



# 251

# ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

## Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 38 / Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2009

ISSN: 1109-6403

## Εξελίξεις στην Αντιμετώπιση της Νόσου του Αλτσχάιμερ

Αλματωδώς αυξάνονται σε όλο τον κόσμο οι ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ, καθώς υπολογίζεται ότι σήμερα ζουν 26.000.000 ασθενείς παγκοσμίως, από τους οποίους τα 6.000.000 στην Ευρώπη, ενώ υπολογίζονται 150.000 πάσχοντες στην Ελλάδα με συχνότερη μορφή άνοιας τη νόσο του Αλτσχάιμερ (50-60% του συνόλου). Οι αριθμοί μελλοντικά θα αυξηθούν δραματικά, προειδοποιούν οι ειδικοί επιτείνοντας την ανάγκη αποτελεσματικών δράσεων για ανοϊκούς ασθενείς από την πλευρά της Πολιτείας.

Η Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών πραγματοποίησε ανοιχτή συγκέντρωση με τη συμμετοχή ειδικών επιστημόνων, ασθενών και των φροντιστών τους. Προσήλθαν περίπου **2.500 φροντιστές** και **500 ασθενείς**. Η προσέλευση των φροντιστών υπήρξε πολύ μεγαλύτερη από ό,τι αναμενόταν, πράγμα που επιβεβαιώνει το μέγεθος του προβλήματος και τις μεγάλες ανάγκες που υπάρχουν! Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης, ασθενείς είχαν την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε ομάδες άσκησης μνήμης, εργασιοθεραπείας κ.ά., ενώ ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στο δύσκολο έργο των φροντιστών τους, οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να ανταλλάξουν απόψεις για τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη συνύπαρξή τους με την ασθένεια. Ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα έρευνας σε φροντιστές ασθενών με άνοια, όπου καταγράφηκαν οι δυσκολίες, πρακτικές και συναισθηματικές, που αντιμετωπίζουν. Μεταξύ αυτών, σημαντικό πρόβλημα είναι και η δυσκολία συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή.

Σημαντική εξέλιξη στην αντιμετώπιση της νόσου είναι και το πρώτο διαδερμικό αυτοκόλλητο για τη νόσο του Αλτσχάιμερ, το οποίο απελευθερώνει μέσω του δέρματος τη θεραπευτική ουσία ριβαστιγμίνη για χρονικό διάστημα 24 ωρών. Το διαδερμικό αυτοκόλλητο συμβάλλει στη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία, καθώς χρησιμεύει ως οπτική υπενθύμιση της λήψης της αγωγής και εξασφαλίζει στον ασθενή και τον φροντιστή ότι η αγωγή λαμβάνεται.

Η Πρόεδρος της Εταιρείας Δρ. Παρασκευή Σακκά, Νευρολόγος-Ψυχίατρος, ανακοίνωσε τη νέα εκστρατεία «Ελληνική Πρωτοβουλία Δράσης για τη Νόσο Αλτσχάιμερ» μέσω διαδικτύου ([www.alzheimerathens.gr](http://www.alzheimerathens.gr)), διεξάγεται ψηφοφορία, προκειμένου να κινητοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα, ώστε η άνοια να γίνει προτεραιότητα στη Δημόσια Υγεία και να αποτελέσει μέσο πίεσης στους υπεύθυνους κρατικούς φορείς.

Πέρα από τους ίδιους τους ασθενείς που έρχονται αντιμέτωποι με τη σταδιακή απώλεια της μνήμης τους, αλλά και άλλων νοητικών λειτουργιών, θα πρέπει να συνυπολογίζεται και η ψυχική, οικονομική και σωματική ταλαιπωρία των ανθρώπων του περιβάλλοντός τους, οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με το έργο της αδιάκοπης φροντίδας τους. Η αναγνώριση και ανακούφιση του φορτίου των φροντιστών οφείλει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα μιας αποτελεσματικής αντιμετώπισης της νόσου.

Σχεδόν όλα τα ευρωπαϊκά κράτη ήδη εφαρμόζουν ή εκπονούν σχέδια δράσης για την άνοια.

Στην Ελλάδα υπάρχει δραματική έλλειψη δομών και υπηρεσιών για τους ανοϊκούς ασθενείς και τους φροντιστές τους, όπως τονίστηκε στην εκδήλωση, ενώ η κ. Σακκά υπογράμμισε πως «πρέπει όλοι οι εμπλεκόμενοι, ασθενείς, οικογένειες, επαγγελματίες Υγείας και κρατικοί φορείς να αγωνιστούμε για να γίνει η άνοια προτεραιότητα στη Δημόσια Υγεία».

Επιμέλεια

Επγός (ΥΙ) **Ευάγγελος Κουρεμένος**  
Επιμελητής Νευρολογικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

Σάλτσμποουργκ, Αυστρία

### περιεχόμενα

ειδικό άρθρο: **Μουσικοθεραπεία και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας** ..... σελ. 3  
θέμα: **Δηλητηρίαση Από Μανδραγόρα** ..... σελ. 4  
θέμα: **Η Ενημέρωση του Ασθενούς στη Φάση της Διάγνωσης** ..... σελ. 5

θέμα: **Αποφρακτική Υπνική Απνοια: Η Νόσος του Υπνου που Ακολουθεί τη Ζωή του Ασθενούς και την Ημέρα** . . . σελ. 7  
ειδήσεις: **Πρόωρα Βρέφη** ..... σελ. 8  
εκδηλώσεις: **Αγώνες Σκοποβολής Ενόπλων Δυνάμεων και Σωμάτων Ασφαλείας 2008** ..... σελ. 8

Κωδικός: 6720



251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ  
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ: ΝΕΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ  
Λεωφ. Π. Κανελλόπουλου 3 (Κατεύθυνση), 115 25 Αθήνα  
Τηλ.: 210 7463952, Fax: 210 7715690

## Προσεχή Συνέδρια

### Συνέδρια Μαρτίου 2009

#### 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υπέρτασης

5-7 Μαρτίου 2009, Ξενοδοχείο «Divani Caravel», Αθήνα

#### 14ο Ελληνικό Συνέδριο για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού

6-7 Μαρτίου 2009, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα  
Ο: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης του Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού

#### 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κήλης

6-8 Μαρτίου 2009, Ίδρυμα Ευγενίδου, Αθήνα  
Ο: Ελληνική Εταιρεία Κήλης

#### Διαταραχές Οξεοβασικής Ισορροπίας

7 Μαρτίου 2009, Ξενοδοχείο «Divani Caravel», Αθήνα  
Ο: Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,  
Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

#### 14ο Σεμινάριο Χειρουργικών Εκτομών Κεφαλής και Τραχήλου

7-12 Μαρτίου 2009, Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα  
Ο: Ωτορινολαρυγγική Κλινική Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός»

#### AVEM 2009 Aristotle Vascular Expert' s Meeting

12-14 Μαρτίου 2009, Ξενοδοχείο «Hyatt Regency», Θεσσαλονίκη  
Ο: Α' Χειρουργική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης  
(Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»)

#### 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αθλητιατρικής

13-15 Μαρτίου 2009, Αθήνα

#### European Congress on Clinic and

#### Economic Aspects on Osteoporosis and Osteoarthritis

18-21 Μαρτίου 2009, Μέγαρο Μουσικής Αθηνών  
Ο: European Society for Clinic and  
Economic Aspects on Osteoporosis and Osteoarthritis

#### 15ο Διαπανεπιστημιακό Σεμινάριο Οστεοσύνθεσης

19-22 Μαρτίου 2009, Βόλος

#### 11ο Πανελλήνιο Διαβητολογικό Συνέδριο

25-29 Μαρτίου 2009, Ξενοδοχείο «Thraki Palace», Αλεξανδρούπολη  
Ο: Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία

#### 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Ογκολογίας

26-28 Μαρτίου 2009, Ξενοδοχείο «Hilton», Αθήνα  
Ο: Εταιρεία Ογκολόγων-Παθολόγων Ελλάδας

#### 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικής Βιοχημείας

26-29 Μαρτίου 2009, Ξενοδοχείο «Divani Caravel», Αθήνα  
Ο: Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Βιοχημείας (www.medbiochem.gr)

#### 1st Panhellenic Congress on Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery

27-28 Μαρτίου 2009, Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα

#### 2nd Practical Symposium on Voice and Swallowing and Their Disorders

27-29 Μαρτίου 2009, Athens Medical Center-Congress Hall, Αθήνα  
Ο: Ελληνική Εταιρεία Φωνιατρικής και Διαταραχών Φωνής

### Συνέδρια Απριλίου 2009

#### 1st Congress of the Hellenic Oral Pathology Society

2-4 Απριλίου 2009, Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα

#### 11th Congress of the Senologic Hellenic Society

2-4 Απριλίου 2009, Ξενοδοχείο «Hilton», Αθήνα

#### 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματολογίας

2-4 Απριλίου 2009, Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα  
Ο: Ελληνική Εταιρεία Παθολογίας Στόματος

#### 13th State-of-the-Art Interdisciplinary Review Course on Pulmonary Diseases, Critical Care, Emergency Medicine and Nursing Care

