



251

ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 59 / Ιούλιος - Αύγουστος 2012

ISSN: 1109-6403

Είμαι Φοιτητής στο ΤΕΙ Νοσηλευτικής Α'...

... και του χρόνου τέτοιο μήνα, θα έχω πάρει επιτέλους το πτυχίο μου. Λέω επιτέλους, διότι η Νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που μου αρέσει και πάνω από όλα βιάζομαι να προσφέρω ότι περνάει από το χέρι μου στον άνθρωπο που έχω απέναντί μου, δηλ. τον ασθενή. Δεν μπορώ να πω όμως ότι δεν έχω ανησυχίες και αμφιβολίες για πολλά ζητήματα, και η απειρία μου είναι σύμμαχος σε αυτές.

Οι καιροί έχουν δυσκολέψει, και όλοι ακούμε για τις συνθήκες που επικρατούν στα νοσοκομεία, με την έλλειψη βασικών υλικών, την έλλειψη κλινών και προσωπικού, την ταλαιπωρία του κόσμου από τη συσσώρευση του στα νοσοκομεία, αλλά και τον κατήφορο που έχουν πάρει οι μισθοί του προσωπικού υγείας.

Αναρωτιέμαι, λοιπόν, που θα βρω δουλειά, τι μισθό θα παίρνω, εάν θα είναι επαρκής για να ζήσω, και ποιο θα είναι το εργασιακό μου περιβάλλον.

Τα μεγαλύτερα ερωτηματικά, όμως, αφορούν προσωπικά εμένα και ένα στοίχημα που έχω βάλει με τον εαυτό μου. Στην επαγγελματική μου πορεία θα έρθω σε επαφή με διαφορετικούς ανθρώπους, διαφορετικής καταγωγής, με διαφορετικές θρησκείες ήθη και έθιμα και πάνω από όλα με διαφορετική παιδεία και προβλήματα υγείας, παράγοντες που πολλές φορές θα δυσκολεύουν το έργο μου.

- Θα είμαι άραγε ικανός να ανταπεξέλθω σε αυτές τις προκλήσεις;
- Θα μπορέσω ως νέος επαγγελματίας να αναγνωρίσω το πρόβλημα υγείας που έχει ο ασθενής, αλλά και τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να επακολουθήσουν;
- Θα έχω την υπομονή να αντιμετωπίσω τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, όσο δύστροποι και αν γίνουν, και να τους παρέχω την υλική και ψυχολογική υποστήριξη που οφείλω;
- Πώς θα μπορέσω να σεβαστώ την επιθυμία και το δικαίωμα άρνησης κάποιου να παλέψει για τη ζωή, όταν το αντικείμενο της εργασίας μου είναι η διατήρηση της ζωής;
- Όταν η θρησκεία έρχεται σε αντίθεση με τη ζωή του ασθενούς (π.χ. οι μάρτυρες του Ιεχωβά οι οποίοι δεν δέχονται τη μετάγγιση), εγώ τι πρέπει να κάνω; Να σεβαστώ τον ασθενή και τη θρησκεία του ή να προσπαθήσω να του σώσω τη ζωή;
- Όταν έχω έναν ασθενή που βασανίζεται από τον πόνο και τα φάρμακα δεν επαρκούν, και μου ζητάει καθημερινά να δώσω ένα τέλος στο μαρτύριό του πώς πρέπει να τον χειριστώ;

Πρέπει, επίσης, να προσθέσω ότι είμαστε άνθρωποι και όχι αλάνθαστοι. Μόνο που στον τομέα της υγείας τα λάθη στοιχίζουν ακριβά, είτε με την ταλαιπωρία του ασθενή είτε στη χειρότερη περίπτωση με επίπτωση στην υγεία ή ακόμη και τη ζωή του.

Αναρωτιέμαι, λοιπόν, υπάρχει πραγματικά περίπτωση να κάνω ένα τέτοιο λάθος, υπάρχει περίπτωση αυτό το λάθος να μου στοιχίσει την επαγγελματική μου καριέρα ή να καταστρέψει την καριέρα του καλύτερου φίλου μου, και αν κάνω ένα τέτοιο λάθος θα έχω το θάρρος να αναλάβω τις ευθύνες μου;

Με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο για τα δικαιώματα του ασθενούς, κάθε ασθενής δικαιούται να είναι ενήμερος για την κατάσταση της υγείας του και θα πρέπει να πληροφορείται πάντα την αλήθεια. Τι θα πρέπει όμως να κάνω εάν έχω κάποιον απέναντί μου που γνωρίζω πως δεν θα διαχειριστεί σωστά την αλήθεια, θα θέσει σε κίνδυνο την ίδια του τη ζωή ή τη ζωή κάποιου άλλου; Αρχίζω να καταλαβαίνω πως πολλές φορές θα βρεθώ αντιμέτωπος με τις αρχές και τις αξίες μου και ότι θα δοκιμασθεί η ηθική μου.

Το μεγαλύτερό μου, όμως, ερώτημα παραμένει εάν θα έχω το σθένος να υπομείνω τις δοκιμασίες και να ανταπεξέλθω στις απαιτήσεις και τη φθορά του επαγγέλματος. Γιατί οι ασθενείς είναι άνθρωποι που πονούν, ταλαιπωρούνται και περιστασιακά αγγίζουν τα όρια της ανθρωπίνης εξαθλίωσης. Θα μπορέσω να δημιουργήσω ένα «φραγμό» προστασίας, ένα όριο ώστε να μην επηρεάζομαι, να μην φθειρόμαι, να μην οδηγούμαι σε λάθος αποφάσεις και πράξεις και να μην μεταφέρω αυτά τα συναισθήματα σε συναδέλφους, φίλους, συγγενείς και την οικογένειά μου; Πώς θα αποφύγω την επαγγελματική εξουθένωση που θα δημιουργήσει πρόβλημα σε εμένα αλλά και στην απόδοση στην εργασία μου;

Αυτά είναι ελάχιστα από τα ερωτήματα που με βασανίζουν και σας διαβεβαιώνω ότι υπάρχουν ακόμη πολλά στο μυαλό μου. Ικανοποιητική απάντηση δεν υπάρχει, ταυτόχρονα όμως δεν υπάρχουν και πολλά περιθώρια για επιλογές. Θα πρέπει απλά να είμαι έτοιμος και αποφασισμένος, αισιόδοξος και πεπεισμένος ότι οτιδήποτε και αν συναντήσω θα το αντιμετωπίσω με όποιες δυνάμεις έχω, χωρίς μεμψιμοιρία και απογοήτευση, παρά μόνον με χαμόγελο, ελπίδα και αγάπη για τον συνάνθρωπό μου που είναι ασθενής!



Κωδικός: 6720



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

περιεχόμενα

ιατρικά θέματα:	– Νόσος από Αμυχές Γάτας (Cat Scratch Disease) σελ. 2	– Η Διαχείριση των Συγκρούσεων στον Χώρο του Νοσοκομείου σελ. 5
	– Στατίνες: Τι Πρέπει να Προσέχει ο Ιατρός και να Συμβουλευτεί τον Ασθενή σελ. 3	– Καφές: Ενοχή ή Απόλαυση; σελ. 6
θέματα γενικού ενδιαφέροντος:	– Το Σύνδρομο του «Αρρωστου Κτηρίου» σελ. 4	– 10 Συμπόσιο Εντατικής Ιατρικής Ενόπλων Δυνάμεων σελ. 7
	– Λογοθεραπεία	σκέψεις και προβληματισμοί: εκδηλώσεις:

Νόσος από Αμυχές Γάτας (Cat Scratch Disease)

Σγός (ΥΚ) Μυρτώ Κουμαριανού
Σγός (ΥΚ) Δημήτριος Παπαδόπουλος
Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής, 251 ΓΝΑ

Η νόσος από αμυχές γάτας είναι μία βακτηριακή νόσος, που προκαλείται από το είδος *Bartonella henselae* και προσβάλλει κυρίως νεαρά άτομα και μικρά παιδιά. Στις ΗΠΑ, καταγράφονται περίπου 25.000 περιστατικά ετησίως, ενώ θεωρείται αρκετά συχνή και στις χώρες του Δυτικού κόσμου.

