



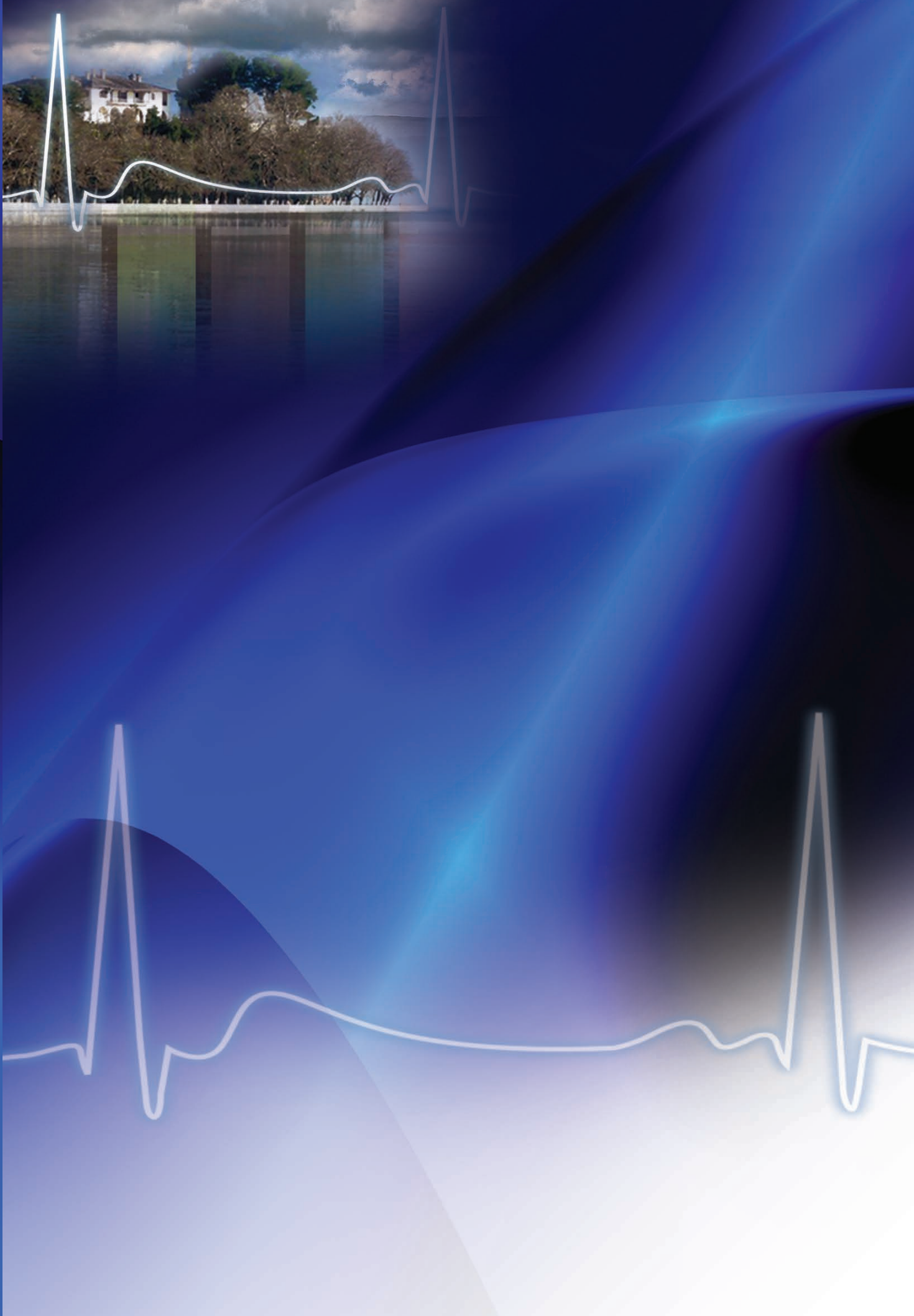
Ελληνικό Ινστιτούτο Διαβήτη,
Παραγόντων Κινδύνου & Καρδιάς
(Ε.ΔΙ.ΠΑ.Κ.Κ.)

Επιστημονικό Πρόγραμμα και Πεπραγμένα Επιστημονικής Εκδήλωσης

Ταχύρυθμη εκπαίδευση ιατρών
των Κέντρων Υγείας
για επείγοντα περιστατικά

14 - 15 Φεβρουαρίου 2014
Ξενοδοχείο EPIRUS PALACE

Ιωάννινα



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ _____	4
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ _____	5
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ _____	5
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ _____	7
ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ _____	10
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ _____	63

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Διαβήτη, Παραγόντων Κινδύνου & Καρδιάς (Ε.ΔΙ.ΠΑ.Κ.Κ.), με το βλέμμα πάντα στραμμένο στις ανάγκες του Έλληνα ιατρού, διοργανώνει την επιστημονική εκδήλωση «Ταχύρυθμη εκπαίδευση ιατρών των Κέντρων Υγείας για επείγοντα περιστατικά» στις 14 - 15 Φεβρουαρίου 2014 στα Ιωάννινα, στο ξενοδοχείο Epirus Palace.

Η εκδήλωση αποτελεί μια συντονισμένη προσπάθεια ανάδειξης του ιδιαίτερα κρίσιμου ρόλου των Κέντρων Υγείας, τόσο στα αστικά κέντρα, όσο και στην περιφέρεια. Ανώτερος στόχος της είναι η εμπέδωση της αναγκαιότητας για ταχύρυθμη, συνεχή επιμόρφωση των επιστημόνων που υπηρετούν σε αυτά, μέσα στον «κυκλώνα» της δυσμενούς οικονομικο-πολιτικής συγκυρίας που σοβεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας.

Είναι γεγονός ότι η παρατηρούμενη ανατροπή πολλών δεδομένων στις εργασιακές σχέσεις κάθε τομέα πλήττει και το χώρο της υγείας, οι λειτουργοί της οποίας καλούνται να δώσουν σήμερα γενναία «μάχη» εν μέσω διαθεσιμότητας, υποχρηματοδότησης και συνεχούς συρρίκνωσης των δομών. Το πρόβλημα είναι το ίδιο οξύ και στα Κέντρα Υγείας, όπου, πέραν της υποστελέχωσης και της έλλειψης υλικών, ανιχνεύεται ιδιαίτερη απαίτηση εκ μέρους του ιατρικού προσωπικού για συνεχή επιστημονική επιμόρφωση, με στόχο τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχει.

Το Ε.ΔΙ.ΠΑ.Κ.Κ., με πίστη στην υψηλή αποστολή του, «αφουγκράζεται» αυτή την «κραυγή» αγωνίας των ιατρών των Κέντρων Υγείας και προχωρά στη διοργάνωση της συγκεκριμένης εκδήλωσης, στην οποία δίνεται έμφαση στη διαχείριση επειγόντων περιστατικών. Το Πρόγραμμα χωρίζεται σε δύο τομείς, τον Παθολογικό και το Χειρουργικό. Σε κάθε έναν οι εξειδικευμένοι διακεκριμένοι επιστήμονες που συμμετέχουν θα παρουσιάσουν όλες τις νεότερες εξελίξεις σε όλα τα θέματα ενδιαφέροντος, τόσο της Εσωτερικής Παθολογίας, όσο και της Χειρουργικής.

Νοιώθω την υποχρέωση να ευχαριστήσω όλους τους έγκριτους συμμετέχοντες που ενισχύουν με την παρουσία και την επιστημονική τους επάρκεια την εκδήλωση και έχω την πεποίθηση ότι μέσα από το Πρόγραμμα της «Ταχύρυθμης εκπαίδευσης ιατρών των Κέντρων Υγείας για επείγοντα περιστατικά» όλοι θα είμαστε καλύτεροι στο καθήκον μας.

Με φιλικούς χαιρετισμούς,



Στέφανος Φούσας
Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.ΔΙ.ΠΑ.Κ.Κ.
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπέλλης Γεώργιος
Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Αττικής
Τατσιώνη Αθηνά
Λέκτορας Γενικής Ιατρικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Μαριόλης Ανάργυρος
Διευθυντής Κέντρου Υγείας Αρεόπολης Λακωνίας,
Πρόεδρος Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής

Λέντζας Ιωάννης
Διευθυντής Κέντρου Υγείας Σιμόπουλου Ηλείας,
Αντιπρόεδρος Β' Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής

Καμαράτος Αλέξανδρος
Διευθυντής Παθολογίας, Συντονιστής Εκπαίδευσης
Ειδικευομένων Τζανείου Νοσοκομείου Πειραιά

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής και οι:

Αγγελάκη Χριστίνα	Ζώτας Ευριπίδης
Αγγέλης Επαμεινώνδας	Ιωάννου Βασιλική
Ανδριανού Βαρβάρα	Καθαθάς Χρήστος
Βασιλείου Σπυρίδων	Καλλιώρα Χαρά
Βέρας Χρήστος	Καραγιάννη Βασιλική
Βλαχάκη Αγγελική	Καραγιάννης Χρήστος
Γαρουσιάτης Αλέξανδρος	Καραστεργίου Ευτυχία
Γίτσα Ολυμπία-Γιαννούλα	Κατρίνης Δημήτριος
Γιώτης Κωνσταντίνος	Κατσικούδη Σταματία
Γκαϊταρτζάκης Ιωάννης	Κάτσιος Ευάγγελος
Γκαναράς Λάμπρος	Κόρτζης Μιχαήλ
Γκίνη Μαρία	Κοσμά Ευανθία
Γραμμένου Ευτυχία	Κοτζαπαναγιώτου Κωνσταντίνος
Δήμας Διονύσιος	Κοτσάκη Σταυρούλα
Δημητριάδου Ελίνα	Κούρτη Τζένη
Διακόσιας Χρήστος	Κυριακόπουλος Κυριάκος
Δράκος Δημήτριος	Κωστούλα Αικατερίνη
Ζαφείρης Οδυσσεάς	Λεβαντής Μιχαήλ
Ζερβογιαννάκου Χρυσάνθη	Λιναρδούτσου Έλλη
Ζήση Αλεξάνδρα	Λόλλα Φωτεινή
Ζιώγας Μηνάς	Λύγκας Γεώργιος
Ζούμπας Μιχάλης	Μανώλη Ελένη
	Μαρκεσίνης Γεώργιος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαρτιάδου Ελένη	Ρούσο Μιχαέλα
Ματζαβίνης Γεώργιος	Σιάντος Νικόλαος
Ματσούκας Σωτήρης	Σίντος Νικόλαος
Μέμμος Σπυρίδων	Σιόντης Αθανάσιος
Μερκούρης Παναγιώτης	Σιόντης Δημήτριος
Μητσάκου Παρασκευή	Στρατιώτης Γεώργιος
Μπαλιάσκας Κωνσταντίνος	Τατάρογλου Χαρικήλεια
Μπατσής Κωνσταντίνος	Τάτσι Μαγδαληνή
Μπίτσας Δημήτριος	Τέισσεν Νίσιγιε Αννέτιε
Μπότσος Κωνσταντίνος	Τεφτίκ Χαράλαμπος
Νάστας Παύλος	Τζίμας Πέτρος
Νικολαΐδη Αλεξάνδρα	Τζομάκας Μιχαήλ
Νίκου Σωτήρης	Τοβίλης Μιχαήλ
Ντάφης Τηλέμαχος	Τριγώνης Σωτήρης
Οικονομοτεχνικής Δημήτριος	Τσαβδαρόγλου Αβραάμ
Πανουσόγλου Πάρη	Τσάκα Σαμπίνε
Παπαγεωργίου Γεώργιος	Τσιαπάλη Καλλιόπη
Παπαδόπουλος Παναγιώτης	Τσιλιμιδός Γεράσιμος
Παπαϊωάννου Χριστόδουλος	Τσίρκα Ελένη
Παπαλεξοπούλου Κωνσταντίνα	Τσοτουλίδης Στέφανος
Παπαρηγόπουλος Ρήγας	Φάκα Ιωάννα
Παππά Αγάπη	Φουρίση Άννα
Παππός Ηλίας	Χαντζάρα Κωνσταντίνα
Παππός Νικόλαος	Χατζησαρόγλου Μαριάνθη
Παρτσάλης Αησιόλαος	Χρήστου Βασίλειος
Περιστέρη Ελένη	Χριστοφιλίδης Γεώργιος
Ρέγγιου Ευτυχία	

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 14 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2014

13.00-14.00

Προσέλευση - Εγγραφές

14.00-14.15

Χαιρετισμοί

14.15-14.30

Εισαγωγική Ομιλία: Ο Γενικός Ιατρός και η Επείγουσα Ιατρική: Στενή σχέση επιστημονικής και κλινικής διαπλοκής και όχι παράλληλη
Γ. Μπέλλος

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

14.30-15.45

Επείγοντα Θέματα Παθολογίας

Εισήγηση:

Ε. Τσιάνος

Συμμετέχουν:

Μ. Κοσμίδου, Κ. Κατσάνος, Δ. Χριστοδούλου

1. Οξεία χολοκυστίτιδα
2. Αιμορραγίες πεπτικού
3. Διαβητική κετοξέωση

15.45-17.00

Επείγοντα Θέματα Νευρολογίας

Εισήγηση:

Σ. Κονιτσιώτης

Συμμετέχουν:

Σ. Μαρκούλα, Σ. Γιαννόπουλος, Σ. Ζουρούδη

1. Επιληπτική κρίση - Επιληψία
2. Μηνιγγίτιδες
3. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

17.00-17.30

Διάλειμμα

17.30-18.45

Επείγοντα Θέματα Νεφρολογίας

Εισήγηση:

Κ. Σιαμόπουλος

Συμμετέχουν:

Ρ. Καλαϊτζίδης, Ο. Μπαλάφα

1. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
2. Υπερτασική κρίση

18.45-20.00

Επείγοντα Θέματα Δερματολογίας

Εισήγηση:

Γ. Αλέξης

Συμμετέχουν:

Χ. Μούλιας, Α. Γραβάνη, Θ. Γκουτσούλας

1. Οξεία κνίδωση
2. Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές και σακχαρώδης διαβήτης
3. Λοιμώξεις δέρματος και άτομα με κτηνοτροφικές ασχολίες

20.00-20.30

Speakers' Corner

ΣΑΒΒΑΤΟ 15 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2014

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

09.00-10.15

Επείγοντα Θέματα Καρδιολογίας

Εισήγηση:

Σ. Φούσας

Συμμετέχουν:

Χ. Χασάπη, Δ. Νίκας, Γ. Βόβας

1. Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο
2. Οξύ πνευμονικό οίδημα
3. Πνευμονική εμβολή

10.15-11.30

Επείγοντα Θέματα Παιδιατρικής

Εισήγηση:

Ν. Χαηλιάσος

Συμμετέχουν:

Π. Καραγκούνη, Ι. Νάκου, Α. Μάκης

1. Επείγοντα παιδιατρικά προβλήματα
2. Θεραπευτική αντιμετώπιση σπασμών
3. Αντιμετώπιση ασθματικού παροξυσμού

11.30-12.00

Διάλειμμα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

12.00-13.15

Επείγοντα Θέματα Γενικής Χειρουργικής

Πρόεδροι:

Κ. Βλάχος, Θ. Μεσσίνης

Συμμετέχουν:

Αθ. Κιτσάκος, Ι. Μπέης, Β. Νούσιος

1. Οξεία χειρουργική κοιλία
2. Αντιμετώπιση πολυτραυματία - ΚΑΡΠΑ
3. Πνευμοθώρακας

13.15-14.30

Επείγοντα Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας

Εισήγηση:

Σ. Καλανταρίδου

Συμμετέχουν:

Θ. Βρεκούσης, Ι. Κουτουλάκης, Ν. Τσάγκας

1. Επιπλοκές αρχόμενης και τελειόμηνης κύησης
2. Πρώιμη διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου
3. Αντισυλληπτικές μέθοδοι

14.30-15.45

Μεσημβρινή Διακοπή

15.45-17.00

Επείγοντα Θέματα Ορθοπαιδικής

Εισήγηση:

A. Γεωργούλης

Συμμετέχουν:

Δ. Γιαννούλης, Π. Ζιάρια, Χ. Καλίτσης

1. Βασικές αρχές αντιμετώπισης καταγμάτων
2. Περιαρθρίτιδα ώμου
3. Οξεία οσφραλγία

17.00-18.15

Επείγοντα Θέματα ΩΡΛ

Εισήγηση:

I. Καστανιουδάκης

Συμμετέχουν:

N. Ζιάβρα, Κ. Μπάρκα

1. Ίλιγγος - Διαταραχές ισορροπίας
2. Επίσταξη - Ρινορραγία

18.15-19.30

Επείγοντα Θέματα Οφθαλμολογίας

Εισήγηση:

M. Στεφανιώτου

Συμμετέχουν:

X. Καλογερόπουλος, A. Κατσάνος

1. Εγκαύματα της επιφάνειας του οφθαλμού
2. Απόφραξη κεντρικής αρτηρίας αμφιβληστροειδούς
3. Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς
4. Οξύ γλαύκωμα

19.30-20.00

Διάλειμμα

20.00-21.30

Στρογγυλό Τραπέζι:

«Οικονομική κρίση και Υγεία στη χώρα μας»

Πρόεδρος:

Σ. Φούσας

Οικονομικά της Ελλάδος και της Υγείας

I. Υφαντόπουλος

Κ.Ε.Π. Υγείας στους Δήμους

Γ. Πατούλης



Πεπραγμένα Επιστημονικής Εκδήλωσης

Παθολογία

1. Οξεία χολοκυστίτιδα και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η αρχική προσέγγιση, η διάγνωση και η αντιμετώπιση του ασθενή.

Δημήτρης Χριστοδούλου

Η οξεία χολοκυστίτιδα αναφέρεται στη συνδρομή που περιλαμβάνει άλγος δεξιού υποχονδρίου, πυρετό και λευκοκυττάρωση και σχετίζεται με φλεγμονή της χοληδόχου κύστης. Η οξεία χολοκυστίτιδα οφείλεται συνήθως σε χοληλιθίαση, δηλαδή την παρουσία λίθων εντός της χοληδόχου κύστης.

Η οξεία μη λιθιασική χολοκυστίτιδα είναι κλινικά ταυτόσημη με τη λιθιασική οξεία χολοκυστίτιδα, αλλά δεν συσχετίζεται με χοληλιθίους και παρατηρείται σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Ευθύνεται για το 10% των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας και έχει υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα.

Η χρόνια χολοκυστίτιδα χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή της χοληδόχου κύστης και σχεδόν πάντα παρουσία χοληλιθίων. Οφείλεται στις επανειλημμένες προσβολές οξείας χολοκυστίτιδας που οδηγούν σε ίνωση, ρίκνωση και πάχυνση της χοληδόχου κύστης. Η παρουσία της δεν συμβαδίζει πάντοτε με τα συμπτώματα του ασθενή

Η οξεία χολοκυστίτιδα οφείλεται σε απόφραξη του κυστικού πόρου που οδηγεί στην παραγωγή λιυσολεκιθίνης από τη λεκιθίνη μέσω της φωσφολιπάσης Α λόγω του μηχανικού ερεθισμού. Στη συνέχεια εκλύονται φλεγμονώδεις διαμεσολιθινοειδείς, ενώ επισυμβαίνει και επιμόλυνση της χολής, κυρίως από Gram αρνητικά και αναερόβια μικρόβια λόγω της στάσης. Τα κύρια μικρόβια που απομονώνονται είναι η *Escherichia coli*, η *Klebsiella* και το *Enterobacter*.

Η κλινική εικόνα της οξείας χολοκυστίτιδας περιλαμβάνει τυπικά κοιλιακό άλγος, κυρίως στο επιγάστριο και/ή στο δεξιό υποχόνδριο. Ο πόνος μπορεί να αντανάκλα στο δεξιό ώμο (σημείο Kehr) ή την οσφύ (σημείο Boas). Χαρακτηριστικά, στην οξεία χολοκυστίτιδα, ο πόνος είναι σοβαρός και συνεχής. Συνοδά συμπτώματα μπορεί να είναι η ναυτία, έμετοι και ανορεξία. Συχνά υπάρχει ιστορικό λήψης λιπαρού γεύματος μερικές ώρες πριν την έναρξη του άλγους. Η παράταση του πόνου για περισσότερο από 4-6 ώρες μαζί με την εμφάνιση πυρετού θέτει την υπόνοια οξείας χολοκυστίτιδας και όχι ενός απλού κωλικού χοληφόρων με παροδική απόφραξη του κυστικού πόρου.

Η φυσική εξέταση θα αναδείξει πυρετό, ταχυκαρδία και ακινησία του ασθενή λόγω του τοπικού περιτοναϊκού ερεθισμού. Υπάρχει τοπική ευαισθησία του δεξιού υποχονδρίου με εκούσια και ακούσια τοπική σύσπαση. Το σημείο Murphy αναφέρεται στη διακοπή της βαθιάς εισπνοής κατά την ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου λόγω έντονου άλγους.

Οι επιπλοκές της οξείας χολοκυστίτιδας παρατηρούνται κυρίως αν καθυστερήσει η θεραπεία. Περιλαμβάνουν (1) τη γάγγραινα (νέκρωση) που μπορεί να οδηγήσει σε σήψη, (2) την διάτρηση της χοληδόχου κύστης που μπορεί να οδηγήσει σε περιχολοκυστικό απόστημα ή γενικευμένη περιτονίτιδα, (3) το χολοκυστοεντερικό συρίγγιο, (4) τον ειλεό από χοληλιθίους που περνούν προς το έντερο και (5) την εμφυσηματώδη χολοκυστίτιδα (δευτερογενής μόλυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης από αεριογόνους μικροοργανισμούς όπως *Clostridium welchii*, η *Pseudomonas*, η *Escherichia coli*, η *Klebsiella*, σταφυλόκοκκοι και στρεπτόκοκκοι (υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα με αυξημένες επιπλοκές αυτής της μορφής).

Η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας βασίζεται στο ιστορικό, τη φυσική εξέταση που αναφέρθηκε, τα εργαστηριακά και τα απεικονιστικά ευρήματα. Συχνά διαπιστώνεται λευκοκυττάρωση και αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (κυρίως CRP). Οι τρανσαμινάσες είναι συχνά αυξημένες, καθώς και η αμυλάση (ελαφρώς), ενώ μπορεί να υπάρχει και υπερχολερυθριναιμία και ίκτερος. Υψηλές τιμές χοληρυθρίνης και ίκτερος θα πρέπει να θέσουν την υπόνοια και λίθου εντός του χοληδόχου πόρου (χοληδοχολιθίαση) ή πίεσης αυτού από μεγάλη διάταση της χοληδόχου κύστης (σύνδρομο Mirizzi).

Η απεικονιστική εξέταση πρώτης εκλογής είναι το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας που αναδεικνύει εκτός από τη χοληλιθίαση, πάχυνση του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης πάνω από 4-5 mm και οίδημα (σημείο διπλού τοιχώματος), καθώς και τοπική ευαισθησία κατά την πίεση του ηχοβολέα. Το σπινθηρογράφημα χοληδόχου κύστης (HIDA scan) ενδείκνυται αν το υπερηχογράφημα δεν είναι διαγνωστικό. Άλλες σημαντικές εξετάσεις είναι η μαγνητική χολαγγειογραφία (ευαισθησία 69%) και η αξονική τομογραφία (κυρίως για ανάδειξη των επιπλοκών, όπως περιχολοκυστικό οίδημα). Η από του στόματος χολοκυστογραφία δεν έχει καμία αξία για τη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας.

Η διαφορική διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας περιλαμβάνει μια σειρά από παθήσεις όπως:

- Κωλικός χοληφόρων (μικρή διάρκεια, έξαρση – ύφεση πόνου, χωρίς πυρετό και κακουχία)
- Οξεία παγκρεατίτιδα
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Οξεία ηπατίτιδα
- Πεπτικό έλκος
- Νοσήματα δεξιού νεφρού
- Πνευμονία δεξιάς βάσης
- Υφηπατικό απόστημα
- Διάτρηση σπλήχνου
- Καρδιακή ισχαιμία
- Δείγμα μαύρης χήρας αράχνης

Η θεραπεία της οξείας χολοκυστίτιδας περιλαμβάνει παραπομπή του ασθενή για νοσηλεία στο Νοσοκομείο. Οι ασθενείς χρειάζονται ενυδάτωση με ενδοφλέβια υγρά, διόρθωση τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών, και παυσίπονα (παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή οπιοειδή). Πρέπει να παραμένουν νηστικοί και αν κάνουν εμέτους να τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας. Χρειάζεται εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία με ευρέος φάσματος αντιβιοτικά που να καλύπτουν Gram αρνητικά και αναερόβια μικρόβια. Η επιλογή της θεραπείας και ο χρόνος της οριστικής θεραπείας εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τον χειρουργικό κίνδυνο του ασθενή.

Τονίζεται ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα όπως η κετορολόλη, η ιβουπροφένη και δικλοφαινάκη έχουν σημαντικό ρόλο και μπορούν να προλάβουν την εξέλιξη του κωλικού χοληφόρων σε οξεία χολοκυστίτιδα σε ορισμένους ασθενείς. Αν η αναλγητική τους δράση δεν επαρκεί στην οξεία χολοκυστίτιδα, τότε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και οπιοειδή αναλγητικά.

Για ασθενείς με χαμηλό χειρουργικό κίνδυνο, συστήνεται χολοκυστεκτομή κατά την αρχική τους νοσηλεία. Η έγκαιρη χειρουργική θεραπεία προλαβαίνει τις υποτροπές και μειώνει τη συνολική θνητότητα.

Για ασθενείς με υψηλό χειρουργικό κίνδυνο ή που καθυστερούν να διαγνωστούν και που έχουν σοβαρά συμπτώματα χωρίς βελτίωση παρά τη φαρμακευτική θεραπεία για 1-2 ημέρες συστήνεται η παροχέτευση της χοληδόχου κύστης. Μετά την υποχώρηση της οξείας χολοκυστίτιδας, συστήνεται χειρουργική αντιμετώπιση σε δεύτερο χρόνο για τους ασθενείς που μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Οι επιπλοκές του χειρουργείου είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν αιμορραγία, διάρροη χολής και κακώσεις των χοληφόρων.

Οι ασθενείς με λιθίαση χοληδόχου πόρου (χοληδοχολιθίαση) πριν ή μετά τη χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να υποβάλλονται σε ERCP (ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγαιοπαγκρεατογραφία) με σφιγκτηροτομή και καθαρισμό του χοληδόχου πόρου.

Βιβλιογραφία

1. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does the patient have acute cholecystitis? JAMA 2003; 289:80.
2. Kalimi, R, Gecelter GR, Caplin D et al. Dagnosis of acute cholecystitis: sensitivity of sonography, cholescintigraphy and combined sonography – cholescintigraphy. J Am Coll Surg 2001; 193: 609.
3. Reiss R, Nudelman I, Gutman C, Deutsch AA. Changing trends in surgery for acute cholecystitis. World J Surg 1990; 14: 567.
4. Zakko SF, Afdhal NH. Pathogenesis, clinical features and diagnosis of acute cholecystitis. Uptodate 2013.
5. Zakko SF, Afdhal NH, Vollmer CM. Treatment of acute cholecystitis. Uptodate 2013.

2. Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η αρχική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση πριν το Νοσοκομείο

Κωνσταντίνος Χ. Κατσάνος

Ως αιμορραγία πεπτικού ορίζεται η ταχεία απώλεια αίματος από τον πεπτικό σωλήνα και αποτελεί συχνό πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πράξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η οξεία αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σύστημα αποτελεί ένα συχνό και σοβαρό κλινικό πρόβλημα. Στους περισσότερους ασθενείς το κύριο σύμπτωμα είναι μέλαινα και/ή αιματέμεση. Η συχνότητα εισαγωγής ασθενών στο νοσοκομείο με οξεία αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό στην Ευρώπη είναι 50 - 150 εισαγωγές ανά 100.000 κατοίκους τον χρόνο, ενώ στην Αμερική 300.000 ανά έτος. Οι αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό αποτελούν το 80% - 90% των περιπτώσεων του γαστρεντερικού. Συνήθως το 70% - 80% των αιμορραγιών αυτοπεριορίζεται τα δύο πρώτα 24ωρα, ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερά στο 10%.

