρόπο ζωής, εκτός από τις περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου, δηλαδή άτομα με εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριοπάθεια), νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδη

διαβήτη και υπερχοληστερολαιμία, όπου η φαρμακευτική θεραπεία εφαρμόζεται άμεσα.

Η φαρμακευτική αγωγή συνιστάται στη χορήγηση ενός ή περισσότερων σε συνδυασμό σκευασμάτων από τις πέντε κλασικές κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων, δηλαδή τους αποκλειστές διαύλων ασβεστίου, τους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης, τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης, τους β-αναστολείς και τα διουρητικά. Τα φάρμακα αυτά αποδεδειγμένα μειώνουν την αρτηριακή πίεση, την επίπτωση των καρδιαγγειακών παθήσεων και τη συνολική θνησιμότητα.

### Αποφυγή υπερβολής

Όσο σημαντική είναι η επαγρύπνηση για την έγκαιρη διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης, άλλο τόσο σημαντική είναι και η αποφυγή της υπερβολής. Οικ ολίγες φορές συναντάμε άτομα που αναφέρουν μεγάλο αριθμό καθημερινών κατ' οίκον μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης, εκφράζοντας αγωνιωδώς τον φόβο

ότι η πίεση αυξάνεται, η θεραπεία δεν είναι επαρκής και το εγκεφαλικό ή καρδιακό επεισόδιο βρίσκονται προ των πυλών. Το μόνο που σίγουρα δεν έχει θέση στη ζωή του υπερτασικού ασθενούς είναι η αγωνία, το αλόγιστο άγχος. Οι καταστάσεις δηλαδή εκείνες, που αυξάνοντας τα επίπεδα κορτιζόλης και αδρεναλίνης στο αίμα, αυξάνουν αναπόφευκτα και τις τιμές της αρτηριακής πίεσης. Η υπέρταση είναι μία νόσος που χρειάζεται ψύχραιμη αντιμετώπιση σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και πάντοτε με ορθολογιστική εφαρμογή των διαθέσιμων θεραπευτικών μέσων.

Εν κατακλείδι, θα πρέπει κανείς να κατανοήσει και να εκτιμήσει σωστά τις πιθανές επιπλοκές της χρόνιας υπέρτασης και, βασισμένος στις οδηγίες του ιατρού του, να μπει στη διαδικασία μέτρησης της πίεσης όταν και όπως πρέπει, αλλά και της θεραπείας της υπέρτασης, όπου αυτή έχει πραγματική ένδειξη και με τα μέσα και φάρμακα που ταιριάζουν καλύτερα στο προφίλ του εκάστοτε ασθενούς.





## Η ηλικία του αμφιβληστροειδούς των ματιών «μαρτυρεί» τον κίνδυνο θανάτου

**Η** διαφορά ανάμεσα στη βιολογική ηλικία του αμφιβληστροειδούς στο πίσω μέρος του ματιού και της πραγματικής (χρονολογικής) ηλικίας ενός ανθρώπου αποτελεί δείκτη αυξημένου κινδύνου θανάτου, σύμφωνα με μια νέα επιστημονική έρευνα, που κάνει για πρώτη φορά αυτήν τη συσχέτιση. Όσο πιο βιολογικά γερασμένοι είναι ένας αμφιβληστροειδής, τόσο χειρότερη είναι η υγεία ενός ανθρώπου και κατ' επέκτασιν τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να πεθάνει πρόωρα.

Οι επιστήμονες, με επικεφαλής τη Δρα Λάιζα Τσουστίνγκ Τσου του αυστραλιανού Κέντρου Οφθαλμολογικών Ερευνών της Μελβούρνης, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο βρετανικό περιοδικό οφθαλμολογίας "British Journal of Ophthalmology", ανέφεραν ότι η "ψαλίδα" βιολογικής-χρονολογικής ηλικίας μπορεί μελλοντικά να αξιοποιηθεί ευρέως ως εργαλείο ελέγχου της γενικότερης υγείας των ανθρώπων.

Ολοένα περισσότερες είναι πλέον οι ενδείξεις ότι το δίκτυο των μικρών

αγγείων του αμφιβληστροειδούς μπορεί ν' αποτελέσει αξιόπιστο δείκτη της συνολικής υγείας του κυκλοφορικού συστήματος και του εγκεφάλου. Ο κίνδυνος αρρώστιας και θανάτου αυξάνεται με την ηλικία, αλλά ποικίλλει σημαντικά από άνθρωπο σε άνθρωπο της ίδιας ηλικίας και εν μέρει αυτό οφείλεται στις διαφορές μεταξύ των ανθρώπων όσον αφορά τη βιολογική ηλικία τους.

Οι ερευνητές ανέπτυξαν μια νέα μέθοδο, με τη βοήθεια τεχνητής νοημοσύνης (μηχανικής μάθησης), που μπορεί να αξιολογήσει τη βιολογική ηλικία του αμφιβληστροειδούς και την απόκλισή της από τη χρονολογική ηλικία. Χρησιμοποίησαν ένα μεγάλο δείγμα σχεδόν 36.000 ατόμων, στους οποίους μετρήθηκε η βιολογική ηλικία του αμφιβληστροειδούς. Βρέθηκε ότι το 51% των ατόμων είχαν αμφιβληστροειδή με βιολογική ηλικία μεγαλύτερη κατά τουλάχιστον τρία χρόνια σε σχέση με την πραγματική ηλικία (χρονολογική), το 28% είχαν "ψαλίδα" τουλάχιστον πέντε ετών, ενώ το 4,5% πάνω από δέκα χρόνια.