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος μετάδοσης στον άνθρωπο είναι οι αμυχές ή το δάγκωμα από γάτες-φορείς του βακτηρίου, στις οποίες μεταδίδεται από άλλες γάτες μέσω των ψύλλων. Οι μολυσμένες γάτες, δεν παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα, παρά μόνο βακτηριαιμία που είναι συνηθέστερη σε νεαρά γατάκια, μικρότερα του ενός έτους. Οι ψύλλοι δεν συμμετέχουν στη μετάδοση από τη γάτα στον άνθρωπο και η νόσος δεν μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Αρχικά, στο σημείο της αμυχής, παρατηρείται μια βλατίδα ή φλύκταινα στο δέρμα, (Εικόνα 1) συνήθως 3 έως 10 ημέρες μετά την επαφή με το ζώο, που διαρκεί 1 έως 3 εβδομάδες. Η βλάβη αυτή συχνά δεν γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή. **Χαρακτηριστική είναι η τοπική λεμφαδενοπάθεια** (>90% των περιστατικών) σε έναν ή περισσότερους λεμφαδένες, όπως φαίνεται στην Εικόνα 2, η οποία αποτελεί και την κύρια αιτία προσέλευσης στον ιατρό. Εμφανίζεται 7-50 ημέρες μετά την αρχική δερματική βλάβη, στο 100% των ασθενών, συνήθως μετά την ίαση της πρωταρχικής βλάβης. Συνήθως, οι λεμφαδένες είναι επώδυνοι και μερικές φορές μπορεί να διαπυηθούν, ενώ προσβάλλονται συχνότερα αυτοί του τραχήλου και της μασχάλης. Το 60% των ασθενών παρουσιάζει χαμηλό πυρετό για λίγες ημέρες. Άλλοι αναφέρουν κόπωση, κακοδιαθεσία και μικρότερο ποσοστό πονοκέφαλο ή πονόλαιμο. Σπανιότερα συμπτώματα είναι η αρθραλγία ή αρθρίτιδα, οι μυαλγίες και η οστεομυελίτιδα. Άτυπες μορφές της νόσου είναι η οφθαλμοαδενοπάθεια Perinaud's, η αυτοπεριοριζόμενη ηπατοσπληνομεγαλία, η οστεϊτίδα, η άτυπη πνευμονία και διάφορα νευρολογικά σύνδρομα.

Η νόσος σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα εκδηλώνεται διαφορετικά και κυρίως στους ασθενείς με HIV λοίμωξη. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν τα κλινικά σύνδρομα της βακτηριακής αγγειομάτωσης (Εικόνα 3) και βακτηριακής πελίωσης. Η βακτηριακή αγγειομάτωση χαρακτηρίζεται από την παρουσία στο δέρμα ανώδυνων, σκληρών, ερυθρών οζιδίων, μεγέθους από μερικά χιλιοστά έως μερικά εκατοστά. Εάν δεν αρ-



Εικόνα 1. Βλατίδα στη δεξιά άνω χείρα στο σημείο της αμυχής.



Εικόνα 2. Διογκωμένος λεμφαδένας στο σημείο της μασχάλης.



Εικόνα 3. Βλατιδώδεις και οζιδώδεις δερματικές αλλοιώσεις βακτηριακής αγγειομάτωσης.

χίζει έγκαιρα η θεραπεία είναι πιθανή η επέκταση των βλαβών σε άλλα όργανα, καθώς και η εμφάνιση συστηματικών συμπτωμάτων, όπως πυρετός, απώλεια βάρους και ναυτία.

Η βακτηριακή πελίωση χαρακτηρίζεται από τον πολλαπλασιασμό των αγγείων του ήπατος ή του σπλήνα με πιθανή συμμετοχή των κοιλιακών λεμφαδένων.

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή για τα άτομα με φυσιολογικό ανοσοποιητικό σύστημα, στα οποία συνήθως αυτοϊάται. Συστήνεται η υποστηρικτική αγωγή, με χλιαρές κομπρέσες στους προσβεβλημένους λεμφαδένες και η χορήγηση αντιπυρετικών και αντιβιοτικών, αν τα συμπτώματα είναι έντονα. Τα αντιβιοτικά που συνήθως χορηγούνται είναι η αζιθρομικίνη, η δοξκυκλίνη και η σιπροφλοξασίνη. Σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς τα αντιβιοτικά που επιβάλλεται να χορηγηθούν είναι η ερυθρομικίνη ή η δοξκυκλίνη μόνες τους ή σε συνδυασμό με ριφαμικίνη ή γενταμικίνη. Επί αποστηματοποίησης του λεμφαδένα συνιστάται παροχέτευση με διάνοιξη ή παρακέντηση.

• Είναι δυνατόν μια κατοικίδια γάτα να μεταδώσει τη νόσο;

Πιθανόν, σε ορισμένες περιπτώσεις και οι κατοικίδιες γάτες είναι δυνατόν να μεταδώσουν το βακτήριο μέσω αμυχών ή δαγκώματος. Τα ζώα αυτά, όπως αναφέρθηκε, είναι ασυμπτωματικοί φορείς. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 40% των γατών κάποια στιγμή στη ζωή τους θα είναι φορείς. Περισσότερες πιθανότητες μετάδοσης υπάρχουν από τα μικρά γατάκια, κάτω του ενός έτους, στα οποία είναι συχνότερη η βακτηριαιμία αλλά και λόγω συμπεριφοράς (μεγαλύτερη τάση για πρόκληση αμυχών κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού).

• Πώς μπορεί να προληφθεί η μετάδοση της νόσου;

– Αποφυγή «σκληρού παιχνιδιού» που περιλαμβάνει δαγκώματα και γρατζουνιές, ιδιαίτερα με γατάκια.
– Καλό πλύσιμο των πληγών και των αμυχών με νερό και σαπούνι.
– Αποφυγή λείψης ανοιχτών τραυμάτων ή πληγών από γάτες.
– Έλεγχος των ψύλλων στις γάτες με χρήση κατάλληλων εξωπαρασιτοκτόνων φαρμάκων.
– Σε περίπτωση υποψίας της νόσου άμεση επικοινωνία με τον ιατρό, ιδιαίτερα για τα ανοσοκατεσταλμένα άτομα.

• Μπορούν ανοσοανεπαρκή άτομα να έχουν ως κατοικίδιο μια γάτα;

Ναι, συστήνεται όμως η απόκτηση γατών μεγαλύτερων του ενός έτους ενώ υπάρχει και η δυνατότητα ελέγχου παρουσίας αντισωμάτων για το βακτήριο, ώστε να προτιμηθεί μια γάτα αρνητική. Εξάλλου με την τήρηση των μέτρων προφύλαξης, ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες μετάδοσης της νόσου.


251 ΓΝΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

Ιδιοκτησία

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 74 63 894, Fax: 210 77 80 998

Εκδότης

Ασχος (ΥΝ) Γεωργία Κουτραφούρη

Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνοι Σύνταξης: Ασχος (ΥΙ) Γεώργιος Τσολακίδης
Ασχος (ΥΝ) Γεωργία Κουτραφούρη
Μέλη Σύντακτικής Επιτροπής: Σγός (ΥΝ) Χρυσούλα Χιώτη
Υπογός (ΥΨ) Γεώργιος Μπρεκουλάκης

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.

Στατίνες: Τι Πρέπει να Προσέχει ο Ιατρός και να Συμβουλευτεί τον Ασθενή

Ασμχος (ΥΙ) **Ελένη Μοστρούτου**
Επιμελήτρια Β' Παθολογικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

Για την αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας χρησιμοποιείται πάρα πολύ συχνά μια κατηγορία φαρμάκων που λέγονται **στατίνες**. Οι στατίνες προκαλούν **μείωση της χοληστερόλης** (30-40%), ενώ επηρεάζουν ελαφρώς τα τριγλυκερίδια (μείωση μέχρι 10%) και τη χοληστερόλη της HDL (αύξηση μέχρι 10%).

Είναι γνωστό ότι η μείωση της χοληστερόλης είναι αποτελεσματική στην πρόληψη **καρδιαγγειακών επεισοδίων (στεφανιαία σύνδρομο, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια)**. Ιδιαίτερα, οι ασθενείς που έχουν **αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο**, όπως οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή αυτοί που έχουν ήδη περάσει ένα τέτοιο επεισόδιο, είναι απαραίτητο να λαμβάνουν στατίνες για την πρόληψη ενός νέου επεισοδίου.

