



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΗΜΗΡΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 57 / Μάρτιος - Απρίλιος 2012

ISSN: 1109-6403

Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

«Κάθε μέρα είναι διαφορετική, δεν ξέρω αν η ασθένεια μου θα είναι σε έξαρση. Πάντα πιστεύω πως η αρθρίτιδα είναι υπόθεση των ηλικιωμένων, αλλά ανησυχώ όλο και περισσότερο για τον κίνδυνο μόνιμης αναπηρίας».

Αννα, 47 ετών.

Τι είναι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα: Μια χρόνια αυτοάνοση πάθηση, με κύριο χαρακτηριστικό την προσβολή περιφερικών αρθρώσεων. Προσβάλλονται συχνότερα οι μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών, συμμετρικά, προκαλώντας παραμορφώσεις και μείωση της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών.

Επιδημιολογία: Η νόσος πλήττει περίπου το 1% του πληθυσμού, προσβάλλει όλες τις ηλικίες, αλλά είναι συχνότερη σε γυναίκες 30-50 ετών. Οι γυναίκες προσβάλλονται 2-3 φορές συχνότερα από τους άνδρες. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι πάσχουν 70.000-100.000 ενήλικες, ενώ το 50% των ασθενών οδηγείται σε πρόωρη σύνταξη αναπηρίας, 10 έτη μετά την έναρξη της νόσου.

Σημεία και συμπτώματα: Η ασθένεια μπορεί να έχει διάφορες μορφές. Αρχικά προσβάλλει, συνήθως, συμμετρικά τις μικρές αρθρώσεις των άκρων, με πόνο, διόγκωση, θερμότητα των αρθρώσεων, ερυθρότητα (σπανιότερα) και πρωινή δυσκαμψία. Η εμφάνιση της αρθρίτιδας στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνει προοδευτικά, σε διάστημα εβδομάδων ή λίγων μηνών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και απότομα, σε διάστημα λίγων ημερών. Η νόσος εμφανίζεται τυπικά ως πολυαρθρίτιδα (προσβάλλει 5 ή περισσότερες αρθρώσεις), αλλά μπορεί να ξεκινήσει και ως ολιγοαρθρίτιδα (προσβολή 2-4 αρθρώσεων), ή πιο σπάνια ως μονοαρθρίτιδα (προσβολή 1 άρθρωσης). Μπορεί να υπάρχουν και εξωαρθρικές εκδηλώσεις, όπως κόπωση, δεκατική πυρετική κίνηση, λεμφαδενοπάθεια, οζίδια κάτω από το δέρμα, σύνδρομο παγίδευσης νεύρων (πχ σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα), πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, προσβολή πνευμόνων με τη μορφή διάμεσης πνευμονοπάθειας και αυχενική μυελοπάθεια σε βαρύτερες μορφές της νόσου μετά από κάποια χρόνια.

Εγκαιρή διάγνωση: Αν και υπάρχουν εξετάσεις που βοηθούν, η διάγνωση στην αρχή γίνεται κλινικά. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να διαπιστώσουμε αναμία, αυξημένους δείκτες φλεγμονής, όπως της CRP, παρουσία του ρευματοειδούς παράγοντα και ειδικών ανοσολογικών εξετάσεων, όπως τα αντισώματα anti-CCP.

Πρόγνωση: Η πρόγνωση της νόσου χωρίς αποτελεσματική θεραπεία δεν είναι καλή. Χωρίς αγωγή στις περισσότερες περιπτώσεις, η νόσος εξελίσσεται προοδευτικά είτε με τη μορφή εξάρσεων και υφέσεων είτε με συνεχόμενη παρουσία της φλεγμονής στις προσβεβλημένες αρθρώσεις, προκαλώντας μόνιμες βλάβες των αρθρώσεων και αναπηρία. Σε ένα μικρό ποσοστό μπορεί να εμφανιστεί μόνο μια αρχική έξαρση και στη συνέχεια μακροχρόνια ύφεση. Η μακροχρόνια πορεία της νόσου, εκτός από την κακή ποιότητα ζωής και τη σταδιακή επιδείνωση της λειτουργικής ικανότητας, μειώνει και το προσδόκιμο επιβίωσης, κυρίως λόγω καρδιαγγειακών επεισοδίων. Έχει δείχθει ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις ισοδύναμο με τον σακχαρώδη διαβήτη.

Θεραπεία: Η θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι μακροχρόνια, πρέπει να είναι συστηματική και γι' αυτό, η έγκαιρη διάγνωση, η ενημέρωση και η συνεργασία του ασθενούς είναι πρωταρχικής σημασίας. Η εντατική και επιθετική θεραπεία προλαμβάνει και περιορίζει σε μεγάλο βαθμό την καταστροφή των αρθρώσεων και διατηρεί τη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. Στόχος της θεραπείας είναι η ύφεση της νόσου, ή, αν αυτή δεν είναι εφικτή, η επίτευξη χαμηλής δραστηριότητας της νόσου. Οι στόχοι αυτοί είναι εφικτοί για τους περισσότερους ασθενείς, με τα διαθέσιμα σήμερα φάρμακα, χρειάζεται όμως τακτική παρακολούθηση και προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής στις ανάγκες του κάθε ασθενούς.

Η θεραπεία συνίσταται κυρίως σε χορήγηση γλυκο-κορτικοειδών, τροποποιητικών της νόσου φαρμάκων (όπως μεθοτρεξάτης, λεφλουνομίδης, κυκλοσπορίνης, υδροξυχλωροκίνης, σουλφασαλαζίνης), καθώς και των νεότερων βιολογικών παραγόντων χορηγούμενων υποδορίως ή ενδοφλεβίως, οι οποίοι αδρανικοποιώντας ουσίες ή κύτταρα που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φλεγμονή, έχουν προσφέρει πολύ σημαντικά μέσα στην αντιμετώπιση της νόσου. Η χρήση τους συνιστάται κατόπιν παρακολούθησης από ειδικό ρευματολόγο. Για την ανακούφιση από τον πόνο χρησιμοποιούνται επίσης μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα οποία όμως δεν αναστέλλουν την πορεία της νόσου.

Σημαντικό είναι, επίσης, να ακολουθεί ο ασθενής ένα τρόπο ζωής με ισορροπία ανάμεσα σε άσκηση και ανάπαυση, αντίστοιχα με τις εξάρσεις και τις υφέσεις της νόσου. Εξίσου σημαντικά είναι η διακοπή του καπνίσματος, καθώς και η αντιμετώπιση των επιπτώσεων στον ψυχισμό των ασθενών.

Επιμέλεια

Υπόγος (ΥΙ) **Αναστασία Κλάγκου**

Ειδικευόμενη Ιατρός 251 ΓΝΑ

ΧΡΙΣΤΟΣ ΑΝΕΣΤΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΛΛΑ



περιεχόμενα

Θέμα: – Επίδραση του Οξειδίου του Αζώτου στο Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων: Κριτική Ανασκόπηση σελ. 2	– Υπνος και Καρκίνος σελ. 6
– Η Σοκολάτα και οι Ευεργετικές της Επιδράσεις σελ. 4	– Η Ελλειψη Υπνου Οδηγεί στην Παχυσαρκία σελ. 7
– Νοσηλεία και Προσωπικότητα Ασθενούς: Μια Ψυχολογική Προσέγγιση..... σελ. 5	εκδηλώσεις: – Διημερίδα Ογκολογίας σελ. 7
	– 21ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο
	– 3η Ημερίδα Απεικόνισης Μυοσκελετικού..... 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

Επίδραση του Οξειδίου του Αζώτου στο Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων: Κριτική Ανασκόπηση

Εισαγωγή

Τα τελευταία 30 χρόνια ένας μεγάλος αριθμός μελετών και ερευνητικών προγραμμάτων έχουν λάβει χώρα στον διεθνή επιστημονικό χώρο σε μια προσπάθεια να ερευνηθεί τόσο η φύση της παθοφυσιολογίας του συνδρόμου της Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων (ARDS), όσο και οι εναλλακτικές των δυνατοτήτων θεραπείας με σκοπό τη μείωση των ποσοστών θνητότητας και θνησιμότητας. Η βαρύτητα της νόσου, η αβεβαιότητα της κλινικής έκβασης και η εντατικοποίηση των προσπαθειών, τόσο των θεραπειών όσο και των ερευνητών, εντόπισαν την αναποτε-

Επιμέλεια: Σγός(ΥΝ) **Μαρία Πρα**

MSc Εντατικής και Επείγουσας Νοσηλευτικής
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, 251 ΓΝΑ

λεσματικότητα παλιότερων στρατηγικών αντιμετώπισης. Ως εκ τούτου έφεραν στο προσκήνιο αλλαγές στον μηχανικό αερισμό, την καταστολή, τη σίτιση και τη φαρμακευτική υποστήριξη των ασθενών που πάσχουν από ARDS.

