

ΠΝΕΥΜΟΝ

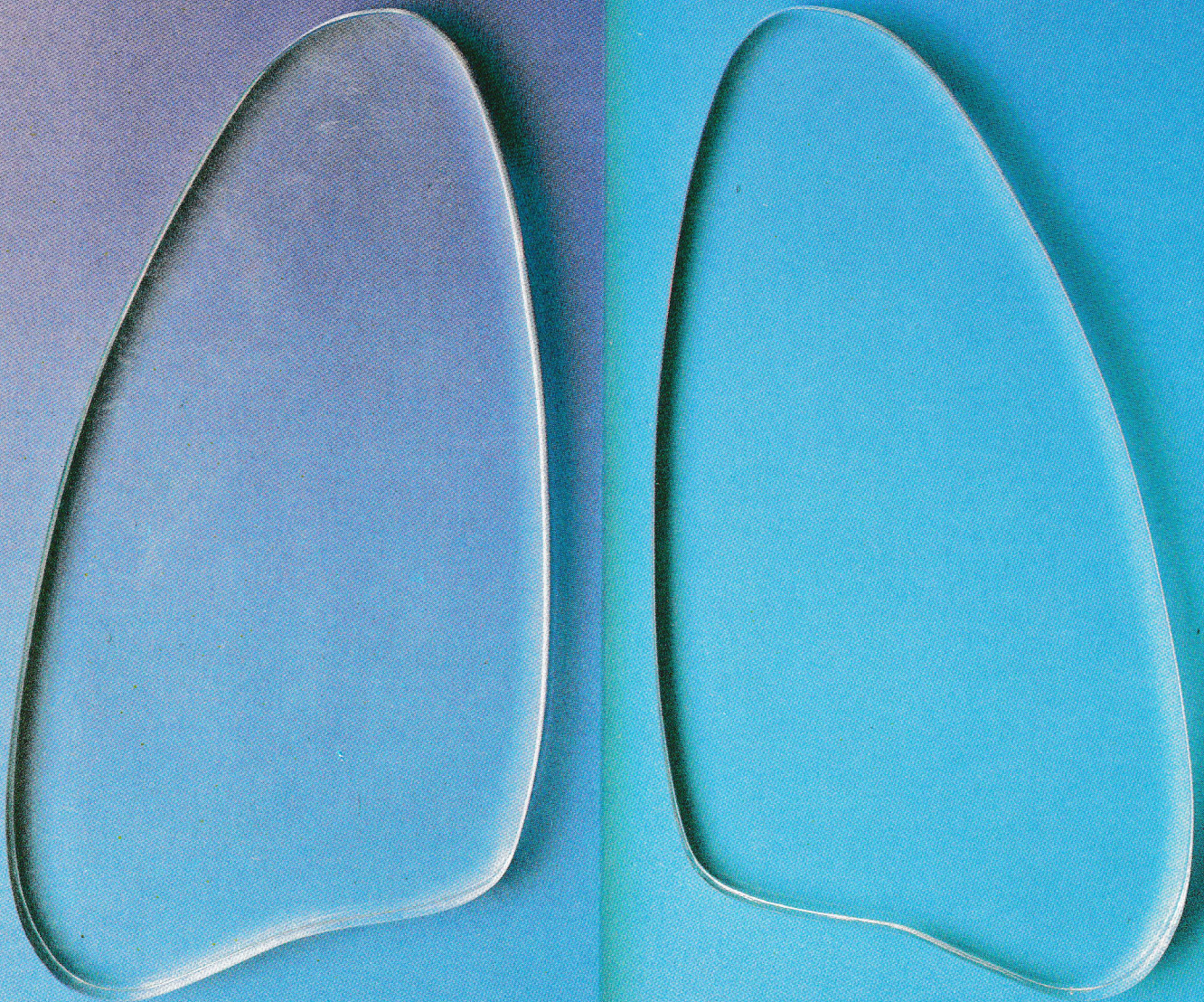
ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL



ΠΝΕΥΜΟΝ • ΤΟΜΟΣ 3 • ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 1990

ΑΘΗΝΑ
ATHENS

PNEUMON • VOL 3 • No 1
JANUARY - MARCH 1990

briklin®

Θεϊκή Αμικασίνη

ΙΔΑΝΙΚΟ ΓΙΑ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΝΤΪΨΕΥΔΟΜΟΝΑΔΙΚΕΣ
ΠΙΝΙΚΙΛΛΙΝΕΣ

για τη βιώσιμη
ολοκλήρωση
της θεραπείας

ΕΝΕΣΙΜΕΣ ΚΕΦΑΛΟΣΠΟΡΙΝΕΣ
Β' ΚΑΙ Γ' ΓΕΝΙΑΣ

Θεϊκή Αμικασίνη
briklin®
η πρώτη εκλογή

Για πλήρη συνταγογραφική ενημέρωση,
απευθυνθείτε στην



Bristol-Myers Squibb Company

11ο ΧΛΜ. ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΑΘΗΝΩΝ-ΛΑΜΙΑΣ
ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΤΗΛ.: 2813.390

ΠΝΕΥΜΩΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Διευθυντής Σύνταξης: Χ. ΜΕΛΙΣΣΗΝΟΣ — Π. ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ
Μέλη: Ν. ΣΙΑΦΑΚΑΣ — Α. ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ
Ε. ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ — Μ. ΑΛΧΑΝΑΤΗΣ

Επιμέλεια ύλης: Θ. Ροκκάς

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αναγνωστοπούλου Νίνα	Αθήνα	Μουλόπουλος Σπύρος	Αθήνα
Βαγενάκης Απόστολος	Πάτρα	Μπούρος Δημοσθένης	Ηράκλειο
Βεσλεμές Μαρίνος	Αθήνα	Παπαβασιλείου Κώστας	Αθήνα
Γκιουλέκας Δημήτρης	Θεσ/νίκη	Παπαδάκης Εμμανουήλ	Αθήνα
Gautier Henry	Paris	Παπά Ιόλη	Αθήνα
Green Malcolm	London	Πατάκας Δημήτρης	Θεσ/νίκη
James Yves	Marseille	Permutt Solbert	Baltimore
Ιορδάνογλου Ιωάννης	Αθήνα	Ρίγγος Δημήτρης	Θεσ/νίκη
Καρατζάς Νίκος	Αθήνα	Ρούσσος Χαράλαμπος	Αθήνα
Κονταξής Αργύρης	Αθήνα	Σιδερής Δημήτρης	Αθήνα
Κωνσταντόπουλος Σταύρος	Γιάννενα	Σπαντίδος Δημήτριος	Ηράκλειο
Macklem Peter	Montreal	Σταυρίδης Ιωάννης	Αθήνα
Milic-Emili Joseph	Montreal	Τρακόπουλος Γεώργιος	Αθήνα
Μιχάλης Άλκης	Αθήνα		

Επιστημονική Αλληλογραφία
Συνδρομές — Διαφημίσεις
Περιοδικό ΠΝΕΥΜΩΝ
Παπαδιαμαντοπούλου 4
Αθήνα 115 28
Τηλ.: 7211.845

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Εσωτερικού	δρχ. 2.000
Μέλη ΕΠΕ — ΕΒΕ	δρχ. 1.000
Ειδικευόμενοι-Φοιτητές	δρχ. 1.000
Εταιρείες-Οργανισμοί	δρχ. 4.000
Βιβλιοθήκες	δρχ. 4.000
Εξωτερικού	\$ U.S. 40

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ:

ΠΝΕΥΜΩΝ είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Βρογχολογικής Εταιρείας. Η επιλογή της ύλης γίνεται από τη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού με ευθύνη των Διευθυντών Σύνταξης και των Υπεύθυνων της Εκπαιδευτικής Ύλης και των Ερευνητικών Εργασιών που ορίστηκαν από τα Διοικητικά Συμβούλια των δύο Εταιρειών με 5ετή θητεία.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΡΘΡΩΝ:

Η ύλη του περιοδικού **ΠΝΕΥΜΩΝ** αναφέρεται κατά κύριο λόγο στο Αναπνευστικό Σύστημα. Η διάρθρωση της ύλης περιλαμβάνει: 1) Άρθρα Σύνταξης, 2) Πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες, 3) Ανασκοπήσεις, 4) Εκπαιδευτικό Βήμα, 5) Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις. Άρθρα σύνταξης, Ανασκοπήσεις, Ειδικά άρθρα και Άρθρα εκπαιδευτικού περιεχομένου (Εκπαιδευτικό Βήμα) δημοσιεύονται μετά από γραπτή πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής.

Οι Πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες κρίνονται από τουλάχιστον δύο ανεξάρτητους κριτές. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις επιλέγονται από τις περιπτώσεις που παρουσιάζονται στις Διανοσοκομειακές συγκεντρώσεις της Βρογχολογικής Εταιρείας. Τά άρθρα σύνταξης, τά ειδικά άρθρα, οι πρωτότυπες εργασίες δημοσιεύονται ολόκληρες στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα. Οι ερευνητικές εργασίες που υποβάλλονται στα Ελληνικά θα μεταφράζονται στα Αγγλικά μέσα σε ένα μήνα από της αποδοχής της εργασίας για δημοσίευση, με ευθύνη των συγγραφέων.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ: περιέχουν κατά σειρά:

1) *Σελίδα τίτλου:* Τίτλος, Ονόματα συγγραφέων στην ονομαστική, κέντρο προέλευσης, Διεύθυνση, τηλέφωνο κύριου συγγραφέα για επικοινωνία.

2) *Περίληψη:* Από 100 έως 200 λέξεις που θα περιέχει συνοπτικά το σκοπό, τη μέθοδο, τα βασικά αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της εργασίας (ο τίτλος, η περίληψη και η βιβλιογραφία να αρχίζουν από νέα σελίδα). Στο τέλος των περιλήψεων να αναγράφονται 5 τουλάχιστον λέξεις κλειδιά.

3) *Εισαγωγή,* 4) *Υλικό - Μέθοδος,* 5) *Αποτελέσματα,* 6) *Συζήτηση,* 7) *Βιβλιογραφία.*

Οι Βιβλιογραφικές παραπομπές θα γίνονται με το σύστημα **Vancouver** δηλαδή στο κείμενο αριθμούνται κατά σειρά εμφάνισής τους. Βιβλιογραφία από περιοδικά: Μετά τον αριθμό, αναφέρονται όλα τα ονόματα των συγγραφέων, ο πλήρης τίτλος του άρθρου, η επίσημη σύντμηση του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, η πρώτη και τελευταία σελίδα. π.χ. 1. Milic-Emili J., Henderson J.A.M., Dolovich M.B., Trop D. and Koneko K. Regional distribution of inspired gas in the lung. J. Appl. Physiol. 1966: 21, 749-759.

Βιβλιογραφία από Μονογραφία: Αριθμός, ονόματα συγγραφέων, τίτλος, αριθμός έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, ο τόπος και το έτος έκδοσης, σελίδες. π.χ. 2. Nunn J.F.: Applied Respiratory Physiology 2nd Edition. Mac Graw Hill, N.York, 1977, 33-35.

Βιβλιογραφία από κεφάλαιο βιβλίου: Αριθμός, ονόματα συγγραφέων του κεφαλαίου, ο τίτλος του κεφαλαίου, In, ο τίτλος του βιβλίου, οι Επιστημονικοί Συντάκτες (Editors), ο αριθμός έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, ο τόπος και το έτος έκδοσης και οι σελίδες. π.χ. 3) Gibson J.G., and Pride N.B.: Pleural, Alveolar and Systemic Diseases Affecting Chest Wall Function: In: The Thorax. Roussos C. and Macklem P.T. (eds) 1st edition. Marcel Dekker, New York, 1986, 1123-1133.

8) Πίνακες: Να έχουν σαφή - επεξηγηματικό τίτλο και να γράφεται ο καθένας σε χωριστή σελίδα.

9) Εικόνες - Διαγράμματα: Υποβάλλονται σε φωτογραφίες 9 x 12 cm (3 ανάτυπα), τεχνικά άψογες. Σημειώνεται στο πίσω μέρος με μαλακό μολύβι, ο αριθμός της, ο τίτλος του άρθρου και ο πρώτος συγγραφέας καθώς και το επάνω μέρος αυτής. Οι υπότιτλοι των εικόνων (λεζάντες) σε χωριστή σελίδα.

Προϋποθέσεις: Πειραματικές εργασίες σε ανθρώπους ή πειραματόζωα θα πρέπει να συνοδεύονται με δήλωση ότι ακολουθήθηκαν όλοι οι κανόνες της επιστημονικής δεοντολογίας σύμφωνα με τις αρχές του Helsinki. Τέλος η εργασία δεν θα πρέπει να έχει δημοσιευθεί προηγουμένως.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ:

Οι εργασίες για δημοσίευση, δακτυλογραφημένες σε διπλό διάστημα και με ευρύ περιθώριο, υποβάλλονται σε 3 ανάτυπα (1 πρωτότυπο, 2 καλής ποιότητας φωτοαντίγραφα) στη Διεύθυνση:

**ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΠΝΕΥΜΩΝ»
ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 4
ΑΘΗΝΑ 115 28**

ΑΝΑΤΥΠΑ:

Η δαπάνη της παραγγελίας ανατύπων βαρύνει τους συγγραφείς και η συμφωνία γίνεται κατευθείαν με την εκδότρια εταιρεία.

ΠΝΕΥΜΟΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

OFFICIAL MEDICAL PUBLICATION OF

THE HELLENIC
THORACIC
SOCIETY

THE GREEK
BRONCHOLOGIC
SOCIETY

OWNER: GREEK BRONHOLOGIC SOCIETY

Editors: C. MELISSINOS — P. BEHRAKIS
Associate editors: N. SIAFAKAS — A. RASIDAKIS
E. ZACHARIADIS — M. ALCHANATIS

EDITORIAL BOARD

Anagnostopoulou Nina	Athens	Moulopoulos Spyros	Athens
Vagenakis Apostolos	Patra	Bouros Dimosthenis	Heraclion
Vesslemes Marinos	Athens	Papavassiliou Kostas	Athens
Gioulekas Dimitris	Thessaloniki	Papadakis Emmanouil	Athens
Gautier Henry	Paris	Papa Ioli	Athens
Green Malcolm	London	Patakas Dimitris	Thessaloniki
James Yves	Marseille	Permutt Solbert	Baltimore
Iordanoglou John	Athens	Rigos Dimitris	Thessaloniki
Karatzas Nicos	Athens	Roussos Charis	Athens
Kontaxis Argiris	Athens	Sideris Dimitris	Athens
Konstantopoulos Stavros	Giannena	Spantidos Dimitris	Heraclion
Macklem Peter	Montreal	Stavridis John	Athens
Milic-Emili Joseph	Montreal	Trakopoulos George	Athens
Michalis Alkis	Athens		

Address:
PNEUMON
Medical Journal
4 papadiamantopoulou str.,
Athens 115 28
Greece
Tel.: 7211.845

Annual Subscriptions
Greece Dr. 2.000
Members of the Societies Dr. 1.000
Interns-Medical students Dr. 1.000
Societies-Libraries Dr. 4.000
Bibliouhkw Dr. 4.000
Abroad \$ U.S. 40

NOTICE TO CONTRIBUTORS

PNEUMON is the official Journal of the **Hellenic Thoracic Society** and the **Greek Bronchologic Society**, published quarterly in Athens, Greece. It is primarily intended for the publication of articles relevant to the respiratory system.

Editorial, original articles and special articles are published in **Greek** and **English**.

Editorials, Reviews and Special Articles are submitted after written invitation by the Editorial Board.

Original articles are subject to editorial revision. Articles submitted in English will be translated into Greek under the supervision and the responsibility of the Editorial Board.

Title page: Should bear the name, address and telephone number of the author who will deal with editorial correspondence.

Summary: No less than 100 and no more than 200 words. Key Words: No less than five.

References: The «**Vancouver**» system should be used. References in the text should be numbered in the consecutive order in which they are first mentioned in the text. Responsibility for accuracy of the references rests entirely with the authors.

The list of references should be typed in numerical order on separate pages at the end of the paper. References should include number, author's names and initials (all authors), title of article, name of Journal year, volume, the first and last page numbers. e.g. 1. Milic-Emili J., Henderson J.A.M., Dolovich M.B., TROP D. and Kaneko K: Regional distribution of inspired gas in the lung. J. Appl. Physiol. 1966. 21. 749-759.

For Books: Number, author(s), chapter's title (if applicable), book title, place of publication, publisher, year and page number. e.g. 2. Gibson J.G. and Pride N.B.: Pleural, Alveolar and Systemic Diseases Affecting Chest Wall Function. Roussos C. and Macklem D.T. (eds) 1st edition, Marcel Dekker, New York, 1986, 1123-1133.

Illustrations: Three copies of each illustration should be submitted as unmounted glossy photographic prints 9cm x 12cm. Each should bear a note on the back in soft pencil with the number of the figure, first author, and the top should be indicated. Legends should be typed on a separate page.

Submission: The original typescript and two copies should be sent to the **PNEUMON, 4 Papadiamantopoulou st., Athens 115 28, Greece**. Paper must be typed in double spacing with wide margins on one side of the paper only. Submission of an original paper for publication declares that the principles of Helsinki principles were observed and that the paper is not under consideration by any other journal for publication.

Με χαρά επικοινωνούμε και πάλι μαζί σας ακριβώς στην αρχή ενός καινούργιου χρόνου και μιας νέας περιόδου έκδοσης του «Πνεύμονα».

Κάποιες εκδοτικές δυσκολίες μόλις ξεπεράσθηκαν και με ανανεωμένη την Ευρεία Επιτροπή Σύνταξης είμαστε πάλι έτοιμοι να δεχθούμε τις εργασίες σας για δημοσίευση και να σας παρουσιάσουμε τα καλύτερα κομμάτια έρευνας και επιστημονικής δραστηριότητας του χώρου μας.

Ο «Πνεύμων», καταξιωμένο περιοδικό του Ιατρικού Τύπου της χώρας, κυκλοφορεί τώρα σε 1000 αντίτυπα τέσσερις φορές το χρόνο και διαβάζεται από όλα τα τακτικά και πάρεδρα μέλη των Επιστημονικών μας Εταιρειών.

Επιπλέον η παρουσία του Περιοδικού μας σε κάθε ιατρική βιβλιοθήκη Νοσοκομείου αποτελεί ένα μοναδικό πρεσβευτή της Πνευμονολογίας στον ευρύτερο Ιατρικό και Νοσοκομειακό χώρο όλων των ειδικοτήτων.

Εκδοτική Ανανέωση, διεύρυνση της Συντακτικής Επιτροπής και ακόμη περισσότερη ενδυνάμωση της ύλης είναι τα κύρια στοιχεία του «Πνεύμονα» σήμερα, ενώ η ένταξη στο Index Medicus είναι ο στόχος μας για το άμεσο μέλλον.

Από τη Σύνταξη

Περιεχόμενα

από τη σύνταξη	Το πρόβλημα της Φυματίωσης στη σημερινή Ελλάδα και η αντιμετώπισή του Θ.Ε. Λιώκης	6
πρωτότυπες εργασίες	Η Εκπαίδευση των ασθματικών στην Ελλάδα Χ. Μελισσηός, Α. Αντωνιάδης, Ν. Γεωργάτου, Σ. Γουγουλάκης, Κ. Γουργολιάνης, Ε. Ζέπου, Γ. Ηλωνίδης, Η. Κακαβέλης, Μ. Κίτρου, Σ. Κων- σταντόπουλος, Δ. Μπούρος, Σ. Μπουσμπουκιλιά, Ε. Παπαδάκης, Σ. Παπίρης, Α. Ράπτη, Μ. Χολέβας	12
ειδικό άρθρο	Θέσεις Ομοφωνίας για τη Φυματίωση στην Ελλάδα	22
ενδιαφέρουσες περιπτώσεις	Θυμολίπωμα σε συνδυασμό με καθυστερημένη σωματική ανάπτυξη Νταγανού Μ., Δανιήλ Ζ., Μαρώσης Κ., Μποφός Δ., Κοτσοβούλου-Φουσκάκη Β.	42
	Συριγγώδης πόρος δεξιού υποχονδρίου - Αιμόπτυση Παραμίδας Φ., Γούλια Υ., Μπαλάσκας Κ. Τσιριγωτάκης Γ.	46

Contents

editorial	The problem of tuberculosis in Greece today and its management Th.E. Liokis	6
original articles	J.B. West	11
	Patient Education in Asthmatics in Greece C. Melissinos, A. Antoniadis, N. Georgatou, S. Gougoulakis, K. Gourgoulisianis, E. Zepou, G. Ilonidis, H. Kakavelis, M. Kitrou, S. Konstanto- poulos, D. Bouros, S. Bousmpoukilia, E. Papa- dakakis, S. Papiris, A. Rapti, M. Holevas	17
special articles	Consensus Positions in Tuberculosis for Greece	42

Το πρόβλημα της φυματίωσης στη σημερινή Ελλάδα και η αντιμετώπισή του

(Διάλογος επάνω στις θέσεις ομοφωνίας)

Τα τελευταία δέκα χρόνια σε όλες τις χώρες του κόσμου, αναπτυγμένες και υπό ανάπτυξη, φάνηκε η ανάγκη αναπροσαρμογής και εκσυγχρονισμού του αντιφυματικού τους προγράμματος λόγω των νέων δεδομένων που έχουν προκύψει από τις διάφορες μετακινήσεις πληθυσμών, όπως προσφύγων από χώρες με υψηλή επίπτωση της φυματίωσης (από Ασία, Αφρική κ.λπ.) σε αναπτυγμένες χώρες καθώς και λόγω της, κατά τα τελευταία χρόνια, προοδευτικής αύξησης της επιδημίας της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

Για το σκοπό αυτό η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O.) και η Διεθνής Ένωση κατά της Φυματίωσης και των νόσων του αναπνευστικού συστήματος (I.U.A.T.L.D.) με ειδικούς εμπειρογνώμονες και ειδικές δημοσιεύσεις και δελτία έδωσε και δίνει συστάσεις και κατευθύνσεις για την καταπολέμηση της φυματίωσης βάσει των νέων δεδομένων σε Διεθνές Επίπεδο.

Η Ελληνική Ένωση κατά της Φυματίωσης και των αναπνευστικών νόσων, μέλος της I.U.A.T.L.D., όρισε επιτροπή με σκοπό να συντάξει έκθεση για το πρόβλημα της φυματίωσης στη χώρα μας και τον εκσυγχρονισμό και αναπροσαρμογή του αντιφυματικού προγράμματος. Την έκθεση της ανωτέρω επιτροπής επακολούθησε συμπόσιο (6 - 5 - 90) με στρογγυλές τράπεζες με συμμετοχή καθηγητών και πολλών ειδικών με εισηγήσεις και έγινε συζήτηση που έλαβαν μέρος 14 πνευμονολόγοι και υποβλήθηκαν γραπτές προτάσεις από πολλούς ειδικούς και καθηγητές.

Διαπιστώθηκε ότι η μελέτη της φυματίωσης στην Ελλάδα είναι ατελής. Τούτο διεκύρηξα επανειλημμένα σε δημοσιεύσεις και σε ομιλίες σε διάφορα συνέδρια, γιατί δεν γνωρίζουμε την ακριβή επίπτωση της φυματίωσης στην Ελλάδα. Τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας δεν είναι ακριβή. Τούτο γιατί δεν δηλώνονται όλες οι περιπτώσεις φυματίωσης, τόσο α-

The problem of tuberculosis in Greece today and its management



During the last decade the need for adaptation and update of anti-tuberculosis programs has been felt in developed and developing countries, mainly because of new data derived from population migration from countries with a high disease frequency (such as countries in Asia, Africa etc.) to developed countries and also because of progressive growth of the AIDS epidemic.

The World Health Organisation (WHO) and the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), with expert advice and special publications and bulletins has been directing the battle against this disease based on the new data on an international level.

The Greek Union against Tuberculosis and Lung Disease, a member of IUATLD, have appointed a committee to report on the problem of tuberculosis today in our country and also to readjust and update the tuberculosis program. This report was followed by a symposium (6.5.90) with round table discussions and participation of professors and many specialists who submitted written proposals.

It was pointed out that the study of the tuberculosis program in Greece is incomplete. This has been stressed repeatedly in various publications and speeches in various congresses as we do not know the exact frequency of tuberculosis in Greece mainly because the relevant data of the National Statistics Agency are not exact, due to the fact that many tuberculosis cases, from both hospitals and private practice are not registered. In private practice in particular no pneumonologist registers new cases, despite the fact that an old law (No. 4053/1960) obliges them to register all TB cases. The disease frequency varies from area to area, for example it is higher in north-eastern Greece (Evros etc.) and lower

πό τα Νοσοκομεία όσο και από τους ιδιώτες γιατρούς. Ουδείς πνευμονολόγος δηλώνει τις περιπτώσεις φυματίωσης που βρίσκει στην ιδιωτική πράξη, παρ' όλο ότι ένας παλιός νόμος (4053) (1960) επιβάλλει την υποχρεωτική δήλωση κάθε περίπτωσης φυματίωσης. Η επίπτωση της νόσου διαφέρει στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας. Είναι υψηλή στην Βορειοανατολική Ελλάδα (Έβρο, κ.λπ.) και χαμηλή στις νησιωτικές περιοχές. Διαπιστώνεται, βάσει των καταναλισκομένων αντιφυματικών φαρμάκων, ότι η επίπτωση της φυματίωσης είναι πολύ μεγαλύτερη της δηλούμενης (ίσως τριπλάσια). Η θνητότητα έχει πέσει σημαντικά (2,4% το 1983). Η μόλυνση του ανθρώπου συνήθως γίνεται δια του αναπνευστικού συστήματος, με την εισπνοή των μυκοβακτηριδίων που εκτοξεύουν στο περιβάλλον οι βακτηριοδιοφόροι φυματικοί. Η νόσος εντοπίζεται στους πνεύμονες στο 85% των περιπτώσεων.

Η πνευμονική φυματίωση του ενήλικα που έχει πτύελα θετικά στην απλή μικροσκοπική εξέταση είναι η πλέον μολυσματική. Οι περιπτώσεις που τα πτύελα ή οι βρογχικές εκκρίσεις είναι θετικές στην καλλιέργεια ή και αρνητικές, είναι 10 φορές λιγότερο μολυσματικές από τις περιπτώσεις που έχουν πτύελα θετικά για μυκοβακτηρίδια στην απλή μικροσκοπική εξέταση.

Για τη διάγνωση της φυματίωσης, εκτός από την κλινική εικόνα (συμπτώματα του αρρώστου, βήχας, πυρετός, καταβολή, ανορεξία, απώλεια βάρους, νυκτερινοί ιδρώτες, αιμόπτυση, ίσως και θωρακικός πόνος), χρησιμοποιείται ο ακτινολογικός έλεγχος (ακτινογραφία θώρακος, τομογραφία), η φυματινοαντίδραση mantoux (θετική για τους ενήλικες άνω των 10 mm και για τα παιδιά άνω των 5 mm) και κυρίως ο βακτηριολογικός έλεγχος των πτυέλων (ή των βρογχικών εκκρίσεων) με απλή μικροσκοπική εξέταση, εξέταση με εμπλουτισμό (με αντιφορμίνη) και καλλιέργεια. Η βακτηριολογική εξέταση είναι εκείνη που θέτει την σφραγίδα της διάγνωσης της φυματίωσης.

Ευτυχώς διαθέτουμε σειρά ισχυρών αντιφυματικών φαρμάκων που όταν χορηγηθούν από ειδικούς στο σωστό συνδυασμό, στις πρόπουσες δόσεις και στο κατάλληλο χρονικό διάστημα για τις πρόσφατες φυματίώσεις και σε πειθαρχικούς ασθενείς, επιφέρουν την ίαση σε ποσοστό που πλησιάζει το 100%.

Πρώτης προτεραιότητας είναι η θεραπεία των φυματικών που έχουν θετικά πτύελα στην απλή μικροσκοπική εξέταση γιατί είναι οι πλέον μεταδοτικοί για το περιβάλλον. Η χημειοθεραπεία των φυματικών γίνεται με πρωτεύοντα φάρμακα, όπως η ισονιζιδή (H), η ραφαμπικίνη (R), η στρεπτομυκίνη (S), η πυραζιναμίδη (Z), και η εθαμπουτόλη (E) και επί αναθεραπείας ή ύπαρξης ανθεκτικότητας σε ορισμένα πρωτεύοντα φάρμακα, με τα δευτερεύοντα όπως το παραμινοσαλικυλικό Na (PAS), η εθιοναμίδη (ET), η θειοκεταζόνη

in island areas. On the basis of consumption of anti-tuberculosis medication, we can assume that the yearly prevalence is much higher than the registered one (perhaps three times as high). Mortality has fallen considerably (2.5% in 1983). Humans are usually infected via the respiratory system by inhaling mycobacteria expelled in the environment by TB patients carrying the bacteria. In 85% of cases tuberculosis is located in the lungs.

Pulmonary tuberculosis in adults with positive direct smear examination is the most infectious form. Cases with sputum or positive or negative bronchial secretion cultures are 10 times less infectious than those with positive direct smear examinations.

For diagnosis of tuberculosis, except for the clinical picture (symptoms, cough, fever, fatigue, anorexia, weight loss, nocturnal sweating, haemoptysis, perhaps chest pain), radiology (chest X-ray), tomography, tuberculin test (positive for adults > than 10 mm and for children > than 5 mm) and mainly bacteriological testing of sputum or bronchial secretion (direct smear, antiformin enrichment examination, culture) are used. The latter confirms tuberculosis diagnosis.

Fortunately today we have at our disposal a series of strong drugs which when given by specialists, in the correct combination, in adequate doses for a suitable length of time and to disciplined patients may cure the disease in almost all cases (100%).

First therapeutic priority is the treatment of patients with positive direct smear examination as these patients are the most infectious. Treatment is achieved by primary drugs, such as, Isoniazid (H), Rifampicine (R), Streptomycin (S), Pyrazinamide (Z) and Ethambutol (E). In cases of failure with these drugs or bacterial resistance to some of them, secondary drugs such as Paraminosalicylic Na (PAS), Ethionamide (ET), Thioacetone (T), Viomycin (V), Capriomycin (C), Cycloserum (CL), Canamysin (CN) and Cinoxones may be used.

The length of treatment depends on the extent of disease, the localisation, the drug combinations and the bacterium sensitivity to the drugs used. It usually lasts from between 6 to 12 months. When Rifampicine or Pyrazinamide are included in these therapeutic combinations the treatment lasts longer (18 months). As far as AIDs patients are concerned treatment must be prolonged 6 months after sputum clearance.

Treatment of patients with positive direct smear examination must include two phases:

- a) initial phase, for two months with 3-4 drugs, i.e. $H + R + S + Z$ (in young patients) or $H + R + Z + E$ (in the elderly) and then,

(T), βιομυκίνη (V), καπρεομυκίνη (CP), κυκλοσερίνη (CL), καναμακίνη (CN) και κινολόνες.

Το χρονικό διάστημα θεραπείας εξαρτάται από την έκταση ή εντόπιση της νόσου, τα χρησιμοποιούμενα θεραπευτικά σχήματα και την ύπαρξη ευαισθησίας στα χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 6 - 12 μηνών. Όταν στο θεραπευτικό σχήμα δεν περιλαμβάνεται η R και η Z τότε η θεραπεία είναι πολύμηνη (18 μήνες). Όσον αφορά τους φυματικούς που πάσχουν από AIDS ο χρόνος θεραπείας πρέπει να παρατείνεται 6 μήνες μετά την αρνητικοποίηση των πτυέλων.

Η χημειοθεραπεία φυματικών με πτύελα θετικά στην απλή μικροσκοπική εξέταση είναι απαραίτητο να γίνεται σε 2 φάσεις:

α) *Φάση επίθεσης*, επί 2 μήνες με 3 - 4 φάρμακα δηλαδή H + R + S + Z (σε νέα άτομα) ή H + R + Z + E (σε ηλικιωμένους), και κατόπι

β) *Φάση συνέχειας*, με 2 βακτηριοκτόνα (H + R) επί 4 μήνες (αυτή είναι η *βραχυχρόνια θεραπεία*).

Η *φάση συνέχειας* μπορεί να παραταθεί για περισσότερους μήνες (7 - 10) και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που είχε προηγηθεί θεραπεία με H και S επί 1 μήνα ή και περισσότερο και υπάρχει υπόνοια ανάπτυξης δευτεροπαθούς (επικτητής) ανθεκτικότητας. Η θεραπεία των φυματικών μπορεί να γίνει στο σπίτι με επίβλεψη για την ανελλιπή και σωστή λήψη των φαρμάκων και περιοδική παρακολούθηση από το πλησιέστερο πνευμονο-φυματιολογικό ιατρείο ή τον ειδικό γιατρό. Στο νοσοκομείο εισάγονται: φυματικοί με θετικά πτύελα που έχουν στο περιβάλλον τους μικρά παιδιά και δεν είναι δυνατόν να απομονωθούν, βαρέως πάσχοντες, εμπύρετοι πολυσπληλαιώδεις, ανθεκτικοί φυματικοί, φυματικοί που παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα ή επιπλοκές της φυματίωσης (αιμοπτώσεις, πνευμοθώρακα), ή απείθαρχοι ασθενείς που δεν παίρνουν τα φάρμακά τους.

Η νοσηλεία των περισσότερων από τις παραπάνω περιπτώσεις στα νοσοκομεία, κατά τη γνώμη μας, δεν πρέπει συνήθως να υπερβαίνει τον ένα μήνα και δεν είναι πάντοτε απαραίτητη η νοσηλεία σε σανατόρια ή τμήματα φυματικών στα νοσοκομεία.