Όπως, όμως όλα τα φάρμακα, έτσι και οι στατίνες, έχουν κάποιες **ανεπιθύμητες ενέργειες**, που θα πρέπει να είναι γνωστές και στον ασθενή, για να ενημερώνει τον ιατρό του, προκειμένου αν κριθεί απαραίτητο, να διακοπεί η θεραπεία ή να γίνει ο κατάλληλος έλεγχος και να τροποποιηθεί η δοσολογία.

Οι κυριότερες παρενέργειες των στατινών είναι:

- **γαστρεντερικές διαταραχές**
- **εξάνθημα** και
- **παροδική αύξηση των τρανσαμινασών ή της κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK)**.

Ιδιαίτερα οι ασθενείς που έχουν ενεργό ηπατική νόσο ή ανεξήγητα εμμένουσες αυξήσεις των τρανσαμινασών περισσότερο από 3 φορές από το ανώτερο φυσιολογικό όριο, έχουν αντένδειξη να λάβουν στατίνη. Γι' αυτό, συνιστάται η μέτρηση και η παρακολούθηση των ανωτέρω, όπως επίσης και της CPK πριν από την έναρξη της θεραπείας.

Η **μυοπάθεια** από τις στατίνες είναι ένα φαινόμενο που πρέπει να προσέχει και να γνωρίζει ο ασθενής που λαμβάνει αγωγή.

Πόνος και αδυναμία στα πόδια μπορεί να έχουμε σε έναν μεγάλο αριθμό παθήσεων όπως νευρολογικών, μεταβολικών, παρανεοπλασματικών, ρευματολογικών, ορθοπεδικών, που συνοδεύονται από **πόνος στα άκρα και μυϊκή αδυναμία** και χρειάζεται η ανάλογη κάθε φορά από τον ιατρό, διαφορική διάγνωση και διερεύνηση. Το ιστορικό, η κλινική εξέταση και ο κατάλληλος έλεγχος θα προσανατολίσουν τον ιατρό στη διάγνωση του προβλήματος.

Μυαλγίες αναφέρονται στο 10-20% των ασθενών, αλλά η επίπτωση της σοβαρής μυοτοξικότητας (CPK να υπερβαίνει 10 φορές το ανώτερο όριο της φυσιολογικής τιμής, η οποία να σχετίζεται με συμπτώματα από τους μύς ώστε να χρειάζεται νοσηλεία), είναι ευτυχώς σπάνια και εκτιμάται στο 0,1-1%.

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της μυοπάθειας από στατίνες περιλαμβάνουν τη **συγχρόνηση φαρμάκων** (π.χ. φιμπράτες, κυκλοσπορίνη, νικοτινικό οξύ, και αναστολείς των διαύλων ασβεστίου, όπως η αμλοδιπίνη). Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η **μεγάλη ηλικία, ο υποθυρεοειδισμός, η ηπατική δυσλειτουργία και ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος (παχυσαρκία)**.

Ο κίνδυνος για τη μυοπάθεια από στατίνες είναι δόσοεξαρτώμενος.

Ο κίνδυνος για ραβδομυόλυση αυξάνεται ιδιαίτερα με τη συγχρόνηση με φιμπράτες, καθώς και άλλων φαρμάκων που ανεβάζουν τα επίπεδα των στατινών στο αίμα, όπως τα αντιμυκητιασικά τύπου αζόλης, αντιμικροβιακά της ομάδας των μακρολιδίων, η βεραπαμίλη, η αμιωδαρόνη, η διλτιαζέμη και ο χυμός γκρέιπ φρουτ.

Ο θεράπων ιατρός γνωρίζει όμως, ότι οι στατίνες μπορεί να «ξεσκεπάσουν» **υποκείμενες νευρομυϊκές διαταραχές**, όπως φλεγμονώδεις μυοπάθειες (**δερματομυοσίτιδα, πολυμυοσίτιδα και μυοσίτιδα** από έγκλειστα) και ορισμένες φορές, αναλόγως των κλινικών ενδείξεων, ίσως χρειαστεί να γίνει παράλληλα διερεύνηση και ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Επειδή κανένα φάρμακο δεν προσφέρει οφέλη χωρίς κάποιο βαθμό κινδύνου, πάντα η σχέση κινδύνου-οφέλους απαιτεί συνεχή θεώρηση. Αυτό αφορά και στις στατίνες και στον κίνδυνο για νεοεμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη αλλά, εξακολουθεί να



υπάρχει η πεποίθηση ότι τα καρδιαγγειακά οφέλη από τις στατίνες υπερτερούν έναντι αυτής της μικρής αύξησης του κινδύνου. Κατά συνέπεια, η χρήση στατινών ενδείκνυται σε ανθρώπους υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου γιατί υπάρχει μεγάλο όφελος. Γι' αυτό, οι σύγχρονες οδηγίες υποστηρίζουν τη συνέχιση της χορήγησης στατινών όταν διαγιγνώσκεται σακχαρώδης διαβήτης, αλλά μειώνονται τα επίπεδα των λιπιδίων του ασθενή. Φυσικά, παραμένει εξίσου σημαντικό να συνιστά ο ιατρός αυξημένη άσκηση, υγιεινή διατροφή και διατήρηση του σωματικού βάρους στους ασθενείς με προδιαβήτη ή μεταβολικό σύνδρομο.

Τι θα πρέπει να προσέχει ο ασθενής που λαμβάνει θεραπεία με στατίνη

- Να προσπαθεί να τηρεί έναν υγιεινό τρόπο ζωής και σωστό διατολόγιο.
- **Να αποφεύγει να καταναλώνει** σημαντικές ποσότητες **αλκοόλ**.
- Ο ασθενής που λαμβάνει ταυτόχρονα κουμαρινικά **αντιπηκτικά**, θα πρέπει να ελέγχει τακτικά τον χρόνο προθρομβίνης (PT, INR).
- Εάν κάποιος έχει ανεξήγητο **πόνος στους μύς ή αδυναμία ή κράμπες, κακουχία ή πυρετό** πρέπει να προσφύγει **άμεσα** σε ιατρό. Ο ιατρός θα ελέγξει **τα επίπεδα των τρανσαμινασών και της κρεατινικής κινάσης (CPK)** και θα διακόψει την αγωγή πριν συμβούν σοβαρές επιπλοκές.
- Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνει τον ιατρό του για τα συγχρονηόμενα **φάρμακα**, λόγω του αυξημένου κινδύνου από κάποιες κατηγορίες φαρμάκων για εμφάνιση μυοπάθειας με τη σύγχρονη χορήγηση των στατινών.
- **Δεν θα πρέπει να λαμβάνει στατίνη η γυναίκα σε κύηση ή γαλουχία**, καθώς και η γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία που δεν λαμβάνει αντισύλληψη.
- Η χρήση των στατινών είναι μακροχρόνια και δεν θα πρέπει να διακόπτεται με πρωτοβουλία του ασθενούς όταν δει ότι επιτυγχάνονται τα επιθυμητά επίπεδα χοληστερόλης.
- Τέλος, θα πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση του **σακχάρου ή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης** στον ασθενή με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για σακχαρώδη διαβήτη.



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

Θέματα γενικού ενδιαφέροντος

Το Σύνδρομο του «Αρρωστου Κτηρίου»

ΜΥ Ιφιγένεια Μαντζούτσου

Υπεύθυνη Γραφείου Υγιεινής και Ασφάλειας, 251 ΓΝΑ

Τι είναι το «άρρωστο κτήριο»

Ο όρος «**άρρωστο κτήριο**» χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει τα κτήρια που προορίζονται να στεγάσουν υπηρεσίες ή κατοικίες και τα οποία παρουσιάζουν προβλήματα εσωτερικής ρύπανσης. Ως εσωτερική ρύπανση θεωρείται η κακή ποιότητα του αέρα των εσωτερικών χώρων, η κακή θέρμανση, ο κακός φυσικός φωτισμός και τα κλιματιστικά τα οποία πρέπει να συντηρούνται σωστά και τακτικά.