Η αντιμετώπιση ενός ασθενούς με αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό περιλαμβάνει: την αρχική εκτίμηση του ασθενούς, την ανάταξη, την αρχική θεραπευτική αντιμετώπισή της και τέλος τη διάγνωση της εστίας αιμορραγίας και την οριστική θεραπευτική αντιμετώπισή της. Πριν την παραπομπή του ασθενούς στο νοσοκομείο θα πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό, να γίνεται κλινική εξέταση, να μετρώνται τα ζωτικά σημεία και να ακολουθεί ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος όταν και όπου είναι άμεσα εφικτός (γενική αίματος, ουρία, διασταύρωση και χρόνοι πήξης). Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε εάν ο ασθενής πάσχει από χρόνια νόσημα, εάν λαμβάνει φάρμακα και ιδίως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά, εάν έχουν προηγηθεί θεραπευτικές παρεμβάσεις ή εάν σημειώνεται απώλεια βάρους και εάν συνυπάρχουν άηθοι επιβαρυντικοί προγνωστικοί παράγοντες. Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η ηλικία >60 ετών, το shock κατά την εισαγωγή καθώς και η παρουσία σοβαρών και χρόνιων νοσημάτων. Η αναλυτική εκτίμηση των χαρακτήρων της αιμορραγίας (χρώμα, σύσταση και ποσότητα αίματος) έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί αποκαλύπτει σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά στην εστία, στον ρυθμό απώλειας αίματος αλλήλ και εάν είναι πρόσφατη ή όχι. Η ανάταξη γίνεται με την εξασφάλιση περιφερικής γραμμής (δύο κατά προτίμηση) για άμεση αντιμετώπιση της υποογκαιμίας, με τη χορήγηση κολλοειδών διαλυμάτων. Η αρχική αντιμετώπιση ασθενών με οξεία αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό έχει σαν σκοπό την αιμοδυναμική τους σταθεροποίηση. Αυτόματη διακοπή της αιμορραγίας χωρίς ιατρική παρέμβαση θα συμβεί στο 80% των περιπτώσεων. Στο υπόλοιπο 20% η αιμορραγία θα συνεχιστεί και οι ασθενείς θα χρειαστεί να υποβληθούν σε αιμοστατική θεραπεία.

Μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση των ασθενών πρέπει να γίνεται πάντα γαστροσκόπηση. Η επείγουσα ενδοσκόπηση παρέχει πληροφορίες σχετικά με την πηγή της αιμορραγίας, διευκολύνει στην πρόβλεψη πιθανής επαναιμορραγίας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για εφαρμογή θεραπευτικής παρέμβασης (αιμόσταση).

Στις αντενδείξεις της επείγουσας γαστροσκόπησης περιλαμβάνονται οι ασθενείς με περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια και με υποψία διάτρησης κοίλου σπλάχνου. Η αντιμετώπιση της αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό μπορεί να είναι φαρμακευτική, ενδοσκοπική, με εμβολισμό και, τέλος, χειρουργική. Η φαρμακευτική θεραπεία επιτυγχάνεται με υψηλές δόσεις αναστολέων της αντλής πρωτονίων, οι οποίες μειώνουν το όξινο pH και συμβάλλουν στην ακεραιότητα του θρόμβου.

Από ενδοσκοπικές μελέτες προκύπτει ότι το συχνότερο αίτιο αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό είναι τα πεπτικά έλκη (> 50%), με τα δωδεκαδακτυλικά έλκη να παρουσιάζουν διπλάσια συχνότητα σε σχέση με τα γαστρικά έλκη. Άλλες αιτίες κατά σειρά συχνότητας αναφέρονται οι κίρσοι οισοφάγου, το σύνδρομο Mallory-Weiss, οι καλοήθειες και κακοήθειες νεοπλασίες του οισοφάγου και του στομάχου, και οι αγγειακές βλάβες (αγγειοδυσπλασίες ή αγγειεκτασίες του άντρου). Σε περίπου 10% των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται αίτιο αιμορραγίας ή πρόκειται για σπάνιο αίτιο, όπως είναι οι βλάβες Dieulafoy.

Βιβλιογραφία

1. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152:101 - 113.
2. Lamel MC, Quaid KR. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009; 7:33 - 47.
3. Wara P. Incidence, diagnosis and natural course of upper gastrointestinal hemorrhage. Prognostic value of clinical factors and endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1979, 22-26
4. Morgan AG, Mc Adem WAF, Walmsley GL. Clinical findings, early endoscopy and multivariate analysis in patients bleeding from the upper gastrointestinal tract. *Br Med J* 1977, ii:237
5. Καραμανώλης ΔΓ, Ξουργιάς Β, Ρεκούμης Γ και συν. Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού και επείγουσα ενδοσκόπηση. *Νοσοκ Χρονικά* 1988, 50:47-51
6. Rollhauser C, Fleischer DE. Upper gastrointestinal nonvariceal bleeding: A review covering the years 1996-97. *Endosc* 1998, 30:114-25
7. Silverstein FG, Gilbert DA, Tedesco FJ. The National ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1981, 27:80-85
8. Holman RAE, Davis M, Cough KR, et al. Value of a centralised approach in the management of haematemesis and melena: experience in a district general hospital. *Gut* 1990, 31:504-9
9. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994, 331(11):717-27
10. Sleisenger & Fordtran's. *Gastrointestinal bleeding and liver disease*. 6th Edition 1998, 198-219
11. Martin C, Freeman ML. Upper GI bleeding-I. Gastroenterology perspective. ASGE Postgraduate course, 1998

3. Διαβητική Κετοξέωση

Μαρία Κοσμίδου

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί την κύρια έκφραση των διαταραχών του μεταβολισμού που στις ημέρες μας λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας. Η αλλαγή στον τρόπο ζωής με την έλλειψη φυσικής άσκησης και η επακόλουθη παχυσαρκία οδήγησαν στη ραγδαία αύξηση της νόσου με αποτέλεσμα οι 250 εκατομμύρια διαβητικοί παγκοσμίως το 2008, να υπολογίζεται ότι θα ξεπεράσουν τα 380 εκατομμύρια το 2025. Στην Ελλάδα ο αριθμός των διαβητικών ασθενών υπολογίζεται περίπου στο ένα εκατομμύριο με τάση αύξησης ακολουθώντας τον παγκόσμιο επιπολασμό της νόσου

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η νόσος που προσβάλλει όλα τα όργανα και όλα τα συστήματα, με την αθηρωμάτωση να είναι η πιο σοβαρή και γενικευμένη. Το 90% των ασθενών με ΣΔ εμφανίζει στεφανιαία νόσο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια ή αγγειακό εγκεφαλικό νόσο, θεωρώντας το ΣΔ ισοδύναμο στεφανιαίας νόσου. Επίσης, πολύ συχνή είναι η προσβολή του νεφρού με τη διαβητική νεφροπάθεια να αποτελεί το συχνότερο αίτιο νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου στο δυτικό κόσμο.

Πέρα από τις χρόνιες επιπλοκές της νόσου (μακρο - μικροαγγειοπάθεια) που είναι αποτέλεσμα μη καλής ρύθμισης, η νόσος χαρακτηρίζεται και από οξείες επιπλοκές απειλητικές για τη ζωή του ασθενή, που χρειάζονται άμεση παρέμβαση και διακρίνονται σε:

1. Υπογλυκαιμία

2. Υπεργλυκαιμία:

- α. Διαβητική κετοξέωση
- β. Υπεροσμωτικό μη κετωτικό κώμα

Η διαβητική κετοξέωση αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή της νόσου με τη θνητότητα να υπολογίζεται μεταξύ 5-10% και ο κίνδυνος θανάτου να αυξάνει στις ηλικίες πάνω των 65 ετών. Εμφανίζεται συχνότερα στο διαβήτη τύπου 1 και περίπου 20% αυτού του τύπου διαβήτη εκδηλώνεται με διαβητική κετοξέωση.

Η πλήρης ή η μεγάλη έλλειψη ινσουλίνης σε συνδυασμός με την υπερέκκριση των ανταγωνιστικών στην ινσουλίνη ορμονών όπως γλουκαγόνη, κατεχολαμίνες, κορτιζόλη και αυξητική ορμόνη, οδηγεί στην απελευθέρωση ελεύθερων λιπαρών οξέων από το λιπώδη ιστό στην κυκλοφορία (λιπόλυση) και την οξείδωση αυτών στο ήπαρ με αποτέλεσμα την παραγωγή κετονοσωμάτων, οδηγώντας έτσι στην υπεργλυκαιμία, κετοναιμία και οξέωση, ωσμωτική διούρηση που οδηγεί σε σημαντική αφυδάτωση.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαβητική κετοξέωση είναι:

- 1. Υπεργλυκαιμία >250mg/dl**
- 2. Οξέωση με pH αίματος <7.30**
- 3. Διττανθρακικά ορού <15mEq/L**
- 4. Κετόνες ούρων >+3**

Η αντιμετώπιση στηρίζεται στην αναπλήρωση των αποθεσθέντων υγρών, την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών, τη χορήγηση ινσουλίνης και την αντιμετώπιση των εκλυτικών παραγόντων

Περιγράφεται η περίπτωση ενός νεαρού άνδρα με διαβητική κετοξέωση ως πρώτη εκδήλωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Αναλύονται τα κλινικά συμπτώματα και σημεία. Περιγράφονται τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν όσο αφορά τη διάγνωση και την άμεση έναρξη της αντιμετώπισής της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

4. Επιληπτική κρίση - Επιληψία

Σε κάθε πρωτοεμφανιζόμενη επιληπτική κρίση απαιτείται διαφορική διάγνωση από άλλες καταστάσεις όπως τα συγκοπτικά επεισόδια, οι ψυχογενείς κρίσεις και τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια.

Αιτίες πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων, όταν αυτές είναι συμπτωματικές, είναι μεταβολικές-ηλεκτρολυτικές διαταραχές, λοιμώξεις ΚΝΣ, εστιακές βλάβες του ΚΝΣ κ.α. Σε σχέση με την αντιμετώπιση της επιληπτικής κρίσης, αυτή απαιτεί άμεση αντιμετώπιση όταν είναι γενικευμένη και διαρκεί περισσότερο των 5 λεπτών, με συγκεκριμένο πρωτόκολλο χορήγησης διαζεπάμης, φαινυτοίνης και προποφόλης, προκειμένου να αποφευχθεί η επιληπτική κατάσταση (status epilepticus).

Επί επανάληψης επιληπτικών κρίσεων, που απέχουν διάστημα μεγαλύτερο των 24 ωρών και δεν οφείλονται σε μεταβολική-ηλεκτρολυτική διαταραχή ή λοίμωξη του ΚΝΣ, τίθεται η διάγνωση της επιληψίας, η οποία απαιτεί την έναρξη αντιεπιληπτικής αγωγής. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα μπορούν να αλληλεπιδράσουν με άλλες κατηγορίες φαρμάκων, όπως τα αντισυλληπτικά φάρμακα, τα αντιυπερτασικά και τα υπολιπιδαιμικά και να προκαλέσουν διαταραχές όπως είναι το μεταβολικό σύνδρομο, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και η μείωση της οστικής πυκνότητας.

5. Μηνιγγίτιδες

Σοφία Ζουρούδη

Μηνιγγίτιδα: φλεγμονή των μηνίγγων, κυρίως της χοριοειδούς και αραχνοειδούς και του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που κυκλοφορεί μεταξύ τους. οπότε πρόκειται πάντα για εγκεφαλομυελίτιδα.

Μπορεί να είναι ιογενής ή βακτηριακή. Τα κυριότερα αίτια για τις μικροβιακές είναι

Πνευμονιόκοκκος: εμφανίζεται σε παιδιά, νέους, ηλικιωμένους, σε άτομα με δρεπανοκυτταρική αναιμία, σπληνεκτομή, χρόνια νοσήματα.

Ναϊσέρια της μηνιγγιτιδόκοκκος): προκαλεί επιδημίες κάθε δέκα χρόνια περίπου, συχνότερα σε παιδιά και εφήβους αθλητά και σε όλες τις ηλικίες.

Αιμόφιλος: προσβάλλει κυρίως παιδιά από δύο μηνών μέχρι πέντε ετών, αλλά και άνω των πενήντα.

Σταφυλόκοκκος, Escherichia coli, στρεπτόκοκκοι, λιστερία, πρωτέας, κλημψιέλα εμφανίζονται πιο συχνά σε ανοσοκαταστολή, τραύματα, νευροχειρουργικές επεμβάσεις .

Τα μικρόβια εισέρχονται στο ΕΝΥ, προκαλούν φλεγμονώδη αντίδραση στη χοριοειδή μήνιγγα , με αποτέλεσμα υπεραϊμία, εξίδρωση πρωτεϊνών, συγκέντρωση ουδετεροφίλων, λεμφοκυττάρων και πλάσματτοκυττάρων. Μπορεί να θρομβωθούν φλέβες στη χοριοειδή και να δημιουργηθούν έμφρακτα. Ο υπααραχνοειδής χώρος μπορεί να αποφραχθεί και να αναπτυχθεί υδροκέφαλος. Μπορεί να προσβληθούν και εγκεφαλικές συζυγίες. Στα παιδιά παραβιάζεται η αραχνοειδής και προκαλείται υποσκληρίδια φλεγμονώδης αντίδραση και ύγρωμα. Αν δεν αντιμετωπιστεί μπορεί να προκαλέσει αρτηρίτιδα, θρόμβωση, έμφρακτα και υδροκέφαλος.

Κλινικά: υψηλός πυρετός , ισχυρή κεφαλαλγία, σύγχυση, σπασμοί, θόληση συνείδησης, κώμα. Αυχενική δυσκαμψία, σημεία Kernig και Brudzinski. Στα βρέφη μπορεί να απουσιάζει η αυχενική δυσκαμψία.

Ειδικότερα : πετέχειες , πορφυρικό εξάνθημα, κυκλοφορική καταπληξία, στο μηνιγγιτιδόκοκκο(σύνδρομο Waterhouse-Friderichen). Εξάνθημα κάνουν και οι εντεριοί.

Ο αιμόφιλος εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά με ωτίτιδες ή λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού.

Ο πνευμονιόκοκκος σε λοιμώξεις αυτιών, παραρρινίων κόλπων, πνεύμονα, βαλβίδων.

Σε ανοσοκαταστολή : πνευμονιόκοκκος , λιστέρια κολιοβακτηρίδιο.

Σε επεμβάσεις, βαλβίδες παροχέτευσης: σταφυλόκοκκος, ενδοσσοκομειακά στελέχη

Εξέταση εκλογής η Οσφυνωτιαία παρακέντηση. Το ΕΝΥ έχει αυξημένη πίεση (> 200 mm H2O), θολερότητα, πολυμορφοπύρνη από εκατοντάδες μέχρι χιλιάδες, μικροοργανισμούς σε χρώση Gram , αυξημένη πρωτεΐνη ,(100-500 mg/ dl) χαμηλή γλυκόζη (<40% του αίματος) . Απαραίτητη η λήψη καλλιτεργειών αίματος και φαρυγγικών επιχρισμάτων.

Αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου πρέπει να προηγείται της ΟΝΠ για τον αποκλεισμό χωροκατακτητικής εξεργασίας , αλλά και να διενεργείται στην πορεία για τον αποκλεισμό εμπυήματος ή αποστήματος. Υπέρηχος εγκεφάλου στα παιδιά πλεονεκτεί γιατί δε χρειάζεται νάρκωση.

Αρχίζουμε θεραπεία με αντιβίωση ευρέως φάσματος, πριν τα αποτελέσματα, εμπειρικά. Μπορεί να χρειασθεί μανιτόλη ή δεξαμεθαζόνη αν είναι πολύ αυξημένη η πίεση του ΕΝΥ, Ειδικά στα παιδιά μειώνει την επίπτωση κώφωσης.

Πρόληψη: για μηνιγγιτιδόκοκκο και αιμόφιλο στα παιδιά κάτω των 18 ετών και εγκύους ριφαμπικίνη 10 mg/kg x 2 για 2 ημέρες. Οι άνω των 18 ετών σιπροφλοξασίνη 750mg εφ'άπαξ. Εμβόλια μηνιγγιτιδόκοκκος και αιμόφιλος.

Ιογενείς μηνιγγίτιδες

Έχουν ίδια εικόνα, με πυρετό, κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, άλγος στις κινήσεις των οφθαλμών, φωτοφοβία. Λεμφοκυττάρωση στο ΕΝΥ, φυσιολογική γλυκόζη , αρνητικές καλλιτεργείες , αύξηση πρωτεΐνης στο ΕΝΥ.

Κύρια αίτια είναι:

Εντεριοί (Echo, coxsackie κλη) εμφανίζονται κυρίως Αύγουστο με Σεπτέμβριο, Ο ιός της παρωτίτιδας (τέλος χειμώνα με άνοιξη), ο ιός του απλού έρπητα, ο EBV, ο CMV, αδενοϊοί, ο HIV.

Συνήθως έχουν καλή πορεία, χωρίς ειδική θεραπεία, με ενυδάτωση και αντιπυρετικά, εκτός αν επιπληχθούν με εγκεφαλίτιδα.

6. Ο ρόλος των στατινών στην οξεία φάση και στη δευτερογενή πρόληψη των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων

Σωτήρης Γιαννόπουλος

Είναι γνωστό ότι με τον έλεγχο της υπερλιπιδαιμίας αποφεύγονται περίπου ένα στα πέντε AEE. Οι στατίνες είναι τα κατεξοχήν χρησιμοποιούμενα φάρμακα για την μείωση των επιπέδων χοληστερόλης. Η κύρια δράση τους είναι η μείωση της βιοσύνθεσης της χοληστερόλης στο ήπαρ, αξίζει να αναφερθεί όμως και η βελτίωση της εγκεφαλικής αγγειοδραστικότητας, η οποία ίσως ωφελεί στην οξεία φάση του AEE.

Η σημασία της πρωτογενούς πρόληψης έχει φανεί καθαρά από τις μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες όπως η Heart Protection Study που απέδειξε ότι ο σχετικός κίνδυνος των AEE μειώνεται κατά 25% με τη χορήγηση στατινών και η ASCOT lipid lower arm στην οποία φάνηκε μείωση του σχετικού κινδύνου των AEE κατά 36%.

Δεν υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός μελετών για την οξεία φάση των AEE (1η με 7η ημέρα), που να αποδεικνύει τη νευροπροστατευτική δράση των στατινών και αυτό αποτυπώνεται στην [Cochrane Database Syst Rev. Statins for acute ischemic stroke, 2011;\(8\):CD007551](#). Ωστόσο στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η άμεση και ενδοσοκομειακή έναρξη χορήγησης ή η προηγούμενη και συνεχιζόμενη χορήγηση στατινών σχετίζεται με καλύτερη έκβαση του ισχαιμικού AEE. Η NeuSTART αυτή τη στιγμή διερευνά τη πιθανή νευροπροστατευτική δράση των στατινών.

Όσον αφορά τέλος τη δευτερογενή πρόληψη, η μελέτη SPARCL ([Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels trial](#)) απέδειξε ότι η επιθετική μείωση της χοληστερόλης μειώνει συνολικά τα AEE κατά 16%, ειδικά δε τα θανατηφόρα κατά 43%. Πολλοί ανασκοπικά άρθρα και μεταναλήψεις ενισχύουν την SPARCL και συνιστούν τη δραστική και μέγιστη κατά το δυνατό μείωση της LDL-χοληστερόλης. Σύμφωνα τέλος με την American Stroke Association για τα μεν μη αθηρωματικής αιτιολογίας ισχαιμικά AEE η LDL-χοληστερόλη πρέπει να είναι <100mg/dl, για τα δε AEE αθηρωματικής αιτιολογίας η LDL-χοληστερόλη πρέπει να είναι <70mg/dl.

Επείγοντα Θέματα Νεφρολογίας

Εισήγηση: **Κ. Σιαμόπουλος**

Συμμετέχουν: **Ρ. Καλαϊτζίδης, Ο. Μπαλάφα**

Νεφρολογία

7. Οξεία Νεφρική Βλάβη (ONB)

Όλγα Μπαλάφα, Κωνσταντίνος Χ. Σιαμόπουλος

Γενικά ως οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ONA) ορίζεται το σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από οξεία (ώρες ως εβδομάδες) μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, διαταραχή ηλεκτρολυτών, οξεο-βασικής ισορροπίας και εξωκυττάριου όγκου καθώς και κατακράτηση αζωτούχων προϊόντων του μεταβολισμού.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν περισσότεροι από 30 ειδικοί ορισμοί της ONA (π.χ. διπλασιασμός τιμών κρεατινίνης, ή κρεατινίνη >2.0 mg/dl κ.α.). Για το λόγο αυτό, το 2005 μία επιτροπή Νεφρολόγων και Εντατικολόγων (Acute Dialysis Quality Initiative-AD-QI) διατύπωσε το ορισμό της ONA με βάση τα κριτήρια RIFLE αρχικά και στη συνέχεια με τα κριτήρια AKIN (Πίνακας). Τα κριτήρια αυτά αποτελούν σημαντικό εργαλείο σταδιοποίησης της σοβαρότητας της ONA και πρόγνωσης της έκβασης. Επιπλέον, η Επιτροπή καθιέρωσε τον όρο Οξεία Νεφρική Βλάβη (ONB) - Acute Kidney Injury (AKI) αντί του όρου ONA -θεωρώντας ότι η «βλάβη» εμπεριέχει τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό ανατομικό ή λειτουργικό που οδηγεί στην ανεπάρκεια..

Αίτια: Η κλασική κατάταξη των αιτιών ONB τα διακρίνει σε προνεφρικά (μείωση του ενδαγγειακού όγκου λόγω αφυδάτωσης ή αιμορραγίας), νεφρικά (ισχαιμική ή τοξική βλάβη του νεφρικού παρεγχύματος) και μετανεφρικά (απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος).

Η ONB που αναπτύσσεται ενδονοσοκομειακά είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οξεία σωληναριακή νέκρωση (ΟΣΝ) ισχαιμικής ή νεφροτοξικής αιτιολογίας. Τα σκιαγραφικά αποτελούν σε πολλές μελέτες το τρίτο συχνότερο αίτιο ONB σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό ασθενών με ONB από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης I (ΑΜΕΑ), ειδικά σε ευπαθείς ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, ιδιαίτερα όταν συγχρησιμοποιούνται διουρητικά.

Στα νεφρικά αίτια η κυριότερη αιτία ONB είναι η ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα σε έδαφος αγγειίτιδας και ακολουθούν η διάμεση νεφρίτιδα και ΟΣΝ. Στις ΜΕΘ η ΟΣΝ αποτελεί το κυριότερο αίτιο ONB σε ποσοστό 75%. Ο κυριότερος λόγος είναι η σήψη/σηπτικό σοκ σε ποσοστό 25-50%.

Επιδημιολογία ONB: Η επίπτωση της ONB έχει αυξηθεί παγκοσμίως. Η θνησιμότητα σε μη επιπλεγμένη ONB είναι χαμηλή (10%), ενώ στις ΜΕΘ η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη από 60%. Η ενδονοσοκομειακή ONB συνοδεύεται επιπλέον από αύξηση των ημερών και κόστους νοσηλείας. Οι κύριοι λόγοι των επιδημιολογικών αυτών χαρακτηριστικών είναι η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση της επίπτωσης νοσημάτων με γνωστή προδιάθεση για νεφρική βλάβη (σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακά). Επιπλέον λόγοι είναι οι βιο-ιατρικές εξελίξεις που επιτρέπουν τη διατήρηση στη ζωή βαρέων περιστατικών (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις) και η ευρεία χρήση επεμβατικών διαγνωστικών εξετάσεων όπως σκιαγραφικά. Επίσης επιδημιολογικά δεδομένα επισημαίνουν τη συσχέτιση της ONB με δυσμενή εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου.

Θεραπεία

Η θεραπεία πρέπει να είναι πρώτα από όλα αιτιολογική. Για παράδειγμα στη μετανεφρική ONB, η θεραπεία είναι η άρση του κωλήματος (καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως ή νεφροστομία).

Ανεξάρτητα αιτίας, οι κυριότεροι θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να είναι:

1. η διατήρηση ισοζυγίου των υγρών
2. η διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
3. η αντιμετώπιση της ουραιμίας
4. η διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης
5. η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών (ζωτικά σημεία, διούρηση)
6. η εξωνεφρική κάθαρση επί απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών (π.χ. υπερκαλιαιμίας)

ONB και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η νέα κατάταξη ορισμών της ONB δίνει την δυνατότητα να εντοπισθούν βλάβες σε πολύ πρώιμο στάδιο, ώστε να αντιμετωπισθούν έγκαιρα. Επισημαίνει επίσης το γεγονός ότι ακόμη και μικρή μεταβολή των τιμών κρεατινίνης συσχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση. Δεδομένου της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας της ONB, ο ρόλος των γιατρών της πρωτοβάθμιας υγείας στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ONB δεν είναι διόλου αμελητέος.

Η πρωτοβάθμια υγεία μπορεί να συμβάλει σημαντικά με τους εξής τρόπους

1. έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών σε κίνδυνο για ONB (διαβητικοί, ΧΝΝ, ηλικιωμένοι)
2. έγκαιρη διακοπή διουρητικών, ΜΣΑΦ και αναστολέων των ΑΜΕΑ σε καταστάσεις που προδιαθέτουν για ONB (λοίμωξη, αιμορραγία, καύσωνας).
3. ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών και συνοδών για τον κίνδυνο ONB σε συγκεκριμένες καταστάσεις (πχ παρακολούθηση διούρησης και μέτρηση ΑΠ επί πυρετού)
4. αποφυγή συνταγογράφησης νεφροτοξικών φαρμάκων σε ευπαθείς ομάδες
5. άμεση αντιμετώπιση της υπο-ογκαιμίας με χορήγηση υγρών
6. αναγνώριση των περιστατικών που χρήζουν άμεση παραπομπή σε νοσοκομείο

Κριτήρια AKIN για σταδιοποίηση της ONB

Στάδιο	Κρεατινίνη ορού	Διούρηση
1	Αύξηση >0.3 mg/dl ή 1.5-2 φορές της αρχική τιμής	<0.5 ml/kg/ώρα για 6 ώρες
2	$>2-3$ φορές της αρχικής τιμής	<0.5 ml/kg/ώρα για >12 ώρες
3	>3 φορές της αρχικής τιμής ή τιμή >4.0 mg/dl ή ανάγκη εξωνεφρικής κάθαρσης	<0.3 ml/kg/ώρα για 24 ώρες ή ανουρία για 12 ώρες

8. Επείγουσες και υπερεπείγουσες υπερτασικές καταστάσεις

Ρήγας Γ. Καλαϊτζίδης, Κωνσταντίνος Χ. Σιαμόπουλος

Πολλές φορές στην καθ' ημέρα κλινική πράξη ο γιατρός αντιμετωπίζει το πρόβλημα μίας πολύ αυξημένης αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) είτε της διαστολικής (ΔΑΠ) είτε της συστολικής (ΣΑΠ) ή και των δύο. Η υπέρταση (ΥΠ) αυτή μπορεί να συνοδεύεται από συμπτώματα, να είναι ασυμπτωματική ή να συνυπάρχει με βλάβες από όργανα στόχους (καρδιά, εγκέφαλος, νεφροί). Επίσης, άλλες φορές η ΥΠ και οι επιπλοκές της μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή του ατόμου (π.χ. πνευμονικό οίδημα, εγκεφαλική αιμορραγία).

Τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στον ιατρικό κόσμο συχνά υπάρχει σύγχυση για τον ορισμό της υπερτασικής αυτής κατάστασης αλλή και τη θεραπευτική αγωγή που θα πρέπει να ακολουθηθεί. Οι πιο αποδεκτοί σήμερα ορισμοί αναφέρονται σε όρους με κλινική σημασία, όπως κακοήθης υπέρταση, υπερτασικοί εγκεφαλοπάθεια κ.λ.π.

Μία αποδεκτή ευρέως ταξινόμηση των υπερτασικών αυτών καταστάσεων είναι αυτή που εκτός από τα επίπεδα της ΑΠ λαμβάνει υπόψη της τόσο τα κλινικο-εργαστηριακά ευρήματα, όσο και τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Σύμφωνα με τα παραπάνω οι υπερτασικές αυτές καταστάσεις ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: τις υπερεπείγουσες και τις επείγουσες. Ένας επιπλέον παράγοντας εκτός από τα επίπεδα της ΑΠ για την κλινική εικόνα είναι και η ταχύτητα εγκατάστασης της ΥΠ. Η ταξινόμηση παλαιότερα βασιζόταν κυρίως στα επίπεδα της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) ΔΑΠ >130 mmHg. Αλλά και με χαμηλότερα επίπεδα αυτές οι καταστάσεις είναι επίσης δυνατό να συμβούν. Η πιο πρόσφατη δημοσίευση των Ευρωπαϊκών οδηγιών για την αντιμετώπιση της υπέρτασης αναφέρεται σε επίπεδα ΣΑΠ ή ΔΑΠ (>180 mmHg ή >120 mmHg, αντίστοιχα).

Από την άλλη μεριά, για ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως έγκυες γυναίκες ή παιδιά τα προτεινόμενα επίπεδα δεν αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για τον ορισμό της υπερεπείγουσας ή επείγουσας ΥΠ αφού χαμηλότερα επίπεδα (≈ΔΑΠ 110 mmHg) απαιτούν άμεση αντιμετώπιση ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν κλινικο-εργαστηριακά ευρήματα κακοήθους υπέρτασης, όπως οίδημα της οπτικής θηλής ή/και αιμορραγίες στον αμφιβληστροειδή.

Συνήθως ανευρίσκονται επιπλοκές που αφορούν περισσότερα του ενός όργανα με αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας ποικιλίας κλινικών εικόνων με εργαστηριακά ευρήματα που αντανακλούν βλάβες σε όργανα - στόχους. Είναι ευνόητο ότι η κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση του ασθενή με ΥΚ πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή και σε μικρό χρονικό διάστημα ώστε να αποφεύγονται καθυστερήσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Βασική αρχή αντιμετώπισης μιας ΥΚ είναι η ελεγχόμενη μείωση της ΑΠ, αφού η απότομη μείωση ελαττώνει την παροχή αίματος σε ζωτικά όργανα (και ιδιαίτερα στον εγκέφαλο και την καρδιά) με αποτέλεσμα συμπτώματα ισχαιμίας αυτών των οργάνων. Στις υπερεπείγουσες υπερτασικές καταστάσεις στις οποίες υπάρχει ή επίκειται βλάβη των οργάνων -στόχων και στις οποίες απαιτείται ταχεία (μέσα σε 1 ώρα) μείωση της ΑΠ συνήθως η αντιμετώπιση γίνεται με φάρμακα χορηγούμενα παρεντερικά. Στις επείγουσες υπερτασικές καταστάσεις εκείνες στις οποίες δεν επίκειται βλάβη οργάνων στόχων η μείωση της ΑΠ πρέπει να γίνει βαθμιαία (μέσα σε 24 με 48 ώρες) συνήθως με φάρμακα χορηγούμενα per os. Από όσα αναφέρθηκαν είναι ευνόητο πως για την επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής κρίνεται απαραίτητη η διάκριση μεταξύ επείγουσών και υπερεπείγουσών υπερτασικών καταστάσεων. Επιπρόσθετα, η διάγνωση και η επιλογή της θεραπείας δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στα επίπεδα της ΑΠ αλλά και στα συνοδά ευρήματα καθώς και στις επιπλοκές από τα διάφορα όργανα ή συστήματα.

Παρακάτω αναφέρονται μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα. Σε ασθενείς λ.χ. με υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, τα συμπτώματα και σημεία (πονοκέφαλος, ναυτία, έμετοι, σύγχυση, οπτικές διαταραχές, σπασμοί, εστιακά νευρολογικά ευρήματα, αμφιβληστροειδοπάθεια) οφείλονται σε εγκεφαλικό οίδημα το οποίο είναι αποτέλεσμα της διαταραχής της αυτορρύθμισης της εγκεφαλικής αιματικής ροής. Ο στόχος της Θεραπείας είναι η μείωση της ΑΠ κατά 20-25 % ή μέχρις ότου η ΔΑΠ μειωθεί στα 100 mmHg. Μεγαλύτερη μείωση της ΑΠ μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση εγκεφαλικής ισχαιμίας. Το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η υπαραχνοειδής και η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία χαρακτηρίζονται από απότομη εμφάνιση συνήθως εστιακών νευρολογικών σημείων σε αντίθεση με την υπερτασική εγκεφαλοπάθεια στην οποία η πτώση της ΑΠ οδηγεί σε υποχώρηση των συμπτωμάτων σε 24 με 48 ώρες. Σε ασθενείς με εγκεφαλικό έμφρακτο παρατηρείται μεγάλη αστάθεια της ΑΠ η οποία σε συνδυασμό με την απώλεια της αυτορρύθμισης της αιματικής ροής στην περιοχή του εμφράκτου μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλες μεταβολές της ΑΠ όταν χορηγηθούν αντιυπερτασικά φάρμακα. Γι αυτό το λόγο δεν χορηγούνται αντιυπερτασικά φάρμακα τις πρώτες ημέρες μετά από θρομβωτικό αγγειακό επεισόδιο εκτός αν η ΔΑΠ είναι πολύ αυξημένη (>130 mmHg). Σε αυτή την περίπτωση, ο σκοπός της αντιυπερτασικής αγωγής είναι η βαθμιαία μείωση (μέσα σε 24 ώρες) της ΑΠ κατά 20-25%. Σε ασθενείς με εγκεφαλική αιμορραγία η μείωση της ΑΠ προλαβαίνει τη συνέχιση της αιμορραγίας αλλά μπορεί να μειώσει σημαντικά την εγκεφαλική αιμάτωση. Γι αυτά το λόγο χορηγούμε αντιυπερτασική αγωγή όταν υπάρχουν μεγάλες αυξήσεις της ΑΠ (π.χ. >200/130 mmHg). Σε υπερτασικούς ασθενείς με ισχαιμία ή έμφραγμα του μυοκαρδίου το φάρμακο εκλογής είναι η νιτρογλυκερίνη. Επίσης, η λαβεταλόλη και οι ανταγωνιστές του Ca++ μειώνουν την ΑΠ ενώ βελτιώνουν την

οξυγόνωση του μυοκαρδίου. Σε ασθενείς με διαχωριστικό ανεύρυσμα η ΔΑΠ πρέπει γρήγορα να μειωθεί στα 100 mmHg. Το φάρμακο εκλογής είναι το Νιτροπρωσσικό νάτριο σε συνδυασμό με έναν β-αποκλειστή. Χρήσιμο επίσης φάρμακο σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι η λαβεταλόλη. Σε ασθενείς με κρίση φαιοχρωμοκυττώματος το φάρμακο πρώτης επιλογής είναι η φαιντολαμίνη. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν η Λαβεταλόλη και το Νιτροπρωσσικό νάτριο. Σε ασθενείς που εμφανίζουν σύνδρομο στέρσης (φαινόμενο αναπήδησης) μετά από απότομη διακοπή αντιυπερτασικών φαρμάκων (κύρια κλονιδίνης ή β-αποκλειστών) τα φάρμακα επιλογής είναι η Λαβεταλόλη, η φαιντολαμίνη και το νιτροπρωσσικό νάτριο. Τα ίδια φάρμακα επίσης χορηγούνται σε ασθενείς που παίρνουν αναστολείς της μονοαμινο-οξειδάσης σε συνδυασμό με συμπαθομιμητικά ή αντισταμινικά ή τροφές που περιέχουν τυραμίνη και εμφανίζουν ΥΚ.

Σε γυναίκες που εμφανίζουν εκλαμψία το φάρμακο εκλογής είναι η υδραλαζίνη. Εάν η υδραλαζίνη δεν μπορεί να δοθεί ή δεν είναι αποτελεσματική, μπορεί να χορηγηθεί λαβεταλόλη. Οι ανταγωνιστές Ca^{++} είναι επίσης αποτελεσματικά φάρμακα σε γυναίκες με εκλαμψία. Ωστόσο, τα φάρμακα αυτά μειώνουν την αιματική ροή στη μήτρα και αναστέλλουν τον τοκετό. Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια και ΥΚ το νιτροπρωσσικό Na^+ είναι αποτελεσματικό. Ωστόσο, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος δηλητηρίασης από θειοκυανικά. Γι αυτό το λόγο, το φάρμακο πρέπει να χορηγείται σε μικρές δόσεις και τα επίπεδα της θειοκυανικών πρέπει να ελέγχονται. Άλλα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ουραιμικούς ασθενείς είναι η Λαβεταλόλη και οι ανταγωνιστές Ca^{++} .

Συμπερασματικά, η επιλογή της αγωγής πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τις ενδείξεις της βλάβης από τα όργανα-στόχους.

Δερματολογία

9. Οξεία κνίδωση

Χρήστος Μούλιας

Η οξεία κνίδωση αποτελεί μια αγγειακή αντίδραση του δέρματος που εκδηλώνεται με την αιφνίδια εμφάνιση ερυθρών πομφών, ερυθήματος και κνησμού ποικίλης διάρκειας και έντασης. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι οι πομφοί αναπτύσσονται μέσα σε δευτερόλεπτα ως και λεπτά και υποχωρούν μέσα σε 24 ώρες. Η διάρκεια των συμπτωμάτων δεν υπερβαίνει τις 6 εβδομάδες.

Η κνίδωση είναι η κλινική έκφραση εντοπισμένης αγγειοδιαστολής και αυξημένης διαπερατότητας των αγγείων λόγω δράσεως αγγειοκινητικών αμινών που προέρχονται από τα σιτευτικά κύτταρα: α) Με τη μεσολήβηση της IgE (άμεση υπερευαισθησία, ανοσοολογική αντίδραση τύπου I), β) με άμεση διέγερση, γ) με σχηματισμό ανοσοσυμπλεγμάτων (ανοσοσυμπλεγματική διαμεσολαβούμενη υπερευαισθησία) ή δ) με τη μεσολήβηση του συμπληρώματος. Τα αίτια της οξείας κνίδωσης ποικίλουν: τροφικά (αλλεργικές αντιδράσεις: λόγω περιεχόμενης ισταμίνης ή λόγω απελευθέρωσης ισταμίνης), φαρμακευτικά, λοιμώδη, ενδοκρινολογικά, δόγματα εντόμων και αρθροπόδων, μεταγίσεις αίματος και παραγώγων του, περιβαλλοντικά εισπνεόμενα αλλεργιογόνα, εγκυμοσύνη, ψυχογενή κ.α.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει: (Α) Εκδηλώσεις από το δέρμα: πομφούς ή και αγγειοοίδημα (εν τω βάθει κνίδωση) και (Β) Εξωδερματικές εκδηλώσεις όπως πυρετό, κακουχία, κεφαλαλγία, οίδημα χειλέων, γλώσσας, φάρυγγα, υπερώας, βράγχος φωνής, κοιλιακό άλγος, διάρροια, εμέτους, δύσπνοια κ.α. Ιστοπαθολογικά, παρατηρούνται διάμεσο οίδημα του χορίου, διάταση τριχοειδικών αγγείων με υπερτροφία των ενδοθηλιακών κυττάρων, φλεγμονώδης διήθηση. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από κνιδωτική αγγειίτιδα, φαρμακευτικά εξανθήματα, ιογενή εξανθήματα, δόγματα, κληρονομικό αγγειοοίδημα. Η θεραπεία περιλαμβάνει την εξάλειψη του ύποπτου αιτίου, τη χορήγηση αντιισταμινικών, συστηματικά στεροειδή, σε οξείες καταστάσεις τη χορήγηση αδρεναλίνης και άλλα υποστηρικτικά μέτρα.

10. Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές και σακχαρώδης διαβήτης

Αγορίτσα Γραβάνη

Το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές (ΠΠ) αποτελεί το συχνότερο στην κατηγορία των αυτοάνοσων πομφολυγδών νοσημάτων. Χαρακτηρίζεται από την έκθεση γενικευμένου κνησμώδους πομφολυγώδους εξανθήματος του οποίου μπορεί να προηγηθεί περίοδος εκδήλωσης αποκλειστικά κνιδωτικών αλλοιώσεων. Στην παθοφυσιολογία του ΠΠ κεντρικό ρόλο παίζει η παρουσία στον ορό των ασθενών αυτοαντισωμάτων εναντίον δομικών συστατικών των ημδεσμοσωμάτων των κυττάρων της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας.

Τα εκλυτικά αίτια της αυτοανοσίας είναι ποικίλα μεταξύ των οποίων και η λήψη ορισμένων φαρμάκων, όπως είναι η φουροσεμίδα, η καπτοπρίλη, τα ΜΣΑΦ, η D-penicillamine και διάφορα αντιβιοτικά (αμοξικιλίνη, σιπροφλοξασίνη). Η εισαγωγή μετά το 2007 των γλιπτινών στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) τύπου II συνδέθηκε με την καταγραφή αυξημένου αριθμού περιστατικών ΠΠ σε ασθενείς με αυτό το νόσημα. Λόγω του σημαντικού ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην πρόληψη αλλά και θεραπεία του ΣΔ είναι σκόπιμη η ενημέρωση-επαγρύπνηση των Γενικών Ιατρών για την έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή των ασθενών αυτών σε δερματολογικές κλινικές με σκοπό την ολοκληρωμένη-εξειδικευμένη διερεύνηση και θεραπεία που απαιτείται στις εν λόγω περιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση, η προσαρμογή της θεραπείας για το ΣΔ και η θεραπεία του ΠΠ είναι σημαντική για τη μείωση της αυξημένης θνητότητας που παρατηρείται μετά από τη διάγνωση ΠΠ.

11. Λοιμώξεις δέρματος και άτομα με κτηνοτροφικές ασχολίες

Θεοδόσιος Γκουτσούλας

Οι λοιμώξεις δέρματος σε ανθρώπους με αγροτικές και κτηνοτροφικές ασχολίες αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα καθώς εκτός από την αντιμετώπιση της λοίμωξης ενδέχεται να έχουν και οικονομικές συνέπειες για το ζωικό κεφάλαιο (κοπάδι). Σημαντικός αριθμός περιστατικών που καταγράφονται στο ΤΕΠ και τα Εξωτερικά Ιατρεία της Δερματολογικής Κλινικής του Π.Γ.Ν.Ι. αφορούν σε λοιμώξεις δέρματος ατόμων, τα οποία δραστηριοποιούνται στους τομείς της γεωργίας και της κτηνοτροφίας και είναι κάτοικοι, ως επί των πλείστων, αγροτικών περιοχών. Τέτοιες λοιμώξεις είναι το ερυσιπελατοειδές, οι μυκητιάσεις δέρματος, λοιμώξεις από κοινά βακτήρια και επίσης ο δερματικός άνθρακας και η νόσος του Orf. Τα δύο τελευταία αποτελούν μια πρόκληση στην αναγνώρισή τους καθώς το πρώτο είναι μια βακτηριακής αιτιολογίας δυνητικά επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία νόσος, ενώ το δεύτερο μια ιογενούς αιτιολογίας, εντελώς καλοήθους, αυτοϊώμενη στον άνθρωπο κατάσταση. Ως εκ τούτου παρά τη φαινομενικά παρόμοια εικόνα θα πρέπει να αναγνωριστούν από το γενικό ιατρό ή το δερματολόγο και να επιβεβαιωθούν εργαστηριακά, έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Καρδιολογία

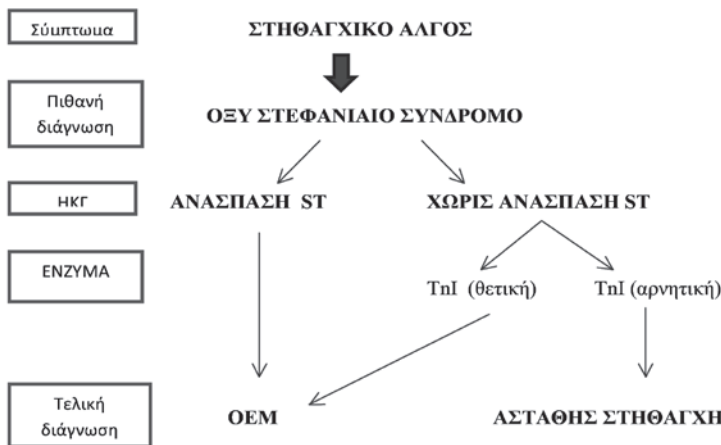
12. Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Στεφανιαία νόσος (ΣΝ) είναι η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών. Η ΣΝ κλινικά εκδηλώνεται με δύο μορφές:

- 1) Χρόνια μορφή σταθερή στηθάγχη (στηθάγχη προσπάθειας)
- 2) Οξεία μορφή **α)** ασταθής στηθάγχη **β)** οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου **γ)** αιφνίδιος θάνατος

Η οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή της ασταθούς στηθάγχης, του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και του ισχαιμικού αιφνίδιου θανάτου.

Η τριάδα ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ - ΟΕΜ - ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ αποτελεί το ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ.



Το 25% των ΟΣΣ εμφανίζονται ως STEMI και το υπόλοιπο 75% με τις άλλες εκδηλώσεις του ΟΣΣ.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

- 1) Κάπνισμα
- 2) Σακχαρώδης Διαβήτης
- 3) Υπερχοληστερολαιμία
- 4) Αρτηριακή υπέρταση
- 5) Υπερτριγλυκεριδαμία
- 6) Κληρονομικότητα (ΣΝ σε πατέρα ή αδελφό < 55ετών, μητέρα ή αδελφή < 65 ετών)

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST (STEMI)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τυπικές εκδηλώσεις

Πόνος μεγάλης έντασης, συσφιγκτικός, οπισθοστερνικός, αίσθημα καύσου διάρκειας συνήθως >30min, μη υφιέμενος με τη λήψη νιτροδών υπογλώσσιως, συνοδευόμενος από ναυτία, έμετο εφίδρωση και με πιθανή αντανάκλαση στο αριστερό άνω άκρο ή και στα δύο άκρα, στον τράχηλο ή στην κάτω γνάθο. Ενίοτε ο θωρακικός πόνος μπορεί να απουσιάζει και να υπάρχει πόνος μόνο στις περιοχές της αντανάκλασης.

Άτυπες εκδηλώσεις

Επιγαστραλγία (συνήθως σε κατώτερο ΟΕΜ), συγκοπή, οξεία δύσπνοια.

Σε διαβητικούς και σε ηλικιωμένους μπορεί να εκδηλωθεί ΟΕΜ χωρίς συμπτώματα (σιωπηλό ΟΕΜ).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Ιδιαίτερη επαγρύπνηση απαιτείται όταν στην οξεία φάση του ΟΕΜ έχουμε : σφύξεις <50 ή >100min, αναπνοές >20min, ΣΑΠ< 90mmHg και κορεσμό O2< 90%.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ (ανάλογα με την εντόπιση της ανύψωσης του ST στο ΗΚΓ - ανύψωση ST >1mm σε >2 γειτονικές απαγωγές)

Πρόσθιο	V1-V6
Πρόσθιο εκτεταμένο	VI-V6 I AVL
Πρόσθιο διαφραγματικό	VI-V4
Πρόσθιο πλάγιο	I AVL V5-V6
Κατώτερο	II, III, AVF
Οπίσθιο	V7-V9 (οπίσθιες απαγωγές)

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ!!!!

- 1) Εάν σε ΗΚΓ υπάρχει LBBB (αριστερός σκελικός αποκλεισμός) πρέπει να αναζητηθεί παλαιότερο ΗΚΓ για να διαπιστωθεί αν προϋπήρχε ή είναι νέο εύρημα στο ΗΚΓ. Το νεοεμφανισθέν LBBB που συνοδεύεται από τυπικά συμπτώματα ισχαιμίας αποτελεί ηλεκτροκαρδιογραφική εκδήλωση OEM.
- 2) Σε κάθε κατώτερο OEM πρέπει να καταγράφονται πάντοτε και οι δεξιές προκάρδιες απαγωγές για αποκλεισμό εμφράγματος της δεξιάς κοιλίας.
- 3) Σε περίπτωση κλινικής εικόνας OEM με μοναδικό ΗΚΓ εύρημα την κατάσπαση του διαστήματος ST στις απαγωγές V1 και V2 θα πρέπει να καταγράφονται και οι οπίσθιες απαγωγές V7-V9 για τον αποκλεισμό οπίσθιου STEMI.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ OEM

1. Κοιλιακές αρρυθμίες

- Έκτακτες κοιλιακές συστολές
- Κοιλιακή ταχυκαρδία
- Κοιλιακή μαρμαρυγή

2. Κοιλιακές αρρυθμίες

- Κοιλιακός πτερυγισμός -κοιλιακή μαρμαρυγή

3. Φλεβοκομβική βραδυκαρδία

4. Κοιλιοκοιλιακός αποκλεισμός (1ου ,2ου , 3ου βαθμού)

5. Αποκλεισμοί σκελών

LBBB ή RBBB , RBBB + LAH, RBBB+ LPH , τριδεσμιδικός αποκλεισμός

6. Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιογενές shock

7. Περικαρδίτιδα

8. Ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος

9. Ρήξη θηλοειδούς μυός

10. Ρήξη τοιχώματος της αριστερής κοιλίας

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΜΕΣΑ

- 1) Σύνδεση σε monitor με απινιδωτή
- 2) Χορήγηση O2 (2-4lt/min)
- 3) Ασπιρίνη 300mg μασώμενη
- 4) Κλοπιδογρέλη φόρτιση με 300mg για ασθενείς <75 ετών. Αν ασθενείς > 75 ετών χορηγούμε μόνο 75mg κλοπιδογρέλης.
- 5) Ηπαρίνη
- 6) Αναλγησία - 4-8mg μορφίνη iv αργά. Σε κατώτερο έμφραγμα προτιμότερη είναι η χορήγηση πεθιδίνης (20-50mg iv) γιατί η μορφίνη μπορεί να επιδεινώσει τη βραδυκαρδία ενώ αντίθετα η πεθιδίνη παρουσιάζει ήπια ατροπινική δράση.
- 7) Νιτρώδη - υπάρχει όφελος από τη χορήγηση τους μόνο όταν επιμένει ο πόνος, υπάρχουν σημεία καρδιακής κάμψης, υπέρταση ή πρόσθιο εκτεταμένο έμφραγμα. Πρέπει να αποφεύγονται σε:
 - 1) κατώτερο έμφραγμα με συμμετοχή της δεξιάς κοιλίας
 - 2) υπόταση (ΣΑΠ<100mmHg)
 - 3) Λήψη τις τελευταίες 24ώρες Viagra ή Revatio (αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5)

8) Μεταφορά σε νοσοκομείο για θρομβόλυση ή πρωτογενή αγγειοπλαστική.
ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST (NSTEMI-ACS)
 (ασταθής στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST)

Στο ΟΣΣ χωρίς ανάσπαση του ST υπάγονται δύο κλινικές οντότητες που αποτελούν το 75% του συνόλου των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων:

- A) **Η ασταθής στηθάγχη** χωρίς ανιχνεύσιμη μυοκαρδιακή νέκρωση (αρνητική τροπονίνη)
- B) **Έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST (αυξημένη καρδιακή τροπονίνη)**

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Επειδή η διάγνωση του συνδρόμου είναι κυρίως κλινική πρέπει να αναζητούνται όλες οι κλινικές εκδηλώσεις της ασταθούς στηθάγχης.

- Στηθάγχη ηρεμίας < 20min ή στηθάγχη σε πολύ μικρή προσπάθεια
- Σοβαρή στηθάγχη (π.χ. εκλύεται κατά την άνοδο ενός ορόφου) προσφάτου ενάρξεως που υφίσταται κατά την ηρεμία.
- Μετεμφραγματική στηθάγχη όταν εμφανίζεται εντός 2 εβδομάδων από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Το τυπικό στηθαγικό άλγος παρουσιάζεται βαθμιαία επιδεινούμενο, σταθερό στο χαρακτήρα και στην εντόπιση του και δεν επηρεάζεται από τις κινήσεις ή τη θέση του ασθενούς. Στα NSTEMI-ACS, η διάρκεια της στηθαγικής συνδρομής είναι μικρότερη των 20-30 λεπτών. Αν το άλγος παρουσιαστεί σε άσκηση μπορεί να υποχωρήσει με τη διακοπή της σωματικής δραστηριότητας. Οι ασθενείς χαρακτηρίζουν τον πόνο ως βάρος, κάψιμο ή πίεση στο θώρακα. Εντοπίζεται οπισθοστερνικά με αντανάκλαση στη ράχη, στα άνω άκρα ενώ μπορεί να αναφέρεται ενόχληση στην κάτω γνάθο ή στο επιγάστριο. Μπορεί να συνοδεύεται από εφίδρωση, ναυτία, δύσπνοια ή επεισόδιο απώλειας συνείδησης. Όταν ζητηθεί από το ασθενή να δείξει το σημείο που εντοπίζεται το άλγος, συνήθως θέτει τη γροθιά του στην περιοχή του στήθους. Αν προσπαθεί να δείξει ένα εντοπισμένο σημείο στο θώρακα με το δείκτη, η πιθανότητα στηθάγχης απομακρύνεται.

ΗΚΓ

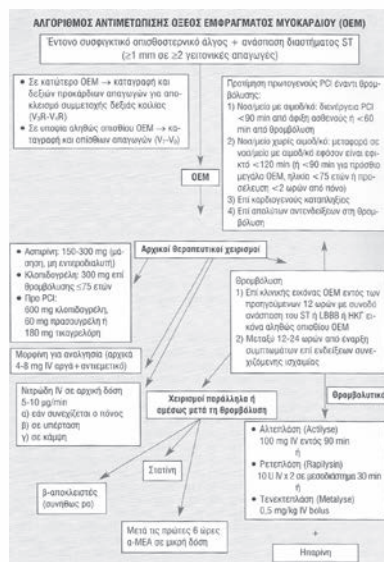
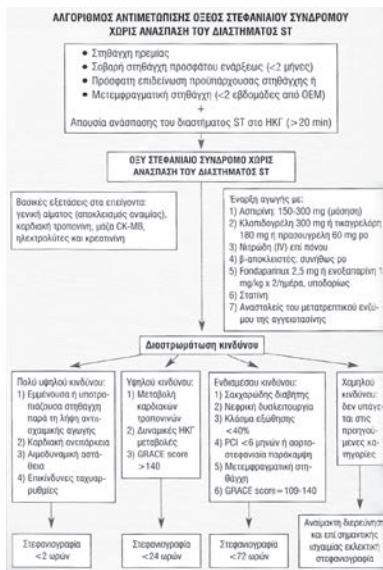
- Φυσιολογικό στο 25%
- Παροδική πτώση του διαστήματος ST και αναστροφή του κύματος T κατά τη διάρκεια της ισχαιμίας.
- Σε έμφραγμα χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI) καταγράφεται παρατεταμένη κατάσπαση του ST και αρνητικά κύματα T.

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!!!!

Η διάγνωση της ασταθούς στηθάγχης είναι κλινική. Σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST το ΗΚΓ μπορεί να είναι φυσιολογικό. Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του NSTEMI παίζει η τροπονίνη.

ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ

ΕΑΝ Η ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ ΕΙΝΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΘΕΙ ΤΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST (NSTEMI) ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΠΙΑΝΑΛΗΦΘΕΙ Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ 6 -12 ΩΡΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ



13. Οξύ πνευμονικό οίδημα

Καρδιογενές οξύ πνευμονικό οίδημα χαρακτηρίζεται η οξεία έντονη δύσπνοια που οφείλεται συνήθως σε οξεία έντονη κάμψη της αριστερής κοιλίας (συνήθως ρήξη αντιρροπούμενης καρδιακής ανεπάρκειας), με ικανοποιητική λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας. Αυτό οδηγεί σε απότομη αύξηση της υδροστατικής πίεσης των πνευμονικών τριχοειδών >28 mmHg, με αποτέλεσμα την διόδρωση υγρού δια της κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης προς τις κυψελίδες, παρακώλυση διάχυσης των αερίων και υποξαιμία.

ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

1. Μυοκαρδιακή ισχαιμία
2. Υπερτασική Κρίση(ΣΑΠ>220 mmHg ή/ και ΔΑΠ> 130 mmHg)
3. Διαταραχές ρυθμού(Af με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση,VT,βραδυκαρδία)
4. Λοίμωξη συνήθως αναπνευστικού
5. Οξεία βαλβιδική Ανεπάρκεια(π.χ .λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα)
6. Θρόμβωση προσθετικών βαλβίδων (συνηθέστερα μιτροειδούς)
7. Οξεία Μυοκαρδίτιδα
8. Υπερφόρτωση Υγρών (συνήθως ιατρογενής σε ηλικιωμένους μετεγχειρητικούς ασθενείς)
9. Λήψη φαρμάκων που προκαλούν κατακράτηση υγρών (NSAIDs)
10. Κατακράτηση υγρών επί νεφρικής ανεπάρκειας
11. Μη συμμόρφωση ασθενών στην αγωγή π.χ. διακοπή διουρητικών, Α - ΜΕΑ, αυξημένη κατανάλωση άλατος
12. Αναιμία
13. Διατακτική μυοκαρδιοπάθεια επί εγκατάστασης ταχυαρρυθμίας, λοιμώδης αναπνευστικού)
14. Λήψη φαρμάκων με αρνητική ινότροπη δράση
15. Σοβαρή στένωση αορτικής και μιτροειδούς βαλβίδας συνήθως επί εγκατάστασης Af.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Ασθενής καθιστός, κάθιδρος
- Έντονη δύσπνοια
- Κυάνωση
- Ωχρότητα
- Βήχας στην αρχή ξηρός, ενώ σε βαριές καταστάσεις με αφρώδη ερυθρά πτύελα

ΣΗΜΕΙΑ

- Ταχύπνοια
- Οιδήματα κάτω άκρων
- Διατεταμένες Σφαγίτιδες
- Η ΑΠ, μπορεί να είναι αυξημένη, χαμηλή ή φυσιολογική, Χαμηλή ΑΠ απαντά συνήθως σε ποσοστό <10% και αποτελεί δυσμενές προγνωστικό σημείο.

ΠΡΟΣΟΧΗ! Συχνά η ΑΠ είναι αυξημένη λόγω περιφερικής αγγειοσύσπασης και δεν θα πρέπει το ΟΠΟ να αποδίδεται στην αυξημένη ΑΠ παρά μόνο σε ιδιαίτερα αυξημένες τιμές αυτής ΣΑΠ>220 mmHg

- Ακρόαση καρδιάς Καλλιπαστικός ρυθμός ή φύσημα υποκείμενης βαλβιδοπάθειας
- Ακρόαση Πνευμόνων υγροί ρόγχοι στις βάσεις άμφω που σε βαριές περιπτώσεις επεκτείνονται και στα μέσα και άνω πνευμονικά πεδία

ΠΡΟΣΟΧΗ! Στην αρχική φάση του ΟΠΟ μπορεί να απουσιάζουν οι υγροί ρόγχοι και να υπάρχουν μόνο συρρίοντες (φάση διάμεσου οιδήματος, όπου έχουμε έξοδο υγρού μόνο στο διάμεσο ιστό και όχι στις κυψελίδες). Η κλινική εικόνα αυτή ονομάζεται καρδιακό άσθμα και χρήζει δ/δ από κρίση βρογχικού άσθματος.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- **ΗΚΓ** κυρίως για αποκλεισμό OEM ή αρρυθμίας
- **Εξετάσεις Αίματος** Γενική αίματος (Ht,WBC), τροπονίνη, Urea,Crea,K,Na,Λευκώματα,NT-pro-BNP/BNP για δ/δ για αποκλεισμό καρδιογενούς δύσπνοιας.
- **Λήψη αρτηριακού αίματος για αέρια και ΡΗ** Ανευρίσκεται Υποξαιμία και Υπερκαπνία. **Η Οξυμερία είναι αναξιόπιστη επί φτωχής περιφερικής αιμάτωσης.**

• Α/Α Θώρακος

1. Στα αρχικά στάδια επίταση της αιμάτωσης των άνω πνευμονικών πεδίων (αναστροφή αγγείωσης) και γραμμές Kerley B (οριζόντιες σκιάσεις στην περιφέρεια των ακτώτερων πνευμονικών πεδίων)
2. Στο τυπικό κυψελιδικό ΟΠΟ εικόνα πεταλούδας (επιπλέον θολερότητα γύρω από τις πύλες)

ΠΡΟΣΟΧΗ! Η θολερότητα του ΟΠΟ δεν επεκτείνεται στην περιφέρεια. Σε αυτή την περίπτωση υπόνοια ARDS.

Δ/ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΟΠΟ

1. Παρόξυνση Βρογχικού Άσθματος
2. Πνευμονική Εμβολή
3. Πνευμονία
4. Αυτόματος Πνευμοθώρακας
5. Καρδιακός Επιπωματισμός
6. Μη καρδιογενές ΟΠΟ

ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- Καθιστή θέση (μείωση φλεβικής επανόδου του αίματος στους πνεύμονες)
 - Τοποθέτηση iv. γραμμής
 - Χορήγηση οξυγόνου σε υψηλή συγκέντρωση >40% συνήθως με **μάσκα Venturi** (σε ΧΑΠ O2 σε συγκέντρωση 24-28%)
1. Επί εμμονής της υποξαιμίας SaO2 <85% χορηγείται μάσκα επανεισπνοής με την οποία μπορεί να επιτευχθεί συγκέντρωση 100%. Στόχος Κορεσμός >95% και μερική τάση O2 στο αρτηριακό αίμα >60mmHg
 2. Επί επιμονής υποξαιμίας εφαρμόζεται μη επεμβατικός αερισμός με μάσκα συνεχούς θετικής πίεσης CPAP , που έχει αποδειχθεί πως μειώνει την ανάγκη διασωλήνωσης και μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής.
 3. **ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ/ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ**
 - >40 αναπνοές/λεπτό
 - Χαμηλό επίπεδο συνείδησης
 - PaO2 <60 mmHg
 - PCO2 >60 mmHg και PH <7,25

ΓΕΝΙΚΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ

- ΜΟΡΦΙΝΗ (αραιωμένη με φυσιολογικό ορό και αντιεμετικό) χορήγηση 3-5 mg iv. Επανάληψη της ίδιας δοσολογίας σε 10-15 min. (μέγιστη δοσολογία 15 mg.) όταν η ΣΑΠ>90 mmHg. Σε περίπτωση καταστολής του αναπνευστικού χορήγηση ναλοξόνης iv 0,4 mg (μέγιστη δόση 1,2 mg)
- ΕΠΙ ΣΑΠ>90 mmHg χορήγηση ΦΟΥΡΟΣΕΜΙΔΗΣ iv. 40-100 mg bolus. Δόση 40-60 mg μπορεί να επαναληφθεί επί επιμονής της δύσπνοιας 15-30 min αργότερα.
- Για την εκτίμηση της διούρησης είναι απαραίτητη η τοποθέτηση ΟΥΡΟΚΑΘΗΤΗΡΑ
- Επί ΣΑΠ>100 mmHg χορήγηση ΝΙΤΡΩΔΩΝ iv. (συνεχής έγχυση διαλύματος νιτρογλυκερίνης με δόση 5-10 μ g/min και προοδευτική αύξηση κατά 5-10 μ g/min κάθε 5-10 min
- Επί απουσίας iv. Γραμμής και ΣΑΠ>100 mmHg 1-2 ψεκασμοί με spray Νιτρογλυκερίνης που μπορεί να επαναληφθούν σε 5-10 min.
- Επί ΣΑΠ <90 mmHg χρήση ΙΝΟΤΡΟΠΩΝ-ΔΟΒΟΥΤΑΜΙΝΗΣ σε αρχική δόση 2,5 μg/kg/min και προοδευτική ανάλογα με τη μορφή της υπότασης και την ανταπόκριση.
- Επί συνύπαρξης βρογχόσπασμου εισπνεόμενο διάλυμα ATROVENT (αποφυγή ταχυκαρδίας)

ΕΙΔΙΚΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ

- Επί OEM = primary PCI ή θρομβόλυση
- Επί PAF ή VT = ηλεκτρική ανάταξη
- Χορήγηση 1 amp DIGOXIN iv. αργά επί Af με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση (1amp Digoxin = 0,5 mg/2ml)
- Επί χρόνιας σοβαρής νεφρικής ανεπάρκειας και ΟΠΟ διενέργεια επείγουσας αιμοκάθαρσης.
- Επί συνοδού ροίμωξης αναπνευστικού, χορήγηση κατάλληλης αντιβίωσης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Επείγουσα Καρδιολογία Λουκιανός. Σ. Παλιίδης
Manual of Cardiovascular Medicine Brian. P. Griffin

14. Πνευμονική εμβολή

Η πνευμονική εμβολή χαρακτηρίζεται από την απόφραξη ενός ή περισσότερων κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας που μπορεί να οφείλεται σε θρόμβο, αέρα, λίπος (# μακρού οστού), ενδοκαρδίτιδα τριγλώχινας ή πνευμονικής βαλβίδας, μύξωμα δεξιού κόλπου, νεοπλασματικούς ιστούς, αμνιακό υγρό, ρήξη ενδοκοιλιακού κύστεως στην κάτω κοίλη φλέβα, ξένο σώμα (σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών), έγχυση ελαιώδους υγρού i.v.

Είναι μια σχετικά συχνή επείγουσα κατάσταση η οποία ενδεχομένως μπορεί να είναι θανατηφόρος. Είναι υπεύθυνη για το 15%–30% όλων των ενδονοσοκομειακών θανάτων σε ΗΠΑ και Ευρώπη (3^η συχνότερη αιτία θανάτου) με 600.000 νέα περιστατικά ανά έτος στην Αμερική.

Υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες που διακρίνονται σε ισχυρούς, ενδιάμεσους και μέσους (βλέπε πίνακα 1) που σχετίζονται όπως είχε παρατηρήσει και ο Rudolph Virchow από τη το 1858 είτε σε υπερπηκτικότητα του αίματος, ή σε φλεβική στάση ή σε βλάβη των αγγείων (Τριάδα του Virchow).

Όσον αφορά στη συμπτωματολογία μπορεί να έχουμε δύσπνοια, πνευριτικού τύπου θωρακικό άλγος, αίσθημα παλμών, βήχα, ζάλη, συγκοπτικό επεισόδιο, ετερόπλευρα οιδήματα κάτω άκρων, άλγος και θερμά κάτω άκρα, αιμόπτυση, ενώ από την κλινική εξέταση μπορούμε να βρούμε σημεία όπως ταχυπνοια, ταχυκαρδία, σημεία DVT, κυάνωση (συνήθως κεντρική), πυρετό, διατεταμένες σφαγίτιδες, δυνατό S2 (πνευμονικό σκέλος), καλπαστικό ρυθμό, αυξημένη ώση δεξιάς κοιλίας, επιδείνωση της εγκεφαλικής λειτουργίας (συνήθως σε ηλικιωμένους με ήδη επηρεασμένη) και **αιμοδυναμική αστάθεια (ΥΠΟΤΑΣΗ!!!)**.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που έχουμε στη φαρέτρα μας για να επιβεβαιώσουμε την υποψία πνευμονικής εμβολής είναι οι παρακάτω:

-αέρια αίματος (υποξυγοναιμία, υποκαπνία, αναπνευστική αλκάλωση μόνο στο 15-25% των περιπτώσεων, συνήθως μη ειδικά ευρήματα).

-BNP, TROPONINE I μπορεί να είναι αυξημένα σε ΠΕ.

-D-Dimers μπορεί να είναι αυξημένα στην ΠΕ, έχουν υψηλή ευαισθησία και υψηλή αρνητική προγνωστική αξία, αλλά χαμηλή ειδικότητα αφού μπορεί να είναι αυξημένα και σε άλλες καταστάσεις όπως OEM, ΚΑ, εγκυμοσύνη, σήψη Ca, μετά από χειρουργείο.

-Όσον αφορά στο ΗΚΓ η φλεβοκομβική ταχυκαρδία είναι το συχνότερο εύρημα (73%) και ακολουθούν το Strain της δεξιάς κοιλίας (50%), τα πνευμονικά P (33%), η δεξιά στροφή άξονα (30%), RBBB (20%), κοιλιακή μαρμαρυγή ή περυγισμός (13%) και τέλος σε μικρότερη συχνότητα το γνωστό σε όλους S1 Q3 T3 (12%).

-Η ακτινογραφία θώρακα μπορεί να έχει φυσιολογικά ευρήματα στο 14% των περιπτώσεων, πνευριτική συλλογή (48%), ανύψωση ημιαφράγματος (24%), ατελεκτασία, πύκνωση (αιμορραγία ή οίδημα), περιφερική ολιγαμία (Westermarck's sign), απότομη διακοπή σκιαγράφησης πνευμονικής αρτηρίας (Fleischner's sign), πνευμονικό έμφρακτο (ύβος του Hump).

-Το υπερηχογράφημα καρδιάς είναι ταχεία και ακριβής μέθοδος για τη διαστρωμάτωση του κινδύνου των ασθενών. Καθοδηγεί τη θεραπευτική παρέμβαση αυτών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Εύχρηστο και διαθέσιμο (ΤΕΠ, παρά την κλίση του ασθενούς), χαμηλού κόστους και ακίνδυνο για τον ασθενή. Επιτρέπει την επαναλαμβανόμενη, μη επεμβατική εκτίμηση της καρδιακής και αιμοδυναμικής κατάστασης και εκτιμά τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης. Μπορεί να αναδείξει δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας, η επίμονη πνευμονική υπέρταση, η ύπαρξη PFO καθώς και θρόμβων στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες ευρήματα που σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα. Ηχωκαρδιογραφικά ευρήματα ανευρίσκονται μόνο στο 30%–40% των ασθενών με οξεία πνευμονική εμβολή.

-Η Spiral CT (σπειροειδής αξονική τομογραφία) θώρακος είναι χρήσιμη και ταχεία μέθοδος στην ανεύρεση ελλειμμάτων αιμάτωσης με ευαισθησία 90-100% και ειδικότητα 95%, είναι όμως ακριβή και αντενδείκνυται σε ΧΝΑ και αλλεργία στο σκιαγραφικό.

-Το σπινθηρογράφημα αερισμού – αιμάτωσης μας δείχνει ασυμφωνία αερισμού και αιμάτωσης, έχει χαμηλότερη ευαισθησία και ειδικότητα σε σχέση με την spiral CT, είναι όμως χρήσιμο σε εγκύους, αλλεργία στο σκιαγραφικό και σε ΧΝΑ.

- Η πνευμονική αγγειογραφία είναι η μέθοδος με την μεγαλύτερη ειδικότητα μιας και έχει την ικανότητα αποκάλυψης εμβόλων σε κλάδους < 2mm καθώς επίσης και τη δυνατότητα αιμοδυναμικών μετρήσεων. Είναι όμως μια επεμβατική μέθοδος με θνητότητα 0,5%, πιθανότητα αρρυθμιών 1% και γίνεται και με χρήση σκιαγραφικού.

-Το triplex (compression U/S-CUS) φλεβών κάτω άκρων θα μας βοηθήσει στην αποκάλυψη εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Υπάρχουν κλίμακες βαθμολόγησης της κλινικής πιθανότητας για ΠΕ (βλέπε πίνακα 2) και βάσει αυτών γίνεται η κατάταξη των ασθενών σε υψηλού, μέσου και χαμηλού κινδύνου και ανάλογη είναι και η αντιμετώπισή τους σύμφωνα με θεραπευτικούς αλγόριθμους που έχουν προταθεί από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, μέσω των κατευθυντήριων οδηγιών. (βλέπε πίνακες 4-8).

Γενικές θεραπευτικές οδηγίες είναι η χορήγηση O₂, CPAP/ διασωλήνωση (προσοχή!!!χαμηλούς όγκους!!!), μικρές δόσεις μορφίνης ή πεθιδίνης i.v. για τη μείωση του θωρακικού άλγους, αμινοφυλλίνη σε τυχόν βρογχόσπασμο, i.v. χορήγηση υγρών (αναλόγως αιμοδυναμικής εικόνας), ινóτροπα, αγγειοσυσπαστικά (Dobutamine, Dopamine, Levosimendan, Norepinephrine, Epinephrine), θρομβόλυση , LMWH/UFH/Fondaparinux, κουμαρινικά και νεότερα αντιπηκτικά, ελαστικές κάλτσες, χειρουργική εμβολεκτομή, διαδερμική εμβολεκτομή , IVC φίλτρα.

Η θρομβόλυση εφαρμόζεται και έχει ένδειξη μόνο σε υψηλού κινδύνου ασθενείς (καρδιογενής καταπληξία ή/και εμμένουσα υπόταση). Έχει μέγιστο όφελος τις πρώτες 48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων και εξακολουθεί να έχει όφελος μέχρι και 14 μέρες μετά. Παρουσιάζει 92% βελτίωση κλινικών και υπερηχογραφικών ευρημάτων. Έχει 13% πιθανότητα για σοβαρό αιμορραγικό επεισόδιο και 1,8% πιθανότητα για θανατηφόρο αιμορραγικό ΑΕΕ . Υπάρχουν απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις στη χορήγησή της που φαίνονται στον πίνακα 9, ενώ στον πίνακα 8 βλέπουμε τα δοσολογικά σχήματα τόσο για τα θρομβολυτικά φάρμακα όσο και την ηπαρίνη.

Όσον αφορά στην ηπαρίνη. Η μη κλάσματοποιημένη ηπαρίνη έχει ένδειξη σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια (Cr Cl<30ml/min), σε ασθενείς με υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο. Πρέπει να γίνεται συχνός έλεγχος APTT και PLT (κίνδυνος HIT!!!). Η χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες δεν έχουν μελετηθεί σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ΠΕ. Πρέπει να γίνεται μέτρηση δραστηριότητας του παράγοντα Χα σε νεφρική ανεπάρκεια και εγκύους και συχνός έλεγχος PLT (κίνδυνος HIT!!!). Διακοπή όταν INR>2 για τουλάχιστον 48 ώρες. Το Fondaparinux έχει συγκρίσιμα αποτελέσματα με UFH/LMWH, δεν προκαλεί HIT, αλλά έχει αντένδειξη σε σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (Cr Cl<20ml/min).

Τα από του στόματος αντιπηκτικά πρέπει να χορηγούνται 2-3 ημέρες μετά την έναρξη της ηπαρίνης και να συγχρηγούνται με αυτή για 5 ημέρες και κατόπιν να συνεχίζονται μόνα τους επί 6μηνο αν υπάρχει σαφές παροδικό αίτιο για τη θρόμβωση (π.χ εγχείρηση), για 2-4 χρόνια επί απουσίας παροδικής αιτίας και επ' άοριστο επί υποτροπών χωρίς την ύπαρξη παροδικού αιτίου. INR στόχος μεταξύ 2 και 3.

Η εμβολεκτομή (χειρουργική ή διαδερμική) έχει ένδειξη μόνο σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ΠΕ και αντένδειξη σε θρομβολυτική θεραπεία καθώς και σε αυτούς που αυτή έχει αποτύχει.

Τα φίλτρα της κάτω κοιλίας φλέβας έχουν ένδειξη σε ασθενείς με απόλυτη αντένδειξη στα αντιπηκτικά ΚΑΙ υψηλό κίνδυνο υποτροπιάζουσών ΠΕ (π.χ εγκυμοσύνη με επανειληθμένα επεισόδια VTE ή/και εβδομάδες πριν τον τοκετό). Συστήνεται η απομάκρυνσή τους όταν είναι πλέον δυνατή η λήψη αντιπηκτικών. Επιπλοκές: DVT, απόφραξη IVC, μεταθρομβωτικό σύνδρομο.

Πίνακας 1.

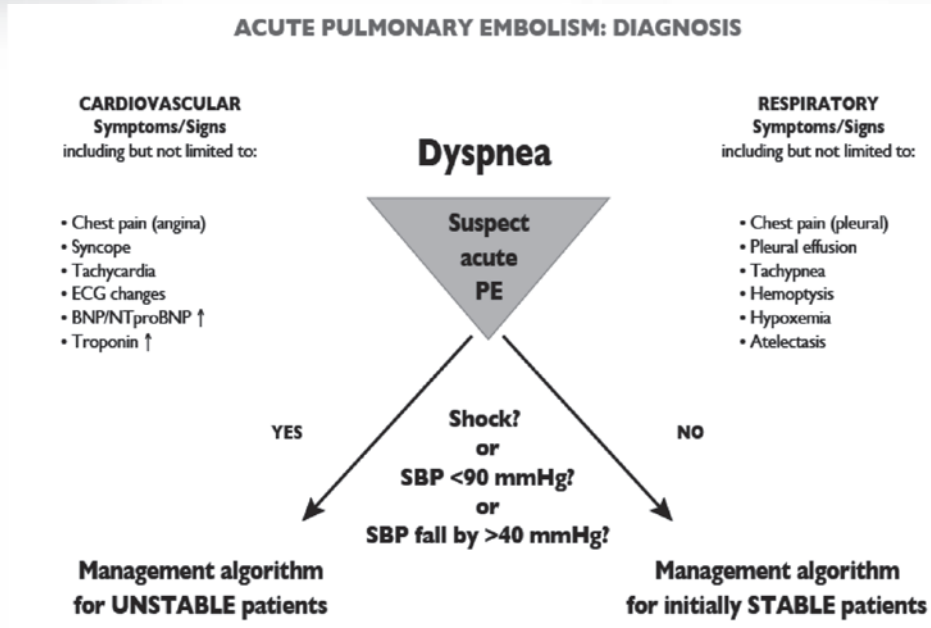
Προδιαθεσικός παράγοντας	Σχετιζόμενος με τον ασθενή	Σχετιζόμενος με την κλινική κατάσταση
Ισχυροί προδιαθεσικοί παράγοντες		
Κάταγμα (ισχίο ή πόδι)		✓
Αντικατάσταση ισχίου ή γόνατος		✓
Μείζον γενικό χειρουργείο		✓
Μείζον τραύμα		✓
Τραυματισμός σπονδυλικής στήλης		✓
Ενδιάμεσοι προδιαθεσικοί παράγοντες		
Αρθροσκοπική επέμβαση γόνατος		✓
Κεντρικές φλεβικές γραμμές		✓
Χημειοθεραπεία		✓
Χρόνια καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια	✓	
Ορμονοθεραπεία	✓	
Κακοήθεια	✓	
Αντισηληπτικά δισκία	✓	
Παραλυτικό ΑΕΕ	✓	
Εγκυμοσύνη / Λοχεία		✓

Προηγούμενη φλεβική θρομβοεμβολή	✓	
Θρομβοφιλία	✓	
Αδύνατοι προδιαθεσικοί παράγοντες		
Κλινοστατισμός > 3 ημέρες		✓
Παρατεταμένη καθιστική θέση (πχ παρατεταμένα οδικά ή αεροπορικά ταξίδια)		✓
Μεγάλη ηλικία	✓	
Λαπαροσκοπική επέμβαση		✓
Παχυσαρκία	✓	
Φλεβικοί κίρσοι	✓	

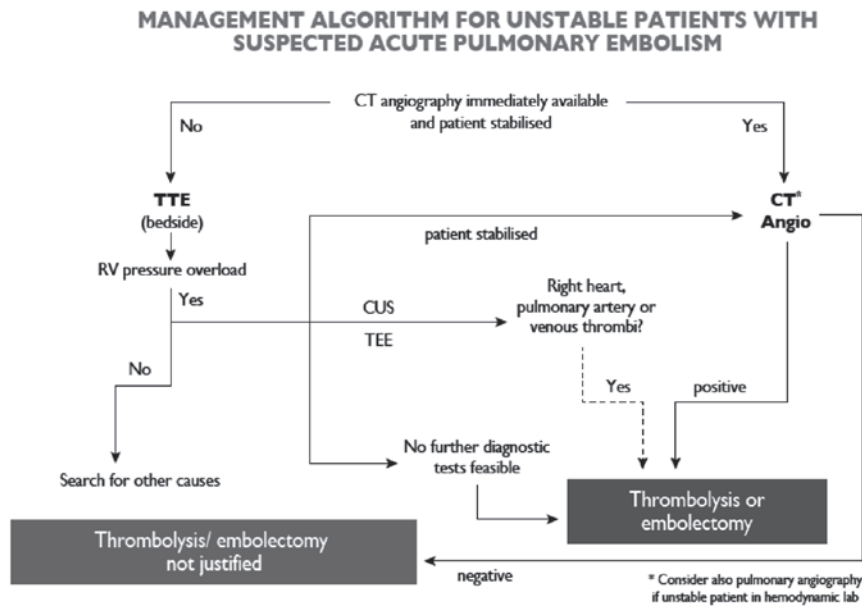
Πίνακας 2

Αναθεωρημένη βαθμολόγηση Γενεύς		Βαθμολόγηση Wells	
Παράμετρος		Παράμετρος	
<i>Προδιαθεσικοί παράγοντες</i>		<i>Προδιαθεσικοί παράγοντες</i>	
Ηλικία > 65 ετών	+1		
Προηγούμενη εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση ή ΠΕ	+3	Προηγούμενη εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση ή ΠΕ	
Χειρουργείο ή κάταγμα τον τελευταίο μήνα	+2	Πρόσφατο χειρουργείο ή ακινητοποίηση	
Ενεργός κακοήθεια	+2	Κακοήθεια	+1
<i>Συμπτώματα</i>		<i>Συμπτώματα</i>	
Ετερόπλευρο άλγος κάτω άκρου	+3		
Αιμόπτυση	+2	Αιμόπτυση	+1
<i>Κλινικά σημεία</i>		<i>Κλινικά σημεία</i>	
Καρδιακή συχνότητα	+3	Καρδιακή συχνότητα	
75-94 σφ/λ	+5	>100 σφ/λ	
≥95 σφ/λ			
Άλγος στην ψηλάφηση εν τω βάθει φλεβών κάτω άκρων και ετερόπλευρο οίδημα	+4	Κλινικά σημεία εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης	+3
		Κλινική εκτίμηση	
		Λιγότερο πιθανή άληθη διάγνωση εκτός της πνευμονικής εμβολής	+3
Κλινική πιθανότητα		Κλινική πιθανότητα (3 επίπεδα)	
Χαμηλή	0-3	Χαμηλή	
Ενδιάμεση	4-10	Ενδιάμεση	
Υψηλή	≥11	Υψηλή	≥7
		Κλινική πιθανότητα (2 επίπεδα)	
		ΠΕ απίθανη	
		ΠΕ πιθανή	>4

