



*Δεν είμαι τίποτα.*

*Ποτέ δεν θα είμαι τίποτα.*

*Δεν μπορώ να θέλω να είμαι τίποτα.*

*Πέραν αυτού, έχω μέσα μου όλα τα όνειρα του κόσμου.*

*Θα είμαι πάντα αυτός που περίμενε πως θα του άνοιγαν την πόρτα σε έναν τοίχο χωρίς πόρτα...*

*Fernando Pessoa*

Η Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας & Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής και το περιοδικό αρχίζουν να «ενηλικιώνονται». Στόχος μας είναι η ενεργή συμμετοχή όσο το δυνατόν περισσότερων συναδέλφων στα δρώμενα του χώρου μας. Προσκαλούμε όλους όσους πιστεύουν ότι η Εταιρεία και το περιοδικό καλύπτει ένα κομμάτι από τα επιστημονικά ενδιαφέροντά τους να γίνουν μέλη της εταιρείας και να στέλνουν για δημοσίευση στο περιοδικό άρθρα αλλά και ενδιαφέροντα

περιστατικά που συναντούν στην άσκηση της ιατρικής. Πιστεύουμε ότι η εμπειρία του ενός μπορεί να γίνει γνώση όλων. Ελπίζουμε σύντομα να οργανώσουμε την πρώτη επιστημονική συνάντηση για την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών. Μέχρι τότε εύχομαι καλή ανάγνωση.

Για την Ε.Ε.Ε.Ι.  
Παύλος Πετρίδης, Ορθοπεδικός

## Περιεχόμενα

|   |        |
|---|--------|
| <i>Πυρετός στους ηλικιωμένους (συνέχεια)</i>                | σελ.4  |
| <i>Τι νεότερο ισχύει για την αρτηριακή υπέρταση</i>         | σελ.10 |
| <i>Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων</i>                | σελ.13 |
| <i>Ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι</i>                        | σελ.22 |
| <i>Από την ιστορία της επείγουσας ιατρικής</i>              | σελ.24 |
| <i>Κληρονομική αιμορραγική τηλαγγειεκτασία</i>              | σελ.25 |
| <i>Πρόβλεψη - διαχείριση δύσκολου αεραγωγού</i>             | σελ.27 |
| <i>9<sup>ο</sup> Παγκόσμιο συνέδριο επείγουσας ιατρικής</i> | σελ.29 |
| <i>Οδηγίες συγγραφέων</i>                                   | σελ.31 |

### 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  
Παύλος Πετρίδης, Ορθοπεδικός  
Μιχάλης Σαββίδης, Παθολόγος  
Θεόδωρος Σπυρόπουλος, Παθολόγος  
Χρήστος Τσάκωνας, Παθολόγος

# ΠΥΡΕΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ (συνέχεια)

Πώς να αντιμετωπίσουμε (διαχειριστούμε) τις μοναδικές διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις

Χρήστος Περ. Τσάκωνας, Παθολόγος

## Εισαγωγή

Η σύσταση για ταχεία έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για τη θεραπεία του ηλικιωμένου με λοίμωξη, ιδιαίτερα για τον γιατρό του επείγοντος. Είναι σαφές ότι οι επιπτώσεις της καθυστέρησης στη διάγνωση ή τη θεραπεία είναι πολύ βαρύτερες στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Ο Πίνακας 12 υπογραμμίζει τις προτεινόμενες εμπειρικές αντιβιοτικές θεραπείες για τις πιο κοινές λοιμώξεις των ηλικιωμένων.

## Θεωρήσεις για την αντιμικροβιακή θεραπεία των ηλικιωμένων

«Ένα χάπι για κάθε νόσο, μία νόσος από κάθε χάπι». Η επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού είναι ιδιαίτερα σημαντική στους ηλικιωμένους ασθενείς για πολλούς λόγους. Η επίπτωση των ανεπιθύμητων ενεργειών είναι 1,5-3 φορές μεγαλύτερη στους γηραιότερους ασθενείς. Πρακτικά, κάθε φαρμακοκινητική παράμετρος αλλάζει στους γηριατρικούς ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων της απορρόφησης, της κατανομής, του μεταβολισμού και της απέκκρισης των φαρμάκων. Επειδή η κάθαρση κρεατινίνης μειώνεται περίπου 10% (ανά δεκαετία ζωής μετά την ηλικία των 20), όλοι οι ηλικιωμένοι έχουν ένα βαθμό έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας που πρέπει σοβαρά να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά την επιλογή ενός αντιμικροβιακού παράγοντα.

Η επιλογή του αντιβιοτικού προσδιορίζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου και του ενεχόμενου οργάνου που υποπτευόμαστε. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 12, οι γηριατρικοί ασθενείς δεν είναι μόνο επιρρεπείς σε διαφορετικό φάσμα παθογόνων μικροοργανισμών απ' ό,τι οι νεότεροι, αλλά και οι λοιμώξεις είναι πιθανότερο να είναι πολυμικροβιακές. Γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά ευρέος φάσματος.

Επίσης, πρέπει να προσεχθεί η προσαρμοστικότητα των ηλικιωμένων ασθενών που είναι σαφώς μικρότερη από αυτή των νεωτέρων και να επιλέγονται δοσολογικά σχήματα όχι πολύπλοκα αλλά με 1-2 δόσεις ημερησίως το πολύ.

Οι β-λακτάμες (πενικιλίνες και κεφαλοσπορίνες) είναι γενικά τα καλύτερα ανεκτά και με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες αντιβιοτικά για τους γηριατρικούς ασθενείς. Οι αμινογλυκοσίδες απαιτούν προσοχή στη

χρήση τους, λόγω της νεφροτοξικότητας και ωτοτοξικότητας και απαιτείται βεβαίως προσαρμογή της δόσης όταν συνυπάρχει μειωμένη νεφρική λειτουργία.

Η νιτροφουραντοΐνη καλό είναι να αποφεύγεται, λόγω πολλών ανεπιθύμητων ενεργειών στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Η παρουσία πρόσθετων υλικών, όπως κεντρική γραμμή, προσθετική βαλβίδα ή τεχνητή άρθρωση αυξάνει τον κίνδυνο MRSA και πρέπει να πυροδοτήσει τη σκέψη για χορήγηση βανκομυκίνης, επιπροσθέτως με άλλους αντιμικροβιακούς παράγοντες.

## Θεραπεία πνευμονικών λοιμώξεων

Η χορήγηση αντιβίωσης πρέπει να ξεκινά αμέσως με τη διάγνωση της πνευμονίας. Όσο συντομότερα αρχίζει η θεραπεία τόσο μικρότερες είναι η νοσηρότητα και θνητότητα.

Τα κριτήρια βαρείας κλινικής κατάστασης του ασθενούς με πνευμονία.

1. Ύπαρξη συννοσηρών καταστάσεων (ΣΚΑ, ΧΑΠ, Ca, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακό σύμβαμα, χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών).
  2. Σημαντική αιφνίδια αλλαγή της νοητικής κατάστασης ή χρόνια άνοια.
  3. Ανεύρεση διαταραχής ζωτικών σημείων που συνδέονται με αυξημένη θνητότητα: SATO<sub>2</sub> <90% αναπνοές, >30/1' σφύξεις>125, ΣΑΠ<90, θ<35 ή >40°C.
  4. Ύπαρξη εργαστηριακών ευρημάτων που συνδέονται με αυξημένη θνητότητα (PO<sub>2</sub><60 PH<7,35, Ht<30, Na+<130 meq/L, σακχ. >250 mg/dl, WBC < 4000 ή >30000, PCO<sub>2</sub>>50).
  5. Ύπαρξη αξιόπιστου ασθενούς με καλό κοινωνικό περίγυρο και παρακολούθηση (μοναδικό ευνοϊκό κριτήριο).
- Εάν στα παραπάνω (1-4) η απάντηση είναι ναι, τότε συνιστάται εισαγωγή στο νοσοκομείο για χορήγηση παρεντερικής αντιβίωσης.
  - Εάν στο 5 η απάντηση είναι ναι, με προϋπόθεση το όχι στα (1-4), τότε μπορεί να χορηγηθεί θεραπεία αντιβιοτική στο σπίτι και επανεξέταση του ασθενούς μετά 3-4 ημέρες.

Πίνακας 12. Εμπειρική αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία σε κοινές λοιμώξεις των ηλικιωμένων.

| Είδος λοίμωξης                                      | Υπεύθυνοι μικροοργανισμοί   | Θεραπεία  |  |
|---|---|---|--|
|   |   | Α' εκλογής  | Β' εκλογής   |
| <b>A. ΣΗΨΗ</b>                                      |   |   |  |
| 1. Απότοκη ενδοκοιλιακής λοίμωξης                   | Εντεροβακτηριακά (π.χ. κολοβακτηρίδιο) αναερόβια ( <i>B. fragilis</i> ) εντερόκοκκοι  | Κεφαλοσπορίνες 3 <sup>ης</sup> γενιάς ή αντιψευδομον. Πενικιλ.<br>+<br>Μετρονιδαζόλη ή κλινδαμυκίνη<br>+<br>Αμινογλυκοσίδες   | Ιμιπενέμη ή μεροπενέμη ή τικασιλίνη/κλαβουλ. ή πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη<br>+<br>Αμινογλυκοσίδες  |
| 2. Μετά σπληνεκτομή                                 | Πνευμονιόκοκκος αιμόφιλος, μηνιγγιτιδόκοκκος  | Κεφαλοσπορίνες 3 <sup>ης</sup> γενιάς   | Αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη ή πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη   |
| 3. Σχετιζόμενη με Ι.Ν. γραμμές                      | Σταφυλόκοκκος   | Αντισταφυλοκ. πενικιλίνη ή κεφαλοσπορίνες 2 <sup>ης</sup> γενιάς (κεφουροξίμη, κεφαμανδόλη)   | Βανκομυκίνη  |
| <b>B. ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ</b>                  |   | <b>Ασθενείς προηγούμενης υγείας</b>   | <b>Ασθενείς με συννοσηρότητα</b>   |
| (εξωνοσοκομειακή εμπειρική αντιβιοθεραπεία)         | <ul style="list-style-type: none"> <li>streptococcus πνευμ. (~ 40%) Αιμόφιλος ινφλουέντσας, <i>Moraxella catarrhalis</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, εντεροβακτηριακά (<i>E. Coli</i>, <i>Klebsiella</i> σταφυλόκοκκος)</li> <li>Άτυπη (χλαμύδια μυκοπλ. λεγιονέλλα</li> <li>Ιογενής</li> </ul> | <p><u>Χωρίς προηγούμενη χρήση αντιβ. το τελευταίο 3μηνο</u></p> <p>Αμοξικιλ. ± νεότερη μακρολίδη</p> <p><u>Προηγηθείσα χρήση αντιβ.</u><br/>Αμοξικιλίνη<br/>+<br/>Νεότερη μακρολ. (κλαριθρ. Αζίθρ.) ή αναπν. κινολόνη (Λεβοφλ. Μοξιφλ.) ή κετολίδη (προσοχή στην ηπατοτοξικότητα)</p> <p><b>Σημείωση:</b> Κάποιοι συγγραφείς στη θέση της αμοξικιλίνης επιλέγουν να χορηγήσουν κεφαλοσπορίνη 2<sup>ης</sup> γενιάς.</p> | <p><u>Χωρίς προηγούμενη χρήση αντιβ. το τελευταίο 3μηνο</u></p> <p>Αμοξικιλίνη<br/>+<br/>Νεότερη μακρολ. ή Αναπν. Κινολ. ή Κετολίδη</p> <p><u>Προηγηθείσα χρήση αντιβ. τελ. 3μηνο</u></p> <p>Αμοξικιλίνη<br/>+<br/>Νεότερη μακρολίδη ή Αναπν. κινολόνη</p> |
| <b>Πνευμονία σε ιδρυματοποιημένους ηλικιωμένους</b> |   | <b>Α' εκλογής</b>   | <b>Β' εκλογής</b>  |
| (όχι νοσοκομειακή)                                  | <i>Klebsiella</i> πνευμονίας, ψευδομονάδα, <i>E. Coli</i> , στρεπτόκοκκος πνευμονίας  | Κεφατιζιδίμη ή αντιψευδομοναδική πενικιλίνη (π.χ. πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη<br>+<br>αμινογλυκοσίδη   | Σιπροφλοξασίνη (αντί του β-λακταμικού αντιβιοτικού) αζτρεονάμη (αντί της αμινογλυκοσίδης)  |

| Είδος<br>λοιμώξης  | Υπεύθυνοι<br>μικροοργανισμοί   | Θεραπεία   |
|--|--|--|
| <b>Γ. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</b>   |  |  |
| <p><i>A. Ασυμπτωματική μικροβιουρία</i><br/>εμφανίζεται κυρίως σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μόνιμο καθετηριασμό ουροδ. κύστης (100%)</li> <li>• Υπερηλίκους ιδρυματοποιημένους ασθενείς (θ 25-50%, α 15-40%)</li> <li>• Ασθενείς &gt;70 ετών</li> <li>• ΣΔκούς</li> <li>• Εγκύους</li> </ul> | <p>Εντεροβακτηριακά (<i>E. coli</i> κυρίως και σπανιότερα άλλα όπως σερράτια)</p>  | <p>Αμοξικιλίνη, Κεφαλοσπορίνη 2<sup>ης</sup> γενιάς, κοτριμοξαζόλη (θεραπεία μόνο σε ΣΔκούς σε υποκείμενη ανατομική ανωμαλία ή μετά ουρολογική παρέμβαση ή επέμβαση. Όχι όμως προληπτικά σε τοποθέτηση καθετήρα ή σε φέροντες ουροκαθετήρα. Μόνο κατά την αλλαγή του καθετήρα σε έδαφος υψηλού κινδύνου για ενδοκαρδίτιδα (χημειοπροφύλαξη) ή επί εμφάνισης συμπτωμάτων.</p> |
| <p><i>B. Μη επιπλεγμένη βακτηριαδική κυστίτιδα</i> (κυρίως σε γυναίκες)</p>  | <p>Κυρίως <i>E. coli</i> (λιγότερο άλλα – π.χ. εντεροβακτηριακό εντερόκοκκο)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3ήμερα σχήματα κινολονών</li> <li>• 3-5 ημέρες TMP-CMX (αύξηση αντοχής)</li> <li>• 5ήμερα σχήματα β-λακταμών (κεφαλοσπορίνες, πενικιλίνη)</li> <li>• 7ήμερο σχήμα Νιτροφουραντοϊνη</li> </ul>   |
| <p><i>Γ. Λοίμωξη ανώτερου ουροποιητικού</i> (αποκτηθείσα από την κοινότητα)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Απαιτεί νοσοκομειακή θεραπεία (παρεντερική αντιβιοθεραπεία)</li> <li>• Σε 18,7% γαστρεντερικές διαταραχές</li> <li>• 1-2% οδηγεί σε σήψη από Gram βακτ.</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εντεροβακτηριακά (κυρίως <i>E. coli</i> αλλά και <i>Klebsiella sp.</i>, <i>Proteus sp.</i>, <i>Enterococcus sp.</i> (τα δύο τελευταία θέτουν υποψία υποκείμενης νεφρολιθίασης)</li> <li>• Σπανίως σταφυλόκοκκος</li> <li>• Άλλα όπως ψευδομονάδα σε ενδονοσοκομειακή λοίμωξη</li> </ul> | <p>Κατά τη νοσηλεία<br/>Αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη ή<br/>Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό ή<br/>Κεφαλοσπορίνες 2<sup>ης</sup> γενιάς<br/>±<br/>Αμινογλυκοσίδες ή<br/>Αμινογλυκοσίδες (μονοθεραπεία) ή<br/>Κινολόνες (μονοθεραπεία)</p> <p>Μετά την ύφεση των συμπτωμάτων (≥72 h) ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει θεραπεία στο σπίτι με p.o. αντιβιοτικά βάσει του αντιβιογράμματος.</p>   |
| <b>Δ. ΛΟΙΜΩΞΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ</b>  |  |  |
| <p><i>A. Έλκη εκ πύεσως</i> (π.χ. κατακλίσεις) με συστηματικές εκδηλώσεις λόγω βακτηραιμίας</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι</li> <li>• Ψευδομονάδα</li> <li>• Εντεροβακτηριακά</li> </ul>  | <p>Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό ή<br/>Αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη ή<br/>Ιμιπενέμη/αλαστατίνη ή<br/>Κεφαλοσπορίνη 2<sup>ης</sup> γενιάς + Αμινογλυκοσίνη</p>  |
| <p><i>B. Ερυσίπelas κυτταρίτιδα</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδος Α</li> <li>• Σταφυλόκοκκος χρυσίζων (~10%)</li> </ul>  | <p>Πενικιλίνη V 1,5 εκ x p.o<br/>Αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ (1000 mgr x 2) ή<br/>Μακρολίδη<br/>(ροξιθρο-κλαριθρο-αξιθρομυκίνη στις συνήθεις δόσεις) ή<br/>Κλινδαμυκίνη 600mg x 3 p.o.</p>  |

- Εάν και στο 5 η απάντηση είναι όχι, όπως και στα (1-4), τότε πάλι συνιστάται εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Σε περίπτωση εισαγωγής στο νοσοκομείο, πρέπει να χορηγηθεί η πρώτη δόση της αντιβίωσης στο ΤΕΠ, πριν ο ασθενής πάει στην κλινική που θα νοσηλευθεί.