2-5 Απριλίου 2009, Αθήνα

#### Εαρινό Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

3 Απριλίου 2009, Ξενοδοχείο «Divani Meteora», Καλαμπάκα  
Ο: Ελληνική Εταιρεία Ερευνας και Εκπαίδευσης  
στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

#### Εαρινό Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

3-5 Απριλίου 2009, Καλαμπάκα  
Ο: Ελληνική Εταιρεία Ερευνας και Εκπαίδευσης  
στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

#### 36th Panhellenic Congress of Endocrinology and Metabolism

8-11 Απριλίου 2009, Ξενοδοχείο «Thraki Palace», Αλεξανδρούπολη

#### 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο

30 Απριλίου-3 Μαΐου 2009, Ξενοδοχείο «Chandris Resort», Κέρκυρα

#### 11ο Πανελλήνιο Πολυθεματικό Συνέδριο Χειρουργικής Ορθοπεδικής και Τραυματιολογικής Εταιρείας Κρήτης

30 Απριλίου-3 Μαΐου 2009, Ξενοδοχείο «Candia Maris», Ηράκλειο Κρήτης  
Ο: Χειρουργική Ορθοπεδική Εταιρεία Κρήτης



#### Ιδιοκτησία

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας  
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα  
Τηλ.: 210 7463 825, Fax: 210 7715 690

#### Εκδότης

Ασχος (ΥΙ) Νικόλαος Σαρίδης

#### Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνοι Σύνταξης: Ασχος (ΥΙ) Νικόλαος Σαρίδης  
Επγός (ΥΙ) Ευάγγελος Τέρπος  
Γραμματεία Σύνταξης: Επγός (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη  
Μέλη: Υπσγός (ΥΙ) Μάριος Μπακογιώργος  
Υπσγός (ΥΙ) Γεώργιος Μπούτσικας

#### Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ  
Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα  
Τηλ.: 210 7228 614-5, 210 7228 624  
Fax: 210 7228 615

#### Copyright 2009

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση χωρίς γραπτή άδεια  
του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας  
των συγγραφέων και των εκδωτών.



Francesco Albani (1578-1660)  
"Winter", Oil on canvas, 1616-1617, Galleria Borghese, Rome

# Μουσικοθεραπεία και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Η μουσική συνοδεύει αρκετές από τις καθημερινές μας δραστηριότητες και είναι στενά συνδεδεμένη με την ιστορία του ανθρώπινου είδους. Γνωρίζουμε ότι εμφανίστηκε στα πρώτα χρόνια της εξέλιξης της ζωής του ανθρώπου. Είναι γνωστό ότι οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν πως η μουσική είναι απαραίτητη για μία ολοκληρωμένη ζωή, ανάγοντάς την σε αναπόσπαστο κομμάτι του χαρακτήρα και της ψυχής μας. Η μουσική πλέον συναντάται σε κάθε μορφή ανθρώπινης εκδήλωσης: από τη στιγμή που εργάζαστε στη ζωή ως νανούρισμα, και μετέπειτα ως παιδικό τραγούδι, για να φτάσει στο αποκορύφωμά της με

**Επιμέλεια:** Υπογός (ΥΝ) **Αθανάσιος Μπέτσης**  
Νοσηλεύτης ΜΕΘ, 251 ΓΝΑ

τον εθνικό ύμνο κάθε χώρας που ενώνει τους ανθρώπους και εγείρει το πατριωτικό τους αίσθημα. Πώς, όμως, η μουσική, ως μορφή τέχνης, θα μπορούσε να βοηθήσει στην επίλυση προβλημάτων που προέρχονται από εγκεφαλικές δυσλειτουργίες ή σωματικές βλάβες, σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ);

Τα τελευταία χρόνια, οι επιστήμονες βρίσκονται σε μία συνεχή αναζήτηση τρόπων που θα έκαναν εφικτή τη βελτίωση των εγκεφαλικών δυσλειτουργιών αλλά και την εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων θεραπείας. Μία από τις εφαρμογές που τις τελευταίες δεκαετίες βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη και έρευνα είναι η χρήση της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Η μουσικοθεραπεία είναι η συστηματική, επιστημονική και δημιουργική εφαρμογή της μουσικής, η οποία συμβάλλει στην επίτευξη συγκεκριμένων θεραπευτικών στόχων και στη διατήρηση της υγείας και ευημερίας του ασθενούς. Στήριζεται στη χρήση μουσικής για θεραπευτικούς σκοπούς και χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς σε μία μεγάλη γκάμα

ασθενειών και σε όλες τις ηλικίες. Σύμφωνα με την American Music Therapy Association, η κλινική εφαρμογή της μουσικοθεραπείας, μέσω ενός εκπαιδευμένου επαγγελματία, μπορεί να επιτύχει σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Ειδικότερα, στη μονάδα εντατικής θεραπείας η μουσικοθεραπεία επηρεάζει τους ασθενείς ως εξής: σύμφωνα με μελέτες, η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας αυξάνει τα επίπεδα ενδορφινών και, κατά συνέπεια, μειώνει τα επίπεδα πόνου, συνεπώς, και τη χορηγούμενη ποσότητα αναλγητικών και αναισθητικών. Επίσης, συμβάλλει στη μείωση του καρδιακού ρυθμού, στη βελτίωση της καρδιακής παροχής και στη μείωση της μέσης αρτηριακής πίεσης. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, η μουσικοθεραπεία μειώνει τη συχνότητα αναπνοών και βοηθάει στη βελτίωση των ειςπνευστικών όγκων και στην αύξηση του βάθους της αναπνοής.

Επιπρόσθετα, αποδείχθηκε με μετρήσεις ότι η μουσικοθεραπεία συντελεί στη μείωση του άγχους, καθώς και στη μείωση του χρόνου νοσηλείας και του αριθμού ημερών παραμονής στον αναπνευστήρα. Επιπλέον, η επιλογή συγκεκριμένου είδους μουσικής, όπως είναι η κλασική μουσική, έδειξε να έχει σημαντική επίδραση

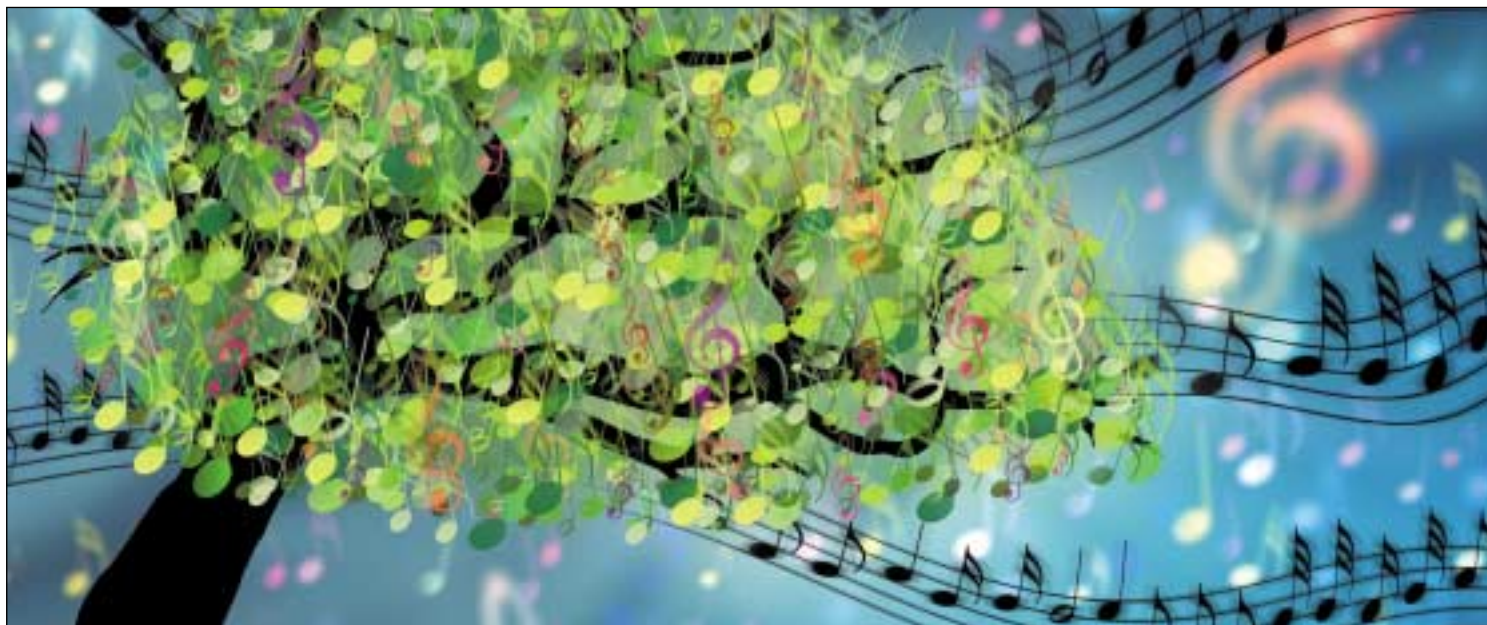
σε διαφορετικές κατηγορίες ασθενών. Η μουσικοθεραπεία φάνηκε να έχει θεραπευτική συμμετοχή στη θεραπεία ασθενειών όπως: παθήσεις του αναπνευστικού, χρόνιας πόνος, ασθενείς με καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα, κεφαλαλγίες, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καθώς και ασθενείς σε κώμα.

