



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 42 / Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2009

ISSN: 1109-6403

Η Γρίπη των Χοίρων H1N1 και οι Ηλικιωμένοι

Το να είσαι ηλικιωμένος φαίνεται ότι σε προστατεύει από το να μολυνθείς από τη γρίπη των χοίρων H1N1, όπως προκύπτει από πολλές πρόσφατες δημοσιεύσεις στον παγκόσμιο ιατρικό τύπο.

Όπως προκύπτει από τις πηγές, οι οποίες αναφέρονται στο τέλος του άρθρου, το 1977 ένας ιός H1N1, που πέρασε στην ιστορία με το όνομα «ρωσική γρίπη», διαδόθηκε σε πολλές περιοχές του κόσμου μολύνοντας κυρίως τους κάτω των 25 ετών. Γιατί; Διότι γονείς και παππούδες είχαν εκτεθεί σε παρόμοιες γενιές ιών κατά τις δεκαετίες 1940 και 1950 και είχαν ανοσοποιηθεί.

Στις ΗΠΑ, η πρώτη εστία «ρωσικής γρίπης» παρουσιάστηκε σε ένα Λύκειο στο οποίο το 70% των μαθητών προσβλήθηκαν, ενώ ελάχιστοι εκπαιδευτικοί παρουσίασαν συμπτώματα, γεγονός που έκανε τον Διευθυντή Υγειονομικού της Αεροπορίας Richard Foster να αναφέρει: «Είναι το πλεονέκτημα του να είσαι μεσήλικας».

Σήμερα, από πολλές πλευρές διαπιστώνεται ότι και τώρα ο ιός H1N1 που κυκλοφορεί, έχει πολλά αντιγονικά χαρακτηριστικά με ιούς του παρελθόντος, γεγονός που επιτρέπει στο ανοσολογικό σύστημα των ηλικιωμένων να τον αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, η θνητότητα θα μπορούσε να αποδειχτεί εξαιρετικά χαμηλή, δεδομένου ότι η επίπτωση θα αφορά κυρίως σε νέους με καλή γενική κατάσταση υγείας, εκτός αν προκύψει «καταιγίδα κυτοκινών», όπως συνέβη στην περίπτωση της ισπανικής γρίπης του 1918.

Οι επόμενοι μήνες θα δείξουν αν η περίπτωση αυτή είναι σωστή ή όχι. Εάν επιβεβαιωθεί, αυτό θα επέτρεπε στις Υγειονομικές Αρχές να επικεντρωθούν στον εμβολιασμό των νεότερων ηλικιών.

Στο μεταξύ θα πρέπει να αναφερθεί ότι η γρίπη των χοίρων μεταδίδεται μέσω του αέρα με τον βήχα και το φτέρνισμα και ιδιαίτερα σε χώρους κλειστούς, υγρούς και πολυσύχναστους. Δεν διακρίνεται εύκολα από τη γνωστή κοινή γρίπη. Τα συμπτώματα έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, όπως καταρροή, βήχας, φτέρνισμα, πονόλαιμος, κεφαλαλγία, πυρετός έως 38°C, μυαλγίες, αρθραλγίες αλλά και συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα, όπως ναυτία, έμετος και διάρροια. Όμως, όποιος παρουσιάζει συμπτωματολογία του είδους αυτού δεν σημαίνει απαραίτητα πως πάσχει από τη «νέα γρίπη», αφού πολλά είδη ιών του απλού κρυολογήματος και των άλλων μορφών γρίπης έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Όταν, όμως, τα συμπτώματα είναι θορυβώδη ή επιμένουν, εάν υπάρχει δύσπνοια, κούωση, εμμονή υψηλού πυρετού, υπάρχει ενδεχόμενο επιμόλυνσης ή επιπλοκών, ιδιαίτερα σε άτομα με όχι καλό αμυντικό σύστημα. Επομένως, τα άτομα αυτά θα πρέπει να προσφύγουν σε ιατρική βοήθεια και ελέγχους ή νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Οι ηλικιωμένοι είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο αν δεν είναι ανοσοποιημένοι στον ιό, γιατί συχνά πάσχουν από χρόνια νοσήματα, μερικά από τα οποία οδηγούν σε ανοσοανεπάρκειες, αλλά και γιατί έχουν μειωμένο το αντανακλαστικό του βήχα, το κροσσωτό επιθήλιο είναι επιπεδωμένο, δεν είναι όλοι καλά ενυδατωμένοι, οι πνεύμονες παρουσιάζουν μεταβολές, όπως διαταραχές της ζωτικής χωρητικότητας και της ελαστικότητας, επομένως, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για πνευμονίες. Εκείνοι που έχουν ηλικία πολύ μεγάλη, όπως 85+ βρίσκονται σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Όταν υπάρχουν έμετοι ή διάρροιες, οι ηλικιωμένοι, ως γνωστόν, αφυδατώνονται πολύ εύκολα και συχνά παρουσιάζουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, δεδομένου ότι έχουν περιορισμένους ομοιοστατικούς μηχανισμούς και εφεδρείες, ενώ συχνά η κατάσταση περιπλέκεται από παράγοντες κοινωνικούς, όπως η κακή θρέψη και η μοναξιά. Σημαντικό ρόλο, επίσης, παίζει η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν για διάφορους λόγους, όπως κορτικοειδή, διουρητικά, αντιυπερτασικά και ανοσοκατασταλτικά διάφορων ειδών, τα οποία περιπλέκουν τις καταστάσεις και προδιαθέτουν σε επιπλοκές.

<http://www.webmd.com/cold-and-flu/flu-guide/fact-sheet-elderly-people>
jlauerma@bloomberg.net

Επιμέλεια
Σμχος (Υ) **Κίμωνας Βολίκας**
Ειδικός Παθολόγος, Δ/ντής Β' Παθολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ



Hans Anderson Brendekilde (1857-1920)
"A Wooded Path In Autumn" (detail)
Oil on canvas, 1902, 69.8 x 91.4cm
Private collection

περιεχόμενα

ειδικό άρθρο: Επιπτώσεις Από τη Διακοπή του Καπνίσματος	σελ. 3	εκδηλώσεις: – Πολιτιστική Επίσκεψη
θέμα: Γρίπη: Ένας Γνωστός μας Αγνωστός	σελ. 4	– Αποστολή Υγειονομικού Κλιμακίου
θέμα: Πνευμονική Εμβολή	σελ. 6	στη Νήσο Αμοργό 2009 σελ. 8

Κωδικός: 6720



251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ: ΝΕΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 7469392, Fax: 210 7715690

Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση

Η ιστορία της σύγχρονης αναπνευστικής αναζωογόνησης γυρνάει περίπου... πενήντα χρόνια πίσω. Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 αποδείχτηκε η αποτελεσματικότητα της τεχνητής αναπνοής στόμα με στόμα και των θωρακικών συμπίεσεων. Η «ανακάλυψη» αυτή αποτέλεσε την αρχή αυτού που σήμερα αποκαλούμε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ). Οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες δεν αποτελούν τον μοναδικό τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να εννοούμε την ΚΑΡΠΑ, απλώς απεικονίζουν έναν ευρέως αποδεκτό τρόπο σχετικά με το πώς θα έπρεπε να πραγματοποιείται η ΚΑΡΠΑ, ώστε να είναι ασφαλής για τον διασώστη και αποτελεσματική για το θύμα.

Επιμέλεια: Υπόγος (ΥΙ) **Νικόλαος Μαλιαχόβας**
Ειδικευόμενος Αναισθησιολόγος, 251 ΓΝΑ

Οι ενέργειες που συνδέουν το θύμα της ανακοπής με την επιβίωση είναι γνωστές ως «αλυσίδα επιβίωσης». Περιλαμβάνουν την έγκαιρη αναγνώριση του επειγόντος, την ενεργοποίηση του συστήματος επείγουσας βοήθειας, την άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ και την έγκαιρη απινίδωση. Η βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στην οποία θα γίνει αναφορά, αφορά σε θύματα ηλικίας άνω των οκτώ ετών. Σημειώνεται ότι δεν θα πρέπει να ξεκινάει η ΚΑΡΠΑ πριν εκτιμηθεί η ανταπόκριση του θύματος και η ανάγκη για την πραγματοποίησή της. Η ακολουθία των ενεργειών έχει όπως περιγράφεται παρακάτω:

1. Μέτρα ασφαλείας: Πρώτο μέλημα και πριν από οτιδήποτε άλλο είναι να εξασφαλιστεί ότι ο διασώστης είναι ασφαλής, αναφορικά τόσο με τον χώρο του συμβάντος (σπασμένα γυαλιά, ηλεκτροφόρα καλώδια, διερχόμενα οχήματα) όσο και με την επαφή του με το θύμα (μέτρα προστασίας, γάντια, μάσκα όπου αυτά κρίνονται απαραίτητα).

