



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 45 / Μάρτιος - Απρίλιος 2010

ISSN: 1109-6403

Πολυβιταμινούχα Σκευάσματα

Τα πολυβιταμινούχα σκευάσματα βελτιώνουν την ποιότητα ζωής, μειώνουν το αίσθημα κόπωσης και αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα χρόνιας κόπωσης.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να δίνουν έμφαση στη σημασία της υγιεινής διατροφής και να τονίζουν ότι τα διαιτητικά συμπληρώματα δεν μπορούν να μετατρέψουν μια «φτωχή» διαίτα σε μια ιδανική διαίτα, να είναι ενήμεροι για τα σκευάσματα που κυκλοφορούν στην αγορά, τις ενδείξεις και τις παρενέργειές τους, να εκτιμούν τους παράγοντες κινδύνου (ηλικία, φύλο, διατροφικές συνήθειες, τρόπο ζωής) για εμφάνιση διατροφικής ανεπάρκειας σε κάθε ασθενή και την ανάγκη για περαιτέρω εργαστηριακή διερεύνηση, να ενημερώνουν τους ασθενείς για τα οφέλη της χρήσης συμπληρωμάτων και τους κινδύνους από τη λανθασμένη χρήση και να επιλέγουν το κατάλληλο σκεύασμα.

Το να προτείνουν οι επαγγελματίες υγείας πολυβιταμινούχο σκεύασμα στον ασθενή είναι απόλυτα ενδεδειγμένη μέθοδος, όταν είναι σίγουροι ότι οι διατροφικές συνήθειες του ασθενούς δεν καλύπτουν την απαραίτητη δοσολογία σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πληθυσμιακές ομάδες που είναι σε κίνδυνο διατροφικών ανεπαρκειών και πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνουν πολυβιταμινούχα σκευάσματα είναι:

- Άτομα με αυξημένες διατροφικές ανάγκες, όπως οι γυναίκες σε περιόδους εγκυμοσύνης και θηλασμού, κατά την αναπαραγωγική περίοδο και οι ηλικιωμένοι
- Άτομα των οποίων η διατροφή επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής τους, όπως οι καπνιστές, άτομα που καταναλώνουν καθημερινά αλκοόλ, οι εθισμένοι σε ναρκωτικά, τα ελλιποβαρή άτομα, οι αυστηρά χορτοφάγοι και οι αθλητές
- Άτομα η διατροφή των οποίων επηρεάζεται από μια πρόσφατη χειρουργική επέμβαση ή που πάσχουν από κάποια νόσο, π.χ. σύνδρομο δυσαπορρόφησης, ηπατοχολικά νοσήματα, εγκαυματίες, άτομα με συγγενείς διαταραχές μεταβολισμού
- Άτομα τα οποία κάνουν χρόνια χρήση φαρμάκων
- Άτομα που είναι χρονίως κατακεκλιμένα, καθώς και ασθενείς με ογκολογικά νοσήματα που υποβάλλονται σε θεραπεία.

Επιμέλεια
Παναγιώτα Σεπετή

Μόνιμος Υπάλληλος, Βαθμός Α', Διαιτολόγος 251 ΓΝΑ

περιεχόμενα

θέμα:	– Εποχική Αλλεργική Ρινίτιδα	σελ. 2
	– Τραυματισμοί Αγγείων και Αντιμετώπισή τους	σελ. 4
	– Σιδηροθεραπεία	σελ. 6
εκδηλώσεις:	– Παράδοση – Παραλαβή Διοίκηση 251 ΓΝΑ	
	– 19ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο	σελ. 8



Κωδικός: 6720



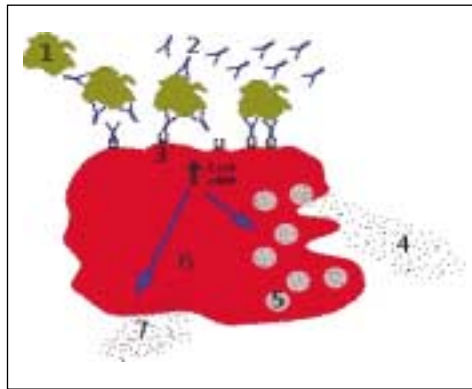
251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ: ΝΕΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ
Λεωφ. Π. Κανελλόπουλου 3 (Κατεύθυνση), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 7463952, Fax: 210 7715690

Εποχική Αλλεργική Ρινίτιδα

Η αλλεργική ρινίτιδα αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρόνια νοσήματα. Είναι το αποτέλεσμα της ευαισθητοποίησης του οργανισμού σε ουσίες οι οποίες καλούνται αεροαλλεργιογόνα. Η αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να είναι εποχική δηλ. μόνο την Άνοιξη ή ολοετής. Η εποχική αλλεργική ρινίτιδα αφορά στο 20% του γενικού πληθυσμού. Η αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να είναι επίμονη (περισσότερο από τέσσερις ημέρες την εβδομάδα, περισσότερο από τέσσερις ώρες την ημέρα) ή διαλείπουσα. Επίσης, μπορεί να είναι σοβαρή όταν προκαλεί διαταραχές στις φυσικές δραστηριότητες, στον ύπνο, στην εργασία ή ήπια.

Επιμέλεια: Επγός (ΥΙ) **Κων/νος Πεταλάς**
Αλλεργιολόγος, Επιμελητής
Αλλεργιολογικού Τμήματος, 251 ΓΝΑ

Αποτελεί την κλινική έκφραση μιας υπερβολικής και λάθους εκτίμησης του ανοσοποιητικού συστήματος έναντι «αβλαβών» ουσιών που αναγνωρίζονται ως παράσιτα με αποτέλεσμα την παραγωγή αντισωμάτων IgE, τα οποία επικάθονται στην επιφάνεια των σιτευτικών κυττάρων (βασεόφιλα των ιστών). Όσο συμβαίνει αυτό το φαινόμενο ο ασθενής δεν εκδηλώνει συμπτώματα, βρίσκεται στη φάση της ευαισθητοποίησης. Σε κάποιο σημείο ο ασθενής μεταπίπτει από τη φάση της ατοπίας σε αυτή της αλλεργίας με αποτέλεσμα τα αλλεργιογόνα που εισπνέει πλέον να οδηγούν μέσω των επιτόπων που αποκαλύπτουν, στη γεφύρωση των αντισωμάτων και στην αποκοκκίωση των σιτευτικών κυττάρων. Η αποκοκκίωση οδηγεί στην απελευθέρω-



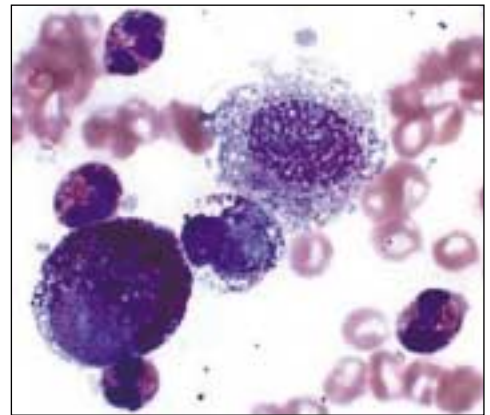
Εικόνα 1. Η γεφύρωση των αντισωμάτων IgE οδηγεί στην αποκοκκίωση των σιτευτικών κυττάρων.

ση προσχηματισθέντων (ισταμίνη, τρυπτάση) και νεοσχηματισθέντων (προσταγλανδίνες, λευκοτριένια) μεσολαβητών οι οποίοι έχουν σαν όργανα στόχους τους βλεννογόνους της ρινός, των επιπεφυκώτων και των αεραγωγών (βρόγχων). Αυτός είναι ο λόγος που η αλλεργική ρινίτιδα πολύ συχνά συνοδεύεται από επιπεφυκίτιδα.

Τα συχνότερα αεροαλλεργιογόνα είναι τα αγρωστώδη (πάνω από 600 είδη στον ελλαδικό χώρο), η παριετάρια (περδικάκι), η ελιά, τα ακάρεα της οικιακής σκόνης, οι μύκητες *Alternaria*, *Cladosporium*, τα επιθήλια της γάτας και του σκύλου. Λιγότερο συχνά είναι το χηνοπόδιο, το κυπαρίσσι, το πεντάνευρο, η αρτεμισία, το τεύκιο.

Τα κυριότερα εποχιακά αλλεργιογόνα στον ελλαδικό χώρο είναι οι γύρεις των αγρωστώδων που ανθοφορούν από τέλος Μαρτίου, της παριετάρια που ανθοφορεί από τέλος Φεβρουαρίου και της ελιάς από αρχές Μαΐου. Πολύ προσεκτικοί πρέπει να είμαστε με τα ακάρεα της οικιακής σκόνης που ενώ αποτελούν κλασικό ολοετές αλλεργιογόνο, στην πλειοψηφία των ασθενών συμπεριφέρονται αρχικά και για λίγα χρόνια εποχικά και μετά αποκτούν τον ολοετή τους χαρακτήρα.

