

ΝΟΥΣ & ΨΩΜΑ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2010

ΤΕΥΧΟΣ 9ο

2010
2010
2010
2010
2010
2010
2010
2010
2010
2010



Ενδείξεις: Το PENNSAID® (16 mg/ml νατριούχος δικλοφανάκη) είναι δερματικό διάλυμα το οποίο ενδείκνυται για τη συμπτωματική ανακούφιση του πόνου και οίδημα με την οστεοαρθρίτιδα σε επιπολής αρθρώσεις στις οποίες περιλαμβάνεται και το γόνατο. Δεν υπάρχουν στοιχεία για τη χρήση του PENNSAID® σε μεγάλες, εν τω βάθει αρθρώσεις καλυμμένες από μύς ή άλλους μαλακούς ιστούς, όπως οι καψί ή η οσφυϊκή στήλη. **Δοσολογία:** Το PENNSAID® εφαρμόζεται τοπικά πάνω στην επώδυνη αρθρίτιδα. **Αντενδείξεις:** Το PENNSAID® (16 mg/ml νατριούχος δικλοφανάκη) αντενδείκνυται σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας, καθώς επίσης και σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας στη δικλοφανάκη ή σε άλλα συστατικά του διαλύματος. Ισχυρή υπάρχει πιθανότητα για διαταραχόμενη ευαισθησία με άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), ακόμη και αν ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες, η δικλοφανάκη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς στους οποίους κρίσεις σοβαρούς κίνδυνος, πρήξιμο ή άλλες αλλεργικές εκδηλώσεις έχουν προκύψει από χρήση αντιυποσολιδικού οξέος (ΑΣΔ) χρησιμοποιούμενου από ότι επίσης ή άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. **Αλλεργία ή δερματική ευαισθησία:** Το PENNSAID® περιέχει επίσης διμεθυλοσουλφοξείδιο (DMSO) ως διαλυτικό δέρματος. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό αλλεργίας ή δερματική ευαισθησία στο DMSO. **Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Πρέπει να δίδονται οδηγίες όπως εξειδικεύει να δίδονται τα χέρια τους μετά τη διαδικασία χορήγησης ώστε να αποφευχθεί επαφή με τα μάτια, τους βλεννογόνους, και το δέρμα που δεν προορίζεται για θεραπεία. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται άλλα φαρμακευτικά προϊόντα στην πάσχουσα περιοχή, ταυτόχρονα με το PENNSAID®. Η πιθανότητα εμφάνισης συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών μετά την τοπική εφαρμογή του PENNSAID® είναι πολύ μικρή σε σύγκριση με τη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών μετά την από του στόματος χορήγηση δικλοφανάκης, γεγονός που οφείλεται στην περιορισμένη συστηματική απορρόφηση του PENNSAID®. **Δέρμα:** Το PENNSAID® δεν πρέπει να χρησιμοποιείται με κλειστή επίδεση. Το PENNSAID® δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε ανοικτά, ερεθισμένα ή μολυσμένα δέρμα. Το PENNSAID® δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε περιοχές αρθρώσεων όπου υπάρχει ήδη δερματικό νόσημα (π.χ. φουρουλάση) εκτός εάν το νοσήσιον είναι σε ιατρική επίσημη. Δεν συνιστάται η εφαρμογή του PENNSAID® στους βλεννογόνους. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Οι ανεπιθύμητες ενέργειες χωρίζονται σε αυτές που εμφανίζονται τοπικά στη θέση εφαρμογής και σε εκείνες που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα συστηματικής δράσης. Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρήθηκαν σε δύο διδά-καρτες, κλινική μελέτη με σημαντικό αριθμό συχνότητα στην ομάδα του PENNSAID® σε σύγκριση με την ομάδα του εκκρινόμενου φάρμακου (placebo). Στη θέση εφαρμογής, η ερυθρότητα του δέρματος (40,8% έναντι 1,0% στην ομάδα του placebo) και το ερύθημα (12,0% έναντι 3,9% στην ομάδα του placebo) ήταν στατιστικά σημαντικές. Επίσης η συστηματική απορρόφηση της νατριούχου δικλοφανάκης μετά από τοπική εφαρμογή του PENNSAID® είναι πολύ μικρή σε σύγκριση με τη χρήση των δισκίων νατριούχου δικλοφανάκης, η πιθανότητα εμφάνισης των συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες συχνά εμφανίζονται με τα δισκία είναι ελάχιστη με το PENNSAID®. Οπότε, όταν το PENNSAID® εφαρμόζεται σε μεγάλη σχετικά επιφάνεια δέρματος για μεγάλο χρονικό διάστημα, η πιθανότητα εμφάνισης συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών ομόλων με εκείνες τις συστηματικές αντιδράσεις που εμφανίζονται μετά από τη χορήγηση δικλοφανάκης από το στόμα (βλέπε κατωτέρω) δεν μπορεί να αποκλειστεί εντελώς. Σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να εμφανισθούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας συμπεριλαμβανομένων κρίσεων άσθματος και αγγειοοιδήματος. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Διοκλής Σημάτος : DIMETHAID BEFARBACH INT., ONTARIO-CANADA **Υπόθυμος κυκλοφορίας:** ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ : 73268/09/13-9-2005

PENNSAID®

DICLOFENAC SODIUM 16 mg/ml
ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΛΥΜΑ 1,5%

οστεοαρθρίτιδα σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση

καινοτομία που
ανατρέπει τα δεδομένα



Νέα συσκευασία των 60ml

Φιάλη των 30 ml

- 1 **Καινοτομία** στο σύστημα μεταφοράς του φαρμάκου
- 2 **Ισοδύναμη αποτελεσματικότητα** με τη συστηματική χορήγηση
- 3 **Εξαιρετικό προφίλ ασφαλείας**
- 4 **Χορηγείται** ως μονοθεραπεία ή μαζί με άλλες θεραπείες

Το PENNSAID καλύπτεται από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ: Οδός Γαλαξίου 146 71 Ν. Τραπεζοεις, Τηλ: 210 8409111
• E-Mail: mail@vianex.gr • INTERNET: http://www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Κυριαζί 2, Τηλ: 2410 840440

DIMETHAID (UK) LIMITED

LAPRAZOL® FASTAB

Lansoprazole Tablets **30mg & 15mg**



Ο 1ος Proton Pump Inhibitor με 24ωρη δράση*

Διασφαλίζει υψηλότερη Αποτελεσματικότητα από* ...

- Ρανιτιδίνη*
- Ομεπραζόλη*
- Ραμπεπραζόλη*
- Παντοπραζόλη*
- Εσομεπραζόλη*

**Μεγαλύτερη ελευθερία στη συνταγογράφηση σας με
Proton Pump Inhibitor**

5 τρόποι χορήγησης από το στόμα

Χωρίς νερό: για γρήγορη χορήγηση



Πάνω στη γλώσσα, μέχρι πλήρους
διασποράς
Γρήγορη διάλυση στο στόμα

Με νερό



να καταποθεί



να διαλυθεί σε ένα
ποτήρι νερό



χορήγηση μέσω
ρινογαστρικού σωλήνα



χορήγηση από το στόμα
μέσω σύριγγας

* Βιβλιογραφία

1. Effective intra-esophageal acid suppression in patient with gastro-oesophageal reflux disease: lansoprazole vs pantoprazole. M.J. Scaioni et al. Aliment Pharmacol Ther 2002; 17: 235-241
2. Evidence for Therapeutic Equivalence of Lansoprazole 30mg and Esomeprazole 40mg in the Treatment of Erosive Oesophagitis. C.W. Howson et al. Clin Drug Invest 2002; 20(2): 99-109
3. Διασφάλιση γαστροοισοφαγικής νόσου με αντι-φλεγμονώδη non-steroidia, proton-pump inhibitors, V. Bevan et al. Τράπεζα πληροφοριών δοσολογίας φαρμάκων της FAMS. Προϊόν Μακροφάρμακα, Πάρισι 2001, pp. 41-45
4. The Comparative Effects of Lansoprazole, Omeprazole, and Ranitidine in Suppressing Gastric Acid Secretion. R.J. Ulum et al. Clinical Therapeutics/ Vol 19, No 5, 1997
5. Comparison of the Effects of Single and Repeated Oral Doses of Lansoprazole and Rabeprazole on Ambulatory 24-Hour Intraesophageal pH in Healthy Volunteers. K.D. Tolman et al. Clin Drug Invest 2000; 20(1): 71-79
6. Acid suppression in healthy subjects following lansoprazole or pantoprazole. J.G. Huang et al. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 425-430
7. Une forme galénique très bien acceptée. La lettre de l'hepato-gastroentérologue. 2002; 5 (VIII) suppl(3)



BIANEE A.E. ΙΕΘΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ
Γραφείο Επιστημονικής ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τραπεζοίων 148 71 Ν. Γραβιάς, Τηλ: 210 8000111
E-Mail: mail@bianee.gr • INTERNET: http://www.bianee.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χαϊδη 2, Τηλ: 2510 840440

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε
την πλήρη Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος .



VI 8102, A/02-00000



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΖΗΣΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ, πρόεδρος Ι.Σ.Α.

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, αντιπρόεδρος Ι.Σ.Α.

Συντακτική Επιτροπή

Αγραφιώτης Γεώργιος, αντιπρόεδρος Ι.Σ.Α.
Γκιάφης Αναστάσιος, μέλος Δ.Σ. Ι.Σ.Α.
Διονυσόπουλος Λεωνίδας, μέλος Δ.Σ. Ι.Σ.Α.
Κολοκυθάς Βασίλειος, εκπρόσωπος του Ι.Σ.Α. στον Π.Ι.Σ.
Μάτσας Νικόλαος, μέλος Ι.Σ.Α.
Σκιαδάς Δημήτριος, μέλος πειθαρχικού συμβουλίου Ι.Σ.Α.

Συνεργάτες

Κατσουράκης Γεώργιος, Χρόνης Ιωάννης

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Ζήσης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος: Αγραφιώτης Γεώργιος
Γεν. Γραμματέας: Παπαθανάσης Παντελής
Ταμίας: Βασιλόπουλος Απόστολος
Μέλη: Γκιάφης Αναστάσιος, Διονυσόπουλος Λεωνίδας,
Κουβαράς Απόστολος, Παπαναστασίου Μέση, Σαφαρίκας Αθανάσιος,
Σιδέρης Κων/νος, Τσούτσος Κων/νος

Εκπρόσωποι στον ΠΙΣ

Κολοκυθάς Βασίλειος, Μπαμπάτσιος Βασίλειος,
Μπίσσας Κων/νος, Σαφαρίκας Αθανάσιος

Πειθαρχικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Παπανικολάου Τιμόθεος
Αντιπρόεδρος: Στράτος Ιωάννης
Τακτικά Μέλη: Ζησιμόπουλος Χρήστος, Καψάλας Χρήστος,
Μητρομάρας Αθανάσιος, Παζαρίδης Στέφανος,
Τσατσούλης Δημήτριος, Σκιαδάς Δημήτριος

Εξελεγκτική Επιτροπή

Αλεξόπουλος Ιωάννης, Κατσουράκης Γεώργιος, Τσίρκα Ασπασία

Οικονομική & Κοινωνική Επιτροπή: Αθανασίου Κων/νος

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Ηλία Ηλιού 5, Αγρίνιο. Τηλ./fax: 26410 32317

e-mail: info@isagrinio.gr, isa@otenet.gr • www.isagrinio.gr
Γραμματεία: Χαντζή Ανθή

Τα ενυπόγραφα άρθρα εκφράζουν τις απόψεις των συγγραφέων τους και σε καμία περίπτωση δεν εκπροσωπούν τις απόψεις του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Αγρινίου ή της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΝΤΥΠΟΥ:

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΠΑΣΧΕΝΗΣ, Γοργοποτάμου 41, Αγρίνιο
Τηλ.-Fax: 26410 56345, e-mail: pasxen01@otenet.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 5 Η στήλη του Προέδρου
- 6 Είδη ναρκωτικών - Θεραπεία
- 10 “Νους υγιής εν σώματι υγιεί”
- 12 “Γιατρέ, να κάνω το εμβόλιο ή όχι”?
- 14 Ανώδυνα, ειρηνικά, ανεπαίσχυντα
- 16 Τρέχουσες οδηγίες για την κλινική αντιμετώπιση περιστατικών νέας γρίπης H1N1 σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας

- Η στήλη ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ενημερώνεται με ευθύνη των συναδέλφων που οφείλουν να τα γνωστοποιούν στη συντακτική επιτροπή.
- Αποστείλατε τα άρθρα ή τις παρατηρήσεις σας στο e-mail: geoagrafiotis@hotmail.com

Πολλές θερμές ευχές για ένα 2010 με Υγεία, Αγάπη, Προκοπή για όλους τους Συναδέλφους.