Στη διάρκεια μιας δεκαετίας πέθαναν 1.871 άτομα. Διαπιστώθηκε ότι οι μεγάλες ηλικιακές "ψαλίδες" σχετίζονταν με σημαντική αύξηση κατά 49% έως 67% του κινδύνου πρόωρου θανάτου. Κάθε παραπάνω έτος που διευρύνεται η "ψαλίδα" βιολογικής-χρονολογικής ηλικίας του αμφιβλη-

στροειδούς, σχετίζεται με μια κατά 2% έως 3% αύξηση στον κίνδυνο θανάτου από οποιαδήποτε αιτία.

Τα ευρήματα, σύμφωνα με τους ερευνητές, "δείχνουν ότι το χάσμα στην ηλικία του αμφιβληστροειδούς αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη του αυξημένου κινδύνου θανάτου, ειδικά αιτιολογίας άλλης πέρα από την καρδιαγγειακή και τον καρκίνο. Η βιολογική ηλικία του αμφιβληστροειδούς φαίνεται να συσνιστά κλινικά σημαντικό βιοδείκτη της γήρανσης. Ο αμφιβληστροειδής προσφέρει ένα μοναδικό προσβάσιμο 'παράθυρο' για την αξιολόγηση των υποκείμενων παθολογικών διαδικασιών των συστηματικών αγγειακών και νευρολογικών ασθενειών που σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα".

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ

**Όσο πιο βιολογικά γερασμένοι είναι ένας αμφιβληστροειδής, τόσο χειρότερη είναι η υγεία ενός ανθρώπου και κατ' επέκτασιν τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να πεθάνει πρόωρα**

## Τεστ για το μελάνωμα εντοπίζει όσους δεν κινδυνεύουν με μετάσταση



**Ε**πιστήμονες στη Βρετανία ανακοίνωσαν ότι ανέπτυξαν ένα νέο τεστ για το μελάνωμα, το πρώτο που μπορεί να προβλέψει αξιόπιστα την εξαπλωση ή την επιστροφή αυτής της πιο θανατηφόρας μορφής καρκίνου του δέρματος. Το τεστ βασίζεται στις προόδους που έγιναν στην κατανόηση του βιολογικού μηχανισμού

του μελανώματος.

Οι ερευνητές του Πανεπιστημίου του Νιούκαστλ και της εταιρείας-τεχνοβλαστού AMLo Biosciences, με επικεφαλής την καθηγήτρια Πένι Λόβιτ, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο βρετανικό περιοδικό δερματολογίας "British Journal of Dermatology", επεσήμαναν ότι το πρωτοποριακό τεστ μπορεί να κα-

θουσάσει τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με μελάνωμα αρχικού σταδίου, ότι έχουν μικρό κίνδυνο μετάστασης της νόσου ή αναζωπύρωσης της στο μέλλον. Το τεστ με την ονομασία AMBLor εφαρμόζεται στο δείγμα από το δέρμα που έχει ληφθεί για βιοψία από μη ελκώδες μελάνωμα αρχικού σταδίου (περίπου το 75% όλων των νέων μελανωμάτων) και μπορεί να αξιολογήσει τον πραγματικό κίνδυνο ο καρκίνος να επεκταθεί στο σώμα του ασθενούς. Το μελάνωμα αρχικού σταδίου που υπάρχει κίνδυνος να εξαπλωθεί, εκκρίνει τον παράγοντα μετασχηματισμού TGFβ2 που προκαλεί τη μείωση των πρωτεϊνών AMBRA1, Loricrin και Claudin-1, κάτι που ανιχνεύεται από το τεστ.

Το τεστ μάς προσφέρει μια πιο εξατομικευμένη πρόγνωση, καθώς προβλέπει με ακρίβεια αν ο καρκίνος του δέρματος είναι απίθανο να εξαπλωθεί. Το τεστ αυτό θα βοηθήσει τους γιατρούς να εντοπίζουν τους ασθενείς χαμηλού κινδύνου που δι-

αγιγνώσκονται με μελάνωμα αρχικού σταδίου και έτσι να μειωθεί ο αριθμός των μετέπειτα ιατρικών επισκέψεων, εξοικονομώντας χρόνο και χρήμα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας", δήλωσε η δρ Λόβιτ.

Η συχνότητα του μελανώματος αυξάνει παγκοσμίως, με περισσότερους από 96.000 ανθρώπους στις ΗΠΑ και 16.000 στη Βρετανία να διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο με αυτόν τον επικίνδυνο καρκίνο του δέρματος. Μέχρι στιγμής οι πρωτογενείς όγκοι του μελανώματος αφαιρούνται χειρουργικά και μετά γίνεται βιοψία τους με μικροσκόπιο, προκειμένου να προσδιοριστεί το στάδιο του καρκίνου και ο κίνδυνος μετάστασης. Ακόμη και όταν θεωρηθεί χαμηλού κινδύνου, ένας ασθενής πρέπει να παρακολουθείται τακτικά για τα επόμενα χρόνια και είναι ακριβώς αυτοί οι ασθενείς, τους οποίους το νέο τεστ ανιχνεύει μετά από περαιτέρω εργαστηριακή ανάλυση του δείγματος της βιοψίας.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



## Η πολλή τηλεόραση αυξάνει τον κίνδυνο θρόμβωσης

**Κ**αλό είναι να μη βλέπει κανείς «σερί» πολλές ώρες τηλεόραση, αλλά να κάνει διαλείμματα κατά καιρούς, προκειμένου να αποφύγει μια δυνητικά επικίνδυνη - ακόμη και θανατηφόρα - θρόμβωση. Μια νέα βρετανική επιστημονική έρευνα βρήκε ότι η παρακολούθηση τηλεόρασης για περισσότερες από τέσσερις συνεχό-

