

Οι ασχολίες μου

Πολύ σπάνιο να δω κάποιον χωρίς να τον χτυπήσω. Άλλοι προτιμούν τον εσωτερικό μονόλογο. Εγώ όχι. Προτιμώ να δέρνω.

Υπάρχουν άνθρωποι που κάθονται απέναντί μου στο εστιατόριο και δε λένε τίποτε, κάθονται κάμποσο εκεί, γιατί αποφασίσανε να φάνε.

Κι ορίστε ένας.

Σ' τον αρπάζω, χραπ.

Σ' τον ξαναρπάζω, χραπ.

Τον κρεμάω στον καλόγερο.

Τον ξεκρεμάω.

Τον ξανακρεμάω.

Τον ξαναξεκρεμάω.

Τον βάζω πάνω στο τραπέζι, τον πατικώνω και τον πνίγω.

Τον βρομίζω, τον καταβρέχω.

Συνέρχεται.

Τον ξεπλένω, τον τεντώνω (αρχίζω να εκνευρίζομαι, πρέπει να τελειώνω), τον μαλάζω, τον συνθλίβω, τον συνοψίζω, τον χώνω μέσα στο ποτήρι μου, ρίχνω επιδεικτικά το περιεχόμενο στο πάτωμα και λέω στο γκαρσόνι: "Φέρε μου ένα πιο καθαρό ποτήρι».

Νιώθω ωστόσο άσχημα, πληρώνω αμέσως το λογαριασμό και φεύγω.

Henri Michaux

Περιεχόμενα

Πτώσεις στους ηλικιωμένους	σελ. 4
Ιατρικές επισκέψεις κατ' οίκον	σελ. 10
Ειδικά αίτια υπογλυκαιμίας	σελ. 14
Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα επί φυσιολογικής κήσης. Καρδιακά συμπτώματα και κλινικά ευρήματα	σελ. 16
5 ^ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Επείγουσας Ιατρικής στο Μόναχο	σελ. 18
Οι εφημερίες των ιατρών	σελ. 23
Επίδραση μετεωρολογικών μεταβλητών στη συχνότητα λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού	σελ. 25
Οδηγίες συγγραφέων	σελ. 30

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής

Ηπείρου 1, Αθήνα - 104 33
Τηλ.: 210 8211739,
Fax: 210 8212611

ΕΚΔΟΤΗΣ

Σταμάτης Σταματόπουλος
Focus on Health Ε.Π.Ε.
Ιωάννου Γενναδίου 16, 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210-7223046, Fax: 210-7223220
e-mail: info@focusonhealth.gr

Υπεύθυνος Τυπογραφείου

Φώτης Βάτσικας
Κωδικός Διεύθυνσης Εποπτείας ΜΜΕ: 8153

Συντακτική & Επιστημονική Επιτροπή

Γιώργος Θεοχάρης, Παθολόγος
Σταύρος Καρακόζης, Γενικός Χειρουργός
Γιώργος Κολιός, Καρδιολόγος
Σπύρος Μπάρμπας, Παθολόγος
Μιχάλης Οικονόμου, Γαστρεντερολόγος
Γιάννης Πατούλιας, Ορθοπεδικός
Γιώργος Πέππας, Γενικός Χειρουργός
Πάυλος Πετρίδης, Ορθοπεδικός
Μιχάλης Σαββίδης, Παθολόγος
Θεόδωρος Σπυρόπουλος, Παθολόγος
Χρήστος Τσάκωνας, Παθολόγος

ΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Γεώργιος Θεοχάρης, Παθολόγος

Πτώση σε έδαφος με πάγο και χιόνι
Πτώση στο έδαφος από ολίσθημα, παραπάτημα ή τρέκλισμα
Πτώση από κρεβάτι
Πτώση από καρέκλα που φέρει ρόδες
Πτώση από καρέκλα
Πτώση από άλλα έπιπλα
Πτώση πάνω σε και από σκαλοπάτια
Πτώση από γκρεμό (βράχο)

Οι ανωτέρω περιγραφόμενες πτώσεις αποτελούν μικρό μέρος των διαγνώσεων που περιγράφονται στη νέα διεθνή ταξινόμηση των νοσημάτων ICD-10. Οι πτώσεις αποτελούν ένα μεγάλο κεφάλαιο της γηριατρικής, που παραδόξως δεν διδάσκεται στους παθολόγους. Ως πτώση ορίζεται το αναπάντεχο γεγονός κατά το οποίο ο μετέχων βρίσκεται ξαπλωμένος στο έδαφος, στο πάτωμα ή σε ένα χαμηλότερο επίπεδο. Οι πτώσεις είναι μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας, θνητότητας και απώλειας της ποιότητας της ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς. Είναι πάντα δύσκολο να εκτιμηθεί το σύνολο των συνεπειών των πτώσεων, αλλά περιλαμβάνουν τόσο σωματικό, όσο και ψυχολογικό τραύμα.

Οι πτώσεις καταλαμβάνουν την πρώτη θέση της θνητότητας από ατύχημα στους ηλικιωμένους και υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνες για το 40% των θανάτων από κακώσεις στους άνω των 65 ετών. Κατάγματα των ισχίων, του καρπού, του μηριαίου όπως και βαριές μυϊκές βλάβες είναι συχνές. Αλλά αυτό αποτελεί μικρό μέρος μόνο του προβλήματος. Το πλείστον των πτώσεων δεν προκαλεί τραυματισμούς, αλλά οι στατιστικές δύσκολα μπορούν να περιγράψουν τον φόβο, την ταπείνωση και την αναπηρία, ψυχική και σωματική, την οποία επιφέρουν στους ηλικιωμένους ασθενείς. Όταν η συχνότητα των πτώσεων αυξάνεται, η παραμονή του ηλικιωμένου στην οικία του γίνεται επισφαλής και αναγκάζει στη μετακίνησή του σε οίκο ευγηρίας. Ο φόβος μιας νέας πτώσης καταρρακώνει το ηθικό των ηλικιωμένων, οι οποίοι συχνά χάνουν το νόημα της ζωής, εισερχόμενοι σε κατάθλιψη ή επιλέγοντας την ακινητοποίηση με τις μυριάδες επιπλοκές.

Οι πτώσεις συχνά δεν γνωστοποιούνται στους θεράποντες για πολλούς λόγους: μερικοί ασθενείς δεν αναφέρουν ποτέ τις πτώσεις, ούτε οι γιατροί περιλαμβάνουν τις πτώσεις στη λήψη ιστορικού, δεν υπάρχει τραυματισμός κατά την πτώση και τέλος, πολλοί ασθενείς

και γιατροί θεωρούν τις πτώσεις φυσιολογικό μέρος της γήρανσης.

Οι γιατροί καλούνται συχνά στο σπίτι των ασθενών για πτώσεις όπου συνυπάρχουν κακώσεις. Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους είναι το αποτέλεσμα υποκείμενων παραγόντων κινδύνου και νοσημάτων και το λεπτομερές ιστορικό από τον ασθενή ή τους ανθρώπους που τον φροντίζουν μπορεί να διαφωτίσει τα αίτιά τους και να βοηθήσει στην πρόληψή τους. Όταν η λήψη του ιστορικού δεν είναι δυνατή λόγω μη καλής συνεργασίας με τον ασθενή και τους γύρω του, ο γιατρός θα πρέπει να αποκλείσει την παρουσία δυνητικά θανατηφόρων αιτιών που προκαλούν πτώσεις.

Για πολλούς ασθενείς η πτώση είναι απλά μια πτώση. Τότε ο γιατρός οφείλει να παρέχει οξεία περίθαλψη για τις κακώσεις και να προσφέρει «δευτερογενή» πρόληψη για την αποφυγή μελλοντικών πτώσεων.



Επιδημιολογικά στοιχεία

Η επίπτωση των πτώσεων αυξάνει με την ηλικία. Υπολογίζεται ότι το 30-40% των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών της κοινότητας εμφανίζουν μία πτώση ετησίως, ενώ το ποσοστό αυτό φθάνει στο 50% για άτομα άνω των 80 ετών¹.

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Ηπείρου 1, 104 33 Αθήνα
e-mail: sosiatroi@sosiatroi.gr

10%-15% των πτώσεων προκαλούν σοβαρούς τραυματισμούς και γύρω στο 50% προκαλούν ελαφρούς τραυματισμούς. Βαρύτατες κακώσεις του τύπου του υποσκληρίδιου αιματώματος ή του σπονδυλικού κατάγματος είναι σπάνιες, αλλά τα κατάγματα του μηριαίου, της λεκάνης, των άκρων ή τα εξαρθήματα είναι συχνά.

Μετά την πτώση, σε 10% των περιπτώσεων οι πάσχοντες αντιμετωπίζουν δυσκολία μετακίνησης από τη θέση που έπεσαν και παραμένουν στο έδαφος για σημαντικό χρονικό διάστημα. Η ραβδομύλυση, η αφυδάτωση και τα έλκη από κατακλίσεις επιπλέκουν αυτούς τους είδους τις πτώσεις, ευτυχώς σε μικρό ποσοστό.

Οι ψυχολογικές επιπλοκές των πτώσεων έχει αναγνωρισθεί ότι είναι πολύ συχνότερες των σωματικών επιπλοκών. Σε μια πρόσφατη μελέτη 50% των ηλικιωμένων 70-85 ετών που έπεσαν, ανέφεραν ότι φοβούνται μια επόμενη πτώση και 60% ότι περιόρισαν μετρίως την κινητικότητά τους για την αποφυγή μελλοντικών πτώσεων, ενώ 15% σημαντικό βαθμό της κινητικότητας. Ο φόβος νέας πτώσης, που αποκαλείται η μετά-την-πτώση αγχώδης διαταραχή, κατά το μετατραυματική αγχώδης διαταραχή αποτελεί ένα νέο αναγνωρίσιμο κλινικό σύνδρομο της 3^{ης} ηλικίας.

Ο συνδυασμός ψυχολογικών και σωματικών που προκαλούνται από τις πτώσεις έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αυτονομίας των ηλικιωμένων, τη συνδρομή από μόνιμες οικιακές βοηθούς, τη μετακίνησή τους σε οίκους ευγηρίας, το θάνατο αλλά και μια σημαντική αύξηση χρήσης των υπηρεσιών υγείας και συνολικό αύξησης του κόστους περίθαλψης.



Παράγοντες κινδύνου και νοσήματα σχετιζόμενα με πτώσεις

Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους σπάνια οφείλονται σε μία μοναδική αιτία, αλλά συνήθως επέρχονται από το συνδυασμό της απορρύθμισης (γήρανσης) του φυσιολογικού ομοιοστατικού μηχανισμού της διατήρησης της ορθίας θέσης με ατυχήματα (γλίστρημα, πρόσκρουση σε αντικείμενα, απώλεια ισορροπίας) ή υποκείμενα νοσήματα (λοιμώξεις, αρρυθμίες και άλλα. Παραδείγματος χάριν, ένας ηλικιωμένος με πολλούς παράγοντες κινδύνου (προηγούμενες πτώσεις, άνοια) και εμπύρετο λόγω λοίμωξης εμφανίζει πτώση μετά από πρόσκρουση στην άκρη ενός χαλιού (εξωγενής παράγοντας) και την αδυναμία του να διατηρήσει την ισορροπία του.

Οι παράγοντες κινδύνου των πτώσεων χωρίζονται σε ενδογενείς και εξωγενείς, αλλά συχνά οι πτώσεις οφείλονται σε συνδυασμό και των δύο. **Συχνότεροι ενδογενείς παράγοντες κινδύνου** είναι οι σχετιζόμενοι με τη διατήρηση της ορθίας θέσης, το ιστορικό πτώσεων, η ορθοστατική υπόταση, τα χρόνια νοσήματα και η γεροντική άνοια.

Η διατήρηση της όρθιας θέσης εξαρτάται από την επαρκή πληροφόρηση του εγκεφάλου μέσω των αισθητικών συστημάτων και από την ενεργοποίηση του μυϊκού συστήματος.

Στους ηλικιωμένους παρατηρείται μείωση της οπτικής οξύτητας, της αντίληψης του βάθους και της προσαρμογής στο σκοτάδι. Η ιδιοδεκτική αισθητικότητα των άκρων βαθμιαία χάνεται και η λειτουργία του αιθουσαίου συστήματος προσβάλλεται λόγω της μείωσης των τριχωτών κυττάρων του λαβυρίνθου και των κυττάρων του αιθουσαίου γαγγλίου. Η παράλληλη μείωση των κυττάρων του κεντρικού νευρικού συστήματος, ιδιαίτερα των βασικών γαγγλίων, προκαλεί περαιτέρω απώλεια του ελέγχου της όρθιας θέσης.

Παράλληλα, στους ηλικιωμένους παρατηρείται λανθασμένη ενεργοποίηση των μυών, όπως παραδείγματος χάριν μεγαλύτερη σύσπαση των ανταγωνιστών μυών, αλλά και πρώιμη διέγερση των εγγύς έναντι των άπω μυών.

Το ιστορικό πτώσεων στο παρελθόν και ιδιαίτερα πτώσεων που συνοδεύθηκαν από τραυματισμό αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου.

Η ορθοστατική υπόταση μπορεί να προκαλέσει μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου κυρίως σε αθηρωματικούς ασθενείς, αυξάνοντας τις πιθανότητες πτώσης. Τα συχνότερα αίτια ορθοστατικής υπότασης στους ηλικιωμένους είναι: η απευαισθητοποίηση των τασεοϋποδοχών στα υποτασικά ερεθίσματα με αποτέλεσμα τη μη ανταπόκριση της καρδιάς με αύξηση των σφύξεων όταν η αρτηριακή πίεση πέφτει, η μεταγευματική υπόταση στους αθηρωματικούς ασθενείς, η συχνά συνυπάρχουσα υποογκαιμία και η προοδευτική μειούμενη

έκκριση ρενίνης με τη συνοδό μείωση απέκκρισης της αλδοστερόνης.

Τα χρόνια νοσήματα τα συχνότερο σχετιζόμενα με πτώσεις είναι η νόσος του Parkinson, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η οστεοαρθρίτιδα και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Η ελαφράς ή μεσαίας βαρύτητας γεροντική άνοια συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο πτώσης και κατάγματος του ισχίου.

Συχνότεροι εξωγενείς παράγοντες κινδύνου είναι οι παρενέργειες των φαρμάκων και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο κακός φωτισμός, τα ακατάλληλα παπούτσια, αντικείμενα στα οποία σκοντάφτει ο ασθενής, χαλιά μη επαρκώς ακινητοποιημένα.

Τα φάρμακα αποτελούν συχνό αίτιο πτώσεων και είναι σαφές ότι μεγαλύτερος αριθμός φαρμάκων σε έναν ασθενή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο πτώσεων. Τα συχνότερο ενοχοποιούμενα φάρμακα είναι εκείνα με δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (βενζοδιαζεπίνες, νευροληπτικά, τρικυκλικά κυρίως αντικαταθλιπτικά), τα έχοντα αντιχολινεργική δράση λόγω της σύγχυσης που προκαλούν στους ηλικιωμένους, τα αγγιοδιασταλτικά μέσω του μηχανισμού της ορθοστατικής υπότασης, τα διουρητικά, η διγοξίνη. Η κατάχρηση οινόπνευματος διπλασιάζει την πιθανότητα πτώσης.

Οι πτώσεις από ατύχημα που οφείλονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες ή σε κακή εκτίμηση, αποτελούν το 35 έως 50% του συνόλου των πτώσεων. Τα συχνότερα εμπόδια ή παγίδες από τα οποία προκαλούνται οι πτώσεις είναι υπερυψωμένα τμήματα του δαπέδου, άκρες χαλιών που κάνουν στροφή, διάσπαρτα αντικείμενα ή ζώα. Ο κακός φωτισμός ή η μείωση της οπτικής οξύτητας στους ηλικιωμένους σε συνδυασμό τις διαταραχές της ισορροπίας που δεν υπάρχουν ελαττώνουν τη δυνατότητα αποφυγής. Το 1/3 των πτώσεων από ατύχημα επέρχονται στα σκαλοπάτια –οι ηλικιωμένοι ασθενείς χάνουν τα τελευταία βήματα πιστεύοντας λανθασμένα ότι έχουν φθάσει στο τέλος της σκάλας. Οι κακοφωτισμένες σκάλες και οι μη εφοδιασμένες με ράμπες συντελούν συχνά σε πτώσεις, όπως και οι γλιστερές ή παγωμένες επιφάνειες. Η εξέταση των υποδημάτων των ηλικιωμένων επίσης μπορούν να μας υποδείξει τα αίτια της πτώσης. Οι πτώσεις είναι συχνότερες με ψηλά τακούνια, με παπούτσια που γλιστράνε ή όταν ο ηλικιωμένος κυκλοφορεί ξυπόλητος ή με κάλτσες.

Όσο αυξάνεται ο αριθμός των παραγόντων κινδύνου τόσο αυξάνεται και ο αριθμός των πτώσεων. Ο Robbins και συνεργάτες εξέτασαν την επίπτωση τριών απλών παραγόντων κινδύνου –αδυναμία έγερσης, ασταθής βάδιση και λήψη πλέον των τεσσάρων φαρμάκων σε ηλικιωμένους ασθενείς. Ο ετήσιος κίνδυνος πτώσης αυξήθηκε από 12% το χρόνο σε ηλικιωμένους

με μηδέν παράγοντες κινδύνου σε 100% σε ηλικιωμένους με τρεις παράγοντες κινδύνου.