Τι είναι το σύνδρομο του «άρρωστου κτηρίου»

Ο όρος **σύνδρομο του «άρρωστου κτηρίου»** χρησιμοποιείται για να εκφράσει την κακή κατάσταση της υγείας τουλάχιστον του 50% των ενοίκων-εργαζομένων, η οποία χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα ενοχλήματα που αποδίδονται αποκλειστικά και μόνον στην εσωτερική ρύπανση του αέρα του κτηρίου.

Τα κύρια συμπτώματα που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι-ενοίκιοι στα «άρρωστα κτήρια» είναι τα εξής:

Δύσπνοια, ξηρός βήχας, πονόλαιμος, βράχνιασμα, ρινόρροια, δακρύρροια, φτάρνισμα, πονοκέφαλοι, ζάλη, ναυτία, πνευματική κόπωση και σύγχυση και πεπτικές διαταραχές.

Η μακροχρόνια παραμονή σε ένα «άρρωστο κτήριο» μπορεί να προκαλέσει λοιμώξεις, όπως: ρινίτιδες (αλλεργικές ή μη), ιγμορίτιδες, ωτίτιδες, επιπεφυκίτιδες, πνευμονίες, δερματίτιδες (εκζέματα), παθήσεις του πεπτικού συστήματος και άλλες ασθένειες, όπως: νεοπλασίες, παθήσεις του ήπατος, παθήσεις των νεφρών, παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Οι βλαπτικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εσωτερική ρύπανση ενός «άρρωστου κτηρίου» είναι:

1. Χημικοί παράγοντες, όπως:

– **Φορμαλδεΐδη.** Η παρουσία της στους εσωτερικούς χώρους οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μεγάλη χρήση ρητινών. Τέτοιες ρητίνες χρησιμοποιούνται στην κατασκευή μονωτικών υλικών, επίπλων από κόντρα πλακέ ή άλλα συνθετικά ξύλα. Επίσης, η φορμαλδεΐδη είναι ένα από τα προϊόντα που απελευθερώνεται κατά την καύση των τσιγάρων.

– **Μονοξειδίο του άνθρακα.** Ένα μέρος της ποσότητας του μονοξειδίου του άν-



θρακα που εντοπίζεται στους εσωτερικούς χώρους των κτηρίων προέρχεται από το εξωτερικό περιβάλλον, δεδομένου ότι αποτελεί προϊόν αφενός μεν της οδικής κυκλοφορίας αφεντέρου δε της βιομηχανικής δραστηριότητας και των κεντρικών συστημάτων θέρμανσης.

– **Τεχνητές ορυκτές ίνες.** Τέτοιες ίνες είναι ο πετροβάμβακας και ο υαλοβάμβακας που χρησιμοποιούνται σαν θερμομονωτικά υλικά σε υποκατάσταση του αμιάντου. Η απελευθέρωσή τους στο εσωτερικό των κτηρίων οφείλεται κυρίως στις παρεμβάσεις συντήρησης.

• **Πηκτικές οργανικές ενώσεις.** Αυτές είναι χημικές ουσίες όπως το τριχλωροαιθυλένιο, το τριχλωροαιθάνιο, το τριχλωρομεθάνιο, το βενζόλιο καθώς και άλλοι αλογόνοι διαλύτες που εξαερώνονται στη θερμοκρασία των εσωτερικών χώρων από διάφορα προϊόντα (χρώματα, πλαστικά, κόλλες κ.λπ.).

• **Αμιάντος.** Ο αμιάντος εντοπίζεται σε περισσότερες από 3.000 διαφορετικές τεχνικές εφαρμογές. Αναμιγνύεται με διάφορες συγκολλητικές ουσίες, όπως το τσιμέντο και χρησιμοποιείται σαν οικοδομικό υλικό με τη μορφή φύλλων και σωλήνων. Η απελευθέρωσή του στον εσωτερικό χώρο των κτηρίων οφείλεται στη σταδιακή γήρανση του υλικού, καθώς επίσης και στις παρεμβάσεις συντήρησης των κτηρίων.

2. **Φυσικοί παράγοντες, όπως το ραδόνιο.** Το ραδόνιο είναι ένα ραδιενεργό αέριο. Απελευθερώνεται σε αέρια μορφή στους κλειστούς εσωτερικούς χώρους των κτηρίων από τα κατασκευαστικά υλικά και το νερό. Το ραδόνιο, εισέρχεται στα «άρρωστα κτήρια» από τις ρωγμές στο σκυρόδεμα ή στους τοίχους όπου περνούν σωληνώσεις αποχετεύσεων και ύδρευσης. Υψηλές συγκεντρώσεις από ραδόνιο παρατηρούνται και στους μη αεριζόμενους υπόγειους χώρους, όπου το στοιχείο απελευθερώνεται και από το έδαφος.

3. **Βιολογικοί παράγοντες** οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη ρύπανση του εσωτερικού αέρα των κτηρίων και είναι κυρίως τα βακτήρια, οι ιοί και οι μύκητες. Αυτοί οι βιολογικοί ρυπαντές του εσωτερικού αέρα προέρχονται από τα κλιματιστικά συστήματα με πύργους ψύξης καθώς επίσης από τους ανθρώπους και τα ζώα.

Η κυριότερη αιτία για την εμφάνιση του συνδρόμου του «άρρωστου κτηρίου» είναι ο ανεπαρκής ή ακατάλληλος αερισμός του κτηρίου. Τα προβλήματα που παρουσιάζουν τα «άρρωστα κτήρια» έχουν σχέση άμεσα με την κυκλοφορία του αέρα στον χώρο.

Διαδικασίες πρόληψης

Οι διαδικασίες πρόληψης θα πρέπει να εστιάζονται:

- Στην καλή συντήρηση και τον καθαρισμό των κεντρικών κλιματιστικών συστημάτων.
- Στην εναλλαγή του εσωτερικού αέρα. Η ανακύκλωση του εσωτερικού αέρα δεν πρέπει να υπερβαίνει το 30%
- Στη μείωση της χρήσης συνθετικών προϊόντων στην επίπλωση του χώρου.
- Στην αποφυγή χρήσης χημικών καθαριστικών.
- Στην ποσοτική και ποιοτική εκτίμηση των βλαπτικών παραγόντων του περιβάλλοντος εργασίας.
- Στην εφαρμογή της κείμενης νομοθεσίας για την υγεία και ασφάλεια, όπως και στην υλοποίηση της γραπτής εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου.

Επίσημοι Δικτυακοί Τύποι Στρατιωτικού Περιεχομένου

Λέσχες, Σύνδεσμοι, Ομοσπονδίες, Σύλλογοι και Ενώσεις

EAAA	Ενωση Αποστράτων Αξιωματικών Αεροπορίας	http://www.eaaa.gr/profil.html
ΠΣΟΙΠΑ	Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών Πεσόντων Αεροπόρων	http://www.insitu.gr/psouipa/
EAAΝ	Ενωση Αποστράτων Αξιωματικών Ναυτικού	http://www.eaan.gr/
ΣΑΣΝΔ	Σύνδεσμος Αποφοίτων Σχολής Ναυτικών Δοκίμων	http://www.sa-snd.gr/
EAAΣ	Ενωση Αποστράτων Αξιωματικών Στρατού	http://www.eaas.gr/
EAAΣ	Παράρτημα Θεσσαλονίκης	http://www.eaasthes.gr/
EAAΣ	Παράρτημα Λάρισας	http://eaaslarisas.blogspot.com/
EAAΣ	Παράρτημα Πιερίας	http://www.eaaspierias.gr/
ΣΥΣΜΕΔ	Συνδέσμος Υποστήριξης & Συνεργασίας Μελών Ενόπλων Δυνάμεων	http://www.sysmed.gr/
ΣΕΕΠ	Σύλλογος Ελλήνων Εφέδρων Πεζοναυτών	http://hellenicmarines.wordpress.com/
ΠΣΕΕΔ	Πανελλήνιος Σύνδεσμος Εφέδρων Ενόπλων Δυνάμεων	http://www.pseed.gr/
ΑΠΟΕΑ	Ανωτάτη Πανελλήνιος Ομοσπονδία Εφέδρων Αξιωματικών	http://www.apoea.gr/

Θέματα γενικού ενδιαφέροντος

Λογοθεραπεία

Κωνσταντίνος Μέλος

Λογοθεραπευτής, Εθελοντής 251 ΓΝΑ

Ως επιστήμη, η λογοθεραπεία ασχολείται με την πρόληψη, αξιολόγηση και θεραπεία των διαταραχών της επικοινωνίας (λεκτικής ή μη) και του λόγου (γραπτού ή προφορικού) παιδιών, εφήβων και ενηλίκων.