Ενώ εάν τον δούμε στο ΤΕΠ και δεν τον εισαγάγουμε, πρέπει η πρώτη δόση να δοθεί πριν φύγει ο ασθενής. Οι τελευταίες γενιάς φλουροκινολόνες (όπως λεβοφλοξασίνη, μοξιφλοξασίνη) και οι ευρέος φάσματος μακρολίδες (όπως αξιθρομυκίνη, κλαριθρομυκίνη) προσφέρουν εξαιρετη κάλυψη τόσο για τυπικούς όσο

και για άτυπους μικροοργανισμούς, είτε ο ασθενής νοσηλευθεί, είτε όχι. Οι ως άνω αντιμικροβιακοί παράγοντες σε βαρέως πάσχοντες που απαιτούν εντατική θεραπεία μπορούν άριστα να συνδυασθούν με γ' γενιάς CFs (όπως κεφοταξίμη ή κεφτριαξόνη) ή β-λακτάμη/αναστολέας β-λακταμάσης (όπως αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη, πυπερακιλλίνη/παζομπακτάμη, τικασιλίνη/κλαβουλανικό ή αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό). Σε περίπτωση γρίπης συνιστάται ο κατάλληλος αντιικός παράγοντας (π.χ. ριμανταδίνη). αναστολέας β-λακταμάσης (όπως αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη, πυπερακιλλίνη/παζομπακτάμη, τικασιλίνη/κλαβουλανικό ή αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό). Σε περίπτωση γρίπης συνιστάται ο κατάλληλος αντιικός παράγοντας (π.χ. ριμανταδίνη).

### Θεραπεία λοιμώξεων ουροποιητικού

Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη χρήση βραχυχρόνιων (3 ημερών) p.o. σχημάτων αντιβιοθεραπείας για ηλικιωμένες γυναίκες με μεμονωμένη λοίμωξη κατώτερου ουροποιητικού, αν και μερικοί ειδικοί υποστηρίζουν ακόμη τα 7ήμερα σχήματα. Οι μόνιμοι καθετήρες προδιαθέτουν σε αποικισμό από πολλαπλούς μικροοργανισμούς και πολυδύναμη φαρμακοαντίσταση.

Τη λοίμωξη ανώτερου ουροποιητικού (υψηλός πυρετός, πρόσφατη αλλαγή διανοητικής κατάστασης, τοξικότητα, ευαισθησία στην οσφύ, ή στοιχεία από τα ούρα) πρέπει να υποπτευθούμε και σε ασθενείς χωρίς ουσιώδη βελτίωση μετά 72h p.o. αντιβίωση.

Όπως και σε κάθε πυρέσσοντα γηριατρικό ασθενή, έτσι και σε αυτούς με λοίμωξη ουροποιητικού, ιδιαίτερα με οξεία πυελονεφρίτιδα, είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο, διότι σε αυτούς τους ασθενείς είναι πολύ μεγαλύτερος ο κίνδυνος βακτηριαιμίας (6% στην οξεία πυελονεφρίτιδα) και σηψαιμίας (22% στην οξεία πυελονεφρίτιδα). Έτσι, σε ασθενείς με σημεία τοξικότητας επιβάλλεται η ταχεία χορήγηση παρεντερικής αντιβίωσης.

Για τους εξωτερικούς ασθενείς οι φλουοροκινολόνες είναι εξαιρετική επιλογή κυρίως όταν υφίσταται αντοχή σε β-λακτάμες ή TMP-SMX.

Ασθενείς με λοίμωξη ανωτ. ουροποιητικού ή/και ουροσήψη μπορεί να επωφεληθούν από συνδυασμό μιας β-λακτάμης με μία αμινογλυκοσίδη ή από υψηλή δόση φλουοροκινολόνης. Επίσης, μπορεί να είναι αποτελεσματικός ο συνδυασμός β-λακτάμης με αναστολέα β-λακταμάσης, π.χ. αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη.

Η συνύπαρξη λοίμωξης και απόφραξης είναι ουρολογική επείγουσα κατάσταση και μπορεί να απαιτήσει κυστεοσκόπηση ή χειρουργική επέμβαση απομάκρυνσης του λίθου. Το περινεφρικό απόστημα

συνήθως απαιτεί υποδόρια ή ανοιχτή χειρουργική παροχέτευση, καθόσον το ενδονεφρικό απόστημα μπορεί συνήθως να αντιμετωπισθεί με μακροχρόνια αντιβιοτική θεραπεία.

### Θεραπεία ενδοκοιλιακών λοιμώξεων

- Η ιδανική θεραπεία της οξ. χολοκυστίτιδας και οξ. σκωληκοειδίτιδας συνίσταται σε αιμοδυναμική σταθεροποίηση, εμπειρική αντιβιοθεραπεία και έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση.
- Η ανεπίπλεκτη εκκολπωματίτιδα συνήθως αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Η μεν ήπια μορφή θεραπεύεται σε εξωτερική βάση με δίαιτα υψηλού υπολείμματος, συνήθως σε συνδυασμό με p.o. αντιβίωση. Η δε σοβαρή ή επιπλεγμένη μορφή αντιμετωπίζεται στο νοσοκομείο με iv υγρά ρινογαστρική αναρρόφηση και εμπειρική αντιβίωση.

### Θεραπεία του πυρετού

- Μερικές μελέτες για πνευμονία δείχνουν αυξημένη θνητότητα των πυρεσσόντων ηλικιωμένων ασθενών.
- Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αντιπυρετική θεραπεία μπορεί να έχει αντίθετο αποτέλεσμα στο ανοσοποιητικό σύστημα. Απ' την άλλη μεριά, ο πυρετός αυτός καθαυτός μπορεί να είναι ζημιογόνος στους ηλικιωμένους ασθενείς. Καθ' όσον μπορεί να αποτελέσει αιτία: αλλαγής της διανοητικής κατάστασης, επιδείνωσης καρδιοπνευμονικής νόσου ή να προδιαθέσει σε αφυδάτωση. Επίσης, αυξάνει τον μεταβολισμό και την καρδιακή συχνότητα που μπορεί να αποτελέσουν επιβαρυντικούς παράγοντες σε γηριατρικό ασθενή με ΧΑΠ ή ΣΝ.

### Ειδικές θεωρήσεις

#### A. Ανοσοκατασταλμένοι γηριατρικοί ασθενείς

Πέραν της ανοσοκαταστολής που αποδίδεται στο γήρας αυτό καθαυτό, πολλοί ηλικιωμένοι είναι περαιτέρω ανοσοκατασταλμένοι από άλλες συνυπάρχουσες ασθένειες, όπως π.χ. ο Σ.Δ. που όπως υπολογίζεται 20% των ασθενών είναι >75 ετών, η ΧΝΑ όπου 47% ασθενών είναι >65 ετών, το AIDS. Άλλες παθήσεις περιλαμβάνουν την κίρρωση, το πολλαπλούν μυέλωμα, κακοήθειες (αιματολογικά) και συμπαγείς όγκους.

#### B. Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας

**1<sup>ος</sup> ορισμός:** θ >38,3°C διάρκειας >3 εβδομάδων χωρίς διάγνωση μετά 1 εβδομάδα νοσοκομειακής διερεύνησης.

**2<sup>ος</sup> ορισμός:** 3 ημέρες ενδονοσοκομειακές ή 3 επισκέψεις σε εξωτερικό ιατρείο, χωρίς διάγνωση.

Κατά μία μελέτη αιτίες:



35% λοιμώξεις, 28% κολλαγνώσεις, 19% νεοπλάσματα, 9% διάφορα αίτια, 9% άγνωστα αίτια.

### Γ. Μη λοιμώδη, απειλητικά για τη ζωή αίτια πυρετού στους ηλικιωμένους

Η μεγάλη πλειοψηφία των απειλητικών για τη ζωή εμπύρετων καταστάσεων οφείλεται σε λοίμωξη. Υπάρχουν, όμως, και τρεις επικίνδυνες καταστάσεις που προκαλούν υπερπυρεξία που δεν οφείλονται σε μικρόβια. Αυτές οι σπάνιες νοσολογικές οντότητες που επιγραμματολογικά αναφέρονται είναι:

1. Θερμοπληξία
2. Σαλικυλισμός (επί χρήσεως ασπιρίνης) και
3. Κακόηθες σύνδρομο από νευροληπτικά. Άλλες αιτίες είναι θυρεοτοξική κρίση και κατάχρηση συμπαθομιμητικών ουσιών.

### Διαγνωστικές παγίδες

(Η δέκα όχι «καλές δικαιολογίες» για το δικαστήριο)

1. **Η λάθος εκτίμηση του ιατρού του επείγοντος, ότι την αντιβίωση σε μια σοβαρή μικροβιακή λοίμωξη γηριατρικού ασθενούς, θα μπορούσε να χορηγήσει σε δεύτερο χρόνο ο οικογενειακός του ιατρός** με αποτέλεσμα απώλεια πολύτιμου χρόνου και διακινδύνευση της ζωής του ασθενούς.
2. **Η μη σύσταση για επείγουσα εισαγωγή σε έναν γηριατρικό ασθενή με υψηλό πυρετό και αρνητικό τον αρχικό παρακλινικό έλεγχο** ή έστω για επανεξέταση την επόμενη ημέρα.
3. **Η πιθανολόγηση ιογενούς συνδρομής στον ηλικιωμένο ασθενή.** Η διάγνωση ίωσης σε γηριατρικό εμπύρετο ασθενή πρέπει να γίνεται μόνο εξ αποκλεισμού μικροβιακής λοίμωξης, λαμβανομένου υπ' όψιν ότι <5% των λοιμωδών πυρετών στους γηριατρικούς ασθενείς οφείλονται σε ιούς. Εξαιρείται η περίπτωση γριππώδους συνδρομής με επακόλουθη θανατηφόρα αναπνευστική ανεπάρκεια.
4. **Η μη θερμομέτρηση ασθενούς που αιτιάζεται άλλο πρόβλημα,** π.χ. συρραφή τραύματος και έτσι, κατά συνέπεια, η μη διάγνωση σοβαρής λοίμωξης που μπορεί να έχει ως μοναδική εκδήλωση οξεία έκπτωση της λειτουργικής κατάστασης.
5. **Η μη αξιολόγηση ενός όχι ιδιαίτερα υψηλού πυρετού του γηριατρικού ασθενούς,** οι οποίοι παραδοσιακά βέβαια έχουν χαμηλή βασική θερμοκρασία.
6. **Μη ενδελεχής φυσική εξέταση** με αποτέλεσμα να διαφύγουν ευρήματα που μπορεί να έχουν σχέση με τον πυρετό του γηριατρικού και ενδεχομένως χρονίως κατακεκλιμένου ασθενούς, όπως π.χ. έλκη κατακλίσεων.

**7. Μη λήψη του ιατρικού ιστορικού του γηριατρικού ασθενούς λόγω συνύπαρξης διανοητικής σύγχυσης.** Η τελευταία μπορεί ακριβώς να είναι οξύ παραλήρημα λόγω π.χ. σηπτικής κατάστασης του ασθενούς και όχι λόγω άνοιας. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να λαμβάνονται πληροφορίες απ' το περιβάλλον του ασθενούς ή τον οικογενειακό ιατρό.

**8. Μη αξιολόγηση πυρετού και κοιλιακού άλγους στον ηλικιωμένο ασθενή, λόγω μη ανεύρεσης σημαντικών ευρημάτων από την κλινική εξέταση,** π.χ. έντονης ευαισθησίας κατά την ψηλάφηση, κατάσταση όχι σπάνια σε αυτούς τους ασθενείς.

**9. Λανθασμένη διάγνωση ουρολοίμωξης σε ασθενή με μόνιμο ουροκαθετήρα, μόνο από τον πυρετό και την ακάθαρτη όψη των ούρων του καθετήρα,** εύρημα σύνθηρες όπως και ανουρία και ο πολυμικροβιακός αποικισμός στους φέροντες μόνιμο ουροκαθετήρα. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να διαφύγει η πραγματική διάγνωση-αίτια του πυρετού που ατύπως εκδηλώνεται.

**10. Η ύπαρξη φυσιολογικού αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων να οδηγήσει σε μη διάγνωση της λοίμωξης.** Κατάσταση αυτή μπορεί να συμβεί στο ~30% των μικροβιακών λοιμώξεων παρόλο που η μεγάλη αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων συνήθως υποκρύπτει σοβαρή μικροβιακή λοίμωξη.

### Βιβλιογραφία

1. Gallagher Ej, Brooks F, Gennis P. Identification of serious illness in febrile adults. *Am J Emerg Med* 1994;12:129-133 (Prospective; 639 patients [202 patients >50 years]).
2. Tandberg D, Sklar DP. Temperature measurement and the clinical significance of fever. In: Brillman JC, Quenzer RW, eds. *Infectious Disease in Emergency Medicine*, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven;1998:19-30 (Review).
3. Saper CB, Breder CD. The neurologic basis of fever. *N Engl J Med* 1994;330:1880-1885 (Review).
4. High KP. Infection in the elderly. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, et al, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill;1998:1443-1454 (Review).
5. Mackowiak PA, Wasserman SS, Levine MM. A critical appraisal of 98.6° F, the upper limit of the normal temperature and other legacies of Carl Reinhold August Wunderlich. *JAMA* 1992;268:1578-1580. (Cross-sectional; 148 patients).
6. Yoshikawa TT. Respective: Aging and infectious diseases: Past, present and future. *J Infect Dis* 1997;176:1053-1057. (Review).
7. Chassagne P, Perol HB, Doucet J, et al. Is presentation of bacteremia in the elderly the same as in younger patients? *Am J Med* 1996;100:65-70. (Prospective; 292 patients).
8. Brandeis GH, Morris JN, Nash DJ, et al. The epidemiology and natural history of pressure ulcers in elderly nursing home residents. *JAMA* 1990;264(22):2905-2909. (Prospective, multicenter; 19,889 patients).

9. Schwartz JB. Clinical pharmacology. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, et al, eds. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 4<sup>th</sup> ed. New York:McGraw-Hill;1998:303-333. (Review).
10. Gupta K, Scholes D, Stamm WE. Increasing prevalence of antimicrobial resistance among uropathogens causing acute uncomplicated cystitis in women. JAMA 1999;281(8):736-738 (Cross-sectional;4342 urine isolates).
11. Ahkee S, Srinath L, Ramirez J. Community-acquired pneumonia in the elderly: Association of mortality with lack of fever and leukocytosis. South Med J 1997;90:296-298 (Prospective;64 patients).
12. Halter JB. Diabetes mellitus. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, et al, eds. Principles of Geriatric medicine and Gerontology, 4<sup>th</sup> ed. New York:McGraw-Hill;1998:991-1012 (Review).
13. «Κατευθυντήριες οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική Θεραπεία των Λοιμώξεων». Έκδοση 2007 ΚΕΕΛΠΝΟ-Επιστημονική Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
14. «Αντιβιοτικά και Λοιμώξεις στην Πράξη». Γ.Ε. Χαλεβελάκης Α.Η. Περόγαμβρος, Ν.Ι. Λεγάκης. Εκδόσεις Πασχαλίδη 2003.



# ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μιχάλης Σαββίδης, Παθολόγος

Μέσα στο έτος 2007 δημοσιεύθηκαν οι καινούργιες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης (Α.Υ.) από την Αμερικανική και Ευρωπαϊκή Εταιρεία Υπέρτασης. Κρίθηκε αναγκαία η δημοσίευση αυτή λόγω των νέων δεδομένων που προέκυψαν μετά από μακροχρόνιες έρευνες με αποτέλεσμα να γίνουν τροποποιήσεις στις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης.

Οι καινούργιες κατευθυντήριες οδηγίες έγιναν πιο επιθετικές από τις παλαιότερες όσον αφορά την έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής όσο και στη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης. Η παρέμβαση καθορίζεται από τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου φαίνεται από τους Πίνακες 1 και 2. Ασθενείς μεγάλου καρδιαγγειακού κινδύνου αναφέρονται στον Πίνακα 3.

Σύμφωνα με τις νέες οδηγίες, έναρξη θεραπείας προτείνεται σε επίμονη αύξηση της αρτηριακής πίεσης (Α.Π.) πάνω από 140/90 mmHg. Σε ασθενείς με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο (βλέπε Πίνακα 3) συνιστάται έναρξη φαρμακευτικής αγωγής σε χαμηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (συστολική πίεση (Σ.Π.) >130 mmHg και διαστολική πίεση (Δ.Π.) >80 mmHg.

Η καινούργια στρατηγική που χρησιμοποιείται για την έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής απεικονίζεται στον Πίνακα 4.

Σε υπερτασικά άτομα με μικρό καρδιαγγειακό κίνδυνο ο στόχος της θεραπείας είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης κάτω από 140/90 mmHg.

Σε ασθενείς με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο, η αρτηριακή πίεση πρέπει να μειωθεί κάτω από 130/80 mmHg. Η επίτευξη άριστης ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης είναι αναγκαία για την προστασία των ατόμων από καρδιαγγειακά επεισόδια. Σε αντίθετη περίπτωση, η προστασία είναι μικρή.

Σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, ως φάρμακα πρώτης γραμμής προτείνονται τα εξής: ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ, ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ του ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ της ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ (α-ΜΕΑ), ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΑΤ1 της ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ II (ΑΥΑ), ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ (Α.Α.).

