

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τι είναι ΥΓΕΙΑ;

Ως υγεία ορίζεται η κανονική και αρμονική λειτουργία του σώματος και της ψυχής του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας.

Τι είναι ΝΟΣΟΣ;

Είναι η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει διαταραχή στη λειτουργία του σώματος ή της ψυχής.

ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΩΝ.

Τα αίτια των νόσων είναι πολλά, μερικά από αυτά είναι γνωστά, άλλα είναι άγνωστα.

- 1) Λοιμώδη αίτια:(οι ιοί και τα μικρόβια, βακτηρίδια κ.λ.π.)
- 2) Χημικοί παράγοντες (φάρμακα, χημικές ουσίες, διοξίνες κ.λ.π.)
- 3) Ακτινοβολία (υπεριώδεις, ηλεκτρομαγνητική, ραδιενέργεια)
- 4) Ανοσολογικά αίτια (π.χ. νοσήματα αυτοάνοσα όπως οι κολλαγονώσεις, δερματίτιδες κ.λ.π.)
- 5) Διατροφικοί παράγοντες (αλκοόλ, αφλατοξίνες, κ.λ.π.)
- 6) Κληρονομικά ή γενετικά αίτια (σύνδρομο Down κ.λ.π.)
- 7) Μεταβολικά αίτια (φαινοκελτονουρία, σακχαρώδης διαβήτης κ.λ.π.)
- 8) Και άγνωστα αίτια όπως καρκίνος, αθηροσκλήρυνση κ.λ.π

Οι παραπάνω παράγοντες , μπορεί να προκαλέσουν διάφορες νόσους διότι προκαλούν στα κύτταρα συγκεκριμένες βλάβες όπως:

- 1) Φλεγμονή
- 2) Απόπτωση
- 3) Εκφύλιση
- 4) Ατροφία
- 5) Νέκρωση
- 6) Δυσπλασία
- 7) Νεοπλασία.

1.ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Φλεγμονή είναι ένας μηχανισμός άμυνας του οργανισμού που περιλαμβάνει ένα σύνολο αντιδράσεων όταν υπάρχει κάποιο βλαπτικό ερέθισμα.

Συνήθως, με την φλεγμονή ο οργανισμός αμύνεται εναντίον των βακτηριδίων τα οποία προκαλούν λοιμώξεις. Η φλεγμονή η οποία προκαλείται από βακτηρίδια λέγεται **σηπτική**, ενώ η φλεγμονή η οποία προκαλείται από μηχανικές κακώσεις (τραύμα) και δεν έχει σχέση με βακτηρίδια καλείται **άσηπτη**.

Μία φλεγμονή μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια και αυτό καθορίζεται από το είδος του βλαπτικού ερεθίσματος και επίσης στην ικανότητα του πάσχοντος οργανισμού να αντιδράσει. Η φλεγμονή η οποία είναι συνεχής, χρόνια, μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες καταστάσεις στον οργανισμό (παράδειγμα: κίρρωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, κ.λ.π.).

Αίτια φλεγμονής

- 1) Χημικοί παράγοντες
(δηλητήρια, οξέα κ.λ.π.)
- 2) Μηχανικοί παράγοντες (τραύματα)
- 3) Φυσικοί παράγοντες
(θερμότητα, ψύχος, ηλιακή ακτινοβολία κ.λ.π.)
- 4) Μικροβιακοί παράγοντες
(φυτικοί και ζωικοί)
- 5) Ανοσοβιολογικοί παράγοντες
(αλλεργικές αντιδράσεις κ.λ.π.)

Κλινικά σημεία

- 1) Ερυθρότης
- 2) Οίδημα
- 3) Αυξημένη θερμοκρασία
- 4) Πόνος

2. ΑΠΟΠΤΩΣΗ

Απόπτωση είναι η διαδικασία του ελεγχόμενου κυτταρικού θανάτου. Το κύτταρο ακολουθεί μια αντίστροφη πορεία προς την νέκρωση με κατακερματισμό του DNA του, ενώ δεν δρα σε αυτό κάποιο φλεγμονώδες ερέθισμα. Αυτός ο **προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος** βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο γονιδίων και μπορεί να αλλάξει με την χορήγηση φαρμάκων τα οποία επιταχύνουν την απόπτωση πράγμα το οποίο το επιζητούμε στα νεοπλασματικά κύτταρα.

3. ΕΚΦΥΛΙΣΗ

Εκφύλιση σημαίνει διαταραχή του μεταβολισμού του κυττάρου όταν δράσει σε αυτό κάποιο βλαπτικό ερέθισμα. Εκφύλιση συμβαίνει σε πολλά κύτταρα, κερατινική εκφύλιση (οι κάλοι), λιπώδης εκφύλιση (στο ήπαρ), αμυλοειδής εκφύλιση (αμυλοειδές, αποπιτάνωση).

4. ΑΤΡΟΦΙΑ

Ατροφία είναι η σμίκρυνση του μεγέθους των κυττάρων ή η μείωση του αριθμού τους με αποτέλεσμα να προκαλείται μείωση του όγκου του οργάνου. Η ατροφία μπορεί να είναι:

- 1) γεροντική
- 2) ανενεργητική (παράλυση άκρου)
- 3) υποστροφική (ατροφία θύμου αδένου)
- 4) πιεστική.

5. ΝΕΚΡΩΣΗ

Νέκρωση σημαίνει καταστροφή του κυττάρου η οποία αρχίζει από την κυτταρική μεμβράνη και πρωτοεμφανίζεται όταν δράσει πάνω στο κύτταρο κάποιο βλαπτικό ή φλεγμονώδες ερέθισμα (νέκρωση λόγω φυματίωσης, γάγγραινας, ισχαιμίας).

6. ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Δυσπλασία είναι η μη φυσιολογική ανάπτυξη ενός οργάνου ή κάποιων κυττάρων (δυσπλαστικός νεφρός ή δυσπλασία κυττάρων στο τραχηλικό επίχρισμα). Όταν υπάρχει δυσπλασία κυττάρων η οποία μπορεί να χαρακτηρίζεται από ατυπίες όπως αλλαγές του μεγέθους, του σχήματος των κυττάρων μπορεί να αποτελεί ,προκαρκινική κατάσταση.

7. ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ

Νεοπλασία είναι η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των κυττάρων μιας περιοχής του σώματος, τα οποία αναπτύσσονται συγχρόνως και δικό τους τροφοδοτικό δίκτυο (αγγείωση). Τα νεοπλάσματα μπορεί να είναι καλοήθη (αδενώματα, ινομυώματα κ.λ.π.) ή κακοήθη (καρκίνοι, λεμφώματα κ.λ.π.). Συνήθως τα κακοήθη νεοπλάσματα διαφέρουν με τον τρόπο εξάπλωσης και διήθησης των παρακειμένων οργάνων.

ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΩΝ

ΠΥΡΕΤΟΣ Ο πυρετός είναι ένα σύμπτωμα πολύ συνηθισμένο, οφείλεται στην παραγωγή πυρετεγόνων ουσιών, οι οποίες προέρχονται από την πάσχουσα περιοχή. Τον πυρετό μπορεί να τον συνοδεύει ρίγος, εφίδρωση, φρίκια (κρυάδες), καμιά φορά στα παιδιά εμφανίζεται θόλωση διανοίας ή σπασμοί. Η φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος είναι έως 37 βαθμούς Κελσίου, ενώ πυρετός είναι όταν υπερβαίνει τους 38 βαθμούς, κάτω από 38 λέγεται δεκατική πυρετική κίνηση.

ΠΟΝΟΣ: Ο πόνος συνήθως μας δείχνει το όργανο το οποίο πάσχει. Πολλές φορές όμως το πάσχον όργανο βρίσκεται μακρύτερα από το σημείο του πόνου διότι ο πόνος αντανakλάται. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή, εκφύλιση ή καταστροφή κάποιου οργάνου από ένα βλαπτικό ερέθισμα, μεταδίδεται με υποδοχείς πόνου και ένα σύνολο ενζυμικών μηχανισμών.

ΑΛΛΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα λοιπά κλινικά συμπτώματα έχουν συνήθως σχέση με το σύστημα από το οποίο προκαλούνται π.χ.:

ΒΗΧΑΣ: Προκαλείται μετά από προσβολή του αναπνευστικού, από κάποιον βλαπτικό παράγοντα (ιοί, μικρόβια, οσμές αερίων κ.λ.π.)

ΔΥΣΟΥΡΙΑ, ΣΥΧΝΟΥΡΙΑ: Προκαλούνται μετά από προσβολή του ουροποιητικού από κάποιο βλαπτικό ερέθισμα (ιοί, μικρόβια, αίμα κ.λ.π.)

ΟΙΔΗΜΑ: Προκαλείται μετά από υπερφόρτωση υγρών ή κακή λειτουργία του λεμφικού ή/και καρδιαγγειακού συστήματος.

ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Η αντίσταση του οργανισμού σε ένα βλαπτικό ερέθισμα εξαρτάται από το αμυντικό μας σύστημα.

Το αμυντικό σύστημα του οργανισμού εκφράζεται με την ύπαρξη ανοσίας. Με τον όρο **ανοσία** εννοούμε το σύνολο της αμυντικής απάντησης του οργανισμού σε κάποιο ερέθισμα.

Μη ειδική ανοσία είναι, το ακέραιο δέρμα, ο ιδρώτας, η βλένη, τα φαγοκύτταρα, το συμπλήρωμα, οι πρωτεΐνες οξείας φάσης, οι ιντερφερόνες και τα κύτταρα φυσικοί εκτελεστές (natural killers).

Υπάρχει **επικτήτη ανοσία**, δηλαδή εκείνη η οποία αποκτάται μετά από κάποια λοίμωξη ή κατόπιν εμβολίων, οπότε λέγεται **ενεργητική** ή κατόπιν ορών οπότε λέγεται **παθητική**.

