

ΑΠΑΛΕΚΤΑ

www.pemtousia.gr
ΠΕΜΠΤΟΥΣΙΑ

1 Φεβρουαρίου 2012

3

Τεύχος



Ιατρικά

Επιστήμες / Ιατρική

Εγκεφαλικός θάνατος

Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί στην ΜΕΘ

Ανδρέας Καραμπίνης, Διευθυντής ΜΕΘ Ωνάσειο

Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Επιστήμες / Ιατρική

Νοσήματα και αεροπορικά ταξίδια

Πετώντας με ασφάλεια

Ευαγγελία Κοντάκη, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος

Επιστήμες / Ιατρική

Άσθμα

Σοβαρό, αλλά αντιμετωπίσιμο

Ευαγγελία Κοντάκη, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος

Επιστήμες / Ιατρική

Κάπνισμα

Η απόφαση διακοπής χρειάζεται βοήθεια!

Χριστίνα Γκράτζιου, Πνευμονολόγος,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής

Πανεπιστημίου Αθηνών

Επιστήμες / Ιατρική

Η θεραπευτική δύναμη της μουσικής

Πάυλος Τούτουζας, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής

Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ελληνικού

Ιδρύματος Καρδιολογίας

ΑΝΑΛΕΚΤΑ

Τεύχος 3

Ιατρικά

1 Φεβρουαρίου 2012

- 03 **Επιστήμες / Ιατρική**
Εγκεφαλικός θάνατος
Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί
στην ΜΕΘ
Ανδρέας Καραμπίνης, Διευθυντής ΜΕΘ
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
<http://www.pemptousia.gr/?p=9996>
- 07 **Επιστήμες / Ιατρική**
Νοσήματα και αεροπορικά ταξίδια
Πετώντας με ασφάλεια
Ευαγγελία Κοντάκη, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος
<http://www.pemptousia.gr/?p=14728>
- 10 **Επιστήμες / Ιατρική**
Άσθμα
Σοβαρό, αλλά αντιμετωπίσιμο
Ευαγγελία Κοντάκη, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος
<http://www.pemptousia.gr/?p=14082>
- 14 **Επιστήμες / Ιατρική**
Κάπνισμα
Η απόφαση διακοπής χρειάζεται
βοήθεια!
Χριστίνα Γκράτζιου, Πνευμονολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
<http://www.pemptousia.gr/?p=19395>
- 16 **Επιστήμες / Ιατρική**
Η θεραπευτική δύναμη της μουσικής
Παύλος Τούτουζας, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Διευθυντής Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας
<http://www.pemptousia.gr/?p=11872>

Εγκεφαλικός θάνατος Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί στην ΜΕΘ

Ανδρέας Καραμπίνης
Διευθυντής ΜΕΘ Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Τα αναμφισβήτητα ιατρικά επιτεύγματα στον χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας έφεραν στην επιφάνεια σημαντικά συνειδησιακά διλήμματα που αφορούν την τεχνητή παράταση της ζωής σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο θεραπείας.



Πολύπλοκα και ακριβά μηχανήματα αναλαμβάνουν να κρατήσουν σε λειτουργία τα όργανα του ασθενούς όταν ο εγκέφαλος νεκρώνει.

Ο αντικειμενικός σκοπός της Εντατικής Θεραπείας είναι η παρακολούθηση, ο έλεγχος και η θεραπεία ζωτικών λειτουργιών του σώματος. Την τελευταία τριακονταπενταετία, η εξέλιξη στον χώρο της ιατρικής τεχνολογίας έχει θέσει στην διάθεση της Εντατικής Θεραπείας ένα μεγάλο αριθμό τεχνητών μέσων για την φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών (πολυτραυματίες, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, βαριές σηπτικές καταστάσεις, πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις, καρδιοαναπνευστική ανακοπή, αναπνευστική ανεπάρκεια από σοβαρή λοίμωξη κ.λπ.).

Με συνεχή παρακολούθηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας (χρήση monitors, καθετήρων, υπερήχων κ.λπ.). Χάρης στην οργάνωση και στην υποδομή του χώρου της ΜΕΘ, ασθενείς με σοβαρές παθήσεις που πριν από μερικά χρόνια ήταν καταδικασμένοι σε θάνατο ή σε σοβαρές αναπηρίες, έχουν σήμερα αποκατασταθεί και επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο.

Παράλληλα με τα ιατρικά αυτά επιτεύγματα, η επέκταση της τεχνολογίας στον χώρο της ΜΕΘ έβγαλε στην επιφάνεια σημαντικά συνειδησιακά διλήμματα που αφορούν την τεχνητή παράταση της ζωής σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο θεραπείας, όπως π.χ. ο εγκεφαλικός θάνατος ή οι κακοήθεις νόσοι τελικού σταδίου. Οι καταστάσεις αυτές προκύπτουν διότι τα μηχανήματα υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών δεν χαρίζουν θεραπεία και προοπτική ζωής, απλά επιφέρουν παράταση ή παρεμπόδιση της διαδικασίας του θανάτου.

Εγκεφαλικός θάνατος και δωρεά οργάνων στη ΜΕΘ

Η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων αποτελεί σήμερα μία από τις σπουδαιότερες επιτυχίες της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, που έχει ως αποτέλεσμα την επάνοδο στην ενεργό ζωή και παραγωγικότητα ασθενών οι οποίοι ήταν καταδικασμένοι είτε σε θάνατο (π.χ. ηπατική ανεπάρκεια), είτε σε επώδυνη εξάρτηση από μηχανήματα (τεχνητό νεφρό, «μηχανική καρδιά» κ.λπ.). Η εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας συνεργασίας μεταξύ ιατρών διαφόρων κλινικών ειδικοτήτων (χειρουργών, ειδικών παθολόγων, εντατικολόγων) και εξειδικευμένων εργαστηριακών τμημάτων (εργαστηρίων ιστοσυμβατότητας). Πηγές μοσχευμάτων αποτελούν κύρια (κατά 80%), οι εγκεφαλικά νεκροί δότες που νοσηλεύονται υπό μηχανική αναπνοή στις ΜΕΘ αλλά και ζώντες δότες από το στενό περιβάλλον του λήπτη (μέλη της ίδιας οικογένειας ιστοσυμβατά με αυτόν). Σήμερα, διεθνώς, το μείζον πρόβλημα του χώρου των μεταμοσχεύσεων είναι η σοβαρή έλλειψη μοσχευμάτων. Δυστυχώς, πολλοί ασθενείς πεθαίνουν περιμένοντας στις λίστες αναμονής των μεταμοσχευτικών κέντρων.



Η κρίσιμη ώρα, η ώρα της μεταμόσχευσης. Το 90% των μεταμοσχεύσεων είναι επιτυχημένες. Το κακό είναι ότι πολλοί άνθρωποι πεθαίνουν περιμένοντας στις ατελείωτες λίστες αναμονής των κέντρων μεταμοσχεύσεων.

Ιστορικά, οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων ανεπτύχθηκαν παράλληλα με την δημιουργία μία νέας εξειδίκευσης της ιατρικής επιστήμης που πρωτοεμφανίστηκε στην δεκαετία του 1960, της εντατικής θεραπείας,

της οποίας κύριος στόχος είναι η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών σε ασθενείς που εμφανίζουν έκπτωση ενός ή πολλών οργάνων.

Σε ορισμένες συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, εγκεφαλικές αιμορραγίες, πρωτοπαθή νεοπλάσματα εγκεφάλου, εγκεφαλική ανοξία έπειτα από πνιγμό, υπερδοσολογία φαρμάκων), ο εγκέφαλος μπορεί να υποστεί μη αναστρέψιμες βλάβες κυρίως στην σημαντικότερη για την άμεση επιβίωση κατασκευαστική του δομή: το εγκεφαλικό στέλεχος. Η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους ισοδυναμεί με τον θάνατο όλου του εγκεφάλου. Στον χώρο νοσηλείας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας προκύπτει μία τραγική « πρωτότυπη» κλινική κατάσταση: ο εγκεφαλικά νεκρός ασθενής ή «ζεστός νεκρός», με τα μηχανήματα υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών να διατηρούν προσωρινά σε λειτουργία τα διάφορα όργανά του. Είναι πια γενικά αποδεκτό από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα ότι η κατάσταση των εγκεφαλικά νεκρών αρρώστων είναι μη αναστρέψιμη, η απώλεια συνείδησης οριστική και η διατήρηση των οργάνων τους σε προσωρινή λειτουργία οφείλεται μόνο στον αναπνευστήρα. Η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στους εγκεφαλικά νεκρούς δεν τους δίνει ζωή, αλλά επιβίωση, παρεμποδίζοντας την αναπόφευκτη διαδικασία του θανάτου. Στην ουσία μεταμορφώνει τον θάνατο από ακαριαίο γεγονός σε γεγονός διαρκείας.

Γιατί η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους ισοδυναμεί με τον θάνατο όλου του εγκεφάλου;

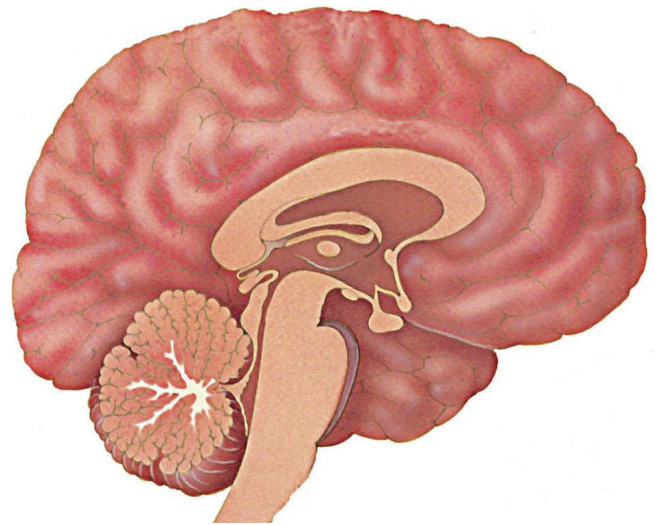
Οι ανώτερες ψυχικές λειτουργίες (αντίληψη, σκέψη, μνήμη, εγρήγορση) που έχουν ως κέντρο τον φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται κυρίως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού, λόγω βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους (αιμορραγία-οίδημα) προκαλεί συνολική δυσλειτουργία στο σύνολο του εγκεφάλου. Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους από πρόκληση ανεπανόρθωτων βλαβών ακολουθείται μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (18 με 36 περίπου ώρες) από τον θάνατο ολόκληρου του εγκεφάλου. Ο εγκεφαλικός θάνατος ακολουθείται σε διάστημα 48-72 ώρες από τον θάνατο όλων των οργάνων του σώματος. Στο σύντομο αυτό μεσοδιάστημα, προοδευτικά απορρυθμίζονται όλες οι λειτουργίες (καρδιακή, αναπνευστική, νεφρική κ.λπ.).

Δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση μεταξύ εγκεφαλικού θανάτου και μόνιμης «φυτικής κατάστασης» από βαρύτατες βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Στη «φυτική κατάσταση» η λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους διατηρείται ικανοποιητική, ενώ -αντίθετα- ο εγκεφαλικός φλοιός δεν λειτουργεί. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής διατηρεί αυτόματη αναπνοή και καρδιακή λειτουργία, αλλά στερείται συνείδησης και έχει χάσει τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικό-

τητα του ατόμου. Ο άρρωστος αυτός, ωστόσο, σε καμία περίπτωση δεν θεωρείται δότης οργάνων.

Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου στην ΜΕΘ

Στην χώρα μας η ισχύουσα νομοθεσία για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου προϋποθέτει την αυστηρή τήρηση ιατρικών κανόνων και την υποχρεωτική συμμετοχή τριών εξειδικευμένων ιατρών (εντατικολόγου, αναισθησιολόγου, νευρολόγου ή νευροχειρουργού).



Το εγκεφαλικό στέλεχος είναι το κυριότερο μέρος του εγκεφάλου. Αν οτιδήποτε συμβεί στο στέλεχος, είναι θέμα χρόνου το να νεκρώσει ο υπόλοιπος εγκέφαλος.

Το αρχικά ζητούμενο κατά την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι η αιτία που προκάλεσε την ολική και μη αναστρέψιμη καταστροφή του εγκεφάλου (πίνακας 33.1).

Πίνακας 33.1: Προσδιορισμός των αιτιών του εγκεφαλικού θανάτου

- α) Καθορισμός της αιτίας του κώματος
κρανιοεγκεφαλική κάκωση
υπαραχνοειδής αιμορραγία
πρωτοπαθή νεοπλάσματα εγκεφάλου
υπερδοσολογία φαρμάκων
εγκεφαλική ανοξία
- β) Διαφορική διάγνωση από άλλες καταστάσεις που μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο
υποθερμία < 32o C
κατασταλτικά φάρμακα του κεντρικού νευρικού συστήματος
μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές
ηπατική εγκεφαλοπάθεια
- γ) Διόρθωση κάθε αιτίας που θα μπορούσε να επιφέρει σύγχυση στην διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Η επιβεβαίωση του μη αντιστρεπτού χαρακτήρα της εγκεφαλικής βλάβης απαιτεί κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κλινικής παρακολούθησης και παρακλινικής διερεύνησης:

Υστερα από την εμφάνιση του κώματος τουλάχιστον 6 ώρες

Υστερα από καρδιακή ανακοπή ή ανοξαιμικό επεισόδιο: τουλάχιστον 24 ώρες

Λήψη φαρμάκων: ανάλογα με τον χρόνο ημιζωής του φαρμάκου

Για λόγους ασφάλειας πραγματοποιούνται δύο κλινικές εκτιμήσεις για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου. Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ δύο κλινικών εκτιμήσεων είναι τουλάχιστον 6 ώρες για ενήλικους, 24 ώρες για παιδιά ηλικίας μεταξύ 2 μηνών και 1 έτους και τουλάχιστον 48 ώρες για παιδιά μικρότερα των 2 μηνών.

Κλινικά κριτήρια για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Η κλινική νευρολογική εξέταση για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου σε ενήλικους και παιδιά περιλαμβάνει γενικά

- α) την επιβεβαίωση του κώματος
- β) την απουσία των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους
- γ) την δοκιμασία άπνοιας.

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι αυθαίρετη, κατά την κρίση των γιατρών. Στηρίζεται σε συγκεκριμένες και σαφώς προσδιορισμένες κλινικές δοκιμασίες. Πρόσφατα εκδόθηκε Ευρωπαϊκή Οδηγία που καθορίζει και επιβάλλει ως απαραίτητες τις παρακάτω κλινικές δοκιμασίες (tests) για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου:

- Εξέταση των κορών των οφθαλμών. Μυδρίαση και απώλεια φωτοκινητικών αντανακλαστικών ακόμα και αν υποσημαίνεται ανισοκορία.
- Έλλειψη αντανακλαστικών κερατοειδούς και απουσία κάθε κίνησης των βολβών.
- Παντελής έλλειψη κινήσεων προσώπου.
- Πλήρης απουσία μυϊκών συσπάσεων ή κινήσεων των άκρων.
- Απουσία οφθαλμο-αιθουσαίου αντανακλαστικού.
- Κατάργηση οφθαλμοκεφαλικού αντανακλαστικού.
- Έλλειψη αντανακλαστικών φάρυγγα και λάρυγγα.
- Απουσία βήχα.
- Δοκιμασία Ατροπίνης: 0.04mgr/Kgr ΒΣ iv, αύξηση καρδιακής συχνότητας <10% της αρχικής τιμής.
- Δοκιμασία άπνοιας: Χορήγηση O₂ 100% για 20min,

αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα, τελική τιμή CO₂>60mmHg ή αύξηση PaCO₂ > 2-3 mmHg / min.

Σε μεμονωμένες περιπτώσεις (υποθερμία, λήψη φαρμακευτικών ουσιών, παρουσία ανεξήγητων κινήσεων – σημείο του Λαζάρου) η επιβεβαίωση του εγκεφαλικού απαιτείται η επανάληψη των παραπάνω κλινικών δοκιμασιών. Παρακλινικές εξετάσεις που δύνανται να επιβεβαιώσουν τον κλινικά διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο είναι:

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG).
- Προκλητά δυναμικά (Multi-mode evoked potentials).
- Έγχρωμη διακρανιακή υπερηχοτομογραφία (TCD)
- Αρτηριογραφία αγγείων εγκεφάλου.
- Ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές.

Οι μεταμοσχεύσεις

Η διαδικασία της μεταμοσχευτικής πράξης αρχίζει στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας με την νοσηλεία και φροντίδα των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών. Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί μία επώδυνη συναισθηματική αλλά και μεταφυσική εμπειρία για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ και ταυτόχρονα ένα δραματικό γεγονός για το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου που έχει φύγει από την ζωή. Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει αμφισβήτηση των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου. Η προσφορά των οργάνων του εγκεφαλικά νεκρού ασθενούς από τους συγγενείς αποτελεί την μείζονα πράξη ανθρωπιάς και αγάπης προς τον συνάνθρωπό μας και ταυτόχρονα την νίκη του θανάτου του δότη μέσα από την ζωή που προσφέρει στους λήπτες. Πρέπει να επισημάνουμε την στάση της Ορθόδοξης Εκκλησίας για τις μεταμοσχεύσεις: Αρχικά πιστεύει ότι «η με τεχνητά μέσα άσκοπη παράταση της ζωής ενέχει και αυτή τον χαρακτήρα αλαζονικής στάσης του ανθρώπου ανάλογης με εκείνη της βίαιης διακοπής της». Τάσσεται υπέρ του πνεύματος που θεωρεί τις μεταμοσχεύσεις πράξεις αγάπης και ανιδιοτελούς προσφοράς προς τον συνάνθρωπο, θέτει το θέμα σε καθαρά προσωπική και προαιρετική βάση: δεν προτρέπει ούτε απαγορεύει, αλλά επιτρέπει.

Τεχνητή παράταση ζωής στη ΜΕΘ: Όροι και όρια

Όταν οι παρατεταμένες, επίμονες και σωστές θεραπευτικές παρεμβάσεις των ιατρών των ΜΕΘ δεν χαρίζουν στους ασθενείς τους προοπτική ζωής αλλά μόνο μια προσωρινή τεχνητή επιβίωση, τίθενται πολλαπλοί ηθικοί και νομικοί προβληματισμοί, όπως:

Πόσο «ηθικό» είναι να παρατείνουμε χωρίς όρια αυτή την μηχανοεξαρτώμενη ζωή και για πόσο;

Για την τελική απόφαση της συνέχισης ή και εντατικοποίησης της υποστήριξης ποιός έχει την ευθύνη;

Οι ηθικοί προβληματισμοί του ιατρικού σώματος για την παράταση της ζωής σε καταδικασμένους ασθενείς δεν είναι τωρινή.

Ο Πίνδαρος αναφέρει ότι : «...Ο Ασκληπιός, γιος του Απόλλωνα, πιέστηκε έναντι αδράς αμοιβής, να χορηγήσει θεραπεία σε πλούσιο ετοιμοθάνατο ασθενή όχι για να τον θεραπεύσει αλλά να του παρατείνει τον θάνατο...» (Πλάτων, Περὶ Δημοκρατίας, 406 β-γ.)

Το Συμβούλιο της Ευρώπης, σε ειδική συνέλευση με θέμα την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με ανίατα νοσήματα και περί «αξιοπρεπούς τέλους της ζωής τους», κατέληξε στην εξής σύσταση: «Όταν η τεχνητή παράταση της ζωής ασθενών με ανίατα νοσήματα που βρίσκονται σε προθανάτια κατάσταση επιτυγχάνεται με ιατρικά μέσα η τεχνικές που δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, αποτελεί ουσιαστική παρέμβαση στο βασικό τους δικαίωμα να κρατήσουν μέχρι το τέλος της ζωής τους την ανθρώπινη αξιοπρέπειά τους» (Σύσταση 1418-21/06/1999).

Πολλοί καθολικοί ιατροί έκφρασαν τους συγκεκριμένους προβληματισμούς στον Πάπα Ιωάννη-Παύλο ΙΙ, που πήρε σαφή θέση για το θέμα αυτό: «Με πλήρη συνείδηση ο θεράπων ιατρός μπορεί να μην εφαρμόσει θεραπευτικές αγωγές ή πράξεις που δύνανται να προσφέρουν στον πάσχοντα μόνο μία προσωρινή επώδυνη αναστολή του θανάτου του, χωρίς όμως να διακόπτει την βασική του νοσηλεία» (Evangelium vitae – Εγκύκλιος 25/3/1995).

Για την Ορθόδοξη Εκκλησία: «Η εξαντλητική προσπάθεια να διατηρήσουμε στην βιολογική ύπαρξη άτομα καταδικασμένα, καθυστερώντας την στιγμή του θανάτου, καταδεικνύει ολιγοπιστία και δυσκολία αποδοχής του θελήματος του Θεού».

