αρκάδων υγεία

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

αρκάδων υγεία

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΡΚΑΔΙΑΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ-ΜΑΪΟΣ 2004
Τεύχος Έκτο

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ
ΕΚΔΟΤΗΣ
ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 8 / 221 00 ΤΡΙΠΟΛΗ
ΤΗΛ: 2710 224591
FAX: 2710 237412
e-mail: isarkadias@tri.forthnet.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΣΑ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΜΠΕΝΟΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
ΤΑΜΙΑΣ
ΤΣΟΥΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΜΕΛΗ
ΚΑΖΑΚΟΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
ΣΚΑΝΤΖΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΤΣΙΝΤΖΟΣ ΣΥΜΜΕΩΝ
ΜΗΛΗΣ ΖΑΧΑΡΙΑΣ
ΦΟΡΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ
ΔΗΜΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
ΔΕΔΕΓΚΙΚΑΣ ΣΠΥΡΟΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ
Matrix Design
Δημητρακοπούλου 9 / Τρίπολη
Τηλ. 2710239787

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα
δεν ταυτίζονται αναγκαστικά
με την άποψη της συντακτικής ομάδας
του περιοδικού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΝΕΑ

ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΣΗ**ΣΕΛ 6** ΕΝΑΣ ΣΤΟΥΣ ΠΕΝΤΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ, ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΣΠΙΡΙΝΗ**ΣΕΛ 6** ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ (ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ) ΚΗΛΗΣ**ΣΕΛ 8** Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΩΦΕΛΕΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ**ΣΕΛ 8** ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ**ΣΕΛ 9** ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΓΝΩΡΙΣΕ ΤΙΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΟΥ**ΣΕΛ 10** Ο ΟΛΟΣΩΜΟΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ FDG–PET **ΣΕΛ 12** Η ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ (ΜΗΤΡΙΚΩΝ) ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΕΓΕΙΡΕΙ ΕΚ ΝΕΟΥ ΤΗ ΔΙΑΜΑΧΗ ΠΕΡΙ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ **ΣΕΛ 13**

ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**ΣΕΛ 14**Ηλεκτροπληξία**ΣΕΛ 18**ΟΓΚΟΓΟΝΙΔΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**ΣΕΛ 20** Χειρουργικές Παθήσεις και Εγχειρητική του Θυρεοειδούς αδένος**ΣΕΛ 22** ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ & ΗΠΑΡ**ΣΕΛ 24** Προβλήματα Ψυχικής Υγείας στο Χώρο Εργασίας**ΣΕΛ 26** ΕΜΒΟΕΣ**ΣΕΛ 29** ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΜΗΝΙΣΚΩΝ**ΣΕΛ 30** ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΪΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ**ΣΕΛ 32** ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΡΙΝΟΡΡΟΙΑΣ**ΣΕΛ 34** Η θέση των θειαζολιδινεδιονών στη θεραπεία Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη και Καρδιακή Ανεπάρκεια**ΣΕΛ 35** ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**ΣΕΛ 36** ΚΥΠΡΙΑΚΟ:η Επόμενη Μέρα**ΣΕΛ 39**

ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΑΛΟΝΙ

Βασίλης Γολεμάτης:«Έφθασα στην Ιθάκη...» **ΣΕΛ 40** ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ-ΑΔΙΕΞΟΔΟ?**ΣΕΛ 41** Χάπια Ιωδιούχου Καλίου **ΣΕΛ 42** Γιατί πρέπει να γυμναζόμαστε **ΣΕΛ 43** ΤΙ ΚΕΡΔΙΖΟΥΜΕ ΑΠΟ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**ΣΕΛ 44** ΑΥΤΟΙ ΠΟΥ, ΑΝ ΚΑΙ ΔΕΝ ΠΕΤΥΧΑΝ ΣΑΝ ΓΙΑΤΡΟΙ, ΠΕΡΑΣΑΝ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ **ΣΕΛ 45** Ο ΧΡΥΣΟΣ ΑΙΩΝΑΣ ΤΗΣ ΒΙΕΝΝΕΖΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ **ΣΕΛ 46** ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΚΗ (ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟΣ) ΕΠΙΘΕΣΗ **ΣΕΛ 48** ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ, ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΟ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ 'Η Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ **ΣΕΛ 51**

ALLEGRO MA NON TROPPO

THE QUEEN OF CRIME Η Agatha Christie και τα φάρμακα **ΣΕΛ 52** το Κυπριακό πρόβλημα **ΣΕΛ 53** Γιατί επιμένουν οι παιδίατροι για τον μητρικό θηλασμό **ΣΕΛ 54** Κόλαση **ΣΕΛ 55**

ΝΕΑ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Νέα Συλλόγου **ΣΕΛ 56** Οι Ολυμπιάδες μέσα από τις Ολυμπιακές **ΣΕΛ 57** Η ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ **ΣΕΛ 58**

Αγαπητοί Συνάδελφοι , Φίλοι και φίλες

Απρίλιος μήνας που σε κάθε περίπτωση θα μείνει χαραγμένος στην μνήμη μας από δύο λέξεις ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Αναφέρομαι βεβαίως στην Κύπρο που για μια ακόμα φορά τραβά τον Γολγοθά της, με αυτόκλητους προστάτες να αποφασίζουν για το μέλλον και τη σωτηρία της.

Έρχονται δε στο μυαλό μου οι στίχοι του εθνικού μας ποιητή.

«Η δικόνοια που κρατάει ένα σκήπτρο η δολερή καθενός χομογελάει, πάρτο λέγοντας και συ».

Μάστορες στο διαίρει και βασίλευε κάνουν διαδοχικά σχέδια για το καλό δήθεν της Κύπρου. Καλό μόνο στα γεωστρατηγικά συμφέροντα τους κάνουν.

Υποσκάπτουν το μέλλον της ,τη κρατική της υπόσταση, μετατρέποντας τη σε μπανανία και αναιρώντας όσα με κόπο και θυσίες η Κύπρος μας κατάφερε να δημιουργήσει μετά την ιταμή εισβολή της Τουρκίας πριν ακριβώς 30 χρόνια.

Ομολογώ ότι συγκλονίσθηκα από το διάγγελμα του προέδρου τη Κυπριακής Δημοκρατίας που έβαλε τα πράγματα στην θέση τους.

Δεν μπορούμε να ξεχάσουμε τους Τούρκους κατακτητές. Τους αγνοούμενους. Το θάνατο του Παλικαριού πάνω στο κοντάρι της σημαίας. Τις πατρίδες που χάθηκαν.

Προδίνουμε την μνήμη τους δίνοντας τα πάντα στους Τούρκους και ελπίζοντας στο μέλλον ότι θα αλλάξει η στάση της Τουρκίας και θάναι ελεήμων στην Κύπρο. Πόσα σχέδια και αποφάσεις του ΟΗΕ οι Τούρκοι δεν τα έχουν γράψει στα παλαιότερα των υποδημάτων τους. Γιατί να τα τηρήσουν τώρα; Αλίμονο τόσο ραγιαδισμός!

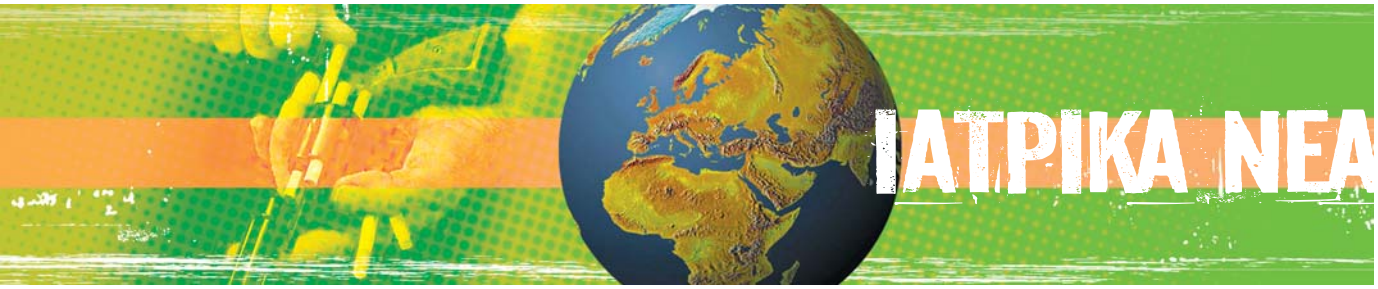
Η μη Λύση είναι λύση. Ο καιρός είναι εναντίον της Τουρκίας το φανερώνουν οι πιεστικές και λυσσαλέες προσπάθειες των Αμερικανών – Βρετανών και των ντόπιων φερέφωνων τους.

Το ΟΧΙ του δημοψηφίσματος στις 24 Απριλίου στην Κύπρο αποτελεί μια ελπίδα όχι μόνο για τη Κύπρο αλλά και για όλους τους λαούς που αγωνίζονται για Εθνική Ανεξαρτησία, Αυτονομία, Αυτοδιάθεση και Διεθνή Αξιοπρέπεια.

Να είστε όλοι καλά

Παπασταματάκης Γεώργιος

Χειρουργός



ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΣΗ (DEEP VEIN THROMBOSIS Ή DVT)

Νέα Υόρκη, 04 Φεβρ. Οι περισσότεροι ασθενείς, που διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (DVT), λαμβάνουν ανεπαρκή προφυλακτική αγωγή, σύμφωνα με άρθρο του τεύχους της 15ης Ιανουαρίου του περιοδικού καρδιολογίας American Journal of Cardiology.

Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και η πιο σοβαρή επιπλοκή της, δηλαδή η πνευμονική εμβολή, προσβάλλουν κάθε χρόνο στις ΗΠΑ περισσότερους από 250.000 νοσηλευόμενους ασθενείς, ενώ η επίπτωση της πρώτης ανέρχεται μέχρι και 182 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα σε κάποιες ομάδες ασθενών. Ο Δρ. Samuel Z. Coldhaber, από το Brigham and Women΄s Hospital της Βοστώνης, ο Δρ. Victor F. Tapson από το Duke University Medical Center του Ντέρχαμ στη Βόρεια Καρολίνα και μέλη της Επιτροπής κατά της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης, μελέτησαν την προοπτική καταγραφή 5.451 ασθενών με επιβεβαιωμένη υπερηχοτομογραφικά, οξεία εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση προκειμένου να διερευνήσουν και εξάγουν συμπεράσματα σχετικά με τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα, την αντιμετώπιση καθώς και τη χρήση προφυλακτικής αγωγής στους ασθενείς αυτούς. Σύμφωνα με τους ερευνητές, λιγότεροι από το 30% των ασθενών αυτών έλαβαν οιαδήποτε προφυλακτική αγωγή εντός των τελευταίων τριάντα ημερών πριν την επίσημη διάγνωση της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης. Οι περισσότεροι εκ των ασθενών της μελέτης αντιμετώπιζαν και άλλους παράγοντες συννοσηρότητας, όπως αρτηριακή υπέρταση (50%), χειρουργική επέμβαση εντός των τελευταίων 3 μηνών (38%), ακινησία τις προηγούμενες 30 ημέρες (34%), καρκίνο (32%), παχυσαρκία (27%), ιστορικό καπνίσματος (26%). Από το 14,5 % των ασθενών στους οποίους η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση επεπλάκη με πνευμονική εμβολή, η χρόνια πνευμονική νόσος και οι πνευμονικές λοιμώξεις ήταν συχνότερες από ότι στους ασθενείς με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση χωρίς επιπλοκή. Η συνηθέστερη διάγνωση (77%) ήταν η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση ενός εκ των δύο κάτω άκρων και ακολουθούσαν η αμφοτερόπλευρη εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση των κάτω άκρων (12%) και η φλεβοθρόμβωση στα άνω άκρα (11%). Οι περισσότεροι εκ των ασθενών εμφάνισαν συμπτωματολογία που περιλάμβανε οίδημα και δυσπραγία του άκρου ή των άκρων.

Ο Δρ. Coldhaber αναφέρει στο Reuter's Health: «Ο κλινικός ιατρός καθώς και οι λειτουργοί των λοιπών επαγγελμάτων υγείας οφείλουν να εντατικοποιήσουν τις προσπάθειές τους για την προφύλαξη από την εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και να εξασφαλίσουν την επαρκή αντιθρομβωτική κάλυψη των ασθενών. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς οφείλουν να ρωτούν τον θεράποντα ιατρό τους και να ενημερώνονται σχετικά με τα μέτρα που ο τελευταίος λαμβάνει, προκειμένου να αποφευχθεί πιθανή εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση. Γενικά, η εγρήγορση γύρω από τη εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση δεν είναι ικανοποιητική, πράγμα απογοητευτικό, αν αναλογιστεί κανείς, ότι πλέον σήμερα τα επίπεδα θνητότητας από πνευμονική εμβολή είναι πολύ υψηλότερα από εκείνα από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Τα δεδομένα από μεγάλη σειρά τυχαιοποιημένων μελετών, αποδεικνύουν ότι η χορήγηση χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης είναι αποτελεσματική και ασφαλής προφυλακτική αγωγή για νοσηλευόμενους ασθενείς με παθολογικές νόσους. Η επιβεβαιωμένη, για την ορθότητά της, αυτή στρατηγική οφείλεται να τηρείται καθολικά, πλην των ομάδων ασθενών στις οποίες η χορήγηση.

ΕΝΑΣ ΣΤΟΥΣ ΠΕΝΤΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥΣ, ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΣΠΙΡΙΝΗ

Νέα Υόρκη, 19 Φεβρ. Μία νέα έρευνα που δημοσιεύεται, αναφέρει ότι η συχνότητα του άσθματος που προκαλείται από τη λήψη ασπιρίνης είναι περίπου 21% μεταξύ των ενηλίκων ασθματικών, δηλαδή πολύ υψηλότερη από ότι πρότινος υπολογιζόταν. Η εκτίμηση αυτή βασίζεται στην ανάλυση δεδομένων από 21 μελέτες που ερεύνησαν και κατέγραψαν τη συχνότητα του επαγόμενου από ασπιρίνη άσθματος. Προηγούμενες μελέτες υπολόγιζαν τη συχνότητα της υπερευαισθησίας στην ασπιρίνη γύρω στο 4% των ασθματικών ασθενών.

Βεβαίως, η εκτίμηση της συχνότητας αυτής με ερωτηματολόγιο και μόνον (ερώτηση στον ασθματικό ασθενή εάν η λήψη ασπιρίνης του προκαλεί κρίση άσθματος) παρέχει πολύ χαμηλότερα ποσοστά από ότι η αντίστοιχη εκτίμηση με τη χρήση δοκιμασίας προκλήσεως από το στόμα (χορήγηση στον ασθματικό ασθενή συγκεκριμένης ποσότητας ασπιρίνης από το στόμα και καταγραφή των αποτελεσμάτων). Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η ανασκόπηση σχετικών μελετών βασισμένων σε δοκιμασία πρόκλησης καταλήγουν στο ότι το 21% των ενηλίκων και το 5% των παιδιών με άσθμα εμφανίζουν υπερευαισθησία στην ασπιρίνη. Όταν η εκτίμηση της συχνότητας αυτής γινόταν με τη λήψη ιστορικού και μόνον τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 3% και 2% αντίστοιχα. Οι ασθενείς με άσθμα επαγόμενο από την ασπιρίνη είναι σχεδόν πάντοτε ευαίσθητοι και σε άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως η ναπροξένη, η ιβουπροφένη και η δικλοφενάκη. Αντίθετα μόνον το 7% των ευαίσθητων στην ασπιρίνη, ασθματικών ασθενών υπέστησαν κρίση από τη λήψη παρακεταμόλης – ακεταμινοφαίνης. «Όταν υπάρχει η κλινική αναγκαιότητα χορήγησης ασπιρίνης ή κάποιο άλλου εκπροσώπου της οικογένειας των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αλλά συγχρόνως δεν υπάρχει η βεβαιότητα σχετικά με την ασφάλεια από τη λήψη αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε δοκιμή προκλήσεως με λήψη του προς χορήγηση φαρμάκου από το στόμα», καταλήγουν οι ερευνητές.

ΑΘΗΝΑ 2004

ΟΤΕ

Η πιο σταθερή μας σχέση

Με τόσες επιλογές...
...όρεξη νά 'χετε να μιλάτε!

ΟΤΕΠΙΛΟΓΕΣ

Επιλέξτε 3 αριθμούς για αστικά, 3 αριθμούς για υπεραστικά, 2 αριθμούς για κινητά και 3 χώρες για διεθνή τηλεφωνήματα...

και μιλήστε φθηνότερα, από 3% έως και 35%!

ΣΤΑΘΕΡΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΑ & ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΙΩΣΕΩΝ ΟΤΕΠΙΛΟΓΩΝ

ΥΨΟΣ ΜΗΝΙΑΙΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΑΝΑ ΕΙΔΟΣ ΚΛΗΣΗΣ ΣΕ €	ΑΣΤΙΚΗ (1 έως 3 αριθμούς)	ΥΠΕΡΑΣΤΙΚΗ (1 έως 3 αριθμούς)	ΚΙΝΗΤΟ (1 έως 3 αριθμούς) Μεριδιο ΟΤΕ	ΔΙΕΘΝΕΙΣ (1 έως 3 ΧΩΡΕΣ)			
				Χώρες	Ημέρα 08:00-19:59	Βράδυ 20:00-07:59	Σαβ/κο
Μέχρι 5,99	-3%	-5%	-8%	1	-5%	-10%	-25%
				2-3	-3%	-7%	-15%
6,00 - 8,99	-5%	-8%	-10%	1	-10%	-15%	-30%
				2-3	-8%	-12%	-20%
9,00 +	-7%	-13%	-12%	1	-15%	-20%	**-35%**
				2-3	-13%	-17%	-25%

Τώρα οι διευρυμένες ΟΤΕΠΙΛΟΓΕΣ, σας δίνουν τη δυνατότητα να μιλάτε με τα αγαπημένα σας πρόσωπα φθηνότερα και να τα λέτε... συχνότερα!
Επιλέξτε τους αριθμούς που εσείς θέλετε και μιλήστε με έκπτωση έως και 7% στις αστικές κλήσεις, έως και 13% στις υπεραστικές, έως και 12% στις κλήσεις προς κινητά και έως 35% στις διεθνείς, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση.

Με τόσες επιλογές... όρεξη νά 'χετε να μιλάτε!

Δηλώστε τώρα τις επιλογές σας

με ένα τηλεφώνημα στο 134

Δίκτυο Καταστημάτων ΟΤΕ .SHOP

www.oteshop.gr

ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ (ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ) ΚΗΛΗΣ

Παρόλο που η χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης είναι μία από τις συνηθέστερες χειρουργικές επεμβάσεις, ο πλέον ενδεδειγμένος τρόπος αναισθησίας των ασθενών αυτών παραμένει θέμα υπό συζήτηση. «Είναι πλέον καιρός για την ευρεία χρήση της τοπικής αναισθησίας στη χειρουργική αποκατάστασης των βουβωνοκηλών και όχι μόνον από εξειδικευμένα κέντρα», λέει ο Nordin και συν. στο Lancet.

Σε διάρκεια τριών ετών, από το 1999 έως το 2001, 616 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη ή επείγουσα χειρουργική αποκατάσταση βουβωνοκήλης, σε 10 μη πανεπιστημιακά νοσοκομεία της Σουηδίας, κατηγοριοποιήθηκαν τυχαία και έλαβαν τοπική (209 ασθενείς), περιοχική (203 ασθενείς : 82% ραχιαία και 18% επισκληρίδιο) ή γενική αναισθησία (204 ασθενείς). Η τοπική αναισθησία εδόθη από γενικούς χειρουργούς, αφού προηγουμένως εκπαιδεύτηκαν σχετικά σε ημερήσιο σεμινάριο. Όλες οι επεμβάσεις ήταν ανοικτές με τη χρήση ή μη πλέγματος. Οι περισσότερες από τις επεμβάσεις είχαν προγραμματιστεί να πραγματοποιηθούν εντός του ιδίου 24ώρου. Κατά την ανάλυση των στοιχείων της μελέτης αυτής (12 ασθενείς έλαβαν τύπο αναισθησίας διαφορετικό από τον αρχικώς προγραμματισμένο), οι ερευνητές αναφέρουν ότι, παρόλο που οι επεμβάσεις με τοπική αναισθησία διήρκεσαν ελαφρώς περισσότερο, οι ασθενείς της ομάδας αυτής χρειάστηκαν μικρότερο χρόνο νοσηλείας, εμφάνισαν ηπιότερο μετεγχειρητικό άλγος καθώς και λιγότερες διαταραχές της ούρησης από ότι οι ασθενείς των άλλων ομάδων. Σε κανέναν εκ των ασθενών που υπεβλήθησαν σε επέμβαση με τοπική αναισθησία δε χρειάστηκε να τεθεί ουροκαθετήρας, σε σύγκριση με 57 ασθενείς της ομάδας της περιοχικής (29%) και 15 ασθενείς της ομάδας της γενικής αναισθησίας (8%).

Επτά από τους ασθενείς της ομάδας της τοπικής αναισθησίας χρειάστηκε να διανυκτερεύσουν στο νοσοκομείο σε σύγκριση με 27 ασθενείς της ομάδας της περιοχικής (14%) και 44 ασθενείς της ομάδας της γενικής αναισθησίας (22%). Τέσσερις ασθενείς της ομάδας της τοπικής αναισθησίας (1,9%) χρειάστηκε να λάβουν τόση αναισθητική αγωγή, ώστε απώλεσαν τελικά τη συνείδησή τους (οπότε και θεωρήθηκε ότι έλαβαν γενική αναισθησία), εν αντιθέσει με 19 ασθενείς της ομάδας της περιοχικής αναισθησίας (9,6%).

Η διαφορά αυτή, επισημαίνουν οι ερευνητές, «αντανακλά την ανοχή σε χειρουργικές επεμβάσεις των ασθενών που λαμβάνουν τοπική αναισθησία». Κατά την τριακοστή μετεγχειρητική μέρα και κατόπιν οι διαφορές μεταξύ των διαφόρων ομάδων – στη χρονική διάρκεια ικανότητας για φυσική δραστηριότητα, στον απαιτούμενο χρόνο αναπαύσεως και στο απαιτούμενο χρονικό διάστημα προκειμένου να επιστρέψουν στο χώρο εργασίας τους – ήταν μάλλον αμελητέες.

Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΩΦΕΛΕΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η απώλεια σωματικού βάρους, που ακολουθείται από διατήρηση της απώλειας αυτής για 15 μήνες και πλέον, βελτιώνει σημαντικά τον βιοχημικό έλεγχο της ηπατικής λειτουργίας, τα επίπεδα ινσουλίνης στον ορό του αίματος καθώς και την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια ηπατική νόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μελέτης που εκδόθηκε στο τεύχος Μαρτίου του περιοδικού Gut. «Η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ινώσεως σε χρόνιες ηπατικές νόσους, όπως το μη αλκοολικό λιπώδες ήπαρ και η ηπατίτιδα C», γράφει ο I. J. Hickman και συν. του πανεπιστημίου Queensland στο Μπρίσμπεϊν της Αυστραλίας. «Στόχος της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση των μακροπρόθεσμων επιδράσεων της απώλειας βάρους στην ηπατική βιοχημεία, στα επίπεδα ινσουλίνης στον ορό του αίματος και στην ποιότητα ζωής υπέρβαρων ασθενών με ηπατική νόσο, καθώς και την επίδραση της διατήρησης της απώλειας του βάρους αυτού ή αντιθέτως της ανάκτησής του».
Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της απώλειας σωματικού βάρους εντός τριών μηνών και διατήρησης της απώλειας αυτής για 12 μήνες, 31 υπέρβαροι ασθενείς με λιπώδες ήπαρ παρακολουθήθηκαν από διαιτολόγο μία φορά την εβδομάδα τους πρώτους 3 μήνες και έπειτα μία φορά μηνιαίως, ενώ πραγματοποίησαν 2,5 ώρες αεροβικής γυμναστικής κάθε εβδομάδα καθόλη τη χρονική διάρκεια της μελέτης. Προτού εισέλθουν στη μελέτη, μόνον 10 εκ των ασθενών αυτών ασκούνταν σε τακτική βάση. Μετά την ολοκλήρωση της δεκαπεντάμηνης δίαιτας και της γυμναστικής άσκησης, 21 εκ των 31

ασθενών (68%) απώλεσαν σωματικό βάρος και διατήρησαν την απώλεια αυτή, με ένα μέσο όρο απώλειας 9,4 +/- 4 % του αρχικού σωματικού τους βάρους. Στους ασθενείς αυτούς η μείωση των επιπέδων του ηπατικού ενζύμου της αλανινικής αμινοτρανσφεράσης (ALT) στον ορό του αίματος συνδέθηκε κατά τρόπο ευθέως ανάλογο με το μέγεθος της απώλειας βάρους. Οι ασθενείς που διατήρησαν την απώλεια βάρους είχαν μετά τους 15 μήνες χαμηλότερες μέσες τιμές ALT από αυτές που είχαν αρχικώς.

Από την άλλη, οι 10 ασθενείς που ανέκτησαν τελικώς το απωλεσθέν σωματικό βάρος δεν παρουσίασαν διαφορά των μέσων τιμών ALT μετά τους 15 μήνες συγκρινόμενες με αυτές που εμφάνιζαν αρχικώς. Η απώλεια βάρους σχετίστηκε ακόμη με βελτίωση της ποιότητας ζωής και των επιπέδων της ινσουλίνης του ορού νηστείας, ενώ η διατήρηση του απωλεσθέντος σωματικού βάρους είχε σαν αποτέλεσμα τη σταθεροποίηση των βελτιωμένων αυτών επιπέδων. Συγκρινόμενοι με τους ασθενείς που ανέκτησαν το βάρος τους , εκείνοι που διατήρησαν το απωλεσθέν σωματικό βάρος διατήρησαν τα ενδεδειγμένα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και είχαν αρχικώς υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης νηστείας. Η διενέργεια ηπατικών βιοψιών σε 14 ασθενείς, από τον 6ο έως τον 9ο μήνα της μελέτης, κατέδειξε σημαντική μείωση της λιπώδους διήθησης του ήπατος.

«Τα παραπάνω ευρήματα καταδεικνύουν ότι η απώλεια σωματικού βάρους, η διατήρηση της απώλειας αυτής και η σωματική άσκηση σε υπέρβαρους ασθενείς με ηπατική νόσο οδηγούν σε μία σταθερή βελτίωση των επιπέδων των ηπατικών ενζύμων, της ινσουλίνης του ορού του αίματος και της ποιότητας ζωής τους», αναφέρουν οι συγγραφείς. «Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας υπέρβαρων ασθενών με χρόνια ηπατική νόσο θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ευρύτερης θεραπείας τους».

Οι περιορισμοί στη συγκεκριμένη μελέτη αφορούσαν στην αδυναμία μέτρησης της σχετικής εκατοστιαίας συμμετοχής των διαιτητικών αλλαγών, της απώλειας βάρους και της αυξημέ-

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με άρθρο του τεύχους της Τετάρτης του περιοδικού της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης (British Medical Association, BMA), το κάπνισμα βλάπτει κάθε πλευρά της σεξουαλικής, αναπαραγωγικής και παιδικής υγείας. Στο άρθρο υπολογίζεται ότι περίπου 120.000 άνδρες ηλικίας από 30 έως 50 ετών πάσχουν από ανικανότητα εξαιτίας του καπνίσματος. «Η πραγματική έκταση της βλαπτικής δράσης του καπνίσματος στην αναπαραγωγική διαδικασία, αλλά και την παιδική υγεία είναι τρομακτική», λέει η Δρ. Vivienne Nathanson, επικεφαλής του τμήματος Επιστημών και Ηθικής του BMA.

Το BMA παρότρυνε την βρετανική κυβέρνηση να εντείνει την αντικαπνιστική της εκστρατεία, όπως και να εισάγει νομοθεσία που θα απαγορεύει το κάπνισμα σε κάθε κλειστό χώρο. Οι γυναίκες καπνίστριες έχουν διπλάσιες πιθανότητες στειρότητας από τις μη καπνίστριες, αναφέρεται στο άρθρο. Πέραν αυτού, το κάπνισμα φαίνεται να συνδέεται αιτιολογικά με 3.000 έως 5.000 αποβολές κάθε έτος, καθώς και με περίπου 1.200 περιπτώσεις κακοήθειας του τραχήλου της μήτρας. «Οι γυναίκες γενικά γνωρίζουν ότι δεν θα πρέπει να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο το μήνυμα οφείλει να γίνει εξαιρετικά ισχυρότερο», λέει η Δρ. Nathanson. «Γυναίκες και άνδρες που σκέφτονται να τεκνοποιήσουν στο μέλλον, οφείλουν να εγκαταλείψουν το κάπνισμα σήμερα ! ».

Η ανικανότητα που οφείλεται στο κάπνισμα, πιθανώς οφείλεται σε τοξίνες, όπως το μονοξείδιο του άνθρακα, που προσβάλλουν το κυκλοφορικό σύστημα και διαταράσσουν τη ροή του αί-

ματος από και προς το πέος. Πέραν όμως της ανικανότητας, οι άνδρες καπνιστές έχουν χαμηλότερα επίπεδα αριθμού σπερματοζωαρίων, καθώς και υψηλότερα ποσοστά δυσπλαστικών σπερματοζωαρίων. Οι γυναίκες καπνίστριες βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών των ωαγωγών, που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε στειρότητα. Για ζευγάρια καπνιστών, τα οποία λόγω στειρότητας αναζητούν λύση μέσω αναπαραγωγικών τεχνικών, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση, είναι λιγότερο πιθανό να τεκνοποιήσουν από ανάλογα ζευγάρια μη καπνιστών. Στο αναλυτικό αυτό άρθρο υπογραμμίζεται η μαζική βλαπτική δράση του καπνού, τόσο στην υγεία των παιδιών, όσο και εκείνων που τα αναθρέφουν ή επιθυμούν να τεκνοποιήσουν.

Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών στην κούνια, με αναπνευστικές λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας και την εμφάνιση παιδικού άσθματος. Περισσότερα από 17.000 παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών προσέρχονται κάθε χρόνο στα νοσοκομεία για πνευμονική νόσο οφειλόμενη στο παθητικό κάπνισμα. Παρόλο που το κόστος, που προκύπτει από τις διαταραχές της αναπαραγωγικής υγείας λόγω του καπνίσματος, δεν είναι ακριβώς γνωστό στη Μεγάλη Βρετανία, υπολογίζεται ότι οι παθήσεις που γενικά συνδέονται με το κάπνισμα κοστίζουν στην Εθνική Υπηρεσία

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΓΝΩΡΙΣΕ ΤΙΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΟΥ

Η μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) εγκρίθηκε το 1986 από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων ως μέθοδο ανίχνευσης του προστατικού καρκίνου, ωστόσο η συζήτηση γύρω από την αξία της συνεχίζεται έκτοτε. Στην πραγματικότητα, μετά 15 χρόνια από την έγκρισή της, η ιατρική κοινότητα ερίζει σχετικά με την αληθινή αξία της μεθόδου. «Συλλογίζομαι, ότι η διαμάχη γύρω από την αξία της μεθόδου ποσοτικού προσδιορισμού του PSA είναι ουσιαστικά βασισμένη σε δύο σημαντικούς παράγοντες: Ο πρώτος είναι ότι η μέτρηση του PSA δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος διαλογής, ειδική για τον καρκίνο του προστάτη, αφού δύναται να υποδείξει δυσλειτουργία ή βλάβη του προστατικού αδένα και μόνον», λέει ο Donald Novicki, M.D., ουρολόγος της Mayo Clinic, Scottsdale, Ariz. «Ο δεύτερος παράγοντας αφορά στο ότι οι τιμές του PSA θα πρέπει να αξιολογούνται κατάλληλα συνυπολογίζοντας την ηλικία του ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας του». Λόγω της διαμάχης που περιβάλλει τη μέθοδο, ίσως το πιο ενδεδειγμένο πράγμα για κάποιον είναι να ενημερωθεί σχετικά με τη μέτρηση του PSA, να αξιολογήσει τα οφέλη και τους περιορισμούς της όσον αφορά στην προσωπική, εξατομικευμένη κατάστασή του, και να λάβει έπειτα την απόφαση που φαίνεται η καλύτερη για αυτόν.

Βασικές αρχές της μέτρησης του PSA

Εντοπιζόμενος μόνον στους άρρενες, ο προστατικός αδένας περιβάλλει το πρώτο τμήμα της ουρήθρας στη βάση της ουροδόχου κύστης. Βρίσκεται πίσω από το ηβικό οστούν και μπροστά από το ορθό. Στους ενήλικες έχει το μέγεθος και το σχήμα ενός καρυδιού. Καλυπτόμενος από μια λεπτή μεμβράνη (κάψα), ο προστατικός αδένας αποτελείται από λείο μυ, σπογγώδη ιστό και από μικροσκοπικούς πόρους και αδένια. Το PSA είναι ένα ένζυμο – που παράγεται αποκλειστικώς από τον προστάτη – και βοήθα στη ρευστοποίηση του σπέρματος, μέσω της διάλυσης των πρωτεϊνών του που τείνουν να το συμπυκνώσουν. Η μέτρηση της ποσότητας του κυκλοφορούντος PSA στο αίμα του ασθενούς μπορεί να βοηθήσει τον ιατρό να προσδιορίσει πολλά προβλήματα σχετικά με τον προστατικό αδένα. Για τη μέτρηση του PSA, ο ιατρός λαμβάνει δείγμα αίματος από το βραχίονα του ασθενούς.

Το δείγμα εξετάζεται στο εργαστήριο με μια διαδικασία που ανήκει στις ανοσοχημικές μεθόδους. Φυσιολογικώς, ένα μικρό ποσό του PSA είναι δυνατόν να ανιχνεύεται στον ορό του αίματος. Έτσι οι φυσιολογικές τιμές PSA στον ορό του αίματος είναι 0 έως 4,0 nanograms ανά milliliter (ng/mL). Με την πάροδο της ηλικίας τα επίπεδα PSA είναι δυνατόν να εμφανίσουν μια ήπια αύξηση . Λόγω αυτού, οι ουρολόγοι έχουν στη διάθεση τους μια κλίμακα τιμών PSA με ηλικιακή κατανομή, προκειμένου να καθορίσουν τα "φυσιολογικά" επίπεδα PSA ανά ηλικία.

Κατανόηση των προσωπικών σας επιπέδων PSA

ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ PSA
Έως 40 ετών	0 to 2.0 ng/mL
40-45 ετών	0 to 2.4 ng/mL
45-50 ετών	0 to 2.8 ng/mL
50-55 ετών	0 to 3.3 ng/mL
55-60 ετών	0 to 3.8 ng/mL
60-65 ετών	0 to 4.5 ng/mL
65-70 ετών	0 to 5.3 ng/mL
70-75 ετών	0 to 6.2 ng/mL
Από 80 ετών και άνω	0 to 7.2 ng/mL

Οι ουρολόγοι της Mayo Clinic χρησιμοποιούν μια κλίμακα των φυσιολογικών επιπέδων PSA με ηλικιακή κατανομή, προκειμένου να αξιολογήσουν τις τιμές PSA κάθε ασθενούς. Οι ανώτερες φυσιολογικές τιμές του PSA αυξάνουν σχεδόν ανά έτος εξαιτίας της φυσιολογικώς συνεχούς, σταδιακής αύξησης του μεγέθους του προστατικού αδένα. Παραδείγματος χάριν, η ανώτερη φυσιολογική τιμή για ένα άτομο 55 ετών είναι 3.3 (ng/mL) και επομένως υψηλότερη από αυτή ενός ατόμου 40 ετών(2.0 NG/mL). Οι ουρολόγοι ερμηνεύουν λοιπόν τις τιμές PSA διαφορετικά, έτσι κάθε ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται από τον ιατρό του για το τι αντιπροσωπεύουν οι δικές του τιμές. Επίπεδα PSA υψηλότερα του φυσιολογικού είναι δυνατόν να αποτελούν ένδειξη προστατικής μόλυνσης, φλεγμονής, αύξησης του μεγέθους του προστατικού αδένα ή καρκίνου. Μεταξύ των ατόμων με επίπεδα PSA υψηλότερα του φυσιολογικού , το ένα τρίτο πάσχει από καρκίνο. Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός ότι περίπου 20% των περιπτώσεων προστατικού καρκίνου αφορούν σε άτομα των οποίων τα επίπεδα PSA είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Από την άλλη πλευρά, κάποιοι άνδρες με υγιή προστατικό αδένα έχουν επίπεδα PSA πάνω από το φυσιολογικό .

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μέτρησης PSA

Η μέτρηση PSA είναι κάθε άλλο παρά ιδανική. Εντούτοις, σε ορισμένες περιπτώσεις, η εξέταση του PSA μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη. Ενημερωθείτε τόσο για τα πλεονεκτήματα, όσο και για τα μειονεκτήματα της εξέτασης πριν λάβετε την απόφασή σας.

Η θετική πλευρά της μέτρησης PSA

Η τακτική μέτρηση του PSA μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση του προστατικού καρκίνου πολύ πριν την εμφάνιση οποιαδήποτε συμπτωματολογίας. Στην πραγματικότητα, η εξέταση PSA ανιχνεύει τον καρκίνο αυτό στα αρχικά στάδιά του στο 80% των περιπτώσεων.

Ο τοπικά περιοριζόμενος προστατικός καρκίνος είναι πολύ ευκολότερος να αντιμετωπιστεί και να θεραπευθεί από τον καρκίνο που έχει επεκταθεί σε άλλα όργανα Εάν λοιπόν η μέτρηση PSA ανιχνεύσει κάτι που τελικώς αποδειχθεί μια επιθετική μορφή καρκίνου, μπορεί δικαίως να θεωρηθεί σωτήριο για τη ζωή. Μόλις επεκταθεί ο προστατικός καρκίνος, η πρόγνωση μακροπρόθεσμης επιβίωσης μειώνεται σημαντικά. Ο αριθμός των οφειλόμενων σε προστατικό καρκίνο θανάτων έχει μειωθεί σημαντικά μετά την εισαγωγή στη διαγνωστική και ευρεία εφαρμογή της μέτρησης PSA. Και τούτο υποδηλώνει ότι η μέτρηση PSA έχει συνδράμει στο να σωθούν ζωές. Άλλωστε, η μέτρηση PSA ως διαγνωστική προληπτική εξέταση του προστατικού αδένα είναι ακριβέστερη από π.χ. την απλή ακτινογραφία θώρακος για τον καρκίνο του πνεύμονα.

Η αρνητική πλευρά της μέτρησης PSA

Το 20% περίπου των ανδρών με πρώιμο προστατικό καρκίνο, παρουσιάζει φυσιολογικές τιμές PSA (ψευδώς-αρνητικά αποτελέσματα). Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αποκτούν τα άτομα αυτά ένα αίσθημα ασφάλειας και εφησυχασμού σε ό,τι αφορά την υγεία τους. Η εξέταση PSA δεν είναι σε θέση να διακρίνει τον καρκίνο του προστάτη από άλλες νόσους του αδένα αυτού. Μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν αύξηση του PSA, οι δύο στους τρεις δεν πάσχουν από προστατικό καρκίνο. Πολλοί εξ΄ αυτών ,πέρα από το άσκοπο ψυχικό stress, υποβάλλονται και σε δαπανηρές ιατρικές εξετάσεις προκειμένου να αποκλείσουν την πιθανότητα καρκίνου. Η εξέταση PSA μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία ενός καρκίνου, που πιθανόν να μην προκαλέσει ποτέ προβλήματα στην υγεία του ασθενούς. Από την άλλη, η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να προκαλέσει σημαντικές παρενέργειες, όπως ανικανότητα και ακράτεια, με συνέπεια χειροτέρευση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Οι ερευνητές δεν είναι σε θέση να αποδείξουν με βεβαιότητα ότι η μέτρηση του PSA έχει συνδράμει στη μείωση των θανάτων από καρκίνο του προστάτη. Τα άτομα άνω των 75 ετών δεν ωφελούνται από την εξέταση αυτή, μιας που ο καρκίνος του προστάτη στα άτομα αυτά αναπτύσσεται συνήθως αργά και δεν δίνει συμπτωματολογία. Η θεραπεία του προστατικού καρκίνου σε άτομα μεγαλύτερα των 75 ετών δεν οδηγεί άλλωστε σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Διάφορες θεωρήσεις

Η ιατρική κοινότητα δεν υποστηρίζει ομόφωνα τον τακτικό έλεγχο του PSA. Στην πραγματικότητα, από τους ιατρικούς συλλόγους που έχουν ξεκάθαρη στάση για το θέμα αυτό, το ένα τρίτο υποστηρίζει τη χρήση του, το ένα τρίτο είναι ουδέτερο και το ένα τρίτο διαφωνεί. Κάποιοι ιατρικοί σύλλογοι_ συμπεριλαμβανομένης της Αμερικανικής Εταιρίας Καρκίνου, του Εθνικού Δικτύου Καρκίνου και της Αμερικανικής Ουρολογικής Ένωσης _ συστήνουν ετήσιο έλεγχο του PSA ξεκινώντας από την ηλικία των 50 ετών. Επίσης , συστήνουν στα άτομα της μαύρης φυλής καθώς και σε άνδρες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη να αρχίζουν τον έλεγχο από την ηλικία των 40 ετών. Με τις συστάσεις αυτές συμφωνούν και οι ουρολόγοι της κλινικής Mayo.

Υπάρχουν όμως και ιατρικές κοινότητες _όπως η Αμερικανική Ιατρική Ένωση, το Αμερικανικό Κολέγιο των Παθολόγων και η Αμερικανική Κοινότητα Εσωτερικής Παθολογίας _ που συστήνουν στους ιατρούς να παρέχουν στους ασθενείς τους όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εξέτασης PSA και να είναι κατ΄ επέκταση σε θέση ο κάθε ασθενής χωριστά να λάβει ο ίδιος την απόφαση, εάν θα υποβληθεί στον έλεγχο του PSA. Άλλες ιατρικές κοινότητες _ συμπεριλαμβανομένης της Αμερικανικής Ακαδημίας Οικογενειακών Ιατρών, του Αμερικανικού Κολεγίου Προληπτικής Ιατρικής, του Εθνικού Ιδρύματος Καρκίνου, των Κέντρων για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Ασθενειών, της Καναδικής Ομάδας Εργασίας στην Προληπτική Υγειονομική Περίθαλψη και της Αμερικανικής Εταιρίας Προληπτικών Υπηρεσιών Υγείας _ δεν επικυρώνουν τον προληπτικό – τακτικό έλεγχο του PSA.

Παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές του PSA

Ένα από τα ισχυρότερα επιχειρήματα των επικριτών της εξέτασης PSA είναι το γεγονός, ότι ασθένειες του προστάτη πέραν του καρκίνου μπορούν και επηρεάζουν τα επίπεδα των τιμών του PSA.

Επί παραδείγματι, η καλοήθης αύξηση του μεγέθους του προστάτη (καλοήθης υπερπλασία προστάτη), καθώς και ο ερεθισμός του προστάτη λόγω φλεγμονής ή λοίμωξης (προστατίτις) μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση των επιπέδων του PSA.

Λοιποί παράγοντες, εκτός από τον καρκίνο, που μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα των τιμών PSA είναι:

- **Εκσπερμάτωση.** Όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο πιθανότερη είναι η «διαρροή» προστατικού PSA προς την συστηματική κυκλοφορία κατά τη διάρκεια του οργασμού.
- **Λοίμωξη των ουροφόρων οδών.** Όπως οι λοιμώξεις του προστάτη, έτσι και οι λοιμώξεις των ουροφόρων οδών μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα του PSA.
- **Επεμβάσεις στον προστάτη,** όπως η βιοψία, η θεραπεία λέιζερ ή η διουρηθρική προστατεκτομή.

Για τον ίδιο λόγο, οι τιμές PSA μπορούν να είναι ψευδώς χαμηλές σε άτομα που βρίσκονται υπό αγωγή με ορισμένα φάρμακα, όπως:

Φιναστερίδη (Proscar, Propecia). Αυτό το φάρμακο, που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και της τριχόπτωσης , οδηγεί σε μείωση του μεγέθους του προστάτη μέσω της μείωσης των επιπέδων των ορμονών στον αδένα. Οδηγεί λοιπόν σε μείωση των επιπέδων του PSA ακόμα κι όταν ο καρκίνος είναι παρών. Περίπου 6 μήνες από την έναρξη αγωγής με φιναστερίδη, το PSA εμφανίζει μείωση των τιμών περίπου κατά το ήμισυ των προ της θεραπείας τιμών.

PC-SPES. Αυτό το συμπλήρωμα από βότανα, που δεν απαιτείται ιατρική συνταγή για την αγορά του, έχει διαφημιστεί ως θεραπεία για τον προστατικό καρκίνο. Εκτός από το ότι επηρεάζει την ακρίβεια των αποτελεσμάτων PSA, μπορεί να έχει και επικίνδυνες παρενέργειες. Πέρυσι, μετά από ελέγχους, κατά τους οποίους διαπίστωθηκε ότι μερικές παρτίδες του PC-SPES περιείχαν φαρμακευτικές ουσίες για τις οποίες απαιτείται ιατρική συνταγή , η διάθεση του προϊόντος απαγορεύθηκε.

Το PSA ως μέσο παρακολούθησης της πορείας του προστατικού καρκίνου

Μια από τις χρήσεις της εξέτασης PSA, για την οποία όλοι συνηγορούν θετικά, είναι εκείνη ως μέσου παρακολούθησης της πορείας του προστατικού καρκίνου μετά τη διάγνωση αυτού. Μετά από τη διάγνωση, η μέτρηση του PSA μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της προόδου του καρκίνου, καθώς επίσης και την απάντηση της νόσου στις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ανήκετε σε ομάδα υψηλού κινδύνου;

Δεδομένου ότι αντικείμενο του παρόντος αποτελεί το εάν είναι ωφέλιμο να υποβάλλεται κανείς σε μέτρηση του PSA , θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη. Ενώ η ακριβής αιτιοπαθογένεια του προστατικού καρκίνου είναι άγνωστη, από την έρευνα προκύπτει ότι ένας συνδυασμός ορμονικών και γενετικών παραγόντων είναι δυνατόν να συμμετέχει.

Ως παράγοντες κινδύνου για τον προστατικό καρκίνο έχουν προσδιοριστεί τα ακόλουθα:

- **Ηλικία.** Αυτός είναι ο πλέον σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για τον προστατικό καρκίνο. Μετά την ηλικία των 50 ετών, η πιθανότητα ανάπτυξης προστατικού καρκίνου αρχίζει να αυξάνεται με ταχύτερους ρυθμούς. Στην πραγματικότητα, περισσότεροι από το 80% όλων των προστατικών καρκίνων διαγιγνώσκονται μετά την ηλικία των 65 ετών, ενώ είναι ασυνήθιστη η εμφάνιση του καρκίνου του προστάτη σε νεότερους άνδρες. Όταν δε αυτό συμβαίνει, ιδιαίτερα σε ηλικίες κάτω των 50 ετών, τότε τείνει ο καρκίνος να έχει πιο επιθετικές μορφές. Αφ' ετέρου, στους ηλικιωμένους, ο καρκίνος που περιορίζεται στον προστάτη έχει συνήθως βραδείς ρυθμούς ανάπτυξης.
- **Φυλή.** Το ποσοστό επίπτωσης προστατικού καρκίνου είναι σχεδόν δύο φορές υψηλότερο στη μαύρη φυλή απ' ό,τι στη λευκή.
- **Οικογενειακό ιστορικό.** Ο προστατικός καρκίνος φαίνεται να ενδημεί σε κάποιες οικογένειες. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του προστάτη αυξάνεται κατά δύο με τρεις φορές για τα μέλη οικογενειών με ανάλογο οικογενειακό ιστορικό .
- **Διατροφή.** Άνδρες με διατροφικές συνήθειες πλούσιες σε ζωικά λίπη έχουν μέχρι και διπλάσια πιθανότητα ανάπτυξης προστατικού καρκίνου.

Λάβετε την απόφασή σας μετά από μία υπεύθυνη και πλήρη ενημέρωση

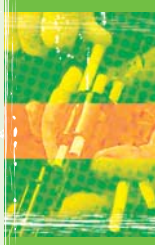
Στην απόφαση, εάν πρέπει να υποβληθείτε σε μια μέτρηση PSA, θεωρείται σημαντική η ενημέρωση από το γιατρό σας. Στην ενημέρωση αυτή, θα ήταν χρήσιμο να συζητηθούν τα οφέλη από μια μέτρηση PSA, καθώς και η ενδεδειγμένη διαγνωστική προσέγγιση και πρακτική που θα πρέπει να ακολουθηθούν επί ανιχνεύσεως αυξημένων επιπέδων PSA. «Θεωρώ ότι κάθε άτομο θα πρέπει να ενημερωθεί για τη φύση της μέτρησης PSA, τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί και τις πληροφορίες τις οποίες παρέχει, και κατόπιν να αποφασίσει για το εάν επιθυμεί να υποβληθεί στην εξέταση αυτή», επισημαίνει ο Δρ. Novicki.

Άλλες εξετάσεις προληπτικού ελέγχου του προστατικού αδένα

Εκτός από τη μέθοδο μέτρησης του PSA, οι κάτωθι εξετάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διαγνωστική του προστατικού καρκίνου, καθώς και άλλων ,σχετιζόμενων με τον προστάτη, παθολογικών καταστάσεων:

Δακτυλική εξέταση από του ορθού. Η δακτυλική εξέταση από του ορθού μπορεί να βοηθήσει τον ιατρό στο να εντοπίσει ανωμαλίες στη σύσταση, τη μορφή ή το μέγεθος του προστατικού αδένα. Κατά τη διάρκεια της δακτυλικής εξέτασης, ο γιατρός αφού φορέσει γάντι και χρησιμοποιήσει κάποια λιπαντική ουσία εισάγει το δάκτυλό του (τον δείκτη) στην πρωκτική λήκυθο και ελέγχει τον προστατικό αδένα, ο οποίος γειτνιάζει με το ορθό.

Ελεύθερο κλάσμα PSA. Αυτή η μέθοδος μετρά το ποσό "του ελεύθερα κυκλοφορούντος" (μη συνδεδεμένο με πρωτεΐνη) PSA στον ορό του αίματος. Το PSA που παράγεται από τα υγιή προστατικά κύτταρα είναι λιγότερο πιθανό να συνδεθεί με πρωτεΐνες του αίματος από ότι το PSA που παράγεται από καρκινικά προστατικά κύτταρα. Επομένως, η σύγκριση των επιπέδων του ελεύθερου PSA με το συνολικό ποσό PSA, επιτρέπει στο γιατρό να εκτιμήσει καλύτερα την πιθανότητα υπάρξεως προστατικού καρκίνου.



Ο ΟΛΟΣΩΜΟΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ FDG–PET

(ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΣΩ ΕΚΠΟΜΠΗΣ ΠΟΖΙΤΡΟΝΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΛΟΥΟΡΟΔΕΟΞΥΓΛΥΚΟΖΗΣ) ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΕΙ ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΩΣ ΤΥΧΑΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

28 Ιαν. 2004 – Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μίας μελέτης που εκδόθηκε στο τεύχος Φεβρουαρίου της Ακτινολογίας, μη διαγνωσμένες εστίες αυξημένης μεταβολικής δραστηριότητας, που ανιχνεύονται μετά από ολόσωμο FDG-PET, θα πρέπει να διερευνώνται και με βιοψία, καθώς σημαντικός αριθμός εξ΄ αυτών αποδεικνύονται είτε κακοήθεις είτε προκαρκινικές καταστάσεις. «Οι μη διαγνωσμένες, δηλ. ως τυχαίο εύρημα, ανωμαλίες που διερευνήσαμε περαιτέρω, απεδείχθησαν σημαντικές», αναφέρει ο βασικός συγγραφέας Harry Agress Jr. , MD, από το Πανεπιστημιακό Ιατρικό Κέντρο του Χάκενσακ στο Νιού Τζέρσεϊ. «Περίπου το 71% των βλαβών που επιβεβαίωσαμε και με βιοψία ήταν, είτε κακοήθεις είτε προκαρκινικές καταστάσεις. Τυπικά, οι κακοήθεις αυτοί όγκοι δεν ήταν συμπτωματικοί και δεν σχετίζονταν με τον αρχικό καρκίνο για τον οποίο ο ασθενής και υπεβλήθη στον απεικονιστικό έλεγχο με PET».

Σε 1.750 PET ελέγχους που διενεργήθηκαν για τη διερεύνηση γνωστών ή πιθανών καρκίνων, διαπιστώθηκαν 58 τυχαίες παθολογικές εστίες σε 53 ασθενείς. Οι περισσότερες από αυτές τις εστίες αυξημένης μεταβολικής δραστηριότητας εντοπίζονταν στο παχύ έντερο, ενώ άλλες ανιχνεύθηκαν στο μαστό, στον φαλλοπιανό αγωγό, στη μήτρα, στη χοληδόχο κύστη, στο πάρυγγα, στις ωοθήκες, στα οστά και στο θυρεοειδή αδένα. Διενεργήθη συμπληρωματικός έλεγχος με αξονική τομογραφία , απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό και/ή μαστογραφία 45 εκ των εστιών αυτών. Ο έλεγχος με βιοψία 42 εκ των εστιών αποκάλυψε 30 κακοήθεις ή προκαρκινικούς όγκους (71%), οι οποίοι δεν σχετίζονταν με τον αρχικό όγκο για τον οποίο και ξεκίνησε ο παρακλινικός απεικονιστικός έλεγχος.

Με βάση τα δεδομένα αυτά, οι συγγραφείς υπερθεματίζουν την περαιτέρω διερεύνηση τυχαίων ευρημάτων μετά από έλεγχο με PET. «Εάν αγνοούσαμε τις εστίες που αναδείχθηκαν με το PET, οι ασθενείς αυτοί θα υποβάλλονταν μεν σε αγωγή του γνωστού τους καρκίνου, όμως την ίδια στιγμή μια άλλη κακοήθης εξεργασία θα παρέμενε αδιάγνωστη», αναφέρει Δρ. Agress. «Οι ασθενείς, στους οποίους ανευρέθηκαν τυχαίως παθολογικές εστίες στο PET, ήταν στο 92% ασυμπτωματικοί, ενώ στο υπόλοιπο 8% αναφέρθηκε συμπτωματολογία, είτε αναδρομικά, είτε διερευνηθείσα στο παρελθόν χωρίς ωστόσο να τεθεί διάγνωση πριν τον έλεγχο με PET».