2. Εκτίμηση της ανταπόκρισης: Πρέπει να γίνει γρήγορη εκτίμηση για το κατά πόσο το θύμα ανταποκρίνεται. Ένας καλός τρόπος για να το πετύχει αυτό ο διασώστης είναι να πλησιάσει το θύμα και να το ανακινήσει ευγενικά από τους ώμους φωνάζοντας του συγχρόνως αν είναι καλά.

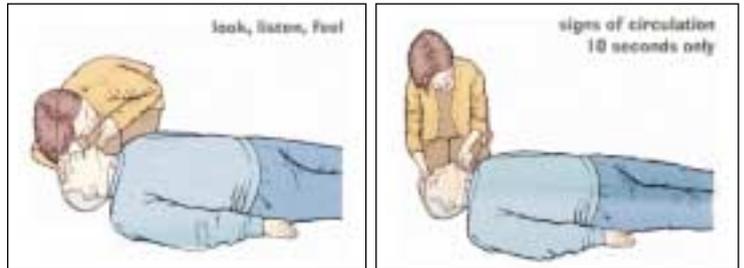
3. Κλίση για βοήθεια: Αμέσως μόλις αντιληφθεί πως έχει να κάνει με ένα θύμα που δεν αντιδρά, θα πρέπει να καλέσει για βοήθεια. Πιθανότατα κάποιος να τον ακούσει και να προσφερθεί να βοηθήσει. Επιστάται προσοχή σε περιπτώσεις κατά τις οποίες πρέπει να απομακρυνθούν τυχόν περιεργό από τον τόπο του συμβάντος.

4. Αεραγωγός: Εφόσον το θύμα δεν ανταποκρίνεται, είναι βασικό ο διασώστης να εκτιμήσει αν υπάρχει ή όχι αυτόματη αναπνοή. Προκειμένου να γίνει αυτό θα πρέπει, αφενός, το θύμα να



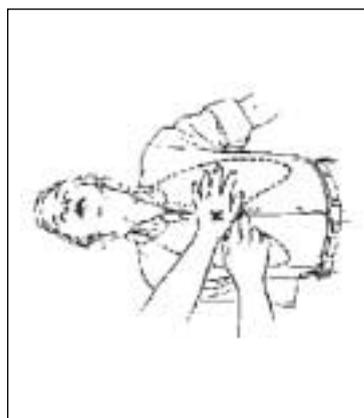
βρίσκεται σε ύπτια θέση, αφετέρου, να είναι ανοιχτός ο αεραγωγός του. Χειρισμοί οι οποίοι μπορεί να φανούν χρήσιμοι κατά την προσπάθειά του να διασφαλίσει τη βατότητα του αεραγωγού, περιλαμβάνουν την έκταση της κεφαλής (head tilt), την ανύψωση του πώγωνα (chin lift) και την ανάσπαση της κάτω γνάθου (jaw thrust).

5. Εκτίμηση της αναπνοής: Διατηρώντας τον αεραγωγό ανοιχτό ο διασώστης πλησιάζει το αφτί του στο στόμα και τη μύτη του θύματος. Βλέπει αν υπάρχει μετακίνηση του θωρακικού τοιχώματος κατά την εισπνοή και την εκπνοή. Ακούει αν υπάρχει μετακίνηση αέρα κατά την εκπνοή. Αισθάνεται αν υπάρχει ροή αέρα. Μέγιστος χρόνος για την παραπάνω διαδικασία θεωρούνται τα 10sec.



6. Ειδοποίηση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας: Η άμεση κλήση του ΕΚΑΒ προϋποθέτει την αναγνώριση των περιστατικών αυτών που απαιτούν γρήγορη ΚΑΡΠΑ και απινίδωση, όπως η κοιλιακή μαρμαρυγή και η άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία. Σημειώνεται ότι για κάθε λεπτό που περνάει η επιβίωση μειώνεται 7-10%.

7. Κυκλοφορία: Οι μη επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να στηρίζονται στην ψηλάφηση καρπιδικού ή άλλου σφυγμού για την έναρξη θωρακικών συμπίεσεων αλλά να αναζητούν και να εκτιμούν την ύπαρξη αντιδράσεων σε ερεθίσματα, αυτόματη αναπνοή, βήχα, κινήσεις κ.λπ. Πραγματοποιούνται θωρακικές συμπίεσεις με ρυθμό 100 ανά min και με αναλογία 30 συμπίεσεων για κάθε δύο εμφυσήσεις. Η κατάλληλη τοποθέτηση των χεριών του διασώστη πραγματοποιείται με την αναγνώριση του κατώτερου ημίστους του στέρνου (δύο χέρια) ή, πιο απλά, τοποθετώντας την παλάμη στο κέντρο του θώρακα (ένα χέρι). Τα δάχτυλα πρέπει να είναι είτε σε έκταση ή πλεγμένα και οι αγκώνες κλειδωμένοι και σε ευθεία με τους βραχίονες και τους ώμους. Σε έναν μέσο ενήλικα το στέρνο θα πρέπει να συμπιέζεται κατά 4-5cm και στη συνέχεια να αφέρεται η πίεση και να δίνεται χρόνος έτσι ώστε ο θώρακας να επανέρχεται στην αρχική του θέση.



8. Εμφυσήσεις: Κατά την εφαρμογή εμφυσήσεων στόμα με στόμα ο διασώστης διατηρώντας ανοιχτό τον αεραγωγό αρχικά φράζει τους ρώθωνες της μύτης του θύματος με τον αντίχειρα και τον δείκτη του χεριού που έχει στο μέτωπο του θύματος. Στη συνέχεια, αφού πάρει μια κανονική αναπνοή εφαρμόζει το στόμα του στο στόμα του θύματος και δίνει εμφυσήσεις με τέτοιο τρόπο ώστε καθεμία από αυτές να διαρκεί 1sec και να προκαλεί ορατή ανύψωση του θώρακα (απαραίτητος όγκος αέρα 500-600ml). Σημειώνεται ότι στις περιπτώσεις εκείνες

κατά τις οποίες είναι αδύνατον να ανοίξει το στόμα, π.χ. τρόμος των μαστήρων, υπάρχει σοβαρός τραυματισμός ή δεν είναι δυνατή η πραγματοποίηση ικανοποιητικών εμφυσήσεων στόμα με στόμα, ο διασώστης μπορεί να επιλέξει την πραγματοποίηση εμφυσήσεων στόμα με μύτη κατά την οποία ο διασώστης εφαρμόζει τα χέρια του γύρω από τη μύτη του θύματος, εκπνέει σε αυτήν και στη συνέχεια απομακρύνεται προκειμένου να εκπνεύσει και το θύμα. Προσοχή επιστάται προκειμένου κατά τη διάρκεια των εμφυσήσεων να αποφευχθεί γαστρική διάταση.

9. Απινίδωση: Η ευρεία διαθεσιμότητα των αυτόματων εξωτερικών απινιδωτών στην κοινότητα έχει εντάξει την απινίδωση στο πλαίσιο της βασικής ΚΑΡΠΑ. Ως έγκαιρη θεωρείται πλέον η απινίδωση η οποία εφαρμόζεται μέσα σε 5min από τη στιγμή κλήσης του ΕΚΑΒ. Αν, λοιπόν, ο αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής μετά τη σύνδεσή του με το θύμα υποδεικνύει ότι χρειάζεται απινίδωση, χορηγείται ένας μονός απινιδισμός (150J διφασικό ή 300J μονοφασικό) και αμέσως ακολουθείται από δύο λεπτά ΚΑΡΠΑ χωρίς διακοπή. Εάν, αντίθετα, ο αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής υποδεικνύει ότι δεν χρειάζεται απινίδωση, ο διασώστης πρέπει αμέσως να αρχίζει συμπίεσεις και εμφυσήσεις.

Αυτές είναι οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν κατά τη βασική ΚΑΡΠΑ, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (ERC) σε συνεργασία με τη Διεθνή Συντονιστική Επιτροπή Αναζωογόνησης (ILCOR).

«Στη ζωή δεν έχει σημασία πόσες φορές πήρες ανάσα
αλλά πόσες φορές σου κόπηκε η ανάσα...»

