

ΝΟΥΣΩΜΑ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2011 • ΤΕΥΧΟΣ 14ο



**ΕΚΛΟΓΕΣ
Ι.Σ.Α.
2011**

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





Παντελής Παπαθανάσης
Γενικός Γραμματέας Ι.Σ.Α.

Η στήλη του προεδρείου

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Οι προσεχείς εκλογές του Ιατρικού Συλλόγου Αργινίου λαμβάνουν χώρα σε μια πολύ κρίσιμη συγκυρία για τον Ιατρικό κόσμο στο σύνολό του.

Η ωριμότητα, η συνοχή και η δυναμική του Ιατρικού σώματος εκφράζονται και μέσα από την συμμετοχή μας στις εκλογές του Ιατρικού Συλλόγου.

Το Δ.Σ. στις πολύ δύσκολες συγκυρίες που περνάμε έχει ενεργοποιήσει όλες τις απαιτούμενες δράσεις προκειμένου να προωθηθούν τα ζητήματα που παρουσιάζονται συνεχώς,

Προς τούτο χρειάζεται αγωνιστική ετοιμότητα ώστε όλοι μαζί να απαιτήσουμε την επίλυση των προβλημάτων μας.

Οι διαμορφούμενες νέες οικονομικές συνθήκες οι νέοι Νόμοι για την Υγεία επιτάσσουν την ενότητα, την συναδελφικότητα, την αλληλεγγύη των γιατρών καθώς και την κοινή μαζική δράση.

Η αποστασιοποίηση, η αδιαφορία και η απουσία μας από τις εκλογικές διαδικασίες εκπέμπουν αρνητικά μηνύματα προς πάσα κατεύθυνση.

Μια μέρα κάθε τρία χρόνια ο γιατρός είναι ο αποκλειστικός ρυθμιστής της τύχης του και οφείλει να προσέλθει στις κάλπες.

Οφείλουμε συνολικά ως Ιατρικό σώμα να βγούμε από τον εφησυχασμό και την μακαριότητα.

Όλοι μαζί οφείλουμε να συνεχίσουμε την μάχη την επιβίωσης του Έλληνα γιατρού και να την κερδίσουμε.

Παπαθανασής Παντελής
Γ. Γραμματέας Ι.Σ.Α.

Καρκίνος του Προστάτη

Φραγκόπουλος Νικόλαος
Γρηγορίου Ιωάννης
Γκιάφης Αναστάσιος

Ουρολογική Κλινική
Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου

Ο καρκίνος του προστάτη – Θεραπεία



Ο καρκίνος προστάτη (CaP) αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας για τους άντρες σε παγκόσμιο επίπεδο αφού είναι ο συχνότερος καρκίνος, με ποσοστό 31,5% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνων. Επίσης αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο.

Η σημαντική αύξηση της νόσου οφείλεται τόσο στην αύξηση του μέσου όρου ζωής των αντρών, όσο και στην εξέλιξη των διαγνωστικών εξετάσεων, κυρίως του PSA (ειδικό προστατικό αντιγόνο)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του CaP είναι:

1. Η πρόοδος της ηλικίας, καθώς η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει σε μεγαλύτερες ηλικίες.
2. Η γεωγραφική εντόπιση, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στη Δύση
3. Η φυλή. Οι Αφροαμερικανοί εμφανίζουν 6 φορές πιο συχνά τη νόσο και πεθαίνουν 2 φορές συχνότερα από αυτή.
4. Η κληρονομικότητα. Όσο πιο κοντινός είναι ο συγγενής με CaP και όσο πιο νέος εμφάνισε αυτός τη νόσο, τόσο αυξάνουν και οι πιθανότητες εμφάνισης της νόσου.
5. Η δίαιτα που είναι πλούσια σε ζωικό λίπος.
6. Το κάδμιο που υπάρχει στα τσιγάρα και στις αλκαλικές μπαταρίες.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το 95% των περιπτώσεων CaP είναι αδενοκαρκινώματα. Το υπόλοιπο 5% είναι καρκίνοι εκ μεταβατικού επιθηλίου, νευροενδοκρινείς όγκοι και σαρ-

κώματα.

Η προστατική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (PIN) αποτελεί μια προκαρκινική κατάσταση και έχουμε το χαμηλόβαθμο και υψηλόβαθμο PIN. Η ύπαρξη υψηλόβαθμου PIN στη βιοψία του προστάτη συνοδεύεται σε ποσοστό 50-80% με CaP.

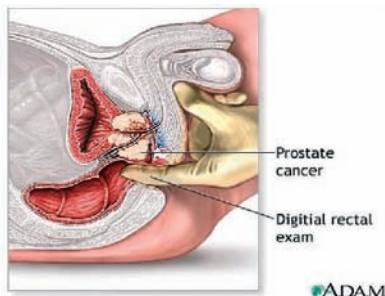
Το Gleason score είναι ένα σύστημα βαθμονόμησης της ιστολογικής διαφοροποίησης του καρκίνου του προστάτη και προκύπτει από το άθροισμα δυο επί μέρους βαθμών, καθένας από τους οποίους κυμαίνεται από 1 έως 5.

- Gleason score 2-4: καλά διαφοροποιημένος CaP («καλός»)
- Gleason score 5-6: μέτρια διαφοροποιημένος CaP
- Gleason score 8-10: πτωχά διαφοροποιημένος CaP («κακός»)

Για Gleason score 7, η περίπτωση 3+4 συγκαταλέγεται στη δεύτερη κατηγορία ενώ η περίπτωση 4+3 στην τρίτη, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημασία του πρωτεύοντος βαθμού.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στα αρχικά στάδια της νόσου δεν υπάρχουν συνήθως συμπτώματα που αναγκάζουν τον ασθενή να



καταφύγει στον Ουρολόγο. Στις περιπτώσεις που η νεοπλασία είναι ευμεγέθους, μπορεί να προκαλέσει αποφρακτικά

συμπτώματα από το ανώτερο ουροποιητικό (υδρονέφρωση), επίσχεση ούρων ή αιματουρία. Σε ύπαρξη οστικών μεταστάσεων -που είναι και οι συχνότερες και κυρίως στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης- είναι πιθανό ο ασθενής να αναφέρει οστικά άλγη και να απουσιάζουν άλλα συμπτώματα.