Η *πρόληψη* γίνεται με την χημειοπροφύλαξη και τον προφυλακτικό αντιφυματικό εμβολιασμό με το B.C.G.. Η *χημειοπροφύλαξη* γίνεται με *ισονιαζίδη* (H) 300 mg ημερησίως επί 6 - 12 μήνες. Σε παιδιά η δόση είναι 10 mg/kg βάρους σώματος. Ενδείξεις: Παιδιά με αρνητική mantoux που ζουν σε στενή επαφή με πάσχοντες που έχουν θετικά πτύελα και παιδιά με θετική mantoux. Ασθενείς που παρουσιάζουν ινοσκληρυντικές αλλοιώσεις και δεν έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, για το φόβο της αναζωπυρώσεως. Άτομα ανοσοκατεσταλμένα που παίρνουν για μεγάλο διάστημα

b) following phase, where the combination of H + R for 4 months is given (this is a short - term therapy). This phase can be prolonged for 7 - 10 months, particularly in cases where the treatment with H + S had been given for one or more months and there is a suspicion of bacterial resistance development. Treatment can be given at home provided that there is surveillance for good compliance to treatment. Patients with positive direct smear test and children in their families who cannot be isolated, patients suffering serious side effects from using anti-tuberculosis drugs and patients with poor therapeutic compliance must be admitted to hospital for treatment. In our opinion hospitalization for many of the above patients must not exceed one month and hospitalization in specific chest disease hospitals or in isolated chest disease wards of general hospitals is not always necessary. Chemoprophylaxis and preventive BCG vaccination are the two main preventive measures. Chemoprophylaxis is achieved with H (300 mg daily for 6 - 12 months). In children the dose is 10 mg/Kg Body Weight. The main indications for chemoprophylaxis are: children with negative tuberculin tests who live in close contact with patients who have positive sputum, children with positive tuberculin tests, patients with signs of past disease in chest X - ray but not treated and patients in specific immunocompromised groups (long-term treatment with corticosteroids, gastrectomy patients, patients with diabetes, AIDS patients etc.).

The vaccination age also depends on disease prevalence in a particular country. In countries with high frequency (Asia, Africa) the vaccination is given at birth. The injection is given in the skin in the upper third of the arm and the dose is 0.05 ml for infants aged 0 - 1 years (half dose) and 0.1 ml for children over the age of one (full dose). In our country, according to a Health Ministry decision and after a proposal by a group of specialists, the vaccination is given at the age of six (at school entrance) and this can protect children up to the age of 20 years after which a booster must be given at recruitment to army or entrance to university.

In infants who have not been vaccinated at birth and who are in contact with patients we give H for 3 months after which a tuberculin test is performed. If the test is positive we give the drug for 6 months whereas if the test is negative, which means that the infant has not yet been in contact with the bacterium, we vaccinate the infant. Infants with mothers suffering from tuberculosis must be fed with milk extracted artificially from the mother. BCG vaccination must become more generalised because so

κορτιζόνη, γαστρεκτομηθέντες, διαβητικοί, τοξικομανείς, πάσχοντες από (AIDS) κ.λπ.

Η ηλικία του εμβολιασμού με B.C.G. εξαρτάται από την επίπτωση της φυματίωσης σε μια χώρα. Σε χώρες με υψηλή επίπτωση (Αφρική, Ασία, κ.λπ.) γίνεται αμέσως μετά τη γέννηση. Το εμβόλιο ενίεται ενδοδερμικά στο άνω μέρος του αριστερού βραχίονα, σε δόση 0.05 ml για βρέφη ηλικίας 0 - 1 χρόνου (μισή δόση) και σε (κανονική) δόση 0.1 ml σε παιδιά ηλικίας πάνω από 1 χρόνο. Στη χώρα μας, σύμφωνα με απόφαση του Υπουργείου Υγείας μετά από πρόταση ομάδας φυματίωσης, γίνεται σε ηλικία 6 ετών (1η δημοτικού) και μπορεί να προστεθεί τα παιδιά περίπου μέχρι την ηλικία των 20 χρόνων (οπότε πρέπει να γίνεται επανεμβολιασμός κατά τη στράτευση και στα πανεπιστήμια). Είναι απόλυτα βέβαιο ότι το B.C.G. προστατεύει τα εμβολιαζόμενα άτομα από μορφές αιματογενούς διασποράς της φυματίωσης (κεγχροειδή-φυματική μηνιγγίτιδα). Στα νεογνά, που δεν έγινε εμβολιασμός αμέσως μετά τη γέννηση και είναι σε επαφή με φυματικούς, δίνουμε Η για 3 μήνες και μετά κάνουμε mantoux. Αν η mantoux αποβεί θετική τα υποβάλλουμε σε θεραπεία επί 6 μήνες, ενώ αν αποβεί αρνητική, πράγμα που σημαίνει ότι το νεογνό δεν μολύνθηκε, τότε το εμβολιάζουμε με B.C.G. Το νεογνό της φυματικής μητέρας μπορεί να πίνει το με τεχνητή λήψη λαμβανόμενο μητρικό γάλα. Ο εμβολιασμός με B.C.G. πρέπει να συστηματοποιηθεί και γενικευθεί γιατί φαίνεται ότι μέχρι σήμερα δεν εμβολιάζονται όλα τα παιδιά, αλλά μόνο το 50% περίπου. Η μόλυνση με βόριο τύπο μυκοβακτηριδίου στην Ελλάδα είναι σπανιώτατη, γιατί σχεδόν πάντοτε το γάλα των αγελάδων βράζεται ή παστεριώνεται, δηλαδή αποστειρώνεται με θέρμανση στους 75⁰ C. Οι φυματικές αγελάδες πρέπει να θανατώνονται.

Το σύγχρονο αντιφυματικό, σε Εθνικό επίπεδο, πρόγραμμα πρέπει να βασίζεται στα δεδομένα της WHO και της IUATLD. Για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να επεκτείνεται σε όλη τη χώρα, στις πόλεις, και στα χωριά και να είναι συνεχές γιατί περιστατικά φυματίωσης συνεχίζουν να εμφανίζονται. Το αντιφυματικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 2 σκέλη, δηλαδή την πρόληψη και τη θεραπεία. Για την πρόληψη, δηλαδή την προστασία των υγιών από την φυματική μόλυνση, πρωτεύοντα ρόλο παίζει η έγκαιρη (πρώιμη) ανίχνευση των αγνοουμένων περιπτώσεων φυματίωσης και η άμεση εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Έτσι, χρειάζεται διαφώτιση του κοινού ώστε ο πληθυσμός να γίνει προσεκτικός στα συμπτώματα της αρρώστιας και να σπεύδει στο γιατρό για την έγκαιρη διάγνωση. Χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση της παιδικής ηλικίας, με φυματινοαντιδράσεις και γενίκευση του B.C.G. στη σχολική ηλικία, όπως και των ατόμων υψηλού κινδύνου. Πρέπει να καθιερωθεί η υποχρεωτική

far only about 50% of BCG candidates are vaccinated. In our country infection with the bovine type of mycobacterium is very rare and this is due to the fact that the milk is pasturised or boiled. All infected cows must be slaughtered.

At a national level the modern anti-tuberculosis program must be based on the WHO and IUATLD data. To be effective it must be spread to both rural and urban areas and it must be continuous because new tuberculosis cases continue to appear. The antituberculosis program has two arms, that is prevention and treatment. As far as prevention is concerned, that is the protection of healthy subjects from infection, the early detection of non-registered tuberculosis cases and suitable treatment, play an essential role. The public must be made aware of the disease symptoms so that early diagnosis can be achieved. On the other hand all children of school age must be followed up with the tuberculin test and the BCG vaccination must be generalised at school age as well as in high risk subjects. Compulsory registration of tuberculosis patients is essential as well as the special patient card which must accompany each patient to every change of address. Seminars on the antituberculosis program are of crucial importance for doctors, nurses etc.

The public must be informed that tuberculosis is not incurable but can be treated within a few months provided that the patient visits the doctor early and complies with the treatment and follow-up.

The Health Ministry public hygiene service must play an active role in the tuberculosis program and, assisted by specialists, must plan, program and make alterations according to new conditions. This service must also check whether the anti TB programs are being applied in the regions. The government must subsidise the fight against TB as this is the best investment in the health of the people of Greece.

More details can be found in "Consensus Positions in Tuberculosis for Greece" composed by the Greek National Union against Tuberculosis and Lung Disease, the main points of which find me in agreement.

δήλωση της φυματίωσης και από ιδιώτες γιατρούς και η σύνταξη *καρτέλας φυματικού*, η οποία να τον συνοδεύει σε περίπτωση αλλαγής τόπου διαμονής, στη νέα του διεύθυνση. Για την επιτυχία του αντιφυματικού προγράμματος πρέπει να γίνει επιμόρφωση σε ειδικά σεμινάρια των γιατρών (αγροτικών, γενικής ιατρικής, παθολόγων, κέντρων υγείας) πάνω στις λεπτομέρειες του αντιφυματικού προγράμματος, όπως επίσης και του παραϊατρικού και βοηθητικού προσωπικού. Το κοινό πρέπει να διαφωτισθεί με όλα τα μέσα και να μάθει ότι η φυματίωση δεν είναι πλέον αρρώστια φοβερή και ανίατη, αλλά καλοήθης που θεραπεύεται μέσα σε μερικούς μήνες με τη βοήθεια ισχυρών και αποτελεσματικών φαρμάκων, αρκεί ο ασθενής με τα πρώτα συμπτώματα να πάει στο γιατρό και να αρχίσει αμέσως η θεραπεία του και η συστηματική του παρακο-

λούθηση. Στο αρμόδιο Υπουργείο Υγείας πρέπει να ενεργοποιηθεί η υπηρεσία Δημόσιας Υγιεινής, η οποία υποβοηθούμενη από *ομάδα εργασίας* από ειδικούς να σχεδιάζει, προγραμματίζει, τροποποιεί και αναπροσαρμόζει, ανάλογα με τις νέες συνθήκες και ανάγκες, το πρόγραμμα και να ελέγχει την εφαρμογή του από τις περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες.

Η πολιτεία πρέπει τέλος, να διαθέσει τις πιστώσεις που χρειάζονται για τον αντιφυματικό αγώνα γιατί τούτο αποτελεί την καλύτερη επένδυση για την υγεία του Ελληνικού λαού.

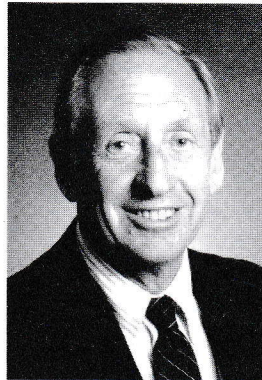
Περισσότερες λεπτομέρειες υπάρχουν στην έκθεση της Ελληνικής Εθνικής Ένωσης κατά της φυματίωσης στα κύρια σημεία της οποίας συμφωνώ.

Θ.Ε. Λιώκης

It is great pleasure to write this short message for "PNEUMON", the journal of the Greek pulmonologists. The invitation brings back very happy memories of the 23rd Annual Congress of the European Society for Clinical Respiratory Physiology which was held in Athens in June of last year. In my opinion, the meeting was an outstanding success, not least because of the wonderful hospitality of our Greek hosts. Following the meeting I was able to visit various sites in classical Greece including old Corinth, Mycenae, Epidaurus, Olympia and Delphi, with side trips to beautiful Nauplia, and also the remarkable monasteries of Meteora.

It is a truism that western medical science began in classical Greece and I sometimes feel that modern Greeks must become very tired of being reminded of the fact. Yet to visit some of the classical sites, ponder on the thoughts of Empedocles whose ideas were espoused by Hippocrates and Galen and dominated western medical thinking for a millennium and a half, and reread the ancient myths in which human emotions and events are just as topical as in today's television, is a salutary reminder of the basic unity of western thought and mankind in general. May it not be long before we have another opportunity to meet again in this beautiful country.

John B. West
La Jolla, CA



Η Εκπαίδευση των ασθματικών στην Ελλάδα

Χ. ΜΕΛΙΣΣΗΝΟΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΑΤΟΥ, Σ. ΓΟΥΓΟΥΛΑΚΗΣ, Κ. ΓΟΥΡΓΟΛΙΑΝΗΣ, Ε. ΖΕΠΟΥ, Γ. Η-
ΛΩΝΙΔΗΣ, Η. ΚΑΚΑΒΕΛΗΣ, Μ. ΚΙΤΡΟΥ, Σ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΜΠΟΥΡΟΣ, Σ. ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΚΙΛΙΑ, Ε.
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Σ. ΠΑΠΙΡΗΣ, Α. ΡΑΠΤΗ, Μ. ΧΟΛΕΒΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εκπαίδευση του αρρώστου σχετικά με τη νόσο του αξιολογήθηκε σε 98 ασθματικούς που παρουσιάσθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών 7 νοσοκομείων στην Ελλάδα. Ελλιπής χρήση της δοσιμετρικής συσκευής βρέθηκε σε 42% των αρρώστων, εσφαλμένη αντίληψη σχετικά με τη μέγιστη ασφαλή δόση εισπνεομένου αδρενεργικού σε 57%, αδυναμία αναγνώρισης φαρμάκων τα οποία ελάμβανε σε 34% και ελλιπής γνώση ειδικών στοιχείων της νόσου με πρακτική σημασία σε 51%. Η ελλιπής εκπαίδευση ήταν πιο συχνή στις γυναίκες, στους ασθματικούς που δεν είχαν ποτέ νοσηλευθεί για τη νόσο τους και στους ασθματικούς με χαμηλή σχολική εκπαίδευση. Συμπερασματικά η εκπαίδευση σ' αυτό τον πληθυσμό των ασθματικών είναι ελλιπής και απαιτούνται συστηματικές προσπάθειες με σκοπό να βελτιωθεί η εκπαίδευση των ασθματικών στην πατρίδα μας.

ΠΝΕΥΜΩΝ (1990) 1: 12-16

ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Εισαγωγή

Η ενεργή συμμετοχή του αρρώστου έχει κεντρικό ρόλο στη θεραπεία του άσθματος κυρίως λόγω των αποτόμων μεταβολών στη βαρύτητα της νόσου^{1,2}. Με την προϋπόθεση πως υπάρχει η καλύτερη δυνατή ιατρική αντιμετώπιση, υπάρχει ένας αριθμός παραγόντων που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθματικός ρυθμίζει τη θεραπεία του. Οι πιο γνωστοί απ' αυτούς είναι η εκπαίδευση και η ενεργοποίηση του αρρώστου. Η ενεργοποίηση του αρρώστου μόνο έμμεσα μπορεί να υπολογισθεί και πρακτικά είναι αδύνατο να εκφρασθεί αριθμητικά. Αντίθετα έχουν γίνει πολλές επιτυχείς απόπειρες για την αξιολόγηση της εκπαίδευσης του ασθματικού. Τέτοιες

μελέτες είναι πολύ χρήσιμες για τον προγραμματισμό της εκπαίδευσης για κάθε άρρωστο με άσθμα και για τα «σχολεία» που έχουν σκοπό τους την ομαδική εκπαίδευση των αρρώστων.

Η μελέτη που ακολουθεί έγινε με το σκοπό να αξιολογηθεί συστηματικά η εκπαίδευση του αρρώστου σε ένα ειδικό πληθυσμό ασθματικών, αυτούς που εμφανίζονται για εισαγωγή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείων της Ελλάδος. Αυτοί οι άρρωστοι εμφανίζουν εξ' ορισμού αποτυχία στη θεραπεία τους και οι πληροφορίες που είναι σχετικές με την εκπαίδευσή τους είναι εξαιρετικά χρήσιμες.

Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκε η εκπαίδευση 98 αρθματικών που πα-

ρουσιάσθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών 7 νοσοκομείων της Ελλάδας, που πήραν μέρος σε μια πολυκεντρική μελέτη για το άσθμα. Οι άρρωστοι αξιολογήθηκαν από ειδικούς πνευμονολόγους σύμφωνα με ένα πρωτόκολλο κοινό για όλα τα νοσοκομεία.

Όλοι οι άρρωστοι είχαν πριν ή κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα επιβεβαίωση της διάγνωσης του άσθματος (περισσότερο από 20% βελτίωση της FEV₁ μετά από εισπνοή 200 μg σαλβουταμολης). Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι άρρωστοι με άλλες νόσους των πνευμόνων, νοσήματα του θωρακικού τοιχώματος ή του κυκλοφορικού, ψυχιατρικές παθήσεις και διαταραχές συμπεριφοράς.

Χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις παράμετροι για να αξιολογηθεί η εκπαίδευση του αρρώστου.

1. Η ικανότητα χρήσης της δοσιμετρικής συσκευής αεροσόλης,
2. Η άποψη του αρρώστου σχετικά με τη μέγιστη ημερησία ασφαλή δόση εισπνεομένων αδρενεργικών,
3. Η ικανότητα του αρρώστου να αναγνωρίζει φάρμακα που έχει πάρει στο παρελθόν (αν περιέχουν ή όχι παρόμοια ή διαφορετική ενεργό ουσία),
4. Οι βασικές γνώσεις πάνω στο άσθμα, χρήσιμες για την πρακτική αντιμετώπισή του (πιθανή πορεία της νόσου, αποτελέσματα κακής θεραπείας, αιτίες επιδείνωσης, και αναμενόμενες μεταβολές της θεραπείας στην έναρξη της κρίσης).

Οι ερευνητές έπρεπε να σχολιάσουν κάθε ένα από τα δεδομένα ανάλογα με το βαθμό αξιοπιστίας. Όλα τα αποτελέσματα εξετάστηκαν από ομάδα δύο ειδικών που δεν έλαβαν μέρος στη μελέτη. Οι άρρωστοι με οποιοδήποτε πρόβλημα στην αξιοπιστία των δεδομένων δεν χρησιμοποιήθηκαν στους υπολογισμούς που ακολουθούν. Άρρωστοι με ανεπαρκή ή ελλιπή αξιολόγηση ενός εκ των παραπάνω παραμέτρων (π.χ. άρρωστοι που δεν είχαν πάρει ποτέ τους εισπνεόμενα αδρενεργικά) αναφέρονται εμφανώς στη μελέτη και δεν αποκλείονται από την αξιολόγηση των υπολοίπων δεικτών. Οι άρρωστοι με ανεπαρκή αξιολόγηση δύο ή περισσότερων δεικτών δεν χρησιμοποιήθηκαν στο μέρος της μελέτης που αναφέρεται στη συνολική εκπαίδευση του αρρώστου.

Αποτελέσματα

Εσφαλμένη χρήση της δοσιμετρικής συσκευής αεροσόλης βρέθηκε σε 42,1% (32/76) των ασθματικών που έπαιρναν το φάρμακο (Πίνακας 1). Οι περισσότεροι από τους ασθματικούς 56,6% (43/76), είχαν εσφαλμένη άποψη σχετικά με τη μέγιστη ασφαλή ημερήσια δόση εισπνεομένων αδρενεργικών. Οι 34,4%

Πίνακας 1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΑΣΘΜΑ (98 άρρωστοι που εμφανίστηκαν στο εφημερείο)

1. ΧΡΗΣΗ ΔΟΣΙΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ (76 ασθενείς που έκαναν χρήση)		
Σωστή χρήση	44/76	57.9%
Λάθος χρήση	32/76	42.1%
2. ΕΝΤΥΠΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΓΙΣΤΗ ΑΣΦΑΛΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΟΣΗ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΩΝ ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΩΝ		
Σωστή (8 - 16/ημερησίως)	33/76	43.4%
Λάθος (< 8 ή > 16 εισπνοές/ημερησίως)	43/76	56.6%
3. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΡΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ (93 ασθενείς)		
Αναγνωρίζει τουλάχιστον 2/3 των σκευασμάτων που έχει πάρει	61/93	65.6%
Αναγνωρίζει λιγότερο από 2/3 των σκευασμάτων που έχει πάρει	32/93	34.4%
4. ΒΑΣΙΚΗ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΘΜΑ (92 ασθενείς)		
Επαρκής	45/92	48.9%
Κακή	47/92	51.1%
Κακή, όχι επικίνδυνη	24/92	26.1%
Κακή δυνητικά επικίνδυνη	17/92	18.5%
Επικίνδυνη	6/92	6.5%
5. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ 1 - 4 (83 ασθενείς με τουλάχιστον 3 παραμέτρους επαρκώς αξιολογημένες)		
Ικανοποιητικές όλες οι παράμετροι	15/83	18.1%
Μία παράμετρος βρέθηκε ελλιπής	28/83	33.7%
Δύο ή περισσότερες παράμετροι ελλιπείς	40/83	48.2%
Ελλιπείς δύο παράμετροι	16/83	19.3%
Ελλιπείς τρεις παράμετροι	14/83	16.9%
Όλες οι παράμετροι ελλιπείς	10/83	12.0%

(32/93) ήταν αδύνατο να αναγνωρίσουν περισσότερα από το ένα τρίτο των φαρμάκων τα οποία είχαν πάρει στο παρελθόν. Λεπτομέρειες σχετικά με την αναγνώριση ιδιοσκευασμάτων παρατηρούνται στον Πίνακα 2.

Η γενική γνώση του αρρώστου στο άσθμα κρίθηκε από το γιατρό επαρκής στο 48,9% των ασθματικών (45/92). Στους υπόλοιπους η γνώση αυτή κρίθηκε ανεπαρκής αλλά μη επικίνδυνη σε 26,1% (24/92) δυνητικά επικίνδυνη σε 18,5% (17/92) και επικίνδυνη σε 6,5% (6/92).

Μόνο 15 από τους 83 αρρώστους, στους οποίους υπήρχε επαρκής αξιολόγηση σε τουλάχιστον 3 από τις

Πίνακας 2. ΕΣΦΑΛΜΕΝΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

(Αν σκευάσματα που έχει πάρει περιέχουν ή όχι παρόμοια δραστική ουσία)

	Ελλιπής αναγν. Αρρώστοι (%)
Αδρενεργικά	
Δοσιμετρικές συσκευές	15.9%
Εισπνεόμενες κάψουλες	11.1%
Δισκία	20.0%
Σιρόπια	25.0%
Θεοφυλλίνη	
Δισκία	18.8%
Αμπούλες	44.4%
Υπόθετα	30.0%
Στεροειδή	
Δοσιμετρικές συσκευές	23.7%
Δισκία	37.2%
Αμπούλες	52.8%
Προληπτικά φάρμακα	
Δοσιμετρικές συσκευές	25.0%
Δισκία	27.8%
Σιρόπια	25.0%

4 παραμέτρους που αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν είχαν καμιά ένδειξη κακής εκπαίδευσης (18,1%), 28 αρρώστοι (33,7%) είχαν μια παράμετρο κακής εκπαίδευσης και 40 (48,2%) περισσότερο της μιας. (19,3% δύο, 16,9% τρεις και 12% τέσσερις).

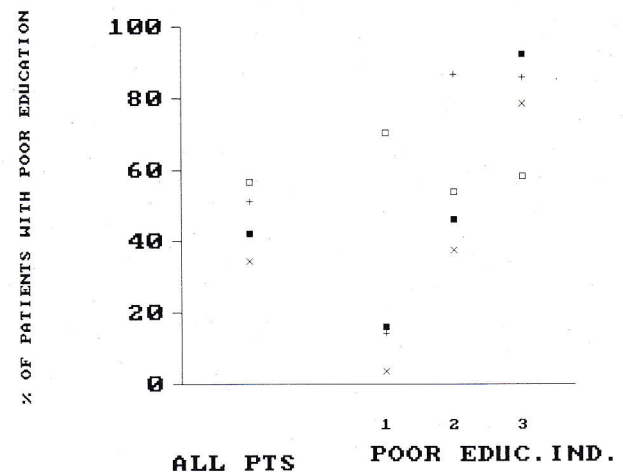
Οι άνδρες βρέθηκαν να έχουν καλύτερη εκπαίδευση από τις γυναίκες. Μόνο 38,5% (15/39) των ανδρών είχαν δύο ή περισσότερες παραμέτρους κακής εκπαίδευσης σε σύγκριση με 56,8% (25/44) στις γυναίκες. Η ηλικία δεν βρέθηκε να επηρεάζει την εκπαίδευση του αρρώστου στον πληθυσμό που μελετήσαμε. Το 45,5% των αρρώστων κάτω των 50 και το 51,3% των αρρώστων πάνω από αυτήν την ηλικία είχαν περισσότερο από μία παράμετρο κακής εκπαίδευσης (20/44 και 20/39 αντίστοιχα). Άρρωστοι με εκπαίδευση λυκείου ή πανεπιστημίου είχαν καλύτερη γνώση της νόσου. Οι 3 στους 15 (20%) αρρώστους με επαρκή αξιολόγηση σ' αυτό τον πληθυσμό βρέθηκε να είναι ελλιπώς εκπαιδευμένοι σε σύγκριση με το 56,5% (35/62) για τους υπόλοιπους αρρώστους.

Άρρωστοι με προηγούμενη νοσοκομειακή περίθαλψη για κρίση άσθματος ήταν πολύ καλύτερα εκπαιδευμένοι σε σύγκριση με τους αρρώστους που δεν είχαν ποτέ νοσηλευθεί. Οι 34,1% (14/41) των πρώτων είχαν περισσότερο από μία παράμετρο ελλιπούς εκπαίδευσης ενώ 61,9% των δεύτερων είχαν περισσό-

τερο από μία παράμετρο ελλιπούς εκπαίδευσης (26/42).

Συζήτηση

Η εκτίμηση των γνώσεων του ασθματικού που είναι απαραίτητες για να μπορεί να πάρει ο ίδιος τη θεραπεία και η αξιολόγηση των ικανοτήτων χειρισμών του είναι δύσκολη. Η επιλογή των παραμέτρων που πρέπει να μελετηθούν και των ορίων τους καθώς και οι αποφάσεις που σχετίζονται με τον τρόπο και το είδος των ερωτήσεων μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τα αποτελέσματα. Επιλέξαμε τέσσερις παραμέτρους που πιστεύουμε ότι έχουν εφαρμογή στους περισσότερους αρρώστους για να συγκρίνουμε την εκπαίδευση ανάμεσα σε ομάδες ασθματικών (ικανότητα στη χρήση της δοκιμαστικής συσκευής αεροσόλης, άποψη σχετικά με τη μέγιστη ασφαλή δόση εισπνεομένων αδρενεργικών, αναγνώριση των σκευασμάτων, και άποψη του αρρώστου σχετικά με πρακτικά θέματα της αρρώστιας του). Σε 83 από τους 98 αρρώστους που μελετήσαμε (84,7%) είχαμε αξιόπιστα δεδομένα για τουλάχιστον τρεις από τις παραμέτρους που αναζητήθηκαν. Επειδή



Συχνότητα εμφάνισης παραμέτρων ελλιπούς εκπαίδευσης σε ομάδες ασθματικών που διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά το γενικό βαθμό εκπαίδευσης. Αναφέρεται σ' όλους τους αρρώστους με επαρκή αξιολόγηση τουλάχιστον τριών παραμέτρων.

Επεξηγήσεις 1, 2 και 3, αναφέρονται στον αριθμό των δεικτών κακής εκπαίδευσης που βρέθηκε σε κάθε ομάδα.

Κενό τετράγωνο: Ελλιπής αντίληψη σχετικά με τη μέγιστη ασφαλή δόση εισπνεόμενου αδρενεργικού.

Γεμάτο τετράγωνο: Κακή χρήση της δοσιμετρικής συσκευής.

+ : Ελλιπής γνώση σε συγκεκριμένα θέματα πρακτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της ασθένειας.

χ: Αδυναμία αναγνώρισης φαρμάκων τα οποία έχει λάβει ο αρρώστος.

οι ασθματικοί διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για τη σωστή εκπαίδευση, τουλάχιστον τόσο όσο διαφέρει το ένα άσθμα από το άλλο, η αξιολόγηση μεγαλύτερου αριθμού παραμέτρων σε ειδικά θέματα εκπαίδευσης θα μπορούσε να έχει λιγότερο αντιπροσωπευτικά δεδομένα για σύγκριση ομάδων ασθενών. Τα όρια ανάμεσα στην επαρκή και στην ανεπαρκή απόδοση του αρρώστου είναι σαφώς καθορισμένα όσον αφορά την ερώτηση σχετικά με τη μέγιστη ασφαλή ημερησία δόση εισπνεομένων αδρενεργικών (8-16 εισπνοές) και την αναγνώριση φαρμάκων που ήδη έχει λάβει (παραδεκτό όριο πάνω από τα δύο τρίτα). Η αξιολόγηση της ικανότητας για σωστή χρήση της δοσιμετρικής συσκευής είναι μάλλον εύκολη για γιατρούς που χειρίζονται ασθματικούς. Αντίθετα η αξιολόγηση της γνώσης του αρρώστου σε θέματα σχετικά με το άσθμα που έχουν πρακτική σημασία είναι ασφαλώς υποκειμενική και επηρεάζεται σημαντικά από τις λέξεις που θα χρησιμοποιηθούν και τις ερωτήσεις που θα επιλεγούν. Στη μελέτη αυτή θεωρούμε ότι γιατροί με σωστή εκπαίδευση στο άσθμα, έχοντας συστηματικές οδηγίες, μπορούν να ελέγξουν με αξιοπιστο τρόπο τις πληροφορίες. Βρήκαμε πως περίπου ένας στους δύο ασθματικούς είναι ανεπαρκώς εκπαιδευμένος τουλάχιστον σε δύο από τις τέσσερις παραμέτρους που εξετάσαμε. Επειδή αυτές οι παράμετροι αναμένονται να επηρεάσουν σοβαρά τη θεραπεία του αρρώστου, τα δεδομένα μας επιβεβαιώνουν προηγούμενες παρατηρήσεις στις οποίες έχει βγει το συμπέρασμα ότι η ανεπαρκής εκπαίδευση φαίνεται να είναι η πιο συχνή αιτία αποτυχημένης θεραπείας στο άσθμα^{3,4,5,6}.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να τονιστεί ότι ο πληθυσμός της μελέτης δεν είναι αντιπροσωπευτικός του ασθματικού αρρώστου στη χώρα μας γενικά. Δεδομένου πως όλοι οι άρρωστοι στη μελέτη αυτή εμφανίστηκαν στο εφημερείο ενός νοσοκομείου ζητώντας εισαγωγή, έχουν κοινό γνώρισμα την αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας. Αν θεωρήσουμε όμως ότι ο σκοπός του γιατρού είναι να προλαμβάνει αυτές ακριβώς τις αποτυχίες, αυτό το τμήμα του πληθυσμού που μελετήθηκε αναμένεται να προσφέρει ιδιαίτερα χρήσιμες πληροφορίες.

Η παρατήρηση ότι ο πιο συχνός δείκτης ελλειπούς εκπαίδευσης ήταν η έλλειψη ικανότητας του αρρώστου να προσαρμόσει τη θεραπεία του με αδρενεργικά σε κρίση, φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο στη συχνότητα αποτυχημένης θεραπείας. Από το γεγονός ότι ο δείκτης αυτός ήταν ο πιο συχνός που βρέθηκε μόνος του να δηλώνει έλλειψη εκπαίδευσης και δεδομένου ότι δεν ακολουθούμε παράλληλα την αύξηση των άλλων τριών σε συχνότητα, βγαίνει το συμπέρασμα ότι πρέπει να γίνουν ιδιαίτερες προσπάθειες προσαρμο-

σμένες στην εκπαίδευση του ασθματικού στον έλεγχο των επιδεινώσεων της νόσου. Η παρατήρηση ότι άρρωστοι που νοσηλεύθηκαν στο παρελθόν για άσθμα και άρρωστοι που έχουν μόρφωση λυκείου και πανεπιστημίου είναι καλύτερα εκπαιδευμένοι από τον υπόλοιπο πληθυσμό, δεν προκαλεί έκπληξη^{7,8}. Οι άρρωστοι που έχουν προηγουμένως νοσηλευθεί, έχουν τεθεί σε μακροχρόνια επαφή με γιατρούς, νοσοκόμες και άλλους ασθματικούς και τους έχουν δοθεί τουλάχιστον μια φορά έγγραφες λεπτομερείς οδηγίες. Οι άρρωστοι που έχουν αποφοιτήσει από λύκειο ή πανεπιστήμιο αναμένεται να έχουν μεγαλύτερη εξοικείωση σε οποιοδήποτε θέμα εκπαίδευσης και είναι πιθανόν να έχουν μεγαλύτερη ικανότητα να αντιλαμβάνονται οδηγίες^{2,9,10}. Από την άλλη μεριά είναι δύσκολο να εξηγηθεί κανείς γιατί οι ασθματικές γυναίκες έχουν χειρότερη εκπαίδευση σχετικά με την αρρώστια τους σε σύγκριση με τους άνδρες. Στη μελέτη μας οι γυναίκες είχαν την ίδια συχνότητα προηγούμενων νοσοκομειακών περιθάλψεων και την ίδια σχολική εκπαίδευση. Είναι σημαντικό ότι οι γυναίκες υστερούσαν σημαντικά σε όλες τις παραμέτρους εκπαίδευσης με μόνη εξαίρεση την άποψη σχετικά με τη μέγιστη δόση εισπνεομένων αδρενεργικών που ήταν ίδια και για τις δύο ομάδες. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι η προσωπικότητα των γυναικών στη χώρα μας που τις εμποδίζει να υποβάλλουν αρκετές ερωτήσεις που είναι απαραίτητες για την εκπαίδευσή τους.