Υποκείμενα νοσήματα που μπορούν να οδηγήσουν σε πτώση είναι κάθε αιτία οξείας βαρειάς νόσου (λοιμώξεις, πνευμονική εμβολή, έμφραγμα μυοκαρδίου, σοβαρή αναιμία, γαστρορραγία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) ή οξείας σύγχυσης. Από το νευρολογικό σύστημα οι drops-attacks στο έδαφος ανεπάρκειας των σπονδυλοβασικών αρτηριών, ο ίλιγγος κεντρικής ή περιφερικής αιτιολογίας, η επιληψία αλλά και σπανιότερα νευρολογικά νοσήματα όπως ο υδροκέφαλος χαμηλής πίεσης, τα παρεγκεφαλιδικά σύνδρομα. Από το καρδιαγγειακό σύστημα η συγκοπή, οι αρρυθμίες και κυρίως η ορθοστατική υπόταση. Άλλα συχνά αίτια πτώσεων αποτελούν τα οξέα διαρροϊκά σύνδρομα μέσω της αφυδάτωσης, η νυκτουρία λόγω της υπερτροφίας του προστάτη μέσω του μηχανισμού της αντανεκλαστικής συγκοπής λόγω ούρησης, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ο υπερθυρεοειδισμός λόγω της κεντρομυελικής μυϊκής αδυναμίας που επιφέρει, ο υποθυρεοειδισμός, η υπογλυκαιμία.

Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Συχνά σε περιστατικά πτώσεων στο σπίτι καλούνται πρώτα οι θεράποντες ή οι εφημερεύοντες ιατροί στην Ελλάδα ή στην Ευρώπη. Αντίθετα, στις Η.Π.Α. πρώτοι έρχονται σε επαφή οι νοσηλευτές των ασθενών. Και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να εκτιμηθεί ταχέως η βαρύτητα τυχόν κακώσεων και να αξιολογηθούν ιατρικά νοσήματα (καρδιολογικά, νευρολογικά) που προκάλεσαν την πτώση. Σε περίπτωση βαρειάς κάκωσης ή σοβαρού υποκείμενου νοσήματος ο ασθενής χρήζει μεταφοράς σε νοσοκομείο.



Πίνακας 1: Παράγοντες κινδύνου πτώσης στο σπίτι.

- Τρεις ή επιπλέον πτώσεις κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους
- Πτώση με τραυματισμό κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους
- Δυσκολία έγερσης από την καρέκλα
- Διαταραχές της ισορροπίας ή της βάδισης
- Χρόνια νοσήματα (εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια, νόσος του Parkinson, κλπ.)
- Ορθοστατική υπόταση
- Μυϊκή αδυναμία
- Άνοια
- Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και πολυφαρμακία
- Μείωση οπτικής οξύτητας
- Ηλικία
- Θήλυ φύλο

Παράλληλα, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής που επισκέπτεται τον ασθενή στο σπίτι του καλό είναι να συλλέξει πληροφορίες για τις συνθήκες της πτώσης, να περιγράψει την κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι και να αξιολογήσει την ασφάλεια ή μη της παραμονής του ασθενούς στο σπίτι, δίνοντας συμβολές για μελλοντική πρόληψη πτώσεων.

**Διαγνωστική προσέγγιση**

Όπως και σε κάθε πάθηση που φθάνει στα επείγοντα, η λήψη ενός καλού ιστορικού από τον ασθενή ή τους οικείους του μαζί με τη κλινική εξέταση αποτελούν το κλειδί της διαγνωστικής προσέγγισης του ασθενούς. Ακόμα όμως, αν και το ιστορικό είναι υπέρ μιας απλής πτώσης από κακή εκτίμηση, καλό είναι ο ασθενής να αξιολογείται καρδιολογικά, νευρολογικά και μυοσκελετικά και να λαμβάνεται πλήρης αναφορά των φαρμάκων, πολλά εκ των οποίων ευθύνονται για πτώσεις στους ηλικιωμένους. Οι ιατροί, που υποδέχονται ασθενείς μετά από πτώση, οφείλουν να στηρίξουν τη διαγνωστική και θεραπευτική τους προσέγγιση, τόσο στις κακώσεις και τις συνέπειες των κακώσεων, όσο και στα νοσήματα ή τα γεγονότα που προκάλεσαν τις πτώσεις. Δεν υπάρχει κανόνας για την προτεραιότητα που δείχνει κανείς στις συνέπειες ή στα αίτια των πτώσεων, προηγείται πάντοτε η διόρθωση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, επειδή οι ηλικιωμένοι απορρυθμίζονται ταχέως και χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

Πίνακας 2: Τα αίτια των πτώσεων είναι πολυπαραγοντικά.**Εσωτερικοί παράγοντες κινδύνου**

- Προχωρημένη ηλικία
- Διαταραχές βάδισης
- Μυϊκή αδυναμία
- Μέτρηση οπτικής οξύτητας
- Ορθοστατική υπόταση
- Άνοια
- Χρόνια νευρολογικά νοσήματα

Εσωτερικοί παράγοντες κινδύνου

- Περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι (κακός φωτισμός, χαλιά που γλιστράνε, σκαλοπάτια κακοφτιαγμένα, κ.ά.)
- Φάρμακα

Ατυχές συμβάν

- Παραπάτημα, γλίστρημα

Υποκείμενα νοσήματα

- Συγκοπή
- Ζάλη, ίλιγγος
- Οξέα παθολογικά νοσήματα
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- Ενδοκρινολογικές παθήσεις

↓

Πτώση

Όταν το αίτιο της πτώσης δεν είναι εμφανές θα πρέπει να αποκλειστούν δυνητικά θανατηφόρες νόσοι, όπως η συγκοπή, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η πνευμονική εμβολή, μία γαστρορραγία. Οι κακώσεις θα πρέπει να εκτιμηθούν στη βάση των αρχών της αντιμετώπισης των τραυμάτων. Οι συχνότερες κακώσεις είναι τα κατάγματα του ισχίου, του καρπού, του μηριαίου, της ποδοκνημικής, οι τραυματισμοί του προσώπου και της κεφαλής, οι εκδορές και οι εκχυμώσεις. Συχνά φαινομενικά ήπιες κακώσεις μπορεί να υποκρύπτουν πολύ βαρύτερες βλάβες, όπως ένα υποσκληρίδιο αιμάτωμα ή ένα κάταγμα της σπονδυλικής στήλης.

Ο παρακλινικός έλεγχος περιλαμβάνει πέραν του ακτινολογικού ελέγχου για τη διάγνωση τυχόν καταγμάτων, εξετάσεις του αίματος (γενική αίματος, κρεατινίνη, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες, TSH, βιταμίνη B12, γενική ούρων), ηλεκτροκαρδιογράφημα, Holter ρυθμού και υπέρηχο-doppler της καρδιάς, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σε υποψία επιληψίας, η αξονική τομογραφία εγκεφάλου σε υποψία κάκωσης του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Πολλοί ηλικιωμένοι μετά την πτώση εμφανίζουν αδυναμία έγερσης και παραμένουν στο έδαφος για μεγάλο

χρονικό διάστημα. Καλό είναι σε αυτές τις περιπτώσεις να διαγνωσθούν και να αντιμετωπιστούν η υποθερμία, η αφυδάτωση ή η ραβδομυόλυση που επιπλέκει μια πτώση.

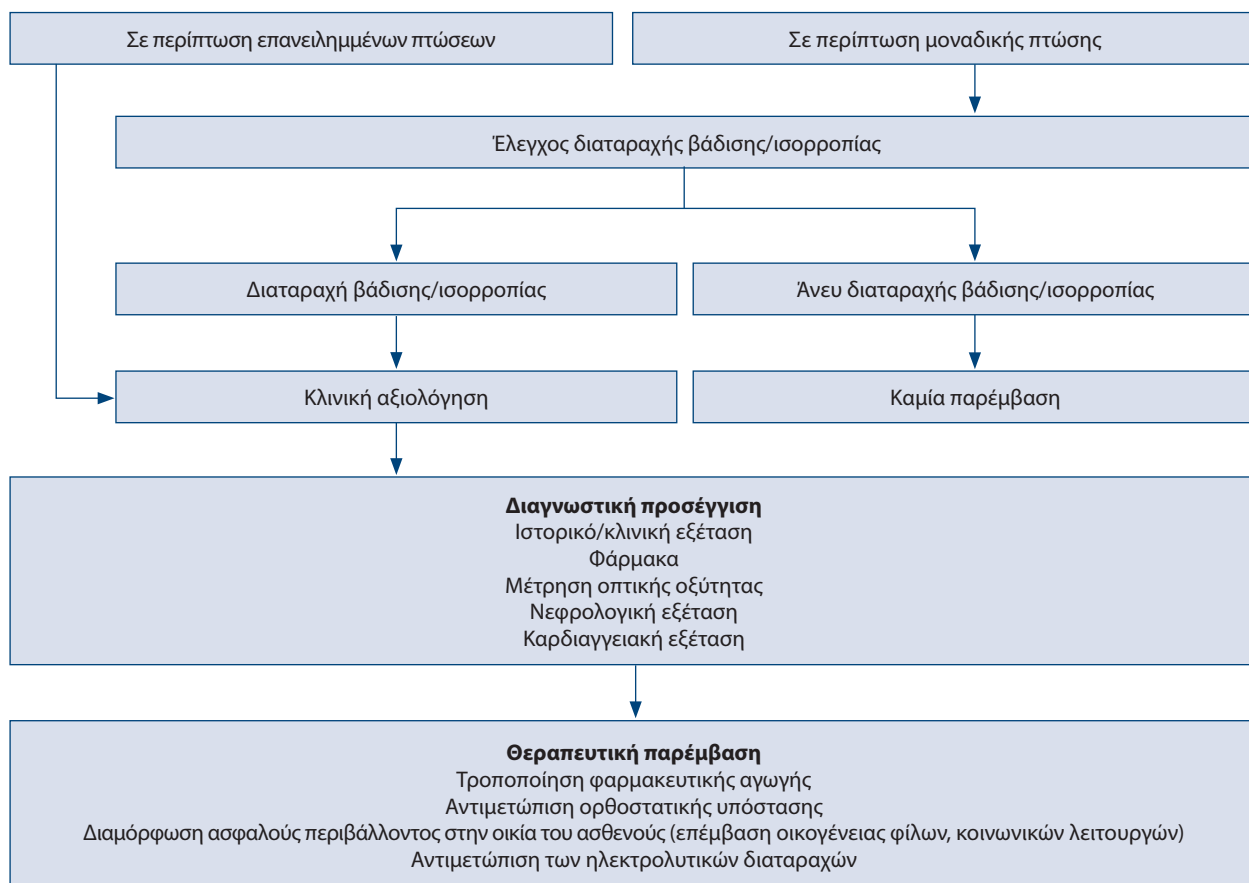


Θεραπευτική προσέγγιση

Οι κακώσεις και οι επιπλοκές τους πρέπει να αντιμετωπισθούν αμέσως και όχι σπάνια ο ασθενής χρήζει νοσηλείας.

Στην περίπτωση που το νόσημα που σχετίζεται με την πτώση ανευρεθεί, ο ασθενής χρήζει θεραπείας και νοσηλείας. Σε περίπτωση πτώσης λόγω εμποδίου απαιτείται επέμβαση της οικογένειας, των φίλων και κοινωνικών λειτουργών για την απομάκρυνση των εμποδίων στην οικία του ασθενούς και τη διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Ηρεμιστικά, ναρκωτικά φάρμακα καλό είναι να διακοπούν, αγγειοδιασταλτικά φάρμακα σχετιζόμενα με ορθοστατική υπόταση καλό είναι να αλλαχθούν. Η επαφή με το θεράποντα ιατρό του ασθενούς στην πόλη μπορεί να διαφωτίσει τα αίτια της πτώσης, ώστε να αποφευχθεί μια άσκοπη νοσηλεία.

Πριν ο ασθενής εγκαταλείψει το νοσοκομείο οι θεράποντες οφείλουν να είναι βέβαιοι ότι ο ηλικιωμένος είναι ικανός να εκπληρώσει με ασφάλεια τις καθημερινές του ασχολίες. Ένα απλό test για τον έλεγχο της ικανότητας βάδισης των ηλικιωμένων είναι το «get up and go», κατά το οποίο ο ασθενής πρέπει να σηκωθεί

Πίνακας 3: Αλγόριθμος διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης των πτώσεων.

από μια πολυθρόνα δίχως μπράτσα, να σταθεί όρθιος, να περπατήσει 3 μέτρα, να κάνει στροφή και να επιστρέψει στη θέση του για να καθίσει. Στην περίπτωση παθολογικής δοκιμασίας, η παραπομπή του ασθενούς σε γηράτρο ή εξειδικευμένο κοινωνικό λειτουργό είναι χρήσιμη και οι παρεμβάσεις περιγράφονται στα βιβλία της γηριατρικής.

Βιβλιογραφία

1. Tinetti, ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003;348:42.
2. Oliver, D, Connelly, JB, Victor CR, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007;334:82.
3. Tinetti, ME, Williams, CS. The effect of falls and fall injuries on functioning in community-dwelling older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998;53:M112.
4. Tinetti, ME, Williams, CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J med* 1997;337:1279.
5. Ganz, DA, Bao, Y, Shekelle, PG, Rubenstein, LZ. Will my patient fall? *JAMA* 2007;297:77.
6. Berry, SD Samelson, EJ, Hannan, MT, et al. Second hip fracture in older men and women: the Framingham Study. *Arch Intern Med* 2007;167:1971.
7. Tamblyn, R, Abrahamowicz, M, du Berger, R, et al. A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:233.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ

Ματθαίος Πολέμης, Διοικητικός Υγείας & Αντιπρόεδρος Δ.Σ. SOS Ιατρών
Γεώργιος Θεοχάρης, Παθολόγος

Στην ελληνική ιατρική βιβλιογραφία σπάνια βρίσκουμε αναφορές για την εξάσκηση της ιατρικής κατ' οίκον, αν και οι επισκέψεις των γιατρών στο σπίτι αποτελούν κοινή πρακτική πολλών συναδέλφων ιατρών. Βαθιά μας πεποίθηση είναι ότι οι επισκέψεις των ιατρών στους ασθενείς είναι ένας από τους λόγους που το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχει καταρρεύσει. Παρουσιάζουμε ένα απόσπασμα από ένα βιβλίο της Γενικής Ιατρικής που εκδόθηκε στην Γαλλία το 1996 με τίτλο *Γενική Ιατρική: Αρχές και Πρακτικές* και παρουσιάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνονται άλλες χώρες την εξάσκηση της Ιατρικής στο σπίτι των ασθενών.

Ο ιατρικός κόσμος, οι χώροι εξάσκησης της ιατρικής και η γλώσσα επικοινωνίας των γιατρών βιώνονται όλο και περισσότερο ως «ξένα» από τους υποψήφιους ασθενείς. Όλες οι ενδείξεις μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι αυτή η κατάσταση θα χειροτερέψει: η ιατρική παρουσιάζεται όλο και περισσότερο ως μοριακή βιολογία που εξασκείται σε τεχνολογικούς χώρους. Από την άλλη πλευρά, οι ιατροί, που εξασκούν την ιατρική ως ελευθεροεπαγγελματίες στην πόλη, έχουν τη δυνατότητα να εξασφαλίσουν τη σύνδεση μεταξύ των χώρων υψηλής ιατροτεχνικής υποδομής (π.χ. το νοσοκομείο) και των αναγκών των ασθενών.

Αυτή η δυνατότητα διευκολύνεται από την κατ' οίκον επίσκεψη: ο ιατρός που έχει το ένα πόδι στο νοσοκομείο και το άλλο στο σπίτι του ασθενή συντελεί στη συνοχή και στη συνέχεια του συστήματος της περίθαλψης των ασθενών. Επιπλέον, η γνώση του χώρου διαβίωσης του ασθενή είναι χρήσιμη στο γιατρό, είτε είναι θεραπευτής, είτε είναι πολίτης. Κι όμως, οι ιατρικές επισκέψεις κατ' οίκον λιγοστεύουν στη Γαλλία και έχουν σχεδόν εξαφανιστεί στη Βόρεια Αμερική.

Η κατ' οίκον ιατρική επίσκεψη σε νούμερα

Μια πρόσφατη μελέτη από τον Fender αναφέρει ότι το 1984 οι κατ' οίκον επισκέψεις ήταν στη Γαλλία 34%, στην Ιταλία 16% και στη Γερμανία κάτω από το 10% του συνόλου των ιατρικών πράξεων.

Μια μελέτη του Οργανισμού Ποιότητας Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών στη Γαλλία το 1985 που συμπεριλάμβανε 891 γενικούς ιατρούς για τη διάρκεια ενός έτους, αξιολόγησε τον μέσο όρο των ιατρικών κατ' οίκον επισκέψεων στο 36,41% επί του συνόλου των ιατρικών πράξεων. Η μελέτη αυτή διαπίστωσε πολλές διαφοροποιήσεις στην εξάσκηση των ιατρικών επισκέψεων:

- Η ηλικία και το φύλο του ιατρού: οι άνδρες ιατροί πραγματοποιούν περισσότερες επισκέψεις από τις γυναίκες

- Η ηλικία των ασθενών: οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά δέχονται ένα μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων.
- Η περιοχή: στην κεντροανατολική Γαλλία οι επισκέψεις αντιπροσωπεύουν το 27,9% των ιατρικών πράξεων, στη Βόρεια Γαλλία το ποσοστό ανεβαίνει στο 50,3% σχεδόν το διπλάσιο.
- Η περίοδος του έτους: ο αριθμός ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι είναι μεγαλύτερες τον Φεβρουάριο από τον Σεπτέμβριο.

Η μελέτη του Οργανισμού Ποιότητας Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών στη Γαλλία το 1994 έδειξε ότι υπάρχει μείωση του όγκου των επισκέψεων στη δραστηριότητα των ιατρών: 31,5% των επισκέψεων (έναντι 36,4% το 1985). Οι άλλες παράμετροι δεν διαφοροποιήθηκαν πολύ.