Σ αυτό το τεύχος αντί να αναφερθούμε ξανά στα πολλά και μεγάλα προβλήματα μας, ως Νέοι, Νοσοκομειακοί, Ελεύθεροι Επαγγελματίες Γιατροί ας κάνουμε μια ΕΥΧΗ:

Το 2010 τα προβλήματα αυτά να είναι όσο το δυνατόν λιγότερα.



Γρηγόριος Δ. Ζήσης
Πρόεδρος Ι.Σ.Α.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΝ ΠΡΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Η έκδοση του περιοδικού ΝΟΥΣ & ΣΩΜΑ είναι 3μηνιαία.

Εκδίδεται κατά τους μήνες Ιανουάριο, Απρίλιο, Ιούλιο, Οκτώβριο.

Για όσους επιθυμούν να αποστείλουν τα κείμενά τους προς δημοσίευση θα πρέπει να τα έχουμε ως εξής:

για το τεύχος Απριλίου έως 28 Φεβρουαρίου

Ιουλίου έως 31 Μαΐου

Οκτωβρίου έως 31 Αυγούστου

Ιανουαρίου έως 30 Νοεμβρίου

Τα κείμενα θα πρέπει να αποστέλονται σε αρχείο word και δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 4 σελίδες (με μέγεθος γραμματοσειράς 12 σιγμές).

Το περιοδικό ΝΟΥΣ & ΣΩΜΑ παρέχει ελεύθερο βήμα σε όλους τους συναδέλφους να δημοσιεύσουν κείμενα ιατρικού ή κοινωνικού περιεχομένου, τα οποία θα έρχονται σε γνώση της σύνταξης & θα δημοσιεύονται χωρίς λογοκρισία.

Επίσης τα κοινωνικά γεγονότα θα δημοσιεύονται εφόσον οι ενδιαφερόμενοι & μόνο, τα κοινοποιούν στη σύνταξη ή στη γραμματεία του συλλόγου.

Η ηλεκτρονική διεύθυνση αποστολής άρθρων - σχολίων: geoagrafiotis@hotmail.com

info@isaagrinio.gr

isa@otenet.gr

ΕΙΔΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ομιλία από την εκδήλωση
του Εξωτερικού Ιατρείου Ουσιοεξαρτήσεων
(Ο.ΚΑ.ΝΑ.) Αργινίου
για την Παγκόσμια Ημέρα
κατά των Ναρκωτικών

Κατσουράκης Γεώργιος

Ιατρός
Π.Ι. Αμοργιανών - Ποδαγοράς
Άνω & Κάτω Μπαμπαλιού
Κέντρο Υγείας Χαλκιοπούλων

Τα ναρκωτικά είναι τοξικές ουσίες που έχουν επίδραση στο ΚΝΣ και προκαλούν νάρκωση, εξασθένηση ή και παράλυση των λειτουργιών των αισθητικών νεύρων.

Ουσιαστικά πρόκειται για ψυχοτρόπες ουσίες, δηλαδή ουσίες που στη μικρότερη ποσότητά τους αλλάζουν τον ψυχισμό του ατόμου, δηλαδή προκαλούν σωματική και ψυχική εξάρτηση.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.: «Τα ναρκωτικά είναι εξαρτησιογόνες ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική φαρμακολογική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, οι οποίες έχουν όμως ένα κοινό χαρακτηριστικό, τη μεταβολή της θυμικής κατάστασης και την πρόκληση εξάρτησης».

Σταδιακά και σε μικρό χρονικό διάστημα ο χρήστης χρησιμοποιεί χωρίς να το καταλαβαίνει και χωρίς να μπορεί να το σταματήσει, συχνότερα και σε μεγαλύτερες δόσεις το ναρκωτικό.

Πολύ συχνά μαθητές, φοιτητές ή άλλοι νέοι παρακινούνται να δοκιμάσουν κάποιο ναρκωτικό μέσα στα πλαίσια μιας εσφαλμένης αντίληψης ότι η δοκιμή μια φορά δεν εμπεριέχει κινδύνους. Όμως οι αλλαγές στον εγκέφαλο εγκαθίστανται τόσο γρήγορα που όταν αντιληφθούν πόσο επικίνδυνο είναι τότε είναι πολύ αργά για ν' αντιδράσουν.

Η εξάρτηση διακρίνεται σε:

A. Σωματική εξάρτηση, δηλαδή διάθεση για τη λήψη της ουσίας προκειμένου να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης.

B. Ψυχική εξάρτηση, δηλαδή διάθεση για περιοδική ή συνεχής λήψη της ουσίας προκειμένου να αναπαραχθεί ένα αίσθημα ευφορίας ή να αποφευχθεί ένα αίσθημα δυσφορίας.

Όλα αυτά τα φάρμακα όμως προκαλούν ανοχή, δηλαδή ανάγκη για λήψη συνεχώς αυξανόμενης δόσης προς επίτευξη της επιθυμητής επίδρασης, που προέρχεται από την ουσία.

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια ασθένεια του εγκεφάλου. Το κάθε είδος ναρκωτικού έχει το δικό του μηχανισμό πρόκλησης αλλαγών στις εγκεφαλικές λειτουργίες. Όμως ανεξάρτητα από το πιο ναρκωτικό παίρνει ο χρήστης και το οποίο έχει προκαλέσει τις δικές του βλάβες στο εγκέφαλο, το τελικό αποτέλεσμα όλων είναι το ίδιο.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

1. Παιραισθησιογόνα: Παράγωγα χασίς, LSD.
2. Διεγερτικά του ΚΝΣ: Κοκαΐνη, κράκ, αμφεταμίνες.
3. Κατασταλτικά του ΚΝΣ: Οιοπνευματώδη, ηρεμιστικά, αγχολυτικά, υπνωτικά κ.α.
4. Διαλύτες: Φρέον, κηροζίνη, βενζόλιο, ασετόνη κ.α.
5. Παράγωγα του οπίου: Όπιο, μορφίνη, κωδεΐνη, ηρωΐνη.

ΟΠΙΟΕΙΔΗ

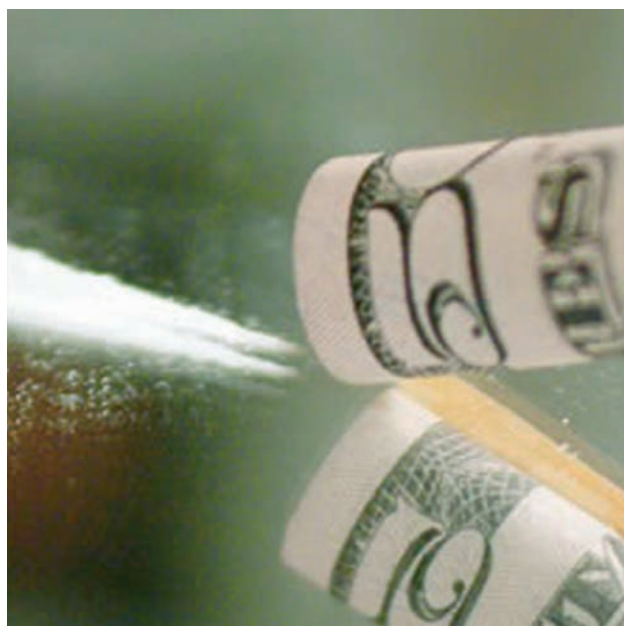
Τα πρωτότυπα μορφίνη και κωδεΐνη λαμβάνονται άμεσα από το γαλακτώδη χυμό της παπαρούνας *Papaver Somniferum*.

Οι επιδράσεις αυτών είναι η σημαντική εξασθένηση της αντίληψης του πόνου, μαζί με μετρίου βαθμού νάρκωση και ευφορία.

Ένας μεγάλος κίνδυνος πηγάζει από τη χρήση μολυσμένων βελονών στους ενδοφλέβιους χρήστες, όπου υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης Ηπατίτιδας Β και C, βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας και μολύνσεως με τον ιό της ανοσοποιητικής ανεπάρκειας στον άνθρωπο (HIV), που αποτελεί τη κυριότερη αιτία θανάτου για τους χρήστες που κάνουν ένεση με ναρκωτικό, αλλά και για τους σεξουαλικούς τους συντρόφους.

Επιδράσεις στους οπιοειδείς υποδοχείς διαφόρων οργάνων συστημάτων:

Ι. Πεπτικό: Δυσκοιλιότητα και ανορεξία που οδηγεί σε



υποθρεψία και καχεξία.

2. Κ.Ν.Σ.: Ναυτία και έμετοι (προμήκης μυελός). Μειωμένη αντίληψη του πόνου (νωτιαίος μυελός, θάλαμος εγκεφάλου, υδραγωγός του Sylvius φαιά ουσία). Οι αισθήσεις συγχέονται, ιδιαίτερα η αίσθηση του χρόνου, των ήχων και των χρωμάτων.

Ευφορία (μεταιχμιακό σύστημα εγκεφάλου).

Νάρκωση (δικτυωτός σχηματισμός, ραβδωτό σώμα).

3. Αναπνευστικό σύστημα: Καταστολή της αναπνοής.

4. Καρδιαγγειακό σύστημα: Ορθοστατική υπόταση λόγω διαστολής των περιφερικών αγγείων αλλά και μολύνσεις των πνευμόνων αλλά και μολύνσεις βαλβίδων της καρδιάς που οδηγούν σε δημιουργία εμβόλου και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Πρέπει να σας αναφέρω ότι οι νοθευμένες ουσίες που προστίθενται στα ναρκωτικά του δρόμου προκαλούν μόνιμη βλάβη του νευρικού συστήματος, όπως περιφερική νευροπάθεια, αμβλυωπία, μυελοπάθεια και λευκοεγκεφαλοπάθεια.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου όπως η μαγνητική τομογραφία (MR), οι βλάβες που προκαλούνται από τα ναρκωτικά φαίνονται.

Μάλιστα όταν συγκριθεί η μαγνητική τομογραφία κάποιου μη χρήστη με κάποιο χρήστη οι διαφορές είναι εμφανείς.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗΣ ΔΟΣΗΣ

Υψηλές δόσεις οπιοειδών που λαμβάνονται εκούσια (απόπειρα αυτοκτονίας) ή από λάθος κρίση του χρήστη για τις δυνατότητες της ναρκωτικής ουσίας προκαλούν τοξική αντίδραση.

Αμέσως μετά την ενδοφλέβια χορήγηση εμφανίζονται επιπόλαιες αναπνοές, συστολή της κόρης του οφθαλμού και μυδρίαση σε ανοξία του εγκεφάλου, βραδυκαρδία, μείωση της θερμοκρασίας του σώματος και απουσία ανταπόκρισης σε εξωτερικά ερεθίσματα. Αν δεν αντιμετωπιστεί γρήγορα επέρχεται κυάνωση και θάνατος από καρδιοαναπνευστική ανακοπή.

Υπάρχουν κατά τη δική μου γνώμη τρεις μεγάλες ομάδες ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο για κατάχρηση ναρκωτικών:

A. Ασθενείς με κατάθλιψη που λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες (ηρεμιστικά και υπνωτικά).

B. Ασθενείς με χρόνια σύνδρομο πόνου που λαμβά-

νουν ναρκωτικά αναλγητικά.

Γ. Τα άτομα που προμηθεύονται τα ναρκωτικά στο δρόμο για να «πετάξουν ψηλά».