Το βασικό μήνυμα της μελέτης είναι ότι οι ασθματικοί που διακομίζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών στη χώρα μας έχουν βασικές ελλείψεις σε ικανότητες και γνώσεις που είναι απαραίτητες για τη θεραπεία τους. Φαίνεται πως είναι απαραίτητο ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους αρρώστους που τελικά δεν εισάγονται στο νοσοκομείο^{11,12}. Οι άρρωστοι που νοσηλεύονται αναμένεται να έχουν αποτελεσματική εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Επειδή ο χώρος του εφημερείου και η κατάσταση του αρρώστου όταν εμφανίζεται δεν είναι κατάλληλα για συστηματική εκπαίδευση, προτείνεται μαζί με τις οδηγίες που δίνονται αμέσως στον άρρωστο να καθορίζεται ημερομηνία για την αξιολόγηση της εκπαίδευσής του.

Τα δεδομένα μας δείχνουν πως μερικές ομάδες αρρώστων, όπως οι γυναίκες, αυτοί που δεν έχουν ποτέ νοσηλευθεί για άσθμα και αυτοί που έχουν χαμηλή σχολική εκπαίδευση, χρειάζονται ειδική εκπαιδευτική φροντίδα³.

Στο άσθμα όπως και στις άλλες χρόνιες αρρώστιες, η εκπαίδευση θεωρείται βασικό μέρος της αντιμετώπισης. Εκπαιδευτικά προγράμματα για το άσθμα που δίνουν μεγάλη έμφαση στο ρόλο του αρρώστου στη θεραπεία, αναμένεται να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθματικών. Η επιλογή των παραμέτρων που θα

πρέπει να περιλαμβάνεται σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ασθματικούς είναι κριτικής σημασίας. Οι άρρωστοι με άσθμα διαφέρουν ως προς τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της νόσου και το θεραπευτικό σχήμα που έχει αποφασισθεί. Φαίνεται όμως ότι απαιτείται προσοχή στην ικανότητα του αρρώστου να προσαρμόζει τη θεραπεία του κατά την έναρξη μιας κρίσης, επειδή είναι το πιο συχνό πρόβλημα εκπαίδευσης σ' αυτούς τους αρρώ-

στους.

Συμπεραίνεται ότι η εκπαίδευση των ασθματικών αρρώστων στη χώρα μας είναι ελλιπής και μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε αποτυχίες θεραπείας. Οι γιατροί που αντιμετωπίζουν ασθματικούς θα πρέπει να αυξήσουν τις θεραπευτικές προσπάθειες αν θέλουν να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Littlejohns P., Ebrahim S., Anderson R.: Treatment of adult asthma: is the diagnosis relevant? *Thorax* 1989, 44: 797-802.
2. Barnes P.A.: A new approach to the treatment of asthma. *N Engl J Med* 1989, 321 (22): 1517-27.
3. Stenius-Aarniala B.: Patient education in asthma. *Eur Resp J* 678-80.
4. Buckley D.: Assessment of inhaler technique in general practice. *Ir J Med Sci* 1989, 158 (12): 297-9.
5. Li J.T., Reed C.E.: Proper use of aerosol corticosteroids to control asthma. *Mayo Clin Proc* 1989, 64 (2): 205-10.
6. Moran M.G.: Treatment non compliance in asthmatic patients. *Seminars in Respiratory Medicine* 1987, 8 (3): 271-7.
7. Ringsberg K.C., Wiklund I., Wihelmsen L.: Education of adult patients at an "asthma school" effects on quality of life, knowledge and need for nursing. *Eur Resp J* 1990, 3: 33-7.
8. Hoffman I.B., Fiel S.B.: Oral vs repository corticosteroid therapy in acute asthma. *Chest* 1988, 93 (1): 11-3.
9. Maew S., Schlosser M.: Changing health behaviour outcomes in asthmatic patients: a pilot intervention study. *Soc Sci Med* 1988, 26 (3): 359-64.
10. Worth H.: Patient education in the treatment of bronchial asthma. Goals, content, pedagogic techniques and evaluation of a structured program. *Fortsch Med* 1989, 107 (30): 631-5.
11. Pretet S., Perdrizet S., Poisson N., Pujet J.C., Marsac J.: Treatment compliance and self-medication in asthma in France. *Eur Resp J*.
12. Sibbald B.: Patient self care in acute asthma. *Thorax* 1989, 44 (2): 97-101.

Patient Education in Asthmatics in Greece

C. MELISSINOS, A. ANTONIADIS, N. GEORGATOU, S. GOUGOULAKIS, K. GOURGOULIANIS, E. ZEPOU, G. ILONIDIS, H. KAKAVELIS, M. KITROU, S. KONSTANTOPOULOS, D. BOUROS, S. BOUSMPOUKILIA, E. PAPANADAKIS, S. PAPIRIS, A. RAPTI, M. HOLEVAS

SUMMARY

Patient education was evaluated in 98 asthmatics, presenting to the Emergency Room in Greece. Poor use of dosimetric inhaler was found in 42% of the patients, Wrong concept regarding the maximal dose of inhaled adrenergics in 57%, failure to recognize drugs he is exposed to in 34% and inadequate knowledge on specific aspects of the disease with practical consequences in 51%. Poor education was more common among female patients, those never hospitalized and patients with low formal school education. Our data suggest that education in this population of asthmatics is inadequate, and systematic efforts are needed in order to provide better education for asthmatics in our country.

PNEUMON (1990) 1:17-21

A MULTICENTRIC STUDY

Introduction

Self management plays a central role in the treatment of asthmatics, mainly because of the abrupt changes in severity of the disease^{1,2}. Assuming on optimal approach from the physicians part, there are several patient related factors known to influence the quality of self management. Patient's motivation and education are the more commonly cited. Motivation is only indirectly assessed and practically impossible to quantitate. On the other hand, successful attempts to evaluate patient education in asthmatic populations have been made in the past. Such studies are of extreme value for planning education programs for the individual patient and for "asthma schools". This study was designed in order to sy-

stematically evaluate patient education in a particular population of asthmatics: those who seek admission presenting to the Emergency Room of hospitals in Greece. Since these patients represent, by definition, treatment failures, information regarding their education is of particular importance.

Material and Methods

Patient education was evaluated in 98 asthmatics, who presented to the Emergency Room in seven hospitals in Greece participating in a prospective multicentric study. Patients were evaluated by Pulmonary specialists in the Emergency Room, according to a protocol common to all hospitals. All patients had either prior or within a month from this evaluation, a laboratory confirmation of the diagno-

sis. (>20 improvement of the FEV₁ after the inhalation of 200 µg of Salbutamol). Patients with other pulmonary or chest wall problems, cardiovascular disease, psychiatric or behavioural problems and all smokers were excluded from the study.

Four parameters were used in order to evaluate patients education.

1. Skill in the use of dosimetric inhaler (evaluated on site using a placebo inhaler),
2. Patients opinion regarding the maximal daily safe use of inhaled Adrenergics,
3. Ability to recognize medications he or she was exposed to, as containing similar or different active ingredients (evaluated by demonstration of medications as they are dispersed by the pharmacy),
4. Patients concept of asthma (regarding the potential course of the disease, consequences of mistreatment, possible causes of exacerbations and expected patient's modification of treatment at the onset of an attack).

Comments regarding reliability for each of the collected data were provided by the investigators. A review panel of three specialist not involved in the study, assessed these comments and excluded from further evaluation any parameters from each patient, inadequately tested. Patients with inadequate evaluation of one of the above parameters or if evaluation was not feasible (i.e. patients never taken inhalers) are reported as such and were not excluded from the study. Patients though with inadequate evaluation of more than one parameter were excluded from the part of the study referring to the overall patient education.

Results

Wrong use of the dosimetric inhaler was found in 42.1% (32/76) of the asthmatics under such treatment (table 1). Most of the patients (56.6%, 43/76) had a wrong impression regarding the maximal safe use of inhaled Adrenergics, and 34.4% (32/93) failed to recognise more than 1/3 of the medications they were exposed to, as containing or not similar active ingredients. Details regarding wrong recognition of individual medications are provided in table 2. An acceptable from the physician's point of view, overall concept of their disease was held by 48.9% of the asthmatics (45/92). For the rest, the disease concept was judged as poor but not dangerous in 26.1% (24/92), potentially dangerous in 18.5% (17/92) and dangerous in 6.5% (6/92).

Table 1. PATIENT EDUCATION IN ASTHMA
(98 Patients presenting to the Emergency Room)

1. USE OF DOSIMETRIC INHALER (76 patients using spray)		
Proper use	44/76	57.9%
Wrong use	32/76	42.1%
2. IMPRESSION REGARDING MAXIMAL SAFE USE OF INHALED ADRENERGICS		
Good (8 - 16 inh/day)	33/76	43.4%
Poor (< 8 or > 16 inh/day)	43/76	56.6%
3. RECOGNITION OF MEDICATIONS HE HAS TAKEN AS CONTAINING OR NOT SIMILAR DRUGS (93 patients appropriately evaluated)		
Recognizes at least 2/3 of the medications he was exposed to	61/93	65.6%
Recognizes less than 2/3 of the medications he was exposed to	32/93	34.4%
4. PATIENT'S CONCEPT OF ASTHMA (92 patients appropriately evaluated)		
Good	45/92	48.9%
Poor	47/92	51.1%
Poor but not dangerous	24/92	26.1%
Poor, potentially dangerous	17/92	18.5%
Dangerous	6/92	6.5%
5. OVERALL PATIENT EDUCATION REGARDING ABOVE PARAMETERS 1 - 4 (83 patients with at least 3 parameters appropriately evaluated)		
All parameters evaluating education tested found good	15/83	18.1%
One of the parameters found poor	28/83	33.7%
Two or more of the par. found poor	40/83	48.2%
Two of the parameters found poor	16/83	19.3%
Three of the parameters found poor	14/83	16.9%
All four parameters found poor	10/83	12.0%

Only 15 of the 83 patients with adequate evaluation of at least three of the above mentioned four parameters referring to patient education, had no indication of poor education (18.1%). 28 patients (33.7%) had one index of poor education and 40 (48.2%) more than one (19.3% two, 16.9% three and 12% four).

Men were found to have better education than women. Only 38.5% (15/39) of the male patients had two or more indices of poor education compared to 56.8% (25/44) for the female patients. Age was

Table 2. WRONG RECOGNITION OF MEDICATIONS IN ASTHMATICS (similar or different active ingredient in medications patient was exposed to)

	Patients (%)
Adrenergics	
Inhalor	15.9%
Rotacaps	11.1%
Tablets	20.0%
Sirop	25.0%
Theophylin	
Tablets	18.8%
Ampoules	44.4%
Supposit.	30.0%
Steroids	
Inhalor	23.7%
Tablets	37.2%
Ampoules	52.8%
Preventives	
Inhalor	25.0%
Tablets	27.8%
Sirop	25.0%

not found to influence patient's education in the asthmatic population we studied. 4.45% of the patients below the age of 50 and 51.3% of the patients above this age had more than two indices of poor education (20/44 vs 20/39). Patients with College and University education were better informed regarding asthma, 20% of the ones with adequate evaluation missing more than one index, compared to 56.5% (35/62) for the remaining population. Patients hospitalized in the past for asthma had much better education, 34.1% (14/41) missing more than one parameter compared to 61.9% (26/42) for the ones never hospitalized.

Discussion

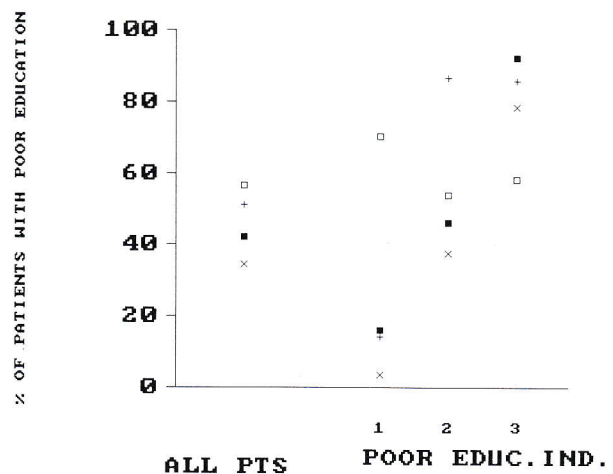
Assessment of patient's skills and knowledge required for self management of asthma is not an easy task. Selection of the parameters to be evaluated, definition of the acceptable performance for each parameter and decisions regarding the actual procedure of testing may affect significantly the results.

We selected four parameters we believe are applicable in most asthmatics in order to compare patient education between groups of asthmatics (Skill in the use of dosimetric inhaler, concept regarding

the maximal dose of inhaled adrenergics, recognition of antiasthmatic medications and concept on specific aspects of the disease with practical consequences). In 83 out of the 98 asthmatics evaluated (84.7%), we obtained data for at least 3 of the parameters tested. Since asthmatics differ between themselves regarding the items necessary for proper education (as much as asthma differs between asthmatics), evaluation of a larger array of more specific items would result in information less representative for the group.

Cut off points for good performance are arbitrary but clearly defined for the question regarding the maximal safe dose of inhaled adrenergics (8-16 puffs/day), and the recognition of medications the patient was exposed to (acceptable > 2/3). Evaluation of the skill in the use of dosimetric spray, is more or less straightforward for physicians handling asthmatics, but assessment of the patient's concept of the disease is subjective and is influenced heavily by the selection and the wording of the questions asked. We assume in this study that properly instructed physicians experienced with the disease, may provide comparable information regarding this item.

We found that approximately one out of two a-



Frequency of occurrence for individual parameters of poor education in groups of asthmatics with different overall education. "ALL PTS" refers to all patients with adequate evaluation of at least three parameters. "1", "2", and "3" stand for the number of indices of poor education found in each group. Empty square: Wrong concept regarding the maximal dose of inhaled adrenergics. Full square: Poor use of dosimetric inhaler. Cross: Inadequate knowledge on specific aspects of the disease with practical sequences. "X": Failure to recognize drugs he is exposed to.

sthmatics in this population has poor education regarding at least two of the four parameters tested. Since these parameters are expected to influence significantly actual treatment, our data confirm previous observations that poor education may be the most frequent cause of inappropriate treatment in asthma^{3,4,5,6}.

Our findings are similar to the ones from studies in other countries but it is important to stress that our population is not representative of the asthmatic population in general. This is because all patients in this study presented to an Emergency Room seeking admission, which implies failure of outpatient treatment. To the extent though that the physician's goal is to prevent such failures, this segment of population may provide useful information.

The finding that the most commonly detected poor education index was inability to effectively and safely modify inhalation treatment on exacerbation, may play a significant role in mistreatments and failures to prevent hospitalization. Furthermore the fact that this index was by far the most commonly found single parameter denoting inadequate education and its frequency did not follow the other three poor education indices, implies that special educational efforts should be provided, oriented specifically to knowledge necessary to control exacerbations of the disease.

The finding that previously hospitalized patients and patients with significant formal school education are better educated on items important for self management is not surprising^{7,8}. Previously hospitalized patients have been exposed to prolonged contact with physicians, nurses and other asthmatics, and were given at least once written detailed instructions. Patients with significant formal school education are expected to be more familiar with instructions on any subject and conceivably have better perception under similar educational efforts^{9,10}. On the other hand it is difficult to explain why female asthmatics have poor patient education compared to male. Women had similar frequency of previous hospitalizations to men and overall similar formal school education. Furthermore they significantly lagged behind regarding all tested parameters of patient education with the exception of the concept regarding the maximal dose of inhaled adrenergics, which was similar for the two groups. One of the possible causes may be the timid personality of ladies in our country, preventing them from asking enough questions necessary for patient education.

The central message from this study is that asthmatics seeking hospitalization in our country lack knowledge and skills important for self manage-

nt. An educational program seems necessary for the ones that are not finally admitted, assuming that the hospitalized ones are expected, as shown in our data, to have effective education during their hospitalization^{11,12}. Since the emergency Room setting and the patients condition at this point are inappropriate for systematic educational efforts, it is suggested that beyond the instructions given immediately, all non-admitted patients should have an appointment at a later date for evaluation of their educational needs and appropriate training.

Our data suggest that some groups of patients (female patients, those never hospitalized and those without significant formal school education) need special attention when providing training in asthmatics³.

In asthma as in other chronic diseases, education is considered an important part of patient management. Asthma education programs emphasizing the patient's role in management may reduce morbidity, reduce care costs and improve quality of life for asthmatic patients.

Selection of parameters that should be included in a training program for asthmatics, is of critical importance, since different patients have different educational needs according to the characteristics of their disease and the decided treatment modalities. It seems though that patient's ability to modify his or her treatment at the onset of an attack, needs special attention since is the most common poor education index in such patients.

It is concluded that patient education in asthmatics in our country is poor, and may contribute significantly to treatment failures. Physicians treating asthmatics should increase their educational efforts in order to achieve an effective management of this common disease.

REFERENCES

1. Littlejohns P., Ebrahim S., Anderson R.: Treatment of adult asthma: is the diagnosis relevant? *Thorax* 1989, 44: 797 - 802.
2. Barnes P.A.: A new approach to the treatment of asthma. *N Engl J Med* 1989, 321(22): 1517 - 27.
3. Stenius - Aarniala B.: Patient education in asthma. *Eur Resp J* 678 - 80.
4. Buckley D.: Assessment of inhaler technique in general practice. *Ir J Med Sci* 1989, 158(12): 297 - 9.
5. Li J.T., Reed C.E.: Proper use of aerosol corticosteroids to control asthma. *Mayo Clin Proc* 1989, 64(2): 205 - 10.
6. Moran M.G.: Treatment non compliance in asthmatic

- patients. *Seminars in Respiratory Medicine* 1987, 8(3): 271 - 7.
7. Ringsberg K.C., Wiklund I., Wihelmsen L.: Education of adult patients at an "asthma school" effects on quality of life, knowledge and need for nursing. *Eur Resp J* 1990, 3: 33 - 7.
 8. Hoffman I.B., Fiel S.B.: Oral vs repository corticosteroid therapy in acute asthma. *Chest* 1988, 93(1): 11 - 3.
 9. Maew S., Schlosser M.: Changing health behaviour outcomes in asthmatic patients: a pilot intervention study. *Soc Sci Med* 1988, 26(3): 359 - 64.
 10. Worth H.: Patient education in the treatment of bronchial asthma. Goals, content, pedagogic techniques and evaluation of a structured program. *Fortsch Med* 1989, 107(30): 631 - 5.
 11. Pretet S., Perdrizet S., Poisson N., Pujet J.C., Marsac J.: Treatment compliance and self-medication in asthma in France. *Eur Resp J*.
 12. Sibbald B.: Patient self care in acute asthma. *Thorax* 1989, 44(2): 97 - 101.

7ο ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΣΥΜΙΝΑΡΙΟ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

«ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ»

ΕΝΟΤΗΤΕΣ

1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
2. ΘΕΡΠΕΥΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
3. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ
4. ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
5. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ AIDS
6. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΠΛΗΝ AIDS
7. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ

Τα πρακτικά των εισηγήσεων τυπωμένα σε έκτακτο τεύχος του περιοδικού «ΠΝΕΥΜΩΝ» και πιστοποιητικά συμμετοχής θα παραλαμβάνονται από τη Γραμματεία στον ίδιο χώρο,

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΚΑΡΑΒΕΛ»
ΣΑΒΒΑΤΟ 9 & ΚΥΡΙΑΚΗ 10 ΜΑΡΤΙΟΥ 1991
Έναρξη 9 π.μ. - Συμμετοχή ελεύθερη

Θέσεις Ομοφωνίας για τη Φυματίωση στην Ελλάδα

Ελληνική Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων
του Αναπνευστικού Συστήματος

Εισαγωγή

Η φυματίωση συνεχίζει να είναι ένα από τα μείζονα υγειονομικά προβλήματα με παγκόσμια διάσταση, αποτελεί δε νόσημα, σε πολλά ζητήματα του οποίου υπάρχουν διαφορές ή και αντιφατικές απόψεις μεταξύ των ιατρών, παρά την από αιώνων συσσώρευση σημαντικών γνώσεων εμπειριών αλλά ακόμα και δοξασιών.

Η Ελληνική Ένωση της Φυματίωσης και της Νόσου του Αναπνευστικού Συστήματος (Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ.) αποφάσισε τη συγγραφή των «Θέσεων ομοφωνίας για τη φυματίωση στην Ελλάδα» κατά το παράδειγμα πολλών άλλων χωρών και κατά τις προτροπές της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και της Νόσου του Αναπνευστικού Συστήματος. Το ιστορικό και οι διαδικασίες σύνταξης των θέσεων αυτών διάρκησαν περίπου 3 χρόνια και αναλύονται στο Παράρτημα «Δ» υπό τη μορφή της ευρείας εισαγωγής.

1. Επιδημιολογία

(Ορισμοί επιδημιολογικών δεικτών Φυματίωσης στο Παράρτημα «Α»)

1.1. Η Φυματίωση ως παγκόσμιο πρόβλημα

Το επιδημικό κύμα της Φυματίωσης άρχισε τον 16ο αιώνα, και κορυφώθηκε τον 18ο αιώνα. Το κατιόν σκέλος της φτάνει μέχρι την εποχή μας και προβλέπεται να καλύψει και τον 22ο αιώνα. Σήμερα, υπολογίζεται ότι 10 εκατομμύρια άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο ανά τον κόσμο από φυματίωση και απ' αυτά τα 3 εκατομμύρια πεθαίνουν από τη νόσο (WHO, 1982), ενώ επίσημα δηλώνονται μόνο 4 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ετησίως και 200.000 θάνατοι (WHO, 1988).

Στις αναπτυγμένες χώρες, η ετήσια επίπτωση της νόσου βρίσκεται κάτω από 10/100.000 κατοίκους και ο δείκτης μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης στη σχολική η-

λικία κάτω του 1%. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η ετήσια επίπτωση κυμαίνεται από 300 - 650/100.000 κατοίκους και η μυκοβακτηριδιακή μόλυνση καλύπτει τα 2/3 του πληθυσμού.

Ο ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης (Annual risk of infection) είναι κάτω του 0.3% στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ στις αναπτυσσόμενες κυμαίνεται στο 1 - 4%. Ο δείκτης αυτός θεωρείται ότι είναι ο πιο αντικειμενικός σήμερα. Το 1% αυτού του δείκτη αντιστοιχεί προς 50 - 60 νέες περιπτώσεις με θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα ανά 100.000 κατοίκους, ετησίως (WHO, 1988). Τα διατιθέμενα κονδύλια ανά ασθενή, στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι 10 - 50 \$, ενώ στις αναπτυγμένες, κυμαίνονται από 15.000 μέχρι και 30.000 \$ ανά ασθενή.

Η επιδημία του AIDS, έχει επηρεάσει τη φυματίωση παγκοσμίως. Εν τούτοις προβλέπεται ότι θα επηρεάσει περισσότερο την επιδημιολογία της φυματίωσης στις αναπτυσσόμενες περιοχές (Styblo, 1988). Η αυξητική επίδραση του AIDS στη φυματίωση, είναι ήδη εμφανής σε πολλές χώρες του κόσμου. Η φυματίωση πολλές φορές εκδηλώνεται μέχρι και δυο χρόνια προ της εκδηλώσεως της νόσου AIDS. Η επίπτωση της φυματίωσης μεταξύ των πασχόντων από AIDS βαίνει παράλληλα με το ύψος του δείκτη μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης της περιοχής (WHO - IUTLD, 1988). Οι μισοί περίπου πάσχοντες από AIDS προσβάλλονται από μυκοβακτηριδιώσεις κατά την προθανάτιο περίοδο και συνήθως, από *Avium Intracellulare*.

Η IUATLD σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization —WHO), ακολουθώντας την αρχή ότι «κανείς δεν μπορεί να είναι ασφαλής αν όλοι δεν είναι ασφαλείς», έχει αναλάβει να βοηθήσει με κάθε μέσο τις αναπτυσσόμενες χώρες έτσι ώστε η φυματίωση να ελεγχθεί κατ' αρχήν και μελλοντικά να εκριζωθεί. Πολλές χώρες έχουν ανταποκριθεί στην προσφορά αυτή και έχουν οργανώσει αξιόλογα αντιφυματικά προγράμματα.

1.2. Η Φυματίωση στην Ελλάδα

Η μελέτη της Φυματίωσης στην Ελλάδα είναι ατε-

* Την επιμέλεια του κειμένου είχε ο κ. Ν. Γιατρομανωλάκης

λής. Η ετήσια επίπτωση της νόσου, όπως αυτή ανακοινώνεται κατά την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, κυμαίνεται περί τις 10-12 περιπτώσεις/100.000 τα τελευταία χρόνια. Εν τούτοις αποτελεί κοινή αίσθηση ότι δεν δηλώνονται όλα τα κρούσματα. Σε μία μελέτη που αφορούσε το έτος 1976, η ετήσια επίπτωση βρέθηκε 140/100.000 για όλη τη χώρα. Εν τούτοις υπήρχαν μεγάλες διαφορές που κυμαίνονταν από 19-461/100.000 κατοίκους στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα, με τη μικρότερη επίπτωση στις νησιωτικές περιοχές και τη μεγαλύτερη στη Βορειοανατολική Ελλάδα. Στην ίδια μελέτη, ο επιπολασμός της φυματίωσης βρέθηκε 276/100.000 κατοίκους (Μπάζα και συν., 1979). Από άλλη μελέτη προκύπτει ότι η υπολογιζόμενη ετήσια επίπτωση της φυματίωσης, με βάση την ετήσια κατανάλωση αντιφυματικών φαρμάκων, μπορεί να είναι περίπου τριπλάσια της δηλούμενης (Θεοδωρακόπουλος και συν., 1988).

Η θνητότητα κατά την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία ανέρχεται στο 2.5% για το 1983. Ο δείκτης μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης κυμαίνεται για την ηλικία 10-12 ετών στο 2-5% κατά τις διάφορες μελέτες, ενώ στη στρατεύσιμη ηλικία των 21 ετών βρέθηκε 10.92% κατά τα τελευταία έτη (Γιατρομανωλάκης και συν., 1988).

Η Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ., σε συνεργασία με την WHO βρήκε το δείκτη μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης 1.7%, σε 3.000 παιδιά ηλικίας 10 ετών της περιοχής Αθηνών (Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ., 1983, υπό δημοσίευση).

Η θεραπεία της φυματίωσης στη χώρα μας γίνεται κατά κανόνα σωστά. Χρησιμοποιούνται τα νεότερα ισχυρά αντιφυματικά φάρμακα σε κατάλληλους συνδυασμούς και διάρκεια αγωγής. Η διάρκεια όμως της ενδοσκομοεικής νοσηλείας, 36 ημέρες κατά μέσο όρο (Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, 1986), θεωρείται μεγάλη και μπορεί να μειωθεί.

Η ανίχνευση νέων περιπτώσεων δεν είναι καλά οργανωμένη, ούτε στο περιβάλλον του φυματικού ούτε στο γενικό πληθυσμό. Ο εμβολιασμός με B.C.G., ενώ νομικά είναι υποχρεωτικός για την ηλικία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, φαίνεται ότι δεν εφαρμόζεται επαρκώς, κυρίως για λόγους έλλειψης προσωπικού. Δεν υπάρχουν δεδομένα για όλη τη χώρα, αλλά κατά αδρή εκτίμηση, ίσως δεν εμβολιάζονται περισσότερα από 50% του συνόλου των Ελληνοπαίδων, παρ' ότι σε ορισμένες περιοχές η κάλυψη φθάνει το 90% των παιδιών.

Ο βόειος τύπος του μυκοβακτηριδίου υπάρχει ακόμη στη χώρα μας, παρά τη νομοθετικά ρυθμισμένη αποζημίωση για θανάτωση των αγελάδων που πάσχουν από φυματίωση.

Η μόλυνση από άτυπα μυκοβακτηρίδια δεν είναι γνωστή. Η Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ. σε συνεργασία με τη WHO βρήκε το δείκτη μόλυνσης από *M. Scrofulaceum* σε

ποσοστό 2.3% σε 3.000 παιδιά ηλικίας 10 ετών της περιοχής Αθηνών (Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ., 1983, υπό δημοσίευση), ενώ στη στρατεύσιμη ηλικία, ο δείκτης αυτός βρέθηκε 7% (Δασκαλόπουλος και Κωνσταντόπουλος, 1987).

Υπάρχουν ενδείξεις βαθμιαίας αύξησης του δείκτη μόλυνσης από άτυπα, όπως συμβαίνει και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Bleiker et al, 1985 και Γιατρομανωλάκης και συν., 1988).

1.3. Μεταδοτικότητα

Η μετάδοση του μυκοβακτηριδίου γίνεται κατά κύριο λόγο με τα πύελα που προέρχονται από πνευμονικές βλάβες με πληθώρα μυκοβακτηριδίων όπως οι σπηλαιώδεις κοιλότητες. Τα σταγονίδια των πτυέλων και τα σωματίδια σκόνης από αποξηραμένα πύελα που φέρουν μυκοβακτηρίδια, εισπνεόμενα εγκαθίστανται στις κυψελίδες υγιούς ατόμου όπου αρχίζει η διεργασία του φυματίου όπως αναπτύσσεται στην παράγραφο 3. Το πεπτικό σύστημα, οι αμυγδαλές, το δέρμα και ο πλακούς, αποτελούν σπανιότερες πύλες εισόδου του μυκοβακτηριδίου.

Οι ασθενείς που κάνουν θεραπεία, πρακτικά είναι μη μεταδοτικοί 2-3 εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής.

Από επιδημιολογικής πλευράς οι ασθενείς διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Αυτοί που έχουν πύελα θετικά στο άμεσο παρασκεύασμα και θεωρούνται οι πλέον σημαντικοί από πλευράς μεταδοτικότητας. Οι ασθενείς αυτοί μολύνουν ένα άτομο το μήνα (Styblo and Meijer, 1980).
2. Αυτοί που έχουν αρνητικό το άμεσο παρασκεύασμα, αλλά θετική την καλλιέργεια. Οι ασθενείς αυτοί μολύνουν 0.2 άτομα το μήνα (Styblo and Meijer, 1980). Στην ίδια περίπου κατηγορία από πλευράς μολυσματικότητας ανήκουν και οι ασθενείς με αρνητική και την καλλιέργεια.
3. Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν εκείνοι που έχουν ακτινολογικά υπολείμματα παλαιών φυματικών βλαβών. Αυτοί δεν μεταδίδουν τη νόσο αλλά έχουν αυξημένη πιθανότητα αναζωπύρωσης της νόσου.

2. Παθογένεια της Φυματίωσης

2.1. Πρωτοπαθής φυματίωση

Όταν το μυκοβακτηρίδιο εισπνευσθεί, φερόμενο σε αιωρούμενο σωματίδιο, είναι δυνατόν είτε να εναποτεθεί πάνω στο βλεννογόνο του ρινοφάρυγγα ή των μεγάλων αεραγωγών, οπότε θα μεταφερθεί προς τα έξω με τον βλεννοκροσσωτό μηχανισμό και θα αποβληθεί, είτε να εναποτεθεί στις κυψελίδες. Στις κυψελίδες φθάνουν μόνο σωματίδια διαμέτρου κάτω των

10 μικρών, τα οποία δυνατόν να φέρουν 1-3 μυκοβακτηρίδια και συνήθως προέρχονται από βήχα, παταμό ή έντονη ομιλία πάσχοντος. Καταρχήν τα μυκοβακτηρίδια αυτά θα φαγοκυτταρωθούν από πολυμορφοπύρρηνα τα οποία όμως πολύ σύντομα θα καταστραφούν. Έτσι τα πολλαπλασιαζόμενα μυκοβακτηρίδια θα φαγοκυτταρωθούν πλέον από τα κυψελιδικά μακροφάγα, μέσα στα οποία, είτε θα καταστραφούν ή θα αδρανοποιηθούν, είτε θα πολλαπλασιαστούν. Εάν τα μυκοβακτηρίδια πολλαπλασιαστούν θα καταστρέψουν το κυψελιδικό μακροφάγο, θα απελευθερωθούν και θα φαγοκυτταρωθούν εκ νέου από κυψελιδικά μακροφάγα, αλλά και από μακροφάγα προερχόμενα από κυκλοφορούντα μονοκύτταρα.

Ο τακτισμός προς τη βλάβη, τόσο των κυψελιδικών όσο και των κυκλοφορούντων μακροφάγων, σχετίζεται με την απελευθέρωση των μυκοβακτηριδίων, τη σχηματιζόμενη ινική και με χημειοτακτικούς παράγοντες του οργανισμού όπως το κλάσμα του συμπληρώματος C5a. Βαθμιαία κυριαρχούν στη βλάβη τα κυκλοφορούντα μακροφάγα, ενώ τα κυψελιδικά μακροφάγα αποσύρονται στην περιφέρεια της βλάβης.

Οι παραπάνω διεργασίες διαρκούν 2-4 εβδομάδες οπότε αναπτύσσεται η κυτταρική ανοσία και η επιβραδυνόμενη υπεραιευσθησία, η δε φυματινοαντίδραση θετικοποιείται.

Τα Τ-λεμφοκύτταρα ευαισθητοποιούνται και με τις λεμφοκίνες τους ενεργοποιούν τα μακροφάγα προς καταστροφή των μυκοβακτηριδίων. Ακολουθεί νέκρωση με κεντρική τυροειδοποίηση, ενώ η βλάβη περιβάλλεται από συνονούμενα μακροφάγα που σχηματίζουν πλέον τα επιθηλιοειδή κύτταρα και τα κύτταρα τύπου Langhans. Βαθμιαία αναπτύσσεται ινική που διηθείται από λεμφοκύτταρα και περιβάλλει τη βλάβη. Ο κοκκιωματώδης αυτός σχηματισμός αποτελεί το φυμάτιο. Η ερμηνεία σχηματισμού του φυματίου επί φυματίωσης δεν είναι σαφής αλλά ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες οι σπουδαιότεροι των οποίων είναι:

- α) Η ανάπτυξη της ανοσίας, η οποία οδηγεί σε καταστροφή περισσότερων βακίλλων και επομένως σε απελευθέρωση περισσότερων τοξικών ουσιών, αλλά και λεμφοκινών από τα Τ-λεμφοκύτταρα.
- β) Η εν τω μεταξύ αναπτυσσόμενη πλημμυλής αιμάτωση συνεπεία θρομβώσεων των αγγείων.
- γ) Οι αντιδράσεις αντιγόνου-αντισώματος που ακολουθούνται από ενεργοποίηση του συμπληρώματος.
- δ) Η κυτταρική απελευθέρωση ριζών οξυγόνου, υδρολυτικών ενζύμων όπως οι πρωτεάσες και λιπάσες, αλλά και άλλων νεκρωτικών ουσιών.