Τύποι της επίκτητης ανοσίας είναι :

1. **χυμική ανοσία** η οποία προέρχεται από τα β-λεμφοκύτταρα και αφορά τα κυκλοφορούντα αντιγόνα Η χυμική ανοσία τώρα προέρχεται από το β-κύτταρο το οποίο όταν έρθει σε επαφή με ένα αντιγόνο ενεργοποιείται και διαιρείται και δημιουργεί κλώνο. Τα κύτταρα του κλώνου αυτού παράγουν αντισώματα ή μετατρέπονται σε κύτταρα μνήμης.

2. **κυτταρική ανοσία** η οποία προέρχεται από τα ειδικά Τ-κύτταρα και αφορά τα ενδοκυττάρια αντιγόνα και τους όγκους. Η κυτταρική ανοσία ρυθμίζει την ανοσολογική μας απάντηση μετά Τ4 βοηθητικά και τα Τ8 κατασταλτικά λεμφοκύτταρα και επίσης ρυθμίζει την κυτταροτοξικότητα με τα Τ8 κατασταλτικά.

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ

Τα αντισώματα είναι σφαιρίνες οι οποίες αντιδρούν ειδικά με το αντιγόνο το οποίο τις προκάλεσε. Υπάρχουν πέντε τάξεις σφαιρινών :

IgM κατά την πρωτογενή ανοσία (π.χ. κατά την πρώτη μόλυνση με κάποιον ιό), IgG κατά την αναμνηστική απάντηση (δείχνει παλιά μόλυνση από κάποιον ιό),

IgA στις εκκρίσεις,

IgD λειτουργεί σαν υποδοχέας και

IgE στα παράσιτα.

ΑΝΟΣΙΑ ΣΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Ανοσία στις λοιμώξεις πετυχαίνουμε είτε με χυμική, είτε με κυτταρική ανοσία.

Η **χυμική ανοσία** αφορά βακτηρίδια που διαιρούνται έξω από τα κύτταρα (παράδειγμα ιός ηπατίτιδας, ερυθρά, κ.λ.π.), ενώ η **κυτταρική ανοσία** αφορά τα βακτηρίδια που διαιρούνται μέσα στα κύτταρα (όπως φυματίωση και βρουκέλα), επίσης αφορά διάφορους ιούς και τα κύτταρα των όγκων.

ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Η ανοσοκαταστολή μπορεί να συμβεί σε έναν ασθενή όταν δεν λειτουργεί καλά το αμυντικό του σύστημα. Αυτό οφείλεται είτε σε **κληρονομικούς** είτε σε **επίκτητους** λόγους.

Οι επίκτητοι λόγοι, συνήθως, έχουν σχέση με φάρμακα ή με κάποια νόσο η οποία καταστέλλει την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού (όπως ο καρκίνος, τα λεμφώματα, το AIDS, κ.λ.π.).

Χαρακτηριστικό ενός ασθενούς ο οποίος είναι ανοσοκατασταλμένος είναι οι σοβαρές και συνεχείς λοιμώξεις οι οποίες δεν αντιμετωπίζονται εύκολα με τα συνήθη μέσα αλλά απαιτούν πολύ συχνά νοσοκομειακή φροντίδα.

Αυτό συμβαίνει διότι τα διάφορα βακτηρίδια τα οποία σε έναν άνθρωπο με φυσιολογική ανοσολογική απάντηση δεν βρίσκουν πρόσφορο έδαφος, σε έναν ασθενή ο οποίος έχει κακό αμυντικό σύστημα (**ανοσοκατασταλμένος**) βρίσκουν πρόσφορο έδαφος και αναπτύσσονται γρήγορα και προκαλούν εκτεταμένες λοιμώξεις. Τέτοια βακτηρίδια είναι ο έρπης, ο σταφυλόκοκκος, οι μύκητες, το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και άλλα βακτηρίδια όπως η πνευμονοκύστη Carini.

ΑΙΜΑ

Το αίμα είναι το σύστημα εκείνο που μεταφέρει το οξυγόνο και τις θρεπτικές ουσίες σε όλα τα κύτταρα

Αποτελείται από τα έμμορφα στοιχεία (ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια) και το πλάσμα. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια μεταφέρουν το οξυγόνο, τα λευκά αιμοσφαίρια, αποτελούν το κύριο αμυντικό όπλο του οργανισμού και τα αιμοπετάλια, δραστηριοποιούνται για την πήξη του αίματος.

Το πλάσμα μεταφέρει όλους τους παράγοντες που απαιτούνται για την λειτουργία των κυττάρων (πρωτεΐνες, ηλεκτρολύτες, γλυκόζη κ.λ.π.), μεταφέρει παράγοντες πήξεως και ρυθμίζει την θερμοκρασία μας, την οξεοβασική μας ισορροπία και επίσης μεταφέρει προς απέκκριση άχρηστα συστατικά.

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Οι νόσοι του αίματος

1. επηρεάζουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια, ή
2. επηρεάζουν τα λευκά αιμοσφαίρια ή
3. τα αιμοπετάλια,
4. επίσης υπάρχουν νόσοι οι οποίες αφορούν τα συστατικά του πλάσματος.
5. νόσοι αίματος είναι και οσες νόσοι επηρεάζουν τον μυελό των οστών απλαστική αναιμία –μυελοδυσπλασία και τα λεμφοποιητικά όργανα (λεμφαδένες, σπλήν).

Τα έμμορφα στοιχεία του αίματος παράγονται στον μυελό των οστών από την εμβρυική ζωή και προέρχονται από ένα κοινό πολυδύναμο κύτταρο, το αρχέγονο κύτταρο (stem cell).

ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ

ΑΝΑΙΜΙΑ

Η αναιμία είναι μία πάρα πολύ συχνή νόσος, η οποία πρέπει να διερευνάται για τους εξής λόγους:

- 1) Εάν αφορά έλλειψη σιδήρου.
- 2) Εάν αφορά έλλειψη φυλλικού ή Β12
- 3) Εάν οφείλεται σε λοίμωξη και
- 4) Εάν οφείλεται σε υποπλαστικό μυελό οστών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΑΙΜΙΩΝ

Η κλινική διερεύνηση των αναιμιών γίνεται

1. με τη γενική αίματος όπου μετράται ο αιματοκρίτης επί %, η αιμοσφαιρίνη ανά ερυθρό, το σύνολο των ερυθροκυττάρων, το σύνολο των λευκοκυττάρων, ο μέσος όγκος ερυθρών, ο μέσος όγκος αιμοσφαιρίνης κ.λ.π.

2.Έλεγχος μορφής ερυθροκυττάρων, ανισο/ποικιλοκύττωση, στοχοκυττάρωση μικρο /μακροκυττάρωση, ή δρεπανοκυττάρωση,

3.μέτρηση φερίπινης, B12, φυλλικού οξέος, δεσμευτικής ικανότητας σιδήρου.

4. Έλεγχος για αιμόλυση με :Μέτρηση δικτυοερυθροκυττάρων, , αντίδραση Coombs, χολερυθρίνη, γαλακτική δευδρογενάση

5.Μυελική παρακέντηση και βιοψία

ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Αίτια

- 1) Μειωμένη λήψη σιδήρου, όπως σε δίαιτες οι οποίες δεν περιέχουν κρέας με δεδομένο ότι οι αποθήκες σιδήρου διαρκούν περίπου τρεις μήνες μια παρατεταμένη αποχή από κρέας μπορεί να προκαλέσει σιδηροπενική αναιμία.
- 2) Μικροσκοπική απώλεια λόγω έλκους στομάχου, οισοφαγίτιδος, γαστρίτιδος, καρκίνου παχέος εντέρου,
- 3) ή μακροσκοπική απώλεια αίματος όπως σε περίπτωση αιμορροϊδοπάθειας ή επαναλαμβανόμενων αιμορραγιών λόγω γυναικολογικών προβλημάτων κ.λ.π.
- 4) Μειωμένη χρήση του σιδήρου, σιδηροαχρηστική αναιμία.

Κλινικά συμπτώματα

Ωχρότητα, κόπωση, κεφαλαλγίες, γωνιακή χειλίτις, κοιλονυχία.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αιμοσφαιρίνη κάτω από 12gr χαμηλή φερριτίνη, υψηλή δεσμευτική ικανότητα σιδήρου.

Θεραπεία

Ανάλογα με το αίτιο. Εάν θεραπευθεί η πρωτογενής αιτία τότε εξαφανίζεται και η αναιμία. Σε περίπτωση που η πρωτογενής αιτία δεν έχει ανευρεθεί ή δεν θεραπεύεται τότε χορηγούμε σίδηρο σε πόσιμες αμπούλες, χάπια ή ενδοφλέβιες ενέσεις.

ΜΕΓΑΛΟΒΑΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΙΜΙΕΣ (ΕΛΛΕΙΨΗ B12, ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΥΛΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ)

Αίτια

Τα αίτια της έλλειψης B12 είναι συνήθως η γαστρεκτομή, ή διάφορες παθήσεις του εντέρου οι οποίες μειώνουν την απορρόφηση της βιταμίνης B12 .Σε ένα μικρό ποσοστό 5% ,υπάρχουν ανοσολογικά αίτια τα οποία καταστρέφουν τον ενδογενή παράγοντα (κακοήθης αναιμία B12).Ο ενδογενής παράγων μεταφέρει την B12 από το στομάχι στο έντερο(τελικό ειλεό) όπου απορροφάται.

Έλλειψη φυλλικού οξέως παρατηρείται συχνά σε καταστάσεις στις οποίες ο οργανισμός υπερλειπουργεί όπως είναι η κύηση. Επίσης παρατηρείται σε καταστάσεις που υπάρχουν νεοπλασματικές νόσοι όπως η λευχαιμία. Επίσης παρατηρείται σε καταστάσεις υποσιτισμού ή αλκοολισμού.