Οι β-αποκλειστές δεν θεωρούνται φάρμακα πρώτης εκλογής εκτός αν υπάρχει ειδική ένδειξη (έμφραγμα μυοκαρδίου – καρδιακή ανεπάρκεια). Οι β-αποκλειστές φαίνεται να μειονεκτούν έναντι των άλλων κατηγοριών φαρμάκων λόγω της σχετικά

**Πίνακας 1. Προσδιορισμός του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου ανάλογα με το στάδιο της υπέρτασης και τη συνύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου.**

|   | ΟΡΙΑΚΗ<br>ΑΡΤ. ΠΙΕΣΗ       | ΥΠΕΡΤΑΣΗ<br>ΣΤΑΔΙΟΥ 1      | ΥΠΕΡΤΑΣΗ<br>ΣΤΑΔΙΟΥ 2        | ΥΠΕΡΤΑΣΗ<br>ΣΤΑΔΙΟΥ 3  |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------|
| ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ<br>ΚΙΝΔΥΝΟΥ  | ΣΑΠ 130-139 ή<br>ΔΑΠ 85-89 | ΣΑΠ 140-159 ή<br>ΔΑΠ 90-99 | ΣΑΠ 160-179 ή<br>ΔΑΠ 100-109 | ΣΑΠ ≥180 ή<br>ΔΑΠ ≥110 |
| Χωρίς άλλους<br>παραγόντες κινδύνου*  | <b>ΜΙΚΡΟΣ</b>              | <b>ΜΙΚΡΟΣ</b>              | <b>ΜΕΣΟΣ</b>                 | <b>ΜΕΓΑΛΟΣ</b>         |
| 1-2 παράγοντες<br>κινδύνου *  | <b>ΜΙΚΡΟΣ</b>              | <b>ΜΕΣΟΣ</b>               | <b>ΜΕΣΟΣ</b>                 | <b>ΜΕΓΑΛΟΣ</b>         |
| Τουλάχιστον 3<br>παραγόντες κινδύνου*,<br>ΒΟΣ <sup>#</sup> , σακχ. διαβήτη,<br>μεταβολικό σύνδρομο,<br>νεφρική βλάβη <sup>+</sup> ,<br>καρδιαγγειακή νόσος <sup>+</sup> | <b>ΜΕΓΑΛΟΣ</b>             | <b>ΜΕΓΑΛΟΣ</b>             | <b>ΜΕΓΑΛΟΣ</b>               | <b>ΜΕΓΑΛΟΣ</b>         |

ΣΑΠ: συστολική πίεση, ΔΑΠ: διαστολική πίεση, ΒΟΣ: βλάβη οργάνων-στόχων

\* , # , + , βλέπε πίνακα 2

**Πίνακας 2. Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.**

| *ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ   | #ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ  | +ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ Ή ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου (Α &lt;55 έτη, Γ &lt;65 έτη)</li> <li>• Ηλικία (Α &gt;55 έτη, Γ &gt;65 έτη)</li> <li>• Μεγάλη διαφορική πίεση (στους ηλικιωμένους)</li> <li>• Κάπνισμα</li> <li>• LDL-χοληστερόλη (&gt;130 mg/dl)</li> <li>• HDL-χοληστερόλη (Α &lt;40, Γ &lt;45 mg/dl)</li> <li>• Τριγλυκερίδια (&gt;150 mg/dl)</li> <li>• Σάκχαρο νηστείας (&gt;100 mg/dl)</li> <li>• Παθολογική ανοχή γλυκόζης</li> <li>• Περίμετρος μέσης Α &gt;102, Γ &gt;88 cm</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπερτροφία αριστεράς κοιλίας (σε ΗΚΓ ή υπερηχογράφημα)</li> <li>• Πάχυνση τοιχώματος καρωτίδας ή πλάκα</li> <li>• Αύξηση κνημοβραχιόνιου δείκτη</li> <li>• Μικρή αύξηση κρεατινίνης ή μείωση σπειραματικής διήθησης</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό, αιμορραγικό ή παροδικό)</li> <li>• Καρδιακή νόσος (έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη, επαναγγείωση στεφανιαίων, καρδιακή ανεπάρκεια)</li> <li>• Χρόνια νεφρική νόσος</li> <li>• Περιφερική αρτηριοπάθεια</li> <li>• Αμφιβληστροειδοπάθεια σταδίου III (αιμορραγίες και εξιδρώματα) ή IV (οίδημα θηλής)</li> </ul> |

περιορισμένης μείωσης του κινδύνου καρδιαγγειακού συμβάντος.

Επισημαίνεται ότι οι β-αποκλειστές, κυρίως σε συνδυασμό με διουρητικά, ΔΕΝ πρέπει να χορηγούνται σε υπερτασικά άτομα με μεταβολικό σύνδρομο ή με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ.) Επιτρέπεται μόνο αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη.

Έχει δοθεί έμφαση στον συνδυασμό των αντιυπερτασικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί καλύτερο αποτέλεσμα. Με τους κατάλληλους συνδυασμούς προσπαθούμε να μειώσουμε περισσότερο την αρτηριακή πίεση. Συνδυασμοί φαρμάκων, με διαφορετικούς μηχανισμούς παρέχουν ισχυρό αθροιστικό αποτέλεσμα (π.χ. α-MEA με διουρητικό, ΑΥΑ με διουρητικό, α-MEA με Α.Α., ΑΥΑ με Α.Α.).

Αντίθετα, συνδυασμός φαρμάκων με ομοιότητες στο μηχανισμό δράσης (π.χ. α-MEA με ΑΥΑ ή με β-αποκλειστές) παρέχει μικρότερο αθροιστικό αντιυπερτασικό αποτέλεσμα.

Η συνδυασμένη αντιυπερτασική θεραπεία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης των ανεπιθύμητων

ενεργειών των φαρμάκων. Για παράδειγμα, οι Α-MEA και οι ΑΥΑ μειώνουν την υποκαλιαίμια που προκαλούν τα θειαζιδικά διουρητικά και το οίδημα που προκαλούν οι Α.Α. Οι β-αποκλειστές μειώνουν την ταχυκαρδία που προκαλεί η διυδροπυριδίνες (Α.Α.).

Στις περισσότερες περιπτώσεις προτείνεται σταδιακή έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας με ένα φάρμακο. Σύμφωνα, όμως, με τις διεθνείς οδηγίες, μπορεί να επιχειρήσουμε τη χορήγηση δύο αντιυπερτασικών φαρμάκων μαζί όταν η συστολική πίεση είναι πάνω από 20 mmHg ή η διαστολική πάνω από 10 mmHg, πάνω από τον συνιστώμενο στόχο, κυρίως σε άτομα με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Οι σταθεροί συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων είναι πλέον πολύ δημοφιλείς και χρησιμοποιούνται ευρέως. Οι καλύτεροι συνδυασμοί είναι οι α-MEA ή ΑΥΑ με διουρητικό, καθώς επίσης οι α-MEA ή οι ΑΥΑ με Α.Α. όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 5.

Ο συνδυασμός β-αποκλειστών μαζί με διουρητικό πρέπει να αποφεύγεται κυρίως σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη.

Σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη καθώς και ασθενείς με νεφροπάθεια, προτείνεται έναρξη αγωγής με α-MEA ή ΑΥΑ και στη συνέχεια προσθέτουμε διουρητικό αν χρειαστεί. Σε ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια και με κάθαρση κρεατινίνης <30 ml/λεπτό, προτείνεται η χορήγηση φουροσεμίδης αντί θειαζιδικού διουρητικού.

Επίσης, ο σταθερός συνδυασμός ΑΥΑ με ανταγωνιστές ασβεστίου (Α.Α.) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός και πλεονεκτεί σε άτομα με διαταραχές της ομοιόστασης της γλυκόζης.

Ο συνδυασμός α-MEA και ΑΥΑ είναι ακόμη αμφιλεγόμενος. Παρέχει σημαντικό αθροιστικό αντιυπερτασικό αποτέλεσμα, αλλά όχι τόσο ισχυρό όσο οι άλλοι συνδυασμοί. Παρέχει, όμως, αθροιστικό αποτέλεσμα στους διαβητικούς ασθενείς με νεφροπάθεια

**Πίνακας 3. Υπερτασικά άτομα με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο.**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπέρταση σταδίου 3 ή συστολική πίεση &gt;160 mmHg με διαστολική &lt;70 mmHg</li> <li>• 3 επιπρόσθετοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ή μεταβολικό σύνδρομο</li> <li>• Σακχαρώδης διαβήτης</li> <li>• Ασυμπτωματική βλάβη οργάνων-στόχων (υπερτροφία αριστεράς κοιλίας, αθηρωμάτωση καρωτίδων, μικρολευκωματινουρία)</li> <li>• Χρόνια νεφρική νόσος (πρωτεϊνουρία ή αύξηση κρεατινίνης ή μειωμένη κάθαρση κρεατινίνης υπολογιζόμενη με τον τύπο Cockcroft Gault)</li> <li>• Καρδιαγγειακή νόσος (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριοπάθεια)</li> </ul> |
|---|

**Πίνακας 4. Απόφαση για έναρξη θεραπείας με βάση την αρτηριακή πίεση και το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο.**

| ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (mmHg)  | ΕΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ   |
|---|--|
| ΟΡΙΑΚΗ ΑΡΤ. ΠΙΕΣΗ<br>Συστολική 130-139<br>Και/ή διαστολική 85-89          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Έναρξη θεραπείας μόνο σε ασθενείς με μεγάλο καρδιαγγειακό κίνδυνο (βλέπε Πίνακα 3) μετά από τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε 2-4 εβδομάδες.</li> </ul>   |
| ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 1<br>Συστολική 130-139<br>Και/ή διαστολική 85-89         | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Μικρός κίνδυνος*</b>: Παρακολούθηση-αλλαγή τρόπου ζωής για 6-12 μήνες. Έναρξη θεραπείας αν η πίεση παραμένει <math>\geq 140/90</math> mmHg.</li> <li><b>Μέσος κίνδυνος*</b>: Παρακολούθηση-αλλαγή τρόπου ζωής για 3-6 μήνες. Έναρξη θεραπείας αν η πίεση παραμένει <math>\geq 140/90</math> mmHg.</li> <li><b>Μεγάλος κίνδυνος*</b>: Επιβεβαίωση σε τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε μερικές εβδομάδες και έναρξη θεραπείας.</li> </ul> |
| ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 2<br>Συστολική 160-179<br>Και/ή διαστολική 100-109       | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Μέσος κίνδυνος*</b>: Παρακολούθηση-αλλαγή τρόπου ζωής για 3-6 μήνες. Έναρξη θεραπείας αν η πίεση παραμένει <math>\geq 140/90</math> mmHg.</li> <li><b>Μεγάλος κίνδυνος*</b>: Επιβεβαίωση σε τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε μερικές εβδομάδες και έναρξη θεραπείας.</li> </ul>   |
| ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ 3<br>Συστολική $\geq 180$<br>Και/ή διαστολική $\geq 110$ | <ul style="list-style-type: none"> <li>Επιβεβαίωση σε τουλάχιστον 2 επισκέψεις σε μερικές μέρες και έναρξη θεραπείας.</li> </ul>   |

\*Υπολογισμός κινδύνου με βάση τον πίνακα 1

όπου μειώνεται η πρωτεϊνουρία. Αναμένονται τα αποτελέσματα μέσα στο 2008 από μια μεγάλη μελέτη επιβίωσης όπου συγκρίνονται α-MEA, ΑΥΑ και ο συνδυασμός αυτών στην πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Στις περιπτώσεις που οι συνιστώμενοι στόχοι δεν επιτυγχάνονται με διπλή αντιυπερτασική θεραπεία, προχωράμε σε τριπλό συνδυασμό φαρμάκων. Συνήθως χορηγούμε α-MEA ή ΑΥΑ, θειαζιδικό διουρητικό και ανταγωνιστή ασβεστίου. Το τριπλό σχήμα χορηγείται το πρωί σε μια δόση. Αν χρειαστεί θα προστεθεί φάρμακο της πρώτης γραμμής ή β-αποκλειστής (αν δεν υπάρχει αντένδειξη) με δοσολογικό σχήμα πρωί-βράδυ και οι μεγαλύτερες δόσεις.

Άρρωστοι με ανθεκτική ή ιδιαίτερα δύσκολη υπέρταση παραπέμπονται σε εξειδικευμένο κέντρο υπέρτασης για διερεύνηση και θεραπεία.

### Βιβλιογραφία

1. Mancia G et al. The task force for the management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines of the management of Arterial Hypertension. *J. Hypertens* 2007;27:1105-87
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and British Hypertension Society (BHS) Hypertension Guidelines 2006. Management of Hypertension in adults in primary care. [www.nice.org.uk/CG034NICEguideline](http://www.nice.org.uk/CG034NICEguideline).
3. Buse J. B. et al. American Heart Association Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus. *Circulation* 2007;115:114-126.
4. Ruilope L. et al. the Kidney and cardiovascular risk implications for management: a consensus statement from the European Society of Hypertension. *Blood Press* 2007;16:72-79.
5. Rosendorff C et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of Ischemic heart disease. *Circulation* 2007;115:2761-2788.

## Εισαγωγή

Οι λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με διάφορους τρόπους. Εδώ θα ξεκινήσουμε με τις πιο επιφανειακές βλάβες και θα συνεχίσουμε με τις λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων.

## Κηρίον

Το κηρίο είναι μία ιδιαίτερα μεταδοτική επιφανειακή του δέρματος που συνήθως συμβαίνει σε παιδιά 2-5 ετών. Κλασικά υπάρχουν δύο μορφές, η μη φυσαλιδώδης (70% των περιπτώσεων) και η φυσαλιδώδης (30%). Πιο συχνά συμβαίνει σε θερμά και υγρά κλίματα. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες για κηρίο είναι η κακή υγιεινή, δήγματα εντόμων, κνησμώδεις καταστάσεις που προκαλούν ξύσιμο και μικρά δερματικά τραύματα.

*S. Aureus* είναι το κύριο παθογόνο και στις δύο μορφές του κηρίου, αν και η μη φυσαλιδώδης μορφή κηρίου μπορεί να αρχίσει σαν στρεπτοκοκκική λοίμωξη. Δερματικές επιφάνειες που υφίστανται συχνούς τραυματισμούς, όπως οι ρώθωνες, η περιστοματική περιοχή και τα άκρα, επιτρέπουν την διείσδυση του παθογόνου.

Το μη φυσαλιδώδες κηρίο ξεκινά σαν ένα μικρό κυστίδιο που ρήγνυται και τελικά σχηματίζει μία ερυθρά υγρή βάση κάτω από μία κρούστα μελί χρώματος. Οι βλάβες είναι συνήθως ασυμπτωματικές. Μερικές φορές υπάρχει κνησμός και ξύσιμο της βλάβης με αποτέλεσμα δημιουργία νέων βλαβών από αυτοενοφθαλμισμό και επέκταση της βλάβης σε γειτονικές περιοχές. Η λοίμωξη είναι αυτοπεριοριζόμενη. Περιπτώσεις που αφήνονται χωρίς θεραπεία διαρκούν 2-3 εβδομάδες με μεγαλύτερη επέκταση και τελική επούλωση χωρίς δημιουργία ουλής. Το φυσαλιδώδες κηρίον χαρακτηρίζεται από μεγάλες, επιφανειακές, εύθρυπτες φυσαλίδες που αρχικά εμφανίζονται στον κορμό τα άκρα και πτυχώσεις του δέρματος, όπως της μασχάλης και του τραχήλου. Αρχικά δημιουργούνται κυστίδια τα οποία μεγαλώνουν και συνενούνται με τον σχηματισμό φυσαλίδας με διαυγές ή νεφελώδες περιεχόμενο. Οι φυσαλίδες ρήγνυται και έτσι δημιουργούνται υγρές ερυθρηματώδεις βλάβες που μετασχηματίζονται

σε λεπτές κρούστες ανοιχτού καφέ χρώματος με υφή βερνικιού. Η δημιουργία φυσαλίδας είναι συνήθως αποτέλεσμα σταφυλοκοκκικής εξωτοξίνης, κυρίως από την ομάδα 2 φάγων *S. Aureus*. Η εξωτοξίνη προκαλεί ενδοεπιδερμική διάσπαση στο επίπεδο του κοκκιδώδους στρώματος ή και βαθύτερα.

Η θεραπεία είναι η ίδια τόσο για το φυσαλιδώδες, όσο και για το μη φυσαλιδώδες κηρίο. Μη επιπλεγμένες περιπτώσεις που είναι εντοπισμένες και επιφανειακές μπορούν να αντιμετωπισθούν με τοπικές θεραπείες. Σε περιπτώσεις πολλαπλών βλαβών ή σοβαρής νόσου, ενδείκνυται συστηματική θεραπεία. Κανένα τοπικό αντιβιοτικό δεν υπερέχει, αλλά η αλοιφή μουπιροσίνη είναι το πρώτο τοπικό αντιβιοτικό που έλαβε έγκριση για την θεραπεία του κηρίου. Η Βακιτρακίνη επίσης χρησιμοποιείται ευρέως, αλλά έχει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας (>50%). Όταν χρησιμοποιείται ένα τοπικό αντιβιοτικό, οι κρούστες που υπάρχουν θα πρέπει να αφαιρούνται με ζεστό σαπουνόνερο προ της εφαρμογής, καθ' όσον εμποδίζουν την διείσδυση του αντιβιοτικού. Η Μουπιροσίνη πρέπει να εφαρμόζεται 3 φορές την ημέρα μέχρις εξαφάνισης των βλαβών. Στις περισσότερες συγκρίσεις δεν υπήρχε διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ τοπικών και από του στόματος αντιβιοτικών, με τα τελευταία να έχουν περισσότερες παρενέργειες, ιδιαίτερα γαστρεντερικές. Θεραπεία με αντιβιοτικά ανθεκτικά στις β-λακταμάσες, όπως δικλοξασιλίνη, κλοξασιλίνη, κεφαλεξίνη, αζιθρομυκίνη, ερυθρομυκίνη, αμοξυσιλίνη/κλαβουλανικό οξύ είναι αποτελεσματική για τον *Staph. Aureus*. Το από του στόματος αντιβιοτικό επιλογής για παιδιά με κηρίο είναι η κεφαλεξίνη. Σε περιοχές όπου η αντοχή σ' αυτά τα αντιβιοτικά και η ύπαρξη MRSA υπερβαίνουν το 50%, τότε χρησιμοποιούνται άλλα αντιβιοτικά, όπως τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη (ιδιαίτερα σε παιδιά <8 ετών), δοξυκυκλίνη (όχι σε παιδιά <8 ετών) και μινוקυκλίνη (όχι σε παιδιά < 8 ετών). Ρινικοί φορείς *Staph. Aureus*, οι οποίοι παθαίνουν κηρίο καθ' ύποτροπήν πρέπει να αντιμετωπίζονται με αλοιφή μουπιροσίνη ρινικά ανά 6 ώρες.

