



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΗΜΗΡΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 51 / Μάρτιος - Απρίλιος 2011

ISSN: 1109-6403

Οστεονέκρωση Γνάθων Από Διφωσφονικά

Τα διφωσφονικά είναι φάρμακα που συνταγογραφούνται για τη θεραπεία και πρόληψη της μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης, της οστεοπόρωσης από κορτικοστεροειδή, της νόσου Paget, της ατελούς οστεογενεσίας και της υπερασβεστιαμίας που προκαλείται από κακοήθειες. Επίσης, χορηγούνται για την αντιμετώπιση οστικών μεταστάσεων κακοήθων νεοπλασμάτων (καρκίνος μαστού, προστάτη, πνευμόνων) αλλά και για τον έλεγχο των σκελετικών εκδηλώσεων του πολλαπλού μυελώματος.

Τα διφωσφονικά είναι ισχυρά αντιοστεοκλαστικά φάρμακα και μειώνουν την οστική ανακατασκευή, ενώ παράλληλα έχουν και αντιαγγειογενετική δράση.

Διακρίνονται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με την παρουσία αζώτου στο μόριό τους. Οι ενώσεις που περιέχουν άζωτο θεωρούνται δραστικότερες (nitrogen-containing bisphosphonates ή nBPS). Χορηγούνται ενδοφλέβια (iv) και από το στόμα (per os).

Στα από του στόματος (per os) κατατάσσονται τα: alendronate (Fosamax), alendronate/colecalciferol (Fosavance), risendronate (Actonel), ibandronate (Boniva, Bonviva) etidronate (Didronel, Ostopor).

Στα ενδοφλέβια (iv) κατατάσσονται τα: zolendronate (Zometa), pamidronate (Aredia), ibandronate (Bondronat).

Προς το παρόν, έχει εγκριθεί μόνο στις ΗΠΑ η χρήση της zolendronate εφάπαξ ετησίως για την οστεοπόρωση. Η οστεονέκρωση δεν έχει αναφερθεί σε άλλα οστά πλην των γνάθων. Η πιο συνηθισμένη περιοχή εντόπισης είναι η κάτω γνάθος και ειδικότερα η οπίσθια περιοχή.

Η συχνότητα εμφάνισης οστεονέκρωσης σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά iv ανέρχεται σε ποσοστό 8-12% . Σε ασθενείς που λαμβάνουν per os διφωσφονικά ανέρχεται σε ποσοστό 0,001-0,04%, αλλά μετά από εξαγωγή δοντιού το ποσοστό ανέρχεται σε 0,09-0,3%. Συνεπώς, ο κίνδυνος για την ανάπτυξη οστεονέκρωσης είναι μικρότερος με τη χορήγηση per os διφωσφονικών. Παρόλα αυτά ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τους κινδύνους και να συμφωνεί, πριν από τη διεξαγωγή μιας επέμβασης στην περιοχή των γνάθων.

Για τον προσδιορισμό του βαθμού κινδύνου εμφάνισης της οστεονέκρωσης, μπορεί να ελέγχεται η πρωινή συγκέντρωση C-Terminal Τελοπεπτιδίου (CTX) στον ορό του αίματος. Σε τιμές <150pg/mL, προτείνεται η διακοπή της αγωγής για 4-6 μήνες, μέχρι η τιμή να φτάσει τα 150pg/ml.

Για να θεωρηθεί μια βλάβη οστεονέκρωση από διφωσφονικά θα πρέπει να ισχύουν τα παρακάτω κριτήρια:

1. Παρούσα ή προηγηθείσα θεραπεία με διφωσφονικά.
 2. Εκτεθειμένο νεκρωτικό οστό για 8 ή περισσότερες εβδομάδες.
 3. Απουσία ιστορικού ακτινοβολήσης της περιοχής.
- Η οστεονέκρωση κατατάσσεται σε τρία στάδια:
- Στάδιο I: Ασυμπτωματική έκθεση νεκρωτικού οστού.
 - Στάδιο II: Έκθεση νεκρωτικού οστού, πόνος, φλεγμονή μαλακών ιστών και λοίμωξη.
 - Στάδιο III (όπως Στάδιο II συν): Δύσκολα ελεγχόμενη λοίμωξη με per os ή iv αντιμικροβιακή αγωγή, οστικά απολείμματα, σχηματισμός συριγγίων και εκτεταμένη οστεόλυση.
- Η οστεονέκρωση κλινικά μιμείται τις συνήθεις οδοντικές φλεγμονές και νοσήματα του περιοδοντίου. Ετσι, λοιπόν, μπορεί να παρουσιαστεί ως: (1) Απότομη επιδείνωση της κατάστασης του περιοδοντίου. (2) Κινητικότητα δοντιού που δεν εξηγείται από περιοδοντική νόσο. (3) Ακρορριζικό ή περιοδοντικό απόστημα χωρίς ανάλογη αιτιολογία. (4) Συμπτωματολογία ξηρού φατνίου μετά από εξαγωγή που επιμένει πάνω από 6 εβδομάδες. (5) Αδυναμία επουλώσης μιας περιοχής του βλεννογόνου και παραμονή της έλκωσης. (6) Εντοπισμένη λοίμωξη των μαλακών μορίων που επιμένει. (7) Παρουσία αποκεκαλυμένου νεκρωμένου οστού. (8) Οίδημα των γύρω ιστών. (9) Συρίγγιο και εκροή πύου.
- Η θεραπεία της οστεονέκρωσης ξεκινάει με την πρόληψη γι' αυτό απαιτείται στοματολογικός και οδοντιατρικός έλεγχος πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της αγωγής με διφωσφονικά.
- Οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η πρόληψη των επιμολύνσεων των μαλακών μορίων, ο έλεγχος του πόνου και η παρεμπόδιση επέκτασης της βλάβης. Η θεραπεία για τα Στάδια I και II περιλαμβάνει συντηρητική μη χειρουργική αντιμετώπιση, μέτρα στοματικής υγιεινής, στοματοπλύσεις με διαλύματα χλωρεξιδίνης, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και ευρέος φάσματος αντιβιοτικά. Η θεραπεία για το Στάδιο III (όπου η συντηρητική θεραπεία μπορεί να είναι ανεπιτυχής) περιλαμβάνει χειρουργική θεραπεία, χειρουργικό καθαρισμό και αφαίρεση οστικών απολείμμάτων. Άλλες μέθοδοι θεραπείας είναι η θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο, η εφαρμογή πλάσματος πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) κατά τη διάρκεια της επέμβασης, και η εφαρμογή LLLT (Low Level Laser Therapy) τόσο κατά τη διάρκεια της επέμβασης όσο και μία εβδομάδα μετά.

Επιμέλεια
Εργός (ΥΟ) Σμαράγδα Διαμαντή
Διευθύντρια Στοματολογικού Τμήματος, 251 ΓΝΑ

ΧΡΙΣΤΟΣ ΑΝΕΣΤΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΛΛΑ



Baciccio (1639-1709)
"The Pietà"
(Mary Lamenting the Dead Christ, detail)
Oil on canvas, 1667, 183x116cm
Galleria Nazionale d'Arte Antica, Rome

περιεχόμενα

θέμα:	- Αναπνευστική Αλλεργία σελ. 2	- Προληπτικές Καλύψεις Οπών Σχισμών:
	- Χριστός Ανέστη...! σελ. 3	Πολυτέλεια ή αναγκαιότητα; σελ. 5
	- Αντλία Συνεχούς Εγχυσης Duodora	- Μαζικές Απώλειες Υγείας και Διαχείριση.....σελ. 6
	σε Ασθενείς με Νόσο του Πάρκινσον σελ. 4	εκδηλώσεις: 20ό Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο σελ. 8

Κωδικός: 6720

ΕΛΤΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ"

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

Αναπνευστική Αλλεργία

Η αναπνευστική αλλεργία συνίσταται στην αλλεργική ρινίτιδα ή/και στο άσθμα. Στη σύγχρονη Ιατρική συζητάμε για νόσο των ενιαίων αεραγωγών, αφού η σύνδεση του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού είναι στενή τόσο σε ανατομικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο. Επιδημιολογικά, η σχέση τους επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι ένας ασθενής με αλλεργική ρινίτιδα έχει 30% πιθανότητα εμφάνισης άσθματος ενώ ένας ασθενής με αλλεργικό άσθμα έχει κατά 78% αλλεργική ρινίτιδα.

