

ΝΟΥΣΩΜΑ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2011 • ΤΕΥΧΟΣ 13ο

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

BRASAN[®]

(serratio - peptidase)

Όταν το πρόβλημα
είναι η φλεγμονή...

Ασκεί ισχυρή αντιφλεγμονώδη και αντιοιδηματική δράση

Ενισχύει τη δραστικότητα 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€



BIANEX A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης • ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ: 210 8009111

• E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: <http://www.vianex.gr> • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χατζή 2, Τηλ: 2310 840440

VE8076BRAS/1-6/2008



Ο πρόεδρος
και το διοικητικό συμβούλιο
του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
σας εύχονται

Χρόνια Πολλά, Υγεία
& Ευτυχία για το 2011

ΛΑΡΥΓΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

ΜΠΟΝΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ
ΜΑΝΤΖΩΛΑ ΜΑΡΙΑ
ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΠΑΠΑΔΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ
ΤΣΙΝΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΠΕΡΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΓΝ Αγρινίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι υπεροισοφαγικές δομές (φάρυγγας, λάρυγγας, στοματική κοιλότητα-δόντια, μύτη-παραρρίνιοι, αυτί, τραχεία, βρογχικό δένδρο και πνεύμονες) μπορεί να υποστούν βλάβες από την όξινη παλινδρόμηση. Ο Koufman (1991) όρισε την ΓΟΠ ως την κύρια αιτία στο 62% των ωτορινολαρυγγολογικών ασθενών με λαρυγγικές και φωνητικές διαταραχές.

ΛΑΡΥΓΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Κατά τον Ford Ch (2005) η όξινη παλινδρόμηση αποτελεί την κυριότερη αιτία της λαρυγγικής παθολογίας. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση του «οπίσθιου λάρυγγα» σκύλων στο γαστρικό υγρό προκαλεί προοδευτική οπισθολαρυγγική φλεγμονή, έλκος εξ επαφής και τελικώς κοκκίωμα (Delahunty JE et al, 1968). Ακόμη και ένας περιορισμένος αριθμός επεισοδίων παλινδρόμησης στον λάρυγγα αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας φλεγμονωδών βλαβών. Οι ασθενείς με λαρυγγικές διαταραχές θεωρούνται «άτυποι» συγκριτικά με τους «τυπικούς» με πεπτικές εκδηλώσεις που αντιμετωπίζουν συχνά οι γαστρεντερολόγοι.

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η μεγάλη διάρκεια ΓΟΠ και οι μεγάλες ηλικίες.

Η επίθεση της όξινης παλινδρόμησης στις υπεροισοφαγικές δομές μπορεί να προκαλέσει «τραυματική παθολογία».

Ο Koufman JA το 1991 από πειραματικές μελέτες παρατήρησε:

Α. Τρία επεισόδια παλινδρόμησης την εβδομάδα μπορεί να προκαλέσουν λαρυγγική βλάβη, ειδικά αν προϋπάρχει τραυματισμός.

Β. Η πεψίνη και όχι το υδροχλωρικό οξύ είναι ο κυριότερος παράγοντας της βλάβης.

Γ. Λαρυγγική βλάβη μπορεί να προκληθεί και σε ρη παλινδρόμησης 4,0.

Πιθανές λαρυγγικές διαταραχές λόγω ΓΟΠ (κατά Wong R et al, 2000)

- Λαρυγγίτιδα από παλινδρόμηση
- Υπογλωπτιδική στένωση
- Καρκίνωμα του λάρυγγα

- Έλκη εξ' επαφής και κοκκιώματα
- Τραύμα από ενδοτραχειακή διασωλήνωση
- Παροξυσμικός λαρυγγόσπασμος
- Αγκύλωση των αρυταινοειδών
- Φαρυγγικός κόμβος
- Φωνητικά οζίδια
- Λαρυγγομαλακία
- Παχυδερμία του λάρυγγα
- Υποτροπιάζουσα λευκοπλακία
- Οίδημα Reinke's
- Λαρυγγική στένωση

Η έκθεση του οισοφάγου στο γαστρικό οξύ βρέθηκε αυξημένη σε ασθενείς με λαρυγγοφαρυγγικά συμπτώματα, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και η νυχτερινή ξοξινόπιση.

Λαρυγγίτιδα από παλινδρόμηση (πεπτική ή χημική λαρυγγίτιδα)

Αποκαλείται «ΩΡΛ παλινδρόμηση» ή «όξινη λαρυγγίτιδα» και πρόσφατα ως λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση. Αναφέρεται ως οπίσθια λαρυγγίτιδα και απαντάται στο 4-10% των ασθενών που επισκέπτονται τον ωτορινολαρυγγολόγο.

Η όξινη παλινδρόμηση θεωρείται η κυριότερη αιτία της λαρυγγικής φλεγμονής, ενώ ο πιο συνηθισμένος μηχανισμός είναι η άμεση επαφή του λάρυγγα με το γαστροδωδεκαδακτυλικό υλικό. Το 55% των περιπτώσεων βράγχους φωνής που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή μπορεί να έχει όξινη παλινδρόμηση. Η χρόνια λαρυγγίτιδα και η δύσκολα αντιμετωπιζόμενη φαρυγγαλγία σχετίζονται με την όξινη παλινδρόμηση στο 60% των περιπτώσεων. Μπορεί να προκληθεί και με ελάχιστη όξινη έκθεση και έτσι η μικροισρόφιση μη ανιχνεύσιμων ποσών οξέος εξηγούν μια ισχυρά φαρμακευτική αγωγή. Η όξινη παλινδρόμηση μπορεί να προκαλέσει ερυθρότητα στις γνήσιες και νόθες φωνητικές χορδές, στη λαρυγγική επιφάνεια της επιγλωπίδας, στον φάρυγγα και την υπογλωπίδικη μοίρα. Μια λειτουργική διαταραχή της φωνησης (FVD) είναι σχεδόν πάντοτε παρούσα και το ερώτημα που προκύπτει είναι ποιο είναι το κυρίαρχο: η υπερβολική χρήση της φωνής, η κακή χρήση ή η ΓΟΠ. Η όξινη λαρυγγίτιδα αντιμετωπίζεται με έναν



παράγοντα καταστολής όξινης γαστρικής έκκρισης για 2-3 μήνες, με παρακολούθηση των συμπτωμάτων και των λαρυγγοσκοπικών ευρημάτων. Μια αποτυχημένη δοκιμή δεν αποκλείει τη ΓΟΠ ως αιτιολογικό παράγοντα, διότι η αντεκκριτική αγωγή από μόνη της μπορεί να είναι ανεπαρκής. Πρέπει να είναι παρατεταμένη, απαιτώντας υπομονή από τον κλινικό και τον ασθενή.

Πολλοί ασθενείς παρατηρούν έκπτωση ισχύος και αλλαγή στην ποιότητα της φωνής κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αναφέρεται η χρησιμοποίηση υπολογιστών που ανέλυσαν τα χαρακτηριστικά της φωνής, για να μελετήσουν την επίδραση της θεραπείας στις φωνές των ασθενών με χρόνια λαρυγγίτιδα. Μετά την αντιπαλινδρομική αγωγή η ανάλυση της φωνής φάνερωσε ότι ο τόνος έγινε καθαρότερος, με λιγότερο θόρυβο, οι δε αλλαγές στην περιοδικότητα της φωνής μειώθηκαν.

Υπογλωπίδικη / Λαρυγγική στένωση

Ο Koufman σημείωσε την επίπτωση της ΓΟΠ στο 78% των ασθενών με υπογλωπίδικη στένωση. Μπορεί να αποτελεί το αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας ή υποτροπιάζουσας φλεγμονής από όξινη παλινδρόμηση, θεωρείται σοβαρή και μερικές φορές θανατηφόρος επιπλοκή.

Ο Gaynor απέδειξε ότι η έκταση της βλάβης εξαρτάται από τη διάρκεια έκθεσης του βλενογόνου στην όξινη παλινδρόμηση. Αναφέρεται σημαντικού βαθμού όξινης παλινδρόμησης στο 50% των ασθενών με υπογλωπίδικη στένωση (Walner et al. 1998), ενώ αρκετοί συγγραφείς σημείωσαν τρεις φορές μεγαλύτερη επίπτωση της ΓΟΠ σε παιδιά με υπογλωπίδικη στένω-

ση.

Η όξινη παλινδρόμηση αποτελεί την κυριότερη αιτία της λαρυγγικής στένωσης (οπίσθια εντομή και υπογλωπτιδική μοίρα) και απαιτεί επιθετική αντιπαλινδρομική αγωγή. Ο ουλώδης ιστός της στένωσης συνήθως είναι μαλθακός, ερυθματώδης και δεν μπορεί να αφαιρεθεί καθ'ολοκληρίαν, διότι εξακολουθεί ο λάρυγγας να δέχεται την επίδραση της όξινης παλινδρόμησης. Όταν αντιμετωπισθεί η ΓΟΠ, η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης γίνεται ευκολότερα και πιο αποτελεσματικά.

Καρκίνος του λάρυγγα / υποφάρυγγα - Υποτροπιάζουσα λευκοπλακία

Συσχέτιση ΓΟΠ και καρκίνου ανώτερης πεπτικής οδού έχει αποδειχθεί για το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου. Η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος μπορεί να είναι ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη λευκοπλακίας και καρκίνου στην ανώτερη αεροπεπτική οδό. Πιο ειδικά αναφέρεται για τον λαρυγγικό καρκίνο, αφού υποστηρίζεται υψηλή σύνδεση φαρυγγικής παλινδρόμησης στους ασθενείς αυτούς. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα και το αλκοόλ είναι συνεργητικοί αιτιολογικοί παράγοντες στην ανάπτυξη του λαρυγγικού καρκίνου.

Οι Glanz και Kleinsasser (1976) ανέφεραν τη χρόνια λαρυγγική φλεγμονή από παλινδρόμηση ως επιβαρυντικό παράγοντα καρκίνου του λάρυγγα. Ο Olson περιέγραψε το 1983 πέντε περιπτώσεις καρκίνου των φωνητικών χορδών που σχετίζονται με το έλκος εξ'επαφής από παλινδρόμηση.

Το 1988 οι Ward και Hanson ανέφεραν 19 ασθενείς με ιστορικό ΝΓΟΠ που δεν έπιναν και δεν κάπνιζαν και ανέπτυξαν λαρυγγικό καρκίνο. Η μελέτη της συσχέτισης περιορίστηκε στο ιστορικό, στα λαρυγγικά ευρήματα, στην οισοφαγογραφία με βάριο και στις φωτογραφίες του λάρυγγα των ασθενών. Αναφέρεται αυξημένη συχνότητα της παλινδρόμησης στη σοβαρού τύπου δυπλασία του λάρυγγα και στον T1 και T2 καρκίνο (Lewin SC, 2003). Η ΓΟΠ αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης λαρυγγοφαρυγγικού καρκίνου, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού, και έτσι η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της

παλινδρόμησης είναι πολύ σημαντική.

Έλκη εξ επαφής και κοκκιώματα των φωνητικών χορδών / αρυταινοειδών

Το έλκος του αρυταινοειδούς χόνδρου αποτελεί βλεννογονική αλλοίωση, η δε πρώτη περιγραφή έγινε από τον Chavalier Jackson το 1928. Απαντώνται στο οπίσθιο τριτημόριο των φωνητικών χορδών και μερικές φορές στην έσω επιφάνεια των αρυταινοειδών

Έχουν βραδεία εξέλιξη, υποτροπιάζουν, μπορεί να συνοδεύονται με κοκκιώματα, η δε αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική και πιθανώς αθροιστική. Ενοχοποιείται η λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση σε συνδυασμό με τη γλωπτιδική κάκωση (π.χ. ξηρός βήχας, ενδοτραχειακή διασωλήνωση), τη φωνητική κόπωση (προσπάθειες με κλειστή τη γλωπτίδα) και τον ρινογαστρικό σωλήνα σίτισης. Τα λαρυγγικά έλκη εξ'επαφής και τα κοκκιώματα των φωνητικών χορδών αποτελούν το διαφορετικό αποτέλεσμα ενός κοινού παθογενετικού μηχανισμού.