ΚΟΚΚΑΪΝΗ

Το δεύτερο ναρκωτικό, η κοκαΐνη, που συχνά χορηγείται (ενδοφλεβίως μαζί με οπιούχο) σε ένα μείγμα γνωστό ως (speedball) είναι ένα ισχυρό διεγερτικό και τοπικό αναισθητικό με ισχυρές αγγειοσπαστικές ιδιότητες.

Προέρχεται από τα φύλλα του φυτού Coca (Erythroxylon coca).

Εμφανίζει δραστικές αλλαγές συμπεριφοράς όταν λαμβάνεται από το στόμα, ενδορρινικά, ενδοφλέβια ή με την εισπνοή μετά από πυρόλυση (κάπνισμα).

Συνήθως λαμβάνεται μέσω εισπνοής (ρωθωνισμοί) η γνωστή σε εμάς «πρέζα».

Οι αλλαγές που επέρχονται αφορούν την διάθεση και το συναισθηματικό επίπεδο και εμφανίζονται 3-5 λεπτά μετά την λήψη κορυφώνονται σε 10-20 λεπτά το αργότερο. Η δράση σπάνια διαρκεί πάνω από μία ώρα.

Ουσιαστικά δηλαδή προκαλεί δοσοεξαρτώμενη διέγερση και αύξηση της διάθεσης και δοσοεξαρτώμενη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, η θερμοκρασία του σώματος αυξάνει μέχρι και θανατηφόρος υπερπυρεξία παρατηρείται σε μεγαλύτερες δόσεις και υπέρταση. Επίσης ο θάνατος μπορεί να επέλθει από αναπνευστική καταστολή, αρρυθμίες, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και σπασμούς.

Οι καπνιστές της γνωστής πάστας κοκαΐνης εμφανίζουν σοβαρή πνευμονοπάθεια και έχει αναφερθεί και ηπατική νέκρωση.

Παρόλο της αύξησης της γενετησίου επιθυμίας σε χρήστες κοκαΐνης η χρόνια χρήση της οδηγεί σε μείωση της libido.

Ιδίως σε άντρες έχει εκδηλωθεί γυναικομαστία και ανικανότητα.

Αμηνόρροια σε γυναίκες και στειρότητα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια χρόνια νόσος. Δεν υπάρχει σήμερα μια θεραπεία για όλες τις μορφές εξάρτησης λόγω διαφόρων τύπων ναρκωτικών.

Επίσης δεν υπάρχει ένας γενικός τρόπος επίλυσης

του προβλήματος του εθισμού για όλους τους χρήστες.

Στην Ελλάδα ο ΟΚΑΝΑ δημιούργησε τα πρώτα στεγνά προγράμματα την δεκαετία του '80.

Στη συνέχεια αναπτύχθηκαν τα προγράμματα υποκατάστασης, που εκτός από την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και την θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας παρέχεται και φαρμακευτική θεραπεία με μεθαδόνη και βουπρενορφίνη.

Η ΜΕΘΑΔΟΝΗ

Τι είναι η μεθαδόνη;

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με την μορφίνη.

Στα οπιοειδή ανήκουν επίσης φυσικά και ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου (οπιούχα, όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη και η ηρωίνη).

Τα οπιοειδή χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικά φάρμακα, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Άλλες κατασταλτικές ουσίες είναι το Αλκοόλ, η Κάνναβη και οι Βενζοδιαζεπίνες (όπως το Stedon, το Hipnocedon και το Vulbegal).

Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στην θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό την μορφή πόσιμου – διαλύματος (σιρόπι).

Η δόση αυτή μπορεί να μειώνεται σταδιακά με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων.

Τι προσφέρει η μεθαδόνη;

Όταν η μεθαδόνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης.

Πέραν αυτών επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές



λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου.

Η ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ

Τι είναι η βουπρενορφίνη;

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη.

Χρησιμοποιείται στην θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη.

Έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά της τόσο στην θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στην σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και την μεθαδόνη.

Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό την μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας.

Τι προσφέρει η Βουπρενορφίνη;

Όταν η βουπρενορφίνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Έχει δηλαδή όμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη.

Επιπλέον αυτών, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με την μεθαδόνη, όπως:

Ανταγωνίζεται την δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δεν θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με την βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης. Έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από την μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο Πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και τα Σαββατοκύριακα είναι ελεύθερα.

Αν χρησιμοποιεί κάποιος μόνο βουπρενορφίνη, είναι απίθανο να εμφανίσει υπερδοσολογία (overdose), ακόμη και αν λάβει αρκετά μεγάλη δόση.

Όσο διάστημα κάποιος χρησιμοποιεί βουπρενορφίνη και μεθαδόνη διατηρεί την σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.

Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και σε αυτά μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με βουπρενορφίνη και με μεθαδόνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).

Όταν χρησιμοποιεί κανείς την βουπρενορφίνη μαζί με ηρωίνη, μεθαδόνη, ή άλλα οπιοειδή, μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα.

Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από την μεθαδόνη και για τον λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν. Για τον ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όποιους δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από την μεθαδόνη.

Πρέπει όλοι να γνωρίζουμε όμως ότι:

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για υποκατάστατα

Η βουπρενορφίνη και η μεθαδόνη δεν αρκούν για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου στα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα Π.Υ.

Η βουπρενορφίνη και η μεθαδόνη δεν προκαλούν αισθήματα ευφορίας.

“Νούς υγιής εν σώματι υγιεί”

Ειρήνη Ραΐδη

Ψυχολόγος

Ειδικευόμενη στη Συστημική Ψυχοθεραπεία
Εξωτερικό Ιατρείο ουσιοεξαρτήσεων
Αγρινίου

Ψυχή και σώμα συνθέτουν ένα ενιαίο και αδιάσπαστο σύνολο. Πρώτος ο Πλάτων τον 5ο αιώνα π.Χ. υποστήριξε πως είναι αδύνατη η ίαση του επιμέρους αν δεν ιαθεί το όλον. Η άποψη του Πλάτωνα τεκμηριώθηκε πολύ αργότερα με κλινικές μελέτες και παρατηρήσεις που επιβεβαιώνουν πως τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα αποτελούν στην ουσία τις δυο όψεις του ίδιου νομίσματος.

Ερευνητές αποδέχονται ότι κάθε ασθένεια έχει πολλαπλή αιτιολογία και ότι στο βιολογικό υπόστρωμα επιδρούν σε διαφορετικό βαθμό, ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Ισχυρά συναισθήματα έχουν άμεσο αντίκτυπο στο σώμα: όταν ένα άτομο υποστεί μια ψυχοτραυματική εμπειρία π.χ. ένα ατύχημα, παρουσιάζει έντονη ταχυκαρδία, αίσθημα ζάλης και άλλες σωματικές εκδηλώσεις.

Στο πολιτισμικό μας πλαίσιο, η έκφραση σωματικών συμπτωμάτων θεωρείται λιγότερο απειλητική, άρα και περισσότερο αποδεκτή, από τη συναισθηματική έκφραση. Πολλοί άνθρωποι θεωρούν πολύ πιο «εύκολο» να απευθυνθούν σε ένα γιατρό για κάποιο σύμπτωμα, από το να παραδεχτούν πως υπάρχει ψυχολογικό θέμα και να αναζητήσουν βοήθεια από ένα ειδικό της ψυχικής υγείας. Τα παιδιά αποθαρρύνονται να εκδηλώνουν δυσάρεστα συναισθήματα όπως ο θυμός, η λύπη, ενώ τους παρέχεται φροντίδα, ενδιαφέρον και τρυφερότητα από το στενό τους περιβάλλον όταν εκδηλώνουν κάποια σωματική ασθένεια. Ως ενήλικες είναι πολύ πιθανόν να δυσκολεύονται να εκφράσουν συναισθηματικά και έτσι να εκφράζουν με σωματικά συμπτώματα ότι αδυνατούν να εκφράσουν με λέξεις.

Όταν ο ψυχολογικός παράγοντας έχει σημαντική επίδραση στη γένεση μιας διαταραχής, τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως ψυχοσωματικά. Οι σωματοποιητικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συχνές υποτροπές και υφέσεις και αναμενόμενη επιδείνωση υπό την πίεση στρεσογόνων γεγονότων, ενώ η αιτιοπαθολογία μένει συχνά αδιευκρίνιστη. Τα συνθεότερα σωματικά συμπτώματα είναι ταχυκαρδία, αρρυθμία, αίσθημα ζάλης, εκδηλώσεις από το αναπνευστικό και από το πεπτικό σύστημα, μυϊκοί πόνοι, στεφανιαία νόσος, δυσκαταποσία, στηθάγχη και αρτηριακή υπέρταση.

Παρά το γεγονός ότι το σώμα μας έχει μια εκπληκτική ικανότητα να ανθίσταται στις εσωτερικές και τις εξωτερικές πιέσεις, όταν το άγχος αποτελεί μια συνε-

χιζόμενη κατάσταση, τότε τα συμπτώματα αυτά γίνονται χρόνια και είναι πολύ πιθανό να συντελέσουν στην εμφάνιση ασθένειας.

Ποιοι παράγοντες προκαλούν μια ασθένεια, ποιοι επενεργούν απλώς επιβαρυντικά και πόσο, είναι ένα ερώτημα που δεν έχει ακόμη απαντηθεί και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες, είναι δυνατό να συντελούν στην εμφάνιση της ασθένειας (πολυπαραγοντική αιτιολογία).

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελεί μια αδιάσπαστη ολότητα, ένα βιοψυχοκοινωνικό σύστημα του οποίου τα επίπεδα λειτουργούν σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον. Σήμερα όλο και περισσότεροι γιατροί και ερευνητές αντιλαμβάνονται ότι σε τελική ανάλυση όλες οι διαταραχές της υγείας είναι ψυχοσωματικές, με την έννοια ότι η αέναη αλληλουχία του νου και του σώματος καθορίζει την προέλευση, την ανάπτυξη και τη θεραπεία τους. Κατά συνέπεια, ο όρος ψυχοσωματική διαταραχή κατάντησε πλεοναστικός, εφόσον κάθε διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί ψυχοσωματική. Ο τρόπος με τον οποίο τα σωματικά συμπτώματα συνδέονται με τη συναισθηματική μας κατάσταση απασχόλησε από νωρίς τον ίδιο τον Freud, ο οποίος έριξε το σπόρο για όλες τις μορφές της σύγχρονης θεραπείας που βασίζονται στο λόγο. Ο Freud υπέφερε κατά καιρούς από πολλά και διάφορα σωματικά συμπτώματα, ημικρανίες, νεύρωση στομάχου κ.α. Μια πρώτη παρατήρησή του ήταν ότι η υγεία του καλύτερου σχεδόν μαγικά όταν βρισκόταν με την αρραβωνιαστικιά του Μάρθα, η οποία για μεγάλο διάστημα ζούσε μακριά από τη Βιέννη όπου έμενε εκείνος. Αρκετά χρόνια αργότερα, όταν ξεκίνησε τη λεγόμενη αυτοανάλυσή του, όπου κατέγραφε και ανέλυε ο ίδιος τα όνειρά του, και στη διάρκεια της οποίας συνέδεσε αρκετές από τις εμπειρίες της ενήλικης ζωής του με συμβάντα και συναισθήματα που αφορούσαν τους γονείς, τα αδέρφια και την νταντά του, ο Freud απαλλάχτηκε από αρκετά βασανιστικά συμπτώματα.