Κλινικά συμπτώματα

Ωχρότητα, κόπωση, κεφαλαλγίες, γλωσσίτιδα, αιμωδίες άκρων κυρίως ποδιών, έλλειψη της εν τω βάθει αισθητικότητας, παράλυση.

Εργαστηριακά ευρήματα

Μακροκυττάρωση (μεγάλα ερυθρά) στο περιφερικό αίμα, μειωμένη τιμή B12 ή και φυλλικού οξέος.

Θεραπεία

Και στις δύο περιπτώσεις απαιτείται η χορήγηση του παράγοντα ο οποίος λείπει. Η χορήγηση της βιταμίνης B12 απαιτεί πάντοτε παράλληλη χορήγηση φυλλικού οξέος.

ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΙΜΙΕΣ

Αιμόλυση σημαίνει καταστροφή των ερυθροκυττάρων.

Η αιμόλυση μπορεί να είναι εξωαγγειακή οπότε τα ερυθρά καταστρέφονται στον σπλήνα και το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα, μπορεί να είναι ενδοαγγειακή οπότε τα ερυθρά καταστρέφονται εντός των αγγείων όπου παράγεται αποσφαιρίνη και χολερυθρίνη μπορεί να είναι και μικτή.

Κοινά γνωρίσματα όλων των αιμολυτικών αναιμιών είναι :

ελάττωση χρόνου ζωής των ερυθροκυττάρων,
η αύξηση της γαλακτικής δευδρογενάσης και
η αύξηση των δικτυοερυθροκυττάρων.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΩΝ ΑΝΑΙΜΙΩΝ

Ενδοερυθροκυτταρικά αίτια :

- 1) Κληρονομικές διαταραχές: α), κληρονομική διαταραχή κυτταρικής μεμβράνης, (σφαιροκυττάρωση, ελλειπτοκυττάρωση) β) κληρονομική διαταραχή ερυθροκυτταρικών ενζύμων G6-PD γ) αιμοσφαιρινοπάθειες: μεσογειακές α και β, δρεπανοκυτταρική κ.λ.π.
- 2) Επίκτητες διαταραχές: α) νυχτερινή παροξυντική αιμοσφαιρινουρία

Εξωερυθροκυτταρικά αίτια:

Όλες οι αιμολυτικές αναιμίες από εξωερυθροκυτταρικά αίτια είναι επίκτητες α) μικροαγγειοπαθητικές (θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα κ.λ.π) β) τοξικές και τραυματικές αιμολυτικές αναιμίες, από χημικά αίτια, βαλβιδοπάθειες κ.λ.π.

ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Οι αιμοσφαιρινοπάθειες είναι κληρονομικές διαταραχές διότι η αιμοσφαιρίνη (Hb) αποτελείται από αίμη και σφαιρίνη η οποία αποτελείται από δύο ζεύγη

πεπτιδικών αλύσων. Οι πεπτιδικές αλυσοί είναι α,β,γ,δ,ε, υπάρχουν γονίδια κωδικοποίησης για τις α,β στο χρωμόσωμα 16 και γονίδια κωδικοποίησης για τις γ,δ, στο χρωμόσωμα 11. Έχουν παρατηρηθεί γενετικές ανωμαλίες στα χρωμοσώματα αυτά είτε με αντικατάσταση αμινοξέος, είτε με απάλειψη ή προσθήκη κάποια άλλου, με επιμήκυνση αλύσου είτε με άνιση διασταύρωση των γονιδίων. Φυσιολογικά παράγεται στους ενήλικες η HbA ,στα έμβρυα η HbF.

Η HbA αποτελείται από δύο αλυσούς α και δύο αλυσούς β

Η HbF αποτελείται από δύο αλυσούς α και δύο αλυσούς γ και

η HbA2 (μία αιμοσφαιρίνη η οποία υπερέχει στην γέννηση) αποτελείται από δύο αλυσούς α και δύο αλυσούς δ.

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από μεσογειακή αναιμία έχουν έλλειψη α ή β αλύσων. Η πλειονότητα των ασθενών που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία στην χώρα μας όπως και σε όλη την Μεσόγειο οφείλεται σε έλλειψη παραγωγής β αλύσων για αυτό λέγεται και β-μεσογειακή αναιμία.

Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν έχουν κληρονομήσει και από τους δύο γονείς το πάσχον γονίδιο. Οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία μπορεί να έχουν πλήρη έλλειψη παραγωγής ή μερική έλλειψη παραγωγής β-αλύσων.

Οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν ετερόζυγη μορφή β-μεσογειακής αναιμίας (στίγμα) δεν πάσχουν από μεσογειακή αναιμία.

Θεραπεία

Η θεραπεία της μεσογειακής αναιμίας είναι συμπτωματική. Προσπαθούμε να αυξήσουμε το ποσοστό της αιμοσφαιρίνης έτσι ώστε ο ασθενής να διάγει μια φυσιολογική ζωή, για αυτό οι μεταγγίσεις που γίνονται στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι επαναλαμβανόμενες.

Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν πλήρη έλλειψη β αλύσου χρειάζονται συχνότερες μεταγγίσεις από τους ασθενείς οι οποίοι έχουν κάποια μικρή παραγωγή β αλύσων.

Η θεραπεία και η παρακολούθηση των ασθενών αυτών είναι συνεχής και γίνεται σε ειδικά κέντρα διότι χρειάζεται η δια βίου χορήγηση ειδικών φαρμάκων τα οποία απομακρύνουν τον σίδηρο έτσι ώστε να αποφεύγεται η εναπόθεση σιδήρου στα μεγάλα όργανα, καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ, πάγκρεας, με αποτέλεσμα ανεπάρκεια αυτών η οποία καταλήγει σε θάνατο.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

- 1.Έλεγχος πριν από την κύηση
- 2.Όταν και οι 2 γονείς έχουν στίγμα τότε γίνεται αμνιοπαρακέντηση στην αρχή (2- 3ο- μήνα) της κύησης για έλεγχο του εμβρύου.

ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΩΣΦΟΡΙΚΗΣ ΔΕΥΔΡΟΓΕΝΑΣΗΣ G6PD.

Η έλλειψη G6PD είναι κληρονομική νόσος, οφείλεται σε υπολειπόμενο φυλοσύνδετο γονίδιο .Είναι συνδεδεμένη με το χρωμόσωμα X και γι'αυτό σχεδόν ποτέ δεν πάσχουν οι γυναίκες παρά μόνο όταν έχουν ομόζυγη μορφή.Εμφανίζεται στην περιοχή της Μεσογείου.

Η έλλειψη αυτού του ενζύμου οδηγεί σε διαταραχές αερόβιας γλυκόλυσης του ερυθροκυττάρου με αποτέλεσμα την ευαισθησία και καταστροφή του ,όταν εκτεθεί σε διάφορες οξειδωτικές ουσίες (ναφθαλίνη)ή με την βρώση διαφόρων τροφών ή κατά την χορήγηση φαρμάκων. Η βρώση τροφών, όπως φρέσκα κουκιά και η χορήγηση

φαρμάκων όπως τριμεθοπρίμη-σουλφομεδοξαζόλη μπορεί να προκαλέσει βαριά βλάβη της μεμβράνης με αποτέλεσμα αιμόλυση και καταστροφή των νεφρών.

Είναι αίτιο παρατεταμένου νεογνικού ικτέρου.

Πρόληψη : Ο έλεγχος αίματος αμέσως μετά τον τοκετό σε όλα τα νεογνά και η **Θεραπεία** είναι η αποφυγή έκθεσης στους οξειδωτικούς παράγοντες.

ΝΟΣΟΙ ΛΕΥΚΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ

ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

Οι λευχαιμίες είναι οξείες ή χρόνιες.

Στις οξείες λευχαιμίες υπάρχει εμφάνιση αώρων μορφών στο περιφερικό αίμα.

Στις χρόνιες λευχαιμίες υπάρχει εμφάνιση μεγάλων ωρίμων μορφών στο περιφερικό αίμα. Και στις δύο περιπτώσεις ο μυελός των οστών ο οποίος παράγει και τα λευκά αιμοσφαίρια κατακλύζεται από το παθολογικό κύτταρο, το οποίο εμφανίζεται στο περιφερικό αίμα.

Κλινικά συμπτώματα της οξείας λευχαιμίας είναι αδυναμία, κακουχία, ανορεξία, άλγη οστών, ωχρότης, συνεχής πυρετός, πιθανώς αιμορραγίες, διόγκωση λεμφαδένων, σπληνομεγαλία. Μπορεί να συμβεί σε όλες τις φυλές και σε οποιαδήποτε ηλικία. Εμφανίζεται σε 5/100.000 άτομα το χρόνο.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Η εργαστηριακή διερεύνηση γίνεται με αιματολογικές εξετάσεις, παρακέντηση και βιοψία μυελού των οστών, ειδικές βιοχημικές εξετάσεις των λευκών αιμοσφαιρίων και με μοριακές τεχνικές (καρυότυπος, κ.λ.π.).

Επιπλοκές

Ασθενείς οι οποίοι δεν αρχίζουν θεραπεία με αντινεοπλασματικά φάρμακα πεθαίνουν εντός ολίγων ημερών, εκτός από την περίπτωση της χρονίας λεμφογενούς λευχαιμίας η οποία έχει πολύ αργή εξέλιξη και μπορεί ο ασθενής να παρακολουθείται για χρόνια. Οι ασθενείς παθαίνουν συχνές λοιμώξεις λόγω της ανοσοκαταστολής και αιμορραγίες, δύσκολα ελεγχόμενες.

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι εντατική χημειοθεραπεία κατά την οποία ο ασθενής χρειάζεται στενή παρακολούθηση για αποφυγή λοιμώξεων, αιμορραγιών κ.λ.π. Κατόπιν γίνεται η θεραπεία συντήρησης ή μεταμόσχευση μυελού των οστών ανάλογα με την περίπτωση.