Η δακτυλική εξέταση (ΔΕΠ) κατέχει κυρίαρχη θέση στην εξέταση του προστάτη. Με τη ΔΕΠ μπορεί να αποκαλυφθεί μια σκληρή ανώδυνη περιοχή του προστατικού αδενώματος που θεωρείται ύποπτη για CaP. Η αρνητική ΔΕΠ βέβαια δεν αποκλείει τον προστατικό καρκίνο, γι' αυτό και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το PSA.

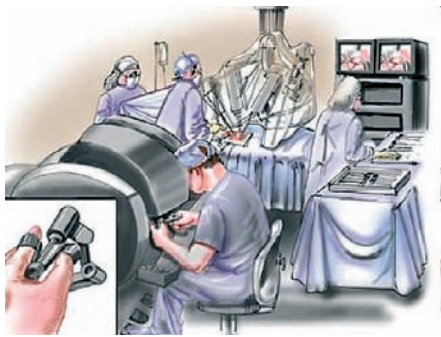
Οι φυσιολογικές τιμές του PSA θεωρούνται αυτές μεταξύ 0 και 4 ng/ml, χωρίς όμως να σημαίνει ότι ένα «φυσιολογικό» PSA αποκλείει την ύπαρξη καρκίνου του προστάτη ή ότι ένα αυξημένο PSA σημαίνει απαραίτητα CaP. Ενδεικτικά αναφέρω ότι με PSA = 2,5 -4 οι πιθανότητες ύπαρξης CaP είναι 10-20% ενώ οι τιμές PSA μεταξύ 4-10 αποτελούν την «γκρίζα ζώνη».

Πολύ σημαντικό πια είναι και το διορθικό υπερηχογράφημα του προστάτη (TRUS-P) όπου ένα έμπειρο μάτι μπορεί να αναγνωρίσει μια υπόψη περιοχή, ύποπτη για CaP. Ένα 33% όμως των καρκίνων είναι ισόηχοι και ένα 5% υπέρηχοι. Κατά τη διάρκεια του TRUS-P μπορεί να γίνει και βιοψία του αδενώματος, η οποία είναι απαραίτητη για τη διάγνωση και ιστολογική τεκμηρίωση του CaP.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α) Προσεκτική παρακολούθηση (watchful waiting). Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν ασθενείς οι οποίοι είναι μεγάλης ηλικίας >75ετών με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης λόγω άλλων νοσημάτων, με μικρού μεγέθους καρκινική εστία <0,5cm και ασθενείς που χειρουργήθηκαν για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη αλλά στην ιστολογική εξέταση αποκαλύφθηκε εντοπισμένος CaP.

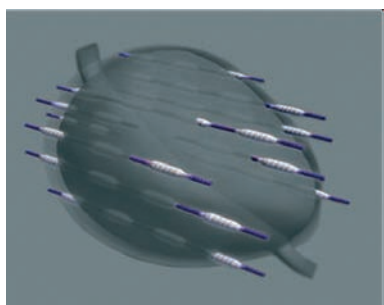
β) Ριζική προστατεκτομή. Η χειρουργική αντιμετώπιση του CaP αποτελεί το Golden Standard στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη και αφορά στην αφαίρεση του προστατικού αδενώματος με την



προστατική κάψα και τις σπερματοδόχες κύστεις. Γίνεται είτε με «ανοικτή» μέθοδο (οπισθοθηβική ή περινεϊκή προσπέλαση) είτε με λαπαροσκοπική και ρομποτική πια μέθοδο.

γ) Τοπική ακτινοβολία. Με αυτή τη μέθοδο μπορούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά ασθενείς με εντοπισμένο CaP, με αντικειμενικά προβλήματα υγείας που απαγορεύουν την χειρουργική επέμβαση ή ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν επιθυμούν να χειρουργηθούν. Επίσης οι ασθενείς με ιστολογικό εύρημα μετά από διακυστική προστατεκτομή για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη όπως και εκείνοι με θετικά χειρουργικά όρια στο παρασκευάσμα της ριζικής προστατεκτομής για καρκίνο του προστάτη, μπορούν/πρέπει να υποβληθούν σε τοπική ακτινοβολία.

δ) Βραχυθεραπεία. Η εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων Ιωδίου 125 ή Παλλαδίου 103, διαμέσου του περινέου με τη βοήθεια TRUS ή διαμέσου του γλουτού με τη βοήθεια CT. Δε μπορούν όλοι οι πάσχοντες από CaP να συμπεριληφθούν παρά μόνο όσοι είναι <75 ετών με προσδόκιμο επιβίωσης >10 ετών, με PSA<20, με συνολικό όγκο προστάτη < ή = 50 cm³, με αρχικού σταδίου καρκίνο και με αρ-



νητική αξονική εξέταση κοιλίας και σπινθηρογράφημα οστών.

ε) Ορμονοθεραπεία. Τα προστατικά καρκινικά κύτταρα και η ανάπτυξή τους εξαρτώνται από την επίδραση των ανδρογόνων (τεστοστερόνης). Ο σκοπός της ορμονοθεραπείας είναι η στέρηση των καρκινικών κυττάρων από τα ανδρογόνα ώστε να επιβραδυνθεί, σταματήσει ή και αναστραφεί η εξέλιξη του προστατικού καρκίνου για το μεγαλύτερο δυνατό χρονικό διάστημα. Αυτό επιτυγχάνεται με μια ομάδα φαρμάκων (οιστρογόνα, LHRH ανάλογα, LHRH ανταγωνιστές, αντιανδρογόνα) τα οποία τελικά είτε μειώνουν την παραγωγή τεστοστερόνης από τους όρχεις είτε μειώνουν τη δράση των ανδρογόνων στο επίπεδο των υποδοχέων των προστατικών κυττάρων είτε ακόμα και με τους δυο τρόπους (πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί μια από τις σημαντικότερες νόσους των ανδρών, οι οποίοι οφείλουν να ελέγχονται τακτικά από Ουρολόγο μετά την ηλικία των 50 ετών. Υπενθυμίζω ότι σε αρχικό στάδιο μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα, γεγονός που αποδεικνύει τη χρησιμότητα του τακτικού ελέγχου. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δείξουν όσοι έχουν στενό συγγενή σε σχετικά νεαρή ηλικία που πάσχει από καρκίνο του προστάτη.

Ο έλεγχος περιλαμβάνει το υπερηχογράφημα του προστάτη, το PSA και σε καμία περίπτωση να μην ξεχνά ο Ουρολόγος ή να αρνείται ο ασθενής τη δακτυλική εξέταση του προστάτη.