Πολλοί επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας έχουν κάνει ανάλογες παρατηρήσεις στον εαυτό τους και κάποιοι από αυτούς έχουν επιχειρήσει να ελέγξουν κατά πόσο αυτές μπορούν να επαληθευτούν με ερευνητικές μεθόδους. Ένας από αυτούς, ο James Pennebaker, καθηγητής ψυχολογίας στο πανεπιστήμιο του Τέξας, αποφάσισε να ελέγξει ορισμένες παρατηρήσεις του σε πειραματικές συνθήκες. Ο ίδιος όταν

ήταν μικρός υπέφερε από άσθμα. Ζώντας στο δυτικό Τέξας, ένα μέρος με μεγάλη ξηρασία συνέδεε την εμφάνιση άσθματος με τη σκόνη και τους ανέμους κατά τη διάρκεια του χειμώνα, οπότε και το άσθμα του χειροτέρευε. Όταν πήγε να σπουδάσει στη Φλόριντα, οι κρίσεις άσθματος εξαφανίστηκαν, έκαναν όμως ξανά την εμφάνισή τους πάντοτε κατά την περίοδο των Χριστουγέννων, όταν επέστρεφε στο πατρικό του σπίτι. Και πάλι ο Pennebaker συνέδεε τις κρίσεις αυτές με το κλίμα του Τέξας. Όσπου μια μέρα τον επισκέφθηκαν οι γονείς του στη Φλόριντα, και μαζί με αυτούς και μια φοβερή κρίση άσθματος. Τότε συνειδητοποίησε πως το άσθμα συνδεόταν με τις συγκρούσεις που είχε με τους γονείς του και η συνειδητοποίηση αυτή μαζί με τον έντονο συναισθηματικό της αντίκτυπο γιάτρεψε το άσθμα, που από εκείνη την ημέρα δεν τον ξαναενόχλησε.

Φαίνεται πως τα προβλήματα υγείας μπορεί να αποτελούν ενδείξεις για την ύπαρξη στρεσογόνων καταστάσεων, των οποίων τα αίτια καλούμαστε να ανακαλύψουμε και να αντιμετωπίσουμε. Όταν τα προβλήματα υγείας τα βλέπουμε ως τέτοιες ενδείξεις βαθύτερων αιτιών, αυξάνεται και η αίσθηση του ελέγχου και της προβλεψιμότητας όσων μας αφορούν, πράγμα που είναι από μόνο του πολύ ανακουφιστικό. Η δυσκολία ανακάλυψης των βαθύτερων αιτιών είναι ότι αυτά συνδέονται με πολύ επώδυνα συναισθήματα, που αποφεύγοντάς τα νομίζουμε πως προστατεύουμε εμάς και τους δικούς μας ανθρώπους από ατέρμονες και αδιέξοδες συγκρούσεις. Έτσι μπλοκάρουμε σκέψεις και συναισθήματα με τεράστιο κόστος για τη σωματική μας υγεία.

Η μετατροπή συναισθημάτων και σκέψεων σε λόγο, ιδιαίτερα γύρω από δυσάρεστες ή και τραυματικές εμπειρίες, μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά για τη σωματική μας υγεία. Οι συνεδρίες με ένα ψυχολόγο μπορούν να βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση. Ένα ψυχολογικό θέμα δεν είναι λιγότερο σοβαρό ή περισσότερο επιλήψιμο από ένα αντίστοιχο ιατρικό θέμα. Η φροντίδα του εαυτού μας μπορεί να έχει και αυτή τη διάσταση. Νους υγιής εν σώματι υγιεί, όπως σοφά είπαν και οι αρχαίοι πρόγονοί μας....

Βιβλιογραφία

- Καλαρρύτης Γιώργος, Μπαφίτη Τσαμπίκα (επιστημονική επιμέλεια), *Σώμα υγιές σε νου υγιή, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2005.*

ΓΙΑΤΡΕ ΝΑ ΚΑΝΩ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ Ή ΟΧΙ;

Βελισσάριος Α. Καραγκούνης

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος

Αυτό είναι το ερώτημα που απευθύνουν οι πολίτες, τόσο σε εμένα, όσο και στους άλλους συναδέλφους μου, σχετικά με το πανδημικό εμβόλιο γρίπης H1N1. Οφείλω λοιπόν να σας καταθέσω ορισμένα στοιχεία, πρωτίστως δε λόγω της ειδικότητάς μου.

Ας πάρουμε τα πράγματα από την αρχή.

Στα λοιμώδη (μεταδοτικά) νοσήματα, ισχύει ότι «ουδείς είναι ασφαλής, εάν δεν είναι όλοι ασφαλείς» γι' αυτό και ο εμβολιασμός είναι το αποτελεσματικότερο μέσο για την πρόληψη αυτών.

Έως τις 13/12/2009, έχουν καταγραφεί στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) χιλιάδες κρούσματα της νέας γρίπης, ενώ επισήμως 10.582 θάνατοι. Φυσικά υπάρχουν πολλά περισσότερα μη καταγεγραμμένα τόσο κρούσματα όσο και θάνατοι.

Γιατί δημιουργήθηκε λοιπόν αυτή η επιφυλακτικότητα και δυσπιστία στη χρήση του πανδημικού εμβολίου H1N1;

Κατά την άποψή μου, αυτό συνέβη για δύο λόγους:

1. Γιατί ως λαός ποτέ δεν αποκτήσαμε ενιαία κοινωνική συνείδηση και πολιτική σε μείζονα θέματα και
2. Γιατί όλοι γίναμε αποδέκτες απόψεων, που δεν ήταν τεκμηριωμένες επιστημονικά, ενώ ταυτοχρόνως η συντεταγμένη πολιτεία αδυνατούσε να δώσει πειστικές απαντήσεις και να επιβάλλει τις θέσεις της, για την ορθότητα και αποτελεσματικότητα του εμβολίου.

Το χαρακτηριστικό σημείο διένεξης, όχι μόνο ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα αλλά και στους απλούς πολίτες, αποτέλεσε όπως ελέχθη η ύπαρξη «συντηρητικών» (adjuvant), ή ανοσοενισχυτικών, που περιέχουν τα εμβόλια και ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη ασφάλεια τους.

Στην Ευρώπη και στην Ελλάδα κυκλοφορούν αυτή την στιγμή δύο τύποι εμβολίων, το Pandermix της Glaxo Smithkline και το Focertia της Novartis.

Στο μεν πρώτο, υπάρχει το ανοσοενισχυτικό ASO3, στο δε άλλο το MF59.

Επίσης, σε ορισμένα εμβόλια πολλαπλών δόσεων, όπως και στα πανδημικά χρησιμοποιείται η χημική ουσία Θειομερσάλ (Thiomersal).

Τι είναι τα ενισχυτικά (Adjuvant);

Χρησιμοποιούνται πάνω από 80 έτη και προστίθενται στα εμβόλια για να βελτιώσουν την « ποιότητα» της ανοσιακής απάντησης. Η λέξη adjuvant προέρχεται από την λατινική λέξη « adjavare» που σημαίνει, να βοηθώ.

Έτσι το ASO3, είναι ένα έλαιο διαλυμένο στο νερό, που περιέχει τοκοφερόλη (vitamin E) – γι αυτό είναι και ελαιώδες - και το MF59 βασίζεται στο αυγό.

Τι είναι τα συντηρητικά;

Χρησιμοποιούνται στα εμβόλια για να θανατώσουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη μικροβίων ή μυκήτων, στην περίπτωση που τυχαία μολυνθούν, όπως μπορεί να συμβεί στις επαναλαμβανόμενες παρακεντήσεις εμβολίων πολλαπλών δόσεων (είναι τα φιαλίδια που υπάρχουν στα Νοσοκομεία της χώρας μας, όπου το καθένα περιέχει 10 δόσεις) .

Η προσθήκη αυτών γίνεται κατά την διάρκεια της παραγωγής , αλλά με την πρόοδο της τεχνολογίας η ανάγκη της πρόσθεσης των συντηρητικών, τείνει να μειωθεί σημαντικά.



Τι είναι το THIMEROSAL

Είναι το συστατικό που προκάλεσε το « διχασμό». Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από το 1930 , ως συντηρητικό, σ' ένα σημαντικό αριθμό βιολογικών και φαρμακευτικών προϊόντων, περιλαμβανομένων και των εμβολίων και εισήχθη για πρώτη φορά από την ELI LILLY COMPANY.

Αποτελείται από 49,6% σε υδράργυρο (Hg) και μεταβολίζεται σε αιθυλο Hg και thiosaclyate με στόχο να σκοτώνει τους παθογόνους μικροοργανισμούς και να εμποδίζει την ανάπτυξη αυτών.

Ο Hg είναι διαδεδομένος σε όλη την γη, η μεγαλύτερη ποσότητα υπάρχει στο νερό, στο έδαφος, στα φυτά και στα ζώα ως ανόργανο άλας Hg. Συσσωρεύεται κυρίως στην υδρόβιο τροφίμογενή αλυσίδα, αρχικώς στη μορφή του μεθυλικού Hg, που είναι οργανικός Hg. Οι οργανικές μορφές ,που προσλαμβάνονται με την τροφή, είναι πιο εύκολα απορροφήσιμες και αποβάλλονται δυσκολότερα από το σώμα μας σε σχέση με τις ανόργανες μορφές Hg.

Ο μεθυλικός Hg είναι νευροτοξικός και προκαλεί νευρολογικές βλάβες ακόμα και θανάτους, όπως συνέβη στις δύο μεγάλες επιδημίες με δηλητηρίαση από υδράργυρο στην Ιαπωνία το 1960 (Minimata) και το 1970 στο Ιράκ.

Όντας ως συντηρητικό στα εμβόλια χρησιμοποιείται σε συγκέντρωση από 0,003% έως 0,01%. Ένα εμβόλιο που περιέχει 0,01% Thimerosal περιέχει 50μg Thimerosal σε 0,5 ml ή περίπου 25 μg Hg σε 0,5ml.

Οι Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την τοξικότητα του Hg είναι βασισμένες σε επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες του μεθυλικού Hg, ενώ αντίθετα το Thimerosal είναι παράγω-

γο του αιθυλικού Hg.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ο υδράργυρος (Hg) που βρίσκεται και χρησιμοποιείται στα εμβόλια ως συντηρητικό, έχει τελείως διαφορετική χημική δομή και μηδαμινή τοξικότητα σε σχέση με τον υδράργυρο (Hg) που προσλαμβάνεται με την τροφή.

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν, το Thimerosal χρησιμοποιείται επί σειρά ετών, σε σημαντικό αριθμό εμβολίων για ανοσοποίηση (παιδικά εμβόλια) , ποτέ δεν τέθηκε θέμα ασφάλειας τους και ως εκ τούτου όλα τα εμβόλια συμπεριλαμβανομένου και του πανδημικού H1N1 είναι ασφαλή.

ΑΝΩΔΥΝΑ ΕΙΡΗΝΙΚΑ ΑΝΕΠΑΙΣΧΥΝΤΑ...

Πόσο ρεαλιστικός στόχος
στην τελική φάση του καρκίνου;

Αλέξανδρος Αρδαβάντης

Παθολόγος - Ογκολόγος

Πολλοί θα ισχυριστούν πως ναι, είναι ένας ρεαλιστικός στόχος. Είναι γνωστό ότι ο απαισιόδοξος είναι ένας αισιόδοξος με εμπειρία...

Φοβούμαι πως όσοι πιστεύουν ότι η αυτή η τριάδα είναι εφικτή μάλλον δεν έχουν έρθει ποτέ σε επαφή με το απερχόμενο όν ή απλώς δεν έχουν ποτέ μπει στον Χείμαρρο της Πράξης, δεν έχουν καν ακούσει το βουητό του.