Η εφαρμογή του φαινομένου Mozart (το μουσικό μοτίβο του κλασικού συνθέτη έχει ρυθμό 60-80 χτύπους/λεπτό, ο οποίος, σύμφωνα με υπάρχουσες μελέτες, συγχρονίζεται με τον βιορυθμό του οργανισμού) έδειξε να επιδρά ευεργετικά στις ζωτικές λειτουργίες σε διασωληνωμένους καρδιοχειρουργικούς και σε νευροχειρουργικούς ασθενείς της ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, καθώς και σε εκείνους που βρίσκονταν σε κωματώδη κατάσταση, η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας βελτίωσε το επίπεδο συνείδησης και τον προσανατολισμό σε τόπο, χώρο, χρόνο και πρόσωπα. Επιπλέον, συνετέλεσε στην αποκατάσταση της μετατραυματικής αμνησίας και στην αντιμετώπιση πιθανής νευρικής διέγερσης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μνήμη τους, όσον αφορά στους μουσικούς ήχους, παραμένει αναλλοίωτη έπειτα από βλάβες του εγκεφάλου. Η ανταπόκριση των ασθενών αυτών στη μουσικοθεραπεία, όπως έχει αποδειχτεί σε διάφορες έρευνες, αφορά κυρίως στην εντόπιση του βλέμματος των ασθενών, σε αυτόματο άνοιγμα των ματιών, στο γύρισμα του κεφαλιού προς την κατεύθυνση που βρίσκεται η μουσική και σε αύξηση της κινητικότητας, κυρίως στα κάτω άκρα.

Εκτός από την κλασική μουσική, άλλες έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικά είδη μουσικής, όπως την Jazz, την Disco της δεκαετίας του '80, τη Samba, καθώς και άλλα μουσικά μοτίβα. Επίσης, η χρήση μουσικών κομματιών που αποτελούν σαν προσωπικές επιλογές των ασθενών έδειξε να έχει ευεργετική επίδραση στον ψυχισμό τους, καθώς και στη μείωση του πόνου τους. Ιδιαίτερα κατά την εφαρμογή των ιατρονοσηλευτικών πράξεων, φάνηκε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ, ακούγοντας μουσική, είχαν λιγότερο stress και ήταν πιο συνεργάσιμοι.

Ωστόσο, τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της μουσικοθεραπείας στους βαρέως πάσχοντες στη ΜΕΘ φαίνεται ότι επηρεάζουν και το ίδιο το προσωπικό της ΜΕΘ. Η ύπαρξη μουσικής στον εργασιακό χώρο της ΜΕΘ έδειξε ότι επηρεάζει θετικά τη διάθεση και την ψυχολογική κατάσταση του προσωπικού. Επιπλέον, ενισχύει τη συνεργασία και τη βελτίωση των τρόπων συμπεριφοράς μεταξύ ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικές ειδικότητες και που αποτελούν τη θεραπευτική ομάδα στο εργασιακό περιβάλλον της ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, μελέτη που έγινε σε νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ, χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο το άκουσμα απαλής κλασικής μουσικής ή μουσικής που εναρμονιζόταν με προσωπικές μουσικές επιλογές, έδειξε ότι η ύπαρξη μουσικής στον χώρο εργασίας της ΜΕΘ συντελεί στη μείωση των λαθών κατά τη διάρκεια της εργασίας και ότι ενισχύει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης. Επιπρόσθετα, άλλες μελέτες έδειξαν ότι η μουσικοθεραπεία βελτίωσε τις σχέσεις του προσωπικού με τους συγγενείς των ασθενών, διότι η μουσική έκανε την οικογένεια να αισθάνεται πιο άνετα.

Συμπερασματικά, η σπουδαιότητα της μουσικής για τους βαρέως πάσχοντες στη ΜΕΘ έγκειται στην εφαρμογή της μουσικοθεραπείας, ως μη φαρμακολογικής παρέμβασης, και το βέβαιο είναι πως η μουσική έχει βιολογικό υπόβαθρο, που σχετίζεται με τη λειτουργική οργάνωση με την οποία ο εγκέφαλος και το σώμα μας αντιδρά σε αυτήν. Η σημασία της ως θεραπευτικού μέσου μένει να αποδειχτεί στην πράξη με την πάροδο των χρόνων φέρνοντας στο φως νέα στοιχεία.



# Δηλητηρίαση Από Μανδραγόρα

Πρόσφατα νοσηλεύτηκε στο 251 ΓΝΑ ένα περιστατικό με διάγνωση Δηλητηρίαση από μανδραγόρα. Το παρόν άρθρο θα αναφερθεί στην περιγραφή του περιστατικού, στο αντιχολινεργικό σύνδρομο που προκαλεί η κατανάλωση καρπών τέτοιου είδους και, επίσης, στο ίδιο το φυτό, τις χρήσεις του από την αρχαιότητα έως σήμερα και κάποιες δεισιδαιμονίες που υπάρχουν σχετικά με τον μανδραγόρα και τις μαγικές ιδιότητες που του έχουν αποδώσει στο πέρασμα των αιώνων.

## Επιμέλεια:

Υποσγός (ΥΝ) **Αικατερίνη Οικονομοπούλου**  
Νοσηλεύτρια ΜΕΘ

Στόχος, λοιπόν, είναι η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, καθώς μόνο η λήψη του σωστού ιστορικού και η προσεκτική αξιολόγηση των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων μας οδηγούν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση και θεραπεία του αντιχολινεργικού συνδρόμου που προκαλείται έπειτα από τέτοιες δηλητηριάσεις. Επίσης, σημαντικό στο σημείο αυτό είναι να αναφέρουμε τη σπανιότητα της περίπτωσης, όπως διαφαίνεται και από τον παρακάτω Πίνακα. Αυτά είναι επίσης στοιχεία του Κέντρου Δηλητηριάσεων, όπου αναφέρονται 2 περιστατικά δηλητηριάσεων από μανδραγόρα στο σύνολο 257 περιπτώσεων δηλητηριάσεων από φυτά, στα οποία τον πρωταγωνιστικό ρόλο φαίνεται να παίζουν τα μανιτάρια. Παρόλα αυτά, η πρώτη ελληνική επιστημονική δημοσίευση ανάλογου περιστατικού έγινε το 1980.

Φυτά	Αρ. Περιπτώσεων
Μανιτάρια	115
Κουκιά	17
Πλατύφυλλα	17
Πικροδάφνη	1
Δρακοντιά	5
Πικραγγοριά	8
Μπελαντόνα	5
Στραμόνιο	2
Μανδραγόρας	2
Διάφορα	85
<b>Σύνολο</b>	<b>257</b>

Η περιγραφή του περιστατικού είχε ως εξής:

Ανδρας ασθενής 45 ετών εισήχθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω προοδευτικής αδυναμίας επικοινωνίας. Ο συνοδός του ασθενούς ανέφερε ότι στο τέλος κοινού γεύματος ο ασθενής κατανάλωσε «άγνωστο καρπό», προερχόμενο από το νησί της Πάρου, που αναφερόταν με το όνομα «μανδραγόρας» και είχε έντονο άρωμα και γλυκιά γεύση. Ο ασθενής έφαγε 5-6 καρπούς και 30 περίπου λεπτά μετά την κατανάλωση του μανδραγόρα ένιωσε έντονη ξηροστομία που δεν υποχωρούσε με την κατανάλωση ύδατος, και γύρω στα 15 λεπτά αργότερα έχασε προοδευτικά την επαφή με το περιβάλλον και μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μας.

Κατά την εισαγωγή του, ο ασθενής είχε κλίμακα Γλασκόβης 10. Χαρακτηριστικά, παρουσίαζε ψυχοκινητική διέγερση με ασυνάρτητη και ακατανόητη ομιλία. Η μυϊκή ισχύς και η αισθητικότητα ήταν φυσιολογικές, όμως οι κόρες των ματιών ήταν σε μυδρίαση και μη αντιδρώσες στο φως.

Υποβλήθηκε άμεσα σε πλήρη **εργαστηριακό, απεικονιστικό και τοξικολογικό** έλεγχο, με αποτελέσματα εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο έλεγχος των ούρων για βενζοδιαζεπίνες και οπιοειδή ήταν αρνητικός και η αντίδραση των ούρων αλκαλική αντί για όξινη.

Τοποθετήθηκε διαφλέβιος και ρινογαστρικός καθετήρας από όπου αρχικά έγιναν πλύσεις και στη συνέχεια χορήγηση ενεργού άνθρακα.