μενες ώρες σχετίζεται με 35% μεγαλύτερο κίνδυνο θρόμβων στο αίμα, σε σύγκριση με την παρακολούθηση λιγότερων των δυόμισι ωρών. Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον Δρα Σετόρ Κουνούτσου του Πανεπιστημίου του Μπρίστολ, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό προληπτικής καρδιολογίας «European Journal of Preventive

Cardiology» της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας, ανέλυσαν στοιχεία (μετα-ανάλυση) τριών ερευνών που αφορούσαν συνολικά 131.421 άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών, χωρίς ιστορικό φλεβικής θρόμβωσης. Οι συμμετέχοντες παρακολούθηθηκαν επί πέντε έως 20 έτη, στη διάρκεια των οποίων οι 964 διαγνώστηκαν με φλεβική θρομβοεμβολή. Η δημιουργία θρόμβου αίματος σε μια φλέβα, κυρίως στο πόδι, ονομάζεται εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Όταν ο θρόμβος φθάσει στους πνεύμονες μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και εγκατασταθεί στην πνευμονική αρτηρία, τότε προκαλείται πνευμονική εμβολή. Από κοινού η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή αποτελούν την φλεβική θρομβοεμβολική νόσο ή φλεβική θρομβοεμβολή, μια δυνητικά θανατηφόρα ασθένεια, που αποτελεί συχνή αιτία καρδιαγγειακού θανάτου παγκοσμίως. Επειδή δεν έχει τυπικά συμπτώματα, διαγιγνώσκεται δύσκολα και έτσι έχει υποτιμηθεί, ακόμη και από την ιατρική κοινότητα. Εκτιμάται ότι κάθε χρόνο προκαλεί περίπου

50.000 θανάτους στην Ελλάδα και 500.000 στην Ευρώπη. Η βρετανική μελέτη συμπέρανε ότι όσοι «κολλάνε» στην τηλεόραση, έχουν κατά μέσο όρο 1,35 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν θρομβοεμβολή, σε σχέση με όσους βλέπουν σπάνια τηλεόραση ή ποτέ. «Τα ευρήματα μάς δείχνουν επίσης ότι το να είναι κανείς σωματικά δραστήριος, δεν εξαλείφει τον αυξημένο κίνδυνο θρόμβων του αίματος, ο οποίος σχετίζεται με την παρατεταμένη παρακολούθηση τηλεόρασης. Αν πρόκειται να δείτε πολλή τηλεόραση, τουλάχιστον να το κάνετε με διακοπές ενδιάμεσα. Να σηκώνεστε και να τεντώνεστε κάθε 30 λεπτά ή να κάνετε άλλη άσκηση. Και να αποφεύγετε να συνδυάζετε την τηλεόραση με ανθυγιεινά σνακ», επεσήμανε ο Κουνούτσου. «Άσχετα με τη σωματική δραστηριότητά σας, το βάρος, την ηλικία και το φύλο σας, η παρακολούθηση πολλών ωρών τηλεόρασης αποτελεί μια επικίνδυνη δραστηριότητα, όσον αφορά την ανάπτυξη θρόμβων στο αίμα».

## Η αναμονή πάνω από 5 ώρες στα επείγοντα αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου

**Ο**ι ασθενείς που περιμένουν περισσότερες από πέντε ώρες στο τμήμα επείγοντων περιστατικών, προτού εισαχθούν στο νοσοκομείο, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από οποιαδήποτε αιτία μέσα στις επόμενες 30 μέρες, δείχνει μια νέα μεγάλη βρετανική επιστημονική μελέτη. Υπολογίστηκε ότι συμβαίνει ένας έξτρα θάνατος για κάθε 82 ασθενείς που καθυστερούν έξι έως οκτώ ώρες στα επείγοντα πριν από την εισαγωγή τους. Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον Δρα Κρις Μούλτον του Τμήματος Επείγοντων του Βασιλικού Νοσοκομείου του Μπόλτον, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο βρετανικό περιοδικό για θέματα επείγουσας ιατρικής «Emergency Medicine Journal», ανέλυσαν στοιχεία για 26,74 εκα-

τομμύρια επισκέψεις ασθενών (με μέση ηλικία 55 ετών) στα επείγοντα βρετανικών νοσοκομείων, από τους οποίους τα 5,25 εκατομμύρια έκαναν τελικά εισαγωγή για νοσηλεία. Οι περισσότεροι ασθενείς πήγαν στο νοσοκομείο τις ώρες μεταξύ 12.00-18.00, με το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς κατά το πρώτο τρίμηνο του έτους. Ο μέσος χρόνος αναμονής στα επείγοντα ήταν σχεδόν πέντε ώρες, με το 38% (σχεδόν τους τέσσερις στους δέκα) να περιμένουν πάνω από τέσσερις ώρες. Διαπιστώθηκε ότι οι θάνατοι τον επόμενο μήνα από την εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν 8% περισσότεροι μεταξύ όσων είχαν περιμένει έξι έως οκτώ ώρες και 10% περισσότεροι για όσους είχαν υποστεί αναμονή οκτώ έως 12 ωρών, σε σύγκριση με εκείνους που είχαν περιμένει λιγότερες



από έξι ώρες. Η μακρά αναμονή στα επείγοντα μπορεί να καθυστερήσει τη χορήγηση ζωτικών θεραπειών, αυξάνοντας τη διάρκεια της μετέπειτα νοσηλείας, ιδίως στους ηλικιωμένους, ενώ παράλληλα αυξάνει τον κίνδυνο ο ασθενής να πάθει ενδονοσοκομειακή λοίμωξη. Επίσης η καθυστερημένη εισαγωγή έχει συχνά ως συνέπεια ο ασθενής να μετακινείται πια από τα επείγοντα σε κάποια πτέρυγα του