Εκκινώντας από μια αρνητική απάντηση στο ερώτημα του τίτλου, ας συλλογιστούμε πάνω στα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Μόνο ο καρκίνος διαθέτει τελικό στάδιο και τελική φάση;
2. Ενδιαφερόμαστε και προσπαθούμε ως επαγγελματίες υγείας για κάθε άνθρωπο ασχέτως εθνότητας, θρησκείματος, κοινωνικής τάξης και κατηγορίας;
3. Πώς εννοείται το «ανώδυνα, ειρηνικά και ανεπαίσχυντα»: Όπως το νιώθει ο ίδιος ο άρρωστος, οι οικείοι, οι γιατροί, οι νοσηλευτές ή όπως κάποιος αόρατος Επιβλέπων ορίζει;
4. Είναι εφικτή η ανώδυνη, ειρηνική και ανεπαίσχυντη «έξοδος» σε μια εποχή όπου κανείς σχεδόν δεν πεθαίνει στο δικό του κρεβάτι;
5. Έχει άραγε και πόση σημασία για τον θνήσκοντα το πού ή με ποιους κοντά του ή γύρω του πεθαίνει ή μήπως κανένα από αυτά δεν τον αγγίζει;

Σημαίνοντα και σημαινόμενα του Τέλους

Αμέτρητοι συνδυασμοί και σκηνικά απαξίωσης του σώματος και της ψυχής. Ενδεικτική περιήγηση στο Τοπίο του Επερχόμενου Τέλους:

- Πόνος σωματικός και ψυχικός – στενά αλληλοτροφοδοτούμενοι (δεν χρειάζονται συστάσεις).
- Συνεχής Έλλειψη Αέρα, κρίσεις Αναπνευστικού Πανικού (δεν χρειάζονται συστάσεις).
- Σπλαχνικές δυσλειτουργίες (ναυτία, έμετοι, δυσκοιλιότητα, διάρροια, ακράτεια σφικτήρων, εκτροπές και εξωτερικεύσεις σπλάχνων).
- Παρενέργειες ανακουφιστικών φαρμάκων και των αντιδότην τους, (γεωμετρικά αυξανόμενες αλληλεπιδράσεις και τοξικότητες με κάθε νέο προστιθέμενο σκεύασμα).
- Καχεξία και εξασθένηση – η ρημαγμένη σάρκα...
- Οιδήματα ανά σάρκα, διάταση κοιλιάς και δέρματος.

- Αμέτρητοι σωλήνες και καθετήρες «βιαστές» όλων ανατομικών φραγμών και της ακεραιότητας του σώματος.
- Δύσμορφες, επώδυνες ή κνησμώδεις αλλοιώσεις του δέρματος, παραμόρφωση του προσώπου, ακρωτηριασμοί – ενίοτε περιπτοί.
- Καθήλωση της παραπληγίας ή της ημιπληγίας, επακόλουθες εξελκώσεις και απώλεια της στοιχειώδους αυτάρκειας και αυτονομίας.
- Γύμνια, καθημερινό ξεγύμνωμα ενός ελαττωματικού εκ γενετής σώματος ή απαξιωμένου σώματος ενώπιον άγουρων ή χαιρέκακων βλεμμάτων.
- Φόβος της επόμενης στιγμής, ανησυχητικό και όχι καθησυχαστικό ημίφως τη νύχτα και η σύνδεσή του με το σκότος του θανάτου, βίαιες διακοπές ενός οριακού ύπνου από τις εφόδους της θορυβώδους νυχτερινής νοσηλείας ή του γιατρού στο διπλανό κρεβάτι, βαθμιαία εγκατάλειψη των οικείων και των γύρω...



Αντίρροπες στα παραπάνω «Δυνάμεις» ή «Αδυναμία»

- Ο γιατρός «με το φθαρμένο κύρος» και την ανύπαρκτη σχετική εκπαίδευση;
 - Ο ποικιλότητα εξαντλημένος νοσηλευτής;
 - Ο σπανίζων Φυσικοθεραπευτής;
 - Οι σπανιότατοι Ψυχολόγος ή ο Ψυχίατρος;
 - Ο θεωρούμενος περιπτός Κοινωνικός Λειτουργός;
 - Ο Ιερέας – ποιου δόγματος κατά προτεραιότητα;
- Ή μήπως μια δομημένη και θεσμοθετημένη συνεργασία των παραπάνω συντελεστών στον Χωροχρόνο της αρρώστιας;
- Σε ποιους χώρους, με ποιες υποδομές στα νοσοκομεία;
 - Με χλωαίνουσες Υπηρεσίες κατ' Οίκον Νοσηλείας;
 - Με ανύπαρκτους Ξενώνες για ασθενείς και οικείους;
- Ή μήπως η ολοένα σχεδιαζόμενη και εξαγγελλλόμενη ανάπτυξη και συνάρθρωση των παραπάνω δομών σε ενιαίο Σύμπλεγμα Υπηρεσιών;

Ερώτημα

Ποιοι γιατροί και νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας να κρατήσουν τη Σημιαία της στήριξης χωρίς σπατάλη πόρων – με ποια κίνητρα πέρα από μια πεπερασμένη διάθεση προσφοράς;

...και ένα αξίωμα

Όποιος δεν έχει ζήσει ως μέτοχος του δράματος της πορείας στην Έξοδο, ως θεράπων, ως οικείος, συντελεστής και συντελούμενος όλης της διαδικασίας, δεν δικαιούται να ισχυρίζεται ότι αυτός ο στόχος είναι ρεαλιστικός· με όλες και παρ' όλες τις φιλότιμες προσπάθειες επαγγελματικές ή εθελοντικές των εμπλεκόμενων στην υπόθεση του Τελικού Σταδίου.

... καθένας πεθαίνει απών ισχυρίζεται ο Βύρων Λεοντάρης και ίσως έχει δίκιο.

... κλείνοντας

Κοίτα τον άρρωστο ή την άρρωστη με τις νεφροστομίες, την κολοστομία, τον ρινογαστρικό, δύο-τρεις φλέβες παρακεντημένες, δύο-τρεις ορούς και παρεντερικές, το Hickmann ή κάποιο εμφυτευμένο θάλαμο ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών και φαρμάκων, άντε κι ένα Bulau για παροχέτευση θώρακος. Κάπως σαν βυτιοφόρο της Ούλεν όπως αυτοσαρκαζόταν ο πλησιοθανάτιος Τσιφόρος.

Παρατήρησέ τον από κοντά, ύστερα τραβήξου παραπέρα αγνάντεψέ τον από μακριά, από κει που ίσως μας παρατηρεί ο Επιβλέπων και ίσως νιώσεις το Τι – και αυτό το Τι δεν αναλύεται, είναι η Ενιαία Ουσία.

Πριν από είκοσι χρόνια ο θνήσκων από καρκίνο ποιητής Καρούζος είχε ψιθυρίσει τα πέλματά μου στην ακινησία ωσάν απαρέμφατα... λυπάμαι αλλά η ζωή καταντά με τον θάνατο ανυπόληπτη.

Τρέχουσες οδηγίες για την κλινική αντιμετώπιση περιστατικών νέας γρίπης H1N1 σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα, η νέα γρίπη A(H1N1) χαρακτηρίζεται από ευρεία και ταχεία εξάπλωση και από ήπιες κλινικές εκδηλώσεις βραχείας διάρκειας στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων. Κατά το επόμενο διάστημα, αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ασθενών από νέα γρίπη και αναλογικά ο αριθμός αυτών που νοσούν σοβαρά και χρειάζονται νοσηλεία, παρότι η αναλογία τους στο σύνολο των ασθενών με νέα γρίπη είναι μικρή.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το πανδημικό στέλεχος της γρίπης A/H1N1 2009 διαφοροποιείται οσον αφορά την παθογονικότητα του σε σχέση με την εποχική γρίπη σε δύο κύρια σημεία. Πρώτον, λόγω της απουσίας προϋπάρχουσας ανοσίας στην πλειονότητα του πληθυσμού, ο ιός προσβάλλει ευρύ ηλικιακό φάσμα, ιδιαίτερα παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Δεύτερον, ο ιός μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και να οδηγήσει σε ταχέως επιδεινούμενη πνευμονία κυρίως σε παιδιά και νεαρούς ή μέσης ηλικίας ενήλικες.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα για εκδήλωση σοβαρής νόσησης ή επιπλοκών από τη λοίμωξη με το πανδημικό στέλεχος H1N1 φαίνεται πως είναι παρόμοιοι με αυτούς της εποχικής γρίπης. Οι ομάδες ατόμων με αυξημένο κίνδυνο είναι οι εξής:

- Βρέφη και παιδιά ηλικίας μικρότερης των 2ετών
- Έγκυες γυναίκες, ιδιαίτερος αυτές του 2^{ου} και 3^{ου} τριμήνου
- Άτομα με χρόνια νόσημα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, ΧΑΠ)
- Άτομα με χρόνια καρδιαγγειακό νόσημα (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια)
- Άτομα με μεταβολικές διαταραχές (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία)
- Άτομα με χρόνια νεφρική ή ηπατική νόσο
- Άτομα με χρόνιες νευρολογικές διαταραχές (π.χ. νευρομυϊκές, νευροαναπτυξιακές παθήσεις, επιληψία)
- Άτομα με αιμοσφαιρινοπάθειες
- Ανοσοκατασταλμένα άτομα (π.χ. HIV λοίμωξη, κακοήθειες, ανοσοκατασταλτική θεραπεία)
- Άτομα ηλικίας μικρότερης των 19 ετών που βρίσκονται σε χρόνια αγωγή με ασπιρίνη
- Άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών

Έχει παρατηρηθεί ότι η παχυσαρκία με BMI >40 συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, για περίπου 10 - 30% των νοσηλευόμενων ασθενών απαιτείται εισαγωγή και νοσηλεία σε ΜΕΘ. Υπολογίζεται ότι οι μισοί περίπου νοσηλευόμενοι ασθενείς έχουν ένα ή περισσότερα χρόνια υποκείμενα νοσήματα ενώ το 1/3 των ασθενών με σοβαρή λοίμωξη που εισάγεται στις ΜΕΘ είναι υγιείς ενήλικες.

2. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ήπια νόσος

- Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η νόσος διατρέχει με ήπια κλινική συμπτωματολογία που περιλαμβάνει: πυρετό, βήχα, φαρυγγαλγία, ρινόρροια, κεφαλαλγία, μυαλγίες και κακουχία, χωρίς συνοδά σημεία και συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν όλα ή μερικά από τα προαναφερθέντα συμπτώματα.
- Γαστρεντερικές διαταραχές: Ορισμένοι ασθενείς και ιδιαίτερα τα παιδιά ενδέχεται να παρουσιάσουν συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα όπως διάρροιες ή εμέτους.

Επιπλεγμένη ή σοβαρή γρίπη

Οποιαδήποτε μορφή γρίπης χρήζει νοσηλείας θεωρείται σοβαρή ή επιπλεγμένη. Η σοβαρή νόσος χαρακτηρίζεται από κλινική (δύσπνοια, ταχύπνοια) ή/και ακτινολογική εικόνα λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού (πνευμονία).

Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν και εκδηλώσεις από άλλα όργανα ή συστήματα όπως:

- Από το κεντρικό νευρικό σύστημα (π.χ. εγκεφαλοπάθεια, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα)
- Σοβαρή αφυδάτωση
- Σπανίως μπορεί να εμφανιστούν δευτερογενείς επιπλοκές όπως:
 - έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας
 - έκπτωση λειτουργίας πολλαπλών οργάνων
 - σηπτικό σοκ
 - ραβδομύλυση
 - μυοκαρδίτιδα

Η νέα γρίπη μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των υποκείμενων χρόνιων νοσημάτων περιλαμβανομένων:

- του άσθματος
- της ΧΑΠ
- της καρδιακής ανεπάρκειας και άλλων καρδιοαναπνευστικών νοσημάτων
- της χρόνιας ηπατικής ανεπάρκειας
- της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας
- του σακχαρώδους διαβήτη

Συμπτώματα επιδεινούμενης νόσου

Η επιδείνωση της νόσου μπορεί να είναι ταχεία και μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα και εντός εικοσιτετράωρου από την έναρξη των συμπτωμάτων. Ως εκ τούτου οι ασθενείς υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση σοβαρής νόσου ή επιπλοκών της, απαιτούν στενή παρακολούθηση. Παράλληλα οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι για την έγκαιρη

αναγνώριση συμπτωμάτων που συνιστούν ενδείξεις άμεσης ιατρικής αξιολόγησης ή επανεξέτασης. Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένα από τα συμπτώματα αυτά:

A. Συμπτώματα που υποδηλώνουν ανεπαρκή οξυγόνωση και καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια:

- Δύσπνοια κοπώσεως ή ηρεμίας, κυάνωση, αιματηρά ή κεχρωσμένα πτύελα, θωρακικό άλγος και χαμηλή αρτηριακή πίεση
- Στα παιδιά, ταχύπνοια και εργώδης αναπνοή
- Υποξαιμία βάσει μέτρησης του κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο

B. Συμπτώματα και σημεία που υποδηλώνουν επιπλοκή από το ΚΝΣ:

- Διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, λιποθυμία, ζάλη, λήθαργος, σπασμοί, συγχυτικά φαινόμενα, σοβαρή αδυναμία ή παράλυση.