- Οι πιο ηλικιωμένοι ιατροί, πραγματοποιούν περισσότερες επισκέψεις (αλλά και οι ασθενείς τους επίσης είναι πιο ηλικιωμένοι).
- Τα παιδιά κάτω των 2 ετών και οι ασθενείς άνω των 80 ετών εξετάζονται κατ' οίκον περισσότερο από τις άλλες ηλικίες.

Οι διάφορες κοινωνικο/επαγγελματικές κατηγορίες ατόμων δεν ζητούν από τον ιατρό να έρθει στο σπίτι με τον ίδιο τρόπο:

- Οι εργάτες, στελέχη και επαγγέλματα «ανωτέρας κοινωνικής μόρφωσης» χρειάζονται λιγότερες επισκέψεις.
- Οι αγρότες, οι άνεργοι, οι βιοτέχνες, οι έμποροι, οι υπάλληλοι και τα επαγγέλματα «μέσης κοινωνικής μόρφωσης» ζητούν περισσότερες επισκέψεις κατ' οίκον.

Οι διαφορές μεταξύ περιοχών είναι σημαντικές:

23% των επισκέψεων στην κεντροανατολική Γαλλία, 44,8% στη Βόρεια Γαλλία και 26,8% στην περιοχή Παρισιού και περιχώρων.



Γιατί επισκέψεις κατ' οίκον;

Σε μερικές χώρες οι κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις τείνουν να εξαφανισθούν.

Ορισμένα πρακτικά στοιχεία κάνουν την κατ' οίκον επίσκεψη λιγότερο αναγκαία:

- Μεγαλύτερος αριθμός Ι.Χ. αυτοκινήτων.
- Επισκέψεις στο ιατρείο κατόπιν ραντεβού.
- Εγκατάσταση ιδιωτικών ιατρείων σε χωριά όπου δεν υπήρχε ιατρός στις δεκαετίες '70-80.

Σε ορισμένες μεγάλες και μεσαίες πληθυσμού πόλεις, ιατρικές εταιρείες όπως οι SOS MEDECINS (SOS ΙΑΤΡΟΙ), τα ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ έχουν δημιουργηθεί και υπάρχει τάση να αυξάνεται ο αριθμός των περιστατικών που εξυπηρετούν. Οι συγκεκριμένοι ιατροί έχουν εκπαιδευτεί στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και είναι γενικοί ιατροί. Το έργο τους είναι να μεταβαίνουν στην οικία των πασχόντων, το συντομότερο δυνατό, με ιατρικό εξοπλισμό για την αντιμετώπιση ορισμένων επειγόντων περιστατικών. Η επιτυχία τους δείχνει ότι υπήρχε ανάγκη που δεν μπορούσε να ικανοποιηθεί από τους άλλους ιατρούς μέχρι τώρα.

Πρέπει λοιπόν να αναρωτηθούμε:

- Εάν η «επείγουσα κλήση» δεν ενοχλεί τους άλλους ιατρούς στην εξάσκηση της ιατρικής τους, σε σημείο ώστε να δέχονται με σχετική ανακούφιση το γεγονός ότι οι SOS ΙΑΤΡΟΙ ανταποκρίνονται.
- Εάν το γεγονός της κατ' οίκον επίσκεψης δεν βιώνεται σαν ενόχληση στην οργάνωση της καθημερινής εργασίας.

Οι ιατρικές υπηρεσίες-κέντρα που δημιουργήθηκαν για την αντιμετώπιση κυρίως των επειγόντων περιστατικών επεμβαίνουν για πλήθος κατ' οίκον επισκέψεων των οποίων ο χαρακτηρισμός ως επειγόντων είναι συζητήσιμος. Οι ασθενείς θεωρούν αυτούς τους ιατρούς

ως «ειδικούς στις επισκέψεις στο σπίτι», έμπειρους, εξοπλισμένους και πρωτίστως ταχείς.

Οι σημειολογικές λειτουργίες της επίσκεψης κατ' οίκον

Ο ιατρός με την επίσκεψη στο σπίτι παρέχει συγχρόνως πολλές υπηρεσίες: την πρώτη επαφή με τον ασθενή, την ολοκληρωμένη φροντίδα, τον συντονισμό, τη διασφάλιση της συνεχούς φροντίδας του ασθενή. Η κατ' οίκον επίσκεψη είναι μεταξύ των άλλων ένα εργαλείο που τον βοηθά να φέρει εις πέρας το έργο του.

Στα ιδιωτικά ιατρεία και στα Τ.Ε.Π. ο ασθενής μεταφέρει το πρόβλημα της υγείας του, το οποίο τις περισσότερες φορές είναι περίπλοκο (αν αυτό σχετίζεται με το οικογενειακό του περιβάλλον, την εργασία, τις συνθήκες διαβίωσης είναι δύσκολο να εκτιμηθεί στο σύνολο του, όταν ο ασθενής βρίσκεται εκτός του περιβάλλοντος διαβίωσης). Η κατ' οίκον επίσκεψη και δεν μπορεί να είναι διαγνωστική για όλες τις παθήσεις, μπορεί όμως να δώσει στοιχεία σχετικά με:

- **Το γεωγραφικό περιβάλλον (την κατοικία κατά γενικό όρο) που ζει ο καθένας**
 - Σε απομονωμένη περιοχή ή όχι, με κοινωνική δραστηριότητα ή «καταθλιπτική», θορυβώδη ή ήσυχη.
 - Παλαιά συνοικία αλλά περισσότερο οικεία ή σύγχρονη συνοικία αλλά ανώνυμη.
 - Δίπλα σε εμπορικά μαγαζιά, σε υπηρεσίες, σε φαρμακείο, σε συγκοινωνίες.
 - Την παρουσία πιθανών επιβαρυντικών φορέων, π.χ. εργοστάσια κ.τ.λ.
- **Το άμεσο γειτονικό περιβάλλον**
 - Μονοκατοικία ή πολυκατοικία: η διαμονή σε μεγάλα κτίρια και ιδιαίτερα σε πολυκατοικίες «πύργους» δεν επιτρέπει την καταπολέμηση της απομόνωσης. Είναι πολύ πιθανό να ζεις μοναχικά σε μια πολυκατοικία είκοσι διαμερισμάτων.
 - Ο θόρυβος που προκαλούν οι γείτονες μπορεί να είναι η αιτία μεγάλων προβλημάτων.
 - Τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να φοβούνται να βγουν από το σπίτι τους λόγω της απειλής επίθεσης ή κακοποίησης.
- **Την ίδια την κατοικία**
 - Ηλιόλουστη ή όχι, άνετη ή όχι, τακτοποιημένος χώρος ή ακατάστατος, αντικατοπτρίζει έτσι κι αλλιώς την προσωπικότητα αυτού που τον κατοικεί. Υπάρχουν και οι εκπλήξεις: ένα καθωσπρέπει άτομο μπορεί να κατοικεί σε ένα χώρο ακατάστατο και το αντίθετο.
 - Η σημασία που δίδεται στη διακόσμηση, τα στοιχεία που αποδεικνύουν την καλλιέργεια

του ασθενή όπως μουσικά όργανα, βιβλιοθήκες, κ.τ.λ., τα θρησκευτικά σύμβολα επιτρέπουν να κατανοήσουμε καλύτερα ορισμένες συμπεριφορές.

- Τις διατροφικές συνήθειες, στον τόπο που καταλαμβάνει ένα οικιακό ζώο ή και την τηλεόραση.
 - Η διαμόρφωση του χώρου του σπιτιού (εσωτερικές σκάλες, τουαλέτες) εμποδίζει ή διευκολύνει σε περίπτωση μερικής ή ολικής αναπηρίας.
 - Άλλα χαρακτηριστικά όπως: φωτογραφίες, αναμνηστικά ενθύμια, ή δωμάτια «μαυσωλεία» που δείχνουν τον χώρο που καταλαμβάνει η ανάμνηση του μακαρίτη.
- **Τα μέλη της οικογένειας που διαμένουν στο σπίτι**
 - Κατά την κατ' οίκον επίσκεψη, είναι πιθανό να γνωρίσεις μέλη της οικογένειας: τον ή την σύζυγο, τα παιδιά, τους γονείς, οι οποίοι έχουν άλλους προσωπικούς ιατρούς, οι οποίοι είναι παρόντες στην επικοινωνία με τον ασθενή αλλά λείπουν από την επίσκεψη στο ιατρείο. Αυτό αποτελεί πολλές φορές πηγή εκπλήξεων.
 - Είναι επίσης δυνατό να κατανοήσουμε τη σημαντική θέση μέσα στη ζωή της οικογένειας που καταλαμβάνει ένα ανάπηρος, ένα ηλικιωμένο άτομο ή ένα άτομο με χρόνιο νόσημα.

Όπως αναφέρεται στον όρκο του Ιπποκράτη, «τα μάτια του ιατρού δεν μπορούν να δουν αυτό που συμβαίνει στο εσωτερικό του σπιτιού του ασθενή». Κατά συνέπεια, το να συλλέγουμε στοιχεία και πληροφορίες δεν είναι από απλή περιέργεια αλλά για να βοηθήσουμε τον ασθενή μας.

Σε διαφορετικές βαθμίδες, όλα αυτά τα στοιχεία μπορούν να παίξουν ρόλο σχετικά με τα προβλήματα υγείας. Επιτρέπουν την καταμέτρηση και τη σύγκριση των πρακτικών δυνατοτήτων για κάθε θεραπεία. Μόνο η κατ' οίκον επίσκεψη μάς επιτρέπει να λάβουμε αυτά τα στοιχεία υπ' όψιν μας.

Οι δυσκολίες και τα μειονεκτήματα της κατ' οίκον επίσκεψης

Σε σύγκριση με τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα είναι λιγότερο σημαντικά. Παρ' όλα αυτά, μερικές φορές συντέλεσαν ώστε να διακοπεί η ιατρική επίσκεψη και μπορεί να αποδοθεί σε αυτές τις δυσκολίες η επιτυχία που έχουν οι ιατροί που ασχολούνται αποκλειστικά με την κατ' οίκον επίσκεψη (που είναι θεωρητικά επείγουσα).

Ορισμένα μειονεκτήματα θεωρούνται δευτερεύοντα:

- Κανείς δεν σκέπτεται να κλείσει το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, το κρεβάτι είναι πολύ χαμηλό, η καρεκλά εμποδίζει ή είναι βρώμικη.
- Είναι πολύ δύσκολο να αρνηθείς έναν καφέ ή ένα ποτό.

Άλλα είναι περισσότερο σημαντικά:

- Ο φωτισμός είναι ανεπαρκής, όπως και τα όργανα της εξέτασης
- Η αναγκαιότητα της μετάβασης του ιατρού στο σπίτι δεν είναι πάντοτε δικαιολογημένη: είναι φυσιολογικό να επισκεφτείς ένα ηλικιωμένο άτομο που αδυνατεί να μετακινηθεί, έναν ασθενή με λοίμωξη ή με προσωρινή αναπηρία (οξεία οσφυαλγία), ένα καταβεβλημένο άτομο ή ένα παιδί του οποίου η μητέρα προσέχει άλλα παιδιά κ.τ.λ. Πρακτικά, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η κατ' οίκον ιατρική επίσκεψη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί «καταχρηστική».

Τελικά είναι βέβαιο ότι η προσωπικότητα του ιατρού και ο τρόπος που εξασκεί την ιατρική είναι αποφασιστικοί παράγοντες:

- Οι ιατροί που ασκούν την ιατρική πολλά χρόνια συνήθισαν τις κατ' οίκον εξετάσεις: δυσκολεύονται να αλλάξουν τις συνήθειες των ασθενών τους.
- Οι πιο νέοι σε ηλικία ιατροί συνήθως πολυάσχολοι, θεωρούν τις κατ' οίκον επισκέψεις χάσιμο χρόνου και πιθανή αιτία της αποδιοργάνωσης της καθημερινής τους απασχόλησης. Προσπαθούν να μάθουν στους ασθενείς τους να έρχονται στα ιατρεία.
- Ορισμένοι ιατροί αισθάνονται ευτυχείς να πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις: απολαμβάνουν αυτό τον τρόπο εξάσκησης της ιατρικής επειδή εξασφαλίζει ποικίλες συναναστροφές όπως επίσης για την ευχαρίστηση της μετάβασης.



Τα «επιπλέον» οφέλη της κατ' οίκον επίσκεψης

Η κατ' οίκον επίσκεψη, πέρα από το σημειολογικό της εύρος, επιτρέπει ορισμένες σημαντικές δράσεις της καθημερινής εξάσκησης της ιατρικής.

- Δραστηριότητες στοιχειώδους πρόληψης όταν π.χ. διαπιστώνεται επιτόπου ότι οι τοξικές ουσίες δεν είναι προσπελάσιμες στα παιδιά ή προσφέρεται βοήθεια να μπει τάξη στο οικογενειακό φαρμακείο.
- Το γεγονός ότι ένα ηλικιωμένο άτομο ή η οικογένειά του γνωρίζουν ότι ο ιατρός «θα έρθει σπίτι» τους βοηθάει να «κρατήσουν» στο σπίτι ασθενείς που βρίσκονται στα όρια του εγκλεισμού τους σε οίκο ευγηρίας και την ιδρυματοποίησή τους.
- Κάτω από ορισμένες συνθήκες ο ιατρός μπορεί να οργανώσει τη νοσηλεία του ασθενούς στο σπίτι του (π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αντιβιοτικών). Η θέση του θεράποντος ιατρού σε αυτού του είδους τις παροχές πρέπει πάντα να προσδιορίζεται με ακρίβεια.
- Όταν ο ασθενής το επιθυμεί και η «ποιότητα» του οικογενειακού περιβάλλοντος το επιτρέπει, οι κατ' οίκον επισκέψεις επιτρέπουν την παροχή ανακουφιστικής θεραπείας σε τελικούς ασθενείς. Είναι μια αντίσταση στη σύγχρονη τάση που θέλει να καταλήγουν οι ασθενείς στα νοσοκομεία. Η παροχή ανακουφιστικής αγωγής σε τελικούς ασθενείς προϋποθέτει μεγάλη διαθεσιμότητα εκ μέρους του ιατρού.

Συμπέρασμα

Με τον όρο του μάχιμου ιατρού ο γενικός ιατρός δεν μπορεί να διακόψει τις κατ' οίκον επισκέψεις. Αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο κάθε ολοκληρωτικής προσέγγισης των προβλημάτων υγείας. Οι επισκέψεις κατ' οίκον δεν είναι παρά ένα εργαλείο, αλλά ένα σημαντικό εργαλείο, για την ολοκλήρωση ενός ιατρού ως επαγγελματία.

Ακόμη και αν η ισορροπία μεταξύ των επισκέψεων στο ιατρείο και των κατ' οίκον επισκέψεων δεν είναι πάντα εύκολο να βρεθεί, η εξάσκηση της ιατρικής κατ' οίκον παραμένει αναντικατάστατη.

Βιβλιογραφία

1. Agussou F., Le Fur P., Sermet C – Clientele et motifs de recours en medecine liberale. CREDES, 1994, 28-33.
2. Fender P., Dominjon-Beal A., Bernard P.L., Pawlotsky A. – La visite des generalistes dans le department des Hauts-de-Seine. Le Concours medical, 1988, 110, 1, 44-47.
3. Le Fur P., Sermet C. – Clientele, morbidité, prescriptions en medecine generale. Echantillon national, 1982-1983. CREDES, 1985.
4. Molina J., Attali C., Becret F., Clement G – La dependance medicale. Un mal ou une necessité? Exercer, 1990, 7, 9-12.
5. Rosenzweig, C., Elkine J., Aulanier S.- Ecouter l' appel. Exercer, 1991, 10, 24-25.
6. Rouy J.L., Melloni P., Le Roux G., Lamperin J.M. – Connaitre l'entourage du malade: aide ou obstacle a la pratique medicale? Exercer, 1990, 7, 16-19.

ΕΙΔΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ

Σπύρος Μπάρμπας, Παθολόγος

Σε συνέχεια της ανάλυσής μας για την υπογλυκαιμία θα επεκταθούμε σε ειδικά αίτια αυτής. Αν και εκ πρώτης όψεως ξεφεύγει από τα όρια της επείγουσας εξωνοσοκομειακής ιατρικής, εν τούτοις ο κλινικός ιατρός απαιτείται να είναι εξοικειωμένος με τις ειδικές πλευρές του θέματος, όπως είναι οι νεοπλασίες, μιας και αυτές προκύπτουν πλέον καθημερινά.

Ινσουλίνωμα

Οι ασθενείς με υπογλυκαιμία μπορούν να ταξινομηθούν σε αυτούς με υπερινσουλιναιμία ή υποινσουλιναιμία. Η πιο κλασική περίπτωση ενδογενούς υπερινσουλιναιμικής υπογλυκαιμίας είναι το ινσουλίνωμα. Χαρακτηρίζεται δε αυτό από απρόσφορα υψηλή ινσουλίνη με ή χωρίς προινσουλίνη, υψηλό C πεπτίδιο και κατεσταλμένα επίπεδα β υδροξυ βουτυρικό οξύ. Αφορά νεοπλασία β κυττάρου του παγκρέατος και είναι σπάνια με υπολογιζόμενη επίπτωση 1/ανά 250.000 ασθενείς-έτη. Ηλικία έναρξης 40 με 60 και χωρίς διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο, αν και σε ειδικές σειρές αναφέρεται 60% προτίμηση στις γυναίκες. Συνήθως μονήρες εντοπίζεται 35% περί την κεφαλή και το 42% σώματος και ουράς. Ενώ 1%-2% είναι έκτοπα. Τα περισσότερα είναι μικρά, 9 στα 10 είναι μικρότερο από 2 εκ. και τα μισά μικρότερα από 1,3 εκ.. Η πλειοψηφία τους είναι καλοήγη και περιορισμένα, περίπου 10% συνδυάζονται με MEN 1 (πρωτοπαθής υπερπαραθυροειδισμός, όγκοι νησιδίων παγκρέατος και αδενώματα υπόφυσης) και τότε αφορούν άτομα νεαρότερης ηλικίας. Τα κακοήγη ινσουλινώματα είναι σπάνια και αναφέρονται και οικογενείς περιπτώσεις.