Στις μέρες μας έχουμε άφθονα όπλα για την αντιμετώπιση του CaP και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούμε να μιλάμε και για δυνατότητα πλήρους ίασης. Η επιλογή της θεραπείας θα γίνει με απόφαση του ασθενούς μετά βέβαια την πλήρη ενημέρωσή του για τις εναλλακτικές από το θεράποντα ιατρό του.

Εγκυμοσύνη και άσθμα

ΝΙΚΟΣ ΚΟΥΤΣΟΜΗΤΡΟΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι η επίπτωση του βρογχικού άσθματος έχει αυξηθεί τα τελευταία 20 χρόνια παγκοσμίως.

Επιδημιολογικά μιλώντας το βρογχικό άσθμα εκδηλώνεται στο 1% - 4% των εγκύων.

Συνεπώς είναι σημαντικό να εφαρμόζονται εκείνες οι στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου που να αποσκοπούν στην αποφυγή βλαβών της υγείας της μητέρας και του εμβρύου.



ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΚΥΗΣΗΣ

Κατά αρχή θα πρέπει να διαχωρίσουμε τις πιθανές επιπτώσεις που μπορεί:

- A) Η κύηση να επιφέρει στο άσθμα
- B) Το άσθμα στην κύηση

Όσον αφορά το πρώτο θα λέγαμε ότι σε γενικές γραμμές το 1/3 των γυναικών με άσθμα παρουσιάζει βελτίωση κατά την κύηση, το 1/3 επιδείνωση και το 1/3 σταθερότητα.

Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ:

- Καλύτερη βρογχοδιαστολή από την προγεστερόλη.
- Ενίσχυση β αδρενεργική δράσης.
- Αύξηση επιπέδων στο αίμα της ελεύθερης κορτιζόλης.

Η ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ:

- Αύξηση του stress.
- Αύξηση ή επιδείνωση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.
- Βρογχοσυστολή από την προσταγλααδίνη F2 άλφα.

Στατιστικά μιλώντας οι μεγαλύτερες πιθανότητες επιδείνωσης εμφανίζονται κατά τον έκτο μήνα της κύησης ενώ τις 4 τελευταίες εβδομάδες της κύησης έχουμε συνήθως ύφεση των επεισοδίων.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΚΥΗΣΗ

Οι ενδεχόμενες αρνητικές επιδράσεις είναι συνήθως αποτέλεσμα τριών παραγόντων:

- Μη επαρκής έλεγχος άσθματος.
- Φάρμακα για το άσθμα
- Πιθανοί άλλοι παράγοντες (κλινικές καταστάσεις που είτε μόνες τους π.χ. υπέρταση, υποκαπνία, αφυδάτωση, σε συνδυασμό με κακό έλεγχο του άσθματος προκαλούν υποξία στο βρέφος λόγω μείωσης της ροής του αίματος μεταξύ μήτρας και πλακούντα).

Οι βλαβερές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν είναι:

ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ:

Καθυστέρηση της ενδομητρίου ανάπτυξης
Ελλιποβαρές βρέφος
Αύξηση θνητότητας κατά τον τοκετό
Συγγενείς ανωμαλίες
Υπερχολερυθραιμία

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΟ:

Αύξηση επεισοδίων εμετού
Προεκλαμψία
Υπέρταση κύησης
Επιπλοκές κατά τον τοκετό
Ρήξη υμένων
Ανάγκη καισαρικής τομής

ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η στρατηγική που πρέπει να ακολουθείται στην εγκυμοσύνη λόγω άσθματος έχει τους ακόλουθους στόχους.

Έλεγχος της συμπτωματολογίας συμπεριλαμβανομένων των νυχτερινών εκδηλώσεων.

Διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας όσο το δυνατότερο κοντά στις φυσιολογικές τιμές.

Αποφυγή πιθανών παρενεργειών από φάρμακα

Πρόληψη ασθματικών εξάρσεων

Συχνή αντικειμενική εκτίμηση της κλινικής εικόνας της μητέρας και του εμβρύου.

Αποφυγή ή έλεγχος παραγόντων που μπορούν να επιφέρουν έξαρση του άσθματος.

Ορθολογική χρήση φαρμάκων.

Ψυχολογική υποστήριξη

Ενημέρωση και επιμορφωτική υποστήριξη της κυοφορούσας

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πέρα από την συχνότερη παρακολούθηση τόσο από τον πνευμονολόγο όσο και από τον γυναικολόγο κατά την διάρκεια της κύησης στις βαρύτερες μορφές άσθματος πρέπει να πούμε ότι είναι ασφαλέστερη για την εγκυμονούσα με άσθμα η χορήγηση φαρμάκων όταν και όσο χρειάζεται προκειμένου να ελεγχθεί η νόσος παρά να έχουμε εξάρσεις, η συμπτωματολογία που θα μπορούσε να μειώσει την οξυγόνωση του εμβρύου.

Ο τύπος και η δοσολογία των φαρμάκων μπορεί να χωρισθεί σε δύο κατηγορίες.

- 1) Φάρμακα που αποσκοπούν σε έλεγχο μακράς διάρκειας.
- 2) Φάρμακα άμεσης ανακούφισης.

Β2 ΔΙΕΓΕΡΤΕΣ

Ανήκουν στην κατηγορία C ασφάλειας φαρμάκων κατά την κύηση.

Τα βραχείας δράσης (Salbutamol, Terbutaline) θεωρούνται τα πλέον ασφαλή της κατηγορίας, ιδίως το πρώτο.

Η χορήγηση τους per-os δεν συνιστάται λόγω περισσότερων πιθανών παρενεργειών.

Η χρήση αεροθαλάμου κατά την εισπνοή μειώνει τις πιθανότητες παρενεργειών και την διείσδυση στους εμβryo ιστούς.

Χρησιμοποιούνται κυρίως στο ήπιο διαλείπων άσθμα.

Σε γενικές γραμμές θεωρούνται φάρμακα επιλογής.

Τα μακράς δράσης β2 (Salmeterol, Formoterol) έχουν ομοιότητα με τη salbutamol, φαρμακολογικό ίδιο με τους β2 βραχείας δράσης, αλλά η χρησιμοποίησή τους είναι χρονικά σχετικά πρόσφατη.