Πολύ πιο πρόσφατα (2004) η Γαλλική Βουλή με πλειοψηφία 98% ψήφισε τον Νόμο Leonetti, ο οποίος θεσμοθετεί και οριοθετεί θεραπευτικές πρακτικές που άπτονται της διακοπής των μέτρων στήριξης της ζωής σε βαρέως πάσχοντες. Πιο συγκεκριμένα, ο Νόμος Leonetti ορίζει το δικαίωμα των ασθενών να γνωρίζουν τις διαδικασίες περιορισμού και διακοπής των επιθετικών παρεμβάσεων, νομιμοποιεί την χορήγηση παρηγορητικών θεραπειών στους ασθενείς σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας, τίθεται ενάντια κάθε μορφής ευθανασίας και λέει «όχι» στις εξαντλητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς χωρίς κανένα προσδόκιμο επιβίωσης. Από την συγκεκριμένη νομολογία, το κύριο μήνυμα που προκύπτει για τον θεράποντα ιατρό είναι ότι: «Δεν προκαλούμε τον θάνατο με την εκούσια αναστολή κάθε υποστήριξης, αλλά και δεν τον παρεμποδίζουμε εφόσον είναι σε κάθε περίπτωση η επικείμενη και αναπότρεπτη φυσική εξέλιξη. Δεν κάνουμε άσκοπες θεραπευτικές παρεμβάσεις, αλλά δεν διακόπτουμε την βασική νοσηλεία».

Στην χώρα μας, ο νόμος 3418/2005 παρέχει ικανοποιητικό πλαίσιο αντιμετώπισης των θεμάτων του τέλους της ζωής. Λαμβάνει σοβαρά υπόψη τόσο τον σεβασμό στην ανθρώπινη ύπαρξη και αξιοπρέπεια όσο και την προστασία του θεράποντος ιατρού (σε περιπτώσεις που π.χ. μια ένεση μορφίνης που στοχεύει στην ανακούφιση των πόνων τους ασθενούς οδηγεί στον θάνατο ως παρενέργεια). Σημείο-κλειδί του συγκεκριμένου νόμου είναι το άρθρο 29 («Ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής»), όπου ορίζεται ότι «η επιθυμία του ασθενούς να πεθάνει όταν αυτός βρίσκεται στο τελικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για την διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου».

Η πραγματικότητα είναι πάντοτε πιο περίπλοκη από τον οποιοδήποτε σχεδιασμό και απαιτεί από το προσωπικό της ΜΕΘ μια στάση που χαρακτηρίζεται από μεγάλη σοβαρότητα, αίσθημα ευθύνης, πλήρη ενημέρωση των συγγενών για την συνολική κατάσταση του αρρώστου και ευρεία συναίνεση στον καθορισμό των ενεργειών κατά περίπτωση.

<http://www.pemptousia.gr/?p=9996>

Βιβλιογραφία:

Recommendations for end-of-life care in intensive care unit. Ethics Committee of the Society Of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001;29 (12):2332-2348.

Soulier JP. *Πεθαίνοντας εν Ειρήνη*. Εκδόσεις Zymel. Αθήνα, 2000.

Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής Νικόλαος. «ΜΕΘ: στη μεθόριο της ζωής και του θανάτου». Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, 2005.

Wijdicks EFM. *The diagnosis of brain death. NEJM 2001;341:1215.*

Νοσήματα και αεροπορικά ταξίδια

Πετώντας με ασφάλεια

Ευαγγελία Κοντάκη
Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος

Οι μετακινήσεις με το αεροπλάνο είναι ομολογούμενως οι πιο γρήγορες και οι πιο ασφαλείς. Όμως επιτρέπεται σε ανθρώπους με σοβαρά προβλήματα υγείας να χρησιμοποιήσουν αυτό το μέσο μεταφοράς; Το παρακάτω άρθρο μας ενημερώνει για τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες μπορούν να ταξιδέψουν άτομα με σοβαρές παθήσεις.



Το όνειρο του ανθρώπου να πετάξει ψηλά στους αιθέρες, ενδόμυχη επιθυμία για την προπρωτική του κατάσταση, ξεκινάει από τότε που άρχισε η ύπαρξή του. Στους αρχαίους χρόνους εκφράζεται σε μια σειρά από μύθους. Στην περίοδο της αναγέννησης, ιδιοφυΐες σαν τον Λεονάρντο Ντα Βίντσι ξεκινούν τον σχεδιασμό των πρώτων πτητικών μηχανών. Στον 20ο αιώνα το όνειρο γίνεται πραγματικότητα. Πραγματικότητα, στην οποία οι άνθρωποι δια του αέρος μετακινούνται πλέον μαζικά. Άνθρωποι πάσης ηλικίας, αλλά και ποικίλης φυσικής κατάστασης χρησιμοποιούν το αεροπλάνο ολοένα και συχνότερα για να ταξιδέψουν. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι το αεροπλάνο παραμένει το ασφαλέστερο μέσο μεταφοράς, για συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων ενέχει κάποιο κίνδυνο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπό προϋποθέσεις.

Τι είναι, όμως, αυτό που διαφοροποιεί το αεροπλάνο από τα υπόλοιπα μέσα μεταφοράς; Είναι η βαρομετρική πίεση, που είναι αρκετά χαμηλότερη από ο,τι στην επιφάνεια της θάλασσας. Π απάντηση μπορεί να είναι μονολεκτική αλλά οι φυσιολογικές επιπτώσεις της είναι αρκετές και αυτές θα αναλύσουμε εν συντομία στην συνέχεια.

Επιπτώσεις της χαμηλής βαρομετρικής πίεσης στον οργανισμό

Τα περισσότερα επιβατικά αεροσκάφη πετούν σε ύψος 12.192 μ. ή 40.000 πόδια. Στις καλύτερες περιπτώσεις, στο ύψος αυτό επιτυγχάνεται με συμπίεση του αέρα εντός της καμπίνας βαρομετρική Πίεση (Β.Π.)1 που αντιστοιχεί σε ύψος 1.829-2.438μ. (6.000-8.000 πόδια), δηλ. 564 έως 609 mm Hg. Η μικρότερη επιτρεπόμενη βαρομετρική πίεση για όλες τις πτήσεις είναι 564 mm Hg.

Σε αυτή την τιμή της Β.Π. η μερική πίεση του οξυγόνου στον εισπνεόμενο αέρα (PiO2) είναι 108 mm Hg, η μερική πίεση του οξυγόνου στις κυψελίδες του πνεύμονος (PAO2) είναι 69 mm Hg, και, εφόσον οι πνεύμονες είναι φυσιολογικοί, η μερική πίεση του O2 στο αρτηριακό αίμα (PaO2) είναι 60 mm Hg, ίση με την τιμή που θα είχε κάποιος, εάν στο επίπεδο της θάλασσας (υψόμετρο 0, Β.Π.=760 mm Hg) ανέπνεε αέρα περιεκτικότητας σε O2 15% αντί της κανονικής, που είναι 21%. Εάν συμβεί αποσυμπίεση της καμπίνας, η Β.Π. θα πέσει δραματικά και η τιμή O2 του αίματος θα μειωθεί σε επίπεδα ασύμβατα με την ζωή (Πίνακας 1), γι' αυτό και αυτόματα θα πέσουν μάσκες O2, κάτι για το οποίο ενημερώνονται όλοι οι επιβάτες, κατά την επίδειξη των μέσων ασφαλείας του αεροσκάφους πριν από την απογείωσή του. Φυσιολογικές συνέπειες της ελάττωσης του O2 του αίματος είναι οι εξής: υπεραερισμός (πιο βαθιές και γρήγορες αναπνοές) με στόχο την βελτίωση του O2, ταχυκαρδία, αύξηση της καρδιακής παροχής και του έργου της καρδιάς, ώστε να εξασφαλισθεί ικανοποιητική παροχή O2 στους ιστούς, που εξαρτάται επίσης και από την αιμοσφαιρίνη (Hb) του αίματος.



Άνθρωποι πάσης ηλικίας, αλλά και ποικίλης φυσικής κατάστασης χρησιμοποιούν το αεροπλάνο ολοένα και συχνότερα για να ταξιδέψουν.

Επιπλέον, η χαμηλή σχετικά Β.Π. έχει ως συνέπεια αύξηση του όγκου του αέρα που υπάρχει φυσιολογικά στις διάφορες κοιλότητες του σώματος, όπως: στους παραρρινίους κόλπους του προσώπου, στις κοιλότητες του αυτιού, σε παθολογικές κοιλότητες (τσέπες) αέρος στον πνεύμονα, τις λεγόμενες «μπούλες» (bullae),

στα εσωτερικά όργανα της κοιλιακής κοιλότητας (στομάχι, παχύ και λεπτό έντερο). Η παθολογική παρουσία αέρα σε κοιλότητες, όπως η υπεζωκοτική (πνευμοθώρακας), η στην περιτοναϊκή κοιλότητα αποτελούν πολύ επικίνδυνη κατάσταση. Ακόμη, η χαμηλή Β.Π. επιβραδύνει την ροή στα αγγεία του αίματος, που δρα συνεργικά με άλλους παράγοντες, όπως η παρατεταμένη ακινησία στο να προκληθεί θρόμβωση. Για τον κίνδυνο αυτόν, της θρόμβωσης, έχει γίνει τελευταίως, ευτυχώς, αρκετή ενημέρωση του κοινού από τα ΜΜΕ, και λαμβάνονται κάποιες προφυλάξεις.

Ένας άλλος φυσικός παράγοντας, που έχει σημασία φυσιολογική για τον ανθρώπινο οργανισμό, είναι η ξηρότητα του αναπνεόμενου αέρα μέσα στην καμπίνα του αεροπλάνου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, αφενός ότι προκαλείται σχετική αφυδάτωση, και αφετέρου ότι μπορεί να προκαλέσει ήπια επιβάρυνση σε αναπνευστικές παθήσεις. Γι αυτό και πάντα συνιστάται στους ταξιδεύοντες να πίνουν αρκετά υγρά, εκτός εάν υπάρχει άλλος συγκεκριμένος ιατρικός λόγος, που να τους το απαγορεύει.

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι αυτονόητο ότι άτομα με ένα ή περισσότερα από τα νοσήματα του πίνακα 2 πρέπει να ελέγχονται ή να ζητούν την συμβουλή του ιατρού τους πριν από κάποιο αεροπορικό ταξίδι. Εκτός από την γενική αξιολόγηση, ελέγχεται η ΡαΟ2 στο αίμα ή ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης (SatO2). Εάν η ΡαΟ2 είναι μικρότερη από 72 mm Hg στην επιφάνεια της θαλάσσης, τότε χρειάζονται Ο2 κατά την διάρκεια της πτήσης. Ή όταν ο SatO2 είναι α) μεγαλύτερος από 95%, δεν χρειάζονται Ο2 στην πτήση, β) μικρότερος από 92%, χρειάζεται να λαμβάνουν Ο2 κατά την διάρκεια της πτήσης, γ) εάν είναι μεταξύ 92-95%, τότε πρέπει να υπολογίζεται τι ΡαΟ2 θα έχουν σε Β.Π. 564 mm Hg.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1*

Υψόμετρο (πόδια)	Β.Π. (mm Hg)	PiO2 (mm Hg)	PAO2 (mm Hg)	PaO2 (mm Hg)	Κορεσμός O2%
0	760	149	104	98	97
2.000	707	138	94	90	96
4.000	656	128	85	80	94-96
5.000	632	122	81	66	90-92
6.000	609	117	77	64	90-92
8.000	564	108	69	60	89
10.000	523	100	61	53	84
20.000	349	63	40	31	63
30.000	226	37	21	12	28
40.000	141	19	12	3	15
50.000	87	9	2	2	2

* Προσαρμογή από την φυσιολογία του Guyton

Αναπνευστικές παθήσεις

Ειδικότερα: Ασθενείς με άσθμα δύνανται να ταξιδέψουν, εφόσον η νόσος είναι σε σταθερή κατάσταση και ελεγχόμενη, αρκεί να έχουν μαζί για άμεση χρήση τα φάρμακά τους, να είναι καλά ενυδατωμένοι και να μην υπάρχει προηγούμενο ιστορικό σοβαρής κρίσης σε

αεροπορικό ταξίδι. Για τους ασθενείς με ΧΑΠ, υπολογίζεται με την παρακάτω εξίσωση το ΡαΟ2, που θα έχουν σε Β.Π. 564 mm Hg, με βάση αυτό που έχουν σε υψόμετρο 0 m και την λειτουργικότητα των πνευμόνων, όπως προσδιορίζεται από τα σπυρομετρικά δεδομένα FVC και FEV1. Δηλαδή: ΡαΟ2 (mm Hg) = 0,238 x ΡαΟ2 (mm Hg) + 20,098 x FEV1/FVC + 22,258.