Το ARDS περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1967 με αρχικά έντονη δυσκολία στον διαγνωστικό ορισμό των κριτηρίων του. Το 1997, όμως, τα μέλη της Αμερικανο-Ευρωπαϊκής Συνδιάσκεψης Ομοφωνίας για το ARDS πρότειναν τα διαγνωστικά κριτήρια για τον Οξύ Τραυματισμό του Πνεύμονα (ALI) και το Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας των Ενηλίκων. Εκτοτε το ARDS περιγράφεται από: τον λόγο της ιστικής οξυγόνωσης $FI_{O_2}/PaO_2 < 200$, τις αμφιτερόπλευρες διάχυτες διηθήσεις στην ακτινογραφία θώρακα και τη μέτρηση της πίεσης ενσφήνωσης πνευμονικών τριχοειδών $PCWP < 18$. Τα αίτια του ARDS είναι πολλά και αντιστρέψιμα. Χαρακτηρίζονται από άμεση προσβολή του πνευμονικού παρεγχύματος και πιο συγκεκριμένα της τριχοειδοκυψελιδικής μεμβράνης σε καταστάσεις, όπως εισρόφηση, λοίμωξη αναπνευστικού, παρ' ολίγον πνιγμός, θωρακικό τραύμα και εισπνοή τοξικών ουσιών. Παρατηρείται, όμως, και η έμμεση προσβολή, όπως συμβαίνει στη σήψη, στο έγκαυμα, στις πολλαπλές μεταγγίσεις, στην αορτοστεφανιαία παράκαμψη, την παγκρεατίτιδα και τη λιπώδη εμβολή.

Η παθοφυσιολογία του ARDS χαρακτηρίζεται από τον συνδυασμό της κλινικής εικόνας (βαριά μορφή υποξίας ανθεκτική στη χορήγηση οξυγόνου, ταχύπνοια και δύσπνοια), της απελευθέρωσης διαβιβαστών καθώς και παθολογικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στον πνεύμονα (πνευμονική υπέρταση, μικροαγγειακή διαπερατότητα και καταστροφή του πνευμονικού ενδοθηλίου). Ως αποτέλεσμα έχουμε καταστροφή της τριχοειδοκυψελιδικής μεμβράνης, αύξηση της διαπερατότητάς της και



εισροή πλούσιου σε πρωτεΐνες υγρού από τον αγγειακό στον διάμεσο και κυψελιδικό χώρο. Η κατάληξη είναι η δημιουργία οιδήματος, η προοδευτική σύγκλιση των κυψελίδων και η εν κατακλείδι διαταραχή του αερισμού και της αιμάτωσης. Οι παθολογικές αυτές αλλαγές έχουν άμεση επίδραση στα πνευμονικά τριχοειδή και στην ανταλλαγή των αερίων διαταράσσοντας τη διάχυση του οξυγόνου και μειώνοντας τα επίπεδα του CO_2 . Ως αποτέλεσμα παρατηρείται η ελάττωση του αερισμού λόγω του περιορισμού της ενδοτικότητας των πνευμόνων και της αύξησης των αντιστάσεων των αεραγωγών. Η αλληλουχία των παθολογικών γεγονότων ξεκινά με αρχόμενο πνευμονικό οίδημα στα αρχικά στάδια που προοδευτικά εξελίσσεται σε φλεγμονή, ίνωση και αδυναμία αποκατάστασης στο τελικό στάδιο.

Το οξείδιο του αζώτου (NO) είναι ένα αέριο άχρωμο, άοσμο και ελαφρά υδατοδιαλυτό το οποίο ως μόριο συντίθεται σε μικρές ποσότητες πρακτικά από όλα τα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού με τη δράση ενζύμων. Αποτελεί σημαντικό χημικό διαβιβαστή για τη διατήρηση επαρκούς ιστικής οξυγόνωσης και αποτελεσματικής καρδιαγγειακής λειτουργίας. Είναι δηλ. ένας μείζων ενδογενής ρυθμιστής του αγγειακού τόνου. Το 1987, το NO ταυτίστηκε με τον παράγοντα που παράγεται από το ενδοθήλιο και προκαλεί χάλαση των λείων μυϊκών ινών. Σήμερα, φαίνεται ότι αποτελεί το επίκεντρο εντατικής κλινικής και βασικής έρευνας επειδή είναι ένας σημαντικός μεσολαβητής της φλεγμονής και νευρομεταβιβαστής αγγειοφόρος με αγγειοδραστικές ιδιότητες.

Ως εισπνεόμενο αέριο το NO προκαλεί εκλεκτική αγγειοδιαστολή στην πνευμονική κυκλοφορία, ενώ σημαντική συστηματική αγγειοδιαστολή αποφεύγεται εξαιτίας της γρήγορης δέσμευσής του από την αιμοσφαιρίνη, με αποτέλεσμα την αδρανοποίησή του. Κύρια ευεργετική δράση φαίνεται να παρουσίασαν μελέτες σε νεογνά με πνευμονικά προβλήματα και ασθενείς μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Παρομοίως, σε έναν πνεύμονα με σοβαρή παρεγχυματική βλάβη και πνευμονική υπέρταση, όπως συμβαίνει στο Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων, το εισπνεόμενο NO έχει το δυναμικό πλεονέκτημα της τοπικής αγγειοδιαστολής των καλά αεριζόμενων περιοχών του, παρακάμπτοντας παράλληλα αίμα μακριά από τις μη αεριζόμενες περιοχές. Το εισπνεόμενο NO διαχέεται ταχέως στα τοπικά ενδοθηλιακά κύτταρα των πνευμονικών αγγείων προκαλώντας αγγειοδιαστολή. Κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνονται οι πιέσεις και αυξάνεται η ροή αίματος στην πνευμονική κυκλοφορία, βελτιώνοντας τη σχέση αερισμού αιμάτωσης και την οξυγόνωση σε ασθενείς με ARDS. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ενδοπνευμονικής διαφυγής (shunt), τη βελτίωση της συστηματικής αρτηριακής οξυγόνωσης και επιπροσθέτως τη βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας με παράλληλη μείωση του καρδιακού έργου και αύξηση της καρδιακής παροχής.

Η χρήση του εισπνεόμενου Οξειδίου του Αζώτου (iNO) στο Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων προκαλεί κλινικά σημαντική βελτίωση στην οξυγόνωση και μείωση της πνευμονικής υπέρτασης με αποτέλεσμα την με ενθουσιασμό χρήση του στο κλινικό πλαίσιο αντιμετώπισης του συνδρόμου. Παρόλο που η εφαρμογή του μετράει ήδη σχεδόν δύο δεκαετίες κυρίως στο πεδίο της παιδιατρικής και νεογνικής εντατικής θεραπείας αλλά και σε αυτό της καρδιοχειρουργικής, πρόσφατες μελέτες απέτυχαν να εμφανίσουν σαφείς ενδείξεις βελτίωσης της κλινικής έκβασης των ασθενών, καθώς τα μεγέθη των δειγμάτων στις μελέτες ήταν μικρά και



251 ΓΝΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

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

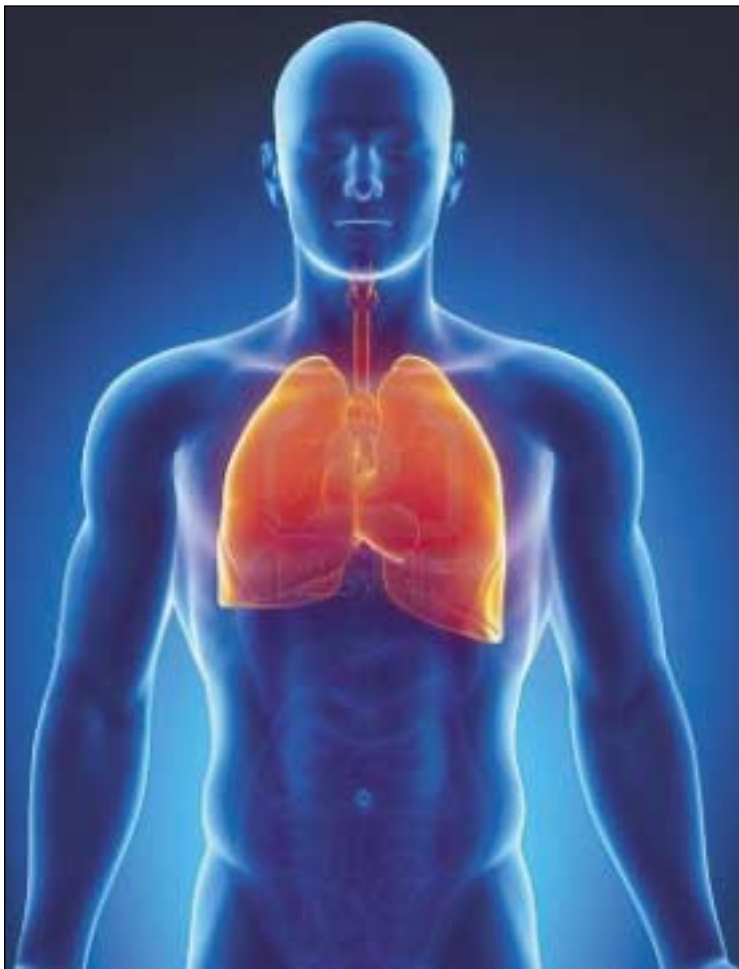
Γραμματεία Σύνταξης: Επγός (ΥΙ) Κωνσταντίνος Πεταλάς
Μέλος: Επγός (ΥΝ) Ευγενία Αλεξανδρή

Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

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

Copyright 2012

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



τα ποσοστά θνητότητας παρέμειναν υψηλά. Παρόλα αυτά, όμως, ο συνδυασμός και με άλλες θεραπείες αντιμετώπισης του ARDS, όπως η πρηγής θέση, ο αναπνευστήρας υψηλής συχνότητας και η χορήγηση αλμπρίνης, φαίνεται ότι ενισχύει τη δράση του iNO και παρατείνει τα ευεργετικά αποτελέσματα.