251 ΓΝΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

Ιδιοκτησία

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

Εκδότης

Επγός (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη

Συντακτική Επιτροπή

Υπευθυνοί Σύνταξης: Επγός (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη
Επγός (ΥΙ) Δημήτριος Λιάπης
Γραμματεία Σύνταξης: Επγός (ΥΙ) Κωνσταντίνος Πεταλάς
Μέλος: Επγός (ΥΝ) Ευγενία Αλεξανδρή

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

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

Copyright 2009

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

Επιπτώσεις Από τη Διακοπή του Καπνίσματος

Η πρόσφατη απαγόρευση του καπνίσματος σε συγκεκριμένους χώρους για πρώτη φορά στην Ελλάδα, πυροδότησε συζητήσεις και διαφωνίες. Αλλωστε, στη χώρα μας υπάρχει υψηλό ποσοστό καπνιστών. Ορισμένα ιστορικά και ιατρικά στοιχεία, καθώς και οι κυρίαρχες θεραπευτικές ιδέες αποτελούν το αντικείμενο αυτού του σύντομου άρθρου.

Η είσοδος του καπνού στην ευρωπαϊκή κουλτούρα χρονολογείται από τον 16ο αιώνα. Από το 1900 περίπου χρονολο-

Επιμέλεια: Σγός (ΥΙ) **Ελευθέριος Κυριακάκης**
Ψυχίατρος, 251 ΓΝΑ

γείται το κάπνισμα του τσιγάρου (εφεύρεση της μηχανής που φτιάχνει τσιγάρα). Ωστόσο, οι πρώτες αναφορές για τη συσχέτιση του καπνίσματος με συγκεκριμένες ασθένειες ξεκινούν τη δεκαετία του 1950. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι η πιο θανατηφόρα και δαπανηρή εξάρτηση για τον άνθρωπο.

Η διαταραχή από χρήση νικοτίνης διαφέρει από τις υπόλοιπες διαταραχές που δημιουργούνται με τη χρήση άλλων ουσιών. Δεν προκαλεί διαταραχή στη συμπεριφορά, οι καπνιστές, λοιπόν, δεν αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια. Επίσης, η νικοτίνη είναι νόμιμη ουσία και μπορεί να χρησιμοποιείται συνήθως από ανθρώπους χωρίς άλλα ψυχολογικά και ψυχιατρικά

προβλήματα. Κυρίως η διακοπή του καπνίσματος γίνεται χωρίς οι καπνιστές να λάβουν βοήθεια ή θεραπεία. Η Ελλάδα, μαζί με τις Πολωνία, Ρωσία, Ουγγαρία, Λετονία και Δανία αποτελούν τις χώρες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών.

Σύμφωνα με μελέτη της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας (2004-2005), στη χώρα μας καπνίζει το 47,7% του πληθυσμού ηλικίας 14 ετών και άνω, το 32% των γυναικών και το 52,2% των ανδρών. Περισσότερο καπνίζουν οι άνδρες ηλικίας 45-54 ετών, κατά μέσο όρο 22 τσιγάρα ημερησίως. Δυστυχώς, η ηλικία έναρξης του καπνίσματος τοποθετείται νωρίς στη ζωή του ατόμου. Στη χώρα μας οι καπνιστές 14-18 ετών είναι 14,6% των μελών των νοικοκυριών (8,3% είναι οι έφηβοι καπνιστές 14 ετών και το ποσοστό αυξάνεται με την ηλικία). Στην εφηβεία προηγείται περίοδος πειραματισμού πριν από το κάπνισμα. Το συστηματικό κάπνισμα στην εφηβεία αυξάνει την πιθανότητα να διατηρηθεί η συνήθεια στην ενήλικη ζωή.

Τα στατιστικά στοιχεία για τη βλάβη στην υγεία είναι ανησυχητικά. Η θνησιμότητα εξαιτίας των καρδιακών παθήσεων είναι 70% μεγαλύτερη στους καπνιστές. Το 30-40% των θανάτων που οφείλονται στη στεφανιαία νόσο προκαλούνται από το κάπνισμα. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 85% όλων των περιπτώσεων καρκίνου. Τα στοιχεία είναι πολύ πλούσια και «μακάβρια». Το 45% των καπνιστών καταλήγουν από ασθένεια σχετιζόμενη με το κάπνισμα.



Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ταξινόμικό Σύστημα, τα διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης από τη νικοτίνη περιλαμβάνουν την ανοχή (με αύξηση του αριθμού των τσιγάρων, το σύνδρομο στέρησης και τη χρήση για την αποφυγή της στέρησης, τη λήψη της ουσίας σε ποσότητα και διάρκεια μεγαλύτερη της αρχικής πρόθεσης, τη σταθερή επιθυμία για διακοπή της χρήσης και την αποτυχημένη προσπάθεια και τη συνεχιζόμενη χρήση παρά τη γνώση ότι είναι επιβλαβής). Επίσης, μεγάλο μέρος του χρόνου καταναλώνεται στην προσπάθεια κατοχής και λήψης της ουσίας (π.χ. απομάκρυνση από τον χώρο εργασίας, εάν απαγορεύεται το κάπνισμα, ή αποφυγή θέσης εργασίας με αντίστοιχους περιορισμούς). Πολλές φορές η χρήση συνεχίζεται παρά την επίγνωση του καπνιστή ότι πάσχει από νόσο σχετιζόμενη με το κάπνισμα.

Η διάγνωση του συνδρόμου στέρησης για να τεθεί, χρειάζεται συγκεκριμένο αριθμό συμπτωμάτων 24 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Τέτοια συμπτώματα είναι αύπνία, ευερεθιστότητα, δυσφορία ή θλίψη, άγχος, δυσκολία συγκέντρωσης, ανησυχία, μειωμένος καρδιακός ρυθμός, αυξημένη όρεξη ή αύξηση βάρους. Το κάπνισμα μπορεί να παρεμβαίνει στον μεταβολισμό ορισμένων ουσιών (π.χ. καφεΐνη αλλά και διάφορα φάρμακα). Το κάπνισμα μπορεί να μειώνει τα επίπεδα ορισμένων φαρμάκων και η διακοπή του αντιπροσποστικά να προκαλεί αύξηση.

Μεγάλη σημασία στον παρόντα χρόνο έχουν οι θεραπευτικές δυνατότητες. Στο διαδικτυο υπάρχουν πολυάριθμες διευθύνσεις με οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, η μείωση του αριθμού των τσιγάρων και η στροφή σε τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας σε νικοτίνη και πίσσα είναι στρατηγικές βελτίωσης που δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένες επιστημονικά. Η σίγουρη επιλογή είναι η οριστική διακοπή.

Κυρίαρχη ψυχολογική θεραπεία (ψυχοθεραπεία) για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η θεραπεία συμπεριφοράς. Σημαντικές τεχνικές είναι η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και η αποφυγή υποτροπής. Με τις τεχνικές αυτές γίνεται πρόβλεψη των συνθηκών που μπορεί να γίνει υποτροπή και προγραμματίζονται στρατηγικές αντιμετώπισης των συνθηκών χωρίς κάπνισμα. Βέβαια, πάντα σημαντικό ρόλο στην πρόληψη υποτροπής παίζει η υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο. Η επιλογή ομαδικής θεραπείας συμπεριφοράς εμφανίζει πλεονεκτήματα. Το κόστος είναι χαμηλό και η αποτελεσματικότητα υψηλή. Έχουν γίνει στο πρόσφατο παρελθόν αντίστοιχες ομάδες και στην Ελλάδα με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας.

Εκτός από την επιλογή της ψυχοθεραπείας υπάρχουν οι φαρμακευτικοί παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν τον καπνιστή στη διακοπή του καπνίσματος και στην πρόληψη υποτροπής. Οι φαρμακευτικοί παράγοντες κατατάσσονται σε δύο ομάδες: στην πρώτη ομάδα, είναι η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Η νικοτίνη μπορεί να χορηγηθεί μόνο με τη μορφή προϊόντων που δεν απορροφούνται από το πεπτικό σύστημα. Κυριαρχούν τα αυτοκόλλητα, οι σίχλες, οι υπογλώσσισες παστίλιες και τα σπρέι για εισπνοές.

Στη δεύτερη ομάδα, είναι τα φάρμακα που δεν περιέχουν νικοτίνη και πρέπει να χορηγούνται από ιατρό. Τέτοιες ουσίες είναι η βουπροπιόνη (αντικαταθλιπτική ουσία) και η βαρενικλίνη (μερικός αγωνιστής υποδοχέων νικοτίνης). Ο συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και φαρμακοθεραπείας έχει πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας.

Ωστόσο, οι περισσότεροι καπνιστές πιστεύουν ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι προϊόν καθαρά προσωπικής απόφασης και προσπάθειας και δεν αναζητούν εύκολα βοήθεια. Συνοψίζοντας, η τελική συμβουλή είναι: όταν αποτυγχάνει η προσωπική προσπάθεια, η αναζήτηση επιστημονικής βοήθειας είναι πολύ πιο λειτουργική επιλογή από τη συνέχιση του καπνίσματος.