Από τα 42 τυχαία ευρήματα του ελέγχου με PET, η βιοψία εννέα εξ΄ αυτών κατέδειξε ότι ήταν καλοήθεις, ενώ τριών εξ΄ αυτών ότι ήταν ψευδώς θετικές. Πάρα ταύτα 3 από τις 9 καλοήθεις βλάβες αφορούσαν σε τοπική καταστροφή με συστηματικές εκδηλώσεις ή ασυμπτωματική λοίμωξη και απαιτούσαν χειρουργική ή άλλη θεραπεία. Περιορισμοί στην ως άνω μελέτη περιλαμβάνουν την αδυναμία γενικού ελέγχου ατόμων χωρίς διεγνωσμένο ή πιθανό καρκίνο , η έλλειψη δεδομένων σχετικά με τη συχνότητα των ψευδώς αρνητικών κακοηθειών καθώς και έλλειψη ιστοπαθολογικών δεδομένων σχετικώς με 16 από τους ασθενείς.

Σε μία εκ των ασθενών, κατά τη διερεύνησή της για πνευμονικό λεμφαδένα (που τελικώς απεδείχθη καλοήθης), διαπιστώθηκε τυχαίως -κατά τον έλεγχο με PET- μια παθολογική εστία με εντόπιση στο μαστό. Η περαιτέρω διερεύνηση της εστίας αυτής με μαστογραφία και υπερηχοτομογράφημα παρείχαν ευρήματα συμβατά με κακοήθεια, γεγονός το οποίο επιβεβαιώθηκε κατόπιν με βιοψία. «Εάν η ασθενής δεν είχε διερευνηθεί περαιτέρω, ο καρκίνος της δεν θα είχε διαγνωσθεί, τουλάχιστον μέχρις ότου γινόταν μεγαλύτερος ή εξαπλωνόταν», επισημαίνει ο Δρ. Agress, συμπληρώνοντας ότι «ο έλεγχος με PET εντοπίζει συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, αλλά όχι όλους τους όγκους».-

ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Νέα Υόρκη, 05 Φεβρ. Σύμφωνα με νέες έρευνες, η προεγχειρητική σταδιοποίηση και διαλογή ασθενών με καρκίνο του ορθού, προκειμένου να επιλεχθούν οι κατάλληλοι που δύνανται να υποβληθούν σε προεγχειρητική χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία είναι χρήσιμη και σημαντική, αφού αυτή η θεραπευτική οδός είναι τουλάχιστον εξίσου ασφαλής και αποτελεσματική με τη μετεγχειρητική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Τα ευρήματα αυτά προέκυψαν από τη μελέτη ενός θεωρητικού μοντέλου λήψης θεραπευτικής απόφασης που οργανώθηκε, προκειμένου να εκτιμηθεί η επιβίωση ενός εβδομηντάχρονου ασθενούς με εξαιρέσιμη νόσο στις περιπτώσεις που θα αντιμετωπιζόταν είτε με προεγχειρητική σταδιοποίηση και χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία, είτε με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία. Στο μοντέλο του Markov, η ανάλυση των δεδομένων στηρίχτηκε σε μία κλίμακα νοσηρότητας, ειδική της εν λόγω νόσου, με διαβάθμιση ανάλογα με τις διάφορες ηλικίες. Το παρόν άρθρο εξεδόθη στο τεύχος της 4ης Φεβρουαρίου του Περιοδικού του Εθνικού Ιδρύματος Καρκίνου. Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία απεδείχθη να συνδέεται με επιβίωση και χρόνο ποιότητας ζωής 9,72 και 8,72 έτη αντίστοιχα, όπως σημειώνουν ο κεντρικός συγγραφέας Δρ. Sapna Syngal, του Dana-Farber Ινστιτούτου Καρκίνου της Βοστώνης και συν. Όταν η αρχικώς υπολογιζόμενη πενταετής επιβίωση των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τη μέθοδο της προεγχειρητικής σταδιοποίησης και θεραπείας ήταν ίση ή μεγαλύτερη από την αρχικώς υπολογιζόμενη πενταετή επιβίωση των ασθενών που υπεβλήθησαν σε μετεγχειρητική χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία, η πρώτη μέθοδος εξασφάλιζε χρόνους επιβίωσης, που ήταν τουλάχιστον εξίσου υψηλοί με εκείνους της δεύτερης μεθόδου. «Οφείλουμε να συγχαρούμε τους ερευνητές για την προσπάθεια τους να μελετήσουν το δύσκολο αλλά τόσο σημαντικό θέμα του ρόλου των διαδικασιών σταδιοποίησης και της επιρροής που αυτές έχουν στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα», αναφέρουν οι Δρ. Joel E. Tepper και Δρ. David Morris του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας στο Chapel Hill. «Παρόλα αυτά δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι τα θεωρητικά μοντέλα λήψεως θεραπευτικής αποφάσεως δεν αντιπροσωπεύουν την πραγματικότητα και ότι δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση, που βασίζεται μεταξύ άλλων στις επιθυμίες και τις ανάγκες του ασθενούς, καθώς και στην κλινική πολυμορφία των επιμέρους κακοηθειών».

Η ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ (ΜΗΤΡΙΚΩΝ) ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΕΓΕΙΡΕΙ ΕΚ ΝΕΟΥ ΤΗ ΔΙΑΜΑΧΗ ΠΕΡΙ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗΣ

Ουάσινγκτον, 12 Φεβρ. Αποτέλεσε και αποτελεί για πολλά χρόνια τόπο ζυμώσεων και συγκρούσεων για πολιτικούς, φιλοσόφους, νομικούς και επιστήμονες. Ωστόσο σήμερα, η κλωνοποίηση για θεραπευτικούς λόγους – η δημιουργία ενός ανθρώπινου εμβρύου προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στην ιατρική έρευνα – είναι πλέον πραγματικότητα. Κορεάτες επιστήμονες ανακοίνωσαν πρόσφατα ότι έχουν δημιουργήσει, όχι ένα, αλλά τριάντα κλωνοποιημένα έμβρυα με σκοπό, όχι να αναπτυχθούν σε βρέφη, αλλά προκειμένου να αποτελέσουν δεξαμενή εμβρυονικών αρχέγονων κυττάρων. Οι υποστηρικτές του όλου εγχειρήματος, θεωρούν ότι η τεχνική αυτή – μία μέθοδος κλωνοποίησης, επονομαζόμενη πυρηνική μεταφορά – είναι σε θέση να μεταμορφώσει το σύγχρονο πρόσωπο της ιατρικής, αφού επιτρέπει στην ιατρική κοινότητα να κατασκευάσει στην καθημέρα πράξη, απολύτως συμβατά εσωτερικά όργανα και ιστικά μοσχεύματα και ανάλογα με τις ανάγκες των διαφόρων ασθενών. Οι εναντιωτές της μεθόδου θεωρούν την όλη διαδικασία ισοδύναμη με φόνο, αφού βασίζεται στη δημιουργία και καταστροφή ενός ανθρώπινου εμβρύου, ενώ εγκυμονεί τον κίνδυνο της κλωνοποίησης για τη δημιουργία ανθρωπίνων βρεφών. «Οι αναφορές για πειράματα κλωνοποίησης ανθρώπου, που λαμβάνουν χώρα στη νότια Κορέα, αναδεικνύουν την ανάγκη καθολικής απαγόρευσης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο κάθε απόπειρας κλωνοποίησης ανθρώπου», αναφέρει σε δήλωση του ο Αμερικανός γερουσιαστής του Κάνσας, κος Sam Brownback. «Η κλωνοποίηση ανθρώπου αποτελεί βαρύτατο ολίσθημα. Αντιμετωπίζει τους νεότερους του είδους μας ως άβουλα, άψυχα αντικείμενα, ως στοιχεία ιδιοκτησιακά, και θα πρέπει με κάθε τρόπο να απαγορευθεί».

Κάποιοι ηθικολόγοι συμφωνούν. «Η διαμάχη γύρω από τη θανάτωση ακόμη και επί μακρόν εγκαταλελειμμένων ανθρωπίνων εμβρύων, που δημιουργήθηκαν προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην ιατρική έρευνα, καλά κρατεί», αναφέρει ο John Kilner, Πρόεδρος του Κέντρου Βιοηθικής και Ανθρώπινης Αξιοπρέπειας με έδρα το Σικάγο. «Το πείραμα της νότιας Κορέας και οι προεκτάσεις του προχωρούν κατά τρόπο οδυνηρό ακόμη παραπέρα. Παράγονται δηλαδή ανθρώπινα έμβρυα με αποκλειστικό στόχο την διάνοιξή τους, τη μελέτη των βιοϋλικών του ανθρωπίνου σώματος και τελικά τη θανάτωσή τους, και όλα αυτά στο βωμό του επιστημονικού πειράματος».

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΔΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο Brownback ανήκει σε μία ομάδα εναντιωτών της κλωνοποίησης, στην οποία περιλαμβάνεται και ο πρόεδρος των ΗΠΑ George W. Bush, που αντιθέτως υποστηρίζουν την έρευνα που αφορά σε αρχέγονα (μητρικά) κύτταρα ενηλίκων. Σειρές πειραμάτων αναφέρουν ότι τα κύτταρα αυτά θα μπορούσαν με κατάλληλη επεξεργασία να οδηγήσουν στο σχηματισμό νέων ιστών που απαιτούνται στη θεραπεία διαφόρων νόσων. Ωστόσο οι επιστήμονες φαίνεται να διαφωνούν, υποστηρίζοντας ότι τα ανθρώπινα εμβρυονικά αρχέγονα κύτταρα συνεχίζουν να αποτελούν την πιο ελπιδοφόρα θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη, της νόσου του Parkinson, καθώς και μίας ευρείας ομάδας ανιάτων και θανατηφόρων νόσων. Ο Δρ. Irving Weismann του πανεπιστημίου του Stanford της Καλιφόρνια, υποστηρίζει ότι κανείς ως σήμερα δεν έχει καταφέρει να μετατρέψει ολοκληρωτικά ένα αρχέγονο κύτταρο ενηλίκου σε κάποια άλλη κυτταρική μορφή, οπότε είναι σημαντική η διατήρηση των πειραματικών μελετών και προς τις δύο κατευθύνσεις : πειράματα δηλαδή με αρχέγονα κύτταρα, τόσο εμβρυονικά, όσο και ενηλίκων. «Θα πρέπει να κατανοήσουμε τον τρόπο και τις διαδικασίες μετατροπής των κυττάρων», λέει ο Weissman. «Εάν οι ερευνητές κατακτήσουν αυτή τη γνώση, ίσως είναι δυνατή η χρησιμοποίηση των πλέον ευένδοτων αρχέγονων κυττάρων ενηλίκου, χωρίς την ανάγκη για κλωνοποίηση εμβρύου. Είναι σαφές ότι η ανθρώπινη νόσος και η ανάγκη για θεραπεία οδηγούν σε συμφωνίες και παραχωρήσεις. Ωστόσο δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται και το γεγονός ότι καθημερινά ανθρώπινα έμβρυα θανατώνονται σε ινστιτούτα γονιμοποίησης σε όλο τον κόσμο, μετά από εκτρώσεις και αποβολές».

«Δεν μας ενδιαφέρει πού και πώς θα βρουν τη θεραπεία για τη συγκεκριμένη νόσο», λέει ο Bob Goldstein του Ιδρύματος Νεανικού Διαβήτη. Ο Bush απαγόρεψε τη χρήση ομοσπονδιακών κονδυλίων για πειράματα με ανθρώπινα έμβρυα, με εξαίρεση κάποιων σειρών μητρικών κυττάρων που ελήφθησαν από έμβρυα που προέκυψαν μετά από θεραπείες γονιμότητας. Οι επιστήμονες των ΗΠΑ παραπονούνται και αντιδρούν, θεωρώντας ότι μία τέτοια κυβερνητική πολιτική αφήνει ένα ευρύτατο επιστημονικό πεδίο ελεύθερο σε άλλες χώρες , ενώ επισημαίνουν ότι η έρευνα που επιδοτείται με κρατικά κονδύλια είναι εκείνη που ελέγχεται ευκολότερα και παρεκτρέπεται δυσκολότερα. «Ο κύριος Bush αναφέρθηκε στο τι επιτρέπεται να πράττει ο κρατικός τομέας και τι επιτρέπεται να πράττουν τα εθνικά ιδρύματα υγείας, ενώ την ίδια στιγμή απευθυνόμενος στον ιδιωτικό τομέα είπε κατ΄ουσίαν ότι δεν τον ενδιαφέρει τι θα διαπράττεται εκεί», δήλωσε ο Coldstein σε μία πρόσφατη συνέντευξή του.

Και οι δύο πλευρές συμφωνούν στο ότι η κλωνοποίηση που σκοπεύει στη δημιουργία ανθρωπίνων βρεφών αποτελεί διαδικασία καταδικαστέα. «Θεωρώ απόλυτα αναγκαία την εφαρμογή παγκοσμίως, νομοθεσίας απαγορευτικής για κλωνοποίηση ανθρωπίνων βρεφών», είπε ο Δρ. Robert Lanza της Εταιρίας Προχωρημένης Κυτταροτεχνολογίας με έδρα τη Μασσαχουσέττη, που ασχολείται με την κλωνοποίηση ανθρώπινων εμβρύων προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα μητρικών κυττάρων.

Δύο πηγές ισχυρίζονται να έχουν κλωνοποιήσει ανθρώπινα βρέφη. Μία θρησκευτική ομάδα ονόματι «The Raelians» και ένας ειδικός σε θέματα γονιμότητας από το Κεντάκυ, ο Δρ. Panos Zavos. Καμία από τις δύο πηγές δεν παρουσίασε στοιχεία που να υποστηρίζουν τις εικασίες αυτές, ενώ ο Zavos ισχυρίστηκε ότι την περασμένη εβδομάδα μία γυναίκα, στην οποία είχε εμφυτέψει ένα κλωνοποιημένο έμβρυο, απέβαλε.

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η συχνότητα των αρρώστων που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια (επίπτωση) αυξάνει συνεχώς και προκύπτει έτσι η ανάγκη της αυξημένης ευαισθησίας και υποψίας των γιατρών για την έγκαιρη και σωστή αναγνώριση και αντιμετώπιση του συνδρόμου της καρδιακής ανεπάρκειας. Δεδομένων και των δυνατοτήτων που υπάρχουν σήμερα για την πρόληψη και/ή την επιβράδυνση (αναχαίτιση) της επιδείνωσης του συνδρόμου όταν αναγνωρισθεί πρώιμα, στο Α στάδιο1, η ευθύνη του γιατρού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τον κατάλληλο χειρισμό των περιπτώσεων αυτών γίνεται πιο κατανοητή.

Άρρωστοι που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια και βρίσκονται υπό αντιρρόπηση και τακτική περιοδική παρακολούθηση, αρκετά συχνά εισάγονται στο νοσοκομείο γιατί, για ποικίλους λόγους, ανετράπη η ισορροπία υπό την οποία διετηρούντο,. Αυτή η ανατροπή της ισορροπίας, συνήθως οφείλεται στα λεγόμενα εκλυτικά αίτια της καρδιακής ανεπάρκειας (πίν.1) [2].

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
ΕΚΛΥΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ 101 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ2

Αριθμ.	Αρρ.
Έλλειψη συμμόρφωσης προς τις ιατρικές οδηγίες	64
Στις διαιτητικές	22
Στις φαρμακευτικές	6
Στις διαιτητικές και τις φαρμακευτικές	36
Ανεξέλεγκτη (πλημμελώς αντιμετωπιζόμενη) αρτ. Υπέρταση	44
Αρρυθμίες	29
Κολπική μαρμαρυγή	20
Κολπικός πτερυγισμός	7
Πολυεστιακή κολπική ταχυκαρδία	1
Κοιλιακή ταχυκαρδία	1
Περιβαλλοντική παράγοντες	19
Ανεπαρκής θεραπεία	17
Λοίμωξη αναπνευστικού	12
Συγκινησιακό stress	7
Χορήγηση ακατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής ή υπερφόρτωση υγρών	4
Έμφραγμα μυοκαρδίου	6
Ενδοκρινολογικές ανωμαλίες (θυρετοξίκωση)	1

Εκτός, όμως, από τα εκλυτικά αυτά αίτια είναι πολύ ουσιαστικής σημασίας στις περιπτώσεις της καρδιακής ανεπάρκειας, να αναζητείται και να ανευρίσκεται το υποκείμενο αίτιο της καρδιακής ανεπάρκειας, ώστε να είναι δυνατός ο καλύτερος χειρισμός των αρρώστων. Ο Follath3 υπογραμμίζει πόσο σημαντικό είναι να διευκρινίζεται κατά τον ακριβέστερο δυνατό τρόπο η αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας, όχι μόνο για αρρώστους που μετέχουν στις κλινικές δοκιμές, αλλά και για το χειρισμό των αρρώστων αυτών στην καθημερινή άσκηση της Ιατρικής γενικά, και της Καρδιολογίας ειδικότερα, από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Και παλαιότερα ο ίδιος ερευνητής (Follath και συν 19984) υποστήριξε την άποψη ότι η αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας παίζει πιθανότατα, σημαντικό ρόλο στην ανταπόκριση των αρρώστων αυτών στη φαρμακευτική θεραπεία καθώς και στην πρόγνωση. Αυτή η άποψη δε γίνεται δεκτή από άλλους5 που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει διαφορά στην ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή ανάμεσα σε αρρώστους με ισχαιμικής ή μη-ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια.

Βεβαίως, κάθε διαταραχή και/ή σοβαρή ανωμαλία ή νόσος του κυκλοφορικού συστήματος, αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως και αποτελεσματικά, αλλά αφεθεί αθεράπευτη, είναι πολύ πιθανό να εξελιχθεί προς καρδιακή ανεπάρκεια. Στην πράξη – η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας – μπορούν να ενταχθούν αιτιολογικά, σε δύο τύπους: την ισχαιμική και τη μη-ισχαιμική. Η μη-ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια, είναι κατά κανόνα (δες πιο κάτω), η τελική εξέλιξη της διατατικής μυοκαρδιοπάθειας.

Η διατατική μυοκαρδιοπάθεια είναι νόσος με κακή πρόγνωση και η επιβίωση των πασχόντων, μετά την πρώτη διάγνωση, δεν είναι πολύ μακρά. Μάλιστα πολύ συχνά οι πάσχοντες καταλήγουν από αιφνίδιο θάνατο. Διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή τη δυσμενή εξέλιξη, παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Τρίτος τόνος
Διαταραχή της αριστερής ενδοκοιλιακής αγωγής
Έλλειψη αριστερής κοιλιακής πάχυνσης
Ηλικία > των 55 ετών
Μεγαλοκαρδία
Ελαττωμένη καρδιακή παροχή
Χαμηλό κλάσμα εξώθησης
Χαμηλά επίπεδα Νατρίου στον ορό
Υψηλά επίπεδα Νοραδρεναλίνης στον ορό
Λειτουργική τάξη
Κοιλιακές αρρυθμίες
Μεγάλα ελλείμματα στο σπινθηρογράφημα με Θάλλιο-201
Ευρήματα από τη μυοκαρδιακή βιοψία
Σχήμα της αριστερής κοιλίας (περισσότερο σφαιρικό

** Από το: Wynne J, Braunwald E. The cardiomyopathies and myocarditides. Στο: Braunwald E (ed). HEART DISEASE. A textbook of cardiovascular medicine. 5th edition. W B Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, 1997, pp 1404-1463.*

Οι Chesebro και Busnett στο κλασικό εγχειρίδιο Καρδιολογίας «CARDIOLOGY, Fundamentals and Practice»6 της Mayo Clinic αναφορικά με την αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας σημειώνουν: «Επί του παρόντος, οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες στην καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ιδιοπαθής διατατική μυοκαρδιοπάθεια ή πρωτογενής μυοκαρδιακή νόσος που αντιπροσωπεύουν περίπου το 30% μέχρι 40% των ασθενών και η μυοκαρδιακή νόσος που οφείλεται σε νόσο των στεφανιαίων αρτηριών (ονομαζόμενη συχνά ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια) η οποία αντιπροσωπεύει περίπου το 60% των ασθενών που προσέρχονται με ανθεκτική καρδιακή ανεπάρκεια για να αντιμετωπισθούν με νεώτερους παράγοντες ή με μεταμόσχευση»

Ο πρακτικός, επομένως, καρδιολόγος που χειρίζεται περιπτώσεις ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, πρέπει να γνωρίζει ότι αιτιολογικά, οι άρρωστοί του θα εντάσσονται σε μία από τις δύο αυτές κατηγορίες : ισχαιμική και μη ισχαιμική. Κρίνεται, συνεπώς, ενδιαφέρον να ανασκοπηθεί η βιβλιογραφία και να ερευνηθεί εάν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των δύο αυτών αιτιολογικών τύπων, που να τους διαχωρίζουν στην κλινική πράξη.

Υπάρχουν αρκετές μελέτες7-10 που έχουν καταδείξει ποικίλες διαφορές ανάμεσα στην ισχαιμικής και μη ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω (ήδη από τον τίτλο) προκύπτει, ότι η αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας διαφέρει εξορισμού. Η κληρονομική επιβάρυνση 1, οι μηχανισμοί της γενετικής μεταβίβασης 2 και η οικογενής εμφάνιση 3 (για να αναφερθούμε, δειγματοληπτικά μόνο, στη γενετική) της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και της διατατικής μυοκαρδιοπάθειας παρουσιάζουν αδρές και ουσιαστικές διαφορές.

Μία άλλη βασική διαφορά είναι ότι η διαδικασία ανάπτυξης και εξέλιξης του συνδρόμου, καθώς και ο βαθμός -η βαρύτητα- της ισχαιμικής καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να επηρεασθούν αποτελεσματικά, από παρεμβάσεις του θεράποντα γιατρού που στοχεύουν και επιτυγχάνουν (όχι σπάνια) να βελτιώσουν το βαθμό της μυοκαρδιακής ισχαιμίας. Δηλαδή, η ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια είναι μία διεργασία εξελισσόμενη και δυναμική και, μερικώς τουλάχιστο, υποστρέψιμη8. Αυτό δεν ισχύει για την μη-ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια.

Κατά τους Heymes et al9, ασθενείς με διατατική μυοκαρδιοπάθεια παρουσιάζουν αυξημένη έκφραση του γονιδίου NOS2 ή NOS3 και αυτή η αυξημένη έκφραση συνδυάζεται με αύξηση του όγκου και του έργου παλμού της αριστερής κοιλίας, διότι η NOS μετατοπίζει προς τα δεξιά την καμπύλη πίεσης-όγκου της κοιλίας.

Ιάπωνες ερευνητές10 έδειξαν ότι, στη διατατική μυοκαρδιοπάθεια, η βιοδιαθεσιμότητα του NO στην περιφερειακή αγγειακή κοίτη είναι μειωμένη, με αποτέλεσμα τον αυξημένο αγγειακό τόνο που παίζει καθοριστικό ρόλο στη συμπτωματολογία των αρρώστων με καρδιακή ανεπάρκεια.

Ο Constant11 διαπίστωσε ότι οι βήτα αποκλειστές είχαν καλύτερη απόδοση σε πάσχοντες από καρδιακή ανεπάρκεια μη ισχαιμικής αιτιολογίας ενώ οι Adams και συν12 αναφέρουν ότι, γυναίκες με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια δείχνουν μακρύτερη επιβίωση από ό,τι οι άνδρες, ιδιαίτερα αν η αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας είναι μη-ισχαιμική.

Ένα σημαντικό πρόβλημα με προεκτάσεις παθοφυσιολογικές, διαγνωστικές και προληπτικές, που υπαγορεύει διαφορετική βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση των προσβαλλόμενων από το σύνδρομο της καρδιακής ανεπάρκειας, αναλόγως με τη βασική αιτιολογία του, είναι το θέμα του αιφνίδιου θανάτου στην κατάσταση αυτή13,14. Η συχνότητα και το στάδιο της νόσου κατά το οποίο θα εμφανισθεί ο αιφνίδιος θάνατος, επηρεάζεται διαφορετικά στην ισχαιμικής και την μη ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια. Οι διαφορές αυτές μπορεί να υπαγορεύουν διαφορετικούς χειρισμούς για την αποτελεσματική πρόληψη του αιφνιδίου θανάτου και/ή την αντιμετώπισή του. Ο αιφνίδιος θάνατος, ανεξάρτητα από το ποίο μπορεί να είναι το υποκείμενο αίτιο και ο μηχανισμός της επέλευσής του, αποτελεί το πιο δυσάρεστο και πιο καταστρεπτικό συμβάν που μπορεί να πλήξει έναν άνθρωπο και την οικογένειά του. Άρα οποιαδήποτε ενέργεια και παρέμβαση που θα οδηγούσε σε έγκαιρη αναγνώριση της απειλής και επηρεασμό της συχνότητάς του, θα ήταν περισσότερο από ευπρόσδεκτες.

Στην καρδιακή ανεπάρκεια, περισσότεροι από το 50% των πασχόντων καταλήγουν με αιφνίδιο θάνατο. Κατά μία ιταλική μελέτη14, στην ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια (που οι αιφνίδιοι θάνατοι είναι συχνότεροι από ό,τι στην καρδιακή ανεπάρκεια από διατατική μυοκαρδιοπάθεια) ο αιφνίδιος θάνατος από ταχυαρρυθμία είναι πιο συχνός σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια NYHA τάξης I και II (80%), παρά στις τάξεις III και IV (50%). Στη βαριά μορφή καρδιακής ανεπάρκειας οι αιφνίδιοι θάνατοι προκαλούνται από θρομβοεμβολικά επεισόδια, βραδυαρρυθμίες ή ηλεκτρομηχανικό διαχωρισμό. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης είναι το ότι σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια τάξης I και II που κινδυνεύουν από ταχυαρρυθμικό αιφνίδιο θάνατο (ενώ διατηρούν σημαντικές μυοκαρδιακές εφεδρείες), καθώς και στους τάξης III και IV που κινδυνεύουν από βραδυαρρυθμικό αιφνίδιο θάνατο, ο αιφνίδιος θάνατος θα μπορούσε να προληφθεί - στους τελευταίους αυτούς κατά τη φάση αναμονής για καρδιακή μεταμόσχευση - με την εμφύτευση ενός βηματοδότη-απινιδωτή. Αυτή η προφυλακτική αγωγή ενδείκνυται κυρίως, στους αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αιτιολογίας, στους οποίους ο αιφνίδιος θάνατος είναι συχνότερος.

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, η ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια έχει καλύτερη πρόγνωση από την μη-ισχαιμικής15. Άλλοι16,17 αντίθετα, υποστηρίζουν ότι η πρόγνωση είναι χειρότερη στην ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια. Προφανώς, οι αντίθετες αυτές θέσεις προκύπτουν από το ότι η προέλευση και η σύνθεση του «υλικού», δηλαδή το είδος των αρρώστων, καθώς και η «μεθοδολογία» που ακολουθήθηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, διαφέρει στις δύο ομάδες ερευνητών.

Όταν όλοι οι άρρωστοι με καρδιακή ανεπάρκεια υποβληθούν σε λεπτομερή διαγνωστική διερεύνηση και κυρίως σε αγγειογραφικό έλεγχο, θα βρεθούν να πάσχουν από ισχαιμική νόσο σε μεγαλύτερο ποσοστό, παρά αν η διάγνωση της αιτιολογίας της καρδιακής ανεπάρκειας στηριζόταν μόνο στην κλινική αξιολόγηση και τις αναίμακτες διαγνωστικές μεθόδους15.

Φαίνεται γενικώς, ότι η μη-ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια είναι καλύτερης πρόγνωσης και μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι ακόμη και η τύχη των μεταμοσχευομένων ασθενών είναι καλύτερη και η πορεία του μοσχεύματος ευνοϊκότερη, αν η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μη-ισχαιμικής αιτιολογίας18,19. Αυτό είναι πολύ σημαντικό δεδομένης της πολύ μικρότερης μέσης ηλικίας των μεταμοσχευομένων με μη-ισχαιμικού τύπου καρδιακή ανεπάρκεια.

Όμως, υπάρχουν και άλλες διαφορές ανάμεσα στους δύο κύριους αυτούς αιτιολογικούς τύπους καρδιακής ανεπάρκειας, που η σημασία τους ίσως να μη είναι απόλυτα κατανοητή και, βεβαίως, ούτε αξιολογήσιμη σήμερα. Απαριθμούνται και παρουσιάζονται πιο κάτω μερικές από τις διαφορές αυτές:

1. Η αμιωδαρόνη που χρησιμοποιείται συχνά σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια, βρέθηκε ότι προκαλεί αύξηση του παράγοντα νέκρωσης των όγκων-άλφα (Tumor Necrosis Factor-alfa, TNF-α) σε αρρώστους με ισχαιμικής αιτιολογίας καρδιακή ανεπάρκεια, όχι όμως στους πάσχοντες από μη ισχαιμικής αιτιολογίας20-21. Η αύξηση αυτή δε βρέθηκε να επηρεάζει την επιβίωση των ασθενών.

2. Οι τιμές του TNF-α, που είναι μία «προφλεγμονώδης» κυττοκίνη, και των διαλυτών υποδοχέων του (sTNFR = soluble TNF receptors) είναι αυξημένες σε ασθενείς με τελικού σταδίου ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια, μετά τη θεραπεία τους με μεταμόσχευση καρδιάς, αλλά και σε περιπτώσεις διατατικής μυοκαρδιοπάθειας21-26. Έχει μάλιστα βρεθεί θετική συσχέτιση των επιπέδων τουTNF-α με τη βαρύτητα και τη σοβαρότητα – και άρα και την πρόγνωση – της καρδιακής ανεπάρκειας. Υπάρχουν και άλλα, πιο πρόσφατα δεδομένα27-30 σχετικά με τον TNF-α. Ασφαλώς απαιτούνται μακροχρονιότερες παρατηρήσεις για να διευκρινισθεί η ακριβής σημασία των διαφορών στη συγκέντρωση των προφλεγμονωδών αυτών δεικτών και της προαναφερθείσης δράσης της αμιωδαρόνης.

3. Στη μελέτη CHF - STAT που περιλάμβανε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια, το ποσοστό των αρρώστων που έπασχαν από κολπική μαρμαρυγή ήταν μεγαλύτερο στην ομάδα των μη ισχαιμικών (δηλαδή των πασχόντων από διατατική μυοκαρδιοπάθεια)31. Κατά τους συγγραφείς του άρθρου, η παρατήρηση αυτή πιθανό να έχει και θεραπευτικές προεκτάσεις.

4. Μερική αριστερά κοιλιεκτομή κατά Batista έχει εφαρμοσθεί σε ανθεκτικές μορφές καρδιακής ανεπάρκειας από διατατική μυοκαρδιοπάθεια με ευνοϊκά αποτελέσματα τόσο στο σχήμα (εξάλειψη της σφαιρικότητας) όσο και στις διαστάσεις και τη λειτουργική απόδοση της κοιλίας που μελετήθηκε με τη μέθοδο της μαγνητικής αντήχησης32.

5. Η μελέτη των Hochleitner et al33 κατέδειξε ότι η διπλοεστιακή DDD βηματοδότηση μπορούσε να αποβεί επωφελής για τη μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση αρρώστων με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια από ιδιοπαθή διατατική μυοκαρδιοπάθεια. Ο αιφνίδιος θάνατος – που είναι συχνά ο κύριος μηχανισμός θανάτου στους πάσχοντες από καρδιακή ανεπάρκεια – παρουσιάζει διαφορετική συχνότητα (δες και πιο πάνω) στην ισχαιμική και μη ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια.

Για τη συζήτηση των πιο πάνω διαφορών που έχουν παρατηρηθεί από τους διάφορους ερευνητές, οι Opasich και Santini34 οργάνωσαν γραπτό συμπόσιο με προσκεκλημένους ερευνητές από διάφορα γεωγραφικά μήκη και πλάτη και δημοσίευσαν μία σειρά από ενδιαφέροντα άρθρα στην Ιταλική Καρδιολογική Επιθεώρηση.

Οι Zeng, Chen και Wu35 έδειξαν πειραματικά ότι τα επίπεδα της τροπονίνης Ι μπορεί να αυξάνουν και επί μυοκαρδιακής βλάβης μη ισχαιμικής αιτιολογίας.

Οι Malfatto et al36 , αλλά και άλλοι37-40 κατέδειξαν ότι ο τρόπος παρέμβασης και ανταπόκρισης του αυτόνομου νευρικού συστήματος στην καρδιακή ανεπάρκεια είναι διαφορετικός, ανάλογα με την αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας και αυτό μπορεί να έχει παθοφυσιολογικές και κλινικές επιπτώσεις.

Μία σειρά από άλλες μελέτες41-43 επισημαίνουν ιδιομορφίες σε επίπεδο κυτταρικό, μοριακό και βιοχημικό της ιδιοπαθούς διατατικής μυοκαρδιοπάθειας, που πρέπει ασφαλώς να ευθύνονται κατά ένα μέρος, για τις πιο πάνω διαφορές.

6. Άλλοι44-47 απέδωσαν, τουλάχιστο μερικές από τις διαφορές μεταξύ των δύο αιτιολογικών μορφών της καρδιακής ανεπάρκειας, στη διαφορετική δομή της μικροκυκλοφορίας στο ισχαιμικό και μη-ισχαιμικό μυοκάρδιο.

7. Οι μηχανισμοί της μυοκαρδιακής σύσπασης και χάλασης, αλλά και η έκταση και η «φύση» της δυσκινησίας και/ή δυσυνεργίας του μυοκαρδίου φαίνεται ότι είναι διαφορετικοί στις δύο αυτές μορφές της καρδιακής ανεπάρκειας48,49. Τα κύρια μόρια που εμπλέκονται στη λειτουργία της σύσπασης-χάλασης είναι αυτά των συσταλτών πρωτεϊνών (contractile proteins): της ακτίνης (λεπτά νηματίδια = fine filaments) και της μυοσίνης (παχιά νηματίδια = thick filaments). Στους μηχανισμούς αυτούς ο ρόλος διαφόρων ειδικών πρωτεϊνών και μεταλλικών ιόντων, κυρίως του ασβεστίου είναι καθοριστικός και πρωταρχικός. Για τη διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία, που αναφέρθηκε στην αρχή, ενδιαφέροντα στοιχεία παρουσιάζει η Γαλλική μελέτη του Lechat50, που αναφέρεται στη χρήση των βήτα-αποκλειστών.

8. Οι Young, et al51 χρησιμοποιώντας τρισδιάστατη μαγνητική αντήχηση μελέτησαν την ομοιογένεια ή όχι της μυοκαρδιακής κίνησης και της τάσης που αναπτύσσεται στο τοίχωμα του μυοκαρδίου σε ασθενείς με μη ισχαιμική διατατική μυοκαρδιοπάθεια και συμπέραναν ότι οι άρρωστοι αυτοί παρουσιάζουν σταθερά, ετερογένεια της μυοκαρδιακής τους τάσης.

Μπορεί συμπερασματικά να τονισθεί, ότι υπάρχουν, αναμφισβήτητα, κάποιες διαφορές ανάμεσα στους αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής και μη-ισχαιμικής αιτιολογίας, αλλά είναι ακόμη πολύ νωρίς για να ερμηνευθούν, να τυποποιηθούν και να καταταγούν σε κατηγορίες οι διαφορές αυτές, ώστε να αποκτήσουν τη συγκεκριμένη σημασία τους, η κάθε μία. Μία τέτοια διαφοροποίηση θα αναμενόταν να έχει κάποιες επιπτώσεις στον εν γένει χειρισμό και αντιμετώπιση των αρρώστων που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής και μη ισχαιμικής αιτιολογίας. Θα απαιτηθεί να παρακολουθηθούν επί σειρά ετών μεγάλες ομάδες από αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια διαφορετικής αιτιολογίας, ώστε τα συμπεράσματα από τις παρατηρήσεις αυτές να είναι βάσιμα και αξιόπιστα.

Πρόδρομος Λ. Ανθόπουλος, *Επιμ/τής Β΄ Αιμοδυναμικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»*

Νικόλαος Ι. Ζαμάνης *Επιμελητής της Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών*

Λάμπρος Π. Ανθόπουλος, *ομ. Καθηγητής του Παν/μίου Αθηνών, Δ/τής της Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών*

Βιβλιογραφία

1. Hunt SA, Baker BW, Chin HM, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, et al. Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: Executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure. J Am Coll Cardiol 2001, 38: 2101-2113.

2. Ghali JK, Kadakias S, Cooper A, Ferlinz J. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure: Traits among urban blacks. Arch Int Med 1988, 148: 2013-2019.

3. Follath F. Nonischemic heart failure: epidemiology, pathophysiology, and progression of disease. J Cardiovasc Pharmacol 1999, 33(Suppl 3): S31-S35.

4. Follath F, Cleland JG, Klein W, Murphy R. Etiology and response to drug treatment in heart failure. J Am Coll Cardiol 1998, 32: 1167-1172.

5. Abraham WT, Singh B. Ischemic and nonischemic heart failure do not require different treatment strategies. J Cardiovasc Pharmacol 1999, 33(Suppl 3): S1-S7.

6. Chesebro HJ, Burnett CJ, Jr. Cardiac failure: Characteristics and clinical manifestations. Στο: Bradenburg OE, Fuster V, Giuliani RE, McGoon CW (eds) CARDIOLOGY, Fundamentals and Practice. Year Book Medical Publishers, Chicago, London

Boca Raton, 1987, p 645-665.

7. Braunwald E, Colucci SW, Grossman W. Clinical aspects of heart failure: High output heart failure; pulmonary edema. Στο: Braunwald E (ed). HEART DISEASE. A textbook of cardiovascular medicine. 5th edition. W B Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, 1997, pp 445-470.

8. Opie LH. The multifarious spectrum of ischemic left ventricular dysfunction: Relevance of new ischemic syndromes. J Mol Cell Cardiol 1996, 28: 2403-2414.

9. Heymes C, Vanderheyden M, Bronzwaer JG, Shah AM, Paulus WJ. Endomyocardial nitric oxide synthase and left ventricular preload reserve in dilated cardiomyopathy. Circulation 1999, 99: 3009-3016.

10. Yoshida H, Nakamura M, Akatsu T, Arakawa N, Hiramori K . Effects of nitric oxide inhibition on basal forearm blood flow in patients with nonischemic chronic heart failure. Heart Vessels 1998, 3: 142-146.

11. Constant J. A review of why and how we may use beta-blockers in congestive heart failure. Chest 1998, 113: 800-808.

12. Adams KF Jr; Sueta CA, Gheorghiade M, O'Connor CM, Schwartz TA, Koch GG, et al. Gender differences in survival in advanced heart failure. Insights from the FIRST study. Circulation 1999, 99: 1816-1821.

13. Ishida K, Takagi T, Ohkura K, Yabuki S, Machii K, Ito M, et al. Out-of-hospital sudden cardiac death: a comparative study spanning 10 years. J Cardiol 1989, 19: 765-773.

14. Ansalone G, Giannantoni P, Santini M. The stratification and prevention of the arrhythmia risk in nonischemic dilated cardiomyopathy. G Ital Cardiol 1998, 28: 1288-1302.

15. Ho KK, Pisky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: The Framingham study. J Am Coll Cardiol 1993, 22: 6A-13A.

16. Franciosa JA, Wilen M, Ziesch S, Cohn JN. Survival in men with severe chronic left ventricular failure due to either coronary heart disease or idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 1983, 51: 831-836.

17. Adams KF, Dunlap SH, Sueta CA, Clarke SW, Paterson JH, Blauwet MB, et al. Relation between gender, etiology and survival in patients with symptomatic heart failure. J Am Coll Cardiol 1996, 28: 1781-1788.

18. Dreifuss P. Therapy of terminal dilated cardiomyopathy with growth hormone. Z Kardiol 1998, 87: 425-435.

19. Follath F. Ischemic vs nonischemic heart failure—does aetiology matter? Ther Umsch 2000, 57: 321-323.

20. Oral H, Fisher SG, Fay WP, Singh SN, Fletcher RD, Morady F, et al. Effects of amiodarone on tumor necrosis factor-alpha levels in congestive heart failure secondary to ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 1999, 83: 388-391.

21. Torre-Amione G, Kapadia S, Lee J, Durand JB, Bies RD, Young JB, et al. Tumor necrosis factor-α and tumor necrosis factor receptors in the failing human heart. Circulation 1996, 93: 704-711.

22. Levine B, Kalman J, Mayer A, Fille HM, Packer M. Elevated circulating levels of tumor necrosis factor in severe chronic heart failure. N Engl J Med 1990, 323: 236-241.

23. McMurray J, Abdullah I, Dargie HJ, Shapiro D. Increased concentrations of tumor necrosis factor in "cachectic" patients with severe chronic heart failure. Br Heart J 1991, 66: 356-358.

24. Dutka DP, Elborn JS, Delamere F, Shale DJ MorriGK. Tumor necrosis factor-α in severe congestive cardiac failure. Br Heart J 1993, 70: 141-143.

25. Ferrari R, Bachetti T, Confortini R, Opasich C, Febo O, Corti A, et al. Tumor necrosis factor soluble receptors in patients with various degrees of congestive heart failure. Circulation 1995, 92: 1479-1486.

26. Baan CC, Balk AH, Holweg CT, van Riemsdijk IC, Maat LP, Vantrimpont PJ, et al. Renal failure after clinical heart transplantation is associated with the TGF-beta 1 codon 10 gene polymorphism. J Heart Lung Transplant 2000, 19: 866-872.

27. Tsutamoto T, Wada A, Ohnishi M, Tsutsui T, Ishii C, et al. Transcardiac increase in tumor necrosis factor-alpha and left ventricular end-diastolic volume in patients with dilated cardiomyopathy. Eur J Heart Fail 2004, 6: 173.

28. Chang HJ, Chung J, Choi BJ, Choi TY, Choi SY, et al. The origin of proinflammatory cytokines in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. J Korean Med Sci 2003, 18: 791.

29. Adamopoulos S, Parissis JT, Paraskevaidis I, Karatzas D, Livanis E, et al. Effects of growth hormone on circulating cytokine network, and left ventricular contractile performance and geometry in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. Eur Heart J 2003, 24: 2186.

30. Node K, Fujita M, Kitakaze M, Hori M, Liao JK. Short-term statin therapy improves cardiac function and symptoms in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. Circulation 2003, 108: 839.

31. Deedwania CP, Singh NB, Ellenbogen K, Fisher S, Fletcher R, Singh SN, et al. Spontaneous conversion and maintenance of sinus rhythm by amiodarone in patients with heart failure and atrial fibrillation. Observations from the Veterans Affairs Congestive Heart Failure Survival Trial of Antiarrhythmic Therapy (CHF – STAT). Circulation 1998, 98: 2574-2579.

32. Parga JR, Avila LF, Bacal F, Moreira LF, Stolf NG, Ramires JA, et al. Partial left ventriculectomy in severe idiopathic dilated cardiomyopathy: assessment of short-term results and their impact on late survival by magnetic resonance imaging. J Magn Reson Imaging 2001, 13: 781-786.

33. Hochleitner M, Hörtnagl H, Hörtnagl H, Fridrich L, Gschnitzer F. Long-term efficacy of physiologic dual-chamber pacing in the treatment of end-stage idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 1992, 70: 1320-1325.

34. Opasich C, Santini M. [Arrhythmia risk stratification in patients with heart failure. Foreword] ['Αρθρο στην Ιταλική] Ital Heart J 2001, 12 (Suppl): 1263-1264.

35. Zeng L, Chen Y, Wu M. [Cardiac troponin I: a marker for detecting non-ischemic cardiac injury] ['Αρθρο στην Κινεζική] Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2001 , 81: 393-395.

36. Malfatto G, Branzi G, Gritti S, Sala L, Bragato R, Perego GB, et al. Different baseline sympathovagal balance and cardiac autonomic responsiveness in ischemic and non-ischemic congestive heart failure. Eur J Heart Fail 2001, 2 : 197-202.

37. Ajiki K, Murakawa Y, Yanagisawa-Miwa A, Usui M, Yamashita T, et al. Autonomic nervous system activity in idiopathic dilated cardiomyopathy and in hypertrophic cardiomyopathy. Am J Cardiol 1993, 71: 1316.

38. Radaelli A, Coats AJ, Leuzzi S, Piepoli M, Meyer TE, et al. Physical training enhances sympathetic and parasympathetic control of heart rate and peripheral vessels in chronic heart failure. Clin Sci (Lond) 1996, 91 Suppl: 92.

39. Miyamoto S, Fujita M, Sekiguchi H, Okano Y, Nagaya N, et al. Effects of posture on cardiac autonomic nervous activity in patients with congestive heart failure. J Am Coll Cardiol 2001, 37: 1788.

40. Adamopoulos S, Piepoli M, McCance A, Bernardi L, Rocadaelli A, et al. Comparison of different methods for assessing sympathovagal balance in chronic congestive heart failure secondary to coronary artery disease. Am J Cardiol 1992, 70: 1576.

41. Cohn JN. Structural basis of heart failure: ventricular remodeling and its pharmacologic inhibition. Circulation 1995, 91: 2504-2507.

42. D'Agnolo A, Luciani GB, Mazzucco A, Gallucci V, Salvichi G. Contractile properties and Ca2+ release activity of the sarcoplasmic reticulum in dilated cardiomyopathy. Circulation 1992, 85: 518-525.

43. Sainte Beuve C, Allen PD, Dambrin G, Rannou F, Marty I, Trouve P, et al. Cardiac calcium release channel (ryanodine recepor) in control and cardiomyopathic human hearts: mRNA and protein contents are differentially regulated. J Mol Cell Cardiol 1997, 29: 1237-1246.

44. Liu PP, Mak S, Stewart DJ. Potential role of the microvasculature in progression of heart failure. Am J Cardiol 1999, 84(4A): 23L-26L.

45. Canetti M, Akhter MW, Lerman A, Karaalp IS, Zell JA, et al. Evaluation of myocardial blood flow reserve in patients with chronic congestive heart failure due to idiopathic dilated cardiomyopathy. Am J Cardiol 2003, 92: 1246.

46. De Boer RA, Pinto YM, Van Veldhuisen DJ. The imbalance between oxygen demand and supply as a potential mechanism in the pathophysiology of heart failure: the role of microvascular growth and abnormalities. Microcirculation 2003, 10: 113.

47. Chang CJ, Chou YY, Lee YS. Electron microscopic studies of microvasculature and sympathetic nerve fibers in dilated cardiomyopathy Chin Med J (Engl) 1998, 111: 929.

48. Meyer M, Schillinger W, Pieske B, Holubarsch C, Hillman C, Posival H, et al. Alterations of sarcoplasmic reticulum proteins in failing human dilated cardiomyopathy. Circulation 1995, 92: 778-784.

49. Nanna M, Palma A, Rajachandran M, Maher M, Shen Z, Sonnenblick EH, et al. Diagnostic value of left ventricular dyssynergy patterns in ischemic and non-ischemic cardiomyopathy. Coron Artery Dis 1993, 4: 919-927.

50. Lechat P. Beta-blockers and heart failure. Therapie 1994, 49: 219-224.

51. Young AA, Dokos S, Powell KA, Sturm B, McCulloch AD, Starling RC, et al. Regional heterogeneity of function in nonischemic dilated cardiomyopathy. Cardiovasc Res 2001, 49: 308-318.

Περίληψη

Παρουσιάζεται ευρεία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πάνω στους δύο αιτιολογικούς τύπους καρδιακής ανεπάρκειας: την ισχαιμική και την μη ισχαιμική.

Επισημαίνονται στη βιβλιογραφία αρκετές διαφορές ως προς την κλινική εμφάνιση, την πορεία, την ανταπόκριση σε θεραπευτικές μεθόδους και τεχνικές, το προσδόκιμο ζωής και την πρόγνωση, τον τρόπο και τη μορφή του θανάτου, αλλά και την έκφραση διαφόρων δεικτών σε κυτταρικό επίπεδο. Εντούτοις, πιστεύεται ότι για την πλήρη αξιολόγηση των διαφορών αυτών στην κλινική πράξη, θα πρέπει να αναμείνει κανείς τη διεξαγωγή πολυκεντρικών μελετών με μεγάλους αριθμούς πασχόντων για τη διατύπωση τελικών συμπερασμάτων και την αξιολόγηση των όποιων διαφορών.

Ηλεκτροπληξία (electric shock)

Αφορμή για την σύνταξη αυτού του άρθρου ήταν η εισαγωγή και νοσηλεία στη ΜΕΘ του ΠΝΤ άντρα 47 ετών ο οποίος εργαζόμενος στην σήραγγα Αρτεμισίου, υπέστη ηλεκτροπληξία από ρεύμα τάσης 20000 volts (στοιχεία από εργατικό κέντρο και ΥΕΒ Αρκαδίας).

Συνέπεια αυτού ήταν να υποστεί εγκαύματα στο ΔΕ γόνατο, στην πλάτη, και στον αντίχειρα (πύλη εισόδου). Εισήχθη και νοσηλεύθηκε επί 24ωρο στην ΜΕΘ Νοσοκομείου Τρίπολης και μετά από 2 ακόμα 24ωρα εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση.

Η επαφή με ηλεκτρικές διατάξεις περικλείει κινδύνους για τη ζωή και την υγεία του ανθρώπου. Οι κίνδυνοι είναι ιδιαίτερα αυξημένοι για όσους εργάζονται ή πειραματίζονται επί ηλεκτρικών διατάξεων, επειδή η συχνή επαφή και η ρουτίνα μειώνουν την προσοχή και αυξάνουν την πιθανότητα ατυχήματος.

Η αιτία της ηλεκτροπληξίας είναι η διαφορά δυναμικού που αναπτύσσεται μεταξύ δύο σημείων του ανθρώπινου σώματος. Όμως, αυτό που την καθιστά επικίνδυνη είναι η ένταση και η χρονική διάρκεια του ηλεκτρικού ρεύματος που προκαλείται, ιδιαίτερα στην περιοχή της καρδιάς.

Τον συγκεκριμένο τραυματία τον επισκεφθήκαμε δέκα περίπου ημέρες μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο. Ήταν σε άριστη γενική κατάσταση.

Τι είναι και πως αντιμετωπίζεται

Η επαφή με ηλεκτρικές διατάξεις περικλείει κινδύνους για τη ζωή και την υγεία του ανθρώπου. Οι κίνδυνοι είναι ιδιαίτερα αυξημένοι για όσους εργάζονται ή πειραματίζονται επί ηλεκτρικών διατάξεων, επειδή η συχνή επαφή και η ρουτίνα μειώνουν την προσοχή και αυξάνουν την πιθανότητα ατυχήματος.

Η αιτία της ηλεκτροπληξίας είναι η διαφορά δυναμικού που αναπτύσσεται μεταξύ δύο σημείων του ανθρώπινου σώματος. Όμως, αυτό που την καθιστά επικίνδυνη είναι η ένταση και η χρονική διάρκεια του ηλεκτρικού ρεύματος που προκαλείται, ιδιαίτερα στην περιοχή της καρδιάς.

Στις χαμηλές τάσεις (50 V μέχρι 1000 V) διακρίνουμε τις παρακάτω περιοχές εντάσεων:

α) Ρεύματα από 1 mA μέχρι 10 mA προκαλούν μόνον ακίνδυνες μυϊκές συσπάσεις.

β) Ρεύματα από 10 mA μέχρι 25 mA δεν είναι επικίνδυνα, εκτός αν διαρκούν πολύ, για παράδειγμα μερικά λεπτά της ώρας.

γ) Ρεύματα από 25 mA μέχρι 75 mA είναι επικίνδυνα. Όταν διαρκούν περισσότερο από 30 sec, είναι θανατηφόρα, επειδή προκαλούν τη διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς.

δ) Ρεύματα μεγαλύτερα από 75 mA προκαλούν τον θάνατο, ακόμη και αν διαρκέσουν κλάσματα του δευτερολέπτου.

Η διέλευση ρεύματος από το ανθρώπινο σώμα επί μεγάλο χρονικό διάστημα, ή ρεύματος μεγάλης έντασης προκαλεί εγκαύματα, περισσότερο ή λιγότερο σοβαρά. Η επίδραση που έχει το ηλεκτρικό ρεύμα εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του.

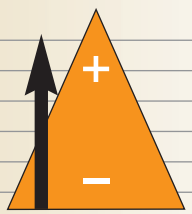
Το εναλλασσόμενο ρεύμα προκαλεί συσπάσεις των μυών και νευρικό shock.

Το συνεχές ρεύμα προκαλεί ηλεκτρολυτική διάσπαση των φυσιολογικών υγρών του σώματος.

Οι υψηλές τάσεις προκαλούν σχεδόν πάντοτε ανακοπή της καρδιάς και εσωτερικά εγκαύματα.

Πίνακας 1: Αξιολόγηση της ηλεκτρικής αντίστασης των ιστών του σώματος, κατά αύξουσα κλίμακα. (Ηλεκτρικά εγκαύματα Δ.Χατζηπουλίδη, εκδόσεις Σιώκης, Θεσσαλονίκη 1997)

ΟΣΤΑ
ΛΙΠΟΣ
ΤΕΝΟΝΤΕΣ
ΔΕΡΜΑ
ΜΥΕΣ
ΑΓΓΕΙΑ
ΝΕΥΡΑ



Η κατανομή των βλαβών στους διάφορους ιστούς του σώματος ακολουθεί την πορεία που ακολούθησε το ρεύμα. Ο κίνδυνος βλαβών από ηλεκτρισμό αυξάνει όπως αυξάνει η τάση η τάση (Volts), του ρεύματος που προκαλεί την κάκωση.

Μεταξύ των ιστών του σώματος το δέρμα παρουσιάζει την μεγαλύτερη αντίσταση που ανέρχεται σε 100.000 Ω όταν είναι στεγνό. Αυτή η αντίσταση μειώνεται σημαντικά όταν βραχεί ή αλειφθεί με αγώγιμη γέλη (gel).

