



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 41 / Ιούλιος - Αύγουστος 2009

ISSN: 1109-6403

Περί Καπνίσματος...

Οι εργαζόμενοι καπνιστές σε κέντρα εστίασης και διασκέδασης παρουσιάζουν σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα συμπτώματα, όπως βήχας (41,8%), συριγμός κατά την αναπνοή (27,5%), πτύελα (48,2%) και δύσπνοια στην κόπωση (53,4%) από ότι οι μη καπνιστές εργαζόμενοι στα κέντρα αυτά.

Βέβαια, και τα αντίστοιχα ποσοστά των μη καπνιστών εργαζομένων (24,7%, 7,2%, 32,6% και 36,5%, αντίστοιχα) είναι σχετικά υψηλά λόγω της πολύωρης έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα.

Τα παραπάνω τόνισε ο κ. Γιάννης Τούντας, αν. καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, μέλος της Εθνικής Συντονιστικής Επιτροπής για το Κάπνισμα «Σπύρος Δοξιάδης – Γιώργος Γεννηματάς» και διευθυντής του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας της κοινής γνώμης για την απαγόρευση του καπνίσματος, που έλαβε χώρα στην Ημερίδα με τίτλο «Κινητοποίηση της Κοινωνίας των Πολιτών και του Επιστημονικού Κόσμου για ένα Δημόσιο Περιβάλλον Ελεύθερο από Καπνό» του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με την πανελλαδική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την Κάπα Research, στο διάστημα 12-22 Απριλίου 2009, οι Έλληνες θεωρούν ως πιο σημαντικά μέτρα κατά του καπνίσματος την εκπαίδευση στα σχολεία (83%), την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (80%), τη δημιουργία ιατρικών διακοπής καπνίσματος (80%), τη χορήγηση των ειδικών φαρμακευτικών σκευασμάτων από τα ασφαλιστικά ταμεία (70%), τις καμπάνιες ενημέρωσης (69%), την πλήρη απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων (64%) και την απαγόρευση πώλησης τσιγάρων στους ανηλίκους (63%).

Οι Έλληνες αποδεικνύεται ότι κάνουν διάφορες παρερμηνείες σχετικά με το κάπνισμα.

Για παράδειγμα, ένα 30% των καπνιστών και ένα 25% των μη καπνιστών δηλώνουν λανθασμένα ότι τα τσιγάρα light είναι ή μπορεί και να είναι λιγότερο βλαβερά από τα κανονικά τσιγάρα, ενώ όλες οι έρευνες μέχρι τώρα δεν έχουν δείξει κανένα πλεονέκτημα για τα κακώς γνωστά και ως «ελαφρά» τσιγάρα. Επίσης, ένα 35% των καπνιστών και ένα 22,3% των μη καπνιστών πιστεύουν λανθασμένα ότι εάν κάποιος καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα καθημερινά επί 20 χρόνια δεν θα ωφεληθεί και πολύ εάν κόψει τώρα το κάπνισμα, αν και τα αποτελέσματα μακροχρόνιων ερευνών δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικά οφέλη.

Η πλειοψηφία των καπνιστών (71,5%) πιστεύει ότι το τσιγάρο ηρεμεί τα νεύρα τους! Η πικρή αλήθεια όμως είναι ότι το κάπνισμα απελευθερώνει επινεφρίνη, μια ορμόνη η οποία δημιουργεί σωματικό στρες στον καπνιστή και όχι χαλάρωση. Η εθιστική δράση της νικοτίνης κάνει τον χρήστη να ηρεμεί. Στην πραγματικότητα το κάπνισμα από μόνο του προκαλεί διέγερση. Το 50% σχεδόν των καπνιστών δεν θεωρεί το κάπνισμα πιο βλαβερό από άλλα πράγματα που κάνουμε. Αντίθετα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κατατάξει το κάπνισμα στην Ελλάδα ως το νούμερο 1 παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας. Το 23,3% των καπνιστών θεωρεί ότι οι ιατρικές έρευνες τα... παραλένε ενώ το 21% δεν έχει γνώμη... ακόμη! Ενα 9,7% και ένα 20,6% των καπνιστών φαίνεται να πιστεύει ή κρυφά να ελπίζει ότι το γενετικό του υλικό είναι αρκετά δυνατό για να τον προστατεύσει από τους κινδύνους του καπνίσματος! Αυτό είναι ένα πολύ συχνό εμπόδιο στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών – το ότι δηλ. δεν αισθάνονται το ίδιο ευάλωτοι απέναντι στους κινδύνους. Θετικό όμως είναι παρ' όλα αυτά ότι το 66,3% των καπνιστών θα προτιμούσαν να μην έχουν αρχίσει το κάπνισμα!

Οι γνώσεις του ελληνικού πληθυσμού για τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών διαφέρουν, με τους μη καπνιστές να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στις βλάβες που προκαλεί η συστηματική εισπνοή καπνού από τους γύρω μας. Και οι δύο όμως ομάδες υποεκτιμούν τη σημασία του παθητικού καπνίσματος για άλλες νεοπλασίες (π.χ. καρκίνου του παγκρέατος) και για την υπέρταση.

Επιμέλεια

Υπαγός (Υ) **Μάριος Μπακογεώργος**

Ειδικευόμενος Ιατρός Ογκολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ

περιεχόμενα

Θέμα:	Οδοντικά Εμφυτεύματα	σελ. 3	εκδηλώσεις:	– Αποστολή Υγειονομικού Κλιμακίου στη Νήσο Σκύρο 2009	σελ. 7
Θέμα:	Προσέγγιση στο «Αγνωστο» Σύνδρομο Απνοιας Υπνου – Επίδραση στο Ιπτάμενο Προσωπικό	σελ. 4		– 7ο Συμπόσιο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής Ενόπλων Δυνάμεων	
Θέμα:	Ηπατική Ανεπάρκεια	σελ. 6		– Ημερίδα Οδοντιατρικού Τομέα	σελ. 8

Κωδικός: 6720



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

Μια Αρρυθμία για Όλους...

Βρίσκεστε σε μια παραλία ή σε μια εκδήλωση και τότε ξαφνικά νιώθετε την καρδιά σας να χτυπάει ακανόνιστα και γρήγορα. Μπορεί ακόμη να νιώθετε δυσφορία, δύσπνοια, φτερούγισμα στο στήθος, βάρος στο στήθος ή και ζάλη. Το πιο πιθανό –χωρίς να αποκλείονται άλλες αρρυθμίες– είναι να εμφανίσατε ένα επεισόδιο κολπικής μαρμαρυγής, την πιο συχνή αρρυθμία που μπορεί να εμφανίσει ο άνθρωπος.

Επιμέλεια: Επγός (ΥΙ) **Γεώργιος Κουργιανίδης**
Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

Η αρρυθμία αυτή οφείλεται στην ακανόνιστη συστολή ενός μέρους της καρδιάς –των κόλπων. Πρόκειται για την πιο συχνή αρρυθμία στον γενικό πληθυσμό και αφορά κυρίως σε άτομα μετά τη μέση ηλικία, χωρίς όμως αυτό να αποκλείει την εμφάνισή της σε νεότερες ηλικίες. Είναι πιο συχνή σε όσους πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση, θυρεοειδοπάθειες, βαλβιδοπάθειες και στεφανιαία νόσο. Μπορεί, όμως, να εμφανίζεται και σε φυσιολογικές καρδιές, όπως συμβαίνει σε νεότερα άτομα.

Πλην της δυσφορίας που προκαλεί, οι κίνδυνοι από την αρρυθμία είναι λίγοι και εμφανίζονται όταν η αρρυθμία επιμένει, όταν είναι μόνιμη ή όταν εμφανίζεται σε παθολογικές καρδιές. Ο κυριότερος κίνδυνος είναι η εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων, όπως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αυτό οφείλεται στην απόσπαση θρόμβου (πήγματος αίματος) από τους δυσλειτουργούντες κόλπους και στην κυκλοφορία του μέσα στις αρτηρίες. Ο κίνδυνος αυτός δεν αφορά σε όλους τους ασθενείς που έχουν την αρρυθμία. Για την αποφυγή του, όμως, ο καρδιολόγος μπορεί να συστήσει (εφόσον υπάρχουν οι σχετικές ενδείξεις) αντιπηκτική αγωγή, δηλ. φάρμακα που κάνουν πιο αραιό το αίμα. Επειδή υπάρχει κίνδυνος μικροαιμορραγιών, είναι απαραίτητο να παρακολουθείται στενά η ένταση αυτής της αγωγής σε συνεργασία ασθενών-ιατρού. Εκτός από αντιπηκτική αγωγή, μπορεί να δοθεί αντιαρρυθμική αγωγή, δηλ. φάρμακα που αποτρέπουν την εμφάνιση της αρρυθμίας. Η αγωγή αυτή μπορεί να δοθεί είτε για σύντομο είτε για μακρύ χρονικό διάστημα.