Η συνηθέστερη εκδήλωσή του είναι αυτή της υπογλυκαιμίας νηστείας, με ήπια νευρογλυκοπενικά συμπτώματα με ή χωρίς συμπτώματα εκ του αυτόνομου νευρικού συστήματος, συνήθως πρόκειται για ασθενείς που έχουν πάρει βάρος τελευταία. Πιο ειδικά παρουσιάζεται σύγχυση, θόλωση όρασης και ασυνήθης συμπεριφορά και αίσθημα παλμών, τρόμος με τελική αμνησία του επεισοδίου. Διάρκεια συμπτωμάτων κατά μέσο όρο 1,5 έτη, αν και μερικοί περιγράφουν από δεκαετίας συμπτώματα. Λόγω των κεντρικών εκδηλώσεων 20% είναι δυνατό να διαγνωσθούν λάθος ως νευρολογικές ή ψυχιατρικές καταστάσεις (π.χ. επιληπτικές κρίσεις).

Η απρόσφορα υψηλή ινσουλίνη σε επεισόδιο υπογλυκαιμίας (αυθόρμητο ή προκλητό), η θετική δοκιμασία νηστείας 72 ωρών και η δοκιμασία μεικτού γεύματος για όσους παρουσιάζουν μεταγευματική υπογλυκαιμία θέτουν τη διάγνωση.

Για τον εντοπισμό τους χρησιμοποιούμε spiral CT κοιλίας, αρτηριογραφία, υπερηχοτομογραφία διακοιλιακή ή ενδοσκοπική, 111-In-πεντετρεοτίδη scanning, 18F-DOPA PET με προτιμότερη αρχική εξέταση το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα.

Η εκλεκτική έγχυση γλυκονικού ασβεστίου στη γαστροδωδεκαδακτυλική, σπληνική και άνω μεσεντέρια αρτηρία με σύγχρονη λήψη αίματος εκ της ηπατικής φλέβας για μέτρηση ινσουλίνης επιφυλάσσεται για δύσκολες περιπτώσεις βασίζεται στο ότι το γλυκονικό ασβέστιο διεγείρει την απελευθέρωση ινσουλίνης από ινσουλινώματα και όχι από φυσιολογικά β-κύτταρα.

Διαφοροδιαγνωστικά πρέπει να αναφέρουμε ορισμένες οντότητες που μιμούνται το ινσουλίνωμα στη βιοχημική του έκφραση. Η οικογενής εμμένουσα υπερινσουλιναιμική υπογλυκαιμία της παιδικής ηλικίας, πρωτοπαθής υπερπλασία των β-κυττάρων (νησιδιοβλάστωση) σύνδρομο παγκρεατογενούς υπογλυκαιμίας μη ινσουλινωματικής αιτιολογίας και υπογλυκαιμία μετά γαστρική παράκαμψη πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν.

Θεραπεία

Χειρουργική αντιμετώπιση: εκπυρήνιση, μερική άπω παγκρεατεκτομή, εκπυρήνιση και παγκρεατεκτομή, κατά WHIPPLE εκτομή κεφαλής παγκρέατος, γαστρεκτομή, 12δακτυλεκτομή και σπληνεκτομή και ολική παγκρεατεκτομή εφαρμόζονται με σειρά συχνότητας.

Συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει χορήγηση: α) διαζοξίδη 1200 mg ημερησίως που ελέγχει την υπογλυκαιμία παρουσιάζει όμως οιδήματα, β) ανάλογα σωματοστατίνης (οκτρεοτίδη) τα οποία ως γνωστόν αναστέλλουν την έκκριση TSH, ινσουλίνης και γλουκαγόνου όμως αν και χρησιμοποιούνται επιτυχώς σε γλουκαγονώματα, VIPώματα και καρκινοειδείς όγκους δεν έχουν την ίδια επιτυχία σε ινσουλινώματα

στατιστικώς, γ) βεραπαμίλη και φαινοτοΐνη με σχετική επιτυχία. Η αντιμετώπιση μεταστάσεων ηπατικών και άλλων ξεφεύγει του παρόντος.

Υπογλυκαιμία από εξωπαγκρεατικούς όγκους

Υπογλυκαιμία μπορεί να παρουσιαστεί σε μεγάλη ποικιλία εξωπαγκρεατικών όγκων οι οποίοι είναι κυρίως μεσεγχυματικής προέλευσης ινοσάρκωμα, μεσοθηλίωμα, ραβδομυοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, αιμαγγειοπερικύττωμα, νευροϊνωμα και λεμφοσάρκωμα είναι συχνότεροι. Είναι όγκοι βραδέως αναπτυσσόμενοι και συνήθως μεγάλοι σε μέγεθος. Εντοπίζονται 40% οπισθοπεριτοναϊκά, 30% ενδοκοιλιακά και 30% ενδοθωρακικά. Επιθηλιακής προέλευσης είναι τα ηπατοκαρκινώματα, όγκοι επινεφριδίων και καρκινώδης όγκοι. Τέλος, η υπογλυκαιμία τείνει να παρουσιάζεται σε ασθενείς με λευχαιμία, λέμφωμα, ή πολλαπλούν μυέλωμα. Κατά τη διάγνωση έχουμε χαμηλά επίπεδα γλυκόζης, ινσουλίνης, C πεπτιδίου, προΐνσουλίνης, IGF 1 (insulin like growth factor 1). Η υπογλυκαιμία οφείλεται σε μια υπερπαραγωγή του παράγοντα IGF II και ιδίως μιας ατελούς μορφής του με μεγάλο μέγεθος. Η υπογλυκαιμία οφείλεται στην απευθείας δράση του IGF II, έτσι η ινσουλίνη, το γλουκαγόνο και η αυξητική ορμόνη ελαττώνονται σημαντικά. Όμως, το φαινόμενο πιστεύεται πως είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας αφού συμμετέχουν η αυξημένη κατανάλωση γλυκόζης από τους σκελετικούς μυς, από τον ίδιο τον όγκο, λόγω αναερόβιας γλυκόλυσης, η αναστολή γλυκονογένεσης από μεταβολιτές τρυπτοφάνης, ηπατικές μεταστάσεις με ή χωρίς επινεφριδιακές μεταστάσεις και τέλος, αυτοαντισώματα έναντι ινσουλίνης ή του υποδοχέα αυτής. Θεραπεία: άμεσα διόρθωση υπογλυκαιμίας στον καρκίνοπαθή ασθενή, προσπάθεια θεραπείας της βασικής του νόσου και αποφυγή υποτροπής σε ασθενείς που απαντούν σε γλουκαγόνο με χορήγηση ενδοφλεβίως γλουκαγόνου.

Υπογλυκαιμία παγκρεατογενούς αιτιολογίας (μη ινσουλινωματικής αρχής)

Πρόκειται για ασθενείς που παρουσιάζουν κυρίαρχα μεταγευματική υπογλυκαιμία με υπερινσουλιναίμια, που οφείλεται σε πρωτοπαθή υπερπλασία του β-κυττάρου στα πλαίσια νησιδιοβλάστωσης.

Μεταγευματικά 2-4 ώρες (και πολύ σπάνια σε νηστεία) προκύπτει απώλεια συνείδησης, γενικευμένοι σπασμοί (τονικοκλονικοί) και νευρογλυκοπενικά συμπτώματα. Στη δοκιμασία νηστείας συνήθως δεν αποκαλύπτονται όπως συμβαίνει με το ινσουλίνωμα και έτσι είναι δυνατόν να τους υποψιαστεί κανείς.

Τα β-κύτταρα είναι υπερτροφικά και πρόσκεινται σε πόρους. Οι αλλαγές αυτές χαρακτηρίζονται σαν νησιδιοβλάστωση περιγράφοντας την πρωτοπαθή υπερτροφία νησιδίων και τη νεοδιαφοροποίηση νησιδίων κυττάρων Langerhans από κύτταρα επιθηλιακά μικρών παγκρεατικών πόρων.

Παρουσιάζεται στην παιδική ηλικία αλλά και σε ινσουλινώματα, γαστρινώματα, MEN 1, καθώς και σε ασθενείς που ελάμβαναν θεραπευτικά ινσουλίνη ή σουλφονουρία. Σπανίως, παρατηρείται και μετά από γαστρική παράκαμψη τύπου ROUX-EN-Y σαν απάντηση σε ορμονολογικές διαταραχές, τόσο τοπικά στο έντερο όσο και συστηματικά, αν και τα δεδομένα αμφισβητούνται. Θεραπευτικά προτιμάται η μερική εκλεκτική παγκρεατεκτομή.

Πίνακας 1: Όγκοι που αναφέρεται ότι προκαλούν υπογλυκαιμία.

Καρκινώματα	Άλλοι όγκοι
Επινεφριδίων	Καρκινοειδή
Χοληδόχου κύστεως	Ινοσάρκωμα
Μαστού	Υπερνέφρωμα
Αυχένος Κεφαλής	Αιμαγγειοπερικύττωμα
Παχέος εντέρου	Ηπάτωμα
Οισοφάγου	Λέμφωμα
Λάρυγγος	Λειομυοσάρκωμα
Πνεύμονος	Λιποσάρκωμα
Ωοθηκών	Μηνιγγίωμα
Παγκρέατος	Μεσοθηλίωμα
Προστάτη	Πολλαπλούν μυέλωμα
Στομάχου	Νευριλήματα
	Νευροϊνώματα
	Νευροϊνοσάρκωμα
	Φαιοχρωμοκύττωμα
	Όγκος του Wilm

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΠΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ. ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Γ. Κολιός, Καρδιολόγος

Πολλές φορές έγκυες γυναίκες καλούν γιατρό για ποικιλία ενοχλημάτων. Ευτυχώς, τις περισσότερες φορές η αιτία είναι προφανής και αθώα. Όμως, είναι μια ομάδα ευαίσθητων ασθενών και το κάθε τι που συμβαίνει φοβίζει αυτές, το οικογενειακό τους περιβάλλον και το θεράποντα ιατρό. Θα επιδιώξουμε να κατανοήσουμε τις σημαντικές μεταβολές που επιφέρει η κύηση στο καρδιαγγειακό σύστημα και τα αναμενόμενα συμπτώματα-ευρήματα που ανησυχούν τον θεράποντα ιατρό.

Α. Ο όγκος αίματος αυξάνεται από την 6^η εβδομάδα μέχρι το μέσο της κύησης με γρήγορο ρυθμό και μετά με μικρότερο ρυθμό. Κατά μέσο όρο φθάνει η αύξηση το 50% και σχετίζεται με το βάρος του εμβρύου, τη μάζα του πλακούντα και το βάρος της γυναίκας.

Β. Η καρδιακή παροχή αυξάνει κατά 30-50% από την 5^η εβδομάδα κύησης και φθάνει το μέγιστο στο μέσο μεταξύ δεύτερου και τρίτου τριμήνου. Οφείλεται στην αύξηση του όγκου παλμού στα αρχικά στάδια της κίνησης και στην αύξηση της καρδιακής συχνότητας στο τρίτο τρίμηνο.

Γ. Η αρτηριακή πίεση και η περιφερική αντίσταση. Η αρτηριακή πίεση ελαττώνεται κατά τη διάρκεια της κύησης και φθάνει στην ελάχιστη (κυρίως η διαστολική) στο μέσο της κύησης. Η πτώση οφείλεται στις ορμόνες της κύστης, την αύξηση των προσταγλαδινών στο νατριοουρητηρικό πεπτίδιο και στη χαμηλής αντίστασης κυκλοφορία που συμβαίνει στην έγκυο μήτρα.



Τα συνήθη συμπτώματα κατά τη διάρκεια της κύησης είναι:

- Ελαττωμένη ανοχή στην κόπωση.
- Εύκολη κόπωση - δύσπνοια, ορθόπνοια.
- Ζάλη, συγκοπτικά επεισόδια που οφείλονται κυρίως στο μητροκοιλιακό σύνδρομο (πτώση πίεσης και καρδιακής συχνότητας από απόφραξη της κάτω κοίλης φλέβας από πίεση της μήτρας σε ύπτια θέση).

Τα φυσιολογικά κλινικά ευρήματα που μπορούν να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της κύησης είναι:

- Υπέρπνοια.
- Περιφερικά οιδήματα.
- Διάταση σφαγίτιδων.
- Τριχοειδικός σφυγγός.
- Απότομη, διάχυτη ώση της αριστεράς κοιλίας και μετατόπιση αυτής.
- Έντονος Β' τόνος και σταθερά διχασμός Β' τόνου.
- Μεσοσυστολικό φύσημα, εξώθηση στο κατώτερο αριστερό χέιλος του στέρνου και στην εστία ακρόασης της πνευμονικής.
- Συνεχή φυσήματα (τραχηλικός φλεβικός βόμβος, μαστικό φύσημα).
- Διαστολικό φύσημα (σπάνιο).

Τα αναφερόμενα ευρήματα οφείλονται στον αυξημένο όγκο παλμού και την καρδιακή παροχή.

Παρόλα αυτά όμως, πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση με συνήθεις παθολογικές καταστάσεις που παρουσιάζουν αντίστοιχα ευρήματα όπως:

1. Καρδιακή ανεπάρκεια - ανεπάρκεια αορτής και μιτροειδούς (οιδήματα - δύσπνοια - μετατόπιση ώσης, έντονοι παλμοί).
2. Μεσοκοιλιακή επικοινωνία: (διχασμός Β' τόνου).
3. Πνευμονική Υπέρταση: έντονος Β' τόνος.
4. Στένωση αορτής - πνευμονική - μεσοκοιλιακή - με σοκοιλιακή επικοινωνία (συστολικά φυσήματα).

Το ΗΚΓγράφημα και το τρίπλεξ καρδιάς δίνουν τη λύση στις ανωτέρω παθολογικές καταστάσεις εύκολα και ασφαλέστατα.

Συμπερασματικά, η κύηση είναι μια φυσιολογική κατάσταση που σπάνια θα δημιουργήσει πρόβλημα. Παρόλα αυτά, ο γιατρός πρέπει να είναι γνώστης των

πραγμάτων, ώστε να καθυστεράσει την ασθενή αφ' ενός και αφ' ετέρου να αναγνωρίζει τις παθολογικές καταστάσεις ώστε να αντιμετωπισθούν κατάλληλα.

Βιβλιογραφία

1. El Kayon U., and Gleichor W. Hemodynamics and cardiac function during normal pregnancy. 2nd ed New York Alan R. Liss Inc. 1990 p15.
2. Long L, D. Material blood volume and cardiac output during pregnancy. Am. J. Physical 245:R 720 1983.
3. Robson SC, Hunlet S, Boys RJ. Serial study as factors influencing changes in cardiac output during human pregnancy. Pmg J Physical 256; H 1060 1989.
4. El Kayon U, and Gpicher N. The evaluation of the cardiac patient. Apple on and Lange 1992 p:759.
5. Zeligis SM. Dyspnea during pregnancy. Distinguishing cardio from pulmonary causes. Clin Chest Med 13:567 1992.

QUIZ

Ερωτήσεις

1. Ποια είναι η συχνότερη αιτία τραυματισμού στους ηλικιωμένους;

- A. Τα τροχαία με αυτοκίνητο
- B. Τα θερμικά εγκαύματα
- Γ. Οι κακώσεις κατά τη βάδιση
- Δ. Οι πτώσεις

2. Ποιο από τα κατωτέρω γίνεται συχνότερο με τη γήρανση του οργανισμού;

- A. Η τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία
- B. Το επισκληρίδιο αιμάτωμα
- Γ. Το υποσκληρίδιο αιμάτωμα
- Δ. Η εγκεφαλική διάσειση

3. Η οστεοπόρωση και αυξημένη ακαμψία των θωρακικών τοιχωμάτων σε ποια από τις κατωτέρω συμμετέχει περισσότερο;

- A. Στη διάτρηση της τραχείας
- B. Στην έλξη της αορτής
- Γ. Στην πνευμονική κάκωση
- Δ. Σε κατάγματα πλευρών και στέρνου

4. Ποιο από τα κατωτέρω είναι ενδεικτικό κακοποίησης ενός ηλικιωμένου:

- A. Η ύπαρξη κακώσεων από διάφορα συστήματα
- B. Η ιστορία τραυματισμού από οικιακό βοηθό που δεν ταιριάζει με τα κλινικά ευρήματα
- Γ. Το ιστορικό άνοιας
- Δ. Ένας νέος οικιακός βοηθός που δεν γνωρίζει καλά τα προβλήματα του ηλικιωμένου

5. Ποιο από τα κατωτέρω είναι αληθές όσον αφορά το κοιλιακό τραύμα στους ηλικιωμένους:

- A. Σημαντική κοιλιακή βλάβη ανευρίσκεται στο 80% των ηλικιωμένων με πολλαπλά τραύματα
- B. Ο περιτοναϊκός ερεθισμός δεν είναι πάντοτε εμφανής στους ηλικιωμένους
- Γ. Οι αιμοδυναμικά σταθεροί ασθενείς χρήζουν διερευνητικής λαπαροσκόπησης
- Δ. Κοιλιακές βλάβες αυξάνουν το ποσοστό θανάτου από αυτές κατά 50% στους ηλικιωμένους σε σχέση με τις νεώτερες ηλικίες

5° ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΜΟΝΑΧΟ

Γεώργιος Θεοχάρης, Παθολόγος
Σοφία Δαλακλίδου, Ειδ. Καρδιολογίας
Παναγιώτης Κοροδήμος, Ειδ. Ακτινολογίας
Πολυξένη Μπιτούνη, Ειδ. Παιδιατρικής
Κωνσταντίνος Μπουλέκος, Ειδ. Γεν. Ιατρικής
Ράνια Τσιριγώτη, Ειδ. Γεν. Ιατρικής

Επισκεφτήκαμε το Μόναχο το Σεπτέμβριο του 2008 για το 5° Ευρωπαϊκό συνέδριο της Επείγουσας Ιατρικής, που οργανώθηκε από την Ευρωπαϊκή Εταιρία Επείγουσας Ιατρικής. Για άλλη μια φορά δόθηκε έμφαση στην ανάγκη ανάπτυξης της Επείγουσας Ιατρικής τόσο ως ειδικότητας, όσο και ως υποειδικότητας, αλλά και της ανάγκης περισσότερης έρευνας θεωρητικής και εφαρμοσμένης στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Επίσημη προσκεκλημένη του συνεδρίου ήταν η Judith Tintilelli από τους πρωτεργάτες της Επείγουσας Ιατρικής στις Η.Π.Α και υπεύθυνη έκδοσης του εγκυρότερου βιβλίου αναφοράς στην Επείγουσα Ιατρική.