Η βλάβη που προκαλεί το ηλεκτρικό ρεύμα εξαρτάται από την ποσότητα του ρεύματος που διασχίζει το σώμα.

Τάση <6 volts θεωρείται ακίνδυνη.

Η ελάχιστη τάση που μπορεί να είναι θανατηφόρος για στεγνό περιβάλλον είναι τα 45 volts και τα 25 volts για υγρό. Νεκρώσεις μυών παρατηρούνται σε τάσεις >500 volts.

Βλάβες ηλεκτροπληξίας:

1. θερμική. Προκαλεί ισχαιμία και νέκρωση μέσω πήξης και θρόμβωσης. Η βλάβη είναι συνήθως μεγαλύτερη της αρχικά ορατής. Οι θερμικές κακώσεις είναι εντονότερες στους εν τω βάθει ιστούς όπου δεν μπορούν να αποβάλλουν εύκολα την δημιουργούμενη θερμότητα

2. καρδιά: Τόσο οι αλλοιώσεις του ΗΚΓ, όσο και η άνοδος της CPK-MB. Οι επιδράσεις επί της καρδιάς είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει την παραμονή ή μη στο Νοσοκομείο

3. σκελετικοί μύες: Αν την στιγμή της προσβολής αν το χέρι κρατά σταθερά την πηγή του ηλεκτρισμού είναι πολύ πιθανό η προκαλούμενη σύσπαση των καμπτήρων μυών να μην επιτρέψει στο θύμα να απομακρύνει το χέρι του (φαινόμενο προσκόλλησης). Αντίθετα εάν δεν είναι σε άμεση επαφή με την πηγή του ηλεκτρισμού προκαλείται μυϊκή σύσπαση που μπορεί να τον τινάξει μακριά τον τραυματία («τον τίναξε το ρεύμα...»)

4. νευρικό σύστημα: Συνήθως προκαλείται απώλεια συνείδησης. Όψιμες εκδηλώσεις κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγος, σπασμοί.

5. ουροποιητικό: Από τη δίοδο του ηλεκτρισμού προκαλείται νεφρική βλάβη, η οποία οφείλεται αφενός μεν στην υποογκαιμία, αφετέρου δε στην καθίζηση μυοσφαιρίνης ή αιμοσφαιρίνης στα νεφρικά σωληνάρια.

6. αναπνευστικό: Πιθανή η πρόκληση αναπνευστικής ανεπάρκειας από βλάβη των αναπνευστικών μυών. Ίσως δεν πρέπει να παραβλέπεται και το ενδεχόμενο δημιουργίας οιδήματος και απόφραξης των ανώτερων αεροφόρων οδών.

7. πεπτικό: Σπανιότερες βλάβες όπως παραλυτικός ειλεός, νέκρωση ή διάτρηση του πεπτικού σωλήνα

8. αγγεία: Παρουσιάζουν μικρή ηλεκτρική αντίσταση και γι΄ αυτό υφίστανται σημαντικές βλάβες, οι οποίες είναι συνάρτηση της αναπτυσσόμενης θερμότητας, που φτάνει μέχρι καταστροφή του αγγείου και πρόκληση ενδοαγγειακής πήξης.

Αντιμετώπιση

Προνοσοκομειακή: πρέπει να αποδεσμευτεί ο τραυματίας από τη τάση. Αυτή είναι μια διαδικασία που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Απαραίτητη είναι η διακοπή του ρεύματος ιδίως στις υψηλές τάσεις. Πρέπει αυτός που κάνει την προσπάθεια να φροντίζει ώστε να μην είναι καλός αγωγός του ηλεκτρισμού για να αποφύγουμε υποτροπή του συμβάντος. Η χρήση ενός ξύλου (κακός αγωγός του ηλεκτρισμού) διευκολύνει παρόμοιους χειρισμούς, ώστε να απομακρύνουμε τον τραυματία από την πηγή του ηλεκτρισμού. Ακόμα και το πάτημα πάνω σε μια στεγνή εφημερίδα βοηθά.

Στο Νοσοκομείο: εφαρμόζεται ΚΑΡΠΑ, ΗΚΓ και monitoring για την έγκαιρη διαπίστωση πιθανών αρρυθμιών. Επίσης ιδιαίτερου ενδιαφέροντος είναι η επίτευξη ικανοποιητικής διούρησης, για την αποφυγή νεφρικής βλάβης από την εναπόθεση μυοσφαιρίνης στα νεφρικά σωληνάρια. Εντοπίζονται και αξιολογούνται τα σημεία που επλήγησαν από τον ηλεκτρισμό. Ο αντιτετανικός εμβολιασμός είναι απαραίτητος.

Στη ΜΕΘ : υποστήριξη όλων των συστημάτων. Αντιμετώπιση αρρυθμιών, φαρμακευτικά, ή και με εφαρμογή βηματοδότη. Χημειοπροφύλαξη, ενίσχυση και διατήρηση άφθονης διούρησης, αλκαλοποίηση των ούρων.

Αντιμετώπιση των κακώσεων διαφόρων οργάνων, σύνδρομα διαμερίσματος, νεκρώσεις . Πρέπει όμως να είμαστε επιφυλακτικοί στον καθορισμό της έκτασης της βλάβης και στο ύψος του απαιτούμενου ακρωτηριασμού, καθώς είναι δύσκολο από τις πρώτες εκτιμήσεις να καθοριστεί από την αρχή η έκταση της νέκρωσης (κίνδυνος «σαλαμοποίησης» του άκρου όπου κόβεις και ξανακόβεις για να φτάσεις σε υγιές κολόβωμα). Επίσης φυσικοθεραπεία αλλά και ψυχολογική υποστήριξη.

Θοδωρής Θεοδωρόπουλος
Χειρουργός
Επιμ. Β ΜΕΘ ΠΝΤ

Αντίχειρας ΔΕ άκρας χειρός
(πύλη εισόδου του ηλεκτρισμού

Έγκαυμα ΔΕ γόνατος, μετά τον χειρουργικό καθαρισμό

Εγκαύματα πλάτης

ΟΓΚΟΓΟΝΙΔΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η πρόληψη και θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του πνεύμονα προϋποθέτει την ακριβή γνώση των μοριακών και γενετικών μηχανισμών, οι οποίοι λαμβάνουν χώρα στην ασθένεια αυτή και περιλαμβάνουν, την μεταβολή της έκφρασης αριθμού ογκογονιδίων και ειδικές ή μη ειδικές χρωμοσωμιακές ανωμαλίες όπως: απώλειες, μετατοπίσεις και σημειακές μεταλλάξεις.

Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, έχουν εκτεθεί σε διάφορα μέσα που μπορούν να επιφέρουν την συσσώρευση μιας σειράς γενετικών ανωμαλιών, περιλαμβανομένης της ενεργοποίησης των ογκογόνων γονιδίων ή την αδρανοποίηση των ογκοκατασταλτικών γονιδίων.

Αποτρέποντας αυτή την φθοροποιό έκθεση, επιτυγχάνουμε στις προσπάθειες μας για πρόληψη του καρκίνου.

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα απαιτεί ένα ευρύ αριθμό και τύπο αλλοιώσεων στα ογκογόνα γονίδια και στα ογκοκατασταλτικά γονίδια, σε ρυθμό 10-20 βλάβες σε μια περίπτωση όγκου. Ίσως αυτό δεν θα πρέπει να μας εκπλήττει, διότι εργαστηριακές έρευνες απέδειξαν ότι ακόμα και τα ογκογόνα γονίδια απαιτούν την συνεργασία περισσοτέρου του ενός για να μεταλλάξουν φυσιολογικά κύτταρα π.χ. ένας συνδυασμός των c-myc και μεταλλαγμένου γονίδιου ras.

(α) Ενεργοποίηση των ογκογόνων γονιδίων

Εδώ και μερικά χρόνια, έχουν περιγραφεί από τους Huebner και Todaro μια σειρά γονιδίων που συνδέονται με την ανάπτυξη των καρκίνων, τα λεγόμενα ογκογονίδια, τα οποία δημιουργήθηκαν αν από αλλαγές ομαλών γονιδίων, των πρωτοογκογονιδίων του κυττάρου, γονίδια απαραίτητα για την ορμονική ανάπτυξη, πολλαπλασιασμό και διαφοροποίηση των κυττάρων.

Οι περισσότερες πληροφορίες, σχετικές με την μεταβολή των ογκογονιδίων στον καρκίνο του πνεύμονα, προήλθαν από την μελέτη κυτταρικών σειρών μικροκυτταρικών και μη μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα.

Ογκογονίδια που ανήκουν σε διάφορες οικογένειες όπως τα μέλη Ο,Ν- και L-myc της οικογένειας myc, το K-ras και το c-myb κατεδείχθη ότι ενέχουν γενετικές ανωμαλίες, σε περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα. Οι ανωμαλίες αυτές συνίστανται σε μεταλλάξεις και μεταβολές που προδιαθέτουν, συχνά σε υψηλά επίπεδα έκφρασης των κυτταρικών πρωτοογκογονιδίων.

Είναι πλέον γνωστή από in vitro έρευνες και από κλινικής πλευράς η ταχεία ανάπτυξη του όγκου και κατά συνέπεια η κακή πρόγνωση σε ασθενείς που έχουν ενισχυμένο το c-myc γονίδιο.

Σε πρόσφατες μελέτες ενισχυμένο και υπερεκφρασμένο L-myc γονίδιο έχει ενοχοποιηθεί στις μεταστατικές μορφές του καρκίνου του πνεύμονα διαφόρων ιστολογικών τύπων.

Περαιτέρω μελέτες σε ευρύτερα στάδια κυτταρικών σειρών, αμφοτέρων των μικροκυτταρικών και μη μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα, απεκάλυψαν ότι και άλλες ομάδες της οικογένειας των myc ογκογονιδίων επωνομαζόμενα N-και L-myc θα μπορούσαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στη βιολογία των μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα. Όπως και στο c-my, στα περισσότερα παρασκευάσματα όπου η ενίσχυση του N-my αποδείχθηκε, υπερέκφραση του N-myc mRNA εσημειώθη. Αντιθέτως έκφραση του L-myc βρέθηκε να συμβαίνει και με απουσία της γονιδιακής ενίσχυσης στις κυτταρικές σειρές μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα!

Ταυτόχρονη έκφραση των Ο,Ν ή L-myc δεν παρατηρήθηκε στις κυτταρικές αυτές σειρές.

Αντίθετα στις κυτταρικές σειρές των μη μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα αποδείχθηκαν πολλές περιπτώσεις ενίσχυσης των C και L-myc γονιδίων.

Τα αποτελέσματα μιας ερευνητικής εργασίας κατέδειξαν ότι η οικογένεια των my-ογκογονιδίων δεν παίζει μόνο σημαντικό ρόλο στα πρώιμα στάδια της βιολογίας και παθογένεσης του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα, αλλά μπορούν να συμβάλλουν στην επιθετικότερη συμπεριφορά του όγκου και συχνά σε υποτροπές.

Επιπροσθέτως γονίδια της οικογενείας myc ιδιαιτέρως το c-myc βρίσκονται ενισχυμένα στους μη μικροκυτταρικούς καρκίνους του πνεύμονα, υποδεικνύοντας τον σημαντικό ρόλο αυτών των γονιδίων στην βιολογική μελέτη αμφοτέρων των μικροκυτταρικών και μη μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα.

Σε μη μικροκυτταρικούς όγκους του πνεύμονα το K-ras ογκογονίδιο της οικογενείας ras ενοχοποιήθηκε ιδίως σε περιπτώσεις αδενοκαρκινώματος.

Μία άλλη ποικιλία ογκογονιδίων το c-myb, επισημάνθηκε ως υπερεκφρασμένο και ενισχυμένο σε ένα μικρό αριθμό κυτταρικών σειρών των μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα.

Επαυξημένη έκφραση των ογκογονιδίων, που κωδικοποιούν αυξητικούς παράγοντες και τους υποδοχείς τους ανευρέθηκαν στα κύτταρα του καρκίνου των πνευμόνων. Σε πολλά παρασκευάσματα μη μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα όλων των ιστολογικών τύπων, εκπεφρασμένοι υποδοχείς του επιδερμιδικού αυξητικού παράγοντα και συγκεκριμένα το ογκογονίδιο c-erb B, μπορούν να ανιχνευτούν, ενώ απουσιάζουν από τα περισσότερα παρασκευάσματα των μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα, πράγμα που σημαίνει ότι ο επιδερμιδικός αυξητικός παράγοντας δυνατόν να είναι ένας σημαίνων αυξητικός παράγων στην παθογένεση το:ν μη μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα.

Αλλα ογκογονίδια που ανευρέθηκαν στους μικροκυτταρικούς και μη μικροκυτταρικούς όγκους του πνεύμονα είναι το c-raf και το c-jun. Το c-junk βρέθηκε εκπεφρασμένο σε υψηλά επίπεδα στους μικροκυτταρικούς και μη μικροκυτταρικούς καρκίνους του πνεύμονα.

Το c-jun ανευρίσκεται στην ίδια χρωμοσωμιακή περιοχή

όπως το L-myc (Ip 31-32) και φαίνεται να είναι το πρωτο-ογκογονίδιο ισοδύναμο με τον παράγοντα αντιγραφής Ap-1 και έτσι είναι στενά συνδεδεμένο με την διαδικασία της αντιγραφής και με την προαγωγή του όγκου. Ενδιαφέρουσες εργαστηριακές παρατηρήσεις υπο-δεικνύουν ότι μια υποβαθμισμένη έκφραση ενός φυσιολογικού μη μεταλλαγμένου ανθρωπινου γονιδίον c-jun σε συνεργασία με ένα ενεργοποιημένο ras γονίδιο είναι σε θέση να μετατρέψει φυσιολογικά κύτταρα σε κακοήθη. Αυτή η ενέργεια επαυξάνεται σημαντικ με την μεσολάβηση ενός παράγοντα που προάγει τον όγκο. Έτσι γεννάται η υπόθεση ότι σε κύτταρα φυσιολογικού πνεύμονα και καρκίνου του πνεύμονα, όπου ο παράγων αντιγραφής ενεργοποιείται μιμούμενος χρόνιο ερεθισμό από προαγωγούς του όγκου μπορεί τότε να συνεργαστεί με αρχόμενα γενετικά φαινόμενα (όπως π.χ. μια ενεργό ποίηση του ras ογκογονιδίου) «.ε δυνατότητα εξαλλαγής.

(β) Αδρανοποίηση των ογκοκατασταλτικών γονιδίων

Μία άλλη κατηγορία γονιδίων περιλαμβάνει τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, των οποίων η έκφραση καταστέλλει τον καρκινικό φαινότυπο.

Κυτταρογενετικές σπουδές απέδειξαν πολλές χρωμοσωμιακές μεταβολές στον καρκίνο του πνεύμονα, τόσο αριθμητικές ανωμαλίες όσο και δομικές, που περιλαμβάνουν απώλειες και μεταθέσεις τμημάτων του DNA.

Η προεξάρχουσα από αυτές τις ανωμαλίες, η οποία ανεβρεθεί σε όλους τους τύπους του καρκίνου του πνεύμονα, είναι η απώλεια υλικού από την περιοχή του χρωμοσώματος 3p (1 4-23) η οποία είναι το βραχύτερο σκέλος στην περιοχή 3p21, περιοχή στην οποία όπως έχει αποδειχθεί, με χρωμοσωμιακές τεχνικές και τεχνικές κλωνοποίησης βρίσκεται φυσιολογικά ένα αντιογκογονίδιο, υποδηλώ-νοντας έτσι ότι είναι μια προϋπόθεση για την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, ως και ένα πρώιμο βήμα στην παθογένεση. Είναι πολύ ενδιαφέρον ότι η ανωτέρω περιοχή θεωρείται ένα ευαίσθητο σημείο στο γένωμα του ανθρώπου και αυξημένη ρήξις παρατηρείται στα φυσιολογικά κύτταρα των καπνιστών. Ολα αυτά τα ευρήματα συντείνουν στην δυνατότητα αποκατάστασης του μειονεκτήματος, εισάγοντας στα καρκινικά κύτταρα του πνεύμονα ένα φυσιολογικό αντίγραφο του γονιδίου. Παρόμοια φαινόμενα σημειώθηκαν επί άλλων όγκων του ανθρώπου όπως του Wilms και του ρετινοβλαστώματος. Πρόσφατα μια άλλη κυτταρογενετική ανωμαλία, όσον αφορά την δημιουργία και την έκφραση του γονιδίου του ανθρώπινου ρετινοβλαστώματος (Rb), αποκαλύφθηκε στους μι κροκυτταρικούς αλλά όχι στους μη μικροκυτταρικούς καρκίνους του πνεύμονα.

Το ειδικό γονίδιο του Rb έχει χαρτογραφηθεί στο χρωμόσωμα 13q 14. Από έρευνες διαφαίνεται ο σημαντικός ρόλος του γονιδίου του ρετινοβλαστώματος στην παθογένεση του μικροκυτταρικού όγκου του πνεύμονα, αλλά και στην βιολογία ενός ευρέως φάσματος κοινών όγκων. ενώ υπερεκφρασμένο, πυρηνικό αντιογκογονίδιο P-53, επίσης βρέθηκε σε αμφότερες των περιπτώσεων, μικροκυτταρικων και μη μικροκυτταρικων καρκίνων του πνεύμονα,: κυτταρικές σειρές, εν τούτοις ενίσχυση του P-53 στο DNA δεν κατέστει δυνατόν να επισημανθεί.

Πρόσφατες κυτταρογεννετικές αναλύσεις σε όγκους του πνεύμονα κατέδηξαν περιοχές απώλειας της ετεροζυγοπίας και σε άλλα χρωμοσώματα όπως TOJV 11, 13 και 17.

Ογκοκατασταλτικά γονίδια στον καρκίνο του πνεύμονα

Γονίδιο	Χρωμόσωμα	Δραστηριότητα	Νεόπλασμα
Οικογένεια γονιδίων ras			
Γονίδιο ρετινοβλαστώματος (Rb)	13q]4	ρύθμιση της κυτταρικής αυξήσης	Μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
P53	17q13	ρύθμιση της κυτταρικής αυξήσης	Μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα Μη-μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
3p	3q14-p23		Μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα

Ενεργοποίηση των ογκογόνων γονιδίων στον καρκίνο του πνεύμονα

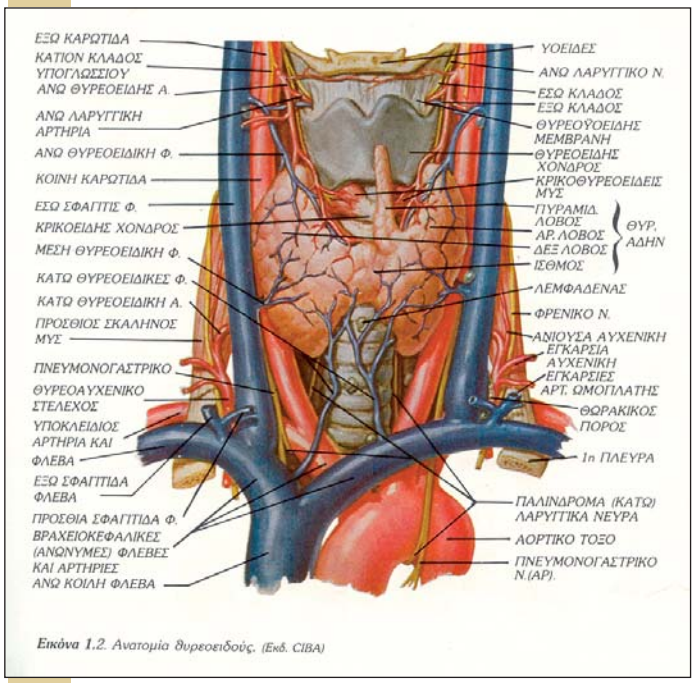
Ογκογονίδιο	Χρωμόσωμα	Γενική ανωμαλία	Νεόπλασμα
Οικογένεια γονιδίων ras			
K-ras	12p12 κωδικόνια 12,13,18,61	σημειακή μετάλαξη	μη-μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
H-ras	lip 15 κωδικόνια: 12,61	σημειακή μετάλαξη	μη-μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
N-ras	Ip22	σημειακή μετάλαξη	μη-μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
Οικογένεια γονιδίων myc			
c-myc	8q24	υπερέκφραση γονιδιακη ενίσχυση	μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα μη-μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
N-myc	2p25	υπερέκφραση γονιδιακη ενίσχυση	μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα μικροκυτταρικό
L-myc	Ip32	γονιδιακη ενίσχυση	Ca πνεύμονα
c-raf-I	3p25	υπερέκφραση	μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
c-erb-1 (EGFR)	7p12	υπερέκφραση γονιδιακη ενίσχυση	μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
c-erb-2 (neu)	17q21	γονιδιακη ενίσχυση	μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
c-myb	6q24	γονιδιακη ενίσχυση	μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα
c-fms (CSF-1R)	5q33	γονιδιακη ενίσχυση	μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα

Άνοινος Διονύσιος
Κυτταρολόγος
Επιμελητής Β΄ Αττικό Νοσοκομείο

Χειρουργικές Παθήσεις και Εγχειρητική του Θυρεοειδούς αδένος

Η συγγραφή ενός άρθρου αφορώντας τις χειρουργικές παθήσεις του θυρεοειδούς ως και την Εγχειρητική του θυρεοειδούς αποτελεί δυσχερές εγχείρημα, διότι αφ' ενός θα πρέπει εντός μικρού χώρου να συνοψίσομε τας περί του θυρεοειδούς γνώσεις αφ' ετέρου δε να ενσωματώσουμε εις αυτό την ιδική μας εμπειρία από την εικοσαετή περίπου ενασχόλησή μας με το αντικείμενο.

Ανατομική του Θυρεοειδούς αδένος. (εικόνα 1)



Εικόνα 1.2. Ανατομία θυρεοειδούς. (Εκδ. CIBA)

- Ο αδένας περιβάλλει την τραχεία και τις πλάγιες μοίρες του λάρυγγα. Είναι συμπαγές όργανο έχει σχήμα θυρεού ή και πεταλούδας, αποτελούμενο από δεξιό και αριστερό λοβό που ενώνονται μεταξύ τους με τον ισθμό αντίστοιχα προς το 2΄ – 3΄– 4΄ ημικρίκιο της τραχείας.

Ο αδένας περιβάλλεται από πέταλο της προτραχειακής περιτονίας, διό και παρακολουθεί τις καταποτικές κινήσεις (Διαφορο-διαγνωστικό σημείο).

Κατά την εγχειρητική πορεία διατέμνοντες το μυώδες πλάτυσμα του τραχήλου , ανασπώμεν οξέως αυτό ώστε να δημιουργηθούν τα όρια του εγχειρητικού πεδίου που είναι προς τα άνω ο λάρυγγας , προς τα κάτω η σφαγιτιδική εντομή του στέρνου και πλαγίως οι στερνοκλειδομαστοειδείς μύες.

Αποκαλύπτονται ούτω και παρασκευάζονται οι πρόσθιες σφαγίτιδες φλέβες και διαχωρίζονται επιμήκως κατά την μέση γραμμή οι κάτωθεν του υοειδούς μύες οι οποίοι εν συνεχεία αποκολλώνται αμβλέως και εμφανίζεται ο αδένας, περιβαλλόμενος εν είδει δικτυωτού από πλέγμα αγγείων αρτηριών και φλεβών.

Η άνω θυρεοειδής αρτηρία- πρώτος κλάδος της έξω καρωτίδος εισέρχεται στον άνω πόλο του αδένα.

Η κάτω θυρεοειδής θυρεοειδική αρτηρία προέρχεται από το θυρεοαυχενικό στέλεχος της υποκλειδίου αρτηρίας, εισέρχεται δε στον αδένα περί τη μεσότητα της οπισθίας επιφάνειας έκαστου λοβού.(εικόνα 1)

Οι απαγωγές φλέβες εκβάλλουν η άνω και η μέση εις την έσω σφαγίτιδα οι δε κάτω θυρεοειδικές φλέβες εκβάλουν εις την ανώνυμο φλέβα.

Στενή η ανατομική σχέση του θυρεοειδή αδένα με το άνω και κάτω λαρυγγικό νεύρο εκατέρωθεν, καθώς και η ανατομική σχέση με τους παραθυρεοειδείς αδένας.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Οι ορμόνες του θυρεοειδούς αδένα είναι η θυροξίνη (Τ4) και η τριιωδοθυρονίνη (Τ3) καθώς και σε μικρές ποσότητες η ανάστροφη Τ3 η (r Τ3) οι οποίες παράγονται από τα θυλακιώδη κύτταρα.

Επίσης από τα παραθυλακιώδη ή C- κύτταρα παράγεται η καλσιτονίνη, η οποία είναι ήπιος ανταγωνιστής της παραθορμόνης, στο μεταβολισμό ασβεστίου και φωσφόρου.

Εις την σύνθεση και παραγωγή των Τ3 Τ4 έχουν ενεργό ρόλο, το ιώδιο , η επάρκεια των ενδοθυρεοειδικών ενζυμικών συστημάτων και η υποφυσιακή ορμόνη TSH απαραίτητη για την διέργεση όλων των σταδίων της ορμονικής παραγωγής, καθώς και η υποθαλαμική –TRH που ρυθμίζει την έκκριση της TSH.

Η σύνθεση των Τ3- Τ4 επηρεάζεται από τη στάθμη αυτών στο αίμα, μέσω Feed-back μηχανισμού. Η (Τ3) είναι περισσότερο δραστική από την (Τ4) η δε (rΤ3) αδρανής.

- Μετά ολική θυρεοειδεκτομή, ακολουθεί θεραπεία υποκαταστάσεως δια βίου, με σκευάσματα θυρεοειδικών ορμονών.
- Αντιθέτως δεν έχει αποδειχθεί επίπτωση στον οργανισμό από έλλειψη καλσιτονίνης.

Παρακλινικός έλεγχος θυρεοειδούς

Α) Λειτουργικός έλεγχος

Περιλαμβάνει:

1) μέτρηση Τ3-Τ4-TSH)

2) δοκιμασία TRH (TRH – Test) η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στον

α) προσδιορισμό της μορφής το υποθυρεοειδισμού

β) στον έλεγχο υπερθυρεοειδισμού με οριακές Τ3-Τ4 και

γ) στο έλεγχο αυτονομίας ενός θερμού όζου.

Β) Ορολογικός έλεγχος των αυτοάνοσων θυρεοειδοπαθειών

Μέτρηση τίτλου Άντι-θυρεοειδικών αντισωμάτων

= ↑ θυρεοειδίτις Hashimoto (αντιμικροσωματικά)

= ↑ νόσος Graves (αντιθυρεοσφαιρινικά)

Γ) Βιολογικοί δείκτες καρκίνου του θυρεοειδούς

1) μέτρηση θυρεοσφαιρίνης

για την παρακολούθηση ασθενών, μετά από εγχείρηση για καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο θυρεοειδούς.

2) μέτρηση καλσιτονίνης

Διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με Μυελοειδές Ca – θυρεοειδούς.

Δ) Μέθοδοι απεικόνισης θυρεοειδούς

1) Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς

-σχεδόν αποκλειστικά με ραδιοενεργό Tc 99

-σε ειδικές περιπτώσεις ραδιοενεργό J-131

2) Υπερηχογραφικός έλεγχος

3) Αξονική τομογραφία

4) Πρόσληψη Ραδιενεργού ιωδίου

Ε) Παθολογοανατομικός έλεγχος θυρεοειδούς

- Βιοψία με λεπτή βελόνα

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΙΜΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ

Α) Μονήρης όζος θυρεοειδούς

Ποσοστό εξαλλαγής	5-10%
Ψηλαφητών όζων (και στα παιδιά)	30%

Β) Πολυοζώδης βρογχοκήλη

- ποσοστό εξαλλαγής	10-12%
- ασβεστοποιημένων όζων ποσοστό εξαλλαγής	30%

Γ) Τοξική Βρογχοκήλη – Υπερθυρεοειδισμός

- ποσοστό εξαλλαγής	1,2 ~ 21%

Δ)Καρκίνος θυρεοειδούς

Κατά σειρά συχνότητος:

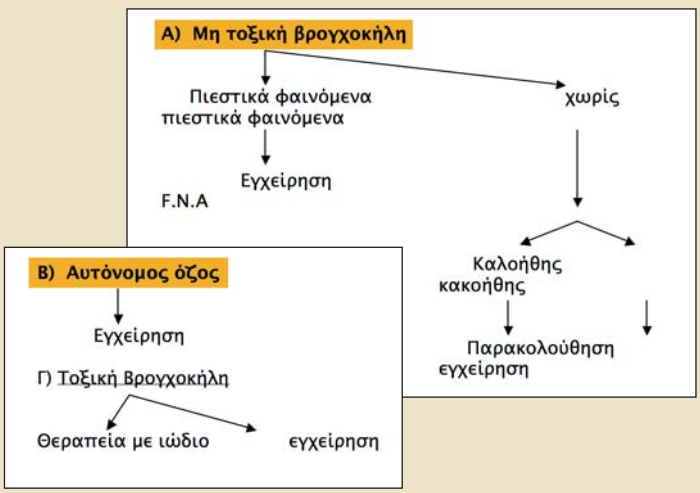
- θηλώδης	70%
- θυλακιώδης	15%
- μυελοειδής	5-10%
- αναπλαστικός	3%

Σπανιώτερες μορφές :
μικροθυλακιώδης, ογκοκυτταρικός, λέμφωμα- σάρκωμα

Οι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων σε παθήσεις του θυρεοειδούς

- ολική θυεοειδεκτομή
- υφολική θυρεοειδεκτομή
- εκτομή ενός λοβού
- εκτομή όζου επιλεκτικά

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΩΝ



ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗΣ

Τείνει να λάβει τη μορφή κανόνος ότι:

Η επί του θυρεοειδούς εγχείρηση είναι απλή και ασφαλής όταν τελείται από έμπειρο χειρουργό, ενώ δυνατόν να προκύψουν σοβαρότατοι επιπλοκές τελούμενη από άπειρον χειρουργό.

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι :

1) κάκωση άνω λαρυγγικών νεύρων
2) κάκωση κάτω λαρυγγικών νεύρων
3) κάκωση παραθυρεοειδών αδένων
4) μετεγχειρητική αιμορραγία
5) θυρεοτοξική κρίση
6) κάκωση άλλων νεύρων σπανίως (φρενικό, πνευμονογαστρικό)

Επί της σοβαρότητας των ως άνω επιπλοκών επισημαίνεται ότι:

Α) Η κάκωση των κάτω λαρυγγικών αμφοτερόπλευρα προκαλεί άμεσα έντονα δυσπνοϊκά φαινόμενα μέχρι ασφυξίας επί παράλυσης των φωνητικών χορδών σε μέση θέση,

Απαιτείται τραχειοστομία για την οξυγόνωση του ασθενούς.

Δια την αποφυγήν δε μόνιμης τραχειοστομίας η οποία συνιστά σοβαρή αναπηρία τελείται λαρυγγολογική εγχείρηση (αρυταινοπηξία)

Όψιμος πάρεση του λαρυγγικού νεύρου μπορεί να εμφανιστεί 10 –15 ημέρες μετά την εγχείρηση, και οφείλεται σε θρόμβωση του μικρού τροφοφόρου αγγείου που πορεύεται επί του κάτω λαρυγγικού νεύρου. Η θρόμβωση οδηγεί σε εκφύλιση του κάτω λαρυγγικού νεύρου.

Εις τους χειρουργούς επικρατούν δύο βάσιμες τάσεις επί της παρασκευής και αναγνώρισης του νεύρου. Η μεν επιδιώκει την αναγνώριση του νεύρου, πλην όμως αυξάνει ο κίνδυνος της θρόμβωσης της τροφοφόρου αρτηρίας του με αποτέλεσμα την εκφύλιση του νεύρου. Η δε προχωρεί εις την αποψίλωση του αδένος από τα αγγεία του χωρίς να πλησιάζει την τραχειοοισοφαγική αύλακα όπου η πορεία του κάτω λαρυγγικού νεύρου.

Η ημετέρα εμπειρία δεικνύει ότι μεγαλύτερος κίνδυνος κάκωσης υπάρχει επί εδάφους θυρεοειδιτίδων όπου ο αδένας έχει στερράς προσφύσεις επί της τραχείας.

Β) Η παρατηρούμενη, λόγω κακώσεως των παραθυεοειδών υπασβεστιαιμία δυνατόν να είναι παροδική ή μόνιμος. Η εκδηλούμενη κλινικά υπασβεστιαιμία αντιμετωπίζεται άμεσα με ενδοφλέβιο χορήγηση Γλυκονικού ή Χλωριούχου Ασβεστίου.

Γ) το χειρουργικό τραύμα πρέπει οπωσδήποτε τα παροχετεύεται. Διότι η παραμικρή αιμορραγία δυνατόν να προκαλέσει ασφυκτικά φαινόμενα λόγω συμπιέσεως της τραχείας.

Εκ της εμπειρίας μας καταθέτομεν:

- Η ολική θυρεοειδεκτομή είναι ασφαλής εγχείρηση, όταν τελείται με όλους τους κανόνες σεβασμού προς τους ιστούς και τα ευγενή ανατομικά στοιχεία της περιοχής.
- Τεχνικά είναι ευχερέστερη και πλέον ακίνδυνη σε περιπτώσεις μεγάλων Βρογχοκηλών –Ευθυρεοειδικών.
- Μεγαλύτερος κίνδυνος κάκωσης λαρυγγικών νεύρων (άνω και κάτω) ελλοχεύει σε περιπτώσεις θυρεοειδίτιδος λόγω του ινώδους του αδένα και στερρών συμφύσεων.
- Μεγαλύτερη συχνότητα υπασβεστιαιμίας παρατηρείται σε γυναίκες υπερθυρεοειδικές μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.
- Η υπασβεστιαιμία πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα με ενδοφλέβιο χορήγηση Γλυκονικού ή Χλωριούχου Ασβεστίου.

Εκ της στατιστικής μας προκύπτει

- κάκωση κάτω λαρυγγικών	1,2%
- μόνιμος υποπαραθυρεοειδισμός	1 %
- μετεγχειρητική αιμορραγία	0.3%

(μία περίπτωση τοξικής βρογχοκήλης που ασθενής λάμβανε αντιπηκτικά λόγω καρδιακής αρρυθμίας κολπικής μαρμαρυγής).

- καρκίνος θυρεοειδούς	2,4%

- η FNA δεν εξασφαλίζει ικανοποιητικά.

Πονηράκος Βενετσάνος
Αναπληρωτής Δντής Β΄ Χειρουργικής
Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Βιβλιογραφία:

Ενδοκρινολογία, Κούτρας Δ. – Ενδοκρινολογία, Παυλάτος Φ. – Νοσήματα θυρεοειδούς, Ψαρράς Α. – Χειρουργικής τόμος 2, Σέχας – Surgical Path. Of the Thyroid, V. A. Livolsi – Ενδοκρινολογική Χειρουργική, Λινός Δ. – Η Ολική θυρεοειδεκτομή, Ιατρική Επιθεώρηση Εν. Δυνάμεων 2001, Πονηράκος Β. και συν. – Υπασβεστιαιμία μετά ολική θερεοειδεκτομή σε γυναίκες, υπερθυρεοειδικές, μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.12΄ Διεθνές Βαλκανικό Συνέδριο Ενδοκρινολογίας. –Πονηράκος Β. και συν.

ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ & ΗΠΑΡ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το οινόπνευμα συγκαταλέγεται μεταξύ των νόμιμων και δυνητικά εθιστικών ψυχοτρόπων ουσιών. Η χρήση του είναι πολύ διαδεδομένη και υπολογίζεται ότι το 90% των ανθρώπων καταναλώνει οινόπνευμα τουλάχιστον μία φορά κατά την διάρκεια της ζωής του. Ακόμη, το 10 – 15% των ανθρώπων, ιδιαίτερα άνδρες θα οδηγηθεί σε κατάχρηση ή εξάρτηση με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τους ίδιους και την οικογένειά τους.

Η υπερκατανάλωση οινοπνεύματος έχει ως αποτέλεσμα σε σημαντικό ποσοστό τη βλάβη ενός ή περισσοτέρων οργανικών συστημάτων. Όσον αφορά το πεπτικό σύστημα, το ήπαρ αποτελεί αναμφίβολα τον σημαντικότερο εκπρόσωπο που υφίσταται βλάβη.

Το οινόπνευμα προσλαμβάνεται με τα διάφορα ποικίλης περιεκτικότητος οινοπνευματώδη ποτά. Για τη δημιουργία αλκοολικής ηπατοπάθειας πρέπει ευθύς εξ' αρχής να τονιστεί ότι δεν έχει καμιά σημασία το είδος του οινοπνευματώδους ποτού που καταναλώνεται. Όμως αξίζει να σταθεί κανείς στα εξής :

1. Η παρουσία τροφής στον στόμαχο καθυστερεί την απορρόφηση του οινοπνεύματος.

2. Οι λιπαρές τροφές επιβραδύνουν πολύ περισσότερο την απορρόφηση του οινοπνεύματος συγκριτικά με τις πρωτεϊνούχες ή υδατανθρακούχες τροφές.

3. Η παρουσία διοξειδίου του άνθρακα συνεπάγεται ταχύτερη απορρόφηση του οινοπνεύματος και είναι σημαντική για την πρόκληση μέθης. Έτσι η κατανάλωση ποτών που περιέχουν διοξείδιο του άνθρακα πολλάκις οδηγεί ταχύτερα σε μέθη ακόμη και από ποτά μεγαλύτερης περιεκτικότητας σε οινόπνευμα.

4. Η απορρόφηση του οινοπνεύματος αρχίζει από την στοματική κοιλότητα. Συνεχίζεται στο λεπτό έντερο χωρίς να απαιτείται πέψη με απλή διάχυση (κυρίως από το δωδεκαδάκτυλο και τη νήστιδα) και μεταφέρεται πολύ γρήγορα στους ιστούς.

5. Το οινόπνευμα δεν αποθηκεύεται και οξειδώνεται υποχρεωτικά.

6. Το 5 – 10% του απορροφηθέντος οινοπνεύματος αποβάλλεται αναλλοίωτο με την αναπνοή, τα ούρα και τον ιδρώτα.

7. Η μέθη δεν αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία ηπατοπάθειας, η οποία επέρχεται σε πολλά αξιοπρεπή, δραστήρια και επιτυχημένα επαγγελματικά άτομα.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

Το 90 – 95% μεταβολίζεται στο ηπατικό κύτταρο με απόλυτη προτεραιότητα έναντι όλων των άλλων ουσιών. Δηλαδή δεν υπάρχει μηχανισμός παλίνδρομης αλληλοεξαρτήσεως. Το οινόπνευμα μεταβολιζόμενο αποδίδει 7 Kcal ανά γραμμάριο. Ενεργειακά μπορεί να αντικαταστήσει το λίπος και τα σάκχαρα, αλλά δεν μπορεί να αποθηκευτεί όπως εκείνα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μέρος του οινοπνεύματος μεταβολίζεται στον στόμαχο. Η αρχική αυτή οξείδωση γίνεται κυρίως στους άνδρες, λόγω σχετικής έλλειψης του απαραίτητου ενζύμου από τον στόμαχο των γυναικών. Έτσι το ήπαρ των γυναικών επιβαρύνεται περισσότερο και βλάπτεται σημαντικά συντομότερα και με μικρότερη κατανάλωση.

Η μεταβολική ικανότητα του ήπατος ενός ατόμου που δεν πίνει είναι 160 – 180 γραμμάρια ημερησίως. Το ήπαρ του αλκοολικού μπορεί να μεταβολίσει περισσότερο, όταν δεν έχει υποστεί βλάβη, γιατί το οινόπνευμα προκαλεί επαγωγή των ενζύμων που συμβάλλουν στον μεταβολισμό του.

Το οινόπνευμα μεταβολίζεται με τρία ενζυμικά συστήματα

1. Την αλκοολική αφυδρογονάση (ADH)

2. Το μικροσωμιακό οξειδωτικό σύστημα του ήπατος (MEOS) (Ενεργοποιείται όταν η στάθμη του οινοπνεύματος στους ιστούς υπερβαίνει τα 50 mg/dL).

3. Την καταλάση (συμμετέχει τόσο σε υγιείς όσο και σε ασθενείς με αλκοολική ηπατοπάθεια, αλλά σε μικρό βαθμό).

Στο σχήμα που παρατίθεται στην επόμενη σελίδα βλέπουμε τον μεταβολισμό του οινοπνεύματος στο ηπατοκύτταρο αλλά και τα παθοφυσιολογικά επακόλουθα. Έτσι, η συνεχής οξείδωση του οινοπνεύματος στο ήπαρ του αλκοολικού έχει ως επακόλουθο την μεταβολή του οξειδοαναγωγικού δυναμικού του ηπατοκυττάρου και τη διαταραχή του μεταβολισμού των περισσοτέρων θρεπτικών ουσιών που εξαρτώνται από την αναλογία NADH/NAD.

Έτσι παρατηρείται υπερπαραγωγή γαλακτικού οξέος που συμβάλλει σε οξέωση και ελαττώνει την δυνατότητα του νεφρού να απεκκρίνει ουρικό οξύ με αποτέλεσμα υπερουριχαιμία και επεισόδια ουρικής αρθρίτιδος. Ακόμη αυξημένη σύνθεση πορφυρινών, αλλά κυρίως μειωμένη οξείδωση λιπαρών οξέων, η κατακράτηση των οποίων οδηγεί σε εναπόθεση τριγλυκεριδίων και λιπώδη διήθηση του ήπατος

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Υπολογίζεται ότι η ελάχιστη ποσότητα οινοπνεύματος για την πρόκληση ηπατικής βλάβης είναι 80 gr ημερησίως για τον άνδρα και 40 gr ημερησίως για τη γυναίκα για 10 χρόνια τουλάχιστον.

Ο καθημερινός πότης κινδυνεύει σαφώς περισσότερο από τον κατά διαστήματα π.χ. τα Σαββατοκύριακα πιθανότατα γιατί στον δεύτερο δίδεται η δυνατότητα στους ιστούς για αποκατάσταση των βλαβών και καλύτερης (πληρέστερης) διατροφής. Όσον αφορά την διατροφή φαίνεται πως υπό καλές διαιτητικές συνθήκες το οινόπνευμα δεν προκαλεί βλάβες μέχρις ενός ορίου. Εάν όμως το όριο αυτό ξεπερασθεί τότε η πλήρης και σωστή διατροφή δεν μπορεί να προστατεύσει το ήπαρ.

Σήμερα ισχύει πέραν πάσης αμφιβολίας ότι η μεγαλύτερη ποσότητα και πλέον μακροχρόνιος σε διάρκεια κατανάλωση οινοπνεύματος οδηγεί σε ταχύτερη και μεγαλύτερης βαρύτητος ηπατοπάθεια. Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση της αλκοολικής ηπατοπάθειας είναι :

α) Η αυξημένη εντερική απορρόφηση σιδήρου σε χρόνια υπερκατανάλωση οινοπνεύματος. Συχνά ανιχνεύονται αυξημένες ποσότητες σιδήρου στο ήπαρ ατόμων με αλκοολική ηπατοπάθεια.

Σημειωτέον ότι σε πάσχοντες από κληρονομική αιμοχρωμάτωση αναπτύσσεται πιο γρήγορα κίρρωση όταν είναι και πότες.

β) Το κάπνισμα τσιγάρου πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο.

γ) Γενετικοί παράγοντες. Οι υπότυποι της αλκοολικής αφυδρογονάσης (ADH) και της αφυδρογονάστης της αλδεΰδης (ALDH), οι οποίοι καθορίζονται γενετικά φαίνεται ότι παίζουν πολύ σπουδαίο ρόλο. Έτσι, οι άνθρωποι που μεταβολίζουν ταχέως την αιθανόλη κινδυνεύουν περισσότερο για πρόκληση αλκοολικής ηπατοπάθειας. Αντίθετα οι άνθρωποι που μεταβολίζουν βραδέως την ακεταλδεΰδη κινδυνεύουν περισσότερο για ανάπτυξη της νόσου.

δ) Οι ιογενείς ηπατίτιδες Β και C συμβάλλουν στην δημιουργία της αλκοολικής ηπατοπάθειας.

Φαίνεται πως η δράση του ιού Β είναι αθροιστική σε εκείνη του οινοπνεύματος ενώ επί ηπατίτιδος C η κατάσταση είναι χειρό-

τερη διότι το οινόπνευμα προάγει τον πολλαπλασιασμό του ιού C.

ε) Το φύλο. Οι γυναίκες κινδυνεύουν πολύ περισσότερο από τους άνδρες και με πολύ μικρότερη κατανάλωση. Σ' αυτό συμβάλλει το μικρότερο σωματικό βάρος, αλλά και η προαναφερθείσα έλλειψη του ενζύμου στον στόμαχο που στους άνδρες προκαλεί οξείδωση του οινοπνεύματος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η αλκολική ηπατοπάθεια περιλαμβάνει:

α) Το λιπώδες ήπαρ ή λιπώδη διήθηση ή λιπώδη εκφύλιση του ήπατος (100%)

β) Την αλκολική ηπατίτιδα (35%)

γ) Την ίνωση του ηπατικού παρεγχύματος

δ) Την κίρρωση του ήπατος (10 – 15%)

ε) Καρκίνο του ήπατος

Οι ανωτέρω παθολογικές καταστάσεις μπορεί να εκδηλωθούν προοδευτικώς από την (α) στην (δ) μπορεί να συνυπάρχουν, αλλά μπορεί να εμφανισθεί ευθύς εξ αρχής προχωρημένη ηπατική βλάβη χωρίς να προηγηθούν εκδηλώσεις ηπιότερης ηπατικής βλάβης.

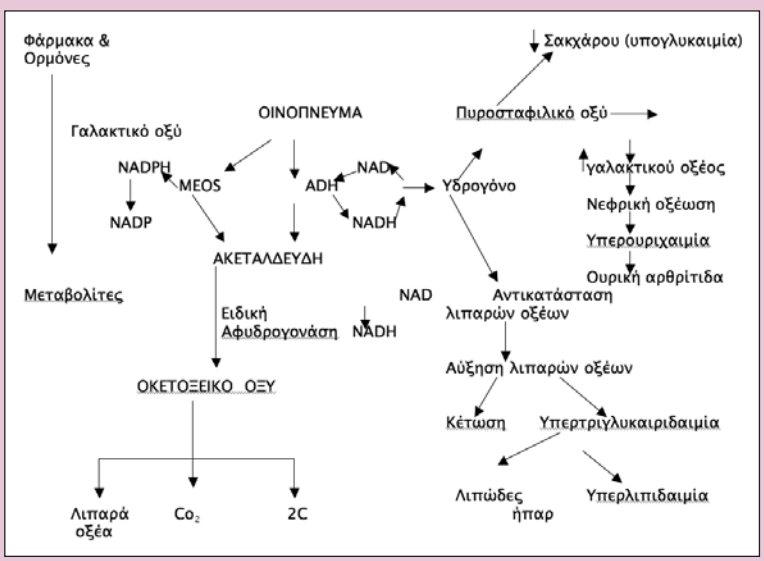
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η αλκοολική ηπατίτιδα, διότι εμφανίζεται με ποικίλη βαρύτητα και συμπτωματολογία. Ηπατομεγαλία παρατηρείται περίπου στο 87% των ασθενών, Ίκτερος στο 60%, ασκίτης στο 57% ανορεξία στο 50%, ηπατική εγκεφαλοπάθεια στο 45%, σπληνομεγαλία στο 26%, πυρετός στο 23% και απώλεια βάρους στο 28%. Ο πυρετός πολλάκις φθάνει τους 39,5oC. Αποδίδεται στο 1/3 των περιπτώσεων σε λοίμωξη και στα 2/3 σε κυτταροκίνες που δραστηριοποιούνται από την αιθανόλη.

Η ηπατομεγαλία οφείλεται σε εναπόθεση λίπους και σε διόγκωση των ηπατοκυττάρων.

Η πυλαία υπέρταση αποδίδεται σε πίεση των κολποειδών από τα διογκωμένα ηπατοκύτταρα.

Εργαστηριακώς, το πλέον ενδιαφέρον στοιχείο είναι η σχετικά μικρή υπερτρανσαμινασαιμία (σπάνια υπερβαίνει το 300) που δεν βαίνει ανάλογα με την σοβαρότητα της ηπατοπάθειας και η μεγαλύτερη του 2 σχέση SGOT/SGPT (τιμές μεγαλύτερες από 3 είναι σχεδόν διαγνωστικές).

Καρκίνωμα αναπτύσσεται κυρίως σε ασθενείς με κίρρωση και μάλιστα μακροχρόνια και ανενεργή σε ποσοστό περίπου 15%. Έχει περιγραφεί και σε αλκοολικούς χωρίς κίρρωση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το οινόπνευμα προκαλεί ενεργοποίηση προκαρκινογόνων ουσιών.



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η κύρια θεραπεία είναι η διακοπή της κατανάλωσης οινοπνεύματος, η οποία οδηγεί σε αναστολή της νόσου και σημαντική βελτίωση της επιβίωσης ακόμη και επί κιρρώσεως και πυλαίας υπερτάσεως.Βελτίωση της θρέψεως και διατροφική υποστήριξη των ασθενών (αν και δεν βοήθησαν όσο ανεμένετο).

Σε ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα χορηγούνται από του στόματος παρασκευάσματα αμινοξέων, ιδιαίτερα αν υπάρχει ανορεξία και ανεπαρκής σίτιση.Τα κορτικοστεροειδή έχουν θέση ως ανοσοκατασταλτικά και αντιφλεγμονώδη σε βαριά αλκοολική ηπατίτιδα (ίκτερος, ασκίτης, πυρετός, ηπατική εγκεφαλοπάθεια) και με ικανοποιητικά άμεσα αποτελέσματα. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα είναι ασαφή.

Δίνεται Methylprednisolone ενδοφλεβίως σε δόση 32 mg ημερησίως ή Prednisone 40 mg ημερησίως για ένα μήνα.

Υπό μελέτη είναι η αγωγή με προπυλθειουρακίλη. Τα καταρχήν αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά. Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί η κολχικίνη (1mg ημερησίως για 14 χρόνια) ως αντιινωτικό. Δεν υπάρχει εμπειρία και γενικά δεν έτυχε ευρείας αποδοχής. Επίσης μελετώνται η πολυακόρεστη λεκιθίνη και η φωσφατιδυλχολίνη. (προάγουν την αποδόμηση του κολλαγόνου).

Υποσχόμενη εμφανίζεται η θεραπεία με S-adenosyl Methionine για τα πρώϊμα στάδια της αλκοολικής ηπατοπάθειας.

Επίσης μελετώνται ανταγωνιστές υποδοχέων κυτταρικινών καθώς και αντισώματα έναντι κυτταροκινών.

Η ηπατική μεταμόσχευση αποτελεί τη λύση για τα τελικά στάδια αν και υπάρχει προβληματισμός για την πιθανή εξακολούθηση της χρήσης οινοπνεύματος μετά την μεταμόσχευση με τα γνωστά επακόλουθα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από την διακοπή ή όχι του οινοπνεύματος καθώς επίσης και από το στάδιο. Έτσι, η στεάτωση υποχωρεί με τη διακοπή της χρήσης οινοπνεύματος. Υψηλή θνητότητα

(άνω του 20%) παρατηρείται επί αλκοολικής ηπατίτιδος όπου απαιτείται νοσηλεία. Πρέπει να τονιστεί ότι αν και είναι αποφασιστικής σημασίας η διακοπή του οινοπνεύματος ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου κατά τη διάγνωση έχει διαπιστωθεί εξέλιξη της νόσου κυρίως σε γυναίκες παρά την πλήρη αποχή. Με άλλα λόγια δεν είναι σίγουρο ότι η αποχή από το οινόπνευμα θα οδηγήσει το σύνολο των πασχόντων σε καλή εξέλιξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ η υπερκατανάλωση οινοπνεύματος οδηγεί σημαντικό ποσοστό ανθρώπων σε σοβαρή ηπατοπάθεια. Κύρια αντιμετώπιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας είναι η αποχή. Και στην προκειμένη περίπτωση, όμως, κύριος στόχος πρέπει να είναι η πρόληψη, δηλαδή η αποφυγή υπερκατανάλωσης οινοπνεύματος

Παπαντωνίου Παναγίωτης
Γαστρεντερολόγος

Προβλήματα Ψυχικής Υγείας στο Χώρο Εργασίας

Σκέψεις γύρω από ένα, συνειδητά πολλές φορές, «ξεχασμένο» πρόβλημα

Η φυσική και ψυχική υγεία των ανθρώπων είναι στενά συνδεδεμένη με την εργασία αλλά και με τον χώρο όπου αυτή λαμβάνει χώρα.

Στο χώρο εργασίας μπορούν να δημιουργηθούν συνθήκες τέτοιες που να είναι επιβλαβείς για την υγεία, τόσο φυσική όσο και ψυχική, των εργαζομένων και που εξαρτώνται από τις διαπροσωπικές σχέσεις, από τα χρησιμοποιούμενα υλικά, από τα μηχανήματα, αλλά και από την ίδια τη φύση της απασχόλησης.

Στις δυτικές κοινωνίες το 50% των ασθενειών είναι χρόνιες. Οι αιτίες είναι πολλαπλές αλλά ανάγονται σε μη υγιείς τρόπους ζωής. Επιπλέον ο σύγχρονος άνθρωπος ευρίσκεται εκτεθειμένος, πολύ περισσότερο από τους προγόνους του, σε καταστάσεις υψηλού stress οι οποίες αν επιδρούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στον οργανισμό και στην λειτουργία του.

Παράλληλα με τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου (χημικούς, φυσικούς, βιολογικούς) της υγείας των εργαζομένων, οι ψυχοκοινωνικοί και οργανωτικοί παράγοντες κινδύνου γίνονται όλο και πιο συχνά οι κυριότερες αιτίες αλλοίωσης της ποιότητας της υγείας στον χώρο εργασίας.