Πίνακας 3

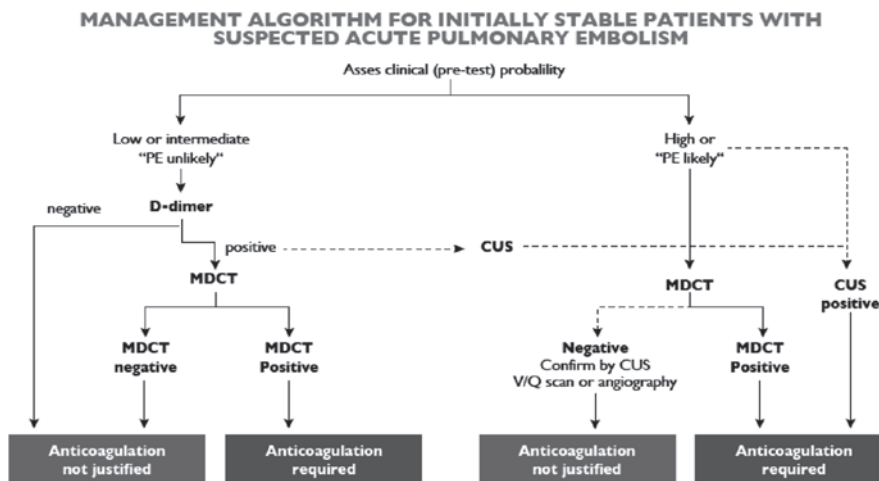


Πίνακας 4



Copyright: IACC Textbook (2011) chapter 64 Pulmonary embolism – Konstantinides S & Torbicki A - Page 661 - Figure 64.1
doi:10.1093/med/9780199584314.001.0001

Πίνακας 5



Copyright: IACC Textbook (2011) chapter 64 Pulmonary embolism – Konstantinides S & Torbicki A - Page 662 - Figure 64.3
 doi:10.1093/med/9780199584314.001.0001

Πίνακας 6

MANAGEMENT STRATEGY FOR INITIALLY STABLE PATIENTS WITH CONFIRMED NON-HIGH RISK PULMONARY EMBOLISM

Markers for myocardial injury	Positive*	Positive**	Negative
Markers for RV overload	Positive*	Positive**	Negative
Clinical risk assessment score	Positive*	Positive**	Negative
Preferred initial anticoagulation	i.v. UFH/LMWH	LMWH/Fonda/NOAC	LMWH/Fonda/NOAC
STRATEGY	ICC monitoring Rescue thrombolysis***	Hospitalisation telemonitoring	Early discharge

* If all three positive
 ** if any of the three positive
 *** Early thrombolysis may prevent hemodynamic decompensation but its use should be considered with great caution as it increases the risk of major hemorrhage and stroke

Καρδιολογία

Πίνακας 7

MANAGEMENT STRATEGY FOR INITIALLY UNSTABLE PATIENTS WITH CONFIRMED HIGH-RISK PULMONARY EMBOLISM

Shock or hypotension	YES			
Recent intracerebral hemorrhage	NO	YES		
Recent surgery or major bleed	NO		YES	
Right heart floating thrombus	NO or small and limited to right heart	NO	NO	YES, particularly if large or protruding via patent foramen ovale
STRATEGY	Thrombolysis, surgical or percutaneous catheter embolectomy	Surgical or Percutaneous catheter embolectomy (availability/experience)	Surgical embolectomy	

i.v. UFH, STABILISE SYSTEMIC BLOOD PRESSURE, CORRECT HYPOXEMIA

Πίνακας 8

PULMONARY EMBOLISM: PHARMACOLOGICAL TREATMENT

Key drugs for initial treatment of patients with confirmed PE

Unstable	Alteplase (rtPA) (intravenous)	100 mg/2 h or 0.6 mg/kg/15 min (max 50 mg)
	Urokinase (intravenous)	3 million IU over 2 h
	Streptokinase (intravenous)	1.5 million IU over 2 h
	Unfractionated heparin (intravenous)	80 IU/kg bolus + 18 IU/kg/h
Stable	Enoxaparine (subcutaneous)	1.0 mg/kg BID or 1.5 mg/kg QD
	Tinzaparin (subcutaneous)	175 U/kg QD
	Fondaparinux (subcutaneous)	7.5 mg (50-100 Kg of body weight) 5 mg for patients <50 kg, 10 mg for patients >100 kg
	Rivaroxaban (oral)	15 mg BID (for 3 weeks, then 20 mg QD)
	Other new oral anticoagulants	Pending approval for pulmonary embolism

Πίνακας 9

Contraindications to fibrinolytic therapy

Absolute contraindications

- † Haemorrhagic stroke or stroke of unknown origin at any time
- † Ischaemic stroke in preceding 6 months
- † Central nervous system damage or neoplasms
- † Recent major trauma/surgery/head injury (within preceding 3 weeks)
- † Gastrointestinal bleeding within the last month
- † Known bleeding

Relative contraindications

- † Transient ischaemic attack in preceding 6 months
- † Oral anticoagulant therapy
- † Pregnancy or within 1 week post partum
- † Non-compressible punctures
- † Traumatic resuscitation
- † Refractory hypertension (systolic blood pressure ≥ 180 mmHg)
- † Advanced liver disease
- † Infective endocarditis
- † Active peptic ulcer

Παιδιατρική

15. Επείγοντα Παιδιατρικά Προβλήματα - Βασικές Αρχές Αντιμετώπισης στο Γενικό Ιατρείο

Αλέξανδρος Μάκης

I. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Επείγουσα παθολογική κατάσταση στα παιδιά θεωρείται εκείνη η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά θα οδηγήσει σε καρδιοαναπνευστική ανακοπή (Κ.Α.Α). Υπάρχει δυνατότητα πρόληψης της Κ.Α.Α στα παιδιά. Το κλειδί για την πρόληψη είναι η έγκαιρη αναγνώριση των κλινικών σημείων της καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας και η αποτροπή της εξέλιξής της σε Κ.Α.Α. μέσω παροχής ικανοποιητικής οξυγόνωσης - αερισμού - αιμάτωσης.

II. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΗΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Αναπνευστικό: Ταχύπνοια, εισοδικές, χρήση επικουρικών μυών, αναπέταση ρινικών πτερυγίων, σιγμός, συρρίουσα αναπνοή, κυάνωση σημαίνουν αναπνευστική δυσχέρεια. Βραδύπνοια, ακανόνιστη αναπνοή, μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι, έκταση της κεφαλής με την εισπνοή σημαίνουν μη- αντιτροπούμενη αναπνευστική δυσχέρεια.

Κυκλοφορικό: Πρέπει να μετρώνται η καρδιακή συχνότητα και η αρτηριακή πίεση (Πίνακας 1). Το κατώτερο όριο συστολικής είναι 70+(2x έτη ηλικίας). Εκτιμάται ο περιφερικός σφυγμός εάν είναι παρών-απών και η έντασή του. Εκτιμάται επίσης η αιμάτωση του δέρματος με την τριχοειδική επαναφορά (φυσιολογικό < 2sec), η θερμοκρασία και χρώμα του δέρματος

Ταχεία εκτίμηση του βαριά άρρωστου παιδιού (ABCD, < 1 λεπτό)

Πρέπει να εκτιμώνται τα εξής:

Αεραγωγός και αναπνοή (A, B): αναπνευστική προσπάθεια, αριθμός αναπνοών, σιγμός ή συρρίγιμος, ακρόαση για είσοδο αέρα, κυάνωση

Κυκλοφορία (C): Αριθμός σφύξεων, μέγεθος σφυγμού, τριχοειδική επαναιμάτωση, θερμοκρασία δέρματος ή πρωκτού

Αναπνρία (D): επίπεδο συνείδησης, στάση σώματος - υποτονία, αποφλοιώση - απεγκεφαλισμός, μέγεθος και αντίδραση κορών.

Πρέπει να μετράται η γλυκόζη αίματος, να λαμβάνεται βασικό ιστορικό - απεγκεφαλισμός, μέγεθος και αντίδραση κορών, τραύματος, απόπνοιας, ουλών ή εάν υπάρχει βραχιολιάκι medical alert.

Οι φυσιολογικές τιμές των ζωτικών σημείων στα παιδιά φαίνονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Φυσιολογικές τιμές ζωτικών σημείων στα παιδιά

Ηλικία	Σφύξεις/λεπτό	Αναπνοές/λεπτό	ΑΠ (συστ./διαστ.), mmHg
Νεογνά	140 +/- 50	30 - 60	75/50
1-6 μηνών	130 +/- 45	30 - 40	80/46
6-12 μηνών	115 +/- 40	24 - 30	96/65
12-24 μηνών	110 +/- 40	20 - 30	99/65
2-6 ετών	105 +/- 35	20 -25	100/60
6-12 ετών	95 +/- 30	16 -20	110/60
>12 ετών	82 +/- 25	12 - 16	120/70

III. ΑΙΤΙΕΣ Κ.Α.Α. ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ



A. Απώλεια υγρών

Γαστρεντερίτιδα

Χρειάζεται να γίνεται εκτίμηση της βαρύτητας της αφυδάτωσης με βάση τον Πίνακα 2. Μεταφορά σε νοσοκομείο χρειάζεται όταν υπάρχει δυσχέρεια χορήγησης υγρών από το στόμα (ποηληπιό έμετοι) ή όταν ο βαθμός της αφυδάτωσης είναι > 5%. Κατά τη μεταφορά χορηγείται ενδοφλέβια NaCl 0,9% (10-20 ml/kg).

Πίνακας 2. Εκτίμηση της βαρύτητας της αφυδάτωσης στα παιδιά

Κλινικά κριτήρια	Ήπια	Μέτρια	Βαριά
Απώλεια βάρους	< 5%	5-10%	10-15%
Σπαργή δέρματος	ελαττωμένη	αίρεται σε πτυχή	η πτυχή παραμένει
Θερμοκρασία άκρων	ψυχρά	πολύ ψυχρά	πολύ ψυχρά
Αρτηριακή πίεση	φυσιολογική	φυσιολογική	πολύ χαμηλή
Σφυγμός	φυσιολογικός	ταχύς	πολύ ταχύς
Αποβολή ούρων	φυσιολογική	ελαττωμένη	απουσία
Δάκρυα	παρουσία	ελαττωμένα	απουσία
Εισοδική βοήθων	απουσία	μέτρια	μεγάλη
Εισοδική πηγής (βρέφη)	απουσία	μέτρια	μεγάλη
Δίψα	μεγάλη	μέτρια	Απουσία λόγω ληθάργου
Επίπεδο συνείδησης	φυσιολογικό	ανησυχία ή υπνηλία	λήθαργος

Απώλεια πλάσματος

Συμβαίνει συνήθως σε σοβαρό έγκαυμα ή σε νεφρωσικό σύνδρομο. Όταν σε παιδί διαπιστωθούν οιδήματα και πνευμονοπαθολογία (stick) τίθεται η σκέψη για νεφρωσικό στο οποίο μπορεί να συμβεί υπόταση λόγω υποαλβουμιναιμίας. Χρειάζεται παραπομπή σε νοσοκομείο με ενδοφλέβια NaCl 0,9% (10-20 ml/kg).

B. Κατανομή υγρών

Σηπτικό shock

Συχνότερη αιτία η μηνιγγιδοκοκκική λοίμωξη (σηψαιμία, μηνιγγίτιδα). Αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στα παιδιά. Κλινικά και διαγνωστικά κριτήρια είναι: πυρετός, υποθερμία, ταχυκαρδία, αιμορραγικό εξάνθημα, αυχενική δυσκαμψία, ενώ λόγω ανεπαρκούς αιμάτωσης των ιστών μπορεί να υπάρχουν διαταραχές επιπέδου συνείδησης, βραδεία τριχοειδική επαναφορά >2sec, αδύναμος περιφερικός σφυγμός και διούρηση < 1ml/kg/hr. Επί υποψίας της κατάστασης αυτής χρειάζεται χορήγηση ενδοφλέβια NaCl 0,9% σε ταχεία έγχυση 10-20 ml/kg, ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή δόση κεφαλοσπορίνης γ' γενιάς (π.χ κεφτριαξόνη) και άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο.

Παιδιατρική

Καρδιακές παθήσεις

- Καρδιακή κάμψη. Η αναγνώριση της καρδιακής κάμψης γίνεται όταν υπάρχουν: ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αδυναμία λήψης τροφής, επιδρώσεις, ηπατομεγαλία, οίδημα (περικογχικό, προσώπου), διέγερση ή λήθαργος, αρδιακό φύσημα. Όταν διαπιστωθούν τέτοια σημεία χρειάζεται χορήγηση ενδοφλέβιας φουροσεμίδης 1 mg/kg και μεταφορά σε νοσοκομείο.
- Βραδυκαρδία. Ως βραδυκαρδία στα παιδιά ορίζεται η διαπίστωση σφύξεων ανά λεπτό < 60-80 στα νεογνά και < 50 στα παιδιά. Όταν υπάρχουν συμπτώματα χορηγείται ατροπίνη 0.01-0.03 mg/kg iv κάθε 4-6 ώρες ή ισοπροτενερόλη.
- Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία επανεισόδου. Στην κατάσταση αυτή διαπιστώνονται σφύξεις > 240/λεπτό. Μπορεί αρχικά να γίνουν χειρισμοί αύξησης τόνου πνευμονογαστρικού, όπως γλωσσοπίετρο στο φάρυγγα ή παγοκύστες στο πρόσωπο και στη συνέχεια μεταφορά σε νοσοκομείο.

Αναφυλαξία

Στα παιδιά η κλινική εικόνα της αναφυλαξίας φαίνεται στον Πίνακα 3. Η αντιμετώπιση της αναφυλαξίας είναι:

Αδρεναλίνη: 1:1000: 0,01 ml/kg/δόση, ενδομυϊκά ή υποδόρια (μέγιστη δόση 0,5 ml), μέχρι 3 δόσεις, κάθε 15 λεπτά. Αντιισταμινικά: διφαινυδραμίνη 1mg/kg/δόση po, iv, υδροξυζίνη 0,5-1 mg/kg/δόση po, im. Κορτικοστεροειδή: υδροκορτιζόνη 5-10 mg/kg/δόση, μεθυλπρεδνιζολόνη 1-2 mg/kg/δόση iv.

Σε ανθεκτική υπόταση το παιδί τίθεται σε θέση Trendelenburg, χορηγούνται iv υγρά > 30 ml/kg/1h ώρα, αδρεναλίνη: 1:10.000 iv, 0,001 ml/kg/min. Σε περίπτωση βρογχόσπασμου: εισπνοή σαλβουταμόλης 0,02-0,03 ml/kg/δόση + 3 ml NaCl 0,9%. Σε περίπτωση θωρακικού οιδήματος: εισπνοή αδρεναλίνης 1:1000, 0,5 ml/kg + 3 ml NaCl 0,9%

Πίνακας 3. Κλινική εικόνα της αναφυλαξίας

Σύστημα	Σημεία	Συμπτώματα
Δέρμα και βλεννογόνοι	Ερύθημα, κνίδωση, αγγειοοίδημα	Κνησμός, δακρύρροια, ρινόρροια, αίσθημα, θερμότητας
Αναπνευστικό	Συρρίτωση αναπνοή, θωρακικό οίδημα, ασφυξία	Βήχας, ταχύπνοια, δύσπνοια, βράγχος, φωνής, πνιγμονή, κόμπος στο λαιμό, παρμώ
Καρδιαγγειακό	Ταχυκαρδία, υπόταση, αρρυθμίες, συγκοπή, shock	Αίσθημα παλμών, αδυναμία, λιποθυμία, οπισθοστερνικό άλγος
Γαστρεντερικό	Κοιλιακή διάταση, έμετοι, διάρροια	Κοιλιακό άλγος (κοιλιακές κράμπες), ναυτία, μετεωρισμός, δυσφαγία
Νευρικό - άλλα	Επιδρώση, ακράτεια ούρων-κοπράνων, σπασμοί, συγκοπή	Σύγχυση, κεφαλαλγία, απώλεια προσανατολισμού, παραισθήσεις

Γ. Αναπνευστική ανεπάρκεια

Ξένο σώμα αεραγωγών

Συνήθως υπάρχει αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων με βήχα και αίσθημα πνιγμονής

Μερική απόφραξη. Υπάρχει βήχας, το παιδί μπορεί να κλαίει, η ομιλία δεν έχει επηρεαστεί, έχει καλό επίπεδο συνείδησης, ενώ μπορεί να υπάρχουν εισοϊκές μεσοπλευρίων. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται χορήγηση οξυγόνου, ενθάρρυνση για βήχα και ποτέ δε γίνεται τυφή προσπάθεια αφαίρεσης με το δάχτυλο, επειδή αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω ενσφίνωση. Στη συνέχεια πρέπει να γίνεται μεταφορά σε νοσοκομείο

Σοβαρή απόφραξη. Υπάρχει αφωνία, αδύναμος βήχας, ασθενική αναπνοή, κυάνωση, μειωμένο επίπεδο συνείδησης. Χρειάζεται επείγουσα μεταφορά σε νοσοκομείο. Σε βρέφος με σοβαρή απόφραξη με καλές αισθήσεις μπορεί να γίνουν 5 πλήξεις ανάμεσα στις ωμοπλάτες εναλλάξ με 5 θωρακικές συμπίεσεις κάτωθεν της γραμμής που ενώνει τις θηλές. Σε μεγάλο παιδί μπορεί να γίνουν 5 πλήξεις στη πλάτη εναλλάξ με 5 κοιλιακές συμπίεσεις (χειρισμός Heimlich). Οι χειρισμοί συνεχίζονται μέχρι αποβολής του ξένου σώματος. Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του πρέπει να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Λαρυγγοτραχειίτιδα

Πρόκειται για νόσημα ιογενούς αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από υλικώδη βήχα, βράγχος φωνής, εισπνευστικό συριγμός, εισοϊκές, μερικές φορές πυρετός και καλή όψη. Σπάνια μπορεί να συμβεί οίδημα λάρυγγος και απόφραξη. Η αντιμετώπιση είναι: υγροποιημένο οξυγόνο, εισπνοή αδρεναλίνης 0,05ml/Kg, δεξαμεθαζόνη 0,15 - 0,6 mg/Kg παρεντερικά ή από το στόμα, εισπνοή βουτεσονίδης 2 mg/2 ml.

Επιγλωττίτιδα

Πρόκειται για νόσημα μικροβιακής αιτιολογίας (αιμόφιλος ινφλουέντζας b) και χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη, υψηλό πυρετό, τοξική όψη, αφωνία, σιελορροία, πονόλαιμο, εισπνευστικό συριγμό μέχρι βαριά αναπνευστική δυσχέρεια και απόφραξη. Μην ξετάσετε το στόμα, μην τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα, χορηγήστε οξυγόνο και κεφτριαξόνη im και τοποθετήστε φλεβική γραμμή για τη μεταφορά σε νοσοκομείο

Ασθματική κρίση (αναφέρεται από άλλο ομιλητή)

Βρογχιολίτιδα

Πρόκειται για ιογενές νόσημα που εκδηλώνεται κυρίως στη βρεφική ηλικία με ρινική συμφόρηση και καταρροή, ενίοτε πυρετό, μειωμένη σίτιση, ταχύπνοια, συρίττουσα αναπνοή, επίμονο βήχας, εισωλικές μεσοπλευριών, ναπέταση ρινικών πτερυγίων, ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις υπάρχει γογγυσμός και κυάνωση. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση υγροποιημένου οξυγόνου, οι χειρισμοί περιορίζονται στους απολύτως απαραίτητους (κίνδυνος κόπωσης του παιδιού), χορηγούνται εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά ή εισπνοή αδρεναλίνης 1:1000 - 0,05ml/Kg + 3 ml NaCl 0,9% και στη συνέχεια παραπομπή σε νοσοκομείο.

Δ. Καταστολή ΚΝΣ

Κώμα

Κώμα είναι η κατάσταση απώλειας της συνείδησης κατά την οποία ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται σε οποιασδήποτε έντασης ερέθισμα. Η αντιμετώπισή του πρέπει να προηγείται της αιτιολογικής διάγνωσης, ακόμη και της εξέτασης του αρρώστου. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει: 1. να ελεγχθεί η βατότητα των αεροφόρων οδών και να χορηγηθεί οξυγόνο, 2. να ελεγχθεί η αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, 3. γίνεται φλεβοκέντηση για έλεγχο υπογλυκαιμίας (Dextro) και διατηρούμε τη φλέβα ανοιχτή χορηγώντας ισότονα ή υπερτόνα υγρά, 4. επί υπογλυκαιμίας χορηγείται γλυκόζη από διάλυμα Dextrose 25% σε δόση 2ml/Kg, 5. εάν παρουσιάζει πυρετό ή εξάνθημα χορηγείται κεφαλοσπορίνη γ' γενιάς και αντιμετωπίζεται ο πυρετός, 6. αν υπάρχει υποψία λήψευς ναρκωτικών αναλγητικών ή οπιούχων δίνουμε υδροχλωρική ναλοξόνη σε δόση 0,01-0,1 mg/Kg. Να σημειωθεί ότι το παιδί τοποθετείται σε πλάγια θέση, ώστε να αποφύγουμε πιθανές εισροφές. Τα αίτια μπορεί να είναι: σπασμοί (status epilepticus), φλεγμονή ΚΝΣ, μεταβολικό νόσημα, δηλητηριάσεις, αιμορραγία ΚΝΣ ή αύξηση ενδοκράνιας πίεσης.

Status epilepticus (αναπτύσσεται από άλλο ομιλητή)

Φλεγμονή ΚΝΣ

Μπορεί να οφείλεται σε μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα. Η σοβαρότερη είναι η μηνιγγίτιδα, κυρίως η μικροβιακή, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με πυρετό ή υποθερμία, ταχυκαρδία, κεφαλαλγία, φωτοφοβία, εμέτους, νωθρότητα, υπνηλία και να διαπιστωθεί αιμορραγικό εξάνθημα ή σημεία μηνιγγικού ερεθισμού. Σημειώνεται ότι τα σημεία μηνιγγικού ερεθισμού δε διαπιστώνονται στα μικρά παιδιά και βρεφν. Επί υποψίας μικροβιακής μηνιγγίτιδας χορηγείται κεφαλοσπορίνη γ' γενιάς, τοποθετείται φλεβική γραμμή και γίνεται μεταφορά σε νοσοκομείο.

Μεταβολικό νόσημα

Το συχνότερο είναι η διαβητική κετοξέωση στην οποία διαπιστώνεται γλυκόζη > 250 mg%, γλυκοζουρία, κετοναιμία, κετονουρία και οξέωση. Μπορεί να υπάρχει ταχύπνοια (αναπνοή Kussmaul), απόπνοια κετόνης, πολυουρία-πολυδιψία-πολυφαγία, απώλεια βάρους, κοιλιακό άλγος-ενίοτε έντονο σαν οξεία κοιλία και σε σοβαρές περιπτώσεις κώμα. Διακρίνεται σε ήπια (pH 7.25-7.30, HCO₃ 15-18 mEq/l, χάσμα ανιόντων >1), μέσης βαρύτητας (pH 7. 00 -7. 24, HCO₃ 10 -15 mEq/l, χάσμα ανιόντων >12) και βαρεία (pH <7.00, HCO₃ <10 mEq/l, χάσμα ανιόντων >14). Χρειάζεται να γίνει άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο για την αντιμετώπιση βάσει πρωτοκόλλου. Για τη μεταφορά πρέπει να χορηγηθεί bolus φυσιολογικός ορός.

Δηλητηριάσεις

Πρέπει πάντα να γίνεται επικοινωνία με το Κέντρο Δηλητηριάσεων για καταγραφή και οδηγίες. Γίνεται πρόκληση εμέτου με ιπεκακουάνα (Ipecavanom, 6-9 μηνών 5 ml, 9-12 μηνών 10 ml, > 1 έτος 15 ml, μετά από 20 λεπτά επανάληψη). Απαγορεύεται η πρόκληση εμέτου όταν το παιδί είναι σε κώμα για την αποφυγή εισρόφησης και όταν έχει καταπιεί καυστικές ουσίες, αλκάλια ή πετρελαιοειδή για την αποτροπή διάβρωσης του οισοφάγου ή της χημικής πνευμονίας. Στην περίπτωση που η δηλητηρίαση είναι από οπιούχα - ναρκωτικά αναλγητικά χορηγείται ναλοξόνη και όταν είναι από βενζοδιαζεπίνες ή αιθανόλη χορηγείται anexate (flumazenil). Στη συνέχεια γίνεται μεταφορά σε νοσοκομείο για περαιτέρω ειδική αντιμετώπιση.

IV. ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΕΝΙΚΟΥ - ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| - NaCl 0,9%, Ringer's, Dextrose 25% | - Φουροσεμίδη | Βουτενοσίδη (εισπν.) |
| - O ₂ με νεφελοποιητή | - Υδροξυζίνη ή διφαινυδραμίνη | - Διαζεπάμη, μιδαζολάμη, φαινυτοϊνη |
| - Αδρεναλίνη (1:1000) | - Υδροκορτιζόνη, | - Ιπεκακουάνα |
| - Ατροπίνη | μεθυλπρεδνιζολόνη, δεξαμεθαζόνη | - Ναλοξόνη |
| - Κεφτριαξόνη | - Σαλβουταμόλη, ιπρατρόπιο, | - Stick ούρων, dextrostick |

16. Θεραπευτική Αντιμετώπιση Σπασμών – Status Epilepticus στα Παιδιά

Ιλιάδα Νάκου

Ο όρος επεισόδιο σπασμών ή επιληπτική κρίση σημαίνει:

- οξεία παροδική εγκεφαλική διαταραχή που οφείλεται σε ανώμαλη, υπέρμετρη και συγχρονισμένη παροξυσμική εκπόλωση νευρώνων του εγκεφάλου, κυρίως του εγκεφαλικού φλοιού.
- 3-5% των παιδιών και εφήβων < 16 ετών παρουσιάζει τουλάχιστον 1 επεισόδιο σπασμών εκ των οποίων 50% είναι πυρετικοί.
- 1 στα 100 παιδιά έχει επιληψία.

Η σπασμωδική επιληπτική κατάσταση ή convulsive status epilepticus είναι κατάσταση παρατεταμένων σπασμών > 5 λεπτά ή επίμονοι-επαναλαμβανόμενοι σπασμοί χωρίς ανάκτηση της συνείδησης ενδιάμεσα.

- Είναι η πιο συχνή επείγουσα νευρολογική κατάσταση στα παιδιά.
- Αφορά 4-8/1000 παιδιά < 15 ετών.
- > 30% είναι πυρετική.
- Προκαλεί σοβαρή νοσηρότητα σε 10- 15% και θνησιμότητα σε 3-11%.

Οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν:

- υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών(αεραγωγός-αναπνοή-κυκλοφορία).
- Διακοπή κλινικού και ηλεκτρικού φαινομένου των σπασμών.
- Αναγνώριση και διόρθωση προδιαθεσικών παραγόντων.
- Διάγνωση και θεραπεία επικίνδυνων για τη ζωή αιτιών.
- Πρόληψη και θεραπεία συστηματικών επιπλοκών.

Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να είναι:

- Άμεση, εύκολη στη χορήγηση , αποτελεσματική ,ασφαλής , με μακρά αντισπασμωδική δράση

Η ουλοπαραϊακή μιδαζολάμη προτείνεται ως θεραπεία εκλογής εξωνοσοκομειακά, αλλά και σε ασθενείς που δεν έχουν ακόμη ανοιχτή φλεβική γραμμή. συνέχεια πρώτης γραμμής φάρμακα παραμένουν οι βενζοδιαζεπίνες, η φαινυτοΐνη και η φαινοβαρβιτάλη.

Απαιτούνται πιο εκτεταμένες μελέτες για την υπεροχή νεότερων αντιεπιληπτικών έναντι των παλαιότερων.

Η άμεση διάγνωση και φαρμακευτική αντιμετώπιση του status epilepticus είναι καθοριστική για καλή νευρολογική έκβαση.