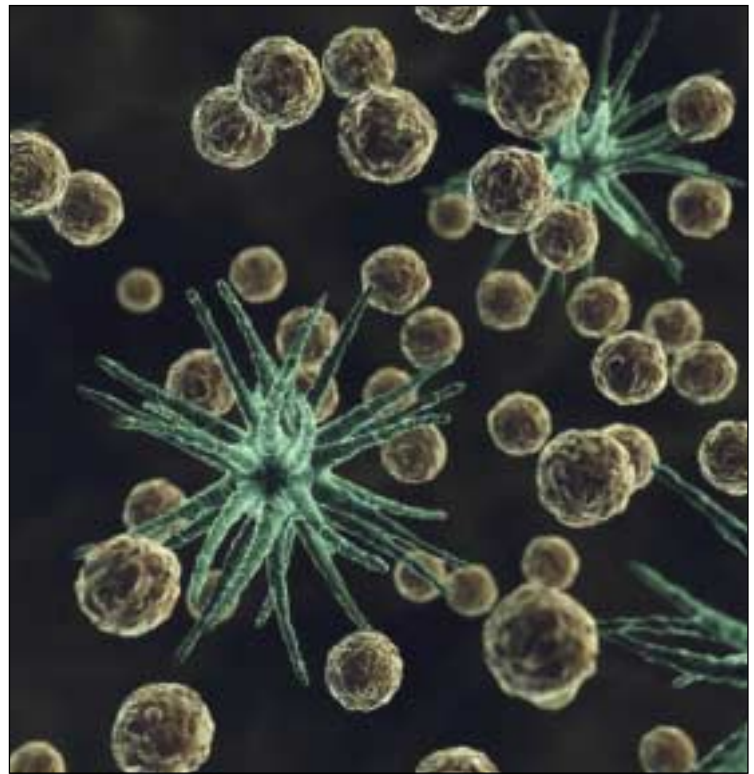
Επιμέλεια: Επγός (ΥΙ) **Κωνσταντίνος Πεταλάς**
Αλλεργιολόγος, Επιμελητής Αλλεργιολογικού Τμήματος, 251 ΓΝΑ

Η εποχική αλλεργική ρινίτιδα αφορά στο 20-25% του γενικού πληθυσμού. Είναι το αποτέλεσμα της ευαισθητοποίησης του οργανισμού σε ουσίες οι οποίες καλούνται αεροαλλεργιογόνα. Η αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να είναι επίμονη (περισσότερο από τέσσερις ημέρες την εβδομάδα, περισσότερο από τέσσερις ώρες την ημέρα) ή διαλειπούσα. Επίσης, μπορεί να είναι σοβαρή όταν προκαλεί διαταραχές στις φυσικές δραστηριότητες, στον ύπνο, στην εργασία ή ήπια. Η αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να είναι εποχική, δηλ. μόνο την Άνοιξη ή ολοετής.

Αποτελεί την κλινική έκφραση μιας υπερβολικής και λάθους εκτίμησης του ανοσοποιητικού συστήματος έναντι «αβλαβών» ουσιών. Η έκθεση του ανοσοποιητικού είναι σε μικρή ποσότητα αλλεργιογόνου και σε αυτή τη μικρή ποσότητα οφείλεται η όλη κινητοποίηση. Η παραλαβή του αλλεργιογόνου γίνεται από τα αντιγόνοπαρουσιαστικά-δενδρική κύτταρα στην περιφέρεια και αυτά εν συνεχεία μετακινούνται στους λεμφαδένες όπου η αλλεργική αντίδραση διενεργείται σε δύο φάσεις. Την οξεία οπότε τα Τ και Β λεμφοκύτταρα μέσω της μνημονικής τους ιδιότητας καθοδηγούν το ανοσοποιητικό προς παραγωγή IgE και την όψιμη, όπου τη σκυτάλη αναλαμβάνουν τα σιτευτικά, βασεόφιλα και ηωσινόφιλα κύτταρα προς ολοκλήρωση της ιστικής αλλεργικής φλεγμονής. Τα όργανα-στόχοι είναι ο ρινικός και ο βρογχικός βλεννογόνο, όπως και ο βλεννογόνο του επιπεφυκότα.

Τα συχνότερα αεροαλλεργιογόνα είναι τα αγρωστώδη (πάνω από 600 είδη στον ελλαδικό χώρο, η παριετάρια (περδικάκι), η ελιά, τα ακάρφα 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 πεύκο.

Τα κυριότερα εποχικά 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.



Εικόνα 1. Τα δένδρική κύτταρα παραλαμβάνουν τα αλλεργιογόνα.



Εικόνα 2. Η «παραλαβή» των αλλεργιογόνων γίνεται μέσω της εισπνοής.

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. Τα συμπτώματα του άσθματος είναι ο βήχας, η δύσπνοια, το «βάρος» στο στήθος, ο συριγμός. Ο ασθενής με άσθμα εμφανίζει νυκτερινές 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. Η φυσική πορεία του άσθματος χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς οι οποίοι την Άνοιξη αυξάνονται ανεξαρτήτως του σταδίου έντασής του. Οι παροξυσμοί στη διάρκεια της Άνοιξης οφείλονται στην έκθεση σε ιογενείς παράγοντες αλλά και στα αλλεργιογόνα τα οποία εν προκειμένω αναλαμβάνουν τον διπλό ρόλο του εκλυτικού αλλά και αιτιολογικού παράγοντα.

Η ηλικία εμφάνισης της αλλεργικής ρινίτιδας και του άσθματος εντοπίζεται μεταξύ των 5 και 65 ετών. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία έναρξης τόσο πιο πιθανή είναι η εμφάνιση άσθματος. Το κληρονομικό αναμνηστικό παίζει ρόλο. Πιο συγκεκριμένα αν πάσχει η μητέρα, το παιδί έχει επιπλέον πιθανότητα 50% σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό να εμφανίσει παρόμοια κλινική εικόνα. Αν πάσχει ο πατέρας 40%, και αν πάσχουν και οι δύο γονείς 90%.

Η διάγνωση της αλλεργικής ρινίτιδας γίνεται με βάση το ιστορικό, την αντικειμενι-



Ιδιοκτησία

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 7463 765, Fax: 210 7715 690

Εκδότης

Ασχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη

Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνοι Σύνταξης: Ασχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη
Επγός (ΥΙ) Δημήτριος Λιάπης

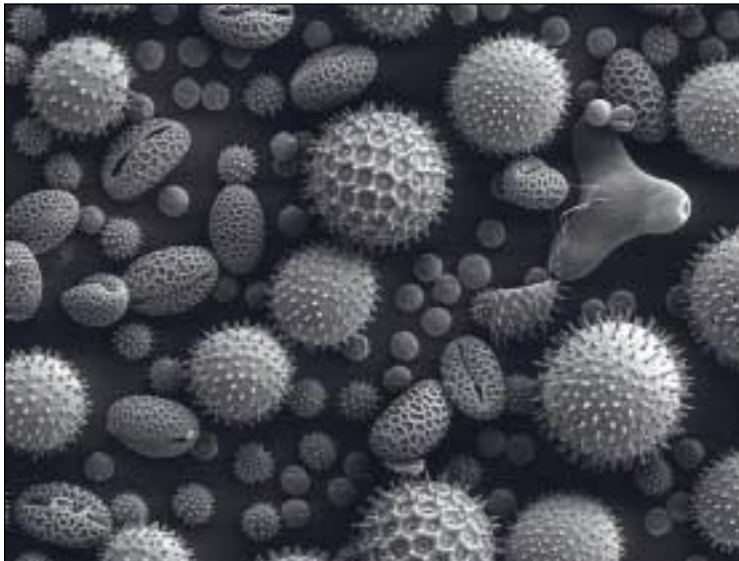
Γραμματεία Σύνταξης: Επγός (ΥΙ) Κωνσταντίνος Πεταλάς
Μέλος: Επγός (ΥΝ) Ευγενία Αλεξανδρή

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

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

Copyright 2011

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



Εικόνα 3. Οι γύρεις αποτελούν πολύ σημαντικά αλλεργιογόνα.