Μεταξύ αυτών, ο κίνδυνος που προέρχεται από τις διαπροσωπικές σχέσεις (interaction) των εργαζομένων γίνεται όλο και πιο σοβαρός και απασχολεί σημαντικά και με αυξανόμενους ρυθμούς την ιατρική εργασίας αλλά και όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Εδώ θα ασχοληθούμε σχεδόν αποκλειστικά με τις επιπτώσεις της εργασίας στην ψυχική υγεία αλλά και με τις προεκτάσεις που αυτές έχουν στον ανθρώπινο οργανισμό.

Μέχρι τώρα ένα από τα βασικά θέματα, σε κάθε πολιτισμένη κοινωνία, ήταν αυτό της ασφάλειας των εργαζομένων κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Έτσι είχαν αναγνωρισθεί τα ανθυγιεινά επαγγέλματα, ιδιαίτερα επικίνδυνες ειδικότητες, επικίνδυνοι χώροι εργασίας, με σκοπό να βρεθούν ιδανικές λύσεις για την προφύλαξη και την ασφάλεια των εργαζομένων.

Επίσης πρέπει να πούμε ότι τις προηγούμενες 10ετίες η εργασιακή απασχόληση ήταν περισσότερο «βιομηχανική» και οι χρόνοι καθώς και οι συνθήκες εργασίας είχαν σε ένα μεγάλο ποσοστό διευκρινισθεί.

Σήμερα όμως οι συνθήκες εργασίας έχουν αλλάξει και παράλληλα έχουν αλλάξει και οι κίνδυνοι που απορρέουν από αυτές.

Η συσχέτιση των παραγόντων κινδύνου με την φυσική βλάβη έχει μειωθεί ενώ παράλληλα έχει αυξηθεί επικίνδυνα εκείνη με το ψυχικό – φυσικό stress.

Στις μοντέρνες αγορές εργασίας οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν καθημερινά εργασιακούς χώρους σε συνεχή εξέλιξη με αρκετά νέα πράγματα που πρέπει να μαθαίνουν και να εφαρμόζουν.

Σε αυτούς τους χώρους έχουν μικρότερη αξία οι προσωπικές ικανότητες ενώ απαιτείται όλο και περισσότερο η ικανότητα του καθενός να συνεργασθεί με τους άλλους (διαπροσωπική σχέση). Ο εργαζόμενος γίνεται ένα ανθρώπινο «εξάρτημα» που πρέπει συνεχώς να τελειοποιείται, να αποδίδει όσο γίνεται περισσότερο, συχνά χωρίς να έχει εκπαιδευθεί ανάλογα και χωρίς να έχει τον απαιτούμενο χρόνο για να αφομοιώσει τις καινούργιες του υποχρεώσεις.

Τα τελευταία χρόνια η συναισθηματική κακοποίηση στο χώρο εργασίας είναι σε συνεχή αύξηση λόγω μακροοικονομικών ιδιαιτεροτήτων (παγκοσμιοποίηση, συνενώσεις εταιρειών, κλπ), αλλά και λόγω της αλλαγής του τύπου εργασίας και των συνοδών παραγόντων κινδύνου.

Ανάμεσα στα υψηλά έξοδα – ατομικά, επιχειρησιακά και κοινωνικά - ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι συνέπειες στην υγεία που παρουσιάζονται μετά από έκθεση σε συναισθηματική κακοποίηση για κάποιο χρονικό διάστημα.

Αυτές οι συνέπειες μπορούν να παρουσιασθούν αρχικά σε βάρος της νευροψυχικής σφαίρας του ατόμου και ακολούθως με σημαντικές ψυχοσωματικές και φυσικές επιπτώσεις, που επιφέρουν όχι μόνο μείωση της ικανότητας για εργασία, που μπορεί να φτάσει και σε επίπεδα ανικανότητας, αλλά απεικονίζουν και μια κατάσταση βιολογικής φθοράς, με επικίνδυνα αποτελέσματα σχετιζόμενα με υπαρξιακά προβλήματα και κοινωνικό αποκλεισμό του ατόμου.

Το θέμα των συμπτωμάτων και των παθολογιών που προέρχονται ή που ανάγονται σε καταστάσεις συναισθηματικής κακοποίησης στο χώρο εργασίας φαίνεται να λαμβάνει διαστάσεις κοινωνικής παθολογικής κατάστασης σε έξαρση και αυτό φαίνεται και από τα στατιστικά στοιχεία του European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (κέντρο μελετών της Ε.Ε.).

Σύμφωνα με αυτό στην γειτονική Ιταλία η επικράτηση του φαινομένου μεταξύ των εργαζομένων είναι της τάξεως του 4.2%, δηλαδή περίπου 800.000-1.000.000 άτομα (τα στοιχεία αναφέρονται στο έτος 1996-97). Στο Ην. Βασίλειο 1 στους 4 εργαζόμενους υποφέρει από stress εργασίας, δηλ. περίπου 5.000.000 εργαζόμενοι (το κόστος για την Βρετανική οικονομία είναι περίπου 6,7 εκατ. εργατώρες/χρόνο). Για την Ελλάδα τα στοιχεία που δηλώθηκαν δείχνουν ότι το 4,8% των εργαζομένων υπόκειται ψυχολογική βία στο χώρο εργασίας (State of Occupational Safety and Health - Greek Report 1998-99).

Είναι βασικό να κατανοήσουμε τις αλλαγές που γίνονται στον κόσμο της εργασίας. Η παγκοσμιοποίηση απομακρύνει από την έννοια της σταθερής και εγγυημένης θέσης εργασίας. Στην Ευρώπη το σύνολο των εργαζομένων με ασφαλιστικά και κοινωνικά εγγυημένη θέση εργασίας μειώθηκε τα τελευταία 20 χρόνια από 91% σε 70% (όπως προκύπτει από μελέτη του A. Casilli με τίτλο Stop Mobbing). Το οικονομικό κέρδος των εργοδοτών είναι προφανές, όπως είναι προφανές και το γεγονός ότι για την επίτευξη αυτού του στόχου κάθε μέσο είναι θεμιτό, ακόμα και αυτό της ψυχολογικής βίας.

Εάν δεν οριοθετήσουμε τις υποχρεώσεις του καθενός, η ανάγκη συνεχούς συνεργασίας και αλληλοεπίδρασης, που συχνά γίνεται και με ανταγωνιστικό τρόπο, μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να οδηγήσει στην ανάπτυξη μορφών μίσους προς τους συνεργάτες και τους ανωτέρους. Έτσι δημιουργείται μία ανώμαλη κατάσταση στον χώρο εργασίας με αποτέλεσμα την ψυχική καταπίεση ορισμένων εργαζομένων. Όταν αυτή η μορφή ψυχικής καταπίεσης προωθείται ή ευνοείται από τους ανωτέρους τότε μιλάμε για Mobbing ή Bossing.

Bulling, Mobbing είναι λέξεις που χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά και δείχνουν ότι η προσοχή, για ότι έχει σχέση με την ψυχική υγεία του εργαζομένου, αυξάνει συνεχώς.

Το Mobbing (το mob=επιτίθεμαι) είναι μια μορφή ψυχολογικής βίας και τρόμου, που εξασκείται στον χώρο εργασίας, δια μέ-

σου συνεχών επιθέσεων στην προσωπικότητα του εργαζομένου, από συναδέλφους και ανωτέρους.

Το εργασιακό stress και το mobbing είναι δύο διαφορετικά πράγματα, αλλά συνδέονται άμεσα μεταξύ τους.

Το stress είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς οργανωτικών παραγόντων της εργασίας : απαιτούμενες ανάγκες – υποχρεώσεις και μέγεθος της αυτονομίας λήψης αποφάσεων, συνθήκες εργασίας που επιδρούν τόσο στην φυσική όσο και ψυχική υγεία, μηχανισμοί κατανομής της εργασίας και των απολαβών, κ.α.

Το mobbing (με τη σημερινή του έννοια) είναι το άθροισμα των προσωπικών και μη ενεργειών, ατομικών ή ομαδικών που επιδρούν σημαντικά στην συναισθηματική κατάσταση ενός εργαζομένου ή μιας ομάδας εργαζομένων.

Το mobbing παράγει stress και το εργασιακό stress διευκολύνει την εμφάνιση και την παραμονή συνθηκών mobbing.

Τις τελευταίες δεκαετίες οι ερευνητές έστρεψαν την προσοχή τους στο εργασιακό stress, που εκτιμάται όχι μόνο επιβλαβές και επικίνδυνο για την φυσική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, αλλά και ένας σοβαρός αρνητικός παράγοντας για την οργάνωση και την οικονομία της επιχείρησης.

Από την ανάλυση της σχέσης κόστος-όφελος είναι φανερή η ανάγκη να επενδύσουμε σε προγράμματα προαγωγής της υγείας στις επιχειρήσεις. Οι υγιείς υπάλληλοι είναι περισσότερο ενεργείς και αποδοτικοί και δεν είναι βάρος για την επιχείρηση. Πρέπει δε να εκτιμώνται σαν την πιο πολύτιμη πηγή εσόδων.

Η προαγωγή της υγείας στην επιχείρηση δεν είναι ένα έξοδο αλλά μια επένδυση: όπως κανείς δεν αμφιβάλλει για την ανάγκη συντήρησης των μηχανημάτων παραγωγής έτσι είναι επίσης αναγκαία η ουσιαστική και με αποτελεσματικό τρόπο συντήρηση και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Αυτό γίνεται πιο κατανοητό εάν εξετάσουμε μερικά από τα προβλήματα που βασανίζουν τις «μη υγιείς επιχειρήσεις» και που αποτελούν συνηθισμένα αίτια αποτυχίας:

- Δυσαρέσκεια στην εργασία, χαμηλό ηθικό, έλλειψη κινήτρων
- Μείωση της ποιότητας της εργασίας
- Αύξηση των λαθών κατά την εργασία
- Μείωση του ρυθμού παραγωγής
- Συχνές συγκρούσεις, με συναδέλφους ή ανωτέρους
- Απεργίες
- Ατυχήματα κατά την εργασία
- Ανικανότητα λήψης αποφάσεων, λανθασμένες αποφάσεις
- Δολιοφθορά και κωλυσιεργία
- Ελάχιστη παραγωγικότητα, χάσιμο χρόνου κατά τις ώρες εργασίας
- Μη σεβασμός του ωραρίου εργασίας
- Συχνά παράπονα
- Υπερβολικές απουσίες μικρής διάρκειας για ασθένεια
- Κακή επικοινωνία με τους συναδέλφους και με την επιχείρηση

Αυτές οι εκτιμήσεις πρέπει να αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω σκέψεις για τις επιχειρήσεις ώστε να αντιμετωπίσουν με σοβαρότητα το θέμα της υγείας στο χώρο εργασίας και να εφαρμόσουν συγκεκριμένες και ικανές μορφές πρόληψης.

Πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας ότι:

1. Η εργασία δεν αποτελεί μόνο έναν τρόπο εξοικονόμησης των αναγκαίων οικονομικών μέσων διαβίωσης αλλά και μία σοβαρή πηγή ενίσχυσης της προσωπικότητας και αυτοεκτίμησης, και γι αυτό παίζει σημαντικό ρόλο στην φυσική και ψυχική υγεία των ανθρώπων.

2. Το μεγαλύτερο μέρος των ενεργών ενηλίκων καταναλώνει μεγάλο μέρος του χρόνου του στην εργασία.

3. Ο ενεργής πληθυσμός που εργάζεται αποτελεί ένα είδος «opinion leader» για τον ανενεργή πληθυσμό και έτσι ο υγιής τρόπος ζωής των εργαζομένων επεκτείνεται στην οικογένεια και στην κοινωνία.

Η προαγωγή υγείας στην επιχείρηση:

- Ενθαρρύνει την συμμετοχή και την υπευθυνότητα κάθε εργαζομένου, ενισχύει την ομαδική εργασία και την συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων.
- Έχει συνεργική δράση και βοηθά όλες εκείνες τις καταστάσεις όπου όλοι εμφανίζονται επιτυχημένοι.
- Έχει θετική επίδραση στην εικόνα των εργαζομένων στην επιχείρηση καθώς και στην εικόνα της ίδιας της επιχείρησης προς την κοινωνία. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η προαγωγή της υγείας είναι και ένα είδος διαφήμισης από τα πιο οικονομικά και αποδοτικά.

Εάν λάβουμε υπ' όψιν μας τα ανωτέρω γίνεται εμφανές ότι το κόστος, τόσο για τους εργαζόμενους όσο και τους εργοδότες, είναι πολύ μεγαλύτερο όταν δεν αποφασίζεται η λήψη μέτρων για την προαγωγή της υγείας. Μέσα από μια πολιτική που προωθεί προγράμματα προς αυτή την κατεύθυνση, οι εργαζόμενοι, οι επιχειρηματίες, η κοινωνία – τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο – ωφελούνται από την μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας, από την αύξηση της ευεξίας και της ποιότητας ζωής, από την αύξηση της παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας στη διεθνή αγορά.

Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να εξακριβώσουν τους στρεσσογόνους παράγοντες δηλαδή εκείνες τις καταστάσεις ή τις περιβαλλοντικές συνθήκες που προκαλούν ένταση. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με αντικειμενικές συνθήκες (βάρδιες, ανεργία κ.α.) και με υποκειμενικές συνθήκες (αίσθηση υπερβολικού φόρτου εργασίας, αντιθέσεις και συγκρούσεις, αμφιλεγόμενος ρόλος στην εργασία, κλπ).

Τα τελευταία είκοσι χρόνια εξελίχθησαν διάφορα θεωρητικά μοντέλα για την μελέτη του εργασιακού stress: μεταξύ αυτών τα πιο σημαντικά είναι το Person Environment Fit Model των French, Caplan e Van Harrison και το μοντέλο των Karasek-Theorell. Και τα δύο αυτά μοντέλα στηρίζονται στην ασυμφωνία ή διαφορά μεταξύ περιβάλλοντος και ατόμου.

Το πρώτο μελετάει την σχέση που υπάρχει μεταξύ των αναγκών και των προσδοκιών του εργαζομένου και την ικανότητα της εργασίας (ή της επιχείρησης) να τις ικανοποιήσει από τη μια και από την άλλη την ικανότητα που έχει ο εργαζόμενος να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας. Το μοντέλο αυτό υποθέτει ότι η ανάπτυξη υπερέντασης (strain) – δηλαδή βιολογικής, ψυχολογικής έντασης και διαταραχών συμπεριφοράς – συμβαίνει όταν διαταράσσεται η ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων του εργασιακού περιβάλλοντος και της ικανότητας του εργαζομένου να ανταπεξέλθει σε αυτές. Οι προσδοκίες περιλαμβάνουν το κέρδος, την συμμετοχή και την χρήση των ικανοτήτων ενώ οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις περιλαμβάνουν τον φόρτο εργασίας και την πολυπλοκότητα αυτής.

Το δεύτερο μοντέλο υποδεικνύει ότι η σχέση μεταξύ των υψηλών απαιτήσεων της εργασίας (job demand) = (ρυθμός, αριθμός ωρών εργασίας, πιθανές υπερβολικές απαιτήσεις και άσχημη οργάνωση της εργασίας) και της μειωμένης συμμετοχής του εργαζομένου (decision latitude) – [η decision latitude αποτελείται από δύο τμήματα: την skill discretion και την decision authority. Η πρώτη έχει να κάνει με συνθήκες που χαρακτηρίζονται (1) από

την δυνατότητα να μάθει ο εργαζόμενος καινούργια πράγματα, (2) από την επαναληπτικότητα της απασχόλησης και (3) από την δυνατότητα να εκτιμηθούν οι ικανότητες του εργαζομένου. Η δεύτερη έχει να κάνει βασικά με το επίπεδο ελέγχου που μπορεί να ασκήσει ο εργαζόμενος στον προγραμματισμό και στην οργάνωση της εργασίας.]

Ακόμα μέχρι σήμερα η θεωρία του Karasek φαίνεται να αποτελεί ένα από τα πιο πετυχημένα μοντέλα μελέτης των ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας και της σχέσης μεταξύ strain και χρόνιας κόπωσης, κατάθλιψης, υπερκατανάλωσης φαρμάκων, απουσιών από την εργασία, εργατικών ατυχημάτων, μυοσκελετικών διαταραχών, θνητότητας, διαταραχών αναπαραγωγής.

Είναι λοιπόν αναγκαία μία συμφωνία μεταξύ όσων εμπλέκονται που, αφού αναγνωρίσουν την σοβαρότητα του προβλήματος, να αναπτύξουν κατευθυντήριες γραμμές για την συνολική του αντιμετώπιση. Αυτές θα πρέπει να ασχολούνται με την πληροφόρηση, την επαγγελματική κατάρτιση, την κλινικο-διαγνωστική, την θεραπευτική, την αποκατάσταση, την ιατρο-δικαστική, την νομική και πάνω από όλα με την πρόληψη.

Πρέπει σε αυτό το σημείο να θυμηθούμε πάλι τον ορισμό της υγείας όπως έχει διατυπωθεί και από τον Π.Ο.Υ., δηλαδή όχι απλώς σαν απουσία ασθένειας αλλά σαν μια κατάσταση τέλειας φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Επίσης ανάμεσα στους άλλους παράγοντες κινδύνου (χημικούς, φυσικούς και βιολογικούς) θα πρέπει να συγκαταλέγονται και οι ψυχολογικοί.

Επιπτώσεις στην υγεία.

Τα πρώτα αποτελέσματα, προερχόμενα από καταστάσεις συναισθηματικής βίας, παρατηρούνται σε βάρος της υγείας των θυμάτων, που αναπόφευκτα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα έκθεσης, μεταβάλλεται με εκδηλώσεις από την νευρο-ψυχική σφαίρα.

Πολύ νωρίς εμφανίζονται σημεία

- ψυχοσωματικού κινδύνου (ημικρανίες, ταχυκαρδία, γαστρεντερικές διαταραχές, οστεοαρθριτικά άλγη, μυαλγίες, διαταραχές ισορροπίας),
- συναισθηματικού κινδύνου (άγχος, ένταση, διαταραχές του ύπνου, αδιαθεσία),
- συμπεριφοράς (ανορεξία, βουλιμία, κατανάλωση αλκοόλ και φαρμακοεξάρτηση).

Εάν το αίτιο δρα για μεγάλο χρονικό διάστημα, εκτός από παθολογικές καταστάσεις που αφορούν όργανα ή μικρά συστήματα, μπορούν να οργανωθούν και δύο χαρακτηριστικά σύνδρομα που αντανακλούν την ψυχιατρική απάντηση του οργανισμού σε εξωτερικές καταστάσεις και συνθήκες :

- διαταραχές προσαρμογής και
- διαταραχές μετά από τραύματα προκαλούμενα από stress.

Παρ' όλα αυτά, πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας ότι στον εργασιακό χώρο υπάρχουν πολλές ψυχιατρικές διαταραχές που ανήκουν στις επαγγελματικές ασθένειες οι στις ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία (work – related) και οι οποίες δεν έχουν σχέση με την συναισθηματική κακοποίηση.

Κοινωνικές επιπτώσεις

Οι κοινωνικές επιπτώσεις μπορεί να είναι καταστρεπτικές, μιας και η εμμονή των ψυχοφυσικών ενοχλημάτων δημιουργεί απουσίες από την εργασία όλο και μεγαλύτερης διάρκειας, ακόμα και τη δημιουργία «συνδρόμου επανεισόδου στο χώρο εργασίας», μέχρι την τελική παραίτηση ή απόλυση του εργαζομένου.

Η απώλεια της αυτοεκτίμησης και του κοινωνικού ρόλου δημιουργεί ανασφάλεια στον εργαζόμενο, δυσκολίες στις σχέσεις του με τους άλλους και, για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, την αδυναμία εύρεσης νέας εργασίας.

Το άτομο αυτό μεταφέρει στο οικογενειακό του περιβάλλον την άσχημη κατάσταση στην οποία βρίσκεται και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις χωρισμού, διαταραχών της ψυχοφυσικής ανάπτυξης των παιδιών καθώς και διαταραχών των κοινωνικών σχέσεων.

Επί πλέον το κόστος των συνεπειών της άσχημης ψυχολογικής κατάστασης του εργαζομένου δεν περιορίζονται μόνο σε αυτόν αλλά επεκτείνονται γενικότερα και στην επιχείρηση (χαμένες εργατοώρες, μειωμένη ποιότητα εργασίας, μειωμένη παραγωγικότητα) και στην κοινωνία (αύξηση των πρόωρων συντάξεων, των αναπηριών και των κρατικών ασφαλιστικών εξόδων).

Ο ψυχολογικά καταπιεσμένος εργαζόμενος έχει γίνει αντιπαραγωγικός, βάρος για την κοινωνία ,την οικογένεια και τον εαυτό του: ο ίδιος τα ξέρει αυτά αλλά δεν έχει άλλη ενέργεια να ξοδέψει ούτε ενθουσιασμό να επενδύσει.

ΔΕΔΕΓΚΙΚΑΣ ΣΠΥΡΟΣ
ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΠΙΜ.Β
Κ.Υ. ΑΣΤΡΟΥΣ

Βιβλιογραφία.

1. Cassitto, M.G., Mobbing e disturbi emozionali, in: Atti del Convegno "Mobbing", UIL, Milano, 13 gennaio 2000.

2. Cooper, C.I., Payne, R. (eds) Causes, Coping and Consequences of Stress at Work, J. Wiley & Sons, New York, 1988.

3. DSM IV: Diagnostic and Statistic Manual, 1996.

4. Gilioli, D., Le molestie morali sul posto di lavoro (mobbing): problema attuale in medicina del lavoro. Esperienze personali, Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano, AA. 1998-99.

5. ISPESL – Clinica del Lavoro di Milano, Le molestie morali (mobbing): uno dei rischi derivanti da un'alterata interazione psicosociale nell'ambiente di lavoro, Atti del I e del II Seminario Nazionale, ISPESL, Roma, 2000.

6. Leymann, H. The Content and Development of Mobbing at Work, European Journal of Work and Organizational Psychology, 5, 2, 1996.

7. Leymann, Heinz, The Mobbing Encyclopaedia, www.leymann.se/English/frame.html, 12100e, 12220e, 13100e.

8. Paanen & Vartia, M. Mobbing at Workplaces in State Government, Helsinki, Finnish Work Environment Fund, 1991.

9. Starring, B. et aa. In the Wake of Recession – Economic Hardship, Shame and Social Disintegration, Scand. J. 1997, 23, supp. 4, 47-54.

Swedish National Board of Occupational Safety and Health: Victimization at Work, Ordinance (ASF 1993:17).

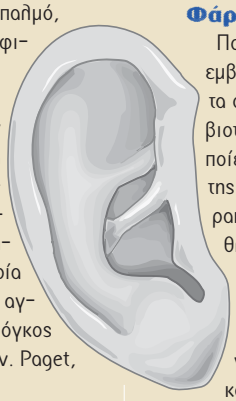
ΕΜΒΟΕΣ

Εμβοές είναι η αντίληψη ενός ήχου σε απουσία ακουστικού ερεθίσματος. Περιλαμβάνουν ήχους που μοιάζουν με σφύριγμα, με ροή αέρα, αίσθημα αντίληψης των σφύξεων κ.α. Μπορεί να είναι μονόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες και να αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα μιας νοσολογικής οντότητας που μπορεί να απειλήσει την υγεία ή το αίσθημα του 'καλώς έχειν' του ασθενούς. Περίπου 40 εκατομμύρια Αμερικανοί πάσχουν από εμβοές. Η μεγαλύτερη συχνότητα απαντάται στις ηλικίες 40-70 ετών και κυρίως στους άνδρες. Οι εμβοές μπορεί να επηρεάσουν σοβαρά την ποιότητα ζωής! Ο Ludwig Von Beethoven περιγράφοντας τις εμβοές του στο γράμμα του προς ένα φίλο του, έλεγε: «...μόνο τα αυτιά μου βουίζουν και σφυρίζουν μέρα-νύχτα. Μπορώ να πω ότι ζω μια άθλια ζωή!»

Οι εμβοές μπορούν να διακριθούν σε αντικειμενικές (οι οποίες μπορούν να ακουσθούν από τον εξεταστή) και υποκειμενικές (οι οποίες είναι και οι πιο συχνές και γίνονται αντιληπτές μόνο από τον ασθενή). Επίσης μπορούν να διακριθούν σε σφύζουσες (συνήθως αγγειακής αιτιολογίας) και μή σφύζουσες.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΕΣ ΕΜΒΟΕΣ

Οι εμβοές αυτές παράγονται από 'παραακουστικές' δομές, δύνανται να ακροασθούν από τον εξεταστή και πρέπει πάντα να γίνεται προσεκτικός συσχετισμός τους με τον καρδιακό παλμό, τυχόν συνυπάρχουσα βαρηκοΐα, εκλυτικούς ή ανακουφιστικούς παράγοντες. Πιθανότερες αιτίες αυτών είναι:



Α) Αγγειακές ανωμαλίες

Οι εμβοές οι οποίες περιγράφονται να έχουν σφυγμικό ή στροβιλώδη χαρακτήρα είναι πιθανότατα αγγειακής αιτιολογίας. Πιθανά αίτια είναι οι αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες (ΑΔ), αγγειακοί όγκοι (χημειοδεκτώματα, glomus), φλεβικός βόμβος, αρτηριοσκλήρυνση, έκτοπη καρωτίδα αρτηρία, παραμένουσα αρτηρία του αναβολέα, ελλειμματικός σφαγιτιδικός βολβός, αγγειακές αγκύλες, καρδιακά φυσήματα, αυξημένος όγκος παλμού (εγκυμοσύνη, αναιμία, υπερθυρεοειδισμός), ν. Paget, και καλοήθης ενδοκράνια υπέρταση (ΚΕΥ).

Οι αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες είναι συγγενείς ανωμαλίες και συνήθως περιλαμβάνουν επικοινωνία της ινιακής αρτηρίας με τον εγκάρσιο κόλπο, της έσω καρωτίδας αρτηρίας με τις σπονδυλικές αρτηρίες, της μέσης μηνιγγικής αρτηρίας με την μείζονα επιπολής λιθοειδή αρτηρία... Οι σφύζουσες εμβοές μπορεί να αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα αλλά οι ΑΔ μπορεί να συνοδεύονται από κεφαλαλγίες, οίδημα οπτικής θηλής και αποχρωματισμό δέρματος ή βλεννογόνων.

Οι αγγειακοί όγκοι είναι συνήθως χημειοδεκτώματα (παραγαγγλιώματα) της σφαγίτιδας ή του τυμπανικού πλέγματος (glomus jugularis – glomus tympanicum).

Ο φλεβικός βόμβος παράγεται λόγω αυξημένης ή στροβιλώδους ροής αίματος στο φλεβικό σύστημα. Συνήθως οφείλεται στην ΚΕΥ η οποία κυρίως συναντάται σε γυναίκες νέες, υπέρβαρες, οι οποίες αιτιώνται βαρηκοΐα, αίσθημα πληρότητας του αυτιού, ζάλη , κεφαλαλγία ή οπτικές διαταραχές.

Β) Ανοικτή Ευσταχιανή Σάλπιγγα

Οι ασθενείς με τη δυσλειτουργία αυτή της ΕΣ, έχουν ένα αίσθημα βουητού που θυμίζει τον ήχο του ωκεανού και σχετίζεται με την αναπνοή. Συνήθως υφίεται στην ύπτια θέση και στο τυμπανόγραμμα οι κινήσεις του τυμπανικού υμένα συντονίζονται με την αναπνοή

Γ) Μυϊκός σπασμός

Εμβοές μυϊκής αιτιολογίας μπορεί να οφείλονται σε μυοκλονικό σπασμό του ανελκτήρα και του τείνοντα τη μαλθακή υπερώα, του τείνοντα το τύμπανο μυός, του σαλπιγγοφαρυγγικού μυός και των ανώτερων φαρυγγικών σφιγκτήρων. Είναι ήχοι τύπου click με συχνότητα 60-200 Hz, διακεκομμένοι και επαναληπτικοί. Συνήθως οφείλονται σε πολλαπλή σκλήρυνση, σε όγκους ή εκφυλιστικές νευρολογικές διαταραχές.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΕΣ ΕΜΒΟΕΣ

Αυτές είναι και οι πιο συχνές, δεν γίνονται αντιληπτές από τον εξεταστή, συνήθως δεν είναι σφύζουσες και σχετίζονται με την πρεσβυακοΐα, την έκθεση σε θόρυβο, τη ν. Meniere, την ωτοσκλήρυνση, την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, το ακουστικό νευρίνωμα, φάρμακα, μέση ωτίτιδα με υγρό, διαταραχές κροταφογναθικής διάρθρωσης, κατάθλιψη, υπερλιπιδαιμία, μηνιγγίτιδα και σύφιλη.

Η θεραπεία των παθήσεων που προκαλούν βαρηκοΐα αγωγιμότητας οδηγεί στην εξάλειψη των εμβοών ενώ στην περίπτωση της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας τα πράγματα είναι πιο δύσκολα. Στον όλο μηχανισμό παραγωγής και αντίληψης των υποκειμενικών εμβοών φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο κεντρικές ακουστικές οδοί και το μεταιχμιακό σύστημα, κάτι που έχει οδηγήσει αρκετές θεραπευτικές μεθόδους προς την κατεύθυνση της εξοικείωσης του ασθενούς με τις εμβοές.

Φάρμακα

Πολλά φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία εμβοών. Τα κυριότερα από αυτά είναι τα ΜΣΑ (ασπιρίνη...) τα οποία προκαλούν αναστρέψιμες εμβοές, ορισμένα αντιβιοτικά όπως οι αμινογλυκοσίδες (στρεπτομυκίνη...) οι οποίες προκαλούν μη αναστρέψιμες εμβοές, τα διουρητικά της αγκύλης, ορισμένα αντινεοπλασματικά και χημειοθεραπευτικά (cis-platin, vincristine), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά...

Εξέταση-Εκτίμηση ασθενούς

Σημαντικό ρόλο κατά την προσέγγιση ενός ασθενούς με εμβοές παίζει η λήψη ενός σχολαστικού ιστορικού με ερωτήσεις που αναφέρονται στην ποιότητα του ήχου, αν είναι σφύζων ή όχι, η χροιά και η ένταση αυτών, αν είναι σταθερές ή παροξυσμικές, αν έχει προηγηθεί τραύμα στην κεφαλή, χρόνια ή οξεία έκθεση σε θόρυβο, λήψη φαρμάκων, συνυπάρχουσα βαρηκοΐα ή ίλιγγος κ.α. Οι εμβοές μπορεί να έχουν λειτουργικό, συναισθηματικό ή και καταστροφικό αντίκτυπο στον ασθενή!

Μετά τη λήψη του ιστορικού ακολουθεί λεπτομερής κλινική εξέταση. Κατά την ωτομικροσκόπηση διερευνάται η πιθανή ύπαρξη υγρού ή μάζας του μέσου ωτός ή παθολογική κινητικότητα του τυμπανικού υμένα σε συνδυασμό με τις αναπνευστικές κινήσεις. Επίσης γίνεται ακρόαση της περιωτικής και περικόγχιας περιοχής για ανεύρεση τυχόν ροίζου ή φυσήματος (σφύζουσες εμβοές).

Ακολουθεί πλήρης ωτονευρολογικός έλεγχος ο οποίος ανάλογα με την περίσταση περιλαμβάνει τονικό ακοόγραμμα, ομιλητική ακοομετρία, τυμπανομετρία, ακουστικά αντανακλαστικά, ακουστικά προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους, ωτοακουστικές εκπομπές.

Ο αιματολογικός έλεγχος περιλαμβάνει μέτρηση του αιματοκρίτη, λιπιδαιμικό προφίλ, συφιλιδικά αντισώματα, έλεγχο θυ-

ρεοειδούς.

Μαγνητική τομογραφία (MRI) με χρήση σκιαγραφικού (gadolinium) γίνεται σε υποψία ακουστικού νευρινώματος όπως σε μονόπλευρες εμβοές με νευροαισθητήρια βαρηκοΐα και χαμηλή διακριτική ικανότητα, σε υποψία όγκων τύπου glomus (εικόνα 'αλατοπίπερου'), σε σφύζουσες εμβοές (μαγνητική αγγειογραφία-MRA).

Θεραπεία

Η πολυπαραγοντική αιτιολογία των εμβοών και η ελλιπής κατανόηση της παθοφυσιολογίας τους έχει οδηγήσει σε ποικιλία εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων. Αυτές περιλαμβάνουν τροποποίηση της δίαιτας, φάρμακα, εξοικείωση του ασθενούς, μυριγγοτομή, χειρουργική θεραπεία, ηχοκάλυψη, ηλεκτρικός ερεθισμός, ύπνωση. Σε πολλές περιπτώσεις η διαβεβαίωση του ασθενούς ότι δεν πάσχει από κάποιο σοβαρό νόσημα και ότι δεν απειλείται η ακοή του αρκούν για να ανακουφιστεί από το πρόβλημά του. Επίσης η μείωση κατανάλωσης καφεΐνης, σοκολάτας, τσαγιού και η διακοπή του καπνίσματος ωφελούν. Οι ασθενείς πρέπει να αποθαρρύνονται από το να καταναλώνουν ΜΣΑ όπως η ασπιρίνη.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται θεραπευτικά κατά των εμβοών είναι η λιδοκαΐνη, η καρβαμαζεπίνη, οι βενζοδιαζεπίνες, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (νορτριπτυλίνη) και η ginkgo biloba. Από αυτά το πιο αποτελεσματικό φαίνεται να είναι η βενζοδιαζεπίνη αλπραζολάμη, η οποία προκαλεί ύφεση των εμβοών στο 75% των ασθενών, με το μειονέκτημα όμως της φαρμακευτικής εξάρτησης.

Επίσης υπάρχουν οι λεγόμενες 'συσκευές εμβοών' οι οποίες είναι συνδυασμός ακουστικών βαρηκοΐας-maskers (παράγουν ηχοκάλυψη), οι οποίες ενισχύουν τους ήχους του περιβάλλοντος ή παράγουν ήχους από μόνες τους με αποτέλεσμα την κάλυψη των εμβοών.

Εναλλακτικά χρησιμοποιείται η τεχνική της 'εξοικείωσης' του ασθενούς με τις εμβοές του, κατά την οποία του χορηγούνται καθημερινά ήχοι για κάποιες ώρες και για αρκετούς μήνες με σκοπό την εξοικείωση του κεντρικού νευρικού συστήματος με τους ήχους αυτούς και κατ' επέκταση με μειωμένη αντίληψη των εμβοών.

Περιγράφεται παράλληλα ο διαδερμικός ηλεκτρικός ερεθισμός του έξω ακουστικού πόρου, του τράγου ή του ακρωτηρίου (promontory) με άλλοτε άλλα αποτελέσματα.

Τέλος η χειρουργική αντιμετώπιση περιορίζεται σε περιπτώσεις όπου οι εμβοές αποδίδονται σε αγγειακές αγκύλες που πιέζουν το κοχλιακό νεύρο, σε αρτηριοφλεβικές ανωμαλίες, σε ακουστικά νευρινώματα. Επίσης σε πολλές περιπτώσεις ανακούφιση από τις εμβοές φαίνεται να προσφέρει η τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος.

Συμπέρασμα

Οι εμβοές είναι ένα σύμπτωμα που μπορεί να ταξινομηθεί ως υποκειμενικό ή αντικειμενικό. Η πλειονότητα των ασθενών πάσχουν από εμβοές οφειλόμενες σε πρεσβυακοΐα. Ο σοβαρός αντίκτυπος των εμβοών στην ποιότητα ζωής των ασθενών απαιτεί την προσεκτική προσέγγιση του θέματος και επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Όσο αυξάνεται ο μέσος όρος διαβίωσης των ανθρώπων τόσο περισσότερο θα μας απασχολεί το θέμα των εμβοών. Απαιτείται συνεχιζόμενη έρευνα στο πεδίο του παθοφυσιολογικού μηχανισμού και της θεραπείας των εμβοών προς όφελος της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ιωάννης Μ. Στιβακτάκης
ΩΡΛ

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΜΗΝΙΣΚΩΝ

Εμβρυολογικά ο μηνίσκος σχηματίζεται από άωρα μεσεγχυματικά κύτταρα από την 8η με 10η εβδομάδα. Η εξέλιξη του από την γέννηση έως το μέσον της εφηβείας συνεχίζεται και συνίσταται στην ελάττωση της κυτταροβρίθειας και αγγείωσης και αύξηση του κολλαγόνου κυρίως τύπου Ι. Με την αύξηση της κινητικής δραστηριότητας του παιδιού οι κολλαγόνες ίνες διαμορφώνονται σε δύο στοιβάδες έτσι ώστε να εξισορροπούν τα φορτία της φόρτισης. Η επιπολής στοιβάδα έχει προσανατολισμό ακτινωτό, ενώ η εν τω βάθει επιμήκη. Οι ακτινωτά προσανατολισμένες ίνες εισέρχονται στις εν τω βάθει έτσι ώστε να αντιστέκονται στα εφελκυστικού τύπου φορτία που τείνουν να ανοίξουν τον μηνίσκο κατά την διάρκεια της φόρτισης.

Ο έσω μηνίσκος καλύπτει το 64% και ο έξω το 84% των αντιστοίχων κνημιαίων κονδύλων αυξάνοντας αντίστοιχα και την επιφάνεια επαφής των κονδύλων.

Από πλευράς αιμάτωσης δυστυχώς είναι πτωχότατη με μικροκυκλοφορία μόνο στο περιφερικό τριτημόριο του από τη μέση έσω και έξω περισπώμενες αρτηρίες. Αυτό είναι και το βασικότερο πρόβλημα στις επεμβάσεις επανασυρραφής, γιατί ως πρακτικά μη αιματούμενη δομή έχει δυσκολίες επούλωσης.

ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Οι μηνίσκοι μεταφέρουν (απορροφούν) περίπου το 50% των φορτίων κατά την κίνηση του γόνατος από 0-90° μοίρες, αυξάνοντας συγχρόνως την συνολική λειτουργική επιφάνεια των κνημιαίων κονδύλων.

Σε περίπτωση ολικής μηνισκεκτομής η λειτουργική επιφάνεια των κονδύλων ελαττώνεται έως και 75% και τα σημειακά φορτία στους «γυμνούς» πλέον κνημιαίους κονδύλους αυξάνουν σύμφωνα με διάφορες μελέτες από 40-235%, ενώ μια μελέτη αναφέρει αύξηση 450-700%. Αυτό είναι μια αιτία πρώιμης οστεοαρθρίτιδας.

Σε μερική μηνισκεκτομή το εναπομείναν τμήμα του μηνίσκου εξακολουθεί να έχει δυνατότητα μεταφοράς - απορρόφησης φορτίων ενώ η ελάττωση της λειτουργική επιφάνειας είναι της τάξης του 10% με αύξηση των φορτίων επαφής της τάξεως το 65%.

Μία ακτινωτή ρήξη του μηνίσκου οδηγεί σε διαταραχή της συνέχειας και πλήρη αναστολή της λειτουργικότητας του μηνίσκου σύμφωνα με τα προαναφερθέντα για την διάταξη των στοιβάδων του μηνίσκου. Επειδή αυτό είναι δυνατόν να προκληθεί και ιατρογενώς όταν γίνεται κάθετη διάνοιξη των σημείων εισόδου του αρθροσκοπίου, καλό είναι οι τομές να γίνονται οριζόντια.

Οι μηνίσκοι επίσης σταθεροποιούν την άρθρωση σε βλαισότητα, ραιβότητα και έσω έξω στροφή.

Ο έσω μηνίσκος είναι σταθεροποιητής στην πρόσθια μετατόπιση της κνήμης συνδράμοντας τον Πρόσθιο χιαστό σύνδεσμο. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στην ρήξη του πρόσθιου χιαστού, γιατί:

1. Ρήξη του ΠΧΣ προδιαθέτει σε ρήξη του έσω μηνίσκου σε κάθε νέα κάκωση
2. Συρραφή του έσω μηνίσκου σε περίπτωση ρήξης του με συνοδό ρήξη ΠΧΣ που δεν διορθώνεται με συνδεσμοπλαστική έχει σαν αποτέλεσμα μικρότερη πιθανότητα επούλωσης του συρραφέντος μηνίσκου

3. Μερική μηνισκεκτομή με συνοδό ρήξη ΠΧΣ αυξάνει την αστάθεια του γόνατος

ΡΗΞΕΙΣ ΜΗΝΙΣΚΩΝ

Ένας αδρός διαχωρισμός των ρήξεων είναι αυτός που αφορά σταθερό γόνατο, δηλαδή χωρίς συνοδές ρήξεις συνδέσμων και αυτός στο συνδεσμικά ασταθές γόνατο. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται γιατί στα σταθερά γόνατα οι ρήξεις είναι συνήθως εκφυλιστικού τύπου, δηλαδή ο ασθενής αναφέρει ότι μετά χαμηλής ενέργειας κάκωση π.χ. από βαθύ κάθισμα «μπλόκαρε το γόνατο», ενώ στο συνδεσμικά ασταθές γόνατο προηγείται η συνδεσμική κάκωση και μετά γίνεται η ρήξη του μηνίσκου σαν αποτέλεσμα μη φυσιολογικής κίνησης και παρεκτόπισης της άρθρωσης.

Γενικά λοιπόν μπορεί να χωριστούν σε τραυματικές και εκφυλιστικές ρήξεις. Ρήξεις μηνίσκου είναι απίθανη σε ηλικίες κάτω των 10 ετών, ενώ εκφυλιστικού τύπου ρήξεις που κατά κανόνα είναι ασυμπτωματικές συμβαίνουν στο 60% του πληθυσμού πάνω από 65.

Έτσι η επιλογή της αρθροσκοπικής χειρουργικής σε ένα ώριμο άνθρωπο με ρήξη οπισθίου κέρατος έσω μηνίσκου βασισμένη στη διάγνωση της μαγνητικής τομογραφίας πρέπει να είναι πολύ προσεκτική για να αποφευχθεί η επέμβαση σε μια ασυμπτωματική πρακτικά δομή που λόγω γήρανσης μπορεί να θεωρείται και φυσιολογική.

Η ρήξη του έσω μηνίσκου είναι η συχνότερη και οι ρήξεις περαιτέρω διαχωρίζονται σε μερικού ή πλήρους πάχους και σε σταθερές δηλαδή μη παρεκτοπιζόμενες στην άρθρωση και ασταθείς.

Η περαιτέρω κατάταξη των ρήξεων ξεφεύγει από τον σκοπό του άρθρου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση στην εποχή της αρθροσκόπησης και της μαγνητικής τομογραφίας δυστυχώς έχει ατονήσει. Ένα καλό ιστορικό του μηχανισμού κάκωσης (μπλοκάρισμα της κνήμης στο έδαφος και έσω ή έξω στροφή), της άμεσης ή καθυστερημένης παρουσίας υδράρθρου βοηθούν στην διάγνωση. Η εντοπισμένη ευαισθησία στο μεσάρθριο χωρίς επέκταση στον κνημιαίο κόνδυλο είναι διαγνωστική.

Επίσης η παρουσία κύστης που προβάλει υπεγείροντας το δέρμα στο έσω (σπάνια) ή στο έξω (συχνότερα) μεσάρθριο είναι ενδεικτικές χρόνιας εκφυλιστικής ρήξης μηνίσκου.

Οι ρήξεις του έσω μηνίσκου προκαλούν πολύ συχνότερα μπλοκ γόνατος σε σχέση με αυτές του έξω.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η απλή ακτινογραφία δεν απεικονίζει τον μηνίσκο και έχει αξία σε κακώσεις γόνατος, μόνο για να αποκλείσει συνοδό κάταγμα στο γόνατο.

Το αρθρογράφημα αν και έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν και είναι σχετικά ακριβές (από 60 –97%), εντούτοις είναι μια αιματηρή μέθοδος.

Η μαγνητική τομογραφία είναι η εξέταση εκλογής με μεγάλη ακρίβεια και το σημαντικότερο με ψηλή αρνητική προγνωστική αξία.

Οι μηνίσκοι εμφανίζονται με χαμηλό σήμα (σκούρο χρώμα) στην Τ1 και Τ2. Το υγρό εμφανίζεται με χαμηλό –μέσο σήμα στην Τ1 και με ψηλό σήμα (φωτεινό) στην Τ2. Έτσι το υψηλό σήμα του υγρού που υπάρχει μέσα στην ρήξη σε αντίθεση με το χαμηλό του ινοχόνδρινου ιστού του μηνίσκου δίνει μεγάλη ακρίβεια διάγνωσης.

Υπάρχει ένα σύστημα κατάταξης που περιγράφει την ρήξη (το ανώμαλο σήμα μέσα στον μηνίσκο) και είναι το ακόλουθο

Βαθμός 1 Ωοειδής ή στρόγγυλος σχηματισμός μη επικοινωνών με την αρθρική επιφάνεια του κονδύλου.

Βαθμός 2 Γραμμοειδές σήμα και αυτό χωρίς επικοινωνία με την αρθρική επιφάνεια του κονδύλου.

Βαθμός 3 Γραμμοειδές σήμα που επικοινωνεί είτε με την άνω, είτε με την κάτω αρθρική επιφάνεια.

Οι 1 και 2 αφορούν εκφυλίσεις και κύστες μέσα στην μάζα του μηνίσκου και είναι δυνατόν κατά την αρθροσκόπηση η επιφάνεια του μηνίσκου να φαίνεται φυσιολογική.

Οι ψευδώς θετικές ρήξεις συνήθως εμφανίζονται στο πρόσθιο κέρας του έξω μηνίσκου στο σημείο επαφής με τον εγκάρσιο (κορωνοειδή) σύνδεσμο ή στο σημείο που ο τένοντας του ιγνυακού υπεγείρει τον έξω μηνίσκο. Εκεί συνήθως βρίσκονται και τα στόμια των κυστών. Επίσης οι μηνισκομηριαίοι σύνδεσμοι στον έξω και η φυσιολογική υπέγερση στο οπίσθιο κέρας του έσω μηνίσκου μπορεί να εκληφθούν σαν ρήξεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μικρές ρήξεις (<1 εκατοστό) σταθερές μπορεί να αφεθούν ως έχουν Μεγαλύτερες και ασταθείς αφαιρούνται Μεγάλες περιφερικές ρήξεις καλό είναι να γίνεται προσπάθεια διάσωσης του μηνίσκου με συρραφή.Βέβαια η συρραφή ειδικά του οπίσθιου κέρατος δεν είναι εύκολη ακόμα και με συνδυασμό ανοικτής και κλειστής μεθόδου ενώ οι κύριες επιπλοκές αφορούν νευραγγειακές βλάβες. Ανάλογα με την μελέτη τα ποσοστά επιτυχημένης συρραφής ποικίλουν από 70-90% για τις αρθροσκοπικές συρραφές και 84-100% για τις ανοικτές. Σε πολλές ρήξεις μηνίσκου υπάρχουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις που διαπιστώνονται τόσο με την μαγνητική τομογραφία όσο και με την ιστολογική εξέταση.

Βέβαια τα μηχανικά χαρακτηριστικά του συρραφέντος και επουλωθέντος μηνίσκου μηνίσκου δεν έχουν μελετηθεί. Με άλλα λόγια ο ινώδης συνδετικός ιστός που γεφυρώνει την ρήξη δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι θα έχει ικανοποιητική μηχανική ανταπόκριση στα φορτία. Σε επίρρωση των παραπάνω μια μελέτη σύγκρισης των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων (13 χρόνια παρακολούθησης) μεταξύ ασθενών που υπέστησαν μηνισκεκτομή αρθροσκοπικά ή συρραφή του μηνίσκου δεν έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ των μηνισκοσυρραφέντων και μηνισκεκτομηθέντων γονάτων.

Συρραφή μηνίσκου σε συνδυασμός με ρήξη ΠΧΣ δεν έχει καλή πρόγνωση (οι λόγοι έχουν προαναφερθεί) αν δεν γίνει και συνδεσμοπλαστική του ΠΧΣ.

Η μεταμόσχευση μηνίσκων είναι ακόμα στα αρχικά στάδια και αφορούν αλλομοσχεύματα κρυοκατεψυγμένα με ή χωρίς οστικό τμήμα. Οι ενδείξεις είναι ακόμα υπό θεώρηση, αλλά οστεοαρθρίτιδα χωρίς αξονική παρέκκλιση μετά από ολική μηνισκεκτομή σε σταθερό γόνατο είναι η κυριότερη ένδειξη. Η εύρεση του κατάλληλου δείγματος αφορά κυρίως τις διαστάσεις. Αν και υποσχόμενη μέθοδος χρειάζονται ακόμα μακροπρόθεσμες μελέτες για ν' αποδείξουν την χρησιμότητα τους.

Πρόσφατα επίσης έχει αρχίσει η χρήση συνθετικών υλικών από κολλαγόνο που προοδευτικά απορροφάται επιτρέποντας την κατάληψη του χώρου από τον αναγεννώμενο φυσιολογικό μηνίσκο αν και εδώ πάλι χρειάζονται μακροχρόνιες μελέτες.

Φόρτης Αθανάσιος – Ορθοπεδικός
Επιμ. Α' Γ.Ν. Τρίπολης

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΪΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

Ι. ΟΡΙΣΜΟΣ

Σαν άνοια ορίζεται ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση των νοητικών λειτουργιών σε βαθμό που επιδρούν στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου. Πέραν της μνήμης που συνήθως επηρεάζεται, άλλες νοητικές λειτουργίες όπως λόγος, αντίληψη, προσοχή και δυνατότητα επίλυσης απλών προβλημάτων προσβάλλονται επίσης. Δεν είναι ασύνηθες, διαταραχές του συναισθήματος και της προσωπικότητας να είναι το αρχικό ή και σύνοδό σύμπτωμα. Η εξέλιξη της νόσου είναι προοδευτική αλλά δύναται να αναστραφεί εάν διαγνωσθεί κάποια θεραπεύσιμη αιτία.

Η διάγνωση βασίζεται σε κλινικά κριτήρια ήτοι, χαρακτηριστικό ιστορικό, συμβατά κλινικά σημεία , (πιν. 1) και εργαστηριακές εξετάσεις (βιοχημικός έλεγχος, νευροαπεικόνιση, βιολογικοί δείκτες, ιστολογικές εξετάσεις).

ΙΙ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Ένας μεγάλος αριθμός παθήσεων της Νευρολογίας – Ψυχιατρικής και της Παθολογίας μπορεί να προκαλέσει Ανοϊκή αναδρομή (Πιν. 2). Πιο κοινή αιτία άνοιας είναι η νόσος του Alzheimer (Ν. Α) (50 – 80%), και ακολουθούν η άνοια με σωματια Lewy, οι μετωποκροταφικές Άνοιες (ΜΚΑ) και η Αγγειακή Άνοια. Μικτά σύνδρομα και πλειάδα άλλων θεραπεύσιμων και μη διαταραχών συμπληρώνουν το διαγνωστικό εύρος στο οποίο θα κινηθεί ο ειδικός γιατρός.

ΙΙΙ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

α) Ιστορικό: Το γεγονός ότι η διάγνωση σε μεγάλο ποσοστό των ανοϊκών συνδρόμων βασίζεται σε ένα τυπικό ιστορικό με προοδευτική πορεία και δυσκολία εντοπισμού της έναρξης της νόσου, αναδεικνύει τη λήξη καλού ιστορικού από τον ασθενή και τους συγγενείς του, σε αξεπέραστο διαγνωστικό εργαλείο.

Μια κλινική εικόνα ασθενούς με από λίγων ετών διαταραχή κύρια πρόσφατης μνήμης στην οποία επικάθηνται και άλλες νοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι χαρακτηριστική της Ν.Α, ενώ πρώιμα ανοϊκα στοιχεία σε παρκινσονικό ασθενή θα πρέπει να στρέψουν τη διάγνωση σε άνοια με Lewy bodies. Επίσης μια υποξεία εγκατάσταση σε αντιδιαστολή με προοδευτική εξέλιξη των συμπτωμάτων υποδηλώνει μεταβολικές, λοιμώδεις ή νεοπλασματικές αιτίες.

Προσοχή θα πρέπει επίσης να δοθεί στο αν διαταραχή κινητικότητας,σφιγκτήρων προηγήθηκαν ή εγκαταστάθηκαν παράλληλα με τις διαταραχές των νοητικών λειτουργιών καθ' ότι αυτο δεν είναι τυπικό των εκφυλιστικών παθήσεων αλλά υδροκέφαλου χαμηλής πίεσης ή μετωπιαίου όγκου.

Συνεπώς λοιπόν μη τυπικά χαρακτηριστικά (πιν. 3) όπως και συνοδός χρήση φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές μνήμης – σύγχυση (πιν. 4) θα πρέπει να μας κάνει προσεκτικούς στην διάγνωση.

β. κλινική εξέταση. Εξαιρετικής σημασίας είναι η εξέταση των νοητικών λειτουργιών του ασθενούς όπως προσοχή, μάθηση, ανάκληση, λόγος, χωροπτικές επιδεξιότητες, μαθηματικοί υπολογισμοί. Η εκτίμηση θα γίνει βάσει του προηγουμένως αποκτηθέντος επιπέδου λειτουργικότητας και του μορφωτικού επιπέδου του εξεταζόμενου, Νευροψυχολογικά test με εργαλεία ανίχνευσης, κλίμακες εκτίμησης βαρύτητας, λειτουργικότητας συμπληρώνουν την ιατρική συνέντευξη.

Ακολούθως θα πρέπει να αναζητηθούν εστιακά νευρολογικά σημεία (αγγειακή νόσος), κινητικές διαταραχές (νόσοι βασικών γαγγλιών), περιφερική νευροπάθεια, διαταραχές αισθητικότητος και πρωτόγονα αντανακλαστικά. Οπωσδήποτε εκτίμηση αδρή οφθαλμολογική, ωτολογική και γενική παθολογική για πιθανές μεταβολικές ή ενδοκρινικές παθήσεις θα πρέπει να συμπληρώνει την κλινική εξέταση.