Για τους ασθενείς με περιοριστικό σύνδρομο χρησιμοποιείται παρόμοια εξίσωση, που αντί της σπυρομέτρησης λαμβάνει υπόψη την διαχυτική ικανότητα των πνευμόνων (DLCO):

$$PaO_2(Kpa)^2 = 0,74 + 0,39 \times PaO_2 (Kpa) + 0,033 \times DLCO (\% \text{ του προβλεπομένου}).$$

Για τις υπόλοιπες αναπνευστικές παθήσεις ισχύουν τα παραπάνω, καθώς σε αυτές συνυπάρχουν περισσότερο η λιγότερο αποφρακτικό και περιοριστικό σύνδρομο. Σε περιπτώσεις αδυναμίας υπολογισμού της ΡαΟ2, αυτή μετρείται αναπνεύοντας ο ασθενής αέρα περιεκτικότητας σε Ο2 15% (άσκηση προσομοίωσης). Ο πνευμοθώρακας αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για αεροπορικό ταξίδι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ενέχουν κίνδυνο για αεροπορικά ταξίδια τα παρακάτω:

(I) Αναπνευστικά:

- Άσθμα • Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) • Περιοριστικά νοσήματα του πνευμονικού παρεγχύματος • Βρογχεκτασίες • Παραμόρφωση του θώρακα • Πρόβλημα των αναπνευστικών μυών • Πνευμοθώρακας

(II) Καρδιαγγειακά:

- Στηθάγχη • Εμφραγμα • Πρόσφατη αγγειοπλαστική • Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια • Βηματοδότης, Ζαπινιδωτής

(III) Αναιμία:

- Δρεπανοκυτταρική αναιμία • Βαριά αναιμία

(IV) Νευρολογικά:

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο • Επιληψία

(V) Διάφορα:

- Καταδύσεις

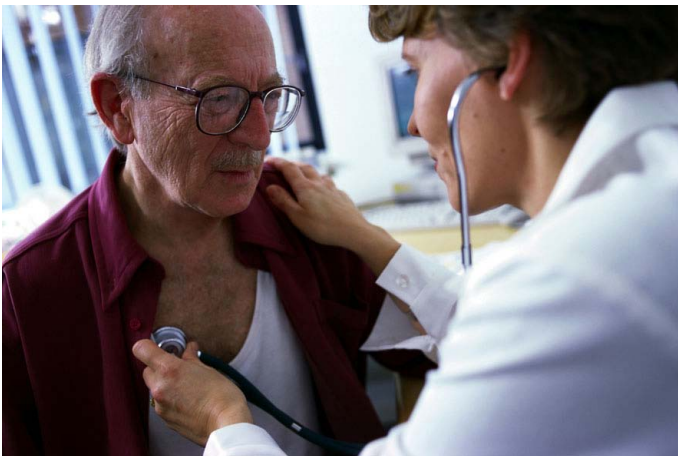
Καρδιαγγειακά νοσήματα

Όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ισχύουν οι εξής γενικές οδηγίες, που δίνει η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία: Ασθενείς με ανεπίπλεκτο εμφραγμα μυοκαρδίου, η ανεπίπλεκτη αγγειοπλαστική με τοποθέτηση ενδοαυλικής στεφανιαίας πρόθεσης (stent) μπορούν να ταξιδέψουν έπειτα τρεις εβδομάδες. Η ασταθής στηθάγχη και η συμφορητική καρδιακή ανε-

πάρκεια σταδίου III και IV αποτελούν αντένδειξη για αεροπορικό ταξίδι, πριν σταθεροποιηθούν και βελτιωθούν. Ασθενείς με σταθερή στηθάγχη μπορούν να ταξιδέψουν, αρκεί να μην έχουν άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, να έχουν μαζί τους για άμεση χρήση τα φάρμακά τους και να γνωρίζουν, ότι κατά την διάρκεια της πτήσης, λόγω της σχετικής υποξαιμίας, είναι πολύ πιθανόν να εκδηλώσουν ευκολότερα στηθαγχική κρίση.

Για τους φέροντες βηματοδότες φαίνεται ότι δεν υπάρχει κίνδυνος απορρύθμισης σε αεροπορικά ταξίδια. Μόνον για όσους φέρουν αυτόματους εμφυτεύσιμους απινιδωτές, υπάρχει μικρός κίνδυνος απρόσφορης απινίδωσης από εξωτερική ηλεκτρομαγνητική παρεμβολή, κατά την διάρκεια του ελέγχου ασφάλειας με την ηλεκτρονική ράβδο πριν από την είσοδο στο αεροσκάφος. Αυτό, ωστόσο, δεν είναι απόλυτα τεκμηριωμένο. Παρ' όλα αυτά, συνιστάται στα άτομα αυτά να γίνεται έλεγχος σωματικός.

Αναιμία, επιληψία



Ατομα που έχουν προβλήματα υγείας, πριν από αεροπορικά ταξίδια πρέπει να ζητάνε οδηγίες από τον ιατρό της αναλόγου ειδικότητας, ώστε να προληφθούν επίπονες και δυσάρεστες καταστάσεις.

Γενικώς, όσοι έχουν αναιμία με τιμή αιμοσφαιρίνης μικρότερη από 8,5 gr/dl χρειάζονται χορήγηση O₂ κατά την διάρκεια της πτήσης. Εάν συνυπάρχουν και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, ίσως χρειάζονται O₂ και με μεγαλύτερο ποσό αιμοσφαιρίνης. Οι πάσχοντες από δρεπανοκυτταρική αναιμία χρειάζονται οπωσδήποτε O₂ κατά την διάρκεια της πτήσης, ενώ αυτοί που έχουν μόνον το στίγμα της νόσου κατά κανόνα μπορούν να ταξιδέψουν αεροπορικώς. Πρόσφατο (περίπου πριν από δύο εβδομάδες) εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί αντένδειξη για αεροπορικό ταξίδι. Η επιληψία, εάν είναι καλώς υπό έλεγχο, δεν αποτελεί γενικώς αντένδειξη. Όσοι κάνουν καταδύσεις με σκάφανδρο, πρέπει να περιμένουν τουλάχιστον 12 ώρες μετά την κατάδυση για να ταξιδέψουν αεροπορικώς, και τουλάχιστον 48 ώρες εάν έχουν χρειασθεί θάλαμο ελεγχόμενης αποσυμπίεσης.

Τέλος, ως προς τις επιπτώσεις της χαμηλής Β.Π. αέρα στις διάφορες κοιλότητες πρέπει ο καθένας να γνωρίζει, εάν έχει κάποιο πρόβλημα, να ζητάει οδηγίες από τον ιατρό της αναλόγου ειδικότητας, ώστε να προληφθούν κάποιες επίπονες και δυσάρεστες καταστάσεις, π.χ. ρήξη τυμπάνου του αυτιού, η πολύ περισσότερο κάποιες επικίνδυνες καταστάσεις, όπως ρήξη bull πνεύμονος και δημιουργία πνευμοθώρακος κατά την πτήση. Πρέπει να τονισθεί ότι το παρόν άρθρο δεν αναφέρεται σε όλες τις παθήσεις³. Αναφέρεται κυρίως στα πιο συχνά και σημαντικά νοσήματα (καρδιαγγειακά και αναπνευστικά). Σε κάποια άλλα, που ενώ είναι προφανή, π.χ. παραμορφώσεις του θώρακα, δεν δημιουργούν καν υποψία στον πάσχοντα, ότι ενέχουν κάποιο κίνδυνο. Ή σε παθήσεις με ολίγα, η καθόλου συμπτώματα, η συμπτώματα που κάποιος έχει συνηθίσει, έτσι ώστε να αγνοεί ότι υπάρχει υποκείμενη νόσος: π.χ. bullae πνεύμονος η και βρογχιεκτασίες. Γενικώς ο στόχος είναι να ενημερωθεί το κοινό για την ιδιαιτερότητα του αεροπορικού ταξιδιού, και ο κάθε άνθρωπος να ευαισθητοποιηθεί και να ζητήσει ιατρική συμβουλή. Όστε μαζί με τον ποιητή να «γλιστρήσει από τα σκυθρωπά δεσμά της γης και να χορέψει στους ουραμούς σε χαρωπά, ασημένια φτερά. Σκαρφαλώνοντας προς τον ήλιο, να ενωθεί με την ανατρεπτική ευθυμία των σύννεφων, που τα σχίζει ο ήλιος»⁴ και να χαρεί το ταξίδι του χωρίς επιπλοκές και απρόοπτα, που μπορούν να προληφθούν.

<http://www.pemptousia.gr/?p=14728>

Σημειώσεις:

1. Η Βαρομετρική πίεση εξαρτάται επίσης από την θερμοκρασία και το γεωγραφικό πλάτος. Η Β.Π. σε συγκεκριμένο υψόμετρο είναι υψηλότερη στον ισημερινό και ελαττώνεται όσο απομακρυνόμαστε από αυτόν.
2. 1 kp = 7,5 mm Hg.
3. Για περισσότερες πληροφορίες δίνονται οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις: www.nih.gov.com, www.lung.usa.com, www.ersnet.org.
4. Του John Gillespie Magee.