Χρησιμοποιούνται κυρίως σε:

- α) Επιμένουσες μορφές άσθματος
- β) Σε συνδυασμό με εισπνεόμενα στεροειδή (σαν εναλλακτική λύση της αύξησης της δόσεως του εισπνεόμενου κορτικοειδούς).
- γ) Αν ήταν μέρος της επιτυχούς αγωγής ελέγχου του άσθματος προ κήσεως.
- δ) Όταν είναι αναγκαία η αντιμετώπιση ειδικών κλινικών καταστάσεων (π.χ. νυχτερινό άσθμα).

ΘΕΟΦΥΛΙΝΗ

Αρκετά ασφαλής η χρήση της.

Θεωρείται σαν εναλλακτική αλλά όχι προτεινόμενη χρήση για το ήπιο εμμένων άσθμα. Σε περίπτωση χρήσης της συγκέντρωση στον ορό πρέπει να βρίσκεται μεταξύ 5-12mcg/ml.

Για το μέτριο ή σοβαρό άσθμα είναι εναλλακτική αλλά όχι προτεινόμενη λύση, πάντα σε συνδυασμό με στεροειδή καθώς φαίνεται καλύτερη η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού στεροειδούς με μακράς δράσης β2 διεγέρτη.

Τέλος δεν φαίνεται να είναι χρήσιμη η προσθήκη της στην θεραπεία αντιμετώπισης οξέων κρίσεων.

ANTIXOLINEPΓΙΚΑ (Ipratrorium bromide).

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την χρήση τους κατά την κύηση.

LEUKOTRIENI (montelukast, zafilukast).

Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την ασφάλεια της χρήσης τους κατά την κύηση.

Είναι μια εναλλακτική αλλά μη προτεινόμενη λύση στη θεραπεία της ήπιας εμμένουσας μορφής.

ΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ

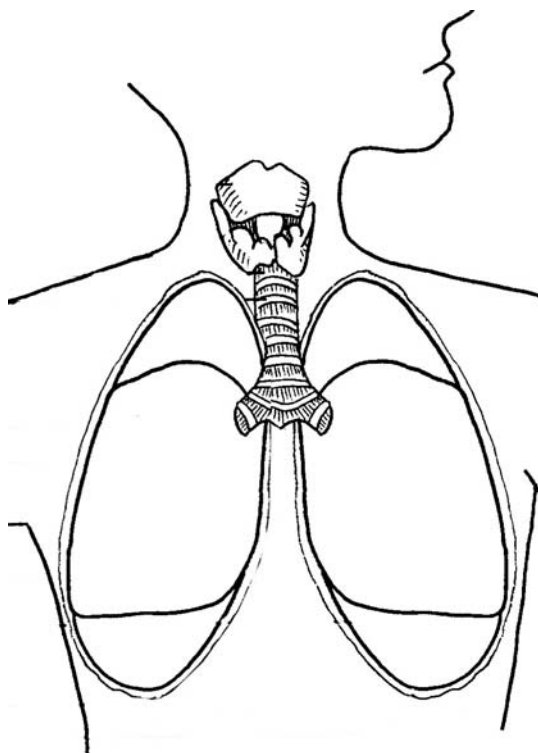
Αποτελούν την θεραπεία επιλογής όλων των μορφών εμμένοντος άσθματος.

A) Εισπνεόμενες μορφές

Μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης εξάρσεων οφειλόμενων στην κύηση, καλύτερεύουν την πνευμονική λειτουργία και μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνδέουν τη χρήση εισπνεομένων στεροειδών με γενετικές ανωμαλίες.

Η χρήση τους και κατά τον θηλασμό δεν αντενδίδνεται.

Η δοσολογία και διάρκεια χρήσης τους εξαρτώνται



από την κλινική εικόνα και το στάδιο του άσθματος.

B) Συστηματικά χορηγούμενα στεροειδή.

Η χορήγηση per os ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης ή για μεγάλο χρονικό διάστημα εμπεριέχει κινδύνους επιπλοκών.

(Σάκχαρο κύησης, Πρόωρος τοκετός, Προεκλαμψία κ.α.).

Στο ανεξέλεγκτο ή σοβαρό άσθμα η χρήση τους μπορεί να είναι απαραίτητη.

Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να γίνεται χρήση της χαμηλότερης δυνατής επαρκούς δοσολογίας.

Προορισμός παραγόντων που μπορούν να χειροτερέψουν το Άσθμα:

- A) Αλλεργιογόνα (π.χ. Ζώα, Μύκητες, Αεροαλλεργιογόνα).
- B) Καπνιστική συνήθεια.
- Γ) Υγρασία
- Δ) Άλλα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η αντιμετώπιση του άσθματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτεί τη στενή συνεργασία μεταξύ εγκύου γυναικολόγου και πνευμονολόγου.

Απαραίτητη θεωρείται η συχνότερη παρακολούθηση της κυοφορούσης από τον θεράποντα ειδικό ιατρό και η σωστή καθοδήγηση και ενημέρωσή της.



*Το Διοικητικό Συμβούλιο
του Γατρικού Συλλόγου Αργιπίου*

σας εύχεται

Καλή Ανάσταση



Χειρουργική θεραπεία καρκίνου πνεύμονα

ΝΙΚΟΣ ΚΟΥΤΣΟΜΗΤΡΟΣ

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ

Νεότερα δεδομένα

Ο καρκίνος του πνεύμονα ή αλλιώς ο βρογχογενής καρκίνος, αποτελεί τον συχνότερο καρκίνο του ανδρικού φύλου και ανταγωνίζεται τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες για την κατάληψη της πρώτης θέσης. Ο βρογχογενής καρκίνος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου, στον κατάλογο των κακοήθων νόσων, και ένας στους τρεις θανάτους από καρκίνο, έχει αιτία τον καρκίνο του πνεύμονα.

Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος στην χειρουργική τεχνική και στην τεχνική της αναισθησίας σε ότι αφορά την χειρουργική του πνεύμονα. Επίσης η επιλογή των ασθενών όπως και η προεγχειρητική τους προετοιμασία είναι πιο ορθή και πιο ολοκληρωμένη αντίστοιχα. Την μετεγχειρητική υποστήριξη των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία και η παρακολούθησή τους, σε συνδυασμό με την ανεκτίμητη συμβολή των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας συνέβαλαν σημαντικά στην μείωση της περιεγχειρητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Παρ' όλη την πρόοδο που έχει σημειωθεί, σε ότι αφορά την χειρουργική τεχνική και παρά την χορήγηση πιο αποτελεσματικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, όπως επίσης παρά την καλύτερη τεχνική της ακτινοθεραπείας, η πενταετής επιβίωση παραμένει πολύ χαμηλή και δεν υπερβαίνει το 15% στο σύνολο των ασθενών με βρογχογενή καρκίνο.