γ. Εργαστηριακός Έλεγχος. Πολύ εύκολα κάποιος θα μπορούσε να αναλωθεί σε μια πληθώρα εργαστηριακών εξετάσεων (απεικόνιση, γενετικός έλεγχος, βιολογικοί δείκτες...)με μεγάλο κόστος αλλά και ταλαιπωρία για τον ίδιο τον ασθενή αν δεν λάβει υπ' όψιν του τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές. Ενδεχομένως στο μέλλον οι βιολογικοί δείκτες για τη Ν.Α να επιτρέπουν έγκαιρη διάγνωση αλλά προς το παρόν δεν είναι απόλυτα αξιόπιστοι.

Έτσι ο σκοπός του εργαστηριακού ελέγχου είναι να αποκλείσει άλλες αιτίες πλην της Ν.Α και ειδικότερα παθήσεις που δυνητικά είναι θεραπεύσιμες. Βασικές εξετάσεις σε κάθε ασθενή θα πρέπει να θεωρούνται: CT εγκεφάλου αιματολογικός - βιοχημικός κύκλος, έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας, βιταμίνη Β12 και αντισώματα για σύφιλη (πιν. 5). Επιπρόσθετα αν υπάρχει υπόνοια για άλλη παθολογία μπορεί να ζητηθούν πιο ειδικές εξετάσεις (πιν. 6).

IV. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο βασικό διαγνωστικό πλάνο του κλινικού γιατρού θα πρέπει (αφού αποκλειστούν ανατάξιμες αιτίες άνοιας) να διαχωριστούν δύο βασικές κατηγορίες: α) Άνοια τύπου Alzheimer και β) Άνοιες μη τύπου Alzheimer.

Α) Άνοια τύπου Alzheimer.

Η νόσος του Alzheimer όπως αναφέρεται είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας (50 – 80%). Η τυπική της πορεία αφορά ένα τρίτης ηλικίας ασθενή που παρουσιάζει διαταραχές μνήμης αρχικά, αλλά κατά την εξέλιξη της νόσου διαταραχές του λόγου, χωροπτικές διαταραχές και ψυχιατρικά συμπτώματα που οδηγούν τον πάσχοντα σε προσωπική και επαγγελματική ανεπάρκεια. Στα τελικά στάδια ο ασθενής καθηλώνεται σε αναπηρική πολυθρόνα χωρίς δυνατότητα επικοινωνίας.

Η νευρολογική εξέταση συνήθως στα αρχικά στάδια είναι φυσιολογική (εξαιρώντας βέβαια την εξέταση των νοητικών λειτουργιών). Συνοδά σημεία: όπως πρωτόγονα αντανακλαστικά μπορεί να εκλύονται. Λιγότερο συχνά παρατηρούνται εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, μυόκλωνος ή διαταραχή βάδισης.

Ήπια διαγνωστική διαταραχή (ΗΓΔ): η έννοια αυτή αναφέρεται σε άτομα που έχουν κάποια γνωστική έκπτωση αλλά δεν είναι τόσο επηρεασμένοι ώστε να θεωρούνται ως πάσχοντες από Ν.Α Ενδεχομένως αυτοί οι ασθενείς να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ΝΑ τα προσεχή έτη. Το τυπικό σενάριο αφορά διαταραχή δύο τουλάχιστον γνωστικών λειτουργιών (όχι απαραίτητα της μνήμης)ή δε βαρύτητα τους είναι μικρότερη της άνοιας με συνέπεια να μην επηρεάζεται ιδιαίτερα η καθημερινή ζωή.

Β) Άνοιες μη τύπου Alzheimer

Άλλες κατηγορίες ανοϊκών συνδρόμων που θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από Ν.Α είναι οι ταχέως εξελισσόμενες άνοιες, άνοιες με παρκινσονισμό, ή μετωποκροταφική άνοια και η αγγειακή άνοια.

1. ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΕΣ ΑΝΟΙΕΣ (Νόσος CREUTZFELDT–JACOB (CJD) Limbic encephalitis, chronic meningitis)

CJD: Κλινικά η νόσος εμφανίζει μια υποξεία πορεία με γνωστικά προβλήματα, ψυχιατρικά συμπτώματα και διαταραχές στον ύπνο. Με την πρόοδο της νόσου πυραμιδικά - εξωπυραμιδικά (ακαμψία) σημεία, αταξία και οφθαλμοπληγία επιπροστίθενται. Μυόκλωνος είναι συνήθως χαρακτηριστικός της νόσου. Μέχρι πρότινος η διάγνωση βασζόταν σε κλινικά στοιχεία, περιοδικές οξύαιχμες εκφορτίσεις στο Η.Ε.Γ. με συχνότητα 1Hz και βιοψία ιστού. Πρόσφατα περιγράφτηκε ότι η ανίχνευση της 14-3-3 εγκαφαλικής πρωτεϊνης στο εγκεφαλικό υγρό με ευαισθησία 94% είναι ενδεικτική CJD. Παρ' όλα αυτά όμως και άλλες οξείες νευρολογικές παθήσεις μπορούν να δώσουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα.

ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ (LIMBIC) ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΣ

Ταχέως εξελισσόμενη ανοϊκή συνδρομή που υποκρύπτει συνήθως μικροκυτταρικό Ca του πνεύμονος, Ca κύστεως όρχεων ή θύμωμα. Η διάρκεια της νόσου σπανίως ξεπερνά τα δύο χρόνια. Η γνωσιακή διαταραχή ακολουθείται από πολυεστιακή προσβολή του ΚΝΣ με πιο συχνη εκδήλωση τις επιληπτικές κρίσεις. Είναι συνήθως διάγνωση εξ' αποκλεισμού εάν δεν ανευρεθεί πρωτοπαθής εστία.

ΧΡΟΝΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΣ: Ατελώς θεραπευθείσα Μηνιγγίτις, ή υποξεία προσβολή των μηνίγγων λόγω συστηματικού νοσήματος, δυνατόν να εμφανίζουν σαν πρώτη εκδήλωση διαταραχές συμπεριφοράς, κινητικότητας και άνοια. Νευροσύφιλις, AIDS, νόσος του Lyme, φυματίωση, κρυπτόκοκκος, σαρκοείδωση και νόσος του Whipple θα πρέπει προσεκτικά να αποκλειστούν γιατί δυνητικά είναι θεραπεύσιμες.

2.ΑΝΟΙΑ ΣΤΑ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Τα Παρκινσονικά σύνδρομα με άνοια έχουν ένα ευρύ φάσμα αιτιοπαθογένειας εκφυλιστικό και μη. Προσεγγίζοντας έναν ασθενή με παρόμοια κλινική συμπτωματολογία θα πρέπει να ερωτηθεί το οικογενειακό ιστορικό, η έναρξη και η πορεία των συμπτωμάτων, καθώς επίσης και η χρήση φαρμακευ-

τικών ουσιών.

1. ΜΗ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ

α) Φαρμακοεπαγόμενος Παρκινσονισμός (ΦΕΠ):Πρόσφατες κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ΦΕΠ διαγνώσθηκαν λάθος ως ΝΠ. Ίσως η ευρεία χρήση νευροληπτικών φαρμάκων (D2 antagonists) σε ασθενείς με διάφορα ανοϊκά σύνδρομα να είναι υπεύθυνη για την αυξημένη εμφάνιση εξωπυραμιδικής σημειολογίας στους ασθενείς αυτούς.

Παρόλη την πρόσφατη χρήση μη τυπικών νευροληπτικών φαρμάκων ο κίνδυνος ακόμη υπάρχει ιδιαίτερα σε υψηλές δοσολογίες. Πρέπει να τονιστεί ότι ο ΦΕΠ μπορεί να εμφανίζει όλη την τυπική συμπτωματολογία της ιδιοπαθούς ΝΠ.

β) Αγγειακός Παρκινσονισμός-Ανοΐα: Υποφλοιώδης άνοια ,διαταραχές βάδισης απραξικού τύπου και εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις από τα κάτω άκρα είναι γνωστό ότι παρατηρούνται σε νόσο Binswager. Σε μερικές περιπτώσεις τα παρκινσονικά συμπτώματα ανταποκρίνονται στη L-dopa. Η διάγνωση του αγγειακού Παρκινσονισμού βασίζεται στα κλινικά ευρήματα και στην παρουσία παραγόντων επικινδυνότητας για αγγειακή νόσο.

γ) Υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης (ΥΦΠ): Διαταραχές βάδισης, υποφλοιώδης άνοια και ακράτεια είναι η βασική κλινική τριάδα που χαρακτηρίζει τη νόσο , όμως πιο γενικευμένα εξωπυραμιδικά στοιχεία δεν είναι σπάνια. Ένα μεγάλο ποσοστό με ΥΦΠ μπορεί να εμφανίζει βραδυκινησία, τρόμο άκρων και δυσκαμψία παράλληλα με διαταραχές μνήμης. Διαγνωστική ΟΝΠ με κινητικά τεστ προ και μετά την παρακέντηση βοηθάει στη διάγνωση.

2.ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ

α)Άνοια με σωμάτια Lewy (DLB) :Η DLB περιλαμβάνει περίπου το 20% των ανοϊκών συνδρόμων. Θεωρείται διαφορετική νοσολογική οντότητα από ΝΠ και ΝΑ αν και υπάρχει σαφής κλινική και ιστολογική επικάλυψη.

Το ανοϊκό σύνδρομο της DLB μοιάζει αρκετά με τη ΝΑ αν και εμφανίζει μεγάλη ετερογένεια. Ομοίως η διάκριση της DLB από την άνοια που εμφανίζεται στη νόσο του Πάρκινσον είναι δύσκολη και βασίζεται κυρίως στο χρόνο εμφάνισης των γνωσιακών διαταραχών.

β)Προϊούσα Υπερπυρινική Παράλυση (PSP) :Συμμετρικός Παρκινσονισμός και υποφλοιώδης άνοια χαρακτηρίζουν τη νόσο. Οφθαλμοκινητικά ελλείμματα, διαταραχές ισορροπίας, κατάποσης και ομιλίας από τα αρχικά στάδια της νόσου, κορμική δυσκαμψία και απουσία τρόμου διαχωρίζουν κλινικά την PSP από την ΝΠ. Ψευδοπρομπικά στοιχεία συμπεριφοράς συχνά είναι παρόντα και χρήζουν διαφοροδιάγνωσης από πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή.

γ) Ατροφία Πολλαπλών Συστημάτων (MSA) : Ο όρος MSA αφορά μια νευροεκφυλιστική διαταραχή με πολλαπλά συνοδά χαρακτηριστικά (αυτόνομο,παρεγκεφαλίδα,πυραμιδικές βλάβες). Οι γνωσιακές λειτουργίες διατηρούνται σε καλό επίπεδο στην πορεία της νόσου αν και σε νευροψυχολογικά τεστ παρατηρούνται συγκεκριμένα ελλείμματα.

δ)Φλοιοβασική Εκφύλιση(CBD) : Η CBD είναι η πιο σπάνια από τα Παρκινσονικά σύνδρομα και χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρο παρκινσονισμό , μυόκλονο και απραξία συνοδευόμενα από γνωσιακά ελλείμματα στο 93% και άνοια στο 25% των ασθενών.

ε)Άνοια στη νόσο του Πάρκινσον : Είναι η πιο σοβαρή νευροψυχιατρική επιπλοκή της ΝΠ επηρεάζοντας περίπου το 30% των ασθενών μετά την ηλικία των 65 ετών. Η ψύχωση και κυρίως οπτικές ψευδαισθήσεις είναι συχνό το πρώτο σύμπτωμα. Η λειτουργία του μετωπιαίου λοβού η οποία είναι επηρεασμένη σε πολλούς ασθενείς με ΝΠ , επιδεινούται περισσότερο εκδηλούμενη ως αστάθεια και αδράνεια. Η οπτικοχωρική λειτουργία επίσης μειώνεται χωρίς αυτό να μπορεί να ανιχνευθεί με το clock τεστ. Η επεισοδική μνήμη είναι συνήθως φτωχή και βαθμιαία αναπτύσσεται γενικευμένη άνοια.

Οι συνήθεις ιστολογικές αλλοιώσεις είναι μεγάλος αριθμός σωματίων Lewy στο φλοιό και πρωτοπαθείς γεροντικές πλάκες ενώ μερικές περιπτώσεις έχουν ιστολογία τυπική της ΝΑ. Επιβαρυντικοί παράγοντες για άνοια στην ΝΠ αποτελούν η μεγάλη ηλικία του ασθενούς και έναρξης της νόσου, η διάρκεια της νόσου και η συνύπαρξη κατάθλιψης και ψευδαισθήσεων.

3. ΜΕΤΩΠΙΑΙΕΣ ΑΝΟΙΕΣ:

Όταν αρχικές εκδηλώσεις σ' ένα ανοϊκο σύνδρομο περιγράφονται διαταραχές συναισθήματος συμπεριφοράς και αφασικά συμπτώματα τότε η πιο πιθανή διάγνωση είναι η μετωποκροταφική άνοια (M.KA). Θεωρείται ως η τρίτη πιο συχνή μορφή άνοιας μετα την N.A και Άνοια με Lewy body. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν συμμετρική μετωποκροταφική ατροφία, ενώ άλλοι ετερόπλευρη προσβολή (πρωτοπαθής προϊούσα αφασία). Λόγω της ετερογένειας των συμπτωμάτων, δεν είναι σίγουρο ότι συνιστούν ένα ξεχωριστό κλινικό σύνδρομο και ως εκ τούτου δεν μπορούμε να εκτιμήσουμε και την επίπτωση τους (10 – 25%).

Αρχικά οι ασθενείς παρουσιάζουν αλλαγή προσωπικότητος και διαταραχές στον λόγο. Αργότερα επιπροστίθενται απάθεια, άρση αναστολών και έλλειψη εναισθησίας. Νευροψυχολογικά tests υποδηλώνουν ελλείματα κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές. Η διαφοροδιάγνωση της από την νόσο του Alzheimer είναι σχετικά εύκολη χρησιμοποιώντας διαγνωστικά κριτήρια.

Η Αξονική και Μαγνητική τομογραφία βοηθούν διαγνωστικά λόγω των χαρακτηριστικών θέσεων της εγκεφαλικής ατροφίας στους ασθενείς ιστούς. Η Λειτουργική νευροαπεικόνιση αναδεικνύει υποδιήθηση κυρίως μετωπιαία ενώ διασώζεται ο οπίσθιος φλοιός. Τύποι Μετωπιαίων Ανοιών είναι η νόσος Pick, η εκφύλιση του Μετωπιαίου λοβού, η μετωποκροταφική άνοια με νόσο του κινητικού νευρώνα και η προϊούσα αφασία.

IV. ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Πρόκειται για άνοια που οφείλεται σε Αγγειακή εγκεφαλική βλάβη ή ανοξαιμικές αλλοιώσεις. Το κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι οξεία – υποξεία εγκατάσταση με πρώιμες κινητικές διαταραχές (παρκινσονισμός κάτω άκρων, απραξία βάδισης), αλλαγή προσωπικότητος, διαταραχές σφικτήρων και ψευδοπρομπικές εκδηλώσεις. Κενοτοπιώδη έμφραγτα, μονήρη έμφρακτα και λευκοεγκεφαλοπάθεια είναι από τα πιο χαρακτηριστικά απεικονιστικά ευρήματα. Εκτός των μονήρων αγγειακών βλαβών που μπορούν να επηρεάσουν τις νοητικές λειτουργίες και την συμπεριφορά ο πιο κοινός τύπος Αγγειακής άνοιας είναι πολυεμφρακτική. Αφορά συνήθως ασθενείς άνω των 50, συχνότερα άνδρες με ιστορικό εστιακών παροδικών επεισοδίων (ημιανοψία, αφασία, ψύχωση) στα οποία επικάθεται και γνωσιακή έκπτωση. Διαταραχές σφιγκτήρων (ακράτεια) και βάδισης εμφανίζονται συχνά προ των νοητικών δυσλειτουργιών. Επειδή η πολυεμφρακτική άνοια εκδηλώνεται στο πλαίσιο γενικευμένης αγγειακής νόσου, οι ασθενείς αναφέρουν ιστορικό καπνίσματος, διαβήτου, υπέρτασης, στηθάγχης και διαλείπουσας χωλότητας. Η κλινική της πορεία είναι προοδευτική και η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών τόσο σοβαρή όσο της νόσου Alzheimer.

Η υποφλοιώδης αθηροσκληρυντική εγκεφαλοπάθεια είναι ένα άλλος τύπος Αγγειακής άνοιας με περικοιλιακές αλλοιώσεις της λευκής ουσίας, ιστορικό υπέρτασης και άνοια (νόσος Binswanger). Βεβαίως η διάγνωση θα πρέπει να περιορίζεται στους ασθενείς με γνωσιτικά ελλείμματα και όχι σ' αυτούς που εμφανίζουν λευκοαραίωση. Η κλινική της πορεία δεν διαφέρει ιδιαίτερα από την πολυεμφρακτική, ει μη μόνον ότι είναι πιο προοδευτική. Διαταραχές μνήμης απάθεια και βραδυψυχισμός είναι οι πιο συχνές αιτιάσεις. Συνοδά εξωπυραμιδικά στοιχεία όπως βάδιση με μικρά βήματα, βραδυκινησία, δυσκαμψία είναι παρόντα. Ο μέσος όρος διάρκειας της νόσου μέχρι το θάνατο είναι τα 5 έτη.

V. ΑΛΛΟΙ ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ:

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ: Ασθενείς με AIDS διατρέχουν κίνδυνο ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών που πιθανόν να προκαλέσουν γνωσιακή έκπτωση. Επιπλέον ένας τύπος εγκεφαλοπάθειας (HIV Dementia Complex) είναι δυνατόν να αναπτυχθεί στους ασθενείς αυτούς. Επιπλέον λοιμωξεις απο HSV, JC, νευροσύφιλη, νόσος Lyme, χρόνιες βακτηριακές Μηνιγγίτιδες (Tb) και νόσος του Whipple μπορούν να προκαλέσουν Ανοϊκή εικόνα.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: Βιταμινικές ανεπάρκειες (B1, B12, B6), παθήσεις θυρεοειδούς (Hashimoto, υποθυρεοειδισμός), διαταραχές ασβεστίου, σύνδρομο Cushing, νεφρική, ηπατική ανεπάρκεια και κληρονομικές μεταβολικές παθήσεις (Wilson, Μεταχρωματική λευκοδυστροφία, θυσαυρώσεις) είναι δυνατόν να εμφανίσουν διαταραχή ανώτερων φλοιϊκών λειτουργιών και ψυχιατρικά συμπτώματα.

ΦΑΡΜΑΚΑ–ΤΟΞΙΝΕΣ: Αλκοόλ, βαρβιτουρικά, αντιχολινεργικά και τοξίνες (Μόλυβδος, Αρσενικό, υδράργυρος). Είναι από τις συνήθεις αιτίες φαρμακευτικώς προκλητού Ανοϊκού συνδρόμου.

ΨΕΥΔΟΑΝΟΙΑ: Γνωσιακές διαταραχές με ψυχοκινητική επιβράδυνση δεν είναι άγνωστες στην κατάθλιψη. Πιθανόν κατάθλιψη και οργανικές άνοιες να μοιράζονται κοινές βιοχημικές μεταβολές. Ενώ καταθλιπτική ψευδοάνοια πρέπει διαφοροδιαγιγνώσκεται από εκφυλιστικό σύνδρομο, κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα από τα αρχικά συμπτώματα οργανικής άνοιας.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ (μηνιγγιώματα, γλοιώματα μεσολοβίου)

ΤΡΑΥΜΑ: Επαναλαμβανόμενοι τραυματισμοί εγκεφάλου (πυγμάχοι) και υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι υπεύθυνες αιτίες άνοιας).

ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ: Σε γενικές γραμμές το 50% των ασθενών αναπτύσσουν υποφλοιώδη άνοια χωρίς δυσπραξία η δυσφασία. Η MRI δείχνει φλοϊική ατροφία και διάταση των κοιλιακού συστήματος.

Πιν.1 Κριτήρια Άνοιας κατά DSM–IV
1. Απώλεια νοητικών ικανοτήτων σε βαθμό που επιδρούν στην επαγγελματική-κοινωνική ζωή.
2. Έκπτωση μνήμης
3. Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:
α. έκπτωση αφηρημένης σκέψης
β. έκπτωση κρίσης
γ. αφασία, απραξία, αγνωσία, κατασκευαστικές δυσκολίες
δ. αλλαγή προσωπικότητας
4. Δεν θα πρεπει να υπάρχει διαταραχή επιπέδου συνειδήσεως
5. Το α ή το β.
α. Ένδειξη συγκεκριμένου οργανικού παράγοντα υπεύθυνου για την διαταραχή
β. Σε απουσία τέτοιου παράγοντα θα πρέπει να εξαιρεθούν άλλες οργανικές διαταραχές υπεύθυνες για νοητική έκπτωση.

Πιν.2 Αιτίες Άνοιας
Α. ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ
ν. Alzheimer (A.D)
Μετωπιαίες Άνοιες
Lewy body Άνοια
Νόσος Parkinson
ν.Huntington
ν.WILSON
Προϊούσα Υπερπυρηνική Παράλυση (P.S.P)
Νωτιοπαρεγκεφαλιδικές ατροφίες (S.C.A)
Β. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ
Πολυεμφρακτική άνοια
Αγγειίτις ΚΝΣ
ν.BINSWANGER
Υποσκληρίδιο Αιμάτωμα
Μικτή Άνοια
C.A.D.A.S.I.L
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο
Γ. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ-ΤΟΞΙΚΕΣ
νόσοι θυρεοειδούς, παραθυρεοειδούς
Ηπατική δυσλειτουργία
Νεφρική Ανεπάρκεια
ν. Cushing
Πορφυρία
Ανεπάρκεια Β12 – φυλλικού
Βαρέα μέταλλα (Pb, As, Hg)
Αντιχολινεργικά, Αντισταμινικά
Αλκοόλη
Δ. ΛΟΙΜΩΔΗ
Σύφιλις, Tb, νόσος Lyme, AIDS, HSV, Whipple
Βακτήρια, Μύκητες, νόσος Creutzfeldt – Jacob
Ε. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ
Απομυελινωτικές νόσοι, Συστηματικός Ερυθηματώσης λύκος, Σαρκοείδωση, Παρανεοπλασματικές νόσοι.
ΣΤ΄. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ
Ζ. ΤΡΑΥΜΑ
Αποφρακτικός
Η. ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ
Φυσιολ. Πίεσης

Πιν. 3 – ΑΤΥΠΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ Α.D
Χρήση υπόπτων φαρμάκων (αντιχολινεργικά)
Αυξημένη Τ.Κ.Ε.
Πρώιμη διαταραχή βάδισης
Πρώιμα εξωπυραμιδικά στοιχεία
Παράγοντες επικινδυνότητας (υπέρταση, κάπνισμα...)
Πρώιμες διαταραχές συμπεριφοράς

Πιν. 4. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
Αντιχολινεργικά
Αντιυπερτασικά
Αντιεπιληπτικά
Δεσφεροξαμίνη
Λίθιο
νευροληπτικά
Αυξητικός παράγων
Αντιισταμινικά
Υπνωτικά
Τρυπτοφάνη

Πιν. 5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΝΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
CT ή MRI εγκεφάλου
γ αίματος, βιοχημικές, Β12, φυλλικό, Τ.Κ.Ε
Έλεγχος θυρεοειδούς
Έλεγχος για σύφιλη (FTA – Abs)

Πιν.6 ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΑΤΥΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ακτινογραφία θώρακος
Η.Ε.Γ., ΗΚΓ
Επίπεδα φαρμάκων
HIV
Έλεγχος για νόσο Lyme
Έλεγχος ούρων 24h για κορτιζόλη, μέταλλα
E.N.Y
SPECT

ΠΑΝΟΣ Η. ΒΡΕΝΤΑΣ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WADE JPH et al. The clinical diagnosis of AD. Arch Neur: 44: 24 – 29
2. LARSON E.B et al: Dementia in the elderly Ann. Int Medicine 1984, 100: 417 – 423
3. GROWDON J.H Biomarkers of A.D. Arch Neurol 1999. 56 (3)
4. MiELKER et al. PET for Diagnosis of AD and Vascular dementia J. Neural. Trans, 1998 ; 53
5. CAPLAN L.R. Biswangers disease...Neurology ;45:626-633
6. PERL D.P AIzheimer disease and Parkinson' s Disease. Ann Neurol 1988: 44 (sup 3)
7. KRAUSS J.K Movement disorders in hydrocephalus Mov Disordrs 1997; 12; (53 – 60)
8. GIBB WRG et al CORTICAL Lewy body dementia JNNP 1989; 52: 185 – 192
9. BRADLEY W. et al. Neurology in clinical practice III edition Butterworth-Heinemann
10. BRUN A. Frontal Lobe degeneration of the non A.D type. Dementia 1993; 4: 126 – 131
11. CLARK A, DICKSON D. The primary degenerative
Dementias other than AD CAROLINA ACADEMIC PRESS

ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΡΙΝΟΡΡΟΙΑΣ

Η επίπτωση των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων ανέρχεται στην Ευρώπη περίπου σε 1.000.000 ανά έτος, και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε 10.000.000 ανά έτος. Υπολογίζεται πως περίπου 2000-3000 άνθρωποι, ανά 100000 κατοίκους, οδηγούνται στα νοσοκομεία λόγω κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης στη διάρκεια ενός έτους. Η θνητότητα των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων ανέρχεται σε 5-50%. Συχνά οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις συνοδεύονται από κατάγματα του κρανίου. Τα κατάγματα του κρανίου ανάλογα με την τοπογραφία τους διακρίνονται σε κατάγματα θόλου, και βάσεως κρανίου. Τα κατάγματα της βάσεως του κρανίου παρουσιάζονται συνήθως ως ρωγμώδη και μπορεί να είναι ανοιχτά ή κλειστά. Ανοιχτό είναι εκείνα τα κατάγματα που αφορούν το ηθμοειδές, το σφηνοειδές, και το μετωπιαίο οστό, οπότε μέσω των κοιλοτήτων των οστών αυτών και εφόσον τρωθεί η σκληρά μήνιγγα, εμφανίζεται εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από την μύτη ή το αυτί.

Οι ασθενείς αυτοί στην αρχή χρειάζονται ισχυρή αντιμικροβιακή θεραπεία και συντηρητική αγωγή (κλινοστατισμός, παρακολούθηση της εκροής E.N.Y.), αγωγή που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αρκετή προκειμένου να σταματήσει η εκροή E.N.Y. και να μην παρουσιαστούν επιπλοκές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, δεν αρκεί η συντηρητική αγωγή, αφού η εκροή E.N.Y., δεν σταματά με το πέρασμα του χρόνου από μόνη της, οπότε επιλέγεται η χειρουργική σύγκλιση του χάσματος μετά την πάροδο 2 εβδομάδων συντηρητικής ανεπιτυχούς αγωγής.

Σε ανοικτά κατάγματα της βάσεως κρανίου, είναι πολύ πιθανή η συνοδός παρουσία πνευμεγκεφάλου.

CASE REPORT: Αναφερόμαστε σε ασθενή άνδρα 19 ετών, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα μας τον Νοέμβριο του 2001, μετά από τροχαίο ατύχημα, πάσχων από κρανιοεγκεφαλική κάκωση με συμπτώματα ζάλη, τάση για εμετό, ινιακή κεφαλαλγία. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, όπου και διαπιστώθηκε συλλογή αέρα στη δεξαμενή της βάσεως, στον περιφερικό υπαραχνοειδή χώρο και στο κοιλιακό σύστημα του εγκεφάλου, οφειλόμενη σε κάταγμα βάσεως κρανίου.

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και ελεύθερος συμπτωμάτων, εξήλθε του νοσοκομείου. Δύο μήνες μετά την πρώτη αυτή εισαγωγή, προσήλθε πάλι στο νοσοκομείο μας με έντονη κεφαλαλγία ζάλη και εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από την μύτη.

Από τις ακτινογραφίες κρανίου ακόμη, ήταν έκδηλος και εντυπωσιακός ο πολύ μεγάλος πνευμεγκέφαλος. Ο ασθενής υπεβλήθη στη συνέχεια σε ραδιοισοτοπική μελέτη, προκειμένου να διαπιστωθεί η θέση εκροής εγκεφαλονωτιαίου υγρού , και να επιλεγεί το είδος της επέμβασης που οφείλαμε να ακολουθήσουμε. Η μελέτη, έδειξε πολλαπλές ρήξεις της μήνιγγος ιδίως στη δεξιά περιοχή της βάσεως. Στη συνέχεια ο ασθενής υπεβλήθη σε μετωπιαία κρανιοτομία και μηνιγγοπλαστική με χρήση περιτονίας και βιολογικής κόλλας. Στον επανέλεγχο που ακολουθήθηκε μετά την ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έξοδο του ασθενή χωρίς συμπτώματα από το νοσοκομείο μας διαπιστώθηκε πλήρης ίαση χωρίς επιπλοκές σε διάρκεια πλέον του έτους πια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σε κατάγματα βάσεως κρανίου , η εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού δεν είναι σπάνια, ούτε ο πνευμεγκέφαλος, ακόμη και αρκετό χρόνο από το τύπημα. Εντυπωσιακό είναι πως ο ασθενής μπορεί να έχει πτωχή νευρολογική σημειολογία παρά τον πολύ μεγάλο πνευμεγκέφαλο, όπως επίσης και το ότι η μετατραυματική ρινόρροια μπορεί να μην εμφανιστεί άμεσα μετά το τραυματισμό αλλά αργότερα.

Βαρότσης Φίλιππος – Επιμελητής Α'
Στυλίδης Παναγιώτης – Επιμελητής Β'
Νευροχειρουργική Κλινική
Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Η θέση των θειαζολιδινεδιονών στη θεραπεία Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη και Καρδιακή Ανεπάρκεια

Οι θειαζολιδινεδιόνες ή γλιταζόνες(ΘΖΔ) είναι νεώτερα αντιδιαβητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ, αντίσταση στην ινσουλίνη και μεταβολικό σύνδρομο.1 Στις ΘΖΔ ανήκουν η Πιογλιταζόνη (Actos) και η Ροζιγλιταζόνη (Avandia) και όπως επισημαίνεται στο Εθνικό Συνταγολόγιο «μπορούν να εκδηλώσουν ή να επιδεινώσουν την καρδιακή ανεπάρκεια μέσω κατακράτησης υγρών».2 Η αυξημένη συνταγογράφηση των φαρμάκων αυτών σε διαβητικούς ασθενείς με συνυπάρχουσα ισχαιμική ή μη καρδιομυοπάθεια κάνει απαραίτητη την ενημέρωση αυτή.

Οι ΘΖΔ συνδέονται με την ισομορφή των πυρηνικών υποδοχέων PPARγ (peroxismoe proliferator-activated receptors) των υποδοχέων που υπάρχουν στην καρδιά, στο ενδοθήλιο, στον λείο μυϊκό ιστό των αγγείων (ακόμη και στις αθηρωματικές πλάκες), στο ήπαρ, στους σκελετικούς μυς, στα μονοκύτταρα/μακροφάγα και σε πολλά άλλα κύτταρα και ιστούς. Τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν την ομοιόσταση της γλυκόζης, τα επίπεδα των λιπιδίων και την λειτουργία του ενδοθηλίου, ελαττώνουν την ινσουλίνη στο πλάσμα, την αγγειακή φλεγμονή και τη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Έτσι, μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη βελτιώνοντας το μεταβολικό και καρδιαγγειακό προφίλ. Σε αναδρομική μελέτη των Delea TE και συν. χρησιμοποιούνται δεδομένα από ασφαλιστικές εταιρείες που ζητούσαν τη διερεύνηση ενδεχόμενης συσχέτισης των ΘΖΔ και της καρδιακής ανεπάρκειας.3

Στην μελέτη αυτή 5441 διαβητικοί τύπου ΙΙ που έλαβαν ΘΖΔ συγκρίθηκαν με 28103 μάρτυρες που ήταν σε αγωγή με άλλα από του στόματος αντιδιαβητικά δισκία, κανένας ασθενής της μελέτη δεν είχε τη διάγνωση «καρδιακή ανεπάρκεια» πριν από την είσοδο στην μελέτη. Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, μέσα στους πρώτους 9 μήνες από την είσοδο στην μελέτη, ήταν συχνότερη στην ομάδα των ασθενών που λάμβαναν ΘΖΔ σε σχέση με τους μάρτυρες (2.3% vs. 1.4%). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση επιβεβαιώθηκε ο σημαντικά αυξημένος κίνδυνος για καρδιακή ανεπάρκεια παρά την προσαρμογή ως προς την ηλικία, την στεφανιαία νόσο και την υπέρταση (σχετικός κίνδυνος, 1.76) που ήταν ανεξάρτητος από την συνχορήγηση ινσουλίνης.

Σε άρθρο των Chao-Hung Wang και συν.4 συνοψίζονται τα δεδομένα που αφορούν τις ΘΖΔ και την καρδιακή λειτουργία. Η βελτίωση της ευαισθησίας των ενδοθηλιακών κυττάρων στην ινσουλίνη σε συνδυασμό με την ελάττωσή της στην κυκλοφορία επιφέρει μείωση του μεταφορτίου και της αρτηριακής πιέσεως. Εργαστηριακές και κλινικές μελέτες παρουσιάζουν αντικρουόμενα δεδομένα όσον αφορά την επίδραση των φαρμάκων αυτών στη συσταλτικότητα και στο μυϊκό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας. Η μακροχρόνια αγωγή με τρογλιταζόνη έδειξε πως η αγγειοδιαστολή που προκαλεί, βελτιώνει την μυοκαρδιακή αιματική ροή και την μυοκαρδιακή λειτουργία ενώ άλλες μελέτες έδειξαν πως οι ΘΖΔ έχουν μάλλον ουδέτερη επίδραση στο μυοκάρδιο. Η ενεργοποίηση των PPARγ αναστέλλει την καρδιακή υπερτροφία μέσω της οδού του πυρηνικού παράγοντα-κΒ (NF-κΒ). Οι ΘΖΔ ελαττώνουν την παραγωγή του TNF-α και της ενδοθηλίνης-1 βελτιώνοντας την πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας των διαβητικών ασθενών ενώ η αναστολή του συστήματος της αγγειοτασίνης ΙΙ προάγει το καρδιακό remodeling.

Η ροζιγλιταζόνη ελαττώνει την έκταση του μυοκαρδιακού εμφράκτου και βελτιώνει την συσταλτικότητα μετά από ισχαιμία. Επιπρόσθετα οι ΘΖΔ αυξάνουν την λειτουργία του ενδοθηλιακού ιστού, μειώνουν την χρήση των ελεύθερων λιπαρών οξέων και αυξάνουν την χρήση της γλυκόζης ως πηγή ενέργειας για την καρδιά αφού η γλυκόζη προσφέρει και μεγαλύτερο ποσοστό ATP σε κλάσμα οξυγόνου σε σχέση με τα ελεύθερα λιπαρά οξέα. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δείχνουν ότι τα φάρμακα αυτά προσφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Αποτελέσματα μεγάλων κλινικών μελετών δείχνουν πως η θεραπεία με ΘΖΔ προκαλεί κατακράτηση υγρών, αύξηση του όγκου του πλάσματος (στο 6-7%) και συνακόλουθη δημιουργία περιφερικού οιδήματος στο 2-5% των ασθενών μέσω αύξησης της ενδοθηλιακής διαπερατότητας ή μέσω διαταραχής της αιμοδυναμικής των νεφρών. Η συνακόλουθη αύξηση του προφορτίου της καρδιάς επιβαρύνει την καρδιακή λειτουργία με κίνδυνο πνευμονικού οιδήματος έτσι ώστε τα φάρμακα αυτά να αντενδείκνυται σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τάξεως ΙΙΙ και IV κατά NYHA.

Συμπερασματικά, οι ΘΖΔ υπόσχονται την ελάττωση του καρδιαγγειακού κινδύνου στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, αντίσταση στην ινσουλίνη και με μεταβολικό σύνδρομο μέσω της έμμεσης επίδρασης στο σύστημα της αγγειοτασίνης του μυοκαρδίου, της παραγωγής κυτταροκινών, της ενεργοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και της τροποποίησης του μεταβολισμού του μυοκαρδιακού κυττάρου. Σε τέτοιες περιπτώσεις η θεραπεία με ΘΖΔ θα πρέπει να αρχίζει γρήγορα στη πορεία της νόσου, με προσεκτική παρακολούθηση και να διακόπτεται με την εμφάνιση περιφερικών οιδημάτων ή την επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας. Αντιθέτως θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση των ΘΖΔ στους διαβητικούς ασθενείς με επιβαρημένη μυοκαρδιακή λειτουργία.

Κωνσταντίνος Στόκκος
ΠΙ Σέρβου
Βασίλειος Βασιλείου
ΚΥ Δημητσάνας

Βιβλιογραφία

1. Σ. Ράπτη. Φαρμακευτική αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 4ος :2171-2172.

2. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου. Εθνικό Συνταγολόγιο 2003: 355.

3. Delea TE et al. Use of thiazolidinediones and risk of heart failure in people with type 2 diabetes: A retrospective cohort study. Diabetes Care 2003 Nov; 26:2983-9.

4. Chao-Hung Wang, Richard D. weisel, Peter P. Liu, Paul W.M. Fedak, Sudodh Verma. Glitazones and Heart Failure. Circulation 2003;107:1350.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εκτίμηση και αντιμετώπιση τραυματία στο νοσοκομείο γίνεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Εκεί ασκείται επείγουσα ιατρική, κύριο αντικείμενο της οποίας είναι η παροχή επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε αιφνίδιες και απειλητικές για τη ζωή διαταραχές της υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εκτίμηση είναι το σημαντικότερο κομμάτι στην αντιμετώπιση των τραυματιών. Ο πρώτος στόχος της εκτίμησης είναι να καθοριστεί σε ποιο σημείο βρίσκεται η κατάσταση του τραυματία . Κινδυνεύει η ζωή του ή όχι;

Όλα πρέπει να γίνουν γρήγορα κι αποτελεσματικά, ώστε να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο ο χρόνος μεταξύ του τραυματισμού και της οριστικής θεραπείας του τραυματία.

Το 90% των τραυματιών πάσχουν από απλές κακώσεις, που δεν επηρεάζουν τη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού. Σε αυτούς τους τραυματίες υπάρχει χρόνος για την εκτίμησή τους. Στους βαριά όμως τραυματίες η γρήγορη εκτίμηση και η έναρξη αναζωογόνησης πρέπει να γίνει σε ελάχιστο χρονικό διάστημα.

Πριν από την είσοδό του στο χώρο του ΤΕΠ, είναι απαραίτητη η ενημέ-ρωση του τμήματος από το ΕΚΑΒ, ώστε να γίνει η κατάλληλη προετοιμασία και η συγκέντρωση του απαραίτητου προσωπικού π.χ. χειρουργού, αναισθησιολόγου κ. α.

Για τους τραυματίες που έρχονται στο ΤΕΠ με ιδιωτικό μεταφορικό μέσο ισχύει η βασική αρχή που διέπει τη λειτουργία του ΤΕΠ και είναι ότι: δεν υπόκεινται στην διαδικασία διαλογής ασθενείς με εμφανώς σοβαρό πρόβλημα υγείας π.χ. ασθενείς σε φορεία, υποστηριζόμενοι τραυματίες ή εγκαυματίες, οι οποίοι οδηγούνται αμέσως στους κατάλληλους χώρους αντιμετώπισης.

Η εισαγωγή στον ειδικό χώρο αντιμετώπισης του τραυματία γίνεται στον συντομότερο χρόνο. Ο χώρος αυτός είναι η αίθουσα ανάνηψης ή το έκτακτο χειρουργικό ιατρείο του ΤΕΠ.

Η Ανάνηψη είναι ένας ειδικός χώρος, με έκταση και υποδομή ικανή για πλήρη υποστήριξη-αναζωογόνηση βαρέως πασχόντων ασθενών, καθώς και δυνατότητα χρησιμοποιήσεώς του σαν χειρουργική αίθουσα για υπερεπεί-γουσες περιπτώσεις (π.χ. θνήσκων πολυτραυματίας). Στην ανάνηψη πρέπει να υπάρχει εύκολη πρόσβαση από τους διαδρόμους του ΤΕΠ, και θα πρέπει να βρίσκεται σε άμεση επικοινωνία με το χειρουργικό ιατρείο και πολύ κοντά στο ακτινολογικό εργαστήριο.

Η ανάνηψη είναι υποχρεωτική για όλα τα νοσοκομεία που συμμετέχουν στο σύστημα εφημερίας.

Σ' ένα χώρο όπου η ζωή του ασθενούς ή χάνεται ή κερδίζεται σε λεπτά της ώρας και τα λάθη είναι απαγορευτικά , το προσωπικό από τους μεταφορείς μέχρι το διευθυντή του θα πρέπει:

1. Να έχουν επιλεγεί με αυστηρά κριτήρια.
2. Να ακολουθούν συγκεκριμένο, συχνά επαναλαμβανόμενο και υψηλών προδιαγραφών εκπαιδευτικό πρόγραμμα.
3. Να ακολουθούν συγκεκριμένα πρωτόκολλα δράσης.

ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν κατά τη διάρκεια της πρώτης εκτίμησης πρέπει να έχουν μια σειρά, ελέγχοντας πρώτα τους τραυματισμούς οι οποίοι θέτουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του τραυματία. Οι τραυματισμοί οι οποίοι θέτουν σε κίνδυνο κάποιο άκρο και τέλος όλοι οι υπόλοιποι, θα ελεγχθούν αργότερα, κατά την δευτερογενή εκτίμηση.

Τα 5 βήματα και η σειρά προτεραιότητάς τους είναι:

A. Αποκατάσταση των Αεραγωγών και Ακινητοποίηση της Αυχενικής Μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης (Airway = Αεραγωγός).
B. Αερισμός – Αναπνοή (Breathing = Αναπνοή)
C. Κυκλοφορία και αιμορραγία (Circulation = Κυκλοφορία)
D. Νευρολογικές διαταραχές (Deficit = Νευρολογικό έλλειμμα)
E. Αφαίρεση ενδυμάτων και προστασία από το περιβάλλον (προστασία από την υποθερμία).

Α – ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Οι αεραγωγοί του τραυματία πρέπει να ελεγχθούν και να εξασφαλιστεί η βατότητάς τους. Ξένα σώματα (τροφές, δόντια) αίμα και πτώση της γλώσσας προς τα πίσω είναι δυνατόν να προκαλέσουν απόφραξη. Η απόφραξη του αεραγωγού ευθύνεται για έ-να σημαντικό αριθμό θανάτων πριν την άφιξη του τραυματία στο νοσοκομείο. Αν υπάρχουν ξένα σώματα τα αφαιρούμε, είτε με τα χέρια είτε με μια λαβίδα magil (προσοχή γιατί μπορεί να τα σπρώξουμε βαθύτερα). Σε περίπτωση που έχουμε αίματα, τα α-ναρροφούμε γιατί υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης. Σε τραυματίες που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, η βάση της γλώσσας πέφτει προς τα πίσω και προκαλεί απόφραξη. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με ώθηση της κάτω γνάθου προς τα πά-νω και μπρος ή με ανύψωση του πώγωνα. Στη συνέχεια τοποθετείται στοματοφαρυγγικός αεραγωγός. Κατά την προσπάθεια εξασφάλισης της βατότητας των αεραγωγών υπάρχει πιθανότητα τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης. Υπερβολικές κινήσεις της κεφαλής μπορούν να προκαλέσουν νευρολογική κάκωση ή να επιδεινώσουν ήδη υπάρχουσα αν υπάρχει κάταγμα σε κάποιο αυχενικό σπόνδυλο. Ο αυχένας θα πρέπει κατά τη διάρκεια όλων των προσπαθειών διάνοιξης και αερισμού να παραμένει σε ουδέτερη θέση. Η άμεση ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας είναι αναγκαία για τους περισσότερους τραυματίες. Όλοι οι τραυματίες θεωρούνται ασθενείς με κάκωση σπονδυλικής στήλης, μέχρι να γίνει πλήρης ακτινολογικός έλεγχος. Με την άφιξη του τραυματία πρέπει να τοποθετείται αυχενικό κολάρο.

Β – ΑΝΑΠΝΟΗ

Αφού εξασφαλιστεί η βατότητα των αεραγωγών, το επόμενο βήμα είναι να εκτιμηθεί η ποιότητα και ποσότητα αερισμού του τραυματία. Ελέγξτε την ύπαρξη αυτόματης αναπνοής. Εάν δεν υπάρχει αυτόματη αναπνευστική λειτουργία, ξεκινήστε να αερίζετε τον τραυματία. Εκτιμήστε τον ρυθμό και το βάθος των αναπνοών. Παρατηρήστε τη μετακίνηση του θωρακικού τοιχώματος και την ομιλία του τραυματία.

Όσο γρηγορότερος είναι ο ρυθμός αερισμού, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο που δείχνει τη σοβαρότητα της μεταβολικής

Εκτίμηση ρυθμού αναπνοών.
• Κάτω από 12 αναπνοές το λεπτό θεωρούνται

οξέωσης. Ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο οξυγόνο.

Ασθενής με χαμηλό επίπεδο συνείδησης πρέπει να διασωληνώνεται.

- Αναπνοές < 12 θεωρείται απαραίτητη μερική ή ολική αναπνευστική υποστήριξη, με παροχή οξυγόνου όχι λιγότερη από 85%
- Αναπνοές 12-20 φυσιολογική συχνότητα – παρακολούθηση του τραυματία
- Αναπνοές 20-30 ενδιάμεση συχνότητα – παροχή οξυγόνου όχι λιγότερη από 85% έως ότου καθοριστεί το συνολικό πρόβλημά του.
- Αναπνοές > 30 παθολογική συχνότητα – παροχή οξυγόνου όχι λιγότερη από 85%

Ενδείξεις διασωλήνωσης:

- Κατάσταση καρδιακής ανακοπής
- Καταστολή αναπνευστικού κέντρου
- Shock
- Κλίμακα Γλασκόβης < 8
- Μεγάλο θωρακικό τραύμα
- Πολλαπλά τραύματα ή κατάγματα
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

C - ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Τα προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος ευθύνονται για μεγάλο αριθμό θανάτων των τραυματιών. Στην αρχική εκτίμηση πρέπει να γίνει έλεγχος του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης και του δέρματος (χρώμα, θερμοκρασία).

Από την παρουσία, την ποιότητα και το ρυθμό του σφυγμού μπορούμε να πάρουμε πολλές πληροφορίες:

1. Αν ο τραυματίας έχει ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία
2. Αν έχει αρρυθμία
3. Σε ποια επίπεδα βρίσκεται η συστολική αρτηριακή πίεση.
4. Αν ψηλαφάτε σφυγμό στην:

Κερκιδική αρτηρία, η συστολική αρτηριακή πίεση είναι πάνω από 80mmHg.

Μηριαία αρτηρία, η συστολική αρτηριακή πίεση είναι 70mmHg.

Μόνο στην καρωτίδα, η συστολική αρτηριακή πίεση είναι 60 mmHg.

Ταχυκαρδία μπορεί να σημαίνει πόνο ή άγχος, μεγάλη όμως ταχυκαρδία η οποία επιδεινώνεται μπορεί να σημαίνει απώλεια αίματος. Η απώλεια αίματος συνοδεύεται ακόμη και από χαμηλή αρτηριακή πίεση.

Ο οργανισμός όμως έχει τη δυνατότητα για μεγάλο να χρονικό διάστημα να χρησιμοποιεί αντιρροπιστικούς μηχανισμούς και παρόλο που υπάρχει απώλεια αίματος, η αρτηριακή πίεση να παραμένει φυσιολογική για αρκετό χρονικό διάστημα. Γι' αυτό η αρτηριακή πίεση δεν αξιολογείται μόνη της αλλά συνδυάζεται και με άλλες παραμέτρους.

Η υφή του δέρματος, αν δηλαδή είναι ζεστό και στεγνό ή κρύο και υγρό, όπως και το χρώμα του, μας δίνουν πληροφορίες για την τριχοειδική κυκλοφορία. Όταν ο χρόνος της τριχοειδικής επαναιμάτωσης ξεπερνά τα 2 δευτερόλεπτα, αυτό αποτελεί ένδειξη ότι τα τριχοειδή αγγεία δεν έχουν επαρκή κυκλοφορία.

Τα τριχοειδή του δέρματος είναι από τις πρώτες περιοχές που «κλείνουν» όταν αντιρροπιστικοί μηχανισμοί του σώματος αρχίζουν να λειτουργούν με την ανάπτυξη shock. Η προχωρημένη ηλικία, η χαμηλή θερμοκρασία, η χρήση αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων και άλλες αιτίες μπορεί να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα γι' αυτό ο χρόνος της τριχοειδικής επαναιμάτωσης πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους για την εκτίμηση της επάρκειας της κυκλοφορίας.

- Η κρύα επιδερμίδα αποτελεί ένδειξη μειωμένης αιμάτωσης.
- Η ξηρή επιδερμίδα αποτελεί ένδειξη καλής αιμάτωσης.
- Η υγρή επιδερμίδα συνδέεται με shock και μειωμένη αιμάτωση.

Ο γρήγορος έλεγχος της αιμορραγίας είναι ο πιο σημαντικός στόχος στη θεραπεία του τραυματία.

D - ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Αυτό το βήμα είναι ο υπολογισμός της εγκεφαλικής λειτουργίας και της οξυγόνωσης του εγκεφάλου. Το επίπεδο συνείδησης μπορεί να αξιολογηθεί μετά από εφαρμογή επώδυνου ερεθίσματος (τρύπημα, τσίμπημα ή φωνή).

Το μειωμένο επίπεδο συνείδησης θα πρέπει να μας ευαισθητοποιήσει για 4 πιθανές καταστάσεις:

1. Μειωμένη οξυγόνωση του εγκεφάλου.
2. Κάκωση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.
3. Υπερβολική δόση αλκοόλ ή ναρκωτικών.
4. Μεταβολική διαταραχή(διαβήτης, επιληψία, καρδιακή ανακοπή).

Ο επιθετικός ή μη συνεργάσιμος ασθενής θα πρέπει να θεωρείται ότι δεν έχει καλή οξυγόνωση, μέχρι αποδείξεως του εναντίον.

Αν ο ασθενής αρνείται τη βοήθεια μας, πρέπει να σκεφτούμε ότι η αιτία αυτής της συμπεριφοράς είναι ιατρικής φύσεως. Η υποξία από μια από τις προαναφερθείσες καταστάσεις είναι που δημιουργεί τη συμπεριφορά αυτή.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης πρέπει να ρωτήσουμε τον τραυματία αν έχασε τις αισθήσεις του σε οποιαδήποτε στιγμή μετά τον τραυματισμό, αν έχει κάνει χρήση τοξικών ουσιών και αν υπάρχουν προϋπάρχουσες καταστάσεις που δικαιολογούν επιθετική συμπεριφορά ή μειωμένο επίπεδο συνείδησης.

E-ΕΚΘΕΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Το επόμενο βήμα είναι η αφαίρεση των ρούχων του τραυματία, το οποίο θεωρείται πολύ σημαντικό προκειμένου να βρεθούν όλες οι κακώσεις.

Πρέπει να αφαιρεθούν με μεγάλη προσοχή, ώστε να μην επιδεινώσουν την κατάσταση του τραυματία. Ο ασφαλέστερος τρόπος είναι να κοπούν με ψαλίδι.

Μεγάλο πρόβλημα για τους τραυματίες αποτελεί η υποθερμία. Για το λόγο αυτό μόλις τελειώσει η εκτίμηση ο τραυματίας σκεπάζεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα με ισοθερμική κουβέρτα κατά προτίμηση. Αν δεν υπάρχει με κοινό ιματισμό.

ΑΜΕΣΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Σε κάθε τραυματία που έρχεται σε βαριά κατάσταση γίνονται τα εξής:

- Χορήγηση οξυγόνου
- Τοποθέτηση αυχενικού κολλάρου
- Αναρρόφηση – διασωλήνωση (αν χρειάζονται)
- Σύνδεση με monitor
- Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις(αιματοκρίτη, βιοχημικό έλεγχο και διασταύρωση)
- Χορήγηση Ringer's Lactated ή υποκατάστατων πλάσματος
- Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Foley
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα
- Διενέργεια περιτοναϊκής πλύσης

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι ενέργειες αυτές μπορούν να γίνουν σε δεύτερο χρόνο

- αντιτετανικός ορός
- καθαρισμός και επίδεση τραυμάτων
- κάλυψη οφθαλμών και ενστάλαξη αντισηπτικού κολλυρίου
- προφυλακτική αντιβίωση
- καλλιέργεια τραύματος

Ο ακτινολογικός έλεγχος είναι απαραίτητος σε όλους τους τραυματίες. Βασική προϋπόθεση για να οδηγηθεί ο τραυματίας στο ακτινολογικό εργαστήριο είναι να μην κινδυνεύει άμεσα η ζωή του.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Ο τραυματίας πρέπει να επανεκτιμάτε συνεχώς λόγω του ότι η κατάστασή του μπορεί ανά πάσα στιγμή να επιβαρυνθεί. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε οποιαδήποτε αλλαγή συμβεί.

Οι αριθμητικές τιμές των ζωτικών σημείων, η αισθητικότητα και η κινητικότητα των άκρων πρέπει να εκτιμηθούν όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Καθυστέρηση μπορεί να υπάρξει μόνο όσο χρειάζεται για την αναζωογόνηση και την σταθεροποίησή του.

ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Το πιο σημαντικό βήμα στην αναζωογόνηση του τραυματία είναι η αντιμετώπιση της υποξίας και του shock. Τα προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος πρέπει να αντιμετωπίζονται μόλις αναγνωριστούν. Η υποστήριξη του αναπνευστικού συστήματος περιλαμβάνει παροχή οξυγόνου σε μεγάλες πυκνότητες πάνω από 85%, όσο το δυνατόν πιο σύντομα. Αν ο τραυματίας εμφανίζει σημεία καταπόνησης και έχει μειωμένα επίπεδα ανταλλαγής αερίων, χρειάζεται βοήθεια αερισμού με αμπού. Παρόμοια θα πρέ-

πει να εφαρμόζονται διαδικασίες αντιμετώπισης της καρδιακής ανακοπής και έλεγχος της αιμορραγίας μόλις εντοπίζεται το πρόβλημα στο κυκλοφορικό σύστημα.