Ένα ποσοστό των ασθενών 90% κάτω των 20 ετών έχει ύφεση των συμπτωμάτων η οποία διαρκεί 1 έως 3 έτη. Υπάρχουν σε όλες τις οξείες και χρόνιες λευχαιμίες και περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι ιώνται.

Ένα νέο φάρμακο η ιματινίμη (GLEEVEC) το οποίο στοχεύει τα παθολογικά κύτταρα της χρονίας μυελογενούς λευχαιμίας φαίνεται να θεραπεύει τους άλλοτε μη έχοντες θεραπεία, ασθενείς.

ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Τα λεμφώματα διαιρούνται σε Hodgkin λεμφώματα και μη Hodgkin λεμφώματα. Λέμφωμα σημαίνει καταστροφή των λεμφαδένων από άωρα κύτταρα τα οποία μπορεί να έχουν χαρακτήρες Hodgkin ή μη Hodgkin κυττάρων.

Κλινικά συμπτώματα

Ανώδυνη διόγκωση λεμφαδένων, πυρετός, νυχτερινοί ιδρώτες, καταβολή ή συμπτώματα από προσβεβλημένα όργανα (δύσπνοια, προσβολή πνεύμονα, παράλυση άκρων-προσβολή σπονδύλων ή πίεση νεύρων νωτιαίου μυελού).

Εργαστηριακή διερεύνηση

Η εργαστηριακή διερεύνηση γίνεται με βιοψίες λεμφαδένων, ειδικά σπινθηρογραφήματα με γάλλιο, αξονική τομογραφία, βιοψία μυελού των οστών.

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με εντατική χημειοθεραπεία, ακτινοβολία αλλά και μεταμόσχευση μυελού των οστών .

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από το ανώτερο και κατώτερο αναπνευστικό. Το ανώτερο αφορά την μύτη, τον φάρυγγα τον λάρυγγα και την τραχεία, ενώ το κατώτερο αναπνευστικό, τους βρόγχους και τους πνεύμονες.

ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1.ΒΗΧΑΣ: Ο βήχας είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που δείχνουν ότι υπάρχει νόσος με συμμετοχή του αναπνευστικού συστήματος.

Μπορεί να προκληθεί από φλεγμονές οι οποίες αφορούν και άλλα σημεία εκτός από τους πνεύμονες, όπως ο φάρυγγας ή τα τελικά βρογχιόλια. Επίσης ο βήχας μπορεί να σημαίνει ότι υπάρχει συμμετοχή του αναπνευστικού αλλά η αιτία υπάρχει σε άλλα συστήματα όπως στην καρδιά {καρδιακή ανεπάρκεια, προβλήματα βαλβιδοπάθειας}, στο αυτί {πυώδης ωτίτις} κ.λ.π.

Ο βήχας μπορεί να είναι ξηρός ή να συνοδεύεται από πτύελα τα οποία συνήθως είναι χρωματισμένα από κίτρινα έως καφέ και μπορούμε να τα καλλιεργήσουμε και να βρούμε τα μικρόβια τα οποία έχουν προσβάλει το αναπνευστικό σύστημα.

Ο βήχας είναι πάντα ένα σύμπτωμα το οποίο απαιτεί διερεύνηση και ο κύριος σκοπός μας δεν είναι το να τον κατευνάσουμε αλλά να βρούμε την αιτία η οποία τον προκαλεί.

2.ΔΥΣΠΝΟΙΑ: Η δύσπνοια είναι το υποκειμενικό αίσθημα της έλλειψης αέρα. Η δύσπνοια μπορεί να εμφανισθεί είτε μετά την κόπωση, είτε στην ηρεμία. Επίσης η δύσπνοια μπορεί να εμφανισθεί σε χρόνιες καταστάσεις όπου έχει προσβληθεί το αναπνευστικό ή σε καταστάσεις όπου ανεπάρκει το καρδιαγγειακό σύστημα.

Ορθόπνοια λέγεται μία οξεία μορφή δύσπνοιας (ο ασθενής είναι καθιστός και προσπαθεί να αναπνεύσει) συνήθως προκαλείται από οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (οξύ πνευμονικό οίδημα).

3.ΠΤΥΕΛΑ: Τα πτύελα είναι η απόδειξη της ύπαρξης φλεγμονής στο τραχειοβρογχικό δέντρο. Όταν χρωματίζονται από κίτρινα έως καφέ σημαίνει ύπαρξη μικροβίου, ενώ όταν είναι αιματηρά (αιμόπτυσις) σημαίνει ότι υπάρχει:

1. πνευμονική συμφόρηση(λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, ή πνευμονική εμβολή) οπότε τα πτύελα είναι αφρώδη και ροζ και ο άνθρωπος έχει έντονη δύσπνοια, ή

2. πνευμονία, φυματίωση και καρκίνος του πνεύμονα όταν το αίμα υπάρχει σε γραμμές και είναι έντονο κόκκινο.

4. ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΘΩΡΑΚΑ: Ο πόνος στον θώρακα ο οποίος προέρχεται από νόσο του πνεύμονα εμφανίζεται όταν υπάρχει προσβολή του πλευρικού υπεζωκότα, συνήθως είναι ετερόπλευρος και επιδεινώνεται με τον βήχα ή την βαθιά εισπνοή.

Μπορεί να υπάρχει πόνος:

1. Σε περιπτώσεις πνευμονίας αντίστοιχα με τον λοβό ο οποίος έχει προσβληθεί
2. Σε περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να υπάρχει πόνος αντίστοιχα με τον λοβό στον οποίο υπάρχει ο όγκος και οφείλεται είτε σε διήθηση του πλευρικού υπεζωκότα, είτε σε διήθηση νεύρων.
3. Σε πλευρίτιδα.

5.ΚΥΑΝΩΣΗ: Κυάνωση σημαίνει ότι το άτομο έχει κυανή χροιά στα άκρα και στους βλεννογόνους (χείλια κ.λ.π.). Αυτό συνήθως εμφανίζεται όταν υπάρχει έντονο κρύο, όταν όμως υπάρχει πνευμονική νόσος η κυάνωση είναι μόνιμη και οφείλεται στο ότι υπάρχει μικρότερη πίεση οξυγόνου στο αίμα διότι

- α) είναι επηρεασμένη η διάχυση του οξυγόνου στις κυψελίδες.
- β) είναι μειωμένος ο αερισμός των κυψελίδων.
- γ) υπάρχουν διαταραχές της διάχυσης, λόγω προβλήματος στην διάμεση στιβάδα του πνεύμονα.

6.ΠΛΗΚΤΡΟΔΑΚΤΥΛΙΑ: Η πληκτροδακτυλία είναι εκείνη η κατάσταση όπου η τελευταία φάλαγγα των δακτύλων χεριών και ποδιών υπερτρέφεται και έτσι το δάκτυλο μοιάζει με πλήκτρο τυμπάνου. Η κατάσταση αυτή παρατηρείται σε πολλές πνευμονικές νόσους και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι κληρονομική. Η συνηθέστερη εμφάνιση οξείας πληκτροδακτυλίας είναι σε βρογχογενές καρκίνωμα πνεύμονος και σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.

1. Η ακτινογραφία θώρακος,
2. η αξονική τομογραφία,
3. η μαγνητική τομογραφία
4. και το υπερηχογράφημα σε περιπτώσεις που θέλουμε να διερευνήσουμε εάν υπάρχει υγρό στον υπεζωκότα είναι εκείνες οι εξετάσεις μας απεικονίζουν το παρέγχυμα του πνεύμονα.

ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ: Η βρογχοσκόπηση είναι η εξέταση κατά την οποία ελέγχουμε τους βρόγχους, αν είναι προσπελάσιμοι και σε περίπτωση που αποφράσσονται από κάτι, όπως ένα καρκίνωμα, μπορούμε να πάρουμε βιοψίες. Επίσης κατά την βρογχοσκόπηση μπορούμε να πάρουμε υγρό από την βρογχική οδό και να ελέγξουμε εάν υπάρχουν

1. μικρόβια (με καλλιέργεια P.C.R. κ.λ.π.)
2. ξένα κύτταρα (με κυτταρολογική.)

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1.ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ: Η σπιρομέτρηση είναι η μέθοδος εκείνη η οποία καταγράφει την δυνατότητα του πνεύμονα να αποθηκεύει αέρα, την εισπνευστική του χωρητικότητα.

2.ΑΕΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: Είναι η εξέταση η οποία μας δείχνει την πίεση του οξυγόνου και του διοξειδίου στο αίμα όπως και το Ph.

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ.

1.ΝΟΣΟΙ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Γενικά: Το άσθμα είναι υπεραντίδραση του βρογχικού βλεννογόνου σε κάποιο φλεγμονώδες ερέθισμα. Η υπεραντίδραση αυτή συνοδεύεται από διόγκωση των αδενίων που υπάρχουν στο βρογχικό επιθήλιο και αύξηση της έκκρισης υγρού, το οποίο εξέρχεται με την μορφή **πτύέλων**. Το υγρό αυτό αποφράσσει τον βρόγχο με αποτέλεσμα το άτομο να εμφανίζει **δύσπνοια**.

Το φλεγμονώδες ερέθισμα μπορεί να είναι ενδογενές ή εξωγενές.

Εξωγενές λέγεται το άσθμα το οποίο προκαλείται από κάποιον αλλεργιογόνο παράγοντα με αποτέλεσμα οι ειδικές ανοσοσφαιρίνες να αυξάνονται στον ορό (IgE). Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με ατοπία και πολλές φορές είναι κληρονομικό.

Ενδογενές λέγεται το άσθμα το οποίο δεν προκαλείται από αλλεργιογόνους παράγοντες αλλά μπορεί να προκληθεί είτε από λοίμωξη, ερεθιστικές ουσίες οι οποίες έχουν εισπνευσθεί, (κρύο αέρα, άσκηση) ή από ψυχολογική φόρτιση. Αυτοί οι ασθενείς δεν έχουν αυξημένη IgE στον ορό τους. Το 50% των ασθενών, εμφανίζουν ενδογενές άσθμα.