Εξάλλου η περιοχή τυροειδοποίησης είναι ανάγαιος, η μερική πίεση του οξυγόνου χαμηλή, το pH μετρίως όξινο και η συγκέντρωση τοξικών ουσιών υψηλή. Σημειώνεται ότι επί ανοσοκαταστολής του οργανισμού,

ενώ η νόσος είναι συχνότερη, εν τούτοις δεν σχηματίζεται κοκκίωμα και η τυροειδοποίηση είναι σπάνια χωρίς επιθηλιοειδή κύτταρα ή Langhans.

Τα φυμάτια είναι δυνατόν να ακολουθήσουν διάφορες εξελίξεις. Η ευνοϊκή εξέλιξη συνίσταται στην πλήρη απορρόφησή τους με την βοήθεια των μακροφάγων, ιδίως όταν είναι μικρά διαμέτρου 0.1-3 mm. Μεγαλύτερα φυμάτια διαμέτρου 2-8 mm δυνατόν να διαλυθούν από ενδο- και εξωκυτταρικά υδρολυτικά ένζυμα και να υποκατασταθούν από ινώδη ιστό. Ακόμη μεγαλύτερα φυμάτια διαμέτρου 5-10 mm εγκυστεύονται από ινώδη ιστό και ασβεστοποιούνται. Τα φυμάτια είναι δυνατόν όμως να επανενεργοποιηθούν σε περίπτωση μειωμένης αντιστάσεων του οργανισμού, όπως επί κακής διατροφής, μεγάλης ηλικίας άτομα και επί υπάρξεως άλλων νοσημάτων. Τα σπουδαιότερα των νοσημάτων αυτών είναι το AIDS, η πυριτίαση, ο καρκίνος, ο σακχαρώδης διαβήτης και η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Συχνά πάντως η επανενεργοποίηση συμβαίνει χωρίς κανένα εμφανές αίτιο.

Η ασβεστοποίηση αρχίζει από τις πρώτες εβδομάδες, αλλά απαιτούνται 5 χρόνια τουλάχιστον για να είναι εμφανής στην ακτινογραφία θώρακα. Η αυτοίωση αυτή επέρχεται στο 90-95% των πρωτολοιμώξεων, ενώ το 5-10% των ατόμων αυτών θα παρουσιάσει φυματίωση κατά τη διάρκεια της ζωής του. Εν τούτοις σημειώνεται ότι το 80% των νοσησεων αυτών θα συμβεί κατά τα δύο πρώτα χρόνια μετά την πρωτολοιμώξη.

Δυσμενής εξέλιξη του φυματίου θεωρείται η ρευστοποίηση της τυροειδούς νέκρωσης. Τα μυκοβακτηρίδια πολλαπλασιάζονται πλέον εξωκυττάρια και σε μεγάλο βαθμό, το δε υλικό δυνατόν να διαβρώσει παρακείμενο βρόγχο μέσω του οποίου παροχετεύεται προς τα έξω με αποτέλεσμα το σχηματισμό σπηλαιίου και τη διασπορά του μυκοβακτηριδίου.

Το φυμάτιο κατά τις πρώτες εβδομάδες περιβάλλεται από περιεστική αντίδραση με κυψελιδική πλήρωση από εξιδρωτικό υλικό, το οποίο εξελίσσεται σε πυκνωση διαμέτρου 1-2 cm με όλα τα χαρακτηριστικά της βρογχοπνευμονικής εστίας. Το σύνολο της βλάβης αυτής αποτελεί την πρωτοπαθή εστία του Ghon.

Εν τούτοις τα μυκοβακτηρίδια δεν περιορίζονται μόνο στο φυμάτιο. Από τις πρώτες κιόλας ώρες από την εγκατάστασή τους στις κυψελίδες, μεταφέρονται μέσω των λεμφαγγείων στους επιχώριους πυλαίους λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες αυτοί διογκώνονται, βρithουν φυματίων με έντονο πολλαπλασιασμό των μυκοβακτηριδίων, βαθμιαίως δε γίνονται νεκρωτικοί με περιφερικά μόνο φυμάτια και ίνωση. Με την πάροδο του χρόνου μικραίνουν σε μέγεθος και ασβεστοποιούνται κατά τόπους.

Η πρωτοπαθής εστία του Ghon με την αναφερθείσα

επιχώρια λεμφαδενίτιδα αποτελούν το πρωτοπαθές σύμπλεγμα κατά Ranke, η δεν νόσος συνιστά την πρωτοπαθή φυματίωση.

2.2. Μεταπρωτοπαθής φυματίωση

Η μεταπρωτοπαθής φυματίωση είναι δυνατό να οφείλεται στην κατευθείαν εξέλιξη της πρωτοπαθούς, στην αναζωπύρωση της ιαθείσης πρωτοπαθούς βλάβης, στην αιματογενή διασπορά, στην βρογχογενή διασπορά ή την εξωγενή υπερλοίμωξη.

Η βρογχογενής διασπορά δυνατόν να προέλθει, είτε από διάβρωση περιφερικού βρόγχου της περιοχής της πρωτοπαθούς βλάβης οπότε η διασπορά θα είναι περιοχική, είτε από ρήξη στελεχιαίου βρόγχου από πυλαίους λεμφαδένες οπότε η διασπορά θα επεκταθεί σ' όλο τον πνεύμονα.

Η αιματογενής διασπορά δυνατόν να προέλθει:

- α) από τη μεταφορά των μυκοβακτηριδίων από την αρχική βλάβη στους λεμφαδένες και τη συστηματική κυκλοφορία μέσω της λεμφαγγειακής οδού.
- β) από ρήξη αγγείου της πνευμονικής αρτηρίας οπότε η διασπορά μπορεί να περιοριστεί στον ένα πνεύμονα.
- γ) από ρήξη αγγείου πνευμονικής φλέβας οπότε τα μυκοβακτηρίδια θα διασπαρούν σ' όλο τον οργανισμό μέσω της μεγάλης κυκλοφορίας.
- δ) από ρήξη μεγάλου λεμφαγγείου οπότε η διασπορά θα αφορά και τους δύο πνεύμονες μέσω της μικρής κυκλοφορίας.

Η αιματογενής διασπορά των μυκοβακτηριδίων σ' όλο τον οργανισμό ακολουθείται από σχηματισμό φυματίων στα διάφορα όργανα. Και πάλι η εξέλιξη μπορεί να είναι διττή. Είτε δηλαδή να εξελιχθεί κατευθείαν σε διάσπαρτη φυματίωση είτε να ακολουθήσει ίαση και πιθανώς μελλοντική αναζωπύρωση.

Η διάσπαρτη φυματίωση είναι αποτέλεσμα της αιματογενούς διασποράς πρωτοπαθούς ή μεταπρωτοπαθούς φυματίωσης. Οι επιπλοκές της δυνατόν να εκδηλωθούν, είτε ως κεχροειδής φυματίωση με διάσπαρτες πνευμονικές σκιάσεις μεγέθους κέχρου 1-2 χιλιοστών, είτε ως ποικίλη εξωπνευμονική εντόπιση. Για λόγους που δεν είναι γνωστοί οι εξωπνευμονικές εκδηλώσεις και εντοπίσεις της φυματίωσης έχουν συγκεκριμένη χρονική συσχέτιση με την πρωτολοίμωξη.

Έτσι η φυματινοαντίδραση θετικοποιείται και το οζώδες ερύθημα παρουσιάζεται 1-2 μήνες από την πρωτολοίμωξη, ενώ η διάσπαρτη φυματίωση και οι ορογονίτιδες εκδηλώνονται 6-12 μήνες μετά. Η μεταπρωτοπαθής και η σκελετική φυματίωση παρουσιάζονται 1-5 χρόνια αργότερα, ενώ η φυματίωση του ουρογεννητικού συστήματος και η δερματική φυματίωση μετά 5-15 χρόνια (Kunkel et al, 1989, Stead, 1989).

3. Διάγνωση

3.1. Διαγνωστικά μέσα

Η διάγνωση της φυματίωσης, τις περισσότερες φορές, δεν παρουσιάζει προβλήματα. Εν τούτοις, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι δυσκολίες είναι σοβαρές. Η νόσος μπορεί να υποδύεται ποικίλα νοσήματα. Μικροβιολογική ή ιστολογική διάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή. Υπολογίζεται δε ότι μόνο το 50% των περιπτώσεων βρίσκονται με θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα. Έτσι τα υπάρχοντα διαγνωστικά μέσα πρέπει να βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο απόδοσης ώστε η διαφοροδιάγνωση να είναι όσο το δυνατόν ασφαλής, ταχεία και επιστημονικά τεκμηριωμένη.

Τα συνήθως απαιτούμενα διαγνωστικά μέσα είναι:

- Ιστορικό
- Κλινική εξέταση
- Ακτινολογικός έλεγχος, περιλαμβανομένου του τομογραφικού εφόσον απαιτείται
- Βακτηριδιολογικός έλεγχος πτυέλων ή άλλου υλικού
- Φυματινοαντίδραση
- Αιματολογικός έλεγχος
- Βρογχοσκόπηση
- Ιστολογική εξέταση βιοπτικού υλικού
- Ορολογικές εξετάσεις
- Θεραπευτικό κριτήριο με φάρμακα αμιγούς αντι-TBC δράσης

3.2. Το Μυκοβακτηριδιολογικό Τμήμα του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου

Η μυκοβακτηριολογική εργαστηριακή υποστήριξη περιλαμβάνει τέσσερις λειτουργίες:

- Ανίχνευση και απομόνωση μυκοβακτηριδίων
- Ταυτοποίηση είδους ή συμπλέγματος
- Έλεγχος ευαισθησίας στα φάρμακα
- Παρακολούθηση ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία.

Οι λειτουργίες αυτές κατανέμονται σε τρία επίπεδα παρεχομένων υπηρεσιών κατά τα διεθνή πρότυπα.

- 3.2.1. Το πρώτο επίπεδο αφορά τη σωστή συλλογή του υπό εξέταση υλικού, την προετοιμασία, χρώση και μικροσκόπηση του άμεση παρασκευάσματος.
- 3.2.2. Οι λειτουργίες του δεύτερου επιπέδου αφορούν αυτές του πρώτου και επί πλέον την απομόνωση του βακίλλου με καλλιέργεια και προκαταρκτική ταυτοποίηση.
- 3.2.3. Οι λειτουργίες του τρίτου επιπέδου αφορούν όλο το φάσμα της εργαστηριακής μυκοβακτηριδιολογίας, με δυνατότητες πλήρους ταυτοποίησης, ελέγχου ευαισθησίας στα φάρμακα και

βασικής έρευνας.

3.2.4. Ο ποιοτικός έλεγχος και η συνεργασία των φορέων των παραπάνω λειτουργιών αποτελούν θεμελιακή προϋπόθεση αποδοτικής εργασίας και σωστής εξυπηρέτησης των στόχων του αντιφυματικού προγράμματος.

3.3. Φυματινοαντίδραση

Στη χώρα μας χρησιμοποιείται η φυματινοαντίδραση κατά Mantoux και σε μικρότερη κλίμακα, ο φυματινικός δακτύλιος. Για τη φυματινοαντίδραση κατά Mantoux χρησιμοποιείται η κεκαθαρμένη φυματίνη PPD RT-23 του Ινστιτούτου της Κοπεγχάγης, όπως αυτή αραιώνεται από το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur. Από την αραιώση 1:5.000 ενίονται ενδοδερμικά στην έσω επιφάνεια του άνω τριτημορίου του αντιβραχίου 0.1 ml, ήταν 2 TU με βελόνα 25 - 26 G. Σχηματίζεται πομφός 6 - 8 χιλιοστών. Η ανάγνωση γίνεται μετά 48 - 72 ώρες με μέτρηση της διήθησης κατά την εγκάρσια διάμετρό της, η οποία και σημειώνεται, χαρακτηρίζεται δε ως ακολούθως:

- 0 - 4 χιλιοστά: αρνητική
- 5 - 9 χιλιοστά: αμφίβολη
- ≥ 10 χιλιοστά: θετική

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Αρνητική φυματινοαντίδραση δυνατόν να σημαίνει ότι το άτομο δεν έχει έλθει σε επαφή με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, ή ότι έχει μολυνθεί ή νοσήσει χωρίς να έχει αναπτυχθεί φυματινική υπερευαισθησία ή ότι υπάρχει ανοσολογική καταστολή πρωτογενής ή επιγενής από λήψη φαρμάκων, νόσο κ.ά.

Η αμφίβολη φυματινοαντίδραση είναι αποτέλεσμα μόλυνσης είτε από μυκοβακτηρίδια της φυματίωσης, είτε από άτυπα μυκοβακτηρίδια. Εάν η φυματινοαντίδραση αφορά σε άτομο υποψήφιο για χημειοπροφύλαξη, όπως παιδιά και επαφές με πάσχοντα ή σε ασθενείς με AIDS, εκλαμβάνεται ως θετική εφόσον είναι άνω των 5 mm. Η θετική φυματινοαντίδραση θεωρείται ειδική και σημαίνει μόλυνση από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, αλλά όχι απαραίτητα και νόσηση (Carlin, 1980 και Ιορδάνογλου, 1983).

Εάν η φυματινοαντίδραση επαναληφθεί μετά μία εβδομάδα και εντός διαιτίας από την πρώτη, δυνατόν να έχει μεγαλύτερη διάμετρο σε σχέση με την προηγούμενη. Το αυξητικό αυτό φαινόμενο αποδίδεται σε ευαισθησία στη φυματίνη και είναι συχνότερο στις μεγαλύτερες ηλικίες. Έτσι προκειμένου η φυματινοαντίδραση να θεωρηθεί ότι έχει μετατραπεί εξαιτίας μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης, θα πρέπει η δεύτερη Mantoux να είναι μεγαλύτερη από την πρώτη πάνω από 6 χιλιοστά και οπωσδήποτε να είναι πάνω από 10 χιλιοστά σε απόλυτη διάμετρο.

3.4. Ταξινόμηση της φυματίωσης

Πολλές προσπάθειες ταξινόμησης της φυματίωσης έχουν γίνει μέχρι σήμερα, ανάλογα με τα κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά της νόσου. Φαίνεται ότι η ταξινόμηση της American Lung Association ανταποκρίνεται περισσότερο στα σύγχρονα δεδομένα:

Κατηγορία 0: Δεν υπάρχει ιστορικό έκθεσης στο μυκοβακτηρίδιο και η φυματινοαντίδραση είναι αρνητική.

Κατηγορία 1: Υπάρχει ιστορικό έκθεσης στο μυκοβακτηρίδιο, αλλά η φυματινοαντίδραση είναι αρνητική.

Κατηγορία 2: Η φυματινοαντίδραση είναι θετική, αλλά δεν υπάρχει καμία άλλη ένδειξη νόσησης (ακτινογραφία θώρακος φυσιολογική, βακτηριολογικός έλεγχος αρνητικός, δεν υπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις). Το άτομο δηλαδή έχει έλθει σε επαφή με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, αλλά δεν νοσεί. Για την κατηγορία αυτή απαιτείται πλήρης αναφορά στη χημειοπροφύλαξη:

- A. Ουδεμία χημειοπροφύλαξη
- B. Χρονολογία έναρξης χημειοπροφύλαξης
- Γ. Χρονολογία λήξης χημειοπροφύλαξης
 - πλήρης
 - ατελής.

Κατηγορία 3: Τα άτομα της κατηγορίας αυτής έχουν ενδείξεις νόσησης από φυματίωση που χαρακτηρίζεται ως εξής:

A. Εντόπιση της νόσου (πνεύμονες, υπεζωκότας, λεμφικό σύστημα, οστά, αρθρώσεις, ουρογεννητικό σύστημα, κεγχροειδής, μήνιγγες, περιτόναιο, λοιπές εντοπίσεις). Επί πολλαπλών εντοπίσεων καταγράφεται η κύρια εντόπιση και τα συμμετέχοντα όργανα. Δύναται να καταγραφεί η ανατομική έκταση της νόσου.

B. Βακτηριολογική κατάσταση

- Θετική στο άμεσο παρασκεύασμα
 - α. Μόνο στην καλλιέργεια
 - β. Στο άμεσο παρασκεύασμα και στην καλλιέργεια

— Αρνητική
— Δεν έγινε

Γ. Χημειοθεραπεία

1. Δε έχει γίνει
2. Χρονολογία έναρξης χημειοθεραπείας
3. Χρονολογία διακοπής χημειοθεραπείας
 - πλήρης
 - ατελής

Δ. Ακτινολογικά ευρήματα (αναφέρεται το όργανο που έχει ελεγχθεί)

- Φυσιολογική ακτινογραφία
- Παθολογική ακτινογραφία
 - α. Με ή χωρίς κοιλότητα
 - β. Σταθερή, βελτίωση, επιδείνωση.

E. Θερμοαντίδραση φυματινής

1. Θετική, σε χιλιοστά, με ή χωρίς φυσαλλίδες ή νέκρωση
2. Αμφίβολη, σε χιλιοστά
3. Αρνητική
4. Δεν έγινε.

Κατηγορία 4 — Τα άτομα της κατηγορίας αυτής έχουν ιστορικό παλαιάς φυματίωσης ή παλαιά ακτινολογικά ευρήματα αμετάβλητα, με θετική φυματινοαντίδραση, αρνητικό βακτηριολογικό έλεγχο και χωρίς κλινικές ενδείξεις νόσησης. Σημειώνεται η κατάσταση από πλευράς χημειοθεραπείας ή χημειοπροφύλαξης:

- Ουδεμία
- Ημερομηνία έναρξης αγωγής
- Ημερομηνία λήξης αγωγής

Κατηγορία 5 — Πιθανή φυματίωση

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται τα άτομα με σοβαρή υπόνοια φυματίωσης στα οποία όμως δεν έχει ολοκληρωθεί ο έλεγχος. Η παραμονή στην κατηγορία αυτή δεν επιτρέπεται για χρονικό διάστημα πέραν των τριών μηνών. Οι όροι πρωτοπαθής, δευτεροπαθής, ενεργός, ανενεργός, ηρεμούσα, μεταδοτική ή μη δεν χρησιμοποιούνται πια (American Thoracic Society 1981, Ιορδάνογλου 1983).

4. Θεραπεία

Σήμερα διατίθενται ισχυρά φάρμακα για τη θεραπεία της φυματίωσης και η σωστή χρήση τους έχει σαν αποτέλεσμα την επιτυχία της θεραπείας σε ποσοστό που αγγίζει το 100%.

Τα παραπάνω φάρμακα είναι:

- Ισονιαζίδη
- Ριφαμπικίνη
- Εθαμβουτόλη
- Στρεπτομυκίνη
- Πυραζιναμίδη

Τα δευτερεύοντα φάρμακα είναι:

- P.A.S.
- Εθιοναμίδη
- Θειοακαταζόνη
- Βιομυκίνη
- Καπρεομυκίνη
- Κυκλοσερίνη
- Καναμυκίνη

4.1. Αρχές θεραπείας

Η σύγχρονη θεραπεία πρέπει να θεραπεύει σχεδόν όλους τους νεοδιαγνωσμένους ασθενείς σε ποσοστό χωρίς υποτροπές πάνω από 98%. Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται στην κατάλληλη δοσολογία, στους αποδεκτούς συνδυασμούς, για επαρκές χρονικό διάστη-

μα και υπό ικανοποιητική επίβλεψη και ιατρική παρακολούθηση. Όλα τα φάρμακα χορηγούνται σε εφάπαξ ημερήσια δόση εκτός από το P.A.S. και τη Κυκλοσερίνη που δίνονται δύο φορές ημερησίως.

Το συχνότερα χρησιμοποιούμενο σχήμα στις αναπτυγμένες χώρες είναι Ριφαμπικίνη, Ισονιαζίδη και Εθαμβουτόλη ή Πυραζιναμίδη για δύο μήνες. Μετά τη διακοπή της Εθαμβουτόλης ή της Πυραζιναμίδης η θεραπεία συνεχίζεται με τα άλλα δύο φάρμακα μέχρι να συμπληρωθεί συνολικά αγωγή 9 μηνών.

Μερικές χώρες δέχονται τη διάρκεια της θεραπείας μέχρι 12 μήνες, ιδίως για την εξοπνευμονική φυματίωση ή εφόσον στο σχήμα δεν περιλαμβάνεται η Ριφαμπικίνη.

Άλλοι συνδυασμοί φαρμάκων, με το τρίτο φάρμακο κατά την αρχική φάση θεραπείας, δυνατόν να είναι:

- Ριφαμπικίνη — Ισονιαζίδη — Στρεπτομυκίνη
- Ισονιαζίδη — Εθαμβουτόλη — Στρεπτομυκίνη
- Ισονιαζίδη — Εθαμβουτόλη — Πυραζιναμίδη.

Αν χορηγηθούν 4 φάρμακα, ήτοι Εθαμβουτόλη ή Στρεπτομυκίνη + Ισονιαζίδη + Ριφαμπικίνη + Πυραζιναμίδη, δυνατόν ο χρόνος θεραπείας να περιορισθεί στο 6μηνο ως εξής: Χορήγηση για 2 μήνες των 4 αυτών φαρμάκων και κατόπιν συνέχιση με Ριφαμπικίνη και Ισονιαζίδη για άλλους 4 μήνες ακόμη (U.S.A. National Consensus, 1985).

Τελευταία έχει γίνει αποδεκτό βραχυχρόνιο εξάμηνο σχήμα με Ισονιαζίδη — Ριφαμπικίνη — Πυραζιναμίδη για 2 μήνες και κατόπιν Ισονιαζίδη και Ριφαμπικίνη για άλλους 4 μήνες. Η πλήρης συμμόρφωση του ασθενούς και η επίγνωση της πρωτοπαθούς αντοχής του μυκοβακτηριδίου στην περιοχή που το σχήμα αυτό αποφασίζεται, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις εφαρμογής του (IUATLD, 1988). Άλλα εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα και η συγκεκριμένη ονοματολογία αντιφυματικών φαρμάκων - σχημάτων αναλύονται στο παράρτημα «B».

Η αναθεραπεία υποτροπής αμέσως μετά το πέρας της θεραπείας ή μετά πρόωγη διακοπή της αγωγής μπορεί να γίνει με το ίδιο σχήμα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Αν όμως είχε χορηγηθεί αγωγή με μη ισχυρά αντιφυματικά φάρμακα ή αν η υποτροπή έγινε σε ασθενή με πλημμελή συμμόρφωση στη λήψη των φαρμάκων, ή αν δεν υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία ακόμη και μετά τυχούσα αρχική ύφεση, πρέπει να ακολουθήσει αλλαγή σχήματος. Το σχήμα αυτό θα δοθεί τουλάχιστον για 12 μήνες υπό πλήρη επίβλεψη και θα περιλαμβάνει τουλάχιστον τρία φάρμακα για 3 - 4 μήνες, κατά προτίμηση από αυτά που δεν έχει λάβει ο άρρωστος και δεν έχουν διασταυρούμενη αντοχή και εν συνεχεία με δύο φάρμακα. Σε ορισμένες περιπτώσεις πολυανθεκτικής φυματίωσης δυνατόν να χρησιμοποιηθούν τα νεότερα αντιφυματικά φάρμακα όπως τα παράγωγα της Ριφαμπικίνης, Ansamycin και

Rifapentine και οι Κινολόνες.

Η φυματίωση που παρουσιάζεται κατά την κύηση αντιμετωπίζεται με εννεάμηνη αγωγή με Ισονιαζίδη και Ριφαμπικίνη που συμπληρώνεται κατά τους δύο πρώτους μήνες με Εθαμβουτόλη. Δεν επιτρέπεται η χρήση στρεπτομυκίνης και πυραζιναμίδης (U.S.A., National Consensus, 1985). Στη φυματίωση που παρουσιάζεται στους πάσχοντες από AIDS, ο χρόνος θεραπείας πρέπει να παρατείνεται 6 μήνες τουλάχιστον μετά την αρνητικοποίηση της καλλιέργειας πτυέλων (Reichman, 1988). Στους νεφροπαθείς, η Ισονιαζίδη, Ριφαμπικίνη και Πυραζιναμίδη χορηγούνται στις συνήθεις δόσεις και σχήματα, ενώ για τα υπόλοιπα φάρμακα απαιτείται αναπροσαρμογή.

Η νόσος από *Mycobacterium Avium Intracellulare* αντιμετωπίζεται με Ριφαμπικίνη, Ισονιαζίδη και Εθαμβουτόλη για 18 - 24 μήνες μαζί με Στρεπτομυκίνη κατά τους αρχικούς 2 - 3 μήνες. Σε περιπτώσεις πολύ εκτεταμένης, προϊούσης νόσου δυνατόν να χορηγηθεί αγωγή με 5 - 6 φάρμακα και σ' αυτή την περίπτωση, η παραπάνω αγωγή συμπληρώνεται με Εθιοναμίδη, Κυκλοσερίνη ή Καναμυκίνη. Σε ορισμένες περιπτώσεις δυνατόν να χρησιμοποιηθεί συνδυασμός φαρμακευτικής και χειρουργική θεραπείας (U.S.A., National Consensus, 1985). Αν παρουσιαστεί παρενέργεια από τα φάρμακα, διακόπτονται όλα και επαναχορηγείται ένα-ένα, αρχίζοντας από μικρές δόσεις. Το ενοχοποιούμενο φάρμακο αντικαθίσταται με εκείνο της επόμενης επιλογής. Εάν όμως κριθεί αναγκαία η χορήγησή του, δυνατόν να επιχειρηθεί απευαισθητοποίηση.

Οι αρχές θεραπείας της εξωπνευμονικής φυματίωσης δεν διαφέρουν από εκείνες που περιγράφηκαν για τη θεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης. Εν τούτοις, σε ορισμένες περιπτώσεις, απαιτείται σύγχρονη χορήγηση κορτικοειδών, όπως επί μηνιγγιτίδας, περικαρδίτιδας και σπάνια επί ταχέως αναπαραγόμενης πλευριτίδας.

Η ανάγκη αρχικής χορήγησης τριών φαρμάκων προκύπτει από το γεγονός της ύπαρξης μυκοβακτηριδίων με αντοχή στα αντιφυματικά φάρμακα. Αν δοθούν δύο φάρμακα είναι δυνατόν, λόγω της φυσικής ή πρωτοπαθούς αντοχής, να υπερανάπτυχθεί ο πληθυσμός των ανθεκτικών στελεχών στο ένα φάρμακο, υποκαθιστώντας βαθμιαία τον πληθυσμό των ευαισθητών.

Ετσι η αγωγή θα είναι ουσιαστικά υποθεραπευτική, με ανάπτυξη πλέον δευτεροπαθούς αντοχής και στο φάρμακο αυτό. Εάν χορηγηθεί ένα μόνο φάρμακο, υπάρχει η πιθανότητα ανάπτυξης δευτεροπαθούς αντοχής μετά ένα μήνα θεραπείας.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται για την εμφάνιση τυχόν παρενεργειών. Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος, γενική ούρων και τρανσαμινάσες, πρέπει να

γίνεται ανά 6 εβδομάδες. Απαιτείται οφθαλμολογική εξέταση ανά μήνα κατά τη διάρκεια χορήγησης Εθαμβουτόλης και έλεγχος της ακοής όσο χορηγείται η στρεπτομυκίνη. Επίσης παρακολουθείται το ουρικό οξύ αίματος όσο χορηγείται η πυραζιναμίδη.

Σε ακτινογραφία θώρακα ο ασθενής υποβάλλεται συχνά στα αρχικά στάδια ώστε να βεβαιωθεί ο περιορισμός της νόσου και η ανταπόκριση στην αγωγή. Κατόπιν η ακτινογραφία θώρακα μπορεί να γίνεται κατά διαστήματα μηνών. Αν όμως δεν υπάρχει ανταπόκριση στην αγωγή χρειάζονται εξετάσεις πτυέλων με άμεσο παρασκεύασμα και μια καλλιέργεια με έλεγχο ευαισθησίας για το ενδεχόμενο πολυανθεκτικής φυματίωσης.

Η ανά τακτά χρονικά διαστήματα εξέταση του ασθενούς έχει σημασία όχι μόνο για τον έλεγχο των παραπάνω εργαστηριακών και λοιπών κλινικών παραμέτρων αλλά και για τη διατήρηση της επαφής με το γιατρό, ώστε ο ασθενής να ενθαρρύνεται για τη συνέχιση της μακράς αγωγής, ο δε γιατρός να βεβαιώνεται ότι η θεραπεία γίνεται σωστά.

4.2. Φαρμακολογία

4.2.1. ΡΙΦΑΜΠΙΚΙΝΗ

Η Ριφαμπικίνη χορηγείται σε δόση 600 mg ημερησίως σε εφάπαξ δόση, μισή ώρα προ του πρωινού φαγητού για άτομα ανώ των 50 kg, ενώ κάτω του βάρους αυτού χορηγείται σε δόση 450 mg ημερησίως. Μείζονες παρενέργειες που απαιτούν διακοπή του φαρμάκου είναι η ηπατίτιδα, η αλλεργία, η πορφύρα, η αιμολυτική αναιμία και η νεφρική ανεπάρκεια. Ελάσσονες παρενέργειες που δεν απαιτούν αναγκαστική διακοπή του φαρμάκου είναι κνησμός με ή χωρίς εξάνθημα, το σύνδρομο «γρίπης» και το γαστρεντερικό σύνδρομο. Αύξηση των τρανσαμινάσων μέχρι και στο τετραπλάσιο του φυσιολογικού συνήθως είναι αναστρέψιμη χωρίς καμμία μεταβολή της αγωγής. Χρειάζεται όμως στενή παρακολούθηση για το ενδεχόμενο εξέλιξης σε ηπατίτιδα. Ο ασθενής ενημερώνεται για την πορτοκαλλέρυθρη χροιά των ούρων και λοιπών εκκρίματων του οργανισμού λόγω της ριφαμπικίνης.

Αν η Ριφαμπικίνη χορηγηθεί μαζί με άλλα φάρμακα, όπως αντισυλληπτικά, κορτικοειδή, αντιπηκτικά, δακτυλίτιδα, δυνατόν να επιφέρει μείωση της δραστηριότητας των φαρμάκων αυτών. Πρέπει να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση της ριφαμπικίνης για τη θεραπεία άλλων λοιμωδών νοσημάτων.

4.2.2. ΙΣΟΝΙΑΖΙΔΗ

Η Ισονιαζίδη χορηγείται σε συνήθη ημερήσια δόση 300 mg ή 5 mg ανά Kgr βάρους σώματος σε εφάπαξ δόση, αμέσως μετά το πρωινό φαγητό. Η δόση αυτή

θεωρείται ιδανική από πλευράς δραστηριότητας και λιγότερων παρενεργειών και δεν απαιτείται σύγχρονη χορήγηση πυριδοξίνης. Συνήθεις παρενέργειες είναι δερματικό εξάνθημα, νευροτοξικότητα με συμπτωματολογία περιφερικής νευρίτιδας, γυναικομαστία και ηπατοτοξικότητα. Αύξηση των τρανσαμινασών, μέχρι το τετραπλάσιο του φυσιολογικού, συμβαίνει στο 20% περίπου και δεν αποτελεί λόγο διακοπής του φαρμάκου. Απαιτείται όμως στενή παρακολούθηση για το ενδεχόμενο εξέλιξης σε ηπατίτιδα. Ηπατίτιδα συμβαίνει σε ποσοστό 1:1000 σε ασθενείς που παίρνουν Ισονιαζίδη, ενώ 1 στις 4 ηπατίτιδες καταλήγει σε θάνατο. Σημειώνεται ότι η εν λόγω ηπατίτιδα συμβαίνει στις μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ στις νεαρές ηλικίες αποτελεί εξαίρεση.

4.2.3. ΕΘΑΜΒΟΥΤΟΛΗ

Η Εθαμβουτόλη χορηγείται σε δόση 15 - 20 mg/kg βάρους σώματος ημερησίως, αμέσως μετά το πρωινό φαγητό σε εφάπαξ χορήγηση. Κύρια παρενέργεια είναι η οπτική νευρίτιδα που εκδηλώνεται με περιορισμό του οπτικού πεδίου και με διαταραχή αναγνώρισης των χρωμάτων ερυθρού και πράσινου. Αν η διατραχή αναγνωρισθεί έγκαιρα, ανατάσσεται σε λίγες εβδομάδες μετά τη διακοπή του φαρμάκου, ειδάλως δυνατόν να καταλήξει σε τύφλωση.

4.2.4. ΣΤΡΕΠΤΟΜΥΚΙΝΗ

Η Στρεπτομυκίνη χορηγείται σε δόση 1 gr ημερησίως, αλλά σε άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών ή σωματικού βάρους κάτω των 50 kg η δόση μειώνεται στα 0.75 gr. Σε μεγαλύτερες ηλικίες δυνατόν να χορηγηθεί μέρα παρά μέρα. Η κύρια παρενέργεια είναι η βλάβη της 8ης εγκεφαλικής συζυγίας. Η βλάβη είναι ανατάξιμη αλλά η συνέχιση του φαρμάκου μπορεί να καταλήξει σε κώφωση ή διαταραχή της ισορροπίας. Αντίδραση υπερευαισθησίας συμβαίνει σπάνια και εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία, έμετο και κνησμούς δερματικό εξάνθημα.