κή 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 βλενογόνο 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 ειδικής έναντι των υπεύθυνων αλλεργιογόνων 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, δηλ. των θετικών tests με αρνητικό ιστορικό. Το αίτιο

της αναπνευστικής αλλεργίας βρίσκεται σχεδόν πάντα και αυτό είναι πολύ σημαντικό διότι με αυτόν τον τρόπο μπορεί να ακολουθηθεί η ανοσοθεραπεία.

Η αλλεργική ρινίτιδα δεν είναι η μόνη χρόνια ρινίτιδα. Στη διαφοροδιάγνωση συμπεριλαμβάνονται η αγγειοκινητική, 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 όγλο μόνο στα αλλεργιογόνα που προέρχονται από επιθήλια ζώων και ημίμετρο στην αντιμετώπιση της αλλεργίας των ακάρεων. Οσον αφορά στην αντιμετώπιση των γύρεων η αποφυγή είναι ουτοπική.

Η φαρμακοθεραπεία γίνεται μέσω της αντιισταμινικής αγωγής και των ρινικών στεροειδών. Η φαρμακοθεραπεία έχει νόημα εφόσον ξεκινά 15 μέρες πριν από 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-μεγάλων σε σχέση με τη φυσική έκθεση δόσεων παράγωγου 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 αλλεργιολογικό ιατρείο (1 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 και των δύο δεδομένα. Η ανοσοθεραπεία έχει ως στόχο την επίτευξη μακροχρόνιας κλινικής ανοχής έναντι των αλλεργιογόνων μέσω της τροποποίησης των Β και Τ κυτταρικών απαντήσεων αλλά και της αντιγονοπαρουσίασης. Επιτυγχάνεται μέσω της επαγωγής των ρυθμιστικών Τ λεμφοκυττάρων, γεγονός που την καθιστά πρότυπο και για άλλους τομείς της ιατρικής στους οποίους το ανοσοποιητικό σύστημα παίζει κυρίαρχο παθογενετικό ρόλο. Ο καλύτερος έλεγχος των συμπτωμάτων, η αποτροπή νέων ευαισθητοποιήσεων, η αναχαίτιση της φυσικής πορείας της αλλεργικής ρινίτιδας σε άσθμα και η παραμονή των αποτελεσμάτων, και μετά τη διακοπή της ανοσοθεραπείας, είναι δεδομένα που έχουν επιβεβαιωθεί μέσω μελετών.

Χριστός Ανέστη...!

Ηρθε πάλι η Ανοιξη. Τα πάντα γύρω μας αναγγέλλουν τον ερχομό του Πάσχα. Το ίδιο και η Μεγάλη Σαρακοστή, που είναι το πνευματικό ταξίδι προς την «Εορτή των Εορτών», το ΠΑΣΧΑ.

Επιμέλεια: Τάκης Καραθανάσης
Σμηναρχος (Ο) ε.α.

Καθιερώθηκε τον 2ο αιώνα μ.Χ., με σκοπό να προετοιμαστούν οι «Κατηχούμενοι», δηλ. οι νέοι «υποψήφιοι» Χριστιανοί για το βάπτισμα που τότε γινόταν κατά τη διάρκεια της Αναστάσιμης Θείας Λειτουργίας.

Τον 9ο αιώνα εξαλειφθηκε το βάπτισμα των ενηλίκων και ο θεσμός των «Κατηχουμένων», από τη ζωή της Εκκλησίας. Ετσι, ο Κατηχητικός χαρακτήρας της Σαρακοστής, αντικαταστάθηκε με τον χαρακτήρα της «μετάνοιας». Αρχίζει την Κυριακή της Τυροφάγου, την «Κυριακή της συγγνώμης».

Οι πιστοί πρέπει να ζητήσουν συγγνώμη, ο ένας από τον άλλο και από τον ιερέα. Τότε αρχίζει η νηστεία των 40 ημερών. Είναι το σχολείο της «μετάνοιας». Αυτή μας δίνει δύναμη να αφήσουμε την «παλιά» ζωή μας και να αρχίσουμε μια «νέα», εν Χριστώ ζωή. Να έχουμε

τη δική μας «διάβαση», που προορισμός είναι η χαρά της Λαμπρής. Γιατί Πάσχα σημαίνει πέρασμα, διάβαση. Την Κυριακή των Βαΐων ακούμε: «*Δεύτε ουν και ημεείς κεκαθαρμένους διανοίας συμπορευθώμεν αυτώ και συσταυρωθώμεν*». Και ο Μ. Βασίλειος προτρέπει: «*Αποθάνωμεν ουν, ίνα ζήσωμεν*». (Περιοδικό ο ΣΩΤΗΡ, 1/4/09) Σήμερα, όμως, η νηστεία, έχει γίνει «αλλαξοφαγία». Ας κάνουμε μια πραγματική νηστεία από τις κακίες μας, τα πάθη μας. Ας κάνουμε μια πνευματική πορεία, να πεθάνει το Εγώ μας, για να αναστηθούμε με τον Χριστό. Ο Σταυρικός θάνατος χρεώνεται στον Ιησού Χριστό, αλλά χαρίζεται σε εμάς η Ανάσταση!

Ανάσταση, λοιπόν, τα πάντα νέα. Ας πάρουμε από το ανέσπερο φως της Ανάστασης, για να έχουμε ειρήνη, μεταξύ μας. Ο Κύριος είπε: «*Ειρήνη υμίν*». Ειδικά φέτος, ο φόβος από τις ληστείες, κλοπές, διαρρήξεις κ.ά. έχει φέρει πανικό, ακόμη και στα χωριά. Η οικονομική κατάσταση είναι σε κρίσιμο σημείο και συνεχώς χειροτερεύει, με απρόβλεπτες συνέπειες... Όλοι χρειάζομαστε το «πνευματικό» φως! Ανάσταση, να πάψουν οι εχθρικές περασμένες διαθέσεις και να ενωθούμε όλοι. Στον χώρο της Ανάστασης, όλοι χωράμε... «Χριστός Ανέστη»! Ας τιμήσουμε τον Κύριο, που θυσίαστη-

κε για μας. Ας καθίσουμε να ακούσουμε όλη την Αναστάσιμη Λειτουργία, και να μην τρέξουμε να φάμε τη μαγειρίτσα πριν κρυσώσει. Ως «κατηχούμενοι», που δεχθήκαμε συγχώρηση, ας τη δώσουμε στους άλλους γύρω μας. Θα ακούσουμε τον «Κατηχητικό Λόγο» του Ιωάννη του Χρυσόστομου: «*Μπειτέ στη χαρά του Κυρίου μας, στο πασχαλινό πανηγύρι. Ο Χριστός προσφέρεται για όλους και σε όλους... Χριστός Ανέστη η ζωή κυριαρχεί πια, πάει ο θάνατος...*» (Μετάφραση Αρχιμανδρίτη Δανιήλ Αεράκη). Ας εφαρμόσουμε την προτροπή του Διον. Σολωμού: «*Πέστε Χριστός Ανέστη, εχθροί και φίλοι*», ας δώσουμε αγάπη, από την ΑΓΑΠΗ του Κυρίου μας.

Ας μην πούμε φέτος ξύλινες ευχές, αλλά ας πούμε μέσα από την καρδιά μας, την α' Ωδή κανόνος του Πάσχα: «*Αναστάσεως ημέρα, Λαμπρινθώμεν λαοί, Πάσχα Κυρίου Πάσχα! Εκ του θανάτου προς ζωήν ημάς διεβίβασεν*». Σου προτείνω το χέρι μου. Θα μου δώσεις το δικό σου; Θα ξεχάσουμε το παρελθόν; **Χριστός Ανέστη**, θα μου πεις **Αληθώς Ανέστη**, Αληθώς Ανέστη και σε μένα; Τότε θα κάνουμε ένα ευλογημένο Πάσχα, μαζί με τις οικογένειες μας! Και φέτος το χρειαζόμαστε περισσότερο από κάθε άλλη χρονιά...