Κρίση άσθματος μπορεί να προκληθεί εάν χορηγηθούν φάρμακα τα οποία προκαλούν σύσπασση των βρογχιολίων σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από άσθμα, όπως είναι οι β-αποκλειστές, η ασπιρίνη και διάφορα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

- α) Συχνές προσβολές δύσπνοιας και βήχα συνοδευόμενες από συριγμό.
- β) Παράταση της εκπνοής.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ.

Η διερεύνηση του βρογχικού άσθματος γίνεται

1. με την κλινική εξέταση η οποία θέτει και την διάγνωση λόγω της χαρακτηριστικής ακρόασης όπου υπάρχουν πάρα πολλοί μουσικοί ήχοι (συρίττοντες).
2. με τα αέρια αίματος όπου η πίεση οξυγόνου και διοξειδίου είναι χαμηλή
3. και με την σπειρομέτρηση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η θεραπεία της οξείας κρίσης γίνεται

1. με χορήγηση οξυγόνου,
2. με χορήγηση βρογχοδιασταλτικών σε μορφή εισπνοών (νεφέλωμα), η ενδοφλεβίως.
3. με χορήγηση κορτιζόνης είτε σε μορφή νεφελώματος, είτε ενδοφλεβίως.

2.ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ

Η οξεία πνευμονία αποτελεί μια κύρια αιτία θανάτου, το 50% των πνευμονιών οφείλεται σε βακτηρίδια (μυκόπλασμα), μικρόβια, ιούς.

Όσο νωρίτερα ταυτοποιηθεί το μικρόβιο το οποίο έχει προκαλέσει την πνευμονία τόσο γρηγορότερα έχουμε θεραπεία και ίαση.

Το 50% των πνευμονιών οφείλεται στον πνευμονιόκοκκο που αποτελεί μικρόβιο της φυσιολογικής χλωρίδας του πνεύμονα.

ΑΙΤΙΑ

- I. Έκθεση σε έντονο κρύο.
- II. Έκθεση σε τοξικά αέρια.
- III. Αλκοολισμός.
- IV. Καταστολή του κεντρικού νευρικού.
- V. Καταστάσεις οι οποίες μειώνουν την ανοσολογική απάντηση (σπληνεκτομή κ.λ.π.).

Κύρια συμπτώματα

1. Πυρετός με ρίγος
2. Βήχας με πτύελα
3. Δύσπνοια
4. Πόνος στον θώρακα
5. συνυπάρχει ταχυκαρδία, ταχύπνοια.

Διερεύνηση

Η κλινική εξέταση εμφανίζει αύξηση των φωνητικών δονήσεων αντίστοιχα με τον λοβό ο οποίος είναι προσβεβλημένος.

Η ακτινογραφία θώρακος είναι χαρακτηριστική με πύκνωση του λοβού που έχει προσβληθεί.

Στην γενική αίματος υπάρχει λευκοκυττάρωση.

Θεραπεία

α) Η χορήγηση αντιβιοτικών στις πνευμονίες οι οποίες προέρχονται από βακτηρίδια είναι απαραίτητη.

β) Η διατήρηση καλού αερισμού, είτε με χορήγηση οξυγόνου, είτε με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και

γ) έλεγχος των πιθανών επιπλοκών.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές την πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας όπως και άλλων πνευμονικών μπορεί να είναι η πλευρίτιδα, το εμπύημα, ενδοκαρδίτιδα ή μηνιγγίτιδα ή περικαρδίτιδα.

Πρόγνωση

Πνευμονία η οποία δεν θεραπεύεται μπορεί να έχει θνητότητα 20-40%, ειδικά όταν η προϋπάρχουσα νόσος είναι κίρρωση, καρδιακή ανεπάρκεια, ανοσοκαταστολή, πνευμονικό οίδημα, κ.λ.π.

Με την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή και την υποστήριξη η θνητότητα της πνευμονίας περιορίζεται σε 5-8%.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Η πνευμονική φυματίωση είναι μία λοίμωξη του πνεύμονα η οποία οφείλεται στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ή βάκιλο του Koch. Έχουν βρεθεί πολλών ειδών μυκοβακτηρίδια τα οποία ενδημούν σε διάφορες χώρες.

Η λοίμωξη **μεταδίδεται** με την εισπνοή βακτηριδίων τα οποία μπορεί να βρίσκονται είτε σε σκόνη, είτε στα πτύελα των πασχόντων. Επίσης μπορεί να μεταδοθεί και με το μολυσμένο γάλα.

Ο βάκιλος ενδημεί σε σκοτεινά σημεία, όπως υπόγεια και αποθήκες, ενώ η έκθεση στον ήλιο των μολυσμένων αντικειμένων τον καταστρέφει.

Η μόλυνση από τον βάκιλο μπορεί να συμβεί σε πάρα πολλούς ανθρώπους όμως ένα μικρό ποσοστό από αυτούς αναπτύσσει τελικά φυματίωση.

Οι καταστάσεις οι οποίες προδιαθέτουν στην λοίμωξη από πνευμονική φυματίωση είναι ο υποσιτισμός, ο διαβήτης, η χρόνια χορήγηση κορτικοειδών, διάφορες πνευμονικές νόσοι και γενικά η μειωμένη ανοσολογική απάντηση.

Κλινικά συμπτώματα

- 1.βήχας,
2. πυρετική κίνηση
- 3.απώλεια βάρους
- 4.ιδρώτας
- 5.πλευριτικός πόνος

Τα κλινικά συμπτώματα μπορεί να απουσιάζουν σε ασθενείς οι οποίοι έχουν μολυνθεί, μπορεί όμως να είναι και ιδιαίτερα έντονα. Συνήθως υπάρχει βήχας, χαμηλή πυρετική κίνηση, ιδίως το απόγευμα, απώλεια βάρους, κακουχία και κόπωση, ιδρώτας ή πλευριτικός πόνος.

Η κλινική εξέταση μπορεί να αποδείξει αν υπάρχει πλευριτικό υγρό ή διόγκωση λεμφαδένων.

Διευρέυση.

1. ακτινογραφία θώρακος,
2.έλεγχος πτύελων με ειδικές εξετάσεις για ανεύρεση βακίλου του Koch, τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί μοριακές τεχνικές (PCR), όπου μπορούμε να εντοπίσουμε το DNA του βακίλου σε εκπλύματα από τους βρόγχους ή στο πλευριτικό υγρό ή στα πτύελα των ασθενών.

3. Η αξονική τομογραφία και η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να μην είναι διαγνωστικές διότι η φυματίωση, ειδικά η πνευμονική φυματίωση, μπορεί να μιμηθεί μία πλειάδα παρόμοιων νόσων.

4.Η εξέταση Mantoux: η δερμοαντίδραση Mantoux είναι μία εξέταση κατά την οποία εντοπίζουμε εάν ο ασθενής έχει έρθει σε επαφή με τον βάκιλο. Κατά την δερμοαντίδραση Mantoux χορηγούμε φυματίνη και παρατηρούμε το αποτέλεσμα της ένωσης αντιγόνου και αντισώματος(εάν υπάρχει).

Το **θετικό** αποτέλεσμα της εξέτασης σημαίνει ότι ο ασθενής σε κάποιο σημείο της ζωής του ήρθε σε επαφή με τον βάκιλο και έχει αναπτύξει αντισώματα. Το **αρνητικό** αποτέλεσμα σημαίνει ότι ο ασθενής δεν έχει έρθει ποτέ σε επαφή με τον βάκιλο και άρα δεν έχει αντισώματα. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν εμφανίζεται εάν ο ασθενής έχει χαμηλή ανοσολογική απάντηση (νεοπλασματικές νόσοι, χορήγηση χημειοθεραπείας, AIDS , θεραπεία με κορτικοστεροειδή κ.λ.π).

5. Γαστρικό έκπλυμα: Σε περιπτώσεις που δεν μπορούμε να πάρουμε πτύελα από τον ασθενή μπορούμε να πάρουμε έκπλυμα από το στομάχι το οποίο καλλιεργούμε ανάλογα, με σκοπό την ανεύρεση του μυκοβακτηριδίου.

6) Βιοψίες λεμφαδένων: Σε περίπτωση που υπάρχουν μόνο διογκωμένοι λεμφαδένες και δεν έχουμε άλλα στοιχεία τα οποία μπορεί να μας οδηγήσουν σε φυματίωση ,κάνουμε βιοψία των λεμφαδένων.

Επιπλοκές ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Η φυματίωση, σε περίπτωση που παραμείνει αθεράπευτη οδηγεί σε θάνατο. Ο βάκιλος του Koch δεν επηρεάζει μόνο το πνευμονικό παρέγχυμα, μπορεί να προσβάλλει και άλλους ιστούς και να έχουμε φυματίωση νεφρών,περιτονίτιδα,

φυματίωση του γεννητικού συστήματος, μπορεί να προσβάλει τις μήνιγγες και να έχουμε φυματιώδη μηνιγγίτιδα, τα οστά, το δέρμα κ.λ.π.

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με φάρμακα. Τα κυριότερα φάρμακα είναι η ισονιαζίδη, η ριφαμπικίνη και η αιθαμβουτόλη και μια πλειάδα δεύτερης γραμμής φαρμάκων, τα οποία χρησιμεύουν εκεί όπου το αντιβιογράμμα μας δείξει ευαισθησία.

Πρόληψη

Το κύριο πρόβλημα στην φυματίωση είναι η πρόληψη των ανθρώπων οι οποίοι ζούν με στον πάσχοντα. Σε περίπτωση που ο πάσχων έχει θετικά πτύελα, πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να μεταδώσει την νόσο, τότε πρέπει να ελέγξουμε με δερμοαντίδραση Μαντουξ τους οικείους του.