Ο χρόνιος ερεθισμός των φωνητικών χορδών μπορεί να προκαλέσει έλκος εξ'επαφής και κοκκίωμα, οι δε Delahumty και Cherry το 1968 δημιούργησαν κοκκιώματα στις φωνητικές χορδές δύο σκύλων, μετά την έγχυση γαστρικού υγρού. Ο Ward απέδειξε ότι το 72% των ασθενών με κοκκιώματα του λάρυγγα έπασχαν από ΓΟΠ. Η ΝΓΟΠ αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία ελκών εξεπαφής και κοκκιωμάτων του λάρυγγα.

Η συνεχής προσπάθεια καθαρισμού του λαιμού λόγω αισθήματος ξένου σώματος είναι χαρακτηριστική στους ασθενείς αυτούς και συμβάλλει στον διαιωνισμό της βλάβης. Η αντιπαλινδρομική αγωγή πρέπει να είναι επιθετική και παρατεταμένη σε συνδυασμό με τη φωνιατρική, ενώ σε μεγάλο κοκκίωμα, που δημιουργεί αποφρακτικά φαινόμενα (ή υφίσταται υπόνοια κακοήθους εξαλλαγής), συνιστάται χειρουργική αφαίρεση.

Παροξυσμικός λαρυγγόσπασμος (LS)

Αποτελεί άτυπη εκδήλωση της ΓΟΠ και απαντάται σε παιδιά και ενήλικες. Είναι ασυνήθης κατάσταση και περιγράφεται από τους ασθενείς με ζωνρές λεπτομέρειες. Εμφανίζεται χωρίς προειδοποίηση, συνήθως

ξυπνά τους ασθενείς από τον ύπνο και μπορεί να εμφανισθεί στη διάρκεια της ημέρας. Θεωρείται σοβαρή κλινική οντότητα που ορίζεται ως αιφνίδια, ισχυρή και παρατεταμένης διάρκειας ερμητική και γρήγορη σύγκλειση των φωνητικών χορδών. Η σπαστική σύγκλειση της γλωπίδας προκαλεί απόφραξη του αεραγωγού και άπνοια, που κυμαίνεται στα 20 seconds περίπου. Κλινικά εκφράζεται με οξύ αίσθημα πνιγμονής στον λάρυγγα, άπνοια, έντονο συριγμό, αφωνία και συνήθως λύεται αυτόματα. Σε επιμονή του λαρυγγόσπασμου μπορεί να έχουμε πνευμονικό οίδημα, καρδιακή ανακοπή και θάνατο.

Το αντανακλαστικό τόξο περιγράφηκε από τους Suzuki M και Sasaki CT το 1977 και περιλαμβάνει: την κεντρομόλο οδό με το άνω λαρυγγικό και τη φυγόκεντρο με το κάτω λαρυγγικό νεύρο. Λαρυγγόσπασμος από ΓΟΠ περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Chodosh το 1977. Ασθενείς με συχνά επεισόδια λαρυγγόσπασμου παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό διαφραγματοκήλης και συχνότερη παρουσία ΓΟΠ. Έτσι όχι μόνον υποστηρίζεται ο ρόλος της ΓΟΠ στην παθογένεια του λαρυγγόσπασμου, αλλά θεωρείται συχνή και μη αναγνωρίσιμη υπεροισοφαγική εκδήλωση της όξινης παλινδρόμησης στους ενήλικες ασθενείς με καλή κινητικότητα των φωνητικών χορδών.

Όταν η όξινη παλινδρόμηση προσβάλλει τον λάρυγγα, προκαλείται βήχας και αντανακλαστική απόφραξη της γλωπίδας. Οι γευστικές απολήξεις των χημειοποδοχέων στον λαρυγγικό βλεννογόνο δίνουν έναρξη στο αντανακλαστικό μέσω του πνευμονογαστρικού προς το εγκεφαλικό στέλεχος. Έτσι σ' έναν σφοδρό και παρατεταμένο βήχα η παλινδρόμηση επιδεινώνεται, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συνεχούς λαρυγγόσπασμου και την πιθανή πρόκληση ενός καρδιακού επεισοδίου.

Ο λαρυγγόσπασμος από ΓΟΠ πρέπει να αντιμετωπίζεται με PPI και σε αποτυχία να προστίθεται προκινητικός παράγοντας. Σε κάποιες περιπτώσεις τα φαρμακευτικά σκευάσματα μπορεί να απαιτηθούν εφ' όρου ζωής, ενώ ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται και εμφανίζουν υποτροπές απαιτούν αντιπαλινδρομική επέμβαση.

Φωνητικά οζίδια

Εμφανίζονται σε άτομα που χρησιμοποιούν επαγγελματικά τη φωνή τους (τραγουδιστές, ηθοποιοί, δάσκαλοι και δημόσιοι ομιλητές), είναι αμφοτερόπλευρα και εντοπίζονται στο όριο πρόσθιου και μέσου τριτημορίου των φωνητικών χορδών. Στους αιτιολογικούς παράγοντες ενοχοποιείται η όξινη παλινδρόμηση, η κακή χρήση της φωνής και ο χρόνιος βήχας. Η αντιπαλινδρομική αγωγή μπορεί να βελτιώσει τα φωνητικά οζίδια σε αρκετούς ασθενείς με όξινη παλινδρόμηση.

Οίδημα Reinke's (Πολυποειδής εκφύλιση)

Αποτελεί το αποτέλεσμα ενός μακροχρόνιου λαρυγγικού ερεθισμού και συνήθως είναι αμφοτερόπλευρο. Απαντάται σε ενήλικες κυρίως γυναίκες με ιστορικό καπνίσματος ή κατάχρηση φωνής και σε μη καπνιστές με όξινη παλινδρόμηση και / ή υποθυρεοειδισμό. Οφείλεται στην προοδευτική κατακράτηση υγρών στον χώρο του Reinke's, κάτω από τον βλεννογόνο των γνήσιων φωνητικών χορδών. Η αντιπαλινδρομική ή φωνιατρική αγωγή και η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνουν το οίδημα, ενώ συχνά απαιτείται και φωνοχειρουργική αντιμετώπιση. Ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μικροχειρουργική επέμβαση του λάρυγγα και έχουν όξινη παλινδρόμηση πρέπει να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

Λειτουργικές (μη οργανικές) διαταραχές της φώνησης

Ο όρος «λειτουργικές» (μη οργανικές) διαταραχές της φώνησης χρησιμοποιείται για μια ποικιλία συνδρόμων κατάχρησης, κακής χρήσης και υπερβολικής χρήσης της φωνής. Ονομάζονται δυσφωνίες μυϊκής τάσης και διαπιστώνονται ενδοσκοπικά ή στροβοσκοπικά (στη λαρυγγοσκόπηση παρατηρούνται διαταραχές στη φυσιολογική κινητικότητα του λάρυγγα). Η πιο συχνή μορφή είναι η υπεργλωπίδικη σύσπαση, είτε η προσθιοπίσθια σύσπαση (μείωση του μήκους των φωνητικών χορδών), είτε η συμπλησίαση /σύσπαση των νόθων φωνητικών χορδών. Το 70% των ασθενών αυτών σύμφωνα με την pH – μετρία έχουν λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση .

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΝΙΚΟΣ ΚΟΥΤΣΟΜΗΤΡΟΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ

Η ομάδα Παιδιατρικού Άσθματος όρισε το άσθμα ως βήχας - συριγμός σε ένα κλινικό πλαίσιο όπου το άσθμα είναι πιθανό και οι άλλες σπανιότερες καταστάσεις έχουν αποκλεισθεί.

Υπάρχουν αρκετά διαφορετικά σύνδρομα άσθματος, ιδιαίτερα στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Οι συνιστώσες του άσθματος που προκαλούν συμπτώματα είναι η φλεγμονή των αεραγωγών (κύτταρα ηωσινόφιλα, νευρογενείς μεταβολές), η αυξημένη βρογχική αποκρικτικότητα (αλλεργιογόνα, άσκηση, κρύος αέρα) και η διάμετρος και η ενδοτικότητα των αεραγωγών (αναπτυξιακή στένωση).

Η ανάπτυξη του πνεύμονα αρχίζει στην εμβρυϊκή περίοδο (εβδομάδες 1 – 7). Υπάρχει ολοένα και αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για τη δυνατότητα προγεννητικής ευαισθητοποίησης του εμβρύου η οποία μπορεί να οφείλεται τόσο σε καταπινόμενα αλλεργιογόνα όσο και σε αεροαλλεργιογόνα. Η πνευμονική λειτουργία επηρεάζεται από το περιβάλλον του ενδομητρίου. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν ιστορικό καπνίσματος από τη μητέρα και την υπέρταση της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μεταγεννητικές φυσιολογικές μελέτες έδειξαν ότι τα βρέφη που έχουν συριγμό, όταν κρυσταλλοποιούνται έχουν στοιχεία απόφραξης των αεραγωγών πριν από το πρώτο επεισόδιο συριγμού. Υπεύθυνοι παράγοντες για την ανάπτυξη άσθματος εκτός από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή την παθητική έκθεση σε καπνό στην παιδική ηλικία είναι οι πρακτικές ανατροφής των παιδιών (μικρή επίπτωση θηλασμού στις βιομηχανοποιημένες χώρες), η περιβαλλοντική μόλυνση του αέρα και ιδιαίτερα τα οξείδια του αζώτου και τα αιωρούμενα σωματίδια, η αύξηση της συγκέντρωσης των ακάρεων της οικιακής σκόνης στα σπίτια, αέρια από μαγείρεμα και κατοικίδια ζώα. Η δυσανεξία στην τροφή μπορεί να αποτελέσει σημαντικότερη αιτία άσθματος σε σχέση με αυτό που πιστευόταν παλιότερα.

Στα συμπτώματα της βρεφικής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού είναι συνήθως οι επεισοδια-

κοί συρίπτοντες (δύσπνοια) συνοδευόμενοι από ενοχλητικό βήχα και σφίξιμο στο στήθος. Η ιογενής λοίμωξη, οι ρινοϊοί, οι ιοί της παραϊνφλουέντζας είναι, οι συνήθεις αιτίες των υποτροπιάζοντων συριπτόντων στην ηλικία αυτή. Η παρουσία εκζέματος έχει προγνωστική σημασία, υποδηλώνοντας ατοπική προδιάθεση με τον κίνδυνο άσθματος της όψιμης παιδικής ηλικίας. Τα πρότυπα της νόσου σε μεγαλύτερα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας ταιριάζουν περισσότερο με τον συνήθη τύπο νόσου των ενηλίκων. Ο υποτροπιάζων βήχας, ειδικά τη νύχτα, παραμένει κυρίαρχο χαρακτηριστικό γνώρισμα. Στη μέση παιδική ηλικία σχεδόν όλα τα βαριά ασθματικά παιδιά είναι ατοπικά, όπως έχει φανεί από δοκιμασίες νυγμού του δέρματος και έχουν και άλλες ατοπικές ασθένειες όπως η εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα.

Ένας αριθμός μακροπρόθεσμων μελετών του παιδικού άσθματος έδειξαν ότι τα συμπτώματα συνήθως φθίνουν πριν ή κατά την έναρξη της εφηβείας. Σε μία μελέτη τα ασθματικά παιδιά μπήκαν στην εφηβεία 2 χρόνια αργότερα από ό,τι αναμενόταν, δίνοντας την εντύπωση της υστέρησης στην ανάπτυξη. Παρόλα αυτά θα πρέπει να αναμένεται κανονικό ύψος στην ενη-



λικίωση. Αρκετά ασθματικά παιδιά που έχουν συμπτώματα στα πρώτα χρόνια της εφηβείας θα συνεχίζουν να έχουν άσθμα και ως νεαροί ενήλικες.