Μια συστηματική, επομένως, ανασκότηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με τα δυναμικά, αλλά κυρίως τα πραγματικά οφέλη από τη χρήση του iNO, θεωρήθηκε αναγκαία στα πλαίσια της διερεύνησης των εναλλακτικών δυνατοτήτων θεραπείας του Συνδρόμου Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων.

Χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου και μεταβολή στον λόγο οξυγόνωσης

Ο λόγος ιστικής οξυγόνωσης, δηλ. η μερική πίεση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα προς το χορηγούμενο μίγμα οξυγόνου (PaO_2/FiO_2), αποτελεί ίσως το σημαντικότερο μέτρο εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με εισπνεόμενο οξείδιο του αζώτου. Το 1998, ο Micheal JR και συν. προχώρησαν σε τυχαίοποιημένη μελέτη χορήγησης οξειδίου του αζώτου σε 40 ασθενείς με ARDS. Παρατηρήθηκε ο λόγος PaO_2/FiO_2 ως προς τον χρόνο ανταπόκρισης του οργανισμού με τα αποτελέσματα να δείχνουν σημαντική αύξηση για τις πρώτες 24 ώρες χορήγησης του NO ενώ με το πέρας 72 ωρών δεν παρατηρήθηκε ουσιαστική διαφορά στον λόγο PaO_2/FiO_2 στις δύο ομάδες. Ο μικρός αριθμός υποκειμένων της συγκεκριμένης μελέτης δεν οδηγεί σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, η παροδική βελτίωση στην οξυγόνωση του αρτηριακού αίματος πιθανόν να αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα στην αναστρεψιμότητα των συμπτωμάτων του ARDS.

Στον μεγαλύτερο αριθμό μελετών που ανασκοπήθηκαν φαίνεται πως η αύξηση του λόγου οξυγόνωσης εξαρτάται από τη χορηγούμενη δόση NO. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν ως προς τη βελτίωση της οξυγόνωσης έχουν μεγάλο ενδιαφέρον σε περιπτώσεις ασθενών με ARDS. Με κριτήριο την αύξηση άνω του 20% στον λόγο οξυγόνωσης, βελτίωση στην οξυγόνωση παρατηρείται κυρίως σε δόσεις της τάξης 1-30ppm. Δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο για μεγαλύτερες συγκεντρώσεις, όπως για παράδειγμα τα 60ppm. Σε μεγαλύτερες δόσεις, η απάντηση κατά κάποιον τρόπο καταργείται εξαιτίας «ενισχυμένης ευαισθησίας» (enhanced sensitivity) η οποία είναι το αποτέλεσμα της παρατεταμένης χρονικά χορήγησης NO και δεν επιτρέπει περαι-

τέρω βελτίωση των αναπνευστικών παραμέτρων. Τα αποτελέσματα αυτά έρχεται να ενισχύσει μια πρόσφατη μελέτη του 2008, με θέμα την επίδραση των διαφορετικών δόσεων iNO. Χορηγήθηκε εισπνεόμενο NO σε δόσεις 1, 5, 10, 20 και 40ppm σε 32 ασθενείς με ARDS. Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση του λόγου οξυγόνωσης ($p < 0,0001$) κατά τη χορήγηση εισπνεόμενου NO σε δόση 1,5, 10 και 20ppm, ενώ δεν υπήρξε περαιτέρω βελτίωση σε συγκέντρωση $> 20ppm$. Σε επαναληπτική χορήγηση μικρών δόσεων (10ppm) άλλης μελέτης, σε 22 από τους 32 ασθενείς με ARDS το ποσοστό των ασθενών που είχαν βελτίωση στην οξυγόνωση ήταν μικρότερα σε σχέση με τα ποσοστά άλλων μελετών που προέκυψαν από την αρχική χορήγηση εισπνεόμενου NO.

Χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου και μεταβολή αιμοδυναμικών παραμέτρων

Το οξείδιο του αζώτου αποτελεί έναν εκλεκτικό αγγειοδιασταλτικό παράγοντα των πνευμονικών τριχοειδών και της πνευμονικής αρτηρίας. Η ιδιότητά του αυτή το κάνει να φαίνεται ένα πολύ ισχυρό όπλο ενάντια στο ARDS, καθώς προκαλεί εκλεκτική αγγειοδιαστολή στην πνευμονική κυκλοφορία χωρίς να επηρεάζει τις συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις. Στις περισσότερες μελέτες αποκλειστικής χορήγησης iNO (10/14), παρατηρείται μείωση της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα μελέτης έδειξαν πως σε συγκεντρώσεις άνω των 25ppm επηρεάζεται σε ένα μικρό βαθμό η μέση αρτηριακή πίεση με ταυτόχρονη μείωση των πνευμονικών πιέσεων. Στο ερώτημα αν το εισπνεόμενο οξείδιο του αζώτου κάνει εκλεκτική αγγειοδιαστολή στα πνευμονικά τριχοειδή επιχειρεί να απαντήσει και η μελέτη των Rossaint και συν. Τα αποτελέσματα της 40λεπτης χορήγησης εισπνεόμενου NO συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα από την ενδοφλέβια χορήγηση προστακυκλίνης, ενός αγγειοδιασταλτικού παράγοντα. Το NO παρουσιάζεται να μειώνει την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας και την ενδοπνευμονική διαφυγή αυξάνοντας τον λόγο ιστικής οξυγόνωσης χωρίς να επηρεάζεται η συστηματική μέση αρτηριακή πίεση, η καρδιακή παροχή και οι συστηματικές περιφερικές αντιστάσεις. Αντίθετα, η προστακυκλίνη φαίνεται να μειώνει την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας αυξάνοντας, όμως, τη συστηματική αρτηριακή πίεση ενώ ταυτόχρονα επηρεάζει αρνητικά τον λόγο ιστικής οξυγόνωσης. Σε σχέση με τη χρονική διάρκεια της θεραπείας ακόμη και με σταθερές χαμηλές συγκεντρώσεις εισπνεόμενου NO, φαίνεται πως μετά τις 5 ημέρες οι ασθενείς οι οποίοι βελτιώθηκαν αρχικά εμφανίζουν αιμοδυναμική αστάθεια. Από την άλλη πλευρά, η διακοπτόμενη χορήγηση εισπνεόμενου NO μετά από πολυήμερη συνεχή χορήγηση συνδέεται με μείωση του λόγου οξυγόνωσης και αύξηση της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας.

Χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου και θνητότητα

Η θεραπεία με εισπνεόμενο NO βελτιώνει την οξυγόνωση των ασθενών με ARDS. Μειώνονται οι πνευμονικές αντιστάσεις, βελτιώνεται η καρδιακή παροχή και δεν αλλάζει η συστηματική αρτηριακή πίεση σε σημαντικό βαθμό. Ωστόσο, τα ποσοστά θνητότητας της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών δεν φαίνεται να μειώνονται σημαντικά με τη χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου. Οι κύριες παράμετροι οι οποίες υποδηλώνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με εισπνεόμενο οξείδιο του αζώτου είναι πλέον του ποσοστού των ασθενών που επιβίωσαν ή όχι, το κατά πόσον αυτοί πληρούν τα κριτήρια αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα και ποιος οι μέρες ζωής τους οι οποίες ακολούθησαν ένα επιτυχημένο τεστ αποδέσμευσης. Σε μελέτη με δείγμα 385 ασθενών με ARDS, φάνηκε πως το ποσοστό θνητότητας της ομάδας των ασθενών που έλαβε placebo θεραπεία με άζωτο ήταν της τάξης του 20%, ενώ της ομάδας που έλαβε εισπνεόμενο οξείδιο αζώτου ήταν 23%. Οι ημέρες επιβίωσης που ακολούθησαν ένα επιτυχημένο τεστ εκτός αναπνευστήρα ήταν επίσης περίπου ίδιες, όπως επίσης και οι ημέρες στις οποίες πληρούνται τα κριτήρια αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα δεν διέφεραν σημαντικά.

Οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία με iNO είτε ανταποκρίνονται στην χορήγηση είτε όχι. Σε αυτές τις δύο υποομάδες, τα ποσοστά θνητότητας (ή επιβίωσης) διαφέρουν χωρίς όμως να προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά. Το ποσοστό των ασθενών που αποδεσμεύεται από τον αναπνευστήρα και τελικώς επιβιώνει παρά τη χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου δεν διαφέρει ουσιαστικά με τα μέχρι στιγμής δεδομένα. Πιθανόν να απαιτείται μεγαλύτερη έρευνα για να απαντηθεί ουσιαστικά αυτό το ερώτημα.

Χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου και πρηγής θέση

Ενδιαφέρουσα προσέγγιση για τη βελτίωση της οξυγόνωσης και θεραπεία του ARDS είναι η τοποθέτηση του ασθενούς σε πρηγής θέση. Η πρηγής θέση προκαλεί περισσότερο ομοιογενή κατανομή της ενδοπνευμονικής πίεσης από την οποία εξαρτάται η κυμελιδική διάταση. Ωστόσο, διάφοροι παράγοντες, όπως η μορφολογία των



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

Θέμα

πνευμόνων, η χρονική φάση του ARDS και το κατά πόσον είναι πρωτογενές ή δευτερογενές, επηρεάζουν την απάντηση στη συγκεκριμένη παρέμβαση. Η εισπνοή NO και η πρηγής θέση φαίνεται να δρουν επικουρικά χωρίς, όμως, να υπάρχει συνέργεια ή ανταγωνιστικότητα ανάμεσα στις δύο θεραπείες. Ανεξάρτητα με τη χορήγηση NO, η πρηγής θέση βελτιώνει την οξυγόνωση και τα αέρια αίματος χωρίς να επηρεάζει άλλες αιμοδυναμικές παραμέτρους ακόμη και σε πολυτραυματίες με ARDS. Μειότες οι οποίες επικεντρώθηκαν στον συνδυασμό εισπνοής NO και πρηγούς θέσης κατέδειξαν βελτίωση της οξυγόνωσης. Η πρηγής θέση φαίνεται να βελτιώνει την οξυγόνωση ανεξάρτητα με την αιτία πρόκλησης του ARDS (πνευμονικό-εξωπνευμονικό). Ο συνδυασμός iNO σε δόση 5ppm και πρηγούς θέσης κατέδειξε σημαντική αύξηση στον λόγο οξυγόνωσης των ασθενών με εξωπνευμονικό ARDS.

Χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου και άλλες ουσίες

Η χορήγηση ορισμένων μη ειδικών αγγειοσυσπαστικών, όπως η νορεπινεφρίνη, κυρίως σε συνδυασμό με εισπνοή NO δεν φαίνεται να επηρεάζει την απόκριση στο εισπνεόμενο NO, μετριάζει όμως τη βελτίωση της οξυγόνωσης αυξάνοντας τις πνευμονικές αντιστάσεις. Η ταυτόχρονη χορήγηση εισπνεόμενου NO και ειδικών αγγειοσυσπαστικών, όπως η αλμιτρίνη, βελτιώνουν την οξυγόνωση έχοντας συνεργική δράση. Η χαμηλή δόση οξειδίου του αζώτου φαίνεται να παίζει ρόλο στο θετικό αποτέλεσμα και κατά την ταυτόχρονη χορήγησή του με αλμιτρίνη. Η ταυτόχρονη χορήγηση εισπνεόμενου οξειδίου αζώτου και ενδοφλέβιας αλμιτρίνης σε δείγμα 7 ατόμων έδειξε μεγαλύτερη αύξηση του λόγου οξυγόνωσης σε σχέση με τη διαδοχική χορήγηση. Εντούτοις, το μικρό δείγμα ασθενών που χρησιμοποιήθηκε δεν μας επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Στον συνδυασμό εισπνεόμενου οξειδίου αζώτου και αλμιτρίνης προστέθηκε και η τοποθέτηση του ασθενούς σε πρηγή θέση. Η τριάδα αυτή φάνηκε να έχει ιδιαίτερα ευεργετικά αποτελέσματα στην οξυγόνωση των ασθενών με ARDS. Σε δείγμα 27 ασθενών προέκυψε αύξηση του λόγου οξυγόνωσης 327% και μείωση έως 48% της ενδοπνευμονικής διαφυγής χωρίς όμως να αποδεικνύεται στατιστική σημαντικότητα. Παρόλο που κατά τη χορήγηση αλμιτρίνης και με τοποθετημένο τον ασθενή σε πρη-

γή θέση, η μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας φαίνεται να αυξάνεται, η χορήγηση εισπνεόμενου NO, αλμιτρίνης και η πρηγής θέση δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας.

Συμπέρασμα

Το Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που συναντάται με μεγάλη συχνότητα στους ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Ωστόσο, οι προσπάθειες που έγιναν κατά καιρούς για τη μελέτη της επίδρασης του εισπνεόμενου οξειδίου του αζώτου είχαν ως κύριο μειονέκτημά τους τον μικρό αριθμό δείγματος, δηλ. περιορισμένο αριθμό ασθενών με ARDS, που σε αρκετές περιπτώσεις δεν ξεπερνούσε τη δεκάδα.

Η χρήση οξειδίου του αζώτου κατά τη θεραπεία φαίνεται να βελτιώνει τον λόγο ιστικής οξυγόνωσης κυρίως κατά τις πρώτες 24 ώρες χορήγησής του. Στις περισσότερες μελέτες δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας. Το ποσοστό θνητότητας δεν επηρεάζεται καθώς η βελτίωση στην οξυγόνωση που πιθανόν προκύπτει από τη χρήση εισπνεόμενου NO δεν αντισταθμίζει επαρκώς (έως καθόλου) τα αποτελέσματα της πολύ-οργανικής δυσλειτουργίας την οποία έχουν οι περισσότεροι ασθενείς.

Επιπλέον, το γεγονός πως η αποτελεσματικότητα του οξειδίου του αζώτου ενισχύεται με άλλες παρεμβάσεις, φαρμακευτικές ή όχι, το παρουσιάζει ως ένα αρκετά χρήσιμο εργαλείο στα χέρια της σύγχρονης ιατρικής αλλά ίσως όχι τόσο πρακτικό. Από την άλλη πλευρά, η προσωρινή βελτίωση στις αναπνευστικές και αιμοδυναμικές παραμέτρους πιθανότατα προσφέρει τη δυνατότητα ανάκαμψης δίνοντας την ευκαιρία να κερδίσει πολύτιμος χρόνος για την αντιμετώπιση της υποκείμενης αιτίας του ARDS. Επίσης, το χρονικό αυτό περιθώριο ίσως αποτελεί σημαντικό παράγοντα για έρευνα στο μέλλον σχετικά με τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε κυτταρικό, οργανικό και συστηματικό επίπεδο και τη δυνατότητα αναστρεψιμότητας της κατάστασης μέσα σε αυτά τα όρια. Τέλος, σημαντική αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης αποτελεί ο σωστός σχεδιασμός αντίστοιχων τυχαιοποιημένων μελετών με μεγάλο αριθμό υποκειμένων.

Θέμα

Η Σοκολάτα και οι Ευεργετικές της Επιδράσεις

Το κακάο και τα προϊόντα του – ιδιαίτερα η σκούρα σοκολάτα – περιέχουν υψηλά επίπεδα φλαβονολών, ένα ισχυρό τύπο αντιοξειδωτικού. Διάφορες έρευνες, που έχουν γίνει σε όλο τον κόσμο, δείχνουν κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με την επωφελή δράση τους στον ανθρώπινο οργανισμό.

Επιμέλεια: ΣΕΪΔ Επαμεινώνδας Χριστόπουλος
Ειδικευόμενος Ιατρός, 251 ΓΝΑ

Μια ομάδα από το Πανεπιστήμιο του Μιλάνο της Ιταλίας αξιολόγησε το αποτέλεσμα μιας σκούρας σοκολάτας, η οποία περιείχε 860mg πολυφαινόλων και 58mg επικατεχίνης, έναν συγκεκριμένο τύπο αντιοξειδωτικής πολυφαινόλης. Η ερευνητική ομάδα συμφώνησε με 20 υγιείς άνδρες και γυναίκες, μέσης ηλικίας 24,2 χρόνων, να εφαρμόζουν μια ισορροπημένη διαίτα για 4 εβδομάδες. Στο μέσο της ερευνητικής, χρονικής διαδρομής ζητήθηκε από τα μισά άτομα να καταναλώνουν επιπλέον σκούρα σοκολάτα. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι τα επίπεδα της κατεχίνης αυξήθηκαν μόλις δύο ώρες μετά την κατανάλωση της σκούρας σοκολάτας, μια αύξηση που συσχετίζεται συμπτωματικά με μειωμένες βλάβες του DNA σε κύτταρα του αίματος, της τάξης του 20%.

Ερευνητές από το Καθολικό Πανεπιστήμιο της Ιταλίας μελέτησαν μια ομάδα από 5.000 άτομα με γενικά καλή υγεία για περίοδο ενός έτους. Συγκεκριμένα, αξιολόγησαν τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες της σκούρας σοκολάτας, μετρώντας τα επίπεδα της CRP στον ορό του αίματος, ένα δείκτη φλεγμονής. Η ομάδα διαπίστωσε ότι τα άτομα που κατανάλωσαν 20g σκούρας σοκολάτας κάθε 3 μέρες είχαν σημαντικά χαμηλότερες συγκεντρώσεις CRP, σε σχέση με τα άτομα που δεν κατανάλωσαν σοκολάτα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτές οι μειώσεις CRP μεταφράζονται σε μείωση κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσος στις γυναίκες



33% και στους άνδρες 26%.