Τα άτομα τα οποία έχουν έρθει σε επαφή με τον ασθενή και δεν έχουν αναπτύξει θετική Μαντουξ θα πρέπει να εμβολιαστούν με το ειδικό εμβόλιο που λέγεται B.C.G., το οποίο προλαμβάνει την εμφάνιση μηνιγγίτιδας από φυματίωση και τις κεχροειδούς μορφές της φυματίωσης, οι οποίες είναι ιδιαίτερα σοβαρές και δύσκολα θεραπευόμενες.

Οι ασθενείς οι οποίοι παραμένουν στο νοσοκομείο είναι εκείνοι οι οποίοι έχουν συχνές αιμοπτύσεις με την προοπτική, σε μια πολύ μεγάλη αιμόπτυση να μπορέσουμε να καλύψουμε τον ασθενή με αίμα. Βέβαια καθόλη την διάρκεια της νοσηλείας τους πρέπει να είναι απομονωμένοι από τους υπόλοιπους ασθενείς.

Απάντηση στην θεραπεία αναμένεται μέσα σε δύο έως τρεις εβδομάδες.

3. ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ, ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΣ

Ο όρος χρόνια βρογχίτις είναι ένας κλινικός όρος και σημαίνει ότι τουλάχιστον για τρεις μήνες τον χρόνο και για δύο συνεχόμενα χρόνια ένας ασθενής εμφανίζει παραγωγικό βήχα (βήχας με πτύελα).

Η χρόνια βρογχίτις ονομάζεται αποφρακτική νόσος διότι προκαλείται απόφραξη στους μικρούς βρόγχους λόγω συσσώρευσης βλέννας, η οποία παράγεται από τους υποβλεννογόνιους αδένες. Οι αδένες αυτοί υπερτρέφονται με αποτέλεσμα υποβλεννογόνο οίδημα και κατόπιν λόγω της συνεχούς φλεγμονής υπάρχει περιβρογχική ίνωση και οι βρόγχοι χάνουν την ελαστικότητά τους. Η πάχυνση του τοιχώματος των βρόγχων λόγω της υπερτροφίας των αδένων βοηθάει και αυτή στην εμφάνιση της απόφραξης των τελικών βραχιολίων.

Συχνότερα εμφανίζεται στους καπνιστές πέραν των 35 ετών, συχνότερα στους άνδρες από τις γυναίκες 4/1,

Κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση και διάφοροι λοιμογόνοι παράγοντες.

Κλινικά συμπτώματα

Αρχικά ο **βήχας και τα πτύελα** εμφανίζονται μόνο το πρωί, κατόπιν όμως η παραγωγή πτυέλων και ο βήχας αυξάνονται και προστίθεται στα συμπτώματα και **δύσπνοια στην κόπωση**.

Εργαστηριακή διερεύνηση

1. Η γενική αίματος μπορεί να δείξει υψηλό αιματοκρίτη,
2. η εξέταση των αερίων αίματος σε προχωρημένες καταστάσεις έχει μείωση της πίεσης του οξυγόνου και αύξηση της πίεσης του διοξειδίου.
3. η σπιρομέτρηση έχει πτώση της ζωτικής χωρητικότητας και αύξηση του λειτουργικού υπολειπόμενου όγκου αέρα.
4. Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να δείξει περισσότερο αέρα μέσα στο πνευμονικό παρέγχυμα και αυξημένη σκιαγράφιση του βρογχικού δένδρου στις βάσεις των πνευμόνων.

Θεραπεία

Η θεραπεία έχει σαν στόχο την αύξηση της διαμέτρου των βρόγχων, οπότε χορηγούνται βρογχοδιασταλτικά και σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει και λοίμωξη χορηγείται αντιβίωση.

Πρόγνωση

Ασθενείς οι οποίοι θα διακόψουν των ερεθιστικό παράγοντα ο οποίος προκαλεί την χρόνια βρογχίτιδα μπορεί να μην εμφανίσουν περαιτέρω προβλήματα όμως ασθενείς οι οποίοι δεν θα μπορέσουν να διακόψουν την επαφή τους με τον ερεθιστικό παράγοντα μπορεί να εμφανίσουν χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή εμφύσημα μετά 5 έως 10 έτη.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ

Ο όρος εμφύσημα αφορά μία ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται παθολογοανατομικά από καταστροφή του τοιχώματος των κυψελίδων, των αιμοφόρων αγγείων και των τελικών αεροχώρων γενικά ,με αποτέλεσμα να μην γίνεται η ανταλλαγή των αερίων.

Η **αιτία** που προκαλεί την καταστροφή είναι η εξάλειψη της ελαστικότητας του πνευμονικού ιστού.

Πνευμονικό εμφύσημα μπορεί να εμφανισθεί

1.σε μερικούς ασθενείς για κληρονομικούς λόγους όπως είναι η έλλειψη της α1 αντιθρυψίνης διότι η θρυψίνη και διάφορα άλλα ένζυμα θεωρείται ότι πέπτουν των ελαστικό ιστό και των καταστρέφουν σε περίπτωση που λείπει η α1 αντιθρυψίνη.

2.Εκτός των ασθενών όμως, οι οποίοι εμφανίζουν πνευμονικό εμφύσημα λόγω κληρονομικότητας, η κυριότερη αιτία της εμφάνισης πνευμονικού εμφυσήματος είναι κατά 60% η προϋπάρχουσα βρογχίτις, η ατμοσφαιρική ρύπανση και το επάγγελμα του ασθενούς.

Το αποτέλεσμα της καταστροφής του τοιχώματος των βρόγχων και του ελαστικού ιστού είναι η κατά την εκπνοή σύμπτωση των τελικών βρογχιολίων και των κυψελίδων και η παγίδευση αέρα μέσα στο πνευμονικό παρέγχυμα.

Κλινικά συμπτώματα

- 1.προοδευτική δύσπνοια
2. χρόνιος βήχας
- 3.παραγωγή πτυέλων

4.χαμηλό σωματικό βάρος

Η κλινική εικόνα αρχίζει με προοδευτική δύσπνοια, η οποία είναι το πιθανότερο σύμπτωμα, χρόνιο βήχα και παραγωγή πτυέλων. Κατά την κλινική εξέταση οι ασθενείς είναι πολύ αδύνατοι, μπορεί να έχουν κεντρική κυάνωση και εμφανίζουν υπεραερισμό των πνευμόνων, υπερτροφία των βοηθητικών αναπνευστικών μυών, όπως των στερνοκλειδομαστοειδών. Όταν η νόσος επιδεινωθεί τότε μπορεί να εμφανισθεί πνευμονική υπέρταση, οίδημα, ηπατομεγαλία.

Διερεύνηση

Η ακτινογραφία θώρακος και η σπιρομέτρηση θέτουν και την διάγνωση.

Θεραπεία

Η θεραπεία έχει σαν σκοπό την μείωση της δύσπνοιας, οπότε η χορήγηση οξυγόνου σε χαμηλή πίεση είναι απαραίτητη. Η πρόληψη και η θεραπεία των λοιμώξεων επίσης. Η αποφυγή κόπωσης όπως και η αποφυγή των ερεθιστικών παραγόντων (κάπνισμα, ατμοσφαιρική ρύπανση) είναι σημαντικά για την εξέλιξη του ασθενούς. Φυσικοθεραπεία της αναπνοής με σκοπό την αποβολή εκκριμάτων και διαμονή σε υγιεινό περιβάλλον.

Πρόγνωση

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

4.ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Πνευμονική εμβολή σημαίνει ότι κάποιος κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας έχει αποφραχθεί από έμβολο.

ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΕΜΒΟΛΩΝ.

α) Θρόμβοι αίματος (από φλέβες κάτω άκρων, κυρίως τις εν τω βάθει ή από δεξιές κοιλότητες της καρδιάς).

β) Αέρας.

γ) Λίπος (μυελός των οστών σε κατάγματα μεγάλων οστών).

δ) Αμνιακό υγρό (κατά την διάρκεια καισαρικής τομής).

ε) Βακτηρίδια (σηπτικά έμβολα).

στ) Νεοπλασματικά κύτταρα από νεοπλάσματα κυρίως της κοιλίας.

Κλινική εικόνα

1.Δύσπνοια

2.έντονο θωρακικό πόνο

3.ταχυκαρδία

4.απώλεια συνείδησης

5.καταπληξία(shock)

Στην μαζική πνευμονική εμβολή όπου αποφράσσεται ο μεγάλος κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας δεξιά ή αριστερά, έχουμε έντονο θωρακικό πόνο, δύσπνοια, απότομη απώλεια συνείδησης, ταχυκαρδία, shock.

Σε μέση και μικρή πνευμονική εμβολή, όπου αποφράσσεται μικρός περιφερικός κλάδος πνευμονικής αρτηρίας, έχουμε πόνο στο πλευρό (πλευροδυνία), αιμόφυρτα πτύελα, βήχα, ελαφρά ή σοβαρότερη δύσπνοια και ταχυκαρδία.

Διερεύνηση

1. αέρια αίματος,

2. ακτινογραφία θώρακος,
3. σπινθηρογράφημα αιματώσεως πνευμόνων
4. και με ειδική τεχνική στην αξονική τομογραφία που λέγεται σπειροειδής αξονική τομογραφία.

Θεραπεία

Αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη ή θρομβόλυση σε περίπτωση απόφραξης μεγάλου κλάδου της πνευμονικής και υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών σε ειδική μονάδα αυξημένης φροντίδας.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη γίνεται με την περιποίηση και φυσιοθεραπεία των ακινητοποιημένων ασθενών, με την χορήγηση μικρών δόσεων ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους σε όλους τους κατακεκλιμένους ασθενείς, κυρίως μετά τα χειρουργεία.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ

Οι παθήσεις του υπεζωκότα είναι η **πλευρίτιδα** και το **μεσοθηλίωμα** εμφανίζονται με πόνο στο πλευρό (πλευροδυνία) και με την παρουσία υγρού ανάμεσα στα δύο πέταλα του υπεζωκότα και δύσπνοια.