Το επόμενο σημαντικό βήμα στην αναζωογόνηση του τραυματία είναι η αντικατάσταση του χαμένου όγκου του καρδιαγγειακού συστήματος. Τοποθετούνται φλεβοκαθετήρες μεγάλου αυλού σε περιφερικές φλέβες και χορηγείται Ringer's Lactated.

Η ανάταξη της υπογκαιμίας απαιτεί ταχύτητα. Δεν πρέπει να διαφύγουν την προσοχή μας καταστάσεις όπως:

- Αιμοθώρακας – πνευμοθώρακας
- Ενδοκοιλιακή αιμορραγία
- Οπισθοπεριτοναϊκή αιμορραγία
- Κατάγματα λεκάνης

Η παροχή ούρων θεωρείται δείκτης της αιμοδυναμικής ισορροπίας του τραυματία. Η ανεπαρκής διούρηση σημαίνει ανεπαρκή αποκατάσταση του ελλείμματος όγκου, ενώ νεφρική ανεπάρκεια σημαίνει κακή αντιμετώπιση.

Η ανακούφιση από τον έντονο πόνο έχει πολύ μεγάλη σημασία στους τραυματίες που δεν έχουν απώλεια της συνείδησης τους.

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ (ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ) ΕΞΕΤΑΣΗ

Η λεπτομερής εκτίμηση είναι η ολική εξέταση του τραυματία από το κεφάλι ως τα πόδια. Στόχος είναι ο εντοπισμός τραυμάτων ή προβλημάτων που δεν εντοπίστηκαν στην πρωτοβάθμια εξέταση.

Η πρωτοβάθμια εξέταση εντοπίζει όλες τις καταστάσεις που απειλούν τη ζωή του τραυματία ενώ η δευτεροβάθμια ασχολείται με λιγότερο σοβαρά προβλήματα.

Απαραίτητη προϋπόθεση για όλη τη διαδικασία της εκτίμησης είναι:

- Βλέπω με προσοχή
- Ακούω με προσοχή
- Αισθάνομαι, δεν αγγίζω απλώς

Όλες οι περιοχές του δέρματος πρέπει να εξεταστούν:

- Υπάρχουν εκχυμώσεις, παραμορφώσεις, αιμορραγία, οιδήματα ή εξογκώματα;
- Υπάρχουν παθολογικοί ήχοι που προέρχονται από τον τραυματία;
- Υπάρχει κριγμός, πόνος ή μη φυσιολογική κίνηση σε κάποια περιοχή του σώματος;

Η εκτίμηση κατά ανατομική περιοχή πρέπει να ξεκινήσει από το κεφάλι, τον τράχηλο και τον αυχένα, να συνεχίσει στο θώρακα, στην κοιλιακή χώρα, στην πύελο και να τελειώσει στα άκρα.

Η νευρολογική εκτίμηση στη δευτεροβάθμια εξέταση είναι πιο λεπτομερής. Η χρήση της κλίμακας της Γλασκόβης, η εκτίμηση της αισθητικότητας και της κινητικότητας και η εκτίμηση των κορών των οφθαλμών είναι απαραίτητα.

Οι κόρες πρέπει να αντιδρούν όμοια στο φως. Η ανισοκορία σε τραυματία που δεν έχει τις αισθήσεις του είναι ένδειξη αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης (πιθανό ενδοκρανιακό αιμάτωμα).

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΛΑΣΚΟΒΗΣ

Άνοιγμα οφθαλμών	
Αυθόρμητα	4
Με το λόγο	3
Με εφαρμογή επώδυνου ερεθίσματος	2
Απουσία	1
Αντίδραση στην ομιλία	
Προσανατολισμένη σε σχέση με το χρόνο, τόπο, άτομο και κατάσταση	5
Συγκεχυμένη	4
Ακατάληπτες λέξεις	3
Ακατάληπτοι ήχοι	2
Απουσία ήχου	1
Κινητική αντίδραση	
Υπακούει (κινείται σε ανάλογη εντολή και σε επώδυνο ερέθισμα)	6
Εντοπίζει (αλλάζει θέση ως αντίδραση σε επώδυνο ερέθισμα)	5
Αποσύρεται (σε επώδυνο ερέθισμα)	4
Μη κανονική κάμψη (αποφλοίωση)	3
Αντίδραση σε έκταση (απεγκεφαλισμός)	2
Απουσία κίνησης	1

ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μετά τον καθορισμό των κακώσεων του τραυματία και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που απειλούν τη ζωή του και αφού ληφθούν οι ειδικές εξετάσεις αρχίζει η οριστική θεραπεία. Ο ασθενής θα μεταφερθεί στο χειρουργείο ή στη ΜΕΘ ή στο τμήμα εισαγωγής.

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑ

1. Συνοδεύεται από ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας.
2. Συνεχές monitoring ΑΠ-ΗΚΓ-SpaO2.
3. Συνεχής υποστήριξη αναπνοής κυκλοφορίας (να μη μετακινηθεί ο σωλήνας, η φλέβα, να πέφτουν μέσα τα φάρμακα).
4. Συνεχής επανεκτίμηση (αιμορραγία – πνευμοθώρακα – ανισοκορία).
5. Επάρκεια O2 (ασκός, αναρρόφηση, επάρκεια υγρών).
6. ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ συνεχώς δίπλα.
7. Αποφυγή ρίγους, υποθερμίας, σπασμών, υπερθερμίας.

ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ

Αν διαπιστωθεί ανάγκη για διακομιδή σε άλλο νοσοκομείο η ενέργειες πρέπει να γίνουν το συντομότερο δυνατό γιατί οποιαδήποτε καθυστέρηση μπορεί να αυξήσει σημαντικά τη θνησιμότητα του τραυματία.

ΔΙΑΛΟΓΗ - TRIAGE

Ο στόχος της διαλογής είναι η διάσωση όσο το δυνατόν μεγαλύτερου αριθμού τραυματιών σε σχέση με τις υπάρχουσες δυνατότητες αντιμετώπισης τόσο σε έμψυχο όσο και σε άψυχο υλικό.

Σε μαζικές καταστροφές οι ασθενείς χωρίζονται ανάλογα με την κατάστασή τους και την πιθανότητα επιβίωσής τους σε 5 κατηγορίες:

1. Άμεσης αντιμετώπισης: οι ασθενείς των οποίων τα τραύματα είναι μεν βαριά, αλλά η αντιμετώπισή τους απαιτεί λίγα υλικά και λίγο χρόνο και η πιθανότητα επιβίωσής τους είναι αρκετά μεγάλη. π.χ. τραυματίες με μεγάλη εξωτερική αιμορραγία ή απόφραξη των ανωτέρων αεραγωγών.

2. Αντιμετώπισης σε δεύτερο χρόνο: οι ασθενείς των οποίων τα τραύματα τους εξασθενούν σταδιακά, αλλά δεν χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση προκειμένου να σωθεί η ζωή τους ή κάποιο άκρο. Π. χ. κατάγματα μακριών οστών.

3. Οι σε πολύ βαριά κατάσταση:οι ασθενείς των οποίων τα τραύματα είναι τόσο βαριά ώστε οι πιθανότητες επιβίωσής τους είναι πολύ μικρές. Π.χ. εγκαυματίες που έχουν εγκαύματα ολικού πάχους 90% και εισπνευστικό έγκαυμα.

4. Οι σε πολύ ελαφρά κατάσταση: οι ασθενείς των οποίων τα τραύματα είναι πολύ ελαφρά και μπορεί να περιμένει η αντιμετώπισή τους ή μπορούν εν τω μεταξύ να βοηθήσουν στην ανακούφιση άλλων ασθενών ή στη μεταφορά φορείων.

5. Νεκροί: οι ασθενείς οι οποίοι δεν αντιδρούν, με απουσία σφυγμού και αναπνοών. Στις καταστροφές σπανίως επιτρέπεται η προσπάθεια αναζωογόνησης αυτών των ασθενών.

Μαρία Παπαδοπούλου
Νοσηλεύτρια

ΚΥΠΡΙΑΚΟ: η Επόμενη Μέρα

Σήμερα 25/4/2004, ξημέρωσε η επόμενη μέρα. Μια μέρα μουντή και βροχερή, με αγωνία για το μέλλον της ενιαίας Κύπρου, με προβληματισμό για την πορεία της ευρωπαϊκής, πλέον Κύπρου.

Στη μια πλευρά, την ελληνοκυπριακή υπάρχει ανησυχία και σκεπτικισμός για την παραπέρα πορεία. Στην άλλη, την τουρκοκυπριακή, υπάρχει ενθουσιασμός και ελπίδα για το καλύτερο αύριο που περιμένουν.

Ο διεθνής παράγοντας συγχαίρει τους μεν και κατακρίνει τους δε. Οι μεν Τουρκοκύπριοι αποδέχτηκαν την προτεινόμενη λύση και αυτόματα απέκτησαν την συμπάθεια και τη στήριξη που ζητούσαν. Οι δε Ελληνοκύπριοι απέρριψαν την λύση κατακρίνονται και απειλούνται με απομόνωση.

Η γεωγραφική θέση της Κύπρου προσέφερε πλούσιο υλικό στους ιστορικούς. Από την Κύπρο πέρασαν τους τελευταίους αιώνες Ενετοί, Φράγκοι, Άγγλοι, Τούρκοι και πάλι Άγγλοι. Οι προσπάθειες για απελευθέρωση πολλές, οι υποσχέσεις πολύ περισσότερες. Τα αποτελέσματα όμως δε δικαίωσαν τους αγώνες των Κυπρίων.

Τη χθεσινή μέρα των δημοψηφισμάτων πρέπει να τη δούμε μέσα από μια πορεία τουλάχιστον 60 χρόνων.

Το τέλος του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου απογοητεύει τους Ε/Κ γιατί οι συμμαχικές χώρες δεν τηρούν τις υποσχέσεις τους για ένωση της Κύπρου με την Ελλάδα.

Το 1955-59 οι Τ/Κ όχι μόνο δεν συμμετέχουν στον αγώνα της ΕΟΚΑ εναντίον των Άγγλων, αλλά σε πολλές περιπτώσεις τους στηρίζουν και δημιουργούν επεισόδια με τους Ε/Κ. Δυστυχώς την ίδια περίοδο ενέργειες εναντίον Τ/Κ κάνουν και Ε/Κ.

Το 1960, μετά τη συνθήκη της Ζυρίχη δημιουργείται το ανεξάρτητο Κυπριακό Κράτος. Το 1963, ζητείται αλλαγή του συντάγματος σε 13 σημεία, δημιουργείται έτσι ο πρώτος ουσιαστικά διαχωρισμός των 2 κοινοτήτων, οι Τ/Κ απομονώνονται σε θύλακες, χωρίζεται η Λευκωσία και ακολουθούν γεγονότα που δεν τιμούν καμιά κοινότητα. Σφαγές και επιχειρήσεις εθνικών εκκαθαρίσεων, συνθέτουν το τοπίο στην Κύπρο.

Το 1964, η Τουρκία βομβαρδίζει ελληνοκυπριακά χωριά. Η Ελλάδα με κυβέρνηση Γ. Παπανδρέου, αντιδρά και μεταφέρει στην Κύπρο μια στρατιωτική μεραρχία.

Το 1967 επαναλαμβάνονται τα επεισόδια και η Ελληνική Χούντα, στις συμφωνίες που υπογράφονται, δέχεται να αποσύρει την ελληνική μεραρχία.

15/7/1974: Γίνεται χουντικό πραξικόπημα στην Κύπρο για την ανατροπή της νόμιμης Κυβέρνησης του αρχιεπισκόπου Μακαρίου. Η Ελληνική Χούντα και τα «παλικάρια» της ΕΟΚΑ Β' ανοίγουν τους ασκούς του Αιόλου για την Κύπρο.

20/7/1974: Εισβολή του ΑΤΤΙΛΑ στην Κύπρο και κατοχή Κυπριακού εδάφους.

14/8/1974: Γίνεται η 2η φάση της Τουρκικής εισβολής. Καταλαμβάνεται το 36% του Κυπριακού εδάφους με αποτέλεσμα 200.000 χιλιάδες πρόσφυγες, μεγάλος αριθμός αγνοουμένων και ακόμα μεγαλύτερο αριθμός νεκρών.

Τα τελευταία 30 χρόνια γίνονται προσπάθειες για επανένωση του νησιού. Η Ελλάδα έχει ως πρώτο εθνικό της θέμα το Κυπριακό. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών διεξάγει συνομιλίες και προτείνει σχέδια λύσης τα οποία όμως δεν καρποφορούν. Η Ε.Ε. και οι μεγάλες δυνάμεις δραστηριοποιούνται στην ίδια κατεύθυνση. Τα σχέδια διαδέχονται το ένα μετά το άλλο, όμως τα συμφέροντα (θέση της Κύπρου), η παρουσία της Τουρκίας, η καχυποψία, η έλλειψη εγγυήσεων για τους Ε/Κ δημιουργούν ένα κύκλο χαμένων ευκαιριών. Όλα αυτά τα χρόνια, κάθε σχέδιο που έρχεται προς συζήτηση είναι χειρότερο από το προηγούμενο.

Στο σημερινό σχέδιο λύσης οδηγηθήκαμε κυρίως από 2 καθοριστικά στοιχεία (αποφάσεις).

1. Τις συμφωνίες Μακαρίου-Ντεκτάς το 1977 και τις συμφωνίες Κυπριανού-Ντεκτάς το 1979 όπου συμφωνήσαμε ότι θέλουμε να ζήσουμε σε ένα Ομόσπονδο Διζωνικό-Δικοινοτικό κράτος.

2. Την μεγάλη ιδέα του αείμνηστου Γιάννου Κρανιδιώτη για ένταξη της ενωμένης Κύπρου στην Ε.Ε.

Το αποτέλεσμα είναι ήδη γνωστό. Η Ελληνοκυπριακή πλευρά απάντησε ΟΧΙ και η Τουρκοκυπριακή ΝΑΙ.

Το σχέδιο λύσης, αυτό καθαυτό, έχει και θετικά (είναι περισσότερα) και αρνητικά σημεία, η εφαρμογή του θα απαιτούσε εμπιστοσύνη μεταξύ των λαών των δύο κοινοτήτων, αλληλοσεβασμό και διάθεση για πραγματική συνεργασία. Για τα στοιχεία αυτά, δυστυχώς, δεν προετοιμάστηκε ο Κυπριακός λαός. Τα 30 χρόνια που προηγήθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν από τους ηγέτες για άσκηση εξουσίας σε δυο ξεχωριστά κράτη, με δημιουργία ευμάρειας στο νότιο τμήμα και εμπάργκο στο βόρειο τμήμα, με εμπέδωση νοοτροπίας που αγγίζει τα όρια των φυλετικών διακρίσεων (ανώτερη και κατώτερη κοινότητα). Δεν είναι τυχαίες οι δηλώσεις του Μητροπολίτου Πάφου ότι «εμείς δεν θέλουμε να ταΐζουμε μια ζωή τους χαραμοφάηδες» και ότι «αυτοί δεν έχουν όρεξη για δουλειά».

Επίσης οι ηγεσίες χρεώνονται γιατί ποτέ δεν εξήγησαν στον Κυπριακό Λαό γιατί δεχτήκαμε και τι σημαίνει διζωνικό, δικοινοτικό κράτος.

Οι θέσεις και οι ευθύνες των ηγεσία Ελλάδας και Κύπρου για το συγκεκριμένο και απορριφθέν από τους Ελληνοκυπρίους σχέδιο λύσης, θα κριθούν από τους ιστορικούς του μέλλοντος.

Όμως η επόμενη μέρα ξημέρωσε με νέα δεδομένα και αμείλικτα ερωτήματα που θα κληθούμε να απαντήσουμε.

Τα νέα δεδομένα έδωσαν στην Τουρκία συγχωροχάρτι για τη μέχρι τώρα αδιαλλαξία της και οι Τουρκοκύπριοι αντιμετωπίζονται από τη διεθνή κοινότητα ως θύματα. Ενώ η Ελληνοκυπριακή πλευρά φαίνεται να χάνει την στήριξη που είχε μέχρι τώρα, λόγω εισβολής και κατοχής και χρεώνεται με σκόπιμη άρνηση στη λύση προκειμένου να διαπραγματευτεί από θέση ισχύος μετά την 1/5/2004, όταν η Κύπρος γίνεται μέλος της Ε.Ε. Καταφέραμε ακόμα και παραδοσιακοί μας φίλοι να μας εγκαταλείψουν.

Η προσπάθεια μας τώρα έγινε δυσκολότερη και στην επόμενη μέρα πρέπει να δοθούν απαντήσεις: Θέλουν οι Ελληνοκύπριοι την επανένωση; Έχουν προετοιμαστεί όλα αυτά τα χρόνια για να συμβιώσουν με τους Τουρκοκύπριους; Πως σήμερα μέσα σε ένα αρνητικό διεθνές περιβάλλον μπορούμε να παλέψουμε καλύτερα τα θέματα ασφαλείας και άμυνας; Γιατί αυτά και άλλα θέματα δεν τα παλέψαμε στη Λουκέρνη αφού όλοι μας τα θεωρούμε ουσιαστικά για μια βιώσιμη λύση; Οι έπικοι όπως και τα στρατεύματα κατοχής θα φύγουν τώρα που είπαμε όχι ή μήπως θα αυξηθούν;

Τα ερωτήματα δεν τελειώνουν και πιστεύω πως θα μας ταλανίσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Κλείνοντας θέλω να πιστεύω ότι το μέλλον της Κύπρου βρίσκεται στην επανένωσή της. Φωνές που ακούγονται για διχοτόμηση και δημιουργία δύο ξεχωριστών κρατών είναι εθνικιστικές κραυγές που εμπεριέχουν και ρατσιστικά στοιχεία. Η Ελληνική και η Ελληνοκυπριακή ηγεσία θα πρέπει να κάνουν απολογισμό και να χαράξουν κοινή στρατηγική με τελικό στόχο την επανένωση της Κύπρου μας σε ένα ομόσπονδο, διζωνικό, δικοινοτικό ευρωπαϊκό κράτος.

ΛΑΟΥΔΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
Δ/ντής Μ/Γ Τμήματος
Παναρκαδικού Νοσ/μείου Τρίπολης
Νομαρχιακός Σύμβουλος

Βασίλης Γολεμάτης: «Έφθασα στην Ιθάκη...»

«Οι εγχειρήσεις δεν πρέπει να είναι βραβεία για τη δόξα ή την ικανοποίηση φιλόδοξων και ματαιόδοξων χειρουργών σι εγχειρήσεις πρέπει να επιλέγονται και να εκτελούνται με μοναδικό γνώμονα το μεγαλύτερο καλό για τον συγκεκριμένο άρρωστοι», συνήθιζε να λέει ο καθηγητής κ. Βασίλης Γολεμάτης στους νέους_ χειρούργους, που περίμεναν με ανυπομονησία να κάνουν τη «μεγάλη» εγχείρηση. Φωτισμένος δάσκαλος «λόγω και έργω», με την καταλυτική του απλότητα, αμεσότητα και ζωντάνια, γοητεύει τον συνομιλητή του, όπως τους μαθητές και τους αρρώστους, πάνω από τους οποίους έσκυψε με ενδιαφέρον, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση, τις πολιτικές πεποιθήσεις η τη φυλετική τους προέλευση. Σήμερα είναι πρόεδρος του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου και της Επιτροπής για τα Δικαιώματα των Ασθενών και τιμάται για την προσφορά του, όχι μόνο από τους Έλληνες, αλλά και από τους Αμερικανούς συναδέλφους του, που ομόφωνα τον εξέλεξαν προ ημερών τιμητικό μέλος της Αμερικανικής Χειρουργικής Εταιρείας, της περίφημης American Surgical Association. Είναι ο πρώτος Έλληνας που λαμβάνει αυτήν την διάκριση και ένας από τους 62 μόνο χειρουργούς εκτός ΗΠΑ που έχουν τιμηθεί «Πάντοτε απολάμβανα να διαβάζω τον Όμηρο και τις περιπέτειες του Οδυσσέα σε όλες τις εκδόσεις», μας είπε όταν του ζητήσαμε να μας περιγράψει τα συναισθήματα του. «Στην Οδύσσεια την δική μου αυτή η αναγνώριση μου θυμίζει ότι έφτασα στην Ιθάκη».

Ο Βασίλης Γολεμάτης υπήρξε ο καλύτερος πρέσβης της ελληνικής χειρουργικής στον διεθνή χώρο. Ταξίδεψε στην Ευρώπη, την Αμερική, την Αυστραλία, τη Νότιο Αφρική, την Ασία και (05 επισκέπτης καθηγητής έδωσε δεκάδες διαλέξεις, προώθησε συνεργασίες στον τομέα της εκπαίδευσης, όπως με τον διάσημο χειρουργό De Bakey του Πανεπιστημίου του Χιούστον, και καθιέρωσε εκτεταμένα προγράμματα εκπαίδευσης με αποστολή Ελλήνων φοιτητών, σε αναγνωρισμένα κέντρα του εξωτερικού. Ως γιατρός έγραψε ιστορία με το βαθύ αίσθημα ευθύνης που επέδειξε, όταν από τους πρώτους χειρούργησε ασθενείς με έιτζ, σε μια εποχή που σε άλλα νοσοκομεία με διάφορα προσχήματα δεν γίνονταν δεκτοί.

Κύριε καθηγητά, υπήρξαν αναφορές εκτός από τον ελληνικό και στον ξένο Τύπο νια τη στάση σας απέναντι στους ασθενείς με έιτζ;

-Υπήρξε, μου είπαν, δεν το είδα, μια αναφορά στους TIMES της Νέας Υόρκης ότι «τα καλά νέα για το έιτζ έρχονται από την πατρίδα του Ιπποκράτη και το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο». Είχαν προηγηθεί δημοσιεύματα στον ελληνικό Τύπο και στον Εθνικό Κήρυκα της Νέας Υόρκης. Εκείνη την εποχή ήταν γνωστή η αποστροφή των γιατρών και ιδιαίτερα των χειρουργών απέναντι στους ασθενείς με έιτζ.

Μέχρι πρότινος μπορούσε ο χειρούργος να μεταδώσει μια πάθηση, εάν ήταν άρρωστος, στον ασθενή. Τώρα κινδυνεύει και ο ίδιος, χρειάζεται προφύλαξη. Στην κλινική μας, τη συγκινητική συμπαράσταση των νοσηλευτριών του χειρουργείου, αντιμετωπίσαμε από την πρώτη στιγμή ασθενείς με ειδικές λοιμώξεις, έιτζ και ηπατίτιδα C. Παράλληλα, ξεκινήσαμε μια καμπάνια να διδάξουμε τους χειρούργους πως πρέπει να χειρουργούν κάθε ασθενή, «ντυμένοι σαν αστροναύτες», όπως συνήθιζα να λέω. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας εξέδωσα ένα πρώτο βιβλίο (AIDS και ηπατίτις) το 1990 και ένα δεύτερο μαζί με τον καθηγητή De Vita, το 1996.

Όσοι σας τιμούν αναφέρουν ότι συμβάλλατε καταλυτικά στη διάδοση των σύγχρονων αντιλήψεων της ιατρικής για την επιλογή λιγότερο αιματηρών επεμβάσεων στους ασθενείς στη χώρα μας...

Έζησα και εργάστηκα σε μια εποχή κατά την οποία εισήχθησαν πολλές καινοτόμοι μέθοδοι στη χειρουργική, όπως τα ενδοσκόπια και τα συρραπτικά μηχανήματα. Στη δεκαετία του 1980, ιδρύσαμε τη μονάδα διαγνωστικής και επεμβατικής ενδοσκόπησης και εφαρμόσαμε τη χρήση των συρραπτικών μηχανημάτων στη χειρουργική του πεπτικού συστήματος και ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, αποφεύγοντας λειτουργικές αναπηρίες, όπως η κολοστομία (παρά φύση). Ακολούθησε, στο τέλος της δεκαετίας αρχές της δεκαετίας του 1990, η τεχνολογία της λαπαροσκόπησης, μια μέθοδος λιγότερο αιματηρή που απαιτούσε μικρότερο χρόνο νοσηλείας. Είμαστε από τους πρώτους που την καθιερώσαμε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και εκπαιδεύσαμε πολλούς Έλληνες, αλλά και ξένους γιατρούς, κυρίως από τις βαλκανικές χώρες.

Η μεγαλύτερη προφορά σας, για την οποία κυρίως τιμηθήκατε από την Αμερικανική Χειρουργική Εταιρεία αφορά, εκτός από την κοινωνική σας δράση, την εκπαίδευση των φοιτητών και των νέων χειρουργών. Σας λείπουν οι φοιτητές σας στα νέα σας καθήκοντα;

Πολύ. Δεν μπορώ να περιγράψω τη χαρά και την υπερηφάνεια μου όταν διευθυντές εργαστηρίων ή κλινικών στις οποίες μετεκπαιδεύονται Έλληνες φοιτητές, μου έστελναν συγ-

χαρητήριες επιστολές για το υψηλό επίπεδο γνώσεων, το ήθος και την επίδοση τους.

Πίστευα πάντα, ότι έχουμε την υποχρέωση να δείχνουμε τον δρόμο στους νέους. Υποχρέωση μας είναι να πάμε το άλογο στο ποτάμι για να πιει νερό, από εκεί και πέρα εάν δεν θέλει να πιει, είναι δική του απόφαση. Κατά τη δεκαπενταετή θητεία μου στο Ιπποκράτειο προσπάθησα να οργανώσω όσο μπορούσα καλύτερα την εκπαίδευση των φοιτητών και των νέων γιατρών με τακτικές εκπαιδευτικές συγκεντρώσεις, μετεκπαιδευτικά μαθήματα και διαλέξεις. Μεγάλη επιτυχία είχε το πρόγραμμα ανταλλαγής φοιτητών με αναγνωρισμένα κέντρα του εξωτερικού, στο πλαίσιο του οποίου στέλναμε για μετεκπαίδευση ορισμένες φορές έως και 40 φοιτητές τον χρόνο.

Πώς κρίνετε την ελληνική ιατρική;

Νομίζω, και αναφέρομαι στο Πανεπιστήμιο, πως βρίσκεται αρκετά υψηλό επίπεδο. Πιστεύω ότι το Αττικό Νοσοκομείο, το οποίο στεγάζει τις πανεπιστημιακές κλινικές οργανώνεται και θα αποτελέσει ένα πραγματικό φυτώριο γνώσης, ώστε σε δέκα χρόνια αυτό το νοσηλευτικό ίδρυμα να είναι το John Hopkins της Ελλάδας. Διαθέτει την απαιτούμενη υποδομή για τον σκοπό αυτό. Χρειάζονται μόνο στόχοι και όραμα.

Έχετε την ίδια γνώμη και για το επίπεδο της εκπαίδευσης; Γνωρίζουμε ότι κατά τη θητείας σας ως προέδρου του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας επεξεργαστήκατε ένα σχέδιο νόμου, αλλαγής του καθεστώτος που υπάρχει σήμερα.

Πράγματι, ολοκληρώθηκε ένα νομοσχέδιο, πέρασε και από τη νομοπαρασκευαστική επιτροπή, που αφορά τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση, τη λεγόμενη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και αξιολόγηση. Αυτό είναι το μέλλον της ιατρικής. Όπως ο πιλότο έτσι και ο γιατρός και ιδιαίτερα ο χειρούργος πρέπει να αξιολογείται κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Την ευθύνη της επεξεργασίας του νομοσχεδίου, η οποία διήρκεσε πέντε χρόνια, είχε ο καθηγητής του Πανεπιστημίου Πατρών κ. Ηλίας Λαμπίρης.

Με το περιεχόμενο του συμφώνησαν όλες οι ιατρικές ενώσεις και αυτό δεν ήταν εύκολο, καθώς σήμερα, όπως γνωρίζετε, το μοντέλο του γιατρού αλλάζει. Παραδείγματος χάριν, ένας επεμβατικός κάνει λίγο χειρουργική, λίγο παθολογία.

Παράλληλα, τέθηκαν αυστηρά κριτήρια για τις κλινικές που δίνουν ειδικότητα, οι οποίες πρέπει να αξιολογούνται. Διότι, πολλές κλινικές και χειρουργικές και παθολογικές, δεν έχουν την υποδομή ή και τη σύνθεση να μπορούν να δίνουν πλήρη ειδικότητα. Σήμερα που το 60% των εγχειρήσεων γίνεται με επεμβατικές μεθόδους, υπάρχουν ακόμη κλινικές που δίνουν ειδικότητα χωρίς να μπορούν να εκπαιδεύσουν τους γιατρούς στην λαπαροσκόπηση. Αυτό, βεβαίως δεν μπορεί να συνεχιστεί. Καλό σύστημα υγείας σημαίνει καλά εκπαιδευμένοι γιατροί. Κοινό νου έχουν λίγο πολύ όλοι, χρειάζεται σωστή εκπαίδευση, επιτήρηση και αξιολόγηση. Αυτό είναι το μήνυμα που πρέπει να περάσει.

Αναδημοσίευση από την Καθημερινή

Σκέψεις

ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ-ΑΔΙΕΞΟΔΟ?

Η ζωή του γιατρού,μετά από μακροχρόνια προσπάθεια,εισέρχεται στην αρχή της καριέρας του, με κύρια χαρακτηριστικά, την επιστημονική επάρκεια, την επιθυμία για συνεχή αναβάθμιση του ρόλου του,την κοινωνική καταξίωση και την οικονομική επιτυχία.Αυτή η καριέρα δεν ακολουθεί την ίδια πορεία για όλους και η όποια πορεία δεν είναι πάντα στρωμένη με δάφνες. Έχει στιγμές πρωτόγνωρης χαράς και ικανοποίησης και στιγμές πίκρας και απογοήτευσης. Περνάει φάσεις με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και φάσεις μονότονης στασιμότητας.Στη στέγη της οικογενειακής ζωής αναζητείται και,πολλές φορές, ανευρίσκεται συναισθηματικός πλούτος με άλλοτε θετικό και άλλοτε αρνητικό ισοζύγιο.

Κάποια στιγμή φθάνει για όλους η ώρα της μέσης ηλικίας,μια ώρα που ποτέ δεν αργεί,και που ο καθένας συνειδητοποιεί ότι βρίσκεται στο μέσον της διαδρομής.Για τη γυναίκα γιατρό , η ευλογία και κατάρα μαζί των αναγνωρίσιμων φάσεων της βιολογικής μεταβολής, για τον άνδρα η νομοτελειακή καταφυγή της αναγκαστικής ενδοσκόπησης για την αλλαγή που γίνεται αντιληπτή.

Η λέξη «αλλαγή»είναι ,ίσως,προτιμότερη από τη λέξη «κρίση» μέσης ηλικίας. Ακολουθούν παιδαριώδεις αντιδράσεις απόπειρας προσωπικής επανεπιβεβαίωσης με αξιοσημείωτο οικονομικό, κοινωνικό η συναισθηματικό κόστος χωρίς να αντιμετωπίζεται η δυστυχία της παραμονής σε κάποια καλά αμειβόμενη, μα γεμάτη άγχος καριέρα μέχρι το τέλος. Ετσι διαδράμει μια αναταραχή κατά τη μέση ηλικία για να καταδειχθεί ότι πράγματι υπάρχει μια αναπόφευκτη αλλαγή. Μια βιολογική αλλαγή που απαιτεί προσέγγιση με προδιάθεση για δημιουργία ευκαιριών, για προσωπική ωρίμανση και βελτίωση των συνθηκών της ζωής, στόχους τους οποίους μπορεί κάποιος, άθελά του, να έ χει παραβλέψει ή αγνοήσει.

Το ταξίδι συνεχίζεται αλλά όπου και να σε πηγαίνει δεν υπάρχει λόγος να το δεις σαν κατάσταση έκτακτης ανάγκης ή σαν καταστροφή. Ο Ηράκλειτος είπε ότι δεν μπορείς να μπείς στο ίδιο ποτάμι δύο φορές μια και τίποτα δεν μένει το ίδιο.Αλλωστε ο καθένας προτιμάει να ξεδιψάει από το τρεχούμενο νερό μιας πηγής παρά από το στάσιμο νερό μιας λακούβας.Για να είναι καθαρό το νερό πρέπει να κινείται συνεχώς. Ετσι και ο άνθρωπος.

Μπορεί να υπάρχει μέση ηλικία δεν υπάρχει όμως ορισμός της και, σίγουρα, δεν υπάρχει συγκεκριμένο είδος αλλαγής που έρχεται με βεβαιότητα, καθώς προχωρά, η ενήλικη ζωή.Για πολλούς ανθρώπους δεν θα υπάρχει μόνο μια κύρια μετάβαση αλλά αρκετές μεγάλες μεταβάσεις ή μια ακολουθία μικρότερων προσαρμογών.

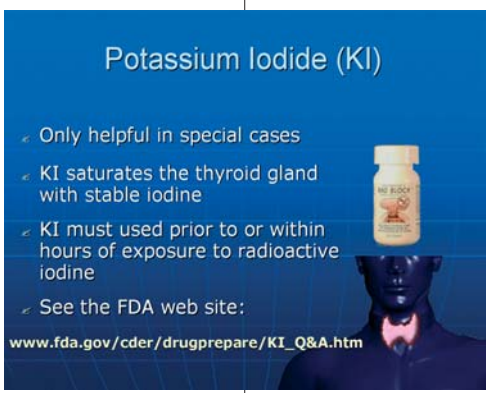
Η προετοιμασία για αυτές και η αντιμετώπιση τους φαίνεται πως καταργεί το αδιέξοδο και, ο καθένας, αποσαφηνίζοντας τη φιλοσοφία του για τη ζωή δράττεται όλων των ευκαιριών να εκμεταλλευτεί στο έπακρο κάθε τι που μπορεί να ενσωματωθεί στη φιλοσοφία αυτή και να γίνει πηγή ευτυχισμένων στιγμών, καθώς, ήδη μπορεί να ακολουθεί τα προστάγματα της καρδιάς του αφού είναι μάλλον βέβαιο οτι , καλώς η κακώς, αυτό που επιθυμεί δεν ξεπερνά τα όρια του «σωστού»...

Κων/νος Παπαγιαννόπουλος
Ω.Ρ.Λ.

Χάπια Ιωδιούχου Καλίου

(K I): ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η πιθανότητα απελευθέρωσης ακτινοβολίας και επακόλουθης μόλυνσης του περιβάλλοντος στα πλαίσια μίας κατάστασης εκτάκτου ανάγκης-όπως π.χ. στην περίπτωση ενός πυρηνικού ατυχήματος - αποτελεί από καιρό σημαντική ανησυχία. Μα μετά τα γεγονότα της 11ης Σεπτεμβρίου, η συναίσθηση των πιθανών κινδύνων για την υγεία και τη ζωή και ο φόβος για την πιθανότητα έκθεσης σε ακτινοβολία, αυξήθηκαν κατά πολύ. Ο βασικός κίνδυνος κατά την ολόσωμη έκθεση σε ραδιενεργό ακτινοβολία - ή ακόμη στη θερμότητα ή τα θραύσματα μιας πυρηνικής έκρηξης - είναι η μαζική καταστροφή ιστών και ο θάνατος. Ο σχετιζόμενος με ραδιενεργό ακτινοβόληση θυρεοειδικός καρκίνος αποτελεί ένα ακόμη πιθανό αποτέλεσμα της έκθεσης σε ραδιενεργό ιώδιο (ραδιοϊώδιο), μετά την απελευθέρωση του τελευταίου κατά τη διάρκεια μιας έκρηξης. Η μορφή αυτή του καρκίνου ίσως χρειαστεί δέκα ή περισσότερα χρόνια για να εκδηλωθεί, η αντιμετώπισή του ωστόσο τότε θα απαιτήσει χειρουργική επέμβαση ή χημειοθεραπεία. Ευτυχώς, η λήψη χαπιών ιωδιούχου καλίου (KI) σε χρόνο άμεσο μετά την έκθεση στο ραδιοϊώδιο, φαίνεται να αποτρέπει την εμφάνιση θυρεοειδικού καρκίνου. Αν και τα συγκεκριμένα χάπια δεν παρέχουν προστασία από άλλες επιβλαβείς συνέπειες της έκθεσης στη ραδιενεργό ακτινοβολία, η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη του θυρεοειδικού καρκίνου από τη συγκεκριμένη αυτή μορφή ακτινοβόλησης είναι τόσο υψηλή, ώστε δεν είναι λίγοι οι απλοί πολίτες και οι οργανισμοί που, ως πρόσθετο μέτρο πρόληψης, άρχισαν ήδη να τα αγοράζουν (δεν απαιτείται ιατρική συνταγή) και να τα αποθηκεύουν. Το αν θα πρέπει ο καθένας να προμηθευτεί τέτοια χάπια, για αυτόν και την οικογένεια του, εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, και κυρίως από την απόσταση την οποία απέχει ο χώρος διαβίωσής του από μια πυρηνική εγκατάσταση. Ούτως ή άλλως, απαιτείται η καλή γνώση των δυνατοτήτων και μη των χαπιών αυτών, προτού αποφασιστεί η αγορά τους.



Ο θυρεοειδής αδένας, το ιώδιο και τα χάπια KI

Ο θυρεοειδής αδένας χρησιμοποιεί το φυσικά λαμβανόμενο από το σώμα ιώδιο που περιέχεται στις διάφορες τροφές, για την παραγωγή της θυρεοειδικής ορμόνης (θυροξίνη). Η θυροξίνη συμμετέχει στη ρύθμιση του μεταβολισμού του σώματος, με λόγια απλά δηλ. εμπλέκεται –μεταξύ άλλων– και στο ρυθμό με τον οποίο το σώμα καίει τις θερμίδες. Το ραδιοϊώδιο από την άλλη πλευρά, είναι ένα ραδιενεργό ισότοπο του ιωδίου που παράγεται σε πυρηνικούς αντιδραστήρες και μετά την έκρηξη πυρηνικών βομβών. Η έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ραδιοϊωδίου μπορεί να προκαλέσει θυρεοειδικό καρκίνο. Η έκρηξη λοιπόν μιας πυρηνικής βόμβας ή ένα ατύχημα σε πυρηνικό αντιδραστήρα μπορούν να οδηγήσουν στην απελευθέρωση ραδιοϊωδίου στην ατμόσφαιρα. Ο θυρεοειδής αδένας, όταν χρειάζεται ιώδιο για τις διάφορες λειτουργίες του, το προσλαμβάνει από την πρώτη διαθέσιμη πηγή. Μην έχοντας όμως την ικανότητα διάκρισης του σταθερού από το ραδιενεργό ιώδιο, είναι δυνατόν να προσλάβει το τελευταίο. Όταν αυτό συμβεί, η πιθανότητα ανάπτυξης θυρεοειδικού καρκίνου στα επόμενα χρόνια αυξάνεται και κατά τρόπο ανάλογο με την απορροφηθείσα ποσότητα ραδιοϊωδίου. Τα χάπια ιωδιούχου καλίου (KI) προστατεύουν από την ανάπτυξη θυρεοειδικού καρκίνου μετά από έκθεση στο ραδιοϊώδιο. Ο μηχανισμός δράσης τους έγκειται στο ότι τα χάπια αυτά παρέχουν στο θυρεοειδή αδένα πλήρη επάρκεια σε σταθερό ιώδιο, ίδιας ακριβώς μορφής με το φυσικά προσλαμβανόμενο από το σώμα μέσω των διαφόρων τροφών. Κορεσμένος λοιπόν ο αδένας με σταθερό ιώδιο, δεν κινδυνεύει να καταφύγει στα αποθέματα του ραδιοϊωδίου.

Περιορισμοί της δράσης των χαπιών KI

Τα χάπια KI δεν παρέχουν προστασία έναντι των άμεσων, σχετιζόμενων με την ακτινοβόληση, βλαβών. Δεν αποτρέπουν δηλ. την απορρόφηση ραδιενεργού ακτινοβολίας από άλλα μέρη του σώματος, οπότε και δεν αποτρέπουν την αύξηση του κινδύνου για ανάπτυξη άλλων μορφών καρκίνου, όπως το λέμφωμα ή τη λευχαιμία.

Οι πηγές του ραδιοϊωδίου

Οι πυρηνικές βόμβες και σχετικές καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης, όπως το ατύχημα του πυρηνικού αντιδραστήρα στο Τσερνομπίλ της Ουκρανίας το 1986, αποτελούν τις βασικές πηγές έκθεσης στο ραδιοϊώδιο. Αμέσως μετά το ατύχημα στο Τσερνομπίλ, ένα ραδιενεργό νέφος εξαπλώθηκε πάνω από πολλές περιοχές της Ευρώπης. Περίπου 3.000 άνθρωποι, κάτοικοι της Ουκρανίας, της Λευκορωσίας και της Ρωσίας, εκτέθηκαν στη ραδιενεργό ακτινοβολία του ατυχήματος αυτού και ανέπτυξαν καρκίνο του θυρεοειδούς. Στις περισσότερες περιπτώσεις του επαγόμενου από ραδιενεργό ακτινοβολία καρκίνου του θυρεοειδούς, καταγράφεται ένα διάστημα 8 – 20 ετών από την έκθεση έως την ανάπτυξή του. Εξαιτίας αυτού, σε σχετική τους έκθεση το 2002 τα Ηνωμένα Έθνη υπολογίζουν τριπλασιασμό των κρουσμάτων θυρεοειδικού καρκίνου του Τσερνομπίλ εντός των δέκα επόμενων ετών. Στον ίδιο χρόνο, οι περιπτώσεις θυρεοειδικού καρκίνου στην Πολωνία –που συνορεύει στα δυτικά με την Ουκρανία– δεν παρουσίασαν αύξηση. Είναι επομένως πιθανόν, ότι η έγκαιρη και επαρκής διανομή και χρήση των χαπιών KI που έλαβε χώρα στην Πολωνία, απέτρεψε την εμφάνιση περιπτώσεων επαγόμενου από ραδιενεργό ακτινοβολία θυρεοειδικού καρκίνου.

Τα πυρηνικά ατυχήματα αποτελούν την πιθανότερη πηγή του ραδιοϊωδίου. Διασπορά του όμως παρατηρείται και από τη χρήση των «βρώμικων βομβών». Οι βρώμικες βόμβες συνδυάζουν συμβατικές εκρηκτικές ύλες με ραδιενεργά ισότοπα. Δεν πρόκειται για ατομική βόμβα ή βόμβα υδρογόνου. Χρησιμοποιείται μία συμβατική εκρηκτική ύλη ως μέσο διασποράς του ραδιενεργού υλικού. Τα χάπια KI δε φαίνεται να παρέχουν προστασία από τις βρώμικες βόμβες, παρόλο που η εκλυόμενη από αυτές ραδιενέργεια είναι τέτοιας μορφής που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Λήψη χαπιών KI και δοσολογία

Σε περίπτωση απελευθέρωσης ραδιοϊωδίου στην ατμόσφαιρα , η πολιτειακή υπηρεσία δημόσιας υγείας θα ανακοινώσει τις απαραίτητες οδηγίες, που θα πρέπει να ακολουθήσουν όλοι πιστά. Τα χάπια θα πρέπει να ληφθούν εντός τριών ωρών από την έκθεση. Κάθε KI χάπι περιέχει τόση ποσότητα σταθερού ιωδίου, ώστε να υπερκαλύψει τις ανάγκες του θυρεοειδούς αδένα ενηλίκου για περίπου 24 ώρες. Για τον ίδιο χρόνο, οι ανάγκες του αδένα ενός παιδιού καλύπτονται από λιγότερο από ένα KI χάπι. Απαιτείται η λήψη ενός KI χαπιού ημερησίως, έως ότου πάψει ο κίνδυνος της έκθεσης στο ραδιοϊώδιο, πράγμα που συνήθως συμβαίνει κατά την απομάκρυνση από την άμεση περιοχή του συμβάντος.

Η ημερήσια λαμβανόμενη δόση εξαρτάται από την ηλικία. Δεδομένου ότι τα χάπια KI διατίθενται στο εμπόριο μόνον με τη μορφή της δόσης ενηλίκων, των 130mg, απαιτείται η τμήση του χαπιού ανάλογα με τις ηλικίες :

Βρέφη έως παιδιά 3 ετών	**- 16mg (1/8 tb)**
Ηλικίες από 3 έως18 ετών	**- 32 mg (1/4 tb)**
Ενήλικοι	**- 130 mg (1 tb)**
Γυναίκες σε εγκυμοσύνη ή λοχεία	**- 65 mg (1/2 tb)**

Τα έμβρυα και τα παιδιά είναι ιδιαιτέρως ευαίσθητα στον επαγόμενο από ραδιενεργό ακτινοβολία καρκίνο του θυρεοειδούς. Για αυτά λοιπόν προτείνεται μία αρχική δόση KI χαπιού, και ακολούθως άμεση απομάκρυνση από την προσβεβλημένη περιοχή και διαφυγή σε ασφαλές καταφύγιο, προκειμένου να αποφευχθεί περαιτέρω έκθεση. Γενικότερα, ο κίνδυνος για ανάπτυξη επαγόμενου από ραδιενεργό ακτινοβολία θυρεοειδικού

καρκίνου μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

Διανομή και διάθεση των χαπιών KI

Το Τμήμα Υπηρεσιών για την Υγεία και τον Άνθρωπο έχει ήδη ξεκινήσει την αγορά και αποθήκευση χαπιών KI, ομοίως με αρκετές πολιτείες και οργανισμούς δημόσιας υγείας. Η FDA (ο αμερικανικός εθνικός οργανισμός φαρμάκων) προτείνει την κατανομή των χαπιών αυτών στις διάφορες περιοχές ανάλογα με την απόστασή τους από γνωστές πιθανώς ραδιενεργές πηγές :

0 –50 μίλια: Οι κατοικίες που βρίσκονται σε ακτίνα 50 μιλίων από μια πυρηνική εγκατάσταση προηγούνται όλων στον εφοδιασμό με χάπια KI. Παρόλο που τους διατίθενται νωρίς, η λήψη των χαπιών δε θα γίνει παρά μόνον μετά από κάποιο επεισόδιο.

50 –200 μίλια: Οι δημόσιες εγκαταστάσεις που βρίσκονται σε ακτίνα 50 – 200 μιλίων από μια πυρηνική εγκατάσταση θα πρέπει να έχουν ικανό απόθεμα χαπιών KI, ώστε να μπορούν να τα διανείμουν σε περίπτωση πυρηνικής καταστροφής.

> 200 μίλια: Οφείλει να υφίσταται ένα εθνικό απόθεμα χαπιών KI για όλους όσους διαμένουν σε απόσταση μεγαλύτερη των 200 μιλίων από μια πυρηνική εγκατάσταση.

Ο παραπάνω σχεδιασμός κατανομής των χαπιών KI δεν υποστηρίζεται από όλες τις πολιτείες. Και παρόλο που η Επιτροπή Διαχείρισης Πυρηνικών Θεμάτων προσφέρθηκε να παράσχει αποθέματα χαπιών KI για διάθεση στο ευρύ κοινό σε όλες τις πολιτείες – ως ένα επιπλέον μέτρο αντιμετώπισης περιπτώσεων πυρηνικών καταστροφών –, πολλές από τις πολιτείες αυτές δεν έκαναν δεκτή την προσφορά. Παρά λοιπόν την καθολική παραδοχή της αποτελεσματικότητας των χαπιών KI κατά της ανάπτυξης θυρεοειδικού καρκίνου, το πώς –ακόμη και το εάν–αυτά πρέπει να διανεμηθούν, αμφισβητείται. Οι επίσημοι από διάφορες πολιτείες θεωρούν, ότι μετά από ένα πυρηνικό ατύχημα, η άμεση εκκένωση της προσβεβλημένης περιοχής θα πρέπει να είναι το πρώτο βήμα και ότι μετά την ολοκλήρωση αυτής ακολουθεί η διανομή των χαπιών KI. Πράγματι, ο σχεδιασμός της αντιμετώπισης περιπτώσεων πυρηνικών καταστροφών διαφέρει ανά πολιτεία. Για παράδειγμα, σε κάποιες πολιτείες, όπως η Πενσυλβάνια, αποφασίστηκε η διανομή των χαπιών KI σε κατοικίες που βρίσκονται σε ακτίνα 10 μιλίων από μια πυρηνική εγκατάσταση, και όχι 50 προτείνει η FDA. Επίσης, πολιτείες με πυκνά κατοικημένες αστικές περιοχές, όπως η Νέα Υόρκη, εξαρτώνται περισσότερο από τη διάθεση των χαπιών KI, από ότι μικρότερες πολιτείες με αγροτικούς κατεξοχήν πληθυσμούς, όπως η Νεμπράσκα, στις οποίες η άμεση εκκένωση μιας περιοχής είναι συγκριτικώς ευκερέστερη κι επομένως εύλογη.

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων προτείνει ότι τα σχολεία, οι βρεφονηπιακοί σταθμοί και οι κατοικίες με μικρά παιδιά, που βρίσκονται σε ακτίνα 10 μιλίων από μια πυρηνική εγκατάσταση, θα πρέπει να εφοδιαστούν με χάπια KI, αφού οι μικρές ηλικίες είναι οι περισσότερο ευπαθείς στη βλαπτική δράση του ραδιοϊωδίου.

Στις κατευθυντήριες γραμμές της FDA, προτείνεται υιοθέτηση των κάτωθι γενικών μέτρων :

- Διανομή KI χαπιών.
- Εκκένωση της εκτεθειμένης σε ραδιενεργό ακτινοβολία περιοχής.
- Αναζήτηση ασφαλούς καταφυγίου.
- Αποφυγή κατανάλωσης μολυσμένου πόσιμου νερού, τροφών και γάλατος.

Η Αμερικανική Ένωση Κλινικών Ενδοκρινολόγων και η Αμερικανική Ένωση Θυρεοειδούς συντάσσονται με τις παραπάνω συστάσεις.

Οικονομία και Διαθεσιμότητα των χαπιών KI

Κάθε κουτί με χάπια KI, περιλαμβάνει 14 δισκία (tb) και για την αγορά του δεν απαιτείται η συνταγή ιατρού. Δεν υπάρχουν έως σήμερα ειδικές συστάσεις για την αγορά του σκευάσματος από τους απλούς πολίτες, είναι όμως βέβαιο ότι τα πιθανά οφέλη από τη λήψη των χαπιών KI –εάν ποτέ χρειαστεί– υπερσκελίζουν τους όποιους πιθανούς κινδύνους. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες των χαπιών KI, που είναι σπάνιες, περιλαμβάνονται τάση στον αυχένα, ναυτία και στομαχικός ερεθισμός, ευαισθησία των σιελογόνων αδένων και ξηροστομία.

Σε περίπτωση που κάποιος έχει ανησυχίες ή απορίες σχετικά με το αν θα πρέπει να προμηθευτεί χάπια KI για αυτόν και την οικογένειά του, καλό θα ήταν να συμβουλευθεί τον προσωπικό του ιατρό.

Γιατί πρέπει να γυμναζόμαστε

Τα οφέλη που παρέχει η συστηματική άσκηση στην υγεία είναι πολλά και ποικίλα. Ελαττώνει την κακή χοληστερόλη (LDL) και τα τριγλυκερίδια, βελτιώνει τον διαβήτη, μακροπρόθεσμα ελαττώνει τη δόση της ινσουλίνης (αν χορηγείται), μπορεί να ελαττώσει ή να εξαλείψει την ανάγκη λήψης φαρμάκων για την πίεση ενώ, χωρίς αυτήν, η στεφανιαία νόσος και η υπέρταση διπλασιάζουν τον κίνδυνο οξέος καρδιολογικού προβλήματος.

Η άσκηση συμβάλλει επίσης στην απώλεια βάρους, μπορεί να ελαττώσει τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου και της κατάθλιψης και, ειδικά στις γυναίκες, περιορίζει την εμφάνιση της οστεοπόρωσης, επειδή μειώνει την απώλεια οστικής μάζας. Και» στα δύο φύλα, εξ άλλου, σε συνδυασμό με μια σωστή διατροφή, μπορεί να αναστείλει την εξέλιξη της οστεοπόρωσης.

Η άσκηση είναι απαραίτητη ακόμα και στην αρθρίτιδα: με ήπιες, κατάλληλες ασκήσεις βελτιώνεται η κινητικότητα των αρθρώσεων και περιορίζονται οι χρόνιοι πόνοι και τα άλλα προβλήματα των αρθρώσεων ενώ, ακόμα κι αν δεν υπάρχει αρθρίτιδα, η άσκηση αυξάνει την κινητικότητα των ώμων, των ισχίων και της σπονδυλικής στήλης στους ηλικιωμένους.

Ποτέ δεν είναι αργά για να αρχίσει κανείς να γυμνάζεται, ακόμα και αν δεν το έχει συνηθίσει. Μελέτη της Κλινικής Μάγιο, στις ΗΠΑ, απέδειξε ότι ακόμα και μετά την ηλικία των 87 ετών, η άσκηση με τη μορφή της βάδισης μπορεί να αυξήσει την μυϊκή δύναμη κατά 110%. Στην πραγματικότητα, η βάδιση είναι το καλλίτερο σπορ για τον άνθρωπο _ πόσο μάλλον για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι σε ποσοστό 70% δεν ασκούνται.

Αποφασίστε, λοιπόν, μην διστάζετε: η άσκηση βελτιώνει την ποιότητα της ζωής και δεν είναι υπερβολή να λεχθεί ότι είναι το μυστικό της μακροζωίας.

Ο Βασίλειος Χ. Γολεμάτης
Ομότιμος καθηγητής Χειρουργικής
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΤΙ ΚΕΡΔΙΖΟΥΜΕ ΑΠΟ ΤΗ ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

(Συνέχεια από προηγούμενο τεύχος)

Η καλή διατροφή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για καλή υγεία – πόσο μάλλον για να νιώσει κάποιος νεώτερος απ' όσο είναι. Η διαφορά της σωστής και της κακής διατροφής είναι ουσιαστικά ζήτημα χρόνου – χρόνου ζωής. Αν το δείτε έτσι, ίσως πεισθείτε ότι πρέπει να προσέξετε λίγο περισσότερο τι βάζετε στο πιάτο σας και στο στομάχι σας.