Τα τελευταία χρόνια αντί της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να προτιμηθεί –σε ορισμένες περιπτώσεις– η επεμβατική αγωγή. Στην περίπτωση αυτή, μέσω των μηριαίων φλεβών ο καρδιολόγος-αρρυθμολόγος μπορεί μέσω καθετήρα να φτάσει σε συγκεκριμένα σημεία στην καρδιά και να καταλύσει (καταστρέψει) την εστία των ταχυκαρδιών. Η μέθοδος, όμως, αυτή είναι επεμβατική και προτείνεται μόνο σε συγκεκριμένα περιστατικά κολπικής μαρμαρυγής.

Συμπερασματικά, η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή αρρυθμία και μπορεί να εμφανιστεί σε μεγάλο εύρος ηλικιών, κυρίως όμως μετά τη μέση ηλικία. Η αντιμετώπισή της μπορεί να περιλαμβάνει αντιαρρυθμικά φάρμακα, αντιπηκτική αγωγή ή επεμβατική θεραπεία ή, ακόμη, σε νεότερα άτομα, απλή παρακολούθηση χωρίς θεραπεία.



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
Υπογός (ΥΙ) Μάριος Μπακογιώργος

Μέλη: Υπογός (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 εκδοτών.

Ημέρες Λειτουργίας Εξωτερικών Ιατρείων 251 ΓΝΑ

ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜΕΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ					ΙΑΤΡΕΙΟΥ
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ		ΤΡ				ΠΕ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ				ΠΕ
ΑΙΜΟΛΗΨΙΣ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ		ΤΡ				
ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ						ΠΕ
ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ			ΤΕ			
ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟ						ΠΕ
ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ-ΑΡΡΥΘΜΙΟΛΟΓΙΚΟ			ΤΕ			
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ		ΠΕ		
ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΓΛΑΥΚΩΜΑ						ΠΕ
ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ		
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ		ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ			ΤΕ			
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	ΔΕ					
ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΚΟ						ΠΑ
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ						ΠΑ
ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗ		ΤΡ				
ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ		ΤΡ				
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ-ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ			ΤΕ			
ΜΑΣΤΟΥ						ΠΑ
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ						ΠΕ
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ		
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ			ΤΕ			
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ				ΠΕ		
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ		ΤΕ	ΠΑ		
ΟΔΟΝΤΟΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ-ΟΔΟΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ		ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΟ					ΠΑ	
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟ				ΠΕ		
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ		ΤΕ	ΠΑ		
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ	ΠΑ	
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	ΔΕ					
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ			ΠΑ		
ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	ΔΕ			ΠΑ		
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΕ		ΤΕ			
ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ		ΠΕ		
ΥΠΕΡΤΑΣΙΟΛΟΓΙΚΟ		ΤΡ				
ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ			ΤΕ			
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ		
ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ						ΠΑ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	ΔΕ	ΤΡ	ΤΕ	ΠΕ		
ΩΡΛ	ΔΕ		ΤΕ	ΠΑ		

Επιμέλεια : Σμία (ΕΑΑΔ) **Θωμάς Λύτρας**

Οδοντικά Εμφυτεύματα

Τα οδοντικά εμφυτεύματα αποτελούν τη μεγάλη επανάσταση των τελευταίων ετών στον χώρο της οδοντιατρικής. Τι είναι, όμως, τα οδοντικά εμφυτεύματα ή «φυτευτά δόντια», όπως ακούμε να λέει πολλές φορές ο κόσμος; Πρόκειται για μία τεχνητή ρίζα δοντιού κατασκευασμένη από διάφορα μέταλλα ή άλλα υλικά που τοποθετείται χειρουργικά στα οστά των γνάθων για να αντικαταστήσει ένα ή περισσότερα φυσικά δόντια που λείπουν. Στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του 1970 και μετά, αφού έχουν μελετηθεί για πολλά χρόνια επαρκώς σε πειραματόζωα και έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά.

Επιμέλεια: Υπογός (ΥΟ) **Ευσέβιος Γρίβας**
Οδοντίατρος, 251 ΓΝΑ

Ιστορική αναδρομή

Οι αρχαιολόγοι έχουν αναφερθεί στην προσπάθεια τόσο των Μάγια όσο και των Αρχαίων Αιγυπτίων να αντικαταστήσουν τα φυσικά δόντια με διαμορφωμένα κομμάτια ξύλου ή οστράκων. Τον 20ό αιώνα έγιναν διάφορες προσπάθειες για δημιουργία εμφυτευμάτων (υποπεριοστικά-λεπιδοειδή) με παταγώδη αποτυχία. Στη σύγχρονη εποχή, «Πατέρας» της εμφυτευματολογίας θεωρείται ο Σουηδός ορθοπεδικός ιατρός Brånemark. Το 1952, κατά τη διάρκεια της διδακτορικής του διατριβής, τοποθέτησε θαλαμίσκους από τιτάνιο στην κνήμη κουνελιών, προκειμένου να μελετήσει την επώλωση και την αναγέννηση των οστών. Όταν τελείωσε τη μελέτη του προσπάθησε να αφαιρέσει τον θαλαμίσκο, αλλά αυτός είχε «ενσωματωθεί», ενώ διαπίστωσε ότι το οστό βρισκόταν σε βιολογική αρμονία με την επιφάνεια του τιτανίου. Ακολούθησε πλήθος ερευνών, ενώ το πρώτο εμφύτευμα τοποθετήθηκε σε άνθρωπο το 1965, έτσι ώστε σήμερα όταν αναφερόμαστε σε εμφυτεύματα να εννοούμε αποκλειστικά τα οστεοενσωματούμενα.

Σύσταση

Ενα τυπικό εμφύτευμα αποτελείται από μια βίδα κράματος τιτανίου με λεία η αδρή επιφάνεια και με σχήμα που ποικίλλει, ενώ ενίοτε στην εξωτερική επιφάνεια υπάρχει επικάλυψη υδροξυαπατίτη. Τελευταία, αντί για τιτάνιο γίνονται μελέτες χρησιμοποίησης κράματος ζirkονίας. Στο σώμα του εμφυτεύματος, με τη βοήθεια της προσθετικής βίδας σπριζεται το διαβλενογονίο στήριγμα επί του οποίου τοποθετείται η αποκατάσταση.

Ενδείξεις εφαρμογής εμφυτευμάτων

Εμφυτεύματα τοποθετούνται κυρίως στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Αντικατάσταση ενός ελλείποντος δοντιού. Η συνήθης πρακτική, ως πρόσφατα, ήταν η αντικατάσταση του δοντιού με μια γέφυρα τροχίζοντας τα δύο υγιή δόντια εκατέρωθεν του κενού αυτού μειώνοντας το προσδόκιμο επιβιώσής τους και θυσιάζοντας υγιείς οδοντικούς ιστούς. Συντηρητικότερος και αφελέστερος τρόπος αντιμετώπισης θεωρείται η τοποθέτηση ενός μονήρους εμφυτεύματος.

2. Μερική νωδότητα. Σε αυτή την περίπτωση, τα απολεσθέντα δόντια αντικαθίστανται με εμφυτεύματα είτε εξ ολοκλήρου είτε εμφυτεύματα και ακίνητη αποκατάσταση με επεμφυτευματικές γέφυρες.

3. Ολική νωδότητα. Αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις. Αναφερόμαστε σε ασθενείς με απώλεια ολόκληρου του οδοντικού τους φραγμού. Εως πρόσφατα η μόνη λύση ήταν οι ολικές οδοντοστοιχίες (μασέλες). Με τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων η αντιμετώπιση της ολικής νωδότητας γίνεται με δύο τρόπους: είτε με ακίνητες συμβατικές

αποκαταστάσεις ή με ακίνητες επένθετες οδοντοστοιχίες μερικής ή ολικής κάλυψης με κριτήριο ένα σύνολο παραγόντων.

4. Ορθοδοντικοί λόγοι.