Τα συμπτώματα της αλλεργικής ρινίτιδας είναι η καταρροή, η συμφόρηση, οι πταρμοί, ο κνησμός στη ρίνα, στη μαλακή υπερώα. Οι επιπεφυκότες εμφανίζουν δακρύρροια, κνησμό, ερυθρότητα. Το 30% των ασθενών με αλλεργική ρινίτιδα θα εμφανίσει άσθμα. Αυτό θα είναι αρχικά επίσης εποχικό, είναι δυνατόν, όμως, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα να εξελιχθεί σε ολοετές. Τα κυριότερα συμπτώματα του άσθματος είναι ο βήχας, η δύσπνοια, το «βάρος» στο στήθος, ο συριγμός. Ο ασθενής με άσθμα εμφανίζει νυχτερινές αφυπνίσεις, ενώ πριν εδραιωθεί μια τέτοια κλινική εικόνα εμφανίζει πιθανόν βρογχική υπεραπαντητικότητα η οποία εκδηλώνεται ως βήχας στην παρατεταμένη ομιλία, στο γέλιο, στις φωνές, στην εισπνοή ψυχρού αέρα, μετά από κοινό κρυολόγημα.



Εικόνα 2. Αποκοκκίωση σιτευτικών κυττάρων.



Εικόνα 3. Αγρωστώδη.

Η ηλικία εμφάνισης της αλλεργικής ρινίτιδας μπορεί να είναι οποιαδήποτε, πιο συχνή η εφηβική και η νεαρή ενήλικη. Είναι πολύ σπάνιο να εμφανίσει ένας οργανισμός αλλεργική ρινίτιδα πριν από την ηλικία των 5 ετών ή μετά τα 65 έτη. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία έναρξης τόσο πιο πιθανή είναι η εμφάνιση άσθματος.

Στις πιο μικρές ηλικίες, η αλλεργική ρινίτιδα είναι πιο συχνή στα αγόρια, με την πάροδο του χρόνου, όμως, αυξάνεται στα κορίτσια και εξισώνεται. Η παρουσία αλλεργικής ρινίτιδας στον ένα και ακόμη περισσότερο και στους δύο γονείς αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης στο παιδί. Περισσότερα αδέρφια σημαίνει μικρότερος κίνδυνος, υψηλού επιπέδου κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ζωής σημαίνει μεγαλύτερο κίνδυνο. Η αλλεργική ρινίτιδα εμφανίζεται πιο συχνά σε περιοχές αστικές και λιγότερο σε αγροτικές. Όλα τα παραπάνω στοιχεία σχετίζονται με τη θεωρία της Υγιεινής, σύμφωνα με την οποία η προστασία του οργανισμού από τις λοιμώξεις όπως επιτυγχάνεται στο «αποστειρωμένο» περιβάλλον της πόλης σε συνδυασμό με τη ρύπανση αλλά και τους όλο και αυξανόμενους εμβολιασμούς, στρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα προς τις αλλεργίες.

Η διάγνωση της αλλεργικής ρινίτιδας γίνεται με βάση το ιστορικό, την αντικειμενική εξέταση (ρινοσκόπηση) και τη διενέργεια δερματικών δοκιμασιών διά νυγμού (skin prick tests) σε ειδικά διαμορφωμένα εκχυλίσματα που περιέχουν τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα. Η ρινοσκόπηση θα καταδείξει μωβ βλεννογόνο σε αντίθεση με την ερυθρότητα που συναντάμε σε άλλες μορφές ρινίτιδας. Οι δερματικές δοκιμασίες διά νυγμού είναι απολύτως ασφαλείς, ανώδυνες και αξιόπιστες. Προϋπόθεση αποτελεί ο ασθενής να μην βρίσκεται υπό αντιισταμινική αγωγή τις τελευταίες δέκα ημέρες. Ίσως, σε ορισμένους ασθενείς τα εκχυλίσματα χρειαστεί να τοποθετηθούν στη ράχη για τη διενέργεια των tests.

Πολλές φορές, τα tests πρέπει να υποστηριχθούν από ανίχνευση ειδικών έναντι των υπεύθυνων αλλερ-



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

Υπεύθυνοι 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 2010

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

Η Εφημερίδα μας στο Διαδίκτυο

Τα τεύχη της εφημερίδας του 251 ΓΝΑ αναρτώνται στην ιστοσελίδα της Πολεμικής Αεροπορίας στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.haf.gr> στα Περιεχόμενα → Εκδόσεις και Άρθρα



Εικόνα 4. Παριετάρια (περδικάκι).



Εικόνα 5. Δερμοντιδράσεις διά νυγμού (skin prick tests).



Εικόνα 6. Η ενέσιμη ανοσοθεραπεία εκτελείται υποδόρια.

γιογόνων IgE, μέσω εξέτασης αίματος, οι οποίες δεν επηρεάζονται από τυχόν λήψη αντιισταμινικής αγωγής. Ο συνδυασμός του ιστορικού του ασθενούς με τις εξετάσεις οδηγεί στη διάγνωση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί το θέμα της υποκλινικής ευαισθησίας. Δεν σημαίνει ότι όπου ο ασθενής είναι θετικός στις εξετάσεις του αίματος ή στα skin prick tests, είναι αυτόματος και αλλεργικός σε αυτά. Είναι απαραίτητη η κλινική συσχέτιση των αποτελεσμάτων με τα συμπτώματα.

Τέλος, οριστική λύση σε δύσκολες ως προς τη διάγνωση περιπτώσεις, δίνει η ρινική πρόκληση ή η πρόκληση επιπεφυκίτιδας με ειδικά επεξεργασμένο το αλλεργιογόνο που έχει σαν στόχο την αναπαραγωγή των συμπτωμάτων.

Ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζει τους αλλεργικούς ασθενείς είναι η ρινική υπεραντιδραστικότητα, δηλ. η εκδήλωση των συμπτωμάτων ακόμη και εκτός εποχής με αφορμή έκθεση σε ερεθίσματα, όπως έντονες οσμές, καπνός.

Επίσης, οι αλλεργικοί ασθενείς μπορεί να συνεχίσουν να εμφανίζουν συμπτώματα και μετά το τέλος εποχής για κάποιο χρονικό διάστημα λόγω κεκτημένης αποκοκκίωσης σιτευτικών κυττάρων (priming effect). Οι αλλεργικοί ασθενείς όταν εκτίθενται σε ένα ιό εμφανίζουν παρατεταμένη και πιο έντονη συμπτωματολογία. Έχει αποδειχθεί ότι πολλές από τις κυτταροκίνες και τα κύτταρα φλεγμονής που συμμετέχουν είναι παρόμοια με αυτά της αλλεργικής αντίδρασης, με αποτέλεσμα να θεωρούμε σήμερα ότι συμπεριφέρονται στον λοιμογόνο παράγοντα ως αλλεργιογόνα.

Η αλλεργική ρινίτιδα δεν είναι η μόνη χρόνια ρινίτιδα. Στη διαφοροδιάγνωση συμπεριλαμβάνονται η αγ-

γιοκινητική, η επαγγελματική, η φαρμακευτική, η λοιμώδης, η ιδιοσυγκρασιακή, η τροφική, η ορμονική, η NARES (non allergic rhinitis with eosinophilia), η ερεθιστική, η ατροφική, η ρινίτιδα λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Ο τρόπος αντιμετώπισης της αλλεργίας βασίζεται στο τρίπτυχο: αποφυγή, φαρμακευτική θεραπεία, ανοσοθεραπεία. Η αποφυγή είναι θεραπευτικό όπλο μόνο στα αλλεργιογόνα που προέρχονται από επιθήλια ζώων και ημίμετρο στην αντιμετώπιση της αλλεργίας των ακάρεων. Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των γύρεων, η αποφυγή είναι αυτοπικτή.

Η φαρμακοθεραπεία γίνεται μέσω της αντιισταμινικής αγωγής και των ρινικών στεροειδών. Η φαρμακοθεραπεία έχει νόημα εφόσον ξεκινά 15 μέρες πριν τη συνήθη έναρξη της ανθοφορίας και λαμβάνεται διαρκώς μέχρι το τέλος εποχής. Τα εν λόγω σκευάσματα είναι απολύτως ασφαλή αλλά δεν τροποποιούν τη φυσική πορεία της νόσου, σε αντίθεση με την ανοσοθεραπεία.

Η ανοσοθεραπεία είναι η ιατρική πράξη χορήγησης σταδιακά αυξανόμενων δόσεων παράγοντος αλλεργιογόνου σε έναν ασθενή, με σκοπό τη βελτίωση των συμπτωμάτων του που οφείλονται σε αυτό.