Γ. Σοβαρή αφυδάτωση που εκδηλώνεται ως μειωμένη δραστηριότητα, ζάλη, ολιγουρία ή λήθαργος, ιδιαίτερα στα παιδιά.

Δ. Παρατεταμένη διάρκεια συμπτωμάτων (π.χ. υψηλός πυρετός για περισσότερες από 72 ώρες) ή ενδείξεις δευτερογενούς βακτηριακής λοίμωξης σύμφωνα με τα κλινικά ή/και εργαστηριακά δεδομένα.

3. ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ (H1N1) 2009 ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα υπάρχοντα δεδομένα συνηγορούν για το ότι ο ιός (H1N1) 2009 μεταδίδεται όπως οι ιοί της εποχικής γρίπης Α και Β.

Τα ενδεικνυόμενα μέτρα προφύλαξης περιλαμβάνουν την **τήρηση των βασικών προφυλάξεων** και των **προφυλάξεων σταγονιδίων** τα οποία πρέπει να εφαρμόζονται συστηματικά σε κάθε επαφή με τον ασθενή.

Στις περιπτώσεις διενέργειας χειρισμών κατά τη διάρκεια των οποίων δημιουργείται **αερόλυμα** (π.χ. βρογχοσκόπηση ή αναρρόφηση), θα πρέπει να χρησιμοποιείται εκτός των βασικών προφυλάξεων (γάντια, οφθαλμική προστασία και προστατευτική ποδιά μίας χρήσης) και μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας (FFP3 ή συναφής). Οι χειρισμοί αυτοί θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε επαρκώς αεριζόμενο χώρο με την παρουσία του ελάχιστου δυνατού προσωπικού.

4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Οι ασθενείς με συμπτώματα γρίπης ή με επιβεβαιωμένη λοίμωξη που χρήζουν νοσηλείας, πρέπει να νοσηλεύονται σε συνθήκες απομόνωσης καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε μονόκλινο θάλαμο. Ο θάλαμος νοσηλείας πρέπει να αερίζεται καλά και η πόρτα του θαλάμου να είναι πάντα κλειστή.
- Στις περιπτώσεις που οι μονόκλινοι θάλαμοι νοσηλείας δεν επαρκούν, συστήνεται η συν-νοσηλεία των ασθενών με γρίπη (cohorting) με τήρηση απόστασης μεταξύ των κλινών τουλάχιστον 1 έως 2 μέτρων.

- Οι μετακινήσεις και οι επισκέψεις προς τον ασθενή πρέπει να περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες και όσοι εισέρχονται στους θαλάμους νοσηλείας να εφαρμόζουν τα μέτρα υγιεινής των χεριών και αναπνευστικής υγιεινής.
- Τα μέτρα προφύλαξης και η απομόνωση των ασθενών, εφαρμόζονται εφόσον ο ασθενής παραμένει νοσηλευόμενος, για 7 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων ή για τουλάχιστον 24 ώρες μετά την αποδρομή του πυρετού και των συμπτωμάτων από το αναπνευστικό σύστημα, ότι από τα δύο διαρκεί περισσότερο,. Σε περίπτωση παρατεταμένης νοσηλείας λόγω επιπλοκών (π.χ. πνευμονία), τα μέτρα προφύλαξης εφαρμόζονται όσο διαρκεί η οξεία φάση της νόσου. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη φροντίδα παιδιών και ανοσοκατασταλαμένων ασθενών, οι οποίοι μπορεί να διασπείρουν τον ιό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και κατά συνέπεια τα προληπτικά μέτρα πρέπει να εφαρμόζονται σύμφωνα με τη κρίση του κλινικού ιατρού για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Σημειώνεται ότι οι ανοσοκατασταλαμένοι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης στελεχών με αντοχή στα αντι-ιικά.

5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική εργαστηριακή διερεύνηση πραγματοποιείται με **RT-PCR** σε ενδεδειγμένα κλινικά δείγματα του ανώτερου αναπνευστικού, όπως ρινικό ή ρινοφαρυγγικό έκκριμα και φαρυγγικό επίχρισμα. Το ενδεδειγμένο κλινικό δείγμα σε ασθενείς που παρουσιάζουν λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού είναι έκκριμα από την τραχεία ή βρογχικό έκκριμα.

Συνιστάται η διαγνωστική εργαστηριακή εξέταση να γίνεται **κατά προτεραιότητα** στους ασθενείς με σοβαρή κλινική συμπτωματολογία που κατά κανόνα είναι νοσηλευόμενοι ασθενείς, στους ασθενείς που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και στους ασθενείς, που παρουσιάζουν επιπλεγμένη ή επιδεινούμενη αναπνευστική νόσο. Σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος ιατρού, εργαστηριακός έλεγχος μπορεί να γίνει σε ειδικές περιπτώσεις ασθενών που δε βελτιώνονται παρά τη χορήγηση αντι-ικής αγωγής για τη διερεύνηση ανάπτυξης αντοχής. **Σε καμία περίπτωση, η αναμονή των αποτελεσμάτων της εργαστηριακής εξέτασης δεν πρέπει να καθυστερεί την λήψη προφυλακτικών μέτρων ή την έναρξη αντι-ικής αγωγής, εάν πιθανολογείται λοίμωξη από H1N1.**

Όταν υπάρχει σοβαρή κλινική υποψία λοίμωξης με H1N1, ακόμα και αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά, η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται και η αντι-ική αγωγή να μη διακόπτεται.

Στους ασθενείς με κλινική εικόνα ανεπίπλεκτης γρίπης, η διάγνωση βασίζεται στα κλινικά κριτήρια και δεν απαιτείται εργαστηριακή επιβεβαίωση της λοίμωξης. Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να συνιστά στους ασθενείς αυτούς να επανέρχονται για επανεκτίμηση εφόσον παρουσιάσουν επιδείνωση ή εφόσον τα συμπτώματά τους δεν υφίστανται μετά την πάροδο τριών εικοσιτετράωρων.

Η χρήση των ταχέων διαγνωστικών μεθόδων (rapid tests) προϋποθέτει την προσεκτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους, δεδομένης της ποικίλλης ευαισθησίας τους που κυμαίνεται από 10%-70% και της πιθανότητας ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Κατά συνέπεια, ένα αρνητικό αποτέλεσμα ταχείου τεστ δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να επηρεάσει την απόφαση για διακοπή της χορηγούμενης θεραπείας ή των μέτρων προφύλαξης.

Επειδή δύναται να συνυπάρχει λοίμωξη από άλλους αναπνευστικούς ιούς ή μικρόβια, θα πρέπει να πραγματοποιείται ο ανάλογος εργαστηριακός έλεγχος (π.χ. αντιγόνο

πνευμονιόκοκκου στα ούρα) και να δίδεται εμπειρική αγωγή για άλλα παθογόνα, κατά την κρίση του γιατρού και με βάση την κλινική εικόνα του ασθενούς.

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικές αρχές

Ήπια νόσος

Οι περισσότεροι ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό H1N1 εμφανίζουν αυτοπεριοριζόμενη ανεπίπλεκτη νόσο. Σε αυτές τις περιπτώσεις συστήνεται η παραμονή και ανάρρωση του ασθενούς στο σπίτι και η χορήγηση υποστηρικτικής αγωγής που περιλαμβάνει αντιπυρετικά - αναλγητικά και χορήγηση υγρών. Οι ασθενείς λαμβάνουν οδηγίες για παρακολούθηση και έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν επιδεινούμενη ή επιπλεγμένη νόσο ώστε να επανεξεταστούν από το θεράποντα ιατρό. Σκευάσματα που περιέχουν σαλικυλικό οξύ (π.χ. ασπιρίνη) δεν πρέπει να χορηγούνται στα παιδιά και στους νεαρούς ενήλικες κάτω των 18 χρονών για την αποφυγή του ενδεχομένου εμφάνισης συνδρόμου Reye.

Έγκυες

Οι έγκυες και ιδιαίτερα εάν έχουν υποκείμενο νόσημα, έχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Η λοίμωξη με ιό γρίπης κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να οδηγήσει σε αυτόματη αποβολή, πρόωρο τοκετό και εμφάνιση επιπλοκών από το έμβρυο. Κατά συνέπεια οι εγκυμονούσες με επιβεβαιωμένη ή ύποπτη λοίμωξη από το ιό H1N1 χρήζουν στενής παρακολούθησης και έγκαιρης έναρξης αντι-ϊικής αγωγής. Η παρακεταμόλη συνιστάται ως υποστηρικτική αγωγή δεδομένων των περιορισμών στη χρήση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών συμπεριλαμβανομένης και της ασπιρίνης κατά την κύηση.

Βρέφη και μικρά παιδιά

Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά (κυρίως ηλικίας μικρότερης των δύο ετών) έχουν το υψηλότερο ποσοστό νοσηλείας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν χρόνια υποκείμενα νοσήματα. Τα νεογνά και τα μικρά παιδιά συχνά παρουσιάζουν μη τυπικά συμπτώματα γριπώδους συνδρομής όπως χαμηλή πυρετική κίνηση, ταχύπνοια, κυάνωση, υπνηλία, λήθαργος, άπνοια, άρνηση λήψης τροφής και αφυδάτωση. Η προαναφερθείσα συμπτωματολογία δεν είναι χαρακτηριστική της νόσου, κατά συνέπεια δεν είναι διαφοροδιαγνωστική. Οι παιδίατροι θα πρέπει να υποψιάζονται τη νόσο όταν στο περιβάλλον του παιδιού υπάρχουν ασθενείς με γριπώδη συνδρομή έτσι ώστε το παιδί να τίθεται εγκαίρως σε αντι-ϊική αγωγή. Θα πρέπει επίσης να συμβουλεύουν τους γονείς να παρακολουθούν το παιδί για τυχόν εμφάνιση των προαναφερθέντων συμπτωμάτων και να ενημερώνουν σχετικά το γιατρό.

Αντι-ϊική θεραπεία

Όταν και εφόσον χορηγείται αντι-ϊική αγωγή η έναρξή της θα πρέπει να γίνεται το ταχύτερο δυνατό μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Η αντι-ϊική αγωγή μπορεί να χορηγηθεί οποτεδήποτε κατά την πορεία της νόσου εφόσον υπάρχει ενεργός ή σοβαρή επιπλεγμένη νόσος. Η πρόσφατη εμπειρία καταδεικνύει ότι η πρώιμη έναρξη της θεραπείας και κατά προτίμηση εντός 48 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων, έχει καλύτερα αποτελέσματα. Σε καμία περίπτωση δεν αναμένονται τα αποτελέσματα της εργαστηριακής εξέτασης για την έναρξη της αγωγής.

Το στέλεχος H1N1 είναι ευαίσθητο στους αναστολείς της νευραμινιδάσης, οσεταμιβίρη και ζαναμιβίρη, αλλά ανθεκτικό στους αναστολείς της πρωτεΐνης M2, αμανταδίνη και ριμανταδίνη.

1. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρή ή επιδεινούμενη κλινική εικόνα θα πρέπει να τίθενται υπό αγωγή με οσεταμιβίρη και η χορήγηση να αρχίζει το ταχύτερο δυνατό. Η

σύσταση αυτή αφορά όλους τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των εγκύων και των παιδιών κάτω των δύο ετών, όπως και των νεογνών.