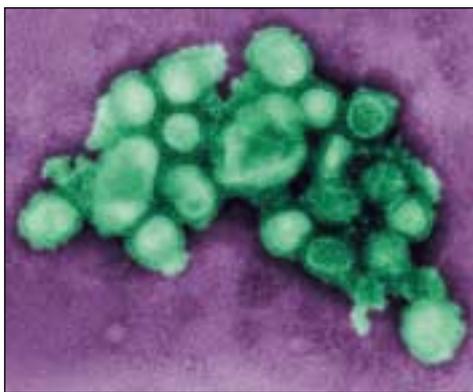


Γρίπη: Ένας Γνωστός μας Αγνωστος

Εισαγωγή

Η γρίπη είναι οξεία νόσος του αναπνευστικού συστήματος η οποία μπορεί να προσβάλλει την ανώτερη ή και την κατώτερη αναπνευστική οδό και συχνά συνοδεύεται από συστηματικά συμπτώματα, όπως υψηλό πυρετό, κεφαλαλγία, μυαλγίες και μυϊκή αδυναμία. Εξάρσεις της νόσου ποικίλης έκτασης και σοβαρότητας παρατηρούνται σχεδόν κάθε χειμώνα.

Στην Ελλάδα η περίοδος της γρίπης διαδράμει κυρίως από τον Οκτώβριο έως τον Απρίλιο, με έξαρση της δραστηριότητας κυρίως μεταξύ Δεκεμβρίου και



Απεικόνιση του ιού της γρίπης σε μικροσκόπιο.

Επιμέλεια:

Σμχος (ΥΙ) Δημήτριος Χατζηγεωργίου¹

Σμγός (ΥΝ) Ελένη Ροκκά²

1. Ειδικός Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος

Δ/ντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής

2. Νοσηλεύτρια (MSc) Τμήματος Λοιμώξεων

Φεβρουαρίου. Πολλοί άνθρωποι συχνά χρησιμοποιούν τον όρο γρίπη για να περιγράψουν το κοινό κρυολόγημα ή αλλιώς την οξεία ρινοφαρυγγίτιδα, μία ιογενή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού που προκαλείται κυρίως από ρινοϊούς και χαρακτηρίζεται από πολύ ήπια και ανεκτά συμπτώματα, όπως δεκατική πυρετική κίνηση, βήχα, κεφαλαλγία, μείωση της όσφρησης και της γεύσης κ.ά. Εντούτοις, η γρίπη μπορεί να εξελιχθεί σε μία σοβαρή νόσο, οι εξάρσεις της οποίας συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα στους κόλπους της κοινότητας και από αυξημένη θνητότητα σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, κυρίως ως συνέπεια πνευμονικών επιπλοκών.

Ιστορικά, η γρίπη έχει περιγραφεί για πρώτη φορά ως κλινική νόσος από τον πατέρα της ιατρικής Ιπποκράτη, το 412 π.Χ., στο έργο του «Επιδημιών το Πρώτον». Η ανθρωπότητα έχει έρθει πολλές φορές αντιμέτωπη με την απειλή ή και την εκδήλωση μιας πανδημίας γρίπης, την εξάπλωση δηλ. της νόσου χωρίς τοπικούς περιορισμούς σε όλο τον πλανήτη και με ταχεία μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ιστορικές αναφορές σε πανδημίες γρίπης έχουν περιγραφεί στον Μεσαίωνα αλλά και σε μεταγενέστερα χρόνια (1729-1730, 1732-1733, 1781-1782, 1830, 1833-1834 και 1847-1848). Στον 20ό αιώνα, ο πλανήτης έχει έρθει αντιμέτωπος με τρεις πανδημίες:

- Την ισπανική γρίπη του 1918. Υπήρξε και η πιο σοβαρή με την οποία ήρθε ποτέ αντιμέτωπη η ανθρωπότητα. Μεταξύ του Σεπτεμβρίου του 1918 και του Απριλίου του 1919 υπολογίζεται ότι το 20-40% του τότε παγκόσμιου πληθυσμού είχε νοσήσει, ενώ υπολογίζεται ότι πάνω από 50.000.000 άνθρωποι απεβίωσαν.

- Την ασιατική γρίπη του 1957. Η νόσος ανιχνεύθηκε πρώτα στην Κίνα στα τέλη Φεβρουαρίου του 1957 και εξαπλώθηκε στις ΗΠΑ έως τον Ιούνιο του ίδιου έτους. Παρόλο που η ανθρωπότητα, σε σύγκριση με την ισπανική γρίπη του 1918, αντιμετώπισε πιο έγκαιρα αυτή την απειλή, η πανδημία αυτή εκτιμάται ότι κόστισε τη ζωή σε 2.000.000 ανθρώπους παγκοσμίως.

- Τη γρίπη του Χονγκ-Κονγκ (1968-1969). Πρόκειται για την πιο «ήπια» πανδημία του 20ού αιώνα με πάνω από 700.000 θύματα παγκοσμίως. Η νόσος ανιχνεύθηκε πρώτα στο Χονγκ Κονγκ, στη συνέχεια εξαπλώθηκε στις ΗΠΑ και από εκεί σε όλο τον κόσμο.

Ποιος είναι ο αιτιολογικός παράγοντας

και πώς μεταδίδεται;

Όπως προαναφέρθηκε, η γρίπη είναι ιογενής λοίμωξη, η οποία οφείλεται στους ιούς της γρίπης της οικογένειας των Ορθομυξοϊών. Οι ιοί της γρίπης Α και Β αποτελούν το ένα γένος, ενώ ο ιός της γρίπης C το άλλο. Οι πιο εκτεταμένες και σοβαρές επιδημικές εξάρσεις προκαλούνται από τους ιούς της γρίπης τύπου Α, κυρίως λόγω της ικανότητας του ιού να υφίσταται αξιοσημειώτες και ταχύτερες αντιγονικές τροπο-

ποιήσεις ή, πιο απλά, μεταλλάξεις. Ετσι έχουν απομονωθεί διάφορα στελέχη ΑΗ5Ν1, ΑΗ3Ν2 κ.ά., μέχρι τον πιο πρόσφατο απομονωθέν στέλεχος ΑΗ1Ν1.

Οι ιοί της γρίπης απομονώνονται στις αναπνευστικές εκκρίσεις των νοσούντων ατόμων και μεταδίδονται μέσω σταγονιδίων, μικρών δηλ. σωματιδίων τα οποία παράγονται κατά τη διάρκεια πταρμού ή βήχα ή ακόμη και την έντονη ομιλία.

Επίσης, ο ιός μπορεί να μεταδοθεί και μέσω της άμεσης επαφής με κάποια μολυσμένη επιφάνεια. Η περίοδος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 1-4 ημέρες με μέσο όρο τις δύο ημέρες. Οι ενήλικες μπορεί να μεταδίδουν τον ιό της γρίπης από μία ημέρα πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι και επτά (7) ημέρες μετά, ενώ τα παιδιά μπορεί να μεταδίδουν τη νόσο για περισσότερες από 10 ημέρες.

Ποια είναι τα συμπτώματα της γρίπης;

Η γρίπη έχει περιγραφεί πάρα πολύ συχνά ως μία νόσος που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια έναρξη συστηματικών συμπτωμάτων, όπως κεφαλαλγία, πυρετό πάνω από 38°C, ρίγη, μυαλγίες, αρθραλγίες, αίσθημα κακουχίας και συνοδά συμπτώματα από το αναπνευστικό, όπως ρινική καταρροή, βήχας και κύναγχη. Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν ακόμη και συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, όπως ναυτία, εμετούς, διάρροια, σε αντίθεση με τους ενήλικες, που τα συμπτώματα αυτά σπανίζουν. Η διάρκεια των συμπτωμάτων, επίσης, ποικίλλει από 2 έως 7 ημέρες.

Η πρόγνωση της νόσου είναι γενικά καλή με τους περισσότερους ασθενείς να αναρρώνουν πλήρως εντός 1 με 2 εβδομάδων.

Ωστόσο, σε μία σημαντική μειοψηφία, που αφορά κυρίως σε ηλικιωμένους, σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και σε παιδιά, η νόσος μπορεί να επιπλακεί. Η συχνότερη επιπλοκή της γρίπης είναι η πνευμονία (είτε πρωτοπαθής ιογενής πνευμονία είτε δευτεροπαθής βακτηριδιακή πνευμονία), ενώ άλλες επιπλοκές είναι η επιδείνωση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, η παροξυσμός του βρογχικού άσθματος και της χρόνιας βρογχίτιδας, η επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και η απορύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.