Το συνέδριο έγινε στο Γκάσταιγκ, ένα πελώριο πολιτιστικό κέντρο, που είναι και η έδρα της Φιλαρμονικής Ορχήστρας. Έχει χτιστεί στη θέση μιας μπυραρίας, όπου το 1939 τοποθέτησαν βόμβα με σκοπό να δολοφονήσουν τον Χίτλερ, ο οποίος πάντως τη γλίτωσε τότε.

Περιηγήθηκα σε μια πόλη με πολύ πράσινο, τάξη, καθαριότητα αλλά και σημαντικά μουσεία και μνημεία. Το Ντόιτσε είναι ένα εκπληκτικό μουσείο Τεχνολογίας και Μηχανικής και μετά την επίσκεψη σε αυτό σου μένουν λίγες αμφιβολίες γιατί η Γερμανία αλλά και η Βαυαρία είναι πρωτοπόρες στην τεχνολογία.

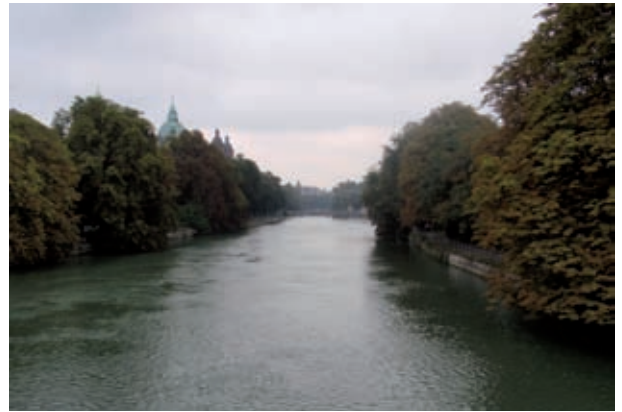
Στην περιοχή των μουσείων βρίσκονται τρία κτίρια χτισμένα σύμφωνα με τους τρεις βασικούς αρχαιολογικούς ρυθμούς: τον Δωρικό, τον Ιωνικό και τον Κορινθιακό. Τα Προπύλαια, η Γλυπτοθήκη και το κτίριο των αντικών. Σχεδιάσθηκαν από τον Λέο Φον Κλέντσε κατά παραγγελία του βασιλέως Λουδοβίκου του Α΄ στα χρόνια της ανεξαρτησίας της Ελλάδας. Και δεν είναι τυχαίο ότι πρώτος βασιλιάς της Ελλάδος ήταν ο Βαυαρός Όθωνας.

Η Παλαιά Πινακοθήκη, η Νέα Πινακοθήκη και η Πινακοθήκη της Μοντέρνας Τέχνης περιλαμβάνουν όλη την ιστορία της Ευρωπαϊκής Τέχνης και πολλά έργα αναπαράστασης της Ελληνικής Επανάστασης του 1821.

Εντυπωσιακότερα πιθανώς ήταν τα πάρκα και ο ζωολογικός κήπος. Όπως και οι ποδηλατοδρόμοι που υπήρχαν παντού. Θυμάμαι μια ασθενή μου, που τελειώνοντας την καριέρα της στη Γερμανία έφερε το ποδήλατό της στην Ελλάδα. Η πρώτη της βόλτα στου Παπάγου αποτέλεσε τη φρικτότερη εμπειρία στη ζωή της και χρειάστηκε αρκετά ηρεμιστικά για να τη ξεχάσει.

Γυρίζοντας στην Ελλάδα και βλέποντας τους μαθητές να βαδίζουν στο δρόμο για να πάνε στα σχολεία του Ζωγράφου (τα πεζοδρόμια είναι κατελημμένα από παράνομα παρκαρισμένα αυτοκίνητα), σκέφτομαι το

μέλλον μιας γενιάς στην οποία καταργούμε το νόημα απλών λέξεων όπως πεζοδρόμιο.



ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ ΕΚΛΥΟΜΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ

Katja Goldflam and Christine Tsien Silvers
Harvard/Massachusetts General Hospital, USA

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν άτομο 57 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών επειδή βρέθηκε σε σύγχυση, με έντονη εφίδρωση και με ένα διάχυτο ερυθριματώδες εξάνθημα. Στο δρόμο προς την εργασία του και καθώς οδηγούσε έφαγε ένα σταρένιο κουλούρι και κατόπιν φτάνοντας ανέβηκε με τα σκαλοπάτια πέντε ορόφους. Τότε, άρχισε να νιώθει μια έξαψη και να έχει αίσθημα δύσπνοιας και αμέσως μετά λιποθύμησε. Κατά την άφιξη του στα Επείγοντα ήταν υποτασικός, είχε κάνει έναν εμετό και ήταν επιθετικός, ενώ δεν δεχόταν την τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα. Στο Τμήμα, διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής ήταν απύρετος, με 87 σφυγμούς το λεπτό, με αρτηριακή πίεση 72/27 mmHg, 18 αναπνοές το λεπτό και κορεσμό οξυγόνου 97%, ενώ βρισκόταν υπό παροχή οξυγόνου. Κατά την ακρόαση είχε τρίζοντες στο 1/3 των πνευμονικών πεδίων άμφω. Στον ασθενή χορηγήθηκε διφαινυδραμίνη 25 mg IV, μεθυλπρεδνιζολόνη 125 mg IV, και 1 Lt φυσιολογικού ορού και έτσι επιτεύχθηκε αρτηριακή πίεση 110/54. Τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις αίματος

Διεύθυνση αλληλογραφίας: Ηπείρου 1, 104 33 Αθήνα
e-mail: sosiatroi@sosiatroi.gr

ήταν φυσιολογικά. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε διηθήσεις άμφω στα κατώτερα πνευμονικά πεδία, σε αντίθεση με το πνευμονικό οίδημα, οπότε και χορηγήθηκε φουροσεμίδα 20 mg IV και αζιθρομυκίνη 500 mg PO. Εισήχθη στο νοσοκομείο όπου και η ανάρρωση του ήταν ομαλή.



Αναφυλαξία εκλυόμενη μετά από άσκηση: Ο ασθενής είχε γνωστό ιστορικό αναφυλαξίας μετά από άσκηση με διαλείποντα επεισόδια εξάψεων και κνίδωσης τα οποία συνήθως λύονταν με την από του στόματος χορήγηση διφαινουδραμίνης και με τη διακοπή της άσκησης. Αυτός ο τύπος αναφυλαξίας είναι σπάνιος ή μάλλον είναι μια κατάσταση που δεν αναγνωρίζεται εύκολα και θεωρείται ότι είναι ένας ξεχωριστός υπότυπος αλλεργίας. Στους εκλυτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται διάφορες μορφές άσκησης είτε μεμονωμένες είτε σε συνδυασμό με τη λήψη συγκεκριμένων τροφών ή φαρμάκων όπως είναι η ασπιρίνη ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Ο πιο συνηθισμένος εκλυτικός παράγοντας από τις τροφές που έχει συνδυαστεί με την αναφυλαξία μετά από άσκηση είναι η πρωτεΐνη γλιαδίνη που υπάρχει στο σιτάρι και συγκεκριμένα, η κατανάλωση κάποιου προϊόντος που περιέχει σιτάρι μπορεί σε διάστημα 4-6 ωρών αν συνδυαστεί με κάποια αθλητική δραστηριότητα να επάγει αλλεργική αντίδραση. Ο υποκείμενος παθοφυσιολογικός μηχανισμός θεωρείται ότι σχετίζεται με την αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων λόγω της αύξησης του α-αδρενεργικού τόνου και λόγω της αύξησης της ωσμωτικότητας σαν αποτέλεσμα της αφυδάτωσης κατά τη διάρκεια της άσκησης, ενώ η αύξηση της σπλαγγχνικής ροής αίματος κατά την προσπάθεια έχει ως αποτέλεσμα να είναι μεγαλύτερη και η έκθεση στα τροφικά αλλεργιογόνα.

Διαφορική διάγνωση: Παρόμοια κλινική εικόνα με την αναφυλαξία μετά από άσκηση έχουν και άλλες καταστάσεις όπου υπάρχει βρογχόσπασμος, αλλά σε αυτές

δεν συναντάμε αγγειοκινητική αστάθεια. Οι καρδιακές αρρυθμίες θα πρέπει να μπαίνουν στη διαφορική διάγνωση αλλά οι δερματικές εκδηλώσεις υπονοούν την παρουσία μιας αλλεργικής συνιστώσας. Η χολινεργική κνίδωση έχει παρόμοιες δερματικές αλλοιώσεις, αλλά εδώ εκλυτικός παράγοντας είναι μόνο η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και δεν καταλήγει σε αγγειοκινητικό σοκ.

Θεραπεία: Άμεση διακοπή της άσκησης. Η αγωγή είναι παρόμοια με αυτή που απαιτείται στις διαμεσολαβούμενες από IgE αλλεργικές αντιδράσεις και περιλαμβάνει τη χορήγηση διφαινουδραμίνης, αναστολείς των H2 υποδοχέων, στεροειδή, βρογχοδιασταλτικά επί βρογχόσπασμου, και ανάλογα με τη σοβαρότητα, υποδόρια ή ενδοφλέβια χορήγηση επινεφρίνης επί υπότασης και για τη διασφάλιση των αεραγωγών. Η διασωλήνωση ή η κρικοθυρεοτομή επί σοβαρού αγγειοοιδήματος θα πρέπει να λαμβάνονται πρώιμα υπόψιν. Παρατήρηση του ασθενούς τουλάχιστον για 6 ώρες για την υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Προφύλαξη: Εφόσον ο ασθενής είναι διεγνωσμένος, θα πρέπει πάντα να έχει μαζί του μια συσκευή αυτοέγχυσης επινεφρίνης και να διακόπτει την άσκηση μόλις ξεκινούν τα συμπτώματα. Η προφυλακτική αγωγή με αντιισταμινικά δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική.

Περίληψη: Η προκαλούμενη από άσκηση αναφυλαξία είναι μια σπάνια μορφή αλλεργίας που περιστασιακά συσχετίζεται με τροφικά ή φαρμακευτικά αλλεργιογόνα, αλλά αντιπροσωπεύει ένα επείγον περιστατικό που οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να σκέφτονται κατά τη διαφορική διάγνωση ενός συγκοπτικού επεισοδίου. Η αγωγή είναι παρόμοια με αυτή που ακολουθούμε σε κάθε αλλεργική αντίδραση. Το κλειδί είναι να αναγνωρίσουμε τη συσχέτιση του επεισοδίου με την άσκηση και έτσι να αποφευχθεί η επανάληψη του, μέσω της αποφυγής των εκλυτικών παραγόντων του.





ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ, ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΤΗ ΣΤΟΚΧΟΛΜΗ

*Helena Borovzky^a, Annika Berglund^a, Lars Jonsson^a,
Leif Svesnsson^a, Nils Wahlgren^b*

^aStockholm Prehospital Centre and

^bKarolinska Univ Hospital, Stockholm, Sweden

Εισαγωγή: Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η πιο κοινή αιτία αναπηρίας και η τρίτη κύρια αιτία θανάτου στη Σουηδία. Ενδοφλέβια χορήγηση ανασυνδυασμένου ενεργοποιητή ιστικού πλασμινογόνου (recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA) μέσα σε 3 ώρες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι η εγκεκριμένη θεραπεία για το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία με rt-PA υποχρησιμοποιείται και ο κύριος λόγος για αυτό είναι η καθυστερημένη άφιξη του ασθενούς στο νοσοκομείο. Έγκαιρη και γρήγορη αναγνώριση των συμπτωμάτων είναι αναγκαία για να μειωθεί ο χρόνος μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της θεραπείας.

Μέθοδος: Είναι μια αναδρομική μελέτη όλων των ασθενών στους οποίους τέθηκε η διάγνωση «εγκεφαλικό επεισόδιο» κατά τη διάρκεια του 2006, οι οποίοι είχαν εισαχθεί στα επείγοντα περιστατικά του Sodersjukhuset στη Στοκχόλμη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από ιατρικά αρχεία και τη βάση δεδομένων SOS-Alarm.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να προσδιορίσει τους προνοσοκομειακούς παράγοντες που προκαλούν καθυστέρηση στους ασθενείς που φτάνουν στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τον τρόπο διακομιδής στο νοσοκομείο, χρόνοι μεταφοράς, προτεραιότητα, εκτίμηση και θεραπεία.

Αποτελέσματα: Συνολικά 1.144 ασθενείς έλαβαν μέρος στη μελέτη και το 74% αυτών διακομίσθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με ασθενοφόρο. Στο 3% αυτών έγινε θεραπευτική χορήγηση rt-PA μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και όλοι εκτός ενός διακομίσθηκαν με ασθενοφόρο. Συνολικά, ο μέσος χρόνος παραμονής του ασθενούς στην προνοσοκομειακή αλυσίδα φροντίδας, από τη στιγμή της κλήσης στο κέντρο άμεσης βοήθειας μέχρι την εισαγωγή στο νοσοκομείο, ήταν 101 λεπτά. Ο χρόνος έναρξης των συμπτωμάτων δεν αναφερόταν στο 59%. Οι ίδιοι οι ασθενείς καθυστέρησαν να ειδοποιηθούν για ιατρική βοήθεια, κατά μέσο όρο πέρασαν 55 λεπτά έως την ενημέρωση του τοπικού ΕΚΑΒ. Ο διασώστης μπορούσε να αναγνωρίσει τα συμπτώματα σαν εγκεφαλικό επεισόδιο στις μισές περιπτώσεις. Μόνο το 6% αυτών διακομίσθηκαν με το υψηλότερο επίπεδο προτεραιότητας. Το πλήρωμα του ασθενοφόρου μπορούσε να προσδιορίσει την κατάσταση του ασθενή σαν εγκεφαλικό επεισόδιο στο 51%. Μέτρηση σφυγμών, συστολικής αρτηριακής πίεσης και κορεσμός οξυγόνου έγινε στο 93-95% των περιπτώσεων. Γλυκόζη αίματος και θερμοκρασία στο 51% και 3% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Τα κύρια ευρήματα είναι ότι 74% των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο διακομίσθηκαν στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο. Όλοι οι ασθενείς που τους έγινε θεραπευτική χορήγηση rt-PA, μεταφέρθηκαν με ασθενοφόρο εκτός από έναν. Υπήρχαν δυσκολίες στην αναγνώριση των συμπτωμάτων σε όλη την έκταση της αλυσίδας φροντίδας που οδήγησε σε καθυστέρηση ώστε να επιτευχθεί έναρξη θεραπείας με rt-PA. Το πλήρωμα του ασθενοφόρου ακολούθησε τις κατευθυντήριες οδηγίες επίσης, αλλά υπήρξε μερική αποτυχία στην παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας σώματος και γλυκόζης αίματος.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΜΕΣΟΥ ΤΕΣΤ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ (RIT) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΡΕΦΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 3 ΜΗΝΩΝ – ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΧΩΡΙΣ ΣΑΦΗ ΕΣΤΙΑ

*Javier Benito, Eider Astobiza, Andere Equireum,
Borja Gomez, Santi Mintegi and Miguel A. Vazquez
Hospital de Curces, Spain*

Βρέφη με πυρετό και επιβεβαιωμένη ιογενή λοίμωξη διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο για βακτηριακή λοίμωξη. Μελέτες έδειξαν ότι η «εισαγωγή» και χρήση της άμεσης εργαστηριακής επιβεβαίωσης της γρίπης στα θεραπευτικά πρωτόκολλα παιδιών ηλικίας 3-36 μηνών με πυρετό χωρίς σαφή εστία μπορεί να ελαττώσει τον

αριθμό των διαγνωστικών εξετάσεων της χρήσης των αντιβιοτικών και των νοσηλίων σε νοσοκομείο. Ο αντικειμενικός σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμήσει την επίδραση της «εισαγωγής» και χρήσης του RIT στα πρωτόκολλα ρουτίνας όσον αφορά βρέφη ηλικίας κάτω των 3 μηνών με πυρετό και χωρίς σημεία εστιακής λοίμωξης κατά τη διάρκεια περιόδων γρίπης.