Η ανοσοθεραπεία είναι ενέσιμη ή υπογλώσσια. Η ενέσιμη εκτελείται στο ιατρείο (μία ένεση ανά μήνα, μετά από τη φάση έναρξης, όπου ο ασθενής εκτελεί μία συνεδρία ανά εβδομάδα). Η υπογλώσσια λαμβάνεται στο σπίτι καθημερινά. Τα αποτελέσματα μεταξύ των δύο είναι συγκρίσιμα, με μικρή υπεροχή της ενέσιμης, η ασφάλεια, όμως, και των δύο είναι δεδομένη.

Η αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας είναι τεκμηριωμένη σε σχέση με τα αγρωστώδη, την παριε-

τάρια, την ελιά, τα ακάρεα της οικιακής σκόνης, το ragweed, τη σημύδα, το επιθήλιο της γάτας, alternaria, cladosporium.

Τα κύρια ερωτήματα είναι κατά πόσον μετά τη διακοπή της ανοσοθεραπείας το αποτέλεσμα παραμένει, το κατά πόσον η ανοσοθεραπεία αποτρέπει την εξέλιξη της ρινίτιδας σε άσθμα και, επίσης, κατά πόσον η ανοσοθεραπεία σε ένα αλλεργιογόνο αποτρέπει την ευαισθητοποίηση σε άλλα.

Οι μελέτες οι οποίες υπάρχουν στη διάθεσή μας απαντούν καταφατικά σε όλα αυτά τα ερωτήματα, με συνέπεια να γνωρίζουμε σήμερα ότι η ενέσιμη ανοσοθεραπεία επάγει ανοσολογική και κλινική ανοχή, έχει μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και τροποποιεί τη φυσική πορεία της νόσου.

Οι ενδείξεις της ανοσοθεραπείας είναι:

- Αγρωστώδη, παριετάρια, ελιά, ragweed, σημύδα, επιθήλιο γάτας, dermatophagoides pteronyssinus, dermatophagoides farinae, κυπαρίσσι (WHO position paper 1998) – ασφάλεια αποτελεσματικότητα.

- >5 ετών, <60 ετών.
- Ασθενείς με ρινοεπιπεφυκίτιδα και άσθμα που οφείλονται στα αντίστοιχα αλλεργιογόνα.
- Μη πολυευαίσθητοι.
- Εποχικοί.
- Με ρινίτιδα και συμμετοχή από το κατώτερο αναπνευστικό εντός εποχής.
- Με ελλιπή έλεγχο των συμπτωμάτων μέσω της φαρμακοθεραπείας.
- Ασθενείς που δεν επιθυμούν ή έχουν παρενέργειες από τη φαρμακοθεραπεία.

Αντενδείξεις της ανοσοθεραπείας είναι:

Απόλυτες

- Σοβαρά νοσήματα του ανοσοποιητικού, του καρδιαγγειακού, νεφροπάθεια, χρόνιες λοιμώξεις.
- Βαρύ άσθμα με FEV₁ <70% υπό αγωγή.
- Αγωγή με β-αποκλειστές.
- Αδυναμία συμμόρφωσης.

Σχετικές

- Εγκυμοσύνη.
- Σοβαρή ατοπική δερματίτιδα.

Η αλλεργική ρινίτιδα είναι νόσημα το οποίο πλήττει σοβαρά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και θα πρέπει να διαγιγνώσκεται, θεραπεύεται έγκαιρα πριν εξελιχθεί σε άσθμα ή αποκτήσει ολοετή και πιο έντονο χαρακτήρα.



Τραυματισμοί Αγγείων και Αντιμετώπισή τους

Εισαγωγή

Τα αγγειακά τραύματα αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα του σημερινού σύγχρονου Δυτικού κόσμου. Μόνο στις ΗΠΑ υπολογίζεται πως περίπου 45-50.000 άνθρωποι χάνουν κάθε έτος την ζωή τους, ενώ περίπου 700.000 πάσχουν από τραυματισμό μεγάλου αγγειακού κλάδου. Η μηχανοποίηση του σύγχρονου τρόπου ζωής, τα εργατικά, τα τροχαία και λοιπής φύσεως ατυχήματα, οι πόλεμοι και οι εγκληματικές ενέργειες αποτελούν τα κυριότερα αίτια τους. Η σωστή και έγκαιρη διάγνωση και η ταχεία αντιμετώπισή τους αποτελεί τον οδηγό της σύγχρονης αντίληψης στην αντιμετώπισή τους, ώστε να εξασφαλιστούν οι λιγότερες δυνατές συνέπειες από αυτές τις καταστάσεις.

Επιμέλεια:

Υπγός (ΥΙ) **Νικόλαος Δεγεμετζόγλου**

Ειδικευόμενος Αγγειοχειρουργικής
Β' Χειρουργική και Αγγειοχειρουργική Κλινική
251 ΓΝΑ

Κατηγοριοποίηση

Τα αγγειακά τραύματα χωρίζονται σε άμεσα και έμμεσα, με τα πρώτα να υπερτερούν συντριπτικά έναντι των δευτέρων. Οι άμεσες αγγειακές κακώσεις χωρίζονται σε ανοιχτές (διαπναιόμενα τραύματα) και κλειστές (θλαστικά τραύματα). Οι ανοιχτές κακώσεις χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τον βαθμό τρώσης του αγγείου, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1. Οι θλαστικές κακώσεις διακρίνονται και αυτές σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τον βαθμό συμπίεσης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2. Τα έμμεσα τραύματα αφορούν κυρίως στον τραυματικό αρτηριακό σπασμό από τη σύσπαση του μυϊκού τοιχώματος του αγγείου σε περιορισμένη έκταση, ενώ δεν έχει υποστεί καμία κάκωση. Τέτοιου είδους τραυματισμοί είναι δυνατοί κατά την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων, όπως αγγειογραφίες, ή μετά από αγγειακές επεμβάσεις (τοποθέτηση ενδομοσχευμάτων και stents).

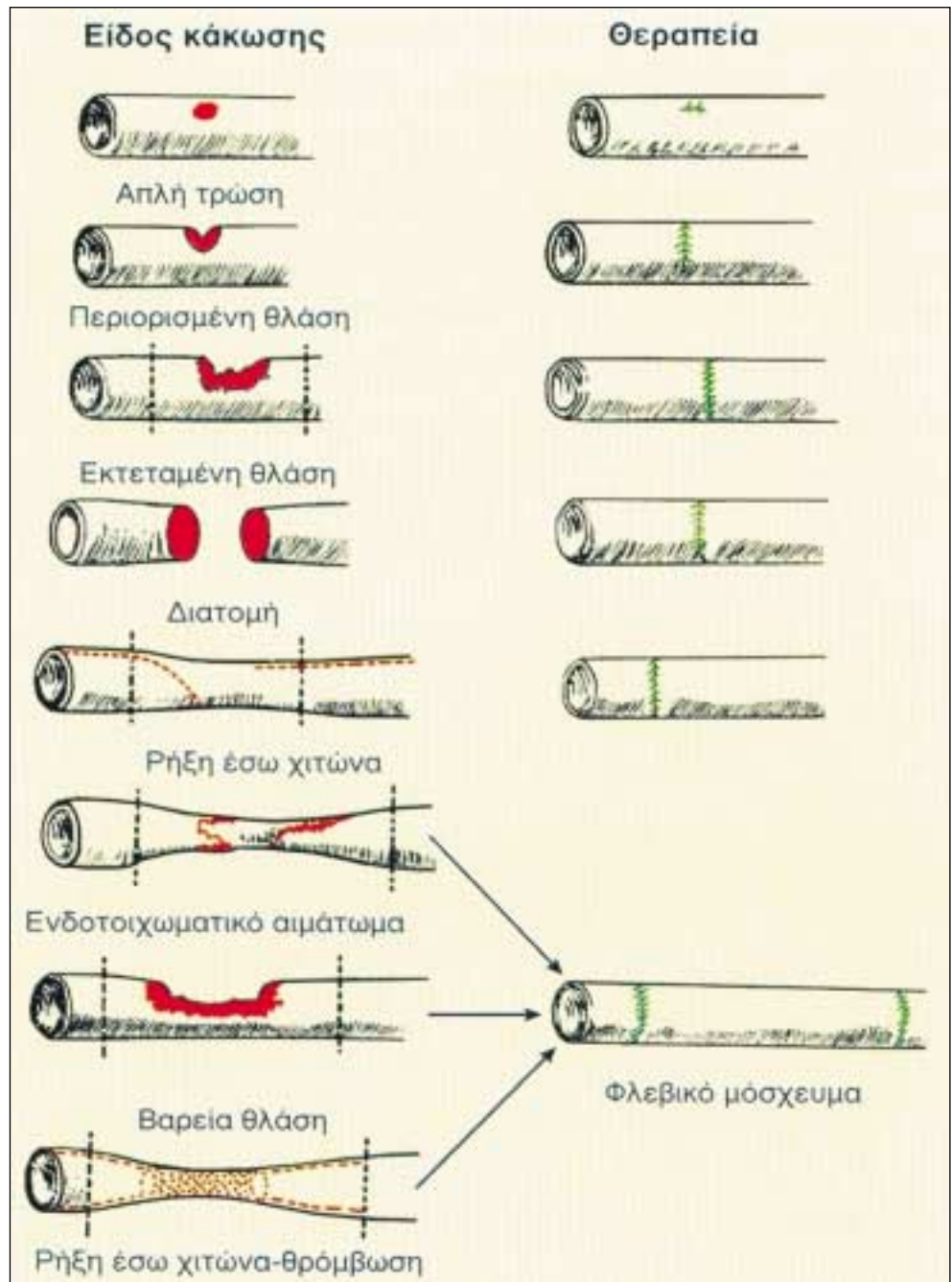
Τέλος, υπάρχουν και τα ιατρογενή τραύματα των αγγείων που προκαλούνται είτε μετά από διαγνωστικούς σκοπούς, πχ παρακεντήσεις (θρόμβωση, διάτρηση, διαχωρισμός τοιχωμάτων παραμονή τμημάτων καθετήρων εντός του αγγείου, εμβολή αγγείου), είτε μετά από θεραπευτικές παρεμβάσεις (κακώσεις φλεβικών και αρτηριακών σκελών μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, θρομβώσεις φλεβών μετά από πολύχρονη παραμονή καθετήρων εντός αυτών) είτε, τέλος, μετά από ακτινοβολία (ακτινοθεραπεία διάφορων μορφών καρκίνου).