Ο πόνος ο οποίος λέγεται πλευριτικός είναι εκείνος ο οποίος αυξάνεται κατά την διάρκεια της βαθιάς εισπνοής και αφορά την περιοχή που βρίσκεται κάτω από την μασχάλη δεξιά ή αριστερά. Σε περίπτωση που σταματάμε τις αναπνευστικές κινήσεις ο πόνος εξαφανίζεται.

Πλευρίτιδα είναι εμφάνιση υγρού στον υπεζωκότα . Τα αίτια που προκαλούν αυτήν την φλεγμονή μπορεί να είναι πάρα πολλά.

Αίτια

Λοιμώξεις του πνεύμονα.
Νεοπλάσματα.
Καρδιακή ανεπάρκεια.
Τραύματα :αιμοθώρακας, ύπαρξη πύου: εμπύημα, ύπαρξη λέμφου μέσα στο πλευριτικό υγρό :χυλοθώρακας

Κλινικά συμπτώματα

Πόνος στην βαθιά εισπνοή, δύσπνοια και βήχας και επιδείνωση της δύσπνοιας λόγω αύξησης του υγρού εάν δεν θεραπευτεί έγκαιρα.

Σε περίπτωση εμπυήματος υπάρχει υψηλός πυρετός.

Εργαστηριακά ευρήματα

1. στην ακτινογραφία θώρακος, η εμφάνιση υγρού έχει μία συγκεκριμένη μορφή κατά την ακτινογραφία θώρακος με σκίαση της προσβεβλημένης περιοχής.
2. Εξέταση του υγρού: λήψη υγρού δια βελόνης, (είτε τυφλά, είτε με καθοδήγηση από υπέρηχο/μα) μας δίνει την δυνατότητα να εκτελέσουμε κυτταρολογικές εξετάσεις, καλλιέργεια και γενική εξέταση του υγρού.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι αιτία θανάτου η οποία αφορά στο 25% των θανάτων από καρκίνο. Είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στον κόσμο.

Η σπουδαιότητα των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι μπορούν να δικαιολογήσουν το καρκίνωμα του πνεύμονα δεν είναι απόλυτα γνωστοί, όμως η ασθένεια αυτή είναι περισσότερο συχνή στους καπνιστές. Οι καπνιστές έχουν 59 / 100,000 να πάθουν καρκίνο του πνεύμονα εάν καπνίζουν 20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ εκείνοι οι οποίοι υπερβαίνουν τα 40 τσιγάρα την ημέρα έχουν 217 πιθανότητες / 100,000, ενώ οι μη καπνιστές έχουν 3,4 πιθανότητες ανά 100,000 για να πάθουν καρκίνο του πνεύμονα.

Βέβαια άλλοι παράγοντες οι οποίοι ενοχοποιούνται είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, η έκθεση σε ρύπους λόγω επαγγέλματος και η ατμοσφαιρική ρύπανση.

Υπάρχουν δύο βασικοί ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του πνεύμονα, το **μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα** στο οποίο περιλαμβάνονται το πλακώδες, το αδενοκαρκίνωμα, το μεγαλοκυτταρικό και το **μικροκυτταρικό καρκίνωμα** πνεύμονος το οποίο εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 20% όλων των καρκίνων του πνεύμονος και θεωρείται γενικευμένο εξ' αρχής.

Κλινική εικόνα

Η **κλινική εικόνα** και στους δύο τύπους καρκινώματος πνεύμονος μπορεί να είναι η ίδια, τα συνήθη συμπτώματα είναι

1. ο βήχας και
2. τα πτύελα στα οποία υπάρχουν στοιχεία αίματος,
3. ο θωρακικός πόνος και
4. η δευτερογενής πνευμονία.
5. Επίσης μπορεί να εμφανισθεί δύσπνοια, πλευρίτιδα, πληκτροδακτυλία, βράγχος φωνής, διόγκωση των σφαγιτίδων (σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας), πόνος κατά την κατάποση, δυσφαγία (δυσκολία κατά την κατάποση), περικαρδίτιδα κ.λ.π. Επίσης το μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονος μπορεί να μιμηθεί διάφορες ενδοκρινοπάθειες με υπερέκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης ADH ή με υπερέκκριση κορτικοτρόπου ορμόνης ACTH, επίσης μπορεί να συνυπάρχει νευροπάθεια ή μυοπάθεια ή περιφερικές θρομβοφλεβίτιδες (παρανεοπλασματικά σύνδρομα).

Εργαστηριακή διερεύνηση

1. ακτινογραφία θώρακος και αξονική τομογραφία.
2. Βρογχοσκόπηση : κατά την βρογχοσκόπηση μπορούμε να πάρουμε έκκριμα από τους βρόγχους ή βιοψία εάν υπάρχει όγκος ο οποίος αποφράσσει τον βρόγχο.
3. Η βιοψία μας δίνει τις πληροφορίες τις οποίες χρειαζόμαστε για το καρκίνωμα το οποίο προκαλεί τα συμπτώματα και θέτει την διάγνωση.
4. κυτταρολογικές πτυέλων.

Θεραπεία

Ο ασθενής πριν από την χορήγηση οιασδήποτε θεραπείας ελέγχεται με σπινθηρογράφημα οστών, αξονικές τομογραφίες κοιλίας και θώρακος.

Η χειρουργική θεραπεία αφορά μόνο το μη μικροκυτταρικό και έχει σχέση με την διάμετρο του όγκου, την ύπαρξη αδένων και την ύπαρξη μεταστάσεων. Σε περίπτωση υπάρξεως μεταστάσεων η χειρουργική θεραπεία αποκλείεται.

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα δεν χειρουργείται γι'αυτό παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία με χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.

Χημειοθεραπεία χορηγείται και στο μη μικροκυτταρικό. Η ακτινοθεραπεία έχει θέση για την θεραπεία και των δύο τύπων του καρκίνου πνεύμονος.

ΓΕΝΙΚΑ

Συμπτώματα: Τα πιο συχνά συμπτώματα τα οποία αφορούν νόσους της καρδιάς είναι

- η δύσπνοια (μετά την κόπωση ή στην ηρεμία),
- οπισθοστερνικός πόνος,
- αίσθημα καρδιακών παλμών και
- οίδημα (κυρίως των σφυρών)

Δύσπνοια: η δύσπνοια οφείλεται σε πνευμονικές νόσους και σε καρδιακές νόσους. Η δύσπνοια η οποία έχει σχέση με καρδιακές νόσους μπορεί να προέρχεται από αριστερά καρδιακή ανεπάρκεια, από στένωση της μιτροειδούς, διάφορες άλλες ανωμαλίες του καρδιακού μυός και από μυξώματα του κόλπου και συνήθως συνοδεύεται από αύξηση των διαστάσεων του καρδιακού μυός (στην α/α θώρακος).

Αρχικά η εμφάνιση δύσπνοιας είναι συχνή μετά την κόπωση (ανέβασμα σκάλας, ανηφόρα) κατόπιν όμως εμφανίζεται σε λιγότερο κοπιαστικές ενέργειες.

Ορθόπνοια σημαίνει δύσπνοια κατά την οποία ο ασθενής θα πρέπει να είναι καθιστός για να μπορέσει να αναπνεύσει.

Παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια είναι η δύσπνοια η οποία συμβαίνει ξαφνικά στην διάρκεια της νύχτας και πρέπει ο ασθενής να καθίσει και να αναζητήσει αέρα για να ανακουφιστεί. Όλα τα παραπάνω είναι συμπτώματα αριστεράς καρδιακής ανεπάρκειας.

Κόπωση: κόπωση έντονη λόγω της ύπαρξης καρδιακής νόσου οφείλεται στη χαμηλή καρδιακή παροχή δηλ. η καρδιά δεν μπορεί να αιματώσει με το ανάλογο αίμα τους μύες οι οποίοι πρέπει να εργασθούν.

Τα αίτια μπορεί να είναι καρδιακή ανεπάρκεια, κληρονομική νόσος της καρδιάς ή στένωση της μιτροειδούς, αρρυθμίες κ.λ.π.

Οπισθοστερνικός πόνος: ο οπισθοστερνικός πόνος οφείλεται σε στεφανιαία ανεπάρκεια ή σε νόσους οι οποίες έχουν προσβάλει το μυοκάρδιο όπως οι βακτηριακοί παράγοντες ή οι ιοί (μυοκαρδίτις, μυοπερικαρδίτις), επίσης μπορεί να οφείλεται σε έμφραγμα ή σε ανεύρυσμα της αορτής ή σε πνευμονική εμβολή.

Αίσθημα καρδιακών παλμών: το αίσθημα καρδιακών παλμών μπορεί να οφείλεται σε ανώμαλες (έκτοπες) συστολές ή σε ταχυκαρδία, η οποία μπορεί να έχει προκληθεί μετά από άσκηση ή λόγω κάποιου παράγοντα ο οποίος προκαλεί άγχος.

Οργανικές νόσοι οι οποίες προκαλούν ταχυκαρδία είναι η αναιμία, ο υπερθυρεοειδισμός και οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις του καρδιακού μυός.

Οίδημα: το οίδημα μας δείχνει ότι ανεπαρκεί η δεξιά καρδιά, συνήθως εμφανίζεται στα σφυρά και στους ασθενείς οι οποίοι είναι κατακεκλιμένοι μπορεί να εμφανισθεί στην οσφυ. Το οίδημα σημαίνει ότι η δεξιά καρδιά δεν αντλεί σωστά το αίμα από την περιφέρεια με αποτέλεσμα αυτό να λιμνάζει σε εκείνες τις περιοχές που είναι χαμηλά. Το οίδημα απαιτεί θεραπεία ώστε να μην επιβαρυνθεί περισσότερο ο καρδιακός μυς.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ.