## Ερυσίπελας

Το ερυσίπελας αποτελεί μία επιφανειακή λοίμωξη του δέρματος με σημαντική λεμφαγγειακή προσβολή. Αυτή η κατάσταση είναι πιο συχνή σε βρέφη, νέα παιδιά και ηλικιωμένους. Παλαιότερα το πρόσωπο



προσεβάλλετο συχνότερα, ενώ πιο πρόσφατα 70-80% των περιστατικών αφορούν τα κάτω άκρα, με μόνο 20% των περιπτώσεων να αφορούν το πρόσωπο. Η πιο συχνή αιτία ερισυπέλατος είναι στρεπτόκοκκοι ομάδος A, ακολουθούμενη από στρεπτόκοκκους ομάδας G. Τα βακτήρια βρίσκουν δίοδο στο δέρμα μέσω ελκών, τοπικού τραύματος, εγκαύματος, ψωριασικής ή εκζεματικής βλάβης ή μυκητιάσεως. Στο νεογνό ερυσιπέλας μπορεί να συμβεί στο ομφαλικό κολόβωμα. Ερυσιπέλας τείνει να συμβαίνει επί φλεβικής στάσεως, κατάχρησης οινόπνευματος, διαβήτη και σε περιοχές προϋπάρχουσας λεμφικής απόφραξης ή οίδηματος.



Πρόδρομα συμπτώματα είναι κακουχία, πυρετός, φρίκια, ναυτία και έμετος και συμβαίνουν 4-48 ώρες προ της εμφάνισης των πρώτων βλαβών του ερισυπέλατος. Ερυθρές, επώδυνες, σκληρές κηλίδες εμφανίζονται στο σημείο της λοίμωξης. Οι βλάβες ταχέως αυξάνουν σε μέγεθος σχηματίζοντας μία επαρμένη, στιλπνή πλάκα με σαφώς οριζόμενα όρια. Σοβαρή καυσalgία και ερυθρότης μπορεί να συμβούν. Ερυσιπέλας χωρίς επιπλοκές περιορίζεται στο χόριο και στα λεμφαγγεία. Σοβαρή λεμφαδενοπάθεια και λευκοκυττάρωση είναι συχνά ευρήματα. Μερικές φορές η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί βαθύτερα στο χόριο και να λάβει την μορφή κυτταρίτιδας, υποδόριου αποστήματος και νεκρωτικής φασιίτιδας. Χωρίς θεραπεία το ερύθημα κορυφώνεται σε 1 εβδομάδα και υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες. Σε μερικές περιπτώσεις συμβαίνει βαθειά λοίμωξη, δυνητικά θανατηφόρος. Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις συμβαίνουν σε 18-30% και μπορεί να προκαλέσουν πάχυνση δέρματος και απόφραξη λεμφαγγείων.

Πρώιμες και ήπιες περιπτώσεις ερισυπέλατος με αντιβιοτικά από του στόματος ή ενδομυϊκά. Μία πενικιλίνη ανθεκτική στην πενικιλινάση, πρώτης γενιάς

κεφαλοσπορίνη ή ερυθρομυκίνη αποτελούν κατάλληλη θεραπευτική επιλογή. Πιο σοβαρές λοιμώξεις χρειάζονται ενδοφλέβια αγωγή. Το υποτροπιάζον ερυσιπέλας δυνατόν να χρειάζεται μακροχρόνια προφυλακτική αγωγή με χαμηλή δόση πενικιλίνης ή ερυθρομυκίνης.

### Ερύθρασμα

Το ερύθρασμα αποτελεί μία συχνή επιφανειακή λοίμωξη του δέρματος που προκαλείται από το *Corynebacterium minutissimum*. Συμβαίνει συχνά σε υγρές, αποφρασσόμενες περιοχές, όπως οι μεσογλουτιαίες σχισμές, οι μασχάλες, οι μεσοδακτύλιοι χώροι και οι υπομαστικές χώρες. Οι βλάβες συμβαίνουν συχνότερα σε άνδρες και παχύσαρκα άτομα με διαβήτη. Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν σε ερύθρασμα είναι θερμό, υγρό κλίμα, μεγάλη ηλικία, ανοσοανεπάρκεια, υπεριδρωσία και κακή υγιεινή σώματος. Το ερύθρασμα μπορεί να προκαλεί κνησμό και δυσφορία, αλλά πιο συχνά είναι ασυμπτωματικό και ο ασθενής παραπονείται μόνο για αλλαγή χρώματος στο δέρμα. Οι βλάβες είναι ελαφρώς επαρμένες και ρικνές και μπορεί να είναι είτε σαφώς οριζόμενες είτε ασαφώς. Καθώς η λοίμωξη εξελίσσεται, οι βλάβες γίνονται ερυθρόφαιες, ελαφρώς επαρμένες με κεντρική καθαρότητα. Στην διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται μυκητίαση, ποικιλόχρους πιτυρίαση, βουβωνική τριχοφυτίαση, ψωρίαση, παράτριμμα και δερματοφύτωση. Μία συνυπάρχουσα δερματοφύτωση ή λοίμωξη με *Candida Albicans* παρατηρείται σε 30% περιπτώσεων με μεσοδακτύλιο ερύθρασμα. Εξέταση με λάμπα Wood's δείχνει ερυθρό κοραλιοειδές χρώμα. Μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργειες συμβάλουν στην διάγνωση. Η θεραπεία για το τοπικό ερύθρασμα περιλαμβάνει τοπικά αντιβιοτικά, από του στόματος αντιβιοτικά και άλλες θεραπείες. Μεσοδακτύλιες λοιμώξεις έχουν δειχθεί δύσκολο να αντιμετωπισθούν και συνήθως χρειάζονται τοπικά και από του στόματος αντιβιοτικά. Η πιο συχνή πρώτης γραμμής θεραπεία είναι Tab Ερυθρομυκίνη 250mg ανά 6 ώρες για 7-14 μέρες. Αυτή η θεραπεία είναι συνήθως αποτελεσματική. Σε ένα μικρό υποσύνολο ασθενών μία δόση κλαριθρομυκίνης 1gr έχει δειχθεί ότι καθαρίζει την λοίμωξη. Τοπικές θεραπείες όπως γέλη ερυθρομυκίνης 2%, διάλυμα κλινταμικίνης 2%, διάλυμα Whitfield (βενζοϊκό οξύ 12%, σαλυκυλικό οξύ 6%) και καθαρισμός με αντισηπτικό σαπούνι και νερό θεωρείται ότι έχουν ρόλο στην αγωγή. Τα συμπτώματα και οι βλάβες υποχωρούν σε 48 ώρες.

### Έκθυμα

Το έκθυμα αποτελεί βακτηριδιακή λοίμωξη του δέρματος που προσομοιάζει με το κηρίο. Είναι πιο συχνό σε εξασθενημένα άτομα (όπως αυτά με ανεξέλεγκτο

διαβήτη) ενώ η κακή υγιεινή σώματος επίσης προδιαθέτει. Το έκθυμα είναι πιο συχνό στα κάτω άκρα, ιδιαίτερα στα παιδιά και στους ηλικιωμένους και συχνά είναι αποτέλεσμα επιφανειακών βλαβών, τσιμπημάτων εντόμου, και τραυμάτων. Στρεπτόκοκκος ομάδας A είναι η πιο συχνή αιτία ηπιών και αρχόμενων μορφών λοιμώξεων και που συχνά επιμολύνονται από Σταφυλόκοκκο.

Γαγγραινώδες έκθυμα συμβαίνει σε ανοσοκατασταλλμένους ασθενείς ή σε ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια και προκαλείται από *Pseudomonas aeruginosa*. Οι βλάβες ξεκινούν σαν ανώδυνες ερυθρές κηλίδες και εξελίσσονται σε βλατίδες και τελικά σε αιμορραγικές φλύκταινες και φυσαλίδες. Οι αρχικές κύστες και φυσαλίδες είναι αρκετά επώδυνες και μεγεθύνονται και υφίστανται ρήξη σχηματίζοντας μια προσκολλημένη κρούστα που καλύπτει ένα έλκος. Η φυσαλίδα εξελισσόμενη γίνεται νεκρωτική και αφήνει την χαρακτηριστική περιβάλλουσα το ερύθημα φαιά-μελανή εσχάρα. Από πλευράς παθολογικής ανατομικής οι βλάβες ξεκινούν επιφανειακά και τελικά επεκτείνονται μέσω της επιδερμίδας στο υποκείμενο χόριο. Εξ αυτού οι θεραπευθεί το έκθυμα εξελίσσεται σε λεμφαγγειίτιδα και κυτταρίτιδα. Η θεραπεία είναι διαφορετική για τα δύο είδη εκθύματος. Το κοινό έκθυμα προκαλείται από στρεπτόκοκκο και σταφυλόκοκκο και θεραπεύεται όπως και το κηρίον με δεκαήμερη αγωγή με μουπιροσίνη, δικλοξασιλίνη, κεφαλεξίνη, αγωγή είναι τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη (ιδιαίτερα σε παιδιά < 8 ετών), δοξυκυκλίνη και μινοκυκλίνη (όχι σε παιδιά < 8 ετών). Πενικιλίνη V μπορεί να προστεθεί για καλύτερη κάλυψη του στρεπτόκοκκου. Το γαγγραινώδες έκθυμα αντιμετωπίζεται πιο κατάλληλα με ενδοφλέβια αντιβιοτικά όπως μια αμινογλυκοσίδη.

### Σταφυλοκοκκικό Ουλώδες Δερματικό Σύνδρομο

Το σταφυλοκοκκικό ουλώδες δερματικό σύνδρομο είναι μια κατάσταση που παρατηρείται σε βρέφη και παιδιά και σπανίως σε ενήλικες. Ενενήντα οκτώ τις εκατό από όσους προσβάλλονται είναι μικρότεροι από έξι ετών και 62 % είναι μικρότεροι από δύο ετών. Η νόσος προκαλείται από αποφολιδωτική τοξίνη που παράγει ο *S.aureus*, πιο συχνά από την ομάδα φάγων 2. Αυτές οι εξωτοξίνες προκαλούν ενδοεπιδερμική διάσπαση μέσω του κοκκιώδους στρώματος. Η κατάσταση έχει ευρύ φάσμα βαρύτητας από ήπιες τοπικές αντιδράσεις μέχρι σοβαρές απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις, με τις ηπιότερες μορφές να μοιάζουν με το φυσαλιδώδες κηρίον. Η θνητότητας σε παιδιά με το σύνδρομο είναι περίπου 4 % ενώ η θνητότητας σε ενήλικες φτάνει μέχρι και 60 %. Αντισώματα έναντι των αποφολιδωτικών τοξινών προστατεύουν έναντι της επίδρασης των τοξινών. Τα παιδιά είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν αυτό το

σύνδρομο γιατί δεν έχουν αυτά τα αντισώματα μέχρι την ηλικία των 10 ετών. Οι ενήλικες που αναπτύσσουν αυτό το σύνδρομο έχουν αυξημένο φορτίο εξωτοξινών, αυξημένο φορτίο *S.aureus* ή αυξημένη ευαισθησία στην τοξίνη. Ανοσοκαταστολή λόγω HIV, κακοήθειας, ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, αλκοολισμού ή χρήση ηρωίνης αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες. Επειδή η τοξίνη απεκκρίνεται δια των νεφρών, νεφρική ανεπάρκεια είναι συχνή σε ασθενείς με το σύνδρομο. Η τοξίνη εισέρχεται στην κυκλοφορία και επιδρά στο δέρμα συστηματικά.

Η εμφάνιση του συνδρόμου έχει πρόδρομα σημεία όπως φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα και ομφαλίτιδα. Πυρετός, κακουχία, ευερεθιστότητας αναπτύσσονται ακολούθως. Μία έως δύο ημέρες μετά επώδυνες, ερυθματώδεις βλάβες εμφανίζονται στην κεφαλή και στον τράχηλο. Οι βλάβες εξελίσσονται σε μεγάλες, πλαδαρές, διαυγείς φυσαλίδες συχνά στις καμπτικές επιφάνειες. Οι φυσαλίδες μεγαλώνουν και ρήγνυται και νέες εμφανίζονται τις επόμενες 2-3 ημέρες. Η αποφολίδωση έχει σαν αποτέλεσμα βλάβες με υγρή ερυθματώδη βάση και δημιουργία ουλής και συμβαίνει σε 36-72 ώρες. Οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν εγκαυμάτιες. Σε ήπιες περιπτώσεις με την χρήση αντιβιοτικών η κατάσταση υποχωρεί σε λίγες ημέρες χωρίς την δημιουργία ουλής.

Η διάγνωση βασίζεται σε κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά. Αντιβιοτικά χορηγούνται επι κλινικής υποψίας και μόνον είτε από του στόματος είτε ενδοφλεβίως. Τοπικά αντιβιοτικά δεν χορηγούνται αφού η εστία της λοίμωξης είναι μακρινή.

Τα αντιβιοτικά θα πρέπει να έχουν αντοχή στην πενικιλινάση και να καλύπτουν οργανισμούς ανθεκτικούς στην μεθισιλίνη. Σοβαρές περιπτώσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ενδοφλέβια βανκομυκίνη για 5-7 ημέρες. Με την ύπαρξη αντιβιογράμματος δυνατόν να γίνει αλλαγή σε ναφσιλίνη ή οξασιλίνη. Ήπιες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με από του στόματος δικλοξασιλίνη, ερυθρομυκίνη ή κεφαλεξίνη. Ιπροφλοξασίνη, κεφουροξίμη, γενταμυκίνη, τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, δοξυκυκλίνη (όχι σε παιδιά), μινοκυκλίνη (όχι σε παιδιά), βανκομυκίνη και κλινταμυκίνη είναι κατάλληλες επιλογές. Επειδή προσβάλλονται μεγάλες επιφάνειες δέρματος η χορήγηση υγρών, η απώλεια θερμότητας και η αναλγησία πρέπει να αντιμετωπίζονται. Κορτικοειδή αντενδείκνυται.

### Κυτταρίτις

Η κυτταρίτις αποτελεί μία λοίμωξη του δέρματος και των υποδοριών ιστών. Η λοίμωξη έπεται μιας τραυματικής ρήξης του δέρματος και επίσης μπορεί να είναι αποτέλεσμα βαθύτερης ή υποκείμενης λοίμωξης όπως οστεομυελίτιδας ή βακτηριαμίας. Η κυτταρίτιδα μπορεί





να προσβάλει οποιονδήποτε, αλλά ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξή της.

### Χρόνιο οίδημα κάτω άκρων

Λόγω φλεβικής τάσης ή λεμφική ανεπάρκεια προδιαθέτουν στην ανάπτυξη κυτταρίτιδος. Ασθενής που προηγουμένως ήταν σε παράκαμψη στεφανιαίων με την χρήση μοσχεύματος της σαφηνούς φλέβας είναι σε αυξημένο κίνδυνο λόγω του συνδυασμού φλεβικής και λεμφικής ανεπάρκειας. Το σημείο εισόδου σε αυτούς τους ασθενείς συνήθως είναι διάσπαση του δέρματος από τριχόφυτο που συνήθως παραμένει αδιάγνωστο και αθεράπευτο.

*Staph.aureus* και β αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι ομάδος A είναι τα πιο συχνά παθογόνα αλλά επίσης και η *Pasturella* και *Clostridium* μπορούν επίσης να προκαλέσουν κυτταρίτιδα. Η κατάσταση παρουσιάζεται σαν επώδυνη σκλήρυνση των υποδοριών ιστών με θερμότητα και ερυθρότητα του υπερκειμένου δέρματος. Τα όρια της ερυθρότητας και της σκληρίας είναι μη σαφώς



διακριτά σε αντίθεση με το ερυσίπελας. Τα άκρα είναι η πιο συχνή εντόπιση της λοίμωξης στο ανθρώπινο σώμα. Επί υπάρξεως προηγούμενων φλεβικών μοσχευμάτων, η λοίμωξη επεκτείνεται ταχέως κατά μήκος της φλεβεκτομής. Η επέκταση της λοίμωξης επίσης μπορεί να γίνει αντιληπτή σαν ερυθρά γράμμωση κατά μήκος της λεμφικής παροχέτευσης και σε αυτήν την περίπτωση περιοχική λεμφαδενοπάθεια είναι συνήθης. Η κυτταρίτιδα αποτελεί σοβαρή νοσηρά οντότητα λόγω της τάσεως της λοίμωξης να μεταδοθεί μέσω των λεμφαγγείων στο αίμα. Συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετός και κακουχία σημαίνουν επιδείνωση της λοίμωξης και πιθανή βακτηριαιμία.

Η θεραπεία της κυτταρίτιδος συνίσταται στην αντιβιοτική θεραπεία του *Staph.aureus* και στρεπτόκοκκου. Πρώτης γραμμής αντιβιοτικό είναι μια πρώτης γενιάς κεφαλοσπορίνη όπως η κεφαλεξίνη ή μια ανθεκτική στην πενικιλιλίνωση πενικιλίνη όπως η οξασιλίνη. Εναλλακτικές θεραπείες είναι η κλινταμικίνη, οι μακρολίδες και οι φλουοροκινολόνες. Εάν η λοίμωξη δεν ανταποκρίνεται στην αρχική θεραπεία τότε ριφαμπικίνη μπορεί να προστεθεί στην κεφαλεξίνη. Με ήπιες λοιμώξεις επαρκεί η αντιβιοτική θεραπεία του στόματος. Εάν η λοίμωξη επεκτείνεται ταχέως, έχει συστηματικά συμπτώματα ή ο ασθενής έχει συννοσηρότητα τότε ενδοφλέβια αντιβιοτικά και εισαγωγή σε νοσοκομείο ενδείκνυται. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να εισάγονται σε νοσοκομείο εάν σημαντικά τμήματα ενός άκρου έχουν προσβληθεί ή η λοίμωξη περιλαμβάνει χέρια, πόδια, κεφαλή, αυχένα ή περίνεο διότι αυτές οι περιοχές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών. Καλλιέργειες αίματος σε μη επιπλεγμένη κυτταρίτιδα δεν θεωρούνται σημαντικές για την θεραπεία ή την διάγνωση του ανοσοεπαρκούς ασθενούς. Εάν η ανταπόκριση στην θεραπεία είναι κακή ή ένας ασυνήθιστος οργανισμός υποπτεύεται τότε παρακέντηση με λεπτή βελόνα του κυρίαρχου σημείου της λοίμωξης για gram χρώση και καλλιέργεια μπορεί να οδηγήσουν στην θεραπεία αν και η τεχνική αυτή πιθανόν να μην απομονώσει τον μικροοργανισμό και δεν συνιστάται ευρέως. Ανύψωση και ακινητοποίηση του προσβεβλημένου άκρου βοηθάει στην επούλωση. Για ασθενείς με χρόνια οίδημα άκρων καλή υγιεινή του σώματος και χρήση υποστηρικτικών καλτσών βοηθάει στην μελλοντική αποφυγή υποτροπών.