Ελα και εσύ!

Γραφείο Εθελοντισμού 251 ΓΝΑ
Τηλ.: 210 74 63 930
210 74 64 004

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 Αρθρα

Αντλία Συνεχούς Εγχυσης Duodopa σε Ασθενείς με Νόσο του Πάρκινσον

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές εξελίξεις για την αντιμετώπιση της νόσου του Πάρκινσον πέρα από τις φαρμακευτικές επιλογές από το στόμα. Εφαρμόζονται πια παρεμβατικές μέθοδοι σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς, όπως η αντλία DUODOPA, και η εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση του υποθαλάμιου πυρήνα (Deep Brain Stimulation – DBS). Στο Νοσοκομείο μας, υπάρχει η εμπειρία και η γνώση γι' αυτές τις εξελιγμένες μεθόδους αντιμετώπισης. Πρόσφατα έγιναν δύο εμφυτεύσεις εγκεφαλικού διεγέρτη – DBS με μεγάλη επιτυχία ενώ τοποθετήθηκε και η πρώτη αντλία DUODOPA.

Επιμέλεια: Εργός (ΥΙ) Παναγιώτης Ζήκος
Επιμελητής Νευρολογικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

Στο 251 ΓΝΑ, ένας ασθενής με τουλάχιστον πέντε έτη νόσο του Πάρκινσον και σημαντικές διακυμάνσεις στην κινητικότητα, έχει τη δυνατότητα να εξεταστεί από διεπιστημονική ομάδα, ώστε να επιλεγεί η καταλληλότερη μέθοδος που θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής του με τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο, ανακουφίζοντας παράλληλα και την επιβάρυνση των φροντιστών του. Στη βασική ομάδα συμμετέχουν εξειδικευμένος νευρολόγος, νευροψυχολόγος και ψυχίατρος. Ενώ για την τελική επιλογή, συμμετέχουν κατά περίπτωση νευροχειρουργός, γαστρεντερολόγος και αναισθησιολόγος.

Θεωρία της συνεχούς ντοπαμινεργικής διέγερσης (CDS)

Είναι γνωστό ότι τα συμπτώματα της νόσου του Πάρκινσον οφείλονται στην εκφύλιση των νευρώνων στη μέλαινα ουσία του εγκεφάλου, που εκκρίνουν τον νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη. Φυσιολογικά τα επίπεδα ντοπαμίνης στο αίμα είναι σταθερά. Αυτό συμβαίνει γιατί οι νευρώνες της μέλαινας ουσίας έχουν την ικανότητα αποθήκευσης ντοπαμίνης και της σταδιακής απελευθέρωσής της. Ο σκοπός της φαρμακευτικής αγωγής είναι η αναπλήρωση της ποσότητας ντοπαμίνης που απαιτείται ώστε να επιτυγχάνονται και πάλι τα σταθερά επίπεδα στη μέλαινα ουσία. Με την εξέλιξη της νόσου, όμως, η εκφύλιση επιδεινώνεται και χάνεται η ικανότητα αποθήκευσης της περισσεύσεως ντοπαμίνης που προσφέρεται με τις συνήθεις θεραπείες από το στόμα. Έτσι, παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις των επιπέδων στο αίμα, οι οποίες αντιστοίχα προκαλούν και μεγάλες διακυμάνσεις της κινητικότητας με τη μορφή δυσκινησιών που εμποδίζουν τον ασθενή να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Επιπλέον, ο σύντομος χρόνος ημίσειας ζωής των σκευασμάτων ντοπαμίνης, αλλά και η ακανόνιστη γαστρική κένωση και προώθηση της στο δωδεκαδάκτυλο –όπου και απορροφάται– συμβάλλουν στη δραματική μείωση του θεραπευτικού παραθύρου και στις απρόβλεπτες διακυμάνσεις μεταξύ ακινησίας και δυσκινησίας (φαινόμενα ON – OFF).

Τα πειραματικά μοντέλα και η κλινική εμπειρία έδειξαν ότι η συνεχής ντοπαμινεργική διέγερση οδηγεί σε βελτίωση των διακυμάνσεων και σε λιγότερο έντονες δυσκινησίες. Αυτό ώθησε την έρευνα στην ανάπτυξη της αντλίας DUODOPA.

Περιγραφή της αντλίας συνεχούς έγχυσης DUODOPA (Εικόνα)

Το DUODOPA είναι σταθερό αιώρημα LDOPA/καρβιτόπα σε αναλογία 20/5mg/ml σε μορφή συμπυκνωμένης γέλης. Χορηγείται με φορητή αντλία συνεχούς έγχυσης που φέρει ο ασθενής και μόνιμο γαστρο-δωδεκαδακτυλικό καθετήρα μετά από διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG). Ο καθετήρας καταλήγει στο δωδεκαδάκτυλο, όπου γίνεται και η απορρόφηση της LDOPA. Αυτό εξασφαλίζει σταθερότερη απορρό-



Πίνακας

LDOPA test

Στη δοκιμασία αυτή, ο ασθενής διακόπτει τη φαρμακευτική αγωγή το απόγευμα και την επόμενη ημέρα εξετάζεται η κινητική κατάσταση με την κλίμακα UPDRSIII στη φάση OFF (η χειρότερη κινητική κατάσταση). Μετά λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και εξετάζεται σε φάση ON (η καλύτερη κινητική κατάσταση). Το ποσοστό βελτίωσης μεταξύ της UPDRSIII σε φάση OFF και ON απεικονίζεται:

1. Αν υπάρχει σαφής ανταπόκριση στην LDOPA, που είναι απαραίτητο κριτήριο είτε για αντλία DUODOPA είτε για Deep Brain Stimulation και
2. Το προσδόκιμο ποσοστό βελτίωσης μετά την επέμβαση.

ψηση και ομαλότερα επίπεδα ντοπαμίνης στο πλάσμα. Είναι δηλ. μια μέθοδος που επιτρέπει τη συνεχή ντοπαμινεργική διέγερση. Η αντλία είναι φορητή βάρους 700gr και προσφέρει μεγάλη αυτονομία κίνησης στον ασθενή ο οποίος μπορεί να συνεχίσει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Έχει ένδειξη σε προχωρημένα στάδια της νόσου του Πάρκινσον, όπου ο ασθενής βιώνει σοβαρές κινητικές και μη κινητικές διακυμάνσεις που επηρεάζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες και έχει γίνει προσπάθεια ελέγχου των συμπτωμάτων με τη διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Περιγραφή περιστατικού

Σύμφωνα με τα παραπάνω περιγράφεται το πρώτο περιστατικό εφαρμογής αντλίας συνεχούς έγχυσης DUODOPA στο 251 ΓΝΑ. Αφορούσε έναν ασθενή 74 ετών με ιδιοπαθή νόσο του Πάρκινσον από δεκαετίας. Παρουσίαζε εξωπυραμидική δυσκαμψία, βραδυκίνηση, σοβαρή δυσκολία στη βάδιση με πτώσεις (κάταγμα ισχίου) και εκσεσημασμένη καμπτοκορμία σε βαθμό που τον εμποδίζει να δει ένα συνομιλητή του. Οι επιπλοκές της φαρμακευτικής αγωγής ήταν σοβαρές κινητικές διακυμάνσεις –wear off, επώδυνη δυσκινησία και αιφνίδια και απρόβλεπτα off– που προκαλούσαν μεγάλη δυσκολία στην καθημερινότητά του. Είχε την ανάγκη άλλου προσώπου για να τον βοηθά. Ο χρόνος που βρισκόταν σε καλή κινητική κατάσταση ήταν ελάχιστος. Για τα συμπτώματα αυτά είχε δοκιμάσει όλο το φάσμα της φαρμακευτικής θεραπείας χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Προτάθηκε η εκτίμηση από τη διεπιστημονική ομάδα νόσου του Πάρκινσον του 251 ΓΝΑ ως πιθανός υποψήφιος για την τοποθέτηση αντλίας DUODOPA.