Τα οφέλη από ένα καλό πρωϊνό: Όσοι μπορούν να προσθέσουν στη ζωή τους ένα ευχάριστο δεκαπεντέλεπτο, μπορούν να κερδίσουν κάλλιστα ένα χρόνο ζωής. Η συμβολή του πρωϊνού στη μακροζωϊα είναι κάτι σαν «εύκολο χρήμα» - μεγάλο κέρδος με λίγο κόπο. Αν θέλετε να κερδίσετε αυτόν τον ένα χρόνο, πρέπει κάθε πρωϊ να τρώτε - έστω και στα όρθια – κάτι που ¨σας κρατάει» όλη μέρα. Το σωστό πρωϊνό δεν θα σας παχύνει και παράλληλα θα σας προσφέρει τα «καύσιμα» που χρειάζεστε. Το καλλίτερο πρωϊνό είναι τα εμπλουτισμένα δημητριακά-αυτά που δίνουμε στα παιδιά. Σαν γάλα προτιμήστε το λάιτ ή χωρίς καθόλου λιπαρά. Αν δεν σας αρέσει το γάλα καθόλου, φάτε γιαούρτι με μέλι. Καλό θα ήταν να τρώγατε και ένα αυγό. Σαν επιδόρπιο προτιμήστε ένα πορτοκάλι ή το φρεσκοστυμμένο χυμό του.

Ένα χρόνο από τα μήλα: «Ένα μήλο την ημέρα το γιατρό τον κάνει πέρα». Η λαϊκή παροιμία επιβεβαιώνεται και επιστημονικά, μόνο που δεν αρκεί ένα φρούτο την ημέρα-χρειάζονται τρία έως πέντε. Το μήλο ειδικά είναι φρούτο πλούσιο σε φλαβονοειδή, δηλαδή σε αντιοξειδωτικές ουσίες που παλεύουν «σώμα με σώμα» με τις ελεύθερες ρίζες και τις παγιδεύουν. Οι ελεύθερες ρίζες είναι υποπροϊόντα του μεταβολισμού και όσο περνούν τα χρόνια σωρεύονται στον οργανισμό και τρόπον τινά επιτίθενται στα κύτταρά του. Θεωρείται βέβαιο ότι όσο περισσότερες ελεύθερες ρίζες κυκλοφορούν στον οργανισμό μας, τόσο πιο «γέροι» αισθανόμαστε. Ό,τι λοιπόν δεσμεύει ή καταλύει τις ελεύθερες ρίζες ξανανιώνει το σώμα μας.

Δύο χρόνια από τις σαλάτες: Όσοι τρώνε δύο έως τρείς μερίδες σαλατικά την ημέρα έχουν πολύ καλλίτερη υγεία και αισθάνονται πολύ νεώτεροι από τους φανατικούς κρεατοφάγους. Τα λαχανικά και οι σαλάτες έχουν πολλές αντιοξειδωτικές ουσίες και ανανεώνουν τον οργανισμό σχεδόν «αυτόματα». Προτιμήστε: κρεμύδια, τομάτες, μπρόκολα, κόκκινη πιπεριά, σέλινο, μαρούλι και σπανάκι. Τέλος μη ξεχνάτε στη σαλάτα σας να βάζετε πάντα παρθένο ελαιόλαδο.

Τρία χρόνια από το μεσημεριανό: Εάν τρώτε δύο φορές την εβδομάδα ψάρι και μία μόνο κρέας, εάν κάθε φορά που κάθεστε στο τραπέζι «τσιμπάτε» λίγη σαλάτα και εάν προτού σηκωθείται-τρώτε και ένα –δύο φρούτα, μπορείτε να «κλέψετε» από την ταυτότητά σας μέχρι και 8 χρόνια. Ο λόγος είναι ότι τα φρούτα, τα λαχανικά (σαλάτες) και το ψάρι παρέχουν εκείνες τις ουσίες που κάνουν τον οργανισμό μας να δουλεύει ξεκούραστα και αποδοτικά. Ο οργανισμός, σύμφωνα με τους ειδικούς που ασπάζονται την «πολιτική» της Real Age, χρειάζεται γύρω στα 1000-1.500 mg ασβεστίου την ημέρα. Αυτά (τα 1000) μπορείτε να τα βρείτε από τρία ποτήρια γάλα ή από τρία μικρά γιαούρτια, από δύο –τρείς φέτες τυρί (100 γραμμάρια) ή από τέσσερα – πέντε πορτοκάλια.

Χρειάζεται επίσης 600 μικρογραμμάρια φολικού οξέος. Πολύ καλή πηγή είναι το συκώτι του κοτόπουλου ή το μοσχαρίσιο.

Όμως δεν θεωρείται πιό ότι πιο υγιεινό, οπότε καλλίτερα να αναζητήσετε αλλού την πηγή της συγκεκριμένης βιταμίνης.

«Ενα πιάτο φακές (περίπου δύο κούπες), προσφέρει 360 μικρογραμμάρια φολικού οξέος και ένα αυγό άλλα 22. Το σπαράγγι προσφέρει 90 mg και τα εμπλουτισμένα δημητριακά 150-1280 μικρογραμμάρια ανά μερίδα-περίπου μία κούπα. Προτιμείστε για τα περισσότερα γεύματα ψάρι με ντοματοσαλάτα ή μπρόκολα. Τα μπρόκολα-πρέπει να μαγειρεύονται στον ατμό-θεωρούνται αντικαρκινικά και έχουν πολλές βιταμίνες και ιχνοστοιχεία: μία σαλάτα με μπρόκολα, δηλαδή γύρω στο ένα τέταρτο, θα σας προσφέρει παραπάνω από το 100% της βιταμίνης C που χρειάζεστε, 200 mg φολικού οξέος, 1000 mg καλίου, το ένα πέμπτο της βιταμίνης A που χρειάζεστε, το 10% του σιδήρου που πρέπει να παίρνετε κάθε μέρα και το 12% του ασβεστίου σας.

Μία ντοματοσαλάτα με 3 τομάτες μπορεί να σας εξασφαλίσει επίσης πολλά: σχεδόν όλη τη βιταμίνη A που χρειάζεστε και το 40% της βιταμίνης C στο πλαίσιο των ημερήσιων αναγκών σας. Δύο φέτες τυρί με την τοματοσαλάτα θα συμπληρώσουν το ασβέστιο της ημέρας. Οι πατάτες είναι επίσης καλή λύση-ειδικά εάν τις φάτε με τη φλούδα. Δύο μέτριες πατάτες καλύπτουν το 45% των αναγκών σας σε βιταμίνη C, το 20% των αναγκών σας σε κάλιο και το 6% σε σίδηρο.

Μία πενταετία από ακμαίο πθικό.

Η ψυχολογική κατάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας στις «συνταγές» μακροζωίας και ευζωίας. Αν η ζωή που κάνετε δεν βοηθά πολύ προς αυτή την κατεύθυνση και περνάτε όλη τη μέρα σας μέσα στο στρές, τότε σίγουρα σας χρειάζονται περισσότερα δημητριακά, ξηρά φρούτα, πατάτες, μπανάνες (για τις βιταμίνες της ομάδος B, που είναι πολύ σημαντική για το νευρικό σύστημα) λιπαρά ψάρια, ρύζι, τομάτες και άπαχο κρέας.

Μπόκης Μιχαήλ-Γαβριήλ
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής
Παναρκαδικού Νοσοκομείου

ΑΥΤΟΙ ΠΟΥ, ΑΝ ΚΑΙ ΔΕΝ ΠΕΤΥΧΑΝ ΣΑΝ ΓΙΑΤΡΟΙ, ΠΕΡΑΣΑΝ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ

Το μεγαλύτερο ποσοστό από τους φοιτητές της ιατρικής θα αποφοιτήσει και θα εξασκήσει αυτή την μεγάλη επιστήμη και τέχνη. Ένα μικρό ποσοστό από τους γιατρούς θα περάσει στην Ιστορία της ιατρικής, αλλά και της ανθρωπότητας, χάρη στις μεγάλες ανακαλύψεις τους, το άνοιγμα νέων οριζόντων στην έρευνα πάνω στην θεραπεία και την παθογένεια διαφόρων νόσων, ή την περιγραφή νέων νοσημάτων ή χειρουργικών τεχνικών. Παράλληλα όμως, μερικοί γιατροί ή φοιτητές της ιατρικής θα περάσουν στην ιστορία χάρη στην ενασχόληση τους με άλλους τομείς, όπως την λογοτεχνία και την μουσική. Θα πρέπει να ψάξει κανείς αρκετά βαθιά στις βιογραφίες τους για να βρεί, μόλις υποσημαινόμενη, την σχέση του Μπερλιόζ, του Γκαίτε, ή του Τσέχωφ με την ιατρική.

Καλύτερη εκπροσώπηση από ιατρούς και φοιτητές ιατρικής υπάρχει στην λογοτεχνία, Ο Φρανσουά Ραμπελαί (1494-1553), συγγραφέας του Γαργαντούα, σπούδασε ιατρική, ανάμεσα σε πολλές άλλες επιστήμες, στο Φραγκισκανικό μοναστήρι του Fontenay le Comte και στη συνέχεια στο πανεπιστήμιο του Μονπελλιέ. Άσκησε την ιατρική στο Μονπελλιέ, την Λυών, το Μετς και στην Ιταλία. Η μεγαλύτερη από τις μεγάλες μορφές της λογοτεχνίας, που είχαν σχέση με την ιατρική, είναι ασφαλώς ο Γιόχαν Βολφγκανγκ Γκαίτε (1749-1832). Όπως και ο πιο γνωστός του ήρωας, ο Φάουστ, ο Γκαίτε σπούδασε πολλές επιστήμες. Το ενδιαφέρον του στην ιατρική ήταν επικεντρωμένο στην συγκριτική ανατομική και το 1782 έγραψε μία εμπεριστατωμένη περιγραφή των οστών της γνάθου, ειδικά του μεσογναθίου. Ο μεγάλος ποιητής Φριντριχ φον Σίλλερ (1759-1805) επίσης σπούδασε ιατρική και ειχε τοποθετηθεί ως στρατιωτικός χειρουργός σε σύνταγμα της Στουτγάρδης το 1780, πριν αφοσιωθεί ολοκληρωτικά στην δραματική ποίηση

Άλλες μεγάλες μορφές της λογοτεχνίας που σπύδασαν ιατρική ήταν ο Τζών Κήτς και ο Σώμερσετ Μωμ, και μάλιστα στο ίδιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο, το St. Thomas του Λονδίνου . Ο Τζών Κητς (1795-1821), ο λαμπρότερος ίσως Άγγλος ρομαντικός ποιητής, ξεκίνησε από την ηλικία των 16 ετών ιατρικές σπουδές σαν μαθητευόμενος δίπλα στον διάσημο χειρουργό της εποχής Thomas Hammond. Η κλινική του άσκηση έγινε το 1815-1816 στο προαναφερθέν νοσοκομείο, καθώς και στο Guy's Hospital, όπου ήταν και ο κοιτώνας του. Πήρε πτυχίο το 1816, αλλά η θέση του στην ιστορία εξασφαλίστηκε από το ποιητικό του έργο στο σύντομο διάστημα μέχρι τον θάνατο του, στη Ρώμη, από φυματίωση.

Ο Σώμερσετ Μωμ (1874-1965) μετά από σπουδές φιλοσοφίας στην Χαϊδελβέργη, επέλεξε την ιατρική, χωρίς κάποια ιδιαίτερη κλίση, και μάλλον από σύμπτωση αντί της νομικής. Ξεκίνησε σαν βοηθός στο μαιευτικό. Εκεί τον συγκινούσε ιδιαίτερα η εικόνα του θανάτου επιτόκων, ένα θέμα που πραγματεύεται σε αρκετά από τα έργα του. Όταν αποφοίτησε το 1897 του προσφέρθηκε μόνιμη θέση στο μαιευτικό, αλλά προτίμησε να αφοσιωθεί στο γράψιμο. Πολλά χρόνια μετά κάποιος διαπρεπής χειρουργός του νοσοκομείου τον θυμόταν καλά «ως μία από τις αποτυχίες μας»

Ο Άντον Τσέχωφ (1860-1904), άλλος κολοσσός των γραμμάτων, αποφοίτησε από την ιατρική σχολή της Μόσχας το 1884, αλλά δεν άσκησε ιατρική παρά μόνο κατά τη διάρκεια της επιδημίας χολέρας το 1892-1893.

Ιατρική είχε σπουδάσει και ο Τζόζεφ Αρτσιμπλαντ Κρόνιν (1896-1981), γεγονός αρκετά εμφανές σε όποιον ιατρό έχει διαβάσει «Το Κάστρο», απόφοιτος της ιατρικής της Γλασκώβης το 1919, εγκατέλειψε την άσκηση της το 1930 λόγω προβλημάτων υγείας Άλλος Σκωτσέζος ο Arthur Conan Doyle (1859-1930) τελείωσε τις ιατρικές του σπουδές στο Εδιμβούργο στην περίφημη ιατρική σχολή της πόλης. Ανάμεσα στους καθηγητές του ήταν οι διάσημοι Rutherford και Argyll-Robertson και Bell. Η δημιουργία του Sherlock Holmes και η τεράστια αναγνωστική του επιτυχία έκαναν το όνομα του γνωστό σε εκατομμύρια αναγωστών στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Το αντίστοιχο παράδειγμα δημοτικότητας σήμερα είναι ο Michael Crichton (γεν. 1943). Η τεράστια επιτυχία των βιβλίων του και η μεταφορά τους στον κινηματογράφο όπως το «Τζουράσικ Παρκ» τον έχουν φέρει στην θέση όχι μόνο του πολυεκατομμυριούχου αλλά και σε συμβόλαια για συγγραφικά και κινηματογραφικά δικαιώματα των έργων του, πριν καν αρχίσει να τα γράφει. Ξεκίνησε στο Χάρβαρντ προσπαθώντας να γίνει συγγραφέας, αλλά τελικά σπούδασε ανθρωπολογία και μετά μπήκε στην ιατρική σχολή του Χάρβαρντ, γράφοντας ταυτόχρονα μυθιστορήματα κατά την διάρκεια των σπουδών του. Παρά το ότι αποφοίτησε και έκανε μεταπτυχιακές σπουδές στο Ινστιτούτο Βιολογικών Σπουδών Salk η φήμη του βρίσκεται σε μυθιστορήματα (και ταινίες) όπου η επιστημονική φαντασία, με πολύ λεπτομερή περιγραφή, η χρήση της πληροφορικής και κυρίως η αληθοφάνεια του χαρίζουν, αν και δεν αποτελούν λογοτεχνικούς σταθμούς, την μεγαλύτερη ομοιότητα σύγχρονου ανθρώπου με τον μυθικό Μίδα

Η μουσική έχει λίγα μόνο, αλλά σημαντικά, ονόματα που πέρασαν από τη φάση των ιατρικών σπουδών. Το μεγαλύτερο ασφαλώς είναι ο Έκτορ Μπερλιόζ (1802-1869). Γιός γιατρού και παρά το γεγονός ότι έδειχνε από μικρός ταλέντο σε πνευστά μουσικά όργανα, θεωρήθηκε μάλλον φυσικό να ακολουθήσει τον κλάδο του πατέρα του. Έτσι, το 1821,μαζί με τον ξάδελφο του, Αλφόνς Ρομπέρ, ταλαντούχο βιολινίστα αλλά επιτυχημένο ιατρό μετέπειτα, πηγαίνει στο Παρίσι. Γράφεται στην Ιατρική και παρακολουθεί τα μαθήματα των πρώτων τριμήνων. Ανάμεσα στους δασκάλους του είναι ο Gay-Lyssac στην φυσική, που του κινεί το ενδιαφέρον. Η επαφή όμως με την ανατομική είναι διαφορετική και μάλλον τραυματική. Στο ανατομείο του νοσοκομείου Pitié η μυρωδιά, η θέα των πτωμάτων, το θέαμα μικρών πουλιών που πετούν πάνω από σπλάχνα και αρουραίων που γυρίζουν ανάμεσα στα τραπέζια οδηγεί τον νεαρό Μπερλιόζ στην απόδραση, πηδώντας μάλιστα από το παράθυρο του ανατομείου. Αργότερα θα συνηθίσει κάπως και θα φθάσει, όπως περιγράφει ο ίδιος, να πετάει μικρά κομμάτια από κόκαλα στους αρουραίους «σαν δείγμα ευαισθησίας για όλα τα πλάσματα, μικρά ή μεγάλα». Παρά το ότι περνάει τα 4 τρίμηνα, η επίδραση της μουσικής είναι ήδη μεγάλη και περνάει περισσότερο χρόνο στις αίθουσες συναυλιών παρά στο πανεπιστήμιο. Έτσι εγγράφεται μεν στο 5ο τρίμηνο της ιατρικής τον Νοέμβριο του 1822, αλλά δεν θα παρακολουθήσει ποτέ. Κάνει μια προσπάθεια να παρουσιαστεί για κάποιες εξετάσεις το 1824, μάλλον μετά από πίεση του πατέρα του, αλλά μάταια. Θα ασχοληθεί, και θα μεγαλουργήσει, μόνο με την μουσική. Η μόνη του ιατρική πράξη θα είναι η διάνοιξη ενός περιαμυγδαλικού αποστήματος που είχε ο ίδιος, τον Ιούλιο του 1827, χρησιμοποιώντας μάλιστα ένα μικρό χαρτοκόπτη!

. Ο Αλεξάντερ Μποροντίν (1833-1887) τέλος, γνωστός από την συμβολή του στην ανάπτυξη της ρωσικής εθνικής σχολής στην μουσική ήταν και γιατρός. Απόφοιτος της ιατρικής σχολής της Αγίας Πετρούπολης το 1855 και με τον βαθμό άριστα, δούλεψε στο Δεύτερο Στρατιωτικό Νοσοκομείο της πόλης. Μετά τρία έτη κλινικής άσκησης αφιερώθηκε στην έρευνα στον τομέα της χημείας. Προσέφερε πολλά επίσης στην Ιατρική Ακαδημία και ήταν από τους υπερμάχους της αποδοχής γυναικών στην ιατρική. Γνωστός ήδη σαν μουσικός και υποφέροντας από στηθάγχη έμελλε να πεθάνει ανάμεσα στους συναδέλφους του. Κατά την διάρκεια χορού μεταμφιεσμένων στην Ακαδημία των Παθολόγων, στις 14 Φεβρουαρίου 1887 κατέρρευσε και πέθανε χωρίς κανείς από τις εκατοντάδες των παρόντων συναδέλφων του να μπορέσει να τον βοηθήσει. Η νεκροτομή που του έγινε την επόμενη ημέρα, σε μία από τις αίθουσες του ίδιου κτιρίου, έδειξε ρήξη της αορτής.

Μπετινα Κανδυλα-Θεόδωρος Α.Πέππας

Διευθυνση για επικοινωνία:

ΘΕΟΔΩΡΟΣ Α.ΠΕΠΠΑΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ-ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΟΣ
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄ ΕΣΥ
ΓΕΝ.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ

Ι.Χρυσοστόμου 24 / 171 22 Ν.Σμύρνη
Τηλ: 2109354316, 2104253174
Fax: 210-4916484
e-mail: stipapas@hellasnet.gr

Ο ΧΡΥΣΟΣ ΑΙΩΝΑΣ ΤΗΣ ΒΙΕΝΝΕΖΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Συναντήσεις Ιατρικής και Τέχνης στην Βιέννη του 19ου αιώνα.

Η ιατρική σχολή της Βιέννης γνώρισε μεγάλη άνθηση κατά την διαδρομή του 19ου αιώνα. Η οικονομική ευμάρεια της πόλης, πρωτεύουσας της Αυστροουγγρικής αυτοκρατορίας, η πολιτική ισχύς που απέκτησε το κράτος μετά το Συνέδριο της Βιέννης που ακολούθησε την ήττα του Ναπολέοντα στο Βατερλώ και η αλματώδης πρόοδος της ιατρικής, στον αιώνα αυτό ήταν μερικοί από τους λόγους της άνθησης αυτής. Ο σημαντικότερος όμως παράγοντας ήταν η συγκέντρωση στο ίδιο αυτό Πανεπιστήμιο μεγάλων μορφών της ιατρικής. Στους προικισμένους αυτούς ερευνητές και δάσκαλους οφείλεται η αίγλη αυτή, καθώς και σε μεγάλο βαθμό το κύρος που απέκτησε η γερμανόφωνη ιατρική βιβλιογραφία και εκπαίδευση, κύρος που διατηρήθηκε ως τα μέσα του παρόντα αιώνα. Πολλοί Ευρωπαίοι γιατροί, ανάμεσά τους και πολλοί εξέχοντες Έλληνες, εκπαιδεύτηκαν, μετεκπαιδεύτηκαν, διακρίθηκαν και δούλεψαν εκεί. Η απλή ανάγνωση των ονομάτων που δημιούργησαν την σχολή αυτή εξηγεί την φήμη της, καθώς τα ονόματα αυτά θα τα δει ο κάθε γιατρός σε ιατρικά εγχειρίδια, βιβλία, περιοδικά, και ξαναζούν μέσα από νόσους, σύνδρομα, τεχνικές εγχειρήσεων, μεθόδους ή μικρόβια που πρώτοι περιέγραψαν και που φέρουν το όνομά τους.

Το 1785, ο αυτοκράτορας Ιωσήφ ο δεύτερος ίδρυσε την Ακαδημία Ιατρικής, με σκοπό να προσδώσει επιστημονική κατάρτιση στους στρατιωτικούς χειρουργούς, καθώς μέχρι τότε η εκπαίδευσή τους είχε πρακτικό μάλλον χαρακτήρα, χωρίς ακαδημαϊκό πρόγραμμα και τις αυστηρές εξετάσεις της Ιατρικής σχολής. Η Ακαδημία πήρε το όνομα του μονάρχη (Josephinum), απέκτησε μεγάλο κύρος και φήμη, χάρη στον εμπλουτισμό της με 1192 κέρινα ανατομικάπροπλάσματα, που κατασκεύασαν στην Φλωρεντία οι ανατόμοι Fontana και Mascagni. Με την επιστημονική κατάρτιση στην ανατομική, την εξάσκηση και ταυτόχρονα την αξιοποίηση της ιατρικής βιβλιοθήκης που αριθμούσε ήδη στο ξεκίνημα της Ακαδημίας τους 6.000 τόμους ιατρικών βιβλίων, ανήλθε το επίπεδο γνώσεων των χειρουργών, αλλά ταυτόχρονα δημιουργήθηκε ένα μεγάλο κέντρο μεταπτυχιακών σπουδών γιά όλους τους ιατρούς της Βιέννης. (1)

Μία από τις μεγαλύτερες ανακαλύψεις του 19ου αιώνα, στον χώρο της σημειολογίας, ήταν η επινόηση της επίκρουσης. Η απλή αυτή κλινική μέθοδος γιά την διαπίστωση της ύπαρξης υγρού ή πύκνωσης στον θώρακα οφείλεται στον Leopold Auenbrugger (1722-1809). Γιός ενός πανδοχέα από το Graz, αξιοποίησε τις παιδικές του αναμνήσεις καθώς ο πατέρας του χτυπούσε με τα δάχτυλα τα βαρέλια γιά να δει το επίπεδο του κρασιού μέσα σ'αυτά και επινόησε την επίκρουση. Ο Auenbrugger ήταν ήδη καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης, όταν τύπωσε την μονογραφία Inventum Novum ex Percussione Thoracis Humani, το 1781. Ταυτόχρονα, όπως και πολλοί από τους ιατρούς της εποχής του, δεν έμεινε ανεπηρέαστος από την άνθηση της μουσικής στην Βιέννη. Αν η ιατρική ευδοκιμούσε στην Βιέννη, η μουσική είχε αδιαμφισβήτητα την πρωτεύουσά της, στην πόλη αυτή. Ερασιτέχνης μουσικός ο ίδιος, έγραψε το κείμενο της όπερας του Antonio Salieri " Καπνοδοχοκαθαριστής" (Rauchfangkehrer) που παίχτηκε με αρκετή επιτυχία την ίδια χρονιά (1781). Χαρακτηριστικό της μουσικής άνθησης της εποχής αυτής είναι ότι την όπερα αυτή διαδέχθηκε στο ίδιο θέατρο η πρεμιέρα της "Απαγωγής από το Σεράϊ" του Mozart. (1, 2)

Ο Georg Joseph Beer (1763-1821) στην οφθαλμολογία και ο Lukas Boer (1751-1835)στον τομέα της Μαιευτικής, εκτός από καθηγητές της Ιατρικής σχολής και επιτυχημένοι ιατροί, γνώρισαν και την διεθνή αναγνώριση γιά τις περιγραφείσες από αυτούς μεθόδους. (1)

Πασίγνωστο όνομα στον χώρο της Παθολογικής Ανατομικής υπήρξε ο Carl von Rokitansky (1804-1878). Το ονομά του φέρουν οι κόλποι της χοληδόχου κύστης. Στην διάρκεια της μακρόχρονης επιστημονικής του σταδιοδρομίας ο Rokitansky πραγματοποίησε 59.786 νεκροτομές (1, 3) . Η πρώτη από αυτό τον μακρό κατάλογο, σαν βοηθός του καθηγητή Johann Wagner, έγινε τον Μάρτιο του 1827 και αφορούσε μία από τις μεγαλύτερες μορφές της ανθρωπότητας. Τον Ludwig van Beethoven. (4).

Ενας από τους μαθητές του Rokitansky έμελλε να αλλάξει την ιστορία στον τομέα της πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Ο Ignaz Filipp Semmelweis (1818-1865), απο την Βουδαπέστη πήρε στην Βιέννη την ειδικότητα της Γυναικολογίας. Η απλή, αλλά οξυδερκέστατη παρατήρηση που έκανε μελετώντας την θνητότητα γυναικών από επιλόχειο λοίμωξη ήταν η εξής: Στην μία από τις δύο Γυναικολογικές Κλινικές του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Allgemeines Krankenhaus, η θνητότητα μεταξύ 1841 και 1846 ήταν 9.92% (1869 θάνατοι σε 20.042 τοκετούς) και υπερτριπλάσια της άλλης Κλινικής. Το χαρακτηριστικό ήταν ότι η υψηλή θνητότητα υπήρχε στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Καθηγητού Klein, όπου γινόταν η κλινική άσκηση των φοιτητών της ιατρικής. Οι φοιτητές ερχόμενοι από το διπλανό Ανατομικό Εργαστήριο, μετά το πτώμα περνούσαν στους θαλάμους χωρίς να έχουν πλύνει τα χέρια τους. Μόλις επεβλήθη το πλύσιμο των χεριών των φοιτητών η θνητότητα έπεσε κατακόρυφα (5). Τα υπόλοιπα αποτελούν ιστορία πλέον και θεμελιώδη κανόνα πρόληψης. Ο ίδιος ο Semmelweis δεν φρόντισε να δημοσιεύσει τις παρατηρήσεις του και το ότι δεν τις οικειοποιήθηκε κάποιος άλλος οφείλεται κυρίως στο ήθος, την ευγένεια και την βοήθεια δύο εξεχουσών μορφών της εποχής. Του Παθολόγου Joseph Skoda (1805-1881), κολοσσού της διαγνωστικής, και του Ferdinand Hebra (1816-1880), που καθιέρωσε την Δερματολογία σαν αυτοτελή ειδικότητα. (1, 6)

Μεγάλη πρόοδο επίσης αποτέλεσε η εισαγωγή της κοκαΐνης, ως τοπικό αναισθητικό στην Οφθαλμολογία από τον Carl Koller (1857-1944), κατόπιν συνεργασίας με έναν συνάδελφό του που έμελλε να γράψει κι αυτός ιστορία σε άλλη ειδικότητα. Τον Sigmund Freud. (6)

Μία από τις μεγαλύτερες προσωπικότητες της Χειρουργικής, ο Theodore Billroth (1829-1894), γεννημένος στο νησί Rugen της Βαλτικής, ανέλαβε σε ηλικία 38 ετών την Πανεπιστημιακή έδρα στην Βιέννη και έζησε και εργάστηκε εκεί όλη του την ζωή. Λάτρης της μουσικής, ερασιτέχνης πιανίστας και βιολιστής, είχε μακροχρόνια φιλία με τον μεγάλο μουσουργό Johannes Brahms. Η μοίρα θέλησε να παραμείνουν κοντά και μετά τον θάνατό

τους, καθώς οι τάφοι τους στο Κεντρικό Νεκροταφείο της Βιέννης δεν απέχουν παρά μόνο 40 μέτρα. (7) Το πολυσύνθετο ταλέντο του Billroth φαίνεται από το ότι δεν έμεινε μόνο στην ιστορία της Χειρουργικής με την ομώνυμη τεχνική στις επεμβάσεις του στομάχου, αλλά όντας και πολύ καλός μικροβιολόγος περιέγραψε και αυτός ονόμασε έτσι τους στρεπτοκόκκους, από τις Ελληνικές λέξεις στρεπτόν (περιδέραιο) και κόκκος, βάσει της μορφολογίας τους (8). Εξ άλλου η Escherichia coli, το κολοβακτηρίδιο, οφείλει το όνομά του, το 1886, στον Theodore Escherich (1857-1911), παιδίατρο και μικροβιολόγο από το Μόναχο που έζησε και εργάστηκε στην Βιέννη και ο μηνιγγιτιδόκοκκος στον Anton Weichselbaum (1842-1920), γηγενή Αυστριακό (1, 6)

Τα μεγάλα ονόματα εξακολούθησαν να καταγράφονται στην ιστορία της μεγάλης αυτής σχολής, όπως ο Ελληνικής καταγωγής von Economo που περιέγραψε την ομώνυμη εγκεφαλίτιδα, ο Johann von Mikulicz-Radecki (1850-1905), ο Zuckerkandl, ο Wenckebach, ο Jaeger (1818-1884), ο Wagner-Jauregg (1857-1940), ο Clemens von Pirquet (1874-1929) που εισήγαγε την δοκιμασία της φυματίνης και ο Karl Landsteiner (1868-1943), που ανακάλυψε τις ομάδες αίματος και που δίκαια θεωρείται ο Πατριάρχης της Αιμοδοσίας.

Ο Sigmund Freud (1856-1939) δεν θα χρειαζόταν παρά μόνο να αναφερθεί σαν όνομα, καθώς λίγοι επιστήμονες σφράγισαν και άλλαξαν τόσο την ιστορία του κλάδου τους. Η γέννηση της ψυχανάλυσης και η επινόηση όρων, πολλών εμπνευσμένων από την Ελληνική τραγωδία, όπως το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα και το σύμπλεγμα της Ηλέκτρας, άλλαξε άρδην τα δεδομένα της Ψυχιατρικής. Ανάμεσα στους ασθενείς που δεχόταν στο σπίτι του, στο 19 της Berggasse, ήταν πολλές προσωπικότητες των τεχνών, όπως ο Gustav Mahler το 1910. (9)

Ο Mahler άλλωστε όταν είχε προσβληθεί πλέον από ενδοκαρδίτιδα, το 1911, παραπέμφθηκε τελικά στον διάσημο Καθηγητή της Παθολογίας Chvostek (1864-1944). (10) Ο Chvostek, ο οποίος επίσης περιέγραψε το ομώνυμο σημείο στην υπασβεστιαιμία, δεν μπόρεσε βέβαια να βοηθήσει αποτελεσματικά, όπως σε κάθε παρόμοια περίπτωση πριν την ανακάλυψη των αντιμικροβιακών. Η συνάντηση όμως στον ίδιο τόπο και στις αρχές του αιώνα μας τριών μορφών, της Ιατρικής και της Τέχνης, δεν ήταν παρά η λογική συνέχεια του ό, τι συνέβαινε σε ολόκληρο τον προηγούμενο αιώνα, έναν πραγματικά Χρυσό αιώνα της Ιατρικής, στην Βιέννη.

ΘΕΟΔΩΡΟΣ Α.ΠΕΠΠΑΣ
ΕΛΕΝΗ Ε.ΛΥΔΑΤΑΚΗ

Βιβλιογραφία

1. H. Wyklicky. Das Josephinum. Aus den Sammlungen des Instituts fur Gesichte der Medezin der Universitat Wien. (1986) C.Brandstatter Verl & Edit. Vienna

2. A. Sakula. Auenbrugger: Opus and Opera. Journal Royal College of Physicians. 1978; 12: 180-188

3. C Singer & E Ashworth-Underwood. A Short History of Medicine (1962) Oxford University Press, London.

4. SJ London. Beethoven. Case Report of a Titan's Last Crisis. Archives Internal Medicine. 1964; 113: 442-448.

5. J Antall. The life of Ignaz Fóllφp Semmelweis. In Orvostφrtιneti Kφzleminyek (Communicationes De Historia Artis Medicinae) English version, M.Vida & B.Varga (Editors)1993; Suppl.18, Budapest.

6. R Gordon. The Amazing History of Medicine. (1993) Sinclair & Stevenson Ltd, London.

7.DF Roses. Brahms and Bilroth. Surgery Gynaecology and Obstetrics 1986; 183: 385-398.

8. G Majno, I Joris. Billroth and Penicillium. Reviews of Infectious Diseases 1979; 1: 880-884.

9. J L Kuehn . Encounter at Leyden: Gustav Mahler consults Sigmund Freund. Psychoanal Rev 1965-6; 52: 5-25.

10. D Levy. Gustav Mahler and Emmanuel Libman: Bacterial Endocarditis in 1911. British Medical Journal 1986; 293: 1628-1631

ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΚΗ (ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟΣ) ΕΠΙΘΕΣΗ

Οι πυρηνικές εκρήξεις, η με διάφορες μορφές εκλυόμενη εξ΄ αυτών ενέργεια και τα λοιπά επακόλουθά τους, συχνά έχουν θανατηφόρα αποτελέσματα-εκτυφλωτική λάμψη, υψηλή θερμότητα (θερμική ακτινοβολία), σε πρώτο χρόνο πυρηνική ακτινοβόληση, το ωστικό κύμα της έκρηξης, πυρκαγιές που οφείλονται στο αρχικό θερμικό κύμα ή δευτερογενείς πυρκαγιές που προκαλούνται από την εν γένει καταστροφή. Παράγονται ακόμη ραδιενεργά σωματίδια-γνωστά και ως ατμοσφαιρικό ίζημα, που μπορούν να μεταφερθούν με τον άνεμο εκατοντάδες μίλια μακριά. Πυρηνική συσκευή μέσα σε βαλίτσα.

Η χρήση από τους τρομοκράτες της συσκευής ραδιολογικής διασποράς (radiological dispersion device-RDD), που συχνά αποκαλείται και ως «βρώμικα πυρηνικά» ή «βρώμικη βόμβα», θεωρείται πολύ περισσότερο πιθανή από τη χρήση μίας πυρηνικής συσκευής. Τα ραδιολογικά αυτά όπλα αποτελούν τον συνδυασμό συμβατικών εκρηκτικών μηχανισμών και ραδιενεργών υλών, σχεδιασμένα κατά τρόπο, ώστε να επιτυγχάνουν τη διασπορά επικίνδυνων ποσοτήτων ραδιενεργών παραγόντων σε μία ευρύτερη γεωγραφικά περιοχή. Φαίνεται δε, ότι οι τρομοκράτες ελκύονται ιδιαιτέρως από τέτοια ραδιολογικά όπλα, αφού η κατασκευή και χρήση τους δεν απαιτούν μεγάλη τεχνική γνώση-τουλάχιστον συγκρινόμενα με μία πυρηνική συσκευή. Επίσης οι απαραίτητες στην κατασκευή των όπλων αυτών ραδιενεργές ύλες, χρησιμοποιούνται ευρέως στην ιατρική, τη γεωργία, τη βιομηχανία και την έρευνα. είναι με άλλα λόγια πολύ περισσότερο διαθέσιμες και ευκολότερα αποκτήσιμες από ότι όπλα περιέχοντα ουράνιο ή πλουτώνιο.

> **Η διαφυγή σε χώρο ασφαλή και προστατευμένο θεωρείται απαραίτητη, στα πλαίσια μίας πυρηνικής επίθεσης. Υπάρχουν δύο ειδών καταφύγια – τα προστασίας από το εκρηκτικό ωστικό κύμα και τα προστασίας από το ατμοσφαιρικό ίζημα.**

Η χρήση από τους τρομοκράτες μίας πυρηνικής συσκευής θα περιορίζετο πιθανώς σε ένα μόνον, μικρότερο όπλο-«βαλίτσα». Η ισχύς ενός τέτοιου όπλου θα ήταν στα επίπεδα εκείνης των βομβών που χρησιμοποιήθηκαν κατά το δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Η φύση των επιδράσεών του θα ήταν όμοια με εκείνη ενός διπειρωτικού πυραύλου, αλλά η ακτίνα δράσης και η σοβαρότητά τους θα ήταν σημαντικά περιορισμένες.

Δεν υπάρχει τρόπος να γνωρίζουμε το χρόνο που κάθε φορά μας απομένει από μία επερχόμενη τρομοκρατική επίθεση με χρήση πυρηνικών ή ραδιολογικών όπλων. Η αιφνίδια, ακόμη και αναπάντεχη, επίθεση παραμένει πάντοτε μία σοβαρή πιθανότητα.

Με τη λήξη του Ψυχρού Πολέμου, ο κίνδυνος μίας στρατηγικής, μαζικής επίθεσης με πυρηνικά όπλα στις ΗΠΑ απομακρύνθηκε. Πάρα ταύτα, κάποιες τρομοκρατικές ομάδες ενισχύθηκαν από κράτη που διατηρούν προγράμματα πυρηνικών εξοπλισμών.

Υπό την απειλή της επίθεσης από εχθρικό κράτος, οι άνθρωποι που ζουν πλησίον πιθανών στρατιωτικών στόχων, ενδέχεται να τους ζητηθεί ή μπορεί αυτοβούλως να εκκενώσουν την περιοχή, μετακινούμενοι προς κάποια, κατά πάσα πιθανότητα, ασφαλέστερη. Η προφύλαξη από το ραδιενεργό ατμοσφαιρικό ίζημα θα απαιτήσει τη διαφυγή σε υπόγεια καταφύγια ή στο μέσον ενός μεγάλου κτιρίου.

Γενικώς, πιθανοί στρατιωτικοί στόχοι θεωρούνται:

- Στρατηγικά σημεία, όπως πυραυλικές εγκαταστάσεις και στρατιωτικές βάσεις.
- Κυβερνητικές έδρες, όπως η Washington, D.C. και οι πρωτεύουσες άλλων πολιτειών.
- Σημαντικά κέντρα μέσων μαζικής μεταφοράς και τηλεπικοινωνιών.
- Κατασκευαστικά, βιομηχανικά, τεχνολογικά και οικονομικά κέντρα.
- Διυλιστήρια πετρελαίου, ηλεκτροπαραγωγικές μονάδες και χημικές εγκαταστάσεις.
- Μεγάλα, κύρια λιμάνια και αεροδρόμια.

Η διαφυγή σε χώρο ασφαλή και προστατευμένο θεωρείται απαραίτητη, στα πλαίσια μίας πυρηνικής επίθεσης. Υπάρχουν δύο ειδών καταφύγια – τα προστασίας από το εκρηκτικό ωστικό κύμα και τα προστασίας από το ατμοσφαιρικό ίζημα.

Τα πρώτα προσφέρουν κάποια προστασία έναντι της πίεσης του ωστικού κύματος της έκρηξης, έναντι της αρχικής ακτινοβολίας, της θερμότητας και της φωτιάς. Ωστόσο, αδυνατούν συνήθως να παράσχουν προστασία, όταν αποτελέσουν τον άμεσο στόχο μίας πυρηνικής έκρηξης.

Τα προστασίας από το ατμοσφαιρικό ίζημα καταφύγια, δεν απαιτείται να είναι ειδικά κατασκευασμένα για το σκοπό αυτό. Ως τέτοιο καταφύγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάθε προστατευμένος χώρος που διαθέτει παχιά τοιχώματα και οροφή, και αρκετά πυκνά ώστε να απορροφούν τη ραδιενέργεια που εκλύουν τα σωματίδια του ατμοσφαιρικού ιζήματος. Οι τρεις βασικοί παράγοντες προστασίας ενός από το ατμοσφαιρικό ίζημα καταφυγίου είναι : θωράκιση-απόσταση - χρόνος παραμονής.

Θωράκιση. Όσο βαρύτερα και πυκνότερα υλικά – παχείς τοίχοι, μπετόν, τούβλα, βιβλία και γη – παρεμβάλλονται μεταξύ του ατόμου και των σωματιδίων του ιζήματος, τόσο καλύτερα.

Απόσταση. Όσο μεγαλύτερη η απόσταση μεταξύ του ατόμου και των σωματιδίων του ιζήματος, τόσο καλύτερα. Ένας υπόγειος χώρος, όπως το υπόγειο ενός σπιτιού ή ενός κτιρίου γραφείων, παρέχει μεγαλύτερη προστασία από τον αντίστοιχο πρώτο όροφο. Στην περίπτωση των ουρανοξυστών, οι όροφοι στο μέσον του ύψους τους ίσως παρέχουν καλύτερη προστασία. τούτο βεβαίως εξαρτάται από τον στο ίδιο ύψος περιβάλλοντα χώρο και στο κατά πόσο αυτός μπορεί να αποτελέσει χώρο συσσώρευσης σωματιδίων. Οι ταράτσες για παράδειγμα, συγκεντρώνουν σωματίδια ατμοσφαιρικού ιζήματος και δεν αποτελούν καλό σημείο καταφυγής, όπως άλλωστε δεν αποτελούν και οι παρακείμενοι όροφοι γειτονικών κτιρίων.

Χρόνος παραμονής. Η ακτινοβολία του ατμοσφαιρικού ιζήματος μειώνεται σε ένταση σχετικά ταχέως με την πάροδο του χρόνου. Εν καιρώ τα άτομα θα μπορέσουν να εγκαταλείψουν το καταφύγιο. Το ραδιενεργό ατμοσφαιρικό ίζημα είναι περισσότερο επικίνδυνο για τον άνθρωπο τις δύο πρώτες εβδομάδες, εντός των οποίων υπολογίζεται ότι εκπίπτει στο 1% των αρχικών του επιπέδων ακτινοβολίας.

Οφείλουν όλοι να έχουν κατά νου, ότι κάθε προστασία –έστω και προσωρινή– είναι προτιμότερη από καθόλου προστασία και ό-

τι όσο μεγαλύτερες είναι η θωράκιση, η απόσταση και η διάρκεια παραμονής, τόσο καλύτερη είναι και η προστασία.

Ηλεκτρομαγνητικός παλμός

Πέραν των άλλων επιδράσεών του, ένα πυρηνικό όπλο κατά την έκρηξή του, μέσα ή πάνω από την ατμόσφαιρα της γης, μπορεί να προκαλέσει έναν ηλεκτρομαγνητικό παλμό (ΗΜΠ), ένα υψηλής πυκνότητας ηλεκτρικό πεδίο. Ο ΗΜΠ συμπεριφέρεται σαν μία εκκένωση φωτός, είναι όμως ισχυρότερος, ταχύτερος και συντομότερος. Ο ΗΜΠ προκαλεί τη σοβαρή βλάβη ηλεκτρονικών συσκευών που συνδέονται με ενεργειακές πηγές ή κεραίες. Στην κατηγορία των συσκευών αυτών περιλαμβάνονται συστήματα επικοινωνίας, ηλεκτρονικοί υπολογιστές, οικιακές ηλεκτρικές συσκευές, καθώς και το σύστημα ανάφλεξης αυτοκινήτων και αεροσκαφών. Το εύρος της βλάβης μπορεί να εκτείνεται από μία βραχεία διακοπή της λειτουργίας έως την οριστική καταστροφή επιμέρους εξαρτημάτων. Οι περισσότερες ηλεκτρονικές συσκευές, που βρίσκονται εντός της ακτίνας 1000 μιλίων από μία πυρηνική έκρηξη που πραγματοποιείται σε μεγάλο υψόμετρο, επηρεάζονται. Αντιθέτως, ραδιόφωνα με μικρή κεραία που λειτουργούν με μπαταρίες δε φαίνεται να επηρεάζονται. Παρόλο που ο ΗΜΠ δεν αποτελεί για την πλειονότητα των ανθρώπων, μπορεί να αποβεί επιβλαβής σε όσους φέρουν βηματοδότη ή άλλες εμφυτευθείσες ηλεκτρονικές συσκευές.

Ενδεδειγμένη πρακτική πριν από μία πυρηνική ή ραδιολογική επίθεση

1. Μάθε τα προειδοποιητικά ηχητικά σήματα καθώς και τις λοιπές μορφές προειδοποίησης που διατίθενται στην κοινότητά σου. Διασφάλισε ότι γνωρίζεις το ποια είναι τα σινιάλα, πώς ακούγονται ηχητικά, τι αντιπροσωπεύει το καθένα, πότε και πώς θα χρησιμοποιηθούν και τι θα πρέπει να κάνεις σε περίπτωση που τα ακούσεις.

2. Οργάνωσε και διατήρησε ένα κιβώτιο εφοδίων σε περίπτωση καταστροφής που να περιλαμβάνει τροφή, νερό, φάρμακα, καύσιμα και προσωπικά αντικείμενα, επαρκή για δύο τουλάχιστον εβδομάδες –βεβαίως όσο περισσότερα, τόσο καλύτερα.

3. Ενημερώσου σχετικά με τα δημόσια κτίρια της κοινότητάς σου που σχεδιάστηκαν προκειμένου να χρησιμοποιηθούν ως από το ατμοσφαιρικό ίζημα καταφύγια. Ενδέχεται κάποια κτίρια να είχαν τέτοιο ρόλο στο παρελθόν, αλλά όχι πια. Μάθε ποια κτίρια πληρούν σήμερα τις προδιαγραφές και ποια έχουν επίσημα οριστεί ως καταφύγια.

- Κάλεσε το τοπικό γραφείο διαχείρισης καταστάσεων εκτάκτου ανάγκης.
- Αναζήτησε στα δημόσια κτίρια τα ειδικά κιτρινόμαυρα σημάδια χαρακτηρισμού τους ως από το ατμοσφαιρικό ίζημα καταφυγίου. Σημείωση: Με το τέλος του Ψυχρού Πολέμου, πολλά από τα σημάδια αυτά αφαιρέθηκαν από κτίρια προηγουμένως εγκεκριμένα.
- Εφόσον δεν υπάρχουν εμφανή ή επισήμως καθορισμένα καταφύγια, κάνε τη δική σου λίστα πιθανών σημείων καταφυγής πλησίον του χώρου διαμονής ή εργασίας σου ή του σχολείου σου : υπόγεια – η κεντρική, χωρίς παράθυρα, περιοχή μεσαίων ορόφων σε ουρανοξύστες – υπόγειες διαβάσεις – τούνελ.
- Ενημέρωσε τους οικείους σου, με σαφείς οδηγίες σχετικά με την θέση των από το ατμοσφαιρικό ίζημα καταφυγίων και με το τι οφείλουν να κάνουν σε περίπτωση επίθεσης.

4. Εάν διαμένεις σε πολυκατοικία ή ουρανοξύστη, συζήτησε με το διαχειριστή σου για το ποιο είναι το ασφαλέστερο για καταφυγή σημείο του κτιρίου και για τις ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν, ώστε να είναι δυνατή η εκεί παραμονή των ενοίκων μέχρις ότου καταστεί ασφαλής η αποχώρησή τους.

5. Υπάρχουν κάποια καταφύγια στις προαστιακές και τις αγροτικές περιοχές. Εάν σκέπτεσαι να κατασκευάσεις ένα από το ατμοσφαιρικό ίζημα καταφύγιο στην οικία σου, έχε υπόψη σου τα εξής:

- Το υπόγειο του σπιτιού σου ή κάθε σημείο κάτω από την επιφάνεια της γης είναι τα καταλληλότερα να αποτελέσουν ένα τέτοιο καταφύγιο. Συχνά απαιτούνται μεγάλες τροποποιήσεις, ιδιαιτέρως εάν πρόκειται για διώροφο κτίσμα με το κατώτερο επίπεδό του – ή ένα τμήμα αυτού – να είναι κάτω της επιφάνειας της γης.
- Τα από ατμοσφαιρικό ίζημα καταφύγια σε εκτός καταστάσεων εκτάκτου ανάγκης περιόδους μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποθηκευτικοί χώροι. Θα πρέπει βεβαίως όσα αποθηκεύονται να μετακινούνται εύκολα και πολύ γρήγορα, ενώ τα βαριά και πυκνά εξ΄ αυτών θα μπορούσαν να ενισχύσουν τη θωράκιση του καταφυγίου.
- Μελέτησε την παράγραφο «Ανεμοστρόβιλοι» στο κεφάλαιο «Καταιγίδες» και πληροφορήσου σχετικά με το «Ασφαλές στον Άνεμο Δωμάτιο», το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν καταφύγιο από μία πυρηνική έκρηξη και το επακόλουθο ατμοσφαιρικό ίζημα, ιδιαιτέρως για σπίτια που δε διαθέτουν υπόγειο όροφο.
- Τα απαραίτητα κατά τη διάρκεια της παραμονής σου στο καταφύγιο αντικείμενα μπορούν να είναι αποθηκευμένα εκτός αυτού, εφόσον η μεταφορά τους εντός είναι ευχερής και ταχεία.

6. Ενημερώσου γύρω από το σχεδιασμό εκκένωσης που υιοθετεί η κοινότητά σου. Στο σχεδιασμό αυτό είναι δυνατό να περιλαμβάνονται διαδρομές διαφυγής, σημεία μετάβασης, τρόποι ενημέρωσης του κοινού και δυνατά μέσα μεταφοράς, ιδίως για άτομα που δε διαθέτουν δικό τους όχημα ή για άτομα με ειδικές ανάγκες. Βλέπε το κεφάλαιο «Εκκένωση» για περισσότερες πληροφορίες.

7. Αναζήτησε και άλλα εγχειρίδια προετοιμασίας για καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης που ίσως χρειαστούν. Βλέπε το κεφάλαιο «Περισσότερες πληροφορίες» στο τέλος του παρόντος.

Ενδεδειγμένη πρακτική κατά τη διάρκεια πυρηνικής ή ραδιολογικής επίθεσης

1. Μην κοιτάξεις απευθείας τη λάμψη ή την εστία της φωτιάς – μπορεί να τυφλωθείς.

2. Εάν ακούσεις προειδοποιητικό σήμα επίθεσης :

Ζ Καλύψου όσο το δυνατόν συντομότερα, ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΤΗΣ ΓΗΣ ΕΑΝ ΓΙΝΕΤΑΙ, και παράμεινε εκεί, εκτός εάν υπάρξουν άλλες οδηγίες.

- Εάν βρεθείς, τη στιγμή της επίθεσης, σε εξωτερικό χώρο, αδυνατώντας να εισέλθεις άμεσα σε κλειστό, καλύψου με ό,τι μπορεί να σου προσφέρει προστασία. Ξαπλώσου μπρούμυτα στο έδαφος και κάλυψε το κεφάλι σου.
- Εάν η εστία της έκρηξης απέχει μία σεβαστή απόσταση, απαιτούνται 30 περίπου δευτερόλεπτα προκειμένου να φτάσει το ωστικό της κύμα.

3. Προστάτευσε τον εαυτό σου από το ατμοσφαιρικό ίζημα. Εάν βρίσκεσαι αρκετά κοντά, ώστε να δεις την εκτυφλωτική λάμψη της πυρηνικής έκρηξης, απαιτούνται 20 περίπου λεπτά μέχρι να έλθει το ατμοσφαιρικό ίζημα. Μπες σε καταφύγιο ακόμη κι αν απέχεις μίλια από την εστία της έκρηξης, αφού το ατμοσφαιρικό ίζημα μπορεί να μεταφερθεί με τον άνεμο μίλια μακριά. Μην ξεχνάς τους τρεις παράγοντες προστασίας : θωράκιση – απόσταση – χρόνος παραμονής.

4. Έχε μαζί σου ένα ραδιόφωνο που να λειτουργεί με μπαταρίες και αναζήτησε την εκπομπή επίσημων πληροφοριών. Υπάκουσε στις οδηγίες που δίνονται από ραδιοφώνου. Οι οδηγίες που αφορούν σε τοπικό επίπεδο έχουν πάντοτε προτεραιότητα : οι επιτελείς επί εδάφους γνωρίζουν την τοπική κατάσταση καλύτερα.

Ενδεδειγμένη πρακτική μετά από μία πυρηνική ή ραδιολογική επίθεση

Σε ένα δημόσιο ή ιδιωτικό καταφύγιο :

1. Μην εγκαταλείψεις το καταφύγιο προτού ενημερωθείς από επίσημα χείλη ότι είναι ασφαλές.

2. Εάν βρίσκεσαι σε από το ατμοσφαιρικό ίζημα καταφύγιο, μείνε εκεί έως ότου οι επίσημες τοπικές αρχές επιτρέψουν ή συστήσουν την εγκατάλειψή του. Ο χρόνος παραμονής στο καταφύγιο μπορεί να διαρκέσει από μία ημέρα έως δύο με τέσσερις εβδομάδες.

■ Η μόλυνση που προκαλείται από μία συσκευή ραδιολογικής διασποράς μπορεί να επηρεάσει μία ευρεία γεωγραφική περιοχή, δράση που εξαρτάται από την ποσότητα των συμβατικών χρησιμοποιούμενων εκρηκτικών, την ποσότητα των ραδιενεργών υλών και τις ατμοσφαιρικές συνθήκες.

■ Μία «τύπου βαλίτσας» τρομοκρατική πυρηνική συσκευή κατά την έκρηξή της στο επίπεδο– ή πλησίον– της επιφάνειας της γης παράγει ένα βαρύ ατμοσφαιρικό ίζημα από σκόνη και θραύσματα, που έλκονται από το δημιουργηθέν μανιταρόμορφο νέφος.

■ Τα πυραυλικού τύπου πυρηνικά όπλα –τα εκτοξευθέντα πιθανώς από εχθρικό κράτος– προκαλούν συνήθως έκρηξη κατά πολύ ισχυρότερη από εκείνη μίας «βαλίτσας-βόμβας» και δημιουργία ενός πολύ μεγαλύτερου νέφους ραδιενεργού ιζήματος.

■ Ο ρυθμός εξασθένησης του ατμοσφαιρικού ιζήματος παραμένει στις διάφορες περιοχές ο ίδιος, επεκτείνοντας τη διάρκεια παραμονής στα καταφύγια εκείνων που βρίσκονται σε περιοχές με υψηλότερα επίπεδα ακτινοβολίας έως και ένα μήνα.