Βιβλιογραφία:

1. Matthew Prout, Jeffrey R Pine: *Preflight patient assessment. Official topic review from UpToDate, the clinical information service on the web.*
2. Stephen E Possik and Michele Barry: *Evaluation and management of the cardiovascular patient embarking on air travel. Ann inter. Med. 2004;141:158-54.*
3. Michael D L Morgan: *Air travel and respiratory disease. Editorial. BMJ 2002; 325:1186-1187.*
4. James Y Stoller: *Travelling with oxygen aboard commercial air carriers. Official topic review from uptodate, the clinical information service on the web.*
5. James Y Stoller: *Parient information: Supplemental oxygen on commercial air carriers. Official topic review from uptodate, the clinical information service on the web.*
6. CC Christensen, MS Ryg, O Kare Refvem and O Henning Skjonsberg: *Effect of hypoxia on blood gases in patients with restrictive lung disease. Eur Respir J 2002; 20:300-305.*

Άσθμα

Σοβαρό, αλλά αντιμετωπίσιμο

Ευαγγελία Κοντάκη
Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος

Χρόνια νόσος το άσθμα, με κύριο σύμπτωμα το αίσθημα της δύσπνοιας, προκαλεί πολλές φορές αγωνία και φόβο. Ωστόσο με την κατάλληλη αντιμετώπιση, ο ασθενής μπορεί όχι μόνο να μην περιορίσει τις δραστηριότητές του, αλλά να γίνει ακόμα και ολυμπιονίκης!



Η εισπνοή ειδικών σκευασμάτων είναι από τις βασικές μεθόδους για την θεραπεία του άσθματος.

Ως άσθμα χαρακτηρίζει ο λαός κάθε αιτιολογίας δύσπνοια. Αυτό φαίνεται ότι είναι γνώση και έκφραση παλαιωτάτων χρόνων, από τον ιατρό Αρεταίο (2ο μ.Χ. αιώνα), ο οποίος ονόμαζε άσθμα όλες τις περιπτώσεις δύσπνοιας πνευμονικής και καρδιακής αιτιολογίας, μολοντί ως ιατρός διέκρινε τις μέν από τις δε. Ακόμη και στην πρόσφατη ιατρική ορολογία, πριν από μερικές δεκαετίες, το πνευμονικό οίδημα απεκαλείτο «καρδιακό άσθμα».

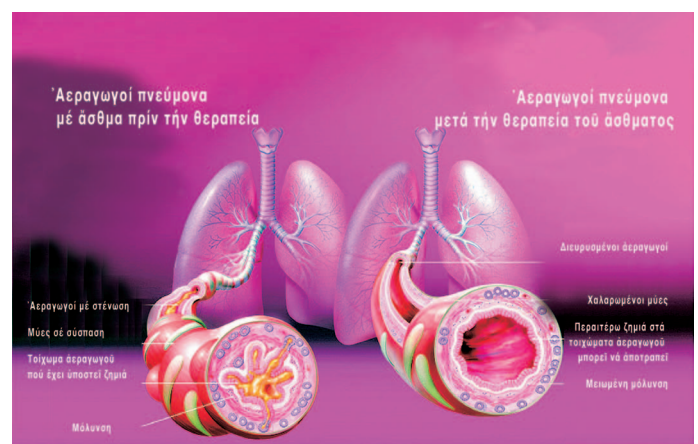
Στην σημερινή Ιατρική το άσθμα είναι νόσος που αφορά μόνον στους βρόγχους των πνευμόνων και ορίζεται ως χρόνια φλεγμονή¹ αυτών (Global Initiative for Asthma, 2002). Η φλεγμονή αυτή προκαλεί σύσπαση των λείων μυϊκών ινών στα τοιχώματα των βρόγχων, με αποτέλεσμα την στένωση των βρόγχων (βρογχόσπασμος), και επιπλέον προκαλεί οίδημα και αυξημένη παραγωγή βλέννης, που επιτείνουν ακόμη περισσότερο την στένωση. Οι εστενωμένοι βρόγχοι προβάλλουν αντίσταση στην διέλευση του αέρα κατά την αναπνοή, και αυτό εκδηλώνεται ως δύσπνοια, ή αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στον θώρακα. Η διόδος του αέρα μέσα από τους στενούς βρόγχους παράγει τον χαρακτηριστικό συριγμό, που ακούγεται στο άσθμα. Η φλεγμονή των βρόγχων καθαυτή καθώς και η βλέννη ερεθίζουν τους βρόγχους

και προκαλούν βήχα. Τα συμπτώματα (Πίνακας 1) της δύσπνοιας, του βήχα, του συριγμού κ.λπ. εμφανίζονται είτε αιφνίδια, είτε προοδευτικά, ποικίλλουν σε ένταση και κάποιες φορές επέρχεται ύφεση χωρίς αγωγή (σε ήπιες ασθματικές κρίσεις), ή υποχωρούν με θεραπεία, ή, μερικές φορές και παρά την αγωγή επιδεινώνονται, μπορεί δε να οδηγήσουν ακόμη και στον θάνατο. Ευτυχώς σπάνια! Επίσης μπορεί τα συμπτώματα να είναι μόνιμα, οπότε μιλούμε για χρόνια άσθμα, ή να εμφανίζονται κατά κρίσεις στο διαλείπον άσθμα.

Πίνακας 1 Ερωτήματα που θα οδηγήσουν στον γιατρό

- Υπάρχουν επεισόδια συριγμού;
- Υπάρχει ξηρός ερεθιστικός βήχας την νύκτα;
- Υπάρχει συριγμός ή βήχας μετά την άσκηση;
- Υπάρχει συριγμός ή βήχας ή σύσφιξη του θώρακος ή δύσπνοια έπειτα από έκθεση σε γύρη ή άλλες ουσίες;
- Έπειτα από απλό κρυολόγημα τα συμπτώματα στο στήθος επιμένουν;
- Τα συμπτώματα στο στήθος υποχωρούν σε αντιασθματική αγωγή;

Η βαρύτητα των ασθματικών κρίσεων ποικίλλει και προσδιορίζεται τόσο από την ένταση των συμπτωμάτων, τα οποία λόγω της υποκειμενικότητάς τους έχουν σχετική ισχύ, όσο και από κλινικά ευρήματα (αριθμός αναπνοών και σφύξεων ανά λεπτό, αρτηριακή πίεση, ακροαστικά ευρήματα) και εργαστηριακά δεδομένα, όπως η σπιρομέτρηση (FVC, FEV1), η μέγιστη εκπνευστική ροή (PEF) και τα αέρια αίματος. Χαρακτηριστικό της σχετικότητας των συμπτωμάτων είναι, ότι ο συριγμός, που, όσο πιο θορυβώδης είναι τόσο περισσότερο τρομοκρατεί τον ασθενή, δεν συμβαδίζει πάντα με την βαρύτητα των κρίσεων. Σε πραγματικά σοβαρή κρίση, που αποτελεί κατεπείγουσα ιατρική κατάσταση, δεν ακούγεται καθόλου συριγμός, αλλά ούτε και αναπνευστικός ήχος (σιωπηλός πνεύμονας).



Στο άσθμα δεν υπάρχουν πάντα όλα τα συμπτώματα. Υπάρχουν περιπτώσεις άσθματος που εκδη-

λώνονται μόνο με βήχα, ο οποίος είναι κυρίως ξηρός, επίμονος, εμφανίζεται κατά κρίσεις κυρίως την νύκτα, ή τις πρώτες πρωινές ώρες, ή έπειτα από άσκηση (βήχας ισοδύναμος άσθματος). Γενικώς, τα συμπτώματα του άσθματος επιδεινώνονται την νύκτα, ή νωρίς το πρωί, και η αφύπνιση του ασθενούς αποτελεί κριτήριο βαρύτητας του άσθματος, οπότε απαιτείται ενίσχυση της θεραπευτικής αγωγής.

Το άσθμα ανά ηλικία

Το άσθμα προσβάλλει όλες τις ηλικίες, ακόμη και τα βρέφη τους πρώτους μήνες της ζωής τους, αν και η διάγνωση είναι δύσκολη και παραμένει ασαφής. Κυρίως γίνεται από την εξέλιξη της κατάστασης του βρέφους σε μεγαλύτερη ηλικία. Συνήθως ο συριγμός των βρεφών οφείλεται σε αναπνευστικές ιογενείς λοιμώξεις.

Στα παιδιά και τους νεαρούς ενήλικες συνυπάρχει πολλές φορές με ατοπία: πρόκειται για την απάντηση του οργανισμού σε διάφορες ουσίες, τα αλλεργιογόνα (Πίνακας 2), με αυξημένη παραγωγή ανοσοσφαιρίνης E (IgE) (εξωγενές άσθμα). Γι' αυτό και ως νόσος παρουσιάζει έξαρση την άνοιξη και το φθινόπωρο, σε περιόδους δηλ. με αυξημένα αλλεργιογόνα. Ατοπία εμφανίζουν 30-50% των ανθρώπων στις ανεπτυγμένες χώρες, χωρίς, ωστόσο, να πάσχουν όλοι από άσθμα. Οι ασθματικές κρίσεις δεν προκαλούνται άλλωστε μόνον και πάντα από τα αλλεργιογόνα, αλλά και από την ατμοσφαιρική ρύπανση, τον καπνό τσιγάρου κ.λπ. (Πίνακας 3). Όλα αυτά αποτελούν και παράγοντες κινδύνου εμφάνισης άσθματος, όταν κάποιος εκτίθεται από τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Ως ατοπική νόσος το άσθμα μπορεί να συνυπάρχει και με άλλες ατοπικές καταστάσεις, όπως η αλλεργική ρινίτιδα, η οποία πολλές φορές προϋπάρχει και εξελίσσεται σε άσθμα. Εκτός τούτου, η σωστή θεραπευτική αντιμετώπισή της βοηθάει και την θεραπεία και ύφεση του άσθματος.

Η ατοπία ελέγχεται αφενός με δερματικές δοκιμασίες (test), όπου χρησιμοποιούνται διάφορα αλλεργιογόνα και κυρίως αυτά που απαντούν στην συγκεκριμένη περιοχή, και αφετέρου με την μέτρηση της ειδικής, ως προς κάποιο αλλεργιογόνο, IgE, ή της ολικής IgE του αίματος.

Πίνακας 2

Αλλεργιογόνα που προκαλούν συχνότερα άσθμα:

- Αγρωστώδη, γύρις ανθέων, δένδρων (ελιά, περδικάκι, λιγούστρο, χηνοπόδιο, αφιθιά ή αρτεμισία, χρυσάνθεμο, τσουκνίδα κ.λπ.)
- Οικιακή σκόνη από ακάρεα, πούπουλα
- Κατσαρίδες
- Τρίχες και χνουδι ζώων (γάτας, σκύλου)
- Μύκητες
- Τροφές, π.χ. ξηροί καρποί, θαλασσινά, φράουλες κ.λπ.