Η διάγνωση του άσθματος βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο κλινικό ιστορικό και στις εξετάσεις. Όλα τα παιδιά με συμπτώματα κατωτέρου αναπνευστικού συστήματος που απευθύνονται σε ένα νοσοκομείο θα πρέπει να έχουν μια ακτινογραφία θώρακα. Μια φυ-





σιολογική ακτινογραφία δεν αποκλείει τη διάμεση πνευμονοπάθεια. Εάν υπάρχει κλινική υποψία, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μια υπολογιστική τομογραφία. Ανοσολογικές εξετάσεις είναι δικαιολογημένες εάν υπάρχουν ενδεικτικά ευρήματα στο ιστορικό ή στην εξέταση. Η μέτρηση της IgE και των Ηωσινοφίλων μπορεί να είναι χρήσιμη για την αναγνώριση των πιθανών εκλυτικών παραγόντων στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας. Οι δερματικές δοκιμασίες για τον έλεγχο της αλλεργίας είναι αρκετά διαδεδομένες στις κλινικές και στους γιατρούς οι οποίοι ασχολούνται με τα αλλεργικά νοσήματα. Η μέτρηση της μέγιστης εκπνευστικής ροής γίνεται με ειδική συσκευή (ροόμετρο) και η εκτίμηση της απόφραξης των αεραγωγών με τη σπιρομέτρηση.

Όλα σχεδόν τα ασθματικά παιδιά έχουν σε κάποιο στάδιο συμπτώματα που προκαλούνται από την άσκηση ακόμη και στη βρεφική ηλικία. Η δοκιμασία άσκησης μπορεί να είναι χρήσιμη για την ανάδειξη των συμπτωμάτων και της βαρύτητάς τους.

Το γέλιο και το κλάμα είναι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη στένωση των αεραγωγών στα παιδιά με συριγμό σε όλες τις ηλικίες. Το στρες έχει ένα σημαντικό ρόλο σε μια μειονότητα παιδιών με άσθμα. Στα περισσότερα με κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, οι ψυχολογικοί παράγοντες δεν έχουν μεγαλύτερη σημασία απ' ό,τι στα φυσιολογικά παιδιά. Το άσθμα που προκαλείται από φάρμακα (π.χ. ασπιρίνη) είναι σπά-

νιο στην παιδική ηλικία.

Ενώ στο άσθμα των παιδιών, οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί δε διαφέρουν από αυτούς του άσθματος των ενηλίκων, υπάρχουν διαφορές στη θεραπευτική αντιμετώπιση που σχετίζονται με τις παρενέργειες των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων και την επίδρασή τους στην ανάπτυξη των παιδιών. Οι συσκευές για εισπνοή φαρμάκων πρέπει να είναι ιδιαίτερα απλές και βολικές όταν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν από παιδιά και πρέπει να εξασφαλίζεται η συνεργασία τους. Όπως και στους ενήλικες έτσι και στα παιδιά τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή είναι τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα ελέγχου της νόσου. Τα αντιλευκοτριενικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν πρόσθετη θεραπεία στο μέσης βαρύτητας επιμένον και στο σοβαρό επιμένον άσθμα σε παιδιά. Χρωμογλυκικό Na και νατριούχος νεδοχρωμίλη χρησιμοποιούνται πριν από την άσκηση μειώνουν τη βαρύτητα και τη διάρκεια του βρογχόσπασμου μετά άσκηση και χορηγούμενη χρονίως μειώνει οριακά τις παροξύνσεις. Ο ρόλος της θεοφυλλίνης – μεθυλξανθινών στο μακροχρόνιο χειρισμό του παιδικού άσθματος είναι περιορισμένος αλλά το χαμηλό κόστος της θεραπείας δικαιολογεί τη συχνή χρήση της σε μερικές χώρες. Χορηγείται από του στόματος και επειδή τα παιδιά τη μεταβολίζουν γρήγορα απαιτείται συχνή χορήγηση της. Στα παιδιά όπως και στους ενήλικες, οι εισπνεόμενοι β2 διεγέρτες χρησιμοποιούνται ως πρόσθετη στα κορτικοειδή αγωγή ως θεραπεία συντήρησης, είναι ασφαλείς και καλά ανεκτοί από τα παιδιά. Ο ρόλος των εισπνεόμενων αντιχολεργικών στη θεραπεία του άσθματος είναι περιορισμένος. Σε σοβαρό επιμένον άσθμα πιθανό να χρειαστεί η προσθήκη κορτικοστεροειδών από το στόμα. Όταν επιτευχθεί ο έλεγχος της νόσου για 3 τουλάχιστον μήνες, επιχειρείται σταδιακή μείωση των φαρμάκων ώστε να φτάσουμε τη μικρότερη δυνατόν αγωγή που διατηρεί το άσθμα υπό έλεγχο. Σε παιδιά με σοβαρό άσθμα είναι απαραίτητη η χορήγηση οξυγόνου κατά τη διάρκεια των παροξύνσεων. Τα αντιβιοτικά πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν υπάρχουν ενδείξεις λοίμωξης.

Δέρμα και Διατροφή

Ο οργανισμός μας απαιτεί μια συνεχή και σταθερή παροχή θρεπτικών συστατικών που είναι απαραίτητα στοιχεία για μια καλή υγεία και φυσική κατάσταση. Κάθε θρεπτικό συστατικό διαφέρει όσο αφορά τη μορφή του, τη λειτουργία του και τη ποσότητα που απαιτείται από το σώμα και τον οργανισμό.

Ωστόσο όλα τα θρεπτικά συστατικά είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη, την ανανέωση, την αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ανθρώπου. Ο άνθρωπος πρέπει να αποκτήσει αυτά τα θρεπτικά συστατικά με τη διατροφή του γιατί δεν παράγονται από τον ίδιο τον οργανισμό μας.

Τα θρεπτικά συστατικά περιλαμβάνουν

- Ανόργανες ύλες
- Βιταμίνες
- Αμινοξέα
- Απαραίτητα λιπαρά οξέα

Τα βασικά αυτά θρεπτικά συστατικά δεν λειτουργούν ξεχωριστά το ένα από το άλλο. Λειτουργούν όλα μαζί συγχρόνως σε τέλεια αρμονία. Αυτή η απόλυτη αρμονία και ισορροπία μας προσφέρει ενέργεια, δημιουργεί καινούρια κύτταρα, ιστούς και διατηρεί σε καλή κατάσταση την υγεία μας.

Ιδιαίτερως για το δέρμα ορισμένες βιταμίνες και



ΣΚΙΑΔΑΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
Γ. Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ



ανόργανες ύλες είναι συστατικά που βοηθούν στην καλή υγεία του δέρματος.

Η βιταμίνη Α έχει την ιδιότητα να ενισχύει τους φυσικούς μηχανισμούς ανάπλασης του δέρματος, επιταχύνοντας τους ρυθμούς της κυτταρικής ανανέωσης.

Η βιταμίνη C είναι μια υδατοδιαλυτή βιταμίνη που χρειαζόμαστε καθημερινώς λόγω μιας βασικής της ιδιότητας που είναι η αντιοξειδωτική λειτουργία της στο δέρμα που σημαίνει ότι ασχολείται με την εξουδετέρωση των ελευθέρων ριζών. Οι ελεύθερες ρίζες προέρχονται από πολλές περιβαλλοντικές πηγές και είναι επίσης υποπροϊόντα του μεταβολισμού. Πέραν τούτου παίζει σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό κολλαγόνου που αποτελεί συνδετικούς ιστούς και χρησι-





μποιείται για την ανανέωση των ιστών και τη διατήρηση του δέρματος. Επίσης η βιταμίνη E και το σελήνιο έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες όπως και ο ψευδάργυρος, χαλκός, μαγγάνιο.

Το σύμπλεγμα βιταμίνης B χρειάζεται επίσης για τη διατήρηση υγιούς δέρματος, μαλλιών και νυχιών.

Επίσης χωρίς υπερβολή θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ενυδάτωση αποτελεί το 50% της φροντίδας της ομορφιάς της επιδερμίδας μας. Οι ρυτίδες εμφανίζονται όταν η επιδερμίδα μας αρχίζει να χάνει τη συνοχή της, κάτι που οφείλεται κυρίως στην έλλειψη της απαραίτητης ποσότητας νερού στα κύτταρά της.

Πίνοντας αρκετό νερό στη διάρκεια της ημέρας αναπληρώνουμε ένα μέρος των απωλειών της. Αυτή η εσωτερική ενυδάτωση είναι το βασικό βήμα για να διατηρήσουμε τη λαμπερή και λεία όψη της. Το νερό αποτελεί το 70% της επιδερμίδας και συνολικά το 70% του ανθρωπίνου οργανισμού. Κανονικά θα έπρεπε να πίνουμε 1,5 λίτρο νερό καθημερινά άσχετα από τις δραστηριότητες μας ή τις κλιματολογικές συνθήκες, μόνο για να εξασφαλίσουμε τη σωστή κατανομή των ιχνοστοιχείων στον οργανισμό μας. Ευτυχώς όλες οι τροφές περιέχουν νερό. Η σύγχρονη διατροφή είναι ιδιαιτέρως φτωχή σε θρεπτικά συστατικά. Καταναλώνουμε μια υπερβολική ποσότητα θερμίδων αλλά οι θερμίδες αυτές τις περισσότερες φορές δεν διαθέτουν καμία πραγματική θρεπτική αξία. Η εποχή αυτή που ζούμε, η εποχή της τεχνολογικής έξαρσης έχει επιβάλλει στους οργανισμούς και τα σώματά μας καινούργιες απαιτήσεις, εκθέτοντάς τα διαρκώς σε μια πλειάδα περιβαλλοντικών προσβολών και ψυχολογικά αγχωτικών καταστάσεων γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την εξάντληση από τους ιστούς μας των προστατευτικών και ρυθμιστικών θρεπτικών ουσιών.

Για το λόγο αυτό η ισορροπημένη διατροφή και η αποφυγή καταχρήσεων (αλκοόλ, πολλά λιπαρά, κάπνισμα κ.λ.π.) προσφέρει υγεία στο δέρμα.

Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS

ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΕΙΔΙΚ. ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Το AIDS φαίνεται να μην απασχολεί ιδιαίτερα πια τους νέους ανθρώπους. Αυτός ακριβώς ο εφησυχασμός είναι το ισχυρότερο όπλο του ιού. «Το AIDS δουλεύει ήσυχα και αθόρυβα σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Δεν υπάρχουν πλέον στεγανά και ομάδες αυξημένου κινδύνου»

Η υστερία και η τρομολαγνεία που επικράτησε στη δεκαετία του '80 εξελίχθηκε σε μια επικίνδυνη αδιαφορία τα τελευταία χρόνια. Οι νέοι δείχνουν να μην υπολογίζουν τον κίνδυνο από τη μη χρήση του προφυλακτικού, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τα επίσημα στατιστικά που καταδεικνύουν μια σταθερά αυξητική τάση στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

«Όλο και περισσότεροι -κυρίως πιο νέοι στην ηλικία- άρχισαν να «χαλαρώνουν» και να εγκαταλείπουν τη χρήση του προφυλακτικού, με πολύ δυσάρεστα επακόλουθα: ασθένειες όπως η σύφιλη και η βλεννόρροια παρουσιάζουν αύξηση στη χώρα μας κατά 30-40%, ενώ τα υπόλοιπα νοσήματα, όπως ο έρπης και τα κονδυλώματα, κατά 10-15%».

Ο αριθμός των οροθετικών που έχουν δηλωθεί στην Ελλάδα από το 1984 έως τις 31 Οκτωβρίου 2010 είναι 10.452 άτομα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε αυτόν τον αριθμό δεν συμπεριλαμβάνονται άτομα που είτε δεν γνωρίζουν ότι είναι οροθετικοί γιατί δεν έχουν εξεταστεί ποτέ μέχρι τώρα είτε γιατί δεν έχουν δηλωθεί επισήμως.