Εντόπιση

Οι συχνότερες αγγειακές κακώσεις εντοπίζονται κυρίως στα άκρα (90-95%), με τα κάτω να υπερτερούν των άνω (50-60% έναντι 30-40%, αντίστοιχα), καθώς τα αγγεία είναι πιο ευάλωτα στα σημεία εκείνα. Έτσι, τα μεγάλα αγγειακά στελέχη της κοιλίας, τραχήλου και κεφαλής (5-10%) είναι λιγότερο προσβαλλόμενα, αλλά σε περίπτωση που τραυματιστούν λόγω της μεγάλης διατομής και όγκου αίματος που διαχειρίζονται μπορούν να οδηγήσουν άμεσα στον θάνατο λόγω της αθρόας αιμορραγίας.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα τραυματισμού των αγγείων είναι σταθερή. Σε περίπτωση διαπναιόμενου τραύματος, τότε στο σημείο τραυματισμού παρατηρείται αιμορραγία ενίοτε άλλου βαθμού, αναλόγως του μεγέθους



Εικόνα 1. Σχηματική παράσταση αποκατάστασης αγγειακών τραυμάτων.

του τραυματισμένου αγγείου. Η αιμορραγία αυτή μπορεί να συνοδεύεται και από περιφερικές κακώσεις συνοδών οργάνων ή δομών (νεύρα, μύες, τένοντες, κόλλα ή συμπαγή σπλάγχνα). Σε περίπτωση παρατεταμένης αιμορραγίας, μπορεί να εμφανιστούν σημεία πτώμης ή όψιμης καταπληξίας και σημεία ισχαιμίας στο όργανο που το τρωθέν αγγείο τροφοδοτεί με αίμα, όσον αφορά στις αρτηρίες, ή σημεία καρδιογενούς καταπληξίας λόγω ανεπάρκειας του προφορτίου, όσον αφορά στις φλέβες. Στις θλαστικές κακώσεις των αγγείων παρατηρούνται στοιχία ισχαιμίας του άκρου λόγω απόφραξης από τον δημιουργηθέντα θρόμβο(αρτηρία) ή σημεία φλεβικής στάσης λόγω παρεμπόδισης της απορροής του αίματος, ιδίως σε περιπτώσεις ανεπάρκειας εν τω βάθει η παραπλεύρου φλεβικού δικτύου (φλέβες).

Επείγουσα αντιμετώπιση κακώσεων

Η στρατηγική αντιμετώπισης των κακώσεων του αγγειακού τραύματος παραμένει σταθερή τα τελευταία 20 έτη, με μικρές παραλλαγές μόνο σε δευτερεύουσες λεπτομέρειες.

Το πρώτο και βασικότερο στάδιο στην επείγουσα αντιμετώπιση των αγγειακών κακώσεων, είναι η εξασφάλιση της ζωής του πάσχοντος. Εφόσον ο τραυματισμός του αγγείου ενέχει τον κίνδυνο κατάληξης του τραυματία, τότε λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την υποστήριξη της ζωής του. Εξασφαλίζεται ο αεραγωγός και η αναπνοή του πάσχοντος, ενώ παράλληλα χορηγείται οξυγόνο. Γίνεται άμεση αιμόσταση και έλεγχος της αιμορραγίας, με την τοποθέτηση πιεστικής επίδεσης επί της περιοχής του τραυματισμού, όσον αφορά στα άκρα και την κεφαλή, ή τοποθέτηση αποστειρωμένων ζεστών υγρών επιθεμάτων επί του τραύματος όσον αφορά στα τραύματα κοιλίας και θώρακα. Ταυτόχρονα λαμβάνεται μέριμνα για την εξασφάλιση δύο φλεβικών γραμμών, με καθετήρα μεγάλου αυλού, και γίνεται ταχεία χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων (κρουνθόν) με όγκο 30ml/Kg ΒΣ για τους ενήλικες ή 20ml/kg ΒΣ για τα παιδιά. Έχει διαπι-

στωθεί πως η άπαξ ταχεία χορήγηση 2lt αυτών των διαλυμάτων βελτιώνει την ανταπόκριση του τραυματία στην υποογκαιμία και βοηθά την πρόγνωση του τραύματος. Αποφεύγεται η χρήση και τυφλή τοποθέτηση αιμοστατικών λαβίδων στα αιμορραγούντα αγγεία, διότι μπορεί να προκληθεί μεγαλύτερη από την υποκείμενη βλάβη ένεκα του στραγγαλισμού και ενδεχομένων πτυχώσεων των χιτώνων των αγγειακών κολοβωμάτων. Σε περίπτωση που παρά τα ανωτέρω μέτρα δεν είναι εφικτός ο έλεγχος της αιμορραγίας, ο πάσχων οδηγείται άμεσα και επειγόντως στο χειρουργείο για διενέργεια χειρουργικού ελέγχου της αιμορραγίας και αντιμετώπιση σε βάση επείγουσας αντιμετώπισης. Η οριστική αντιμετώπιση θα γίνει σε δεύτερο χρόνο και εφόσον ο ασθενής είναι σταθεροποιημένος. Εφόσον με τα παραπάνω υπάρχει προσωρινός έλεγχος της αιμορραγίας και σταθεροποίηση του θύματος, τότε υπάρχει ικανός χρόνος για τη λήψη απόφασης οριστικής χειρουργικής αντιμετώπισης σε κατάλληλα οργανωμένο 2βάθμιο ή 3βάθμιο κέντρο από εξειδικευμένο αγγειοχειρουργό. Θα πρέπει να ληφθεί όμως, υπόψη πως ο χρόνος αυτός δεν πρέπει να υπερβαίνει συνολικά ως την ώρα αποκατάστασης της αγγειακής συνέχειας τις έξι ώρες, διότι μετά εμφανίζονται σημεία νέκρωσης των αρδευόμενων από το τραυθέν αγγείο ιστών και οργάνων.

Χειρουργική αποκατάσταση αγγείων

Η χειρουργική αποκατάσταση των αγγείων διαφέρει αναλόγως της έκτασης της βλάβης και της φύσης του αγγείου (αρτηρία, φλέβα ή λεμφαγγείο).

Συνήθως, οι τραυματισμοί που εμπλέκουν καταστολή αγγειακού στελέχους είναι σύνθετοι, αφορούν περισσότερες της μίας δομές. Πάντα προηγείται η αποκατάσταση των αρτηριών και έπονται οι φλέβες, τα λεμφαγγεία και οι λοιπές δομές, πλην των νεύρων που η αποκατάστασή τους έπεται εκείνης των αρτηριών. Οι μόνες περιπτώσεις που η φλέβα μπορεί να αποκατασταθεί πριν από την αρτηρία είναι:

α. όταν η ισχαιμία δεν έχει διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα η καλύτερη και απρόσκοπτη φλεβική ροή να συμβάλει στην επιτυχή αρτηριακή αποκατάσταση.

β. Σε μεγάλη απώλεια φλεβικού αίματος που δεν αντιμετωπίζεται με προσωρινά μέτρα, ιδίως σε μεγάλο φλεβικό κλάδο(κάτω κοίλη φλέβα)

γ. Παρουσία μονήρους φλέβας, όπου η φλεβική επαναφορά αίματος γίνεται αποκλειστικά από αυτή.