Θεραπεία και πρόληψη

Σε μη επιπεπλεγμένες περιπτώσεις η θεραπεία είναι υποστηρικτική και συνίσταται κυρίως στην επαρκή ενυδάτωση, την ξεκούραση και τη λήψη αντιπυρετικών ή παυσίπονων για την αντιμετώπιση του πυρετού και των μυαλγιών ή αρθραλγιών αντίστοιχα. Η χρήση των σαλικυλικών (ασπιρίνη) σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών θα πρέπει να αποφεύγεται, λόγω πιθανής συσχέτισης αυτής της κατηγορίας φαρμάκων με ένα σοβαρό νόσημα που ονομάζεται σύνδρομο Reye.

Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση των αντιβιοτικών, εάν δεν υπάρχουν επιπλοκές, όπως βακτηριακή πνευμονία κ.ά.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες αντιικών φαρμάκων. Η πρώτη κατηγορία αντιικών φαρμάκων περιλαμβάνει τα συγγενικά φάρμακα αμανταδίνη και ριμανταδίνη, ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους αναστολείς της νευραμινιδάσης, τη ζανταμίβη (Relenza) και την οσελταμίβη (Tamiflu).

Προκειμένου να είναι αποτελεσματικά, η χορήγηση των φαρμάκων αυτών πρέπει να αρχίζει μέσα στις πρώτες 48 ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων του ασθενούς.



Τα φάρμακα αυτά είναι δραστικά μόνον έναντι της γρίπης τύπου Α και η δράση τους συνίσταται στο ότι μπορούν να μειώσουν τη διάρκεια και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της γρίπης, ενώ μπορεί να χορηγηθούν και ως χημειοπροφύλαξη, δηλ. στην πρόληψη της γρίπης σε άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με άτομο που νοσεί υπό προϋποθέσεις.

Όσο τα φάρμακα αυτά, όπως εξάλλου όλες οι κατηγορίες φαρμάκων, έχουν παρενέργειες και **θα πρέπει να χορηγούνται αυστηρά μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής, και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Η κατάχρηση ή η λανθασμένη συνταγογράφηση αυτών μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη αντοχής του ιού απέναντι στα φάρμακα.**

Κανείς δεν μπορεί να πει ότι μπορεί να προφυλαχθεί απόλυτα από τη γρίπη. Τα κυριότερα μέτρα πρόληψης συνίστανται κατ' αρχήν στην τήρηση των κανόνων υγιεινής και στον εποχιακό αντιγριπικό εμβολιασμό.

Όσον αφορά στην τήρηση των κανόνων υγιεινής, αυτή περιλαμβάνει κυρίως:

- Συχνό και καλό πλύσιμο των χεριών. Συστήνεται, επίσης, η χρήση αλκοολικών διαλυμάτων για τη συχνή επάλειψη των χεριών, τα οποία κυκλοφορούν στο εμπόριο σε διάφορες μορφές (υγρή ή σε ατομικά ματηλάκια).

- Κάλυψη της μύτης και του στόματος, όχι με τα χέρια μας αλλά με ένα χαρτομάντιλο, ή εάν δεν έχουμε, με τον αγκώνα μας όταν βήχουμε ή φτερνιζόμαστε, άμεση απόρριψη αυτού σε κάδο απορριμμάτων και πολύ καλό πλύσιμο των χεριών.

- Αποφυγή της στενής επαφής με άτομα που νοσούν ή έχουν συμπτώματα από το αναπνευστικό.

- Όταν νοσείτε, κρατήστε αποστάσεις από τους υπόλοιπους και αποφεύγετε να πηγαίνετε στη δουλειά, σε κοινωνικές συναθροίσεις και σε πολυσύχναστα μέρη. Με αυτό τον τρόπο προστατεύετε όχι μόνο τον εαυτό σας, αλλά και τους υπόλοιπους.

Το εμβόλιο κάθε της εποχικής γρίπης παρασκευάζεται κάθε χρόνο (περίπου τον Φεβρουάριο), σύμφωνα με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και με βάση τις επιστημονικές προβλέψεις για τα στελέχη που θα κυκλοφορήσουν την ερχόμενη περίοδο γρίπης. Περιέχει είτε αδρανοποιημένα στελέχη είτε τμήματα στελεχών των ιών γρίπης, που απομονώθηκαν τον χειμώνα του προηγούμενου έτους. Είναι τριδύναμο και περιέχει συνήθως δύο υπότυπους του ιού τύπου Α και έναν υπότυπο του ιού τύπου Β. Πρόκειται για ένα ασφαλές εμβόλιο, αποτελεσματικό κατά 70-90% στο να προλαμβάνει τη νόσηση από γρίπη σε υγιή άτομα κάτω των 65 ετών.

Επίσης, σε περίπτωση νόσησης μπορεί να προστατεύσει από επιπλοκές και να μειώσει τη θνητότητα. Κατηγορίες ατόμων που θα πρέπει να εμβολιάζονται σε ετήσια βάση, σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είναι άτομα άνω των 60 ετών, οι πάσχοντες από άσθμα ή άλλες χρόνιες πνευμονοπάθειες, ασθενείς με καρδιακή νόσο, οι πάσχοντες από χρόνια μεταβολικά νοσήματα (όπως σακχαρώδη διαβήτης), άτομα με νεφρική ανεπάρκεια ή αιμοσφαιρινοπάθειες, ανοσοκατασταλμένοι (εξαιτίας θεραπείας ή νοσήματος), άτομα που διαμένουν σε συνθήκες ομαδικής διαβίωσης (π.χ. οίκοι ευγηρίας) και επαγγελματίες συγκεκριμένων κατηγοριών (επαγγελματίες υγείας, μέλη των Ενόπλων Δυνάμεων, άτομα που εργάζονται σε Οργανισμούς Κοινής Ωφελείας κ.ά.). Η έναρξη του εμβολιασμού για τον Ελλαδικό χώρο γίνεται συνήθως στα τέλη Οκτωβρίου με αρχές Νοεμβρίου, ενώ μπορεί να συνεχίζεται και καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου εφόσον υπάρχουν κρούσματα στην κοινότητα.

Όπως προαναφέρθηκε, μία από τις κυριότερες επιπλοκές της γρίπης σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές



Το συχνό πλύσιμο των χεριών και η τήρηση των κανόνων υγιεινής αποτελούν τα βασικά μέτρα πρόληψης.

ομάδες είναι η δευτεροπαθής βακτηριδιακή πνευμονία, ενώ ένα από τα συχνότερα μικροβιακά αίτια είναι ο πνευμονιόκοκκος (*Streptococcus pneumoniae*). Ο εμβολιασμός των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού κατά του πνευμονιόκοκκου μπορεί να ελαττώσει σημαντικά τη συχνότητα της πνευμονοκοκκικής πνευμονίας ως επιπλοκή της γρίπης. Το εμβόλιο παρέχει προστασία σε περίπου 85% των εμβολιασθέντων, μπορεί να χορηγηθεί οποιαδήποτε εποχή του χρόνου, ενώ επανεμβολιασμός συνιστάται να επαναλαμβάνεται κάθε 5 χρόνια.

Στην Ελλάδα κυκλοφορεί τόσο το 23-δύναμο πολυσακχαριδικό, που περιέχει αντιγόνα 23 ορότυπων πνευμονιόκοκκου (*Pneumovax*, *Pneumo-23* ή *PNU-impune*) και το οποίο συνιστάται για τους ενήλικες στους οποίους ενδείκνυται εμβολιασμός όσο και το 7-δύναμο συνδεδεμένο εμβόλιο, που περιέχει ποσότητα του περιβλήματος αντιγόνων 7 ορότυπων πνευμονιόκοκκου (*Prevenar*) και το οποίο συνιστάται σε όλα τα παιδιά ηλικίας 2-23 μηνών, ενώ μπορεί να γίνει και σε μεγαλύτερη ηλικία και ιδιαίτερα σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Ομάδες ατόμων με αυξημένο κίνδυνο για πνευμονοκοκκικές λοιμώξεις και στις οποίες συστήνεται να γίνεται ο εμβολιασμός είναι υγιή βρέφη και ενήλικες άνω των 60 ετών, άτομα με συγγενείς αντισωματικές ανεπάρκειες, ανοσοκατασταλμένοι (εξαιτίας νοσήματος ή θεραπείας), άτομα με μειωμένη σπληνική λειτουργία ή ασπληνία (π.χ. δρεπανοκυτταρική αναμία ή άτομα που έχουν υποβληθεί σε σπληνεκτομή), πάσχοντες από χρόνια μεταβολικά νοσήματα, χρόνιες πνευμονοπάθειες ή καρδιαγγειακά νοσήματα.