Κατά τη διάρκεια τεσσάρων συνεχόμενων περιόδων γρίπης (από 1/11/2003 μέχρι 31/7/2007) μελετήθηκαν βρέφη ηλικίας 0-3 μηνών τα οποία παρουσιάζουν πυρετό χωρίς άλλα σημεία εστιακής λοίμωξης και στα οποία έγινε RIT επειγόντως προκειμένου να τεθεί διάγνωση. Το RIT έγινε όταν η συχνότητα εμφάνισης της γρίπης ξεπερνούσε τα 100 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους. Για κάθε ασθενή καταγράφονταν: τα δημογραφικά του στοιχεία, συμπτώματα και ευρήματα από την κλινική εξέταση, το αποτέλεσμα του RIT και των άλλων διαγνωστικών εξετάσεων και η διάγνωση. Σε όλα τα εξετασθέντα βρέφη έγινε και follow up τηλεφωνικά.

Το RIT διενεργήθηκε σε 119 βρέφη, από τα οποία 56 (ποσοστό 47,1%) είχαν θετικό RIT. Ο μέσος όρος ηλικίας βρεφών με θετικό και αρνητικό RIT ήταν περίπου ο ίδιος (55,4% έναντι 51,5%) όπως παρόμοια ήταν και η μέση θερμοκρασία 38,5° C έναντι 38,4° C αντίστοιχα.

Εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις έγιναν σε πολύ μικρότερο ποσοστό σε βρέφη με θετικό RIT με στατιστικά μεγάλες διαφορές με αυτά που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις αίματος (71,4% έναντι 96,8%), stick ούρων (82,1% έναντι 100%) Ro θώρακος (1,8% έναντι 17,5%) και οσφυονωτιαία παρακέντηση (3,6% έναντι 27,1%).

Μέχρι τη στιγμή της διάγνωσης σε κανένα από τα βρέφη με θετικό RIT δεν είχε δοθεί αντιβίωση, σε αντίθεση με 31,7% των βρεφών με αρνητικό RIT που έλαβαν αγωγή. Μόνο ένα βρέφος με θετικό RIT νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο για παρακολούθηση, χωρίς όμως και πάλι να δοθεί αγωγή. Όσον αφορά τα βρέφη αρνητικό RIT, 18 νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο.

Όλες οι περιπτώσεις -10 συνολικά- στις οποίες βρέθηκαν θετικές καλλιέργειες προήλθαν από την ομάδα των βρεφών με αρνητικό RIT. Σε 6 καλλιέργειες ούρων απομονώθηκε *E. Coli*, σε 2 καλλιέργειες οσφυονωτιαίου υγρού απομονώθηκε *Listeria monocytogenes*, σε 1 καλλιέργεια αίματος *Staphylococcus aureus* και σε 1 καλλιέργεια ούρων *Enterococcus faecalis*.

Η χρήση του άμεσου test διάγνωσης της γρίπης RIT για τη διερεύνηση μέχρι πρότινος υγιών βρεφών που εμφάνισαν πυρετό, χωρίς όμως σημεία εστιακής λοίμωξης, θα ελαττώσει τη συνολική διενέργεια άλλων εργαστηριακών εξετάσεων, τη χρήση αντιβιοτικών και την άσκοπη ενδοноσοκομειακή νοσηλεία.

Η ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΑΚΟΜΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Alastair Kidd and Tom Beattie

Edinburgh, UK

Εισαγωγή: Αναφέρεται περιστατικό παρατεταμένου υπεραερισμού μετά από άσκηση σε κορίτσι 11 ετών σχετιζόμενη με μεταβολική οξέωση και με σημαντική αύξηση γαλακτικού οξέως στο τριχοειδικό αίμα.

Ιστορικό παρούσας νόσου: Κορίτσι 11 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών του Royal Hospital for Sick Children, στο Εδιμβούργο. Κατά τη διάρκεια του μαθήματος της γυμναστικής στο σχολείο, ολοκλήρωσε στο στίβο με τρέξιμο, απόσταση ενός χιλιομέτρου. Αμέσως μετά, παρουσίασε εκσεσημασμένη ταχύπνοια και αδυναμία ομιλίας λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας. Προσήλθε στα ΤΕΠ είκοσι λεπτά μετά το τέλος του αγώνα με εμμένουσα ταχύπνοια.

Διερεύνηση και αποτελέσματα: Κατά την εξέταση, διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για ένα κατά τα άλλα υγιές θήλυ άτομο 11 ετών τυπικής ανάπτυξης. Η αναπνευστική δυσχέρεια επέμενε, οι σφυγμοί της ήταν 135 το λεπτό, ενώ η αναπνευστική συχνότητα ήταν 90 αναπνοές το λεπτό. Κατά την ακρόαση του αναπνευστικού συστήματος, δεν διαπιστώθηκαν ακροαστικά ευρήματα, ούτε διάχυτα ούτε εντοπισμένα στο στήθος της ασθενούς. Ο κορεσμός οξυγόνου ήταν 100% και η ακτινογραφία θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Τα υπόλοιπα διαθέσιμα εργαστηριακά ευρήματα είχαν ως εξής: γλυκόζη αίματος 5,3 mmol/l, pH αρτηριακού αίματος 7,3, περίσσεια βάσης 6,8, διττανθρακικά 18,9 mmol/l και επίπεδα γαλακτικού στο τριχοειδικό αίμα 9,2 mmol/l. Δεδομένων των αποτελεσμάτων, η διάγνωση που τέθηκε ήταν γαλακτική οξέωση οφειλόμενη στην άσκηση. Μέσα σε μία ώρα και μετά από συντηρητική θεραπεία, τα συμπτώματα είχαν υποχωρήσει. Μετά από άλλα 60 λεπτά, επαναλήφθηκε η εξέταση αερίων αίματος και ήταν ως εξής: pH 7,37, περίσσεια βάσης 0,2, διττανθρακικά 25,4 mmol/l. Η επανάληψη της εξέτασης των επιπέδων του γαλακτικού οξέος, έδειξε ότι αυτά είχαν μειωθεί στο 2,1 mmol/l. Όταν η ταχύπνοια αποκαταστάθηκε, η μέγιστη εκπνευστική ροή ήταν 100% ως αναμενόταν για την ηλικία και το φύλο της ασθενούς.

Συζήτηση: Θεωρούμε, και αφού αποκλείσαμε άλλα δυναμικά αίτια του υπεραερισμού, ότι το πρόβλημα του παιδιού σχετιζόταν με αδυναμία αντιρρόπησης της σημαντικής αύξησης των επιπέδων γαλακτικού στο αίμα μετά την άσκηση. Το γαλακτικό που σχηματίζεται στους σκελετικούς μύες και αυξάνει κατά την άσκηση, μπορεί να συσσωρευτεί και να μετρηθεί έμμεσα στο τριχοειδικό

αίμα. Η συσσώρευση του γαλακτικού είναι ένα σημαντικό ερέθισμα για υπεραερισμό. Τα επίπεδα που αναφέρθηκαν ήταν από δείγμα που συλλέχθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή της άσκησης. Θα περίμενε κανείς να έχει εμφανιστεί μεταβολική αντιρρόπηση. Επίσης, θα πρέπει να υποθέσουμε ότι η τιμή του γαλακτικού θα ήταν σημαντικά πιο αυξημένη από την τιμή 9,2 mmol/l που διαπιστώθηκε αμέσως μετά την άσκηση. Ακόμα και σε ένα δείγμα 45 λεπτά μετά την άσκηση, η τιμή 9,2 mmol/l υποδηλώνει υπερβολικά υψηλή συγκέντρωση γαλακτικού. Αυτό που δεν είναι σαφές, είναι η αιτιολογία της υπερβολικής αυτής αύξησης. Οφείλεται

στη γενικότερη έλλειψη άσκησης ή υποβόσκει κάποια μεταβολική διαταραχή; Το δεύτερο φαίνεται λιγότερο πιθανό, μιας και η ασθενής έχει διανύσει τρέχοντας παρόμοιες αποστάσεις στο παρελθόν χωρίς συμπτώματα.

Συμπέρασμα: Η πρώιμη ανίχνευση της μεταβολικής οξέωσης ως αποτέλεσμα της συσσώρευσης γαλακτικού, διευκολύνθηκε από ένα μηχανήμα μέτρησης του γαλακτικού που βρισκόταν δίπλα στην κλίνη της ασθενούς. Ο υπεραερισμός στα παιδιά μπορεί να έχει ένα μεταβολικό αντίκτυπο που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε διαφορική διάγνωση.

QUIZ

Απαντήσεις

Ποια είναι η συχνότερη αιτία τραυματισμού στους ηλικιωμένους;

Η σωστή απάντηση είναι η Δ.

Οι πτώσεις αποτελούν το συχνότερο αίτιο κακώσεων στους ηλικιωμένους, ακολουθούμενες από τα τροχαία ατυχήματα, τα θερμικά εγκαύματα και τις επιθέσεις από αγνώστους. Ακολουθούν, σε σειρά συχνότητας, οι κακώσεις κατά τη βάδιση, οι τραυματισμοί από όπλα, οι απόπειρες αυτοκτονίας και η κακοποίηση.

Ποιο από τα κατωτέρω γίνεται συχνότερο με τη γήρανση του οργανισμού;

Η σωστή απάντηση είναι η Γ.

Το υποσκληρίδιο αιμάτωμα γίνεται συχνότερο με την πάροδο της ηλικίας. Το συχνότερο αίτιο τραυματισμού είναι οι πτώσεις ή κάποιο ατύχημα στο σπίτι, ακολουθούμενο από την επίθεση από αγνώστους ή από τροχαίο. Σε μερικές περιπτώσεις δεν ανευρίσκεται στο ιστορικό του ασθενούς κάκωση. Οι ασθενείς παρουσιάζουν κεφαλαλγία, εστιακά νευρολογικά σημεία, διαταραχές της βάδισης και αλλαγή του επιπέδου συνείδησης. Η λήψη ασπιρίνης ή αντιπηκτικών αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη υποσκληριδί-ου αιματώματος, όπως και ο χρόνιος αλκοολισμός.

Η οστεοπόρωση και αυξημένη ακαμψία των θωρακικών τοιχωμάτων σε ποια από τις κατωτέρω συμμετέχει περισσότερο;

Η σωστή απάντηση είναι η Δ.

Η οστεοπόρωση και η αυξημένη ακαμψία των θωρακικών τοιχωμάτων είναι υπεύθυνα για τη συχνότερη εμφάνιση καταγμάτων των πλευρών και του στέρνου σε ηλικιωμένους ασθενείς. Τα ανωτέρω κατάγματα

μπορούν να οδηγήσουν σε ακινητοποίηση του θώρακα και υποαερισμό. Προκαλούν μείωση της ζωτικής χωρητικότητας και της τάσης του αρτηριακού οξυγόνου που συνοδεύονται από αύξηση της θνησιμότητας. Έτσι, ο ασταθής πνεύμονας μετρίας βαρύτητας που αντιμετωπίζεται συντηρητικά στους νεότερους, χρήζει διασωλήνωσης και εντατικής νοσηλείας στους ηλικιωμένους.

Ποιο από τα κατωτέρω είναι ενδεικτικό κακοποίησης ενός ηλικιωμένου;

Η σωστή απάντηση είναι η Α.

Η ύπαρξη πολλαπλών κακώσεων από διάφορα συστήματα και σε διαφορετικό στάδιο εξέλιξης οδηγεί στη διάγνωση της κακοποίησης ενός ηλικιωμένου. Η ύπαρξη επίσης σημείων neglect όπως η κακή υγιεινή, η κακή διατροφή και η κατάσταση του δέρματος. Οι οικιακοί βοηθοί συχνά δίνουν εξηγήσεις μη σχετιζόμενες με τα κλινικά ευρήματα ή περιγράφουν πως ο ασθενής πέφτει συχνά. Επίσης, οι ηλικιωμένοι που επισκέπτονται τα επείγοντα αρκετό καιρό μετά την κάκωση ή επισκέπτονται συχνά τα επείγοντα πρέπει να κινήσουν τις υποψίες πιθανής κακοποίησης τους.

Ποιο από τα κατωτέρω είναι αληθές όσο αφορά το κοιλιακό τραύμα στους ηλικιωμένους;

Η σωστή απάντηση είναι η Δ.

Περιτοναϊκός ερεθισμός. Συχνό σημείο ενδοκοιλιακής βλάβης μετά τραυματισμού μπορεί να απουσιάζει στους ηλικιωμένους ασθενείς, καθιστώντας την κλινική εξέταση της κοιλίας αναξιόπιστη. Επίσης, μη πλήρως αιτιολογούμενη εμμένουσα υπόταση μπορεί να είναι το μόνο κλινικό εύρημα ενδεικτικό ενδοκοιλιακής βλάβης.

Η πρόσφατη κοινοτική (ΕΥ) οδηγία η οποία περιορίζει το ωράριο των γιατρών σε 48-56 ώρες την εβδομάδα μοιάζει ανακουφιστική για όσους βρίσκονται στα χαράκωμα της μάχιμης ιατρικής, αλλά και προβληματίζει γιατρούς και κράτος.

Η αντίληψη ότι ο νοσοκομειακός γιατρός πρέπει να βρίσκεται συνέχεια στο νοσοκομείο είναι παλαιότατη και η επαγγελματική ιατρική του ικανότητα ήταν άμεσα συνυφασμένη με τη συνεχή παρουσία του στο νοσοκομείο, έτσι έχει προκύψει και ο αγγλοσαξονικός όρος resident που στα Ελληνικά μέχρι πρότινος είχε αποδοθεί ως «εσωτερικός βοηθός». Αυτό, πρακτικά, έδειχνε ότι οι νεαροί εσωτερικοί βοηθοί είχαν στην ουσία παντρευτεί το νοσοκομείο για άγνωστο διάστημα. Έτσι, ανάλογα με την υποκειμενική άποψη και το βαθμό της εύνοιας του ανωτάτου άρχοντος, κάποιος μπορούσε να παραμείνει παντοτινά «εσωτερικός» ή να προαχθεί στη βαθμίδα του «επιμελητού». Για ιστορικούς λόγους, θα αναφέρω ότι στην Αυστρία το 1880 ο Johann von Mikulitz-Radecki, σπουδαστής και βοηθός του διάσημου χειρουργού Christian Billroth, ενός από τους πατέρες της σύγχρονης χειρουργικής, έκανε τούτο το λάθος να... παντρευτεί! Οι αυστριακοί νόμοι απαγόρευαν τότε τον γάμο των βοηθών ιατρών -επειδή υποτίθεται ότι είχαν παντρευτεί αποκλειστικά το νοσοκομείο. Έτσι, για να παραμείνει ο βοηθός Mikulits-Radecki στο νοσοκομείο και μόνο για ένα ακόμη έτος, μέχρι το 1881, έπρεπε να παρέμβει στο τότε αυστριακό υπουργείο ο ίδιος ο μέγας Billroth με το κύρος της προσωπικότητάς του. Αυτό το γεγονός θεωρήθηκε επαναστατικό για την εποχή εκείνη, αφού οι γιατροί στα πρώτα στάδια της εκπαίδευσής τους θεωρούντο υποτακτικοί των ανωτέρων τους και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, κάτι ανάλογο με τους ιεροδιακόνους και τους δόκιμους μοναχούς.

Τις δεκαετίες του '50 και του '60, στις ΗΠΑ, οι εσωτερικοί βοηθοί (residents) παρέμεναν μια ημέρα μέσα στο νοσοκομείο και την επομένη εκτός νοσοκομείου, με την προϋπόθεση ότι έπρεπε να έχουν διεκπεραιώσει όλες τις υποθέσεις που αφορούσαν τους ασθενείς που είχαν κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της εφημερίας τους. Αυτή βέβαια η διεκπεραίωση απαιτούσε τις περισσότερες φορές 36-48 ώρες, με αποτέλεσμα να χάνονται ουσιαστικά οι μέρες τις οποίες οι γιατροί όφειλαν να βρίσκονται εκτός νοσοκομείου. Ακόμη πολλά προγράμματα εκπαίδευσης εσωτερικών βοηθών στις ΗΠΑ, τη δεκαετία 1950-1960, απαγόρευαν τον γάμο στους γιατρούς. Στην Ελλάδα, μέχρι και τη δεκαετία του '70, οι εσωτερικοί βοηθοί απετέλεσαν τους «στρατιώτες» των διευθυντών και μάλιστα, κατά τη διάρκεια των χρόνων της εξειδίκευσής τους υπήρξαν άμισθοι, εξασφαλίζοντας τα προς το ζην είτε από τις πατρικές οικογένειες είτε κάνοντας παράλληλα άλλες εργασίες. Οι άμισθοι εσωτερικοί βοηθοί απέκτησαν αξιοπρέπεια και έγιναν προοδευτικά διά νόμου έμμισθοι «ειδικευόμενοι» με επιπλέον αμοιβή για τις εφημερίες.

Στον τόπο μας, η πραγματικότητα παραμένει μεσαιωνική, διότι σε αντίθεση με τα περισσότερα νοσοκομεία Ευρώπης και ΗΠΑ όπου οι εφημερεύοντες είναι νεαροί γιατροί στη βαθμίδα του εσωτερικού βοηθού (resident) ή του ειδικευόμενου (fellow), στην Ελλάδα διανυκτερεύουν και έμπειροι ειδικοί στο βαθμό συχνά του επιμελητού Α ή και του αναπληρωτή διευθυντή. Βέβαια, στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. και των ΗΠΑ, ήδη κατά τη φάση της εκπαίδευσής τους στη γενική ιατρική, όλοι οι γιατροί έχουν εκπαιδευθεί υπεύθυνα και σοβαρά στην επείγουσα ιατρική και στην προχωρημένη καρδιοαναπνευστική ανάνηψη έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν με επάρκεια τα περιστατικά τους. Από τους νέους ειδικευόμενους θα πρέπει να αντιμετωπισθεί το επείγον περιστατικό και ο έμπειρος ειδικός θα φθάσει συνήθως σε σύντομο χρονικό διάστημα από το σπίτι του προκειμένου να παράσχει την εξειδικευμένη παρέμβαση (π.χ. το επείγον χειρουργείο ή την επείγουσα αγγειοπλαστική στο έμφραγμα).