- Φάρμακα, π.χ. πενικιλίνη, σπιραμυκίνη (σε όσους εργάζονται στην παρασκευή τους -επαγγελματικό άσθμα)

Πίνακας 3

Μη αλλεργιογόνα που προκαλούν συχνότερα άσθμα

- εξωτερική και εσωτερική ρύπανση του περιβάλλοντος
- καπνός τσιγάρων
- δυνατές οσμές
- διάφορα αεροζόλ
- φάρμακα, π.χ. β-αποκλειστές, ασπιρίνη, άλλα αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή
- συντηρητικά, π.χ. σουλφίδια
- ιογενείς λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού
- απότομες αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος
- κλιματιστικά
- διάφορες επαγγελματικές χημικές ή μη ουσίες: φθαλικοί ανυδρίτες, άλατα πλατίνας, κοβαλτίου, νικελίου, είδη ξύλων, αλεύρι σίτου, βρώμης, μύκητες ζύμης κ.λπ.
- άσκηση
- ψυχολογικοί και συγκινησιακοί παράγοντες
- φλεγμονή των κόλπων του προσώπου (κολπίτις)
- γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ)
- ρινικά αντανακλαστικά
- ορμονικές αλλαγές
- τοπική απόφραξη

Σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση του άσθματος αποτελεί η αυξημένη βρογχοσυσπαστική αντίδραση, δηλ. η κατάσταση κατά την οποία οι βρόγχοι παρουσιάζουν κάποια αστάθεια και αντιδρούν με υπερβολική σύσπαση σε διάφορα ερεθίσματα. Αυτή ελέγχεται με την δοκιμασία πρόκλησης της αντίδρασης σε ουσίες, όπως η μεταχολίνη και η ισταμίνη, και γίνεται σε άτομα, που παρουσιάζουν μόνον συμπτώματα άσθματος, αλλά έχουν φυσιολογική σπιρομέτρηση.

Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν άσθμα μόνο με την έκθεση σε σκόνες, αέρια, ατμούς ή καπνούς στο περιβάλλον της εργασίας, δηλ. έχουν επαγγελματικό άσθμα (πίνακες 2, 3).

Στην παιδική ηλικία το άσθμα εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια, ενώ στην εφηβική ηλικία περισσότερα κορίτσια αρχίζουν να εκδηλώνουν άσθμα, έτσι ώστε στους ενήλικες το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν είναι μεγαλύτερο. Όταν το άσθμα εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες, π.χ. στην 3η ή 4η δεκαετία, συνήθως δεν υπάρχει ιστορικό ατοπίας, τα δερματικά test είναι αρνητικά και τα επίπεδα IgE είναι φυσιολογικά (ενδογενές άσθμα). Στο ενδογενές άσθμα υπάρχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ρινικοί πολύποδες, ευαισθησία στην ασπιρίνη (δηλ. εμφάνιση κρίσεων έπειτα από λήψη ασπιρίνης) και οι γυναίκες ασθενείς είναι περισσότερες από τους άνδρες. Η αιτιολογία του δεν είναι ακριβώς γνωστή. Σύμφωνα με μία

θεωρία, αποτελεί αυτοάνοσο νόσημα, που πυροδοτείται από φλεγμονώδη μηχανισμό, έπειτα από λοίμωξη του αναπνευστικού. Πάντως, εδώ πρέπει να τονισθεί ότι το ενδογενές και το εξωγενές άσθμα δεν διαχωρίζονται σε σχέση με την ηλικία, αλλά σε σχέση με την ύπαρξη ή μη ατοπίας. Επίσης, ότι τα όρια ενδογενούς και εξωγενούς άσθματος δεν είναι σαφή. Δηλαδή και στην εξωγενή μορφή του άσθματος μπορεί το αίτιο να μην είναι γνωστό, ή το γνωστό αίτιο να μην προκαλεί κρίση, αλλά και στην ενδογενή μορφή του κοινά αλλεργιογόνα μπορούν να πυροδοτήσουν την νόσο. Τέλος, το άσθμα, ενδογενές ή εξωγενές, μπορεί να πρωτοεμφανισθεί και σε γεροντική ηλικία, πάνω από 65 ετών! Μια έρευνα στην Μινεσότα (Βόρειος Αμερική) έδειξε ότι σε αυτή την ηλικία η επίπτωση² είναι 0,1%.

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι το άσθμα είναι νόσος κληρονομική, διότι απαντά, όπως και άλλες ατοπικές εκδηλώσεις (έκζεμα, ρινίτις) συχνότερα σε άτομα της ίδιας οικογένειας. Ωστόσο, δεν έχει διαπιστωθεί το γονίδιο που είναι υπεύθυνο γι' αυτό, και έτσι ο τρόπος με τον οποίο κληρονομείται η νόσος δεν είναι απόλυτα σαφής.

Η διάγνωση του άσθματος

Η διάγνωση του άσθματος γίνεται με την σπιρομέτρηση (spirometry). Είναι μια απλή, μη επεμβατική δοκιμασία, στην οποία ο ασθενής καλείται να εισπνεύσει βαθιά και να εκπνεύσει βίαια μέσα σε μια απλή συσκευή. Τόσο η εισπνοή, όσο και η εκπνοή καταγράφονται και υπολογίζονται: ο όγκος του εισπνεομένου και του εκπνεομένου αέρα (FVC), και κυρίως ο όγκος που εκπνέεται στο πρώτο δευτερόλεπτο (sec) (FEV1). Επίσης με την ίδια συσκευή ή με μία απλούστερη, το ροόμετρο, που δίνεται στους ασθενείς στο σπίτι για αυτοεκτίμηση της πορείας της νόσου τους, υπολογίζεται η μέγιστη εκπνευστική ροή (PEF σε L/min), δηλ. η μέγιστη ταχύτητα εκπνοής του αέρα. Στο άσθμα οι τιμές αυτές είναι μειωμένες, σε σχέση με φυσιολογικά άτομα που έχουν την ίδια ηλικία, το ίδιο φύλο, το ίδιο βάρος, το ίδιο ύψος και ανήκουν στην ίδια φυλή. Με την σπιρομέτρηση διαπιστώνεται εάν υπάρχει περιορισμός, εμπόδιο στην ροή του αέρα, δηλ. διαπιστώνεται έμμεσα εάν υπάρχει στένωση, ή απόφραξη των βρόγχων. Στο άσθμα η απόφραξη των βρόγχων είναι πλήρως αναστρέψιμη. Επομένως παύει και ο περιορισμός της ροής, που σημαίνει ότι στην ύφεση της νόσου, όταν υπάρχει σωστή θεραπεία, η σπιρομέτρηση επανέρχεται στο φυσιολογικό. Και εδώ πρέπει ιδιαίτερα να τονισθεί ότι κάθε περιορισμός στην ροή δεν οφείλεται μόνον σε άσθμα. Ή, όπως λέγεται στην κλινική πράξη, ό,τι σφυρίζει δεν είναι άσθμα! Απόφραξη και, κατά συνέπεια, περιορισμός στην ροή παρατηρείται επίσης σε περιπτώσεις όγκου των βρόγχων, καλοήγη ή κακοήγη, σε απόφραξη των ανωτέρων αεροφόρων οδών ρινός, φάρυγγα, λάρυγγα και τραχείας (Πίνακας 4). Γι' αυτό, υποχρεωτική εξέταση σε κάθε περίπτωση πρωτοδιαγνωσμένου άσθματος είναι η ακτινογραφία θώρακος. Σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλεται και έλεγχος των

ανωτέρων αεραγωγών μέχρι και τον λάρυγγα, ενώ κάποιες φορές, κυρίως σε ανθιστάμενο στην αγωγή άσθμα, κρίνεται απαραίτητη και η βρογχοσκόπηση.

Πίνακας 4 Διαφορική Διάγνωση Άσθματος

- πάρεση φωνητικών χορδών
- όγκοι λάρυγγος
- καρκίνος ή όγκοι τραχείας
- ενδοβρογχικός όγκος
- ξένο σώμα
- δυσπλασία βρόγχων
- βρογχιεκτασίες
- χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
- αποφρακτική βρογχολίτις

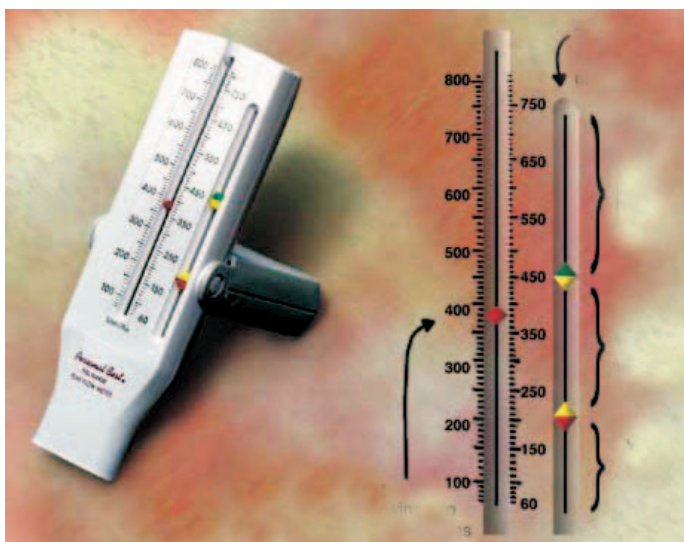
Η θεραπεία του άσθματος

Το άσθμα είναι κατά κανόνα, εκτός ολίγων εξαιρέσεων, νόσος θεραπεύσιμη. Η αποφυγή γνωστών αλλεργιογόνων, όσο αυτό είναι δυνατόν, εξυπακούεται. Στόχοι της θεραπείας είναι: ο πλήρης έλεγχος των συμπτωμάτων, η ελαχιστοποίηση της συχνότητας και της βαρύτητας των παροξυσμών, κανένας περιορισμός στις δραστηριότητες και την άσκηση. Η μη σωστή αντιμετώπιση και η επιμονή των συμπτωμάτων δείχνουν μακροχρόνια και σοβαρή φλεγμονή, που μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές της αρχιτεκτονικής του βρογχικού δένδρου, με αποτέλεσμα να υπάρχει σε ένα ποσοστό μόνιμη, μη αναστρέψιμη βλάβη, ακόμη και με την χορήγηση κορτικοειδών.

Η θεραπευτική αγωγή εξαρτάται από την βαρύτητα του άσθματος και από το εάν είναι χρόνιο ή διαλείπον. Στο χρόνιο άσθμα χορηγούνται μακροχρόνια προληπτικά φάρμακα, που είναι: εισπνεόμενα αντιφλεγμονώδη, είτε κορτικοειδή είτε χρωμόνες (άλλη κατηγορία αντιφλεγμονωδών), είτε τα νεότερα λευκοτριένια σε δισκία (tab), μαζί με μακράς δράσεως β2-διεγέρτες, και αναλόγως της βαρύτητας προστίθενται αμινοφυλλίνη, αντιχολινεργικά και κορτικοειδή από το στόμα, ή σε ενέσιμη μορφή. Στο διαλείπον άσθμα χορηγούνται ανακουφιστικά των κρίσεων φάρμακα, όπως οι βραχείας δράσης β2-διεγέρτες σε εισπνεόμενη μορφή (αερολύμα ή νεφέλωμα) και ανάλογα προστίθενται αμινοφυλλίνη, που δρά επίσης γρήγορα, αντιχολινεργικά και κορτικοειδή. Κατά κανόνα, ασθενείς που παθαίνουν σοβαρές κρίσεις άσθματος χρειάζονται χρόνια προληπτική αγωγή.