4.2.5. ΠΥΡΑΖΙΝΑΜΙΔΗ

Η πυραζιναμίδη χορηγείται σε δόση 1.5 - 2.0 gr ημερησίως σε εφάπαξ δόση. Οι κύριες παρενέργειες είναι η ηπατοτοξικότητα, υπερουριχαιμία και κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας, σπανιότερα δε αντιδράσεις υπερευαισθησίας με πυρετό και εξάνθημα.

4.3. Χημειοπροφύλαξη

Η χημειοπροφύλαξη γίνεται με τη χορήγηση Ισονιαζίδης σε δόση 300 mg ημερησίως σε εφάπαξ δόση μετά το πρωινό φαγητό για 12 μήνες (Glassroth και συν., 1980). Στα παιδιά χορηγείται σε δόση 10

mg/Kg βάρους σώματος.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

- Παιδιά με θετική Mantoux.
- Οι μετατροπείς της Mantoux κατά τα τελευταία δύο χρόνια.
- Παιδιά με αρνητική Mantoux αλλά σε στενή επαφή με πάσχοντες υψηλής μολυσματικότητας (θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκευάσμα), μέχρις ότου επαναληφθεί η Mantoux μετά δίμηνο.
- Οι έχοντες ακτινογραφία θώρακα με σκληρυντικά ή ινώδη στοιχεία παλαιά που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία.
- Ειδικές ομάδες ατόμων μεγάλης πιθανότητας ανάπτυξης φυματίωσης, όπως ασθενείς υπό μακροχρόνια θεραπεία με κορτικοειδή ή ανοσοκατασταλτικά, γαστρεκτομηθέντες, διαβητικοί, ασθενείς με AIDS κ.ά., που έχουν θετική Mantoux.

4.4. Νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή νοσηλεία

Μετά την αρχική μελέτη του Madras το 1966, όπου καταδεικνύεται ότι η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία δεν υπερέχει σε καμία ουσιαστική παράμετρο από τη θεραπεία στο σπίτι, υπάρχει η τάση σ' όλο τον κόσμο της προτίμησης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης της φυματίωσης ή αν υπάρχει ένδειξη νοσοκομειακής νοσηλείας, αυτή να γίνεται σε γενικό νοσοκομείο.

4.4.1. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

- Βαρεία πάσχοντες από πλευράς συμπτωματολογίας και έκτασης της νόσου.
- Πάσχοντες με θετικά πτύελα οι οποίοι κατοικούν μαζί με μικρά παιδιά και δεν είναι δυνατή η απομόνωση του αρρώστου σε άλλο σπίτι ή απομάκρυνση των παιδιών.
- Αρρωστοί με ανθεκτική φυματίωση.
- Αρρωστοί που εμφανίζουν σοβαρές παρενέργειες.
- Αρρωστοί που δεν συμμορφώνονται με τις ιατρικές εντολές.

4.4.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Οι πάσχοντες από φυματίωση μπορούν να νοσηλευθούν:

- Στα ειδικά Νοσοκομεία Νοσημάτων Θώρακος.
- Στις Πνευμονολογικές Κλινικές ή Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων.

Οι ασθενείς τοποθετούνται σε μονόκλινα δωμάτια και αποφεύγουν την παραμονή στο κοινόχρηστο σαλόνι της Κλινικής. Ενημερώνονται σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης της νόσου. Ενημερώνεται επίσης η Προϊσταμένη και μέσω αυτής, το νοσηλευτικό προσωπικό.

πικό. Για τα νοσοκομεία που διαθέτουν πλυντήρια πιάτων και ρούχων, δεν απαιτείται ξεχωριστό πλύσιμο πιάτων και ρούχων, ούτε πιάτα μιας χρήσης. Επίσης δεν απαιτείται χρήση μάσκας από το προσωπικό, τους επισκέπτες ή των άρρωστο, εκτός ειδικών περιπτώσεων μεγάλης μολυσματικότητας.

Μετά την έξοδο του ασθενούς, ο θάλαμος απολυμαίνεται μετά από καλό πλύσιμο, με λάμπα φθορίου ή φορμόλη δύο - τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας, οι ασθενείς με θετικά πτύελα, καθίστανται πρακτικά μη μεταδοτικοί και δεν απαιτείται περαιτέρω απομόνωση. Εννοείται ότι για όλες τις άλλες μορφές της φυματίωσης (πνευμονικές με αρνητικά πτύελα, εξωπνευμονικές) δεν απαιτείται απομόνωση εξαρχής.

5. Πρόληψη

Η πρόληψη της φυματίωσης έχει υψηλή προτεραιότητα σήμερα, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το υψηλό κόστος πλήρους θεραπείας μιας περίπτωσης φυματίωσης και το ακόμη υψηλότερο ηθικό και κοινωνικό κόστος της νόσησης υπερκαλύπτουν το κόστος της πρόληψης.

Κύριες συνιστώσες της πρόληψης αποτελούν η έγκαιρη ανίχνευση νέων περιπτώσεων, ο εμβολισμός με B.C.G. και η χημειοπροφύλαξη όπως αυτή αναπτύχθηκε στην παράγραφο 4.3.

5.1 Ανίχνευση νέων περιπτώσεων

Η ανίχνευση νέων περιπτώσεων περιλαμβάνει όλες τις μεθοδεύσεις και ενέργειες που απαιτούνται για την ανακάλυψη πασχόντων από φυματίωση που δεν έχουν επίγνωση της νόσησής τους. Οι σπουδαιότερες μέθοδοι που έχουν μέχρι τώρα εφαρμοστεί είναι η κλινική αξιολόγηση, η φυματινοαντίδραση, η ακτινογράφιση θώρακος, η εξέταση πτυέλων για β-Koch και η επιδημιολογική διερεύνηση. Είναι ευνόητο ότι οι ανευρισκόμενοι ασθενείς θα πρέπει να θεραπευθούν κατάλληλα. Έτσι είναι δυνατόν να περιοριστεί η διασπορά του μυκοβακτηριδίου από τους πάσχοντες προς τους μη μολυνθέντες.

5.1.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η κλινική αξιολόγηση συνίσταται στην κατά το δυνατό σωστότερη εκτίμηση των συμπτωμάτων της φυματίωσης τόσο από τον ίδιο τον άρρωστο, όσο και από το υγειονομικό προσωπικό, καθώς και στην ορθή ερμηνεία των τυχόν κλινικών ευρημάτων από το ιατρικό προσωπικό (Λιώκης, 1981). Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει σημαντική καθυστέρηση στη διάγνωση της φυματίωσης που στις προηγμένες χώρες σχετίζεται

κατά κύριο λόγο με τους παραπάνω παράγοντες. Η καθυστέρηση αυτή από υπαιτιότητα τόσο του ασθενούς όσο και του γιατρού βρέθηκε 2.5 μήνες κατά μέσο όρο από την έναρξη των συμπτωμάτων (Styblo και Meijer, 1980). Ο χρόνος αυτός μπορεί να μειωθεί με την κατάλληλη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και του υγειονομικού προσωπικού. Στην κλινική αξιολόγηση των ασθενών που παρουσιάζουν συμπτώματα, βασίζονται σήμερα πολλά προγράμματα ανίχνευσης νέων περιπτώσεων (WHO, 1982).

5.1.2. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΗΣΗ ΘΩΡΑΚΟΣ

Η ακτινογράφιση θώρακος γίνεται είτε με μικροακτινογράφημα είτε με ακτινογραφία θώρακος κανονικών διαστάσεων. Το μικροακτινογράφημα είναι οικονομικότερο και περισσότερο εύχρηστο για μαζικούς ελέγχους αλλά δίδει περισσότερη ακτινοβολία και έχει μεγαλύτερη πιθανότητα διαφυγής παθολογικού στοιχείου σε σύγκριση με την ακτινογραφία κανονικών διαστάσεων.

Η καθολική μικροακτινογράφιση του πληθυσμού δεν συνιστάται κυρίως διότι στις αναπτυσσόμενες χώρες με μεγάλη επίπτωση φυματίωσης, ο έλεγχος γίνεται καταρχή με εξέταση πτυέλων, στις δε αναπτυσσόμενες χώρες με μικρή επίπτωση φυματίωσης δεν φαίνεται να έχει αξιολογη απόδοση (WHO, 1974), ενώ για την ανακάλυψη μιας περίπτωσης απαιτείται μεγάλος αριθμός μικροακτινογραφήσεων. Περιοδικός ακτινολογικός έλεγχος θώρακος συνιστάται σήμερα μόνο για ομάδες ατόμων αυξημένου κινδύνου ή άλλων ατόμων των οποίων τυχόν αφανής νόσηση θα ήταν σοβαρός κίνδυνος για το περιβάλλον τους (Crofton και Douglas, 1981, Ιορδάνογλου, 1983).

Ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου θεωρούνται οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες, περιθωριοποιούμενα άτομα με στερήσεις βασικών αγαθών, τα ανοσοκατασταλμένα άτομα, τα άτομα του στενού περιβάλλοντος του πάσχοντος από φυματίωση προ της θεραπείας και το υγειονομικό προσωπικό των μυκοβακτηριδιολογικών εργαστηρίων.

5.1.3. ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΤΥΕΛΩΝ ΓΙΑ β-KOCH

Η εξέταση πτυέλων για β-Koch γίνεται με άμεσο παρασκεύασμα ή κατόπιν εμπλουτισμού και με καλλιέργεια πτυέλων. Από επιδημιολογική άποψη χρησιμοποιείται η εξέταση με άμεσο παρασκεύασμα για την ανίχνευση νέων περιπτώσεων σε χώρες με μεγάλη επίπτωση της νόσου. Οι παραπάνω εξετάσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση της φυματίωσης, δεδομένου ότι η ανεύρεση του μυκοβακτηριδίου επιβεβαιώνει τη νόσο, αλλά και προσδιορίζει το βαθμό μεταδοτικότητας του πάσχοντος, αφού οι ασθενείς με θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα, αποτελούν την

κύρια πηγή μόλυνσης.

5.1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Η επιδημιολογική διερεύνηση στο περιβάλλον του φυματικού έχει σκοπό την ανεύρεση της πηγής μόλυνσης και την ανακάλυψη των ατόμων που ο ασθενής έχει μολύνει. Είναι γνωστό ότι η μόλυνση και η νοσηρότητα στο περιβάλλον του φυματικού είναι πολλαπλάσιες από αυτές του γενικού πληθυσμού και επηρεάζονται κυρίως από τους εξής παράγοντες:

5.1.4.1. Βακτηριδιολογική κατάσταση του ασθενούς

Η νοσηρότητα μεταξύ των ατόμων στενής επαφής με τον πάσχοντα είναι υψηλή. Οι δείκτες νοσηρότητας περίπου τριπλασιάζονται όταν αφορούν στο περιβάλλον ασθενούς με θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα και υποτριπλασιάζονται όταν αφορούν επαφές ασθενών με αρνητικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα ή με εξωπνευμονική φυματίωση. Σημειώνεται ότι το 80% των νοσηρώσεων αυτών θα εκδηλωθούν στα πρώτα 2 χρόνια από τη μόλυνση (British Thoracic Society, 1983).

5.1.4.2. Φάση θεραπείας του ασθενούς

Ο φυματικός 15-20 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας με τα σύγχρονα αντιφυματικά φάρμακα, πρακτικά δεν μεταδίδει τη νόσο. Σε αυτό συμβάλλει η εξασθένηση και μείωση του αριθμού των μυκοβακτηριδίων, η ελάττωση του βήχα και της απόχρεμψης καθώς και η ενημέρωση του ασθενούς και του περιβάλλοντός σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης της νόσου (Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society, 1983). Εν τούτοις απαιτείται προσοχή για το ενδεχόμενο ύπαρξης πολυανθεκτικής νόσησης.

5.1.4.3. Στενότητα επαφής

Στενής επαφής θεωρούνται τα άτομα που μένουν κάτω από την ίδια στέγη υπό οιαδήποτε μορφή διαβίωσης. Ευκαιριακής επαφής είναι οι συγγενείς, φίλοι, συνεργάτες στο χώρο εργασίας και οι γείτονες. Ευρύτερος κύκλος δημιουργείται σε ειδικές περιπτώσεις σχολείων, στρατώνων και κοινοβίων. Η αρχή αυτή των δακτυλίων αποκτά πρακτική σημασία κατά το σχεδιασμό της επιδημιολογικής διερεύνησης, έτσι ώστε ο αριθμός των υπό έλεγχο ατόμων να περιορίζεται κατά το δυνατόν (Grybowski, 1975).

5.1.4.4. Ηλικία των ερχομένων σε επαφή

Οι μικρές ηλικίες είναι οι περισσότερο ευαίσθητες.

5.1.4.5. Επίδραση του εμβολίου B.C.G.

Το εμβόλιο περιορίζει την πιθανότητα ανάπτυξης νόσου στο περιβάλλον του ασθενούς.

5.1.5. ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

Η ανίχνευση της φυματίωσης με τη φυματινιαντίδραση έχει εφαρμογή μόνο σε χώρες με χαμηλό δείκτη φυματιώδους μόλυνσης και όπου δεν έχει εφαρμοστεί μαζικά το B.C.G. (Crofton και Dougles, 1981).

5.1.6. ΤΑΚΤΙΚΗ

Αφού ληφθούν υπόψη οι παραπάνω επιδημιολογικοί παράγοντες, καθορίζεται ο αριθμός των ατόμων που πρόκειται να ελεγχθούν. Η συνήθης τακτική που ακολουθείται είναι:

Τα υπό έλεγχο άτομα υποβάλλονται σε φυματινοαντίδραση και ακτινογραφία θώρακος. Εάν η ακτινογραφία θώρακος είναι παθολογική ο ασθενής διερευνάται περισσότερο. Εάν η Mantoux είναι θετική, τα μεν παιδιά με αρνητική ακτινογραφία θα λάβουν χημειοπροφύλαξη με ισονιαζίδη, οι δε ενήλικες θα παρακολουθηθούν. Εάν η Mantoux είναι αρνητική, θα επαναληφθεί σε 8 εβδομάδες. Αν η δεύτερη Mantoux είναι θετική, θα χορηγηθεί χημειοπροφύλαξη αφού επαναληφθεί η ακτινογραφία θώρακος. Αν η Mantoux παραμένει αρνητική, θα ακολουθηθεί εμβόλιο B.C.G. 1-δίδως σε άτομα μικρής ηλικίας. Στην περίπτωση που η πιθανότητα μόλυνσης ενός παιδιού είναι μεγάλη θα χορηγηθεί χημειοπροφύλαξη εξαρχής παρά την αρνητική φυματινοαντίδραση. Αν η δεύτερη Mantoux είναι θετική συνεχίζεται η χημειοπροφύλαξη αλλιώς διακόπτεται και διενεργείται B.C.G.

5.2. Εμβολιασμός με B.C.G.

Ο εμβολιασμός με B.C.G. προσφέρει σημαντική προστασία έναντι της φυματίωσης που σε ορισμένες μελέτες φθάνει το 80% για 15 χρόνια. Επί πλέον η προστασία από τη φυματική μηνιγγίτιδα είναι σημαντική και βέβαιη.

Η απόφαση για την ηλικία εφαρμογής του εμβολιασμού εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες, επιδημιολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς. Πολλές χώρες εφαρμόζουν τον εμβολιασμό κατά τη γέννηση, ενώ άλλες κατά την παιδική ηλικία. Στη χώρα μας εφαρμόζεται στην ηλικία των 6 ετών. Το εμβόλιο μπορεί να γίνει σε μικρότερη ηλικία ή κατά τη γέννηση εφόσον απαιτείται, όπως επί παραδείγματι στο περιβάλλον του φυματικού. Στους ενήλικες γίνεται μόνο σε ομάδες αυξημένου κινδύνου όπως το Νοσοκομειακό ή εργαστηριακό προσωπικό με αρνητική Mantoux.

Το εμβόλιο χορηγείται ενδοδερμικά στην περιοχή της έκφυσης του αριστερού δελτοειδούς, σε δόση 0.1 ml. Προτιμάται η χρήση του λυόφιλου B.C.G. (Ιορδά-

νογλου 1986).

Οι παρενέργειες του εμβολίου είναι σπάνιες και μπορεί να είναι: Τοπική δευτεροπαθής λοίμωξη με απόστημα, ψυχρό απόστημα με αδενίτιδα και συρίγγιο, χειλοειδή, οζώδες ερύθημα και κνίδωση. Η διάσπαρτη B.C.G. λοίμωξη συνδέεται με προϋπάρχουσα ανοσοκαταστολή. Το B.C.G. δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με εκτεταμένες δερματικές βλάβες ή ανοσοκαταστολή.

6. Το αντιφυματικό πρόγραμμα

6.1. Γενικές αρχές αντιφυματικού προγράμματος

Οι βασικές αρχές ενός αντιφυματικού προγράμματος είναι:

- Ανίχνευση νέων περιπτώσεων
- Καλή θεραπεία πασχόντων
- Εμβολιασμός με B.C.G.

Θεωρείται βασικής σημασίας η ενσωμάτωση του αντιφυματικού προγράμματος στο υπάρχον υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας (WHO, 1982) που πρέπει να καλύπτει όλη τη χώρα, να έχει καλή οργάνωση, ενεργοποίηση των βασικών υπηρεσιών του, σύγχρονο τεχνικό εξοπλισμό και έρευνα, προγράμματα εξυγίανσης περιβάλλοντος και προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης του προσωπικού και διαφώτισης του κοινού. Επίσης, βασικές αρχές του αντιφυματικού προγράμματος είναι η ορθολογική κατανομή των διατιθέμενων πόρων και ο καλός προγραμματισμός, επίβλεψη και συλλογή των απαραίτητων στοιχείων εκτίμησης της απόδοσής του, ώστε να γίνονται οι απαραίτητες αναπροσαρμογές μετά τεκμηριωμένες μελέτες (Pan American Health Organization, 1986).

6.2. Το αντιφυματικό πρόγραμμα στην Ελλάδα

Το αντιφυματικό πρόγραμμα στην Ελλάδα άπτεται μεν, των σημαντικότερων παραμέτρων όπως αναφέρονται στην παράγραφο 6.1., αλλά παρουσιάζει ελλείψεις άλλοτε άλλου βαθμού για κάθε παράμετρο.

6.2.1. Η ανίχνευση των νέων περιπτώσεων δεν είναι οργανωμένη όπως αυτή αναλύεται στην παράγραφο 5.1. Ορθόδοξα, θα πρέπει κάθε κρούσμα φυματίωσης μόλις διαγνωσθεί, να αναφέρεται στο Πνευμονολογικό - Αντιφυματικό Ιατρείο της περιοχής κατοικίας του ασθενούς. Το Ιατρείο αυτό θα πρέπει, με τη καθοδήγηση του υπεύθυνου γιατρού, να στείλει επισκέπτρια αδελφή, η οποία θα επισκεφθεί και θα ελέγξει το οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον του ασθενούς σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας. Συνήθως απαιτείται δερμοαντίδραση Mantoux και ακτινολογικός έλεγχος περιορισμένου αριθμού ατόμων.

Μεγάλος αριθμός ατόμων (εργοστάσια, ειδικές κοινωνικές ομάδες κ.λπ.) δυνατόν να απαιτήσουν ομαδικό μικροακτινογραφικό έλεγχο.

6.2.2. Η θεραπεία των πασχόντων βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Υπάρχουν ειδικές κλίνες και τα φάρμακα παρέχονται δωρεάν. Εν τούτοις θα μπορούσε ο χρόνος νοσηλείας να περιορισθεί στον απόλυτα απαραίτητο, ενώ η ανακατανομή των διατιθέμενων κωνδυλίων για τη φυματίωση θα μπορούσε να δώσει περισσότερη βαρύτητα στην πρόληψη.

Θα πρέπει να επιτραπεί η νοσηλεία των πασχόντων στα Γενικά Νοσοκομεία με τις προϋποθέσεις της παραγράφου 4.4. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα ν' αποσυμφορηθούν τα κεντρικά Ειδικά Νοσοκομεία και ο ασθενής να βρίσκεται σε άμεση διασύνδεση με τα κατά τόπους Πνευμονολογικά Ιατρεία καθόλη τη διάρκεια της νόσησης και θεραπείας. Τα Νομαρχιακά και Περιφερειακά Νοσοκομεία πρέπει να έχουν πλήρη ανάπτυξη και στελέχωση τό τόσο των Πνευμονολογικών Τμημάτων με εξωτερικό Πνευμονολογικό Ιατρείο, όσο και του Αντιφυματικού Ιατρείου για τις ανάγκες του Αντιφυματικού Προγράμματος της περιοχής.

6.2.3. Ο εμβολιασμός με B.C.G. παρουσιάζει ελλείψεις. Αν και είναι υποχρεωτικός, εν τούτοις το ποσοστό κάλυψης δεν είναι ικανοποιητικό για το σύνολο της χώρας.

6.2.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας εκδίδει ανά έτος το Δελτίο Στατιστικής Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με όλες σχεδόν τις παραμέτρους αξιολόγησης της φυματίωσης, ήτοι αριθμό ασθενών νοσηλευθέντων και θανόντων κατά επάγγελμα, φύλο, ομάδες ηλικιών, γεωγραφικό διαμέρισμα, εξωπνευμονικές μορφές φυματίωσης, ημέρες νοσηλείας κ.ά. Δεν περιλαμβάνει δείκτες μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης και οικονομικές παραμέτρους.

Εν τούτοις, και για τους δείκτες που αναλύονται στο παραπάνω δελτίο, υπάρχει η αίσθηση ότι δεν είναι ακριβείς. Πολλά νοσηλευτήρια δεν δηλώνουν τη φυματίωση, ούτε οι ιδιώτες γιατροί. Τα δελτία Δήλωσης της Φυματίωσης είναι περίπλοκα και υπάρχει αμφιβολία αν συμπληρώνονται σωστά. Δεν υπάρχει έτσι καμμία τεκμηριωμένη παράμετρος που να δείχνει την ακριβή έκταση του προβλήματος της φυματίωσης στην Ελλάδα.

Συνακόλουθο γεγονός είναι ότι δεν υπάρχει τρόπος αξιολόγησης των παραμέτρων του αντιφυματικού προγράμματος και επομένως κάθε προγραμματισμός δεν μπορεί να εκτιμηθεί με τη σχέση κόστους αποτελέσματος.

7. Εκπαίδευση — Διαφώτιση

7.1. Εκπαίδευση ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού

Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να γίνεται τόσο στο χώρο εργασίας από τους εμπειρότερους συναδέλφους, όσο και με τη μορφή Σεμιναρίων. Τα Σεμινάρια ούτε θα πρέπει να οργανώνονται σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας και σε επίπεδο Υπουργείου με ανάθεση σε αρμόδιους φορείς, Πανεπιστημιακούς ή μη. Τονίζεται η ανάγκη της σύμμετρης εκπαίδευσης στο θεωρητικό και πρακτικό μέρος με επικέντρωση του ενδιαφέροντος στο κύριο έργο των εκπαιδευομένων, όπως αυτό καθορίζεται από τους στόχους του Αντιφυματικού Προγράμματος. Η ενημέρωση πρέπει να είναι συνεχής, ιδίως για τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις και τυχόν τροποποιήσεις στο Αντιφυματικό Πρόγραμμα, τόσο με έντυπο υλικό όσο και μέσω των ιατρικών περιοδικών.

7.2. Διαφώτιση των ατόμων της κοινωνίας

Όσο καλύτερη είναι αυτή η διαφώτιση, τόσο οι πληθυσμιακές ομάδες θα συμβάλλουν περισσότερο στην επίτευξη των στόχων του Αντιφυματικού Προγράμματος. Ο άρρωστος με συμπτώματα θα απευθυνθεί εγκαίρως στο γιατρό, θα συμμορφωθεί καλύτερα προς τις απαιτούμενες διαγνωστικές ενέργειες, θα εφαρμόσει τη θεραπεία του σωστά και θα προσαρμόσει σωστότερα τη συμπεριφορά του προς το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Επί πλέον, θα βοηθήσει ασθενείς και κοινωνικό σύνολο στην αποδοχή της φυματίωσης στην πραγματική της έκταση, χωρίς προκαταλήψεις, στην έκταση που αυτές υπάρχουν ακόμη, υπολειμματικές των εποχών με μεγάλες κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου (Λιwick, 1981). Οι τρόποι διαφώτισης γίνονται είτε με άμεση επαφή είτε με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από άτομα που έχουν γνώσει του αντικείμενου και ενδεχομένως βοηθούμενα με έντυπο υλικό και κατευθύνσεις Κεντρικών Υπηρεσιών.

8. Έρευνα

Η έρευνα στη φυματίωση είναι αναγκαία όχι μόνο για την επίλυση ειδικών προβλημάτων, αλλά και για την ενεργοποίηση του ενδιαφέροντος του προσωπικού σχετικά με το αντικείμενο της δουλειάς του. Εξάλλου, αν και η νόσος είναι παλαιά, υπάρχει σημαντικό ερευνητικό ενδιαφέρον κυρίως σε θέματα:

- Επιδημιολογίας
- Ανοσοποίησης

- Ανοσολογίας
- Μικροβιολογίας
- Ανίχνευσης νέων περιπτώσεων
- Διάγνωσης
- Θεραπείας
- Κοινωνιολογίας
- Εκπαίδευσης — Διαφώτισης
- Οικονομίας
- Αποτελεσματικότητας του Αντιφυματικού Προγράμματος

9. Συμπεράσματα και Προτάσεις

9.1. Η φυματίωση παραμένει ακόμη μείζον και δυσεπίλυτο πρόβλημα υγείας με οικουμενικές διαστάσεις. Κάθε χώρα αντιμετωπίζει το πρόβλημα αυτό τόσο σε Εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, δεδομένης της εύκολης σημερινής αλληλεπίδρασης των λαών της γης, ιδίως όταν αυτή αφορά τα λοιμώδη νοσήματα.

Με το πνεύμα αυτό η ΙΟΥΑΤΛΔ και η WHO καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια εξεύρεσης λύσεων διεθνούς χαρακτήρα, αλλά και προτρέπουν ένθερμα την ανάπτυξη Εθνικών Αντιφυματικών Προγραμμάτων από την πλευρά κάθε χώρας. Τα προγράμματα αυτά ποικίλλουν εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων κάθε χώρας και κυρίως λόγω των μεγάλων διαφορών των διαθέσιμων οικονομικών πόρων ανά τον κόσμο. Οι οικονομικοί αυτοί πόροι πρέπει να κατέχουν υψηλή προτεραιότητα στους προϋπολογισμούς του σήμερα (WHO, 1982), αν θέλουμε να ελπίζουμε στην εκρίζωση μιας μάστιγας της ανθρωπότητας που ακόμη προκαλεί το θάνατο σε εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο και που ακόμα δεν ξέρουμε την τροπή που μπορεί να πάρει σε συσχέτιση με τα εξαπλούμενα ανοσοκατασταλτικά νοσήματα, πρόβλημα που ήδη άρχισε να διαφαίνεται σε ορισμένες χώρες. Ως εκρίζωση δε νοείται ο περιορισμός του δείκτη μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης κάτω του 0.1% στο γενικό πληθυσμό, της δε ετήσιας επίπτωσης της φυματίωσης με θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα πτυέλων, κάτω του 0.01/100.000 πληθυσμού.

9.2. Η χώρα μας διενεργεί «Αντιφυματικό Αγώνα» με νομική υπόσταση από πολλές δεκαετίες. Εν τούτοις, η ανάγκη εκπόνησης νέου Αντιφυματικού Προγράμματος φαίνεται επιβεβλημένη για δύο κυρίως λόγους:

- Το υπάρχον πρόγραμμα δεν καλύπτει πλήρως τις θεμελιώδεις παραμέτρους ενός σύγχρονου προγράμματος, όπως αυτές ισχύουν σήμερα και αναλύονται παρακάτω.
- Η ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί μοναδική ευκαιρία ενσωμάτωσης σε τούτο

του Εθνικού Αντιφυματικού Προγράμματος. Η ενσωμάτωση αυτή αποτελεί θεμελιακή προϋπόθεση επιτυχίας του προγράμματος (WHO, 1982) και η αναθεώρησή του θα πρέπει να είναι ανάλογα προσανατολισμένη.

9.3. Η χρησιμοποίηση των επιστημονικών συμπερασμάτων του ειδικού επιστημονικού δυναμικού της χώρας και των αρμοδίων φορέων, εθνικού και διεθνούς επιπέδου, θεωρείται βασικής σημασίας για την επίτευξη των στόχων του Αντιφυματικού Προγράμματος. Αρμόδιος φορέας κατά κύριο λόγο είναι η Διεθνής Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος, η Ελληνική Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος, οι Πνευμονολογικές - Φυματιολογικές Κλινικές των Πανεπιστημίων της χώρας, η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, η Εταιρεία Μελέτης Πνευμονοπαθειών και Επαγγελματικών Παθήσεων Θώρακος και η Ελληνική Βρογχολογική Εταιρεία.

Η αξιοποίηση του δυναμικού αυτού πρέπει να συντονίζεται από ειδική επιτροπή που θα συνεργάζεται με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και θα εισηγείται σχετικώς.

9.4. Η μελέτη και προσδιορισμός του προβλήματος της φυματίωσης στην Ελλάδα αποτελεί θεμελιακή γνώση στην οποία, εκτός των άλλων, θα στηριχθεί και η αξιολόγηση του μέχρι τώρα προγράμματος αλλά και ο μελλοντικός προγραμματισμός. Ο προγραμματισμός αυτός πρέπει να έχει την ευελιξία των τροποποιήσεων κατά κύριο λόγο, ανάλογα με τυχόν τροποποιήσεις στα επιστημονικά δεδομένα και ανάλογα με τη σχέση κόστους - αποτελέσματος κάθε παραμέτρου.

9.5. Η ανίχνευση νέων περιπτώσεων χρειάζεται οργάνωση προς τρεις κατευθύνσεις:

- Το οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον του ασθενούς.
- Την κοινωνική ομάδα στην οποία διαπιστώνεται αυξημένος αριθμός κρουσμάτων.
- Τις ομάδες αυξημένου κινδύνου νόσησης ή μετάδοσης της νόσου.

Η Υγειονομική Υπηρεσία η οποία θέτει τη διάγνωση της φυματίωσης, πρέπει να ειδοποιήσει με εμπιστευτικό λεπτομερειακό έγγραφο το Αντιφυματικό Ιατρείο της περιοχής του πάσχοντος, το οποίο θα ενεργήσει σύμφωνα με τις παραγράφους 5.1. και 6.1.

9.6. Η διαγνωστική προσπάθεια της φυματίωσης βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Εν τούτοις, ο μυκοβακτηριδιολογικός έλεγχος χρειάζεται αναδιοργάνωση και προσανατολισμό σε όλες τις βασικές του λειτουργίες, όπως αυτές αναλύονται στην παράγραφο 3.1., προκειμένου να εξυπηρετηθεί όχι μόνο η δια-

γνωστική πράξη, αλλά και οι ευρύτεροι στόχοι του Αντιφυματικού Προγράμματος.

Η κατανομή των λειτουργιών αυτών σε τρία επίπεδα θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν:

Σε πρώτο επίπεδο από τα εργαστήρια των Κέντρων Υγείας, Νομαρχιακών Νοσοκομείων και Ταμείων Υγείας (ΙΚΑ κ.λπ.).

Σε δεύτερο επίπεδο από τα εργαστήρια των Περιφερειακών Νοσοκομείων.

Σε τρίτο επίπεδο από τα εργαστήρια του Κ.Θ.Β.Ε. για τη Βόρεια Ελλάδα και το Ν.Ν.Θ.Α. για τη Νότια Ελλάδα με Εθνικό Κέντρο Αναφοράς το Ν.Ν.Θ.Α.

9.7. Η θεραπεία των πασχόντων συνήθως δεν παρουσιάζει προβλήματα στη χώρα μας. Εν τούτοις χρειάζεται:

- Μείωση του χρόνου ενδοноσοκομειακής νοσηλείας.
- Αυστηρότερες ενδείξεις ενδοноσοκομειακής νοσηλείας.
- Δυνατότητα νοσηλείας των πασχόντων από φυματίωση στα Γενικά Νοσοκομεία.
- Συνειδητοποίηση των ενδείξεων χημειοπροφύλαξης.
- Καθορισμός δευτεροπαθούς αντοχής των μυκοβακτηριδίων στα αντιφυματικά φάρμακα.

9.8. Το πρόγραμμα εμβολιασμού με Β.С.С. χρειάζεται αναδιοργάνωση, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται καθολικός εμβολιασμός κατά την ηλικία των 6 ετών, αλλά και των ειδικών ομάδων ατόμων όπως αναλύεται στις παραγράφους 5.1.6. και 5.2.

9.9. Η αντιμετώπιση των συνταξιοδοτικών θεμάτων των πασχόντων από φυματίωση παρουσιάζει μεγάλη ποικιλιομορφία και πολλές ατέλειες στη χώρα μας. Το Δημόσιο χορηγεί ισόβιες συντάξεις και επιδόματα «αεροθεραπείας» για μία νόσο της οποίας η ίαση είναι ο κανόνας, τα δε ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται ακόμα με το Νόμο 2769 του 1922, ενώ το ΙΚΑ χορηγεί προσωρινές αναθεωρούμενες συντάξεις. Τα θέματα αυτά απαιτούν αναπροσαρμογή σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά και κοινωνικά δεδομένα.

9.10. Η εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, καθώς και η διαφώτιση του κοινού επιτελείται αλλά όχι στο επιθυμητό επίπεδο. Χρειάζεται συστηματικοποίηση και περισσότερη έμφαση στο νευραλγικό αυτό τομέα.