Η χειρουργική θεραπεία παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στην θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα και είναι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης που προσφέρει μακρόχρονη επιβίωση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τους ασθενείς με καρκίνο αρχικού σταδίου αλλά και άλλους που βρίσκονται σε πιο προχωρημένα στάδια, μετά από πολύ αυστηρή επιλογή.

Το είδος της επέμβασης που εφαρμόζεται εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το στάδιο της νόσου, την γενική κατάσταση του αρρώστου και την καρδιοαναπνευστική του εφεδρεία. Οι εκτομές που γίνονται για την θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα είναι η σφηνοειδής εκτομή, η τμηματεκτομή, η τυπική λεβοκτομή, η λεβοκτομή δίκην περιχειρίδος, η πνευμονεκτομή τυπική ή ενδοπερικαρδιακή, η εκτομή πνεύμονα με συνεξαίρεση του θωρακικού τοιχώματος και η πνευμονεκτομή δίκην περιχειρίδος. Η κάθε επέμβαση από αυτές έχει τις συγκεκριμένες ενδείξεις της, την νοσηρότητα και την θνητότητα που την συνοδεύει.

Όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε στάδιο Ia ή Ib ή IIa, (T1NoMo, T2NoMo και T1N1Mo αντίστοιχα), η θεραπεία

εκλογής είναι η χειρουργική, εφ' όσον οι αναπνευστικές εφεδρείες του ασθενή το επιτρέπουν και η επέμβαση εκλογής είναι η λοβεκτομή και λιγότερο η πνευμονεκτομή. Η περιεγχειρητική θνητότητα της λοβεκτομής δεν υπερβαίνει το 1,5%, ενώ η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών είναι άριστη. Όταν οι λεμφαδένες της μεσολαβίου σχισμής ή της πύλης είναι διηθημένοι και πολύ περισσότεροι όταν είναι καθηλωμένοι, τότε η επέμβαση εκλογής είναι η πνευμονεκτομή. Η περιεγχειρητική θνητότητα μετά από πνευμονεκτομή κυμαίνεται γύρω στο 6,4%. Η συμβολή των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, η προεγχειρητική προετοιμασία και η μετεγχειρητική υποστήριξη, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην σημαντική μείωση της περιεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Στην περίπτωση που ο όγκος επεκτείνεται πέραν του σπλαχνικού υπεζωκότα του τοιχωματικού υπεζωκότα, δηλαδή όταν διηθεί περικάρδιο, διάφραγμα ή θωρακικό τοίχωμα, (T3NoMo ή T2N1Mo) τότε η επέμβαση εκλογής είναι η αφαίρεση του τμήματος ή ολόκληρου του πνεύμονα με το προσβεβλημένο παρακείμενο ανατομικό στοιχείο. Αξίζει να τονιστεί ότι η διήθηση του θωρακικού τοιχώματος δεν αποτελεί αντένδειξη της χειρουργικής θεραπείας, ενώ όταν το έλλειμμα που δημιουργείται στο θωρακικό τοίχωμα είναι μεγάλο (> 5 εκατ.), τότε είναι επιβεβλημένη η αποκατάσταση αυτού με κάποιο μόσχευμα.

Μια ομάδα ασθενών με βρογχογενή καρκίνο που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή είναι η ομάδα των ασθενών σταδίου IIIo, λόγω διήθησης των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου (T1-3N2Mo). Αφού τεκμηριωθεί η προσβολή των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου με μεσοθωρακοσκόπηση μεσοθωρακοτομή, θωρακοσκόπηση ή τουλάχιστον με PET Scan, τότε αντιμετώπιση συνίσταται στην χορήγηση εισαγωγικής χημειοθεραπείας (Neo – adjuvant) και μόνο στην περίπτωση που διαπιστωθεί σημαντική ανταπόκριση, τότε ακολουθεί η χειρουργική θεραπεία. Η χορήγηση της εισαγωγικής χημειοθεραπείας δεν πρέπει να βασιστεί στα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας αλλά οφείλουμε να τεκμηριώσουμε την προσβολή των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου με κάποια επεμβατική επέμβαση σαν αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονος πιο προχωρημένων σταδίων IIIb και IV (T1-4 N1-3 Mo και T1-4 N1-3 M1), συνήθως είναι ακατάλληλοι για χειρουργική θεραπεία εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις και μετά από αυστηρή επιλογή. Όταν πρόκειται για νέο ασθενή σε καλή γενική κατάσταση και άριστη καρδιο-αναπνευστική εφεδρεία ακόμα και να έχει καρκίνο που διηθεί την άνω κοίλη φλέβα ή τον αριστερό κόλπο στο σημείο εκβολής των

πνευμονικών φλεβών (εικόνες 4, 5, 6) ή το στέλ της πνευμονικής αρτηρίας ή την αορτή (σε περιορισμένη έκταση) ή θωρακικό σπόνδυλο, τότε πρέπει να εκτιμηθεί σοβαρά ο ρόλος της χειρουργικής. Το ίδιο ισχύει και όταν υπάρχει καρκίνος του πνεύμονα μονήρη μετάσταση στον εγκέφαλο ή στο επινεφρίδιο που μπορεί να αφαιρεθεί ριζικά, τότε ο ρόλος της χειρουργικής παραμένει ουσιώδης πρωτεύων.

Εκτός από τον θεραπευτικό ρόλο, η χειρουργική κατέχει σημαντική θέση ως παρηγορητική θεραπεία. Αυτό ισχύει κυρίως για τους ασθενείς που έχουν μεγάλη συλλογή υγρού στο περικάρδιο ή στην υπεζωκοτική κοιλότητα, οπότε μπορεί να γίνει περικαρδιακτομή (παράθυρο περικαρδίου) στην πρώτη περίπτωση και παροχέτευση ημιθωρακίου ακολουθείται από πλευροδεσία στην δεύτερη περίπτωση.