A. Στάδιο προεπιλογής (μία ημέρα νοσηλείας)

Στο στάδιο αυτό, εξετάστηκε από νευρολόγο, νευροψυχολόγο και ψυχίατρο. Στο LDOPA test (Πίνακας) είχε βελτίωση 40% της κινητικής απάντησης σε φάση ON στην κλίμακα UPDRS III σε σχέση με την αντίστοιχη σε φάση OFF. Στην κλίμακα δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής Schwab & England σε φάση ON είχε βαθμολογία 70% ενώ σε φάση OFF 20%. Ο νευροψυχολογικός έλεγχος έδειξε ήπια έκπτωση των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών. Η ψυχιατρική εκτίμηση έδειξε οπτικές ψευδαισθήσεις αλλά απουσία μείζονος ψυχοπαθολογίας.

Ως εκ τούτου, μετά από τη συνεκτίμηση αναισθησιολόγου και γαστρεντερολόγου, κρίθηκε κατάλληλος για την τοποθέτηση αντλίας DUODOPA με μόνιμο καθετήρα PEG και προσδόκιμο ποσοστό βελτίωσης της κινητικής απάντησης 40%. Στο διάστημα που μεσολάβησε μέχρι τη νέα εισαγωγή του για την τοποθέτηση της αντλίας είχε συχνές πτώσεις και ένα νέο κάταγμα ισχίου για το οποίο χειρουργήθηκε.

B. Τοποθέτηση αντλίας DUODOPA (πέντε ημέρες νοσηλείας)

Σε δεύτερο χρόνο έγινε τοποθέτηση ρινονησιδικού καθετήρα γαστροσκοπικά, σύνδεσή του με την αντλία και διακοπή της ντοπαμινεργικής αγωγής. Ακολούθησε τριήμερη πλοποίηση της δόσης DUODOPA με λεπτομερή παρακολούθηση ανά μισή ώρα και καταγραφή της κινητικής ανταπόκρισης σε ημερολόγιο. Επιβεβαιώθηκε η καλή κλινική ανταπόκριση του DUODOPA και την τέταρτη ημέρα έγινε μόνιμη διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG). Η πορεία του καθετήρα στο δωδεκαδάκτυλο επιβεβαιώθηκε και ακτινοσκοπικά. Ο ασθενής παρέμεινε για παρακολούθηση μία ημέρα. Κατά το εξιτήριο λάμβανε πρωινή δόση DUODOPA 12,5ml, συνεχή δόση 4,8ml και έκτακτη δόση 2ml ενώ διακόπηκε η προηγούμενη ντοπαμινεργική αγωγή του.

Μετεγχειρητική πορεία

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και απαιτούσε τακτική παρακολούθηση από εξειδικευμένη ψυχολόγο-νοσηλεύτρια για την προσαρμογή του ασθενούς και της οικογένειας στις νέες συνθήκες. Έγιναν μικρές τροποποιήσεις της αγωγής. Σε ένα μήνα παρουσιάσε το ίδιο ποσοστό κινητικής βελτίωσης με αυτό που αναμενόταν από το LDOPA test.

Συμπεράσματα

Από την πρώτη εμπειρία μας, επιβεβαιώθηκε η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με αντλία DUODOPA σε σωστά επιλεγμένους ασθενείς. Η βελτίωση που φαίνεται από την κλινική εξέταση και τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανάλογη με αυτή του LDOPA test. Η εισαγωγή της δοκιμασίας-δείκτη ως κριτήριο για την επιλογή εξοικονομεί πόρους στο νοσοκομείο. Επιτρέπει δε την καλύτερη οργάνωση όλων των εμπλεκόμενων (αίθουσα γαστροσκόπησης, ακτινοσκόπησης, χειρουργείο), ώστε η επόμενη νοσηλεία για την τελική τοποθέτηση να είναι σύντομη και αποτελεσματική. Δρα, επίσης, θετικά στην ψυχολογία του ασθενούς και της οικογένειας γιατί γνωρίζουν το αποτέλεσμα που θα έχει η χρήση του DUODOPA και έχουν χρόνο να προετοιμαστούν ανάλογα.

Η αντλία DUODOPA όπως και η εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση (Deep Brain Stimulation – DBS) είναι αξιόπιστες μέθοδοι αντιμετώπισης της νόσου του Πάρκινσον και πρέπει να εφαρμόζονται την κατάλληλη χρονική στιγμή, από εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα και σε επιλεγμένους ασθενείς, ώστε να αποφεύγονται επιπλοκές (πτώσεις, κάταγματα, δυσκινησία, κλινισατισμός) και να επιτυγχάνεται η ανεξαρτητοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Προληπτικές Καλύψεις Οπών Σχισμών: Πολυτέλεια ή αναγκαιότητα;

Για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα εχθρός της στοματικής υγείας και συνεπώς της συστηματικής, ήταν και είναι η νόσος τερηδόνα. Μετά το κοινό κρυολόγημα είναι η πιο συχνή νόσος στην ανθρωπότητα. Η τερηδόνα είναι μια χρόνια, μολυσματική, πολυπαραγοντική ασθένεια που καταστρέφει τις οδοντικές επιφάνειες.

Επιμέλεια: Υπογός (ΥΟ) **Κατερίνα Κολεβέντη**
ΓΕΑ/ΔΥΓ

Τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των κλινικών οδοντιάτρων αλλά και των ερευνητών έχει κερδίσει η πτωτική τάση στη βαρύτητα και τον επιπολασμό της νόσου κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Υπεύθυνη για το εντυπωσιακό γεγονός θεωρείται η ευρεία χρήση φθοριούχων σκευασμάτων, που φτάνουν στους παιδικούς πληθυσμούς τοπικά (με εμπορικά οικιακά σκευάσματα οδοντόκρεμα, φθοριούχα διαλύματα, με φθορίωση στο οδοντιατρείο, με χρήση οδοντοστοιχίας) και συστηματικά (με φθορίωση μαγειρικού άλατος, πόσιμο νερό, γάλακτος αλλά και με καθημερινή χορήγηση τροχίσκων φθορίου ως συμπλήρωμα της διαίτας). Αν και τα επίπεδα της τερηδόνας έχουν μειωθεί αρκετά λοιπόν, δε συμβαίνει το ίδιο και για τα επίπεδα κατανάλωσης ζάχαρης. Είναι αρκετά ενθαρρυντικό παρόλα αυτά ότι αρκετές μελέτες συμφωνούν πως η αδαμαντίνη αντιστέκεται στην τερηδόνα μέχρι και σε 6 «τερηδονικές προσβολές» ημερησίως αρκεί να γίνεται σωστό βούρτσισμα με φθοριούχο οδοντόκρεμα 2 φορές την ημέρα.

Οι περισσότεροι μικροί ασθενείς, όμως, δεν έχουν εκπαιδευτεί σε σωστές συνθήκες στοματικής υγείας, είναι απρόθυμοι, ακόμη και όσοι προσπαθούν να είναι τυπικοί λόγω αδεξιότητας δεν καθαρίζουν αποτελεσματικά τις οπές και τις σχισμές στη μασητική επιφάνεια των πίσω δοντιών που συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά τερηδόνας.



Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα πρώτα μόνιμα δόντια αρχίζουν να φύονται όταν είμαστε 6 ετών η ανάγκη για προληπτική οδοντιατρική είναι έντονη. Οι προληπτικές καλύψεις οπών και σχισμών είναι σήμερα ένα πολύ σημαντικό βέλος στη φαρέτρα του παιδοδοντιάτρου-οδοντιάτρου. Είναι μια ασφαλής, αποτελεσματική και οικονομική μέθοδος πρόληψης της τερηδόνας και εφαρμόζεται από τη δεκαετία του 1970.

Οι προληπτικές καλύψεις οπών και σχισμών αφορούν κυρίως στα μόνιμα δόντια, τους μόνιμους γομφίους και δευτερευόντως τους προγόμφιους, νεογιλούς γομφίους, τις βαθιές υπερώτες αύλακες πίσω από τους πρόσθιους άνω τομείς. Για την επικάλυψη των δοντιών χρησιμοποιείται υγρή ρητίνη (βερνίκι) έγχρωμη, λευκή ή διάφανη.