17. Αντιμετώπιση Ασθματικού Παροξυσμού

Το ασθμα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή των αεραγωγών η οποία χαρακτηρίζεται από βρογχική υπεραπαντητικότητα, που προκαλεί διαχυτή, ποικίλου βαθμού στένωση των βρόχων. Ως ασθματικός παροξυσμός χαρακτηρίζεται το επεισόδιο το οποίο εκδηλώνεται με αιφνίδια ή προοδευτικά επιδεινούμενη ασθματική συμπτωματολογία. Τα συνήθη αίτια ασθματικού παροξυσμού είναι: ροιμώξεις του αναπνευστικού, εισπνεόμενα αλλεργιογόνα, άσκηση, έκθεση σε καπνό, αλλαγές θερμοκρασίας και υγρασίας περιβάλλοντος. Τα σπανιότερα είναι τροφικά αλλεργιογόνα, έντονη συναισθηματική φόρτιση και το στρες. Ο ασθματικός παροξυσμός μπορεί να εκδηλωθεί με αναπνευστική δυσχέρεια (εισοδικές, κυάνωση) ταχύπνοια, συσφικτικό αίσθημα στο στήθος, συριγμό, βήχα, μειωμένη αντοχή στην άσκηση. Διακρίνεται κυρίως με βάση κλινικά κριτήρια σε ήπιο, μέτριο, σοβαρό και απειλητικό για τη ζωή.

Αντιμετώπιση στο σπίτι και το ιατρείο

Αρχικά χρησιμοποιούνται οι εισπνεόμενοι Β αγωνιστές βραχείας δράσης (σαλβουταμόλη) 2-4 ψεκασμοί, που μπορεί να επαναληφθούν κάθε 20 -30 min. την πρώτη ώρα. Αν υπάρχει ανταπόκριση συνεχίζουμε την χορήγηση κάθε 3 - 4 ώρες. Αν δεν υπάρχει ανταπόκριση μπορεί να χορηγηθούν έως και 10 ψεκασμοί κάθε 1 -2 ώρες ή πλήρης δόση Β αγωνιστών με νεφελοποιητή σε λιγότερο από μία ώρα. Εναλλακτικά μπορεί να γίνει χρήση φορμoterόλης (αγωνιστής μακράς δράσης). Επίσης μπορεί να χορηγηθεί πρεδνιζολόνη ή μεθυλοπρεδνιζολόνη 0,5 - 1 mg / kg από το στόμα για 3 - 5 ημέρες. Η χορήγηση δεξαμεθαζόνης σε δόση 0,6 mg/kg εφάπαξ ή για 2 ημέρες μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά. Τέλος μπορεί να χρησιμοποιηθούν εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή (βουδεσονίδη, φλουτικαζόνη) ή / και μουντελοκάστη.

Αντιμετώπιση στο ΤΕΠ / Νοσοκομείο

Αντιμετωπίζουμε τον ήπιο παροξυσμό με σαλβουταμόλη (2,5mg < 5 χρ, 5mg > 5 χρ.) και πιθανά πρεδνιζολόνη 1 - 2 mg / kg από το στόμα για 3 -5 ημέρες. Σε μέτριο παροξυσμό χορηγούμε Ο αν SATO < 92 %, σαλβουταμόλη 3 δόσεις, μία κάθε 20 λεπτά. Αν δεν υπάρχει απάντηση στην πρώτη δόση σαλβουταμόλης προσθέτουμε βρωμιούχο ιπρατρόπιο 250 μg. Τέλος πρεδνιζολόνη από το στόμα 1 mg / kg για 3 - 5 ημέρες ή όσο χρειαστεί. Στο σοβαρό παροξυσμό χορηγούμε Ο ώστε SATO > 92 %, σαλβουταμόλη νεφελοποιημένη κάθε 20 min με προσθήκη βρωμιούχου ιπρατρόπιου 250 μg και πρεδνιζολόνη POS ή μεθυλοπρεδνιζολόνη POS ή I.V. 1 - 2 mg / kg / ώρα σε 1 - 2 δόσεις. Αν απαντά δίνουμε σαλβουταμόλη κάθε 1 - 4 ώρες και πρεδνιζολόνη 1 - 2 mg / kg από το στόμα για 3 -5 ημέρες. Αν δέν απαντά απαιτείται μεταφορά σε Μονάδα και χορήγηση σαλβουταμόλης I.V. bolus, > 2 χρ 15 μg / kg, < 2 χρ έγχυση 1 μg / kg / min, σαλβουταμόλη neb κάθε 20 min. Αν δεν απαντά αντιμετωπίζουμε ως απειλητικό για τη ζωή.

18. Οξεία χειρουργική κοιλία

Αθανάσιος Κιτσάκος

Ονομάζουμε τη κλινική κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εμφανίζει αιφνίδια μία ενδοκοιλιακή πάθηση η οποία χρήζει συνήθως επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης. Η συνθεότερη αιτία Ο.Χ.Κ. είναι οι περιτονίτιδες. Συνήθως η κλινική εκτίμηση του αρρώστου είναι δύσκολη και συχνά είναι αδύνατον να τεθεί με σιγουριά η διάγνωση. Στις περιπτώσεις αυτές προβάλλει, πολύ συχνά επιτακτικά, το ερώτημα αν ο άρρωστος πρέπει ή όχι να χειρουργηθεί. Η απόφαση λαμβάνεται μετά από προσεκτική εκτίμηση του ιστορικού, της κλινικής εικόνας και των εργαστηριακών ευρημάτων.

Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα των παθήσεων που προκαλούν Ο.Χ.Κ. χαρακτηρίζονται από πόνο σωματικό ή σπληνικό με επέκταση και αντανάκλαση μακριά από το πάσχων σημείο, ανορεξία, ναυτία, εμέτους, διαταραχές των κενώσεων (διάρροια ή δυσκοιλιότητα) και πυρετό. Η κλινική εξέταση αναδεικνύει διάχυτη ή εντοπισμένη κοιλιακή ευαισθησία, σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος και διαταραχές στο περισταλτισμό εντέρου. Ο πόνος αποτελεί το κύριο σύμπτωμα και θα πρέπει να εκτιμηθούν οι χαρακτήρες του. Η σωστή λήψη του ιστορικού του αρρώστου είναι απαραίτητη και μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στη διάγνωση της Ο.Χ.Κ. Πρέπει ειδικά να αναζητηθεί η λήψη διαφόρων φαρμάκων, όπως αντιπηκτικών, αντισυλληπτικών και κορτικοειδών. Τέλος, το γυναικολογικό ιστορικό είναι απαραίτητο για τη διάγνωση διαφόρων γυναικολογικών παθήσεων που προκαλούν ο.κ.

Κλινική εξέταση

Τα γενικά συμπτώματα όπως ο υψηλός πυρετός, η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, η πτώση της αρτηριακής πίεσης εμφανίζονται στις περιπτώσεις που έχουν ταχεία εξέλιξη ή σε προχωρημένα στάδια της Ο.Χ.Κ. Εξέταση της κοιλίας περιλαμβάνει επισκόπηση, ακρόαση, επίκουση και ψηλάφηση. Απαραίτητη η δακτυλική εξέταση από το ορθό και τον κόλπο. Ειδικά κλινικά σημεία. 1) Σημείο Ιλαγονσοΐτη. 2) Σημείο θυροειδούς τρήματος. 3) Η πλήξη του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος 4) Σημείο Murphy. 5) Σημείο παλινδρομής ευαισθησίας (Blumberg). 6) Σημείο Rovsing.

Εργαστηριακός έλεγχος

Παρά το γεγονός ότι με το ιστορικό και την κλινική εξέταση μπορούν να διαγνωστούν τα 2/3 περίπου των περιπτώσεων, ο εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, για τη λύση διαφόρων διαγνωστικών προβλημάτων και για την προεγχειρητική προετοιμασία των αρρώστων που έχουν ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης.

Ακτινολογικός έλεγχος

Σε όλους τους αρρώστους πρέπει να γίνει: α/α θώρακα, α/α κοιλίας σε όρθια και ύπτια θέση και απλή Ν.Ο.Κ. Ο US και CT έλεγχος ακολουθούν.

Διαφορική διάγνωση

1. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου. 2. Η οξεία ηπατίτιδα. 3. Παθήσεις του θώρακα. 4. Μεσεντέρια αδενίτιδα. 5. Η οξεία σαλπιγγίτιδα. 6. Οξεία πορφυρία και η δρεπανοκυπαρική αναιμία.

Αρχές θεραπείας της Ο.Κ.

Υπάρχει απόλυτη ένδειξη για άμεση χειρουργική επέμβαση εφ' όσον έχει τεθεί η διάγνωση της Ο.Χ.Κ. Σε αμφίβολες επίσης περιπτώσεις, εφ' όσον τα κλινικά ευρήματα (γενικά και τοπικά) δεν είναι πειστικά και η γενική κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, επιβάλλεται η συνεχής και δραστική παρακολούθηση με συχνό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Η τακτική αυτή μπορεί να αποτρέψει αρκετές άσκοπες χειρουργικές επεμβάσεις. Η χορήγηση αναλγητικών είναι ένα αμφιλεγόμενο θέμα ενώ η χορήγηση αντιβιοτικών πρέπει να αρχίσει αφού τεθεί η διάγνωση. Η ρινογαστρική παροχέτευση είναι απαραίτητη.

19. Βασικές αρχές αντιμετώπισης πολυτραυματία

Βασίλειος Νούσιος

Οι θάνατοι λόγω τραύματος εκτιμούνται παγκοσμίως σε πάνω από 5.000.000 / έτος με τη συνολική νοσηρότητα να υπολογίζεται στο 12%. Οι θάνατοι αυτοί αναμένεται να αυξηθούν δραματικά την επόμενη δεκαετία και υπολογίζεται ότι θα αφορούν το 10% της συνολικής θνητότητας. Το ετήσιο κόστος του τραύματος παγκοσμίως υπολογίζεται ότι ξεπερνάει τα 500 δισ. δολάρια, ενώ στην πραγματικότητα είναι ακόμα μεγαλύτερο υπολογίζοντας ότι το τραύμα αποδεκατίζει τα νεώτερα και παραγωγικότερα τμήματα της κοινωνίας.

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμια κλίμακα, για την αρχική αντιμετώπιση του πολυτραυματία εφαρμόζονται αρχές και προτεραιότητες όπως καθορίζονται από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ATLS (Advanced Trauma Life Support), το οποίο εκπονείται και καθοδηγείται από την Επιτροπή Τραύματος του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών. Τονίζεται ότι όσα διδάσκονται για το ATLS δεν αφορούν στην οριστική αντιμετώπιση των επιμέρους κακώσεων, αλλά στη συνολική αντιμετώπιση του τραυματία κατά την πρώτη, κρίσιμη, ώρα που εν πολλοίς καθορίζει την τελική έκβαση της κατάστασης ενός τραυματία.

Στον τραυματία με σοβαρές κακώσεις πρέπει να εφαρμόζεται μια λογική ακολουθία προτεραιοτήτων αντιμετώπισης βασισμένη σε μια ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασής του. Η αντιμετώπισή του συνίσταται σε μια γρήγορη πρωτοβάθμια εκτίμηση, στην αναζωογόνηση των ζωτικών του λειτουργιών, σε μια πιο λεπτομερή δευτεροβάθμια εκτίμηση και τέλος, στην έναρξη της οριστικής θεραπείας.

Πρωτοβάθμια εκτίμηση - αναζωογόνηση

Κατά την πρωτοβάθμια εκτίμηση διαπιστώνονται και ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται οι καταστάσεις που απειλούν τη ζωή.

Οι προτεραιότητες εκτίμησης - αντιμετώπισης είναι για όλους τους τραυματίες ίδιες και έχουν καθιερωθεί παγκοσμίως με τον μνημοτεχνικό κανόνα των ABCDE:

Airway: Διατήρηση - εξασφάλιση της βατότητας του αεραγωγού, με ταυτόχρονη προστασία της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Breathing: εκτίμηση - εξασφάλιση επαρκούς αερισμού και οξυγόνωσης.

Circulation: έλεγχος κυκλοφορίας και της αιμορραγίας.

Disability: έλεγχος της νευρολογικής κατάστασης του τραυματία.

Exposure: πλήρης έκδυση του τραυματία και ταυτόχρονη πρόληψη της υποθερμίας.

Όλα τα παραπάνω βασίζονται στην κλινική παρατήρηση και εμπειρία. Πρακτικά υποδηλώνουν ότι ο κλειστός αεραγωγός σκοτώνει πιο γρήγορα από την αδυναμία έκπτυξης και αερισμού του πνεύμονα. Η αδυναμία έκπτυξης του πνεύμονα σκοτώνει πιο γρήγορα από την απώλεια όγκου αίματος. Η απώλεια όγκου αίματος σκοτώνει πιο γρήγορα από ένα αναπτυσσόμενο ενδοκρανιακό αιμάτωμα.

Δευτεροβάθμια εκτίμηση

Η δευτεροβάθμια εκτίμηση είναι μια λεπτομερής εξέταση του τραυματία, από το κεφάλι έως τα δάκτυλα των ποδιών, δηλαδή ένα πλήρες ιστορικό και κλινική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης μιας επανεκτίμησης των ζωτικών του παραμέτρων. Η κάθε περιοχή του σώματος ελέγχεται πλήρως. Η δευτεροβάθμια εκτίμηση δεν αρχίζει αν δεν έχει ολοκληρωθεί η πρωτοβάθμια εκτίμηση (A,B,C,D,E), αν δεν έχει αρχίσει κανονικά η αναζωογόνηση και αν δεν έχουν αρχίσει να ομαλοποιούνται οι ζωτικές παράμετροι του τραυματία.

Κατά τη διάρκεια της δευτεροβάθμιας εκτίμησης λαμβάνονται και οι ενδεικνυόμενες από την κλινική εξέταση ακτινογραφίες, εξειδικευμένες ακτινολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Η πλήρης αξιολόγηση του τραυματία απαιτεί την επαναλαμβανόμενη κλινική εξέτάσή του.

Οριστική Φροντίδα

Με βάση συγκεκριμένων κριτηρίων διαλογής, μετά το πέρας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκτίμησης και αντιμετώπισης του τραυματία, καθορίζεται η ανάγκη μεταφοράς του σε κέντρο τραύματος ή στο πλησιέστερο κατάλληλο νοσοκομείο που είναι ικανό να προσφέρει πιο εξειδικευμένη και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση.

20. Πνευμοθώρακας

Ιωάννης Μπέης

Ως πνευμοθώρακας ορίζεται η ύπαρξη αέρα στον υπεζωκοτικό χώρο. Διακρίνεται σε αυτόματο πνευμοθώρακα (πρωτοπαθή και δευτεροπαθή), καθώς και στον τραυματικό πνευμοθώρακα.

Ο πρωτοπαθής αυτόματος πνευμοθώρακας είναι αγνώστου αιτιολογίας, ενώ ο δευτεροπαθής οφείλεται σε μία σειρά πνευμονολογικών νοσημάτων. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην τοποθέτηση Βυλαυ αρχικά καθώς και στη χειρουργική αντιμετώπιση. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στον πνευμοθώρακα υπό τάση στον οποίον ο αέρας συσσωρεύεται στη θωρακική κοιλότητα και πιέζει τον πνεύμονα και το μεσοθωράκιο. Σε περίπτωση έντονης δύσπνοιας του ασθενούς η διάγνωση θα πρέπει να γίνεται κλινικά κ όχι ακτινολογικά και να προχωρούμε ταχύτατα σε παρακέντηση της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα στο δεύτερο μεσοπλευρίο διάστημα.

Ο τραυματικός πνευμοθώρακας διακρίνεται σε ανοιχτό και κλειστό. Τον ανοιχτό πνευμοθώρακα στον οποίον υπάρχει επικοινωνία υπεζωκότα με τον ατμοσφαιρικό αέρα θα πρέπει να τον μετατρέψουμε σε κλειστό εφαρμόζοντας ένα επίθεμα πάνω στην οπή καθώς και τοποθέτηση Βυλαυ. Η αντιμετώπιση του κλειστού τραυματικού πνευμοθώρακα είναι συνήθως η τοποθέτηση Βυλαυ στις περισσότερες περιπτώσεις καθώς και η χειρουργική αντιμετώπιση.

Επείγοντα Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας

Εισήγηση: **Σ. Καλανταρίδου**

Συμμετέχουν: **Θ. Βρεκούσης, Ι. Κουτουλάκης, Ν. Τσάγκας**

Μαιευτική - Γυναικολογία

21. Επιπλοκές αρχόμενης και τελειόμνης κύησης

Νίκος Τσάγκας

Επιπλοκές στο πρώτο τρίμηνο της κύησης

1) Αποβολή (επαπειλούμενη αποβολή, ατελής αποβολή, τέλεια αποβολή, παλίνδρομη κύηση).

Διάγνωση: 1) κλινική εξέταση κοιλιακής χώρας, 2) εξέταση με κοιλιοδιαστολέα, 3)αμφίερη γυναικολογική εξέταση, 4) συσκευή Doppler-ακρόαση παλμών εμβρύου, 4) εξέταση ιστού που αποβάλλεται, 5) διακοιλιακό υπερηχογράφημα

Αντιμετώπιση σε ατελή αποβολή ή παλίνδρομη κύηση: 1) Θεραπευτική απόξεση 2) μισοπροστόλη-cytotec (από το στόμα ή κοιλιακά).

2) Έκτοπη κύηση

Διάγνωση: υποψία σε ΚΑΘΕ γυναίκα με αιμορραγία ή πόνο με αμνόρροια, (+) τεστ κύησης, συμπτώματα κύησης. Μέτρηση βhCG, προγεστερόνης στον ορό, διακοιλιακό υπερηχογράφημα, λαπαροσκόπηση= gold standard, δουλγάσειοπαρακέντηση (στο παρελθόν).

Αντιμετώπιση: συντηρητική, φαρμακευτική με μεθοτρεξάτη, χειρουργική με λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία

3) Τροφοβλαστική νόσος

Διάγνωση: κοιλιακή αιμόρροια, υψηλά επίπεδα βhCG, αυξημένο μέγεθος μήτρας, απουσία καρδιακών παλμών, πρώιμη υπερτασική νόσος κύησης, διόγκωση ωοθηκών,

Αντιμετώπιση: εκκένωση μήτρας, παρακολούθηση βhCG, ένας χρόνος αντισύλληψης, αν βhCG δεν υποχωρεί, αν υποτροπή (20% σε πλήρη μύλη) αν διηθεί το μωμό ή αν γίνεται μεταστατική, αντιμετώπιση με μεθοτρεξάτη.

4) Αιμορραγία από μη μαιευτικές καταστάσεις (πολύποδας, εκτρόπιο τραχήλου, τραύμα ή καρκίνος τραχήλου).

Επιπλοκές τελειόμνης κύησης

1) Σακχαρώδης Διαβήτης της κύησης

Διάγνωση: 24-28 εβδομάδες, δοκιμασία ανοχής γλυκόζης-καμπύλη σακχάρου

Αντιμετώπιση: δίαιτα χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη, άσκηση, ινσουλίνη

2) Προεκλαμψία

Διάγνωση: οίδημα-κάτω/άνω άκρα/ πρόσωπο, αρτηριακή υπέρταση >140/90mmHg και πρωτεинуρία->1+, 300mg σε συλλογή ούρων 24ωρου, Κεφαλαλγία, διαταραχές στην όραση, οξύ άλγος στο ΔΕ υπογάστριο, αιμορραγική διάθεση - μώλωπες.

Αντιμετώπιση: εισαγωγή, πρόληψη σπασμών (MgSO4 IV), ρύθμιση ΑΠ, προγραμματισμός τοκετού αναλόγως προωρότητας (τοκετός αν >34 εβδομάδες κύησης)

3) Αιμορραγίες 3^{ου} τριμήνου

Χαμηλή πρόσφυση πλακούντα

Διάγνωση: ανώδυνη αιμορραγία 2^{ου}, 3^{ου} τρίμηνο, μετά σεξουαλική επαφή + συστολές της μήτρας - προειδοποιητική αιμορραγία. Υπερηχογράφημα: χείλος του πλακούντα - έσω τραχηλικό στόμιο,

Αντιμετώπιση: όχι σεξουαλική επαφή, όχι δακτυλική εξέταση, αιμοδυναμική σταθερότητα, αντι Rhesus σφαιρίνη, κορτικοστεροειδή < 34 εβδομάδων, μεταφορά σε 3^ομιο κέντρο, καισαρική τομή αν μείζων προδρομικός, μεγάλη/επίμονη αιμορραγία, έμπειρη χειρουργική ομάδα.

Αποκόλιση πλακούντα

Διάγνωση: ιστορικό υπερτασης, καθυστέρησης αναπτυξης, προηγούμενης αποκόλισης, θρομβοφιλία, μεταβολικής νόσου της μητέρας, τραύματος στην κοιλιακή χώρα, π.χ τροχαίο, αιματηρό αμνιακό υγρό, η φάνερη αιμορραγία συχνά παραπλανητική, οπισθοπλακουντιακή συγκαθλιμμένη αιμορραγία, μήτροπλακουντιακή καταπληξία, πιθανή ΔΕΠ, σανιδώδης μήτρα, διατεταμένη μήτρα, συχνές τετανικές συστολές, ταχυκαρδία.

Αντιμετώπιση: εισαγωγή, καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση, αιμοδυναμική σταθερότητα, νεογολόγος - ανάνηψη νεογνού, επιθετική αναπήρωση με υγρά, παράγωγα αίματος, αιμοπετάλια, FFP, συμβουλή αιματολόγου.

4) Ρήξη μήτρας (συνήθως στη διάρκεια του τοκετού)

Διάγνωση: ταχυκαρδία μητέρας, αλλοιώσεις εμβρυικών παλμών, κοιλιακή αιμόρροια, συνεχής πόνος και μεταξύ των συστολών, παύση συστολών, απεμπέδωση προβάλλουσας μοίρας, βαριά ταχυκαρδία, υπόταση μητέρας, ψηλάφηση εμβρυικών μελών στην κοιλιά,

Αντιμετώπιση: επείγουσα καισαρική τομή

22. Πρώιμη διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου

Θωμάς Βρεκούσης

Η πρώιμη διάγνωση στις περιπτώσεις γυναικολογικού καρκίνου είναι ουσιαστικής σημασίας για τη θεραπευτική προσέγγιση και την πρόγνωση των ασθενών. Η πρώιμη διάγνωση εξασφαλίζει μικρότερης έκτασης χειρουργικές επεμβάσεις καθώς επίσης περιορισμένη και ενίοτε και καθόλου συμπληρωματική θεραπεία, στοιχεία τα οποία σαφώς περιορίζουν τη νοσηρότητα που συνδέεται με τη θεραπεία, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζουν υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής. Η πρώιμη διάγνωση αναφέρεται κυρίως στους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου και του μαστού και λιγότερο στον καρκίνο του ενδομητρίου. Σημειωτέον ότι για τον καρκίνο των ωοθηκών τα μέχρι στιγμής δεδομένα αδυνατούν να υποστηρίξουν προσπέλαση δευτερογενούς πρόληψης, εξ' ου και συνήθως ο καρκίνος των ωοθηκών διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι το κατ'εξοχήν παράδειγμα δευτερογενούς πρόληψης. Η κυτταρολογική εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου, συνεπικουρούμενη πλέον από την μοριακή ανίχνευση των ιών HPV εξασφαλίζει μια ικανοποιητική προσέγγιση αναγνώρισης των γυναικών που είναι υποψήφιος τουλάχιστον για περαιτέρω έλεγχο. Η εξοικίωση των ιατρών Α'βάθμιας περίθαλψης με την ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων των εξετάσεων αυτών καθώς και η οργάνωση σε επίπεδο Α'βάθμιας φροντίδας οργανωμένου screening εξασφαλίζει υψηλή πιθανότητα να εντοπισθούν οι υποψήφιος γυναίκες με πιθανή σημαντική προκαρκινική αλλοίωση (CIN2+).

Ο καρκίνος του αιδοίου αφορά γυναίκες μεγάλης συνήθως ηλικίας οι οποίες αποφεύγουν να προσέλθουν για εξέταση παρά τα σημεία/συμπτώματα που περιλαμβάνουν από απλό κνησμό έως την εύρεση ψηλαφητής μάζας. Η εξαίρεση προκαρκινικών βλαβών (VIN) αποτελεί άμεση αντιμετώπιση και πρόληψη του καρκίνου του αιδοίου. Η ενημέρωση του πληθυσμού για τα προβλήματα που αφορούν το αιδοίο ίσως είναι ο μόνος τρόπος πρώιμης διάγνωσης και αντιμετώπισης του καρκίνου του αιδοίου.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος (με συνολική συχνότητα 1/8 γυναίκες). Η μαστογραφία αποτελεί το πιο αποτελεσματικό μέσο δευτεροπαθούς πρόληψης καθώς διαγιγνώσκονται όγκοι < 1cm με σχετικά καλή πρόγνωση. Η έγκαιρη διάγνωση σε συνδυασμό με τη χειρουργική αντιμετώπιση και την συμπληρωματική θεραπεία εξασφαλίζουν πλέον μακρύ διάστημα ελεύθερο νόσου και συνεπώς καλή ποιότητα ζωής.

23. Αντισυλληπτικές μέθοδοι

Ιωάννης Κουτουλάκης

Τουλάχιστον το 30% των κυήσεων είναι μη προγραμματισμένες, λόγω μη λήψης αντισυλληπτικών μέτρων. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στην ενημέρωση του κοινού για τη μορφή και την αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων με στόχο τη μείωση του αριθμού των ανεπιθύμητων κυήσεων.

Πριν την έναρξη χορήγησης αντισυλληπτικής μεθόδου είναι απαραίτητη η λήψη ιστορικού.

Ιστορικό: Ηλικία, τωρινά μέτρα αντισύλληψης, προηγούμενα μέτρα αντισύλληψης, μαιευτικό ιστορικό, ατομικό αναμνηστικό (υπέρταση, ημικρανίες, ωτοσκλήρυνση, αλλεργίες, λήψη φαρμάκων), οικογενειακό και ατομικό ιστορικό για εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή, γυναικολογικό ιστορικό - τεστ Pap, ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, κάπνισμα.

Αντενδείξεις για αντισυλληπτικά με οιστρογόνα και προγεστερινοειδή:

- διαταραχή νεφρικής λειτουργίας
- διαταραχή επινεφριδιακής λειτουργίας
- κίνδυνος για θρομβοεμβολική νοσο
κάπνισμα & ηλικία >35 ετών
ιστορικό εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης
ιστορικό πνευμονικής εμβολής
ιστορικό βαλβιδοπάθειας ή αρρυθμίας που προδιαθέτει σε σχηματισμό θρόμβων
μη ελεγχόμενη υπέρταση
αγγειακές επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη
ημικρανίες
- αδιάγνωστη κοιλιακή αιμόρροια
- ιστορικό καρκίνου του μαστού ή άλλου οιστρογονοεξαρτώμενου καρκίνου
- όγκοι ήπατος
- ωτοσκλήρυνση
- συστηματικός ερυθματώδης λύκος

Έλεγχος πριν την έναρξη αντισύλληψης: μέτρηση αρτηριακής πίεσης

Αντισυλληπτικές μέθοδοι:

1. Αντισυλληπτικά δισκία με οιστρογόνα και προγεστερινοειδή: προκαλούν αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας μέσω αναστολής της έκκρισης LH και FSH, πάχυνση της τραχηλικής βλεννης, λήπτυνση του ενδομητρίου, διαταραχή της εμφύτευσης. Ποσοστό κυήσεως 0,1%

2. Αντισυλληπτικά δισκία μόνο με προγεστερινοειδή: προκαλούν πάχυνση της τραχηλικής βλεννης, λήπτυνση του ενδομητρίου και διαταραχή της εμφύτευσης. Ποσοστό αποτυχίας 0,5/ 100000 γυναίκες/ έτος

3. Μέθοδοι φραγμού: εμποδίζουν την επαφή ωαρίου σπερματοζωαρίου

- α. ανδρικό προφυλακτικό (αποτυχία 2%)
- β. γυναικείο προφυλακτικό (αποτυχία 5%)
- γ. διάφραγμα (αποτυχία 4-8%/έτος)

4. Ενδομήτρια σπειράματα (σπιράλ):

α. Σπιράλ χαλκού: μειώνουν την κινητικότητα σπέρματος και εμποδίζουν την εμφύτευση - Δεν προλαμβάνει πιθανή εξωμήτρια κύηση

β. Σπιράλ που εκκρίνει τοπικά προγεστερόνη: λήπτυνση του ενδομητρίου, πάχυνση της τραχηλικής βλεννης και αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας.