Σύμφωνα μια τελευταία έκθεση η Ελλάδα εμφανίζει διπλάσιο (x 2) ποσοστό μολύνσεων με τον ιό HIV, από ότι άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως οι: Φινλανδία - Γερμανία - Ουγγαρία - Νορβηγία - Πολωνία - Σερβία - Σλοβακία - Σλοβενία - Σουηδία - ΠΓΔΜ - Λιθουανία - Ρουμανία - Βουλγαρία

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) στην Ελλάδα, κάθε χρόνο δηλώνονται περισσότερες από 500 νέες μολύνσεις.

Ο ένας (1) στους τέσσερις (4) οροθετικούς που έχουν καταγραφεί είναι ηλικίας μέχρι 29 ετών. Αν σε αυτούς συμπεριλάβουμε και την ηλικιακή ομάδα μέχρι 34 ετών, που πιθανώς να μολύνθηκαν από τον ιό μερικά χρόνια πριν, τότε το ποσοστό ανεβαίνει στο 40%.

Παρόμοια ποσοστά παρατηρούμε στα νεοδηλωθέντα οροθετικά HIV AIDS άτομα που δηλώθηκαν από την αρχή του 2010 έως τις 31 Οκτωβρίου 2010. Στα 519 νέα περιστατικά HIV λοίμωξης, οι μισοί είναι έως 34 ετών.

Από διαφορετικές πλευρές ακούγεται πλέον επιτακτική η ανάγκη για ενημέρωση των νέων στην Ελλάδα σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς και διαπαιδαγώγησης. Όπως επισημαίνεται από πολλούς επιστήμονες αλλά και παρατηρητές του φαινομένου, η ενημέρωση αυτή δεν θα πρέπει να είναι στερεοτυπική και άτολμη, όπως ήταν μέχρι σήμερα, αλλά αντιθέτως θα πρέπει να χρησιμοποιήσει μια πιο πρωτοποριακή εκστρατεία.

Οι τελευταίες μελέτες δείχνουν ότι οι νέοι δε χρησιμοποιούν προφύλαξη. Θεωρούν ότι έληξε το θέμα με τον ιό. Χρειάζονται κι άλλη, καλύτερη, περισσότερο αποτελεσματική ενημέρωση. Πρέπει να εφεύρουμε νέους τρόπους ενημέρωσης, εναλλακτικούς τρόπους.

«Μου φαίνεται αδιανόητο να εμφανίζονται στις μέρες μας άνθρωποι με καινούρια Hiv λοίμωξη. Λείπει η ενημέρωση ή θυσιάζουμε την ποιότητα της υγείας μας για μια στιγμιαία απόλαυση? Ο καθένας από μας είναι υπεύθυνος για την υγεία του εαυτού του, γι' αυτό και η χρήση προφυλακτικού είναι προσωπική υπόθεση και ένδειξη συνειδητοποιημένου ατόμου»

Το στίγμα ετυμολογικά έχει τις ρίζες του στην αρχαία Ελλάδα. Αναφέρεται σε σημάδια, συχνά καψίματα που γίνονταν ηθελημένα στο σώμα κάποιου (π.χ. του δούλου, του προδότη, του εγκληματία) ώστε να δηλώσουν την μειωτική του θέση και να τον αποφεύ-

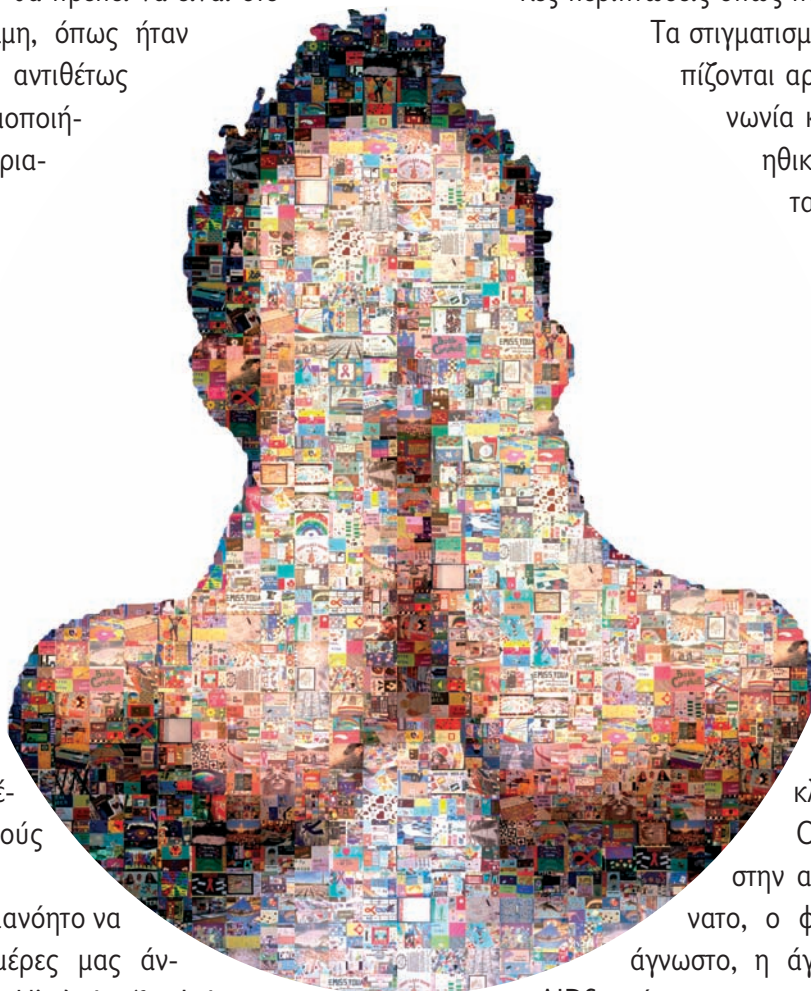
γουν οι άλλοι. Συγχρόνως το στίγμα συνδέεται με ποιотικά χαρακτηριστικά του ατόμου, που το υποβαθμίζουν στα μάτια των άλλων, ενώ συγχρόνως επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο βλέπει τον εαυτό του.

Υπάρχουν διάφορα είδη στίγματος. Το στίγμα που αναφέρεται σε σωματικά γνωρίσματα όπως αναπηρία, γήρας, ή ψυχικά όπως ψυχική ασθένεια, εθισμός, ή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (π.χ. φτώχεια, ανεργία) ή σεξουαλικότητα (π.χ. ομοφυλοφιλία) ή άλλες περιπτώσεις όπως παρανομία κ.α.

Τα στιγματισμένα άτομα αντιμετωπίζονται αρνητικά από την κοινωνία και αποδοκιμάζονται ηθικά ενώ τους αποδίδεται άμεσα ευθύνη για την κατάσταση τους χωρίς να εξετάζονται άλλοι παράγοντες. Είναι γνωστή η φράση «τα ήθελε και τα έπαθε».

Το AIDS από την εμφάνιση του χρησιμοποιήθηκε ως μέσο κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού.

Ο φόβος μπροστά στην ασθένεια και τον θάνατο, ο φόβος μπροστά στο άγνωστο, η άγνοια γύρω από το AIDS, η άγνοια για την αιτιολόγηση της κατάστασης, την προβλεψιμότητα της και την πορεία της, η μισαλλοδοξία, η έλλειψη ανοχής, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις σχετικά με διαφορετικούς τρόπους ζωής και διαφορετικές επιλογές, η προσκόλληση σε συντηρητικές παραδοσιακές ιδέες, η ανάγκη διαφοροποίησης, η ανάγκη αποστασιοποίησης από κάτι που θεωρείται επικίνδυνο και μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ζωή, οδήγησαν πολύ γρήγορα στον στιγματισμό και την κοινωνική διάκριση των οροθετικών ατόμων.



Καθώς εμφανίστηκε με μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες ομάδες ή σε άτομα με ιδιαίτερους τρόπους ζωής, δημιούργησε αποδιοπομπαίους τράγους αποδίδοντας την ευθύνη μιας νόσου σε κοινωνικές ομάδες όπως οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες τοξικών ουσιών, που ονομάστηκαν ομάδες υψηλού κινδύνου και μετατράπηκαν σε ομάδες υψηλής ενοχής.

Παρόλο που οι μέχρι σήμερα προσπάθειες ενημέρωσης αντιτίθενται σε μια τέτοια κατηγοριοποίηση της HIV λοίμωξης εξακολουθεί από πολλούς να υπάρχει η αντίληψη ότι το AIDS αφορά μόνο συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες οδηγώντας τους έτσι και σε έναν επισφαλή εφησυχασμό που όπως δείχνουν τα επιδημιολογικά στοιχεία έχει αποβεί μοιραίος γιατί όπως είναι γνωστό το AIDS αφορά όλους ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την σεξουαλικότητα, τις επιλογές.

Οι οροθετικοί σημειώνονται κοινωνικά ως, οι διαφορετικοί, αυτοί που δεν ανήκουν σε εμάς, αυτοί που φέρουν το κακό, αυτοί που είναι κακοί γιατί μπορούν να μολύνουν.

Οι συνέπειες του στιγματισμού στα οροθετικά άτομα είναι πολύμορφες. Στο ψυχολογικό επίπεδο συνδυάζονται με κατάθλιψη, έλλειψη αυτοεκτίμησης, απελπισία.

Στο κοινωνικό επίπεδο, ο στιγματισμός και οι προκαταλήψεις οδηγούν στην διάκριση των οροθετικών ατόμων και στον αποκλεισμό τους από κοινωνικές διεργασίες.

Ο φόβος του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης οδηγεί τις περισσότερες φορές τα οροθετικά άτομα να κρατάνε κρυφή την ασθένεια τους ακόμα και από τα πιο κοντινά τους πρόσωπα όπως η οικογένεια ή ο ερωτικός σύντροφος. Στο άγχος της πορείας της ασθένειας προστίθεται το μεγαλύτερο άγχος, αυτό της αποκάλυψης. Υπάρχουν περιπτώσεις που το άγχος αυτό οδηγεί ακόμα και στην πλήρη εγκατάλειψη του ίδιου του εαυτού. Ο ασθενής αρνείται να επισκεφθεί τον γιατρό. Άτομα που ανησυχούν ότι μπορεί να έχουν μολυνθεί αποφεύγουν να υποβληθούν στην διαδικασία μιας εξέτασης. «Προτιμώ να μην ξέρω» είναι μια στάση που την συναντάμε συχνά. Ο φόβος για το τι μπορεί να ακολουθήσει, ο φόβος του στιγματισμού, της απομόνωσης, της διάκρισης, του αποκλεισμού γίνεται μεγαλύτερος από τον φόβο του ίδι-

ου του θανάτου.

Η ιατρική έχει οδηγήσει σε θεαματικά αποτελέσματα σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης. Σχεδόν έχουμε σταματήσει να μιλάμε για μια θανατηφόρα ασθένεια. Ο βιολογικός θάνατος των οροθετικών ατόμων έχει τοποθετηθεί μακριά στο μέλλον. Ο κοινωνικός τους θάνατος όμως είναι καθημερινός.

Και όπως αφήνει να εννοηθεί αφήσα για την παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS, ο μεγαλύτερος πόνος στην περίπτωση του AIDS δεν είναι ο πόνος που προέρχεται από τα ιατρικά συμπτώματα της HIV λοίμωξης, αλλά από τις κοινωνικές της διαστάσεις.

Η αποκάλυψη της οροθετικότητας σημαίνει σε πολλές περιπτώσεις την απώλεια μιας εργασιακής θέσης. Σημαίνει να απολύεσαι από τον στρατό με συνοπτικές διαδικασίες. Αν είσαι μαθητής, σημαίνει την δυσκολία εύρεσης σχολείου. Σημαίνει ακόμα και την άρνηση παροχής υπηρεσιών στις οποίες έχουν δικαίωμα όλοι οι πολίτες. Σημαίνει σε κάποιες περιπτώσεις την δυσκολία να βρεθεί γιατρός να σε χειρουργήσει. Στον προσωπικό κύκλο σημαίνει ίσως την απώλεια των φίλων, του ερωτικού συντρόφου, η μιας οικογένειας.