Ακολούθησε αιμοδυναμικό monitoring στη ΜΕΘ, ενυδάτωση του ασθενούς με κρυσταλλοειδή διαλύματα (τύπουingers lactated) και προσεκτική παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Από τα ζωτικά σημεία διαφάνηκε μία φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ενώ τα αέρια του ασθενούς ήταν φυσιολογικά. Ο ασθενής παρέμενε σε διέγερση οπότε και κατεστάλη με χορήγηση αλλοπεριδόλης, καθώς και προποφόλης σε χαμηλή ροή στα 40mg/h. Η κλινική πορεία στη ΜΕΘ χαρακτηρίστηκε από αιμοδυναμική και αναπνευστική σταθερότητα. Η νευρολογική εικόνα βελτιώθηκε εντός 12-14 ωρών επανακτώντας πλήρη επαφή με το περιβάλλον. Μόνο ένα επεισόδιο υπερκαλιαιμίας με  $K=8,6$  με συνοδό φλεβόκομβο περίπου στις 120/min παρατηρήθηκε τη δεύτερη μέρα και αντιμετωπίστηκε με χορήγηση διαλύματος D/w 35% και γλυκονικό ασβέστιο, καθώς και με τη χορήγηση καλιοανταλλακτικής ρητίνης. Ο ασθενής εξήλθε της ΜΕΘ αβλαβής την τρίτη μέρα, και από το νοσοκομείο την πέμπτη μέρα της νοσηλείας του. Πρέπει, επίσης, στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι η διάγνωση στηρίχτηκε, εκτός των άλλων, και σε ποιοτική ανάλυση του καρπού που έγινε από το Τοξικολογικό Εργαστήριο Αθηνών και οδήγησε στην ταυτοποίησή του.

Το αντιχολινεργικό σύνδρομο, που οφείλεται στις παρενέργειες πολλών διαφορετικών φαρμακευτικών ουσιών, είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο που οδηγεί τους ασθενείς για την αντιμετώπισή του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Υπερδοσολογίες φαρμάκων, όπως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσονικά ή αντισπασμικά δημιουργούν τέτοιες παρενέργειες και άλλες ουσίες, όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες δημιουργούν δυσάρεστα συμπτώματα εξαιτίας της συμπαθομιμητικής τους δράσης. Λιγότερο συχνές αιτίες

για την εκδήλωση τέτοιων παρενεργειών είναι ορισμένα είδη φρούτων και λαχανικών, άγνωστης προέλευσης και περιεχομένου για τον σύγχρονο άνθρωπο. Τα είδη αυτά περιέχουν αλκαλοειδή του τροπανίου (δηλ. ατροπίνη, σκοπολαμίνη και υοσκυαμίνη). Αυτές οι ουσίες έχουν παρασυμπαθολυτικές ιδιότητες, δηλ.:

1. ταχυκαρδία
2. κατάργηση αντανάκλαστικού της κόρης και συνοδή μυδρίαση
3. μείωση της έκκρισης αδένων
4. μείωση των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου.

Ταυτόχρονα, τέτοιες ουσίες έχουν και διαφορετικές δράσεις στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Για παράδειγμα, η υοσκυαμίνη διεγείρει τον φλοιό του εγκέφαλου, ενώ η σκοπολαμίνη έχει ηρεμιστικές και ναρκοτικές ιδιότητες.

Το αντίδοτο τέτοιων ατροπικών ενώσεων είναι η **φουσοστιγμίνη**, φάρμακο με δράση παρασυμπαθομιμητική που επιδρά στο ΚΝΣ. Η δόση εφόδου είναι 1-2mg IM ή βραδέως ενδοφλεβίως, αλλά χρήζει προσοχής λόγω των παρενεργειών του φαρμάκου. Στην περίπτωση αυτή δεν χρησιμοποιήθηκε το αντίδοτο διότι η φουσοστιγμίνη έχει μικρή διάρκεια δράσης (20-60 λεπτά) και δεν επαρκεί για να καλύψει τα μεγάλης διάρκειας σημεία και συμπτώματα που προκαλούνται από αυτές τις δηλητηριάσεις.

## Το φυτό μανδραγόρας

Ο μανδραγόρας ανήκει στην οικογένεια των φυτών με το όνομα solanaceae. Έχουν περιγραφεί αρκετά είδη του γένους μανδραγόρα. Τα πιο γνωστά είναι ο mandragora officinarum και ο mandragora autumnalis. Στην ίδια οικογένεια ανήκουν και φυτά, όπως η belladonna, το datura stramonium και ο hyoscyamus niger. Τα παραπάνω φυτά περιέχουν αλκαλοειδή του τροπανίου άλλοτε σε άλλες περιεκτικότητες. Συγκεκριμένα, ο μανδραγόρας περιέχει 0,4% αλκαλοειδή: ατροπίνη σε μεγαλύτερο ποσοστό, υοσκυαμίνη, σκοπολαμίνη και μανδραγορίνη. Ο μανδραγόρας είναι φυτό ιθαγενές των μεσογειακών χωρών. Ενδημεί στην ελληνική επικράτεια (κυρίως ο mandragora officinarum). Απαντάται σε βραχώδη μέρη, κυρίως σε πολλά από τα ελληνικά νησιά (περισσότερο σε Κυκλάδες και Δωδεκάνησα), σποραδικά στη Στερεά Ελλάδα και την Πελοπόννησο.

Ο μανδραγόρας έχει μία μακριά καφέ ρίζα σαν παντζάρι, που μπορεί να φτάσει σε βάθος ενός μέτρου. Η ρίζα είναι μερικές φορές μονή και μερικές φορές διακλαδώνεται σε δύο ή τρεις βραχιόνες. Ακριβώς από την κορυφή της εμφανίζονται μερικά σκουροπράσινα φύλλα, μυτερά στις άκρες, που έχουν μία δυσάρεστη οσμή. Μέσα από τα φύλλα ξεπετάγονται τα άνθη του φυτού, με χαρακτηριστικό υπόλευκο χρώμα και αρκετές φορές με μοβ παραλλαγές. Τα άνθη παράγουν ένα σφαιρικό λείο καρπό σαν μικρό μήλο που γίνεται κίτρινος ή πορτοκαλί όταν ωριμάσει. Η σάρκα του καρπού είναι γεμάτη και έχει ένα δυνατό άρωμα σαν του μήλου.

Όπως φαίνεται, οι Έλληνες από την Προκλασική Εποχή γνώριζαν την επίδραση επί του ψυχισμού φυτών με αντιχολινεργικά αλκαλοειδή (π.χ. atropa belladonna, mandragora officinarum), τα οποία γνώριζαν ότι προκαλούσαν αμνησία και παραλήρημα. Ο Διοσκουρίδης στο βιβλίο του «Περί Ιατρικής» αναφέρει τον «μανδραγορίτη», φαρμακοτεχνική μορφή από οίνο και φλοιό ρίζας από μανδραγόρα, το οποίο χρησιμοποιούνταν ως υπνωτικό. Είναι γνωστή, εξάλλου, η έκφραση **υπό μανδραγόρου καθεύδειν**, ενώ κατά τον Μεσαίωνα ήταν γνωστό ως εξαιρετικό αναισθητικό για τις εγχειρήσεις. Ακόμη και την εποχή της Βίβλου υπάρχουν αναφορές για τη χρήση του ως βοτάνι για τεκνοποιία.

Πολλοί συγγραφείς, εξάλλου, του έχουν αποδώσει

μαγικές και υπερφυσικές ιδιότητες. Επειδή η ρίζα του μοιάζει με ανθρώπινη φιγούρα, έγινε αιτία να δημιουργηθούν πλήθος δεισιδαιμονιών σχετικά με το φυτό. Πίστευαν ότι η παρουσία τέτοιων ριζών οφειλόταν σε φαινόμενα μετεμψύχωσης, ιδιαίτερα ατόμων που είχαν αυτοκτονήσει ή δολοφονηθεί, και ότι το φυτό βρισκόταν κάτω από την επίδραση των δυνάμεων του σκότους και της γης. Το ξεριζώμα του μανδραγόρα γινόταν μόνο νύχτα με πανσέληνο. Συνοδευόταν από προσευχές και ιεροτελεστίες. Τα ανθρώπινα χέρια δεν έπρεπε να έλθουν σε επαφή με τις μαγικές και καταστρεπτικές ιδιότητες του φυτού. Στον Μεσαίωνα, πίστευαν πως τη στιγμή που ο μανδραγόρας ξεριζωνόταν από τη γη έβγαине μια δυνατή κραυγή που σκότωνε ή τρέλαινε όσους τύχαινε να την ακούσουν. Εξάλ-



λου, ήταν βασικό συστατικό για τα μαντζούνια των μαγισσών και το πιο κοινό παράδειγμα κατάχρησης των φαρμακευτικών ιδιοτήτων ενός φυτού.

Τα τελευταία χρόνια, έγινε μία προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί από τους εναλλακτικούς ιατρούς ως ομοιοπαθητικό φάρμακο, κυρίως σε ρευματικές παθήσεις. Έχει αποδειχτεί, όμως, πως έστω και σε μικρές ποσότητες έχει μεγάλα ποσοστά αλλεργικών αντιδράσεων και, ως επί το πλείστον, αποφεύγεται. Η δηλητηρίαση από το φυτό αυτό οφείλεται είτε σε άγνοια, όταν πρόκειται για μικρή ηλικία, είτε στην περιέργεια αυτών που σαγηνεύονται και πιστεύουν ακόμη και σήμερα στις «μαγικές» ιδιότητές του.