Μια ομάδα από το Ινστιτούτο Karolinska στη Σουηδία παρακολούθησε 1.169 μη διαβητικούς ασθενείς, που είχαν νοσηλευτεί με επιβεβαιωμένο, πρώτο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI). Αυτό που διερεύνησε ο ομάδα του Ινστιτούτου ήταν η κατανάλωση σοκολάτας αυτών των ασθενών τους 12 μήνες μετά το έμφραγμα εξέτασε ξανά τους ασθενείς. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 8 ακόμη χρόνια, σχετικά με τη θνησιμότητά τους και την ανάγκη επίσκεψής τους στο νοσοκομείο. Οι ερευνητές βρήκαν ότι η κατανάλωση σοκολά-

τας δύο ή περισσότερες φορές την εβδομάδα μείωνε σημαντικά (κατά 66%) τη θνησιμότητα καρδιακής αιτιολογίας.

Ερευνητές του Ινστιτούτου για την Ανθρώπινη Διατροφή στο Nuthetal της Γερμανίας παρακολούθησαν κι εξέτασαν 19.357 άτομα, ηλικίας 35 έως 65 ετών για τουλάχιστον δέκα χρόνια. Η ερευνητική ομάδα διαπίστωσε ότι τα άτομα που έτρωγαν μεγαλύτερες ποσότητες σοκολάτας – κατά μέσο όρο 7,5 γρ. ημερησίως – είχαν χαμηλότερη αρτηριακή πίεση και 39% χαμηλότερο κίνδυνο για καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό, σε σύγκριση με τα άτομα που έτρωγαν χαμηλότερες ποσότητες σοκολάτας – κατά μέσο όρο 1,7 γρ. ημερησίως.

Μια ομάδα από το Nestle Research Center στην Ελβετία ανακοίνωσε ότι ένα μικρό κομμάτι σκούρας σοκολάτας μπορεί να αποτρέψει το άγχος. Η ομάδα εξέτασε 30 άνδρες και γυναίκες, καθένας από τους οποίους είχε παρουσιάσει άγχος. Στα άτομα αυτά ζητήθηκε να καταναλώνουν 2 φορές κάθε μέρα (αργά το πρωί και το απόγευμα) 20 γρ. σκούρας σοκολάτας. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι μετά από δύο εβδομάδες καθημερινής κατανάλωσης 40 γρ. σκούρας σοκολάτας, τα επίπεδα των ορμονών και άλλων βιοχημικών δεικτών, που σχετίζονται με το άγχος, μειώθηκαν.

Ερευνητές από το Beth Israel Deaconess Medical Center στη Μασαχουσέτη των ΗΠΑ παρατήρησαν ότι 13 άνδρες και γυναίκες (μέση ηλικία 72 ετών) που κατανάλωναν πλούσιο σε φλαβονόλη κακάο (900mg ανά ημέρα) για δύο εβδομάδες παρουσίασαν 10% αύξηση της ροής αίματος στον εγκέφαλο. Σε αυτές τις ηλικίες η καλή ροή στον εγκέφαλο βοηθάει στην καλή σκέψη, στη μνήμη, κ.ά.

Πάντως, εν κατακλείδι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι μια ελαφριά κατανάλωση σκούρας σοκολάτας καλής ποιότητας, π.χ. 20 γρ. δύο φορές την εβδομάδα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Νοσηλεία και Προσωπικότητα Ασθενούς: Μια Ψυχολογική Προσέγγιση

Αναμφίβολα, νοσηλεία σημαίνει στρες. Ο φόβος του θανάτου αλλά και της απώλειας ή τραυματισμού του σώματος μέσω ενέσεων, εγχειρήσεων κ.λπ. συνιστούν βασικές πηγές άγχους. Το πώς θα διαχειριστεί ψυχολογικά και θα αντιδράσει σε αυτό το στρες ο κάθε ασθενής είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την προσωπικότητά του. Η γνώση των βασικών τύπων προσωπικότητας (κατά Kahana & Bibing) είναι θεμελιώδης για

Επιμέλεια: Ανθσγός (Ψ) **Ιορδάνα Μοσκόφη**
Ψυχολόγος, ΓΕΑ/ΔΥΓ

τον ιατρό, προκειμένου να εντάξει κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές αρχές στη διαχείριση των σωματικά νοσούντων ασθενών. Ακολουθεί κατηγοριοποίηση των δομών προσωπικότητας, απογυμνωμένη από όρους ψυχιατρικούς, καθώς αφορά σε άτομα λειτουργικά, σκιαγραφώντας προεξάρχοντα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά σε αγχογόνες καταστάσεις. Ταυτόχρονα δίνεται μια περιγραφή του βασικού νοήματος που φέρει για τον κάθε τύπο προσωπικότητας ή σωματική ασθένεια, καθώς και κάποιες κατευθυντήριες ενδεδειγμένες αντιμετώπισης των ασθενών αυτών.

Η εξαρτημένη, υπεραπατητική προσωπικότητα

Ο ασθενής με αυτόν τον τύπο προσωπικότητας φαίνεται να χρειάζεται ειδική προσοχή και συνεχείς συμβουλές. Αν οι ανάγκες του δεν ικανοποιηθούν, θυμώνει εύκολα ή πέφτει σε μελαγχολία. Πρόκειται συνήθως για άτομο που τρώει πολύ, καπνίζει πολύ ή παίρνει πολλά φάρμακα σε μια προσπάθεια αγωνιώδους αναζήτησης ικανοποίησης. Η σημασία της ασθένειας και το άγχος που τη συνοδεύει τείνουν να μεταμορφωθούν σε επιθυμία για αμέριστη φροντίδα και ταυτόχρονα σε έντονο φόβο μήπως το άτομο εγκαταλειφθεί. Παλεύοντας ενάντια σε αυτές τις επιθυμίες και φόβους, μπορεί να «κρεμαστεί» σε ό,τι λέει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να αντισταθεί σε κάθε μορφή θεραπείας από φόβο εξάρτησης ή να κατηγορεί έντονα το προσωπικό για μη ανακούφιση των συμπτωμάτων της ασθένειάς του.

Σύντομα με τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς, το προσωπικό της κλινικής προσφέρει αποτελεσματική και γρήγορη φροντίδα, θέτοντας όρια σε ενδεχόμενη υπεραπατητική συμπεριφορά με σταθερότητα και ηρεμία και όχι τιμωρητικά. Στην ανάγκη θα προσφερθούν κάποιες διευκολύνσεις, ώστε να αποδεχθεί ορισμένους περιορισμούς, πχ. διευκόλυνση των επιπλοκών των μελών της οικογένειας κ.ά.

Η τακτική ελεγχόμενη προσωπικότητα

Το άτομο αυτό αποτελεί παράδειγμα αυτοελέγχου και αυτοσυγκράτησης. Ευσυνείδητος και συνεπής, επειδή η ασθένεια απειλεί το άτομο με απώλεια του ελέγχου των επιθετικών κυρίως παρορμησών του, διπλασιάζει την εσωτερική του προσπάθεια να φανεί υπεύθυνος και με έλεγχο στα συναισθήματά του. Ως αποτέλεσμα φαίνεται άκαμπτος και ισχυρογνώμων. Έχει μέγιστη ανάγκη να νιώθει πως το προσωπικό που τον έχει αναλάβει είναι άριστα καταρτισμένο, προσεκτικό και καθαρό. Ανακουφίζεται ιδιαίτερα όταν του εξηγηθούν οι λεπτομέρειες της ασθένειάς του και τα μετέπειτα θεραπευτικά βήματα, καθώς με αυτόν τον τρόπο επανεγκαθιστά διανοητικό έλεγχο του άγχους που επιφέρει η ασθένεια. Προσοχή χρειάζεται ώστε να μην παραισφύσουν άχρηστες λεπτομέρειες που ενδεχομένως να αποτελέσουν νέα πηγή άγχους. Τέλος, ενθαρρύνεται η συμμετοχή του ασθενούς σε διάφορες

αποφάσεις ή και στη θεραπεία την ίδια, ενώ αναγνώριση δίνεται στη δυνατή, οξυμένη λογική του.

Η υπερβολικά συναισθηματική σαγηνευτική προσωπικότητα

Ο ασθενής με αυτόν τον τύπο προσωπικότητας φαίνεται συχνά ενδιαφέρων και σαγηνευτικός. Έχει την τάση να δημιουργεί έντονες σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εκφράζοντας την ανάγκη του για αποδοχή και θαυμασμό. Οι άνδρες συχνά επιχειρούν να επιδείξουν (ή να υπερβάλουν) τον ανδρισμό τους στο γυναικείο προσωπικό του νοσοκομείου, ενώ οι γυναίκες θα παρουσιάσουν με ελκυστικό τρόπο την αδυναμία τους από την ασθένεια και τη συνακόλουθη ανάγκη τους για φροντίδα και υποστήριξη. Για τους ασθενείς αυτούς η ασθένεια βιώνεται σαν προσωπικό ελάττωμα: τώρα θα φαίνονται αδύναμοι, μη ελκυστικοί, αποτυχημένοι. Συχνά επιδεικνύουν αντισταθμιστικά αδιαφορία για την ασθένειά τους ή συναινούν σε δύσκολες επεμβάσεις, ώστε να φανούν θαρραλέοι. Το προσωπικό είναι σημαντικό να αναγνωρίσει στους ασθενείς αυτούς χαρακτηριστικά θάρρους και ελκυστικότητας, χωρίς όμως να ξεχνά πως πίσω από αυτή την περιφερόμενη σεξουαλικότητα, υποβόσκει η ανάγκη τους για φροντίδα και ασφάλεια, οπότε και η αναγνώριση επικοινωνείται ήρεμα και προσεκτικά. Οι αγωνίες τους είναι πολλές, συνεπώς εξηγήσεις για την ασθένεια επίσης θα δοθούν, αλλά πιο περιεκτικά από ότι στον παραπάνω τύπο.