9.11. Η έρευνα για τη φυματίωση είναι υποτυπώδης στη χώρα μας. Χρειάζεται ανάπτυξη εθνικών ερευνητικών προγραμμάτων και συμμετοχή στα διεθνή ερευνητικά προγράμματα, τόσο για δικό μας όφελος όσο και για λόγους συμβολής μας στο παγκόσμιο πρό-

βλημα της φυματίωσης. Η εκπόνηση των Εθνικών ερευνητικών προγραμμάτων τουλάχιστον εκείνων που σχετίζονται με την επίλυση άμεσων προβλημάτων, πρέπει να πάρει άμεση προτεραιότητα. Μνεία των Εθνικών προγραμμάτων γίνεται στο παράρτημα «Γ».

9.12. Ο προγραμματισμός των απαιτούμενων πιτώσεων πρέπει να είναι έγκαιρος και επαρκής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Α»

Ορισμοί Επιδημιολογικών δεικτών φυματίωσης

1. *Θνησιμότητα*: Ο αριθμός των θανάτων σε ένα χρόνο σε πληθυσμό 100.000 κατοίκων.
2. *Θνητότητα*: Ο αριθμός θανάτων σε 100 πάσχοντες.
3. *Επίπτωση*: Ο αριθμός νέων περιπτώσεων νόσου, ανά 100.000 κατοίκους σε ένα χρόνο.
4. *Επιπολασμός*: Ο συνολικός αριθμός των πασχόντων ανά 100.000 κατοίκους σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία.
5. *Δείκτης μικροβακτηριδιακής μόλυνσης*: Το ποσοστό των ατόμων που έχουν θετική φυματινοαντίδραση σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία.
6. *Ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης*: Το ποσοστό του πληθυσμού που μολύνεται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης στη διάρκεια ενός έτους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Β»

Εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα και συγκεκριμένη ονοματολογία αντιφυματικών φαρμάκων και σχημάτων (IUATLD, 1988)

- 1.1. *Επιβλεπόμενα 6μηνα σχήματα*
2HRZ/4H₃R₃
2HRZ/4H₂R₂
2E₂H₃R₃Z₃/4H₃R₃
- 1.2. *Λιγότερο δραστικά μακράς διάρκειας*
2SHPZ/6HT
2SHPSZ/6S₂H₂Z₂
2SHR/7HR
2EHR/7HER
9HR
2SHT/10HT
2SHE/10HE
2SHP/10HP
2SHT/10S₂H₂
2SHP/10S₂H₂
2. *Συγκεκριμένη ονοματολογία αντιφυματικών φαρμάκων*
H: Ισονιαζίδη

R: Ριφαμπικίνη
S: Στρεπτομυκίνη
Z: Πυραζιναμίδη
E: Εθαμβουτόλη
T: Θειακεταζόνη
P: PAS

3. *Επεξηγήσεις*

Ο προθετικός αριθμός σημαίνει τη διάρκεια θεραπείας σε μήνες.
Ο αριθμός ως δείκτης δηλώνει τις εβδομαδιαίες δόσεις του φαρμάκου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Γ»

Θέματα ερευνητικών προγραμμάτων που αφορούν το πρόβλημα της φυματίωσης στην Ελλάδα

1. Προσδιορισμός επιδημιολογικών δεικτών φυματίωσης.
2. Μελέτη προγράμματος ανίχνευσης νέων περιπτώσεων — καθορισμός ομάδων που απαιτούν ενεργό ανίχνευση νέων περιπτώσεων και τρόπος ελέγχου.
3. Επιδημιολογία ατύπων μυκοβακτηριδιακών λοιμώξεων.
4. Φυματίωση και AIDS.
5. Μελέτη θεραπευτικής τακτικής και αποτελεσματικότητας — εφαρμογή νεότερων θεραπευτικών σχημάτων.
6. Μελέτη πρωτοπαθούς ανοχής μυκοβακτηριδίων και πολυανθεκτικών ασθενών στην Ελλάδα.
7. BCG — πρόγραμμα εφαρμογής και αποτελεσματικότητας.
8. Αντιφυματικό πρόγραμμα και αποτελεσματικότητά.
9. Οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων υγειονομικού προσωπικού και ενημέρωση κοινού για τη φοιματίωση.
10. Κοινωνικοοικονομική μελέτη για τη φυματίωση στην Ελλάδα.
11. Προγράμματα πρωτογενούς έρευνας στη φυματίωση.
12. Προγράμματα πρωτογενούς έρευνας στη φυματίωση.
13. Συμμετοχή στα ερευνητικά προγράμματα των διεθνών οργανισμών Ευρωπαϊκού ή παγκοσμίου επιπέδου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Δ»

H Ελληνική Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νό-

σων του Αναπνευστικού Συστήματος (Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ.) είναι μέλος της Διεθνούς Ένωσης κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος (International Union against Tuberculosis and Lung Disease — IUATLD) από το 1945.

Η IUATLD ιδρύθηκε το 1920 και είναι ο παλαιότερος Διεθνής, εθελοντικός, μη κερδοσκοπικός, επιστημονικός οργανισμός, χωρίς θρησκευτική ή πολιτική απόχρωση, με 113 κράτη-μέλη και 5000 οργανικά μέλη-άτομα, με κύρια αποστολή τη μάχη κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού σε παγκόσμια κλίμακα.

Η Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ. έλαβε την πρωτοβουλία να μελετήσει το πρόβλημα της Φυματίωσης στη χώρα μας για τους παρακάτω κύριους λόγους:

1. Στη χώρα μας υπάρχει πρόβλημα φυματίωσης.
2. Η αντιμετώπιση της φυματίωσης στη χώρα μας βελτιώνεται προοδευτικά τις τελευταίες δεκαετίες, αλλά υπολείπεται σε ορισμένες παραμέτρους του αντιφυματικού προγράμματος.
3. Οι απόψεις σε ορισμένα μείζονα προβλήματα της νόσου δίστανται σε άλλοτε άλλο βαθμό, ακόμα και μεταξύ ειδικών.

Έτσι, το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ., που αποτελείται από τους:

Ν. Μαγκίνα - Βλαχαντώνη, Επιμελήτρια Α, Κ.Α.Α. - Ν.Ν.Θ.Α., Πρόεδρος.

Μ. Κουντούρη - Κουτσουμπέλη, Διευθύντρια Πνευμονολόγο Γεν. Νοσ. Τρικάλων, Αντιπρόεδρος.

Ν. Γιατρομανωλάκη, Διευθυντή Πνευμ/κής Κλινικής Γεν. Νοσοκ. Αεροπορίας, Γεν. Γραμματέα.

Ν. Καρβουνά, Προϊστάμενο Διαγνωστικού Κέντρου ΙΚΑ Πειραιά, Ταμία.

Ιόλη Γεωργίου - Παπά, Διευθύντρια Πνευμ/κής Κλινικής ΝΙΜΤΣ, μέλος.

Κ. Κατή, Επιμελήτη Α. Σισμανογλείου Νοσοκομείου, μέλος.

Β. Πολυχρονόπουλο, Επιμελήτη Α. Ν.Ν.Θ.Α., μέλος.

όρισε το 1987 ομάδα εργασίας από τους:

Ν. Γιατρομανωλάκη ως Πρόεδρο
και Μ. Κουντούρη - Κουτσουμπέλη
Ν. Καρβουνά
Κ. Κατή ως μέλη.

προκειμένου

να συντάξει έκθεση που αφορά το πρόβλημα της Φυματίωσης και το αντιφυματικό πρόγραμμα στη χώρα μας.

Η παραπάνω ομάδα εργασίας, αφού συνήλθε σε επανειλημμένες συνεδριάσεις και αφού έλαβε υπόψη της τις απόψεις των μελών του Δ.Σ. της Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ. και του κ. Μαρίνη, Διευθυντή του Μικρ/κού του Ν.Ν.Θ.Α., όσον αφορά στα μυκοβακτηριδιολογικά θέ-

ματα, συνέταξε την έκθεση την οποία υπέβαλε στο Δ.Σ. της Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ. Το Δ.Σ. αποδέχθηκε την έκθεση ως τις θέσεις της Ένωσης για τη Φυματίωση στην Ελλάδα και την διαβίβασε στο επόμενο Δ.Σ. της Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ.

Το Δ.Σ. αυτό, αποτελούμενο από τους:

Π. Ζιωτόπουλο, Διευθυντή Πνευμον. Κλινικής Σισμανογλείου, Πρόεδρο.

Ν. Καρβουνά, Προϊστάμενο Διαγ. Κέντρου Ι.Κ.Α. Πειραιά, Αντιπρόεδρο.

Ν. Μαγκίνα - Βλαχαντώνη, Επιμελήτρια Α, ΚΑΑ - ΝΝΘΑ, Γεν. Γραμματέα.

Μ. Πατενταλάκη, Επιμελήτη Α, Σισμανογλείου Νοσοκομείου, Ταμία.

Ν. Γιατρομανωλάκη, Διευθυντή Πνευμον. Κλινικής 251 ΓΝΑ, Μέλος.

Α. Βερυκάκη, Επιμελήτρια Α, Σισμανογλείου Νοσοκομείου, Μέλος.

Γ. Μπίρμπα, Επιμελήτρια Β, ΝΝΘΑ, Μέλος.

συνήλθε σε ειδική συνεδρία και αφού προέβη σε προσθήκες και τροποποιήσεις, υιοθέτησε την έκθεση αυτή ως προτάσεις για τις θέσεις ομοφωνίας για τη Φυματίωση στην Ελλάδα. Οι προτάσεις αυτές αφενός υποβλήθηκαν στους αρμόδιους κρατικούς και επιστημονικούς φορείς της χώρας μας για κρίση και αφετέρου δόθηκαν σε 200 αντίτυπα σε όλους τους πνευμονολόγους που συμμετείχαν στην στρογγυλή τράπεζα της 8.12.1989 του 5ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου Νοσημάτων Θώρακος, με θέμα «ΘΕΣΕΙΣ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ».

Στην Τράπεζα αυτή με τη σύνθεση:

Συντονιστής: Ν. Γιατρομανωλάκης, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Γεν. Νοσ. Αεροπορίας.

Εισηγήσεις - Εισηγητές:

Επιδημιολογία της Φυματίωσης: Ν. Καρβουνάς, Προϊστάμενος Διαγνωστικού Κέντρου ΙΚΑ Πειραιά.

Διάγνωση της Φυματίωσης: Μ. Κουντούρη - Κουτσουμπέλη, Διευθύντρια Πνευμονολόγος Γεν. Νοσ. Τρικάλων.

Θεραπεία της Φυματίωσης: Κ. Κατής, Επιμελητής Α, Σισμανογλείου Νοσοκομείου.

Πρόληψη της Φυματίωσης: Η. Κακαβέλας, Επίκουρος Καθηγητής Παν/μίου Θεσσαλονίκης.

Αντιφυματικό Πρόγραμμα: Θ. Λιώκης, Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών,

αφενός αναπτύχθηκαν οι προτάσεις για τις θέσεις ομοφωνίας από τους εισηγητές και αφετέρου συζητήθηκαν διάφορες απόψεις και ειδικά προβλήματα από το ακροατήριο. Επιπλέον δε, λόγω του περιορισμένου χρόνου ζητήθηκε η μετασυνεδριακή έγγραφη έκφραση προς την ΕΕΚΦΝΑΣ τυχόν διαφοροποιημένων απόψεων.

Από όλους τους παραπάνω εξέφρασαν άποψη:

Προφορική κατά τη διάρκεια της συζήτησης της στρογγύλης τράπεζας 14 Πνευμονολόγοι.

Γραπτή προ ή μετά το Συνέδριο οι παρακάτω:

Θ. Σαπουνάς, Δ/ντής Δ/νσης Δημόσιας Υγιεινής, Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ι. Ιορδάνογλου, Καθηγητής Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας Παν/μίου Αθηνών.

Σ. Σιαφάκας, Καθηγητής Πνευμονολογίας Παν/μίου Κρήτης.

Σ. Κωνσταντόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Πνευμονολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων.

Π. Μπεχράκης, Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας.

Χ. Μελισσηνός, Πρόεδρος Ελληνικής Βρογχολογικής Εταιρείας.

Σ. Σταμάτης, Δ/ντής Πνευμονολόγος Γεν. Νοσ. Σερρών.

Β. Κυρίτσης, Ιατρός Αντιφυματικού Ιατρείου Αδελφότητας Μαγνησίας, Βόλος.

Η Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ. με βάση όλες τις εκφρασθείσες απόψεις, ανασύνταξε τις προτάσεις για τις θέσεις ομοφωνίας για τη φυματίωση, τις οποίες υπέβαλε προς συζήτηση στο ειδικό σεμινάριο των αρμοδίων επιστημονικών φορέων για τις «Θέσεις Ομοφωνίας για τη Φυματίωση στην Ελλάδα».

Το σεμινάριο αυτό έγινε στις 6 και 7 Μαΐου 1990 στο 251 ΓΝΑ και οργανώθηκε από το πρόν Δ.Σ. της Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ., αποτελούμενο από τους:

Ν. Γιατρομανωλάκη, Δ/ντή Πνευμ/κής Κλινικής 251 ΓΝΑ, Πρόεδρο.

Φ. Σκόττη, Επιμελήτρια Α' ΝΝΘΑ, Αντιπρόεδρο.

Μ. Τουμπή, Επιμελήτη Α' ΝΝΘΑ, Γ. Γραμματέα.

Κ. Μπάρλα, Επιμελήτη Α' Γεν. Νοσ. Νικαίας, Ταμία.

Σ. Καπετανέα, Δ/ντή Αντιφυματικού Ιατρείου ΝΝΘΑ, Μέλος.

Ν. Αρμενάκη, Επιμελήτρια Α' ΝΝΘΑ, Μέλος.

Γ. Πολίτη, Επιμελήτη Α' ΝΝΘΑ, Μέλος.

Στο Σεμινάριο συμμετείχαν οι παρακάτω φορείς με τους αντίστοιχους εκπροσώπους:

1. Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Θ. Σαπουνάς, Δ/ντής και Γ. Μανές, Τμηματάρχης.

2. Επιτροπή κατά της Φυματίωσης, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ι. Ιορδάνογλου, Καθηγητής και Θ. Λιώκης, Καθηγητής.

3. Πνευμονολογική - Φυματιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ι. Ιορδάνογλου, Καθηγητής, Κ. Χατζησταύρου, Επ. Καθηγητής, Γ. Τάτσης, Επ. Καθηγητής.

4. Πνευμονολογική - Φυματιολογική Κλινική Πανε-

πιστημίου Θεσ/νίκης.

Χ. Βάμβαλης, Αν. Καθηγητής, Δ. Γκιουλέκας, Επ. Καθηγητής, Ι. Μουστάκας Δ/ντής Πνευμονολόγος Γεν. Νοσ. Κομοτηνής.

5. Παθολογικός Τομέας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
Σ. Κωνσταντόπουλος, Αν. Καθηγητής, Γ. Δασκαλόπουλος, Πνευμονολόγος.

6. Πνευμονολογική Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης.
Δ. Μπούρος, Επ. Καθηγητής, Ν. Μπαχλιτζανάκης, Δ/ντής Πνευμονολόγος Βενιζελείου Νοσ. Ηρακλείου Κρήτης.

7. Ελληνική Ένωση κατά της Φυματίωσης και των Νόσων του Αναπνευστικού Συστήματος.

Ν. Γιατρομανωλάκης, Δ/ντής Πνευμονολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ, Φ. Σκόττη, Επιμελήτρια Α', Μ. Τουμπής, Επιμελήτης Α', Κ. Μπάρλας, Επιμελητής Α', Σ. Καπετανέας, Δ/ντής Αντιφ. Ιατρείου, Ν. Αρμενάκη, Επιμελήτρια Α', Γ. Πολίτης, Επιμελητής Α'.

8. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία.

Θ. Λιώκης, Καθηγητής, Α. Ρασιδάκης, Αν. Καθηγητής, Ν. Καρβουνάς, Προϊστάμενος ΙΚΑ, Κ. Κατής, Επιμελητής Α'.

9. Ελληνική Βρογχολογική Εταιρεία.

Χ. Μελισσηνός, Επ. Καθηγητής, Δ. Μπόφος, Επιμελητής Α', Κωνσταντίνου Κ. Επ. Β., Κυρούσης Δ. Επ. Β.

10. Εταιρεία Μελέτης Πνευμονοπαθειών και Επαγγελματικών Παθήσεων Θώρακος.

Χ. Τζημάκας, Επ. Καθηγητής, Π. Χρηστάκη, Δ/ντρια Πνευμονολογικής Κλινικής Γεν. Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου».

11. Επιτροπή κατά της Φυματίωσης Ενόπλων Δυνάμεων.

Ι. Δημοηλιόπουλος, Υποστράτηγος ε.α., Α. Παρασκευόπουλος, Πλοίαρχος - Πνευμονολόγος.

12. Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων.
Ε. Μαρίνης, Δ/ντής Μικροβιολογικού Τμήματος ΝΝΘΑ.

13. Ελληνικά Ινστιτούτα Pasteur.

Ε. Πατεράκη, Διευθύντρια.

Συμμετείχαν ακόμη συνάδελφοι - παρατηρητές από διάφορες περιοχές της χώρας.

Το πρόγραμμα και τα θέματα κατά ενότητες είχαν ως εξής:

Προσφώνηση: Θ. Σαπουνάς, Δ/ντής Δημόσιας Υγιεινής Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Εισήγηση: Καθηγητής Ι. Ιορδάνογλου, Πρόεδρος Επιτροπής κατά της Φυματίωσης Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Επιδημιολογία της Φυματίωσης στατιστικά στοιχεία: Κ. Χατζησταύρου, Γ. Τάτσης.

Διαγνωστικά μέσα για τη Φυματίωση: Χ. Βάμβαλης.
Θεραπεία - Χημειοπροφύλαξη: Σ. Κωνσταντόπουλος.
Ανίχνευση Νέων περιπτώσεων: Δ. Μπούρος, Ν. Μπαχλιτζανάκης.

B.C.G.:

Α. Παρασκευόπουλος.

Αντιφυματικό πρόγραμμα: Θ. Λιώκης, Ν. Καρβουνάς.

Εκπαίδευση - Διαφώτιση: Δ. Μπόφος, Κυρούσης.

Ερευνα: Χ. Τζημάκας.

Γενικές παρατηρήσεις - Συμπεράσματα: Ν. Γιατρομανωλάκης.

Το Σεμινάριο χαρακτηρίστηκε από επιτυχία και με βάση τα συμπεράσματά του διαμορφώθηκε το τελικό κείμενο των θέσεων ομοφωνίας για τη Φυματίωση στην Ελλάδα, το οποίο αποφασίστηκε να διανεμηθεί σε όλους τους αρμόδιους φορείς και στην ευρεία κοινότητα των συναδέλφων και το υγειονομικό προσωπικό. Ευελπιστούμε ότι το κείμενο αυτό θα αποτελέσει αφενός μεν οδηγό για ζητήματα παραδεγμένα, αφετέρου δε ερέθισμα για ειδικότερη μελέτη θεμάτων που ζητούν επίλυση με κύριο στόχο την κατά το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος της φυματίωσης στη χώρα μας κατά το παράδειγμα των περισσότερων χωρών της γης.

Από τη θέση αυτή η Ε.Ε.Κ.Φ.Ν.Α.Σ. επιθυμεί να ευχαριστήσει το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Αφαιρέσεων, τους κ.κ. Καθηγητές Πνευμονολογίας της χώρας μας και τους συνεργάτες τους, τους προέδρους και τα μέλη των Δ.Σ. των αρμοδίων Επιστημονικών Φορέων και Σωματείων, αλλά και όλους τους συναδέλφους που με εργασία, συμμετοχή, εμπειρία, απόψεις, υποδείξεις και καλή διάθεση στήριξαν αυτή την προσπάθεια.

Ευχαριστεί επίσης τον κ. Γιατρομανωλάκη που είχε την επιμέλεια του κειμένου και έκδοσης του παρόντος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Thoracic Society: Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis and other Mycobacterial Diseases. New York, 1981.
2. Bleiker M.A., Arkestein N.L., Duinker N.W.: Study into the risk of tuberculous infection in schoolchildren in the city of Delft in the period 1966 - 1985. International Tuberculosis Surveillance Centre, The Netherlands, 1985.
3. British Thoracic Society: Control and Prevention of Tuberculosis: a code of practice. Br Med J, 1983, 287: 1118 - 21.
4. Caplin M.: Tuberculin test in Clinical Practice, 1st ed., Bailliere Tindall, London, 1980.
5. Crofton J., Douglas A.: Respiratory Diseases, 3rd ed., Blackwell, London, 1981.
6. Γιατρομανωλάκης Ν., Ζουμπούλης Χ., Βολίκας Κ., Κουλούρης Ν.: Δείκτης μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης σε νεαρές ηλικίες στην Ελλάδα κατά τα έτη 1981 - 1986. Ιατρική, 1988, 54: 437 - 41.
7. Δασκαλόπουλος Γ., Κωνσταντόπουλος Σ.Τ.: Ατυπα μυκοβακτηρίδια στην Ελλάδα. Πρώτη φάση μελέτης. Περίληψεις Δ' Πανελληνίου Πνευμονολογικού Συνεδρίου, ΠΝΕΥΜΩΝ, 1, Τεύχος 2, 1987.
8. Glasroth J., Robins A.G., Snider D.E.: Tuberculosis in the 1980's. New Engl J Med, 1980, 302: 1441 - 50.
9. Grzybowski S., Barnetti G.D., Styblo K.: Contacts of cases of active Pulmonary Tuberculosis. Bull Int Un Ag Tub, 1975, 50: 90 - 106.
10. Θεοδωρακόπουλος Π., Δημάδη Μ., Κωνσταντόπουλος Σ.: Κατανάλωση αντιφυματικών φαρμάκων στην Ελλάδα σε σχέση με ορισμό νέων περιπτώσεων φυματίωσης. 14ο Ετήσιο Πανελλ Ιατρ Συνέδριο, 1988.
11. Ιορδάνογλου Ι.: Μαθήματα Πνευμονολογίας - Φυματιολογίας. Φυματίωσης. 2α έκδοση, Παρισιάνος. Αθήνα, 1983.
12. Ιορδάνογλου Ι.: Προστασία με αποξηραμένο και νωπό εμβόλιο B.C.G. Ιατρική, 1986, 49: 193 - 4.
13. IUATLD: Antituberculosis regimens of chemotherapy. Bull Int Un Ag Tub Lung Dis, 63, No 2: 60 - 4.
14. Kunkel S.L., Chensue S.W., Strieter R.M., Lynch J.P., and Remiek D.G.: Cellular and molecular aspects of Granulomatons Information. Am J Respir Cell Mol Biol, 1989, 1: 439 - 47.
15. Λιώκης Θ.: Το σύγχρονο Αντιφυματικό Πρόγραμμα. Ιατρ Επιθ Εν - Δυναμ, 1981, 15: 477 - 8.
16. Μπαζά Α., Παπαεαγγέλου Γ., Μπαζάς Θ., Μπαζάς Β.: Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της πνευμονικής φυματίωσης στην Ελλάδα. Mat Med Greca, 1979, 7: 233 - 8.
17. Pan Amerocan Health Organization: Tuberculosis Control: A manual on methods and procedures for integrated programs. Scientific Publication 498, Washington, 1986.
18. Reichman L.B.: HIV infection. A new face of Tuberculosis. Bull Int Un Ag Tub Lung Dis, 1988, 63, No 3: 19 - 24.
19. Stead W.W.: Pathogenesis of Tuberculosis: Clinical and Epidemiologic perspective. Rev Infect Dis, 1989, 2 (Suppl 2): S366 - S368.
20. Styblo K., and Meijer J.: The quantified increase of the tuberculosis infection rate in low prevalence country to be expected if the existing MMR program were discontinued. Bull Int Un Ag Tub, 1980, 55: 3 - 8.
21. Styblo K.: The protential impact of AIDS in the Tuberculosis situation in developed and developping countries. Bull Int Un Ag Tub Lung Dis, 1988, 63, No 2: 25 - 8.
22. Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1983: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Αθήνα, 1986.
23. U.S.A. National Consensus Conference on Tuberculosis: Standard Therapy for Tuberculosis 1985. Chest, 1985, Suppl. 87: 1175 - 1275.
24. World Health Organization: Tuberculosis Control. Re-

port of a joint IUAT/WHO Study Group. Technical Report Series 671, WHO, Geneva, 1982.

25. WHO - IUATLD: Joint working group on HIV infection and Tuberculosis. Int Un Ag Tub Lung Dis, 1988, 63,

No 3: 16 - 8.

26. WHO: Tuberculosis Control as an integral part of Primary Health Care. Geneva, 1988.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ

Η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία αναγγέλλει τη διοργάνωση του 6ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου που θα γίνει στην Αθήνα Το ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ ΤΟΥ 1991

Οι εργασίες του Συνεδρίου θα αφορούν όχι μόνο στα νοσήματα, αλλά και στη Φυσιολογία του Αναπνευστικού. Προβλέπεται η συμμετοχή Επιστημονικών Εταιρειών, η διεξέργεια προσυνεδριακών Σεμιναρίων και προσκλήσεις ξένων ομιλητών

ΤΕΛΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ: 1 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 1991

Consensus Positions in Tuberculosis for Greece

*Greek Union Against Tuberculosis
and Respiratory Diseases*

SUMMARY

Despite modern scientific knowledge and accumulated experience, tuberculosis, an old disease, remains controversial in essential topics, even among experts.

The Greek Union Against Tuberculosis and Lung Disease decided to organise the necessary steps in order to achieve a national consensus position on tuberculosis.

The Working Group in which Dr. N.E. Yatromanolakis participated as chairman, Dr. M. Kountouri-Koutsoumpeli, Dr. N. Karvounas and Dr. K. Katis, as members, prepared the initial text in 1987. This text has been subjected to criticism and modifications from the Executive Committee members of the Union, the round table participants for this subject in the 5th Panellenic Medical Congress for Chest Diseases, in Thessaloniki 1989, and finally from the representatives of all the Greek Scientific Committees concerned in a two-day specifically organised seminar under the auspices of the Ministry of Health, in 1990.

PNEUMON (1990) 1:22-23

Epidemiology — Pathogenesis

In Greece the annual incidence of tuberculosis has been reported as 10 per 100.000 population during recent years, but this number does not represent the true annual incidence because unknown numbers of new cases are not reported. It is estimated that the annual incidence should be 3-4 times higher.

The prevalence of tuberculous infection in 10-12 year old children has been found at 1-2% for Southern Greece and the Islands and 3-4% for Northern Greece. This index has been found at 8-10% during recent years in male recruits at the age of 21 years. The annual risk of infection derived from these figures has been estimated at 0.57% but the small number of BCG vaccinated in the past could not be excluded from the sample.

The prevalence of infection from *M. Scrofulaceum*

has been found at 7% in recruits of age 21 years.

In addition, the pathogenesis of tuberculosis and the transmission of tubercle bacilli are analysed.

Diagnosis

Usually, the diagnosis of tuberculosis in Greece presents no major difficulties since the diagnostic tools are available throughout the country. Although, the mycobacterium laboratories should be reorganised in three levels: direct smear examination, culture and initial identification, full identification and drug susceptibility studies.

The classification of Tuberculosis proposed by the American Lung Association has been accepted.

Treatment

The nine-month regimen with Rifampicine and I-

soniazid, initially supplemented with either Pyrazinamide, or Ethanibutol or Streptomycin for two months, has been accepted.

Alternative regimens can be used in specific situations. Retreatment of relapses should be given for at least 12 months. Tuberculosis during pregnancy should be treated with 2RHE/7RH. The treatment of tuberculosis in AIDS patients must be prolonged for at least 6 months after the last negative culture. The mycobacterium Avium - Intracellulae disease can be treated with RHE for 18 - 24 months and for the initial 2 - 3 months. The same therapeutic principles apply for extrapulmonary tuberculosis, but steroids are additionally advised for meningitis and pericarditis.

Close follow-up is necessary in order to detect any adverse effect and to secure the correct drug-taking and the patient's compliance.

Chemoprophylaxis has been advised for tuberculin test converters, children in close contact with smear positive patients unless tuberculin test is negative two months later, patients with signs of past disease in chest x-ray but not treated, and for specific immunocompromised groups.

Most patients can be treated on an out-patient basis but patients with severe symptoms, or highly infections, or multiresistant disease, or with severe adverse effects, or noncompliant patients can be hospitalized, either in the specific Chest disease Hospitals or isolated in the Chest disease wards of the General Hospitals.

Prevention

Case finding must be intensified. Active procedures among highly susceptible groups, such as contacts, should be organized and the health personnel should be sensitised to the variable symptomatology of the disease.

The BCG vaccination programme should be reorganized because there is no satisfactory coverage at present. The vaccination should be given at the age of 6 before school entrance but it could be given earlier if necessary for a family or a group of children.

Chemoprophylaxis has been mentioned already in the previous chapter.

Antituberculous Programme

The basic principles of the antituberculous programme, such as case finding, good treatment and BCG vaccination should be reorganized according to

the procedures mentioned, aiming at the future elimination of the disease. This programme must be applied through the National Health Service with high priority.

Education of health personnel and community members is also essential.

Research must be organized at any level directed to the main topics of interest.

Conclusions

1. Tuberculosis still remains a major health problem internationally and also for Greece.
2. The antituberculous programme, although legislated, is not working properly and must be reorganized and applied through the National Health System.
3. A central committee at the Public Health Directorate Office of the Health Ministry should be organized in order to coordinate the scientific programmes and scientific personnel and advise the Ministry accordingly.
4. The magnitude of the tuberculosis problem in Greece must be identified with scientific measurement of the proper indices. This knowledge will allow the evaluation of measures taken in the past and future programming.
5. Case finding must be intensively orientated mainly to the family and occupational contacts, the communities with increased new cases and the high risk groups either to get the disease or to spread the disease.
6. The diagnosis of tuberculosis has been accepted to be at a satisfactory level, but the mycobacterial laboratories could be reorganized and improved.
7. Treatment is also satisfactory but the hospitalization of patients can be revised and shortened. Chemoprophylaxis should be given to all who need it.
8. The BCG vaccination programme must be reorganized in order to achieve acceptable coverage at the age of 6 years.
9. The National compensation programme should be revised and accepted as unique from the various insurance organizations.
10. The education of the medical and paramedical personnel must also be regarded as essential and must take high priority.
11. Research on this disease must be organized and properly directed.
12. The National Fund programmes for all these activities must take high priority and be adequate.

Θυμολίπωμα σε συνδυασμό με καθυστερημένη σωματική ανάπτυξη

ΝΤΑΓΑΝΟΥ Μ., ΔΑΝΙΗΛ Ζ., ΜΑΡΩΣΗΣ Κ., ΜΠΟΦΟΣ Δ., ΚΟΤΣΟΒΟΥΛΟΥ - ΦΟΥΣΚΑΚΗ Β.

Ιστορικό

Πρόκειται για έφηβο ηλικίας 16 ετών με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό, ο οποίος εισήχθη στην κλινική μας γιατί από 10ημέρου παρουσίαζε έντονο ξηρό βήχα, ιδιαίτερα κατά τις νυκτερινές ώρες, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα.

Κατά τη γενική επισκόπηση, διαπιστώθηκε ότι η εξωτερική εμφάνιση του ασθενή αντιστοιχούσε σε παιδί ηλικίας 12 ετών περίπου (ύψος 146 εκατοστά). Είχε ελάχιστο υποδόριο λίπος (σωματικό βάρος 30 κιλόγραμμα) και φυσιολογικές αναλογίες μεταξύ κεφαλής, κορμού και άκρων. Παρατηρήθηκε επίσης ελαφρά ωχρότητα δέρματος.

Φυσική εξέταση

Κατά την εξέταση των συστημάτων: Από το αναπνευστικό σύστημα παρατηρήθηκαν ελαφρά ταχύπνοια (αναπνοές: 20 κατά λεπτό), μικρού βαθμού εισπνευστικός συριγγμός στη βαθειά εισπνοή και ακροαστικά μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερά και αραιοί μουσικοί ρόγχοι άμφω. Από το κυκλοφοριακό σύστημα διαπιστώθηκε ελαφρά ταχυκαρδία (σφύξεις: 100 κατά λεπτό).

Κατά την εξέταση των γεννητικών οργάνων οι όρχεις ήταν ψηλαφητοί αλλά μικροί σε όγκο. Η σχετική πτύχωση και η ανάπτυξη του πέους μεγαλύτερες απ' ό,τι θα αναμενόταν σε ένα αγόρι προεφηβικής ηλικίας. Παρ' όλα αυτά οι ενδείξεις για την έναρξη της εφηβείας ήταν ισχνές.

Η φυματινοαντίδραση (με 2TU PPD - RT23) ήταν αρνητική.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αιματοκρίτης: 41%, Αιμοσφαιρίνη 12 g, Λευκά:

9.500 (Π: 51%, Λ: 35%, Η: 9%, ΜΜ: 7%) ΤΚΕ: 27 χιλιοστά την 1η ώρα, Αιμοπετάλια: κφ, Γενική ούρων: κφ.

Σάκχαρο αίματος, ουρία και κρεατινίνη: κφ, Ηπατικός έλεγχος και ηλεκτρολύτες επίσης φυσιολογικά.