Αποτελεσματικότητα – 99%, ποσοστά αποτυχίας 0,2 - 2% το έτος

Επείγουσα αντισύλληψη: Στοχεύει στην αποφυγή κύησης μετά από ελεύθερη σεξουαλική επαφή.

Μέθοδοι επείγουσας αντισύλληψης:

1. Per os προγεστερινοειδή – levonorgestrel 1500 mg: διαταραχή στην υποδεκτικότητα του ενδομητρίου. Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από το χρονικό διάστημα μεταξύ της σεξουαλικής επαφής και της λήψης των δισκίων. (24h – 95%, 48h – 85%, 72h – 58%)

2. Ενδομήτριο σπιράλ: εμποδίζει την εμφύτευση. Τοποθέτηση σε πέντε ημέρες από την ελεύθερη επαφή. Αποτελεσματικότητα – 99%.

Ορθοπαιδική

24. Βασικές Αρχές Αντιμετώπισης Καταγμάτων

Παναγιώτα Ζιάρρα

Κάταγμα ονομάζουμε τη μερική ή ολική ρύση της συνέχειας ενός οστού. Τα κατάγματα διαιρούνται:

- Ανάλογο με την ένταση της βίας που τα προκάλεσε και την ποιότητα του οστού: σε βίαια, από καταπόνηση και παθολογικά
- Ανάλογο με την κλινική εικόνα: σε ανοιχτά και κλειστά
- Ανάλογο με το μηχανισμό: σε άμεσα και έμμεσα
- Ανάλογο με τη φορά της γραμμής του κατάγματος σε σχέση προς τον άξονα του οστού τα κατάγματα μπορεί να είναι εγκάρσια, λοξά και σπειροειδή.
- Άλλες υποδιαίρεσεις είναι: 1. Συντριπτικά 2. Διπλά ή διποδικά 3. Συμπιεστικά 4. Κατάγματα - εξαρθήματα.

Τύποι καταγμάτων στα παιδιά:

1. κάταγμα δίκην «κλωρού ξύλου» - green stick. 2. Απλή κάμψη του οστού χωρίς κάταγμα - bowing. 3. Πτύχωση του φλοιού του οστού δίκην σπείρας ή πόρπης - torus ή buckle fracture. 4. Επικυσιόλυση - επικυσιοθίσηση Salter Harris.

Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει τα εξής:

- Ιστορικό: ηλικία, φύλλο και μηχανισμός κάκωσης.
- Κλινική εικόνα: υποκειμενικά συμπτώματα (πόνος, δυσχέρεια ή αδυναμία στην κίνηση) και αντικειμενικά σημεία (τοπικό οίδημα, ευαισθησία στην πίεση, παραμόρφωση, εκχύμωση, κριγμός).
- Απεικονιστικός έλεγχος: απλές ακτινογραφίες κυρίως, CT ή/και MRI

Θεραπεία καταγμάτων:

1. Ανάταξη του κατάγματος (σκοπός της η λειτουργική αποκατάσταση. Μπορεί να γίνει με χειρισμούς υπό τοπική ή γενική αναισθησία, με συνεχή σκελετική ή δερματική έλξη, με χειρουργική αντιμετώπιση).
2. Ακιντοποίηση (με νάρθηκες, με λειτουργικούς γύψους ή νάρθηκες, με συνεχή έλξη δερματική ή σκελετική, με εσωτερική ή εξωτερική οστεοσύνθεση).
3. Λειτουργική αποκατάσταση, η οποία αρχίζει αμέσως μετά την ανάταξη και ακινητοποίηση-σταθεροποίηση του κατάγματος.

Επιπλοκές καταγμάτων:

ΑΜΕΣΕΣ: 1. Συνοδές κακώσεις (π.χ τρώση σπλάχνων) 2. Νευραγγειακές κακώσεις 3. Λιπώδης εμβολή, ARDS 4. Σύνδρομο διαμερίσματος 5. Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΦΘ) 6. Πνευμονική εμβολή 7. Λοιμώξεις

ΑΠΩΤΕΡΕΣ: 1. Έκτοπη οστεοποίηση 2. Αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία. 3. Ισχαιμική νέκρωση οστού 4. Μετατραυματική αρθρίτιδα 5. Πώρωση σε πηλημελή θέση 6. Ψευδάρθρωση 7. Κατακλίσεις

25. Περιαρθρίτιδα ώμου

Χρήστος Καλίτσας

Η περιαρθρίτιδα του ώμου ως όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει παθήσεις που προκαλούν πόνο στην περιοχή της ωμικής ζώνης χωρίς όμως να έχουν σχέση με την άρθρωση αυτή καθαυτή. Οι παθήσεις αυτές είναι:

- Η οξεία τενοντίτιδα του υπερακανθίου με εναπόθεση αλάτων ασβεστίου (ασβεστοποϊός τενοντίτιδα ώμου)
- Το σύνδρομο υπακρωμιακής προστριβής
- Η ρήξη του μυστενοντίου πετάλου του ώμου
- Η τενοντίτιδα της μακράς κεφαλής του δικεφάλου
- Η εκφυλιστική αρθρίτιδα της ακρωμιοκλειδικής
- Ο εγκλιωτισμός του υποπλάτιου νεύρου

Επίσης πολλές φορές με την περιαρθρίτιδα του ώμου περιγράφονται η αστάθεια του ώμου και η συμφυτική θυλακίτιδα του ώμου ή παγωμένος ώμος.

Οξεία τενοντίτιδα του υπερακανθίου: Έχει συνήθως οξεία έναρξη μετά από καταπόνηση του μέλους. Χαρακτηρίζεται από τοπική ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και κατά την απαγωγή του μέλους. Χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η παρουσία τόφων ασβεστίου στην απλή ακτινογραφία ώμου.

Σύνδρομο υπακρωμιακής προστριβής: Προκαλείται από προστριβή του μυστενοντίου πετάλου του ώμου μεταξύ της κεφαλής του βραχιονίου και του κορακοακρωμιακού τόξου. Χαρακτηρίζεται από θετικό «επώδυνο τόξο» (πόνος κατά την απαγωγή του μέλους μεταξύ 60° και 120°), μείωση της δύναμης της απαγωγής και εξωτερικής στροφής του άκρου, περιορισμό της προσαγωγής με το μέλος σε έσω στροφή, υποχώρηση του άλγους και ελεύθερη απαγωγή του μέλους μετά από έγχυση τοπικού αναισθητικού στον υπακρωμιακό χώρο.

Ρήξη στροφικού πετάλου του ώμου: Μπορεί να είναι οξεία ρήξη μετά από κάκωση ή χρόνια σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από πόνο στην περιοχή του ώμου με ευαισθησία στην περιοχή του μείζονος βραχιονίου ογκώματος, από ελάττωση ή πλήρη αδυναμία απαγωγής του μέλους και της έξω στροφής, με πλήρες όμως εύρος κίνησης κατά τις παθητικές κινήσεις του ώμου. Στην ακτινογραφία, κυρίως στις χρόνιες ρήξεις του υπερακανθίου, παρατηρείται ανύψωση της κεφαλής του βραχιονίου λόγω της απώλειας του αντερείσματος που αυτός προσφέρει έναντι στη δράση του δελτοειδή

Τενοντίτιδα μακράς κεφαλής δικεφάλου: Συνήθως εμφανίζεται σε νέους αθλητές ή μέσης ηλικίας που χρησιμοποιούν το χέρι σε κινήσεις πάνω από το οριζόντιο επίπεδο. Χαρακτηρίζεται από άλγος στην πρόσθια επιφάνεια του ώμου που αντανακλά στη μάζα του δικεφάλου και ευαισθησία στην ψηλάφηση της δικεφαλικής αύλακας.

Αρθρίτιδα ακρωμιοκλειδικής: Χαρακτηρίζεται από τοπική ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της ακρωμιοκλειδικής και άλγος κατά την απαγωγή του μέλους πέραν των 120° και ιδιαίτερα μεταξύ 150° και 180°

Νευροπάθεια υποπλάτιου: Το υποπλάτιο μπορεί να παγιδευτεί στην ωμοπλάτιαία εντομή ή στην αύλακα μεταξύ ωμοπλάτιαίας άκανθας και ωμογλήνης. Έχει συμπτωματολογία παρόμοια με αυτή της ρήξης του μυστενοντίου πετάλου του ώμου.

Αστάθεια ώμου: Μπορεί να είναι πρόσθια, οπίσθια ή πολλαξονική. Παρατηρείται συνήθως μετά από τραυματικό εξάρθρωμα ώμου λόγω ρήξης του επιχείλιου χόνδρου. Προκαλεί πόνο κυρίως στην έντονη δραστηριότητα που υποχωρεί στην ανάπαυση.

Παγωμένος ώμος: Χαρακτηριστικό του είναι ο περιορισμός τόσο στις ενεργητικές όσο και στις παθητικές κινήσεις του ώμου, σε αντίθεση με τις άλλες παθήσεις που περιγράφηκαν παραπάνω που αν εξαληφθεί ο πόνος οι παθητικές κινήσεις είναι ελεύθερες.

Στη διαφοροδιάγνωση των παραπάνω παθήσεων, τόσο μεταξύ τους, όσο και από άλλες παθήσεις του ώμου θα βοηθήσει ο ακτινολογικός έλεγχος, το υπερηχογράφημα, το αρθρογράφημα και κυρίως η μαγνητική τομογραφία του ώμου.

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, ακινητοποίηση του μέλους και παγοθεραπεία στην οξεία φάση, ενώ στην υποξία – χρόνια φάση μπορεί να βοηθήσουν οι φυσικοθεραπείες. Η τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών στον υπακρωμιακό χώρο προσφέρει άμεση ανακούφιση από τα συμπτώματα όμως δυσχεραίνει τη μετέπειτα χειρουργική αντιμετώπιση και εμπεριέχει τον κίνδυνο επιμόλυνσης της άρθρωσης. Η χειρουργική θεραπεία είναι η μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις ρήξεως του υπερακανθίου και αστάθειας του ώμου και στις υπόλοιπες παθήσεις αν η συντηρητική αντιμετώπιση αποτύχει. Μπορεί να γίνει είτε ανοιχτά είτε αρθροσκοπικά. Η τάση τελευταία είναι να προτιμούνται οι αρθροσκοπικές μέθοδοι λόγω της δυνατότητας καλύτερης επισκόπησης της άρθρωσης, αλλά και του μικρότερου χειρουργικού τραύματος.

26. Οξεία οσφουαλγία

Διονύσιος Γιαννούλης

Η οσφουαλγία αποτελεί ένα από τα πιο συχνά αίτια ανικανότητας στο γενικό πληθυσμό καθώς επίσης και ένα από τα πιο συχνά αίτια απουσίας από την εργασία. Για τη διερεύνησή της απαραίτητη είναι η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού και η ενδελεχής κλινική εξέταση.

Όσον αφορά την κλινική εικόνα του ασθενούς αυτήν περιλαμβάνει συνήθως τον πόνο στην οσφυ ή την ράχη που εμφανίζεται ακόμα και στην ηρεμία και επιδεινώνεται με την επιτέλεση κινήσεων, τον πόνο στο κάτω άκρο που μπορεί να συνοδεύεται και από νευρολογική συνδρομή με αιμωδίες και μείωση της μυϊκής ισχύος που ανάλογα με την χρονική στιγμή εμφάνισης της και την έκταση της μπορεί να χρήζει και άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης, και την δυσχέρεια στη βάδιση.

Κατά την διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς 5 παραλλαγές μπορεί να αναγνωριστούν:

- 1) Παροδική ραχιαλγία απότοκος μυϊκής δραστηριότητας που συνήθως οφείλεται σε θλάση της οσφύς και ανταποκρίνεται σε βραχεία περίοδο ανάπαυσης.
- 2) Οξύς ξαφνικός πόνος και ισχιαλγία. Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται η φλεγμονή, η σπονδυλολίθωση και η οξεία πρόπτωση του μεσοσπονδυλίου δίσκου για τους νέους ασθενείς και το συμπίεστικό οστεοπορωτικό κάταγμα για τους ηλικιωμένους.
- 3) Χρόνια οσφουαλγία με ή χωρίς ισχιαλγία που μπορεί να είναι απότοκος δισκοπάθειας της σπονδυλικής στήλης ή αρθρίτιδας των μεσοσπονδυλίων αρθρώσεων (εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια).
- 4) Οσφουαλγία με ψευδοωχλότητα που παρουσιάζεται κυρίως σε ασθενείς άνω των 50 ετών και είναι συνήθως αποτέλεσμα σπονδυλικής στένωσης.
- 5) Σοβαρός και συνεχής πόνος που εντοπίζεται σε συγκεκριμένο σημείο της σπονδυλικής στήλης και υποδηλώνει συνήθως τοπική παθολογία όπως ένα συμπίεστικό οστεοπορωτικό κάταγμα, νόσος Paget, κάποιον όγκο ή και φλεγμονή.

Η οσφουαλγία προκαλεί σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και για το λόγο αυτό χρήζει προσεκτικής διερεύνησης και επιλογή της κατάλληλης για την κάθε περίπτωση θεραπείας.

Από πλευράς παρακλινικών εξετάσεων ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι απλές ακτινογραφίες της σπονδυλικής στήλης, η αξονική και μαγνητική τομογραφία. Για την ολοκληρωμένη διαγνωστική προσέγγιση είναι απαραίτητες και οι αιματολογικές εξετάσεις καθώς και το σπινθηρογράφημα των οστών και ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος.

Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με την νοσολογική οντότητα που υπάρχει και περιλαμβάνει συντηρητικούς και χειρουργικούς τρόπους θεραπείας. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων εφαρμόζουμε κλινοστατισμό, θερμά επιθέματα στην περιοχή, χρήση μη στεροειδων αντιφλεγμονωδων φαρμάκων και μυοχαλαρωτικών, χρήση κορτικοστεροειδών, αλλαγή του τρόπου ζωής και παρακολούθηση συνεδριών φυσικοθεραπείας με καλά αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Όσον αφορά τις χειρουργικές μεθόδους θεραπείας αυτές περιλαμβάνουν διάφορες επεμβάσεις από απλή δισκεκτομή μέχρι και πολύπλοκες και πολλών επιπέδων σπονδυλοδεσίες.

Ωτορινολαρυγγολογία

27. Διαταραχές ισορροπίας - Ίλιγγος. Κυριότερες αιθουσαίες βλάβες

Ναυσικά Ζιάβρα, Ιωάννης Καστανιουδάκης

Ταξινόμηση.

Παροξυσμικός παράδοξος ερεθισμός:

- Περιφερικού αιθουσαίου συστήματος (BPPV) - Καλοήθης Παροξυσμικός Ίλιγγος Θέσης
- Αιθουσαίου νεύρου (Vestibular paroxysmia).
Οξεία - υποξεία μονόπλευρη αιθουσαία βλάβη.
- Αιθουσαία νευρωνίτιδα (Vestibular Neuritis).
Αμφοτερόπλευρη περιφερική αιθουσαία βλάβη.
- Αμφοτερόπλευρη αιθουσοπάθεια (Bilateral Vestibulopathy).

Καλοήθης Παροξυσμικός Ίλιγγος Θέσης - BPPV- (Benign paroxysmal positional vertigo).

Πρώτη σε συχνότητα αιτία περιφερικού αιθουσαίου ίλιγγου.

Ιδιοπαθής ή λόγω εκφύλισης στο 90% των περιπτώσεων.

Συμπτωματικός: σε κακώσεις της κεφαλής (17%), μετά από αιθουσαία νευρωνίτιδα (15%), σε παρατεταμένη κατάκλιση σε συνδυασμό με άλλες παθήσεις ή μετά από επεμβάσεις στο μέσο ους.

Αιτιοπαθογένεια:

1. Θεωρία της καναλιολιθίασης (Canalolithiasis hypothesis by Parnes and McClure (1991) and Epley (1992)). Μετατόπιση της ωτοκονίας από την αίθουσα προς ένα ή περισσότερους ημικυκλίου σωλήνες, (συνότερα προς τον οπίσθιο κάθετο).
2. Θεωρία της κυπεδολιθίασης. Cupulolithiasis model by Schuknecht (1969). Προσκόλληση της ωτοκονίας στην ακουστική ακρολοφία του ημικυκλίου σωλήνα.

Αιθουσαία ημικρανία ή ημικρανικός ίλιγγος.

Δεύτερη σε συχνότητα αιτία αιθουσαίας βλάβης.

Αιτιοπαθογένεια: ο μηχανισμός του ημικρανικού ίλιγγου παραμένει αδιευκρίνιστος. (Πιθανώς σύνθετος μηχανισμός αλληλεπίδρασης αιθουσαίων πυρήνων, τριδύμου νεύρου και θαλαμοφλοιϊκών κέντρων).

Συμπτώματα: συνδυασμός συμπτωμάτων νόσου Menière και ημικρανίας (πονοκέφαλος, φωτοφοβία, ημικρανική αύρα κλπ.).

Αιθουσαία νευρωνίτιδα (Vestibular Neuritis).

Τρίτη σε συχνότητα αιτία περιφερικού αιθουσαίου ίλιγγου. Οξεία μονόπλευρη αιθουσαία έκπτωση.

Κλινική εικόνα.

- Περιστροφικός ίλιγγος
- Ταλαντοψία
- Διαταραχές βάδισης
- Αστάθεια
- Ναυτία
- Έμετος

Αιτιοπαθογένεια: επικρατέστερη θεωρία η ιογενής προσβολή του περιφερικού αιθουσαίου οργάνου από Herpes Simplex Virus. Προσβάλλεται μόνο ο άνω κλάδος του αιθουσαίου νεύρου και ως εκ τούτου οι ασθενείς αυτοί μπορούν να εμφανίσουν στο μέλλον καλοήθη παροξυσμικό ίλιγγο θέσης.

Νόσος MENIÈRE.

Πρόκειται για διαταραχή του περιφερικού αιθουσαίου οργάνου που εκδηλώνεται με:

κρίσεις ίλιγγου, νευροαισθητηριακού τύπου βαρηκοΐα (NAB), με διακυμάνσεις - αυξομειώσεις, εμβοές και αίσθημα πληρότητας στο αυτί.

Αιτιοπαθογένεια: ενδολεμφικός λαβυρινθικός ύδρωπας που προκαλεί περιοδικές ρήξεις του υμενώδους λαβυρίνθου και ανάμειξη λέμφου με περίλεμφο. Η ανάμειξη αυτή λόγω των ιόντων K⁺ προκαλεί αρχικά παροδική εκπόλωση των ιών του αιθουσοκοχλιακού νεύρου, διέγερση των νευρικών ιών και τελικά αναστολή αγωγής (block of conduction).

Ενοχοποιούνται:

- ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ: Λαβυρινθίτιδα.
- ΤΡΑΥΜΑΤΑ: Περιλημφικά συρίγγια.
- ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ
- ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ (Schuknecht and Gulya 1983).

Σύνδρομο Οστικού Ελλείμματος Άνω Ημικυκλίου Σωλήνα {Minor LB, Solomon D, Zinreich JS, Zee DS (1998)}.

Συμπτώματα:

Φαινόμενο Tullio: μετά από έκθεση σε έντονο ηχητικό ερεθίσμα εμφανίζεται ίλιγγος ή ταλαντοψία ή ίλιγγος και ταλαντοψία μαζί.

Σημείο Hennebert: μετά από αύξηση της πίεσης στον έξω ακουστικό πόρο εμφανίζεται ίλιγγος ή ταλαντοψία ή ίλιγγος και ταλαντοψία μαζί.

Δοκιμασία Valsalva: με τη δοκιμασία Valsalva ο ασθενής εμφανίζει ίλιγγο ή ταλαντοψία ή ίλιγγο και ταλαντοψία μαζί.

Αιτιοπαθογένεια: ενοχοποιούνται:

- Αποτυχία ομαλής ανάπτυξης του οστού μετά τη γέννηση.
- Διάβρωση του λειπού οστέινου πετάλιου του σωλήνα από πίεση του κροταφικού λωβού.
- Τραύμα.

Αμφοτερόπλευρη αιθουσοπάθεια (Bilateral Vestibulopathy).

Ιστορικό-συμπτώματα:

- Ταλαντοψία.
 - ο Ταχεία κίνηση της κεφαλής.
 - ο Βάδισμα.
- Αδυναμία εστίασης, θαμνή όραση.
- Αστάθεια.
 - ο Στο σκοτάδι.
 - ο Βάδιση σε έδαφος που υποχωρεί.
- Διαταραχές προσανατολισμού στο χώρο.
 - ο Αίτια.
- Ιδιοπαθής (20-30%).
- Ωτοτοξικότητα:
 - ο Αμινογλυκοσίδες και άλλα αντιβιοτικά.
 - ο Χημειοθεραπεία αντί Ca αγωγή.
 - ο Διουρητικά της ακύλης.
 - ο Ασπιρίνη.
- Εκφυλιστικές νόσοι παρεγκεφαλίδας.
 - ο Νοτιοπαρεγκεφαλιδική εκφύλιση (SCA).
 - ο Ατροφία πολλαπλών συστημάτων.
- Μηνιγγίτιδα ή λαβυρινθίτιδα.
 - ο Κόκκοι.
 - ο Φυματίωση.
 - ο HIV λοιμώξεις.
- Όγκοι.
 - ο Νευροϊνωμάτωση τύπου II.
 - ο Non-Hodgkin's lymphoma.
- Αυτοάνοσα νοσήματα.
- Νευροπάθειες .
 - ο Ανεπάρκεια B₁₂, B₆.
- Αμφοτερόπλευρη αιθουσαία νευρωνίτιδα.
- Αμφοτερόπλευρη νόσος Meniere.
- Αμφοτερόπλευρα κατάγματα του κροταφικού οστού.
- Συγγενείς ανωμαλίες .
 - ο Σύνδρομο Usher – (Τυφλοκώφωση).

Αιφνίδιες πτώσεις στο έδαφος (Drop attacks).

Είναι πιο συχνές στην τρίτη ηλικία.

Αίτια:

Αιθουσαία νευρωνίτιδα.

BPPV.

- Αιφνίδιες πτώσεις προς τα εμπρός.
 - ο Καναθολιθίασης του οπισθίου κάθετου ημικυκλίου
- Meniere's drop attacks – Turmakin's otolithic crisis.
- Reflex like vestibulospinal loss of postural tone.
- Otolith Tullio phenomenon
 - ο Έντονα ηχητικά ερεθίσματα
 - ο Πτώση προς τα υγιές αυτί και προς τα πίσω.
- Υπερκιντικότητα βάσης αναβολέα.
- Υπερτροφικός μυς του αναβολέα.
 - ο Αμφοτερόπλευρη αιθουσοπάθεια.
- Πτώσεις προς τα εμπρός και προς τα πίσω.

28. Επίσταξη - Ρινορραγία

Κωνσταντίνια Μπάρκα, Ιωάννης Καστανιουδάκης

ΕΠΙΣΤΑΞΗ - ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ

- Η ετοιμολογία της λέξης επίσταξη προέρχεται από το ρήμα επιστάζειν (επί και στάζειν) που σημαίνει απώλεια αίματος υπό μορφή σταγόνας, πτώση σταγόνων αίματος από τη μύτη.
- Στην Ελληνική Ιατρική ορολογία ρινορραγία σημαίνει μεγάλη αιμορραγία από τη μύτη, ενώ στη διεθνή ιατρική ορολογία ο όρος επίσταξη είναι συνώνυμος με τη ρινορραγία.
- Η ρινορραγία είναι μια συχνή όχι συνήθως σοβαρή πάθηση. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του πάσχοντα. Οι περισσότερες των περιπτώσεων ρινορραγίες αντιμετωπίζονται στο σπίτι και μόνο ένα μικρό ποσοστό εξετάζεται και αντιμετωπίζεται από ειδικούς στο νοσοκομείο.
- Η ρινορραγία αποτελεί την πιο συχνή αιτία αιμορραγίας από την περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Η συχνότητα εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 7-14%, φαίνεται δε ότι παρατηρείται συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (58% με 42% αντίστοιχα). Είναι πιο συχνή κατά τη χρονική περίοδο από Σεπτέμβριο έως Απρίλιο, ενώ η οπίσθια ρινορραγία (ρινορραγία από το οπίσθιο μέρος της μύτης) είναι πιο συχνή στους μήνες με χαμηλότερες θερμοκρασίες και υγρασία, (Νοέμβριο έως Μάρτιο).
- Αντίθετα με ότι ο κόσμος πιστεύει η υπέρταση δε φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ρινορραγίας.

Ανατομία

Οι αρτηρίες που αιματώνουν τη μύτη προέρχονται από δύο μεγάλα αγγεία, την έξω και την έσω καρωτίδα.

Η έξω καρωτίδα αποτελεί τον κυριότερο κλάδο αιμάτωσης της ρινός και είναι υπεύθυνη για το μεγαλύτερο ποσοστό ρινορραγίας (90%). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω των κλάδων της, γναθιαία πρωτίτως και προσωπική αρτηρία δευτερευόντως. Ακρεμώνας κλάδος της γναθιαίας αρτηρίας είναι η σφηνουπρωϊός αρτηρία που συνήθως αποθλώνεται ενδοσκοπικά στις μεγάλες οπίσθιες ρινορραγίες. Από την έσω καρωτίδα προέρχονται η πρόσθια (μεγαλύτερη) και η οπίσθια (μικρότερη) ηθμοειδής αρτηρία που είναι υπεύθυνες σε πολύ μικρότερο ποσοστό (10%) για τις ρινορραγίες.

Αίτια

- Οι ρινορραγίες προέρχονται στην πλειονότητα των περιπτώσεων (90-95%) από το πρόσθιο μέρος της μύτης (πρόσθιες ρινορραγίες), από την πρόσθια δηλαδή περιοχή του βλεννογόνου της χόνδρινης μοίρας του ρινικού διαφράγματος. Εκεί σχηματίζεται από συνένωση τριχοειδών αγγείων αγγειακή κηλίδα που ονομάζεται κηλίδα του Kiesselbach's. Χειρισμοί με το δάκτυλο (σκάπισμα της μύτης), ψύχος, ξηρασία και παρατεταμένη χρήση αποσυμφορητικών είναι οι κυριότερες αιτίες αυτών των ρινορραγιών.
- Όμως οι ρινορραγίες μπορεί να εντοπίζονται και στο οπίσθιο μέρος της ρινός, όπου και αντιμετωπίζονται δυσκολότερα και όχι σπάνια, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση κακοθών επεξεργασιών της ρινός ή και των παραρρινίων κόλπων. Τα αίτια που προκαλούν τις ρινορραγίες είναι πολλαπλά, διαχωρίζονται δε σε τοπικά και γενικά.

A. Ρινορραγία από τοπικά αίτια.

Τραυματική κάκωση ρινός (σκελετού της μύτης ή του ρινικού διαφράγματος), μικροτραυματισμοί του ρινικού βλεννογόνου κατά τον καθαρισμό της μύτης με τα δάκτυλα.

Φλεγμονές του ρινικού βλεννογόνου:

Κοινό κρυολόγημα.

Πυώδης ρινίτιδα (μικροβιακή).

Διφθερίτιδα (σπάνια).

Συγγενής σύφιλη.

Ρινίτιδα από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο.

Ξένα σώματα ρινός λόγω μικροτραυματισμών, ρινόλιθοι.

Αλλεργική ρινίτιδα.

Ρινικοί πολύποδες (είτε λόγω κυστικής ίνωσης, είτε λόγω συνυπάρχουσας αλλεργίας).

Σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις.

Κληρονομική αιμορραγική τηλεαγγειεκτασία ή (Osler-Weber-Rendu disease).

Ρινοϊνωμα της παιδικής ηλικίας.
Άλλοι όγκοι, κοκκιωμάτωσης (σπάνια).
Ξηρά ρινίτιδα.