Εμβόλιο γρίπης σε περίοδο πανδημίας

Με βάση τα όσα προαναφέρθηκαν, είναι εύκολο να καταλάβει κανείς ότι το εμβόλιο κατά της εποχικής γρίπης είναι απίθανο να προσφέρει προστασία έναντι ενός νέου στελέχους που θα προκαλέσει πανδημία, όπως αυτή που διανύουμε τώρα. Επίσης, παρά την ύπαρξη αντικών φαρμάκων, ο εμβολιασμός παραμένει προτεραιότητα προκειμένου να μειωθεί η επίπτωση της πανδημίας στον πληθυσμό, ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Η παραγωγή ενός νέου εμβολίου μπορεί να ξεκινήσει από τη στιγμή που θα απομονωθεί το πανδημικό στέλεχος, ενώ σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο χρόνος που απαιτείται για την παραγωγή του κυμαίνεται από πέντε έως έξι μήνες. Η δυνατότητα, βεβαίως, παραγωγής ενός πανδημικού εμβολίου εξαρτάται από πολλούς περιοριστικούς παράγοντες, ακόμη και τεχνικούς, όπως η διαθεσιμότητα αβγών ορνιθών, η δυνατότητα καλλιέργειας του νέου στελέχους, ο χρόνος που απαιτείται για να διαπιστωθεί η ασφάλεια του νέου εμβολίου κ.ά.

Δεδομένου δε ότι υπάρχει ενδεχόμενο οι ποσότητες του εμβολίου να μην είναι επαρκείς για ολόκληρο τον πληθυσμό, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια παραγωγής, και η ζήτηση του εμβολίου είναι υψηλή, είναι απα-

ραίτητο να χαρακτηεί εξαρχής μια στρατηγική εμβολιασμού των ιδιαίτερα ευπαθών ομάδων.

Με βάση τις νεότερες συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι Εθνικές Επιτροπές Εμβολιασμού κάθε χώρας θα πρέπει να αποφασίσουν για τις ομάδες πληθυσμών που θα εμβολιαστούν κατά προτεραιότητα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας, επισημαίνοντας ωστόσο, ότι σε αυτές τις ομάδες θα πρέπει να περιλαμβάνονται κατ' αρχήν οι επαγγελματίες υγείας, οι έγκυες γυναίκες, άτομα μεγαλύτερα των έξι μηνών με ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας, υγιή άτομα ηλικίας 15 με 49 ετών, υγιή άτομα ηλικίας 50 με 64 ετών, υγιή άτομα πάνω από 65 ετών.

Το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων των ΗΠΑ (CDC) στις τελευταίες συστάσεις που ανακοίνωσε τον Αύγουστο του 2009 αναφέρει ότι θα πρέπει να εμβολιαστούν οι έγκυες γυναίκες, οι επαγγελματίες υγείας, άτομα τα οποία έρχονται σε στενή επαφή ή παρέχουν φροντίδα σε νεογνά ηλικίας κάτω των έξι ετών, όλα τα άτομα ηλικίας από 6 μηνών έως 24 ετών, όλοι οι ενήλικες ηλικίας 25 έως 64 ετών που νοσούν από χρόνια σοβαρό νόσημα (π.χ. καρδιοπαθείς, ανοσοκατασταλμένοι, άτομα με χρόνια πνευμονοπάθεια κ.λπ.).

Σύμφωνα με τις ίδιες συστάσεις, όταν ολοκληρωθεί ο εμβολιασμός των ατόμων που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες, θα πρέπει να ξεκινήσει ο εμβολιασμός των ατόμων ηλικίας μεταξύ 25 και 64 ετών. Ωστόσο, τα μέχρι στιγμής δεδομένα υποδεικνύουν ότι άτομα ηλικίας μεταξύ 25 και 64 ετών διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο να νοσήσουν από ό,τι τα άτομα νεότερης ηλικίας. Ανάλογες οδηγίες έχουν εκδοθεί και από αντίστοιχους οργανισμούς άλλων χωρών (Αγγλία, Καναδάς κ.λπ.).

Για τον **Ελλαδικό χώρο** τα πρώτα εμβόλια κατά της νέας γρίπης αναμένονται να παραληφθούν, σύμφωνα με τις ανακοινώσεις του **Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**, τον Σεπτέμβριο του τρέχοντος έτους. Οι ομάδες προτεραιότητας για την ανοσοποίηση του πληθυσμού θα καθοριστούν με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα και την επίπτωση της νόσου από την Εθνική Επιτροπή Αντιμετώπισης Πανδημίας σε συνεργασία με την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμού και πάντα σύμφωνα με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλων διεθνών οργανισμών.

Με βάση τα μέχρι στιγμής δεδομένα, ομάδες προτεραιότητας για εμβολιασμό θα αποτελέσουν οι επαγγελματίες υγείας, οι έγκυες γυναίκες, οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία του κράτους, άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες (π.χ. ανοσοκατασταλμένοι), άτομα σε ομαδική διαβίωση (π.χ. οίκοι ευγηρίας) και άτομα σε χώρους όπου υπάρχει μεγάλος συγχρωτισμός (π.χ. σχολεία).

Επιλεγμένη Βιβλιογραφία

Harrison's principles of internal medicine. 14th Edition.
Glenn Mayhall C. *Hospital infection control and epidemiology. 5th edition.*
ΚΔ Γαρδίκας. *Ειδική Νοσολογία. Παρισιάνος.*

Διαδικτυακοί τόποι

– www.who.int/csr/disease/influenza/en (ιστοσελίδα Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας).
– www.pandemicflu.gov (ιστοσελίδα Κέντρου Παρακολούθησης Γρίπης CDC των ΗΠΑ).
– www.keel.org.gr (ιστοσελίδα Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων).
– www.ecdc.eu (ιστοσελίδα Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου Λοιμώξεων).
– www.hpa.org.uk (ιστοσελίδα Health Protection Agency – Ηνωμένου Βασιλείου).
– www.chica.org (ιστοσελίδα Ενωσης Επαγγελματιών Ελέγχου Λοιμώξεων Καναδά).

Υγιεινή των Τροφίμων και Σύστημα HACCP στο Νοσοκομείο

Η υγιεινή και η ασφάλεια των τροφίμων θα αποτελέσει πάντοτε ένα επίκαιρο και ενδιαφέρον θέμα για τις σύγχρονες κοινωνίες. Η μαζικοποίηση στην παραγωγή και η ευρεία διανομή των τροφίμων, η ολοένα αυξημένη κατανάλωση έτοιμου φαγητού, οι μετακινήσεις πληθυσμών, οι γενετικές αλλαγές των μικροβίων και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες είναι μερικοί μόνο από τους λόγους στους οποίους οφείλονται οι εκρήξεις των διατροφικών κρίσεων και των τροφιμογενών νοσημάτων.

Επιμέλεια: Υπογός (ΥΚ) **Αθανασία Λαΐνα**
Προϊσταμένη Τμήματος Προληπτικής
Ιατρικής, 251 ΓΝΑ

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Οδηγία (93/43), με την οποία εναρμονίζεται η ελληνική νομοθεσία με το ΦΕΚ 1219B/4-10-00, όλες οι επιχειρήσεις μαζικής εστίασης και παραγωγής τροφίμων οφείλουν να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν ένα σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας των τροφίμων που παράγουν. Η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος αυτοελέγχου, όπως το σύστημα **HACCP**, καλείται να καλύψει τις αδυναμίες των τεχνικών ελέγχων και να εξασφαλίσει τις προϋποθέσεις για την παραγωγή πιο ασφαλών τροφίμων.

Τι είναι το σύστημα HACCP και πού εφαρμόζεται;

Ο όρος **HACCP** είναι ακρωνύμιο του Hazard Analysis Critical Control Points (στα ελληνικά προτείνεται ως δόκιμος ο όρος **ΑΚΚΣΕ**, που είναι ακρωνύμιο του Ανάλυση Κινδύνου και Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στο να αναγνωρίσει τους κινδύνους (μικροβιολογικοί, φυσικοί, χημικοί) που συνδέονται με οποιοδήποτε στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας, από την παραλαβή, την αποθήκευση και τη διακίνηση των τροφίμων μέχρι τον τελικό καταναλωτή και στη συνέχεια εφαρμόζει αποτελεσματικές διαδικασίες ελέγχου με σκοπό την παραγωγή υγιεινών και ασφαλών προϊόντων. Βάσει, λοιπόν, τεχνικών και επιστημονικών αρχών το HACCP σχεδιάστηκε για να **προλαμβάνει** και **όχι να καταστέλλει**. Για πρώτη φορά εφαρμόστηκε τη δεκαετία του '60 για τις ανάγκες της NASA, ώστε να παραχθούν τρόφιμα ασφαλή για τη σίτιση των διαστημικών πληρωμάτων της. Σήμερα το σύστημα **HACCP** εφαρμόζεται σε βιομηχανίες τροφίμων, σε χώρους μαζικής εστίασης, όπως ξενοδοχεία, θέρετρα, εστιατόρια, catering, supermarket, σε επιχειρήσεις έτοιμου φαγητού, εργαστήρια ζαχαροπλαστικής και αρτοποιείας και σε **νοσοκομεία**.