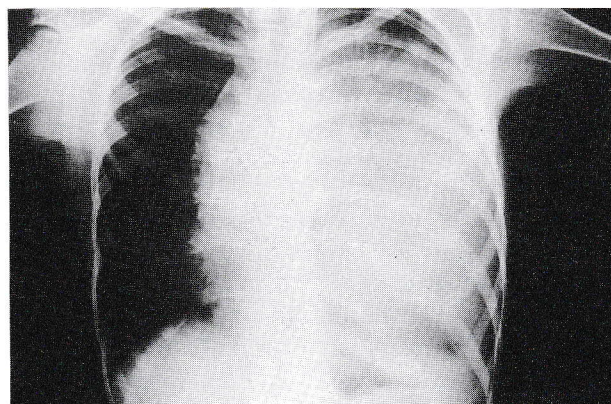
Αέρια αίματος Pa O₂ = 90, PaCO₂ = 44, pH = 7,37.

Σπιρομέτρηση: FVC = 1060 (36% της προβλεπόμενης), FEV₁ = 760, tif = 73%.

Το ΗΚΓ έδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία.

Ανάγνωση ακτινογραφιών

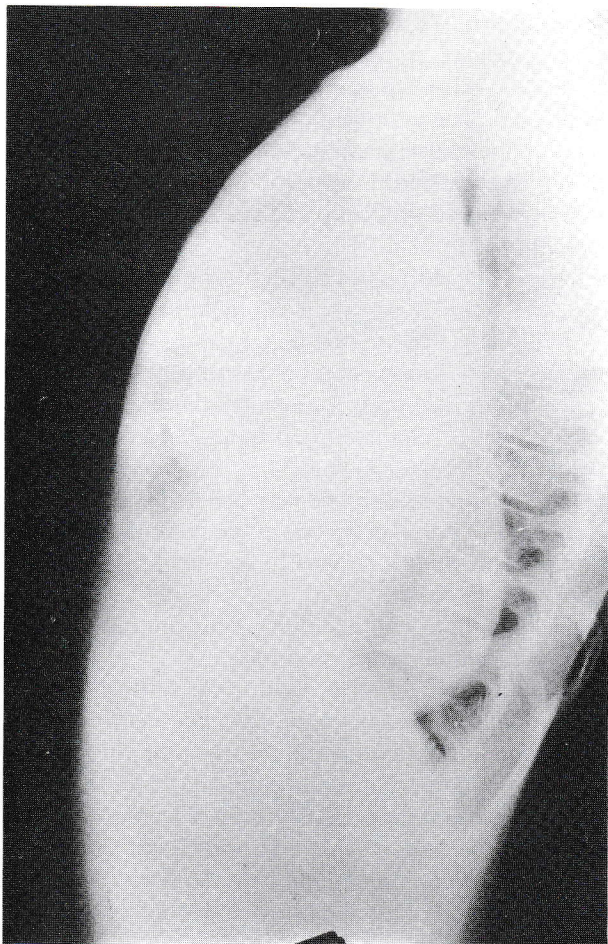
Η ΟΠ ακτινογραφία θώρακος (Εικόνα 1) έδειξε ευμεγέθη ομοιογενή σκίαση που καταλάμβανε όλα τα πνευμονικά πεδία αριστερά, εκτός της σύστοιχης κορυφής και πλευροδιαφραγματικής γωνίας και διόγκωση του μεσοθωρακίου με τοξοειδή προβολή προς τα δεξιά.



Εικόνα 1:

Η πλάγια ακτινογραφία (Εικόνα 2) έδειξε πλήρη σχεδόν κατάληψη του πρόσθιου και μέσου μεσοθωρακίου από ομοιογενή σκίαση.

Η αξονική τομογραφία θώρακα (Εικόνα 3) έδειξε ευ-



Εικόνα 2:



Εικόνα 3:

μεγάλη χωροκατακτητική εξεργασία με σαφές τοίχωμα, πυκνότητα λίπους και διάσπαρτα διαφραγμάτια εντός αυτής, που καταλάμβανε ολόκληρο το αριστερό ημιθώρακιο και το πρόσθιο μεσοθώρακιο, προκαλώντας απώθηση του πνευμονικού παρεγχύματος προς τα πίσω και του καρδιαγγειακού σχηματισμού προς τα πίσω και δεξιά.

Διαφορική διαγνωστική κατάταξη

Λίπωμα
Λιποσάρκωμα
Τεράτωμα
Θυμολίπωμα

Προτεινόμενοι χειρισμοί και πρόγνωση

Στη φάση αυτή και μετά τα αποτελέσματα και της αξονικής τομογραφίας κάθε άλλος διαγνωστικός χειρισμός θεωρήθηκε περιττός και προτάθηκε στον άρρωστο η εξαίρεση του όγκου που έμοιαζε καλοήθους.

Η χειρουργική επέμβαση έγινε, τελικά, σε Νοσοκομείο του εξωτερικού. Αφαιρέθηκε ένας όγκος με δύο λοβούς που περιβαλλόταν πλήρως από κάψα. Το βάρος του ήταν 2 κιλά και 270 γραμμάρια. Ο αριστερός πνεύμονας ήταν σημαντικά μικρός λόγω της μακροχρόνιας συμπίεσής του από τον όγκο και δεν εκπτώχθηκε τις πρώτες μέρες μετά την επέμβαση.

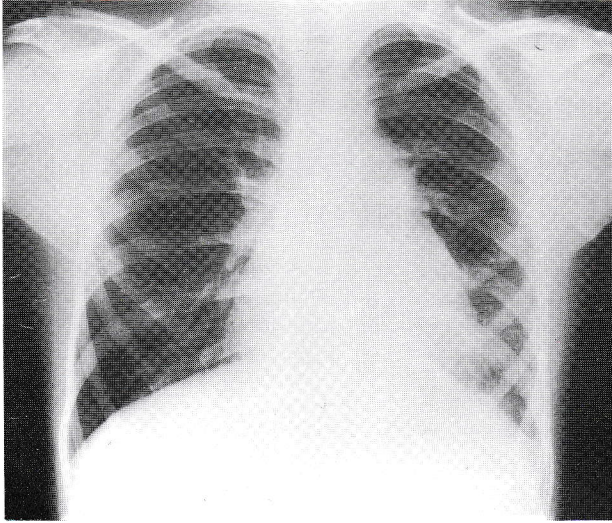
Η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος όγκου έδειξε θυμολίπωμα χωρίς κανένα στοιχείο κακοήθειας.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς υπήρξε ομαλή.

Ο ασθενής επανεξετάσθηκε πέντε μήνες αργότερα στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Διαπιστώθηκε ότι η γενική του κατάσταση ήταν πολύ καλή. Η ακτινογραφία του θώρακα ήταν φυσιολογική και ο αριστερός πνεύμονας είχε εκπτώχθει πλήρως (Εικόνα 4). Το ύψος του ασθενή είχε παρουσιάσει αύξηση κατά 10 εκατοστά και το βάρος του κατά 14 κιλά. Δέκα μήνες μετά την επέμβαση η συνολική αύξηση του ύψους ήταν 14 εκατοστά και τους βάρους 17 κιλά.

Συζήτηση

Λίγα πράγματα είναι μέχρι σήμερα γνωστά γύρω από τις λειτουργίες του θύμου αδένα, αφού μόνο την τελευταία εικοσαετία έχει αρχίσει μια συστηματική μελέτη αυτού του οργάνου. Είναι γνωστή η επίδασή του στην ανάπτυξη της κυτταρικής ανοσίας και η τροφική του δράση στο λεμφικό σύστημα που αποδίδεται στην



Εικόνα 4:

έκκριση ορμόνης, για την οποία όμως δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία³.

Επιρεάζει επίσης και τη χυμική ανοσία, καθώς και τη σωματική ανάπτυξη. Έχει διαπιστωθεί πειραματικά ότι η αφαίρεση του θύμου από νεογέννητα ζώα προκαλεί:

- α) μείωση του αριθμού των λεμφοκυττάρων και έκπτωση της κυτταρικής ανοσίας,
- β) ατροφία των λεμφικών οργάνων και
- γ) καθυστερημένη σωματική ανάπτυξη, μειωμένη τριχοφυΐα, συχνές λοιμώξεις, εντερικές διαταραχές και αυξημένη θνησιμότητα. Όσο αργότερα στη ζωή αφαιρεθεί ο θύμος, τόσο λιγότερο εκσεσημασμένα είναι τα παραπάνω φαινόμενα³.

Οι όγκοι του θύμου, που αποτελούν, μαζί με τους νευρογενείς όγκους και τις καλοήθεις κύστες, το 60% όλων των όγκων των μεσοθωρακίου, είναι οι συχνότεροι όγκοι του πρόσθιου μεσοθωρακίου^{5,6}.

Το θυμολίπωμα αποτελεί το 2 - 9% των όγκων αυτών⁵.

Ιστολογικά, αποτελείται από λίπος, ανάμεσα στο οποίο βρίσκονται νησίδες φυσιολογικού, υπερπλαστικού ή ατροφικού θυμικού ιστού. Περιβάλλεται πλήρως από κάψα και έτσι είναι δυνατή η πλήρης αφαίρεσή του^{5,7}.

Ο όγκος είναι συνήθως μεγάλος, με βάρος άνω του μισού κιλού στο 68% των περιπτώσεων, άνω των 2 κιλών στο 23%, ενώ έχει αναφερθεί θυμολίπωμα με βάρος άνω των 12 κιλών⁸.

Η μέση ηλικία των ασθενών που φτάνουν στο χειρουργείο είναι τα 22 έτη⁷.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ο όγκος είναι ασυμπτωματικός. Το 25% όμως των ασθενών παρουσιάζει συμπτώματα όπως βήχα, δύσπνοια ή θωρακικό άλγος⁷.

Η προεγχειρητική διάγνωση του θυμολιπώματος εί-

ναι δύσκολη. Τα θυμολιπώματα, λόγω της μαλακής τους σύστασης, ακουμπούν στο διάφραγμα και δίνουν στην ΟΠ ακτινογραφία εικόνα καρδιομεγαλίας. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων γίνεται με το υπερηχοκαρδιογράφημα και την αξονική τομογραφία. Η τελευταία μας πληροφορεί επίσης και για την εντόπιση του όγκου στο πρόσθιο μεσοθωράκιο, τη λιπώδη του σύσταση και τη σαφήνεια του περιγράμματος που οφείλεται στην παρουσία κάψας. Επίσης αποκαλύπτει διαφραγματία μέσα στη μάζα του λίπους, που αντιστοιχούν στις νησίδες του θυμικού ιστού. Αυτές τις πληροφορίες μπορεί να μας δώσει και η μαγνητική τομογραφία, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα στη διάγνωση του θυμολιπώματος.

Μέχρι σήμερα, έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία συνδυασμός θυμολιπώματος με συστηματικά νοσήματα όπως νόσος του GRAVES, απλαστική αναιμία και μυασθένεια GRAVIS^{9,10, 11,12}.

Αντίθετα, δεν έχει περιγραφεί συνδυασμός με καθυστερημένη σωματική ανάπτυξη.

Το γεγονός της ταχείας σωματικής αύξησης του ασθενούς μετά την αφαίρεση του όγκου επιτρέπει την αιτιολογική συσχέτιση της καθυστέρησης της ανάπτυξης — με την παρουσία του θυμολιπώματος.

Ο μηχανισμός παραμένει αδιευκρίνιστος. Θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί μια ατροφία του θυμικού ιστού του όγκου που συνέβη σε πολύ μικρή ηλικία και που, σύμφωνα με τα πειραματικά δεδομένα που αναφέραμε³, θα δικαιολογούσε την καθυστέρηση της σωματικής αύξησης. Ο ασθενής όμως δεν παρουσίαζε καμία από τις διαταραχές, κυρίως του ανοσολογικού συστήματος, που συνοδεύουν την ατροφία του θύμου.

Ένας άλλος παθογενετικός μηχανισμός θα μπορούσε να σχετίζεται με την μακροχρόνια απώθηση και πίεση της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων από τον όγκο, που ίσως προκάλεσαν αιμοδυναμικές διαταραχές, υπεύθυνες για την καθυστέρηση της ανάπτυξης. Πάντως το ερώτημα παραμένει και είναι πιθανό να σχετίζεται με λειτουργίες του θύμου αδένου που δεν έχουν μέχρι σήμερα διευκρινιστεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lillington G.A.: A diagnostic approach to chest diseases 3rd Edition, 1987, 397.
2. Hsu Ching Y.E.H., Gordon A., Kirschner P., Choen R.: Computed tomography and sonography of thymolipoma. AJR 1983, 140: 1131.
3. Helmut L.: Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου. 1985, τόμος 11 : 92.

4. Παπατέστας Α. Θύμος και νεοπλάσματα. Κλινική ογκολογία 1982, κεφ. 38: 329.
5. Pare P., Fraser R.: Synopsis of diseases of the chest 1st edition, 1985, :700.
6. Wychulis A.R., Payne W.S., Clagett O.T., Woolner L.R.: Surgical treatment of mediastinal tumors: 440-year experience. J Thorac Cardiovasc Surg 1971, 62: 379.
7. Shirkhoda A., Chasen M., Eftekhapi F., Goldman A., Decaro L.: Mr imaging of mediastinal thymolipoma. Comput Assist Tomogr 1987, 11: 364.
8. Teplick J.G., Nedwich A., Haskin M.E.: Roentgenographic features of thymolipoma. Am J Rodnigenol 1973, 117: 873.
9. Renton C., Gerard P.: Thymolipoma in a patient with Grane's disease. Case report and review of the literature. J Thorac Cardiovasc Surg 1966, 51: 428.
10. Rarnes R.D.S., O'Gorman P.: Two cases of aplastic anemia associated with tumors of the thymus. J Clin Pthol 1962, 15: 264.
11. Otto H.F., Lowing T.H., Lachenmaeyr L., Jansen R.W.-C.H., Gurtler K.F., Fisher K.: Thymolipoma in association with myasthenia gravis. Cancer 1982, 50: 1623.
12. Reintgen D., Fetter R.F., Roses A., Mc Carty K.S.: Thymolipoma in association with myasthenia gravis. Arch Pathol Lar Med 1978, 102: 463.



EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL RESPIRATORY PHYSIOLOGY

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ

Ο διαγωνισμός για την υποτροφία των 3 συνεργαζομένων εταιρειών, ύψους 1.000.000 έγινε το Δεκέμβριο 1990 με το σύστημα ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής. Επρώτευσε ο Πνευμονολόγος κ. Α. Λούκος, που εργάζεται στη ΜΕΘ του ΝΕΕΣ. Η Γραμματεία της SEPCR στην Ελλάδα και η επιτροπή διενεργείας του Διαγωνισμού συγχαίρουν θερμά το συνάδελφο για την επιτυχία του.

Συριγγώδης πόρος δεξιού υποχονδρίου — Αιμόπτυση

ΠΑΡΑΜΙΔΑΣ Φ., ΓΟΥΛΙΑ Υ., ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ Κ., ΤΣΙΡΙΓΩΤΑΚΗΣ Γ

Ιστορικό

Αιτία εισαγωγής: Αιμοπτώσεις, Γενικά συμπτώματα (μικρή πυρετική κίνηση, ανορεξία, καταβολή).

Παρούσα νόσος: Ασθενής 68 ατών γεωργός σε καλή γενική κατάσταση, 5 ημέρες πριν την εισαγωγή του παρουσίασε ξηρό βήχα και μετά 2 ημέρες παρουσίασε αιματηρή απόχρεμψη. Επειδή η αιματηρή απόχρεμψη συνεχίστηκε, προσήλθε στο Νοσοκομείο.

Ατομικό αναμνηστικό: Το 1961 διεγνώσθη εχινόκοκκος ήπατος, το 1962 έγινε ρήξη. Ακολούθησαν πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις μεταξύ των οποίων λοβεκτομή ήπατος - σπληνεκτομή - αφαίρεση δεξιού νεφρού και θωρακοτομή (η φύση της επέμβασης δεν καθορίζεται). Επί πολλά χρόνια μετά τις επεμβάσεις ήταν καλά. Εδώ και 6 μήνες παρουσίασε συριγγώση πόρο στην πλάγια επιφάνεια του δεξιού υποχονδρίου από όπου παροχετευόταν από τότε οροπυώδες υγρό.

Οικογενειακό ιστορικό: Ελεύθερο.

Φυσική εξέταση

Άτομο αρτιμελές, όψη-θρέψη καλή, βλεννογόνοι χειλέων και επιπεφυκοίτες: κ.φ. Από την αντικειμενική εξέταση κατά συστήματα, εκτός από τις πολλαπλές ουλές, ελαττωμένη έκπτυξη του δεξιού ημιθωρακίου, υπαμβλύτητα κατά την δεξιά βάση με ελαττωμένες φωνητικές δονήσεις και υποτρίζοντες κατά τηξν ίδια περιοχή.

Μετεγχειρητική ουλή υπάρχει κατά την δεξιά οπίσθια μασχαλαία γραμμή που φθάνει μέχρι την πλάγια επιφάνεια του δεξιού υποχονδρίου.

Επί της ουλής και μάλιστα στο κατωφερέστερο τμήμα αυτής βρίσκεται ο συριγγώδης πόρος.

Λοιπά συστήματα: Κ.φ.

Εργαστηριακά ευρήματα

Γενική αίματος: ΗΤ: 41%, Hb: 12,7%, Λευκά: 8.500, ΤΚΕ: 100.

Γενική ούρων: ΕΒ: 1010, Hb - Πυοσφαίρια: σπάνια, Ερυθρά: σπάνια, Σακ. Αιμ.: 4.48 (3.34 - 6.12), Ηλεκτρ. Να: 144, Κ: 5.20, Ουρία: 4.2, Α.Φ.: 21.3 (33 - 82), SGPT: 13.7 (8 - 30), SGOT: 31(8 - 27), γGT: 49.7 (3 - 30).

Mantoux: 25 mm.

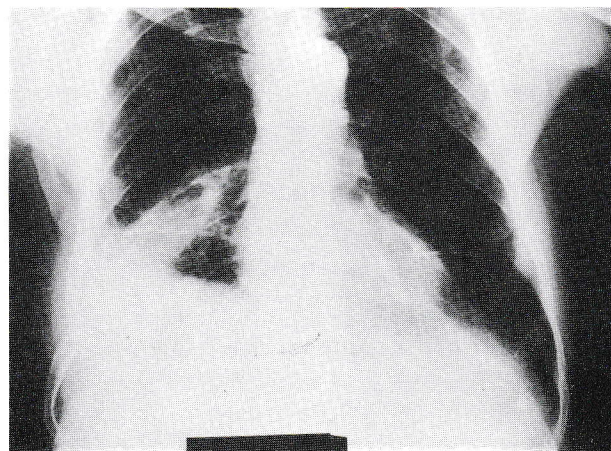
Απλές πτυέλων για Β ΚΟΧΧ3: αρνητικές.

Κυτταρολογικές πτυέλωνx3: αρνητικές.

Κυτταρολογική βρογχικών εκκρίσεων: αρνητική.

Ανάγνωση ακτινογραφιών

Επιδεικνύονται δύο α/φίες θώρακος. *Οπισθοποσθία* (Εικόνα 1). Παρατηρούνται ακανόνιστος ανομοιογενής κατά το μάλλον ή ήττον σκιάσις χωρίς τμηματική κατανομή καταλαμβάνουσα το μέσο και κάτω πνευμονικό πεδίο δεξιά. Πιθανή διαυγαστική σκίαση εντός αυτής. Σύστοιχος κατάληψη της πλευροδιαφραγματικής γωνίας. Έλλειψη μερικώς του πλαγίου και προσθίου τμήματος της 8ης πλευράς. Πιθανά ινώδη στοιχεία δεξιάς κορυφής. Στην άλλη (πλάγια Εικόνα 2) α/φία θώρακος παρατηρείται ομοιογενής σκιάσις στην περιοχή της μείζονος μεσολοβίου, συμβατή με συλλογή υγρού σ' αυτή.



Εικόνα 1:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

ΧΡΟΝΟΣ: 13-2-91 ΜΕΧΡΙ 27-3-91 ΚΑΘΕ ΤΕΤΑΡΤΗ

ΤΟΠΟΣ: Μεγάλο Αμφιθέατρο ΝΙΜΤΣ

ΩΡΕΣ: 17.00 — 21.15

ΤΕΤΑΡΤΗ 13-2-1991

- 17.00-18.00 Εισαγωγικά στοιχεία. Η πρώτη διάγνωση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (*Ι. Ιορδάνογλου*)
18.30-20.30 Παθογένεσις και Παθοφυσιολογία Χρόνιας Βρογχίτιδος και εμφυσήματος (*Ν. Σιαφάκας, Δ. Μπούρος*)

ΤΕΤΑΡΤΗ 20-2-1991

- 17.00-19.00 Κλινική εικόνα, πορεία και πρόγνωση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (*Σ. Κωνσταντόπουλος, Εμ. Παπαδάκης*)
19.15-21.15 Το εργαστήριο στην εκτίμηση και πορεία της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (*Χ. Μελισσηνός, Ν. Κουλούρης*)

ΤΕΤΑΡΤΗ 27-2-1991

- 17.00-19.00 Απεικονιστικές μέθοδοι για τη διάγνωση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (*Κ. Στριγγάρης, Αικ. Μαλαγάρη*)
19.15-21.15 Λειτουργία του καρδιοκυκλοφορικού στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (*Α. Ρασιδάκης, Ν. Μαγκίνα*)

ΤΕΤΑΡΤΗ 6-3-1991

- 17.00-19.00 Διαταραχές του ύπνου στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (*Δ. Πατάκας, Ε. Δασκαλοπούλου*)
19.15-21.15 Θεραπευτική αγωγή της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (*Γ. Τρακόπουλος, Γ. Βαρυοχάκης*)

ΤΕΤΑΡΤΗ 13-3-1991

- 17.00-19.00 Αναπνευστική ανεπάρκεια στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (*Π. Μπεχράκης, Γ. Γεωργιάδης*)
19.15-21.15 Χρόνια Οξυγονοθεραπεία και Φυσικοθεραπεία στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (*Φ. Αποστολόπουλου, Γ. Νάκος*)

ΤΕΤΑΡΤΗ 20-3-1991

- 17.00-19.00 Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και οι Λοιμώξεις του αναπνευστικού (*Γ. Σαρόγλου, Μ. Τουμπής*)
19.15-21.15 Αποκατάσταση των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (*Ουρ. Αναγνωστοπούλου, Αγ. Ράπη*)

ΤΕΤΑΡΤΗ 27-3-1991

- 17.00-19.00 Λειτουργία των Μυών της Αναπνοής και αλληλοεπιδράσεις Θώρακος-Πνευμόνων στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (*Χ. Ρούσσο, Απ. Αρμαγανίδης*)
19.15-21.15 Μεταμοσχεύσεις πνευμόνων και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (*Θ. Δόσιος, Δ. Παπαντωνάτος*)

ΣΗΜΕΙΩΣΙΣ

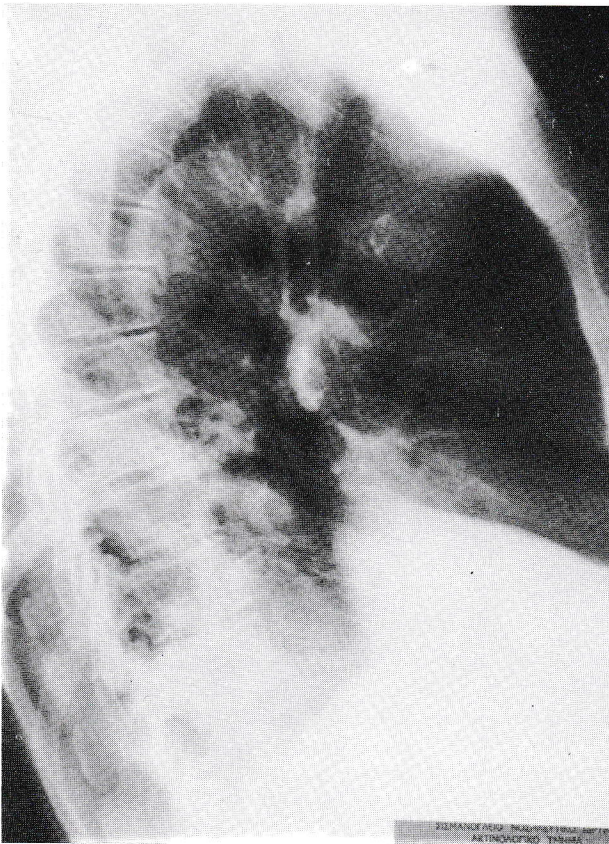
Ο αριθμός των συμμετεχόντων θα είναι περιορισμένος. Στο τέλος του σεμιναρίου θα χορηγηθούν σε όσους συμμετάσχουν ανελπίτως:

α) Πιστοποιητικά παρακολουθήσεως

β) Ένας καλαίσθητος τόμος που θα περιέχει όλη την ύλη του σεμιναρίου. Σε περίπτωση τεχνικών δυσχεριών ο τόμος θα αποσταλεί με το ταχυδρομείο, στο βραχύτερο δυνατό χρόνο.

Αντίτιμο εγγραφής: 10.000

Εγγραφές γίνονται στο ΝΝΘΑ (Ν. Μαγκίνα, Ουρ. Αναγνωστοπούλου, Π. Γιαμπουδάκης) και στο Σισμανόγλειο (κ. Πατενταλάκης, Κ. Κατής) ή τη Γραμματεία της ΕΠΕ (Σεμιτέλου 6, Δευτέρα-Τετάρτη και Πέμπτη 6-8).



Εικόνα 2:

Διαφοροδιαγνωστική κατάταξη

1. Μη ειδική φλεγμονώδης επεξεργασία του πνευμονικού παρεγχύματος μετά εμπύηματος και παροχέτευση αυτού προς τα έξω μέσω του θωρακικού τοιχώματος (Empyema Necessitatis).
Υπέρ της διάγνωσης: Αιμόπτυση.
2. Φυματίωση μετά εμπύηματος (Empyema Necessitatis).
Υπέρ της διάγνωσης: Θετική Mantoux, κλινική εικόνα, ακτινολογική εικόνα.
Κατά της διάγνωσης: Αρνητικά πτύελα.
3. Βρογχογενές Ca πνεύμονος με πιθανή συλλογή υγρού και οστική δευτεροπαθή εντόπιση.
Υπέρ της διάγνωσης: Αιμόφυρτα πτύελα, ακτινολογική εικόνα.
Κατά της διάγνωσης: Αρνητικές κυτταρολογικές πτυέλων.
4. Βρογχεκτασίες και παχυπλευριτική επεξεργασία
Υπέρ της διάγνωσης: Αιμόπτυση, ακτινολογική εικόνα.
Κατά της διάγνωσης: Απουσία αποχρέμψεως.
5. Ακτινομυκητίαση πνεύμονα.

Υπέρ της διάγνωσης: Ακτινολογική εικόνα, συριγγώδης πόρος, έλλειψη πλευράς.

Κατά της διάγνωσης: Κλινική εικόνα, σπανιότητα της νόσου.

Προτεινόμενοι διαγνωστικοί χειρισμοί

1. α/φία θώρακος σε πλάγια κατάκλιση.
2. Μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια εκκρίματος εκ του πόρου για κοινά μικρόβια και B. KOCH.
3. Αξονική τομογραφία θώρακος: Για να διαπιστωθεί η ύπαρξη ενκεκυστωμένου υγρού, η ακριβή θέση, να πάρουμε πληροφορίες για την παρεγχυματική σκίαση και να γίνει διαφοροδιάγνωση πνευμονικού αποστήματος και εμπυήματος μετά βρογχοπλευρικού συριγγίου.
4. Δοκιμαστική θωρακοκέντηση: Για την διαπίστωση της παρουσίας πλευριτικού υγρού και την ανίχνευση μικροοργανισμών και κυττάρων εντός αυτού.
5. Βρογχοσκόπηση - βρογχογραφία: Θα διαπιστωθεί η ύπαρξη βρογχεκτασιών, η ύπαρξη βρογχοπλευρικού συριγγίου, θα γίνουν διαγνωστικοί χειρισμοί για την εντόπιση φλεγμονώδους αιτίου.

Έγινε ινοβρογχοσκόπηση κατά την οποία παρατηρήθηκαν πυώδεις εκκρίσεις στα στόμια του κάτω λοβού δεξιά και ολιγότερον του μέσου. Έγινε αναρρόφηση αυτών και επακολούθησε βρογχογραφία (Εικόνα 4) δια εισαγωγής λεπτού καθετήρα με τη βοήθεια του βρογχοσκοπίου. Διαπιστώθηκαν βρογχεκτασικές αλλοιώσεις στους κλάδους του κάτω λοβαίου βρόγχου. Ακολούθως έγινε συριγγογραφία (Εικόνα 3) δια εισαγωγής λεπτού καθετήρα στο έξω στόμιο του πόρου.

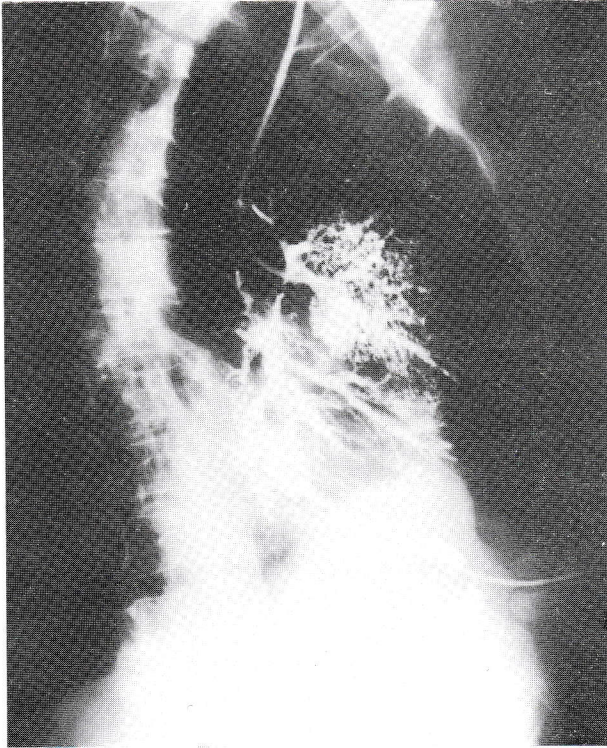
Τελική διάγνωση

Πνευμονική φυματίωση μετά βρογχοπλευροθωρακικού συριγγίου και σύστοιχη παχυπλευριτική επεξεργασία.

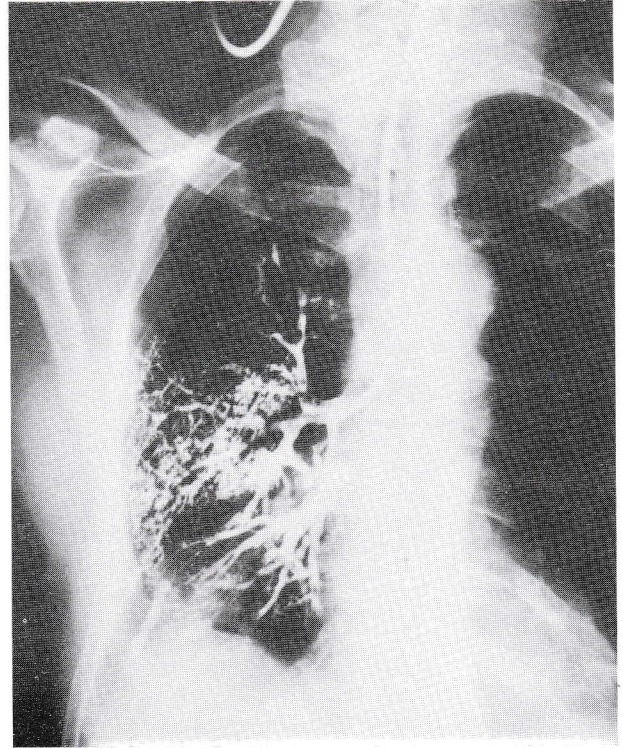
Η διάγνωση επιτεύχθηκε με βρογχογραφία, συριγγογραφία και καλλιέργεια του εκκρίματος εκ του συριγγίου για B. KOCH.

Συζήτηση

Σε περιπτώσεις που η οπισθοπροσθία και η πλάγια α/φία θώρακος δεν είναι δυνατόν να διευκρινίσουν την ακριβή εντόπιση της νόσου, δηλαδή αν πρόκειται για βλάβη του παρεγχύματος ή της υπεζωκοτικής κοιλότητας ή και των δύο και η σε πλάγια κατακλίση α/-



Εικόνα 3:



Εικόνα 4:

φία θώρακος δεν είναι δυνατόν να εντοπίσει την ακριβή θέση εγκεκυστωμένης συλλογής υγρού, η αξονική τομογραφία θώρακος και το υπερηχογράφημα θώρακος μπορούν να δώσουν ακριβείς πληροφορίες για τα ανωτέρω.

Εκτός αυτών η αξονική τομογραφία θώρακος μπορεί να εντοπίσει την ύπαρξη βρογχοπλευρικού συριγγίου¹.

Η θωρακοκέντηση σε τέτοιες περιπτώσεις όταν βασίζεται μόνο στην κλινική εξέταση και την α/φία θώρακος είναι αποτυχημένη σε 35% των περιπτώσεων².

Στην προκειμένη περίπτωση η ινοβρογχοσκόπηση σε συνδυασμό με βρογχογραφία θα μας δώσουν πληροφορίες αφενός μεν για την έκταση της υπεζωκοτικής βλάβης αφετέρου δε την ύπαρξη ενδοβρογχικής ανωμαλίας, την εντόπιση του βρογχοπλευρικού συριγγίου και την τυχόν επικοινωνία του με το θωρακικό τοίχωμα. Η προσεκτική θωρακοκέντηση στην περιοχή της μείζονος μεσολοβίου θα μας αποδείξει ή όχι την ύπαρξη εγκεκυστωμένου υγρού.