Αξιολόγηση ασθενών

Κατά την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, υπάρχουν παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και αφορούν στη γενική υγεία του ασθενούς:

1. ηλικία
2. φύλο
3. μεταβολικά νοσήματα του οστού (οστεοπόρωση)
4. μεταβολικά νοσήματα οφειλόμενα σε ορμονικές διαταραχές (σακχαρώδης διαβήτης)
5. ακτινοβολία των οστών των γνάθων
6. λήψη φαρμάκων (ανοσοκατασταλτικά, στεροειδή)
7. ψυχιατρικές διαταραχές
8. χρήση οινόπνευματος και καπνίου.

Παράλληλα, υπάρχουν και ειδικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και έχουν να κάνουν με την κατάσταση των τοπικών ιστών που θα δεχτούν τα εμφυτεύματα, όπως:

1. Η απουσία σημείων φλεγμονής ή παθολογικών αλλοιώσεων.
2. Κινητικότητα βλενογόνου (προτιμάται ο ακίνητος).
3. Βαθμός απορρόφησης του οστού και μορφολογικά χαρακτηριστικά της υπολειμματικής οστικής ακρολοφίας.
4. Ποιότητα του οστού της γνάθου (πυκνότητα σπογγώδους οστού και σχέση του με το συμπαγές).
5. Σχέση με ανατομικά χαρακτηριστικά των γνάθων (γενειακό τρήμα, ιγμόρειο, τομικός πόρος, κάτω φατνιακό νεύρο, ρινική θαλάμη).

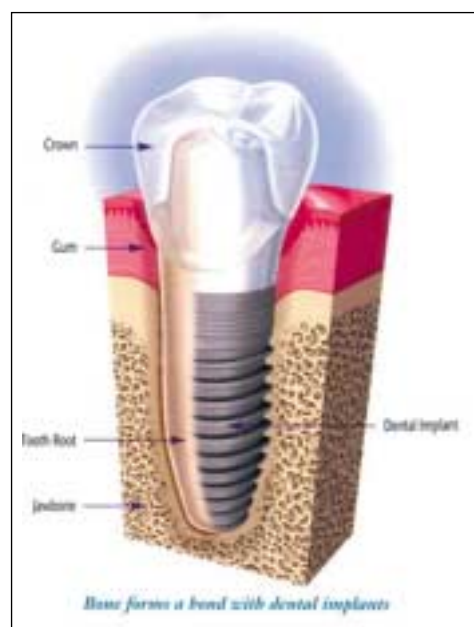
Διαδικασία τοποθέτησης

Η προετοιμασία του ασθενούς περιλαμβάνει λεπτομερές ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό, καθώς και ακτινογραφικό έλεγχο (πανοραμική ακτινογραφία και αξονική τομογραφία με τη χρήση ειδικού προγράμματος – dental scan), ενώ απαραίτητο είναι να γίνονται εκμαγεία μελέτης, διαγνωστικό κέρωμα και εξω-ενδοστοματική φωτογράφιση. Η διαδικασία τοποθέτησης περιλαμβάνει δύο στάδια: το χειρουργικό και το προσθετικό. Το χειρουργικό στάδιο με τη σειρά του διακρίνεται σε δύο επιμέρους κομμάτια, όταν πρόκειται για διφασικά εμφυτεύματα (υπάρχουν και τα μονοφασικά, αλλά είναι λιγότερο χρησιμοποιούμενα):

1. Τοποθέτηση του εμφυτεύματος. Αφού έχει προηγηθεί αναισθησία, ακολουθεί η παρασκευή του κρημνού. Κατόπιν, ο χειρουργός, με τη χρήση ειδικών κοπτικών φρεζών παρασκευάζει τα φρεάπια με εύρος και μήκος ανάλογο με αυτό του εμφυτεύματος, και στη συνέχεια, κοχλιώνονται τα εμφυτεύματα και συρράφεται ο κρημνός.

2. Σε μία δεύτερη φάση, αφού έχει περάσει χρονικό διάστημα 3 έως 6 μηνών γίνεται πάλι υπό αναισθησία η αποκάλυψη των εμφυτευμάτων που έχουν πια ενσωματωθεί στο οστό της γνάθου.

Μετά ακολουθεί το στάδιο της προσθετικής αποκατάστασης. Η τελική προσθετική αποκατάσταση μπορεί να είναι συγκολλημένη ή κοχλιούμενη επί του εμφυ-



Οστεοενσωματούμενο εμφύτευμα με ακίνητη αποκατάσταση (στεφάνη).

τεύματος. Για να διατηρηθούν τα εμφυτεύματα στο στόμα του ασθενούς χωρίς προβλήματα απαιτείται συχνός επανέλεγχος (κλινικός, ακτινογραφικός και μικροβιολογικός) και επιμελής στοματική υγιεινή. Στόχος της επανάκλησης του ασθενούς είναι η αποφυγή αποικισμού του εμφυτεύματος, η απομάκρυνση των μικροβιακών εναποθέσεων και η πρόληψη φλεγμονής των περιεμφυτευματικών ιστών.

Πλεονεκτήματα εμφυτευμάτων

1. Διατήρηση οστού.
2. Διατήρηση αισθητικής προσώπου.
3. Βελτιωμένη φώνηση.
4. Καλύτερη μασθητική λειτουργία.
5. Αποφυγή καταστροφής υγιούς οδοντικής ουσίας μέσω του τροχισμού των παρακείμενων δοντιών.
6. Δυνατότητα για ακίνητη αντί για κινητή εργασία.
7. Βελτιωμένη σταθερότητα όταν πρόκειται για κινητή εργασία.
8. Περισσότερο μόνιμη αποκατάσταση.
9. Βελτιωμένη ψυχική υγεία.

Μειονεκτήματα εμφυτευμάτων

1. Η διαδικασία τοποθέτησης δεν παύει να αποτελεί μία χειρουργική διαδικασία με ενδεχόμενες επιπλοκές τόσο ενδοεγχειρητικές όσο και μετεγχειρητικές.
2. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας τοποθέτησης διαρκεί περισσότερο από τις κλασικές αποκαταστάσεις, αν και στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα ο ασθενής φέρει μεταβατικές αποκαταστάσεις.
3. Αυξημένο κόστος.

Η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων γίνεται από γναθοχειρουργό ή περιοδοντολόγο σε συνεργασία με προσθετολόγο, ή από οδοντίατρο που έχει εξειδικευτεί στην τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Τα εμφυτεύματα είναι ο πιο αποτελεσματικός και σύγχρονος τρόπος για την αντικατάσταση απολεσθέντων δοντιών με προτερήματα που πλησιάζουν τις δυνατότητες των φυσικών μας δοντιών και ποσοστά επιτυχίας που αγγίζουν το 95%. Στην Ελλάδα γίνονται ολοένα και πιο γνωστά στο ευρύ κοινό και το ποσοστό των ασθενών που επιλέγουν αποκαταστάσεις με οδοντικά εμφυτεύματα διαρκώς αυξάνεται. Στο 251 ΓΝΑ δεν παρέχεται, επί του παρόντος, η δυνατότητα τοποθέτησης εμφυτευμάτων στο προσωπικό της Πολεμικής Αεροπορίας.

Προσέγγιση στο «Αγνωστο» Σύνδρομο Απνοιας Ύπνου – Επίδραση στο Ιπτάμενο Προσωπικό

Τι είναι η άπνοια ύπνου

Η άπνοια ύπνου είναι μία σοβαρή και δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια, η οποία είναι πολύ περισσότερο διαδεδομένη από όσο θεωρείται. Περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1965, ως η διακοπή της ροής του αέρα στους ανώτερους αεραγωγούς, κατά τη διάρκεια του ύπνου, και για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 10sec.

Επιμέλεια: Υπαγός (ΥΟ) Δημήτριος Κλούκος
Ορθοδοντικός, 251 ΓΝΑ

Τα απνοϊκά αυτά επεισόδια ξεπερνούν τα 10-20 ανά ώρα ύπνου στους ασθενείς που υποφέρουν από άπνοια ύπνου. Η τυπική ταξινόμηση των απνοϊών διακρίνεται ως εξής:

1. Κεντρική άπνοια: Είναι σπάνια και συμβαίνει όταν ο εγκέφαλος αδυνατεί να στείλει τα κατάλληλα «σήματα», ώστε οι μύες που συμμετέχουν στη διαδικασία της αναπνοής να ενεργοποιηθούν. Οφείλεται σε ανατομικές ή λειτουργικές βλάβες του εγκεφαλικού στελέχους, και πιο συγκεκριμένα, στο κέντρο ρύθμισης της αναπνοής. Τα αίτια της κεντρικής άπνοιας μπορεί να είναι: εγκεφαλίτιδα, όγκοι, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, νευρομυϊκές παθήσεις, υποθυρεοειδισμός κ.ά.