Στην ελληνική πραγματικότητα παρατηρείται το φαινόμενο ανάληψης πλήρους ευθύνης και αυτόνομης διαχείρισης των περιστατικών πολύ μετά τη λήψη ειδικότητας. Κι αυτό συμβαίνει γιατί η «πελατιακή νοοτροπία» υπαγορεύει σε 50άρηδες επιμελητές να κρατούν ακόμη τα «άγκιστρα» των 65άρηδων διευθυντών τους, οι οποίοι διαχειρίζονται τον ασθενή ως πελάτη. Στη διαιώνιση του φαινομένου αυτού συμβάλλει και η νοοτροπία του Έλληνα ασθενούς, ο οποίος απαιτεί π.χ. να εξετασθεί από τον ίδιο τον Καθηγητή Ορθοπεδικής για ένα μικρό διάστρεμμα. Η νέα κοινοτική οδηγία που καθορίζει το ανώτατο όριο ωρών εργασίας σε 48-56 ώρες την εβδομάδα δεν έγινε τυχαία, αλλά βασίσθηκε σε ερευνητικά

δεδομένα τα οποία δείχνουν ότι οι κουρασμένοι γιατροί, συνέπεια των εξοντωτικών ωρών εργασίας, εκτός από τον εαυτό τους μπορούν εύκολα να σκοτώσουν και τους ασθενείς τους. Κανείς ασθενής δεν επιθυμεί να εξετάζεται από απρόθυμους και καταπονημένους γιατρούς. Πρέπει να εμπιστευθούμε τους νέους γιατρούς αφού πρώτα τους εκπαιδύσουμε αυστηρά και υπεύθυνα.

«Το άρθρο αυτό δημοσιεύτηκε στην Καθημερινή και επαναδημοσιεύεται με την άδεια του συγγραφέα».

Λίγα λόγια για τον Θανάση Δρίτσα

Ο Θανάσης Δρίτσας γεννήθηκε στην Αθήνα. Σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και ειδικεύθηκε στην Καρδιολογία στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία Guy's & Hammersmith Hospital, RPMS, London, UK. Παράλληλα με τις ιατρικές του σπουδές μελέτησε ανώτερα θεωρητικά και σύνθεση με τους Κώστα Κυδωνιάτη και Γιάννη Ιωαννίδη και παρακολούθησε σεμινάρια σύνθεσης στην Royal Academy of Music, London, UK. Έχει αναγνωρισθεί διεθνώς ως πρωτοπόρος για την κλινική και ερευνητική του δραστηριότητα στη χρήση της μουσικής ως θεραπευτικού μέσου (music medicine) και αποτελεί διακεκριμένο μέλος της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (FESC), μέλος της Αμερικανικής Εταιρείας Μουσικοθεραπείας (AMTA) και της Διεθνούς Εταιρείας Μουσικής στην Ιατρική (ISMM).

Παραγωγός της εκπομπής Μαγικός Αυλός του Τρίτου Προγράμματος της ΕΡΑ (1999-2001). Ως προσκεκλημένος ομιλητής έχει δώσει διαλέξεις και παράλληλα συναυλίες με έργα του ως συνθέτης σε πολλά επιστημονικά συνέδρια και αίθουσες συναυλιών στην Ελλάδα, την Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Έχουν κυκλοφορήσει σε δίσκους (CD) τα έργα του: **Εικόνες-String Images** (MUSICA VIVA 2002), **Υδατογραφίες** (PROTASIS MUSIC 2004), **Δύο Μουσικά Παραμύθια** (LYRA 2005), **Μορφές-Θεραπευτικό CD** που χρησιμοποιεί εμβρυϊκούς ήχους για εισαγωγή ύπνου σε συνεργασία με τον Αμερικανό αναισθησιολόγο Fred Schwartz (INFO HEALTH 2004), **Θεραπευτικοί ήχοι απ' όλο τον κόσμο** (εκδ. Ελευθεροτυπία/Ε Ιατρικά 2004) και πρόσφατα το CD με συλλογή τραγουδιών πάνω σε ελληνική ποίηση με τίτλο **Στην άκρη των παραμυθιών, τραγούδια και εύθραστοι ήχοι για φωνή και πιάνο** (PROTASIS MUSIC 2008).

Επίσης, είναι συγγραφέας του βιβλίου **Η Μουσική ως Φάρμακο** (INFO HEALTH 2003) και είχε την εκδοτική επιμέλεια των βιβλίων **Μουσικοκινητικά Δρώμενα ως Θεραπευτική Αγωγή** (εκδ. Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών 2003) και η **Τέχνη ως Μέσον Θεραπευτικής Αγωγής** (εκδ. Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών 2004). Η μουσική του χρησιμοποιήθηκε από τη χορογραφική ομάδα διεθνούς φήμης **Gelabert-Azzopardi Companya de Danca** στο

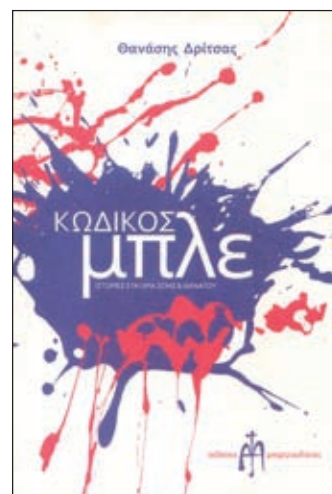
Edinburgh International Art Festival 2004-Arthur's Feet

σε μία παράσταση την οποία παρουσίασαν ως χορευτές άτομα με αναπηρίες. Έχει ιδρύσει και είναι Πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας Ποιότητας Ζωής & Ψυχοκοινωνικής Καρδιολογίας της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας. Εργάζεται ως καρδιολόγος στο Γνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο από το 1995 και είναι υπεύθυνος του Τμήματος Δοκιμασιών Κόπωσης, Εργοσπιρομετρίας, Φυσιολογίας της Άσκησης και Καρδιακής Αποκατάστασης.

Στον τελευταίο του βιβλίο, «Κωδικός Μπλε», ο Θανάσης Δρίτσας περιγράφει ιστορίες στα όρια της ζωής και του θανάτου όπως λέει και ο ίδιος. Την ιστορία ενός καρδιοχειρουργού που μετά από ανακοπή οδηγείται μέσα από ένα λευκό τούνελ και επιβιβάζεται στο καράβι του Οδυσσέα ακολουθώντας τη διαδρομή της Ομηρικής Νέκυιας, το ταξίδι του Οδυσσέα στο βασίλειο του Άδη. Στην ονειρεμένη Πρωτοχρονιά ο ήρωας είναι ένας ζωντανός-νεκρός που, παρά την υλική του ευημερία, είναι δυστυχής γιατί δεν μπορεί να δαμάσει τον μεγαλύτερο εχθρό, τον εαυτό του.

Βασικό επιμύθιο αυτού του έργου είναι ότι η αφήγηση ιστοριών αποτελεί στις μέρες μας μια συμπληρωματική μέθοδο βοήθειας των ασθενών, αλλά και ένα ακόμα εργαλείο για την εκπαίδευση γύρω από το πώς θα αποκτήσει κανείς συνήθειες και συμπεριφορές που αφορούν την υγεία και την πρόληψη γενικότερα.

Ο Θανάσης Δρίτσας επεκτείνει τον συλλογισμό του υποστηρίζοντας ότι κάθε άρρωστος είναι και ο ίδιος μια διαφορετική ιστορία, κάθε άρρωστος που έρχεται στον ιατρό λέει ένα παραμύθι για την αρρώστια του που είναι τόσο κοινό, αλλά και τόσο διαφορετικό από τα παραμύθια άλλων ασθενών και ο γιατρός πρέπει να ακούσει την ιστορία του καθενός με ανοιχτά αυτιά, σαν καλός ακροατής, για να μπορέσει να θεραπεύσει τον άρρωστο και όχι την αρρώστια. Υπάρχουν ασθενείς και όχι ασθένειες.



ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΕΤΕΩΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Ματθαίος Φαλάγγας, MD, MSc, DSc,^{1,2,3}
Γεώργιος Πέππας, MD, PhD,^{1,4}
Δημήτριος Ματθαίου, MD,¹
Ε. Δρόσος Καραγεωργόπουλος, MD,¹
Νικόλας Καράλης,⁵
Γεώργιος Θεοχάρης, MD⁴

Η επίδραση μετεωρολογικών παραγόντων στην ανθρώπινη υγεία έχει υπάρξει από μακρόν ένα ενδιαφέρον θέμα. Στην πραγματικότητα, επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν τη θέση ότι ορισμένες ασθένειες σχετίζονται με περιβαλλοντολογικές συνθήκες. Μία εποχιακή διακύμανση έχει παρατηρηθεί για διάφορες κλινικές οντότητες όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και ειδικά για αρκετές λοιμώδεις ασθένειες όπως αυτές που έχουν οδό μετάδοσης το αναπνευστικό (1). Η εποχιακή διακύμανση της συχνότητας των λοιμωδών νοσημάτων θα μπορούσε γενικά να αποδοθεί σε παράγοντες όπως η επιδημιολογία των παθογόνων μικροβίων, αλλαγές σε περιβαλλοντολογικούς και μετεωρολογικούς παράγοντες, μεταβολές στην ανθρώπινη συμπεριφορά και ακόμη εποχιακές μεταβολές στη φυσιολογία του ανθρώπου.

Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος παριστούν μία μεγάλη κατηγορία λοιμώξεων της κοινότητας. Οι περισσότερες πλευρές της επιδημιολογίας αυτών των λοιμώξεων έχουν αποσαφηνιστεί, περιλαμβανομένου του γεγονότος, ότι εμφανίζονται πιο συχνά στις γυναίκες λόγω ανατομικών αιτιών και σε εφήβους λόγω αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας (2). Επιπλέον, κατά πόσον περιβαλλοντολογικοί παράμετροι σχετίζονται με την εμφάνιση αυτών των λοιμώξεων δεν έχει ακόμη μελετηθεί επαρκώς. Από αυτής της πλευράς στοχεύσαμε να εκτιμήσουμε την επίδραση των μετεωρολογικών μεταβλητών όπως η θερμοκρασία του περιβάλλοντος και η σχετική υγρασία σε συχνότητα λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Ειδικά κάναμε μία αναδρομική μελέτη που αναλύει τη συσχέτιση μεταξύ μετεωρολογικών μεταβλητών και τη σχετική συχνότητα λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού σε ένα περιβάλλον πρωτοβάθμιας υγείας. Τόσο τα μετεωρολογικά όσο και

τα κλινικά δεδομένα κατεγράφησαν κατά ένα συστηματικό, αναδρομικό τρόπο.

Τα αναλυθέντα μετεωρολογικά δεδομένα περιελάμβαναν τη μέση εβδομαδιαία θερμοκρασία (μετρούμενη σε βαθμούς Κελσίου) και την εβδομαδιαία μέση σχετική υγρασία (μετρούμενη σε ποσοστά) που αφορά τη μείζονα περιοχή των Αθηνών κατά την περίοδο 1^η Νοεμβρίου 2000–18 Ιανουαρίου 2005 (ένα σύνολο 1.540 ημερών ή 220 εβδομάδων).

Αυτά τα δεδομένα κατεγράφησαν στον μετεωρολογικό σταθμό του Εθνικού Τεχνικού Πανεπιστημίου Αθηνών, στην περιοχή του Ζωγράφου.

Το Πανεπιστήμιο παρέχει πρόσβαση αυτών των δεδομένων στο κοινό.

Η ανάλυση των κλινικών δεδομένων έγινε ως προς το είδος των διαγνώσεων που ετέθησαν από ειδικευμένους ιατρούς σε κατ'οίκον επισκέψεις.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως ηλικία και φύλο επίσης αναλύθηκαν. Ο πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε όλους τους ασθενείς που εξετάστηκαν κατ'οίκον στην περιοχή της Αττικής κατά τη διάρκεια της περιόδου 1 Νοεμβρίου 2000-18 Ιανουαρίου 2005. Όλα τα ανωτέρω κλινικά δεδομένα προέρχονται από την εταιρεία SOS Ιατροί που είναι μια ιδιωτική εταιρεία κατ'οίκον ιατρικών υπηρεσιών επί επείγουσας βάσεως.

Η μελέτη είχε την έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της εταιρείας SOS Ιατροί.

Η λεπτομερής διαδικασία της κατανομής των ασθενών κατά ειδικότητα και της μετέπειτα επίσκεψης του γιατρού κατ'οίκον για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών έχει νωρίτερα ανακοινωθεί (3).

Ευρήματα σχετιζόμενα με την κλινική εκτίμηση των ασθενών καταγράφονται συστηματικά από τους γιατρούς που κάνουν τις κατ'οίκον επισκέψεις αμέσως σε ένα ειδικά διαμορφωμένο έντυπο.

Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτά τα έντυπα αφορούν τα συμπτώματα του ασθενούς, το παρεθόν ιατρικό ιστορικό, κλινικά ευρήματα τις πλέον προφανείς διαγνώσεις και την προτεινόμενη θεραπεία. Οι διαγνώσεις ετίθεντο επί τη βάσει κλινικών κριτηρίων με την επιπρόσθετη χρήση απλών ιατρικών εξετάσεων κατά την άποψη του κάθε ιατρού.

¹Άλφα Ινστιτούτο Βιοιατρικών Επιστημών (ΑΙΒΕ), Αθήνα, Ελλάδα

²Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, Ελλάδα

³Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Tufts, Βοστώνη, Μασσαχουσέτη, ΗΠΑ

⁴SOS Ιατροί, Αθήνα, Ελλάδα

⁵Εθνικό Τεχνικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Οι λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού κυρίως ετίθεντο επί τη βάση της χαρακτηριστικής κλινικής εικόνας. Ένα test ούρων εγένετο κατά την επιλογή του γιατρού. Πυελονεφρίτις, προστατίτις και επιδιδυμίτις κατεγράφησαν σαν διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες.

Ο κύριος σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η συσχέτιση μεταξύ μέσης εβδομαδιαίας θερμοκρασίας και μέσης εβδομαδιαίας σχετικής υγρασίας με την εβδομαδιαία ποσόστωση των κατ' οίκον επισκέψεων που είχαν σαν αποτέλεσμα τη διάγνωση λοιμώξεως του κατώτερου ουροποιητικού σε σχέση με όλες τις κατ' οίκον επισκέψεις αποκλεισμένων αυτών που έγιναν για λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος.

Οι εβδομαδιαίες τιμές επιλέγησαν σε σχέση με τις ημερήσιες τιμές για να υπάρξει αντιστάθμιση λόγω της υψηλής ημερήσιας διακύμανσης των μετρούμενων μεταβλητών. Μία περίοδος τριών ημερών μεταξύ των μετεωρολογικών παραγόντων και των κατ' οίκον επισκέψεων επιλέγη αυθαίρετα για να δικαιολογηθεί το διάστημα μεταξύ της μετεωρολογικής μεταβλητής και της επακόλουθης ανάπτυξης κλινικών συμπτωμάτων και σημείων λοιμώξεως του κατώτερου ουροποιητικού. Το ποσοστό των κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού αντί για τον απόλυτο αριθμό αυτών των λοιμώξεων περιελήφθη στην ανάλυση για να γίνει η αντιστάθμιση της διακύμανσης των κατ' οίκον επισκέψεων από τους SOS Ιατρούς που οφείλονται σε παράγοντες όπως περίοδος διακοπών, περιβαλλοντολογικές συνθήκες που διευκολύνουν ή αποκλείουν τη χρήση και άλλων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Οι κατ' οίκον επισκέψεις για λοιμώξεις του ανωτέρω και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος δεν λαμβάνονται υπ' όψιν για τον υπολογισμό του ποσοστού των κατ' οίκον επισκέψεων που γίνονται για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού για να υπάρχει διόρθωση για την αναγνωρισμένη συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης λοιμώξεων του αναπνευστικού και μετεωρολογικών παραμέτρων. Σε δευτερογενείς αναλύσεις εκτιμήσαμε τις ίδιες συσχετίσεις, χωρίς να αποκλείονται οι κατ' οίκον επισκέψεις για λοιμώξεις του αναπνευστικού από τον υπολογισμό, καθώς επίσης εχρησιμοποιήθη ένα διάστημα 2 ημερών αντί για 3 ημερών για το διάστημα μεταξύ μετεωρολογικών και κλινικών εκτιμήσεων.

Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση εξετάστηκαν από πλευράς κανονικής κατανομής των δεδομένων με το test Kolmogorov-Smirnov.

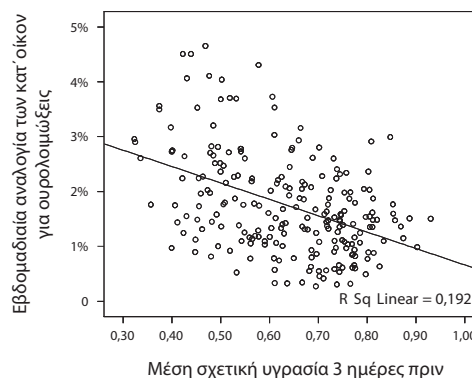
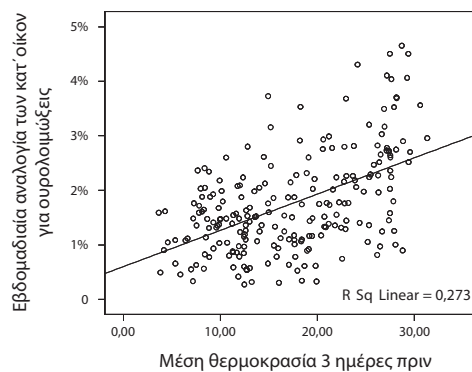
Διπαραγοντική συσχέτιση μεταξύ των μετεωρολογικών παραγόντων και του ποσοστού κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού έγινε με τη χρήση του Spearman test, για τις μεταβλητές χωρίς κανονική κατανομή και με τη χρήση του Pearson

test για την περίπτωση μεταβλητών με κανονική κατανομή.