Επτά βασικές αρχές του HACCP

Η λειτουργική και αποτελεσματική ανάπτυξη του συστήματος στηρίζεται στην εφαρμογή των παρακάτω επτά βασικών αρχών:

Αρχή 1η: Προσδιορισμός και ανάλυση των κινδύνων (Hazard Analysis) και καθορισμός των απαραίτητων προληπτικών μέτρων για τον έλεγχό τους.

Κίνδυνος είναι οποιοσδήποτε βιολογικός, χημικός ή φυσικός παράγοντας που είναι δυνατόν να προκαλέσει βλάβη στην υγεία του καταναλωτή.

Αρχή 2η: Προσδιορισμός των κρίσιμων σημείων ελέγχου (Critical Control Points, CCP).

Κρίσιμο σημείο ελέγχου (ΚΣΕ) είναι τα σημεία της παραγωγικής διαδικασίας στα οποία μπορεί να εφαρμοστεί έλεγχος απαραίτητος για την πρόληψη, εξάλειψη ή τη μείωση σε αποδεκτά επίπεδα ενός κινδύνου για την ασφάλεια των τροφίμων. Ο προσδιορισμός ενός κρίσιμου σημείου ελέγχου απαιτεί μια λογική προσέγγιση.

Αρχή 3η: Καθιέρωση κρίσιμων ορίων για κάθε ΚΣΕ.

Τα κρίσιμα όρια αναφέρονται σε καθοριζόμενα όρια μιας παρατήρησης, μέτρησης ή παραμέτρου και αποτελούν τα «απόλυτα όρια αποδοχής» για κάθε κρίσιμο σημείο. Το κρίσιμο όριο είναι η τιμή/κρίτήριο που διαχωρίζει το αποδεκτό από το μη αποδεκτό.

Αρχή 4η: Σύστημα παρακολούθησης για κάθε κρίσιμο σημείο ελέγχου.

Δημιουργείται ένα ολοκληρωμένο σύστημα ελέγχου στο οποίο καθορίζονται σαφώς οι απαιτήσεις επιθετικότητας, ελέγχου και καταγραφής για τη διατήρηση των κρίσιμων σημείων ελέγχου εντός των κρίσιμων ορίων.

Αρχή 5η: Καθιέρωση των διορθωτικών ενεργειών για κάθε κρίσιμο σημείο ελέγχου.

Καθορίζονται διαδικασίες για την ανάληψη διορθωτικών ενεργειών σε περιπτώσεις κατά τις οποίες διαπιστώνονται αποκλίσεις και κατανέμονται οι αρμοδιότητες για την εφαρμογή τους. Στις διορθωτικές ενέργειες, περιέχονται τόσο όσες αφορούν στην επαναφορά της διεργασίας εντός των αποδεκτών ορίων όσο και όσες αφορούν στη διαχείριση των παραγόμενων προϊόντων κατά τον χρόνο στον οποίο η διαδικασία ήταν εκτός ελέγχου.

Αρχή 6η: Καθιέρωση διαδικασιών επαλήθευσης και επικύρωσης του συστήματος HACCP.

Πρέπει να αναπτυχθούν όλες οι αναγκαίες διαδικα-

σίες επαλήθευσης για τη σωστή συντήρηση του συστήματος HACCP και τη διασφάλιση της ομαλής και αποτελεσματικής του λειτουργίας.

Αρχή 7η: Καθιέρωση της τεκμηρίωσης της λειτουργίας του συστήματος HACCP.

Είναι επιβεβλημένο να ενημερώνονται και να τηρούνται αρχεία μέσω των οποίων θα πιστοποιείται η σωστή εφαρμογή του συστήματος HACCP, θα ελέγχεται η εκτέλεση των διορθωτικών ενεργειών (στις περιπτώσεις απόκλισης) και κατά τον τρόπο αυτό θα αποδεικνύεται η παραγωγή ασφαλών προϊόντων στις ελεγκτικές αρχές.

Γιατί να εφαρμοστεί το σύστημα HACCP στο νοσοκομείο;

Η κατανάλωση μολυσμένου ή αλλοιωμένου τροφίμου μπορεί να προκαλέσει *ενδονοσοκομειακή τροφιμογενή λοίμωξη* (nosocomial food borne disease).

Οι ενδονοσοκομειακές τροφιμογενείς λοιμώξεις προσβάλλουν ένα σημαντικό μεγάλο αριθμό ατόμων, όπως είναι οι ασθενείς, τα μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου και οι επισκέπτες. Έχουν συνήθως τη μορφή επιδημικής έκρηξης και προκαλούν δυσχέρεια στη λειτουργία του νοσηλευτικού ιδρύματος. Ταυτόχρονα, συμβάλλουν στη δημιουργία πολυανθεκτικών στελεχών.

Οι ασθενείς, και κυρίως οι κατηγορίες των ευπαθών ομάδων, επιβαρύνονται σημαντικά στην υγεία τους λόγω μειωμένης αντίστασης του ανοσοποιητικού τους, π.χ. οι ασθενείς με AIDS, οι καρκινοπαθείς, οι έγκυες, οι ηλικιωμένοι, οι παιδιατρικοί ασθενείς κ.ά. Σύμφωνα με το CDC (Κέντρο Λοιμώξεων των ΗΠΑ), η σύγχρονη παρουσία νοσοκομειακών τροφιμογενών λοιμώξεων αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα





των ασθενών.

Η ασφάλεια των τροφίμων παγκοσμίως είναι συνηθισμένη με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Ετσι, σε περιπτώσεις τροφιογενών νοσημάτων προκύπτουν νομικές διεκδικήσεις από τους ασθενείς με τεράστιο οικονομικό κόστος και δυσφήμιση του νοσοκομείου.

Σύστημα HACCP και οφέλη για το νοσοκομείο

Το μεγαλύτερο ποσοστό των τροφιογενών νοσημάτων στους χώρους των νοσοκομείων σχετίζεται με λάθη και παραλείψεις σε μία σειρά κρίσιμων θεμάτων, όπως είναι η υγιεινή των χώρων, η υγιεινή των τροφίμων και του νερού και η τήρηση των κανόνων ορθής υγιεινής πρακτικής χειρισμού των τροφίμων από τους υπεύθυνους χειριστές τροφίμων. Ο όρος «**ορθή υγιεινή πρακτική χειρισμού των τροφίμων**» περιλαμβάνει:

α. Την προσεκτική εφαρμογή των κανόνων, των αρχών και των πρακτικών συμπεριφοράς από τους υπεύθυνους χειριστές τροφίμων, ώστε να διασφαλίζεται η παραγωγή ασφαλών και υγιεινών τροφίμων.

β. Την τήρηση σωστής ατομικής υγιεινής και καλής υγείας του προσωπικού.

γ. Τη διαρκή εκπαίδευση σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, που ευθύνονται για την πρόκληση των τροφιογενών νοσημάτων, τους τρόπους μετάδοσης των παθογόνων, καθώς και τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου που μπορούν να ληφθούν στους χώρους εργασίας.

Συγκεκριμένα, με την εγκατάσταση του HACCP και των διαδικασιών, των ελέγχων και των αξιολογήσεων που αυτό το σύστημα εφαρμόζει, τα οφέλη που επιτυγχάνονται για το νοσοκομείο είναι τα εξής:

- Ελαχιστοποιείται έως και εξαλείφεται ο κίνδυνος πρόκλησης τροφιογενούς λοίμωξης στον χώρο του νοσοκομείου, εφόσον τηρούνται οι όροι «ορθής υγιεινής πρακτικής χειρισμού» των τροφίμων που παρασκευάζονται στο νοσοκομείο, από την παραλαβή των πρώτων υλών έως και τη διάθεση των γευμάτων.

- Μειώνεται το άμεσο και το έμμεσο κόστος που προκύπτει από μια επιδημία τροφιογενούς λοίμωξης στο νοσοκομείο. Η εγκατάσταση ενός συστήματος HACCP ως προληπτικού μέτρου είναι φθηνότερη από το οικονομικό κόστος μιας τροφιογενούς λοίμωξης.