- Οι ασθενείς με σοβαρή επιδεινούμενη νόσο και ιδιαίτερα αυτοί που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ και δεν ανταποκρίνονται στο σύνηθες θεραπευτικό σχήμα θα πρέπει να λάβουν υψηλότερες δόσεις οσελαμιβίρης (150 mg δύο φορές την ημέρα) και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (συνήθως 2 εβδομάδες).
 - Όταν δεν υπάρχει διαθέσιμη οσελαμιβίρη ή δεν είναι δυνατή η χορήγησή της ή ο ιός είναι ανθεκτικός σε αυτήν οι ασθενείς θα πρέπει να λάβουν ζαναμιβίρη.
2. Οι ασθενείς που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση επιπλεγμένης ή σοβαρής νόσου, αλλά παρουσιάζονται με ανεπίπλεκτη νόσο, θα πρέπει να τίθενται σε αντι-ιική αγωγή με οσελαμιβίρη ή ζαναμιβίρη. Η θεραπεία θα πρέπει να αρχίζει το ταχύτερο δυνατό.
 3. Για τους ασθενείς που δεν ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιπλεγμένης ή σοβαρής νόσου και έχουν ανεπίπλεκτη νόσο δε συνιστάται η λήψη αντι-ιικής αγωγής.

Για τους ασθενείς που δεν δύνανται να λάβουν καψάκια οσελαμιβίρης, μπορεί να παρασκευαστεί εναιώρημα οσελαμιβίρης από τα καψάκια σύμφωνα με τις εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ, οδηγίες του κατασκευαστή.

Οι ασθενείς με επιμένουσα σοβαρή νόσο παρά τη λήψη οσελαμιβίρης, μπορούν να λάβουν ενδοφλεβίως ένα από τα ακόλουθα εναλλακτικά αντι-ιικά σκευάσματα όπως η ζαναμιβίρη, η περαμιβίρη, η ριμπαβιρίνη ή άλλα πειραματικά φάρμακα εάν είναι διαθέσιμα.

Η διάθεση της ζαναμιβίρης για ενδοφλέβια χρήση γίνεται μέσω του Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) ύστερα από συνεννόηση με το ΚΕΕΛΠΝΟ (τηλέφωνα 24ωρης επικοινωνίας: 210-5212028, 120-5212054 και 210-5222339).

Η διαδικασία διάθεσης της περαμιβίρης βρίσκεται σε εξέλιξη και όταν ολοκληρωθεί θα είναι ανάλογη με αυτήν της ζαναμιβίρης.

Η χρήση αυτών των σκευασμάτων πρέπει να γίνεται μόνο στο πλαίσιο προοπτικής συλλογής κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων υπό τις εξής προϋποθέσεις.

- Η ριμπαβιρίνη δεν πρέπει να χορηγείται ως μονοθεραπεία
- Η ριμπαβιρίνη δεν χορηγείται σε εγκύους
- Το εισπνεόμενο σκεύασμα ζαναμιβίρης σε σκόνη δεν χρησιμοποιείται σε νεφελοποιητή γιατί η ύπαρξη λακτόζης σε αυτό θα επηρεάσει τη λειτουργία της αναπνευστικής συσκευής.

Οι θηλάζουσες μητέρες μπορούν να συνεχίσουν ανεπιφύλακτα το θηλασμό κατά τη διάρκεια της αγωγής με οσελαμιβίρη.

Αντοχή

Έχουν περιγραφεί σποραδικές περιπτώσεις ανάπτυξης αντοχής στην οσελαμιβίρη. Ο κίνδυνος εμφάνισης του φαινομένου είναι υψηλότερος σε ασθενείς με παρατεταμένη νόσο (ανοσοκατασταλαμένοι ή ανοσοανεπαρκείς) και σε εκείνους που έλαβαν αντι-ιική αγωγή επί μακρόν αλλά παραμένουν θετικοί στον ιό. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι θεράποντες θα πρέπει να υποψιαστούν ότι αναπτύχθηκε αντοχή στο φάρμακο. Αρκετά περιστατικά αντοχής έχουν επίσης αναφερθεί μετά από θεραπεία με οσελαμιβίρη κατά την εποχική γρίπη.

Δεδομένου ότι όλα τα ανθεκτικά στην οσελταμιβίρη στελέχη H1N1 παραμένουν ευαίσθητα στην ζαναμιβίρη, η τελευταία αποτελεί εναλλακτική αγωγή για ασθενείς με σοβαρή νόσο οφειλόμενη σε ανθεκτικό στην οσελταμιβίρη στέλεχος H1N1.

Οξυγονοθεραπεία

Ο κορεσμός σε οξυγόνο τόσο κατά την αρχική κλινική αξιολόγηση και εισαγωγή όσο και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να παρακολουθείται με οξυμετρία ή εξέταση αερίων αίματος. Εάν ο κορεσμός του ασθενούς σε οξυγόνο είναι χαμηλός, πρέπει να διορθώνεται με χορήγηση οξυγόνου. Για την αντιμετώπιση της πνευμονίας, ο ΠΟΥ συνιστά το όριο κορεσμού σε οξυγόνο να ξεπερνά το 90%, ενώ σε εγκύους ασθενείς πρέπει να διατηρείται πάντα πάνω από το 90% και κατά προτίμηση 92-95%.

Οι ασθενείς με σοβαρή υποξαιμία θα χρειαστούν αυξημένη παροχή οξυγόνου, (π.χ. 10 λίτρα ανά λεπτό), μέσω των προσωπίδων. Η ενεργός συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού ή οικογενειακών μελών είναι απαραίτητη στην περίπτωση που ο ασθενής δυσκολεύεται να συμμορφωθεί με την προαναφερθείσα διαδικασία, π.χ. τα παιδιά. Όταν δεν υπάρχει σύστημα κεντρικής παροχής οξυγόνου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν φιάλες οξυγόνου. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει οξυγόνο για ιατρική χρήση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί βιομηχανικό οξυγόνο. Η οξυγονοθεραπεία των νεογνών θα πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με το σύνηθες πρωτόκολλο.

Αντιμικροβιακή θεραπεία

Η χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής για τη θεραπεία της πνευμονίας θα γίνεται σύμφωνα με το σύνηθες πρωτόκολλο αντιμετώπισης πνευμονίας της κοινότητας.

Η εποχική γρίπη όπως και οι προηγούμενες πανδημίες της γρίπης επιπλέκονται με επιλοίμωξη από παθογόνους μικροοργανισμούς, όπως πνευμονιόκοκκο και *Staphylococcus aureus*, η οποία μπορεί να συμβεί στα αρχικά στάδια της ανάπτυξης σοβαρής νόσου από τον πανδημικό ιό H1N1.

Η πνευμονία από *Staphylococcus aureus* μπορεί να είναι σοβαρή, ταχέως επιδεινούμενη και να οδηγήσει στα παιδιά σε δημιουργία πνευματοκηλών. Πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ότι η λοίμωξη μπορεί να οφείλεται σε στελέχη ανθεκτικά στη μεθικιλίνη (και σε όλες τις αντισταφυλοκοκκικές πενικιλίνες και κεφαλοσπορίνες). Για το λόγο αυτό συστήνεται έναρξη θεραπείας με λινεζολίδη.

Το αντιβιογράμμα θα πρέπει να καθοδηγεί την επιλογή αντιμικροβιακής αγωγής στους ασθενείς με λοίμωξη από τον ιό της γρίπης A (H1N1) και μικροβιακή επιλοίμωξη, όποτε αυτό είναι δυνατόν.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή εμφάνισης νοσοκομειακών αναπνευστικών λοιμώξεων, συσχετιζόμενων ή μη με τη μηχανική αναπνευστική υποστήριξη.

Κριτήριο για την επιλογή των αντιμικροβιακών για τη θεραπεία δευτερογενών λοιμώξεων σε εγκύους και θηλάζουσες μητέρες αποτελεί η ύπαρξη ή μη σχετικής αντένδειξης, π.χ. θα πρέπει να αποφεύγονται οι τετρακυκλίνες, η χλωραμφενικόλη και οι κινολόνες.

Σημειώνεται ότι η χορήγηση αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης δε συνιστάται.

7. ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΝΟΣΟ

Η νοσοκομειακή περίθαλψη απαιτεί πρώιμη έναρξη οξυγονοθεραπείας για διόρθωση της υποξαιμίας, παρακολούθηση του κορεσμού οξυγόνου τόσο κατά τη παραμονή του ασθενούς στα επείγοντα ιατρεία όσο και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, προσεκτική αποκατάσταση των υγρών, αντιμικροβιακή αγωγή και άλλα υποστηρικτικά μέτρα. Είναι σημαντική η παροχή κατάλληλων αντιμικροβιακών για άλλες λοιμώξεις που προκαλούν επίσης σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια, όπως η μικροβιακή πνευμονία. Ορισμένοι από τους ασθενείς με βαριά νόσο από τον ιό H1N1 θα αναπτύξουν αναπνευστική δυσχέρεια και θα χρειαστούν μηχανική αναπνευστική υποστήριξη και νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Αρχική εκτίμηση

- 1) Η δύσπνοια και ταχύπνοια είναι από τα κύρια συμπτώματα σοβαρής νόσου και επιβάλλεται μέτρηση του κορεσμού οξυγόνου και διενέργεια ακτινογραφίας θώρακος.
- 2) Οι αρχικές διαγνωστικές εξετάσεις μπορεί να μην ανιχνεύσουν τον ιό όταν πρόκειται για λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού. Στις περιπτώσεις αυτές, τα δείγματα που συλλέγονται από το κατώτερο αναπνευστικό έχουν καλύτερο διαγνωστικό αποτέλεσμα από ότι τα δείγματα του ανώτερου αναπνευστικού. Σε διασωληνωμένους ασθενείς συνιστάται η λήψη τόσο ρινοφαρυγγικού δείγματος όσο δείγματος τραχειακού εκκρίματος. Εάν τα αποτελέσματα των αρχικών εξετάσεων είναι αρνητικά, αυτές θα πρέπει να επαναλαμβάνονται σε 48-72 ώρες.

Αντι-ιική θεραπεία του ασθενούς με σοβαρή νόσο

Η αγωγή με οσελαμιβίρη θα πρέπει να ξεκινάει αμέσως μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, εφόσον το φάρμακο δεν έχει ήδη χορηγηθεί. Βάσει της υπάρχουσας εμπειρίας, ο ασθενής θα χρειαστεί αντι-ιική αγωγή για περισσότερες από 5 ημέρες και η αγωγή θα πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον 10 ημέρες, εκτός εάν υπάρχει κλινική βελτίωση. Υπάρχουν δεδομένα ασφάλειας που υποστηρίζουν τη χορήγηση αυξημένων δόσεων οσελαμιβίρης, έως και 150 mg δις ημερησίως σε ενήλικες. Στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, θα πρέπει να γίνεται κατάλληλη αναπροσαρμογή της δόσης.

Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την χορήγηση δόσεων υψηλότερων των 75 mg δις ημερησίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Υποστηρικτική αγωγή του ασθενούς με σοβαρή νόσο

Οι νοσούντες με H1N1 δύνανται να επιδεινωθούν τάχιστα (μέσα σε ώρες) και απαιτείται στενή παρακολούθηση και ταχεία παρέμβαση. Για τη θεραπεία του ARDS που συσχετίζεται με το στέλεχος H1N1 θα πρέπει να ακολουθείται το πρωτόκολλο θεραπείας που έχει εγκριθεί από την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας.

- Στα αρχικά στάδια ακολουθείται το σύνηθες πρωτόκολλο αερισμού.
- Σε νοσοκομεία που διαθέτουν υψηλή τεχνολογία στη μονάδα εντατικής θεραπείας, κάποιοι ασθενείς με υποξαιμία έχουν βελτιωθεί με τη χορήγηση αρνητικού ισοζυγίου υγρών, αερισμό σε πρηνή θέση, προκεχωρημένη αναπνευστική υποστήριξη είτε με HFO (high frequency oscillation) είτε με ECMO (extracorporeal membrane oxygenation).

Επικουρική φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς με σοβαρή νόσο

Τα κορτικοστεροειδή σε μικρή δόση μπορεί να χορηγηθούν σε σοβαρά πάσχοντες ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ με λοίμωξη από ιό A/H1N1.

Η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών σε μεγάλες δόσεις καθώς και η χορήγηση άλλης επικουρικής αγωγής για την ιογενή πνευμονία δεν συνιστώνται εκτός πλαισίου κλινικών δοκιμών. Η παρατεταμένη συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών σε μεγάλες δόσεις



μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες στους ασθενείς με γρίπη, όπως ευκαιριακές λοιμώξεις και παράταση της ιικής δραστηριότητας. Κατά συνέπεια, τα κορτικοστεροειδή θα πρέπει να αποφεύγονται εκτός εάν θεωρηθούν απαραίτητα για κάποιο άλλο λόγο.