νοσοκομείου μέσα στη νύχτα, όταν το προσωπικό είναι λιγότερο, σύμφωνα με τους ερευνητές, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι υπάρχει σαφώς αναλογική σχέση ανάμεσα στον χρόνο αναμονής και στην πιθανότητα θανάτου ενός ασθενούς: όσο μεγαλύτερη είναι η πρώτη, τόσο μεγαλύτερη είναι και η δεύτερη.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



# REMEDOL FC®

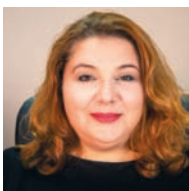
**Παρακεταμόλη**  
Άμεση Αναλγητική & Αντιπυρετική Δράση.  
Ανακουφίζει από τον Πόνο & τον Πυρετό!





# Τα ψέματα που πρέπει αμέσως να σταματήσεις να λες στον εαυτό σου

Γνωρίζεις ότι, τα ψέματα που λες στον εαυτό σου, από απλές ιδέες γίνονται σύντομα έντονες πεποιθήσεις και εν τέλει η πραγματικότητά σου;



**ΜΑΡΙΑ ΜΕΝΟΙΚΟΥ**, Σύμβουλος Προσωπικής και Επαγγελματικής Ανάπτυξης, Πιστοποιημένη Εκπαιδευτρια ΑνΑΔ

Γνωρίζεις ότι οι σκέψεις και τα λόγια σου έχουν απίστευτη δημιουργική δύναμη; Γνωρίζεις ότι, τα ψέματα που λες στον εαυτό σου, από απλές ιδέες γίνονται σύντομα έντονες πεποιθήσεις και εν τέλει η πραγματικότητά σου; Ποια είναι αυτά τα όνειρα που έχεις αφήσει να καθούν στο πέρασμα του χρόνου; Μήπως είσαι κι εσύ ένα από τα άτομα που επιτρέπουν να χαθεί η χαρά, το χαμόγελο, η ευτυχία από τη ζωή τους και αφήνεις ανεκμετάλλευτα τα ταλέντα και τις ικανότητές σου;

Λένε ότι τα κοιμητήρια είναι ο χώρος όπου μπορούμε να βρούμε πολλά ανεκμετάλλευτα ταλέντα, και απίστευτες ιδέες που δεν υλοποιήθηκαν ποτέ και όνειρα θαμμένα στην αιωνιότητα. Αυτό συμβαίνει, γιατί επανειλημμένως μάς εξαπατούν λέγοντάς μας ότι τα όνειρα και οι στόχοι μας δεν είναι εφικτά. Αλλά κι εμείς δεν αμφισβητήσαμε ποτέ αυτά που μας λένε και δεν προσπαθήσαμε ποτέ να εξακριβώσουμε κατά πόσον αυτά ισχύουν. Συχνά δεχόμαστε ό,τι μας λένε οι άλλοι ως αλήθεια και αυτό δημιουργεί τα νέα δεδομένα στη ζωή μας. Με λίγα λόγια, η πραγματικότητά μας βασίζεται σε ένα... ψέμα!

Ας αγγίξουμε μερικά από τα ψέματα που συχνά «συλλαμβάνω» άτομα να λένε στον εαυτό τους:

**1. Δεν είμαι αρκετά καλός** - Να ξέρεις ότι ήδη είσαι αρκετά καλός, όποιος και να είσαι, ό,τι και να είσαι! Όλοι είμαστε μοναδικοί, διαφορετικοί και απίστευτα όμορφοι με τον

δικό μας μοναδικό τρόπο! Και είναι σημαντικό να γνωρίζεις ότι όλα είναι μια πορεία εξέλιξης. Το «σημείο» στο οποίο εστιάζεις, μεγαλώνει... Αγκάλιασε τη μοναδικότητά σου. ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΑΛΛΟΝ ΣΑΝ ΕΣΕΝΑ!!!

**2. Οι άλλοι μπορούν, ενώ εγώ όχι!**

- Δεν υπάρχει δεν μπορώ, υπάρχει μόνο δεν θέλω. Ο Θεός, ο Δημιουργός μας, μας έχει προικίσει με όλα τα εργαλεία, ταλέντα και ικανότητες για να κάνουμε όλα αυτά που επιθυμούμε και όχι μόνο! Δεν υπάρχει κάτι που να το επιθυμείς από καρδιάς και να μην μπορείς να το κάνεις... είναι νόμος!

**3. Πρέπει να γίνει το Α για να μπορώ να κάνω το Β** - Τι ψέμα κι αυτό!!! Να πρέπει να ολοκληρώσουμε το Α για να μπορέσουμε να κάνουμε το Β...

Τι είναι αυτό που πραγματικά επιθυμείς; Αν είναι το Α, προχώρησε σε αυτό και μην το δεσμεύεις με το Β. Αν είναι το Β, εστίασε σε αυτό και άσε το Α...

**4. Είμαι πολύ μεγάλος / μικρός / Εχω περάσει τόσα... / Δεν έχω χρήματα** - Δεν έχει σημασία η ηλικία, τα χρήματα ή οι δύσκολες εμπειρίες, αλλά η απόφαση να κάνεις το όνειρό σου πραγματικότητα. Όσο εξακολουθείς να παίζεις αυτό το παραμύθι στο μυαλό σου, απλώς στερείς στον εαυτό σου τη χαρά των ονείρων σου.