- Μειώνοντας τον αριθμό των ενδονοσοκομειακών τροφιογενών λοιμώξεων μειώνεται ο αριθμός των πολυανθεκτικών στα αντιβιοτικά στελεχών των μικροβίων.

- Η εγκατάσταση ενός συστήματος διαχείρισης της ασφάλειας των τροφίμων στον χώρο ενός νοσοκομείου διασφαλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης περιθαλψής και ενισχύει τη φήμη του νοσοκομείου, το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης των ασθενών στη διοίκηση του νοσοκομείου, στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και στο ίδιο το σύστημα Υγείας του κράτους.

- Μειώνονται τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας και δεν περιπλέκεται περαιτέρω το επίπεδο υγείας των ήδη νοσηλεύομενων ασθενών στο νοσοκομείο.

- Δρα συνεπικουρικά στην επιτήρηση των επιτροπών των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, εφόσον εντοπίζονται τα σημεία που χρήζουν παρέμβασης και βελτιώνει τις γνώσεις του προσωπικού περί υγιεινής.

- Σε ένα μεταγενέστερο στάδιο αξιολογούνται τα μέτρα παρέμβασης για την αποτελεσματικότητά τους και υποδεικνύονται άμεσες διορθωτικές ενέργειες σε περιπτώσεις αποκλίσεων.

Σε συνεργασία με τα τμήματα Υγιεινής των νοσοκομείων, οι ομάδες ασφάλειας τροφίμων προτείνουν πιο μακρόπνοες λύσεις, αναθεωρούν και επικαιροποιούν τις διαδικασίες του συστήματος HACCP, σύμφωνα με τις νέες γνώσεις γύρω από την «ορθή υγιεινή πρακτική χειρισμού» των τροφίμων και σύμφωνα με τις επιταγές της σύγχρονης Ευρωπαϊκής και Εθνικής Νομοθεσίας, σχετικά με την παραγωγή πιο ασφαλών τροφίμων.

Προβλήματα κατά την εφαρμογή του συστήματος HACCP

Ως μία άλλη όψη του ίδιου νομίσματος εδώ θα αναφερθούν συνοπτικά τα πιο βασικά προβλήματα εφαρμογής του συστήματος. Συγκεκριμένα:

- Ελλειψη κατανόησης της αναγκαιότητας εφαρμογής του.

- Λανθασμένη αντίληψη ότι το HACCP σχετίζεται μόνο με τους μικροβιολογικούς κινδύνους.

- Διαφωνίες και διενέξεις με τους προμηθευτές σχετικά με τους ελέγχους στα προϊόντα.

- Οικονομικοί περιορισμοί.

- Ελλειψη ειδικής και/ή τεχνικής υποστήριξης.

- **Ελλειψη ανθρώπινου και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού.**

- **Ανεπαρκής επικοινωνία και διάθεση συνεργασίας από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και το προσωπικό.**

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η πιστοποίηση ενός συστήματος HACCP, που εφαρμόζεται σε ένα χώρο μαζικής εστίασης ή παραγωγής τροφίμων, γίνεται από ανεξάρτητο και αναγνωρισμένο οργανισμό, τον Οργανισμό Πιστοποίησης.

Η διαδικασία της πιστοποίησης περιλαμβάνει αξιολόγηση της πληρότητας και της ορθότητας του εγχειριδίου του συστήματος HACCP και διεξαγωγή επιθεωρήσεων σε ετήσια βάση, για τον έλεγχο της εφαρμογής του συστήματος, με βάση τους κανόνες της Διεθνούς Επιτροπής Υγιεινής τροφίμων FAO/WHO Codex Alimentarius.

Στο πλαίσιο του Σχεδιασμού και την υλοποίηση του συστήματος Ασφάλειας Τροφίμων στις Υπηρεσίες του ΥΠΕΘΑ, το Νοσοκομείο του 251 ΓΝΑ πιστοποιήθηκε πρόσφατα κατά ISO 22000 για το Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων (ΣΔΑΤ)/HACCP που εφαρμόζει στα μαγειρεία και στους χώρους μαζικής εστίασης του νοσοκομείου.

Πολιτιστική Επίσκεψη

Στις 10 Σεπτεμβρίου 2009, στελέχη της Διεύθυνσης Νοσηλευτικού Τομέα του Νοσοκομείου, μετά την εργασία τους, επικεφαλής ήταν η Διευθύντρια Ταξχος (ΥΝ) Αννα Μπακόλα-Λούρα, επισκέφθηκαν την Εθνική Γλυπτοθήκη στο Πάρκο Στρατού στου Γουδι, όπου τους έγινε ξενάγηση για τα πιο αξιόλογα γλυπτά της συλλογής.

Στο πλαίσιο αυτής της επίσκεψης, τους δόθηκε επίσης η ευκαιρία να θαυμάσουν τα κοστούμια και τα σκηνικά από την Τελετή Εναρξης των Ολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας, τα οποία εκτίθενται στον ίδιο χώρο. Πρόκειται για μία έκθεση-τιμή στους εθελοντές, η οποία θα διαρκέσει για όσους επιθυμούν να την επισκεφθούν μέχρι τις 20 Δεκεμβρίου 2009.

Η παραπάνω επίσκεψη ενθουσίασε όλους τους συμμετέχοντες και δόθηκε η υπόσχεση να ακολουθήσουν κι άλλες τέτοιου είδους πολιτιστικές δραστηριότητες. Μετά την ξενάγηση μέσα στο φυσικό περιβάλλον του Πάρκου Στρατού και στο εκεί εστιατόριο, οι παρευρισκόμενες χαλάρωσαν απολαμβάνοντας ένα υπέροχο γεύμα.



Στιγμιότυπα από την επίσκεψη στην Εθνική Γλυπτοθήκη στο Πάρκο Στρατού στου Γουδι.

Αποστολή Υγειονομικού Κλιμακίου στη Νήσο Αμοργό 2009

Στο πλαίσιο της κοινωνικής προσφοράς της ΠΑ προς το κοινωνικό σύνολο, κατά το διάστημα 12 έως 18 Σεπτεμβρίου 2009, Υγειονομικό Κλιμάκιο του 251 ΓΝΑ επισκέφθηκε τη νήσο Αμοργό, με σκοπό την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους του νησιού.

Στην αποστολή συμμετείχαν Υγειονομικοί Αξιωματικοί ειδικοτήτων Παθολογίας, Ορθοπεδικής, Καρ-

διολογίας, Οφθαλμολογίας, Βιοπαθολογίας, Ακτινολογίας, Γυναικολογίας, Χειρουργικής, Παιδιατρικής, Ουρολογίας, Δερματολογίας, Νοσηλευτικής. Επίσης, συμμετείχαν Υπαξιωματικοί Βοηθοί Νοσηλευτή, Βοηθοί Βιοπαθολόγου, καθώς και Τεχνικοί Ιατρικών Μηχανημάτων, ώστε να είναι δυνατή η παροχή ολοκληρωμένης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Το υγειονομικό κλιμάκιο οργανώθηκε και λειτούργησε με την εποπτεία του Ταξχου (ΥΙ) Γεωργίου Κατσάνη, Επόπτη Δραστηριοτήτων της Διεύθυνσης Υγειονομικού του ΓΕΑ, ο οποίος ορίστηκε και αρχηγός της αποστολής.

Κατά την παραμονή του κλιμακίου στο νησί εξετάστηκαν πάνω από 800 κάτοικοι επί συνολικού αριθμού 1.500 μόνιμων κατοίκων.

Ιδιαίτερα ευνοϊκά σχόλια ακολούθησαν εκ μέρους των κατοίκων για την προσφορά αυτή της ΠΑ και το μόνο αίτημα που υπήρχε, ήταν η συνέχιση της αποστολής και για την επόμενη χρονιά.

Ο Δήμαρχος Αμοργού κος Φωστιάκης με επιστολή του προς τον Αρχηγό ΓΕΑ Αντιπύραρχο (Ι) κο Βασίλειο Κλόκοζα, εξέφρασε τις ευχαριστίες του Δημοτικού Συμβουλίου και όλων των κατοίκων της νήσου για τις πολύτιμες υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού κλιμακίου της ΠΑ, τονίζοντας ότι η Αεροπορία μας εκτός από το καθημερινό επιχειρησιακό έργο για να κρατήσει το Αιγαίο μας ελεύθερο, διακρίνεται και στον κοινωνικό τομέα, συμβάλλοντας στην παραμονή των κατοίκων στα απομονωμένα νησιά.



Στιγμιότυπα λειτουργίας των ιατρείων.



Το Υγειονομικό Κλιμάκιο στη νήσο Αμοργό.