Η μακρόχρονα βασανισμένη αυτοθυσιαζόμενη προσωπικότητα

Πρόκειται για ασθενείς που παρουσιάζουν ένα ιστορικό επανειλημμένων βασάνων, ασθενειών και απογοητεύσεων. Συχνά αυτοί οι άνθρωποι τείνουν να υπηρετούν τους άλλους. Ωστόσο, όταν υποφέρουν, αυτό γίνεται επιδεικτικά προκαλώντας άλλοτε συμπάθεια και άλλοτε εκνευρισμό. Η επιθυμία να επιζητά κανείς τον πόνο μπορεί να ακούγεται παράδοξη, εντούτοις πόνος και ευχαρίστηση συνδέονται στενά σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Τα παιδιά επί παραδείγματι, ανακαλύπτουν συχνά ότι όταν αρρωσταίνουν δέχονται περισσότερη φροντίδα από τους γονείς. Σε μερικά άτομα μάλιστα, ο πόνος εξυπηρετεί μια ασυνείδητη ανάγκη τιμωρίας για ανακούφιση κάποιας εξίσου ασυνείδητης ενοχής, οπότε η ασθένεια γίνεται το όχημα εξιλέωσης. Βασική ψυχολογική ανάγκη αυτού του ατόμου είναι η αγάπη και η αποδοχή, που αισθάνεται όμως ένοχο να δεχθεί χωρίς αυτοθυσία. Αναλογικά και όταν νοσεί, διαρκώς τονίζει πόσο υποφέρει, ειδικότερα όταν



το νοσηλευτικό προσωπικό επισημαίνει τη βελτίωσή του. Μοναδικός τρόπος ανακούφισης είναι να παρουσιάσουμε την προσπάθεια για βελτίωση σαν έναν επιπρόσθετο αγώνα και να συμπληρώσουμε ότι θα γίνει καλά, όχι για τον ίδιο, αλλά για να μπορεί να συνεχίσει να βοηθάει την οικογένειά του.

Η επιφυλακτική, καχύποπη, φιλόνηκη προσωπικότητα

Το άτομο αυτό είναι επιφυλακτικό απέναντι στους άλλους, αμφισβητεί τις προθέσεις τους και είναι υπερευαίσθητο στην κριτική, συγκαλύπτοντας πυρηνικούς του φόβους ατέλειας και αδυναμιών. Όταν αρρωστήσει, τείνει να κατηγορεί τους άλλους για την ασθένειά του. Ταυτόχρονα αυξάνεται η εσωτερική του επιθετικότητα, με αποτέλεσμα να φοβάται ακόμη περισσότερο μήπως τον βλάψουν. Για να ανακουφίσουμε αυτόν τον φιλόποπο ασθενή, είναι σημαντικό να τον ενημερώσουμε έγκαιρα για τη στρατηγική διάγνωσης και θεραπείας, συντηρώντας μια φιλική μεν, αλλά χωρίς ιδιαίτερο πλησίασμα στάση. Επειδή συχνά ο ασθενής αυτός παραπονιέται για ατέλειες της νοσηλείας του, είναι πιο αποτελεσματικό να του τονίσουμε ότι αντιλαμβάνομαστε τη δυσφορία που προκαλείται σε έναν άνθρωπο της δικής του ευαισθησίας και να μην εμπλακούμε σε ευθεία αντιπαράθεση μαζί του.

Η με έντονο αίσθημα υπεροχής και ανωτερότητας προσωπικότητα

Υπάρχουν άτομα που θέλουν να βλέπουν τον εαυτό τους πολύ δυνατό και σπουδαίο, δημιουργώντας ένα μυστήριο γύρω από το ποιο είναι. Όταν αρρωστήσουν, προσπαθούν να βρουν «αντίξους της ανωτερότητάς τους» ιατρούς και κλινικές δομές, ενώ γίνονται ιδιαίτερα ενοχλητικοί αναζητώντας λάθη και αδυναμίες στην παρεχόμενη νοσηλεία. Γι' αυτούς η ασθένεια συνιστά άμεση απειλή στην εικόνα τελειότητας που έχουν για τον εαυτό τους, οπότε και είναι σημαντικό να τους αναγνωριστεί ένας βαθμός σπουδαιότητας, χωρίς να υποσκελιστεί η αυθεντία του προσωπικού. Και αυτό, γιατί ακόμη πιο έντονος είναι ο φόβος αυτού του ασθενούς να ανακαλύψει ότι εναπόκειται στα χέρια ενός άπειρου θεραπευτή.

Η απομονωμένη και απόμακρη προσωπικότητα

Το άτομο αυτό παρουσιάζεται ήσυχο, συγκρατημένο και ακοινωνητό. Η απομόνωσή του είναι συχνά μια άρνηση των επικίνδυνα επώδυνων για την υπερευαίσθητη προσωπικότητά του εμπειριών. Επειδή το άτομο αυτό αναζητά παρηγοριά και ικανοποίηση μέσα από τη συστροφή στον εαυτό του, η ασθένεια εισβάλλει μέσα σε αυτό το σύστημα, απειλώντας την εύθραυστη ισορροπία του. Αμεση αντίδραση του ατόμου είναι η επίταση των βασικών του μηχανισμών: απάθεια δηλ. και απομάκρυνση. Αυτό που έχει σημασία στην ψυχολογική αντιμετώπιση του ασθενούς αυτού είναι ο σεβασμός της απομόνωσής του, μέσα από ένα διακριτικό ενδιαφέρον χωρίς προσδοκίες ανταπόδοσής του.

Συνοψίζοντας, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τις περισσότερες φορές δεν είναι τόσο ξεκάθαρη η τοποθέτηση ενός ασθενή σε μία από τις παραπάνω δομές προσωπικότητας.

Η ρεαλιστική «φωτογράφιση» ενός ασθενή επαφίεται στην εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, με αναγνώριση των προεξάρχοντων ποιοτήτων του και αμέριστο σεβασμό στους προσωπικούς μηχανισμούς ψυχολογικής προσαρμογής και επιβίωσης.

Υπνος και Καρκίνος

Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της υγείας, όπως αυτή εκφράζεται με την παρουσία ή όχι χρόνιων νοσημάτων (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος), και του ύπνου (ποιότητα και διάρκεια) αποτελεί αντικείμενο αυξανόμενου επιστημονικού ενδιαφέροντος, ιδιαίτερα σε μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες.

Επιμέλεια: Ασχος (ΥΙ) **Νικόλαος Κεντεποζίδης**
Δ/ντής Ογκολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ
Σγός (ΥΙ) Μάριος Μπακογεώργος
Ειδικευόμενος, Ογκολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ

Στις σύγχρονες Δυτικού τύπου κοινωνίες, στις οποίες υπάγεται και η δική μας, κοινωνίες όπου κυριολεκτικά οι επαγγελματικές και λοιπές κοινωνικές δραστηριότητες διαρκούν 24 ώρες την ημέρα, η προσδεδειγμένη αυξανόμενη επίπτωση των διαταραχών του ύπνου καθώς και η σημαντική μείωση της μέσης και διάμεσης διάρκειας αυτού, εγείρουν το ερώτημα της συμβολής τους, ως κυρίαρχο επιδημιολογικό χαρακτηριστικό, στην επίπτωση των χρόνιων νοσημάτων. Κυρίαρχο αίτιο των αλλαγών αυτών στην ποιότητα και τη διάρκεια του ύπνου αποτελεί η συνολική αλλαγή του τρόπου ζωής, κυρίως όμως στον επαγγελματικό-εργασιακό τομέα.

Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ το 2005, η μέση διάρκεια του ύπνου ανά ημέρα στους ενήλικες ήταν 6,9 ώρες, συνυπολογίζοντας και τις 7 ημέρες της εβδομάδας. Το 40%, όμως, κοιμόταν σημαντικά λιγότερο από 7 ώρες τις εργάσιμες ημέρες της εβδομάδας (Δευτέρα-Παρασκευή). Το 75% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι εμφανίζουν τουλάχιστον μία διαταραχή του ύπνου: δυσκολία στην έλευση του ύπνου, δυσκολία στη διατήρηση του ύπνου, αναπνευστικά προβλήματα σχετιζόμενα με τον ύπνο, έντονη υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας παρά τον φαινομενικά επαρκή σε διάρκεια νυχτερινό ύπνο, κάποιες ή τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.

Βέβαια, το ερώτημα που προκύπτει είναι ποιες είναι, αν υπάρχουν, οι μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία αυτών των αλλαγών στις συνήθειες του ύπνου. Στοιχεία από πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες αναφέρουν πως η μείωση της διάρκειας του ύπνου έχει μειζόνες μεταβολικές και καρδιαγγειακές επιπτώσεις και συνεπώς αποτελεί ένα δυνητικό παράγοντα κινδύνου για τη δημόσια υγεία. Ενώ λοιπόν η μειωμένη διάρκεια ύπνου <5-6 h/day σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σακχαρώδους διαβήτη, καρδιαγγειακών νοσημάτων και καρκίνου του μαστού, κάποιες άλλες μελέτες κατέδειξαν ως παράγοντα κινδύνου για τον σακχαρώδη διαβήτη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα την αυξημένη διάρκεια του ύπνου (>8-9h/day). Επιπλέον, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σημασία του ύπνου στη διάρκεια της ημέρας (daily naps).