Όσο, λοιπόν, ο σύγχρονος τρόπος ζωής μας ωθεί στην υιοθέτηση ενός πιο φυσιολατρικού τρόπου σκέψης και πράξης τόσο η γνώση και η εμπειρία τέτοιων περιστατικών πρέπει να μας διδάσκει να δέχουμε στη φύση τον σεβασμό που της αξίζει.

## Η Ενημέρωση του Ασθενούς στη Φάση της Διάγνωσης

Είναι κοινωνικά παραδεκτό ότι ο καρκίνος είναι η μοναδική ανάμεσα στις ασθένειες που προκαλεί τόσο μεγάλο βαθμό ανησυχίας και φόβου στους πάσχοντες και στο οικογενειακό τους περιβάλλον<sup>1</sup>.

### Επιμέλεια:

Επγός (ΥΝ) **Χρυσούλα Κάρλου-Σταύρακα**, MSc  
Προϊσταμένη Γραφείου Εκπαίδευσης  
ΔΤΕΕΟΕ/ΚΕΥΠΑ, 251 ΓΝΑ

Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στον χώρο της Ιατρικής, και ειδικότερα της Ογκολογίας, και τη συνεχή πληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ο μύθος που περιβάλλει τον καρκίνο δεν έχει ακόμη καταρριφθεί. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν άμεσα καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή τους που συνδέονται με έντονα συναισθήματα. Ο φόβος του αγνώστου, η δυσάρεστη θεραπεία και οι παρενέργειές της, καθώς και η απώλεια του προσωπικού ελέγχου είναι κάποια από αυτά. Η εμπειρία του καρκίνου κινητοποιεί όλες τις διαθέσιμες προσωπικές δυνάμεις και εφεδρείες όχι μόνο για την αντιμετώπιση της ασθένειας αλλά και για την προσωπική και κοινωνική εμπειρία που θα βιώσει ο ασθενής μέσα από αυτή την ασθένεια<sup>2-5</sup>.

Σύμφωνα με την Παπαδάτου<sup>13</sup>, ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς από τη φροντίδα του εξαρτάται από δύο πολύ σημαντικούς παράγοντες: την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που του παρέχεται και το ενδιαφέρον και την κατανόηση που του δείχνει το προσωπικό υγείας. Ανεξάρτητα από την τακτική που ακολουθείται από τους επαγγελματίες Υγείας για την αποφυγή ενημέρωσης και πληροφόρησης του ασθενούς, η παράκληση του ίδιου για πλήρη, και κυρίως ειλικρινή ενημέρωση, πρέπει να αποτελεί υποχρέωση και κυριότερα για τον θεράποντα ιατρό. Οι υπάρχουσες νομοθετικές διατάξεις αναγνωρίζουν το δικαίωμα στην πληροφόρηση, τη συγκατάθεση, τον σεβασμό στην ελεύθερη βούληση του ασθενούς να δεχτεί ή να αρνηθεί τη νοσηλεία, την εξασφάλιση της αυτονομίας του, της προστασίας της υγείας του και, τέλος, της ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας. Εντούτοις, η παράβαση των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί ένα αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο στον χώρο της Υγείας<sup>67</sup>.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Μάνο και Χριστάκη (1981)<sup>3</sup> σε 71 ιατρούς ειδικούς στην αντιμετώπιση του καρκίνου που εργάζονταν τόσο σε γενικά όσο και σε ειδικά νοσοκομεία, οι 37 απάντησαν ότι ουδέποτε ανακοίνωσαν τη διάγνωση στους ασθενείς. Οι 29 ανακοίνωσαν τη διάγνωση από σπάνια έως πολύ σπάνια. Πολύ αργότερα, το 1992, σύμφωνα με τη διδακτορική διατριβή της Γιαννοπούλου<sup>8</sup> για την ενη-



μέρωση του ασθενούς στην ελληνική υγειονομική πραγματικότητα, φάνηκε ότι ένα 63% των ασθενών επιθυμούσε να ενημερώνεται. Η επιθυμία αυτή επηρεαζόταν από το νοσοκομείο που νοσηλεύεται, ενώ η θέση των νοσηλευτών και ιατρών ως προς την ενημέρωση ήταν ανάλογη με την περίπτωση του ασθενούς. Η πλειονότητα των ιατρών ενημερώνει τον ασθενή κατά περίπτωση 115 από δείγμα 180 ιατρών. Οι νοσηλευτές (45/74) φάνηκαν θετικοί στη συμμετοχή τους σε μία ομάδα που θα ανακοίνωνουν τη διάγνωση στον ασθενή και θα είναι όλοι εμπλεκόμενοι στη φροντίδα του, εξίσου ενημερωμένοι για το μέγεθος της αλήθειας που γνωρίζει ο ασθενής. Σε αυτή τη θέση έπαιξε σημαντικό ρόλο το είδος της βασικής εκπαίδευσής τους.

Σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 1997 από το Τμήμα Ψυχοογκολογίας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων<sup>9</sup> φάνηκε ότι από τους 100 συγγενείς που ερωτήθηκαν το 59% υποστήριζε ότι η ανακοίνωση της διάγνωσης βοηθά τον ασθενή. Το 76% πιστεύει ότι την ανακοίνωση πρέπει να την κάνει ο ιατρός, ενώ μόνο το 31% πιστεύει ότι η ανακοίνωση πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα στην οικογένεια και τον ασθενή. Στο ίδιο δείγμα σε άλλη ερώτηση, το 31% πίστευε ότι η ανακοίνωση της διάγνωσης θα είχε αρνητικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της νόσου. Αυτό φάνηκε ότι το πίστευαν πιο πολύ τα παιδιά για τους γονείς τους. Ενώ το 98% του δείγματος συμφώνησε ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικο-

γένειές τους έχουν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης. Από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης φάνηκε ότι στην ελληνική οικογένεια το άτομο έρχεται πολλές φορές σε δεύτερη θέση, σε σχέση με την οικογένεια που επιθυμεί να ενημερώνεται και να κατευθύνει εκείνη τη θεραπευτική διαδικασία και την ενημέρωση των μελών της. Επίσης, η πλειονότητα των ερωτηθέντων (65%) πίστευε ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια.

Από αυτή τη σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και την καθημερινή κλινική πράξη αποκαλύπτεται πως η εξατομικευμένη και με σεβασμό ενημέρωση του ατόμου με καρκίνο διευκολύνει την επικοινωνία και τη συνεργασία με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Επιπλέον, βοηθά τον ασθενή και την οικογένειά του να προσαρμοστούν πιο ομαλά στη νέα πραγματικότητα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι μέσα από αυτές τις έρευνες μία μεγάλη μερίδα των ασθενών με καρκίνο εκδηλώνουν την απαρésκειά τους για την επικοινωνία που συναντούν εκ μέρους του ιατρού τους. Τα παράπονα συνήθως περιστρέφονται γύρω από τον τρόπο που ενημερώνονται για τα αποτελέσματα της διάγνωσης και το είδος της θεραπείας τους<sup>5</sup>.

Από την άλλη πλευρά, ο νοσηλευτής λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μέσα στην υγειονομική ομάδα. Ο ρόλος του είναι να ενθαρρύνει τον ανοιχτό διάλογο με τον ασθενή στοχεύοντας, κατά πρώτο λόγο, να αξιολογήσει το μέγεθος των γνώσεων του ασθενούς, όσον αφορά στην ασθένειά του, τις προσωπικές του ανάγκες και τις αγωνίες του. Ο νοσηλευτής, σε συνεργασία πάντα με τον θεράποντα ιατρό, και αφού λάβει υπόψη την προσωπικότητα του ασθενούς και την επιθυμία για ενημέρωση σχεδιάζει το υποστηρικτικό πλαίσιο για τον καθένα ξεχωριστά και αποσαφηνίζει σημαντικούς όρους και λεπτομέρειες της ενημέρωσης.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι για την ενημέρωση των ασθενών φαίνεται ότι ο ρόλος του ιατρού είναι καθοριστικός. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι ο θεράπων ιατρός είναι αυτός που επιλέγει το θεραπευτικό σχήμα. Ενώ δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη ο ρόλος του νοσηλευτή, αφού οι ασθενείς δεν απευθύνονται σε αυτόν. Οι νοσηλευτές συχνά νιώθουν εγκλωβισμένοι στον ρόλο τους και ταλαντεύονται μεταξύ του ιδανικού που διδάχθηκαν στις σχολές τους και της πραγματικότητας που αντιμετωπίζουν στα νοσοκομεία (έλλειψη χρόνου, φόρτος εργασίας, έλλειψη καθηκοντολογίου)<sup>10-13</sup>.

Η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου του ασθενούς παρέχει απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της κρίσης από



την ενημέρωση. Από τη συμπεριφορά, τα λεγόμενά του, τη δυνατότητα για ανοιχτή συζήτηση αναγνωρίζεται ο μηχανισμός άμυνας που έχει κινητοποιήσει ο ασθενής για να αντιμετωπίσει μία τόσο απειλητική διάγνωση όπως ο καρκίνος<sup>14</sup>. Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί:

- πόσο ανοιχτά συζητά το θέμα της διάγνωσης
- πώς αισθάνεται μία πιθανή διάγνωση για καρκίνο. Ίσως αισθάνεται τον καρκίνο σαν στίγμα, νιώθει μη αποδεκτός από τον κοινωνικό του περίγυρο. Ίσως πάλι αισθάνεται απομονωμένος από τον κοινωνικό του περίγυρο επειδή οι γύρω του νιώθουν αμήχανοι, δεν ξέρουν τι να του πουν, πώς να του συμπεριφερθούν, ενώ ο ασθενής το αντιλαμβάνεται ως άρνηση και οδηγείται στην απομόνωση<sup>3,14</sup>.