### Κυτταρίτιδα από δάγματα ζώων

Η κυτταρίτιδα μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα δάγματος από γάτα ή σκύλο και σε αυτές τις περιπτώσεις συνήθως προκαλείται από *Pasturella multocida*. Η κυτταρίτιδα που σχετίζεται με την *Pasturella multocida* είναι μία ταχέως εξελισσόμενη κυτταρίτιδα που εμφανίζεται εντός ωρών από τον τραυματισμό με την μορφή έντονου ερυθρήματος, οιδήματος, ευαισθησίας

και κοκκινόχρωης έκκρισης από το τραύμα. Είναι σημαντικό να εξετασθούν οι βαθύτεροι ιστοί όταν έχει συμβεί δήγμα ζώου καθόσον η λοίμωξη μπορεί ταχέως να επεκταθεί και να προκαλέσει δημιουργία ουλώδους ιστού. Το αντιβιοτικό επιλογής που σχετίζεται με δήγματα ζώων η αμοξυσιλίνη και κλαβουλανικό οξύ. Τετρακυκλίνες, φλουοροκινολόνες, τριμεθοπρίμη / σουλφαμεθοξαζόλη και δεύτερης ή τρίτης γενιάς κεφαλοσπορίνες αποτελούν εναλλακτικές λύσεις. Οι ασθενείς με δήγματα ζώων και συνοδό κυτταρίτιδα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά λόγω της επιθετικής φύσης του παθογόνου. Εάν ένας ασθενής έχει ταχέως εξελισσόμενη κυτταρίτιδα, κυτταρίτιδα της άκρης χειρός ή δεν μπορεί να παρακολουθεί για 24 ώρες τότε θα πρέπει να εισαχθεί για ενδοφλέβια θεραπεία σε νοσοκομείο.

### Περιοφθαλμική κυτταρίτις

Η περιοφθαλμική κυτταρίτις είναι μία λοίμωξη των ιστών που περιβάλλουν τους οφθαλμούς αλλά όχι τον οφθαλμικό κόγχου. Η λοίμωξη προκαλείται από τραύμα σε γειτονικό ιστό ή από λοίμωξη όπως το χαλάζιο οι ανώτερες αναπνευστικές οδοί ή εκδορά. Αιματογενής διασπορά της λοίμωξης από μακρινή εστία μπορεί να προκαλέσει περιοφθαλμική κυτταρίτιδα. Στο παρελθόν 80% των παιδιατρικών ασθενών με περιοφθαλμική κυτταρίτιδα είχαν λοίμωξη με *Haemophilus influenzae* τύπου B. Σαν αποτέλεσμα της ευρείας χορήγησης του εμβολίου του *Haemophilus influenzae* τύπου B, οι πιο συχνοί οργανισμοί τώρα είναι ο *Staph.aureus* και στρεπτόκοκκος. Στα παιδιά μεταξύ 3-36 μηνών η περιοφθαλμική κυτταρίτιδα μπορεί να σχετίζεται με βακτηριαιμία από *S.pneumoniae*. Η περιοφθαλμική κυτταρίτιδα εμφανίζεται σαν ευαίσθητη ερυθρηματώδης και σκληρή περιοχή πέριξ του οφθαλμού. Μπορεί να υπάρχουν σημεία τραύματος ή προηγούμενης λοίμωξης (επιπεφυκίτις, παραρρινοκολπίτις) και η κυτταρίτιδα μπορεί να επεκτείνεται μέχρι το άνω χείλος ή τα φρύδια. Τα βλέφαρα μπορεί να είναι πρησμένα και κλειστά και οι επιπεφυκότες οίδηματώδεις και ερυθροί. Ανεξάρτητα από την εμφάνιση των εξωτερικών ιστών οι εξωοφθαλμικές κινήσεις είναι ανεπαφες και ανώδυνες και η οπτική οξύτης ανεπηρέαστη. Η περιοφθαλμική κυτταρίτιδα ανταποκρίνεται ταχέως στην κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία και σπάνια επεκτείνεται πλέον του διαφράγματος για να προκαλέσει κυτταρίτιδα του κόγχου. Τα αντιβιοτικά επιλογής είναι κεφαλεξίνη και κλινταμικίνη. Ο ασθενής με περιοφθαλμική κυτταρίτιδα μπορεί να αντιμετωπισθεί με από του στόματος αντιβιοτικά και καθημερινή παρακολούθηση. Σε παιδιά μεταξύ 12-15 μηνών που έχουν όψη πάσχοντος και παρουσιάζονται με περιοφθαλμική κυτταρίτιδα ένας έλεγχος για σηψαιμία που περιλαμβάνει και οσφυονωτιαία παρακέντηση καθώς και ενδοφλέβια χορήγηση

αντιβιοτικών ενδείκνυται λόγω της πιθανότητας βακτηριαιμίας από τον *S.pneumoniae*.

### Κυτταρίτις κόγχου

Η κυτταρίτις κόγχου είναι σπανιότερη από την περιοφθαλμική κυτταρίτιδα και αποτελεί μια λοίμωξη βαθύτερη του διαφράγματος του κόγχου σε αντίθεση με την περιοφθαλμική κυτταρίτιδα που παριστά μία λοίμωξη επιφανειακή του διαφράγματος του κόγχου. Σε 60-91% των περιπτώσεων κυτταρίτιδος του κόγχου η λοίμωξη ξεκινά από παραρρινοκολπίτιδα του ηθμοειδούς και της άνω σιαγόνας. Παιδιά 6-15 ετών προσβάλλονται πιο συχνά ενώ η δεύτερη κορύφωση αφορά τις ηλικίες 60-70.

Οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά και υπάρχει μια εποχική κατανομή λόγω της συχνότερης εμφάνισης λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού μεταξύ Νοεμβρίου και Φεβρουαρίου. Οι πιο συχνοί οργανισμοί είναι οι *S.aureus*, *S.pyogenes*, *H.influenzae*, *S.pneumoniae*. Η κυτταρίτιδα του κόγχου παρουσιάζεται σαν οίδηματώδης και ερυθρηματώδης οφθαλμός με συνοδό επώδυνο βολβό, επώδυνη κίνηση και μειωμένη οπτική οξύτητα. Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζονται διαφορετικά από τους ασθενείς με την περιοφθαλμική κυτταρίτιδα. Η θεραπεία των ασθενών με κυτταρίτιδα του κόγχου είναι ευρέως φάσματος ενδοφλέβια αντιβιοτικά και πιθανώς χειρουργική αποσυμπίεση. Καλλιέργειες αίματος βοηθούν. Οφθαλμολογική εξέταση πρέπει πάντα να γίνεται. Οι επιπλοκές της αθεράπευτης κυτταρίτιδος είναι απόστημα, οπτική νευρίτις, θρόμβωση της αμφιβληστροειδικής φλέβας, απευθείας επέκταση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, μηνιγγίτιδα, επισκληρίδιο ή υποσκληρίδιο απόστημα και θρόμβωση των σηραγμών κόλπων. Σε αναπτυσσόμενες χώρες η μη θεραπεία της κυτταρίτιδος οδηγεί το 52% των ασθενών σε τύφλωση και το 4% σε θάνατο. Συντηρητική αντιμετώπιση ενδείκνυται τις πρώτες 24 ώρες αλλά χειρουργική αποσυμπίεση μπορεί να είναι απαραίτητη ανάλογα με την εικόνα στην αξονική τομογραφία. Ευρήματα που συνεπάγονται χειρουργική αποσυμπίεση είναι το απόστημα του κόγχου και το υπεροστικό απόστημα.



### Θυλακίτις, Δοθιήνωση και Ψευδάνθραξ

Θυλακίτις είναι λοίμωξη των θυλάκων των τριχών με αποτέλεσμα ένα πολύ μικρό απόστημα τριχών με μικρή πέριξ φλεγμονή. *Staph. Aureus* είναι η πιο συχνή αιτία λοίμωξης, ενώ *Pseudomonas* είναι μία άλλη αιτία. Η θυλακίτις είναι μία μικρή (<5mm) ερυθρηματώδης βλατίδα με μία κεντρική φλύκταινα και συνήθως αυτοπεριορίζεται. Φαρμακευτική αγωγή δεν ενδείκνυται, εκτός εάν η προσβολή είναι γενικευμένη ή ο ασθενής χρόνιος φορέας.

Ο δοθιήνας αποτελεί βαθύτερη λοίμωξη ενός θυλάκου τριχός με εντονότερη τοπική αντίδραση απ' ότι η θυλακίτις. Ο δοθιήνας συχνά δημιουργείται σαν συνέχεια θυλακίτιδας, ιδιαίτερα σε περιοχές με αυξημένη τριβή και εφίδρωση, όπως το πρόσωπο, οι γλουτοί, ο αυχένας, το τριχωτό κεφαλή, ο μηρός, το περίνεο, ο μαστός και η άνω σιαγόνα. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι ο διαβήτης, κακή υγιεινή σώματος και η παχυσαρκία. Ο δοθιήνας έχει την μορφή ενός σκληρού, ερυθρού, επώδυνου και κλυδάζοντος οζιδίου που παροχετεύεται και ιάται αυτόματα. Η θεραπεία είναι ζεστές κομπρέσες και υδατόλουτρα.



Ο ψευδάνθρακας είναι λοβωτά, πολυδιαφραγματικά αποστήματα, αποτέλεσμα λοίμωξης σε πολλαπλούς θυλάκους τριχών. Η πιο συχνή εντόπιση είναι ράχη και αυχένας. Η λοίμωξη επεκτείνεται στον υποδόριο ιστό. *Staph. Aureus* είναι η συχνότερη αιτία, αλλά MRSA κοινότητας είναι αυξανόμενης συχνότητας. Οι ασθενείς με ψευδάνθρακα συχνά έχουν πυρετό, κακουχία και βακτηριαιμία. Η θεραπεία είναι διάνοιξη και παροχέτευση. Για εκτεταμένες λοίμωξεις χρειάζονται αντιβιοτικά όπως δικλοξασιλίνη και κεφαλεξίνη, ενώ σε περίπτωση MRSA τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη, κλινταμυκίνη ή μινοκυκλίνη (όχι σε μικρά παιδιά).

### Απόστημα

Απόστημα είναι η εντοπισμένη συλλογή πύου που περιβάλλεται από ερύθημα και σκληρό κοκκιώδη ιστό. Τα αποστήματα δημιουργούνται από υψηλές συγκεντρώ-

σεις παθογόνων που εισέρχονται από θύλακα τρίχας τμήμα δέρματος και δεν μπορούν να διαφύγουν. Η δερματική αντίδραση ξεκινά σαν κυτταρίτιδα, εξελίσσεται σε νέκρωση, ρευστοποίηση και συσσώρευση νεκρωμάτων, με την δημιουργία περιχαρακωμένης κοιλότητας. Αποστήματα της κεφαλής, του αυχένος και του περινέου είναι αποτέλεσμα απόφραξης ιδρωτοποιών αδένων, ενώ αποστήματα των άκρων είναι αποτέλεσμα τραύματος. Περιστοματικά ή περιεδρικά αποστήματα συχνά οφείλονται σε αναερόβια μικρόβια, ενώ αλλού επικρατεί *Staph. Aureus*. Σε ποσοστό 5% τα αποστήματα είναι στείρα. Η θεραπεία του αποστήματος είναι διάνοιξη και παροχέτευση. Επί λοίμωξης με MRSA επιπλέον χρειάζεται και λήψη αντιβιοτικών. Επί λοίμωξης το pH των ιστών είναι όξινο και η ξυλοκαΐνη έχει μειωμένη αποτελεσματικότη-



τα.

### Ανθεκτικός στην μεθισιλίνη *Staph. Aureus* (MRSA) κοινότητας

Ο ανθεκτικός στην μεθισιλίνη *Staph. Aureus* αποτελεί παλαιότερα νοσοκομειακή λοίμωξη, αλλά σήμερα προσβάλλει και ασθενείς της κοινότητας, με ή και χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. Ενδημίες έχουν συμβεί σε πανεπιστήμια, κέντρα ημερήσιας διαμονής και αθλητικά κέντρα. Ο MRSA της κοινότητας είναι γενετικά διαφορετικός από τον νοσοκομειακό MRSA. Η συχνότερη παρουσίαση είναι απόστημα (70-100%). Σε μία μελέτη στο Λος Άντζελες 50% των λοιμώξεων μαλακών μορίων ήταν αποτέλεσμα MRSA. Η τοξικότητα του MRSA οφείλεται στο PVL γονίδιο, το οποίο είναι υπεύθυνο στην παραγωγή τοξικής εξωτοξίνης που δημιουργεί πόρους στην λευκοκυτταρική μεμβράνη και κυτταρικό θάνατο, συντελώντας έτσι στην πρόκληση σηπτικού σοκ και νεκρωτικής πνευμονίας. Η θεραπεία του MRSA αποστήματος είναι διάνοιξη και παροχέτευση, λήψη καλλιέργειας πύου και χορήγηση αντιβιοτικού για 7-10 ημέρες ή μέχρις κλινικής ανταποκρίσεως. Η λινεζολίδη μπλοκάρει την πρωτεϊνοσύνθεση δεσμεύοντας την 50<sup>η</sup> υπομονάδα του ριβοσώματος και έχει υψηλή αποτελεσματικότητα. Δόση 400-600mg po/iv ανά 12 ώρες. Η κλινταμυκίνη είναι άλλη επιλογή, με περιορισμό



όμως την αποτυχία όπου αντοχή του στελέχους στην ερυθρομυκίνη. TMP/SMX αποτελεί άλλη επιλογή. Επί κυτταρίτιδας κεφαλεξίνη προστίθεται στην TMP/SMX. Προσθήκη ριφαμπικίνης στην αγωγή TMP/SMX εκριζώνει την ρινική φορεία, κάτι που επιτυγχάνεται και με την χρήση αλοιφής μουπιροσίνης. Άλλες επιλογές είναι κουινιπριστίνη/δαλφοπριστίνη, δαπτομυκίνη, φλουοροκινολόνες.

#### **Αποστήματα σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών**

Λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων είναι η πιο συχνή αιτία εισαγωγής σε νοσοκομείο σε χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών. Οι μηχανισμοί λοίμωξης είναι κυρίως κακή τεχνική ενέσεως, ιδία υποδορίως, κακή υγιεινή σώματος, μολυσμένα φάρμακα, κοινή χρήση βελόνας και άμεση τοξική επίδραση φαρμάκων, όπως η ηρωίνη τύπου μαύρης πίσσας και ο αγγειόσπασμος της κοκαΐνης. Η μικροβιολογία των αποστημάτων διαφέρει από τον γενικό πληθυσμό, με τον *Staph. Aureus* να είναι η συχνότερη αιτία, αλλά με την στοματική χλωρίδα να αποτελεί σημαντικό ποσοστό λόγω χρήσεως σάλιου σαν προετοιμασία του δέρματος για την χορήγηση (ατρακτοβακτήριο, *Einella corrodens* και *Prevotella*) καθώς και *Pseudomonas* είδη. Η θεραπεία είναι διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος και ευρέως φάσματος αντιβίωση για κάλυψη αναερόβιων και *Staph. aureus* (πιθανόν παρατεταμένη χορήγηση). Κλινταμυκίνη, αμπικιλίνη/σουλβακτάμη ή βανκομυκίνη και μετρονιδαζόλη είναι επιλογές αντιβιοτικών.

#### **Απόστημα/Λοίμωξη άκρας χειρός**

##### **Παρωνυχία**

Λοίμωξη της επιδερμίδας που περιβάλει το νύχι προκαλούμενη από τραύμα, πεντικιούρ, είσφρυση. Έχει



την εικόνα επώδυνης ερυθματώδους διόγκωσης στην βάση του νυχιού και προκαλείται από *Staph. Aureus*, *S. pyogenes*, Gram -ve, *pseudomonas* και μύκητες. Η θεραπεία είναι διάνοιξη και παροχέτευση. Επί υπονυχίου αποστήματος ενδείκνυται ονυχεκτομή. Χορήγηση αντιβιοτικών, όπως πρώτης γενεάς κεφαλοσπορίνη πχ κεφαλεξίνη ή αμοξυσιλλίνη/κλαβουλανικό ενδείκνυται.

##### **Ακροδακτυλίτις**

Λοίμωξη του τελικού πολφού του ακροδακτύλου. Ο πολφός διαχωρίζεται σε 20-30 διαμερίσματα από ινώδη διαφράγματα μεταξύ δέρματος και περιοστέου. Τραύμα και προϋπάρχουσα παρωνυχία είναι πιθανοί μηχανισμοί της λοίμωξης. Πόνος (πολλές φορές δυσανάλογος με την λοίμωξη λόγω περιορισμένου χώρου από τα διαφράγματα), ερύθημα και οίδημα αποτελούν την κλινική εικόνα. Επί μη θεραπείας η κατάληξη είναι οστεομυελίτιδα. Η πρώιμη ακροδακτυλίτιδα μπορεί να θεραπευτεί με από του στόματος αντιβιοτικά. Άλλως χρειάζεται διάνοιξη και παροχέτευση. Αντισταφυλοκοκκικές πενικιλίνες και κεφαλεξίνη είναι η εμπειρική θεραπεία που χορηγείται.