Ο λογοπεδικός είναι σε θέση να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει

- Διαταραχές άρθρωσης
- Διαταραχές ομιλίας (προβληματική ροή της ομιλίας, τραυλισμός, τραχυλαλία κ.ά.)
- Γλωσσικές διαταραχές
- Αφασίες, δυσφασίες παιδιών και ενηλίκων
- Νευρογενείς διαταραχές του λόγου και της ομιλίας (π.χ. δυσαρθρίες)
- Γλωσσικούς αρνητισμούς
- Επιβραδύνσεις στη γλωσσική εξέλιξη

Πότε πρέπει να ζητήσουμε την βοήθεια του λογοπεδικού;

Όταν το παιδί σε ηλικία 2-3 ετών:

- Περιλαμβάνει στο λεξιλόγιό του ελάχιστες λέξεις



• Δεν μιλάει αρκετά καθαρά, ώστε να το καταλαβαίνουν τρίτοι (δεν αρθρώνει σωστά κάποιους ήχους ή αντικαθιστά/παράλείπει ήχους και συλλαβές λέξεων)

- Δυσκολεύεται να συνδυάσει δύο λέξεις για να σχηματίσει σύντομες φράσεις και προτάσεις
- Δεν μπορεί να ακολουθήσει απλές οδηγίες που αποτελούνται από δύο-τρία στοιχεία
- Δυσκολεύεται στην κατανόηση απλών γραμματικών κανόνων (δεν χρησιμοποιεί αντωνυμίες, προθέσεις ή/και τον πληθυντικό αριθμό)

Όταν το παιδί σε ηλικία 3-4 ετών:

- Δεν είναι σε θέση να αρθρώσει αρκετούς ήχους της μητρικής του γλώσσας ή τους προφέρει εσφαλμένα
- Η ομιλία του γίνεται δύσκολα κατανοητή από άλλους
- Επαναλαμβάνει λέξεις τις οποίες δεν κατανοεί
- Δεν εκτελεί εντολές που αποτελούνται από τρία μέρη
- Οι προτάσεις που χρησιμοποιεί είναι μικρότερες των τεσσάρων-πέντε λέξεων, χωρίς σωστή οργάνωση (χρησιμοποιεί ελάχιστα ή καθόλου ρήματα, άρθρα, επίθετα, πληθυντικό αριθμό)
- Δυσκολεύεται στη διήγηση απλών και πρόσφατων γεγονότων.

Η Διαχείριση των Συγκρούσεων στον Χώρο του Νοσοκομείου

Χριστίνα Δημητρακοπούλου

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Msc,

Προϊσταμένη ΜΕΘ, Νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ

Οι δομές υγείας είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στις συγκρούσεις καθώς η φύση και το περιεχόμενο της εργασίας των επαγγελματιών υγείας είναι δύσκολο και απαιτητικό. Η διαχείρισή τους, επομένως, είναι κρίσιμης σημασίας γεγονός, που συνεισφέρει στην αποτελεσματική λειτουργία των δομών υγείας και ως εκ τούτου στην αρτιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τον Thomas, «Σύγκρουση είναι η διαδικασία που ξεκινά όταν το ένα μέλος αντιλαμβάνεται ότι το άλλο έχει επηρεαστεί αρνητικά ή πρόκειται να επηρεαστεί αρνητικά και ενδιαφέρεται γι' αυτό». Κάποιες από τις πιο σημαντικές πηγές συγκρούσεων στη Νοσηλευτική είναι η απόκλιση μεταξύ του τρόπου που διοικεί ο προϊστάμενος και των προτεραιοτήτων που έχει το προσωπικό, οι περιορισμένοι ανθρωπίνι πόροι που αυξάνουν το άγχος, οι διαφορετικοί στόχοι μεταξύ των ομάδων και ο ανταγωνισμός. Μια επιπλέον σημαντική πηγή σύγκρουσης είναι το δίπολο νοσηλευτής-ιατρός. Παραδοσιακά οι νοσηλευτές ενεργούν σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Ωστόσο, έχουν αρχίσει να απορρίπτουν αυτό το παραδοσιακό στερεότυπο καθώς έχουν αποκτήσει μεγαλύτερη ευθύνη στη λήψη αποφάσεων. Η σχέση του προϊστάμενου με το προσωπικό μπορεί επίσης να οδηγήσει σε σύγκρουση. Όταν υπάρχει διαφωνία μεταξύ των απαιτήσεων του προϊστάμενου και του προσανατολισμού των υφισταμένων ή όταν ο τρόπος που διοικεί ο προϊστάμενος είναι τόσο ελαστικός που το προσωπικό αισθάνεται εγκαταλελειμμένο και ακέφαλο, μπορεί να προκύψει σύγκρουση που οδηγεί σε αναποτελεσματική παροχή φροντίδας, η οποία έχει αντίκτυπο στους ασθενείς. Επομένως, η επίλυση των

συγκρούσεων θα πρέπει να είναι προτεραιότητα για του επαγγελματίες υγείας.

Εντούτοις, η σύγκρουση δεν θα πρέπει να θεωρείται φαινόμενο που οδηγεί μόνο σε αρνητικά αποτελέσματα. Μπορεί να είναι εξίσου εποικοδομητική, καθώς μπορεί να είναι καλύπτει για καινούριες ιδέες, θετική αλλαγή και ανάπτυξη. Αυξάνει τη δημιουργικότητα, την καινοτομία, παρέχει ενέργεια και κίνητρο, προσφέρει την ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη και πιο υγιείς σχέσεις, ενθαρρύνει την αυτοεξέταση και καλλιεργεί την επανεκτίμηση της κατάστασης. Όταν, όμως, είναι υπερβολική, μπορεί να διαταραχθεί η αποτελεσματικότητα της ομάδας, γεγονός που οδηγεί σε μείωση της ικανοποίησης της ίδιας της ακεραιότητάς της.

Πέντε προσεγγίσεις ή στρατηγικές έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία για την επίλυση των συγκρούσεων: ανταγωνισμός, αποφυγή, διευθέτηση, συμβιβασμός και συνεργασία. Ο ανταγωνισμός είναι μια διαδικασία «χάνω-κερδίζω». Καθορίζει μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο ή μια ομάδα προσπαθεί να αποκτήσει πλήρη κυριαρχία. Αυτή η στρατηγική είναι κατάλληλη όταν η λήψη γρήγορων αποφάσεων είναι ζωτικής σημασίας και δεν υπάρχει χρόνος για συζήτηση, όπως συμβαίνει στα επείγοντα. Όμως, υπάρχουν πάντα κερδισμένοι και χαμένοι. Η αποφυγή χρησιμοποιείται όταν κάποιος θέλει να αγνοήσει το πρόβλημα και δεν υπάρχει ενεργός επίλυση στη σύγκρουση. Ωστόσο, είναι ικανοποιητική μέθοδος χειρισμού μέχρι να υπάρξουν περισσότερες πληροφορίες και να γίνει ανάλυση της κατάστασης. Βέβαια αν η όλη διαδικασία διαρκέσει πολύ τότε προκαλείται δυσλειτουργία. Η διευθέτηση που χαρακτηρίζεται και ως στρατηγική του «παραδίνομαι» είναι η αντίθεση του ανταγωνισμού μεταξύ αυξημένης συνεργασίας και μειωμένης διεκδίκησης. Αναφέρεται στον συμβιβασμό που προκύπτει όταν ένα άτομο ή μια ομάδα είναι διατεθειμένα να υποκύψουν ο ένας στον

άλλο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία ευχάριστη σχέση μεταξύ των δύο μελών. Ο συμβιβασμός προκύπτει όταν υπάρχει διαπραγμάτευση και ανταλλαγή μεταξύ και των δύο πλευρών. Κάθε άτομο κερδίζει κάτι, αλλά δίνει κάτι άλλο στην πορεία. Τέλος, στη συνεργασία κάθε άτομο ή ομάδα αντιμετωπίζει το πρόβλημα με ισότιμο ενδιαφέρον. Αυτή η προσέγγιση ενθαρρύνει την αναγνώριση συμφωνίας ή διαφωνίας και την επιλογή μιας λύσης που ικανοποιεί και τις δύο πλευρές. Είναι η περισσότερο χρονοβόρα αλλά και η πιο σημαντική στην επίλυση προβλημάτων.