Το άσθμα είναι χρόνια νόσος και το κύριο σύμπτωμά της είναι το πολύ δυσάρεστο αίσθημα της δύσπνοιας, γι' αυτό και προκαλεί πολλές φορές αγωνία και φόβο. Η πραγματικότητα όμως δείχνει ότι η νόσος ελέγχεται αποτελεσματικά με την σωστή αγωγή, με την συμμόρφωση των ασθενών σε αυτή και την συχνή παρακολούθησή τους, ώστε όχι μόνο να μην περιορίζουν τις

δραστηριότητές τους, αλλά να έχουν και άριστες επιδόσεις σε πολλές από αυτές, καθώς και στον αθλητισμό. Απόδειξη των γραφομένων οι αρκετοί πάσχοντες από άσθμα ολυμπιονίκες, με πιο πρόσφατο παράδειγμα την Αθ. Τσουμελέκα, η οποία κέρδισε χρυσό μετάλλιο στους Ολυμπιακούς Αγώνες της Αθήνας. Σύμφωνα μάλιστα με μια έρευνα του Πανεπιστημίου Αθηνών, από τους 10.653 αθλητές, το 4,1% έχουν άσθμα. Από αυτούς το 17% κέρδισε ολυμπιακό μετάλλιο.



Το ροόμετρο δίνεται στους ασθενείς στο σπίτι για αυτοεκτίμηση της πορείας της νόσου τους.

Έτσι το πρόβλημα πολλές φορές δεν είναι από τί πάσχουμε, αλλά το πώς αντιμετωπίζουμε την πάθησή μας. Όπως έλεγε και κάποιος σύγχρονος σοφός: Ο Θεός μου έδωσε ηρεμία να αποδέχομαι τα πράγματα, που δεν μπορώ να αλλάξω, κουράγιο να αλλάξω τα πράγματα που μπορώ και σοφία για να μπορώ να διακρίνω την διαφορά τους.

Σημειώσεις:

1. Στο μικροσκόπιο φαίνεται συνήθως εκτεταμένη διήθηση του τοιχώματος και του αυλού των αεραγωγών (βρόγχων) από ηωσινόφιλα και λεμφοκύτταρα, που συνοδεύεται από αγγειοδιαστολή, διαρροή των μικρών αγγείων της περιοχής, οίδημα και διάρρηξη του επιθηλίου.
2. Επίπτωση: το σύνολο του πληθυσμού που εμφανίζει μια πάθηση ή νόσο σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Εκφράζεται σε ποσοστά.

Βιβλιογραφία:

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institute of Health: National heart, Lung, and Blood Institute, 2002.
2. Weinberg S., Evaluation of chronic cough. Up to date on Pulmonology, 1998.
3. fanta C., fletcher S., Diagnosis of asthma: Overview of the primary care approach. Up to date on Asthma, 1998.
4. Irwin R., Curley f., french C., Chronic cough. The Spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation and outcome of specific therapy. Am Rev Resp Dis 1990, 141: 640-647.
5. Rackeman f., A working classification of asthma. Am J Med 1947, 3: 601-606.
6. Ying S, et al: Eosinophil chemotactic chemokines and C-C chemokine receptor 3 expression in bronchial biopsies from atopic and non-atopic (intrinsic 0 asthmatics). J Immunology, 1999, 163(11): 6321-9.

<http://www.pemptousia.gr/?p=14082>

Κάπνισμα

Η απόφαση διακοπής χρειάζεται βοήθεια!

Χριστίνα Γκράτζιου
Πνευμονολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι εύκολη διαδικασία και η θέληση και αποφασιστικότητα εκ μέρους του καπνιστή είναι καθοριστική, ενώ η αντιμετώπιση της χρόνιας εξάρτησης από τη νικοτίνη απαιτεί ιατρική παρέμβαση.



Περίπου το 70% των καπνιστών επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ μόνο το 20-30% προσπαθούν να το διακόψουν κάθε χρόνο. Εξ αυτών 3-5% το επιτυγχάνουν τελικά μόνο με τη δύναμη της θέλησης, ενώ πολλοί από αυτούς θα αρχίσουν και πάλι να καπνίζουν στο μέλλον. Αυτό συμβαίνει γιατί το κάπνισμα προκαλεί χρόνια εξάρτηση στη νικοτίνη, η οποία δύσκολα ελέγχεται. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη θεωρείται νευροβιολογικός εθισμός και έχει ταξινομηθεί επίσημα ως ασθένεια από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Γι' αυτό η διακοπή του καπνίσματος και η χρόνια εξάρτηση από τη νικοτίνη χρειάζονται πλέον να αντιμετωπίζονται συστηματικά και με ιατρική βοήθεια παρέμβασης.

Τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί πραγματικά να προσφέρει σημαντικά οφέλη στην υγεία, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα. Η φυσική κατάσταση, μετά τη διακοπή του καπνίσματος, θα αρχίσει να βελτιώνεται σχεδόν αμέσως μόλις ο καπνιστής σβήσει το τελευταίο τσιγάρο.

Μελέτες έχουν δείξει πως μετά από 2 ώρες η νικοτίνη αρχίζει να απομακρύνεται άπα τον οργανισμό, μετά από 6 ώρες η παροδική αύξηση της καρδιακής

συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης που προκαλείται από τη νικοτίνη αρχίζουν να επανέρχονται στις αρχικές τιμές, και μετά από 12 ώρες το τοξικό μονοξείδιο του άνθρακα που προέρχεται από τον καπνό αποβάλλεται από τον οργανισμό. Δυο ημέρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης βελτιώνονται, εντός 2-12 εβδομάδων η κυκλοφορία του αίματος γίνεται καλύτερη με αντίστοιχη βελτίωση στο βάδισμα και το τρέξιμο. Μετά από 3-9 μήνες ο βήχας, ο συριγμός και τα αναπνευστικά προβλήματα μειώνονται και η κατάσταση των πνευμόνων είναι καλύτερη. Στα 5 έτη ο κίνδυνος για καρδιακό επεισόδιο μειώνεται στο μισό ενώ μετά από 10 έτη παρουσιάζει αντίστοιχη μείωση ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα και παρόμοια ο κίνδυνος για καρδιακό επεισόδιο εξισώνεται με εκείνον κάποιου που δεν έχει καπνίσει ποτέ.

Τρόποι βοήθειας – Τα ειδικά ιατρεία διακοπής καπνίσματος

Σήμερα υπάρχει η δυνατότητα βοήθειας προς τον καπνιστή που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα. Οι καπνιστές μπορούν να απευθυνθούν στα ιατρεία Διακοπής του Καπνίσματος, που λειτουργούν επιτυχώς στον ελληνικό χώρο από το 1999. Στα ιατρεία αυτά ακολουθείται συγκεκριμένη διαδικασία κατά τη θεραπευτική παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος σύμφωνα με τις επιστημονικές μεθόδους και τις διεθνείς οδηγίες.

Τα Ειδικά αυτά ιατρεία λειτουργούν με προγραμματισμένα ραντεβού. Τα τηλέφωνα επικοινωνίας δίνονται από τη γραμμή **8008018080** και λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα. Στα ιατρεία αυτά γίνεται αρχικά ενημέρωση των καπνιστών σχετικά με τα προβλήματα που προκαλεί το κάπνισμα και για τους τρόπους βοήθειας για τη διακοπή. Στη συνέχεια προγραμματίζεται ραντεβού ένταξης όπου ζητείται να συμπληρώσουν ειδικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των κινήτρων και του βαθμού εξάρτησης.

Οι καπνιστές εντάσσονται σε πρόγραμμα βοήθειας και απεξάρτησης από το κάπνισμα, που διαρκεί 2-3 μήνες με θεραπευτική αγωγή και ιατρική παρακολούθηση. Ο καπνιστής δεσμεύεται να σταματήσει το κάπνισμα σε μία συγκεκριμένη ημερομηνία-στόχο (ημερομηνία διακοπής καπνίσματος), που συνήθως κανονίζεται εντός 1-2 εβδομάδων από την ένταξή του στο πρόγραμμα και στη συνέχεια τίθεται σε θεραπευτική βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος. Ως προς την απόφαση για το ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί, λαμβάνεται υπόψη η πρόθεση και η δυνατότητα συμμόρφωσης του καπνιστή, η προηγούμενη χρήση βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος, άλλες αντενδείξεις και η πιθανότητα παρενεργειών, καθώς και η προσωπική προτίμηση του καπνιστή. Η ενθάρρυνση και επιβράβευση της προσπάθειας, όπως και η συζήτηση των ατομικών δυσκολιών αποτελούν μέρος αυτών των προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης με στόχο τη βοήθεια του καπνιστή.

Φάρμακα και συμπτώματα στέρησης

Τι γίνεται όμως με τα φάρμακα που χορηγούνται για τη διακοπή του καπνίσματος; Το κάπνισμα πρέπει να αντιμετωπίζεται όχι ως στάση ζωής αλλά ως εθισμός. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται είναι θεραπείες, που προτείνονται ως πρώτης επιλογής φαρμακευτική αγωγή από όλες τις διεθνείς οδηγίες και είναι διαθέσιμα στη χώρα μας. Η θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα όπως τα υποκατάστατα νικοτίνης, τη βουπροπιόνη και πλέον πρόσφατα τη βαρενικλίνη.

Η βαρενικλίνη (Champix) είναι ανταγωνιστής των υποδοχέων της νικοτίνης, δηλαδή καταλαμβάνει εν μέρει τους υποδοχείς νικοτίνης στον εγκέφαλο. Έτσι αποφεύγεται η έναρξη του συνδρόμου στέρησης, τουλάχιστον σε μεγάλη ένταση. Επιπλέον όσοι συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ λαμβάνουν βαρενικλίνη, νοιώθουν έντονη μείωση της ικανοποίησης που παλιότερα αντλούσαν από το κάπνισμα. Η έναρξη λήψης του φαρμάκου γίνεται μία εβδομάδα πριν την ημερομηνία που έχουμε ορίσει να διακόψουμε το κάπνισμα. Η διάρκεια της θεραπείας είναι 3 μήνες. Σε κλινικές μελέτες η βαρενικλίνη δείχνει μεγάλη αποτελεσματικότητα τετραπλασιάζοντας την πιθανότητα επιτυχίας.