Δευτερογενής μικροβιακή πνευμονία του ασθενούς με σοβαρή νόσο

- Η αρχική εμπειρική θεραπεία της πνευμονίας από τον ιό H1N1 θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο οσελαμιβίρη όσο και αντιμικροβιακή αγωγή για πνευμονία της κοινότητας. (βλ. «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων» του ΚΕΕΠΛΠΝΟ).

8. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

- Θα πρέπει να εφαρμοστούν ευρέως τα μέτρα διαλογής και θεραπείας των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εφόσον η μετάδοση του πανδημικού ιού A H1N1 στην κοινότητα είναι επιβεβαιωμένη, η διαλογή των ασθενών με γριπώδη συνδρομή ή πνευμονία θα πρέπει να ενισχυθεί (βλέπε παράρτημα) έτσι ώστε να διασφαλιστεί η έγκαιρη πρόσβαση σε νοσοκομείο για ενδεχόμενη νοσηλεία και θεραπεία. Οι βασικές αρχές της κλινικής διαχείρισης περιλαμβάνουν συμπτωματική αγωγή, πρώιμη χορήγηση αντι-ιικών φαρμάκων στις ομάδες υψηλού κινδύνου, χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής για επιλοιμώξεις και προσεκτική παρακολούθηση για επιδείνωση της νόσου. Σε όλα τα επίπεδα ιατρικής περίθαλψης, οι βασικές προφυλάξεις και οι προφυλάξεις σταγονιδίων θα πρέπει να ενταθούν, με ιδιαίτερη έμφαση στα μέτρα αναπνευστικής υγιεινής και υγιεινής των χεριών, στη διατήρηση ασφαλών αποστάσεων, στον επαρκή αερισμό των δωματίων και στη χρήση χειρουργικών μασκών για όσους έρχονται σε στενή επαφή με ασθενείς που πάσχουν από αναπνευστική νόσο.

Πίνακας 1: Περίληψη κλινικής διαχείρισης ασθενών με λοίμωξη από τον πανδημικό ιό γρίπης A/H1N1

Διάγνωση	Η RT-PCR αποτελεί την πιο γρήγορη και ευαίσθητη μέθοδο ανίχνευσης της λοίμωξης. Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει τη λοίμωξη με τον ιό της γρίπης. Κατά συνέπεια, η έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να γίνεται βάσει της κλινικής διάγνωσης μέσα στο πλαίσιο της επιδημιολογίας της νόσου στην περιοχή.
Αντιμικροβιακά	Σε περίπτωση πνευμονίας, θα πρέπει να χορηγείται εμπειρική θεραπεία για πνευμονία της κοινότητας σύμφωνα με το συνηθισμένο πρωτόκολλο, εν αναμονή των εργαστηριακών αποτελεσμάτων (2-3 ημέρες). Αναπροσαρμόζεται η θεραπεία εάν στη συνέχεια υπάρχουν ενδείξεις λοίμωξης από άλλα παθογόνα. (βλ. «Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων» του ΚΕΕΛΠΝΟ)
Αντι-ιικά	Εάν ενδείκνυται θεραπεία, συνιστάται η έγκαιρη έναρξη αγωγής με οσελταμιβίρη ή ζαναμιβίρη. Σε σοβαρά περιστατικά η παρατεταμένη χορήγηση οσελταμιβίρης (τουλάχιστον 10 ημέρες) και υψηλότερες δόσεις (μέχρι και 150 δις ημερησίως στους ενήλικες) θα πρέπει να ληφθεί υπόψη. Σε περίπτωση μη ανταπόκρισης στα αντι-ιικά, να εγείρεται η υποψία ανάπτυξης αντοχής στην οσελταμιβίρη
Κορτικοστεροειδή	Δε συνιστώνται μέτριες ή υψηλές δόσεις συστηματικών κορτικοστεροειδών ως επικουρική θεραπεία της γρίπης από H1N1. Τα πλεονεκτήματά τους δεν είναι αποδεδειγμένα και δύνανται να προκαλέσουν βλάβη.
Μέτρα προφύλαξης	Βασικές προφυλάξεις και προφυλάξεις σταγονιδίων. Κατά τη διάρκεια χειρισμών κατά τους οποίους δημιουργείται αερόλυμα θα πρέπει να χρησιμοποιείται μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας (FFP3 ή αντίστοιχη), οφθαλμική προστασία, ποδιά και γάντια. Ο χώρος πραγματοποίησης ανάλογων χειρισμών καθώς και οι θάλαμοι νοσηλείας πρέπει να αερίζονται επαρκώς.
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντιπυρετικά	Χορηγείται παρακεταμόλη. Αποφεύγεται η χορήγηση σαλικυλικών (ασπιρίνη), ειδικά στα παιδιά και τους εφήβους προς αποφυγή εμφάνισης του συνδρόμου Reye.
Οξυγονοθεραπεία	Η χορήγηση γίνεται είτε με ρινικό σωλήνα είτε με προσωπίδα. Ο κορεσμός του αίματος σε οξυγόνο πρέπει να ξεπερνά το 90%.
Εγκυμοσύνη	Έγκαιρη έναρξη αγωγής με οσελταμιβίρη. Αντενδείκνυται η χορήγηση ριμπαβιρίνης. Για χημειοπροφύλαξη προτιμάται η ζαναμιβίρη. Για την αντιμετώπιση δευτερογενών λοιμώξεων χορηγείται η ενδεικνυόμενη κατά την εγκυμοσύνη αντιμικροβιακή αγωγή.
Βρέφη	Η συμπτωματολογία δεν είναι τυπική. Ο παιδίατρος θα πρέπει να υποψιάζεται τη νόσο όταν στο περιβάλλον του παιδιού υπάρχουν ασθενείς με γριπώδη συνδρομή. Επιβάλλεται η έγκαιρη έναρξη αντι-ιικής αγωγής. Δε χορηγείται ασπιρίνη.

Πίνακας 2: Συνήθη σχήματα αντι-ιικής αγωγής

Οσελταμιβίρη

Η χορήγηση της οσελταμιβίρης συστήνεται σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης του έτους. Για παιδιά ηλικίας μικρότερης του έτους η οσελταμιβίρη έχει λάβει έγκριση χορήγησης από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων.

Έφηβοι (13 έως 17 ετών) και ενήλικες: Η συνιστώμενη από του στόματος δόση είναι 75 mg οσελταμιβίρης δις ημερησίως για 5 ημέρες.

Βρέφη και παιδιά

Για τα βρέφη (0 έως 12 μηνών) το συνιστώμενο σχήμα είναι δις ημερησίως για 5 ημέρες. Η δοσολογία άνα χιλιόγραμμα βάρους σώματος έχει ως ακολούθως:

> 3 μηνών έως 12 μηνών	3 mg/kg από του στόματος, δις ημερησίως
> 1 μηνός έως 3 μηνών	2.5 mg/kg από του στόματος, δις ημερησίως
0 έως 1 μηνός*	2 mg/kg από του στόματος, δις ημερησίως

*Δεν υπάρχουν στοιχεία για την χορήγηση οσελταμιβίρης σε βρέφη κάτω του ενός μηνός

Για παιδιά μεγαλύτερα του έτους οι συνιστώμενες δόσεις είναι:

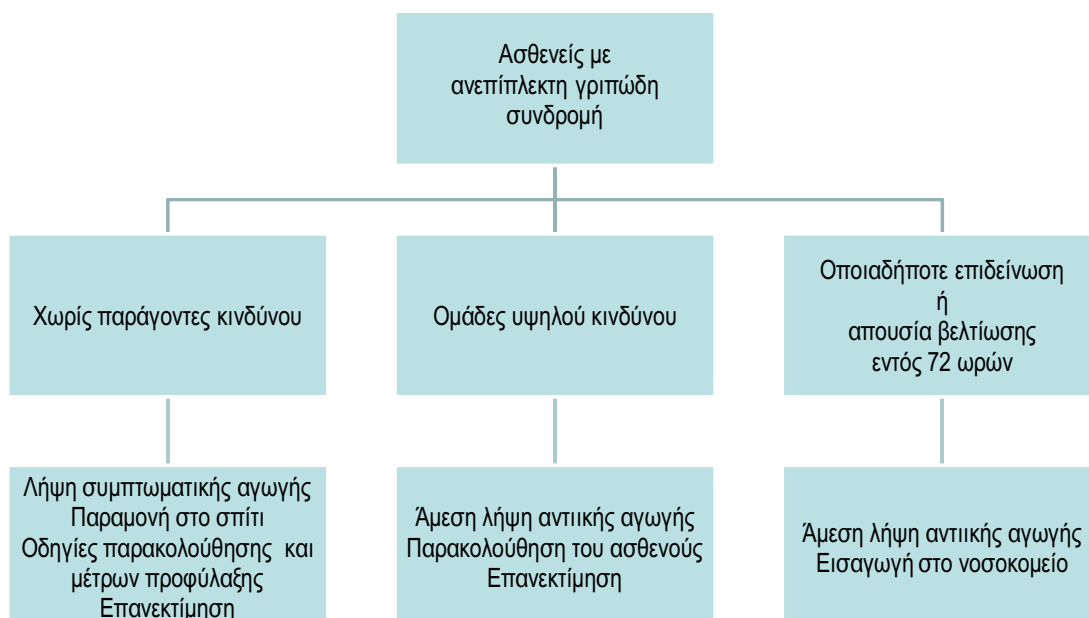
≤ 15 kg	30 mg από του στόματος δις ημερησίως
15-23 kg	45 mg από του στόματος δις ημερησίως
24-40 kg	60 mg από του στόματος δις ημερησίως
> 40 kg	75 mg από του στόματος δις ημερησίως


Για ενήλικες, εφήβους και παιδιά που δεν δύνανται να καταπιούν καψάκια, έχουν δοθεί από τους κατασκευαστές ειδικές οδηγίες παρασκευής εναιωρήματος οσελταμιβίρης από τα καψάκια, στο σπίτι ή στο φαρμακείο.

Ζαναμιβίρη

Η ζαναμιβίρη ενδείκνυται για τη θεραπεία της γρίπης σε ενήλικες και παιδιά (> 5 ετών). Η συνιστώμενη δόση για ενήλικες και παιδιά μεγαλύτερα των 5 ετών είναι δύο εισπνοές (2 x 5 mg) δις ημερησίως για 5 ημέρες.

Παράρτημα: Αλγόριθμος ΠΟΥ για τη διαχείριση ασθενών με γριπώδη συνδρομή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη





Το Διοικητικό Συμβούλιο
του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
και η συντακτική επιτροπή του περιοδικού
σας εύχονται
Χαρούμενο, Ειρηνικό, Δημιουργικό το 2010

BRASAN[®]

(serratio - peptidase)

Όταν το πρόβλημα είναι η φλεγμονή...

Ασκεί ισχυρή αντιφλεγμονώδη και αντιοιδηματική δράση

Ενισχύει τη δραστηριότητα των αντιβιοτικών

Επιταχύνει την απορρόφηση των εξιδρωμάτων και
αιματωμάτων του οφθαλμού

Επιταχύνει τη ρευστοποίηση και την αποβολή πτυέλων,
βλεννών, πύου και αιματώματος

Είναι το μόνο πρωτεολυτικό ένζυμο που χορηγείται μετά
το φαγητό διότι δεν καταστρέφεται
από το γαστρικό υγρό

ΤΟ BRASAN[™] ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΑΠΟ ΟΛΑ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ : 6,22€



BIANEE A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• E-Mail: mail@biene.gr

VI.0076/BRAS/1-6/2008

• ΑΘΗΝΑ: Πλάτ. Τσιτσώνη 146 71 Ν. Γρυπώνης, Τηλ: 210 809111

• ΙΝΤΕΡΝΕΤ: <http://www.biene.gr>

• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β. Χαϊού 2, Τηλ: 23 10 840440

Αρρώγιά με τη ζωή
Takeda