Τέλος τονίζεται πως σε περίπτωση συνοδού κατάγματος οστού, επιχειρείται σε ένα χρόνο πρώτα η ανάταξη του κατάγματος και μετά η αποκατάσταση του αγγείου, ώστε να εξαλειφθεί ο κίνδυνος επανατραυματισμού του αγγείου από τα οστικά τμήματα του κατάγματος (Εικόνα 3).



Εικόνα 2. Τελικοτελική αποκατάσταση βραχιόνιας αρτηρίας.

Χειρουργική αποκατάσταση λεμφαγγείων

Η χειρουργική αποκατάσταση λεμφαγγείων είναι αρκετά πολύπλοκη και δύσκολη, ενώ τα αποτελέσματά της εξακολουθούν να παραμένουν πολύ πτωχά. Έτσι, ακόμη και σήμερα προτιμάται η απολίνωση των τραυθέντων λεμφαγγείων και λεμφαδένων για την αποφυγή λεμφόρροιας στο σημείο του τραυματισμού. Σε δεύτερο στάδιο, και εφόσον υπάρχει απώτερο λεμφοίδημα στο τραυματισμένο άκρο, μπορεί να επιχειρηθεί τελικοτελική αναστόμωση λεμφαδένων με φλέβες της περιοχής (πολλαπλή λεμφαδενοφλεβική αναστόμωση κεντρικά ή κατά Κνύλον), με απογοητευτικά μέχρι στιγμής αποτελέσματα.

Χειρουργική αποκατάσταση φλεβών

Η χειρουργική αποκατάσταση φλεβών ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος και την ανατομική τους θέση. Επιπολής και μικρές φλέβες απολινώνονται και η φλεβική επαναφορά γίνεται από το εν τω βάθει και παράπλευρο φλεβικό δίκτυο. Για τις εν τω βάθει φλέβες, γίνεται είτε συρραφή των μεσαίων και μεγάλων φλεβικών στελεχών (κάτω και άνω κοίλη) είτε αποκατάσταση της συνέχειάς τους με σύνθετο ή αυτόλογο φλεβικό μόσχευμα κατά την ανατομική τάξη ή, τέλος, με μορφή εμφυλώματος (patch). Μετά τις επεμβάσεις αποκατάστασης γίνεται προφυλακτική χορήγηση αντιπηκτικής φαρμακευτικής αγωγής (χαμηλού ΜΒ ηπαρίνη, κουμαρινικά παράγωγα ή αντιαιμοπεταλιακά) για την αποφυγή κινδύνου θρομβώσεων, μεταθρομβωτικού συνδρόμου και πνευμονικών εμφολών. Η φαρμακευτική αγωγή εξατομικεύεται και διαρκεί από εξάμηνο έως εφόρου ζωής.

Χειρουργική αποκατάσταση αρτηριών

Τα αρτηριακά αγγειακά στελέχη είναι αυτά τα οποία αποκαθίστανται πρώτα σε ενδεχόμενο τραυματισμό μιας περιοχής. Η στρατηγική αντιμετώπισης ποικίλλει ανάλογα με την έκταση και σοβαρότητα της βλάβης, τη σημασία του αγγείου, τη γενική κατάσταση του τραυματία, τον χρόνο ισχαιμίας και τις δυνατότητες του αγγειοχειρουργού.

Μικρού μεγέθους αρτηρίες (ως μεγέθους 1mm),



Εικόνα 3. Τοποθέτηση φλεβικού εμφυλώματος σε έλλειμμα αρτηρίας από τραυματισμό.

οι οποίες αρδεύουν περιοχή με επαρκή παράπλευρη κυκλοφορία και δεν είναι μονήρεις για την αιμάτωση οργάνου, μπορούν να απολινωθούν. Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό και το κεντρικό με το περιφερικό κολόβωμα δεν έχουν έλλειμμα, τότε γίνεται απλή συρραφή τους. Σε περίπτωση που το έλλειμμα είναι αρκετά μεγάλο, τότε τοποθετείται συνθετικό σωληνωτό μόσχευμα, το οποίο συρράπτεται τελικοτελικά, αφού προηγουμένως προηγηθεί νεαροποίηση των άκρων των κολοβωμάτων (Εικόνα 1).

Για μεγαλύτερου μεγέθους αρτηρίες, η αποκατάσταση εξαρτάται από τη φύση της βλάβης. Για απλά νυκτικά τραύματα, γίνεται συρραφή των χειλέων τους κατά την εγκάρσια φορά του αγγείου, ώστε να αποφευχθούν μετεπεμβατικές στενώσεις του αγγείου. Σε μεγαλύτερου βαθμού βλάβες γίνεται η τοποθέτηση συνθετικού ή φλεβικού εμφυλώματος (patch) (Εικόνα 3).

Σε μεγάλα έλλειμματα των αγγείων ή όταν η διατομή του είναι πολύ μεγάλη, γίνεται τοποθέτηση συνθετικών σωληνωτών μοσχευμάτων (τελικoteλική ή τελικοπλάγια αναστόμωση) ή αυτόλογων φλεβικών μοσχευμάτων, με κυρίαρχο όλων τη μείζονα σαφηνή φλέβα, που αποτελεί το μόσχευμα εκλογής σε αυτές τις περιπτώσεις. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό (λόγω προηγηθείσας σαφηνεκτομής ή λόγω κρισών αυτής), μπορεί να ληφθεί ως μόσχευμα και η κεφαλική ή βασιλική φλέβα από τα άνω άκρα. Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στην αποκατάσταση της έσω καρωτίδας, όπου λαμβάνεται ως μόσχευμα η σύστοιχη έξω καρωτίδα, αφού απολινωθούν οι κλάδοι της τελευταίας.

Εφόσον ο τραυματισμός του αγγείου έχει γίνει σε χειρουργικά δυσπρόσιτη ή απροσπέλαστη περιοχή, η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει ανοιχτό χειρουργείο και η λειτουργικότητα του αγγείου είναι τέτοια που επιτρέπει τη θυσία του, τότε πραγματοποιείται εκλεκτικός εμφυλισμός του αγγείου αυτού (π.χ. σε αιμορραγούσες κάτω πολικές αρτηρίες των νεφρών, που δημιουργούν οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα).

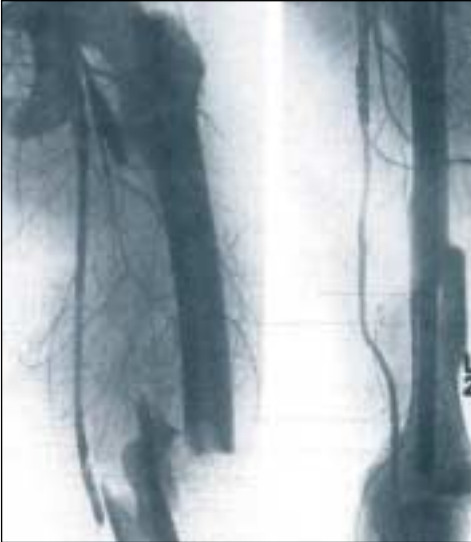
Πίνακας 1. Κατηγοριοποίηση ανοικτών κακώσεων αγγείων

ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΩΣΗΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
1ος Βαθμός	Εξω χιτώνας – Δεν υπάρχει αιμορραγία.
2ος Βαθμός	Και οι τρεις χιτώνες – Αιμορραγία και συχνά ισχαιμία.
3ος Βαθμός	Πλήρης εγκάρσια διατομή του αγγείου – Μαζική αιμορραγία και πιθανός θάνατος. (μεγάλα αγγεία). Σύσπαση και θρόμβωση του αγγείου, επίσχεση αιμορραγίας(μικρά αγγεία).

Πίνακας 2. Κατηγοριοποίηση θλαστικών κακώσεων αγγείων

ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΩΣΗΣ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
1ος Βαθμός	Τραυματισμός και αποκόλληση έσω χιτώνα – Θρόμβωση και ισχαιμία.
2ος Βαθμός	Εσω και μέσος χιτώνας – Πιθανό ανεύρυσμα ή ρήξη αγγείου.
3ος Βαθμός	Πλήρης συμπίεση του αγγείου – Ισχαιμία και πιθανή μετατροπή της σε ανοιχτού τύπου.

Θέμα



Εικόνα 4. Κάταγμα μηριαίου με συνοδό τρώση επιπολής μηριαίας αρτηρίας πριν και μετά από την αποκατάσταση.