Τα συμπτώματα στέρησης που συνοδεύουν τη διακοπή του καπνίσματος είναι κυρίως: έντονη ανησυχία κακή διάθεση, εκνευρισμός, αυξημένο αίσθημα πείνας και δυσκοιλιότητα τα οποία όμως συνήθως διαρκούν από μία εβδομάδα έως ένα μήνα και υποχωρούν σταδιακά. Ήπια ναυτία, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές στον ύπνο και μερικές φορές καταθλιπτική διάθεση μπορεί να εμφανισθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όμως πολλές φορές δεν οφείλονται στη φαρμακευτική αγωγή αλλά αποτελούν σημεία στέρησης που συνδέονται με την έλλειψη νικοτίνης.

Υψηλά ποσοστά επιτυχίας

Τα τελευταία χρόνια η εμπειρία των Ειδικών Ιατρικών Διακοπής Καπνίσματος με τη δυνατότητα χορήγησης των σύγχρονων θεραπειών με φαρμακευτική αγωγή είναι ιδιαίτερα επιτυχής. Σύμφωνα με στοιχεία η διακοπή καπνίσματος είναι πλέον εφικτή στο 45-75% των συμμετεχόντων στα ειδικά προγράμματα, δηλαδή περίπου 3 στους 4 καπνιστές κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ σημαντικά, εφόσον είναι γνωστό ότι η προσπάθεια για διακοπή χωρίς ιατρική βοήθεια φτάνει μόλις το 3% όσων προσπαθούν μόνοι τους. Σημαντικό επίσης είναι ότι η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να γίνει και σε ομάδες καπνιστών με χρόνια νοσήματα, όπως είναι οι καρδιοπάθειες και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αλλά και σε καπνιστές με ψυχικά νοσήματα με σημαντικά ποσοστά επιτυχίας, εφόσον υπάρχει απαραίτητα η σωστή ιατρική παρακολούθηση. Ας τονιστεί ότι απαραίτητος και σημαντικός παράγοντας επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος είναι η προσωπική βούληση

τού καπνιστή. Η τακτική ιατρική παρακολούθηση και η συχνή επικοινωνία των καπνιστών με το θεράποντα ιατρό επίσης θεωρείται απαραίτητη για την επιτυχέστερη έκβαση των προγραμμάτων διακοπής.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι σήμερα υπάρχουν δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης στη διακοπή του καπνίσματος και η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια στην ομάδα των καπνιστών, που αδυνατεί να κόψει το κάπνισμα. Η συμβουλευτική παραίνεση και η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να αποτελούν μέλημα και φροντίδα κάθε ιατρού προς τον ασθενή του, έτσι ώστε να μειωθεί η έκταση της καπνιστικής συνήθειας και το μέγεθος της παγκόσμιας «πανδημίας» που προκαλεί το κάπνισμα. Η λειτουργία των Ειδικών Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος μπορεί να βοηθήσει ακόμη περισσότερο στο στόχο αυτό.

<http://www.pemptousia.gr/?p=19395>

Η θεραπευτική δύναμη της μουσικής

Παύλος Τούτουζας
Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας

Το έμφραγμα είχε γίνει πριν δέκα χρόνια και ο πάσχων ήρθε πάλι στους γιατρούς, επειδή ιόν τελευταίο καιρό παρουσίασε ενοχλήσεις τυπικής στηθάγχης προσπάθειας. Στο ζωηρά βάδισμα παρουσιάζει σφίξιμο-πόνο στο στέρνο, ο οποίος ακτινοβολεί σε όλο το θώρακα μπροστά αλλά και στον αριστερό βραχίονα-μπράτσο, από τον ώμο μέχρι τον αγκώνα. Η ενόχληση είναι σοβαρή και αναγκάζεται να σταματήσει για να υποχωρήσει. Μετά ένα – δυό λεπτά συνεχίζει το βάδισμα κάπως πιο αργά. Τώρα, λοιπόν, για πρώτη φορά δέχεται να κάνει στεφανιογραφία, την οποία φοβόταν πάντοτε και για το λόγο αυτό δεν δέχθηκε να την κάνει τότε που είχε πάθει το έμφραγμα. Οι γιατροί με τα πράσινα του «σφίγγαν την καρδιά». Ουρανόπεμπτο όμως δώρο για να ηρεμήσει ήταν το άκουσμα ευχάριστης μουσικής χωρίς λόγια «Τ' αστέρι του βοριά θα φέρει ξαστεριά...», σαν αυτό να ήταν το τραγούδι και ευαίσθητος και ελληνοπρεπής ο ίδιος άνοιξε τις πόρτες της καρδιάς του.



Σε λίγο με τον καθετήρα ο γιατρός έμπαινε στις στεφανιαίες αρτηρίες που είναι στην επιφάνεια της καρδιάς και για να τις δει στην οθόνη έριχνε σκιερή ουσία στο στόμιο των αρτηριών. Έτσι τρέχει αυτή η ουσία με το αίμα μέχρι τα πέρατα της αρτηρίας και εξακριβώνεται η ύπαρξη ή όχι στενωπκής βλάβης. Ανησυχεί ο πάσχων για όλη αυτή την προσπάθεια και από χαραμάδες της ψυχής δέχεται την ευλογημένη μουσική, η οποία ελαττώνει τις κατεχολαμίνες αίματος, που προκαλούν σπασμό και ανησυχία.

Το άσμα επαναλαμβάνεται «κι όταν φανεί πάνω στο πέλαγο πανί...» ο επεμβατικός καρδιολόγος βρίσκει στένωση, σχεδόν απόφραξη της πιο σπουδαίας στεφανιαίας αρτηρίας, δηλαδή του προσθίου κατιόντος

κλάδου. Μάλιστα αυτή η στενωπική βλάβη είναι λίγο αποπιτανωμένη-ασβεστωμένη και εξαπλώνεται σε αρκετό μήκος. Αυτό σημαίνει ότι με τον καιρό η βλάβη έχει, ας πούμε, σκληρύνει και υπάρχουν ερωτηματικά αν μπορεί να ανοίξει καλά με το «μπαλόνι».

Πριν δέκα χρόνια, όταν είχε συμβεί το έμφραγμα και η βλάβη ήταν μαλακή, θα άνοιγε εύκολα. Η μουσική είναι συνεχής και ακούει κάτι από το τραγούδι «κάπου υπάρχει η αγάπη μου μα δεν ξέρω πια 'ναι, κάπου υπάρχει η αγάπη μου μα δεν ξέρω πού...». Ωστόσο ο γιατρός είναι πεπειραμένος, έχει κάνει πολλές τέτοιες δύσκολες επεμβάσεις και μάλιστα σε άλλον άρρωστο είχε φθάσει να ανοίξει συνολικά έξι στενώσεις σε διάφορα σημεία των τριών αρτηριών. Τελικά άνοιξε καλά τη βλάβη και με στεντ η κυκλοφορία αποκαταστάθηκε πλήρως στον τόσο σπουδαίο πρόσθιο κατιόντα κλάδο. Ο πάσχων σιγοφιθυρίζει τα λόγια «θα τη γυρέψω στα χαρτιά, θα τη γυρέψω στ' άστρα...» και, βέβαια, στο τέλος βγαίνει θεραπευμένος από το εργαστήριο, τρισευχαριστημένος, ντυμένος «μεσ' τα άσπρα».



Ποιός, ιο 5300 π.Χ. που είχαν αυλό, σύγχρονο εύρημα του Γ. Χουρμουζιάδη, ποιός τω καιρώ εκείνω θα περίμενε τέτοια εξέλιξη της μουσικής, να ανακουφίζει, να προλαμβάνει σπασμούς των αρτηριών με κρίσεις στηθάγχης και να βοηθάει μία επέμβαση που θα αποκαταστήσει τη στεφανιαία κυκλοφορία, για να ζήσει ο πάσχων πολλά έτη!

Η μουσική και όλα τα σχετικά, ως ο ρυθμός, η μελωδία, η αρμονία, η λύρα, η ωδή, το θέατρο και η σκηνή, μας λέγει η Κατερίνα Παπαοικονόμου-Κηπουργού, σε όλες τις γλώσσες έχουν ακριβώς την ίδια ονομασία. Ωστε οι Γάλλοι π.χ. να αναφέρονται στη musique, rythme, melodie, harmonie, lyre, theatre, scene. Είχαν επιδόσεις οι αρχαίοι Έλληνες στη μουσική. Και τώρα στο σύγχρονο κόσμο η μουσική έγινε επίσημα και ιατρική. Το 1944 στο Michigan αναγνωρίζεται στην επαγγελματική καριέρα του γιατρού το βιογραφικό σημείωμα γύρω από τη θεραπεία με μουσική. Το 1945 εμφανίζεται στη Δύση το πρώτο Εθνικό Συμβούλιο Μουσικής Θεραπείας. Το 1971 στις Ηνωμένες Πολιτείες οργανώνονται

οι μουσικοθεραπευτές και συνιστούν την Αμερικανική Ένωση Μουσικοθεραπευτών.

Πώς να πάει το μυαλό του αυλητή και του αρπιστή κατά το Μινωικό πολιτισμό ότι η μουσική θα έχει τέτοια εξέλιξη! Η φόρμιγγα και η κιθάρα, οι σάλπιγγες από την εποχή του Ομήρου. Στην αρχή δύο οι χορδές, στη συνέχεια τέσσερις, επτά, τα μουσικά όργανα αυξάνονται. Εμφανίζεται ο βάρβιτος που μοιάζει με τη λύρα. φάλλεται ο παιάν εις τους ναούς, τραγούδια σε συμπόσια και εορτές, γίνονται μουσικοί αγώνες στα Πύθια και άλλες πανελλήνιες γιορτές.



Είναι και η ενθουσιαστική μουσική, διθύραμβος, σε διονυσιακή εορτή. Αλλά εδώ ο Πλάτων αποστρέφει το πρόσωπό του από τη μουσική τού μη παρέκει, τα μπάμπια-μπούπα και τα εκκωφαντικά μονότονα ταμταμ της απωτέρας Δύσης, ενώ δεν θα είχε παράπονο από τα βυζαντινά, εκκλησιαστικά άσματα αλλά και τραγούδια, όπως αυτά της Σμύρνης. Κανένα παράπονο από Χατζιδάκι και Θεοδωράκη, το δημοτικά και τα ελαφρά, που βελτιώνουν την αρρώστια, καταπολεμούν το άγχος και επιταχύνουν το χρόνο της ανάρρωσης, με σφυγμούς φυσιολογικούς και πίεση κανονική. Εδώ έχει μεσολαβήσει η μεγάλη επίδοση της βυζαντινής μουσικής, πα, βου, γα δι, κε, ζο, νι, πα και της δυτικής αργότερα do, re, mi, fa, sol, la, si, do.

Ο Πλάτων πίστευε, ως ο Πυθαγόρας, ότι η μουσική είναι και αυτή μαθηματικά και οδηγεί στη γνώση του αγαθού, του ωραίου και του αληθινού, στην κατάκτηση της αρετής.

<http://www.pemptousia.gr/?p=11872>

ΑΝΑΛΕΚΤΑ

Τεύχος 3

Ιατρικά

1 Φεβρουαρίου 2012