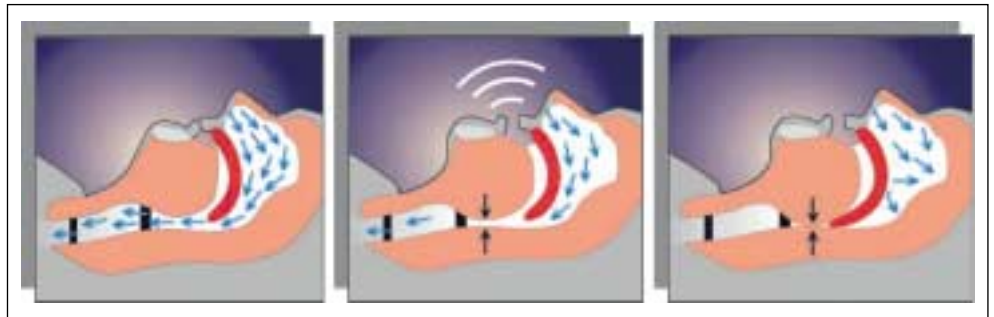
2. Αποφρακτική άπνοια: Είναι η συχνότερη και εμφανίζεται ως αποτέλεσμα απόφραξης των ανώτερων αεραγωγών που οφείλεται κατά κύριο λόγο στον μειωμένο τόνο των μυών του φάρυγγα και της γλώσσας. Ετσι, παρότι η προσπάθεια για αναπνοή συνεχίζεται, ο αέρας αδυνατεί να εισέλθει ή να εξέλθει από το στόμα ή τη μύτη. Τα αίτια της αποφρακτικής άπνοιας είναι: παχυσαρκία, υπερτροφία αμυγδαλών, όγκοι της περιοχής του φάρυγγα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πνευμονική ίνωση, κυφωσκολίωση, κυστική ίνωση κ.ά.

3. Μικτή άπνοια: Όπως η ονομασία της προδίδει, είναι ο συνδυασμός των δύο παραπάνω τύπων άπνοιας. Ανεξάρτητα από τον τύπο της άπνοιας κατά τον ύπνο, οι ασθενείς με μη θεραπευμένο το σύνδρομο σταματούν επανειλημμένα την αναπνοή τους, μπορεί και εκατοντάδες φορές, κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Σε κάθε ξεχωριστό απνοϊκό επεισόδιο ο εγκέφαλος εσπευσμένα ξυπνά τον ασθενή, ώστε αυτός να επανακτήσει την αναπνοή του, με μοιραίο αποτέλεσμα τον κατακερματισμό και την εξαιρετικά χαμηλή ποιότητα του ύπνου.

Ποιος ασθενεί από σύνδρομο άπνοιας ύπνου

Το σύνδρομο άπνοιας ύπνου μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού, από βρέφη μέχρι ηλικιωμένους και των δύο φύλων. Είναι πολύ πιο συχνό, όμως, στους άνδρες ηλικίας 30-60 ετών. Το 45% των ανδρών αυτής της ηλικίας θεωρείται ότι πάσχει από σύνδρομο άπνοιας ύπνου. Το ποσοστό αυτό φτάνει το 7% για άνδρες άνω των 60



ετών. Επειδή, λοιπόν, υπολογίζεται ότι αυτή τη στιγμή υπάρχουν 18εκ. ασθενείς στις ΗΠΑ, το εθνικό ινστιτούτο υγείας της Αμερικής κατατάσσει το σύνδρομο στην ίδια συχνότητα με άλλες κοινές παθήσεις των ενηλίκων, όπως ο διαβήτης. Υπάρχουν ενδείξεις για γενετική βάση του συνδρόμου, αφού διαπιστώθηκε πως κληρονομείται σε διάφορες οικογένειες, παρ' όλα αυτά όμως, δεν έχει αποδειχτεί κάτι οριστικό ακόμη. Ετσι, εξαιτίας της άγνοιας του κοινού, αλλά και του ίδιου του προσωπικού υγείας, παραμένει σε συντριπτικό ποσοστό αδιάγνωστο και κατά συνέπεια αθεράπευτο, παρά το γεγονός ότι αυτή η σοβαρή διαταραχή μπορεί να έχει αξιοσημείωτες μακροπρόθεσμες κυρίως συνέπειες στον ασθενή.

Ο μηχανισμός πρόκλησης άπνοιας ύπνου

Συγκεκριμένες μηχανικές και δομικές ανωμαλίες των ανώτερων αεραγωγών προκαλούν τη διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Σε ορισμένους ασθενείς προκαλείται άπνοια όταν οι μύες του φάρυγγα και της γλώσσας παρουσιάζουν μειωμένο τόνο, συμπλησιάζουν και φράζουν μερικώς τη δίοδο του αεραγωγού. Όταν, επιπρόσθετα, οι μύες της μαλακής υπερώας και της σταφυλής βρεθούν σε χάλαση και αυτοί, τότε ο αεραγωγός αποφράσσεται πλήρως κάνοντας την αναπνοή βαθμιαία θορυβώδη και τελικά διακοπτόμενη. Άπνοια ύπνου, επίσης, εμφανίζεται συχνά σε ανθρώπους με μεγάλο όγκο ιστών στους αεραγωγούς, όπως π.χ. σε μικρή απόσταση κεφαλής-θώρακος (κοντός-παχύς λαϊμός) και σε παχύσαρκα άτομα. Ολα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα, εν αγνοία του πάσχοντος, το ροχαλητό, τα απνοϊκά επεισόδια και τελικά τις συχνές εγέρσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου. Κατά τη διάρκεια του απνοϊκού επεισοδίου, το άτομο αδυνατεί να προσλάβει O_2 και να αποβάλει CO_2 , με αποτέλεσμα τα αυξημένα επίπεδα CO_2 στο αίμα, τα οποία τελικά «ειδοποιούν» τον εγκέφαλο, που με τη σειρά του φέρνει σε εγρήγορση τον ασθενή ώστε να διεγείρει τους μύες στην αρχή των αεραγωγών και να συνεχιστεί η αναπνοή. Όπως είναι εύκολα κατανοητό, οι συνεχείς εγέρσεις, παρότι είναι απαραίτητες, ώστε να συνεχιστεί η αναπνοή, στερούν από τον ασθενή έναν αναζωογονητικό και βαθύ ύπνο.

Συμπτώματα και επιπλοκές του συνδρόμου

Εξαιτίας των σοβαρών διαταραχών στη διάρκεια και την ποιότητα του βραδινού ύπνου, το κυριότερο σύμπτωμα του συνδρόμου είναι η υπνηλία των ασθενών κατά τη διάρκεια της ημέρας. Συχνά από τους συντρόφους ατόμων με σύνδρομο άπνοιας ύπνου αναφέρεται ότι ο ασθενής εμφανίζει την εξής αλληλουχία: ροχαλητό, παύση αναπνοής, απότομο έντονο ροχαλητό με τινάγματα του σώματος. Επίσης, οι ασθενείς με

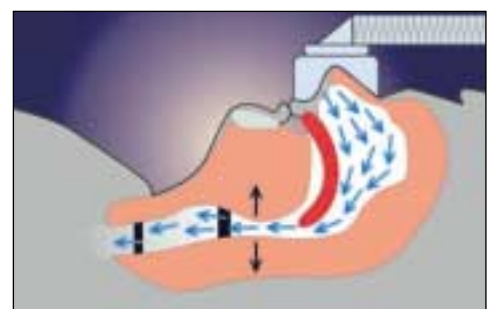
σύνδρομο άπνοιας ύπνου μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές ήπιες ή σοβαρότερες, που ποικίλουν από απλά ενοχλητικές έως και απειλητικές και την ίδια τους τη ζωή. Ετσι, εμφανίζουν διαταραχές μνήμης, ευερεθιστότητα, καταθλιπτικά φαινόμενα, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές στην κοινωνική συμπεριφορά. Επιπλέον, οι ασθενείς παραπονιούνται για αίσθημα συνεχούς κόπωσης και αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι ξυπνούν κουρασμένοι και με πρωινή κεφαλαλγία. Συχνά αποκοιμούνται στη δουλειά, καθώς διαβάζουν, ακόμη και όταν οδηγούν, έχοντας έτσι αυξημένη επιφρότητα στα ατυχήματα. Στις επιπλοκές, αναφέρεται χωρίς να έχει αποδειχτεί με βεβαιότητα η συνάφεια, ότι ένα ποσοστό 60% των ατόμων με σύνδρομο άπνοιας ύπνου παρουσιάζει αρτηριακή υπέρταση.