Πολλές φορές οι αντιδράσεις διάκρισης απέναντι στους οροθετικούς παίρνουν συλλογικό χαρακτήρα και απευθύνονται και στους ανθρώπους που εργάζονται για αυτούς. Ας θυμηθούμε πριν μερικά χρόνια τα επεισόδια στην περιοχή των Καμινιών όταν αποφασίστηκε να λειτουργήσει εκεί "Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης" για οροθετικό άτομα ή τα επεισόδια στην περιοχή των Πατησίων όταν επρόκειτο να λειτουργήσει το "Συντονιστικό Κέντρο για την Κατ' Οίκον Νοσηλεία" και το "Οδοντιατρείο" για απόρους οροθετικούς, ή τις αντιδράσεις μιας ολόκληρης περιοχής με την συμμετοχή της Δημοτικής Αρχής στην εγκατάσταση του "Σταθμού Ενημέρωσης Πολιτών και Υπηρεσιών Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης" στους Αμπελόκηπους Θεσσαλονίκης.

Ακόμα και αν θεωρήσουμε ότι όλα τα παραπάνω είναι μεμονωμένα περιστατικά, όπως πολλές φορές λέμε θέλοντας να καθησυχάσουμε τους εαυτούς μας, σηματοδοτούν για τα άτομα που φέρουν το ίδιο στίγμα μία απειλή, και αν θέλετε και την κοινωνιολογική προέκταση, σηματοδοτούν μια απειλή για την ανθρωπινή αλληλεγγύη, μία απειλή για την συνοχή της ίδιας

της κοινωνίας.

Η σιωπή γύρω από το AIDS και την σεξουαλικότητα με την οποία αυτό άμεσα συνδέεται, αποτελεί και αυτή ένα είδος διάκρισης. Το AIDS είναι μία ασθένεια που μεταδίδεται και σεξουαλικά. Για να μπορέσουμε να μιλήσουμε αποτελεσματικά για μέτρα πρόληψης θα πρέπει να είμαστε σε θέση να μιλήσουμε ανοικτά για το σεξ και τα διάφορα είδη σεξουαλικότητας. Πολλές πολιτικές πρόληψης αποδείχθηκαν ανεπιτυχείς όταν περιόρισαν τον διάλογο σε έναν ιατρικό μονόλογο, αποφεύγοντας να μιλήσουν για θέματα που εξαιτίας της σεμνοτυφίας της κοινωνίας θεωρούνται ταμπού.

Ακόμα και ο τρόπος που πολλές φορές μιλάμε για το AIDS υποδαυλίζει τις προκαταλήψεις και οδηγεί σε διακρίσεις και στιγματισμό. Ήδη πυχαίοι τίτλοι στις εφημερίδες εν' όψη της 1ης Δεκεμβρίου μιλάνε για την μαστίγα του αιώνα. Όμως μαστίγα είναι το μαστίγιο, είναι το μέσο μιας τιμωρίας. Ταυτίζοντας την υγεία με την αρετή και τη νόσο με τη διαφθορά, πάνω από 30 χρόνια μετά την έναρξη της επιδημίας, συνεχίζουμε να περιγράφουμε μεταφορικά το AIDS

ως μια ενοχική νόσο, ως μία νόσο που ήρθε να επιβληθεί σαν τιμωρία για έναν τρόπο ζωής που αλλιώς θα έμενε ατιμώρητος. Συνεχίζουμε να μιλάμε για θύματα λες και πρόκειται για κάποιο έγκλημα. Συνεχίζουμε να αντιμετωπίζουμε τα οροθετικά άτομα με οίκτο, αφαιρώντας τους έτσι κάθε αξιοπρέπεια και δύναμη να υποστηρίξουν τον εαυτό τους.

Όμως το στίγμα δεν περιορίζεται μόνο στα οροθετικά άτομα μεταφέρεται και στους ανθρώπους που ζουν γύρω τους. Η οικογένεια χάνει το όνομα της είναι η οικογένεια με το οροθετικό παιδί ή με τον οροθετικό σύντροφο. Μιλάμε τότε για ένα δευτερογενές στίγμα που έχει ανάλογες επιπτώσεις στην ζωή του ατόμου.

Ο στιγματισμός που οδηγεί στην διάκριση και αυτή με την σειρά της στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελεί για τα οροθετικά άτομα ένα φαύλο κύκλο από τον οποίο δύσκολα μπορούν να ξεφύγουν, είτε γιατί ο φόβος και η απελπισία τα σπρώχνουν να ενταχθούν σε αυτόν, είτε γιατί ο περίγυρος συνεχίζοντας να λειτουργεί στιγματιστικά, δεν τους αφήνει κάποια διέξοδο. Οι επιπτώσεις αυτού



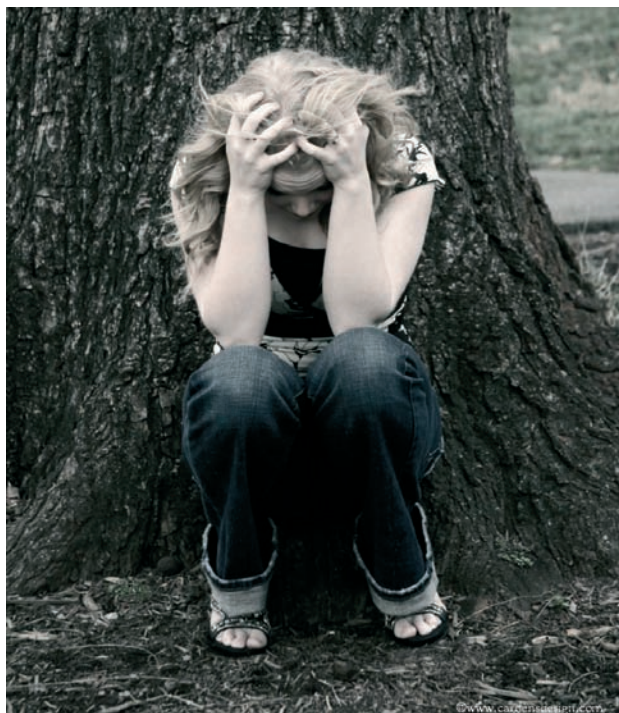
του φαύλου κύκλου δεν αφορούν μόνο στην προσωπική ζωή των οροθετικών ατόμων αλλά αποτελούν και τροχοπέδη για όλες τις ενέργειες που γίνονται για την αντιμετώπιση της επιδημίας. Στην διακήρυξη δέσμευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τον HIV και AIDS επισημαίνεται στο άρθρο 13:

“ Ο στιγματισμός, η σιωπή, οι διακρίσεις και η άρνηση καθώς και η έλλειψη εμπιστευτικότητας, υπονομεύουν τις προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας και αυξάνουν τις επιπτώσεις της επιδημίας σε άτομα, οικογένειες, κοινότητες και έθνη.”

Έχει πλέον αναγνωριστεί ότι σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν τρεις φάσεις της επιδημίας του AIDS: Η πρώτη φάση αφορά στην επιδημία της HIV λοίμωξης. Αυτό γίνεται σιωπηλά και χωρίς προειδοποίηση. Η δεύτερη φάση αρχίζει όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα και τα κρούσματα είναι ορατά. Τότε μιλάμε για την επιδημία του AIDS. Η τρίτη φάση αποτελεί την επιδημία του στιγματισμού, της διάκρισης, της ντροπής και της άρνησης. Αυτή η φάση είναι η πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμη και εμποδίζει την επιτυχή αντιμετώπιση και των δύο προηγούμενων.

Ενώ στο κομμάτι της ιατρικής έχουν γίνει θεαματικά άλματα σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του AIDS, το κομμάτι της κοινωνικής αντιμετώπισης εξακολουθεί να είναι τεράστιο και ίσως παραμελημένο. Δεν είναι τυχαίο ότι οι εκστρατείες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την 1η Δεκεμβρίου εστιάζουν σε αυτό κυρίως το κομμάτι που το θεωρούν αναπόσπαστο για μια επιτυχή αντιμετώπιση της επιδημίας. Μόνο η ιατρικοκεντρική προσέγγιση της HIV λοίμωξης δεν αρκεί ώστε να έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Από την στιγμή που το AIDS έχει να κάνει με την ανθρώπινη συμπεριφορά, με τους κοινωνικούς παράγοντες που την επηρεάζουν, από την στιγμή που δημιουργεί στάσεις, και επηρεάζει την κοινωνική θέση του ατόμου, η κοινωνική προσέγγιση οφείλει να παίξει έναν καθοριστικό ρόλο στην όλη πολιτική για την HIV λοίμωξη.

Κλείνοντας ας δούμε μερικές κατευθύνσεις για δράση που θα μπορούσαν να μειώσουν τον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση των οροθετικών ατόμων



- Προσωπική ενίσχυση των οροθετικών ατόμων και του περιγύρου τους, ώστε να πιστέψουν στην ύπαρξη ενός καλύτερου μέλλοντος
 - Αποστολή θετικών μηνυμάτων υπογραμμίζοντας την σημασία της ενεργοποίησης στην καθημερινή ζωή και της υπεράσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων
 - Ενδυνάμωση της θέλησης για ζωή ανεξάρτητα από την HIV λοίμωξη
 - Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα συμπεριφοράς προς τα οροθετικά άτομα
 - Αποικοδόμηση προκαταλήψεων και μύθων γύρω από το AIDS
 - Ανοιχτός διάλογος για το AIDS και την σεξουαλικότητα
 - Ανοιχτός διάλογος για την διαφορετικότητα και τις διαφορετικές επιλογές
 - Υπογράμμιση των κοινών σημείων με τα στιγματισμένα άτομα και όχι των διαφορών
 - Ευαισθητοποίηση υπηρεσιών, θεσμών και κέντρων αποφάσεων κοινωνικής πολιτικής
- Έχει ειπωθεί ότι ο HIV είναι ένας έξυπνος ιός. Πιστεύω ότι ο ίδιος μας δείχνει και τον τρόπο να τον αντιμετωπίσουμε.

Ο HIV και το AIDS δεν κάνουν κοινωνικές διακρίσεις είναι καιρός να σταματήσουμε να κάνουμε και εμείς.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Χ. Πολυχρόνου,
Ε. Πιερράτου,
Σ. Χρυσανθακόπουλος,
Λ.Α. Τσατσαρώνη,
Α. Βάλσαμος.

Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας Γ.Ν. Αγρινίου

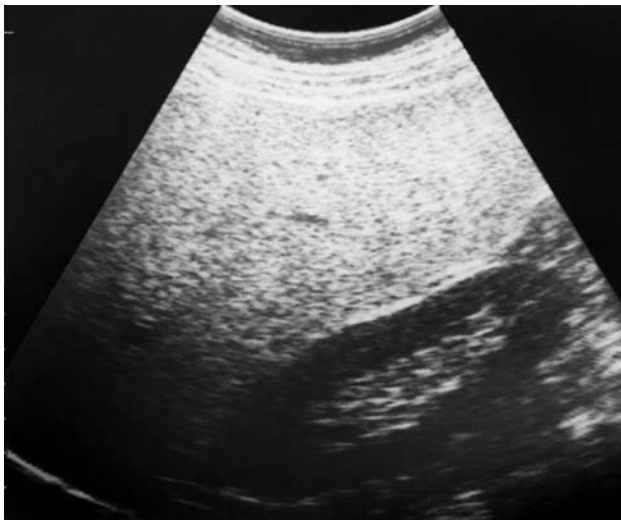
Η λιπώδης διήθηση του ήπατος αναφερόμενη και ως λιπώδης μεταμόρφωση, λιπώση, στεάτωση του ήπατος αποτελεί συχνή, επίκτητη, και αναστρέψιμη βλάβη η οποία χαρακτηρίζεται από την άθροιση λίπους υπό μορφή σταγονιδίων στο κυτταρόπλασμα των ηπατικών κυττάρων. Η λειτουργικές συνέπειες είναι συνήθως μικρές. Σε σπάνιες όμως περιπτώσεις είναι δυνατό να καταλήξει σε στεατοηπατίτιδα και να προκληθεί βαριά ηπατική ανεπάρκεια με ίκτερο ή ακόμα και κώμα. Η αλματώδης ανάπτυξη νεότερων απεικονιστικών τεχνικών στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών όπως η υπερηχοτομογραφία, η υπολογιστική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία έχει συμβάλει καθοριστικά στην διάγνωση της λιπώδους διήθησης και στην ασφαλή επίλυση διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων που όχι σπάνια αντιμετωπίζονται από τον διαγνώστη. Στο άρθρο αυτό γίνεται ανασκόπηση των ευρημάτων της λιπώδους διήθησης με την υπερηχοτομογραφία, την υπολογιστική τομογραφία.