Τέλος, τα τελευταία έτη με τη ραγδαία πρόοδο και ανάπτυξη της ενδοαυλικής Αγγειοχειρουργικής διάφορα Ιατρικά Κέντρα, παγκοσμίως, επιχειρούν την ενδοαγγειακή αποκατάσταση με ειδικά συνθετικά ενδοαυλικά μοσχεύματα κυρίως τραυμάτων μεγάλων αρτηριακών στελεχών, όπως η θωρακική και κοιλιακή αρτηρία. Τα πρώτα συμπεράσματα και αποτελέσματα από μια σειρά μελετών και ερευνών είναι ενθαρρυντικά, καθώς φαίνεται πως η αποκατάσταση είναι το ίδιο επιτυχής με τις κλασικές ανοιχτές μεθόδους της Αγγειο-

χειρουργικής, ενώ στα πλεονεκτήματά τους συγκαταλέγονται η αποφυγή βαρέων χειρουργικών επεμβάσεων που επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενούς, η ελαχιστοποίηση της απώλειας αίματος διε- και μεταχειρητικά και η μικρότερη νοσηλεία του ασθενούς. Από την άλλη, όμως, έχουν σοβαρά μειονεκτήματα, όπως η έκθεση σε ακτινοβολία και σκιαγραφικά (απαραίτητα για τη διενέργειά τους), το υψηλό κόστος (εξοπλισμός, συντήρηση, μόσχευμα) και το γεγονός πως για τη διενέργεια τέτοιων επεμβάσεων απαιτείται κατάλληλη υποδομή και εξειδίκευση, που κάνει την εφαρμογή τους εφικτή σε λίγα μόνο 3βάθμια και 4βάθμια κέντρα, παγκοσμίως.

Η σύγχρονη θεώρηση του αγγειακού τραύματος στη μάχη

Οι πρόσφατες πολεμικές συγκρούσεις στο Ιράκ και Αφγανιστάν άλλαξαν τις κρατούσες αντιλήψεις για την αντιμετώπιση του αγγειακού τραύματος από τους στρατιωτικούς ιατρούς.

Εως πρόσφατα, ο τρόπος που το αγγειακό και γενικότερα το τραύμα αντιμετωπιζόταν, επέβαλε την παροχή πρώτων βοηθειών στο πεδίο της μάχης ή σε Σταθμούς Α' Βοηθειών (ΣΑΒ) εγγύς αυτού, τη διαλογή των τραυματιών και τη μεταφορά τους σε δεύτερο χρόνο σε 2βάθμιο Κέντρο αποκατάστασης (Κινητό Χειρουργείο Εκστρατείας – ΚΙΧΝΕ), όπου γίνονταν προσωρινές επεμβάσεις αποκατάστασης και η οριστική αντιμετώπιση πραγματοποιούνταν σε 3βάθμιο ή 4βάθμιο εξειδικευμένο Κέντρο εκατοντάδες ή χιλιάδες χιλιόμετρα μακριά και σε απώτερο χρόνο.

Πλέον, η αλλαγή στον ατομικό εξοπλισμό και εκπαί-

δευση του σύγχρονου στρατιώτη επέβαλαν ριζική μεταβολή στη θεώρηση των ανωτέρω. Η αλλαγή, παγκοσμίως, του διαμετρήματος στα φορητά όπλα (5,56mm αντί 7,62mm), που βαλλιστικά είναι λιγότερο θανατηφόρο και περισσότερο τραυματικό, η προμήθεια αλεξίσφαιρου γλέκου (από κεραμικά υλικά και Kevlar) υποχρεωτικά στα ατομικά είδη του μαχητή, που προστατεύει από τραύματα θώρακα και κοιλία –αυξάνοντας, όμως, την πιθανότητα τραυματών κεφαλής, τραχήλου και άκρων που παραμένουν ακάλυπτα– η αλλαγή της απειλής από συμβατική σε ασύμμετρη και, τέλος, η διαφοροποίηση στην εκπαίδευση του μαχητή (ο κάθε στρατιώτης μαθαίνει ατομικές πρώτες βοήθειες, ενώ σε κάθε ομάδα μάχης υπάρχει τουλάχιστον ένας νοσοκόμος μάχης), αποτέλεσαν τα εφελκέρια για τη διαφοροποίηση του προϋπάρχοντος συστήματος.

Σε περίπτωση τραυματισμού μαχητή, ο ίδιος ή εφόσον δεν μπορεί αυτός, οι συμπολεμιστές του και ο νοσοκόμος μάχης μεριμνούν για την παροχή πρώτων βοηθειών επείγουσας αντιμετώπισης τραύματος. Εν συνεχεία μεταφέρεται σε ασφαλή περιοχή στα μετόπισθεν και με μέριμνα του νοσοκόμου μάχης καλείται μέσο διακομιδής ή αεροδιακομιδής. Το μέσο αυτό διακομίζει τον τραυματία σε εξειδικευμένο κέντρο τραύματος το οποίο βρίσκεται πλησίον του πεδίου μάχης και σε απόσταση 35-40km από αυτό, για την αποφυγή βολών του εχθρικού πυροβολικού. Στο κέντρο αυτό, γίνεται η οριστική και άμεση αντιμετώπιση του τραύματος, με πολλαπλά οφέλη τόσο για την αποκατάσταση του θύματος όσο και επιχειρησιακά. Το σύστημα αυτό ήδη εφαρμόζεται από το Υγειονομικό του Αμερικανικού στρατού σε Ιράκ και Αφγανιστάν.

Σιδηροθεραπεία

Αναιμίες

Είναι παθολογικές καταστάσεις στις οποίες παρατηρείται είτε ελάττωση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος είτε ελάττωση του ποσού της αιμοσφαιρίνης στα ερυθρά αιμοσφαίρια ή και τα δύο.

Είναι δυνατόν να οφείλονται σε:

- Μειωμένη παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων από τον μυελό των οστών (π.χ. σιδηροπενική αναιμία).
- Αυξημένη καταστροφή τους (π.χ. αιμολυτική αναιμία).
- Απώλεια αίματος (π.χ. μεθαιμορραγική ναμία).
- Γενετικές διαταραχές που αφορούν στη σύνθεση φυσιολογικής αιμοσφαιρίνης (π.χ. Μεσογειακή αναιμία).

Επιμέλεια: Εργός (ΥΝ) **Αλεξάνδρα Καβουνιάρη**
Ανθσγός (ΥΝ) **Δήμητρα Ανδρούτσου**

Σιδηροπενική αναιμία

Η σιδηροπενική αναιμία είναι μία από τις πιο συχνές αναιμίες και προσβάλλει το 10-30% του πληθυσμού. Παρατηρείται στο 10-30% των γυναικών και στο 2% των ανδρών. Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγάλες απώλειες σιδήρου, τόσο με την έμμηνο ρύση όσο και κατά την κύηση. Χαρακτηρίζεται από ελάττωση του αποθηκευμένου σιδήρου στον μυελό των οστών, το ήπαρ και τον σπλήνα, από χαμηλό σίδηρο (Fe) ορού, χαμηλή τιμή Hb, μικροκυττάρωση και υπόχρωμα ερυθρά αιμοσφαίρια.

Η αιτία της σιδηροπενικής αναιμίας πρέπει να αναζητηθεί:



Εικόνα 1.

- Στην ανεπαρκή πρόσληψη σιδήρου με τις τροφές (π.χ. κύηση, παρατεταμένος θηλασμός, εφηβεία, χορτοφαγία).
- Στην ελαττωμένη απορρόφηση σιδήρου (π.χ. ατροφική γαστρίτιδα, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, γαστρεκτομή κ.λπ.).
- Στην αυξημένη απώλεια σιδήρου (π.χ. αιμορραγία από το πεπτικό, νεοπλασμάτα κ.λπ.).

Πώς εμφανίζεται

- Καταβολή, εύκολη κόπωση, ζάλη.
- Αίσθημα παλμών.
- Κεφαλαλγία.
- Δύσπνοια.
- Δέρμα ξηρό και ωχροό.
- Βλεννογόνοι και επιπεφυκοίτες ωχροί.

- Κοιλουχία (Εικόνα 1) με παράλληλη ευθραυστότητα των νυχιών και των τριχών.
- Στοματίτιδα, γωνιακή χειλίτιδα και γλωσσίτιδα (Εικόνα 2).
- Δυσφαγία.
- Ελαφρά διόγκωση ήπατος.
- Ευπάθεια στις λοιμώξεις.
- Αλλοτριοφαγία (κατάσταση όπου το άτομο αρέσκειται στην κατάποση διάφορων υλικών που δεν αποτελούν τροφή π.χ. χώμα, ασβέστης).

Θεραπεία

Στόχος της θεραπείας είναι η διόρθωση της αναιμίας και η αναπλήρωση αποθηκών σιδήρου. Χορηγείται σίδηρος, είτε από το στόμα είτε παρεντερικά. Η χορηγούμενη ποσότητα πρέπει να υπολογίζεται κατάλληλα ώστε να μην υπερβαίνει την απαιτούμενη. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την εναπόθεση σιδήρου στα διάφορα όργανα, η οποία δρα τοξικά στα διάφορα ενζυμικά συστήματα.