Σύμφωνα με πρόσφατες ερευνητικές μελέτες, το 35% των ατόμων που πάσχουν από σύνδρομο άπνοιας ύπνου θα εμφανίσουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή στεφανιαία νόσο τα επόμενα 10 χρόνια.

Σημασία στην ασφάλεια πτήσεων

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα μείζονα αεροπορικά ατυχήματα οφείλονται σε ανθρώπινο λάθος σε ποσοστό 80-85%. Ο ρόλος των διαταραχών ύπνου στην πρόκλησή τους είναι άγνωστος και ίσως να υποτιμάται. Συνεπώς, η αναγνώριση των αιτιών και των σημείων κούρασης είναι κεντρικής σημασίας για τη διασφάλιση και την αποτελεσματικότητα κάθε αεροπορικής επιχείρησης. Όπως προαναφέρθηκε, οποιαδήποτε διαταραχή ύπνου (και η άπνοια ύπνου θεωρείται από τις σημαντικότερες) έχει ως αποτέλεσμα την υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και την ανικανότητα για διατήρηση της επαγρύπνησης, η οποία είναι αναγκαία για την ασφάλεια πτήσης. Οι γνωστικές λειτουργίες και ο νευρομυϊκός συντονισμός, επίσης, επηρεάζονται καταλυτικά.

Πραγματοποιήθηκαν γι' αυτό το σκοπό διάφορα tests από τη FAA (Federal Aviation Administration) –την υπηρεσία πολιτικής αεροπορίας της Αμερικής– τα οποία απαιτούσαν ταυτόχρονα ταχύτητα αντίδρασης και ακρίβεια.



**Τέστ 1**

Συνολική διάρκεια ύπνου 7 ωρών κάθε βράδυ για 1 εβδομάδα οδήγησε σε ελάττωση τόσο του χρόνου αντίδρασης όσο και της ταχύτητας επίλυσης πιο σύνθετων μαθηματικών προβλημάτων, ενώ παράλληλα διαπιστώθηκε εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών που αφορούσαν ταυτόχρονη προσοχή σε διάφορες δραστηριότητες.

Συνολική διάρκεια ύπνου 5 ωρών κάθε βράδυ για 1 εβδομάδα οδήγησε σε επιπρόσθετη διαταραχή της ακριβείας και της κρίσης.

Περατέρω μείωση της διάρκειας ύπνου σε 3 ώρες προκάλεσε αδυναμία κατανόησης περισσότερων του ενός στοιχείων από μια εικόνα συγχρόνως ή συναρμογή των μερών της σε σύνολο.

Από τα παραπάνω, συνάγεται ότι η στέρηση ύπνου προκαλεί αρχικά διαταραχές στην αντίληψη και την προσοχή, ενώ αν παραταθεί η απτία, οι διαταραχές επεκτείνονται και εμφανίζονται μέχρι και τρόμος των χεριών, νυσταγμός, δυσαρθρία και παραισθήσεις.

Τέστ 2

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει, επίσης, και το ακόλουθο πείραμα, το οποίο έγινε για λογαριασμό της NASA στο Πανεπιστήμιο του Stanford το 2001. Το πείραμα αυτό συσχετίζει την ταχύτητα αντίδρασης της στέρησης ύπνου με εκείνη υπό επήρεια αλκοόλ.

Είναι ένα απλό δεκάλεπτο τεστ το οποίο χρησιμοποιείται από τη NASA για τον έλεγχο αστροναυτών και πιλότων. Ένα κόκκινο φως ανάβει με τυχαία περιοδικότητα και ο εξεταζόμενος πατά ένα κουμπί όταν το βλέπει. Ο χρόνος μεταξύ της εμφάνισης του φωτός και του πατήματος του κουμπιού είναι ο χρόνος αντίδρασης.

Συγκρίθηκαν, λοιπόν, οι χρόνοι αντίδρασης 113 ασθενών με μέτριο βαθμό άπνοιας ύπνου με τους χρόνους 80 φυσιολογικών εθελοντών. Η ομάδα των εθελοντών αρχικά κοιμήθηκε καλά για 3 ημέρες και στη συνέχεια υποβλήθηκε στο test απλά για έλεγχο. Στην ίδια ομάδα εθελοντών χορηγήθηκε έπειτα αλκοόλ σε 3 διαφορετικά επίπεδα με το υψηλότερο επίπεδο να είναι 0,80% στο αίμα τους. Οι απνοϊκοί ασθενείς είχαν χειρότερη απόδοση από την ομάδα των εθελοντών που είχε κάνει χρήση αλκοόλ ακόμη και σε μεγάλες ποσότητες. Ενδεικτικά αναφέρεται:

- Χειριστής πολεμικού αεροσκάφους: 200-225msec
- Ομάδα εθελοντών (0,57% αλκοόλ): 263msec
- Ασθενείς με άπνοια ύπνου: 266msec

Για να επιβεβαιωθεί η πραγματική, και όχι μόνο η θεωρητική συνάφεια του συνδρόμου με την ασφάλεια πτήσεων, ενδεικτικά αναφέρεται:

Η πολεμική αεροπορία της Αμερικής από το 1958-1986 είχε 27 ιπτάμενους με διαταραχές ύπνου (περίπου 1 χειριστής πολεμικού αεροσκάφους ανά έτος). Τα τελευταία χρόνια, 16 πιλότοι εμφανίζονται στα αρχεία του σχολείου αεροπορικής ιατρικής της Αμερικής με διαταραχές ύπνου, από τους οποίους οι 10 συνέχισαν να έχουν πτητική καταλληλότητα. Τέσσερις από αυτούς με άπνοια ύπνου θεραπεύτηκαν με CPAP ή χειρουργείο.

Θεραπεία του συνδρόμου άπνοιας ύπνου

Η θεραπεία του συνδρόμου άπνοιας ύπνου διακρίνεται σε συντηρητική και χειρουργική. Στη συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνονται τα εξής:

1. Αλλαγή συμπεριφοράς – απώλεια βάρους: Στις ήπιες μορφές του συνδρόμου μπορεί να επαρκούν κάποια μέτρα, όπως η ελάττωση του σωματικού βάρους, η αποφυγή της ύπνιας θέσης, κατά τη διάρκεια του ύπνου, και η αποφυγή λήψης οινοπνευματωδών ή φαρμάκων που καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα.

2. CPAP (Continuous Positive Airway Pressure): Η ρινική μάσκα CPAP (συνεχής θετική πίεση τους αεραγωγούς) εφαρμόζεται στον ασθενή κατά τη διάρκεια του ύπνου στη μύτη. Παρέχει ροή αέρα έτσι ώστε η πίεση στην είσοδο των αεραγωγών να παραμένει συνεχώς μεγαλύτερη της ατμοσφαιρικής, και κατά συνέπεια, να εμποδίζεται η σύμπτωση των φαρυγγικών τοιχωμάτων κατά την προσπάθεια της εισπνοής. Η μάσκα CPAP αποτελεί μία δεδομένη και επιτυχημένη θεραπεία (μπορεί να επιτευχθεί μέχρι και 100% εξάλειψη των συμπτωμάτων) του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας ύπνου. Το μόνο πρόβλημα παρουσιάζεται στην προσαρμογή των ασθενών. Πάνω από το 30% εγκαταλείπουν τη χρήση του, παρά τα καλά αποτελέσματα.

3. Ενδοστοματικές συσκευές: Οι ενδοστοματικές συσκευές χρησιμοποιούνται για να συγκρατούν την κάτω γνάθο σε θέση προοίσθησης. Είναι, όμως, αποτελεσματικές σε ελαφρές περιπτώσεις του συνδρόμου και παρουσιάζεται και εδώ συχνά προβλήματα προσαρμογής των ασθενών.