Υιοθετώντας όλοι οι νοσηλευτές μια πιο κατάλληλη συμπεριφορά που ευνοεί τη συνεργασία, η ομάδα θα αναγνωρίσει σημεία συμφωνίας με αποτέλεσμα να βρεθεί λύση και να μην υπάρξει σύγκρουση. Επιπλέον, αν ο προϊστάμενος αντικαταστήσει το ανταγωνιστικό ύφος ηγεσίας με μια πιο προσαρμοστική συμπεριφορά, μπορεί να συμβάλει στην επίλυση της σύγκρουσης. Αυτή η αλλαγή μπορεί να ενθαρρύνει μια αμφίδρομη διαδικασία επικοινωνίας και να δημιουργήσει ένα περισσότερο αρμονικό κλίμα στην ομάδα.

Για να δοθεί τέλος στη σύγκρουση σημαντικός είναι και ο χρόνος. Χρειάζεται χρόνος για να συζητηθεί το πρόβλημα και να βρεθεί λύση σε συνεργασία και με τις δύο πλευρές. Ωστόσο, οι νοσηλευτές, αλλά και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας, είναι συνήθως πολύ απασχολημένοι με τους ασθενείς και δεν έχουν αρκετό χρόνο για να σκεφτούν τη διαπροσωπική σύγκρουση. Καθώς ο ρόλος των νοσηλευτών σε ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας είναι σημαντικός, η εκπαίδευση τόσο των προϊστάμενων όσο και του προσωπικού στην επίλυση της σύγκρουσης είναι απαραίτητη. Το ίδιο σημαντική είναι η σωστή διαχείριση του χώρου και του χρόνου, η ύπαρξη αριθμητικά του απαραίτητου προσωπικού και η διαμόρφωση κατάλληλων κινήτρων.

σκέψεις και προβληματισμοί

Καφές: Ενοχή ή Απόλαυση;

ΣΕΙΔ Δημήτριος Βυθούλας
Ειδικευμένος Ιατρός, 251 ΓΝΑ

Τελικά, αυτό το υπέροχο ρόφημα που πίνουμε σχεδόν όλοι κάθε πρωί, με την απίστευτη μυρωδιά που ως διά μαγείας μας ξυπνάει και κάνει τις αισθήσεις μας να δουλεύουν πιο γρήγορα, είναι τόσο αθώο όσο νομίζουμε ή τόσο ένοχο όσο πολλοί πιστεύουν; Άλλοι θεωρούν ότι σε γενικές γραμμές είναι βλαβερό και άλλοι υποστηρίζουν ότι σε κανονικές ποσότητες βοηθάει τον οργανισμό να ανταπεξέλθει αλλά και να θωρακιστεί. Ας δούμε τα θετικά και τα αρνητικά του ροφήματος που θεωρείται ένα από τα πλέον δημοφιλή στον κόσμο.

Η ιστορία του καφέ ξεκίνησε στην Αιθιοπία, όπου η Καφέα η αραβική (*Coffea arabica*) μεγάλωνε ελεύθερα ως θάμνος. Αρχικά ο καρπός χρησιμοποιούνταν αυτούσιος από τους τοπικούς πληθυσμούς, που είτε τον μασούσαν είτε τον άλεθαν σε μικρούς σβόλους.

Το όνομα του καφέ προέρχεται από την αραβική λέξη (qahwa) που είναι παραφθορά τιμήματος της αρχικής αραβικής ονομασίας του καφέ, qahwat al-b_nh, (κρασί του κόκκου) που αναφέρεται στο γεγονός ότι ο καφές χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο του κρασιού, καθώς το Κοράνι απαγορεύει το αλκοόλ. Όταν ο καφές πρωτοήρθε στην Ευρώπη ήταν γνωστός ως «αραβικό κρασί».

Μια άλλη εκδοχή αποδίδει το όνομα του καφέ στο Βασίλειο της Κάφφα, την περιοχή της Αιθιοπίας όπου άρχισε να χρησιμοποιείται ο καφές. Ο καφές, σαν έτοιμο προϊόν, καθώς οι Αραβες απαγόρευαν αυστηρά την εξαγωγή σπόρων, πέρασε στην Ευρώπη από τη Βενετία, που διατηρούσε ισχυρές εμπορικές σχέσεις με τον αραβικό κόσμο, στα τέλη του 16ου αιώνα. Διατέθηκε αρχικά από τους Βενετούς εμπόρους στους πλούσιους, σαν εξωτικό είδος. Η δημοτικότητά του μεγάλωσε αφότου ο Πάπας Κλήμης Η', παρά τις συμβουλές του περιγύρου του να αφορίσει τον καφέ ως ισλαμική απειλή προς τον χριστιανισμό, δοκίμασε το 1600 καφέ, τον βρήκε εξάισιο και τον «βάπτισε» χριστιανικό ρόφημα. Το πρώτο καφεπoteείο άνοιξε στην Ιταλία το 1645.

Ο καφές είναι ένα παγκόσμια διαδεδομένο ρόφημα, το οποίο κατασκευάζεται από τα καβουρδισμένα και αλεσμένα σπέρματα της καφέας ή του καφεόδεντρου. Ο καφές έχει αναζωογονητική δράση, η οποία οφείλεται στο βασικό του συστατικό, την καφεΐνη, ένα αλκαλοειδές συστατικό που υπάρχει στους σπόρους των καρπών του. Υπολογίζεται ότι η διαδικασία ετοιμασίας του ροφήματος επαναλαμβάνεται, παγκοσμίως, πάνω από 400 δισεκατομμύρια φορές τον χρόνο.

Όπως για κάθε απόλαυση στη ζωή μας, έτσι και για τον καφέ υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις. Τελικά, ο καφές είναι ένα ρόφημα το οποίο μας ωφελεί ή είναι επικίνδυνο για την υγεία μας; Μπορούμε να απολαύσουμε την καθημερινή μας συνήθεια άφοβα ή με τύψεις και ενοχές;

Όλες οι απόψεις συμφωνούν ότι απολαμβάνοντας 1-2 ποτήρια καφέ την ημέρα επωφελομαστε από τα οφέλη του καφέ, ενώ αντίθετα όταν υπερβαίνουμε τα 3 ποτήρια, έχουμε να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα που μπορεί να συνοδεύουν την κατανάλωσή του.

Καταναλώνοντας λοιπόν 1-2 ποτήρια καφέ την ημέρα έχουμε τα εξής πλεονεκτήματα:

– **Ο καφές είναι διεγερτικός.** Μας βοηθάει να είμαστε σε εγρήγορση και να είμαστε συγκεντρωμένοι σε αυτό που κάνουμε. Η καφεΐνη είναι μια ουσία που δρα διεγερτικά στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αυξάνει τα επίπεδα της ντοπαμίνης, καθώς και τα επίπεδα της αδρεναλίνης, κρατώντας μας σε εγρήγορση.

– Έρευνα του Πανεπιστημίου του Harvard σε 122.000 νοσηλεύτριες έδειξε ότι έχουμε **μικρότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού στις γυναίκες** που καταναλώναν καφέ.

– Σε 30 έτη έρευνας που έγινε σε 8.000 άντρες (Ιάπωνες και Αμερικανούς ηλικίας 45-68 ετών) διαπιστώθηκε ότι **όσοι καταναλώναν καφέ παρουσίαζαν 5 φορές μικρότερη πιθανότητα να αναπτύξουν την ασθένεια Parkinson.**

– Το 2003, από έρευνα που έγινε στο Harvard School of Public Health βρέθηκε ότι όσοι καταναλώναν 2 με 3 ποτήρια καφέ την ημέρα καθημερινά **μείωναν την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου 2** κατά 30%.