Με αυτόν τον τρόπο, οι βαθιές αυτές αύλακες στα δόντια πληρώνονται και δεν κατακρατούν τα βλαβερά κολλώδη υπολείμματα των τροφών που εξελίσσονται σε τερηδόνα.

Η τεχνική είναι απλή

Χρειάζεται στεγνή και καθαρή οδοντική επιφάνεια, επάλειψη με ορθοφωσφορικό οξύ για 30 δευτερόλεπτα (γαλάζιο ζελέ), καθαρισμός ξέπλυμα, τοποθέτηση και φωτοπολυμερισμός για 40 δευτερόλεπτα της υγρής ρητίνης εμπλουτισμένης με φθόριο (sealant) πάνω στις αύλακες και τις οπές. Υστερα γίνεται έλεγχος για την προσκολλητικότητα της προληπτικής κάλυψης και ανανέωση του ραντεβού για το επόμενο εξάμηνο για την καθιερωμένη φθορίωση και τον έλεγχο σε όλες τις καλύψεις γιατί δυστυχώς μπορεί να αποκολληθούν και να χρειαστεί επανάληψη ή να αποικιστούν με μικρόβια τα όρια της κάλυψης.



Μαζικές Απώλειες Υγείας και Διαχείριση

Ορισμός και παραδείγματα

Ως μαζικές απώλειες υγείας (MAY) ορίζονται εκείνα τα γεγονότα τα οποία παράγουν έναν όγκο ασθενών ικανών να διαταράξουν την κανονική πορεία του συστήματος επείγουσας παροχής υγείας και του γενικότερου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (ΡΑΗΟ/WHO 2001).

Επιμέλεια: Υπογός (ΥΝ) **Μαρία Σησιού**
Νοσηλεύτρια ΤΕΠ 251 ΓΝΑ

Ετσι, για μια δεδομένη χρονική στιγμή, παράγονται περισσότεροι ασθενείς από όσους στο ίδιο χρονικό διάστημα, το τοπικό σύστημα υγείας μπορεί να διαχειριστεί. Αντικειμενικός σκοπός όταν μιλάμε για μαζικές απώλειες υγείας είναι να κατανοήσουμε τη νέα εξίσωση-πραγματικότητα που δημιουργείται δευτερόλεπτα μετά την εμφάνισή τους (Σχήμα 1), καθώς και την αναγκαιότητα σχεδιασμού ενός συστήματος επείγουσας διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων, έτσι ώστε να μπορούμε να ανταποκριθούμε αποτελεσματικά σε όλους τους τύπους μαζικών απωλειών υγείας.



Σχήμα 1.

Παραδείγματα

Οι μαζικές απώλειες υγείας καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα περιστατικών διαβαθμισμένης σοβαρότητας. Η σύγκρουση ενός λεωφορείου σε μια μικρή επαρχιακή πόλη στην οποία υπάρχει ένα Κέντρο Υγείας με 10 τραυματισμένους επιζώντες ανταποκρίνεται στον παραπάνω ορισμό. Στον παραπάνω ορισμό εντάσσεται και μια μεγάλη φυσική καταστροφή, όπως ένας δυνατός σεισμός σε μια πυκνοκατοικημένη περιοχή. Και τα δύο παραδείγματα, αν και τόσο διαφορετικά μεταξύ τους, συνοδεύονται από σημαντική επιβάρυνση του υγειονομικού συστήματος, σε τοπικό (Παράδειγμα 1) και εθνικό επίπεδο (Παράδειγμα 2). Μαζικές απώλειες υγείας που προκαλούνται από βιολογικούς παράγοντες ή είναι αποτέλεσμα τρομοκρατικής επίθεσης απαιτούν παρόμοια ιδιαίτερη διαχειριστική ικανότητα.

Αίτια MAY

Οι μαζικές απώλειες υγείας μπορεί να προκληθούν από γεγονότα διάφορων μορφών (Εικόνες 1, 2, 3). Τα μέσα μαζικής μεταφοράς (αεροπλάνα, πλοία, εθνικοί οδοί) ενοχοποιούνται για πολλά τέτοια περιστατικά. Το ίδιο και τα βιομηχανικά ατυχήματα (φωτιές σε βιομηχανικές μονάδες, διαρροές χημικών ουσιών), πυρκαγιές και καταρρεύσεις κτηρίων. Μαζικές δηλητηριάσεις από εστιατόρια και συστήματα υδροδότησης καθώς και επιδημίες ασθενειών, μπορούν πολύ γρήγορα να ξεπεράσουν την ικανότητα του υγειονομικού συστήματος να τις ελέγξει και να τις θεραπεύσει.

Επιδημιολογία

Πιο ζωντανά στη φαντασία του κοινού έρχονται οι φυσικές καταστροφές, γεγονότα που θέτουν σε κίνδυνο πληθυσμούς και περιβάλλον (σεισμοί, πλημμύρες, τυφώνες). Από το 1900, ο αριθμός των φυσικών καταστροφών έχει αυξηθεί παράλληλα με τον αριθμό των αν-



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.



Εικόνα 3.

θρώπων που επηρεάζουν. Κατά το διάστημα 1970-1980, αποτελούσαν το 16,5% των καταστροφών και σχετιζόνταν με το 4,3% των συσχετιζόμενων θανάτων. Τη δεκαετία του 1990-2000 τα ποσοστά ανήλθαν αντίστοιχα στο 42% και 9,5%. Σύμφωνα με δεδομένα από την παγκόσμια τράπεζα δεδομένων για της καταστροφές, το 2008 σε 354 φυσικές καταστροφές που εκδηλώθηκαν παγκοσμίως, οι οφειλόμενοι θάνατοι ανήλθαν στις 235.000 (EM-DAT 2010).

Διαχείριση MAY

Προκειμένου τα περιστατικά μαζικών απωλειών να μην οδηγήσουν σε κατάρρευση του υγειονομικού συστήματος, είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός διαχειριστικού συστήματος έκτακτων αναγκών. Διαχείριση μαζικών απωλειών ονομάζεται ένα διαχειριστικό σύστημα συντονισμού διαφορετικών κλάδων μεταξύ τους, με λειτουργίες που εκτελούνται από **ικανό προσωπικό** και έχουν ως βάση τις λειτουργίες **ρουτίνας** του κάθε κλάδου ξεχωριστά. Θεμελιώδης βάση για τη διαχείριση των μαζικών απωλειών υγείας είναι το υγειονομικό σύστημα

με τις υπάρχουσες δομές διαχείρισης απωλειών. Η αλυσίδα διαχείρισης MAY φαίνεται στο Σχήμα 2.

Η διαχείριση των περιστατικών MAY ξεκινά από το σημείο του συμβάντος όπου γίνεται η αρχική διαλογή, κυρίως με τη χρήση του συστήματος START (Start Triage And Rapid Treatment), ένα σύστημα διαλογής εύκολο στη διδασκαλία επειδή δεν απαιτεί ιδιαίτερη εξειδίκευση, γρήγορο και αποτελεσματικό στην πράξη. Βασίζεται σε 4 διαφορετικές χρωματικές κατηγορίες (Εικόνα 4).

Χρωματικές κατηγορίες

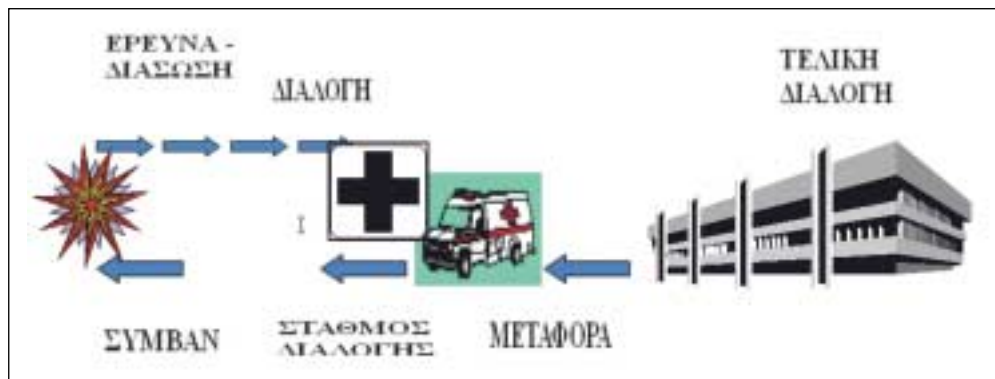
Κόκκινη: Ο ασθενής έχει δυνητικά θεραπεύσιμο πρόβλημα που απειλεί τη ζωή του.