Στην κλινική πράξη η αυτόματη παροχέτευση του εμπτυήματος δια μέσου του θωρακικού τοιχώματος είναι

σπάνια. Οι μόνες περιπτώσεις που παρατηρήθηκαν αφορούν χειρουργικούς ασθενείς και είχαν παροχέτευθεί μέσω τομής του θωρακικού τοιχώματος. Στους μη χειρουργικούς ασθενείς η ακτινομυκητίαση πνεύμονος, η φυματίωση και η νοκαρδίαση, καθώς και άλλες πνευμονικές μυκητιάσεις, όπως κοκκιδιοϊδομύκωση και βλαστομύκωση, ενοχοποιούνται για το συνδυασμό πνευμονικής διήθησης πλευρικού υγρού και συριγγώδους πόρου στο θωρακικό τοίχωμα^{3,4}.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Friedman P.J., Hellekant C.A.G.: Radiologic recognition of bronchopleural fistula. *Radiology* 1977, 124: 289-95.
2. Hirsch J.H., Rogers J.V., Mack C.A.: Real time sonography of pleural opacities. *Am J Roentgenology* 1981, 136: 297-301.
3. *Medical Clinics of North America*. Μάιος 1980.
4. Harrison's Principles of Internal Medicine, 8th Edition.

ASTRA

Respiratory

... σύντομα στην υπηρεσία
και της Ελληνικής Ιατρικής ...

BERODUAL®

δοσιμετρικό αεροζόλ

fenoterol hydrobromide

ipratropium bromide

η εξέλιξη στη θεραπεία με βρογχοδιασταλτικά

NEO



μοναδική, διπλή δράση
για καλύτερη βρογχοδιαστολή
από το άσθμα ως τη χρόνια βρογχίτιδα

Σύνθεση

1-(3,5-Dihydroxy-phenyl)-2-[[1-(4-hydroxy-benzyl)-ethyl]-amino]-ethanol hydrobromide (= fenoterol hydrobromide)

(R)-3a-Hydroxy-8-oxa-3-azabicyclo[3.1.1]heptane 7-carboxamide (= Ipratropium Bromide)

Ενδείξεις

Πρόληψη και θεραπεία βρογχικού άσθματος, θεραπεία χρόνιας οξείας βρογχίτιδας.

Αντιβίωση ενέργειας

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί το Berodual να προκαλέσει αίσθημα ανησυχίας, τρέμο χεριών, αίσθημα πάλμης, ίσως, δύσπνοια, διαταραχή όρασης, ίλιγγος, ζάλη, πονοκεφάλους, κνήμερα πρόσωπο, ταχυκαρδία. Σημαντικότερα παρενέργειες: βρογχόσπασμος, μεταγωγές, σπασμοί σπινθ. μυών, θόρυβος, αλλεργικές αντιδράσεις. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί σαν τοπική αντίδραση ερυθρότητα στόματος, θάλασσογεννη, κνήμερα του άδραγκου ή θύλας.

Οι παρενέργειες είναι γενικά παροδικές. Συνήθως δεν είναι απαραίτητη αντιμετώπιση τους.

Αν το φάρμακο φέρεται από λάθος στο μάτι, μπορεί να προκαλέσουν ήπιες αντισηπτικές διαταραχές της παραρρινικής.

Από λανθασμένη απόδοση εισπνοή μπορεί να εμφανιστεί ελαφρά ταση για λίγο που συνήθως αποφεύγεται με βαθιά, ηρεμή αναπνοή.

Δοσιμετρικό αεροζόλ

1 ml = 1 mg

1 εισπνοή = 0,05 mg

1 ml = 0,4 mg

1 εισπνοή = 0,02 mg

Αντενδείξεις

Το Berodual αντενδείκνυται σε ασθενείς με γλυκώδη υπερκορτιζωσθένια σε οξείες ή χροניות, ταχυκαρδία, ταχυκαρδία από τρέμο δονητικό, θυρεοειδική υπερβολική δραστηριότητα και γλαύκωμα κλειστής γωνίας.

Προσοχή στη χορήγηση

Το Berodual πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε υπερήλικους, σε αρρώστους με ισχυρή καρδιοπάθεια και αρτηριακή υπέρταση. Απαιτείται η χρήση του σε περιπτώσεις ελάσι, σπινθηρικού και υπερτροφίας προσώπου λόγω πιθανής συστηματικής απορρόφησης.

Η συντηρητική θεραπεία με άλλα συμπαθηκομιμητικά βρογχοδιασταλτικά πρέπει να γίνει κάτω από αυστηρή παρακολούθηση του γιατρού.

Προσοχή απαιτείται αν δεν έχει ρυθμιστεί ο μεταβολισμός των διαβητικών. Σε αρρώστους με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου και/ή βαρύνουσες αλλοιώσεις της καρδιάς και των σπληνών πρέπει να σταθμιστεί από το γιατρό.

Εάντερο η θεραπεία με Berodual οδηγεί σε υπέρταση των δόσεων που απαιτούνται. Όπως και με άλλα βρογχοδιασταλτικά μπορεί κατά τη χορήγηση του Berodual να παρουσιασθεί παροδική υποκαλιαιμία, που εξαρτάται από τη δόση. Δεν υπάρχουν όμως ενδείξεις για την κλινική της σημασία. Σίδηρη και παρατεταμένη χρήση μπορεί να προκαλέσει παροδική αύξηση της αντίστασης των αεραγωγών και επιδείνωση της οξείας κρίσης ή ελάττωση της δραστηριότητας του φαρμάκου. Κατάχρηση του φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει επίσης αντίδραση από την καρδιά λόγω των προωθητικών αερίων.

Boehringer Ingelheim



BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.

Ευαγγελιστρίας 5, 176 71 Καλλιθέα - Αθήνα, τηλ. κέντρο 9511.311
Πλατεία Αριστοτέλους 4, 546 23 Θεσσαλονίκη, τηλ. 224.891

Δυνατότητες χωρίς περιορισμούς

NEO

*2 δόσια
την ημέρα*

Aerolin[®] CR

tabs 4 & 8 mg

Salbutamol Controlled Release

Glaxo Πρωτοπόροι στα αντιασθματικά

ΒΛΕΝΝΟΛΥΤΙΚΟ-ΑΠΟΧΡΕΜΠΤΙΚΟ

MUCOMYST[®]

Ακετυλοκυστεΐνη

με ευχάριστη
γεύση
πορτοκαλιού



Για πλήρη συνταγογραφική ενημέρωση,
απευθυνθείτε στην



Bristol-Myers Squibb Company

11ο ΧΛΜ. ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΑΘΗΝΩΝ-ΛΑΜΙΑΣ
ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΤΗΛ.: 2813.390

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Το Atrovent® ενδύκνεται στα βρογχοδιασταλτικά για την πρόληψη και τη θεραπεία των συμπτωμάτων των χρόνιων αποφρακτικών διαταραχών των αεραφόρων οδών με αναστρέψιμο βρογχόσπασμο όπως το βρογχικό άσθμα και ιδιαίτερα η χρόνια βρογχίτιδα με / ή χωρίς εμφύσημα.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ: Συνιστάται γενικώς προσοχή στη χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων σε πασχόντες με γλαύκωμα κλειστής γωνίας και υπερτροφία του προστάτη αν και σε θεραπευτικές δόσεις οι κίνδυνοι επιπλοκών είναι ελάχιστοι. Εάν η θεραπεία με τις εισπνοές δεν επέφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα, πρέπει να ζητηθεί ιατρική συμβουλή για να καθορισθεί ένα νέο θεραπευτικό σχήμα.

ΚΥΗΣΗ - ΓΑΛΟΥΧΙΑ: Προκλινικές μελέτες δεν έδειξαν κινδύνους, αλλά η ασφάλεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στον άνθρωπο δεν έχει ακόμη

επιβεβαιωθεί. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο πρέπει να τηρούνται οι συνήθεις προφυλάξεις που αφορούν τη χρήση φαρμάκων. Η ασφάλεια κατά τη διάρκεια της γαλουχίας δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Το Atrovent® αντενδείκνυται σε πάσχοντες με γνωστή υπερευαισθησία σε ουσιές ατροπινικού τύπου.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: Το Atrovent® δεν προκαλεί συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Σε μεμονωμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανισθούν τοπικές αντιδράσεις όπως ξηρότητα του στόματος, ερεθισμός του φάρυγγα και θήλας.

Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζουν για τη σωστή χρήση του δοσμετρικού αεροζόλ και να είναι προσεκτικοί για την αποφυγή της τυχάτας εφαρμογής του φαρμάκου στον σφθαλμο.

Αν από κακή χρήση της δοσμετρικής συσκευής εισάβη το Atrovent® στα μάτια μπορεί να εμφανισθεί ήπια αναστρέψιμη διαταραχή της όρασης. Στα όρια των θεραπευτικών δόσεων το Atrovent® δεν αναμένεται να εμφανισθεί ανεπιθύμητη ενέργεια στη βρογχική έκκριση.

ΣΥΝΘΕΣΗ:

(8r)-3a-hydroxy-8-isopropyl-1-ah, 5aH-tropanium bromide (±) - tropate (= Ipratropium bromide)

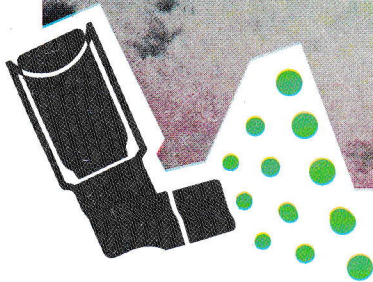
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ: Δοσμετρικό αεροζόλ με επιστόμιο Συσκευή των 15 ml (περίπου 300 δόσεις)
Αρ. αδ. κυκλ.: 2725 / 11834 / 20.01.1985

Λανική Τιμή: Δρχ. 2.361



ATROVENT®

ipratropium bromide



ATROVENT®

ipratropium bromide

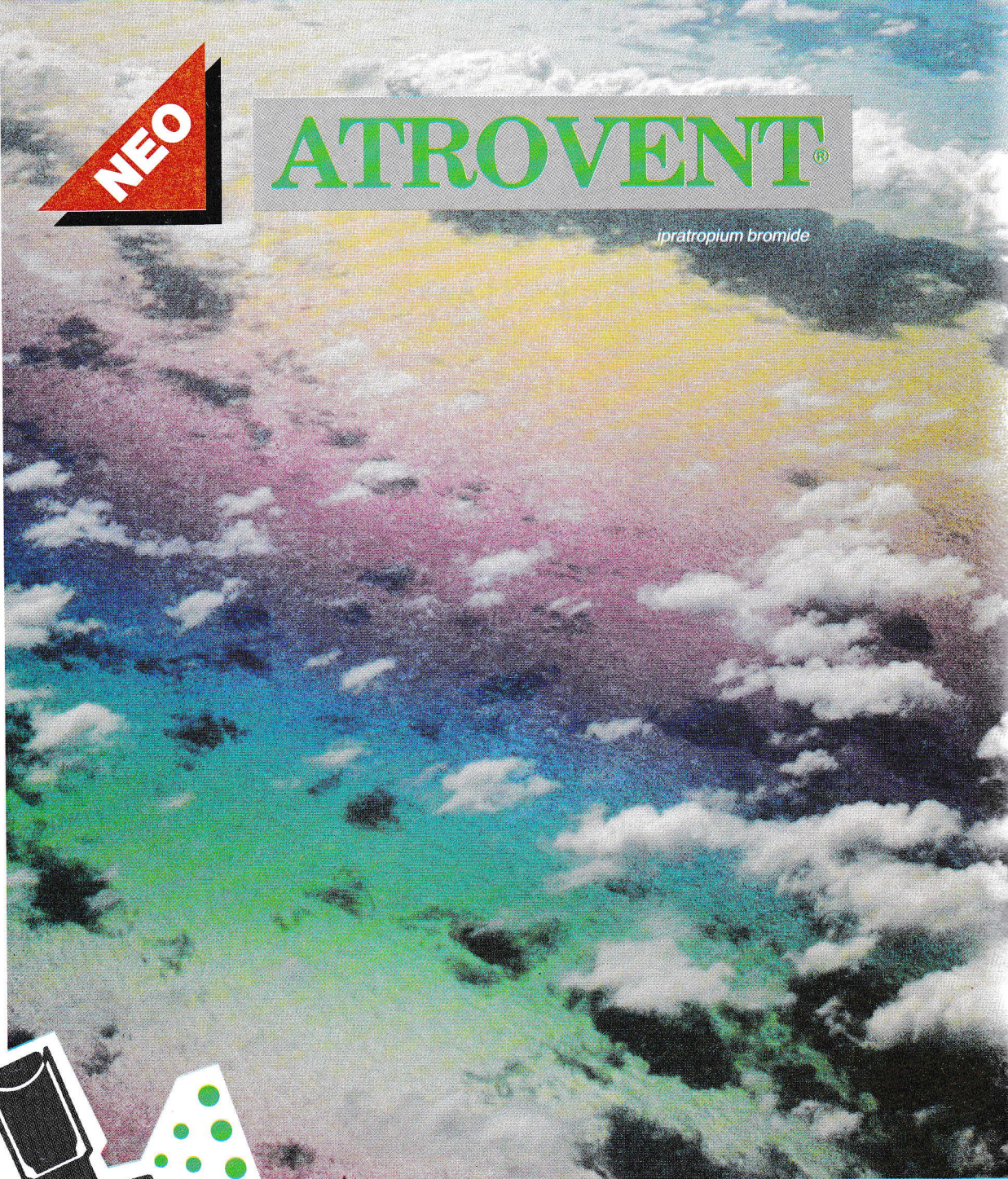
Το βρογχοδιασταλτικό εκλογής στη χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα

Boehringer
Ingelheim



BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.

Ευαγγελιστριάς 5, 176 71 Καλλιθέα - Αθήνα, τηλ. κέντρο 9511.311
Πλατεία Αριστοτέλους 4, 546.23 Θεσσαλονίκη τηλ. 224.891



A two-channel scope for anesthetic instillation or power suction with accessories in use

BRONCHOFIBERSCOPES
OLYMPUS BF
Type **2T10**

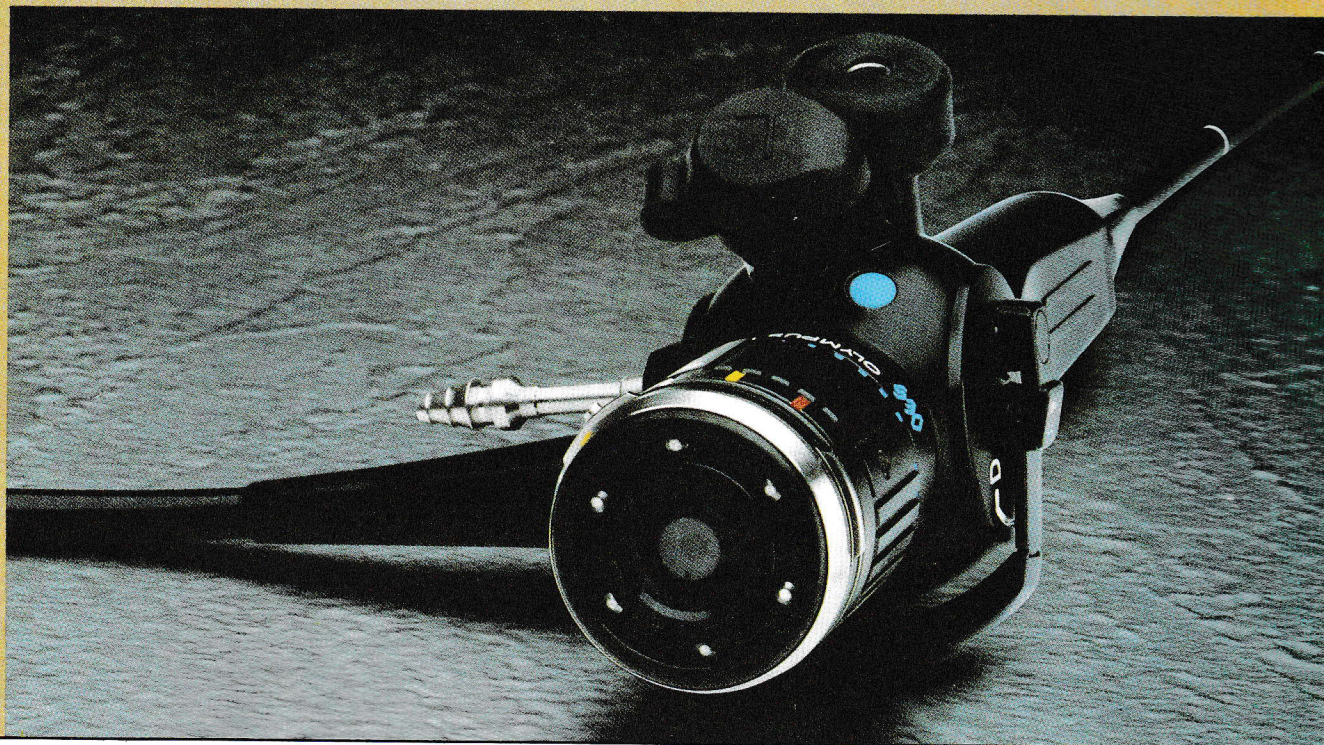
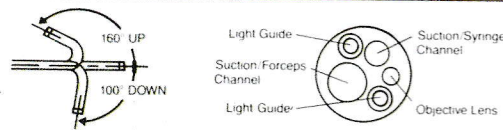


Any standard accessory equipment, including a laser fiber, can be used through the 2mm channel, while suction or administration of anesthetics is simultaneously accomplished through the auxiliary 1.5mm channel.


This dual-channel capability greatly facilitates previously complex, time-consuming therapeutic procedures. You get this functional versatility without sacrifice of either field of view or tip angulation.

SPECIFICATIONS: BF-2T10

Optical System	Field of view	90° (forward viewing)
	Depth of field	3 - 50mm (fixed focus)
Distal End	Outer diameter	5.9mm
Bending Section	Range of tip bending	up 160°, down 100°
Insertion Tube	Outer diameter	6.0mm
	Working length	550mm
Length	Total length	760mm
	Minimum visible distance	5mm from distal end
Channel	Inner diameter	2.0mm and 1.5mm



ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ
Α. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ MEDICALS Ε.Π.Ε.
ΒΑΛΤΕΤΣΙΟΥ 50 ΤΗΛ. 36.38.002



zaditen®

(Ketotifen)

Η προφυλακτική αγωγή του βρογχικού άσθματος

Προφυλάξεις: Τα ήδη χρησιμοποιούμενα αντιασθματικά φάρμακα δεν πρέπει να διακόπτονται ποτέ αποτόμως όταν αρχίζει η μακροχρόνια θεραπεία με το Zaditen. Αυτό αφορά κυρίως τα συστηματικώς χορηγούμενα κορτικοστεροειδή και ACTH λόγω της πιθανής αναπτύξεως φλοιοεπινεφριδικής ανεπάρκειας στους εξαρτημένους από τα στεροειδή ασθενείς. Στις περιπτώσεις αυτές η ανάκτηση φυσιολογικής αδρενοϋποφυσεϊκής αντιδράσεως στο Stress μπορεί να χρειασθεί μέχρι ένα χρόνο. Αν μεσολάβησει παρεμπόδιουσα λοίμωξη η θεραπεία με το Zaditen πρέπει να συμπληρωθεί με ειδική αντιλοιμώδη αγωγή. Κατά τις πρώτες ημέρες της χορηγήσεως του Zaditen οι αντιδράσεις του ασθενούς μπορεί να επηρεασθούν. Επιβάλλεται συνεπώς προσοχή στις περιπτώσεις οδήγησεως οχημάτων χειρισμού μηχανών κ.λ.π. Μολονότι δεν υπάρχει καμιά απολύτως ένδειξη τερατογόνου επιδράσεως, το Zaditen - όπως άλλωστε και όλα τα νέα φάρμακα - δεν πρέπει να χορηγείται σε εγκύους ή θηλάζουσες γυναίκες παρά σε εξαιρετικές μόνο περιπτώσεις. Όπως όλα τα φάρμακα το Zaditen πρέπει να φυλάγεται μακριά από τα παιδιά.

Αλληλεπιδράσεις: Το Zaditen δυνατόν να ενισχύσει την δράση των κατευναστικών, των υπνωτικών, των αντιισταμινικών και του οιοπνεύματος. Μια αναστρέψιμη πτώση του αριθμού των αιμοπεταλίων σε ασθενείς που ελάμβαναν το Zaditen ταυτοχρόνως με αντιδιαβητικά φάρμακα από το στόμα παρατηρήθηκε σε μερικές περιπτώσεις. Για τον λόγο αυτό πρέπει να αποφεύγεται ο συνδυασμός αυτών των φαρμάκων έως ότου δοθεί ικανοποιητική εξήγηση στο φαινόμενο.

Παρενέργειες: Κατευναστική δράση και σε μεμονωμένες περιπτώσεις ξηρότητα του στόματος και ελαφρά ζάλη δυνατόν να εμφανισθούν κατά την έναρξη της θεραπείας, συνήθως όμως υποχωρούν αυτομάτως σε λίγες ημέρες.

Οι ασθενείς που έχουν την τάση να παρουσιάζουν εύκολα κατευναστική επίδραση θα πρέπει να αρχίζουν την θεραπεία με 1 λήψη ημερησίως (το βράδυ) για τις πρώτες μέρες.

Δοσολογία: Παιδιά. Σιρόπι: 2-4 ετών: 2 ml (0,4 ml) δύο φορές ημερησίως. 4 ετών και άνω: 5 ml (1 mg) δύο φορές ημερησίως. Εάν η θεραπευτική ανταπόκριση μετά 4 εβδομάδες θεραπείας είναι ανεπαρκής, η απλή δόση μπορεί να αυξηθεί κατά 1/2 δισκίο. Ενήλικες: 1 δισκίο 2 φορές ημερησίως. Εάν υπάρχει ανάγκη η δόση μπορεί να διπλασιασθεί. Σε ασθενείς ευαίσθητους στην καταστολή, συνιστάται μια προοδευτική αύξηση κατά την διάρκεια της πρώτης εβδομάδας θεραπείας.

Συσκευασία: Σιρόπι (1 mg/5 cc): Φιάλες των 100 cc. Δισκία (1 mg): Κουτιά των 30.

Αντενδείξεις: Ουδεμία γνωστή μέχρι σήμερα.



SANDOZ (HELLAS) A.E.B.E.
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΥ SANDOZ s.a. ΕΛΒΕΤΙΑΣ
Εθνική οδός αρ. 1, 12ο χλμ.
144 51 Μεταμόρφωση Αττικής

Για περισσότερες πληροφορίες
αποταθείτε στο τηλ. 2811 712

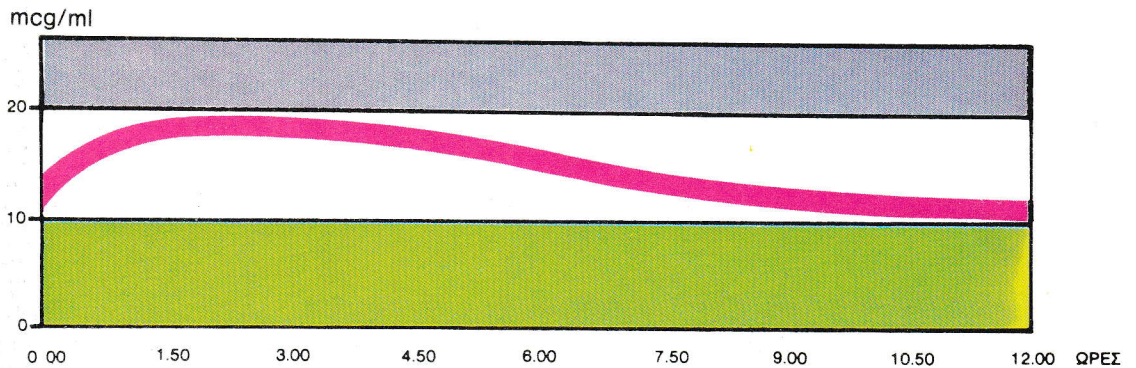


Choledyl®

SA (OXTRIPHYLLINE)

Το αποτελεσματικό βρογχοδιασταλτικό 12ώρου διάρκειας:

Επίπεδα Θεοφυλλίνης στον ορό του αίματος μετά από χορήγηση CHOLEDYL S.A.



ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΠΛΗΡΗ 12ΩΡΗ ΚΑΛΥΨΗ ΜΕ ΕΝΑ ΜΟΝΟ ΔΙΣΚΙΟ

Ενα μόνο δισκίο CHOLEDYL SA 400 MG προσφέρει πλήρη 12ωρη κάλυψη του ασθματικού ασθενούς, διατηρώντας τα σταθερά επίπεδα πλάσματος μέσα στα επιθυμητά θεραπευτικά όρια (10-20 mcg/ml)(2).

Ενδείξεις
Θεωρείται άριστο βρογχοδιασταλτικό φάρμακο για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθματικής βρογχίτιδας, της οξείας βρογχίτιδας της παιδικής ηλικίας, του πνευμονικού εμφύσηματος, της οξείας τραχειοβρογχίτιδας κατά την διαδρομή ισώνων (γρίπης), όπως και της χρόνιας βρογχίτιδας οποιασδήποτε αιτιολογίας (καπνισμα, πνευμονοκοννώσεις κλπ). Ειδικότερα το Ελιξίριο ενδείκνυται για την ανακούφιση του οξέως βρογχικού άσθματος σε συνδυασμό με άλλες παθήσεις του αναπνευστικού.

Αντενδείξεις
Με μέν χορηγείται ταυτόχρονα με ακενάματα που περιέχουν εφεδρίνη γιατί επαυξάνει την δράση της καθώς και σε άτομα με ιστορικό ευαισθησίας στην οξτριπυλλίνη ή στα άλλα συστατικά του σκευάσματος.

Προφυλάξεις
Η μέση ημιπερίοδος ζωής στους καπνιστές είναι μικρότερη από ότι στους μη καπνιστές γι' αυτό οι καπνιστές χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις Choleldyl. Πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε άτομα με σοβαρές καρδιακές ασθένειες, σοβαρή υποξαιμία, υπέρταση, υπερθυροειδισμό, μυοκαρδιοπάθεια, άσφρακτικό ίκτερο, σοβαρή ηπατική θλάση, στους ηλικιωμένους και στα νεογνά.

Σε άτομα με ιστορικό πεπτικού έλκους το Choleldyl πρέπει να δίδεται με προσοχή διότι μπορεί να δράσει ερεθιστικά στο γαστρεντερικό άν και τα γαστρεντερικά συμπτώματα είναι συνήθως κεντρικά και όφειλονται σε υπερδοσολογία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες
Οι πιο συνηθισμένες που οφείλονται κυρίως σε υπερδοσολογία είναι:

Γαστρεντερικό Ναυτία, έμετος, επιγαστρικοί πόνοι, διάρροια

Κ.Ν.Σ. Διέγερση Κ.Ν.Σ.

Καρδιαγγειακό Αύξηση σφυγμών, ταχυκαρδία

Αναπνευστικό Ταχύπνοια

Νεφρικό Αύξηση διούρησης

Άλλες Υπεργλυκαιμία

Δόση και τρόπος χορήγησης

CHOLEDYL SA Tablets (400 mg)
Ενήλικες 1 δισκίο 400 mg κάθε 12 ώρες

CHOLEDYL SA Tablets (600 mg)
Ενήλικες 1 δισκίο 600 mg κάθε 12 ώρες

(Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει με μία μορφή μη βραδείας απορρόφησης π.χ. Choleldyl tablets 200 mg ή Choleldyl Elixir). Εάν η όλική ημερήσια δόση είναι 800 mg τότε μπορεί να πάρει 1 δισκίο CHOLEDYL SA 400 mg κάθε 12 ώρες. Εάν η όλική ημερήσια δόση είναι 1200 mg τότε μπορεί να πάρει 1 δισκίο Choleldyl SA 600 mg κάθε 12 ώρες. Τα δισκία SA δεν πρέπει να μασούνται ή να θρυμματίζονται αλλά μπορεί να μοιραστούν στη μέση για διευκόλυνση του υπολογισμού της δόσολογίας.

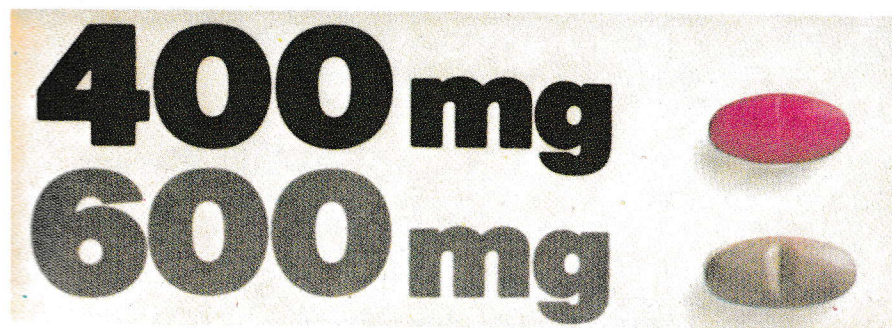
Συσκευασία:
Choleldyl SA filmcoated tabs 400 MG: 30 SA tabs x 400 MG
Choleldyl SA filmcoated tabs 600 MG: 30 SA tabs x 600 MG

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ:

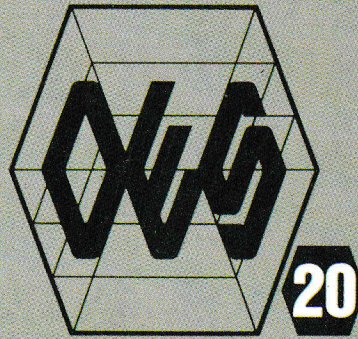
ADAMS · CHILCOTT A.B.E.E. Μεσογείων 247, Ν. Ψυχικό · Αθήνα, Τηλ. 67.25.641-5

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ:

Αθήνα · Ν. Ψυχικό · Μεσογείων 247 · Τηλ. 67.25.641-5
Θεσσαλονίκη · Ερμού 18Α · Τηλ. 283765



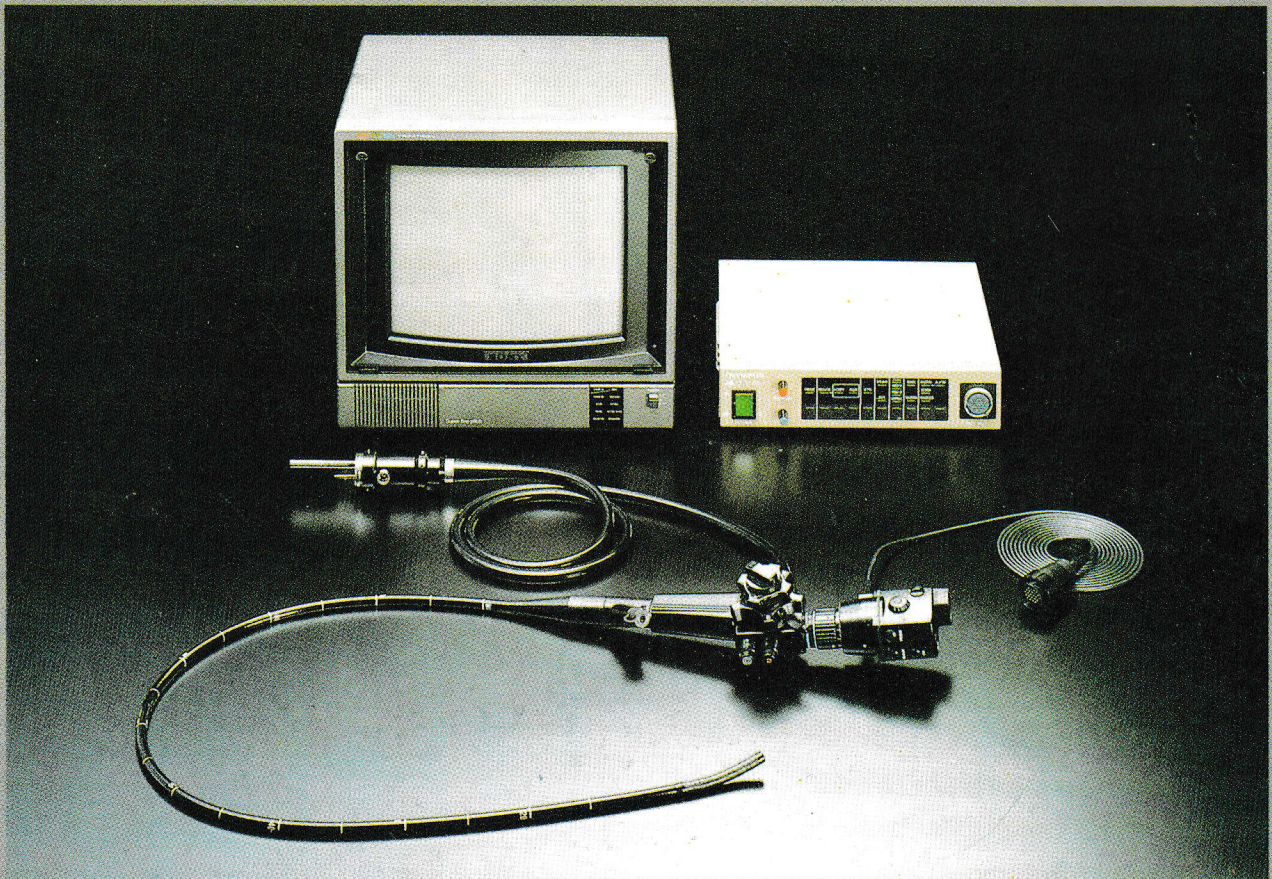
OES EVOLUTION



OLYMPUS ENDOSCOPY SYSTEM

MEDICAL TV SYSTEM

OLYMPUS OTV-F2



ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ
Α. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ MEDICALS Ε.Π.Ε.
ΒΑΛΤΕΤΣΙΟΥ 50 ΤΗΛ. 36.38.002