Στη χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνονται οι εξής επεμβάσεις:

1. Τραχειοστομία: Πρόκειται για παράκαμψη ολόκληρης της ανώτερης αναπνευστικής οδού. Είναι μία



άκρως επιθετική θεραπευτική μέθοδος που έχει 100% επιτυχία. Χρησιμοποιείται μόνο:

α. Εάν αποτύχουν όλες οι άλλες χειρουργικές επεμβάσεις και ο ασθενής δεν μπορεί να ανεχθεί το CPAP.

β. Σε ασθενείς που κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους.

γ. Περιεγχειρητικά, σε σοβαρές περιπτώσεις, μέχρι την αποδρομή του οιδήματος.

2. Στάφυλο – Υπερώιο – Φαρυγγοπλαστικά (UPPP):

Είναι η πρώτη χειρουργική τεχνική που προτάθηκε (1979) και συνίσταται σε αμυγδαλεκτομή και εκτομή τμήματος της μαλακής υπερώας και της σταφυλής. Θεραπεύει το ροχαλητό (κατά 80-100%), αλλά πλήρους θεραπείας επιτυγχάνεται στο 30% περίπου των ασθενών.

3. Προώθηση του γενειογλωσσικού μύος (GY):

Αποτελεί μία ιδιαίτερα αποτελεσματική τεχνική και ιδιαίτερα σε συνδυασμό με ανάρτηση υοειδούς και UPPP. Θέτει τον γενειογλωσσικό μυ σε τάση περιορίζοντας έτσι την προς τα πίσω ολίσηση της γλώσσας.

4. Ανάρτηση υοειδούς οστού (HS): Πραγματοποιείται ανάρτηση του υοειδούς οστού στον θυρεοειδή χόνδρο ή στο κάτω χείλος της κάτω γνάθου. Επιτυγχάνεται έτσι προώθηση της γλώσσας και της επιγλωττίδας προς τα εμπρός και, συνεπώς, διέγνωση του οπισθογλωσσίου χώρου.

5. Σμίκρυνση γλώσσας: Χρήσιμη σε περιπτώσεις του συνδρόμου όπου συνυπάρχει μακρογλωσσία. Πραγματοποιείται γλωσσεκτομή ή μείωση του όγκου της γλώσσας με ραδιοκύματα (θερμότητα).

6. Προώθηση άνω και κάτω γνάθου (MMA): Πρόκειται για μία ιδιαίτερα επιτυχημένη τεχνική με ποσοστό επιτυχίας 95-100%. Γίνονται Le fort I οστεοτομία και οβελιαίες οστεοτομίες των κλάδων της γνάθου, ώστε να προωθηθεί το σύμπλεγμα άνω και κάτω γνάθου προς τα εμπρός.

Συμπεράσματα – Συζήτηση

Αν και η συνειδητοποίηση του συνδρόμου άπνοιας ύπνου έχει αυξηθεί κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, εντούτοις, ένα συντριπτικό ποσοστό του παραμένει αδιάγνωστο και συνεπώς αθεράπευτο. Ο ρόλος που μπορεί να διαδραματιστεί στην υγεία του ιπτάμενου προσωπικού, και κατ'επέκταση στην ασφάλεια πτήσεων, είναι καταλυτικός και μπορεί να αποδειχτεί μέχρι και μοιραίος, όπως προαναφέρθηκε. Σε αυτό το σημείο, λοιπόν, μπορεί να επεμβεί ο ιατρός, (ή ακόμη περισσότερο, ο αεροπορικός ιατρός, ο οποίος έχοντας κατανοήσει τις αιτίες και τα συμπτώματα του συνδρόμου, είναι σε θέση να προσεγγίσει με μεγαλύτερη ευκολία τις κλινικές διαταραχές και να αξιολογήσει τις επιπτώσεις του). Δεν θα έρθει αντιμέτωπος με τον ασθενή-ιπτάμενο, αλλά θα τον συμβουλεύσει και θα τον καθοδηγήσει στη σωστή θεραπεία που θα τον απαλλάξει από τα συμπτώματα του συνδρόμου (πλέον επιτυγχάνεται μέχρι 100% αποτελεσματικότητα στις θεραπευτικές μεθόδους), ενώ παράλληλα θα διατηρήσει την πολύ σημαντική για τον ασθενή-ιπτάμενο πτητική καταλληλότητα.

Ηπατική Ανεπάρκεια

Με τον όρο ηπατική ανεπάρκεια εννοούμε την τόσο βαριά ηπατική βλάβη στην οποία εκπίπτουν οι ζωτικές λειτουργίες του ήπατος με δημιουργία διάφορων παθοφυσιολογικών επακόλουθων.

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο και μεταβολικά πιο πολύπλοκο όργανο του σώματος. Ανατομικά βρίσκεται κάτω από το διάφραγμα και στη δεξιά άνω κοιλία, ενώ συγκρατείται με τον στεφανιαίο και δρεπανοειδή σύνδεσμο. Χωρίζεται σε δεξιό και αριστερό λοβό. Αιματώνεται από την πυλαία φλέβα κατά 75% και την ηπατική αρτηρία κατά 25%.

Επιμέλεια: Υπογός (ΥΝ) **Ελένη Βουλή**
Ανθογός (ΥΝ) **Αγγελική Τουρλιώτη**

Το ήπαρ διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στον μεταβολισμό και συμβάλλει αποφασιστικά στην επίτευξη της ομοιόστασης του σώματος. Οι πιο σπουδαίες λειτουργίες του ήπατος είναι:

1. Η παραγωγή γλυκογόνου και η αποθήκευσή του.
2. Η έκκριση της χολής και η παραγωγή χολικών αλάτων.
3. Η προστατευτική δράση: καταστροφή βαρβιτουρικών και αλκοόλ.
4. Η ρύθμιση του ενδιάμεσου μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπιδίων και της χοληστερίνης.
5. Ο σχηματισμός ουρίας.
6. Ο μεταβολισμός ορμονών.
7. Η σύνθεση και αποικοδόμηση διάφορων πρωτεϊνών, όπως της αλβουμίνης, των παραγόντων της πήξης, ενζύμων και πολλών άλλων.

Αίτια ηπατικής ανεπάρκειας

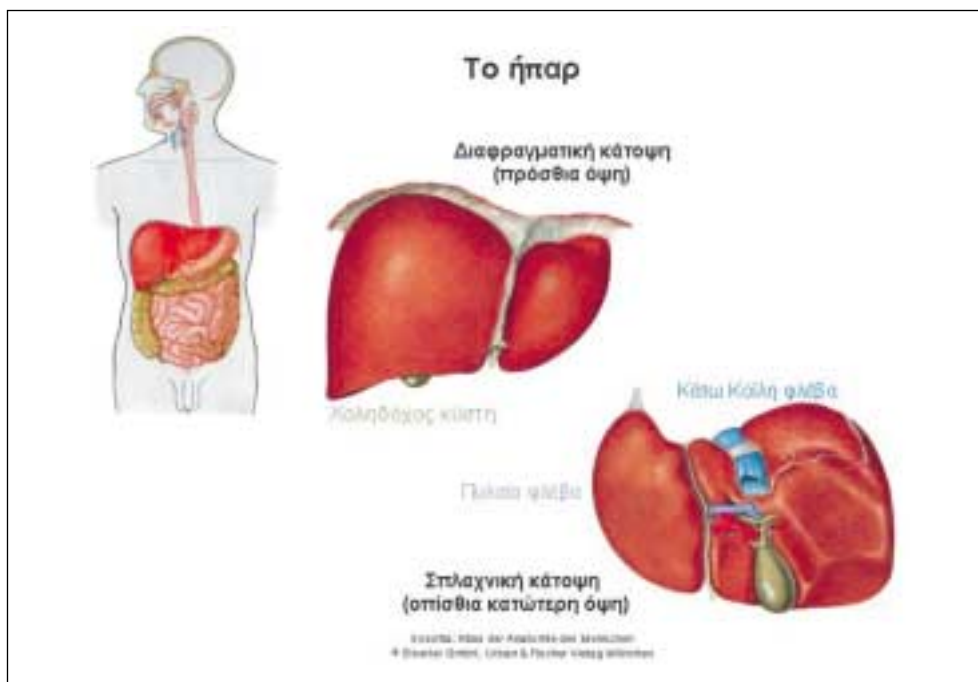
Η ηπατική ανεπάρκεια εάν επέλθει οξείως, όπως κατά τη διαδρομή βαρέων ιογενών ή τοξικών ηπατιτίδων, έχουμε την οξεία ηπατική ανεπάρκεια, εάν όμως η βλάβη του ηπατικού παρεγχύματος γίνει έπειτα από χρόνια εξελικτικής πορείας της βλάβης, π.χ. μιας χρόνιας ηπατίτιδας, θα προέλθει χρόνια ηπατική ανεπάρκεια. Επίσης, η ηπατική ανεπάρκεια είναι δυνητική συνέπεια όλων των ηπατοπαθειών.