Κίτρινη: Ο ασθενής έχει δυνητικά θεραπεύσιμο σοβαρό πρόβλημα που μπορεί να περιμένει για λίγο χρόνο.

Πράσινη: Ο ασθενής έχει ελαφρύ πρόβλημα που μπορεί να περιμένει για αρκετό χρόνο.

Μαύρο: Ο ασθενής είναι νεκρός ή οι κακώσεις του δεν είναι συμβατές με επιβίωση.

Η τελική εικόνα ενός σταθμού διαλογής, φαίνεται στην Εικόνα 5. Το όλο και αυξανόμενο, παγκοσμίως,



Σχήμα 2.

ποσοστό των απωλειών υγείας οδήγησε τον Μάιο του 2007 τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην έκδοση οδηγιών προς τα Κράτη-Μέλη για τη δημιουργία και την ενίσχυση ενός σχεδίου διαχείρισης μαζικών απωλειών υγείας, τριών επιπέδων.

Επίπεδα διαχείρισης MAY

1. Ο Ρόλος ενός συντονιστή

Η εθνική κυβέρνηση είναι η απόλυτη αρχή σε ένα διαχειριστικό σύστημα επείγουσας αντιμετώπισης μαζικών απωλειών υγείας ως μέρος της υπευθυνότητας να εξασφαλίζει την ασφάλεια των πολιτών της. Το Υπουργείο Υγείας πρέπει να κατέχει ηγετικό ρόλο στον εθνικό σχεδιασμό διαχείρισης επειγουσών καταστάσεων που συνοδεύονται από μαζικές απώλειες υγείας λόγω της φύσης του και του ρόλου του στο να θέτει τα στάνταρ, τους κανόνες σε θέματα υγείας. Για παράδειγμα το Υπουργείο Υγείας θέτει τα στάνταρ που αφορούν στον εξοπλισμό των ασθενοφόρων, στην εκπαίδευση του πληρώματος και στον αριθμό των ασθενοφόρων/πληθυσμό, βοηθάει και επιβλέπει την ανάπτυξη σχεδίων αντιμετώπισης μαζικών απωλειών υγείας από υγειονομικούς σχηματισμούς, δημιουργεί εκπαιδευτικά προγράμματα, προετοιμάζει ασκήσεις. Επιπρόσθετα, πρέπει να δημιουργηθούν μόνιμες δομές υπεύθυνες για όλες τις ενέργειες του υπουργείου που αφορούν στον σχεδιασμό πλάνου μαζικών απωλειών υγείας. Συνιστάται η δημιουργία μιας επιτροπής υπεύθυνης για την επείγουσα προετοιμασία και αντίδραση που θα αποτελείται από ειδικούς σε κάθε πεδίο αντίδρασης. Σε περιπτώσεις μαζικών απωλειών υγείας αναλαμβάνει τον ρόλο του συντονιστή, την επικοινωνία με άλλες υπηρεσίες (αστυνομία, στρατός, πυροσβεστικό σώμα, πολιτική προστασία, μη κυβερνητικές οργανώσεις) και αναλαμβάνει την επικοινωνία για παροχή διεθνούς βοήθειας αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Επιπλέον, μεριμνά για την ύπαρξη νομοθεσίας που θα καλύπτει όλο το καταρτισμένο σχέδιο μαζικών απωλειών.

Στο Υπουργείο Υγείας, υπάρχει το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας που έχει την ευθύνη της αντιμετώπισης μαζικών απωλειών υγείας μετά από ατυχήματα και Πυρηνικά – Βιολογικά – Χημικά (ΠΒΧ) συμβάντα. Έχει καταρτίσει ειδικά σχέδια δράσης με κωδικοποιημένες ονομασίες π.χ. ΦΙΛΟΚΤΗΤΗΣ (ΠΒΧ), ΑΡΤΕΜΙΣ (πανδημίες), ΠΕΡΣΕΑΣ (ετοιμότητα νοσοκομειακών μονάδων), ΣΩΣΤΡΑΤΟΣ (σεισμοί).

2. Διαχείριση σε επίπεδο κοινότητας

Όποιο και να είναι το μέγεθος σε ένα περιστατικό μαζικών απωλειών υγείας η πρώτη αντίδραση έρχεται από μέλη της τοπικής κοινωνίας που δεν ανήκουν στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας. Η διανομή βασικών γνώσεων στα μέλη της κοινότητας, όπως το ποιον να ενημερώσουν σε περίπτωση MAY, βελτιώνει την ταχύτητα αντίδρασης, γεγονός που μπορεί να μεταφραστεί σε περισσότερες ζωές. Το ποσοστό των απωλειών μπορεί να μειωθεί αυξάνοντας στην κοινότητα τις δεξιότητες

έρευνας/διάσωσης και παροχής πρώτων βοηθειών μέσω σεμιναρίων για το γενικό κοινό και ειδικά σε υπηρεσίες, όπως η αστυνομία, πυροσβεστική και το λιμενικό. Ένα θετικό βήμα προς την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε περιπτώσεις MAY είναι και η αλλαγή της νοοτροπίας ότι οι MAY είναι ευθύνη κάποιου άλλου.

Μεγάλης έκτασης MAY έχουν ως αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό νεκρών, απώλειες που ξεπερνούν τη δυνατότητα των αρχών για ενταφιασμό με τα συνήθη στάβια. Η παράμετρος αυτή πρέπει να συμπεριληφθεί σε ένα σχέδιο MAY και να υπάρξει συνεργασία μεταξύ των αρχών επείγουσας διαχείρισης, των θρησκευτικών και ιατροδικαστικών αρχών. Οι κοινωνίες που έχουν χάσει πολλούς αγαπημένους έχουν την ικανότητα να αντιδρούν καλύτερα κατά τη διάρκεια μιας καταστροφής αλλά και την περίοδο μετά από αυτή όταν έχουν εμπιστοσύνη στις αρχές ότι θα τους επιστραφούν οι σοροί για την ταφή σύμφωνα με τις θρησκευτικές και οικογενειακές τους παραδόσεις. Άλλα θέματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι οι πολιτικές και οι διαδικασίες για μείωση της έκθεσης των σορών, του σεβασμού των θρησκευτικών και πολιτισμικών παραδόσεων και η υποστήριξη του περιβάλλοντος των συγγενών των απολεσθέντων.

Σημαντικό κομμάτι στον τομέα της διαχείρισης των MAY είναι οι επικοινωνίες σε όλα τα επίπεδα:

- ομάδες διάσωσης με τα κέντρα επιχειρήσεων
- μεταξύ υπηρεσιών και δικτύου παροχής υγειονομικής περίθαλψης
- με την κοινότητα
- με τα ΜΜΕ.

Είναι σημαντικό να αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια των MAY ένα σύστημα ροής πληροφοριών προς την κοινότητα για το πώς θα έχουν πρόσβαση στα νοσοκομεία θύματα και περιστατικά ρουτίνας καθώς και ενημέρωση για αυτοφροντίδα. Ιδανικές σε αυτές τις περιπτώσεις είναι 24ωρες γραμμές επικοινωνίας με το κοινό και παροχής πληροφοριών από επαγγελματίες υγείας. Ειδική μέριμνα πρέπει να ληφθεί για ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες (μειονότητες, φτωχοί, απομονωμένοι).