Χορήγηση σιδήρου από το στόμα

Σκευάσματα σιδήρου

που χορηγούνται από το στόμα:

- Θεϊκός σίδηρος.
- Γλυκονικός σίδηρος.

Τι προσέχουμε

1. Παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες από τη χορήγηση σιδήρου. Αυτές μπορεί να είναι:

- Πεπτικές διαταραχές, όπως ναυτία, έμετοι, κοιλιακά άλγη, διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Παρατηρούνται σπάνια.

- Αιμοσιδήρωση σε χρόνια λήψη.
 - Αλλεργικές αντιδράσεις, οι οποίες είναι πολύ σπάνιες.
 - Δυσκοιλιότητα, κοπρόσταση. Η κοπρόσταση μπορεί να δημιουργηθεί σε ηλικιωμένα άτομα εξαιτίας της δυσκοιλιότητας.
 - Κόπρانا σκούρα ή μαύρα. Η αλλαγή αυτή είναι αναμενόμενη και δεν θα πρέπει να μας θορυβεί.
 - Υπέρχρωση των δοντιών που μπορεί να προκληθούν από τις υγρές μορφές σιδήρου.
 - Αδυναμία συγκέντρωσης και κακή διάθεση.
 - Ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών.
2. Τα σκευάσματα σιδήρου κυκλοφορούν σε διάφορες μορφές, όπως δισκία, πόσιμα σκευάσματα σε φιαλίδια, σιρόπι, σταγόνες και σε διάφορες συνθέσεις.
3. Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε σίδηρο είναι τα παρακάτω:
- Συκώτι και άλλα κρέατα.
 - Θαλασσινά.
 - Ξηροί καρποί.
 - Αποξηραμένα φρούτα, όπως σταφίδες, βερίκοκα και δαμάσκηνα.
 - Φασόλια.
 - Πράσινα φυλλώδη λαχανικά, όπως σπανάκι και μπρόκολο.
 - Ψωμί και δημητριακά που είναι εμπλουτισμένα με σίδηρο.
4. «Καλοί» συνδυασμοί σιδήρου-τροφικών θεωρούνται:
- Φρούτα πλούσια σε **βιταμίνη C**, όπως χυμός από πορτοκάλι, γκρέιπφρουτ, πεπόνι, φράουλες, ακτινίδια κ.λπ.
 - Λαχανικά πλούσια σε βιταμίνη C, όπως μπρόκολο, λαχανάκια Βρυξελλών, ντομάτα και χυμός ντομάτας, πατάτες, πράσινες και κόκκινες πιπεριές.
 - **Λευκό κρασί**, οι πολυφαινόλες του οποίου ευνοούν την απορρόφηση του σιδήρου.
 - Κρέας, ψάρι ή πουλερικά, δηλ. πηγές ζωικού σιδήρου.
5. «Κακοί» συνδυασμοί σιδήρου-τροφικών θεωρούνται:
- Καφές, τσάι, αναψυκτικά τύπου κόλα και σοκολάτα.
 - Κόκκινο κρασί
 - Γάλα, τυρί, γιαούρτι, όπως και συμπληρώματα ασβεστίου, καθώς το ασβέστιο μειώνει την απορρόφηση του σιδήρου
 - Φυτικές ίνες, π.χ. σιτηρά ολικής άλεσης.
 - Σόγια και προϊόντα σόγιας.
 - Παντζάρια, γλυκοπατάτα και σπανάκι.
 - Κρόκι αυγού.
6. Όταν οι αποθήκες σιδήρου είναι σχεδόν άδειες, η διάρκεια αγωγής υπολογίζεται από 6 έως 12 μήνες περίπου. Είναι χαρακτηριστικό ότι μέσα στο πρώτο δίμηνο της θεραπείας αποκαθίστανται οι τιμές της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη, αλλά αυτό δεν αποτελεί κριτήριο διακοπής της αγωγής, γιατί αν δεν πληρωθούν και οι αποθήκες σιδήρου του οργανισμού, τότε σύντομα θα εμφανιστεί ξανά η αναιμία.
- Με άλλα λόγια, είναι λάθος να γίνεται διακοπή της λήψης του σιδήρου αμέσως μόλις «ανέβει» ο αιματοκρίτης, γεγονός που αποτελεί και ένα από τα συνήθη σφάλματα της θεραπείας της αναιμίας. Οι ειδικοί τονίζουν ότι η αποκατάσταση των αποθηκών σιδήρου είναι χρονοβόρα, γι' αυτό και η αγωγή μπορεί να διαρκέσει ακόμη και ένα χρόνο.
7. Τα από του στόματος σκευάσματα χορηγούνται 15 λεπτά πριν από το φαγητό. Η λήψη σιδήρου κατά κανόνα γίνεται με άδειο στομάχι, γεγονός που ευνοεί την καλύτερη απορρόφηση του.
8. Τα υγρά σκευάσματα πρέπει να αραιώνονται και να λαμβάνονται με καλαμάκι γιατί ο θεϊκός σίδηρος εναποτίθεται στα δόντια και τους βλεννογόνους. Απαιτείται καλό βούρτσισμα δοντιών και περιποίηση στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά από τη λήψη.



Εικόνα 2.

9. Είναι σημαντικό η λήψη να αρχίζει σταδιακά. Για παράδειγμα, για τις πρώτες 3 μέρες να ληφθεί μόνο 1 χάπι την ημέρα, μετά 2 την ημέρα μέχρι να μη νιώθουμε προβλήματα από την ποσότητα αυτή, ώστε να αυξάνεται σταδιακά η ποσότητα μέχρι να φτάσει στη δόση που έχει συστήσει ο ιατρός.

10. Εάν παρουσιαστεί δυσκοιλιότητα, τότε μπορούμε να αυξήσουμε την ποσότητα των φυτικών ινών στη διατροφή μας. Αυτό πρέπει να γίνεται έστω και εάν υπάρχει η πιθανότητα οι ίνες να μειώσουν την απορρόφηση του σιδήρου.

11. Αν προκληθούν γαστρεντερικές διαταραχές η δόση μπορεί να ελαττωθεί στο μισό.

12. Τα χάπια σιδήρου δεν πρέπει να λαμβάνονται τη νύχτα πριν από τον ύπνο εάν προκαλούν προβλήματα στο στομάχι.

13. Εάν μια συγκεκριμένη μορφή σιδήρου ή δισκίου προκαλεί προβλήματα, τότε είναι χρήσιμο να μιλήσουμε με τον ιατρό μας για να δοκιμαστεί μια άλλη μορφή ή σκεύασμα σιδήρου.

Παρεντερική χορήγηση σιδήρου

Η παρεντερική χορήγηση γίνεται πρακτικά μόνο ενδοφλέβια και όχι ενδομυϊκά.

Ενδείξεις

Παρεντερική χορήγηση σιδήρου ενδείκνυται:

1. Όταν υπάρχει δυσανεξία σε από του στόματος σιδηροθεραπεία (γαστρικά ενοχλήματα).
2. Σε σοβαρές γαστρεντερικές διαταραχές.
3. Σε δυσαπορρόφηση.
4. Σε μαζικές απώλειες σιδήρου.
5. Όταν υπάρχει συνεχές αρνητικό ισοζύγιο, ενώ ο ασθενής λαμβάνει την ανώτερη ανεκτή δόση από το στόμα.
6. Σε επανειλημμένη έλλειψη συμμόρφωσης.

Γενικά

Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο σκεύασμα σήμερα, είναι το σύμπλεγμα με σακχαρόζη. Παλαιότερα χρησιμοποιούνταν ένα σύμπλεγμα με δεξτράνη το οποίο, όμως, είχε περισσότερες παρενέργειες. Το σύμπλεγμα με σακχαρόζη προκαλεί σπανιότερα σοβαρές παρενέργειες από εκείνο της δεξτράνης.

Η παρεντερική χορήγηση σιδήρου δεν πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με την από του στόματος χορήγηση. Χορήγηση σε μη σιδηροπενικές αναιμίες ενέχει τον κίνδυνο αιμοσιδήρωσης, επειδή δεν μπορεί να αποβληθεί ο χορηγούμενος σίδηρος.

Ιδιαίτερη προσοχή, επίσης, απαιτείται σε άτομα με ιστορικό αλλεργίας ή βρογχικού άσθματος και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (δυσνητικός κίνδυνος για το έμβρυο).

Η ποσότητα σιδήρου που θα χορηγηθεί πρέπει να υπολογίζεται κατάλληλα, ώστε αφενός να μην υπερβαίνει την απαιτούμενη με αποτέλεσμα εναπόθεση του σιδήρου σε διάφορα όργανα που προκαλεί τοξική επίδραση στα διάφορα ενζυμικά συστήματα και αφετέρ-

ρου να διορθωθεί η αναιμία αλλά και να γεμίσουν οι αποθήκες σιδήρου.