Επίσης μπορεί να γίνει άμεση ανακούφιση των ασθενών που έχουν ανεγχείρητο όγκο που διηθεί την τραχεία, την τρόπιδα ή τον κύριο βρόγχο με την τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης (stent), αφού έχει γίνει πρώτα καυτηρίαση του ενδοαυλικού όγκου με χρήση Laser ή ηλεκτρικής διαθερμίας ή κρυοπηξίας.

Επειδή το ποσοστό των ασθενών που μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία δεν υπερβαίνει το 15 – 20%, η προσπάθεια στην καταπολέμηση αυτής της νόσου, πρέπει πρώτα να επικεντρωθεί στην πρόληψη με κύριο στόχο την κατάργηση του καπνίσματος.

Επειδή αυτό όμως δεν είναι εύκολο στην πράξη, πρέπει να γίνει σοβαρή προσπάθεια να αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία, η μόνη αποτελεσματική αντιμετώπιση όπως αναφέρθηκε πιο πάνω. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί αν γίνει αξιολόγηση των ασθενών από ομάδα ειδικών που περιλαμβάνει πνευμονολόγο, ογκολόγο, θωρακοχειρουργό και ακτινοθεραπευτή, προκειμένου να μη στερηθεί κανένας ασθενής το ευεργετικό αποτέλεσμα της χειρουργικής.

Επίσης πρέπει να αποφευχθούν οι άσκοπες θωρακοτομές όσο είναι δυνατόν και το ποσοστό αυτών να μην υπερβαίνει το 5-10% του συνόλου των θωρακοτομών για καρκίνο πνεύμονος. Επιπλέον χρειάζεται να μειωθεί ακόμα περισσότερο η μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η μείωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί όταν υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ θωρακοχειρουργού, πνευμονολόγου, καρδιολόγου, ιατρών Μονάδος Εντατικής Θεραπείας. Επίσης οι χειρουργημένοι ασθενείς χρειάζεται να νοσηλευτούν για 24 ώρες σε ΜΕΘ και ο χειρουργός να είναι έντονα υποψιασμένος σε ότι αφορά στις θανατηφόρες επιπλοκές.

Νόσος των Λεγεωναρίων ή «Νόσος των Κλιματιστικών»

ΝΙΚΟΣ ΚΟΥΤΣΟΜΗΤΡΟΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ

Η νόσος των λεγεωναρίων ήλθε στο φως της δημοσιότητας το 1976 όταν ξέσπασε επιδημία (οξύ εμπύρετο νόσημα του αναπνευστικού) σε Αμερικανική λεγεώνα στην Φιλαδέλφεια των Ηνωμένων Πολιτειών.

Συνολικά προσβλήθηκαν 221 άτομα από πνευμονία, 34 εκ των οποίων κατέληξαν.

Ερευνώντας για τον αιτιολογικό παράγοντα αυτής της επιδημίας, απομονώθηκε και ταυτοποιήθηκε ο υπεύθυνος μικροοργανισμός, ένα Gram αρνητικό βακτηρίδιο το οποίο ονομάστηκε Λεγιονέλλα.

Υπάρχουν περίπου 40 είδη λεγιονέλλας και περισσότερα από τα μισά μπορούν να προκαλέσουν νόσο στον άνθρωπο. Το είδος Λεγιονέλλα pneumophila ευθύνεται για το 90% των λοιμώξεων στον άνθρωπο.

Ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη του είναι το υδάτινο (λίμνες, ποτάμια, δεξαμενές, πισίνες, συστήματα ύδρευσης μεγάλων κτιριακών μονάδων, θερμές & ιαματικές πηγές). Είναι αρκετά ανθεκτικό δύναται να επιζήσει σε ποικίλες συνθήκες του περιβάλλοντος (σε θερμοκρασίες από 0 μέχρι 630 C, επίσης τόσο σε όξινο όσο και σε αλκαλικό περιβάλλον. Η θερμοκρασία όμως που ευνοεί ιδιαιτέρως την ανάπτυξη αλλά και τον πολλαπλασιασμό του είναι μεταξύ 40 και 500 C.

Τα συστήματα κλιματισμού (air-condition), δεν θεωρούνται πλέον πηγές μετάδοσης του βακτηρίου, όπως πιστεύονταν παλαιότερα.

Τρόπος μετάδοσης

Ο άνθρωπος προσβάλλεται μέσω εισπνοής ή εισρόφησης μικροσταγονιδίων ύδατος που περιέχουν τον μικροοργανισμό. Παράγοντες που διευκολύνουν την ανάπτυξη νόσου στον άνθρωπο είναι το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ. Επίσης περισσότερο ευάλωτα είναι τα ανοσοκατασταλμένα άτομα και εκείνα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα των πνευμόνων.

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι δεν μεταδίδε-



ται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε ηλικία.

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 2 μέχρι 10 ημέρες.

Ο ασθενής αισθάνεται για λίγες ημέρες αδυναμία και καταβολή και μπορεί να ακολουθήσει μια περίοδο με συμπτώματα γριπώδους συνδρομής. Ο βήχας (αρχικά ξηρός, κατόπιν παραγωγικός) μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα προσβολής των πνευμόνων. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλό πυρετό (περισσότερο από 39 °C συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα (διάρροια, ναυτία, στομαχικές διαταραχές), από το κεντρικό νευρικό σύστημα (πονοκέφαλος, σύγχυση, λήθαργο, ντελίριουμ), από την καρδιά (βραχυκαρδία) κ.λ.π. Ανάλογα την έκταση της πνευμονίας αλλά και την συνύπαρξη ή όχι άλλων νοσημάτων, μπορεί να υπάρχει δύσπνοια ή και αναπνευστική ανεπάρκεια.

Εργαστηριακά ευρήματα

Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να δείχνει: τμηματική ή λοβώδη πνευμονία (συνήθως μονόπλευρη και σπάνια αμφοτερόπλευρη), μπορεί να υπάρχει πλευριτική συλλογή. Επίσης μπορεί να εμφανίζεται σαν πνευμονικό απόστημα ή με την μορφή στρογγυλών πυκνώσεων σε περίπτωση σηπτικών εμβόλων.

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και η εξέταση των κοπράνων είναι στείρα

Στο περιφερικό αίμα έχουμε μέτρια λευκοκυττάρωση, υπονατριαιμία, υποφωσφαταιμία και διαταραχές των ηπατικών λειτουργιών.

Τα ούρα παρουσιάζουν μικροσκοπική αιματοουρία.