Λέξεις κλειδιά: λιπώδης διήθηση, υπερηχοτομογραφία, υπολογιστική τομογραφία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι αρκετά συχνή οντότητα στην καθημερινή κλινική πράξη. Χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση τριγλυκεριδίων εντός των ηπατικών κυττάρων. Η συσσώρευση τριγλυκεριδίων στα ηπατοκύτταρα είναι μη ειδική συνέπεια πολλών αιτιών. Η διάγνωση μπορεί να γίνει ιστολογικά όταν το ήπαρ περιέχει περισσότερο από 7% λίπος στα λιπώδη κενοτόπια στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων του. Η συσσώρευση αυτή μπορεί να φτάσει και το 50 % του βάρους του ήπατος χωρίς ωστόσο να υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις. Αποτελεί συχνό τυχαίο εύρημα τόσο κατά την υπερηχοτομογραφική διερεύνηση της άνω κοιλίας όσο και στην υπολογιστική τομογραφία που συνήθως γίνονται για διαφορετικές ενδείξεις.

Συνήθως εγκαθίσταται σταδιακά αλλά μπορεί να αναπτυχθεί ταχέως όπως στην παρεντερική σίτιση. Είναι αναστρέψιμη βλάβη και η αποκατάσταση της όπως και η εγκατάσταση της μπορεί να είναι σταδια-



ΕΙΚΟΝΑ 1: Υπερηχοτομογραφία. Διάχυτη λιπώδης διήθηση ου ήπατος.



ΕΙΚΟΝΑ 2: Υπερηχοτομογραφία. Γεωγραφική λιπώδης διήθηση του ήπατος.

κή η ταχεία.

Συνήθως εμφανίζεται ως ασυμπτωματική μικρή αύξηση των ηπατικών ενζύμων η ως ήπια ηπατομεγαλία κατά την ψηλάφηση ρουτίνας.

Η κλινική εικόνα είναι αβληχρή και οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί. Σπανιότερα μπορεί να προκαλέσει άτυπα συμπτώματα όπως ακαθόριστα κοιλιακά άλγη η αίσθημα πλήρωσης στο δεξί υποχόνδριο.

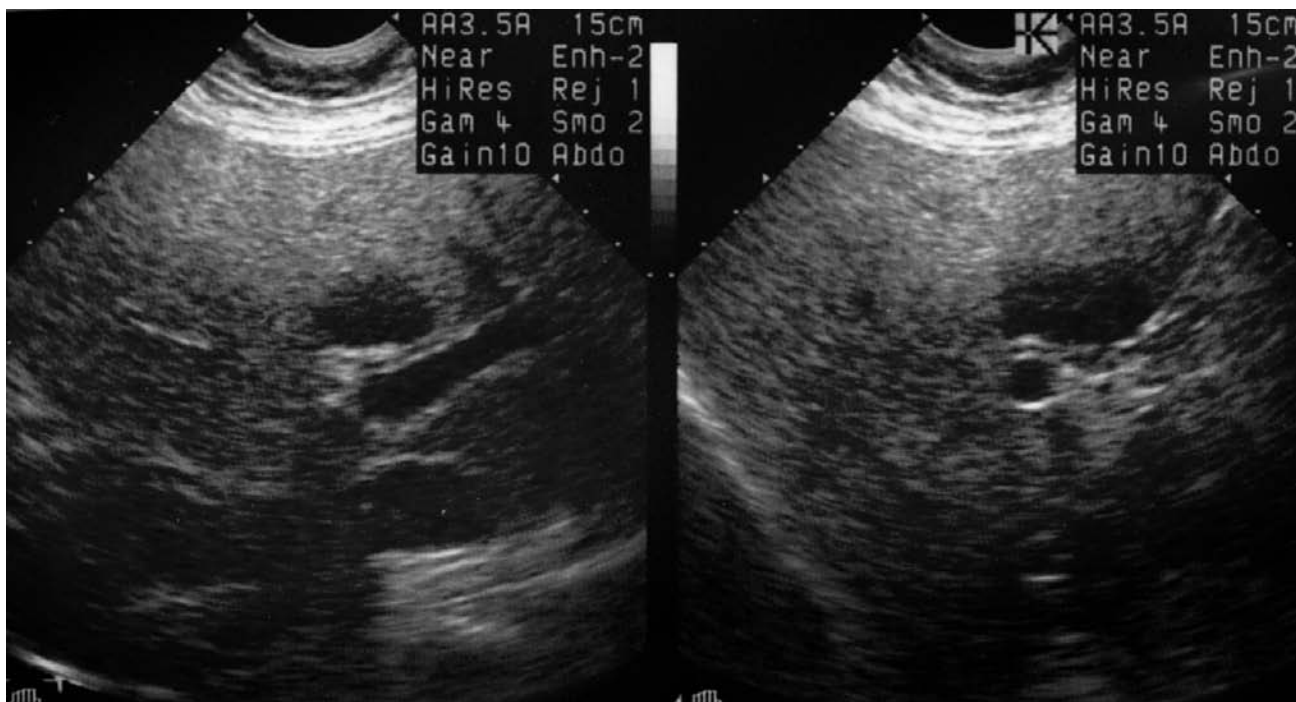
Ο όρος λιπώδης διήθηση του ήπατος περιγράφει την συσσώρευση αυξημένων ποσών τριγλυκεριδίων μέσα στα ηπατικά κύτταρα. Το ήπαρ κατέχει κεντρική θέση στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Οποιαδήποτε διαταραχή και διακοπή του φυσιολογικού μεταβολισμού των λιπιδίων στο ήπαρ έχει σαν αποτέλεσμα την παθολογική συσσώρευση τριγλυκεριδίων στα ηπατικά κύτταρα. Υπάρχουν τουλάχιστον πέντε παράγοντες που ενεργούν σε διάφορους συνδυασμούς και είναι υπεύθυνοι για την συσσώρευση λίπους στο ήπαρ. Η αυξημένη σύνθεση τριγλυκεριδίων, η ελαττωμένη οξειδωση των λιπαρών οξέων και χρησιμοποίησής τους στο ήπαρ, η αυξημένη σύνθεση λιπαρών οξέων από το ήπαρ, η αυξημένη κινητοποίηση τους από περιφερικά αποθέματα λίπους και τέλος η διαταραχή της εξόδου των λιποπρωτεϊνών από τα ηπατικά κύτταρα.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η ευαισθησία της υπερηχοτομογραφίας στην διά-

γνωση της κατάστασης αυτής εξαρτάται κατά πολύ από την βαρύτητά της ενώ στις ήπιες μορφές εξαρτάται από την εμπειρία του εξεταστή.

Το λιπώδες ήπαρ υπερηχοτομογραφικά απεικονίζεται ηχογενές με φτωχή απεικόνιση των ενδοηπατικών αγγείων και των οπίσθιων τμημάτων του. Η αδρή εκτίμηση της ηχογένειας του ηπατικού παρεγχύματος γίνεται με την σύγκρισή της με αυτήν του φλοιού του δεξιού νεφρού. Η ένταση αυτών των ευρημάτων είναι ανάλογη με την περιεκτικότητα των ηπατοκυττάρων σε λίπος και με την βαρύτητα των βιοχημικών ανωμαλιών. Το κυριότερο εύρημα που είναι η αυξημένη ηχογένεια (λάμπον ήπαρ) είναι αποτέλεσμα της αύξησης της έντασης και του αριθμού των ηχητικών ανατακλάσεων και συχνά συνοδεύεται από αύξηση της ομοιογενείας (Fine liver texture) του παρεγχύματος. Συνέπεια αυτής της παθολογικής ηχοανακλαστικότητας είναι και η μεγάλη εξασθένηση του ήχου εντός του παθολογικού ηπατικού παρεγχύματος με αποτέλεσμα την φτωχή απεικόνιση των άπω (οπίσθιων) τμημάτων του ήπατος και του διαφράγματος. Είναι ευνόητο πως αυτά τα δυο σημεία είναι αλληλένδετα. Όσο μεγαλύτερη η ηχογένεια του ήπατος τόσο χειρότερη είναι η απεικόνιση των οπίσθιων τμημάτων αυτού. Το σημείο της φτωχής απεικόνισης των ενδοηπατικών αγγείων πιθανολογείται ότι οφείλεται σε συμπίεση των κλάδων των ηπατικών φλεβών και των κλάδων της πυλαίας από το γειτονικό διογκωμένο ηπατικό παρέγχυμα. Το σημείο αυτό εξαρτάται από την βαρύτητα της λιπώδους διήθησης εξαλείφοντας



ΕΙΚΟΝΑ 3: Υπερηχοτομογραφία. Παρεμβολή φυσιολογικού παρεγχύματος πάρα της πυλαίας τριάδας μέσα σε λιπώδες ήπαρ (spare area) με οζώδη μορφολογία.

αρχικά του μικρούς κλάδους ενώ σε προχωρημένες καταστάσεις είναι ορατοί μόνο οι κύριοι κλάδοι. Η ηπατομεγαλία που συχνά συνοδεύει την λιπώδη διήθηση (75%) συνοδεύεται από αποστρωγγυλοποίηση του προσθίου χείλους του ήπατος.

Έχουν περιγραφεί τρεις βαθμοί λιπώδους διήθησης ανάλογα με την υπερηχογραφική εικόνα. Η ήπια, η μέτρια και η μεγάλου βαθμού λιπώδους διήθηση. Η ήπια χαρακτηρίζεται από μικρού βαθμού διάχυτη αύξηση της ηχογένειας του ήπατος ενώ το διάφραγμα και τα ενδοηπατικά αγγεία απεικονίζονται φυσιολογικά. Η μέτρια χαρακτηρίζεται από μέτρια αύξηση της ηχογένειας ενώ τα αγγεία και το διάφραγμα διακρίνονται αμυδρά. Τέλος ως μεγάλου βαθμού περιγράφεται το λάμπον ήπαρ με δύσκολη απεικόνιση του οπίσθιου τμήματος του δεξιού λοβού και απουσία η κακή απεικόνιση του διαφράγματος και των ενδοηπατικών αγγείων.

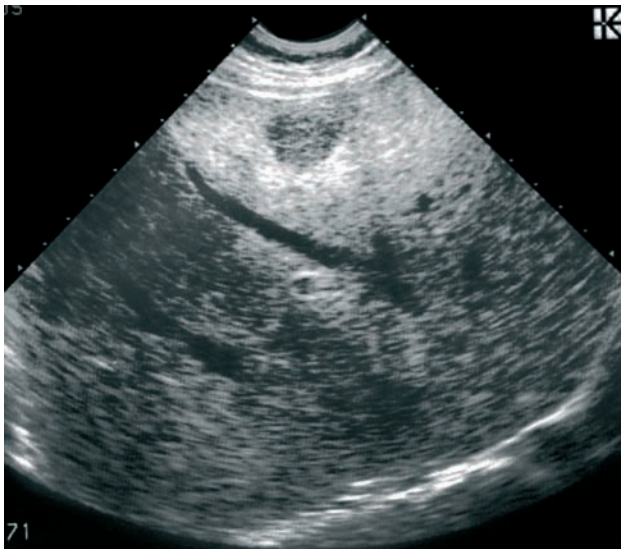
Η λιπώδους διήθηση μπορεί να προσβάλλει ολόκληρο ή τμήμα του ηπατικού παρεγχύματος. Ανάλογα με την μορφολογία της διακρίνεται στην διάχυτη μορφή η οποία είναι και η συνηθέστερη, σε εστιακή λιπώδη διήθηση και σε διάχυτη με ενδιάμεσα παρεμβαλλόμενη ή παρεμβαλλόμενες περιοχές φυσιολογικού παρεγχύματος. Οι δυο τελευταίες μορφές είναι αυτές

που δημιουργούν συχνότερα διαγνωστικά προβλήματα. Η εστιακή λιπώδους διήθηση μπορεί να μιμείται υπερηχογενή βλάβη ενώ αντίστοιχα μια περιοχή φυσιολογικού παρεγχύματος περιβαλλόμενο από λιπώδες παρέγχυμα μπορεί να υποδυθεί υπόηχη βλάβη.