##### **Ερπητική παρωνυχία**

Η ερπητική παρωνυχία μοιάζει με την ακροδακτυλίτιδα, οφείλεται στον ερπητιό τύπου 1 ή 2, προκαλείται από αυτοενοφθαλμισμό και εμφανίζεται συχνά σε νοσηλευτές και οδοντιάτρους. Ο ασθενής έχει ερύθημα δακτύλου και δυσανάλογο πόνο. Η βλάβη είναι κυστική, αρχικά διαυγής και κατόπιν θολή/πυώδης. Πυρετός και λεμφαδενίτιδα είναι αρκετά συχνά. Δ.Δ. από ακροδακτυλίτιδα. Ένα από του στόματος αντιικό φάρμακο βοηθά, εάν αρχίσει τις πρώτες 48 ώρες. Διάνοιξη και παροχέτευση αντενδείκνυται.

##### **Καμπική τενοντοθυλακίτις**

Λοίμωξη του ελύτρου των καμπήρων τενόντων της άκρας χειρός. Συνήθως αποτέλεσμα τραύματος. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει συμμετρική διόγκωση του δακτύλου που βρίσκεται σε μερική κάμψη, προκαλείται πόνος με την παθητική έκταση και ευαισθησία κατά μήκος του ελύτρου. Δ.Δ. από υποδόριο απόστημα. Υπεύθυνοι μικροοργανισμοί είναι *Staph. Aureus*, *Streptococcus* και αναερόβια, ενώ η ενδοφλέβια χορήγηση κεφαλοσπορίνης ή αμοξυσιλλίνης/κλαβουλανικού οξέως ενδείκνυται. Κατά τις πρώτες 12-24 ώρες των συμπτωμάτων η συντηρητική αγωγή συνήθως επαρκεί, ενώ για πιο προχωρημένες καταστάσεις ενδείκνυται χειρουργικός καθαρισμός.

##### **Απόστημα μαστού**

Το απόστημα μαστού μπορεί να σχετίζεται με την λοχεία (10-30%) ή να μην σχετίζεται (ως επί το πλείστον). Στάση γάλακτος και λοίμωξη είναι ο μηχανισμός επί λοχείας.

Επιλόχειος μαστίτιδα συμβαίνει σε 1-3% των μητέρων που θηλάζουν και κατά τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Στα επιλόχεια αποστήματα *Staph. Aureus* είναι η συχνή αιτία, ενώ τα λοιπά είναι πολυμικροβιακά και αναερόβια. Η ασθενής με απόστημα μαστού εμφανίζεται με ερύθημα, θερμότητα, πυρετό και ρίγος, ενώ μετέπειτα εμφανίζεται επώδυνη, κλυδάζουσα μάζα. Τα περιφερικά αποστήματα μαστού είναι δερματικά και αυτοιώμενα, ενώ τα περιθηλαία είναι βαθύτερα και συνέπεια απόφραξης πόρων και υποτροπιάζουν σε ποσοστό 35%. Τα οπίσθια αποστήματα διαγιγνώσκονται δύσκολα. Η θεραπεία είναι διάνοιξη και παροχέτευση. Αντιβιοτική αγωγή ενδείκνυται στα επιλόχεια αποστήματα (ναφσιλλίνη, οξασιλλίνη)

### Τριχοφωλεακό απόστημα (Κύστη κόκκυγος)

Το τριχοφωλεακό απόστημα αφορά την επί του κόκκυγος γλουτιαία σχισμή. Ξεκινά σαν μία διάνοιξη του δέρματος που δημιουργεί μικρό βοθρίο, το οποίο καλύπτεται με πλακώδες επιθήλιο που παράγει τρίχες και κερατίνη και έτσι προκαλείται απόφραξη και απόστημα. Μέση ηλικία εμφάνισης τα 19 έτη. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι παχυσαρκία, καθιστική ζωή, δαυσυρμία, κακή υγιεινή και υπεριδρωσία. Η κλινική εικόνα είναι μία θερμή, επώδυνη, κλυδάζουσα διόγκωση πλάγια της μέσης γραμμής, προκοκκυγικά. Η θεραπεία είναι διάνοιξη και παροχέτευση αρχικά και λόγω της μεγάλης πιθανότητας υποτροπής (10-90%), και για την εξάλειψη νέων βοθρίων και κοκκιώδους ιστού συμπληρωματική εκτομή ενδείκνυται σε τρεις μήνες.



### Βαρθολίναιο Απόστημα

Ένα Βαρθολίναιο απόστημα ξεκινά σαν λοίμωξη των Βαρθολινείων αδένων στην περιοχή του αιδοίου. Οι αδένες είναι αμφοτερόπλευροι, ευρίσκονται στο οπίσθιο τμήμα του αιδοίου και εκβάλουν μέσω πόρων στον προθάλαμο του αιδοίου μέσω πόρων στις θέσεις 4<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> ώρα αντίστοιχα. Οι αδένες είναι ψηλαφητοί μόνο όταν ο πόρος είναι κυστικός ή υπάρχει απόστημα. Βαρθολίνεια αποστήματα είναι συχνά σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, ιδιαίτερα 20-29 ετών. Περίπου 2%

του γυναικείου πληθυσμού θα αναπτύξει κύστη ή απόστημα (1:3). Η λοίμωξη συνήθως είναι πολυμικροβιακή με αερόβια/αναερόβια μικρόβια εκ της κοιλιακής χλωρίδας. Γονόρροια και Χλαμύδια ανευρίσκονται σε 10%. Οι ασθενείς παρουσιάζουν πόνο επιδεινούμενο με τις κινήσεις, κάθισμα και σεξουαλική επαφή. Διάνοιξη και παροχέτευση είναι η θεραπεία επιλογής. Η αποστηματική κοιλότητα είναι μερικές φορές βαθύτερα του υποδορίου ιστού. Εάν υπάρχει σημαντική κυτταρίτιδα τότε χρειάζεται χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος.



### Νεκρωτική Φασίτιδα

Η νεκρωτική φασίτιδα είναι μία σοβαρή μορφή κυτταρίτιδας με εκτεταμένη προσβολή του υποδορίου ιστού. Η εξεργασία είναι νέκρωση υποδορίου ιστού λόγω της απελευθέρωσης βακτηριακών εξωτοξινών που προκαλούν απελευθέρωση κυτοκινών από T-κύτταρα και μακροφάγα. Αυτή η απελευθέρωση κυτοκινών αυξάνει την αγγειακή διαπερατότητα, προκαλεί οίδημα και ιστική υποξία και νέκρωση. Προδιαθεσικοί παράγοντες αποτελούν ηλικία >50, φύλλο (αρσενικό), περιφερική αγγειοπάθεια, διαβήτης, κακή θρέψη, αλκοολισμός, παχυσαρκία, εξάρτηση από ενδοφλέβια χορήγηση ουσιών. Οι πιο συχνές εντοπίσεις είναι περίνεο, κοιλιά και άκρα. Περίπου τα 2/3 των λοιμώξεων είναι πολυμικροβιακές. Οι μονομικροβιακές λοιμώξεις συχνά περιλαμβάνουν τον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας A (*GABHS*), *S. Aureus*, *C. Perfringens*. Υπάρχουν δύο είδη λοίμωξης, οι μεικτές αερόβιες/αναερόβιες και οι μονομικροβιακές (από *S. Aureus*, *GABHS*). Τα πιο συχνά αναερόβια είναι *Peptostreptococcus*, *B. fragilis*, *Prevotella*. *Enterococcus* υπάρχει σε 16-34%. Από τα Gram-ve πιο συχνά είναι *E.coli*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν σημεία κυτταρίτιδας με πόνο δυσανάλογο με την εικόνα της κυτταρίτιδας και πέραν του ορίου του ερυθήματος. Καθώς η λοίμωξη επεκτείνεται, επέρχεται αναισθησία επί του προσβεβλημένου δέρματος λόγω νέκρωσης νευρών. Φυσαλίδες, αρχικά με διαυγές και ακολούθως με αιμορραγικό υγρό δημιουργούνται σαν αποτέλεσμα νέκρωσης δέρματος. Η

λοίμωξη επεκτείνεται ταχέως κατά μήκος περιτονιών πέραν του ερυθήματος. Οι ασθενείς συχνά είναι αιμοδυναμικά ασταθείς, ενώ απλές ακτινογραφίες κοιλιάς δείχνουν αέρα στο υποδόριο. Απεικόνιση επιλογής είναι MRI, με παθολογικά ευρήματα την αυξημένη πρόσληψη σε περιτονίες και μειωμένα μυϊκά σήματα. Η θεραπεία της νεκρωτικής φασιίτιδας είναι έγκαιρος και ευρύς χειρουργικός καθαρισμός. Ευρέως φάσματος αντιβιοτικά, όπως αμπικιλίνη-σουλβακτάμη, πιπερασιλίνη-ταζοβακτάμη, ιμιπενέμη-σιλαστατίνη, πενικιλίνη-κλινταμικίνη, αμπικιλίνη-γενταμικίνη-κλινταμικίνη/μετρονιδαζόλη. Η κλινταμικίνη αναστέλλει την παραγωγή τοξινών. Αντιτετανικό εμβόλιο χορηγείται. Η χρήση υπερβαρικού οξυγόνου είναι αμφιβόλου αξίας.

### Γάγγραινα Fournier

Η γάγγραινα Fournier αφορά νεκρωτική φασιίτιδα του οσχέου. Διαβήτης, αλκοολισμός και ανοσοανεπάρκεια είναι προδιαθεσικοί παράγοντες, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς έχουν λοίμωξη του δέρματος, των όρχεων, ουρολοίμωξη ή περιεδρικό απόστημα. Η θνητότητα είναι 15-52%. Χειρουργικός καθαρισμός εντός 24 ωρών μειώνει την θνητότητα κατά 71%. Συνήθως πρόκειται για πολυμικροβιακή λοίμωξη από E. Coli, Pseudomonas, Streptococcus, S. Aureus, Bacteroides, Clostridium, Salmonella, Klebsiella, Enterococcus και αναερόβια. Οι ασθενείς παρουσιάζουν πόνο οσχέου, ερύθημα και ευαισθησία. Κρηγμός υπάρχει στα 2/3, ενώ απλή ακτινογραφία δείχνει αέρα υποδορίως στο 89%. Το υπερηχογράφημα δείχνει αέρα στο υποδόριο και πάχυνση περιτονιών. Οι ασθενείς έχουν όψη βαρέως πάσχοντος. Σε μία μελέτη Na<135, BUN>15 και λευκά >15000 ήταν προγνωστικά νεκρωτικής λοίμωξης. Η θεραπεία της γάγγραινας

Fournier είναι μαζική χορήγηση υγρών, εμπειρική χορήγηση ευρέως φάσματος αντιβιοτικών, έλεγχος σακχάρου σε διαβητικούς και ευρύς χειρουργικός καθαρισμός. Το υπερβαρικό οξυγόνο είναι διφορούμενης αποτελεσματικότητας, αλλά πάντως η αυξημένη ιστική οξυγόνωση ίσως αναστρέφει την ισχαιμία και βελτιώνει την ανοσία. Η θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο συνίσταται σε έκθεση του τραύματος σε 2.5-3atm ενώ χορηγείται 100% οξυγόνο για 90min κάθε 8 ώρες για 24 ώρες και μετά κάθε 12 ώρες για τουλάχιστον 5 μέρες.

### Βιβλιογραφία

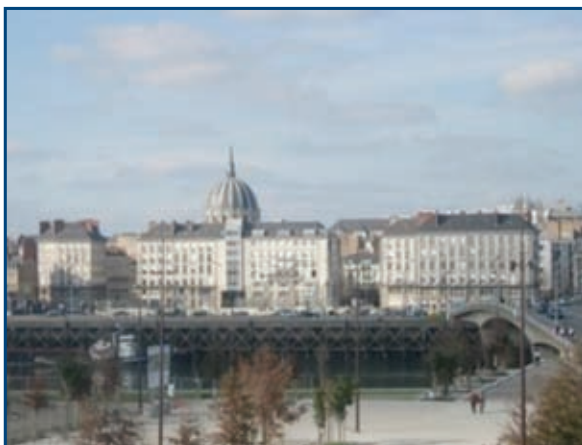
1. Mancini AJ. Bacterial skin infections in children: The common and the not so common. *Pediatr Ann* 2000;29:26-35.
2. Brown J, Shriner DL, Schwatz RA, et al. Impetigo: An update. *Internal J Derm* 2003;42:251-255.
3. Swartz MN. Cellulitis and subcutaneous tissue infections. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practices of Infectious Diseases. Orlando, FL:W.B. Saunders; 1995:909-928.
4. Schachner LA. Treatment of uncomplicated skin and skin infections in the pediatric and adolescent patient populations. *J Drugs in Dermatology* 2005; 4(6 Suppl):s30-33.
5. Hedrick J. Acute bacterial skin infections in pediatric medicine: Current issues in presentation and treatment. *Paediatr Drugs* 2003;5 Supple 1:35-46.
6. Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, et al. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2005, 35th ed. Digital electronic version 5.0 Hyde Park, VT: Antimicrobial Therapy, Inc.; 2005.
7. Yamasaki O, Yamaguchi T, Sugai M, et al. Clinical manifestations of staphylococcal scalded-skin syndrome depend on serotypes of exfoliative toxins. *J Clin Microbiol* 2005;43:1890-1893.



# ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Γεώργιος Θεοχάρης, Παθολόγος

Το κείμενο που ακολουθεί αποτελεί τον πρόλογο του γιατρού Joel Menard, Καθηγητή Παθολογίας στο Νοσοκομείο Broussais και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του Υπουργείου Υγείας για την ανάπτυξη της ιατρικής αξιολόγησης. Περιγράφοντας γλαφυρά την επίσκεψη ενός γενικού γιατρού στο σπίτι καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, πέραν της τεχνικής και επιστημονικής εξέλιξης της ιατρικής μέσω βιβλίων, όπως αυτό για την ιατρική αξιολόγηση, οι γιατροί δεν πρέπει να πάψουν να επισκέπτονται τους ασθενείς στα σπίτια τους.



Η εικόνα της πόλης της Ναντ δεν ολοκληρώνεται παρά μόνο υπό βροχή: γκρίζα καλντερίμια, γκρίζα πεζοδρόμια, σπίτια γκρίζα-άσπρα, σκέπες από σχιστόλιθο, βαρύς ουρανός.

Οι πλαγιαστές ψιχάλες της βροχής, λεπτές και πυκνές, πλημμυρίζουν τις σκεπές και τα καλντερίμια, κάνουν να αστράφτουν οι ομπρέλες και τα αδιάβροχα και αυλακώνουν τα πρόσωπα των βιαστικών περαστικών.

Παρκάροντας το αυτοκίνητό του ο γιατρός Β. στη γωνία της οδού Εγκλίζ Σαν Κρουά στις 11:30 αυτό το πρωινό του Νοέμβρη, υπολόγισε νωχελικά ότι αυτή ήταν η έβδομη ιατρική επίσκεψη από το πρωί. Μπερδεύτηκε ανάμεσα στους ελάχιστους περαστικούς και γλίστρησε στο υγρό πλακόστρωτο.

Η μυρωδιά της σούπας που αναδυόταν από το δωματάκι της θυρωρού και τον κτυπούσε στη μύτη, του φάνηκε πολύ δυνατή όταν άνοιξε την πόρτα της πολυκατοικίας όπου τον περίμεναν.

Στον 3<sup>ο</sup> όροφο η μητέρα του άρρωστου παιδιού ήταν εκνευρισμένη.

Ο γιατρός είχε ειδοποιηθεί από νωρίς και γνώριζε καλά την οικογένεια. Ήταν σίγουρο ότι θα ερχόταν για την επίσκεψη. Αλλά η μαμά ανησυχούσε ότι θα έφθανε στο

σπίτι την ώρα που θα είχε ξεκινήσει το μαγείρεμα: δεν μπορεί κανείς να υπολογίζει στους γιατρούς...

Ο μικρός, μέσα στο κρεβάτι του, υπέφερε περισσότερο από την γκρίνια της μητέρας του παρά από την ασθένεια και το τσίριγμα του κουδουνιού της πόρτας που έκανε το γάτο που κοιμόταν στο κρεβάτι να αναπηδήσει, του φάνηκαν σαν μια πρώτη ανακούφιση. Χώθηκε βαθύτερα στα σκεπάσματά του και ξαναβρήκε τη συμπεριφορά που πρέπει να έχουν τα άρρωστα παιδιά.

Λαχανιασμένος από το ανέβασμα των ορόφων, ο γιατρός Β. αντιμετωπίζει τις καταγιγιστικές εξηγήσεις της μητέρας και της επιτρέπει να εκφράσει τις ανησυχίες και το άγχος της. Βρίσκοντας μια καρέκλα να καθίσει, έβγαλε μια θήκη από την ιατρική του τσάντα, φόρεσε τα γυαλιά του και ρώτησε το παιδί με σοβαρό ύφος αλλά καλοσυνάτο. Μετά από καμιά δεκαριά ερωτήσεις που διακόπτονταν από τα «ναι γιατρέ -και- όχι γιατρέ» σηκώθηκε, πήγε προς το κρεβάτι και ζήτησε από το παιδί να ξαπλώσει πάνω στα σκεπάσματά του.

Το χέρι του γλίστρησε στο σβέρκο και έλεγξε την ελαστικότητα του αυχένα. Έλυσε τη ζώνη της πυτζάμας του παιδιού και παρατήρησε την ουλή στο δεξί μέρος της κοιλιάς, απομεινάρι μια κρίσης άγχους της μητέρας πριν από μερικά χρόνια και μιας άσκοπης σκωληκοειδεκτομής. Το παιδί μισούσε αυτό το χέρι, στιβαρό αλλά ελαστικό, που δυσάρεστα το γαργαλούσε πιέζοντας πότε δεξιά πότε αριστερά στην κοιλιά ή στην πλάτη.

Θα ζητούσε ο γιατρός κουτάλι; Προς στιγμή, το παιδί νόμιζε ότι το στηθοσκόπιο στο στήθος του και στην πλάτη μαζί με τις σταθερές και επαναλαμβανόμενες ανάσες θα ήταν αρκετά. Δυστυχώς!!!! «Αυτός» ζήτησε το κουτάλι και τον φακό.