Διάγνωση

Υπάρχουν διάφορες εργαστηριακές δοκιμασίες για την διάγνωση της νόσου: η άμμεση μέθοδος ανοσοφθορίζοντων αντισωμάτων (αύξηση τίτλου αντισωμάτων 1: 128), η απομόνωση του βακτηρίου από διάφορα υλικά (όπως πτύελα, βρογχικές εκκρίσεις, αίμα πλευριτικό υγρό, πνευμονικός ιστός κ.λ.π.). Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι η λεγιονέλλα δεν ανήκει στην φυσιολογική χλωρίδα του στοματοφάρυγγα και η απομόνωσή της από τα πτύελα τις βρογχικές εκκρίσεις θεωρείται διαγνωστική. Επίσης κατά την καλλιέργειά της απαιτούνται ειδικά θρεπτικά υλικά γιατί αναστέλλεται η ανάπτυξή της από την φυσιολογική χλωρίδα, για τον λόγο αυτό θεωρείται προτιμότερη η λήψη υλικού μέσω του ινοβρογχοσκοπίου. Εύκολα η διάγνωση μπορεί να τεθεί με την ανίχνευση αντιγονικών ουσιών του μικροοργανισμού στα ούρα.

Πρόγνωση & θεραπεία

Η νόσος των λεγιοναριών αποτελεί το 1-8% των πνευμονιών της κοινότητας. Σε περίπτωση έγκαιρης διάγνωσης η πρόγνωση είναι άριστη.

Η καθυστέρηση στην διάγνωση, η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, επιβαρυντικών παραγόντων (κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ) ή η περίπτωση της άμυνας του οργανισμού (π.χ. χρόνια λήψη κορτιζόνης, κ.λ.π.), καθιστούν δύσκολη την αντιμετώπιση της νόσου, είναι δυνατόν να επιμηκύνουν την νοσηλεία αλλά και τις επιπλοκές της νόσου και να αυξήσουν την θνησιμότητα η οποία μπορεί να φθάσει περίπου το 15%.

Φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπισή της είναι αντιβιοτικά όπως οι μακρολίδες και οι κινολόνες. Η διάρκεια θεραπείας είναι περίπου 3 εβδομάδες.

«Για να λεγόμαστε, αλλά και να είμαστε γιατροί»

ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Επιμ. Α Χειρουργός

ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

Δ/ντής Χειρουργός

Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου

Ο μέγας Αριστοτέλης πίστευε στην ταυτότητα του «λέγεσθαι» και του «είναι», πίστευε δηλ. ότι ένα όν είναι αυτό που η λέξη του δηλώνει ότι είναι. Πρόσθετε δε διευκρινιστικά ότι το «είναι» ενός όντος κρίνεται με βάση τις λειτουργίες που επιτελεί. Έχουμε όμως αναρωτηθεί εμείς οι γιατροί, ποιες λειτουργίες σήμερα επιτελούμε; Αυτές που υποδεικνύει η επιστήμη και η συνείδησή μας για να λεγόμαστε αλλά και να είμαστε γιατροί, ή έχουμε παρασυρθεί από τα κόμματα και τις εκάστοτε κυβερνήσεις να επιτελούμε τις δικές τους λειτουργίες και συμφέροντα, με αποτέλεσμα να λεγομαστε μεν γιατροί, αλλά στη συνείδηση του κόσμου να είμαστε έτσι όπως μας παρουσιάζει το πολιτικό σύστημα και συνακόλουθα τα Μ.Μ.Ε. που ελέγχονται από αυτό;

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, πρέπει επιτέλους να θωρακίσουμε την ιδιότητά μας – εγχείρημα σίγουρα δύσκολο, αφού επιτρέψαμε, χωρίς ίσως να αντιληφθούμε τις συνέπειες, να θέσουμε εαυτούς κάτω από πολιτικοκομματικές σκέπες - , να εξυψώσουμε ξανά στη συνείδηση του κόσμου το λειτούργημα – επάγγελμά μας, αναδεικνύονταν τον ψηλό χρονικά και ποιοτικά χαρακτήρα των σπουδών μας, καθιστώντας εμφανή και σαφή την ευθύνη και το καθημερινό καρδιοχτύπι που βιώνουμε, καθώς έχουμε να κάνουμε με το πολυτιμότερο αγαθό, την ανθρώπινη ζωή.

Ποιος σήμερα αναγνωρίζει τα παραπάνω; Γιατί η αμοιβή μας ηθικά να είναι οι ύβρεις, άλλοτε φανερές, άλλοτε συγκεκαλυμμένες, και ο πόλεμος, ενώ οι οικονομικές μας απολαβές να είναι τέτοιες που να μην μπορούμε να εξασφαλίσουμε ύστερα

από τον προαναφερθέντα μόχθο μας το «ευ ζήν»;

Ποιο είναι το μέλλον των νέων γιατρών που στη συνείδηση του κόσμου αντιμετωπίζονται απαξιωτικά ως «γιατρουδάκια»; Πως το πολιτικό σύστημα σεβάστηκε τη λαχτάρα τους γι' αυτή την επιστήμη, αφού το μόνο που τους προσφέρει είναι η αβεβαιότητα και η απογοήτευση; Από την άλλη, πως μπορεί να διαγράφεται το μακρό και επαγγελματικά επίπονο παρελθόν των εχόντων κάποια ηλικία γιατρών, αφού η σύνταξη που τους περιμένει είναι σίγουρα αντιστρόφως ανάλογη της πορείας και της προσφοράς τους; Μάλλον έχει χαθεί ο λογαριασμός.

Ε! λοιπόν «ανάγκη τα πάντα σήναι»: τα πάντα είναι ανάγκη κάπου να σταματούν· ήρθε η ώρα να παλέψουμε. Κι αυτό, τώρα, σήμερα, δεν πρέπει να γίνει καθ' υπόδειξη και υπό την σκέπη για μια ακόμα φορά των κομμάτων που, εκ του αποτελέσματος, όχι σύμμαχοί μας δεν έγιναν, αλλά μάλλον δικά τους συμφέροντα, βάλλοντάς μας, εξυπηρετούσαν. Πως μπορούμε να ξεχνάμε τη συμπεριφορά των κομμάτων, κυβερνήσεων, δημοσιογράφων που, φερόμενοι ως σύμμαχοι του απλού λαού, επινόησαν, ως καλύτερη μέθοδο για την εξυπηρέτηση των συμφερόντων τους, να σταθούν απέναντι στο δικό μας επαγγελματικό κλάδο, διαχειριζόμενοι με πονηρία την ευαισθησία των ανθρώπων για την υγεία τους; Ας κάνουμε λοιπόν κοινό μέτωπο – δε μας χωρίζει άλλωστε τίποτα – ώστε να καταστήσουμε σαφές σε ΟΛΟΥΣ ότι η υγεία βασίζεται στους γιατρούς και ότι μόνο λαμβανομένων υπόψη των εμπειριών μας από τα προβλήματα στο χώρο της υγείας και των προτάσεών μας θα βγει

κάτι θετικό, και όχι από τις προειλημμένες αποφάσεις – νόμους που παρουσιάζονται μάλιστα ως... αποτέλεσμα διαλόγου!!!