Οι περιοχές εστιακής λιπώδους διήθησης και η παραμονή φυσιολογικής ή σχεδόν φυσιολογικής ηχογένειας παρεγχύματος μέσα σε λιπώδες ήπαρ, υπερηχοτομογραφικά αναδεικνύονται ως περιοχές αυξημένης ή ελαττωμένης ηχογένειας αντιστοίχως. Το σχήμα τους μπορεί να είναι στρόγγυλο ή ωσειδές μιμούμενες πρωτοπαθή ή μεταστατική βλάβη η ακόμη να έχουν σφηνοειδή ή γεωγραφική μορφολογία με τμηματική ή υποτμηματική κατανομή.

Υπάρχουν σημεία που συνηγορούν υπέρ της σωστής διάγνωσης όπως τα σαφή όρια, η μη ωσειδής διαμόρφωση, η απουσία χωροκατακτιτικής συμπεριφοράς, η απουσία σημείων απώθησης και παραμόρφωσης των γειτονικών αγγείων, η αναγνώριση φυσιολογικών αγγείων εντός της βλάβης και η τμηματική κατανομή της βλάβης. Συχνά όμως η υπερηχοτομογραφία δεν μπορεί να θέσει με βεβαιότητα την διάγνωση και ο περαιτέρω έλεγχος με άλλες απεικονιστικές μεθόδους κρίνεται αναγκαίος.

Η εναπόθεση λίπους στο ηπατικό παρέγχυμα ελατ-



ΕΙΚΟΝΑ 4: Υπερηχοτομογραφία. Παρεμβολή φυσιολογικού παρεγχύματος με υποκάψια εντόπιση.

τώνει τις πυκνότητες του στη υπολογιστική τομογραφία. Έχει αποδειχθεί με βιοψίες σε ζώα πως η σχέση της τιμής HU είναι ευθέως ανάλογη με τα επίπεδα τριγλυκεριδίων. Φυσιολογικά οι πυκνότητες του ηπατικού παρεγχύματος στις τομές χωρίς ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού κυμαίνεται σε 45 μέχρι 65 HU. Είναι δε μεγαλύτερες σε σύγκριση με του σπληνικού παρεγχύματος. Στην λιπώδη διήθηση αυτή η σχέση αντιστρέφεται και οι πυκνότητες του ηπατικού παρεγχύματος μετρούνται μικρότερες από αυτές του σπληνός. Σε προχωρημένες καταστάσεις οι πυκνότητες μπορούν να μετρούνται μικρότερες από αυτές των μεγάλων αγγείων του ήπατος στις τομές χωρίς έγχυση σκιαγραφικού. Στις λήψεις μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού λόγω του διαφορετικού τύπου αγγείωσης των δυο οργάνων ο σπλήνας απεικονίζεται με μεγαλύτερες πυκνότητες ιδίως κατά την αρτηριακή φάση. Για τον λόγο αυτό η σύγκριση των πυκνοτήτων για την διάγνωση της λιπώδους διήθησης πρέπει να γίνεται στις χωρίς σκιαγραφικό τομές. Στις τομές μετά την χορήγηση σκιαγραφικού έχει προταθεί ως ασφαλής δείκτης η σύγκριση της πυκνότητας του ηπατικού παρεγχύματος με αυτή των παρασπονδυλικών μυών που φυσιολογικά είναι μεγαλύτερη ενώ στην λιπώδη διήθηση είναι χαμηλότερη.

Η ηπατομεγαλία με αποστρογγυλοποίηση του ηπατικού χείλους είναι συχνή και στην υπολογιστική τομογραφία είναι περισσότερο εμφανής στον αριστερό λοβό.



ΕΙΚΟΝΑ 5: Αξονική τομογραφία. Ήπια λιπώδης διήθηση του ήπατος.

Τα σημεία που βοηθούν στην διαφορική διάγνωση της εστιακής ΛΔ από όγκο όπως και στο υπερηχοτομογράφημα είναι η απουσία χωροκατακτητικής συμπεριφοράς, η μη διαταραχή της μορφολογίας και της πορείας των ενδοηπατικών αγγείων και η συχνή εντόπιση σε ορισμένες περιοχές όπως παρά του δρεπανοειδούς συνδέσμου. Η εντόπιση των περιοχών αυτών σε συνήθεις θέσεις όπως το έσω τμήμα του αριστερού λοβού παρά της πύλης του ήπατος, το παρέγχυμα παρά του κυστικού βόθρου και η υποκάψια εντόπιση θέτει συνήθως την υπόνοια.

Σε δύσκολες περιπτώσεις όταν η περαιτέρω διερεύνηση κρίνεται αναγκαία η μαγνητική τομογραφία μπορεί να βοηθήσει στην ορθή διάγνωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

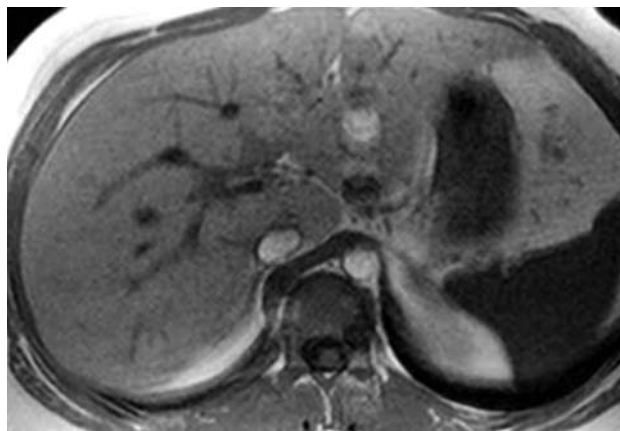
Το ήπαρ κατέχει κεντρική θέση στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Διάφορες χημικές ενώσεις στις τροφές και στο σώμα ανήκουν στην κατηγορία των λιπιδίων. Σε αυτά περιλαμβάνονται α) τα ουδέτερα λίπη που είναι γνωστά ως τριγλυκερίδια β) τα φωσφολιπίδια γ) η χοληστερόλη και τέλος διάφορες άλλες μικρότερης σημασίας ουσίες. Οποιαδήποτε διαταραχή και διακοπή του φυσιολογικού μεταβολισμού των λιπιδίων στο ήπαρ έχει σαν αποτέλεσμα την παθολογική συσσώρευση τριγλυκεριδίων στα ηπατικά κύτταρα. Η λιπώδης διήθηση γίνεται κλινικά αντιληπτή όταν η λιπωση διηθεί το 30% του ήπατος.

Η διάγνωση της διάχυτης λιπώδους διήθησεως δεν



ΕΙΚΟΝΑ 6: Αξονική τομογραφία. Σημαντικού βαθμού λιπώδης διήθηση του ήπατος.

παρουσιάζει δυσκολίες ενώ σε περίπτωση εστιακής λίπωσης η παρουσία φυσιολογικού παρεγχύματος μέσα σε λιπώδες ήπαρ προκαλεί διαγνωστικά προβλήματα και συχνά απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση. Η μη διάχυτη λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι αρκετά πιο σπάνια από την διάχυτη μορφή. Οφείλεται σε διαφορές της αιμάτωσης σε διαφορετικές περιοχές του ήπατος και σε εστιακή υποξαιμία του παρεγχύματος λόγω αγγειακής, τοξικής ή μεταβολικής αιτιολογίας. Περιοχές με άτυπη πυλαία αιμάτωση προσβάλλονται πιο συχνά και υφίστανται μεγαλύτερη ή μικρότερη λιπώδη διήθηση από το περιβάλλον ηπατικό παρέγχυμα. Απεικονιστικά η μη διάχυτη λιπώδης διήθηση μπορεί να παρουσιαστεί με γεωγραφική μορφολογία η οποία συχνά ακολουθεί τμηματική ή υποτμηματική κατανομή, της στρόγγυλης η ωοειδούς εστιακής λιπώδους διήθησης υπό την μορφή όζου, της παρεμβολής φυσιολογικού παρεγχύματος η παρεγχύματος με μικρότερο βαθμό διήθησης μέσα σε λιπώδες ήπαρ (spare area) η οποία μπορεί να έχει οζώδη, η πολυγωνική μορφολογία και τέλος της ανομοιογενούς λιπώδους διήθησης. Περιοχές όπως το τμήμα IV του ήπατος παρά του δρεπανοειδούς συνδέσμου, ο βόθρος της χοληδόχου κύστης και η περιπυλαία περιοχή κοιλιακά της πύλης όπως και η υποκάψια εντόπιση είναι συχνές. Η γεωγραφική λιπώδης διήθηση όπως και η τμηματική και υποτμηματική εστιακή λιπώδης διήθηση λόγω της μορφολογίας τους συνήθως δεν προκαλούν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Μεγαλύτερες δυσκολίες προκαλούν οι εστιακές παραλλαγές που δεν ακολουθούν τυπική τμηματική κατανομή, έχουν στρογγυλό οζόμορφο



ΕΙΚΟΝΑ 7: Μαγνητική τομογραφία. Διάχυτη λιπώδης διήθηση του ήπατος.

σχήμα και μιμούνται πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές νεόπλασμα. Επίσης η υποκάψια εντόπιση όπως και η εντόπιση σε μη τυπικές θέσεις συχνά προκαλούν προβλήματα και απαιτούν περαιτέρω έλεγχο για τον αποκλεισμό νεοπλασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tchelepi H, Ralls PW, Radin R, Grant E. Sonography of diffuse liver disease. *J Ultrasound Med* 2002; 21: 1023–1032.
2. Limanond P, Raman SS, Lassman C, et al. Macrovesicular hepatic steatosis in living related liver donors: correlation between CT and histologic findings. *Radiology* 2004; 230: 276–280.
3. Hamer OW, Aguirre DA, Casola G, Sirlin CB. Imaging features of perivascular fatty infiltration of the liver: initial observations. *Radiology* 2005; 237: 159–169.
4. Kobayashi S, Matsui O, Kadoya M, et al. CT arteriographic confirmation of focal hepatic fatty infiltration adjacent to the falciform ligament associated with drainage of inferior vein of Sappey: a case report. *Radiat Med* 2001; 19: 51–54.
5. Rubaltelli L, Savastano S, Khadivi Y, Stramare R, Tregnaghi A, Da Pian P. Targetlike appearance of pseudotumors in segment IV of the liver on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 178: 75–77.
6. Sohn J, Siegelman E, Osiason A. Unusual patterns of hepatic steatosis caused by the local effect of insulin revealed on chemical shift MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 176: 471–474.

19 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

ΝΙΚΟΣ ΚΟΥΤΣΟΜΗΤΡΟΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μία από τις πιο συνήθεις χρόνιες νόσους. Αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας ενώ σε λιγότερο από 20 χρόνια θα είναι μία από τις πέντε κυριότερες νόσους που επιβαρύνουν την παγκόσμια κοινωνία.