Στην περίοδο της μελέτης 3221 κατ' οίκον επισκέψεις από τους SOS Ιατρούς έγιναν για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Η μέση ηλικία και η σταθερή απόκλιση των πασχόντων ασθενών ήταν 62,9 +/- 21 έτη. Οι γυναίκες ασθενείς ήταν 53,77%.

Οι εκβάσεις των αναλύσεων περιγράφονται στην εικόνα (1). Στην κύρια ανάλυση η εβδομαδιαία ποσόστωση των κατ' οίκον επισκέψεων που έγιναν για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού σχετικά με όλες τις κατ' οίκον επισκέψεις αποκλεισμένων των λοιμώξεων του αναπνευστικού και που καταγράφησαν 3 ημέρες μετά τις μετεωρολογικές μεταβλητές ευρέθησαν να έχουν μία σημαντική θετική συσχέτιση με τη μέση εβδομαδιαία θερμοκρασία (Spearman test=0,468, p<0,001) και μία σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη μέση εβδομαδιαία σχετική υγρασία (Spearman test=-0,394, p<0,0001) (Εικόνα 1).

Εικόνα 1: Διαγράμματα που δείχνουν τη συσχέτιση του εβδομαδιαίου ποσοστού των κατ' οίκον επισκέψεων (εξαιρουμένων των λοιμώξεων του αναπνευστικού) για λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (Υ άξονας) σε σχέση με τη μέση εβδομαδιαία θερμοκρασία (βαθμοί Κελσίου) που παρατηρήθηκαν 3 ημέρες νωρίτερα (Χ άξονας-άνω εικόνα) και της μέσης εβδομαδιαίας σχετικής υγρασίας που παρατηρείται 3 ημέρες νωρίτερα (Χ άξονας-κατώτερη εικόνα).



Πίνακας 1: Συσχέτιση μεταξύ του εβδομαδιαίου ποσοστού κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού και μέσων εβδομαδιαίων μετεωρολογικών παραγόντων.

Συσχέτιση που εξετάστηκε	Spearman's Rho R	p τιμή
Κυρία ανάλυση		
% κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις ουροποιητικού (εξαιρουμένων λοιμώξεων αναπνευστικού) έναντι θερμοκρασίας 3 ημέρες νωρίτερα	0,468	<0,001
% κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις ουροποιητικού (εξαιρουμένων λοιμώξεων αναπνευστικού) έναντι μέσης σχετικής υγρασίας 3 ημέρες νωρίτερα	- 0,394	<0,001
Δευτερεύουσα ανάλυση		
% κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις ουροποιητικού (συμπεριλαμβανομένων λοιμώξεων αναπνευστικού) έναντι θερμοκρασίας 3 ημέρες νωρίτερα	0,491	<0,001
% κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις ουροποιητικού (συμπεριλαμβανομένων λοιμώξεων αναπνευστικού) έναντι μέσης σχετικής υγρασίας 3 ημέρες νωρίτερα	-0,406	<0,001
% κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις ουροποιητικού (εξαιρουμένων λοιμώξεων αναπνευστικού) έναντι θερμοκρασίας 3 ημέρες νωρίτερα	0,468	<0,001
% κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις ουροποιητικού (εξαιρουμένων λοιμώξεων αναπνευστικού) έναντι μέσης σχετικής υγρασίας 3 ημέρες νωρίτερα	-0,386	<0,001

Στη δευτερογενή ανάλυση, η συσχέτιση μεταξύ του εβδομαδιαίου ποσοστού των κατ' οίκον επισκέψεων που έγιναν για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού σχετικά με τις κατ' οίκον επισκέψεις του αναπνευστικού συστήματος που καταγράφησαν 3 ημέρες μετά τις μετεωρολογικές μετρήσεις και οι μετεωρολογικές μεταβλητές για τη μέση εβδομαδιαία θερμοκρασία και τη μέση εβδομαδιαία σχετική υγρασία έδειξαν παρόμοια σημαντική συσχέτιση όπως και στην κύρια ανάλυση (Πίνακας 1).

Στη δευτερογενή ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ του ποσοστού των κατ' οίκον επισκέψεων για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού σχετικά με όλες τις κατ' οίκον επισκέψεις εξαιρουμένων για λοιμώξεις του αναπνευστικού που καταγράφησαν 2 ημέρες μετά τις μετεωρολογικές μετρήσεις και οι μετεωρολογικές μεταβλητές της μέσης εβδομαδιαίας θερμοκρασίας και μέσης εβδομαδιαίας σχετικής υγρασίας, το αποτέλεσμα ήταν παρόμοιο με τις κύριες αναλύσεις.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης σημαίνουν ότι σε μία μεγάλη οικιστική περιοχή με εύκρατο κλίμα, η υψηλότερη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και η μειωμένη σχετική υγρασία σχετίζονται με αύξηση των κατ' οίκον

επισκέψεων για λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού. Λόγω του μεγάλου αριθμού των παρατηρήσεων που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανάλυση οι στατιστικές συσχετίσεις είναι σημαντικές. Πρέπει να αναφερθεί πάντως ότι η ισχύς των αναφερθέντων παρατηρήσεων δεν είναι μεγάλου βαθμού.

Ανεξαρτήτως αυτών, ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των εξετασθέντων παραμέτρων θα ήταν μάλλον μη αναμενόμενες, λαμβάνοντας υπ' όψιν την πολυπαραγοντική φύση της παθογένεσης των λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού.

Η συσχέτιση της θερμοκρασίας και της σχετικής υγρασίας με την ανάπτυξη λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, θα μπορούσε να εξηγηθεί επί τη βάση ότι αυτές οι μετεωρολογικές παράμετροι επηρεάζουν την ανθρώπινη διάθεση (4) και γι' αυτό μπορούν να επηρεάζουν την κοινωνική συμπεριφορά και τη σεξουαλική δραστηριότητα, που είναι ένας παράγοντας ισχυρής συσχέτισης για την ανάπτυξη λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Θα πρέπει να αναφερθεί, πάντως, ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που περιλαμβάνονται στην ανάλυσή μας ανήκει σε σεξουαλικά λιγότερο ενεργές ηλικιακές ομάδες και έτσι, οι πιο πάνω συσχετίσεις μερικά μόνο μπορούν να εξηγήσουν τα ευρήματα της μελέτης μας.

Αυτή η θεώρηση μπορεί να εξηγήσει το γιατί οι γυναίκες λίγο ξεπερνούν σε αριθμό τους άντρες στον υπό μελέτη πληθυσμό, ενώ σε νεότερες ηλικιακές ομάδες θα αναμένετο να είναι πολλές περισσότερες λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος σε γυναίκες απ' ό,τι σε άντρες.

Μια άλλη πιθανή συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης θερμοκρασίας περιβάλλοντος και της ανάπτυξης λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος θα μπορούσε να αποδοθεί το γεγονός ότι οι υψηλότερες θερμοκρασίες σχετίζονται με μειωμένη διούρηση, που με τη σειρά του είναι ένας από τους κύριους παράγοντες ανάπτυξης ουρολοιμώξεων. Πιο λεπτομερειακά, η αυξημένη θερμοκρασία αυξάνει την εφίδρωση και συνεπώς, μειώνει το ολικό σωματικό νερό (5).

Επιπλέον, η περιφερική αγγειοδιαστολή και η λίμναση αίματος στο δέρμα σαν αποτέλεσμα της έκθεσης στο θερμό προκαλεί μείωση του αποτελεσματικού όγκου αίματος. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν, ιδιαίτερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας, σε μειωμένη παραγωγή ούρων (5). Από την άλλη πλευρά, οι φυσιολογικές θερμορυθμιστικές διορθώσεις στο κρύο περιλαμβάνουν αδρενεργική διέγερση που περιλαμβάνει περιφερική αγγειοσύσπαση μαζί με αύξηση στην αρτηριακή πίεση και καρδιακή παροχή. Αυτοί οι παράγοντες, σε συνδυασμό με την αύξηση της συγκέντρωσης του κοιλιακού νατρίου-ρετινικού πεπτιδίου, μπορούν να είναι υπεύθυνες για την αυξημένη διούρηση που παρατηρείται στο κρύο.

Έτσι, η έκθεση στο κρύο μπορεί να διευκολύνει την κάθαρση βακτηρίων από τα ούρα.

Δεδομένα στη βιβλιογραφία που να αφορούν το θέμα αυτής της μελέτης δεν είναι συμπερασματικά. Ιδιαίτερα μια μελέτη που έγινε στον Καναδά έχει δείξει εποχιακή κατανομή σε νοσοκομειακές εισαγωγές λόγω ουρολοιμώξεων, αν και τα ειδικά χαρακτηριστικά του εποχιακού μοντέλου αυτών των λοιμώξεων δεν αναφέροντο (6).

Μια άλλη μελέτη στη Νότια Κορέα έχει δείξει ότι η οξεία πυελονεφρίτιδα συμβαίνει πιο συχνά το καλοκαίρι (7). Σε αντίθεση υπάρχουν μερικές αναφορές σε παιδιά που δείχνουν μια καιρική συσχέτιση μεταξύ ουρολοιμώξεων και λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος (8,9).

Κατά πόσον αυτή η συσχέτιση μπορεί να μεταφραστεί σε μία εποχιακή διακύμανση της συχνότητας εμφάνισης ουρολοιμώξεων στα παιδιά, λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συμβαίνουν συχνότερα τον χειμώνα, είναι αμφισβητήσιμο (10).

Ένας αριθμός δυνητικών μειονεκτημάτων θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν στην ερμηνεία των ευρημάτων της μελέτης μας.

Η διάγνωση λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος δεν βασίστηκε σε αυστηρά διαγνωστικά κριτήρια όπως ουροκαλλιέργεια και γι' αυτό μερικά περιστατικά μπορεί να έχουν λάθος διαγνωσθεί. Πάντως, στη συνήθη κλινική πρακτική η λήψη ουροκαλλιεργειών για τη διάγνωση της μη επιπλεγμένης κυστίτιδος δεν θεωρείται απαραίτητη. Οι εγγενείς αδυναμίες που έχουν οι αναδρομικές μελέτες επίσης λαμβάνονται υπ' όψιν. Ανεξαρτήτως όλων αυτών, τα δεδομένα που περιλαμβάνονται στις αναλύσεις της μελέτης μας έχουν καταγραφεί κατά προοπτικό τρόπο και θεωρούνται υψηλής ποιότητας.

Αν και δεν εφαρμόστηκε κανένα κριτήριο επιλογής, η πλειοψηφία του πληθυσμού της μελέτης ήταν μεγάλης ηλικίας.

Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι νεότεροι ασθενείς απευθύνονται σε άλλου είδους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, τα ευρήματα της μελέτης μας δεν είναι αντιπροσωπευτικά του όλου πληθυσμού της κοινότητας και γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται με προσεκτικότητα υπ' όψιν για τις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Κατά παρόμοιο τρόπο, δεν θα πρέπει τα ευρήματα της μελέτης μας να εφαρμόζονται αυστηρά και σε άλλες κλιματικές καταστάσεις εκτός από τις εύκρατες. Ένα άλλο πρόβλημα της μελέτης μας είναι το ότι οι μετεωρολογικές παράμετροι ελήφθησαν από έναν μετεωρολογικό σταθμό.

Παρά το γεγονός ότι αναμένονται να υπάρχουν μικρές διαφοροποιήσεις από άλλες καταμετρήσεις, εν τούτοις αυτές δεν πρέπει να έχουν επηρεάσει τα ευρήματα της ανάλυσής μας.

Παρά τις πιο πάνω αδυναμίες, τα ευρήματα της μελέτης μας βοηθούν στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή ειδικών προληπτικών μεθόδων δημοσίας υγιεινής, όπως μέτρα για να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή από το κοινό στην ανάγκη κατανάλωσης περισσότερων υγρών και στην αποφυγή έκθεσης στη ζέστη κατά τη διάρκεια θερμού και ξηρού καιρού.

Αυτό θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα σημαντικό για άτομα μεγάλης ηλικίας που συχνά έχουν υποκείμενα νοσήματα κι έτσι μια ταυτόχρονη λοίμωξη θα προκαλούσε κλινική επιδείνωση της κατάστασής του.

Συμπερασματικά, η μελέτη μας δείχνει ότι η εμφάνιση λοιμώξεων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος στην κοινότητα μπορεί να σχετίζεται με μετεωρολογικές παράμετρους, όπως η θερμοκρασία και η υγρασία. Ανεξάρτητα από τη δυνητική ερμηνεία σχετικά με τα υποκείμενα νοσήματα που εμφανίζονται με αυτήν τη συσχέτιση, τα ευρήματα της μελέτης μας δείχνουν σαφώς ότι άτομα μεγάλης ηλικίας που αποτέλεσαν την πλειοψηφία του πληθυσμού μελέτης δυνατόν να έχουν αυξημένο κίνδυνο να πάθουν λοίμωξη του κατώτερου

ουροποιητικού σε εποχές με υψηλή θερμοκρασία ή χαμηλή υγρασία.

Από πλευράς δημόσιας υγείας, η ενημερότητα γι' αυτή τη συσχέτιση μπορεί να διευκολύνει στην εφαρμογή προληπτικών στρατηγικών.

Βιβλιογραφία

1. Falagas ME, Theocharis G, Spanos A, Vlara LA, Issaris EA, Panos G, Peppas G. Effect of meteorological variables on the incidence of respiratory tract infections. *Resp Med* 2008;102:733-7.
2. Falagas ME, Gorbach SL. Urinary tract infections: Practice guidelines. *Infect Dis Clin Practice* 1995;4:241-57.
3. Peppas G, Theocharis G, Karveli EA, Falagas ME. An analysis of patient house calls in the area of Attica, Greece. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:112.
4. Howarth E, Hoffman MS. A multidimensional approach to the relationship between mood and weather. *Br J Psychol* 1984;75:15-23.
5. Melin B, Koulmann N, Jimenez C, Savourey G, Launay JC, Cottet-Emard JM, Pequignot JM, Allevard AM, Gharib C. Comparison of passive heat or exercise-induced dehydration on renal water and electrolyte excretion: the hormonal involvement. *Eur J Appl Physiol* 2001;85:250-8.
6. Upshur R EG, Moineddin R, Crighton E, et al. Simplicity within complexity: Seasonality and predictability in the province of Ontario 1998-2001, a population-based analysis. *BMC Health Services Research* 2005; 5:13.
7. Ki M, Park T, Choi B et al. The Epidemiology of Acute Pyelonephritis in South Korea, 1997-1999. *American Journal of Epidemiology* 2004;160:985-93.
8. Woodruff JD, Everett HS. Prognosis in childhood urinary tract infections in girls. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:798-809.
9. Burke JB. Pyelonephritis in infancy and childhood. *Lancet* 1961;2:1116-20.
10. Stansfeld JM. Clinical observations relating to incidence and aetiology of urinary-tract infections in children. *Br Med J* 1966;1:631-4.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Το περιοδικό Επείγουσα & Εξωνοσοκομειακή Ιατρική είναι η επίσημη έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Επείγουσας Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής που εκδίδεται τέσσερις φορές το χρόνο.

Σκοπός του περιοδικού είναι να προσφέρει στο Έλληνα γιατρό, κυρίως το νέο, ειδικά άρθρα που αναφέρονται τόσο στα θέματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινή πρακτική στο χώρο εκτός νοσοκομείου σαν επείγοντα περιστατικά όσο και τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας.

Ειδικότερα στο περιοδικό δημοσιεύονται:

- Άρθρα σύνταξης
- Ανασκοπήσεις
- Ερευνητικές εργασίες
- Ενδιαφέροντα περιστατικά
- Άρθρα γενικού ενδιαφέροντος
- Νέα από τη διεθνή βιβλιογραφία και τα συνέδρια
- Άρθρα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης
- Γραπτά συμπόσια
- Γράμματα προς τη σύνταξη
- Επιστημονικά νέα

Τα υποβαλλόμενα άρθρα πρέπει να ακολουθούν τους βασικούς κανόνες ιατρικής βιβλιογραφίας.

Υποβάλλονται σε ηλεκτρονική μορφή κατά προτίμηση σε κειμενογράφο MS Word.

Μαζί με την ηλεκτρονική μορφή υποβάλλεται και αντίγραφο της εργασίας σε έντυπη μορφή.

Οι φωτογραφίες και τα σχεδιαγράμματα πρέπει να υποβάλλονται είτε ηλεκτρονικά σε εκτυπώσιμη μορφή είτε σε έντυπη μορφή.

Στο άρθρο πρέπει να αναγράφεται

- Ο τίτλος
- Ο ή οι συγγραφείς
- Χώρος προέλευσης της εργασίας
- Στοιχεία επικοινωνίας του συγγραφέα τα οποία και θα αναγράφονται στην πρώτη σελίδα του άρθρου
- Βιβλιογραφικές παραπομπές.

ΔΕΛΤΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΕΕΕΙ

ή ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Ιδιότητα:

Διεύθυνση:

Οδός: Αριθμός: Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλ. Επικοινωνίας: e-mail:

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΕΕΕΙ

ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