Τα κυριότερα συμπτώματα, σημεία και παρακλινικά ευρήματα της **χρόνιας ηπατικής ανεπάρκειας** είναι τα παρακάτω:

Γενικά: εύκολη κόπωση, απώλεια βάρους λόγω των ποικίλων μεταβολικών διαταραχών και κυρίως της διαταραχής σύνθεσης πρωτεϊνών. Συμβάλλει και η κακή διατροφή των πασχόντων από την ανορεξία.

1. ίκτερος
2. αιματολογικές διαταραχές και κυρίως η αναμία αποτελεί συχνό σύμπτωμα
3. πυρετός λόγω πτώσης των αμυντικών δυνάμεων και ανάπτυξης υποτροπιαζουσών λοιμώξεων
4. οίδημα κάτω άκρων – ασκίτης
5. δερματικές εκδηλώσεις
6. ενδοκρινικές διαταραχές
7. νευρολογικές εκδηλώσεις.

Η οξεία (κεραυνοβόλος) ηπατική ανεπάρκεια είναι το κλινικό σύνδρομο το οποίο προκύπτει όταν επέλθει μαζική νέκρωση των ηπατικών κυττάρων από κάποιο βλαπτικό αίτιο. Το συνηθέστερο αίτιο είναι η ηπατίτιδα Β. Ακολουθούν οι τοξικές βλάβες του ήπατος από φάρμακα, όπως η αλοθάνη, η ισονιαζίδη, η παρακεταμόλη, ο τετραχλωράνθρακας. Τέλος, σπάνια αίτια είναι η δηλητηρίαση από μανιτάρια και το σηπτικό σοκ. Οι ασθενείς εμφανίζονται με τα συμπτώματα της ηπα-



τικής εγκεφαλοπάθειας η οποία οδηγεί συνήθως σε κώμα. Ο ίκτερος αυξάνει προοδευτικά. Υπάρχει αύξηση των τρανσαμινασών και του χρόνου προθρομβίνης. Το μέγεθος του ήπατος φθίνει και οι ασθενείς αποθνήσκουν από καρδιοαναπνευστική ή νεφρική ανεπάρκεια, σηψαιμία ή αιμορραγία από τον πεπτικό σωλήνα.

Κλινικές εκδηλώσεις

Κλινικά η ηπατική ανεπάρκεια μπορεί να εκδηλωθεί ως εξής:

- **Ηπατική εγκεφαλοπάθεια**, δηλ. νευροψυχιατρική συνδρομή που χαρακτηρίζεται από μεταβολές της διανοητικής κατάστασης και διαταραχή της νευρομυϊκής δραστηριότητας.
- **Πυλαία υπέρταση**, δηλ. αύξηση της πίεσης της πυλαίας φλέβας.
- **Ασκίτης**, δηλ. μη φυσιολογική άθροιση υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- **Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (ΑΒΠ)**, δηλ. η λοίμωξη του ασκτικού υγρού μέσω μιας πιθανολογούμενης αιματογενούς οδού.
- **Ηπατονεφρικό σύνδρομο**, δηλ. προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια στον ασθενή με βαριά ηπατική ανεπάρκεια.
- **Άλλες εκδηλώσεις**, όπως διαταραχή πήκτικότητας, υπογλυκαιμία, διαταραχή οξυγόνωσης και αερισμού, ενδοκρινικές ανωμαλίες.

Αντικειμενικά ευρήματα

• Στην ηπατική εγκεφαλοπάθεια υποψιαζόμαστε τη νόσο σε κάθε ασθενή με ίκτερο, διαταραγμένη συμπεριφορά και μειωμένο επίπεδο συνείδησης. Συνήθως εμφανίζεται δευτεροπαθώς σε ασθενή με γνωστή ηπατική ανεπάρκεια. Ταξινομείται ως εξής:

- Στάδιο 1. Κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, νοητική δυσλειτουργία.
 - Στάδιο 2. Πτερυγοειδής τρόμος, σύγχυση, διαταραχή προσανατολισμού.
 - Στάδιο 3. Ελάχιστα αντιδρών ασθενής με συγχυτικό λόγο και έκδηλη υπνηλία. Εδώ συνήθως δεν υπάρχει τρόμος.
 - Στάδιο 4. Κώμα.
- Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε οξεία ηπατική

βλάβη, η ανάπτυξη εγκεφαλοπάθειας μέσα σε μία ή περισσότερες εβδομάδες από την εμφάνιση του ίκτερου προσδιορίζει την κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια. Η επείγουσα μεταφορά σε ιατρικό κέντρο εξειδικευμένο στη μεταμόσχευση του ήπατος είναι η κατάλληλη ενέργεια.

• Σε **πυλαία υπέρταση**, αντικειμενικά ευρήματα όπως ο ασκίτης, η σπληνομεγαλία, οι κιρσοί οισοφάγου και στομάχου, φέρνουν σε υποψία τη νόσο.

• Σε **ΑΒΠ** παρατηρείται πυρετός και κοιλιακό άλγος.

Άλλα χαρακτηριστικά ευρήματα είναι το κυρωτικό ήπαρ, αρχικά μεγάλο, που εξελίσσεται σε μικρό και αφηλάφητο, το ερύθημα παλαμών, η αυξημένη ενδοκράνια πίεση (αυξημένος μυϊκός τόνος, βραδέως αντιδρώσες κόρες και υπεραερισμός).

Ποιες είναι οι επείγουσες εξετάσεις σε υποψία ηπατικής ανεπάρκειας;

Οι εξετάσεις που πρέπει αμέσως να γίνουν στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ιατρικό κέντρο είναι οι παρακάτω:

1. Χρόνος προθρομβίνης: έχει προγνωστική αξία και είναι χρήσιμος δείκτης της συνθετικής λειτουργίας του ήπατος.
2. Γενική αίματος και καλλιέργεια.
3. Γενική ούρων και καλλιέργεια.
4. Ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες (Na, K).
5. Γλυκόζη αίματος.
6. Αέρια αρτηριακού αίματος και PH.
7. Ακτινογραφία θώρακος.
8. Μικροσκοπική εξέταση, καλλιέργεια ασκτικού υγρού, αν υπάρχει, και οσφυονωτιαία παρακέντηση για μέτρηση γλουταμίνης.
9. Επίπεδα παρακεταμόλης, τοξικολογικός έλεγχος.

Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση στην ηπατική ανεπάρκεια βασίζεται στα φάρμακα και την παρακολούθηση και γενική φροντίδα του ασθενούς.

Φάρμακα

1. Σε **ΑΒΠ**: αντιβιοτική θεραπεία με αμιπικιλίνη ή κεφοταξίμη και μακρόχρονη προφύλαξη με νορφλοξασίνη.

2. Σε διαταραχές πήξης: βιταμίνη Κ.
3. Πολυβιταμίνες και φυλλικό οξύ.
4. Αποφυγή ηρεμιστικών, οπιοειδών και ηπατοτοξικών φαρμάκων.
5. Σε ηπατονεφρικό σύνδρομο: σταματάμε τα νεφροτοξικά και διουρητικά φάρμακα.
6. Μεταμόσχευση ήπατος.

Παρακολούθηση και γενική φροντίδα του ασθενούς

1. Νοσηλεία του ασθενούς σε ΜΕΘ ή μονάδα υψηλής ετοιμότητας.
2. Παρακολούθηση επιπέδου συνείδησης.
3. Παρακολούθηση O₂.
4. Διακοπή διαιτητικής πρόσληψης πρωτεϊνών.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση είναι ιδιαίτερα δυσμενής σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 10 και μεγαλύτερης των 40 ετών, καθώς και σε εκείνους που οδηγήθηκαν στην

ηπατική ανεπάρκεια από ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση σε κάποιο φάρμακο. Η επείγουσα μεταμόσχευση ήπατος πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια σταδίου II-III. Συνοδεύεται από επιβίωση 80% για τον πρώτο χρόνο.