– Όπως τα φρούτα και τα λαχανικά, έτσι και **ο καφές είναι πλούσιος σε αντιοξειδωτικά.** Τα αντιοξειδωτικά είναι απαραίτητα στον οργανισμό μας, γιατί μας προστατεύουν από τις ελεύθερες ρίζες που ελευθερώνονται κατά την οξειδωση των τροφών και δημιουργούν βλάβες στα κύτταρα μας. Από έρευνα που έγινε το 2005 στο πανεπιστήμιο του Scranton βρέθηκε ότι κύρια πηγή αντιοξειδωτικών για τους Αμερικανούς είναι ο καφές γιατί δεν καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά. Μάλιστα πρέπει να τονιστεί ότι ο ντεκαφεϊνέ καφές περιέχει τα ίδια ποσά αντιοξειδωτικών με τον κανονικό καφέ.

• Μειώνει κατά 25% την πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου γιατί μας βοηθάει να καταπολεμήσουμε τη δυσκοιλιότητα.

• Μειώνει κατά 25% τα συμπτώματα του άσθματος γιατί περιέχει μια ουσία τη θεοφιλίνη η οποία χαλαρώνει τους μύς στους βρόγχους.

• Μειώνει κατά 45% την πιθανότητα δημιουργίας χολολιθίας και νεφρολιθίας.

• Μειώνει κατά 80% την πιθανότητα εμφάνισης κίρρωσης του ήπατος.

• Μειώνει την απελευθέρωση της ισταμίνης με αποτέλεσμα να ανακουφίζει από κάποιες αλλεργίες.

– Η καφεΐνη **έχει συχνά προσθετική δράση, στα φάρμακα για τον πονοκέφαλο.** Η καφεΐνη βοηθά τον ανθρώπινο οργανισμό να απορροφήσει τα φάρμακα για τον πονοκέφαλο πιο γρήγορα, φέρνοντας πιο γρήγορα ανακούφιση.

– Ορισμένα αντιρυτιδικά προϊόντα περιέχουν καφεΐνη. Έχει αποδειχθεί, ότι η καφεΐνη **βοηθά να γίνει πιο λεία η επιδερμίδα** και μειώνει την εμφάνιση των ρυτίδων.

– Ποιος να το φανταζόταν ότι ο καφές **προστατεύει τον άνδρα από τον καρκίνο του προστάτη!** Αυτό ισχυρίζονται Αμερικανοί ερευνητές από το Harvard σύμφωνα με τα αποτελέσματα των τελευταίων ερευνών τους. Η επικεφαλής της έρευνας καθηγήτρια της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Harvard Lorelei Mucci, ανέφερε ότι καταναλώνοντας 2 έως 6 φλιτζάνια καφέ (κανονικό ή ντεκαφεϊνέ) την ημέρα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη. Η έρευνα έγινε σε 47.911 άνδρες, επαγγελματίες υγείας και διήρκεσε από το 1986 έως και το 2006. Ανχνεύθηκαν 5.035 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη από τους οποίους οι 642 είχαν αναπτύξει μεταστάσεις και κατέληξαν στον θάνατο. Η θετική επίδραση του καφέ δεν επηρεάστηκε από το ποσοστό της καφεΐνης, αλλά από άλλες ουσίες που περιέχονται στον κόκκο του καφέ και που τελικά αποδείχθηκε ότι μπορούν να συμβάλουν θετικά στη θεραπεία του προστάτη.

– Πολλές μελέτες τα τελευταία χρόνια αναφέρουν ότι **η κατανάλωση καφέ μπορεί να είναι ευεργετική για το καρδιαγγειακό σύστημα** και θα μπορούσε ακόμη και να βοηθήσει στην πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων. Σουηδοί ερευνητές ανακοίνωσαν τα αποτελέσματα μιας μεγάλης μελέτης που δείχνει ότι ο καφές φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου στις γυναίκες έως και 25%.

– Τα τελευταία χρόνια, ένα κύμα μελετών επανεξετάζει το ζήτημα. Πολλές από αυτές καταλήγουν –απροσδόκητα– σε ένα ακόμη πιο ενδιαφέρον αποτέλεσμα. **Η κατανάλωση καφέ συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου.**

– Έρευνήτριες στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια που εξέτασαν την κατανάλωση καφέ σε σχέση με τον επιπολασμό των εγκεφαλικών επεισοδίων σε περισσότερους από 9.000 συμμετέχοντες το 2009, αναφέρουν ότι ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν υψηλότερος μεταξύ των ατόμων που δεν έπιναν καφέ και χαμηλότερος μεταξύ αυτών που έπιναν καφέ. Το 5% εκείνων που έπιναν ένα ή δύο φλιτζάνια την ημέρα υπέστη εγκεφαλικό επεισόδιο, σε σχέση με μόλις 2,9% εκείνων που έπιναν



σκέψεις και προβληματισμοί



έξι ή περισσότερα. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται σε μια ακόμη μεγαλύτερη μελέτη του Πανεπιστημίου Harvard που δημοσιεύθηκε το 2009 στην ιατρική επιθεώρηση Circulation. Σύμφωνα με αυτήν, από τις 83.000 γυναίκες που συμμετείχαν εκείνες που έπιναν δύο έως τέσσερα φλιτζάνια καφέ την ημέρα είχαν 19% με 20% χαμηλότερο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου συγκριτικά με τις γυναίκες που έπιναν λιγότερο από ένα φλιτζάνι το μήνα.

– Τέλος, μια μελέτη που δημοσιεύεται στην επιθεώρηση Επιδημιολογίας και Υγιεινής στην Κοινότητα (Journal of Epidemiology and Community Health) σε 81.000 άνδρες και γυναίκες στην Ιαπωνία, κατέδειξε ότι η κατανάλωση ενός έως δύο φλιτζανιών καφέ την ημέρα **μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο** έως και 23%.

Από την άλλη πλευρά συνήθως τα μειονεκτήματα του καφέ είναι συνδεδεμένα με την καφεΐνη.

Καταναλώνοντας λοιπόν περισσότερα από 3 ποτήρια καφέ την ημέρα έχουμε τα εξής μειονεκτήματα.

- Οι ειδικοί επισμαίνονται ότι συνηθίζουμε να προσθέτουμε στον καφέ κρέμα, γάλα, και ζάχαρη και αυτό μπορεί κάλλιστα να εξαλείψει τις όποιες ευεργετικές επιδράσεις του καφέ στα αγγεία και στην καρδιά, αυξάνει επομένως τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης «κακής χοληστερόλης», και των τριγλυκεριδίων αλλά όχι και τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης «καλής χοληστερόλης».

- Ο καφές ακόμη και ο ντεκαφεϊνέ περιέχει μεγάλες ποσότητες βιταμίνης Κ, η οποία βοηθάει στην πήξη του αίματος. Επομένως, **αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό ή θρομβώσεις** σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

- **Αυξάνει τον κίνδυνο οστεοπόρωσης** κυρίως στις γυναίκες. Ένα μέρος του ασβεστίου αποβάλλεται στα ούρα λόγω του καφέ. 1-2 ποτήρια την ημέρα δεν δημιουργούν μεγάλο πρόβλημα αρκεί να καταναλώνουμε 1-2 ποτήρια γάλα την ημέρα, αντίστοιχα.

- Η μεγάλη κατανάλωση **αυξάνει την αρτηριακή πίεση και δημιουργεί ταχυκαρδίες, αϋπνίες, ανησυχίες, έντονους πονοκεφάλους και ημικρανίες**. Το 2002, από έρευνα που έγινε στο John Hopkins University σε 1.000 σπουδαστές της Ιατρικής βρέθηκε ότι όσοι καταναλώναν μεγάλες ποσότητες καφεΐνης παρουσίασαν μια μικρή αύξηση την πίεσης τους. Η αύξηση αυτή όμως δεν κρίθηκε τόσο σημαντική ώστε να θεωρηθεί ότι μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα υπέρτασης. Από έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο των Αθηνών το 2005, όμως, βρέθηκε ότι όσοι καταναλώναν μεγάλες ποσότητες καφεΐνης παρουσίασαν μεγαλύτερη σκλήρυνση στις αρτηρίες σε σχέση με αυτούς που καταναλώναν λιγότερο καφέ. Όσοι έχουν λοιπόν προβλήματα υπέρτασης καλό είναι να μην ξεπερνούν τα 2 ποτήρια καφέ την ημέρα. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι το αν θα δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα εξαρτάται από το άτομο και τη δόση του καφέ που μπορεί να αντέξει ο οργανισμός του. Υπάρχουν άτομα τα οποία καταναλώνουν πολύ μεγάλες ποσότητες καφέ χωρίς να εμφανίζουν κάποιο αρνητικό σύμπτωμα και υπάρχουν άτομα τα οποία καταναλώνοντας μόνο ένα ποτήρι καφέ το πρωί παρουσιάζουν νευρικότητα και αρρυθμίες όλη την υπόλοιπη μέρα.