B. Ρινορραγία από γενικά αίτια.

Αιματολογικά νοσήματα:

Διαταραχές αιμοπεταλίων:

Ποσοτικές: Ίδιο οκυτοπενική πορφύρα, θρομβοκυτταροπενία, απλαστική αναιμία.

Ποιοτικές: Νόσος του von Willebrand, Glanzmann, ουραιμία.

Άλλης πρωτοπαθείς αιμορραγικές διαθέσεις όπως αιμορροφιλία, δρεπανοκυτταρική αναιμία.

Διαταραχές πήκτικότητας με συνοδό ηπατική νόσο, DIC (διάχυτη ενδαγγειακή πήξη), έλλειψη βιταμίνης Κ.

Λήψη φαρμάκων: ασπιρίνης, NSAIDS, ηπαρίνης και γενικά αντιπηκτικών, κ.λ.π.

Κύηση.

Υπέρταση:

Αρτηριακή: (αποτελεί συνήθη αιτία επίσταξης στα παιδιά).

Φλεβική: superior vena cava syndrome (σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας) ή με συνοδό παροξυσμικό βήχα που παρατηρείται στην κυστική ίνωση.

Διάγνωση.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και την πρόσθια και οπίσθια ρινοσκόπηση. Στόχος η εντόπιση της θέσης που αιμορραγεί, που πολλές φορές είναι δύσκολο ή αδύνατο.

Τα κλινικά ευρήματα που θα μας κάνουν να υποπτευθούμε οπίσθια ρινορραγία είναι:

1. Όταν από την πρόσθια ρινοσκόπηση δεν εντοπίζουμε ενεργό εστία αιμορραγίας,
2. Όταν παρατηρείται εκροή αίματος από τους ρώθωνες και ταυτόχρονα κυλιόμενη αιμορραγία στον στοματοφάρυγγα,
3. Σε περίπτωση κυλιόμενης αιμορραγίας στον στοματοφάρυγγα παρά την πίεση που ασκεί προηγηθείς πρόσθιος πωματισμός.

Αντιμετώπιση.

Κύριος σκοπός της θεραπείας των ρινορραγιών είναι η διακοπή της αιμορραγίας και στη συνέχεια η αναζήτηση των πιθανών αιτιών που τις προκάλεσαν. Η διακοπή της ρινορραγίας επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους που θα εκθέσουμε παρακάτω.

- Αρχικά ο ασθενής θα πρέπει να καθίσει με το κεφάλι ψηλά και να ηρεμήσει. Για ρινορραγίες που προέρχονται από μπροστά (από την αγγειακή κληίδα) συνιστάται αρχικά χρήση αγγειοσυσπαστικών και αποσυμφορητικών φαρμάκων (αδρεναλίνης ή οξυμεταζολίνης) τοπικά υπό μορφή σταγόνων, σπρέι ή με εμποτισμένο βαμβάκι σε συνδυασμό με απλή τοπική πίεση του πτερυγίου χόνδρου της πλευράς της ρινός που αιμορραγεί με την κεφαλή σε κλίση προς τα εμπρός και κάτω (Ιπποκρατική μέθοδος 500 π.χ.). Η πίεση εφαρμόζεται για 6 λεπτά περίπου. Στη συνέχεια εάν η εστία της ρινορραγίας είναι ορατή μπορεί να καυτηριασθεί με νιτρικό άργυρο, αφού προηγηθεί τοπική αναισθησία με ξυλοκαΐνη. Το ίδιο μπορεί να γίνει με ηλεκτροκαυτηρίαση, ή θερμοκαυτηρίαση του αιμορραγούντος αγγείου αφού πάλι προηγηθεί τοπική αναισθησία του βλεννογόνου. Εάν η ρινορραγία δεν σταματήσει με τον καυτηριασμό τότε θα πρέπει να προχωρήσουμε σε πρόσθιο πωματισμό.
- Ο πρόσθιος πωματισμός γίνεται με γάζες εμποτισμένες με ρινική αλοιφή, αφού έχει προηγηθεί αναισθησία του βλεννογόνου με τοπικό αναισθητικό. Οι γάζες τοποθετούνται είτε συνεχόμενα από πίσω προς τα εμπρός, είτε κατά στρώματα από κάτω προς τα επάνω. Για άσκηση μεγαλύτερης πίεσης και επομένως καλύτερης αιμόστασης ο πωματισμός γίνεται αμφοτερόπλευρα, ενώ στις ήπιες ρινορραγίες αρκεί ο μονόπλευρος πωματισμός.
- Σήμερα η χρήση των γαζών έχει περιορισθεί σημαντικά και αντί αυτών χρησιμοποιούνται ειδικά σπογγώδη υλικά με άριστα αποτελέσματα (Merocell, Expandacell κ.λ.π.).
- Επίσης πρόσθιος και οπίσθιος πωματισμός της μύτης μπορεί να γίνει με ειδικά κατασκευασμένα μπαλονάκια, ανατομικά προσαρμοσμένα στις ρινικές κοιλότητες, οι αεροθάλαμοι των οποίων πληρώνονται με φυσιολογικό ορό. Η τοποθέτησή τους εντός των ρινικών θαλαμών είναι εύκολη και γρήγορη και μπορεί να γίνει και από μη ειδικό Ιατρό, μας δίνουν δε τη δυνατότητα να αυξομειώνουμε την πίεση ανάλογα με τις ανάγκες της αιμόστασης.

Οπίσθιος πωματισμός.

Εφόσον ο πρόσθιος πωματισμός δεν αποδώσει προχωρούμε στην τοποθέτηση οπίσθιου πωματισμού σε συνδυασμό με πρόσθιο, με γάζες ή κυρίως με ειδικά κατασκευασμένα μπαλονάκια.

Σε περίπτωση που ο συνδυασμός οπίσθιου και πρόσθιου πωματισμού δεν σταματήσει τη ρινορραγία τότε προχωράμε στη χειρουργική θεραπεία με αποπλίνωση αγγείων ή εμβολισμό με αρτηριογραφία. Σήμερα η αποπλίνωση των αγγείων (σφηνούπερώιος αρτηρία που είναι υπεύθυνη για τις οπίσθιες ρινορραγίες) γίνεται τις περισσότερες φορές ενδορρινικά με τη χρήση ενδοσκοπίων.

ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Η μαζική ρινορραγία απαιτεί άμεση αντιμετώπιση που αποσκοπεί στη διατήρηση βατής της αεροφόρου οδού, στην υποστήριξη της κυκλοφορίας και στον έλεγχο της αιμορραγίας με πωματισμούς, απολίνωσης αγγείων ή εμβολισμούς.
2. Η διερεύνηση του ασθενή με ρινορραγία θα πρέπει να περιλαμβάνει τοπικά και συστηματικά αίτια και όχι έλεγχο μόνο στην περιοχή της αιμορραγίας.
3. Εάν ο καυτηριασμός αποτύχει προχωρούμε σε περιορισμένο πρόσθιο πωματισμό 'mini'. Θα πρέπει πάντα να έχουμε κατά νου τη σύνθετη και με πολλή παραπληγάς ανατομία των αγγείων της ρινός, ως επίσης και τις πολυάριθμες αρτηριακές αναστομώσεις που παρατηρούνται στην περιοχή.
4. Μελέτες που έγιναν αποδεικνύουν ότι οι ρινορραγίες αντιμετωπίζονται καλύτερα όταν ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα: αρχικά έλεγχος της αιμορραγίας με καυτηριασμό ή πωματισμό, εφσυχασμός του ασθενούς και αποφυγή εισαγωγής στο νοσοκομείο (αντιμετώπιση σαν εξωτερικός ασθενής). Εάν δεν αποδώσει ο πωματισμός μετά από 3 ημέρες και ο ασθενής έχει ανάγκη μετάγγισης αίματος θα πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο απολίνωσης αγγείων ή εμβολισμού με αρτηριογραφία.
5. Το πιο από τα δύο θα επιλεγεί, απολίνωση δηλαδή ή εμβολισμός, εξαρτάται από την κατάσταση του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Η κάθε μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.
6. Μονόπλευρες επιστάξεις με συνοδές βληννοπυώδεις εκκρίσεις που επιμένουν, απαιτούν έλεγχο γι' αποκλεισμό ξένου σώματος στη μύτη ή νεοπλάσματος.
7. Η τοποθέτηση οπίσθιου πωματισμού προδιαθέτει στην εμφάνιση άπνοιας και βραδυκαρδίας. Η προσεκτική παρακολούθηση με monitor αυτών των ασθενών είναι απόλυτα απαραίτητη.
8. Όλες οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των ρινορραγιών μπορεί να εμφανίσουν επιπλοκές, οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν για την διαμόρφωση της συνολικής θεραπευτικής αντιμετώπισης του πάσχοντα.

Οφθαλμολογία

29. Εγκαύματα της επιφάνειας του οφθαλμού

Χρήστος Δ. Καλογερόπουλος

Διακρίνονται σε 2 βασικές κατηγορίες: θερμικά και χημικά εγκαύματα.

Τα εγκαύματα αυτά μπορεί να αφορούν μόνο την οφθαλμική επιφάνεια (κερατοειδής και επιπεφυκώτας) ή να αφορούν και τα βλέφαρα. Συνήθως τα εγκαύματα της επιφάνειας του οφθαλμού επισυμβαίνουν στα πλαίσια εργατικών ατυχημάτων.

Από τα χημικά εγκαύματα που μπορούν να οφείλονται σε οξέα ή αλκάλια τα πιο επικίνδυνα είναι τα εγκαύματα από αλκαλικές ουσίες λόγω της διεισδυτικότητάς τους στον κερατοειδή.

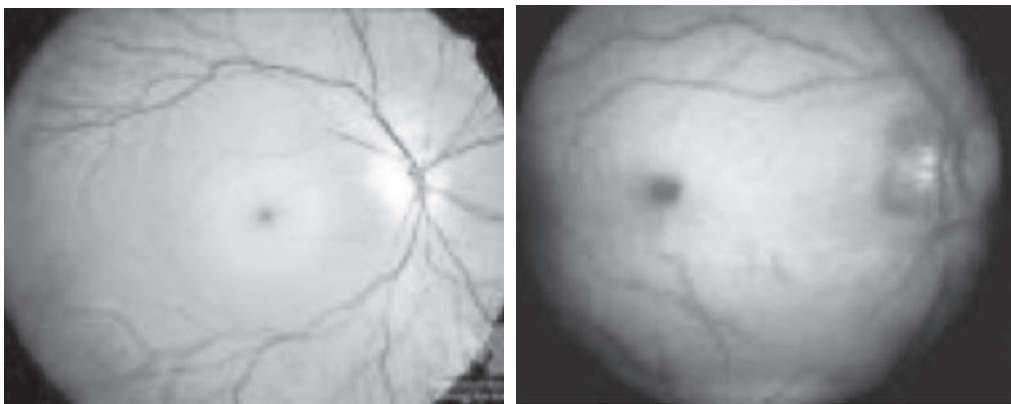
Τα εγκαύματα μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές βλάβες του κερατοειδούς, σε μόνιμες ουλώδεις βλάβες της οφθαλμικής επιφάνειας και συμβλέφαρα.

Αποτελούν επείγον πρόβλημα στην Οφθαλμολογία.

Είναι καθοριστικής σημασίας η αντιμετώπιση με άμεση συνεχή πλύση, ταυτοποίηση της χημικής ουσίας, απομάκρυνση στερεών υπολειμμάτων, ενστάλαξη τεχνητών δακρύων και ακολούθως παραπομπή σε Οφθαλμίατρο.

Σε δεύτερο χρόνο οι μόνιμες βλάβες μπορεί να προληφθούν με χειρουργικές επεμβάσεις στον πάσχοντα οφθαλμό, όπως είναι η μεταμόσχευση αμνιακής μεμβράνης και βλαστικών κυττάρων. Οι μεταμοσχεύσεις αυτές δυνατόν να έχουν πολύ καλά αποτελέσματα ή να προετοιμάσουν την οφθαλμική επιφάνεια για επιτυχή μεταμόσχευση κερατοειδούς, που διαφορετικά θα είχε πολύ πτωχή πρόγνωση όσον αφορά στην διατήρηση του μοσχεύματος.

30. Απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς (ΑΚΑΑ)



- Η ΑΚΑΑ εκδηλώνεται με αιφνίδια ανώδυνη, συνήθως ετερόπλευρη, πλήρη απώλεια της όρασης
- Μπορεί να υπάρχει ιστορικό παροδικής αμαύρωσης στο 10% των ασθενών).

Στο 1-2% των ασθενών, η απώλεια είναι αμφοτερόπλευρη.

Η εξέταση αποκαλύπτει παθολογικά αντανακλαστικά της κόρης.

Από τον έλεγχο του βυθού διαπιστώνεται ισχαιμικός (λευκωπός) αμφιβληστροειδής και το κέντρο της ωχράς κηλίδας ξεχωρίζει σαν μία κόκκινη κηλίδα (κερασόχρους ωχρά).

Ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε συστηματική εξέταση η οποία να περιλαμβάνει έλεγχο καρδιολογικό, καρωτίδων αρτηριακής πίεσης και βιοχημικό έλεγχο (ΤΚΕ, CRP)

Παθήσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ΑΚΑΑ είναι:

- Υπερτασική κρίση.
- Εκβλαστήσεις από τις καρδιακές βαλβίδες, ενδοκαρδίτιδα κοιλιακή μαρμαρυγή.
- Φλεγμονώδεις καταστάσεις όπως γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα, οζώδης πολυαρτηρίτιδα και συστηματικός ερυθηματώδης λύκος.
- Θρομβοφιλικές διαταραχές όπως αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, λευχαιμίες ή θρομβώματα.
- Από του στόματος αντισυλληπτικά χάπια, κοκαΐνη.
- Οφθαλμικά αίτια - σοβαρά αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση.

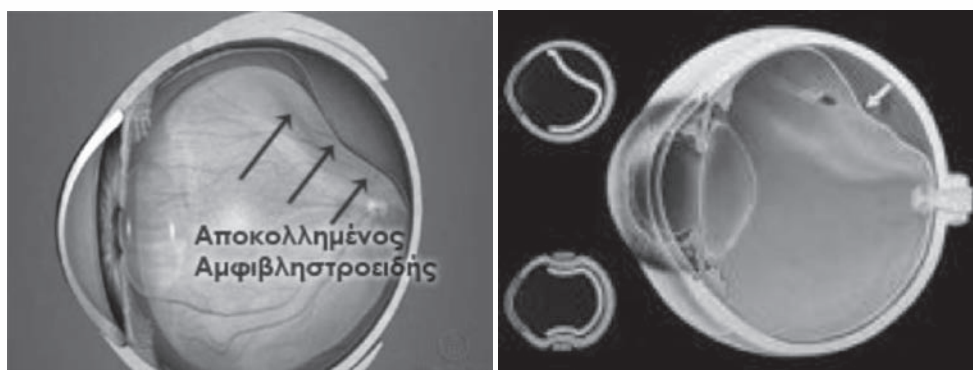
Η θεραπεία είναι επείγουσα και πρέπει να εφαρμοστεί μέσα σε 24 - 48 ώρες από την έναρξη.

Η απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας είναι, η μοναδική οφθαλμολογική πάθηση έκτακτης ανάγκης η οποία πρέπει να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί μέσα στο πρώτο 24/ωρο.

31. Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς

Η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς είναι, σε πολλές περιπτώσεις, μια επείγουσα ιατρική κατάσταση και πρέπει να αξιολογηθεί το ταχύτερο δυνατό.

Αμφιβληστροειδής ονομάζεται η πολύ λεπτή ημιδιαφανής μεμβράνη, η οποία καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια του ματιού. Κύριος ρόλος του είναι η μετατροπή των οπτικών ερεθισμάτων σε νευρικά, για ανάλυση και επεξεργασία από τον εγκέφαλο.



Κάτω από ορισμένες συνθήκες ο αμφιβληστροειδής μπορεί να αποκολληθεί από τη θέση του, με καταστροφικές συνέπειες για την όραση, αν η αποκόλληση δεν αντιμετωπιστεί αμέσως.

Η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς είναι μια επείγουσα κατάσταση και ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει τα συμπτώματα της αποκόλλησης, ώστε να ζητήσει βοήθεια το συντομότερο δυνατό.

Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Λάμπεις σύντομης διάρκειας όμοιες με φλας ή κεραυνούς.
- Απότομη και μαζική εμφάνιση κινούμενων μαύρων κηλίδων (μυιοψίες).
- Μια γκριζα ή μαύρη κουρτίνα, που περιορίζει το πεδίο της όρασης.
- Μια θόλωση στην όραση, που δεν καθαρίζει με το ανοιγόκλεισμα των βλεφάρων ή με τη χρήση τεχνητών δακρύων.

Τα συμπτώματα αυτά δεν σημαίνουν απαραίτητα και αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, αλλά επειδή τα χρονικά περιθώρια είναι στενά, ο ασθενής πρέπει **επείγοντως** να ζητήσει βοήθεια από οφθαλμίατρο.

Αιτίες

Η αποκόλληση αμφιβληστροειδούς είναι αποτέλεσμα οπών ή ρωγμών στον αμφιβληστροειδή. Οι ρωγμές στον αμφιβληστροειδή μπορεί να συμβούν λόγω ηλικίας ή περιφερικών εκφυλιστικών αλλοιώσεων. Ένα τραύμα στην περιοχή της κεφαλής ή στον οφθαλμό μπορεί να προκαλέσει αποκόλληση άμεσα ή σε απώτερο χρόνο.

Άλλες συνθήκες όπως διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, φλεγμονές ή όγκος μπορεί να οδηγήσουν σε αποκόλληση αμφιβληστροειδούς.

Αυξημένο κίνδυνο αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς έχουν:

- μύωπες (πάνω από μείον 6,00 D)
- τραύμα απευθείας στον οφθαλμό
- αποκόλληση στο ένα μάτι, τότε υπάρχει αυξημένη πιθανότητα αποκόλλησης στο άλλο μάτι. Μεταξύ 2% και 10% των αποκολλησεων συμβαίνει και στα δύο μάτια και σε όσους έχουν οικογενειακό ιστορικό αποκόλλησης.

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι χειρουργική και περιλαμβάνει την επανατοποθέτηση του αμφιβληστροειδούς στην ανατομική του θέση.

Όσο πιο γρήγορα, τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα

Η χειρουργική επέμβαση για την αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς είναι περίπλοκη και εξαρτάται από το είδος της αποκόλλησης. Γίνεται σε ειδικά οργανωμένα κέντρα.

32. Κρίση οξέως γλαυκώματος

Η κρίση οξέως γλαυκώματος αποτελεί ιατρικό επειγόν το οποίο πρέπει να διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα ώστε να αποτραπεί η απώλεια όρασης.

Κρίσεις οξέως γλαυκώματος συνήθως συμβαίνουν σε οφθαλμούς με ανατομική προδιάθεση (μικρό αξονικό μήκος σε συνδυασμό με παχύ κρυσταλλοειδή φακό, κ.ά.) υπό την επίδραση εκλυτικών παραγόντων όπως η κοντινή εργασία ή η παρακολούθηση τηλεόρασης σε συνθήκες χαμηλού φωτισμού, η συναισθηματική φόρτιση κλπ.

Σε αντίθεση με το χρόνιο γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας, στις κρίσεις οξέως γλαυκώματος τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα λόγω της εξαιρετικά αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης (ίσως >70 mmHg, φ.τ.: <22 mmHg).

Τα συμπτώματα της κρίσης οξέως γλαυκώματος είναι:

- Θόλωση της όρασης
- Εμφάνιση έγχρωμης άλω γύρω από φώτα
- Έντονος (περι)οφθαλμικός πόνος με πιθανή επέκταση στο ήμισυ της κεφαλής
- Ναυτία και ίσως έμετος

Τα σημεία της κρίσης οξέως γλαυκώματος είναι:

- Ερυθρότητα επιπεφυκότα κυρίως γύρω από τον κερατοειδή (περικεράτειος ένεση)
- Θόλωση κερατοειδούς
- Κόρη σε ημιμυδρίαση που αντιδρά ελάχιστα ή καθόλου
- Στενός πρόσθιος θάλαμος
- Πολύ αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την τοπική χορήγηση πιλοκαρπίνης σε συνδυασμό με συστηματική χορήγηση ακεταζολαμίδης ή μανιτόλης. Επίσης, γίνεται προφυλακτική περιφερική ιριδοτομή με λείζερ στον πάσχοντα αλλή και τον ετερόπλευρο οφθαλμό.

A

Αλέξης Ιωάννης

Διευθυντής ΕΣΥ Δερματολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

B

Βλάχος Κωσταντίνος

Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Βόβας Γεώργιος

Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»

Βρεκούσης Θωμάς

Εκλεγμένος Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας με έμφαση στη Γυναικολογική Ογκολογία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Γ

Γεωργούλης Αναστάσιος

Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Γιαννόπουλος Σωτήριος

Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Γιαννούλης Διονύσιος

Ειδικευόμενος Ιατρός, Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Γκουτσούλης Θεοδόσιος

Ειδικευόμενος Δερματολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Γραβάνη Αγορίτσα

Ειδικευόμενη Δερματολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Z

Ζιάβρα Ναυσικά

Ωτορινολαρυγγολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ακοολογίας - Νευρωτολογίας, Τμήμα Λογοθεραπείας, ΤΕΙ Ηπείρου

Ζιάρα Παναγιώτα

Ειδικευόμενη Ιατρός, Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Ζουρούδη Σοφία

Δευρολόγος

K

Καλαϊτζίδης Ρήγας

Επιμελητής Α', Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Καλανταρίδου Σοφία

Καθηγήτρια Μαιευτικής - Γυναικολογίας με έμφαση στη Γυναικολογική Ενδοκρινολογία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Καλίτσος Χρήστος

Ειδικευόμενος Ιατρός, Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Καλογερόπουλος Χρήστος

Αναπληρωτής Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Καραγκούνη Παρασκευή

Παιδιάτρος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Καστανιουδάκης Ιωάννης

Αναπληρωτής Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Κατσάνος Ανδρέας

Επίκουρος Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Κατσάνος Κωνσταντίνος

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων, Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Κιτσάκος Αθανάσιος

Χειρουργός Εντατικολόγος, Επιμελητής Α', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Κονιτσιώτης Σπυρίδων

Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Κοσμίδου Μαρία

Λέκτορας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Κουτουλάκης Ιωάννης

Ιατρός Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

M

Μάκης Αλέξανδρος

Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδοαιματολογίας, Τομέας Υγείας του Παιδιού, Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων

Μαρκούλα Σοφία

Επιμελήτρια Α' Νευρολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Μεσσίνης Θωμάς

Διευθυντής ΕΣΥ Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Μούλιας Χρήστος

Ειδικευόμενος Δερματολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Μπαλάφα Όλγα

Επιμελήτρια Β', Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Μπάρκα Κωνσταντίνα

Διευθύντρια Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Μπέης Ιωάννης

Χειρουργός Θώρακος, FEBTCS, Επιμελητής Α', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Μπέλλης Γεώργιος

Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Αττικής

N

Νάκου Ιλιάδα

Επιμελήτρια Α', Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Νίκας Δημήτριος

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Νούσιας Βασίλειος

Χειρουργός ATLS Instructor, Επιμελητής Α', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Π

Πατούλης Γιώργος

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Δήμαρχος Αμαρουσίου

Σ

Σιαμόπουλος Κωνσταντίνος

Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Στεφανιώτου Μαρία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οφθαλμολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Τ

Τσάγκας Νικόλαος

Ιατρός Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Τσιάνος Επαμεινώνδας

Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Υ

Υφαντόπουλος Ιωάννης

Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Φ

Φούσας Στέφανος

Συντονιστής Διευθυντής, Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»

Χ

Χαλιάσος Νικόλαος

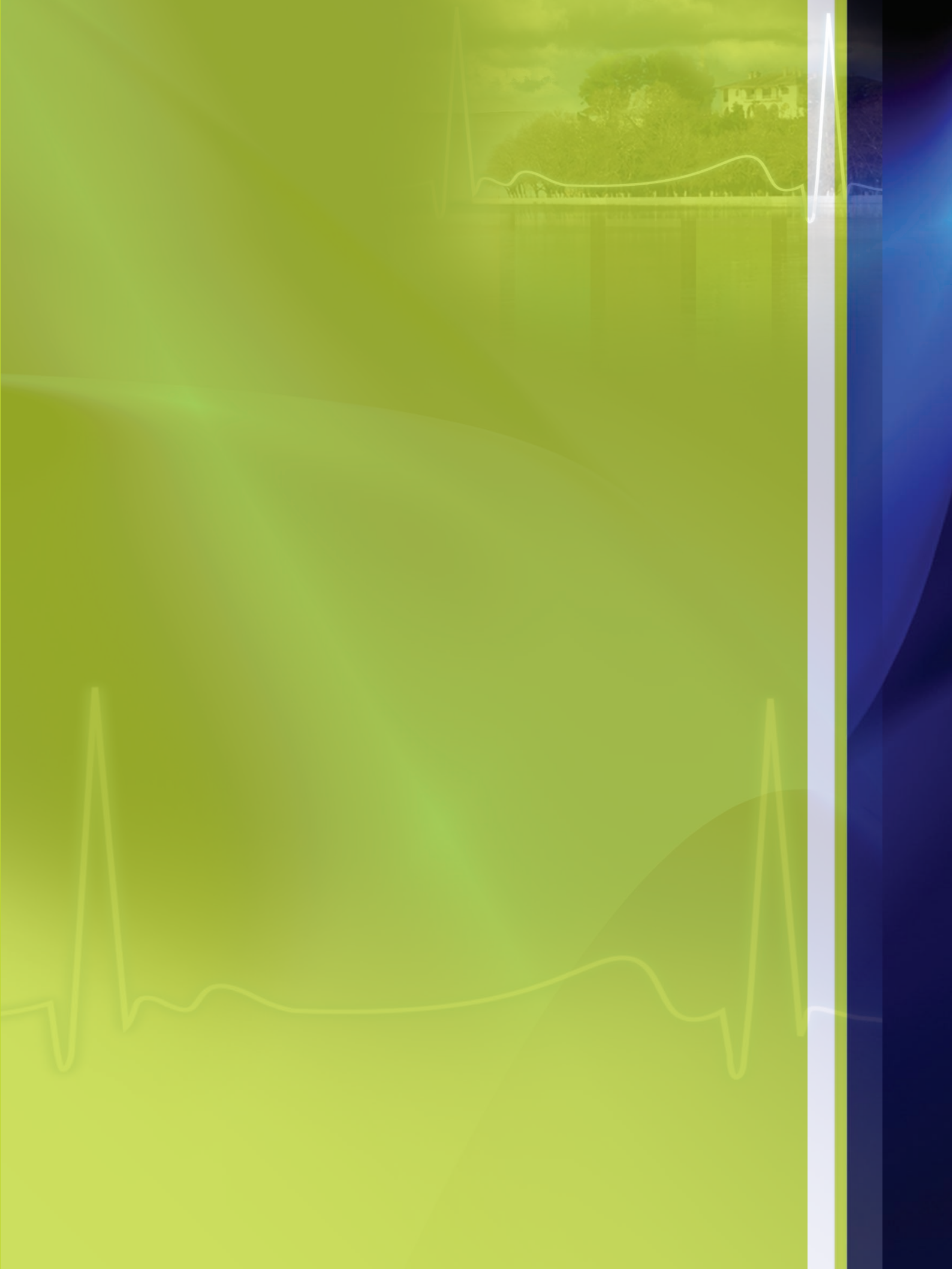
Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Χασάπη Χρυσάνθη

Καρδιολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Χριστοδούλου Δημήτριος

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων



ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ



Ελληνικό Ινστιτούτο Διαβήτη,
Παραγόντων Κινδύνου & Καρδιάς
(Ε.ΔΙ.ΠΑ.Κ.Κ.)

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



Θεσσαλονίκης 12

Τ.Κ. 153 44, Γέρακας, Αττική

Τηλ.: 2106048260,

210 6047476

Fax: 2106047457

E-mail: lparissi@free-spirit.gr

www.free-spirit.gr