Μέσα από τον επικοινωνιακό διάλογο και την ουσιαστική επικοινωνία ο ασθενής δυναμικά θα νιώσει ενισχυμένος, ενώ παράλληλα θα ενισχυθεί η εμπιστοσύνη του στη θεραπευτική αγωγή. Ενισχύεται η ελπίδα του για τα αποτελέσματα της θεραπείας, αποκτά δύναμη να υπερπηδά τις αντιξοότητες και νιώθει ότι υποστηρίζεται στο μεγάλο ταξίδι της αποδοχής του νέου τρόπου ζωής<sup>7,10,15</sup>.

Η σταδιοποίηση της ψυχολογικής προσαρμογής στη διάγνωση του καρκίνου επιχειρήθηκε πρώτη φορά από την Kubler-Ross, που αναφέρει τα ακόλουθα στάδια: άρνηση, οργή, διαπραγματεύση, κατάθλιψη, αποδοχή<sup>6</sup>.

Σήμερα, πιστεύεται ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου και η προσαρμογή είναι οι ίδιες με εκείνες των άλλων καταστροφικών γεγονότων. Έχουν χαρτογραφηθεί κάποια πρότυπα αντίδρασης, καθώς επιτυγχάνεται η προσαρμογή στον νέο τρόπο ζωής, όμως, υπάρχει μεγάλη ποικιλία στην έκφραση της δυσφορίας και τις αντιδράσεις των ασθενών. Αυτά όλα διαμορφώνονται με βάση τους μηχανισμούς άμυνας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τη διαθέσιμη υποστήριξη που υπάρχει για το κάθε άτομο ξεχωριστά<sup>3,14</sup>.

Το αναπτυξιακό στάδιο κατά το οποίο επέρχεται η νοσηρότητα είναι σημαντικός παράγοντας για τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς και τη διαδικασία προσαρμογής του.

Από τη γέννησή του μέχρι τη βιολογική ενηλικίωσή του το άτομο διέρχεται από διάφορα στάδια ψυχολογικής ωρίμανσης, μέσω μιας μακρικής και σύμπλοκης διεργασίας στην οποία βεβαίως τα πρώτα χρόνια της ζωής έχουν καθοριστική σημασία. Έτσι, π.χ. νοσηρότητα στο πρώτο στάδιο της ζωής (από τη γέννηση έως 2 ετών) οδηγούν σε σημαντική διαταραχή στο αίσθημα ανεξαρτησίας από το περιβάλλον και αψύ-

λεια ανάπτυξης της εικόνας του εαυτού.

Για τους εφήβους ο καρκίνος αποτελεί πλήγμα στη διαδικασία της επιβεβαίωσης και της σταθεροποίησης του εγώ, με αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους. Συχνά παρατηρούνται στους εφήβους έλλειψη συνεργασίας με τους υγειονομικούς ή ακόμη και άρνηση της νόσου.

Στους μεσήλικες, η έναρξη της νόσου συνοδεύεται από απαισιόδοξες σκέψεις για την πρόγνωση της νόσου. Στη γεροντική ηλικία υπάρχει αποδιοργάνωση των γνωστικών λειτουργιών και μείωση της κριτικής ικανότητας σε σχέση με την ασθένεια, έτσι επιταχύνεται το στρες και το άγχος. Όσον αφορά στο φύλο, οι γυναίκες αντιδρούν πιο έντονα σε νόσους που προσβάλλουν άμεσα τη θηλυκότητά τους, ενώ οι άντρες σε ό,τι συνεπάγεται εξάρτηση από τους άλλους. Με βάση την προσωπικότητά τους οι ασθενείς με υστερική δομή αντιδρούν με παλινδρόμηση και εξάρτηση. Η μόρφωση και η κοινωνική θέση μπορούν να διαμορφώσουν την αντίδραση στη νόσο. Ατομα μορφωμένα κατανοούν καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα τον ρόλο του ασθενούς. Αυτά τα άτομα συνήθως κινητοποιούν μηχανισμούς άμυνας, όπως η άρνηση και η απώθηση. Τέλος, αποφασιστικό ρόλο παίζει η προηγούμενη εμπειρία με τον καρκίνο από το στενό περιβάλλον<sup>2,4</sup>.

Στη σφαίρα αυτής της ασθένειας, η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού υγείας και του ασθενούς αποτελεί ουσιαστική παράμετρο της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η καθηγήτρια Ε. Παπράκη<sup>10</sup> υποστηρίζει ότι η μοναδικότητα του ρόλου του νοσηλευτή έγκειται στο γεγονός ότι αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή με καρκίνο, ως άτομο με κοινές αλλά και ανθρωπίνες ανάγκες, οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν με σεβασμό και αξιοπρέπεια στην προσωπικότητά του. Αυτό σημαίνει ότι η προσέγγιση του ασθενούς επικεντρώνεται στις σωματικές και λειτουργικές του ανάγκες και εξίσου στις ψυχολογικές και πνευματικές.

Η ολιστική προσέγγιση παρακάμπτεται συνήθως από το ιατρικό προσωπικό λόγω της υψηλής εξειδίκευσής του.

Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν πως γενικά οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούν καλά με τους ασθενείς, ενώ οι ίδιοι οι νοσηλευτές παραδέχονται πως η επικοινωνία με τους ογκολογικούς ασθενείς είναι δύσκολη<sup>10,12,15</sup>.

Μία από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον ασθενή είναι οι φραγμοί επι-

κοινωνίας, οι οποίοι αν και μοιάζουν ανώδυνοι στην πραγματικότητα αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου», καθώς παρεμποδίζουν την επικοινωνία και αποξενώνουν τους συνομιλητές. Οι φραγμοί επικοινωνίας εκπορεύονται από πολιτισμικές, κοινωνικές και προσωπικές συνήθειες ή ανάγκες του επαγγελματία Υγείας.

Ο νοσηλευτής, αναλαμβάνοντας συχνά ρόλους, όπως αυτού του «κηδεμόνα», του «συμβουλάτορα», του «σωτήρα», χρησιμοποιεί τους φραγμούς αυτούς, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η αυτοέκφραση του ασθενούς και ο ίδιος να αποτυγχάνει να τον ακούσει και να τον κατανοήσει<sup>10,13,15,16</sup>.

Η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας είναι το πρώτο βήμα που θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να έχει μία εποικοδομητική επαφή με τον ασθενή, συμβάλλοντας θετικά στη συνεργασία του και στη φροντίδα που παρέχει. Η Wilkinson<sup>16</sup> απέδειξε, σε πρόσφατη έρευνα, ότι οι νοσηλευτές μπορούν να διδαχθούν δεξιότητες επικοινωνίας και πως το επίπεδο των δεξιοτήτων μπορεί να διατηρηθεί.

Όμως, η επικοινωνία δεν απαιτεί μόνο χρόνο, αυτό που χρειάζεται είναι γνώσεις, δεξιότητες και κυρίως σταθερά συνεχιζόμενο ενδιαφέρον για το κάθε άτομο που βιώνει την εμπειρία του καρκίνου.

#### Βιβλιογραφία

1. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (1995). *Η ψυχολογία στον χώρο της Υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
2. Ιακωβίδης Β (1996). *Συναισθηματικές αντιδράσεις σε σχέση με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου*. Πρακτικά Σεμιναρίου Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
3. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (1986). *Η ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*. Εκδόσεις Φλόγα. Αθήνα.
4. Κάρλου Χ (2002). *Διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων των καρκινοπαθών*. Πρακτικά Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
5. Maguire PG (1988). *Psychological morbidity among cancer patients. Who needs help? Oncology: 55-59*.
6. Παπά Θ (1998). *Ο άρρωστος έχει καρκίνο – Ζητείται συνήγορος*. Πρακτικά 5ου Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας. Ηράκλειο Κρήτης.
7. Pyne R (1986). *Tell me honestly*. *Nursing Times* 82(21): 25-26.
8. Γιαννοπούλου Χ (1997). *Η αλήθεια στον άρρωστο*. Πρακτικά 4ου Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας. Ηράκλειο Κρήτης.
9. Δαμίγος Δ (1997). *Ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στον καρκίνο*. Πρακτικά Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου Ψυχοογκολογίας. Μέσσοβο.
10. Παπράκη Ε (1997). *Ηθικά προβλήματα στην άσκηση της νοσηλευτικής σε ασθενείς με καρκίνο*. 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Αθήνα.
11. Σιδέρη Ι (1993). *Η συμβολή της νοσηλευτικής στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του καρκινοπαθούς*. *Ελληνική Ογκολογία*; 29: 105-108.
12. Anderson JL (1989). *The nurse role in cancer rehabilitation*. *Review of the literature Cancer Nursing* 12(2): 85-94.
13. Γιαννοπούλου Χρ (1990). *Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική*. Εκδόσεις Ταβιά. Αθήνα.
14. Παπάζογλου Ε (2002). *Ο θρήνος που συνοδεύει τη διάγνωση του καρκίνου για τον άρρωστο, την οικογένεια και τον επαγγελματία Υγείας*. Πρακτικά Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
15. Τζαμάκου Ε (1997). *Η σημασία της επικοινωνίας στη Νοσηλευτική Ογκολογία*. Πρακτικά 4ου Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας. Ηράκλειο Κρήτης.
16. Wilkinson S (1991). *Factors which influence how nurses communicate with cancer patients*. *Journal of Advanced Nursing* 16: 677-688.