Το «αχ» της απελπισίας του παιδιού δεν μπορούσε να αποτρέψει αυτή την εξέταση που συνοδεύεται από μια δυσάρεστη αίσθηση τάσης για έμετο και ήταν το σύνηθες αναμενόμενο μαρτύριο της επίσκεψης του γιατρού στο σπίτι.

Ο γιατρός αφού εξέτασε τα μάτια, πίεσε το κούτελο και τα μάγουλα του παιδιού, κούνησε το κεφάλι του, «δεν είναι τίποτα» είπε στο παιδί και εξήγησε στη μητέρα ότι πράγματι «δεν είναι τίποτα». Γύρισε στο τραπέζι, έβγαλε τα χαρτιά του, ένα χονδρό συλό μελάνης και έγραψε τρία φάρμακα: τις σταγόνες, τα υπόθετα και τις εισπνοές.

Επιβεβαίωσε στη μητέρα, η οποία απορούσε για τη μη αναγκαιότητα των ενέσεων που αυτή επιθυμούσε ώστε «να μην κατέβει το κακό στα πνευμόνια».

Μάζεψε τα πράγματά του, κοίταξε από το παράθυρο τους στιλπνούς σχιστόλιθους των σκεπών, τους μικρούς άσπρους καπνούς που στριφογύριζαν και διαλύονταν μέσα στα σύννεφα και του επιβεβαίωναν ότι δεν υπήρχαν οι ανεπιθύμητοι δυνατοί άνεμοι. Βγήκε από το δωμάτιο χαμογελώντας. Η μητέρα, αφού πλήρωσε τον γιατρό, είπε στο παιδί ότι παρατάει όλες τις δουλειές και παρόλο που έβρεχε και παρόλο που το φαγητό δεν ήταν έτοιμο, θα κατέβαινε με τον γιατρό για να αγοράσει τα φάρμακα.

Η πόρτα έκλεισε.

Το παιδί βγήκε από τα σκεπάσματά του και κάθισε στα μαξιλάρια. Τίναξε το θερμόμετρο δυνατά για να ρίξει τη θερμοκρασία, τράβηξε κάτω από τα σκεπάσματά του το βιβλίο του ορθάνοιχτο για να μην χάσει τη σελίδα.

Σκέφτηκε ότι αυτή την ώρα στο σχολείο οι φίλοι του θα γνώριζαν τους βαθμούς τους ακόμη και τους δικούς του. Αυτός δεν τους ήξερε και αισθάνθηκε την απόλυτη απόλαυση.

Η ιατρική μπορεί να εξελίσσεται ραγδαία σε τεχνικό και επιστημονικό επίπεδο, αλλά δεν πρέπει οι γιατροί να ξεχάσουν να ανεβαίνουν σκαλοπάτια και να συναντούν τους ανθρώπους όπου τους χρειάζονται.



# ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Γεώργιος Θεοχάρης, Παθολόγος

Η Επείγουσα Ιατρική αναδύθηκε την εποχή «των παιδιών των λουλουδιών». Δεν προκαλεί έκπληξη ότι ο Robert Daily, Διευθυντής του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Λος Άντζελες, ένα ελεύθερο πνεύμα που είχε περάσει τα χρόνια της πρώιμης καριέρας του στο Σαν Φρανσίσκο, χρησιμοποίησε ένα λουλούδι σαν σύμβολο για να περιγράψει την επείγουσα ιατρική. Στον γιατρό Daily ζητήθηκε να κάνει μια παρουσίαση σε μια από τις πρώτες συγκεντρώσεις του Πανεπιστημιακού Συλλόγου της Επείγουσας Ιατρικής (UAEMS).

Στη συγκεκριμένη στιγμή, ο ανωτέρω σύλλογος αποτελούνταν κυρίως από χειρουργούς που προσπαθούσαν να αποκτήσουν περισσότερη πληροφόρηση για εκπαιδευτικά προγράμματα και να βρουν τον ρόλο που θα έπαιζαν στη διαδικασία ιδρύσεως της ειδικότητας της επείγουσας ιατρικής.

Ο γιατρός Daily ζήτησε από το καλλιτεχνικό τμήμα του Πανεπιστημίου της Νότιας Καλιφόρνια να δημιουργήσουν μια εικόνα από ένα λουλούδι με πολλά πέταλα που να προβάλλει από τη «λάσπη». Πρόβαλε αυτήν την εικόνα σε ένα slide κατά τη διάρκεια της παρουσίασής του χρησιμοποιώντας τη μεταφορά ότι η επείγουσα ιατρική ήταν ένα νέο λουλούδι που αναπτυσσόταν μέσα από τα συντρίμια της οργανωμένης ιατρικής.

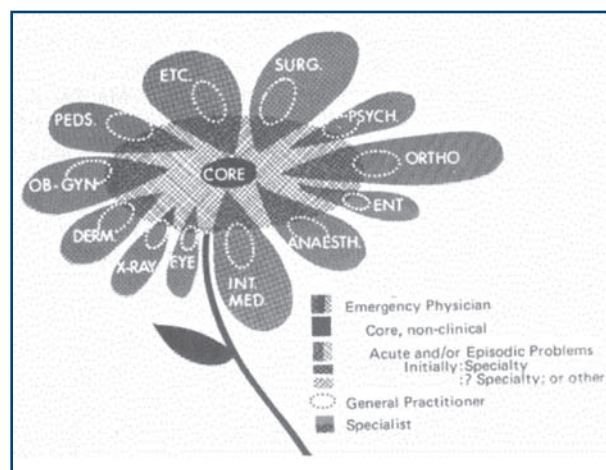
Η επείγουσα ιατρική αναπτυσσόταν σε μια περιοχή παραμελημένη ή απαρνημένη. Τα πέταλα του λουλουδιού ήταν οι άλλες ιατρικές ειδικότητες που ενώνονταν διαμέσου της επείγουσας ιατρικής, η οποία αποτελούσε το κεντρικό τμήμα του λουλουδιού.

Η διάλεξη του γιατρού Daily διασκευάστηκε και αργότερα δημοσιεύτηκε σε ένα βιβλίο επείγουσας ιατρικής ως η «μεταφορά».

Ο γιατρός Daily έγραφε: «Ένα νέο λουλούδι αναπτύσσεται στον κήπο των ιατρικών ειδικοτήτων. Οι γεωπόνοι διαφωνούν για το αν είναι ένα πραγματικό λουλούδι ή απλά ένα ζιζάνιο και ακόμη και αυτοί που υποστηρίζουν ότι είναι ένα λουλούδι αμφιβάλλουν για τη νομιμότητά του, αναρωτούμενοι αν πρόκειται απλά για ένα υβρίδιο που σχηματίστηκε από διασταύρωση των άλλων λουλουδιών του κήπου. Από την άλλη πλευρά, πολλοί το αντιμετωπίζουν ως ένα νέο είδος που ο σπόρος του άνθισε στον κήπο από τους ανέμους της ανάγκης... Αυστηροί παρατηρητές πρόσεξαν ότι το λουλούδι βγάζει ρίζες μόνο στα πιο άγονα εδάφη όπου τα άλλα φυτά δεν θα μπορούσαν ποτέ

να αναπτυχθούν. Μερικοί φοβούνται ότι θα υπερπολλαπλασιασθεί και θα αντικαταστήσει τα άλλα φυτά. Αλλά το πιθανότερο είναι ότι θα τα συμπληρώσει και γεμίσει κενά στον κήπο που προηγουμένως δεν είχαν αναγνωρισθεί... Αυτό που μένει να αποδειχθεί είναι αν η επείγουσα ιατρική θα παραμείνει παραμελημένη σαν ένα περίεργο άθλημα ή αντίθετα θα καλλιεργηθεί, θα ανθίσει και θα γίνει ένα αποδεκτό από όλους κομμάτι του κύκλου της ιατρικής».

Όπως θυμάται ο γιατρός Daily, καθένας προσπαθούσε τότε να ορίσει το πεδίο της επείγουσας ιατρικής και η παρουσίαση με το λουλούδι «άγγιξε το νεύρο» τόσο των χειρουργών στον Πανεπιστημιακό Σύλλογο Επείγουσας Ιατρικής, όσο και των άλλων. Η παρουσίαση του γιατρού Daily και το λουλούδι του παρουσιάστηκαν και κριτικαρίστηκαν από το προεδρείο της ετήσιας συγκέντρωσης του UAEMS του 1975. Ο γιατρός Daily χρησιμοποίησε το θέμα του λουλουδιού του και σε άλλες συγκεντρώσεις και πολλοί στην επείγουσα ιατρική υιοθέτησαν το λουλούδι σύμβολο -ένα σημείο των καιρών- για να προβάλουν τη νέα ειδικότητα.



# ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΤΗΛΑΓΓΕΙΕΚΤΑΣΙΑ (σύνδρομο Rendu-Osler-Weber)

Γεώργιος Θεοχάρης, Παθολόγος  
Μιχάλης Οικονόμου, Γαστρεντερολόγος

Ασθενής 80 ετών προσέρχεται στο ιατρείο για έντονη κόπωση, ωχρότητα. Από το ιστορικό του υπάρχουν: αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή με Karvea 150 mg 1 χάπι ημερησίως, Norvasc 5 mg 1 χάπι ημερησίως, Hygroton ½ χάπι ημερησίως, καρδιακές αρρυθμίες υπό αγωγή με Isortin 40 mg 1 χάπι / οκτάωρο, ρευματική πολυμυαλγία υπό αγωγή με πρεδνιζόνη 5 mg 1 χάπι κάθε πρωί, εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια για την οποία λαμβάνει ΑΜΦΣ, Ca προστάτου για το οποίο υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία, αγγώδη συνδρομή για την οποία λαμβάνει περιοδικά Lexotanil 1,5 mg, ήπια Χ.Ν.Α. και κληρονομική αιμορραγική τηλαγγειεκτασία που εκδηλώνεται με συχνές επιστάξεις και ήπια σιδηροπενική αναιμία για την οποία λαμβάνει περιοδικά σιδηροθεραπεία.

Από την κλινική εξέταση παρουσιάζει πορφυρικά εξανθήματα στα άκρα, σπάνιες δερματικές τηλαγγειεκτασίες και σκληρυντικό φύσημα 2/6 στο προκάρδιο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο Hb 8,7g/dl, MCV 74 μm<sup>3</sup>, MCH 24 pg/cell, κρεατινίνη 1,6 mg/dl, φερριτίνη 5 mg/l, ΤΚΕ 54 mm/l. Τον τελευταίο καιρό αναφέρει επιδείνωση των επιστάξεων.

Λόγω της βαρύτητας της αναιμίας και της ύπαρξης σκουρόχρωων κενώσεων αποφασίσθηκε η εκτέλεση διερεύνησης του γαστρεντερικού. Η γαστροσκόπηση έδειξε την ύπαρξη πολλών αγγειοδυσπλασιών στο σώμα θόλο και άντρο και ήπια ερυθρότητα του βλεννογόνου σε όλες τις μοίρες του (εικόνα 1). Στην κολοноσκόπηση ανευρέθη μικρός πολύποδας στο σιγμοειδές που αφαιρέθηκε ενδοσκοπικά επιτυχώς (εικόνα 2). Στον ασθενή χορηγήθηκε σιδηροθεραπεία από το στόμα Resoferon 1 χάπι μεσημέρι και βράδυ με τα γεύματα και μια υποδόρια ένεση Eprex 4.000 iu, την οποία ο ασθενής ανέχθηκε κακώς με απορύθμιση της αρτηριακής πίεσης και έντονη κεφαλαλγία. Ένα μήνα αργότερα το αίσθημα κόπωσης είχε υποχωρήσει, η Hb του ασθενή ήταν 12,1 g/dl, η φερριτίνη 25 mg/l.

Η κληρονομική αιμορραγική τηλαγγειεκτασία (σύνδρομο Rendu Osler Weber) είναι μια κληρονομική διαταραχή, αυτοσωματικού επικρατούντος τύπου, με επίπτωση 1-2 σε κλινικά πληθυσμό 100.000.

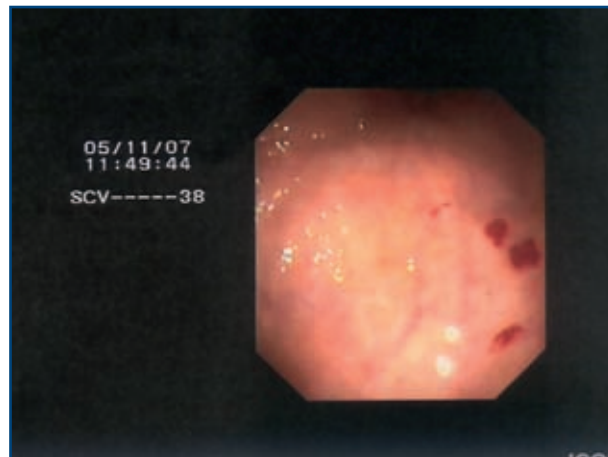
Χαρακτηρίζεται τυπικά από την ύπαρξη τηλαγγειεκτασιών, υποτροπιαζόντων επιστάξεων και θετικό οικογενειακό ιστορικό. Κλινικά εκδηλώνεται με πολλαπλές εκτασίες των τριχοειδών του δέρματος, των βλεννογόνων και σπανιότερα των εσωτερικών οργάνων.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλουν - κάποιοι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί ενώ άλλοι εμφανίζουν αιμορραγίες από το γαστρεντερικό σύστημα ή εκδηλώσεις από τους πνεύμονες ή το Κ.Ν.Σ. λόγω ύπαρξης αρτηριοφλεβωδών αναστομώνσεων.

Η επίσταξη αποτελεί το κοινότερο σύμπτωμα της νόσου και το 80% των ασθενών θα την εμφανίσει κατά την διάρκεια της ζωής του. Από την οικογένεια του ασθενούς (9 αδέρφια και δεκάδες απόγονοι) το συχνότερο σύμπτωμα ήταν η επίσταξη και είναι όλοι εις καλήν υγείαν πλην του υιού του πάσχοντος που εμφάνισε (ΑΡ) ημιπληγία στην εφηβική ηλικία λόγω αρτηριοφλεβώδους αναστομώσεως του Κ.Ν.Σ. για την οποία χειρουργήθηκε στην Σουηδία.

Με αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα εκδηλώνεται η νόσος σε ένα ποσοστό 20-25%, ενώ υπολογίζεται πλέον του 50% των ασθενών εμφανίζουν σιωπηλή αιμορραγία από το γαστρεντερικό. Πνευμονικές αρτηριοφλεβώδεις αναστομώσεις περιγράφονται σε ένα ποσοστό γύρω στο 10% και διαγιγνώσκονται συνήθως από την ακτινογραφία του θώρακος σε έλεγχο ρουτίνας. Η ύπαρξη αρτηριοφλεβωδών αναστομώνσεων στο Κ.Ν.Σ. είναι σπανιότερες και εκδηλώνονται συνήθως με παροδικά ή όχι αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Η θεραπεία του συνδρόμου Rendu-Osler-Weber είναι υποστηρικτική και συνιστάται στον έλεγχο και στην αντιμετώπιση των αιμορραγιών. Η πρόγνωση είναι καλή, όταν οι αιμορραγίες διαγιγνώσκονται εγκαίρως και αντιμετωπίζονται επαρκώς.







Στον συγκεκριμένο ασθενή η επιδείνωση της αναιμίας οφείλεται κυρίως στην ύπαρξη αιμορραγίας από τον βλεννογόνο της μύτης ή το γαστρεντερικό αν και δεν

ανευρέθη αιμάσσοσα αγγειοδυσπλασία. Η συνύπαρξη μιας αναιμίας τύπου χρόνιας νόσου λόγω ενός φλεγμονώδους συνδρόμου (ρευματική πολυμυαλγία) και μια ήπιας χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας συνετέλεσε στην λήψη απόφασης για την χορήγηση ερυθροποιητίνης στο συγκεκριμένο ασθενή, την οποία όμως ανέχθηκε κακώς.

#### **Βιβλιογραφία**

1. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (Osler-Weber-Rendu Disease), Nicoleau A, Nicoleau CA
2. N Engl J Med 340;1800, June 10, 1999 Images in Clinical Medicine
3. Liver Disease in Patients with Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia, Garcia-Tsao G, Korzenik JR, Young L, Henderson KJ, Jain D, Byrd B, Pollak JS, White RI Jr
4. N Engl J Med 343;931, September 28, 2000 Original Article
5. Case 31-2004: A Four-Year-Old Boy with Hypoxemia, Kinane TB, Westra SJ
6. N Engl J Med 351:1667, October 14, 2004 Case Records of the Massachusetts General Hospital

# ΠΡΟΒΛΕΨΗ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ

Πλαιϊτάκης Ιωάννης, Αναισθησιολόγος

Η διατήρηση του έλεγχου του αεραγωγού και κατ' επέκταση ο αερισμός των πνευμόνων, είναι πρωταρχικής σημασίας για το ιατρικό προσωπικό που εμπλέκεται σε καταστάσεις όπου είναι απαραίτητη η εξασφάλιση του αεραγωγού όπως σε προγραμματισμένες ή μη χειρουργικές επεμβάσεις, επείγοντα περιστατικά στα Τ.Ε.Π. ή την ύπαιθρο, καθώς και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

## Ορισμός του δύσκολου αεραγωγού

Ως δύσκολος αεραγωγός ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία (α) ο αερισμός με την μάσκα ή (β) η λαρυγγοσκόπηση και η ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή ακόμη και τα δύο (α+β) είναι δύσκολες ή ακόμη και αδύνατες.

## Εκτίμηση αεραγωγού

### Ιστορικό

Εφόσον αυτό είναι εφικτό και το επιτρέπει η κατάσταση όπως μια προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, λαμβάνεται το ιστορικό στα πλαίσια του προεγχειρητικού ελέγχου για τυχόν προηγούμενες επεμβάσεις και επισημάνσεις ή συνοδευτικό σημείωμα από τον αναισθησιολόγο για μη προβλέψιμη δύσκολη διασωλήνωση.