- **Η καφεΐνη μπορεί να προκαλέσει εθισμό**. Αλήθεια πόσοι από εμάς το πρώτο που ζητάμε αμέσως μόλις ξυπνήσουμε είναι ένα φλιτζάνι καφέ; Υπάρχει μια μορφή εθισμού στην καφεΐνη, όχι όμως όπως στη νικοτίνη. Ωστόσο, η συνήθης κατανάλωση μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες ενέργειες κάποιους ανθρώπους. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, ναυτία, και πόνος στους μύς. Πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί να παρατηρηθεί εθισμός στον καφέ, όχι όμως λόγω της καφεΐνης, αλλά εξαιτίας ενός άλλου συστατικού του, της μεθυλοξανθίνης.

Οι γυναίκες που είναι έγκυες θα πρέπει να μειώσουν την κατανάλωση της καφεΐνης;

Υπάρχουν αντικρουόμενες έρευνες σχετικά με την καφεΐνη και την εγκυμοσύνη,

αλλά οι ειδικοί λένε ότι οι έγκυες γυναίκες θα ήταν φρόνιμο να περιορίσουν την κατανάλωση της καφεΐνης.

Οι μητέρες μπορούν να μεταφέρουν την καφεΐνη στα μωρά τους με το μητρικό γάλα;

Τα μωρά μπορούν να πάρουν πραγματικά μια ποσότητα καφεΐνης, από το γάλα της μητέρας τους. Ωστόσο, σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, «Ένα φλιτζάνι καφέ το πρωί δεν είναι πιθανό να βλάψει το μωρό σας, αλλά η υπερβολική καφεΐνη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα, όπως η νευρικότητα, ευερεθιστότητα, και διαταραχές ύπνου.»

Πόσο χρόνο διαρκούν τα αποτελέσματα της καφεΐνης;

Χρειάζονται 5 έως 6 ώρες, για τον ανθρώπινο οργανισμό, να εξαλείψει, μόνο το μισό της ποσότητας καφεΐνης από ένα φλιτζάνι καφέ. Αυτός είναι ο λόγος που ένα φλιτζάνι καφέ το απόγευμα, μπορεί να επηρεάσει τον ύπνο μας. Σε ανθρώπους που είναι πιο ευαίσθητοι στην καφεΐνη, τα αποτελέσματα μπορεί να διαρκέσουν ακόμα περισσότερο.

Η καφεΐνη μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα του άγχους;

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ, οι πάσχοντες από αγχώδεις διαταραχές πρέπει να αποφεύγουν την κατανάλωση καφέ διότι μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα που έχουν και να προκαλέσουν υπερβολική ανησυχία και ένταση.

Η καφεΐνη μπορεί να μας βοηθήσει όταν είμαστε σε κατάσταση μέθης;

Σε αντίθεση με τη δημοφιλή πεποίθηση, η καφεΐνη δεν θα βοηθήσει όποιον είναι σε κατάσταση μέθης να γίνει νηφάλιος.

Η καφεΐνη λόγω της διουρητικής δράσης της προκαλεί συνήθως αφυδάτωση;

Ροφήματα με καφεΐνη γενικά δεν προκαλούν αφυδάτωση. Βραχυπρόθεσμα, μπορεί να έχει ήπια διουρητική δράση σε άτομα που δεν καταναλώνουν συνήθως καφεΐνη, αλλά αυτό δεν ισχύει για εκείνους που πίνουν καθημερινά καφέ.

Ποια είναι η «Μέτρια» κατανάλωση καφεΐνης ανά ημέρα για τους περισσότερους ενήλικες;

Μεταξύ 200mg και 300mg καφεΐνης, ανά ημέρα. Αυτό είναι το ποσό που αντιστοιχεί σε δύο έως τρία φλιτζάνια καφέ, θεωρείται δε μια μέτρια ποσότητα, ασφαλής για τους περισσότερους ενήλικες.

Η υπερβολική δόση καφεΐνης μπορεί να μας σκοτώσει;

Οι θάνατοι από υπερβολική δόση καφεΐνης, σε βαθμό να προκαλέσει δηλητηρίαση, γνωστή με την ονομασία καφεϊνισμός, είναι σπάνιοι. Μπορούν να προκληθούν από σπασμούς ή καρδιακή αρρυθμία. Η ποσότητα της καφεΐνης που θεωρείται υπερβολική ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία και το φύλο ενός ατόμου, αλλά σε γενικές γραμμές, δόσεις μεγαλύτερες των 10 γραμμαρίων μπορεί να αποβούν μοιραίες σε ενήλικες. Ένα τυπικό φλιτζάνι καφέ έχει περίπου 115mg καφεΐνης, έτσι θα πρέπει κάποιος να πει περισσότερο από 85 φλιτζάνια για να καταναλώσει 10 γραμμάρια.

Στο ερώτημα, επομένως, εάν ο καφές είναι ενοχή ή απόλαυση, η επιλογή είναι δική μας, αλλά την τελική απάντηση θα τη δώσει ο ίδιος ο οργανισμός.

Η συμβουλή του θεράποντος ιατρού βασιζόμενη στο ατομικό αναμνηστικό και τις εκάστοτε ανάγκες του ασθενούς κρίνεται πάντοτε χρήσιμη.



10 Συμπόσιο Εντατικής Ιατρικής Ενόπλων Δυνάμεων

Γεώργιος Ανθόπουλος
Δντής ΜΕΘ 251 ΓΝΑ
Αναισθησιολόγος-Εντατικολόγος

Το 10 Συμπόσιο Εντατικής Ιατρικής Ενόπλων Δυνάμεων έλαβε χώρα και φέτος όπως κάθε χρόνο στο φιλόξενο Αμφιθέατρο του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας με μεστό και ενδιαφέρον πρόγραμμα και με μεγάλη επιτυχία στην οποία συμβάλλει εδώ και χρόνια η υπεύθυνη αμφιθέατρου Ανθός Βασιλική Τσιανάκα. Οι ομιλητές Έλληνες και ξένοι συμμετείχαν με ενδιαφέρουσες ανακο-

νώσεις, αλλά και φροντιστηριακά μαθήματα που τα παρακολούθησαν γιατροί και νοσηλευτές. Την έναρξη του Συμποσίου κήρυξε ο Αρχηγός ΓΕΕΘΑ Στρατηγός Μιχαήλ Κωσταράκος καθώς και ο Αρχηγός ΓΕΑ Αντιπύραρχος (Ι) Αντώνιος Τσαντηράκης. Χαιρετισμό απηύθυναν οι Διευθυντές Υγειονομικού και των τριών κλάδων καθώς και οι Διευθυντές των αντίστοιχων Στρατιωτικών Νοσοκομείων.

Η συμμετοχή Πανεπιστημιακών καθηγητών και Διευθυντών ΜΕΘ των πολιτικών Νοσοκομείων ήταν αξιοσημείωτη, καθώς και η συμμετοχή όλων όσων υπηρετούν στον τομέα της Υγείας και υπερασπίζονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Ελπίζουμε αυτή η επιστημονική εκδήλωση που έχει την αποδοχή των ειδικών να μπορεί να συνεχιστεί στην δίνη των καιρών που ζούμε.



Ο Αρχηγός ΓΕΕΘΑ Στρατηγός Μιχαήλ Κωσταράκος και ο Αρχηγός ΓΕΑ Απύραρχος (Ι) Αντώνιος Τσαντηράκης.



Ο Διοικητής 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Χρήστος Γρηγορέας.



Ο Αρχηγός ΓΕΕΘΑ Στρατηγός Μιχαήλ Κωσταράκος κηρύσσοντας την έναρξη του 10ου Συμποσίου Εντατικής Ιατρικής.



Φροντιστηριακό μάθημα από τον καθηγητή Jean -Jacques Rouby.