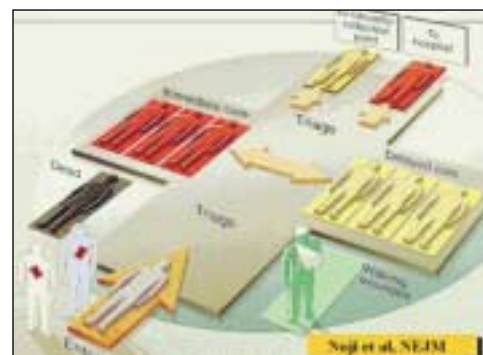
3. Διαχείριση σε επίπεδο νοσοκομείου

Οι καλά προετοιμασμένες μονάδες παροχής νοσηλευτικής φροντίδας (κλινικές, νοσοκομεία), με προσωπικό εκπαιδευμένο μέσω εξομοιώσεων και ασκήσεων, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στην αποτελεσματική διαχείριση των μαζικών απωλειών υγείας. Το στοιχείο της διαχείρισης σε επίπεδο νοσοκομείου είναι το φαινόμενο της υπερπλήρωσης, δηλ. της ξαφνικής άφιξης ατόμων που επιζητούν ιατρική βοήθεια σε αριθμούς πολύ μεγαλύτερους της δυνατότητας υποστήριξης. Η υπερπλήρωση σε περιπτώσεις MAY ορίζεται ως μια κατάσταση κατά την οποία απαιτείται επιπλέον παραγωγική ικανότητα (σε προσωπικό, εξοπλισμό, παροχές) και δεξιότητες (σε εξειδικευμένους ειδικούς).

Από τα παραπάνω προκύπτει η αναγκαιότητα ύπαρξης ενός σχεδίου στο οποίο πρέπει να προχωρήσει



Εικόνα 4.



Εικόνα 5.

κάθε υγειονομικός σχηματισμός στον οποίο θα αναφέρονται οι ρόλοι και οι υπευθυνότητες όλων των τομέων του νοσοκομείου κάτω από το πρίσμα μιας ολιστικής αντιμετώπισης της υγείας. Σε κάποιες περιπτώσεις οι MAY μπορεί να συνοδεύονται με καταστροφές στον ίδιο τον υγειονομικό σχηματισμό, οπότε ένα σχεδιαστικό πλάνο απαιτεί τη συνεργασία με άλλους φορείς πέραν του σχηματισμού. Σημαντική είναι και η ύπαρξη ενός προσχεδιασμένου δικτύου συνεργασίας του κάθε υγειονομικού σχηματισμού με άλλους για την αντιμετώπιση του φαινομένου της υπερπλήρωσης κατά τη διάρκεια των MAY. Επίσημες σχεδιαστικές οδηγίες έχουν εκδοθεί από τον ΠΟΥ για την αντιμετώπιση πανδημιών (2006) και γενικότερα για την αντιμετώπιση μαζικών απωλειών υγείας (2001).

Σε πολύ εκτεταμένες απώλειες που αγγίζουν το εθνικό επίπεδο, ως χώροι περίθαλψης μπορούν να χρησιμοποιηθούν κτήρια, όπως σχολεία ή δημόσια κτήρια καθώς και να στηθούν κινητές νοσοκομειακές μονάδες.

Επιπλέον, κάθε υγειονομικός σχηματισμός πρέπει να οχυρώσει τη δική του ικανότητα να ανταπεξέρχεται σε MAY μέσω ενός προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό. Πέρα από τις κλινικές δεξιότητες που πρέπει να ενισχυθούν, σημαντικός στόχος είναι και η διατήρηση της ακεραιότητας του οργανισμού ενάντια στον πανικό που ενδεχομένως θα δημιουργηθεί όταν ένα περιστατικό MAY προκύψει. Η ετοιμότητα δοκιμάζεται με εξομοιώσεις και ασκήσεις και πρέπει να περιλαμβάνεται στο σχέδιο εκπαίδευσης του οργανισμού.

Συμπερασματικά, μπορούμε με βεβαιότητα να τονίσουμε ότι η πολυπλοκότητα και το μέγεθος μιας καταστροφής με μαζικές απώλειες υγείας, απαιτεί την πλήρη και ομαλή συνεργασία όλων των συμμετεχόντων στην αλυσίδα διαχείρισης και προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να αποσκοπεί κάθε εξομοιωτική άσκηση ευρείας κλίμακας που λαμβάνει μέρος.

20ό Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο

Στις 24 και 25 Φεβρουαρίου 2011, στο αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ, πραγματοποιήθηκε το 20ό Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο του Νοσοκομείου. Το ετήσιο Πολυθεματικό Συμπόσιο αποτελεί την κορυφαία επιστημονική εκδήλωση του Νοσοκομείου μας ενώ με την πάροδο των ετών έχει γίνει πλέον ένας επιτυχημένος θεσμός που συμβάλλει καίρια στην ενημέρωση αλλά και την καλλιέργεια της συνεργασίας μεταξύ διάφορων τομέων και ειδικοτήτων της ιατρικής, οδοντιατρικής, φαρμακευτικής και νοσηλευτικής επιστήμης.

Σημαντικό στοιχείο του επιστημονικού προγράμματος ήταν η παρουσίαση πρωτότυπων εργασιών, ενώ καινοτομία επίσης του 20ού Πολυθεματικού Συμποσίου αποτέλεσε η πρόσκληση υγειονομικού προσωπικού εκτός 251 ΓΝΑ για

συμμετοχή με ομιλίες. Κατά τη διάρκεια του Συμποσίου παρουσιάστηκαν συνολικά πέντε στρογγυλές τράπεζες, δώδεκα προφορικές διαλέξεις και είκοσι πέντε αναρτημένες ανακοινώσεις.

Η κήρυξη των εργασιών του Συμποσίου πραγματοποιήθηκε από τον Αρχηγό ΓΕΑ Απτχο (Ι) κ. Ιωάννη Κλόκοζα. Επίσημος προσκεκλημένος ομιλητής ήταν ο Καθηγητής Στέφανος Γερούλανος, τ. Διευθυντής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του «ΩΝΑΣΕΙΟΥ» Καρδιοχειρουργικού Κέντρου. Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συμποσίου ήταν ο Σμχος (ΥΙ) Δημήτριος Χατζηγεωργίου, Διευθυντής Παθολογικού Τομέα 251 ΓΝΑ. Το Συμπόσιο παρακολούθησαν συνολικά 601 άτομα, 271 από το 251 ΓΝΑ και 330 εκτός του χώρου του νοσοκομείου.



Ο Α/ΓΕΑ Απτχος (Ι) Ι. Κλόκοζας κατά την είσοδό του στο 251 ΓΝΑ για να κηρύξει την έναρξη των εργασιών του Συμποσίου. Ο Α/ΓΕΑ συνοδεύεται από τον Υπτχο (ΥΙ) Σ. Καβασσάλη (ΔΥΓ/ΓΕΑ), τον Υπτχο (ΥΙ) Σ. Φουρλεμάδη (Πρόεδρο ΑΑΥΕ), τον Ταξχο (ΥΙ) Χ. Γρηγορέα (Δκτς 251 ΓΝΑ), τον Ταξχο (ΥΙ) Γ. Κατσάνη (Υπόδκτς 251 ΓΝΑ) και τη Σμχο (ΥΝ) Κ. Πασχαλίδου (Δντρια ΝΤ 251 ΓΝΑ).



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



Ο Απτχος (Ι) ε.α. Περικλής Οικονόμου, Επίτιμος Α/ΓΕΑ, κατά την ομιλία του για τον αείμνηστο Ταξχο (ΥΙ) ε.α. Παναγιώτη Συμεωνίδη.



Ο Καθηγητής Χειρουργικής Στέφανος Γερούλανος.



Ο Δκτς του 251 ΓΝΑ (ΥΙ) Χρήστος Γρηγορέας απονέμει αναμνηστική πλακέτα στον Ταξχο (ΥΙ) ε.α. Γεώργιο Παπαδημητρίου, επίκουρο καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών.



Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συμποσίου Σμχος (ΥΙ) Δημήτριος Χατζηγεωργίου απονέμει το βραβείο καλύτερης ομιλίας στη Σγό (ΥΝ) Παρασκευή Νέλλα.