**5. Είναι πιο εύκολο να το λες από το να το κάνεις** - Και ναι! Αυτό είναι αλήθεια, είναι πιο εύκολο να το λες από το να το κάνεις... Άλλωστε, αν δεν ήταν έτσι, ο κόσμος μας θα ήταν πολύ διαφορετικός. Όμως πρέπει να



γνωρίζεις πως για ό,τι αξίζει, πρέπει να είσαι έτοιμος να πληρώσεις το ανάλογο τίμημα! Αν δεν είσαι, τότε δεν σου αξίζει αυτό που επιθυμείς! Το ερώτημα είναι: Πόσο πολύ το θέλεις;

**6. Δεν είμαι τυχερός** - Τι «ωραία» δικαιολογία και τι τεράστιο ψέμα για να μην αναλάβεις την ευθύνη της ζωής σου! Λες και ο Θεός ξύπνησε μια μέρα και είπε αυτός και αυτός να μην έχουν τύχη! Ας δούμε κατάματα την αλήθεια! Εσύ είσαι ο μόνος που κτίζει την πραγματικότητά σου, αλλά και την τύχη σου!

**7. Η ζωή είναι άδικη** - Η ζωή απλώς είναι! Δεν είναι ούτε άδικη, αλλά ούτε δίκαιη... Είναι η δική σου αντίληψη και η λανθασμένη οπτική γωνία που δίνει αυτήν την εντύπωση... Τα θέματα που προκύπτουν είναι μέρος της διαδικασίας που λέγεται ζωή. Είναι το ανηφορικό και συχνά στενό και απότομο μονοπάτι, που οδηγεί στην κορυφή του βουνού, όπου η θέα είναι τόσο όμορφη, που σου κόβει την ανάσα!

**8. Κάποιος ήδη έκανε αυτό που θέλω να κάνω** - Ίσως αυτό να είναι η αλήθεια, όμως... είστε δύο διαφορετικά και μοναδικά άτομα και ο δικός σας μοναδικός τρόπος στο

να προσφέρετε τις υπηρεσίες ή τα προϊόντα σας είναι μοναδικός και δεν αντιγράφεται. Και αυτή είναι η μόνη αλήθεια! Άρα... έχοντας στο μυαλό αυτό, εστίασε στη μόνη αλήθεια με πρόθεση να προσθέσεις και να εξηγηθείς καλύτερα και να πάρεις τις υπηρεσίες σου στο επόμενο επίπεδο. Θα εκπλαγείς από την επιτυχία που ακολουθεί... πάντοτε!

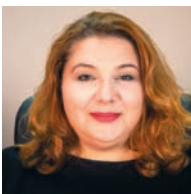
**9. Κάποιος μου είπε ότι δεν μπορώ** - Αααα ναι!!! Και τον έχεις πιστέψει; Ποιος είναι αυτός; Και τι ξέρει για όλα αυτά που έχεις μέσα σου; Απλώς να ξέρεις ότι είναι ένα τεράστιο ψέμα! Πάψε να το ανακυκλώνεις! Για να επιθυμείς, σημαίνει ότι μπορείς! Είναι νόμος!

**10. Δεν αξίζω περισσότερα / καλύτερα** - Και όμως... Αυτό είναι από τα πιο συχνά ψέματα που οι περισσότεροι λένε και επαναλαμβάνουν συνεχώς. Είναι στη φύση του ανθρώπου να ψάχνει και να προσπαθεί για περισσότερα, καλύτερα και μεγαλύτερα επιτεύγματα.

Όλοι σε κάποιο στάδιο έχουμε πέσει στις πιο πάνω «ψεματο-παγίδες». Ας έχουμε πάντοτε στο μυαλό το ρητό του Napoleon Hill, που λέει «Ό,τι το ανθρώπινο μυαλό μπορεί να συλλάβει, μπορεί να επιτευχθεί».

## Ποια είναι η δική σου «συμφωνία»;

Ποιο είναι το δικό σου «συμβόλαιο» για τις εμπειρίες σου; Σε ενθαρρύνω να επενδύσεις χρόνο και να αξιολογήσεις τις εσωτερικές σου «συμφωνίες». Αν δεν σε εξυπηρετούν, τότε δεν σου μένει παρά να δημιουργήσεις νέες!



**ΜΑΡΙΑ ΜΕΝΟΙΚΟΥ**, Σύμβουλος Προσωπικής και Επαγγελματικής Ανάπτυξης, Πιστοποιημένη Εκπαιδεύτρια ΑνΑΔ

**Π**ολύ συχνά μου παραπονιούνται, άνθρωποι που συναντώ, ότι δεν υπάρχουν ευκαιρίες για εργασία, ευκαιρίες για να αποκτηθούν τα αγαθά που επιθυμεί κάποιος, δεν υπάρχουν τρόποι για επίτευξη στόχων, ότι τα πάντα διέπονται από δυσκολία σε σχέση με παλιότερα χρόνια και ότι όλα αυτά δεν είναι μόνο η ρουτίνα που βιώνουν οι ίδιοι, αλλά και η πραγματικότητα που παρατηρούν στις ζωές άλλων ανθρώπων!!!  
 Λοιπόν, έντονα και καταφατικά το-

νίζω ότι όλα τα πιο πάνω δεν είναι παρά επιλογές! Επιλογές που ήδη έχουν γίνει και έχουν σφραγιστεί με τη «συμφωνία» για εμπειρίες με κενά και περιορισμούς.