■ Το βαρύτερο ατμοσφαιρικό ίζημα θα περιοριστεί στην πέριξ της έκρηξης ή κατά τη φορά πνοής του ανέμου περιοχή, ενώ το 80% αυτού θα εμφανιστεί εντός των πρώτων 24 ωρών.

■ Εξαιτίας των ανωτέρω καθώς και του περιορισμένου αριθμού των όπλων, με τα οποία μπορούν οι τρομοκράτες κάθε φορά να επιτεθούν, το μεγαλύτερο τμήμα της χώρας δε θα πληγεί από το ατμοσφαιρικό ίζημα.

■ Στα άτομα, που βρίσκονται στις επικίνδυνες περιοχές, μπορεί να τους επιτραπεί η έξοδος από τα καταφύγια, και αν καταστεί αναγκαίο, η μετακίνησή τους σε ασφαλέστερες περιοχές εντός ολίγων ημερών.

3. Αν και δύσκολο, κατέβαλλε κάθε προσπάθεια διατήρησης των συνθηκών υγιεινής στο χώρο του καταφυγίου.

4. Ίσως προκύψει έλλειψη σε νερό και τροφή. Απαιτείται λιτόν η συνετή κατανάλωσή τους, χωρίς να καθίσταται ωστόσο ανεπαρκής, ιδίως από παιδιά, πάσχοντες και άτομα τρίτης ηλικίας.

5. Συνεργάσου με τους επικεφαλής του καταφυγίου. Η διαμονή σε έναν τέτοιο περιορισμένο χώρο, μαζί με πολλά άλλα άτομα, είναι συχνά δυσχερής και δυσάρεστη.

Επιστρέφοντας στην οικία σου

1. Συνέχισε να ενημερώνεσαι από το ραδιόφωνο για ενέργειες που θα πρέπει να κάνεις, μέρη που θα πρέπει να πας ή μέρη που θα πρέπει να αποφύγεις.

2. Εάν η κατοικία σου βρίσκεται εντός της ακτίνας δράσης του ωστικού κύματος της έκρηξης, ή διαμένεις σε ουρανοξύστη ή πολυκατοικία που υπέστη την άμεση δράση μίας μη πυρηνικής έκρηξης, έλεγξε καταρχήν για σημάδια πιθανής καταστροφής ή επερχόμενης κατάρρευσης, όπως :

■ γκρεμισμένες καμινάδες, τούβλα που πέφτουν, καταρρέοντες τοίχοι, κομμάτια σοβά που πέφτουν από το ταβάνι.
■ πεσμένα φωτιστικά σώματα, πίνακες και καθρέπτες.
■ σπασμένα τζάμια παραθύρων.
■ αναποδογυρισμένες βιβλιοθήκες, ντουλάπες ή άλλα έπιπλα.
■ φωτιά από κατεστραμμένες καμινάδες.
■ διαρρηχθείσες γραμμές υγραερίου και ηλεκτρικού ρεύματος.

3. Καθάρισε άμεσα το χώρο, κυρίως από ανοιγμένα και πεσμένα φάρμακα, εύφλεκτα υγρά και άλλα δυνητικώς επικίνδυνα υλικά.

4. Συνέχισε να ενημερώνεσαι από το ραδιόφωνο για οδηγίες και πληροφορίες που αφορούν σε υπηρεσίες της κοινότητας.

5. Παρακολούθησε από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση για πιθανή παρεχόμενη βοήθεια. Οι τοπικές, κρατικές και ομοσπονδιακές αρχές, καθώς και άλλοι οργανισμοί θα επιληφθούν για την κάλυψη των άμεσων αναγκών και την αντιμετώπιση φθορών και καταστροφών.

6. Ο κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί στις περιπτώσεις που καταστρέφεται το δίκτυο υδροδότησης και ηλεκτροδότησης.

7. Εάν πριν τη διαφυγή σου στο καταφύγιο έκλεισες τις κεντρικές βαλβίδες υγραερίου, ύδατος και ηλεκτρικού ρεύματος :

■ Μην ανοίξεις τη βαλβίδα του υγραερίου. Θα το κάνει για σένα η εταιρία υγραερίου ή θα λάβεις συγκεκριμένες οδηγίες.

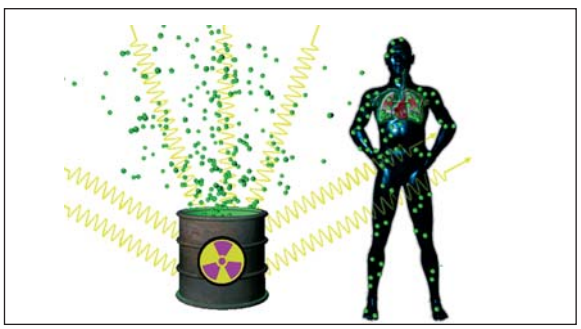
■ Άνοιξε την κεντρική βαλβίδα ύδατος, μόνον εφόσον γνωρίζεις ότι το δίκτυο υδροδότησης λειτουργεί και το νερό δεν έχει μολυνθεί.

■ Άνοιξε την κεντρική βαλβίδα ηλεκτρικού ρεύματος, μόνον εφόσον έχεις ελέγξει την ακεραιότητα των καλωδιώσεων της κατοικίας σου και έχεις ενημερωθεί ότι το τοπικό ηλεκτρικό δίκτυο λειτουργεί.

■ Έλεγξε το δίκτυο αποχέτευσης, προτού χρησιμοποιήσεις τους χώρους υγιεινής.

8. Μείνε μακριά από κατεστραμμένες περιοχές.

9. Μείνε μακριά από περιοχές με τη σήμανση «κίνδυνος ατινοβολίας» («radiation hazard» ή «HAZMAT»).



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ, ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΟ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ 'Η Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Ο Ιπποκράτης στηριζόμενος στην βασική αρχή της δύναμης της ζωής, όπως αυτή πηγάζει από την φύση και την σημασία αυτής στον ανθρώπινο οργανισμό, θεμελιώνει την θεραπευτική, που αποτελεί και τον σκοπό της ύπαρξης της Ιατρικής.

«ΝΟΥΣΩΝ ΦΥΣΙΕΣ ΙΑΤΡΟΙ. ΑΝΕΥΡΙΣΚΕΙ Η ΦΥΣΙΣ ΑΥΤΗ ΕΩΥΤΗ ΤΑΣ ΕΦΟΔΟΥΣ, ΟΥΚ ΕΚ ΔΙΑΝΟΙΗΣ, ΟΙΟΝ ΤΟ ΣΚΑΡΔΑΜΥΣΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΓΛΩΣΣΑ ΥΠΟΥΡΓΕΕΙ ΚΑΙ ΟΣΑ ΑΛΛΑ ΤΟΙΑΥΤΑ ΑΠΑΙΔΕΥΤΟΣ Η ΦΥΣΙΣ ΕΟΥΣΑ ΚΑΙ ΟΥ ΜΑΘΟΥΣΑ ΤΑ ΔΕΟΝΤΑ ΠΟΙΕΕΙ»(ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΕΠΙΔΗΜΙΩΝ ΣΤ')

Η φύση είναι ιατρός και βρίσκει μόνη της τρόπους δράσης, χωρίς να σκέφτεται, φύση χωρίς καμιά προπαίδευση και καμιά μαθητεία πράττει τα δέοντα.

ΦΥΣΙΕΣ ΠΑΝΤΩΝ ΑΔΙΔΑΚΤΟΙ (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΙΧ, ΤΡΟΦΗΣ)

Η φύση δε διδάσκεται από κανέναν.

Η εμπειρία και η συνεχής παρατήρηση στην Ιατρική από αρχαιοτάτων χρόνων δείχνει ότι τα περισσότερα οξέα νοσήματα περιχαρακώνονται και αυτοϊώνται, ο δε ιατρός σύμφωνα με τις αρχές του Ιπποκράτη προσθέτοντας και αξιοποιώντας την δύναμη της φύσης, την δύναμη των φαρμάκων και την διαιτητική αγωγή απομακρύνει το νόσημα, ενισχύει την άμυνα του οργανισμού και επαναφέρει τον ασθενή στην «φυσική του ισορροπία»

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΕ 2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΦΥΣΗΣ: ΤΗΝ ΕΝΑΝΤΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΤΗΝ ΟΜΟΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

ΕΝΑΝΤΙΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΕΣΤΙΝ ΙΗΜΑΤΑ (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ VI. ΦΥΣΩΝ 1.)

Τα αντίθετα είναι το ίαμα των αντιθέτων.

Η Ιατρική προσαρμοζόμενη στην φύση έρχεται να θεραπεύσει μετά των αντιθέτων. Έτσι η πείνα καταπραΰνεται με την τροφή, η δίψα με τα ποτά, η πολυφαγία με την κένωση, η κένωση με την πλήρωση, η κόπωση με την ανάπαυση, η ανάπαυση με την κόπωση δηλ. όλα δύνανται να θεραπευτούν σύμφωνα με τις απλές αρχές της την πρόσθεση αυτών που λείπουν και την αφαίρεση αυτών που πλεονάζουν

Άλλος τρόπος θεραπείας είναι διά των ομοίων.

ΟΜΟΙΑ ΝΟΥΣΟΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΙ ΔΙΑ ΤΑ ΟΜΟΙΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΑ

ΕΚ ΝΟΣΕΥΟΝΤΩΝ ΥΓΙΑΙΝΟΝΤΑΙ (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ VI, τομ. 42)

Η αρρώστια προκαλείται από τα όμοια και θεραπεύεται από χορήγηση ομοίων. π.χ. ο εμετός δύναται να θεραπευτεί από πρόκληση περισσότερου εμετού και αποβολή των τοξικών ουσιών από τον οργανισμό του ανθρώπου.

ΟΜΩΣ ΤΙ ΣΥΝΤΕΛΕΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Η επέμβαση του ιατρού πρέπει να έχει κανόνες που να αποσκοπούν στην επιτυχή αποκατάσταση, που εξαρτάται από τον χρόνο, το είδος της επέμβασης, την γνώση, την τεχνική, την καταλληλότητα της στιγμής και των μέσων.

ΕΠΙ ΔΕ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΩΝ, ΤΟ ΤΑΧΕΩΣ Ή ΒΡΑΔΕΩΣ ΟΜΟΙΩΣ ΕΠΑΙΝΕΤΑΙ ΧΡΗΣΙΣ ΓΑΡ ΕΣΤΙΝ ΑΜΦΟΤΕΡΩΝ ΑΥΤΩΝ (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΠΕΡΙ ΙΗΤΡΟΥ τομ. IX,5)

Στις χειρουργικές επεμβάσεις εγκωμιάζεται εξίσου και η ταχύτητα και η βραδύτητα γιατί χρησιμοποιούνται και οι δύο στην πράξη (εκθειάζεται το έγκαιρο της επέμβασης και η καταλληλότητα της στιγμής).

ΤΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΕΛΛΟΝΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΝ ΣΤΡΑΤΕΥΣΘΑΙ ΔΕΙ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΚΕΝΑΙ ΣΤΡΑΥΤΕΜΑΣΙ ΞΕΝΙΚΟΙΣ, ΟΥΤΩ ΓΑΡ ΕΙΗ ΓΕΓΥΜΝΑΣΜΕΝΟΣ ΠΡΟΣ ΤΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΧΡΕΙΗΝ. (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΠΕΡΙ ΙΗΤΡΟΥ IX,14).

Αυτός που επιθυμεί να ασχοληθεί με την χειρουργική πρέπει να ακολουθεί τα μισθοφορικά στρατεύματα γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να εξασκηθεί σε αυτή την ειδικότητα (τονίζεται η αναγκαιότητα εξάσκησης και συνεχούς ενασχόλησης με την ιατρική τέχνη με σκοπό την καλύτερη εξοικείωση,) την καλύτερη γνώση και την καλύτερη τεχνική.

ΩΣ ΠΟΥ ΦΤΑΝΕΙ ΟΜΩΣ Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ: ΟΙ ΔΕ ΙΗΤΡΟΙ ΘΕΟΥΣΓ ΠΑΡΑΚΕΧΩΡΗΚΑΣΙΝ ΟΥ ΓΑΡ ΕΝΙ ΠΕΡΙΤΤΟΝ ΕΝ ΑΥΤΕΗ ΤΟ ΔΥΝΑΣΤΕΥΟΝ (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΠΕΡΙ ΕΥΣΧΗΜΟΣΥΝΗΣ τομ. IX, 16).

είναι οι ιατροί υποκλίνονται ενώπιον των θεών" γιατί οι δυνατότητες της Ιατρικής εί περιορισμένες.

ΥΓΙΕΑΣ ΜΕΝ ΓΑΡ ΠΟΙΕΕΙΝ ΑΠΑΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΟΝΤΑΣ ΑΔΥΝΑΤΟΝ (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΠΕΡΙ ΤΕΧΝΗΣ τομ. VI,3)

Όταν κάποιος αρρωστήσει από αρρώστια ισχυρότερη από τα θεραπευτικά μέτρα της Ιατρικής, δε δύναται να θεραπευτεί.

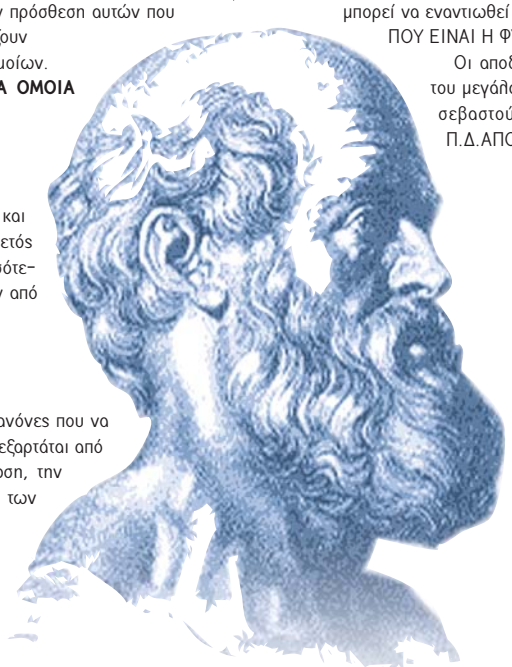
Με την αντίληψη του πεπερασμένου της Ιατρικής " δημιουργούνται" τα ανίατα νοσήματα και το θέμα της στάσης των ιατρών απέναντι στους ανίατους και χρόνιους ασθενείς.

Η ΔΕ ΙΗΤΡΙΚΗ ΟΛΙΓΟΚΑΙΡΟΣ ΕΣΤΙΝ' ΚΑΙ ΟΣ ΤΟΥΤΟ ΕΠΙΣΤΑΤΑΙ, ΕΚΕΙΝΩ ΚΑΘΕΣΤΗΚΕ, ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΑΤΑΙ ΤΑ ΕΙΔΕΑ ΚΑΙ ΤΑ ΜΗ ΕΙΔΕΑ. Α ΕΣΤΙΝ ΕΝ ΙΗΤΡΙΚΗ Ο ΚΑΙΡΟΣ ΓΝΩΝΑΙ (ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ τομ. VI, 44)

Η Ιατρική έχει μικρά περιθώρια μεταβολής του μέτρου και όποιος αντιλαμβάνεται αυτή την αρχή στηρίζεται σε ισχυρές βάσεις και γνωρίζει τα συγκεκριμένα και τα μη συγκεκριμένα, των οποίων η γνώση καθορίζει το μέτρο στην Ιατρική.

Η Ιατρική κατά τον Ιπποκράτη έχει μέτρο, έχει επινοήσει συλλογισμούς για την θεραπεία των νοσημάτων και δικαιολογημένα μη μπορώντας να υπερκεράσει την φύση δεν μπορεί να αντεπεξέλθει σε νοσήματα που δεν επιδέχονται σχεδόν καμία θεραπεία.

Η Ιατρική επιστήμη δεν είναι δυνατόν να βασίζεται στην τύχη, αλλά στην γνώση. Η αδυναμία των ιατρών απέναντι στο ανίατο δεν σημαίνει ανυπαρξία της Ιατρικής αλλά πεπερασμένο της τέχνης της, που με τίποτα δε μπορεί να εναντιωθεί και να κατανικήσει την ΥΠΕΡΤΑΤΗ ΑΡΧΗ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΦΥΣΗ.



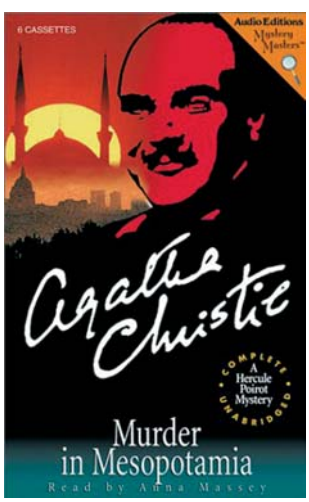
Οι αποδόσεις των ρήσεων του Ιπποκράτη είναι του μεγάλου ερευνητή του Ιπποκρατικού έργου και σεβαστού μου δασκάλου ιατρού Π.Δ.ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ.

Β. Π. ΡΟΖΑΚΟΣ
ΙΑΤΡΟΣ ΟΑΠ- ΔΕΗ
ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗ

ALLEGRO MA NON TROPPO

THE QUEEN OF CRIME
Η Agatha Christie και τα φάρμακα

Στο τεύχος του περασμένου Αυγούστου του καλαίσθητου Περιοδικού του Ιατρικού Συλλόγου Αρκαδίας, «Αρκάδων Υγεία», μεταξύ άλλων ενδιαφερόντων θεμάτων απολαύσαμε την Μελέτη με τίτλο Η Ιατρική και ο Σέρλοκ Χολμς, γραμμένη από την γλαφυρή πέννα του Παθολόγου-Λοιμοξιολόγου κ. Θεόδωρου Α. Πέππα. Διαβάζοντας το ενδιαφέρον αυτό άρθρο, αυτομάτως ανέβηκε στην σφαίρα της μνήμης μου η νεότερη συνάδελφος του Arthur Conan Doyle και συμπατριώτισσα του, η πολυγραφότατη Αγγλίδα συγγραφέας αριστουργηματικών αστυνομικών μυθιστορημάτων, η Agatha Christie. Και μαζί της ο Ηρακλής Πουαρώ, το Έγκλημα στο Οριάν εξπρές, ο θάνατος στον Νείλο, Δέκα μικροί νέγροι, Δηλητήριο σε μικρές δόσεις, Έγκλημα στη Μεσοποταμία, Ένα πτώμα στη Βιβλιοθήκη κ.α. καθώς και πολλά φάρμακα με τα οποία συνήθιζε η συγγραφέας να δολοφονεί τα θύματα της. Στο Murder on the Orient Express χρησιμοποιεί τον συνδυασμό μαχαιριού και βαρβιτουρικού (Trional). Συνήθως χρησιμοποιεί φάρμακα σε τοξικές, δηλητηριώδεις δόσεις. Από το μυθιστόρημα της αυτό, μαζί με τον φόνο και τους δώδεκα δολοφόνους του, έγιναν ευρύτερα διεθνώς γνωστά τα δύο πολυτελή ξενοδοχεία της Κωνσταντινούπολης. Το Pera Palas που ήταν ιδιοκτησία της Εταιρείας του Wagon lit της Orient Express και το αρμένικης ιδιοκτησίας Tokatlian Palas. Το Pera Palas διατηρεί ακόμη το δωμάτιο που διανυκτέρευσε η Αγκάθα Κρίστι, με την φωτογραφία της αναρτημένη στον τοίχο και με επίπλωση της εποχής. Προσωπικότητες που φιλοξενήθηκαν στο ξενοδοχείο ήταν ο βασιλιάς της Αγγλίας Γεώργιος ο Δ', ο Κεμάλ Ατατούρκ και ο Ελευθέριος Βενιζέλος. Το Tokatlian διατηρείται ακόμη ως κτίριο στον κεντρικό δρόμο του Πέρα, που στις μέρες μας έχει μετατραπεί σε εμπορικό κέντρο.



Η Αγκάθα γεννήθηκε το 1891. Ήταν γυναίκα πολυτάλαντη και πολυπράγμων. Σπούδασε τραγούδι στο Παρίσι. Κατά την διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου άρχισε να γράφει αστυνομικά μυθιστορήματα. Το πρώτο της μυθιστόρημα Η μυστηριώδης υπόθεση στο Στάϋλς και Η δολοφονία του Ρότζερ Ακρόϋντ θεωρούνται κλασσικά στο είδος τους. Τα βιβλία της μεταφράστηκαν σε όλες τις χώρες του κόσμου, ξεπερνούν τα εκατό εκατομμύρια και πολλά από αυτά έγιναν πετυχημένες κινηματογραφικές ταινίες. Παντρεύτηκε δυο φορές. Τον πρώτο της άνδρα τον αεροπόρο Arcibald Christie τον χώρισε γιατί ανακάλυψε να έχει ερωμένη. Μετά τον χωρισμό της, θέλησε να κάμει ένα ταξίδι. Πήρε το τρένο για το Ντόβερ, πέρασε στο Καλαί με φέρυ και απ' εκεί επιβιβάστηκε στο Οριάν Εξπρές για την Κωνσταντινούπολη. Εκεί διανυκτέρευσε στο Πέρα Παλάς και συνέχισε το ταξίδι της για την Βαγδάτη με το Taurus Express. Δύο χρόνια αργότερα έκανε το ίδιο ταξίδι για να συναντήσει ένα φιλικό ζευγάρι αρχαιολόγων που έκανε ανασκαφές στην Ουρ. Εκεί γνώρισε τον κατά 14 χρόνια νεότερο της καθηγητή αρχαιολογίας Max Mallowan, με την συνοδεία του οποίου επισκέφθηκε αρχαιολογικούς χώρους της Ανατολής και την Αθήνα. Η γνωριμία αυτή κατέληξε στον γάμο τους. «Παντρευτείτε έναν αρχαιολόγο, όσο μεγαλώνετε τόσο πιο ενδιαφέρουσα θα σας βρίσκει», έγινε το σλόγκαν της. Ασχολήθηκε ως συνεργάτιδα και βοηθός του άνδρα της, καταγράφοντας ταξινομώντας και φωτογραφίζοντας ευρήματα ανασκαφών και αρχαίων αντικειμένων. Κοσμογυρισμένη, ιδιαίτερα στον κόσμο των αρχαίων πολιτισμών της Ανατολής, στην Μεσοποταμία, Νινευή, Βαγδάτη, Βαβυλωνία, Τελλ μπρακ, Ουρ, Κάιρο, χρησιμοποιούσε στα ταξίδια της το Εξπρές του Ταύρου και το Οριάν

Εξπρές. Το Taurus Express που ερχόταν από Ινδία, Περσία, Ιράκ, διέσχιζε την Μικρά Ασία δια μέσου της οροσειράς του Ταύρου, εξ ου και η ονομασία και κατέληγε στον Σταθμό του Χαϊντάρ πασά της ανατολικής ακτής του Βοσπόρου. Οι ταξιδιώτες που ήθελαν να παραμείνουν για μερικές μέρες στην Πόλη, διανυκτέρευαν συνήθως στο Pera Palas η στο Tokatlian και συνέχιζαν το ταξίδι τους από το Sirkeci της δυτικής ακτής με το Orient Express προς την Ευρώπη.

Σ' ένα τέτοιο ταξίδι της, επιστρέφοντας λίγο πριν από τα Χριστούγεννα του 1931 από την Νινευή στην Δύση, το Orient Express ακινητοποιήθηκε λόγω σφοδρής κακοκαιρίας από τα χιόνια έξω από το Πύθιο, όπου παρέμεινε αποκλεισμένη για δυο μέρες με την συντροφιά μιας Αμερικανίδας, ενός υπουργού της Ουγγαρίας με την κατά πολύ νεότερη σύζυγο του, δύο Δανές μισιονάρισες, έναν Ιταλό, μια Βουλγάρα και έναν εκ των διευθυντών της Εταιρείας Wagon Iit Company της Orient Express. Όπως ήταν περίπου και η σύνθεση των ταξιδιωτών στο μυθιστόρημα της Έγκλημα στο Orient Express. Στο ταξίδι της αυτό είχαν επιβιβαστεί στο τρένο και δυο σπουδαίοι επιβάτες στον σταθμό του Βελιγραδίου. Ο βασιλιάς και η βασίλισσα της Βουλγαρίας με ένα πλήθος βούλγαρων μυστικών αστυνομικών. Η περιπέτεια της αυτή έξω από το Πύθιο απετέλεσε και το σκηνικό του πολύκροτου μυθιστορήματος της.

Από τα μυθιστορήματα της Αγκάθα Κρίστι αποκομίζει κανείς την βεβαιότητα ότι η συγγραφέας είναι γνώστης της δράσης πολλών φαρμάκων, με τα οποία «δολοφονεί» τα θύματα της. Χρησιμοποιεί το αρσενικό, την στρυχνίνη, μορφίνη, ακονιτίνη, το θάλλιο, την δακτυλίτιδα, το πρωσικό οξύ κ.α. «Δώστε μου ένα ευπρεπές φιαλίδιο δηλητηρίου και θα σας κατασκευάσω το τέλειο έγκλημα» δήλωνε με αυτοπεποίθηση. Που όμως είχε αντλήσει τις γνώσεις για τις δράσεις των φαρμάκων και για τις θανατηφόρες δόσεις τους; Πηγή μάθησης για την δράση των φαρμάκων υπήρξε η υπηρεσία της σε Νοσοκομείο της Αγγλίας, όπου εργάστηκε ως εθελόντρια αδελφή του Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού και ως βοηθός του νοσοκομειακού φαρμακείου. Μια από τις πολλές εκδηλώσεις και εκθέσεις που πραγματοποιήθηκαν με την ευκαιρία των 110 χρόνων από την γέννηση της, ήταν και αυτή της Λειψίας που διοργανώθηκε από το Μουσείο Φαρμακείων (Apothekenmuseum) με τίτλο «Φάρμακα σε ασφαλείς θανατηφόρες δόσεις-Η φαρμακοποιός Αγκάθα Κρίστι» (Arzneimittel in todsicherer Dosis-Die Pharmazeutin Agatha Kristi). Στην δημιουργία της έκθεσης της Λειψίας συνέβαλαν ο Βερολινέζος φαρμακοποιός Uwe Kunzel, ο οποίος στην διδακτορική του διατριβή είχε το θέμα «Τα φάρμακα στα έργα της Αγκάθα Κρίστι» καθώς και ο γιατρός Benno Riesselmann του Ινστιτούτου Ιατροδικαστικής και κοινωνικής Ιατρικής του Βερολίνου, ο οποίος έχει ασχοληθεί εκτενώς με τους θανάτους από φάρμακα σε δηλητηριώδεις δόσεις στα μυθιστορήματα της Αγκάθα Κρίστι.

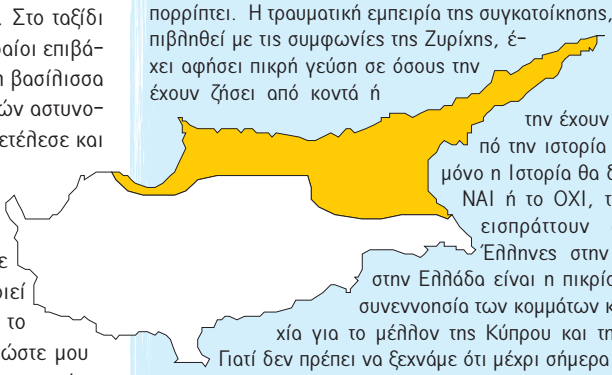
Αντώνης Σταυρίδης

το Κυπριακό πρόβλημα

Το συνεχιζόμενο δράμα της Κύπρου, που άρχισε με την Τουρκική εισβολή του Ιουλίου/Αυγούστου του 1974, η κατοχή του 37% του εδάφους του νησιού, ο ξεριζωμός 200.000 Ελληνοκυπρίων από τα σπίτια και τις περιουσίες τους και ο εποικισμός της Κύπρου με δεκάδες χιλιάδες Τούρκους από την Ανατολία, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για επίλυση του Κυπριακού προβλήματος.

Το Κυπριακό πρόβλημα έχει περιπλακεί λόγω της ξένης ανάμιξης και έχει εξελιχθεί σε σοβαρή διένεξη που θέτει σε κίνδυνο την ειρήνη και ασφάλεια στην ευαίσθητη περιοχή της Μέσης Ανατολής, με επιπτώσεις που γίνονται αισθητές σχεδόν σ'ολόκληρο τον κόσμο.

Το κυπριακό πρόβλημα βρίσκεται στην διεθνή επικαιρότητα για μακρό χρονικό διάστημα και απασχολεί τα Ηνωμένα Έθνη και την Ευρωπαϊκή Ένωση για πολλά χρόνια. Μετά από 30 χρόνια κατοχής και εισβολής ο Κυπριακός λαός έχει μπροστά του το τελικό σχέδιο λύσης του Γενικού Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών και καλείται να απαντήσει άμεσα αν το αποδέχεται η το απορρίπτει. Η τραυματική εμπειρία της συγκατοίκησης, που είχε επιβληθεί με τις συμφωνίες της Ζυρίχης, έχει αφήσει πικρή γεύση σε όσους την έχουν ζήσει από κοντά ή την έχουν διδαχθεί από την ιστορία Και επειδή μόνο η Ιστορία θα δικαιώσει το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ, το μόνο που εισπράττουν σήμερα οι Έλληνες στην Κύπρο και στην Ελλάδα είναι η πικρία για την ασυνεννοησία των κομμάτων και η ανησυχία για το μέλλον της Κύπρου και της Ελλάδος.



Γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι μέχρι σήμερα οι εξελίξεις στο Κυπριακό επηρέαζαν και τις σχέσεις μας με την Τουρκία, ενώ από την 1η Μαΐου θα επηρεάζουν και τη θέση μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Το ΝΑΙ είναι δύσκολο και επώδυνο επειδή έχει ρίσκο και δημιουργεί συνειρμούς που διεγείρουν μνήμες. Το ΟΧΙ είναι πιο εύκολο και πιο ηρωικό αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι δεν μπορούμε να μένουμε στο χθες. .

Είναι φυσιολογικό ο Κυπριακός λαός να προβληματίζεται και να δυσπιστεί απέναντι στα νέα δεδομένα που δημιουργούν οι ραγδαίες εξελίξεις . Παρά τα θετικά του σχεδίου Ανάν, υπάρχουν διαφορές στις εκτιμήσεις και την ανάλυση του Σχεδίου και των βραχυπρόθεσμων και μακροχρόνιων αποτελεσμάτων του. Εκτός από θετικά στοιχεία, το σχέδιο Ανάν περιέχει και πολλά αρνητικά στοιχεία τα οποία οδηγούν τους Ελληνοκυπρίους στο να έχουν επιφυλάξεις για τη λειτουργικότητά του και την ασφαλή εφαρμογή του σχεδίου.

Ο πολιτικός κόσμος της Κύπρου και της Ελλάδος πρέπει να στηρίξει τον Κυπριακό λαό και να τον ενημερώσει υπεύθυνα επί του σχεδίου Ανάν. Ο Κυπριακός λαός πρέπει να γνωρίζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της νέας τάξης που δημιουργείται στη Κύπρο και να ψηφίσει χωρίς εξωγενείς πιέσεις και παρεμβάσεις, Με νηφαλιότητα και αίσθημα ευθύνης απέναντι στην Ιστορία, στο παρόν και το μέλλον του Ελληνισμού και με γνώμονα το Εθνικό συμφέρον, οφείλουμε να συστρατευτούμε για μια νέα ελπιδοφόρα προοπτική επανενωμένης Κύπρου, μέσα από την Ευρωπαϊκή Ενωση που να διασφαλίζει τα δίκαια και τους αγώνες του Κυπριακού Ελληνισμού.

Κοκκοφίτης Αγαμέμνων
Χειρουργός Επιμελητής - Παναρκαδικό Νοσοκ. Τρίπολης

Γιατί επιμένουν οι παιδίατροι για τον μητρικό θηλασμό

Η φύση έχει φροντίσει ώστε όλα τα θηλαστικά να παράγουν γάλα που ανταποκρίνεται απόλυτα στις ανάγκες των μωρών του είδους τους . Προκαλεί πραγματικά θαυμασμό ότι η σύνθεση του γάλακτος της μητέρας που έχει γεννήσει τελειόμηνο νεογνό διαφέρει σημαντικά από τη σύνθεση του γάλακτος της μητέρας που έχει γεννήσει πρόωρα, ώστε και το γάλα της τελευταίας να ικανοποιεί απόλυτα τις ιδιαίτερες διατροφικές ανάγκες του πρόωρου νεογνού.

Ασφαλώς η σύγχρονη βιομηχανία έχει κάνει θαύματα στον τομέα της παρασκευής γάλακτος που να προσομοιάζει με το μητρικό ως αφορά τα λευκώματα, τους υδατάνθρακες, το λίπος, της θερμίδες κ.λ.π. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει καταστεί δυνατό να παρασκευαστεί γάλα ίδιο ακριβώς με το μητρικό και έχει από καιρό αποδειχτεί ότι το μητρικό γάλα υπερτερεί σε θρεπτική αξία του «ξένου».

Το μητρικό γάλα και μόνον, είναι η μόνη τροφή που χρειάζεται ένα βρέφος τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του, όμως σήμερα λιγότερα από τα μισά παιδιά στον κόσμο τρέφονται αποκλειστικά με το μητρικό γάλα τους πρώτες 6 μήνες Αν όλα τα μωρά τρεφόντουσαν αποκλειστικά με αυτό μέχρι την ηλικία των 6 μηνών, θα σωζόντουσαν 1.500.000 ζωές παιδιών το χρόνο, ενώ θα βελτιωνόταν σημαντικά η υγεία και η ανάπτυξη εκατομμυρίων ακόμα. Ταυτόχρονα , τα μελλοντικά οφέλη για τις οικογένειες και για τις εθνικές οικονομίες θα ήταν ανυπολόγιστα

Η υπεροχή του μητρικού γάλακτος έγκειται στο ότι: Το μητρικό γάλα σε αντίθεση με το βιομηχανοποιημένο περιέχει διάφορα κύτταρα, ανοσοσφαιρίνες και άλλους παράγοντες που ενισχύουν την άμυνα του βρέφους ευοδώνουν την ανάπτυξη του, βοηθούν την πέψη, αυξάνουν την κινητικότητα του εντέρου, διευκολύνουν την απορρόφηση ορισμένων ουσιών (π. χ του σιδήρου).

Όταν το βρέφος δεν θηλάζει

Η τεχνητή διατροφή κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής του βρέφους συνδέεται με την εμφάνιση των παρακάτω φαινομένων:

- Περισσότερες διάρροιες
- Περισσότερες αναπνευστικές λοιμώξεις
- Περισσότερα κρούσματα μηνιγγίτιδας
- Περισσότερες ωτίτιδες
- Περισσότερες αλλεργίες
- Περισσότερες περιπτώσεις χρόνιας δυσπεψίας
- Περισσότερες περιπτώσεις διαβήτη
- Περισσότερες νοσηλείες σε νοσοκομεία

Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού

Προσφέρει κάτι πολύ σημαντικό: τη στενή επαφή του δέρματος της μητέρας και του βρέφους. Η μέθοδος καγκουρό: Τι είναι αυτή η μέθοδος;

Φωτογραφία, Κείμενο, Ιδέα, Σωτήρης Σαρδέλης
Παιδίατρος, Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Κυπαρισσίας

Έχει παρατηρηθεί από διάφορες επιστημονικές μελέτες ότι η επαφή δέρμα με δέρμα μητέρας και νεογέννητου, έχει ως αποτέλεσμα τη φυσιολογική παραγωγή από το νεογνό ορισμένων ενζύμων.

Ενίσχυση του δεσμού μητέρας-νεογνού αλλά και στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας της μητέρας.

Δεν ξεχνάμε τα πλεονεκτήματα του Μητρικού θηλασμού

- Μειωμένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού και του ενδομητρίου.
- Η θηλάζουσα μητέρα προστατεύεται από την οστεοπόρωση.
- Το υποκατάστατο γάλακτος είναι νεκρή τροφή, η βιομηχανική επεξεργασία καταστρέφει τα νεκρά κύτταρα και τα αντισώματα του.
- Ρωμαλέα παιδιά και έφηβοι για το μελλοντικό κόσμο μας .
- Ιδιαίτερα εύπεπτο το μητρικό γάλα χωνεύεται από το μωρό σε 2 – 3 ώρες.
- Καρκίνος – ελάττωση συχνότητας του, στα παιδιά που έχουν θηλάσει
- Ο θηλασμός ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες του βρέφους σε τροφή και υγρά.
- Σημαντικά λιγότερες γαστρεντερικές διαταραχές.
- Θερμοκρασία τροφής πάντα σωστή και σταθερή.
- Η καλύτερη αρχή για τη ζωή ενός παιδιού και αναφαίρετο δικαίωμα.
- Λιγότερες πιθανότητες ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια του θηλασμού.
- Αντισώματα, ανοσοποίηση ενάντια στις κυριότερες λοιμώδεις νόσους.
- Συναισθηματικό δέσιμο Μητέρας – Παιδιού.
- Μειώνει τις πιθανότητες αλλεργιών, όπως άσθμα ή έκζεμα.
- Οικονομικό, δεν κοστίζει στην οικογένεια και στο κράτος.
- Σημαντική αύξηση του δείκτη νοημοσύνης του παιδιού.

Ο θηλασμός είναι η πρώτη απόδειξη αγάπης και φροντίδας για την καινούργια ζωή που ήρθε στον κόσμο με ελεύθερη απόφαση και συνειδητή επιλογή των γονέων.

Ο Μητρικός Θηλασμός έχει ζωτική σημασία για το παρόν και το μέλλον των παιδιών του κόσμου.

Αντωνίου Ιωάννα
Αναπλ. Δ/ντρια Παιδιατρικής Κλινινικής
Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Η ακόλουθη είναι μια πραγματική ερώτηση που δόθηκε πριν χρόνια στο Μετσόβειο Πολυτεχνείο στο τμήμα χημικών μηχανικών. Η απάντηση ήταν τόσο εμβριθής ώστε ο καθηγητής την τοιχοκόλλησε στον πίνακα ανακοινώσεων και έκτοτε έχει γίνει θρύλος

Ερώτηση:

Η κόλαση είναι εξώθερμος (αποδίδει θερμότητα) ή ενδόθερμος; (απορροφά θερμότητα);

Οι περισσότεροι φοιτητές τεκμηρίωσαν τις απαντήσεις τους χρησιμοποιώντας τον νόμο του Boyle, (τα αέρια ψύχονται όταν εκτονώνονται και θερμαίνονται όταν συμπιέζονται) ή κάποιο παραπλήσιο φυσικό νόμο.

Ένας όμως φοιτητής, έδωσε την ακόλουθη απάντηση:

Αρχικά, πρέπει να ξέρουμε πως μεταβάλλεται η μάζα της κόλασης, συναρτήσει του χρόνου, άρα, πρέπει να γνωρίζουμε τον ρυθμό μετακίνησης των ψυχών προς την κόλαση καθώς και τον ρυθμό αποχώρησης από αυτήν.

Πιστεύω πως ασφαλώς μπορούμε να υποθέσουμε ότι άπαξ και μία ψυχή εισαχθεί στην κόλαση, δεν θα αποχωρήσει ποτέ. Έτσι λοιπόν, καμία ψυχή δεν φεύγει. Όσο για τον αριθμό των ψυχών που εισέρχονται στην κόλαση, ας εξετάσουμε τις διάφορες θρησκείες που υπάρχουν στον κόσμο σήμερα.

Μερικές από αυτές τις θρησκείες, διακηρύσσουν ότι όσοι δεν είναι μέλη τους, τους περιμένει η κόλαση.

Εφ' όσον υπάρχουν περισσότερες από μία τέτοιες θρησκείες και οι άνθρωποι δεν ανήκουν σε περισσότερες από μία θρησκείες, προκύπτει ότι όλες οι ψυχές, πηγαίνουν στην κόλαση. Λαμβάνοντας τους ρυθμούς γεννήσεων και θανάτων ως έχουν, μπορούμε να αναμένουμε ότι ο αριθμός των ψυχών στην κόλαση, αυξάνεται με εκθετική μορφή.

Τώρα, παρατηρούμε τον ρυθμό μεταβολής του όγκου στην κόλαση διότι ο νόμος του Boyle ορίζει ότι προκειμένου η θερμοκρασία και η πίεση στην κόλαση να παραμείνουν σταθερές, ο όγκος οφείλει να αυξάνεται καθώς προστίθενται ψυχές.

Αυτό μας δίνει δύο πιθανότητες:

1. Αν η κόλαση διογκούται με ρυθμό μικρότερο από τον ρυθμό εισαγωγής των ψυχών σε αυτήν, τότε η θερμοκρασία και η πίεση στην κόλαση θα αυξάνεται έως ότου αυτή εκραγεί.

2. Βεβαίως, αν η κόλαση διογκούται με ρυθμό γρηγορότερο από τον ρυθμό εισόδου των ψυχών σε αυτήν, τότε η θερμοκρασία και η πίεση θα μειώνονται έως ότου η κόλαση παγώσει.

Τι από τα δύο ισχύει λοιπόν:

Αν αποδεχθούμε αυτό που είπε κάποια πρώην μου προς εμένα, κατά την διάρκεια του πρώτου έτους, ότι "...θα είναι μία παγωμένη μέρα στην κόλαση πριν κοιμηθώ μαζί σου..." και συνυπολογίσω το γεγονός ότι συνεχίζω να μην έχω πετύχει να έχω σεξουαλικές σχέσεις μαζί της. τότε η 2η πιθανότητα δεν μπορεί να ισχύει και έτσι, είμαι σίγουρος ότι η κόλαση είναι εξώθερμη και δεν θα παγώσει."

Ο φοιτητής έλαβε το μοναδικό 10.

24 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ

Επίσκεψη στο Κ.Υγείας Τροπαίων. Συμμετείχαν οι συνάδελφοι Τζιούμης Κ. καρδιολόγος, Μαλάμης Διονύσιος πνευμονολόγος, Τσιούκα Ματίνα δερματολόγος, Κούβελας Γεώργιος ορθοπεδικός, Παπασταματάκης Γεώργιος χειρουργός, Στέφανος Χατζόπουλος Ω.Ρ.Λ.

31 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ

Έγινε η κοπή της πίττας του Ιατρικού Συλλόγου στο κέντρο Μαιθανάσης. Η παρουσία και το κέφι των συναδέλφων μεγάλο. Μας τίμησαν με την παρουσία τους οι βουλευτές του νομού Κύριοι Πέτρος Τατούλης, Ανδρέας Λυκουρέντζος, Δημήτρης Κωστόπουλος καθώς επίσης και ο νομάρχης Αρκαδίας Κύριος Δημήτρης Κωνσταντόπουλος. Τιμήθηκαν επίσης με αναμνηστικό δίπλωμα όσοι συμμετείχαν το 2003 στις περιοδικές επισκέψεις στα κέντρα υγείας.

16 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ

Πραγματοποιήθηκε η ετήσια γενική Συνέλευση στα γραφεία του συλλόγου. Το παρόν έδωσαν αρκετοί συνάδελφοι και υπήρξε συζήτηση πάνω σε ζητήματα ουσίας που απασχολούν τα μέλη του συλλόγου. Έγινε παρουσίαση του οικονομικού απολογισμού και των πεπραγμένων του 2003.

Ακολούθησε συζήτηση για την διοργάνωση του 14 Παμπελοποννησιακού Συνεδρίου και πάρθηκαν αποφάσεις για τον τρόπο καλλίτερης διεξαγωγής του.

21 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ

Επίσκεψη στο Κ.Υ. Λεωνιδίου με την συμμετοχή των συναδέλφων Στιβακτάκη Ιωάννη ΩΡΛ Μαλάμη Διονύσιο Πνευμονολόγο Παπασταματάκη Γεώργιο χειρουργό Νικολαΐδη Ηλία Δερματολόγο, Δημόπουλο Γεώργιο Ορθοπεδικό Βρεττός Αντώνιος Καρδιολόγος .

Οι Ολυμπιάδες μέσα από τις Ολυμπιακές καρφίτσες

Ταυτόχρονα, με την έκθεση "Τρέχοντας με το όνειρο" στο Πνευματικό κέντρο έγινε ακόμα μία έκθεση με την υποστήριξη του Αθλητικού Οργανισμού, αυτή την φορά από έναν ιδιώτη, λάτρη και γνώστη του αθλητισμού, όπως είναι ο Τάσος Παπαδόπουλος. Αυτή η έκθεση είχε θέμα: "Οι Ολυμπιάδες μέσα από τις Ολυμπιακές καρφίτσες" και θεωρείται από τους ειδικούς ως μία από τις κορυφαίες συλλογές στην Ελλάδα, αν όχι η κορυφαία. Ο Τάσος Παπαδόπουλος, παλιός (και πετυχημένος) παράγοντας του μπάσκετ αποκάλυψε με δηλώσεις του πώς τυχαία άρχισε να συγκεντρώνει όλα αυτά τα ενθύμια, που πραγματικά άρεσαν και μάγεψαν το κοινό. Οι καρφίτσες πέτου είναι άλλωστε, το πλέον συλλεκτικό αντικείμενο κάθε Ολυμπιάδας.

Σχεδιάζονται και διατίθενται στην αγορά σε θεματολογίες. Όλες αυτές οι καρφίτσες είναι συλλεκτικά κομμάτια, όμως κάποιες από αυτές, αποκτούν με το πέρασμα του χρόνου μεγαλύτερη αξία και την περίοδο των αγώνων μετατρέπονται σε ένα είδος νομίσματος. Μπορεί κανείς να το ανταλλάξει με οτιδήποτε! Η ιστορία τους αρχίζει το 1896, όπου δημιουργούνται οι πρώτες καρφίτσες από χαρτόνι και χρησιμοποιούνται σαν σήμα αναγνώρισης για αθλητές, επισήμους και δημοσιογράφους.

Ο ίδιος, ο συλλέκτης είπε: Η πρώτη επαφή με τα Ολυμπιακά αναμνηστικά έγινε πριν 24 χρόνια, το 1980 και σε ένα ταξίδι μου στην Αυστρία. Μετά από μία μεγάλη διαδικασία, μου απέφερε σήμερα στην συλλογή μου, περισσότερες από 6.000 καρφίτσες από 28 Ολυμπιάδες (χειμερινές και καλοκαιρινές). Μεταξύ των 6.000 αυτών αναμνήσεων από τις κορυφαίες αθλητικές στιγμές του πλανήτη, υπάρχουν μερικά σπάνια κομμάτια, που βγήκαν σε πολύ λίγα αντίτυπα και σίγουρα αυτά έχουν ιδιαίτερη αξία και σημασία για τους φανατικούς συλλέκτες.

Ο συλλέκτης Τάσος παπαδόπουλος με το συνεργάτη του Σταύρο Σαλαβράκο, που έδωσε την ψυχή του, για την πραγματοποίηση αυτού του στόχου. Το καλλιτεχνικό μέρος και γενικά η επιμέλεια της παρουσίασης αυτής της έκθεσης είναι δημιούργημα δικό του.

Η ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Στις 13 Μαρτίου, πραγματοποιήθηκε η Τακτική Γενική Συνέλευση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Συγκριτικά με προηγούμενες Γ.Σ., ήταν μια υποτονική συνέλευση, από άποψη πάθους και δυναμισμού. Και αυτό βέβαια ήταν αναμενόμενο, αφού μια εβδομάδα πριν είχαμε εκλογή νέας κυβέρνησης. Αυτό βέβαια δέν σημαίνει ότι θα λυθούν και τα προβλήματα των γιατρών, τα οποία γίνονται κάθε χρόνο και οξύτερα. Απλώς δημιουργήθηκαν ελπίδες κατανόησης και επίλυσης κάποιων από αυτά.

Τη συνέλευση τίμησε με την παρουσία του και χαιρέτησε ο υπουργός Υγείας κ, Νικήτας Κακλαμάνης, ο οποίος υποσχέθηκε πραγματική, όπως είπε, συνεργασία με όλους τους Υγειονομικούς φορείς.

Η θητεία του παλιότερα στον ΠΙΣ, στον οποίο υπήρξε Γενικός Γραμματέας, δίνει κάποιες ελπίδες...Αν και η πείρα έχει δείξει ότι η ανάληψη μιας υπεύθυνης υψηλής κυβερνητικής θέσης, συνοδεύεται από μετάλλαξη των απόψεων και επαναπροσδιορισμό των θέσεων.

Σε αυτό ίσως παίζει ρόλο και το γεγονός ότι τα προβλήματα στο χώρο της Υγείας είναι πολλά και τεράστια.

Γι' αυτό ας είμαστε έτοιμοι να αντιμετωπίσουμε τη σκληρή πραγματικότητα. Στη συνέχεια παραθέτω περιληπτικά κάποια στοιχεία της εισήγησης.

Η Γ.Σ. αναφέρθηκε στην Εθνική Συλλογική Σύμβαση Ιατρικής Εργασίας, η οποία έχει Θεσμοθετηθεί (με το νόμο 2071/1992) χωρίς να υλοποιηθεί ποτέ.

Μεταξύ των άλλων, αναφέρθηκε, ότι η συλλογική σύμβαση θα πρέπει να -εξασφαλίζει τη συμμετοχή όλων των γιατρών που επιθυμούν να συμμετέχουν.

Αναφέρθηκε φυσικά στον νέο προσδιορισμό των ιατρικών αμοιβών, με ετήσια προκαθορισμένη αναπροσαρμογή, αλλά και στον ποιοτικό έλεγχο και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αναφορά έγινε στον Υγειονομικό Χάρτη της χώρας, που πρέπει να γίνει, προκειμένου να υπάρξει ορθολογική ανάπτυξη όλων των Υγειονομικών Υπηρεσιών.

Όσων αφορά το ΙΚΑ και τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία αποτελούν τον κορμό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ζητείται να καταργηθεί ο απαράδεκτος τρόπος πρόσληψης, να προκηρυχθούν όλες οι κενές οργανικές θέσεις, να επαναχορηγηθεί το επίδομα βιβλιοθήκης και άλλα.

ΕΣΥ- Νοσοκομιακοί Ιατροί. Ζητείται ή αναβάθμιση του μισθολογίου, πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων όλων των βαθμίδων και ανανέωση του εξοπλισμού των Νοσοκομείων.

Ίδρυση- στελέχωση και εξοπλισμός των ΜΕΘ με στόχο τις 1200 κλίνες.

ΤΣΑΥ: Εκσυχρονισμός (σήμερα επικρατούν μεσαιωνικές συνθήκες διοίκησης και οργάνωσης), καταβολή των οφειλόμενων κοινωνικών πόρων (210 περίπου εκατ. ευρώ), αυτοδιαχείρηση του ταμείου, σύνταξη μετά 35 έτη εργασίας κ.τ.λ. Σε συνεργασία με την Μόνιμη Επιτροπή των Ευρωπαίων Ιατρών (C.P.M.E.), η οποία συγκροτείται από τους προέδρους των Εθνικών Ιατρικών Συλλόγων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γίνεται προσπάθεια για διαμόρφωση ενιαίας γραμμής των Εθνικών Ιατρικών Συλλόγων. Όπως για παράδειγμα τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση και την συνεχή επιμόρφωση.

Οι πανεπιστημιακοί δάσκαλοι σήμερα στην Ιλιάδα, Εφαρμόζουν ο καθένας, το δικό του εκπαιδευτικό πρόγραμμα, με αποτέλεσμα τις γνωστές αποκλίσεις στη διάγνωση και στη Θεραπεία, και έτσι δημιουργούνται αμφιβολίες στους ασθενείς και τους οδηγούμε σε διασταύρωση γνωμών, με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία τους και την αύξηση του κόστους Υγείας.

Η κατευθυντήρια οδηγία για την αναγνώριση του πτυχίου Ιατρικής προβλέπει 5.500 ώρες διδασκαλίας στα 6 χρόνια σπουδών. Κατά τον καθηγητή κ. Πισιώρη, οι ώρες διδασκαλίας δεν ξεπερνούν τις 3.500 ώρες, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει η αναγνώριση του πτυχίου Ιατρικής στην Ελλάδα.

Επίσης ορισμένα, επαρχιακά κυρίως Νοσοκομεία, δίνουν χρόνο ειδικότητας, χωρίς να έχουν ικανούς εκπαιδευτές και τον κατάλληλο εξοπλισμό, με αποτέλεσμα να έχουμε πληθώρα ειδικευμένων ιατρών με ελλιπή εκπαίδευση.

Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών, για την οποία το κράτος δεν έχει ακόμη νομοθετήσει.

Χωρίς τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ένας ιατρός που δεν εργάζεται σε Νοσοκομείο, 10 χρόνια μετά την απόκτηση της ειδικότητας έχει αποκοπεί εντελώς από την ιατρική επιστήμη, με αποτέλεσμα πολλές φορές εσφαλμένη και επικίνδυνη ' αντιμετώπιση των ασθενών, αλλά και αύξηση του κόστους υγείας.

Τέλος, παραθέτω αυτούσιες
τις προτάσεις της εισήγησης.

1) Απαιτούμε την άμεση υλοποίηση της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας, που θα υπογράφεται μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του ΠΙΣ και που θα ισχύει για όλους τους επιθυμούντες ιατρούς και για όλα τα Ταμεία.

2) Απαιτούμε την άμεση αναπροσαρμογή των αμοιβών ιατρικών επισκέψεων και πράξεων, που οι τιμές τους -μόνον αυτές μεταξύ όλων των αγαθών και υπηρεσιών - παραμένουν καθηλωμένες πέραν της 10 ετίας.

3) Ικανοποίηση όλων των αιτημάτων των ιατρών του ΙΚΑ.

4) Δραστική παρέμβαση, επί τέλους, της Πολιτε.ίας προκειμένου να δρομολογηθεί η αντιμετώπιση του τεράστιου προβλήματος της μεγάλης αύξησης του αριθμού των παραγομένων ιατρών, που έχει οδηγήσει την αναλογία ιατρών προς πολίτες στις υψηλότερες της Ευρώπης, με εκδηλούμενες ήδη σοβαρές προεκτάσεις.

Κων. Καντζάβελος
Ακτινολόγος
Αντιπρόσωπος στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
του Ιατρικού Συλλόγου Αρκαδίας