### Φυσική εξέταση - αξιολόγηση αεραγωγού

Σκοπός της φυσικής εξέτασης είναι η εκτίμηση τυχόν δυσκολιών κατά τον αερισμό με μάσκα ή και κατά τη διασωλήνωση. Καταστάσεις που δύναται να επηρεάζουν τον έλεγχο του αεραγωγού είτε τον αερισμό είτε και τη διασωλήνωση αναφέρονται στον κάτωθι πίνακα.

Επίσης κριτήρια τα οποία θέτουν υποψία μιας δύσκολης λαρυγγοσκόπησης και κατ'επέκταση διασωλήνωσης είναι η μέτρηση θυρεοειδοπυγγωνικής απόστασης (<7 cm), η περιορισμένη υπερέκταση αυχένα (<35°) καθώς

και η ανεύρεση κατά την επισκόπηση του στοματοφάρυγγα με την κατά Mallampati εξέταση, κατηγορία III (ορατή μόνο η μαλακή υπερώα) ή IV (ορατή μόνο η σκληρή υπερώα). Επισημαίνεται ότι στην κατά Mallampati κατηγορία I είναι ορατή η σταφυλή, οι παρίσθμιες καμάρες και το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα, και στην κατηγορία II τμήμα της σταφυλής και του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος.

Ένας πιο ευαίσθητος δείκτης δύσκολης λαρυγγοσκόπησης αποτελεί ο αθροιστικός δείκτης κατά Wilson, όπου βαθμονομούνται 5 παράγοντες κινδύνου όπως παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Σημειώνεται ότι αποτέλεσμα >3 αποτελεί θεωρητικά δείκτη δύσκολης λαρυγγοσκόπησης.

Πίνακας 2.

|                               | 0       | 1      | 2         |
|-------------------------------|---------|--------|-----------|
| Κινητικότητα κεφαλής/<br>ΑΜΣΣ | >90°    | =90°   | <90°      |
| Άνοιγμα στόματος              | >5cm    | <5cm   | <5cm +ΧΔ* |
| Σωματικό βάρος (kg)           | <90     | 90-110 | >110      |
| Προέχοντες τομείς             | καθόλου | μέτρια | πολύ      |
| Μικρογναθία                   | καθόλου | μέτρια | πολύ      |

\*ΧΔ: χασμοδοντία

### Στρατηγική διασωλήνωσης του δύσκολου αεραγωγού

Πρωταρχική σημασία στην αντιμετώπιση του δύσκολου αεραγωγού είναι η ύπαρξη ενός αλγόριθμου, τα βήματα του οποίου έχουν κατανοηθεί πλήρως. Σχετικές

Πίνακας 1.

|                        |   |
|------------------------|---|
| Λοιμώξεις              | Επιγλωττίτιδα, υπογνάθιο απόστημα, περιαμυγδαλικό απόστημα, απόστημα στόματος - φάρυγγα |
| Τραύμα                 | Κάταγμα λάρυγγα, άνω - κάτω γνάθου, ΑΜΣΣ, έγκαυμα προσωπικής χώρας                      |
| Ενδοκρινή - Μεταβολικά | Βρογχοκήλη, παχυσαρκία, ακρομεγαλία   |
| Φλεγμονώδη - Ρευματικά | Ρευματοειδής αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτις, σκληροδερμία                        |
| Συγγενείς ανωμαλίες    | Ατρησία λάρυγγα, σύνδρομο Treacher Collins, Goldenhars                                  |



οδηγίες για την αντιμετώπιση του δύσκολου αεραγωγού έχει εκδώσει η American Society of Anesthesiologists (ASA), καθώς και η European Society of Anaesthesiology (ESA).

Παρακάτω παρουσιάζεται ο αλγόριθμος δύσκολου αεραγωγού της ASA.

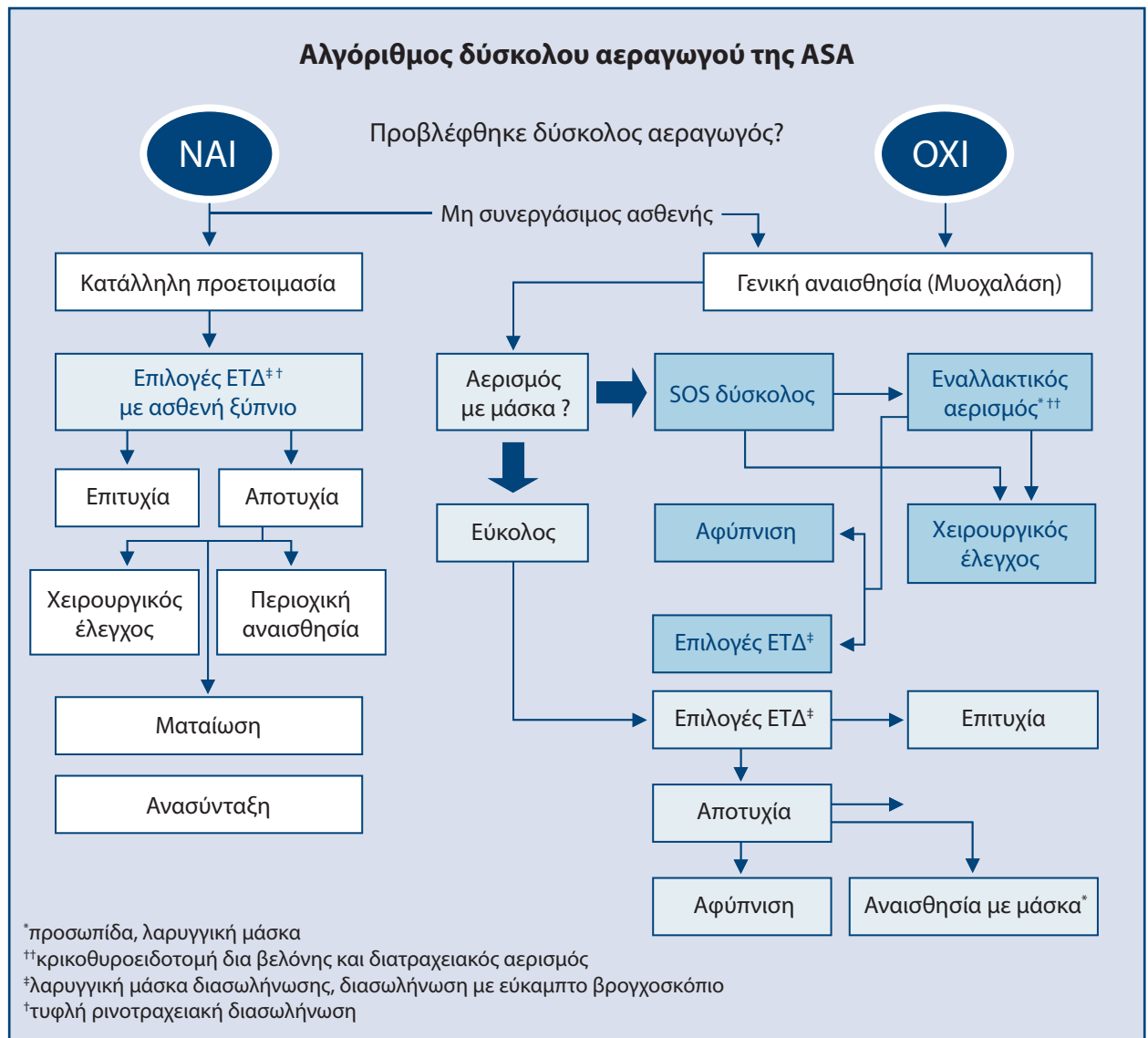
Είναι σημαντικό να υπογραμμισθεί ότι σε προβλεφθείσα δύσκολη διασωλήνωση να προτιμάται η διασωλήνωση σε ξύπνιο ασθενή ή σε ήπια καταστολή, με διατήρηση της αυτόματης αναπνοής. Προτιμάται επίσης η εφαρμογή αρχικά μη επεμβατικών τεχνικών έναντι των επεμβατικών (χειρουργικός αεραγωγός), καθώς

επίσης σημαντική είναι και η επαλήθευση της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης με χρήση ανιχνευτή τελοεκπνευστικού CO<sub>2</sub>.

Εφόσον αυτό είναι εφικτό να υπάρχει άμεσα διαθέσιμο ένα δεύτερο άτομο πιστοποιημένο επίσης με την τεχνική του αερισμού - διασωλήνωσης που μπορεί να βοηθήσει κατά τη διαδικασία ελέγχου του αεραγωγού.

### Βιβλιογραφία

1. Practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology* 2003;98:1269-77
2. Predicting difficult intubation. *BJA* Vol.61, Num.2, p211-216



# 9<sup>ο</sup> ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

## San Francisco Απρίλιος 2008



Επισκεφθήκαμε τον Απρίλιο του 2008 το Σαν Φρανσίσκο για το 9<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Συνέδριο Επείγουσας Ιατρικής μαζί με άλλους 1500 γιατρούς από όλα τα μέρη του κόσμου. Κοινή διαπίστωση η ραγδαία ανάπτυξη αυτής της ειδικότητας κυρίως στο νοσοκομειακό και προνοσοκομειακό κομμάτι της. Η εξωνοσοκομειακή επείγουσα ιατρική τίθεται από την εταιρεία μας σαν μία πρόκληση ανάδειξης της σε παγκόσμιο επίπεδο, γι' αυτό η αποστολή της εργασίας για τις μετεωρολογικές συνθήκες και την επίπτωσή τους στις λοιμώξεις έγινε αποδεκτή στο συνέδριο αυτό.

Στο συνέδριο συζητήθηκαν όλα τα σημαντικά θέματα της επείγουσας ιατρικής με έμφαση στις λοιμώξεις και κυρίως τις σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις ανθεκτικές στη μεθικιλίνη, την αναγκαιότητα ή όχι επανδρωμένων με γιατρούς ασθενοφόρων, την ανάγκη περισσότερων εκπαιδευτικών προγραμμάτων με θέμα την επείγουσα ιατρική. Σας παραθέτουμε παρακάτω μερικές εργασίες που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο.

Παράλληλα, απολαύσαμε τη γοητεία και τη δυναμική αυτής της πόλης χτισμένης με ανθρώπινο μέτρο σε ένα λοφώδες τοπίο περιτριγυρισμένο από ωκεανό και κόλπους. Ανεβήκαμε στους λόφους του με «αρχαία» τραμ και τους κατεβήκαμε με TAXI. Κάθε περιοχή του Σαν Φρανσίσκο ήταν μία ξεχωριστή πόλη. Από το εμπορικό κέντρο με τους ουρανοξύστες έως το Χέιτ-Άσπερι, την περιοχή των χίπηδων, την Τσάινα Τάουν και το Νορθ Μπιτς όπου σύχναζαν πριν 50 χρόνια οι μπητνικς. Η γέφυρα Γκόλντεν Γκέιτ δέσποζε και διηθούσε την πόλη. Υπέροχα εστιατόρια σε προβλήτες πάνω στον ωκεανό,

αν και απορήσαμε γιατί οι φυλακές του Αλκατράζ αποτελούν αξιοθέατο. Δύο από τα πολύ-προβαλλόμενα αρχιτεκτονικά κτίρια του Σαν Φρανσίσκο, το Μουσείο Μοντέρνας Τέχνης και η Ακαδημία Φυσικών Επιστημών, υπογράφονται από αρχιτέκτονες που τα κτήριά τους κοσμούν ή θα κοσμούν την Αθήνα: του Μάριο Μπόττα και του Ρέντσο Πιάνο.

### ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΚΑΙ ΚΡΑΝΙΟΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

*Johnston Sr. U., McGovern Sr. S.J.*

*North Tyneside General Hospital, Newcastle-Upon-Tyne, United Kingdom; Ulster Hospital Dundonald, Belfast, United Kingdom*

**Στόχος:** Ο προσδιορισμός του κατά πόσον υπάρχει σημαντική διαφορά στο μοντέλο και στη σοβαρότητα του τραυματισμού που συμβαίνει μετά από πτώση σε ασθενείς που έχουν καταναλώσει οινοπνευμα και σε αυτούς που δεν έχουν καταναλώσει. Επίσης, ο προσδιορισμός του πώς το μοντέλο και η σοβαρότητα του τραυματισμού σχετίζονται με τα επίπεδα οινοπνεύματος αίματος.

**Μέθοδος:** Πρόκειται για μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη που έγινε μεταξύ Νοεμβρίου του 2001 και Ιουλίου του 2002. Συμπεριλήφθησαν όλοι οι υγιείς ενήλικες μεταξύ 16 και 60 ετών που είχαν πέσει από ύψος περίπου 1,75. Η συστηματική ανασκόπηση του ιστορικού και η φυσική εξέταση επέτρεψαν τον υπολογισμό του ISS (βαθμός σοβαρότητας τραυματισμού). Επίπεδα οινοπνεύματος ελαμβάνοντο από μεθυσμένους ασθενείς με τη συγκατάθεσή τους.

**Αποτελέσματα:** 351 υγιείς ενήλικες ασθενείς συμπεριλήφθησαν στη μελέτη εκ των οποίων 238 ήταν στην ομάδα χωρίς χρήση οινοπνεύματος και 113 είχαν καταναλώσει οινοπνευμα και εξ αυτών επίπεδα αλκοόλης ελήφθησαν σε 47. Η ομάδα που έκανε χρήση οινοπνεύματος είχε υψηλότερη συχνότητα κρανιοκεφαλικών κακώσεων [46 (48%) v 22 (9%)] αλλά με χαμηλότερη συχνότητα κακώσεων των άκρων από την ομάδα που δεν έκανε χρήση αλκοόλ [39 (39%) v 183 (76%)]. Υπήρχε μία στατιστικά σημαντική διαφορά στο μοντέλο των τραυματισμών μεταξύ της ομάδας που έκανε χρήση οινοπνεύματος και αυτής που δεν έκανε χρήση οινοπνεύματος ( $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ )

και επίσης υπήρχε σημαντική διαφορά στο ISS ( $p < 0,001$ ). Στην ομάδα που έκανε χρήση οιοπνεύματος η σοβαρότητα και το μοντέλο του τραυματισμού σχετιζόταν με το επίπεδο οιοπνεύματος του αίματος κατά τη στιγμή του τραυματισμού. Ασθενείς με επίπεδο οιοπνεύματος  $< 200$  mg/dl είχαν κυρίως κακώσεις μαλακών μορίων των άκρων (58%). Σε επίπεδα 200-250 mg/dl κυρίως οστικές κακώσεις των άκρων (55%) και σε επίπεδα  $> 250$  mg/dl κυρίως σημαντικές κρανιοκεφαλικές κακώσεις (90%).

**Συμπεράσματα:** Πτώσεις που σχετίζονται με τη χρήση οιοπνεύματος πιο συχνά σχετίζονται με σοβαρή κρανιοκεφαλική κάκωση. Η σοβαρότητα των κακώσεων των άκρων και της κρανιοκεφαλικής κάκωσης είναι μεγαλύτερη και σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο οιοπνεύματος του αίματος.

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΗΓΜΑΤΩΝ ΖΩΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΚΤΗΝΙΑΤΡΩΝ ΟΤΑΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΥΣ

*Ambroz KG, Moy RK, Chan SB  
Resurrection Medical Center, Chicago, IL*

**Στόχος μελέτης:** Οι κτηνίατροι είναι επιρρεπείς σε δήγματα από σκύλους και γάτες. Αυτή η μελέτη εξετάζει κατά πόσον οι κτηνίατροι που αντιμετωπίζουν από μόνοι τους αυτά τα τραύματα έχουν τις ίδιες επιπλοκές με αυτούς που πηγαίνουν σε επειγοντολόγους.

**Μέθοδοι:** Όλοι οι κτηνίατροι της μείζονος περιοχής του Σικάγο συμμετείχαν σε μια ανώνυμη εμπιστευτική μελέτη που έγινε τηλεφωνικά. Τα στοιχεία τα οποία ζητήθηκαν ήταν η συχνότητα των δηγμάτων κατά πόσον έγινε θεραπεία από τους ίδιους, ο τύπος της θεραπείας και η συχνότητα των επιπλοκών.

**Αποτελέσματα:** Από 750 αποστολές επιστολών υπήρχαν 481 απαντήσεις (64,1%). Το 92,9% που απάντησαν κυρίως αντιμετώπισαν γάτες και σκύλους. 12,7% των κτηνιάτρων αντιμετώπιζαν από μόνοι τους διάφορα τραύματα, ενώ 26,8% απευθύνονταν

σε επειγοντολόγο. 51,1% των κτηνιάτρων αντιμετώπισαν πλήρως και από μόνοι τους το τραύμα με τη λήψη αντιβιοτικού. Μόνο 3,1% είχαν επιπλοκές από τα δήγματα, μεταξύ αυτών και 7 παροχετεύσεις τραυμάτων. Ένα σύνολο 11 κτηνιάτρων χρειάστηκαν ενδοφλέβια αντιβιοτικά και εξ αυτών 7 χρειάστηκαν εισαγωγή σε νοσοκομείο. Η συχνότητα των επιπλοκών ήταν 5,1% για εκείνους που αντιμετώπισαν τον τραυματισμό μόνοι τους και δεν πήγαν σε επειγοντολόγο, 4,2% για εκείνους που αντιμετώπισαν μόνοι τους τον τραυματισμό αλλά πήγαν και σε επειγοντολόγο και 2,2% για όσους αντιμετωπίστηκαν από επειγοντολόγο. Υπήρχε μια σημαντικά υψηλότερη συχνότητα επιπλοκών σε κτηνιάτρους που αντιμετώπισαν τα τραύματά τους μόνοι τους (4,9% έναντι 1,3%) και Fischer's test  $p = 0,033$ . Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ εκείνων που αντιμετώπισαν τα τραύματα μόνοι τους άσχετα εάν έλαβαν αμοξυσιλίνη-κλαβουλανικό οξύ ή άλλο αντιβιοτικό.

**Συμπέρασμα:** Αυτή η μελέτη δείχνει ότι οι κτηνίατροι που αντιμετωπίζουν από μόνοι τους τραυματισμούς από ζώα στους εαυτούς τους έχουν υψηλότερη συχνότητα επιπλοκών από εκείνους που απευθύνονται σε επειγοντολόγους.



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