Ενδοφλέβια χορήγηση

1. Τα παρεντερικά σκευάσματα σιδήρου διατηρούνται σε θερμοκρασία δωματίου.

2. Η συνήθης ενδοφλέβια δοσολογία είναι 400-500mg ημερησίως.

3. Πριν από τη χορήγηση, προηγείται το λεγόμενο «**τεστ σιδήρου**». Η δοκιμασία αυτή γίνεται στην περίπτωση που λαμβάνουμε ενδοφλέβια σιδηροθεραπεία για πρώτη φορά, ενώ γίνεται εφάπαξ την πρώτη μέρα της σιδηροθεραπείας πριν από τη χορήγηση της ημερήσιας δόσης.

Η αναφυλακτική αντίδραση που είναι αρκετά σπάνια (0,6%) μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Συνήθως, εκδηλώνεται με κεφαλαλγία, ζάλη, έντονη οσφυαλγία, αίσθημα λιποθυμίας, δύσπνοια, ρίγος και πυρετό. Σε βαριές αντιδράσεις μπορεί να συμβεί προκάρδιο άλγος, μεγάλη εφίδρωση και καταπληξία.

4. Εφόσον το τεστ σιδήρου ολοκληρωθεί με επιτυχία, μπορεί να αρχίσει η κανονική χορήγηση της θεραπείας (μετά από 1/2-1 ώρα περίπου).

5. Η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου είναι αρκετά ερεθιστική για τις φλέβες. Εξαιτίας αυτού παρακολουθείται συχνά η ενδοφλέβια γραμμή για σημεία ερεθισμού και φλεγμονής. Οι φλεβοθρομβώσεις παρατηρούνται συχνά, υποχωρούν, όμως, χωρίς δυσάρεστες συνέπειες.

6. Αν το διάλυμα του σιδήρου χυθεί έξω από τη φλέβα, παρουσιάζεται έντονος πόνος.

7. Φλεβόσπασμος, έξαψη και μεταλλική γεύση στο στόμα παρατηρούνται αν η έγχυση του σιδήρου γίνεται με ταχύ ρυθμό.

Ενδομυϊκή χορήγηση

1. Η ενδομυϊκή χορήγηση, αν και είναι πιο οικονομική και εύκολη για την πραγματοποίησή της από τον ίδιο το άτομο που υποβάλλεται σε σιδηροθεραπεία, έχει το μειονέκτημα ότι απαιτεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αποκαταστήσει τα αποθέματα σιδήρου.

2. Η ημερήσια δόση του ενδομυϊκώς χορηγούμενου σιδήρου δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 100-250mg για τον ενήλικα (αναλόγως με το βάρος του), τα 50mg για παιδιά 5-10 ετών και τα 25mg για παιδιά 1-5 ετών.

3. Η ενδομυϊκή ένεση διενεργείται πάντα βαθιά στους γλουτούς (εναλλάξ) με μακριά βελόνα για την αποφυγή τοπικού ερεθισμού και υπέρχρωσης του δέρματος από διαφυγή του φαρμάκου στον υποδόριο ιστό, καθώς και μετά από προηγούμενη αναρρόφηση για την αποφυγή ενδοφλέβιας χορήγησης.

4. Δεν εφαρμόζεται τριβή στο σημείο της ένεσης.

5. Η κίνηση αυξάνει την απορρόφηση. Η υπερβολική άσκηση, όμως, θα πρέπει να αποφεύγεται, όπως επίσης και η ένδυση με σφιχτά ρούχα.

6. Πριν από την έναρξη της θεραπείας διενεργείται δοκιμαστική χορήγηση 0,5ml για την ανίχνευση τυχόν υπερευαισθησίας.

Ανταπόκριση στη σιδηροθεραπεία

Ός προς την ανταπόκριση στη σιδηροθεραπεία πρέπει να σημειωθεί ότι μετά την έναρξη της θεραπείας αναφέρεται ταχεία υποχώρηση των μη ειδικών συμπτωμάτων. Πρώτα υποχωρούν η καταβολή και το αίσθημα κόπωσης και σε 8-15 ημέρες υποχωρεί η γλωσσίτιδα, η δυσφαγία και η κοιλονυχία, που αποκαθίστανται πλήρως στους τρεις μήνες.

Αιματολογικά εμφανίζεται αύξηση των δικτυοερυθροκυττάρων μεταξύ 5ης και 10ης ημέρας, ενώ η αιμοσφαιρίνη την 3η εβδομάδα έχει καλύψει το 50% του ελλείμματός της και στους 2 μήνες έχει φτάσει στα φυσιολογικά επίπεδα.

Παράδοση – Παραλαβή Διοίκησης 251 ΓΝΑ

Στις 11 Μαρτίου 2010 πραγματοποιήθηκε στο 251 ΓΝΑ η τελετή παράδοσης – παραλαβής της Διοίκησης του Νοσοκομείου. Ο παραδίδων Διοικητής Υποπτεράρχος (ΥΙ) Δημήτριος Μακρατζάκης παρέδωσε τη Διοίκηση στον Ταξίαρχο (ΥΙ) Χρήστο Γρηγορέα. Στην τελετή παρέστησαν ο Αντιπτεράρχος (Ι) Γεώργιος Δούμου, Διοικητής ΣΕΘΑ, και ο Υποπτεράρχος (Ι) Χρήστος Χαρίτος, Υπαρχηγός ΓΕΑ, ως εκπρόσωπος του Αρχηγού ΓΕΑ. Πέραν των παραπάνω, στην τελετή παρευρέθηκαν επίτιμοι Αρχηγοί ΓΕΑ και ΑΤΑ, διατελέσαντες Διευθυντές-Διοικητές ΓΕΑ/ΔΥΓ, 251 ΓΝΑ και ΚΑΙ, Πρόεδροι ΑΑΥΕ, καθώς και μέλη των ΔΣ της ΕΑΑΑ και του ΣΑΣ.



Ο παραλαμβάνων Δκτής 251 ΓΝΑ, Ταξχος (ΥΙ) Χ. Γρηγορέας, και ο παραδίδων Δκτής Υπρχος (ΥΙ) Δ. Μακρατζάκης.



Ο Υπρχος (Ι) Χ. Χαρίτος, Υπαρχηγός ΓΕΑ, απονέμει αναμνηστική πλακέτα στον αποχωρούντα Δκτή του 251 ΓΝΑ, Υπρχο (ΥΙ) Δ. Μακρατζάκη.



Στημιότυπο από την τελετή παράδοσης-παραλαβής της Διοίκησης του Νοσοκομείου.



Ο Δκτής 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Δημήτριος Μακρατζάκης απονέμει αναμνηστική πλακέτα στον προσκεκλημένο ομιλητή θ. Μουντοκαλάκη, Ομότιμο Καθηγητή Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.

19ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο

Το 19ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο πραγματοποιήθηκε στις 25-26 Φεβρουαρίου 2010 στο αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ. Στόχος του Συμποσίου ήταν η παρακολούθηση των ταχύτερων εξελίξεων στο πεδίο της υγείας, μέσα από την ενημέρωση, την κρίση και τον επιστημονικό διάλογο. Καταβλήθηκε κάθε προσπάθεια, ώστε έμπειροι και αξιόλογοι ομιλητές τόσο από το 251 ΓΝΑ όσο και από άλλους επιστημονικούς φορείς, να αναπτύξουν ενδιαφέροντα θέματα από διάφορα πεδία της Ιατρικής.

Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συμποσίου ήταν ο Σμχος (ΥΙ) Ευάγγελος Τσιφτσάκης, Διευθυντής Αιματολογικού Εργαστηρίου 251 ΓΝΑ. Το Συμπόσιο παρακολούθησαν συνολικά 631 άτομα και συγκεκριμένα 87 Φοιτητές, 91 Ιατροί και 23 Νοσηλευτές εκτός 251 ΓΝΑ, 256 Ιατροί, 91 Νοσηλευτές και 83 άτομα διαφόρων υγειονομικών ειδικοτήτων από το 251 ΓΝΑ.



Από αριστερά προς δεξιά: Ο Εγός (ΥΙ) Α. Καπετανάκης, Επιμελητής Ν/Χ Κλινικής, ο Εγός (ΥΙ) Γ. Κυρίτης, Δντής Φυσιοθεραπευτηρίου και ο Σμχος (ΥΙ) Γ. Κουτσουμπέλης, Δντής Ν/Χ Κλινικής 251 ΓΝΑ, ομιλητές σε στρογγυλή τράπεζα.



Στημιότυπο από το αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ κατά τη διεξαγωγή του Συμποσίου.