### As to δούμε πιο αναλυτικά...

Ο Θεός, ο Δημιουργός μας, ήθελε να ζει ο άνθρωπος σε αφθονία και να έχει τη δυνατότητα επιλογής για το ποια αγαθά επιθυμεί να φέρει στην πραγματικότητά του. Γι' αυτό τον έχει προικίσει με την ικανότητα

να σκέφτεται. Όπως συχνά λέει ο δάσκαλος και μέντοράς μου, Bob Proctor, «η σκέψη είναι η ανώτερη απ' όλες τις δημιουργίες». Και έτσι είναι, Πράγματι!!! Κάθε αποτέλεσμα στο φυσικό επίπεδο ξεκίνησε σαν μια σκέψη στο μυαλό κάποιου ανθρώπου. Ο Θεός έχει προικίσει τον άνθρωπο με την ικανότητα να επιλέγει τις εμπειρίες που επιθυμεί να ελκύσει στη ζωή, να δέχεται ή να απορρίπτει ιδέες ή εμπειρίες ανάλογα με τις επιθυμίες του και να δημιουργεί το επιθυμητό αποτέλεσμα και τις επιθυμητές εμπειρίες που θα του δώσουν μεγαλύτερη χαρά.

Ο Χριστός λέει στη Βίβλο: «Ζήτησε, και θα σου δοθεί. Αναζήτησε, και θα βρεις. Χτύπα, και θα σου ανοίξουν». Και έτσι είναι! Υπάρχει αφθονία σε ευκαιρίες και αγαθά εκεί έξω... Αυτό που οι περισσότεροι -από άγνοια- κάνουν, είναι να παρακολουθούν τον κόσμο με τα μάτια και τα αφτιά τους, δηλαδή με τις αισθήσεις τους. Έτσι, καταλήγουν σε συμπεράσματα για το τι είναι εφικτό και τι όχι. Με τον τρόπο αυτό, όμως, δημιουργούνται οι εσωτερικές μας «συμφωνίες» και αυτές είναι που πάντοτε εφαρμόζονται και όχι τα θεωρητικά εφικτά ή ανέφικτα!!! Οι «συμφωνίες» που επιβάλλονται λόγω άγνοιας... Πόσο περιοριστικός τρόπος είναι

αυτός για να ζει κανείς έτσι!!!  
 Ποια είναι η εμπειρία που επιθυμείς να έχεις;  
 Ποιο είναι το δικό σου «συμβόλαιο» για τις εμπειρίες σου;  
 Εάν τα αποτελέσματα που λαμβάνεις δεν ταιριάζουν με αυτό που επιθυμείς να έχεις στη ζωή, τότε η υφιστάμενη «συμφωνία» πρέπει να αλλάξει για να ταιριάζει με τις πραγματικές επιθυμίες!!!  
 Και οι νέες «συμφωνίες» μπορούν να γίνουν μόνο με την επένδυση στον εαυτό σου, διευρύνοντας τις γνώσεις σου, κατανοώντας σε βάθος ποιος/α πραγματικά είσαι, αλλά και τις δυνατότητες του μυαλού σου συνεργαζόμενος/η με τη μπτέρα φύση, κτίζοντας από μέσα προς τα έξω αυτό που επιθυμείς να βιώσεις.  
 Ο Uell Stanley Andersen είπε: «Όταν πραγματικά αντιληφθούμε ότι όλα δημιουργούνται από τη σκέψη, θα γνωρίζουμε ότι τα όρια μόνο εμείς τα επιβάλλουμε».  
 Σε ενθαρρύνω να επενδύσεις χρόνο και να αξιολογήσεις τις εσωτερικές σου «συμφωνίες». Αν δεν σε εξυπηρετούν, τότε δεν σου μένει παρά να δημιουργήσεις νέες!  
 Αναμένω να διαβάσω τα σχόλιά σου και είμαι στη διάθεσή σου για να σε υποστηρίξω στην πορεία προς νέες και καλύτερες «συμφωνίες».





## Η 3η δόση παρέχει αποτελεσματική προστασία έναντι της «Όμικρον»

**Η** τρίτη ενισχυτική/αναμνηστική δόση εμβολίου Covid-19 αυξάνει με επιτυχία τα επίπεδα των αντισωμάτων, έτσι ώστε να μπορούν πλέον να εξουδετερώσουν την παραλλαγή «Όμικρον» του κορωνοϊού, κάτι που δεν συμβαίνει με τις δύο δόσεις επαρκώς, επιβεβαιώνει βρετανική εργαστηριακή έρευνα με τη συμμετοχή ενός Έλληνα επιστήμονα της διασποράς.

Οι ερευνητές του Ινστιτούτου Φράνσις Κρικ του Λονδίνου, μεταξύ των οποίων ο Δρ Γιώργος Κασσιώτης, επικεφαλής του Εργαστηρίου Ανοσολογίας των Ρετροϊών και καθηγητής Ιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του

Κολεγίου Imperial, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο ιατρικό περιοδικό "The Lancet", βρήκαν ότι τα αντισώματα που δημιουργούνται στους ανθρώπους που έχουν κάνει μόνο δύο δόσεις Οξφόρδης/Astra Zeneca ή Pfizer/BioNTech, είναι λιγότερο ικανά να εξουδετερώσουν την «Όμικρον», σε σχέση με τις παραλλαγές «Άλφα» και «Δέλτα». Ενδεικτικά, σε όσους έκαναν δύο δόσεις Pfizer, τα επίπεδα αντισωμάτων βρέθηκαν περίπου τρεις φορές χαμηλότερα έναντι της «Όμικρον» από ό,τι έναντι της «Δέλτα» μετά από δύο δόσεις. Σε όσους είχαν κάνει δύο δόσεις Astra Zeneca, τα επίπεδα αντισωμάτων κατά της «Όμικρον» ήταν πολύ χα-

μηλά για να μετρηθούν.

Οι επιστήμονες, οι οποίοι ανέλυσαν 620 δείγματα αίματος από 364 ανθρώπους, διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα αντισωμάτων πέφτουν μέσα στους πρώτους τρεις μήνες μετά τη δεύτερη δόση, αλλά η τρίτη δόση αποκαθιστά τα επίπεδά τους αποτελεσματικά, ώστε να εξουδετερώσουν πλέον την «Όμικρον».