Μία πρόσφατα δημοσιευμένη ευρωπαϊκή πληθυσμιακή μελέτη (Ιανουάριος 2012) ανέλυσε δεδομένα από 23.620 ενήλικες μελετώντας τη συσχέτιση της διάρκειας του ύπνου με την επίπτωση χρόνιων νοσημάτων (καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα). Από την έρευνα αποκλείστηκαν οι ήδη χρονίως πάσχοντες και όσοι δεν συμμορφώνονταν με τις απαιτήσεις της έρευνας σε σχέση με την ενδιάμεση παρακολούθηση (follow-up). Στο σύνολο του υπό έρευνα πληθυσμού η μέση διάρκεια ύπνου ανά ημέρα ήταν 7,3 ώρες, ενώ η διάμεση τιμή έφτανε τις 7 ώρες. Συνεπώς, η ομάδα με αναφερόμενη διάρκεια ύπνου 7-8 ώρες ορίστηκε ως ομάδα αναφοράς. Διάρκεια ύπνου <6 ώρες ορίστηκε ως σαφώς περιορισμένη, 6-7 ώρες ως περιορισμένη, 8-9 ώρες ως φυσιολογική παρατεταμένη και >9 ώρες ως παρατεταμένη. Ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο της μελέτης καθορίστηκε η πρώτη εμφάνιση/κλινική διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος. Στη στατιστική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν και άλλες παράμετροι, όπως κάπνισμα, σωματικό βάρος, δείκτης μάζας σώματος, περιμετρος μέσης, κατανάλωση οινοπνευματωδών, σωματική άσκηση, επίπεδο εκπαίδευσης, είδος απασχόλησης, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, λήψη αντικαταθλιπτικών. Επιπλέον, διερευνήθηκε και η σημασία του ύπνου στη διάρκεια της ημέρας (daily naps).

Σε ένα διάστημα παρακολούθησης 7,8 ετών αναφέρθηκαν 841 περιπτώσεις (νέες διαγνώσεις) σακχαρώδη διαβήτη, 197 περιπτώσεις μυοκαρδιακού εμφράγματος, 169 περιπτώσεις αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και 846 περιπτώσεις νεοπλασιών. Σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς (7-8 ώρες ύπνου) η ομάδα με σαφώς περιορισμένη διάρκεια ύπνου είχε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Hazard Ratio=2,06, 95% Confidence Interval:1,18-3,59), καρκίνο (HR=1,43, 95% CI:1,09-1,87) και συνολικά για χρόνια νοσήματα (HR=1,31, 95% CI:1,10-1,55).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής ήταν ιδιαίτερος επιβαρυντικός για τους ασθενείς με σαφώς περιορισμένη διάρκεια καθημερινού ύπνου (<6 ώρες) καθώς στην πληθυσμιακή αυτή ομάδα παρατηρήθηκε αύξηση κατά 30% του συνολικού κινδύνου για οποιοδήποτε χρόνο νόσημα και ιδίως για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (αύξηση



κατά 2 φορές του σχετικού κινδύνου) και κακοήθεια (αύξηση του κινδύνου κατά 40%).

Αν και σε κάποιες ανάλογες μελέτες είχε διαφανεί συσχέτιση μεταξύ διάρκειας ύπνου και σακχαρώδη διαβήτη στη συγκεκριμένη μελέτη δεν αποδείχθηκε κάτι ανάλογο. Ενδεχομένως στην ασυμφωνία αυτή να συμβάλει ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) ως ανεξάρτητος και κύριος παράγοντας κινδύνου, η αύξηση όμως του οποίου (μέσω της αύξησης του σωματικού βάρους) ενδεχομένως σχετίζεται με τον παρατεταμένο ύπνο μέσω διάφορων βιολογικών μηχανισμών, όπως η αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης και η διαταραχή στην ημερήσια έκκριση ορμονών, όπως η ινσουλίνη και η ghrelin.

Η μελέτη αυτή (EPIC-Potsdam Study) είναι η πρώτη που καταδεικνύει συσχέτιση μεταξύ της περιορισμένης διάρκειας ύπνου (<6 ώρες) και του κινδύνου για εμφάνιση κακοήθους νεοπλασίας. Παλαιότερες μελέτες βέβαια είχαν καταδείξει αυξημένο κίνδυνο στην ομάδα αυτή του πληθυσμού (<6 ώρες ύπνου/ημέρα) για εμφάνιση καρκίνου του μαστού, ενώ αντίθετα η παρατεταμένη διάρκεια ύπνου (>9 ώρες ύπνου/ημέρα) φαινόταν να δρα προστατευτικά για τη συγκεκριμένη αυτή νεοπλασία.

Πέρα, όμως, από τα επιδημιολογικά στοιχεία και τη στατιστική συσχέτιση των δύο γεγονότων (μειωμένη διάρκεια ύπνου και επίπτωση χρόνιων νοσημάτων), η συζήτηση επεκτείνεται στους πιθανούς εμπλεκόμενους βιολογικούς μηχανισμούς, όπως η επαγωγή της φλεγμονής, η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης τις απογευματινές ώρες, η αυξημένη αντίσταση των ιστών στην ινσουλίνη, τα ελαττωμένα επίπεδα λεπτίνης και τα αυξημένα επίπεδα γκρελίνης.

Αν και ο έλεγχος για τη συσχέτιση της μειωμένης διάρκειας ύπνου και του καρκίνου σε βιολογικό επίπεδο βρίσκεται σε αρχικά στάδια, υπάρχουν πειραματικά και επιδημιολογικά δεδομένα που υποστηρίζουν τον δραστικό ρόλο της μελατονίνης. Η μελατονίνη είναι μια επιφυσιακή ορμόνη η οποία εμπλέκεται τόσο στη διατήρηση του κερκάρδιου ρυθμού και της ρύθμισης/έλευσης του ύπνου όσο και στην αναστολή της κυτταρικής αύξησης και την ενίσχυση της ανοσιακής απάντησης του οργανισμού σε ποικίλους αντιγονικούς ερεθισμούς. Ατομα με περιορισμένη διάρκεια καθημερινού ύπνου εμφανίζουν ελαττωμένη έκκριση μελατονίνης και συνεπώς ανοσιακή καταστολή και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου. Άλλοι πιθανοί μηχανισμοί αποτελούν η φλεγμονή και οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Στον αντίποδα της περιορισμένης βρίσκεται η παρατεταμένη διάρκεια ύπνου (>9 ώρες ύπνου/ημέρα) που όχι μόνο δεν προσφέρει προστασία, αλλά οδηγεί σε σημαντική αύξηση (κατά 65%) του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, στεφανιαία νόσος).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ένα σημαντικό και καθοριστικό τροποποιητικό παράγοντα, όσον αφορά στη σημασία του ύπνου στη διάρκεια της ημέρας (daily naps). Έτσι, άτομα υπέρτασικά που κοιμούνται και κατά τη διάρκεια της ημέρας εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για χρόνιες (κυρίως καρδιαγγειακές) παθήσεις, γεγονός που ενδεχομένως να έχει σχέση με συ-

νοδούς νοσηρές καταστάσεις, όπως ο χρόνιος πόνος, το σύνδρομο υπνικής άπνοιας, η κατάθλιψη, που οδηγούν σε περιορισμένο ή/και κακής ποιότητας νυχτερινό ύπνο. Αντίθετα, σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας φαίνεται να δρα προστατευτικά ιδίως έναντι του καρκίνου.

Συνοπτικά και βασισμένοι σε επιστημονικά στοιχεία ότι ο ύπνος, παρότι άγνωστος σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά στους μηχανισμούς και τη φυσιολογία του, αποτελεί σημαντικό παράγοντα που καθορίζει την επίπτωση των κύριων χρόνιων νοσημάτων, μεταξύ των οποίων και ο καρκίνος. Και καθώς τα τελευταία χρόνια σημαντική είναι η πρόοδος που έχει συντελεστεί στο πεδίο της κατανόησης της βιολογίας της καρκινογένεσης μέσα από τη γονιδιακή (ενεργοποίηση ογκογονιδίων, απενεργοποίηση

ογκοκατασταλτικών γονιδίων, μετάλλαξη επιδιορθωτικών του DNA γονιδίων) ή/και τη χρωμοσωμική αστάθεια (απώλειες, προσθήκες, μεταθέσεις, αναστροφές, διπλασιασμοί), την ενεργοποίηση ή τον αποκλεισμό συγκεκριμένων κυτταρικών μονοπατιών που ελέγχουν ζωτικές για το κύτταρο λειτουργίες (αύξηση, πολλαπλασιασμός, απόπτωση, διηθητικότητα, μεταστατικότητα), ενώ ο ρόλος της φλεγμονής σε όλες τις φάσεις της καρκινογένεσης και η σημασία του ανοσιακού συστήματος στην προστασία του οργανισμού από νεοπλασίες έχουν παγιωθεί, ιδιαίτερα ελκυστική φαντάζει η άμεση, σε κυτταρικό/μοριακό επίπεδο, συσχέτιση όλων αυτών των επιτευγμάτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης με το άγνωστο αλλά αναπόσπαστο, απαραίτητο και σημαντικό κομμάτι της ζωής μας, τον ύπνο.