# Αποφρακτική Υπνική Απνοια: Η Νόσος του Υπνου που Ακολουθεί τη Ζωή του Ασθενούς και την Ημέρα

Η σημασία του ύπνου ήταν γνωστή ήδη από την αρχαιότητα και δεν είναι τυχαίο πως ένας θεός, ο Μορφέας, ήταν ο προστάτης του. Δυστυχώς, το πέρασμα των αιώνων υποβίβασαν τον ύπνο σαν τον φτωχό συγγενή της ημερήσιας δραστηριότητας.

Κατά συνέπεια, η νοσολογία του παρέμεινε για χρόνια αδιευκρίνιστη. Συσσωρευμένα στοιχεία, όμως, καθιστούν τη μελέτη του ύπνου αναπόσπαστο κομμάτι της ιατρικής έρευνας και της πνευμονολογίας ειδικότερα.

**Επιμέλεια: Ιωάννης Κοκκονούζης**

Ειδικευόμενος Ιατρός

Πνευμονολογική Κλινική 251 ΓΝΑ

Η αποφρακτική υπνική άπνοια ή σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο [ΣΑΥΑ (obstructive sleep apnea syndrome – OSA)] είναι η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από τη σύμπτωση των τοιχωμάτων του φαρυγγικού αεραγωγού, τη διακοπή της ροής αέρα και τη συνακόλουθη αφύπνιση. Η άπνοια που αποτελεί κεντρικό στοιχείο της διαταραχής ορίζεται ως η πλήρης διακοπή της ροής αέρα για τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα. Η υπόπνοια, ένας συναφής όρος, ορίζεται ως η ελάττωση της ροής του αέρα, συνήθως κατά 50%, ή ακόμη και λιγότερο, συνδυαστικά με πτώση του κορεσμού του οξυγόνου τουλάχιστον κατά 4% ή/και αφύπνιση.

Συνδυαστικά, ο όρος σύνδρομο άπνοιας υπόπνοιας ή υποαιπνοϊκό σύνδρομο (sleep apnea-hyperrpnoea syndrome – SAHS) περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς που παρουσιάζουν επεισόδια άπνοιών και υποπνοιών κατά τη διάρκεια του ύπνου και τα οποία τεκμηριώνονται με εξέταση μελέτης ύπνου, εξέταση που και ακολούθως θα περιγράψουμε. Βάσει του αριθμού των επεισοδίων άπνοιών ή/και υποπνοιών την ώρα [δείκτης άπνοιών/υποπνοιών (Apnea/Hyperrpnoea Index – AHI)], το σύνδρομο χαρακτηρίζεται ως ήπιο (10-30 επεισόδια), μέτριο (31-50) ή σοβαρό (>50 επεισόδια την ώρα). Αν και η συχνότητα της νόσου συνήθως υποεκτιμάται, υπολογίζεται πως ως και το 9% των αντρών και το 4% των γυναικών παρουσιάζουν ανωμαλίες κατά τον ύπνο. Θεωρείται πως σε συμπτωματικούς, όπως είναι οι ροχαλιστές, το ποσοστό εκτινάσσεται στο 60%.

Οι ως τώρα μελέτες έχουν αναγνωρίσει μια σειρά παραγόντων κινδύνου, όπως η ηλικία, το αυξημένο σωματικό βάρος, η αυξημένη διάμετρος του αυχένα, η χρήση αγχολυτικών ή υπνωτικών φαρμάκων, η χρήση αλκοόλ, ειδικά πριν από τον ύπνο, καθώς και κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες, όπως η οπισθογναθία και η μειωμένη απόσταση μεταξύ των γομφίων. Καταστάσεις, όπως η μεγαλακρία, το μυξοίδημα, το σύνδρομο Down και αίτια μακρογλωσσίας θα πρέπει να εξετάζονται και να αποκλείονται. Κοινό χαρακτηριστικό της νόσου είναι ένας συγκερασμός μειωμένης διαμέτρου των ανώτερων αεροφόρων οδών και νευρομυϊκών παραμέτρων, όπως είναι η μείωση του μυϊκού τόνου των φαρυγγικών μυών, ειδικά κατά τον ύπνο.

Στα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται η υπερβολική ημερήσια υπνηλία, ο μη ικανοποιητικός ύπνος, που όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από τους πάσχοντες δεν τους ξεκουράζει, η δυσκολία συγκέντρωσης, η πρωινή κεφαλαλγία, οι μεταβολές της διάθεσης, η ευερεθιστότητα και η πρωινή ξηροστομία. Συγχρόνως, οι ασθενείς αναφέρουν ύπνο σε ακατάλληλες στιγμές, ροχαλητό, που αν και συχνά εμφανίζεται και μόνο του έχει ικανοποιητικά συσχετιστεί με τη νόσο, νυχτερινή ασφυξία, που είναι απότοκη του αποκορεσμού του οξυγόνου, νυχτερινά επει-



**Εικόνα 1.** Το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο έχει αποδειχτεί ότι αποτελεί σημαντικό αίτιο συχνά θανατηφόρων, τροχαίων ατυχημάτων.



**Εικόνα 2.** Η εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης των αεραγωγών, μέσω ρινικής μάσκας, αποτελεί τη θεραπευτική μέθοδο εκλογής για το μέτριας-σοβαρής βαρύτητας σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο.

σόδια καρδιακών αρρυθμιών, πνευμονική καρδιά και πολυκυτταραιμία.

Έχει, επίσης, καλά τεκμηριωθεί η στενή σχέση του συνδρόμου με καρδιαγγειακές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων της αρτηριακής υπέρτασης και των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, αλλά και με μείωση της σεξουαλικής διάθεσης και δραστηριότητας. Καλά τεκμηριωμένη είναι επίσης η συσχέτιση της νόσου με τροχαία ατυχήματα, συχνά εξαιρετικά σοβαρά. Ασθενείς με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) εμφανίζουν ένα σύνδρομο επικάλυψης (overlap syndrome), που χαρακτηρίζεται από ΧΑΠ και ΣΑΥΑ, ώστε οι ασθενείς να παρουσιάζουν υποξυγοναιμία τόσο τη νύχτα όσο και την ημέρα, μεγαλύτερες τιμές πνευμονικής πίεσης, άρα μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης πνευμονικής υπέρτασης και μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης αναπνευστικής ανεπάρκειας και πνευμονικής καρδιάς.

Η διάγνωση του συνδρόμου καθίσταται εμφανής ήδη από το ιστορικό. Η τεκμηρίωση, παρά ταύτα, απαιτεί λεπτομερή κλινική εξέταση (αξιολόγηση της στοματικής κοιλότητας, συμπεριλαμβανομένων του μεγέθους της γλώσσας, της μαλακής υπερώας και του μεγέθους των αμυγδαλών, καθώς και της ανατομίας της κρανιοπροσωπικής περιοχής ή της παρουσίας σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος). Συμπτώματα και σημεία πνευμονικής ή καρδιακής ανεπάρκειας θα πρέπει, επίσης, να συναξιολογηθούν.

Συγχρόνως, είναι εξόχως απαραίτητη η πραγματοποίηση μελέτης ύπνου. Αυτή παραδοσιακά περιλαμβάνει την πολυσωματοκαταγραφική καταγραφή που υπολογίζει μία σειρά παραμέτρων (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα, κορεσμός οξυγόνου, στοματορινική ροή αέρα, μικρόφωνο κατα-

γραφής ροχαλητού, μέτρηση προσπάθειας θωρακικού κλωβού, μέτρηση προσπάθειας κοιλιακού τοιχώματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, καταγραφή κινήσεων οφθαλμών). Αν και οι μελέτες απαιτούν ειδικό χώρο εντός του νοσοκομείου, περιορισμένες καταγραφές με επικέντρωση σε αναπνευστικές παραμέτρους-κλειδιά, όπως η στοματορινική ροή αέρα, η αναπνευστική προσπάθεια, η παλμική οξυμετρία και η καρδιακή συχνότητα αντικαθιστούν σε ορισμένα κέντρα τις πλήρεις μελέτες χωρίς κατά τα φαινόμενα να μπορούν να τις υποκαταστήσουν.