Στους ανθρώπους που έκαναν και τις τρεις δόσεις με Pfizer/BioNTech, τα μέσα επίπεδα αντισωμάτων κατά της «Όμικρον» μετά την ενισχυτική δόση είναι παρόμοια με εκείνα κατά της «Δέλτα» μετά από δύο δόσεις. Συνολικά, τα επίπεδα αντισωμάτων είναι σχεδόν 2,5 φορές υψηλότερα έναντι της «Όμικρον» μετά τις τρεις δόσεις, συγκριτικά με τις δύο δόσεις.

Υψηλότερα επίπεδα αντισωμάτων κατά της «Όμικρον» βρέθηκαν επίσης

στους ανθρώπους που έκαναν δύο δόσεις είτε Pfizer είτε Astra Zeneca και επίσης εμφάνισαν συμπτώματα Covid-19, σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν τέτοια συμπτώματα λοίμωξης.

Μολονότι τα επίπεδα των αντισωμάτων από μόνα τους δεν προβλέπουν την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, αποτελούν έναν πολύ καλό δείκτη προστασίας έναντι της σοβαρής Covid-19. Η νέα μελέτη επιβεβαιώνει ότι οι τρεις δόσεις εμβολίου είναι αναγκαίες για να μεγιστοποιηθεί η προστασία έναντι της βαριάς νόσωσης και του κινδύνου νοσηλείας λόγω Covid-19.

Οι ερευνητές επιβεβαίωσαν επίσης ότι το συνθετικό μονοκλωνικό αντίσωμα Xevudy (sotrovimab), που χρησιμοποιείται για την πρόληψη και θεραπεία ασθενών που κινδυνεύουν να αρρωστήσουν σοβαρά, μπορεί να εξουδετερώσει την «Όμικρον».

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ

**Σε όσους έκαναν δύο δόσεις Pfizer, τα επίπεδα αντισωμάτων βρέθηκαν περίπου τρεις φορές χαμηλότερα έναντι της «Όμικρον» απ' ό,τι έναντι της «Δέλτα» μετά από δύο δόσεις**

## Αυξημένος ο κίνδυνος Covid-19 σε ατμόσφαιρα με ρύπους



**Α**λλη μία επιστημονική μελέτη -εν προκειμένω Ιταλική- δείχνει ότι η μακρόχρονη έκθεση των ανθρώπων σε ρύπανση του αέρα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για μόλυνση από κορωνοϊό και νόσο Covid-19. Κάθε μέση ετήσια

αύξηση των μικροσωματιδίων της ατμόσφαιρας κατά ένα μικρογραμμάριο ανά κυβικό μέτρο αέρα (1 μg/m<sup>3</sup>) εκτιμήθηκε ότι συνδέεται με μια αύξηση κατά 5% των μολύνσεων σε μια περιοχή, κάτι που ισοδυναμεί με έξτρα 294 μολύνσεις από κορωνοϊό ανά 100.000

κατοίκους ετησίως, σύμφωνα με τους επιστήμονες.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον Δρα Τζιοβάνι Βερονέζι του Κέντρου Ερευνών Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής και Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Ινσούμπρια του Βαρέζε, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό για θέματα περιβαλλοντικής και επαγγελματικής ιατρικής «Occupational & Environmental Medicine», ανέλυσαν στοιχεία της περιόδου 2020-21 για την πόλη Βαρέζε (81.543 κάτοικοι) της Λομβαρδίας στη Βόρεια Ιταλία, η οποία είχε πληγεί σοβαρά από την πανδημία και όπου υπάρχει πρόβλημα ρύπανσης της ατμόσφαιρας.

Η μελέτη εκτίμησε διαχρονικά τα μέσα επίπεδα ρύπων του αέρα (σωματιδίων, διοξειδίου και μονοξειδίου του αζώτου και όζοντος) και τα συ-

σκέτισε με την εξέλιξη των κρουσμάτων του κορωνοϊού. Διαπιστώθηκε ότι οι ρύποι αύξαναν περισσότερο τον κίνδυνο λοίμωξης Covid-19 στα άτομα ιδίως άνω των 55 ετών.

Είναι γνωστό ότι η μακρόχρονη έκθεση στη ρύπανση του αέρα αυξάνει τον κίνδυνο αναπνευστικών και καρδιαγγειακών παθήσεων λόγω χρόνιας φλεγμονής και εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος. Με ανάλογο τρόπο, φαίνεται πως αυξάνεται και η πιθανότητα να μολυνθεί κανείς από κορωνοϊό, αν ζει για καιρό σε συνθήκες μολυσμένου αέρα. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι «οι προσπάθειες των κυβερνήσεων να μειώσουν περαιτέρω τα επίπεδα ρύπανσης του αέρα μπορούν να βοηθήσουν επίσης στον μετριασμό των επιπτώσεων της Covid-19 στη δημόσια υγεία».

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ

# Ο κορωνοϊός δεν μεταδίδεται στα μωρά μέσω του θηλασμού



**Δ**εν υπάρχει καμία ένδειξη ότι οι μητέρες που πρόσφατα μολύνθηκαν από τον κορωνοϊό τον μεταδίδουν στα μωρά τους μέσω του θηλασμού, σύμφωνα με μία νέα μικρή αμερικανική επιστημονική έρευνα. Η μελέτη βρήκε ότι μολονότι ένα χαμηλό ποσοστό του μητρικού γάλακτος περιέχει γενετικό υλικό του κορωνοϊού, αυτό δεν «μεταφράζεται» σε παρουσία λοιμογόνων σωματιδίων του ιού που μπορούν να αναπαραχθούν, ούτε σε λοίμωξη Covid-19 στα μωρά που θηλάζουν.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον Δρα Πολ Κρόγκσταντ του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο παιδιατρικό περιοδικό «Pediatric Research», ανέλυσαν δείγματα μητρικού γάλακτος από 110 θηλάζουσες μητέρες, εκ των οποίων οι 65 είχαν προηγουμένως θετικό διαγνωστικό τεστ κορωνοϊού, ενώ εννέα είχαν

ύποπτα συμπτώματα αλλά με αρνητικό τεστ και οι υπόλοιπες είχαν επίσης συμπτώματα αλλά δεν είχαν κάνει τεστ.