Γενικά στοιχεία για την ηπατική ανεπάρκεια

- Το 1990, πάνω από 27.000 άνθρωποι κατέληξαν από ηπατική ανεπάρκεια στις Ηνωμένες Πολιτείες.
- Η κίρρωση του ήπατος είναι η τέταρτη πιο συχνή αιτία θανάτου στα άτομα ηλικίας 25 με 45 ετών που ζουν σε αστικές περιοχές στις Ηνωμένες Πολιτείες.
- Ασθενείς με ηπατική νόσο και ασκίτη έχουν θνητότητα 50% μέσα σε 2 χρόνια.
- Ο κίνδυνος του κυρωτικού ασθενούς να αναπτύξει ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα είναι 15-25%.
- Περίπου 2.000 περιπτώσεις οξείας ηπατικής ανεπάρκειας εμφανίζονται ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, με θνητότητα κοντά στο 80%.
- Στις ΗΠΑ το 1998, το 28% των περιπτώσεων

ηπατικής ανεπάρκειας οφειλόταν στη λήψη παρακεταμόλης, ενώ το 2003 το ποσοστό ήταν 51%. Οι Αμερικανοί διαπίστωσαν ότι η λήψη 20 δισκίων ημερησίως –η ανώτατη επιτρεπτή δοσολογία δεν ξεπερνά τα οκτώ– αρκεί για να προκαλέσει ηπατική νέκρωση και θάνατο.

Βιβλιογραφία

1. Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική 2001 1ος τόμος. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
2. Παθολογική Φυσιολογία Ιατρικού τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών. Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης.
3. Φερτάκης Γ. Παθολογική Ανατομία. Εκδόσεις Λίτσας.
4. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Available at <http://www.mednet.gr/archives/2000-3/285.html>
5. Εντατική Θεραπεία και Κεραυνοβόλος Ηπατικής Ανεπάρκειας. Available at <http://www.mednet.gr/archives/2000-3/pdf/285.pdf>

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Αποστολή Υγειονομικού Κλιμακίου στη Νήσο Σκύρο 2009

Υγειονομικό κλιμάκιο επισκέφθηκε τη νήσο Σκύρο από 29 Ιουνίου έως και 3 Ιουλίου 2009 με σκοπό την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους του νησιού και στα μέλη των οικογενειών των υπηρετούντων στελεχών της ΠΑ. Το κλιμάκιο στελεχώθηκε από 30 άτομα διάφορων υγειονομικών ειδικοτήτων και λειτουργήσε υπό την εποπτεία του Ταξου (ΥΙ) Χρήστου Γρηγορέα, Υποδιοικητή του 251 ΓΝΑ, ο οποίος ήταν αρχηγός της αποστολής.

Εξετάστηκαν συνολικά 1.153 άτομα. Αναλυτικότερα ο αριθμός εξετασθέντων ανά ειδικότητα ιατρείου παρατίθεται παρακάτω:

Οφθαλμολογικό Ιατρείο: 121, Χειρουργικό: 103, Ουρολογικό: 43, Ορθοπδικό: 153, Γυναικολογικό: 109, ΩΡΛ: 105, Δερματολογικό: 142, Παθολογικό: 60, Πνευμονολογικό: 70, Καρδιολογικό: 114, Ακτινολογικό: 97, Οδοντιατρικό: 36. Επιπλέον, διενεργήθηκαν αιμολημίες σε 206 άτομα.

Κατά τη διάρκεια της αποστολής διαγνώστηκαν 19 ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας που παραπέμφθηκαν για χειρουργική επέμβαση έπειτα από προγραμματισμό.

Επίσης, διαγνώστηκαν τρία περιστατικά με οξύ πρόβλημα υγείας τα οποία σε συνεργασία με τον Διευθυντή του Κέντρου Υγείας της Σκύρου και με το ΕΚΑΒ διακομίστηκαν σε αντίστοιχα πολιτικά νοσοκομεία της Χαλκίδας και της Αθήνας.



Το υγειονομικό κλιμάκιο στη νήσο Σκύρο.



Ο Ταξος (ΥΙ) Χ. Γρηγορέας, Υπδκτής 251 ΓΝΑ προσφέρει αναμνηστικό δώρο στο Σμχο (Ι) Α. Χριστοδούλου, Δκτή 135 ΣΜ.



Επίδοση αναμνηστικού δώρο από τον Δήμαρχο της νήσου Σκύρου κ. Μ. Χατζηγιαννάκη στον Υπδκτή 251 ΓΝΑ Ταξο (ΥΙ) Χ. Γρηγορέα.



Στιγμιότυπο λειτουργίας του Ορθοπδικού Ιατρείου.



Οδοντιατρική εξέταση ασθενούς από την οδοντίατρο του κλιμακίου.

7ο Συμπόσιο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής Ενόπλων Δυνάμεων

Το 7ο Συμπόσιο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής πραγματοποιήθηκε στις 29-30 Μαΐου 2009 στο αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ. Το Συμπόσιο δεν έκανε τίποτα άλλο από το να ακολουθήσει την επιτυχημένη πορεία των προηγούμενων. Οι καθηγητές και ομιλητές παρουσίασαν ό,τι καινούριο και εξειδικευμένο στο χώρο με στόχο, πάντα μέσω της εκπαίδευσης, οι βαρέως πάσχοντες να λαμβάνουν το υψηλότερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, το Συμπόσιο αφέσπασε τα ευμενή σχόλια όσων το παρακολούθησαν. Το διήμερο Συμπόσιο ολοκληρώθηκε με την υπόσχεση να είμαστε και του χρόνου εδώ.

Το Συνέδριο παρακολούθησαν συνολικά 740 άτομα και συγκεκριμένα 82 φοιτητές, 38 ιατροί και 34 νοσηλευτές εκτός Νομού Αττικής, 239 ιατροί και 102 νοσηλευτές Αθήνας –εκτός 251 ΓΝΑ, 169 ιατροί και 63 νοσηλευτές 251 ΓΝΑ και, τέλος, 13 άτομα από το εξωτερικό (εκτός των ομιλητών).



Στιγμιότυπο από το αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ.



Ο κος Α. Αρμαγανίδης, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας και πρόεδρος της Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας.



Ο Δκτής 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Δ. Μακρατζάκης.



Ο κος Α. Τενεκούδης, Αναπληρωτής Διττής ΓΔΑΕΕ ως εκπρόσωπος του υπουργού Εθνικής Αμυνας.

Ημερίδα Οδοντιατρικού Τομέα

Στις 22 Μαΐου 2009, πραγματοποιήθηκε στο Αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ Ημερίδα του Οδοντιατρικού Τομέα με θέμα «Σύγχρονα βιο-τεχνολογικά συστήματα στην Ορθοδοντική». Παρουσιάστηκαν ομιλίες από διακεκριμένους Καθηγητές των Πανεπιστημίων Αθηνών και Θεσσαλονίκης, καθώς και από Υγειονομικούς Αξιωματικούς Οδοντιάτρους του 251 ΓΝΑ.

Ο Σμχος (ΥΟ) Απόστολος Σουλιώτης, Διευθυντής Ορθοδοντικού Τμήματος 251 ΓΝΑ και Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής της Ημερίδας, στην εναρκτήρια ομιλία του επισήμανε τη σημασία της παρακολούθησης των νέων εξελίξεων στην ειδικότητα της Ορθοδοντικής και την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ ακαδημαϊκών και κλινικών για την προώθηση της επιστήμης.

Την Οργανωτική επιτροπή της Ημερίδας στελέχωσαν οι Σγός (ΥΟ) Χ. Λιβάς, Υποσγός (ΥΟ) Δ. Κλούκος και Ανθσής (ΥΤΑ) Λ. Κρεκμεζού.



Ο κ. Α. Αθανασίου, Τακτικός Καθηγητής Ορθοδοντικής Πανεπιστημίου Αθηνών και ο Σμχος (ΥΟ) Α. Σουλιώτης.



Ο κ. Θ. Ηλιάδης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοδοντικής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και ο Σμχος (ΥΟ) Α. Σουλιώτης.



Ο κ. Δ. Χαλαζωνίτης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοδοντικής Πανεπιστημίου Αθηνών και ο Σμχος (ΥΟ) Α. Σουλιώτης.