Κυρίες και κύριοι συνάδελφοι, εν όψει των εκλογών του ιατρικού συλλόγου καταθέτουμε τον παραπάνω προβληματισμό μας, αλλά και σας καλούμε για τη δημιουργία ενός υπερκομματικού μαχητικού ψηφοδέλτιου, αποτελούμενο από γιατρούς από όλους τους πολιτικούς κλάδους, αποφασισμένους για ρήξεις, διεκδίκηση των συμφερόντων μας, αποκατάσταση της εικόνας μας και – κυρίως – επανάκτηση του «είναι» μας. υπάρχουν άνθρωποι άξιοι να διαχειριστούν καταστάσεις δύσκολες όπως η σημερινή, αλλά που ανασταλτικός παράγοντας για την υποψηφιότητά τους σε ψηφοδέλτια, άρα και τη δράση τους, είναι οι πολιτικές σημαίες και ταυτότητες.

Ας δοκιμάσουμε αυτό το νέο, υπερκομματικό μοντέλο που θα προέρχεται από την ένωση όλων μας και που μόνο δύναμη μπορεί να μας προσφέρει αφού... «η ισχύς έν τή ενώσει».



ΔΩΡΕΑΝ ΚΑΤΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ Δ.ΕΛΛΑΔΑ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΑΘΑΝΟΣ

**ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ
ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ**

- ✓ Ακουστικά όλων των τύπων
- ✓ Μπαταρίες, Αναλώσιμα
- ✓ Δεκτά όλα τα ταμεία
- ✓ Ειδικές τιμές σε ΟΓΑ



**ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΣΕ
ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ**

www.akoe.gr
E-mail: info@akoe.gr

τηλ.: 26820 22280
κιν.: 6981260039

Φιλώτα 4 & Σελευκείας, Πρέβεζα

Μέλος του Συλλόγου Ακοοπροθετιστών Ελλάδος

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 στιγμές). 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 ΣΥΜΛΟΓΟΣ 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, Τσοτύσος Κων/νος

Εκπρόσωποι στον ΠΙΣ

Κολοκυθάς Βασίλειος, Μπαμπάτικος Βασίλειος,

Μπίσσας Κων/νος, Σαφαρίκας Αθανάσιος

Επιστημονική Επιτροπή Περιοδικού

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

Αγραφιώτης Γεώργιος

Γκιάφης Αναστάσιος

Διονυσόπουλος Λεωνίδας

Κατσουράκης Γεώργιος

Κολοκυθάς Βασίλειος

Μάτσας Νικόλαος

Μπόνας Απόστολος

Παπαθανάσης Παντελής

Σκιαδάς Δημήτριος

Χρόνης Ιωάννης

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΜΛΟΓΟΣ 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.
- Η στήλη ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ενημερώνεται με ευθύνη των συναδέλφων που οφείλουν να τα γνωστοποιούν στη γραμματεία του Ι.Σ.Α.
- Αποστέilate τα άρθρα ή τις παρατηρήσεις σας στα e-mail: • geoagrafiotis@hotmail.com • geoagrafiotis@isagrinio.gr

περιεχόμενα

3

Η Στήλη του Προεδρείου

4

Καρκίνος του Προστάτη

7

Εγκυμοσύνη και άσθμα

10

Ευχές

12

Νόσος των Λεγωναρίων ή «Νόσος των Κλιματιστικών»

14

Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα

16

Για να λεγόμαστε αλλά και να είμαστε γιατροί.

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 συνταγογράφησή 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



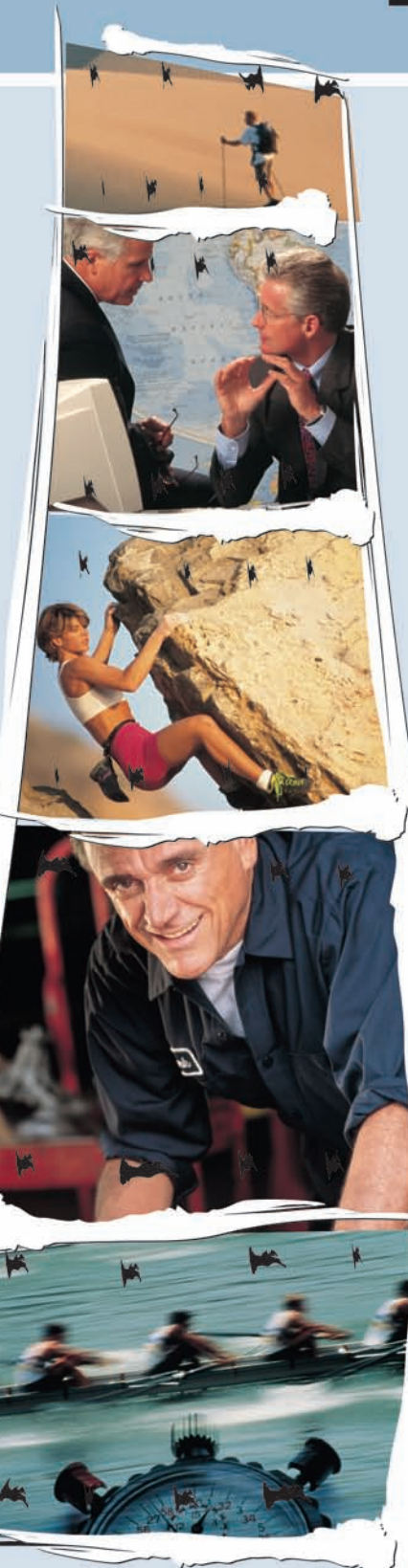
χορήγηση μέσω
νινογαστρικού σωλήνα



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