Γενετικό υλικό (RNA) του κορωνοϊού ανιχνεύθηκε στο μητρικό γάλα επτά γυναικών (6%), ενώ ένα δεύτερο δείγμα που ελήφθη από τις ίδιες μητέρες μετά από ημέρες δεν ανίχνευσε πια το RNA του ιού. Οι επιστήμονες δεν βρήκαν, όμως, καθόλου ενδείξεις για παρουσία μολυσματικού κορωνοϊού, ούτε κλινικές ενδείξεις λοίμωξης Covid-19 στα βρέφη των επτά γυναικών.

Οι ερευνητές επεσήμαναν ότι το δείγμα της μελέτης τους ήταν σχετικά μικρό, αν και πρόκειται για τη μεγαλύτερη μελέτη μέχρι σήμερα που αναλύει το μητρικό γάλα και συμπεραίνει ότι ο θηλασμός από μητέρες με διαγνωσμένο ή ύποπτο κορωνοϊό δεν οδηγεί σε μόλυνση Covid-19 τα μωρά τους.

«Το μητρικό γάλα αποτελεί πολύτιμη

πηγή διατροφής για τα βρέφη. Στη μελέτη μας δεν βρήκαμε την παραμικρή ένδειξη ότι το γάλα της μητέρας που έχει μολυνθεί με Covid-19 περιέχει λοιμογόνο γενετικό υλικό, ούτε κάποια κλινική ένδειξη ότι τα ίδια τα μωρά μολύνονται, κάτι που δείχνει ότι ο θηλασμός πιθανότατα δεν συνιστά κίνδυνο» δήλωσε ο Κρόγκσταντ. Με άλλα λόγια, οι θηλάζουσες μητέρες με λοίμωξη Covid-19 δεν αποτελούν κίνδυνο για τα νεογνά τους.

Μία άλλη μικρή αμερικανική έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας Παιδιών και Ανθρώπινης Ανάπτυξης (NICHD) των ΗΠΑ, η οποία δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «Nature Communications», δείχνει ότι η μόλυνση της εγκύου με κορωνοϊό μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδεις ανοσιακές αντιδράσεις στο έμβρυο, ακόμη κι αν ο ιός δεν έχει μολύνει τον πλακούντα.

Οι έγκυοι κινδυνεύουν περισσότερο


από σοβαρή Covid-19 σε σύγκριση με τις μη εγκύους γυναίκες. Επίσης, η Covid-19 στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, θνησιγένεια και προεκλαμψία.

Η νέα έρευνα μελέτησε 23 εγκύους, εκ των οποίων οι 12 είχαν κορωνοϊό (οι οκτώ χωρίς συμπτώματα, μία με ήπια και τρεις με σοβαρά). Οι βασικές διαπιστώσεις των επιστημόνων ήταν οι εξής:


- Οι έγκυοι με κορωνοϊό έχουν λιγότερα Τ-λεμφοκύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, άρα και χαμηλότερη άμυνα κατά του ιού.
- Οι μητέρες με κορωνοϊό αναπτύσσουν αντισώματα κατά του ιού είτε έχουν συμπτώματα είτε όχι και μερικά από αυτά τα αντισώματα ανιχνεύονται στο αίμα του ομφάλιου λώρου.
- Οι μητέρες με κορωνοϊό έχουν στο αίμα τους υψηλότερο επίπεδο δεικτών φλεγμονής και ανοσιακής αντίδρασης, άσχετα από τα συμπτώματά τους (οι αυξημένες κυτταροκίνες είναι οι ιντερλευκίνες 8, 10 και 15).
- Τα μωρά από μολυσμένες με κορωνοϊό μητέρες (ακόμη και ασυμπτωματικές) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ιντερλευκίνης-8, ακόμη κι αν δεν έχουν Covid-19.


- Ενώ ο κορωνοϊός δεν ανιχνεύεται στον πλακούντα, οι πλακούντες των μητέρων με κορωνοϊό έχουν διαφορετικό «προφίλ» ανοσιακών κυττάρων, μία ένδειξη ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του μωρού επηρεάζεται από τη μητρική λοίμωξη Covid-19, ακόμη κι αν ο ιός δεν έχει παρουσία στον πλακούντα.

**Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι οι μητέρες που πρόσφατα μολύνθηκαν από τον κορωνοϊό τον μεταδίδουν στα μωρά τους μέσω του θηλασμού.**



**ZIREX<sup>®</sup>**  
**Σετιριζίνη**  
 Για Γρήγορη και Μακράς Διαρκείας Ανακούφιση από τις Αλλεργίες!







# Perofen<sup>®</sup>

Ιβουπροφαίνη

**Διώξτε τον πόνο  
μακριά  
Χαμογελάστε  
ξανά...**



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού.
- 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](mailto:info@remedica.com.cy) ή [DrugSafety@remedica.com.cy](mailto:DrugSafety@remedica.com.cy)  
Ιστοσελίδα: [www.remedica.eu](http://www.remedica.eu)

LF/0102/3 05.21 (GR)