Τέλος, μικρού μεγέθους πολυκαναλικά συστήματα, απλά συστήματα με βιντεοκάμερα οξυμέτρο καταγραφέα καρδιακής συχνότητας και κινήσεων του κορμού ή ακόμη και σύστημα ολονύκτιας καταγραφής της παλμικής οξυμετρίας, έχουν χρησιμοποιηθεί για αναγνώριση πιθανών πασχόντων, ώστε μια πλήρης μελέτη να ακολουθήσει.

Διάφορες συντηρητικές μέθοδοι θεραπείας έχουν περιγραφεί σε ήπιες μορφές της νόσου, όπως η απώλεια βάρους, να κοιμάται ο ασθενής στο ένα πλευρό, ενώ αν η υπνική άπνοια εμφανίζεται στην ύπτια θέση, η αποφυγή χρήσης αγχολυτικών/υπνωτικών φαρμάκων ή αλκοόλ πριν από τον ύπνο και η αποφυγή των καθυστερημένων γευμάτων.

Συγχρόνως, σε μορφές ήπιες ή μέτριες νόσου έχουν χρησιμοποιηθεί στοματικές συσκευές ή νάρθηκες προώθησης της κάτω γνάθου που καθλώνονται στους άνω και κάτω τομείς λίγο πριν από τον ύπνο και έλκουν την κάτω γνάθο λίγα εκατοστά προς τα εμπρός.

Αρκετές χειρουργικές τεχνικές έχουν προταθεί από τη διόρθωση της σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος έως την κλασική πλαστική χειρουργική επέμβαση σταφυλής-υπερώας-φάρυγγα ή διάφορων παραλλαγών. Ως τώρα, παρ' όλα αυτά, η βασική θεραπεία παραμένει η χορήγηση θετικής πίεσης αεραγωγών (Positive Airway Pressure – PAP), και ειδικά η εφαρμογή ρινικής συνεχούς θετικής πίεσης των αεραγωγών (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP) ή εναλλακτικά η PAP δύο επιπέδων (Bi-level PAP – BIPAP) όταν οι ασθενείς αισθάνονται ότι εκπνέουν έναντι μιας αυξημένης πίεσης όταν χρησιμοποιούν CPAP.

Η ρινική CPAP προκαλεί, μέσω της συνεχούς χορήγησης αέρα, διαστολή των ανώτερων αεραγωγών και, συνεπώς, αποφεύγεται η σύγκλεισή τους. Η πρακτική που χρησιμοποιείται και στο νοσοκομείο μας είναι να γίνεται αρχικά πολυσωματοκαταγραφική καταγραφή την πρώτη νύχτα νοσηλείας, και την επόμενη, αν τα αποτελέσματα το απαιτούν πραγματοποιείται εκ νέου μελέτη με εφαρμογή CPAP. Το μεγαλύτερο πρόβλημα αυτής της μεθόδου παραμένει η έλλειψη συμμόρφωσης λόγω δυσανεξίας στη μάσκα.

Συμπερασματικά, το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο αποτελούσε μία κλινική οντότητα παραγνωρισμένη, που ακόμη και σήμερα υποεκτιμάται. Οι επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, αν και είναι σημαντικές δεν είναι πλήρως γνωστές ακόμη σε όλες τις εκφράσεις τους, και η σχετική έρευνα βρίσκεται σε πλήρη ανάπτυξη. Πέραν του ιστορικού, η πολυσωματοκαταγραφική καταγραφή μελέτης ύπνου αποτελεί την κύρια μέθοδο τεκμηρίωσης. Η πιο σημαντική θεραπευτική πρόταση συνεχίζει να είναι η εφαρμογή ρινικής συνεχούς θετικής πίεσης των αεραγωγών (CPAP).

## Βιβλιογραφία

Atwood CW, Strollo PJ. Αποφρακτική υπνική άπνοια. Στο "Κλινική Πνευμονολογία". Τόμος II. Albert R, Spiro S and Jett J (ed). Γενική επιμέλεια Ρούσσος Χαράλαμπος. Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης 2004.

## Πρόωρα Βρέφη

Η σωστή ενημέρωση και η έγκαιρη πρόληψη των γονέων μπορούν να προφυλάξουν τα πρόωρα βρέφη με ηλικία κύησης κάτω των 35 εβδομάδων, καθώς και τα βρέφη με χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, συγγενείς καρδιοπάθειες και νευρομυϊκές παθήσεις από τις σοβαρές μολύνσεις του Αναπνευστικού Συγκυτιακού Ιού.

**Επιμέλεια:** Ασχος (ΥΙ) **Νικόλαος Σαρίδης**  
Επιμελητής Πνευμονολογικής Κλινικής  
251 ΓΝΑ

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία, η γενική εξάπλωση της χρόνιας αναπνευστικής πάθησης φτάνει στο 33,1%. Η περίοδος έξαρσης των συμπτωμάτων αρχίζει τον Νοέμβριο και διαρκεί μέχρι και τον Απρίλιο/Μάιο. Η εξάπλωση διαφέρει μεταξύ των εποχών φτάνοντας ένα μέγιστο ποσοστό 37,7% κατά τη διάρκεια του Φεβρουαρίου, ενώ κατά τη διάρκεια της περιόδου ύφεσης το ποσοστό αγγίζει το 27%.

Οι γονείς απευθυνόμενοι στον νεογολόγο ή παιδίατρο τους μπορούν να βοηθήσουν το βρέφος τους να περάσει ανώδυνα και ασφαλώς την περίοδο έξαρσης του ιού λαμβάνοντας προληπτικά μέτρα που αποτρέπουν τη μόλυνση ή την επανамόλυνση από τον ιό, που για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αγγίζει το 40% έως 70%.

Πολλοί γονείς πρόωρων ή λιποβαρών νεογνών δεν γνωρίζουν τους κινδύνους που προκαλεί ο Αναπνευστικός Συγκυτιακός Ιός, ο οποίος είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, με επίσημο ποσοστό που φτάνει περίπου το 20% και αποτελεί, πα-



γκοσμίως, το βασικότερο αίτιο πρόκλησης λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού, αφού σχεδόν όλα τα βρέφη έχουν μολυνθεί έως τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους.

Η λοίμωξη μπορεί να έχει επιπτώσεις, όπως αναπνευστικό συριγμό ή παιδικό άσθμα, ενώ το 20 έως 40% συνήθως εμφανίζει βροχιολίτιδα ή πνευμονία. Παρόλο που η έξαρση των μολύνσεων από τον ιό εστιάζεται κυρίως στα τέλη του Φθινοπώρου, τον Χειμώνα και τις αρχές της Άνοιξης, εντούτοις, το καλοκαίρι και οι αρχές του φθινοπώρου αποτελούν ιδανική περίοδο για τους γονείς να προγραμματίσουν όλες τις απαραίτητες προληπτικές ενέργειες κατόπιν των συμβουλών του προσω-

πικού τους ιατρού.

Οι γονείς των ευάλωτων στον ιό βρεφών μπορούν να προστατεύσουν τα πρόωρα νεογνά τους αποφεύγοντας την επαφή με άτομα που υποφέρουν από συνάχι ή τους χώρους με πολύ κόσμο και καπνό, αλλά και με σχολαστικό πλύσιμο των χεριών με σαπούνι, καθώς η μετάδοση του ιού γίνεται εύκολα από άτομο σε άτομο μέσω της επαφής, του βήχα και του φτερνίσματος.

Σημαντικό είναι να γνωρίζουν οι γονείς ότι στα μωρά η μετάδοση γίνεται με το τρίψιμο της μύτης τους ή το ξύσιμο των ματιών τους, ενώ ο ιός παραμένει «ζωντανός» έως και 6 ώρες σε σταγονίδια και έως 30 με 45 λεπτά στα ρούχα και στο χαρτί.

## ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

### Αγώνες Σκοποβολής Ενόπλων Δυνάμεων και Σωμάτων Ασφαλείας 2008

Από τις 13 μέχρι τις 17 Οκτωβρίου 2008 πραγματοποιήθηκαν στα Σκοπευτήρια του Βύρωνα και της Μαλακιάς οι αγώνες σκοποβολής των Ενόπλων Δυνάμεων και των Σωμάτων Ασφαλείας. Η διοργάνωση είχε ανατεθεί στο Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας.

Η Πολεμική Αεροπορία παρουσίασε αξιόλογη εμφάνιση κατακτώντας τη δεύτερη θέση στη γενική βαθμολογία ανδρών και γυναικών, με τους Υποσημηναγούς

Αντώνη Μπενάκη, Ανθυποσημηναγό Γιώργο Κρητσωτάκη, Ανθυποσημηναγό Νίκο Κήρυκο, Επισμηνία Παναγιώτη Καρούντζο και Επισμηνία Ελισάβετ Τσίγκα. Την πρώτη θέση κατέλαβε η αντιπροσωπευτική ομάδα της Ελληνικής Αστυνομίας.

Οι επιτυχίες της Πολεμικής Αεροπορίας συνεχίστηκαν με την ομάδα των ανδρών να καταλαμβάνει την τρίτη θέση στο πιστόλι ταχείας βολής και την ομάδα των γυναικών να καταλαμβάνει την τρίτη θέση στο πιστόλι γυναικών.



Στιγμιότυπα από την βράβευση των αγώνων σκοποβολής Ενόπλων Δυνάμεων και Σωμάτων Ασφαλείας 2008.