Η Ελλειψη Υπνου Οδηγεί στην Παχυσαρκία



Νέες έρευνες δείχνουν ότι αυξάνεται ο κίνδυνος να γίνει κάποιος ή κάποια υπέρβαρος/ή όταν έχει για μεγάλη περίοδο έλλειψη ύπνου.

Ερευνητές από το Πανεπιστήμιο της Ουψάλα, στη Σουηδία, έδειξαν ότι μια ολόκληρη νύχτα χωρίς ύπνο σε νέους άνδρες, με φυσιολογικό βάρος, συ-

Επιμέλεια: ΣΕΪΔ **Επαμεινώνδας Χριστόπουλος**
Ειδικευόμενος Ιατρός, 251 ΓΝΑ

γκράτησε την κατανάλωση ενέργειας το επόμενο πρωί. Άλλη έρευνα από το ίδιο πανεπιστήμιο έδειξε ότι τα άτομα με έλλειψη ύπνου είχαν αυξημένη αίσθηση πείνας.

Αυτά δείχνουν ότι η οξεία έλλειψη ύπνου μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη λήψης τροφής των ανθρώπων. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου, που συμβάλλει στην αίσθηση της όρεξης ενός ατόμου, είναι σε μεγαλύτερη εγρήγορηση για να αντιδράσει σε μια εικόνα φαγητού μετά από μια νύχτα χωρίς ύπνο, από ό,τι μετά από μια νύχτα με ύπνο.

Εξετάστηκαν συστηματικά ποιες περιοχές του εγκεφάλου, που εμπλέκονται στο αίσθημα της όρεξης, επηρεάζονται από μια οξεία έλλειψη ύπνου. Με τη βοήθεια μαγνητικής απεικόνισης του εγκεφάλου (MRI), οι ερευνητές μελέτησαν τους εγκεφάλους 12 ανδρών με φυσιολογικό βάρος τη στιγμή που κοίταζαν κάποιες εικόνες τροφίμων.

Οι ερευνητές συνέκριναν τα αποτελέσματα μετά από μια νύχτα με φυσιολογικό ύπνο με εκείνα που λαμβάνονται μετά από μια νύχτα χωρίς ύπνο. Μετά από μια ολόκληρη νύχτα χωρίς ύπνο, οι άνδρες έδειξαν ένα υψηλό επίπεδο δραστηριοποίησης της περιοχής του εγκεφάλου που εμπλέκεται στην επιθυμία για λήψη τροφής.

Τα αποτελέσματα δίνουν ενδείξεις ότι η οξεία έλλειψη ύπνου αυξάνει την ηδονική διαδικασία που δίνει το ερέθισμα στον εγκέφαλο για κατανάλωση τροφής. Αυτό συμβαίνει ανεξάρτητα από τα επίπεδα της γλυκόζης του πλάσματος.

Τα ευρήματα αυτά μας δείχνουν ένα δυναμικό σημαντικό μηχανισμό που συμβάλλει στα αυξανόμενα επίπεδα παχυσαρκίας στις δυτικές κοινωνίες, των οποίων τα μοντέρνα πρότυπα ζωής επιβάλουν συνήθειες έλλειψης ύπνου για μεγάλα διαστήματα.

Γ' αυτό είναι σημαντικό να προσθέσουμε στο μοντέρνο πρότυπο ζωής τη συνήθεια για ύπνο 7-8 ωρών κάθε μέρα. Με αυτόν τον τρόπο βοηθάμε το σώμα μας να διατηρήσει ένα σταθερό και υγιές βάρος.

Διημερίδα Ογκολογίας

Στις 27 και 28 Ιανουαρίου πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας Διημερίδα με θέμα «Συμπαγείς Ογκοί των Νέων Ενηλίκων και Διλήμματα που προκύπτουν στη σύγχρονη Ογκολογία». Πρόκειται για την 1η μετεκπαιδευτική δραστηριότητα της Ογκολογικής Κλινικής η οποία ασχολείται με το ευαίσθητο θέμα των νέων ενηλίκων με καρκίνο, ως μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών που χρήζει ειδικών χειρισμών στη θεραπεία τους τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική.

Την εκδήλωση τίμησε με την παρουσία του ο Υφυπουργός Υγείας κ. Μιχάλης Τιμοσίδης. Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής της Διημερίδας ήταν ο Ασχμος (Μ) Νικόλαος Κεντεποζίδης, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής του 251 ΓΝΑ. Τη Διημερίδα παρακολούθησαν συνολικά 200 άτομα. Είναι πραγματικά ιδιαίτερα ευεπίκαιρα και δημιουργικά στους δύσκολους καιρούς που διανύουμε, μια τέτοια προσπάθεια ευαισθητοποίησης να έχει τόσο μεγάλη απήχηση στο επιστημονικό κοινό.



21ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο

Το 21ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συμπόσιο πραγματοποιήθηκε στις 16-17 Φεβρουαρίου 2012 στο αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ. Το Συμπόσιο είχε τον τίτλο «Επαύριο», ο οποίος συνδέεται άρρηκτα με τις εξελίξεις, τις προοπτικές και τις προόδους που συντελούνται στον χώρο των Επιστημών Υγείας.

Στις μέρες μας, από τη γονιδιακή θεραπεία μέχρι τη μετανοσοκομειακή κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα πολλές νέες μέθοδοι, μέσα από τη σημερινή καλόπιστη κριτική και αμφισβήτηση, διεκδικούν άρση ενδοιασμών και αποδοχή από την υγειονομική κοινότητα.

Η κήρυξη των εργασιών του Συμποσίου πραγματοποιήθηκε από τον Μακαριώτατο Αρχιεπίσκοπο Αθηνών και πάσης Ελλάδας κ. Ιερώνυμο. Η εναρκτήρια ομιλία με θέμα «Η τέχνη της ιατρικής και η επιστήμη της λογοτεχνίας» έγινε από τον κ. Αθανάσιο Νιάρχο. Κατά τη διάρκεια του Συμποσίου παρουσιάστηκαν συνολικά πέντε στρογγυλές τράπεζες, πέντε προφορικές διαλέξεις και δεκατέσσερις ελεύθερες ανακοινώσεις. Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συμποσίου ήταν ο Σμχος (ΥΙ) Αργύρης Μπιρμπίλης, Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής 251 ΓΝΑ. Το Συμπόσιο παρακολούθησαν συνολικά 491 άτομα.



Ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδας, κ. Ιερώνυμος, ο Απχς (Ι) Α. Τσαντηράκης, Αρχηγός ΓΕΑ και ο Ταξχος (ΥΙ) Χ. Γρηγορέας, Διοικητής 251 ΓΝΑ.



Ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδας κ. Ιερώνυμος πλαισιωμένος από τους Απχς (Ι) Α. Τσαντηράκη, Α/ΓΕΑ και Ταξχο (ΥΙ) Χ. Γρηγορέα, Διευθυντή 251 ΓΝΑ.



Ο Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδας, κ. Ιερώνυμος, κατά την κήρυξη των εργασιών του Συμποσίου.

3η Ημερίδα Απεικόνισης Μυοσκελετικού

Το Σάββατο 4 Φεβρουαρίου 2012 πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ η 3η Ημερίδα Απεικόνισης Μυοσκελετικού με θέμα «Αρθρωση του Ισχίου», η οποία διοργανώθηκε από το Εργαστήριο Μαγνητικής Τομογραφίας. Ο χαρακτήρας της εκδήλωσης ήταν εκπαιδευτικός και συμμετείχε πλειάδα καταξιωμένων ομιλητών.

Την Ημερίδα, η οποία ήταν μοριοδοτούμενη παρακολούθησαν άνω των 220 ακτινολόγων, ορθοπεδικών και φοιτητών.

Την έναρξη των εργασιών της Ημερίδας κήρυξε ο Διοικητής του 251 ΓΝΑ, Ταξχος (ΥΙ) Χρήστος Γρηγορέας, ενώ χαιρετισμό απηύθυνε ο Διευθυντής του Εργαστηριακού Τομέα, Σμχος (ΥΙ) Χρήστος Χειμάρρας.

Την εναρκτήρια ομιλία, ιδιαίτερα γλαφυρή και ουσιαστική, που αφορούσε στο μέλλον της Ακτινολογίας και την εκπαίδευση, πραγματοποίησε ο Καθηγητής Ακτινολογίας και Πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Σχολείου Ακτινολογίας, Υπτχος (ΥΙ) ε.α. κ. Νικόλαος Γκουρτσουγιάννης.



Ο Υπτχος (ΥΙ) ε.α. καθηγητής Ακτινολογίας, κ. Νικόλαος Γκουρτσουγιάννης.



Ο Σμχος (ΥΙ) ε.α. Μενέλαος Μάλαμας.



Σμχος (ΥΙ) Χ. Χειμάρρας, Διευθυντής Εργαστηριακού Τομέα.