Η επιδημιολογία, τα αίτια και η φυσική ιστορία της ΧΑΠ έχουν μελετηθεί εκτεταμένα τα τελευταία 40 χρόνια, αλλά μερικά ερωτήματα παραμένουν ακόμα αναπάντητα. Η αρχική περιγραφή της ΧΑΠ έδωσε έμφαση στην απόφραξη της ροής αέρα, ιδιαίτερα στην εκπνοή, το μεγάλο μη αναστρέψιμο στοιχείο της και την τάση της για εξέλιξη. Η μεταβλητότητα του περιορισμού της ροής αέρα δεν είναι διχοτομική και στην πράξη υπάρχει ένα φάσμα αναστρεψιμότητας. Μπορεί επίσης να υπάρχει και κάποια αλληλοεπικάλυψη με το άσθμα, το οποίο όταν γίνει χρόνια και υποθεραπεύεται, μπορεί να προκαλέσει μη-αναστρέψιμο περιορισμό της ροής αέρα. Επίσης είναι πιθανό να αναπτυχθεί ΧΑΠ σε ασθματικούς ασθενείς που καπνίζουν, με αποτέλεσμα οι δύο καταστάσεις να συνυπάρχουν.

Η αιτιολογία της ΧΑΠ είναι πολυπαραγοντική, αλλά στις Δυτικές χώρες το κάπνισμα αποτελεί αναμφισβήτητα τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα που ευθύνεται για το 80% περίπου των παραγόντων κινδύνου. Υπάρχει σαφής δοσοεξαρτώμενη σχέση ανάμεσα στη συνολική κατανάλωση καπνού και στον κίνδυνο ανάπτυξης ΧΑΠ, καθώς επίσης και τη σοβαρότητα της νόσου. Ωστόσο, δεν αναπτύσσουν όλοι οι καπνιστές ΧΑΠ, επομένως παίζουν ρόλο και κάποιοι παράγοντες ευαισθησίας, πιθανώς γενετικοί.

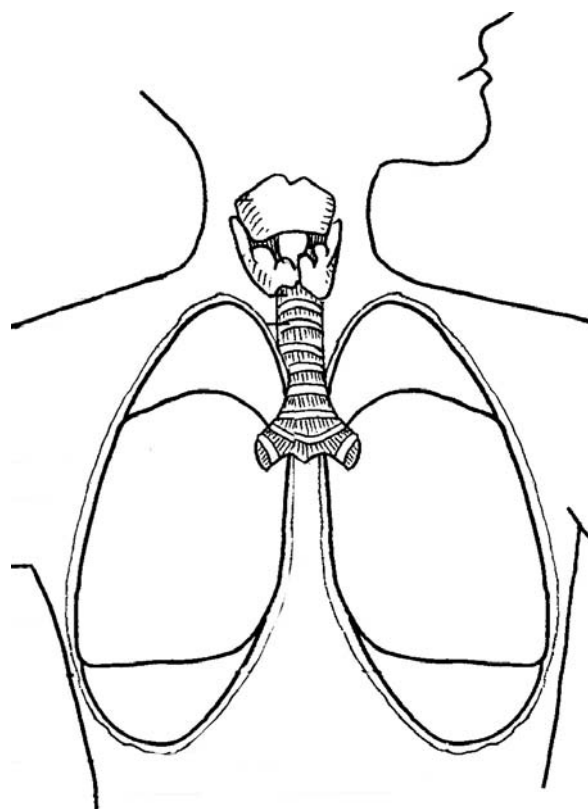
Η επίπτωση της ΧΑΠ είχε πάντα και μία ισχυρή κοινωνικοοικονομική διάσταση ακόμα και την εποχή όπου το κάπνισμα ήταν σχετικά ομοιογενώς κατανομημένο στις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Το μικρό βάρος γέννησης και οι συχνές λοιμώξεις κατά την παιδική ηλικία έχουν συσχετιστεί με έναν αυξημένο κίνδυνο ΧΑΠ, γεγονός που μπορεί εν μέρει να εξηγή-

σει τη σύνδεση με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παρομοίως, η υγρασία του σπιτιού και η διατροφή πτωχή σε ψάρι, φρούτα και λαχανικά που περιέχουν αντιοξειδωτικούς παράγοντες, σχετίζονται επίσης με αυξημένο κίνδυνο ΧΑΠ, γεγονός που μπορεί επίσης να εξηγήσει τη σύνδεση με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Η ΧΑΠ επηρεάζει όλες τις πλευρές της ζωής των ασθενών: συχνά σταματούν να εργάζονται, περιορίζεται η ικανότητα τους να αθλούνται ή να συμμετέχουν σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες, επηρεάζεται η ικανότητα τους να κάνουν μικροδουλειές στο σπίτι και να απολαμβάνουν οικογενειακές δραστηριότητες ενώ επηρεάζεται και η σεξουαλική τους ζωή.

Κανένας δε θα τολμούσε να βάλει τη διάγνωση της υπέρτασης χωρίς να μετρήσει την αρτηριακή πίεση του ασθενούς, ωστόσο καθημερινά γίνεται η διάγνωση της ΧΑΠ και ρυθμίζεται η αγωγή χωρίς να εκτιμάται η κατάσταση των αεραγωγών. Η σπιρομέτρηση αποτελεί μία γρήγορη, σωστή και οικονομική μέθοδο εκτίμησης της βαρύτητας της απόφραξης της ροής αέρα, ενώ ενδείξεις υποδηλώνουν την αυξανόμενη χρήση της.

Παρόλο που η ΧΑΠ χαρακτηρίζεται από ουσιαστικά μη αναστρέψιμη απόφραξη της ροής αέρα, τα βρογχοδιασταλτικά παραμένουν η βάση της φαρμακοθεραπείας. Οι β-αγωνιστές, τα αντιχολινεργικά και η θεοφυλλίνη είναι όλα αποτελεσματικά βρογχοδιασταλτικά στη ΧΑΠ. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από την ατομική ανταπόκριση. Η μακροχρόνια οξυγονοθεραπεία (> 15 ώρες την ημέρα) σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια έχει φανεί ότι αυξάνει την επιβίωση. Ο ετήσιος εμβολιασμός έναντι της γρίπης συστήνεται για όλους τους ασθενείς με ΧΑΠ. Έχει φανεί ότι μειώνει τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, τη συχνότητα των προσαγωγών και τη συχνότητα των θανάτων λόγω γρίπης σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική νόσο. Πλέον είναι κοινός και ο εμβολιασμός των ασθενών έναντι του πνευ-



μονιόκοκκου με το πολυδύναμο καψιδικό πολυσακχαριδικό εμβόλιο.

Αρκετοί ασθενείς με ΧΑΠ χάνουν βάρος σαν αποτέλεσμα της μειωμένης πρόσληψης τροφής λόγω της δύσπνοιας, μεταβολής της απορρόφησης λόγω υποξίας και αυξημένης κατανάλωσης ενέργειας στην ηρεμία, λόγω του αυξημένου έργου αναπνοής. Οι ασθενείς που είναι λιποβαρείς εμφανίζουν αυξημένη θνησιμότητα η οποία μπορεί να μειωθεί με την κατάλληλη διατροφική υποστήριξη

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της ΧΑΠ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Είναι πιθανό, ότι μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΧΑΠ, παρόλο που οι ρόλοι τους είναι ακόμα υπό διαμόρφωση. Πιθανώς να υπάρχει μερική αλληλοεπικάλυψη με υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας περίθαλψης όπως η εξωνοσοκομειακή νοσηλεία, «κατ'οίκον φροντίδα» και προγράμματα υποβοηθούμενης εξόδου, καθώς και εμπλοκή στα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης της κοινότητας.

Ευχόμαστε στους νεοεκλεγέντες συναδέλφους,

κ. Αντωνόπουλο Βασίλειο, Αντιπεριφερειάρχη Αιτ/νίας

κ. Ζήση Γρηγόριο, Δημοτικό Σύμβουλο Δήμου Αχρινίου

κ. Σιδέρη Κωνσταντίνο, Δημοτικό Σύμβουλο Δήμου Αχρινίου

καλή επιτυχία στο έργο τους

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 γραμμάτσειράς 12 σπιγγές). 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

geoagrafiotis@isagrinio.gr

info@isagrinio.gr

isa@otenet.gr



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

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

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

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Ζήσης Γρηγόριος

Αντιπρόεδρος: Αγραφιώτης Γεώργιος

Γεν. Γραμματέας: Παπαθανάσης Παντελής

Ταμίας: Βασιλόπουλος Απόστολος

Μέλη: Γκιάφης Αναστάσιος, Διονυσόπουλος Λεωνίδας, Κουβαράς Απόστολος, Παπαναστασίου Μέληση, Σαφαρίκας Αθανάσιος, Σιδέρης Κων/νος, Τσούτσος Κων/νος

Εκπρόσωποι στον ΠΙΣ

Κολοκυθάς Βασίλειος, Μπαμπάτικος 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

Εξελεκτική Επιτροπή

Αλεξόπουλος Ιωάννης, Σύρμος Ιωάννης, Τσίρκα Ασπασία

Οικονομική & Κοινωνική Επιτροπή

Αθανασίου Κων/νος

Επιστημονική Επιτροπή Περιοδικού

Αγραφιώτης Γεώργιος

Γκιάφης Αναστάσιος

Διονυσόπουλος Λεωνίδας

Κατσουράκης Γεώργιος

Κολοκυθάς Βασίλειος

Μάτσας Νικόλαος

Μπόνας Απόστολος

Παπαθανάσης Παντελής

Σκιαδάς Δημήτριος

Χρόνης Ιωάννης

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

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΝΤΥΠΟΥ:

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΠΑΣΧΕΝΗΣ, Γοργοποτάμου 41, Αγρίνιο

Τηλ.-Fax: 26410 56345, e-mail: pasxen01@otenet.gr

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.

■ Η στήλη ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ενημερώνεται με ευθύνη των συναδέλφων που οφείλουν να τα γνωστοποιούν στη συντακτική επιτροπή.

■ Αποστέilate τα άρθρα ή τις παρατηρήσεις σας στα e-mail: • geoagrafiotis@hotmail.com • geoagrafiotis@isagrinio.gr

περιεχόμενα

3

Αντί προλόγου - Ευχές

4

Λαρυγγικές εκδηλώσεις της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

8

Σύνδρομο άσθματος παιδικής ηλικίας

II

Δέρμα και διατροφή

I4

Ο κοινωνικός στιγματισμός των ασθενών με AIDS

I9

Απεικόνιση & διαγνωστικά προβλήματα στην διερεύνηση λιπώδους διήθησης του ήπατος με την υπερηχογραφία και την αξονική τομογραφία

24

19 Νοεμβρίου Παγκόσμια Ημέρα κατά της Χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας

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 συνταγογράφησης 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
πινογαστρικού σωλήνα



χορήγηση από το στόμα
μέσω σύριγγας

*** Βιβλιογραφία**

1. Effective intra-oesophageal acid suppression in patient with gastro-oesophageal reflux disease: lansoprazole vs pantoprazole, M.Frazzoni et al, Aliment Pharmacol Ther 2003;17:235-241
2. Evidence for Therapeutic Equivalence of Lansoprazole 30mg and Esomeprazole 40mg in the Treatment of Erosive Oesophagitis, C.W. Howden et al, Clin Drug Invest 2002;22(2):99-109
3. Complicanze gastroduodenali da farmaci anti-infiammatori non-steroidi: prevenzione e trattamento, V.Savarino et al, Terapia e profilassi delle lesioni gastriche da FANS. Piccin Nuova Libreria, Padova 2001, pp 41-45
4. The Comparative Effects of Lansoprazole, Omeprazole, and Ranitidine in Suppressing Gastric Acid Secretion, R.A.Blum 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 Intragastric pH in Healthy Volunteers, K.G.Tolman et al, Clin Drug Invest 2006; 26(1):21-28
6. Acid suppression in healthy subjects following lansoprazole or pantoprazole, J.Q. Huang et al, Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 425-433
7. Une forme galenique tres bien acceptee. La lettre de l' hepato-gastroenterologue. 2005;5 (VIII suppl):3



BIANEX A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατσιού 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: http://www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χατζή 2, Τηλ: 2310 840440

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



VE8102LAP/2-9/2008