Η εργαστηριακή διερεύνηση των εργαστηριακών παθήσεων γίνεται

- i Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- ii Εγχρωμο υπερηχογράφημα (Doppler) καρδιάς.
- iii Αξονική και μαγνητική τομογραφία
- iv Ηλεκτροφυσιολογικές μεθόδους
- v Σπινθηρογράφημα με θάλιο κ.λ.π.

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ.

Οι καρδιακές νόσοι είναι επίκτητες ή κληρονομικές.

Κληρονομικές: Εμφανίζονται από την γέννηση και αφορούν σε βλάβες των βαλβίδων ή σε βλάβες των τοιχωμάτων τα οποία χωρίζουν τους κόλπους και τις κοιλίες. Στένωση πνευμονικής βαλβίδας, ισθμική στένωση αορτής, ύπαρξη μεσοκοιλιακού ή μεσοκολπικού τρήματος, μικτός βοτάλιος πόρος, τετραλογία του Fallot. Οι περισσότερες από τις κληρονομικές νόσους της καρδιάς θεραπεύονται με χειρουργική επέμβαση.

Επίκτητες νόσοι της καρδιάς: Οι επίκτητες νόσοι της καρδιάς σε ένα μεγάλο ποσοστό οφείλονται στην νόσηση από ρευματικό πυρετό. Ρευματικός πυρετός εμφανίζεται στις ηλικίες 5 έως 15 ετών και σε ένα ποσοστό 75-80% προσβάλλει την μιτροειδή βαλβίδα, σε ποσοστό 30% την αορτική και τις υπόλοιπες βαλβίδες σε ένα ποσοστό 5%. Εκτός του ρευματικού πυρετού, ο οποίος προσβάλλει κυρίως τις καρδιακές βαλβίδες, η βλάβη των οποίων μπορεί να προκαλέσει ποικίλα προβλήματα όπως ενδοκαρδίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση κ.λ.π., υπάρχουν και άλλες νόσοι οι οποίες προσβάλλουν τον καρδιακό μύ, όπως η αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία ανεπάρκεια, έμφραγμα, αρρυθμίες κ.λ.π. με τελικό αποτέλεσμα την καρδιακή ανεπάρκεια.

1. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ως αρτηριακή υπέρταση χαρακτηρίζεται η αύξηση της πίεσης του αίματος μέσα στις αρτηρίες πάνω από ορισμένα όρια. Διακρίνεται σε διαστολική και συστολική. Αν η διαστολική είναι πάνω από 9mm στήλης υδραργύρου ή η συστολική πάνω από 140mm στήλης υδραργύρου τότε έχουμε υπέρταση.

Αίτια

Η πίεση του αίματος εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- α) Καρδιακή παροχή
- β) Περιφερικές αντιστάσεις
- γ) Όγκο πλάσματος.

Εάν κάποιος από τους τρεις παράγοντες δεν λειτουργεί ικανοποιητικά τότε η παροχή αίματος στους νεφρούς είναι μικρότερη από το φυσιολογικό (ισχαιμία), οπότε ο νεφρός αντιλαμβάνεται ότι δεν έχει την ανάλογη ποσότητα αίματος, δηλαδή οξυγόνο που χρειάζεται για να λειτουργήσει.

Η ισχαιμία του νεφρού προκαλεί αύξηση της ρενίνης η οποίας κυκλοφορεί στο πλάσμα, η οποία μετατρέπει το αγγειοτενσινογόνο σε αγγειοτενσίνη I, η αγγειοτενσίνη I μετατρέπεται στους πνεύμονες με το ένζυμο που λέγεται μετατροπέας σε αγγειοτενσίνη II.

Η αγγειοτενσίνη II έχει τρία αποτελέσματα.

- A) Έντονη αγγειοσύσπαση
- B) Αύξηση αντιδιουρητικής ορμόνης και
- Γ) Αύξηση εκκρίσεως αλδοστερόνης.

1. Η αγγειοσύσπαση σημαίνει ότι αυξάνεται η πίεση σε μικρά και μεγάλα αγγεία,

2. η έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης σημαίνει ότι δεν παράγονται ούρα και η έκκριση αλδοστερόνης σημαίνει ότι αυξάνεται η κατακράτηση νατρίου και

3. η αύξηση της κατακράτησης νατρίου έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της κατακράτησης ύδατος με τελικό στόχο την αύξηση της πίεσης του αίματος ώστε να αιματωθεί καλά ο νεφρός=ΥΠΕΡΤΑΣΗ.

Η αρτηριακή υπέρταση σε ποσοστό 85-90% θεωρείται **ιδιοπαθής**, δηλαδή δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο αίτιο, σε ποσοστό 7% είναι νεφρικής αιτιολογίας, δηλαδή προέρχεται από προβλήματα του νεφρού και σε ποσοστό 2% ενδοκρινολογικής αιτιολογίας, όπως σε περιπτώσεις που υπάρχει αύξηση της έκκρισης της αλδοστερόνης ή κορτιζόνης.

Υπάρχουν βέβαια και ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση **δευτερογενώς** γιατί υπάρχει κάποια πρωτοπαθής νόσος η οποία προκαλεί τέτοια προβλήματα, όπως είναι η στένωση του ισθμού της αορτής, παθήσεις νεφρών και ενδοκρινολογικές παθήσεις ή χορήγηση φαρμάκων.

Η αρτηριακή υπέρταση πρέπει να θεραπεύεται διότι τα όργανα τα οποία πλήττονται από την ύπαρξη αυξημένης πίεσης στα αγγεία είναι κατ' αρχήν τα ίδια τα αγγεία, η εκφύλιση των οποίων σημαίνει μείωση της αιμάτωσης βλεννογόνων και μυών με αποτέλεσμα την καταστροφή τους.

Για παράδειγμα:

όταν καταστραφούν τα αγγεία του αμφιβλιστροειδούς σημαίνει ότι έχουμε απώλεια όρασης, όταν καταστραφούν τα αγγεία του νεφρού έχουμε νεφρική ανεπάρκεια, όταν πάσχουν, καταστρέφονται, ρήγνυνται ή θρομβώνονται τα αγγεία του εγκεφάλου έχουμε εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλικές αιμορραγίες, εγκεφαλικές θρομβώσεις και όταν καταστρέφονται τα αγγεία της καρδιάς, με την εμφάνιση ανευρυσμάτων ή θρομβώσεων έχουμε διάφορες παθήσεις όπως η στεφανιαία νόσος και το έμφραγμα.

Έτσι κύριο μέλημα όλων των ασθενών οι οποίοι πάσχουν είναι η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης.

Θεραπεία

Συντηρητική αγωγή .

Δίαιτα άναλος, διακοπή καπνίσματος, καταπολέμηση παχυσαρκίας και αποφυγή stress, άσκηση.

Φαρμακευτική αγωγή

Κυρίως χρησιμοποιούνται τα νεώτερα αντιυπερτασικά φάρμακα τα οποία είναι οι αναστολείς της αγγειοτενσίνης II, επίσης χρησιμοποιούνται και αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου μόνοι ή σε συνδυασμό με διουρητικά φάρμακα τα οποία μειώνουν τον όγκο πλάσματος.

Επίσης χορηγούνται αγγειοδιασταλτικά, φάρμακα δηλαδή τα οποία αυξάνουν το εύρος των αγγείων και συχνά μειώνουν την καρδιακή παροχή όπως είναι οι Β αδρενεργικοί αναστολείς και οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

Η φαρμακευτική αγωγή και η συντηρητική αγωγή των ασθενών που πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση πάντοτε εξατομικεύεται, συνεχίζεται δια βίου και ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

2.ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να διατηρήσει την καρδιακή παροχή στα επίπεδα που απαιτούν οι περιφερικές ανάγκες των ιστών.

Αίτια

1. Ισχαιμική καρδιοπάθεια :ο καρδιαγγειακός μυς δεν αιματώνεται κανονικά από τις στεφανιαίες αρτηρίες λόγω στένωσης αυτών.
2. Αρτηριακή υπέρταση :αύξηση του φορτίου το οποίο πρέπει να υπερνικήσει η καρδιά για να στείλει το αίμα στην περιφέρεια.
3. Ανεπάρκεια αορτής :αύξηση του φορτίου το οποίο δέχεται η καρδιά και πρέπει να φέρει προς την περιφέρεια
4. Στένωση μιτροειδούς :ελάττωση του φορτίου το οποίο δέχεται η καρδιά και το αίμα το οποίο δίδει στην περιφέρεια είναι μειωμένο.
5. Συμπιεστική περικαρδίτις και άλλες καταστάσεις που μειώνουν την έκπτυξη των κοιλιών
6. Αρρυθμίες :στις αρρυθμίες ο καρδιακός μυς δεν συσπάται φυσιολογικά, οπότε δεν παρέχεται το ανάλογο ποσό αίματος στην περιφέρεια και επίσης δεν αντλείται από την περιφέρεια το σωστό ποσό αίματος
7. Υπερθυρεοειδισμός, λοιμώξεις, αναιμίες, καταστάσεις οι οποίες προκαλούν ταχυσφυγμία και το αποτέλεσμα της ταχυσφυγμίας είναι η μειωμένη άντληση και η μειωμένη παροχή στην περιφέρεια.

Μορφές καρδιακής ανεπάρκειας είναι: η *αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια* όταν ανεπαρκεί η αριστερά καρδιά, *δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια* όταν ανεπαρκεί η δεξιά καρδιά (εμφανίζεται όταν υπάρχει πνευμονική νόσος) και *ολική καρδιακή ανεπάρκεια*. Η ολική καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να εμφανισθεί οξέως οπότε τότε λέγεται *οξεία καρδιακή ανεπάρκεια* ή *πνευμονικό οίδημα*. Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια έχει ως αίτια τα εξής:

- 1) Οξύ έμφραγμα.
- 2) Υπερτασική κρίση.
- 3) Μεγάλη πνευμονική εμβολή.
- 4) μυοκαρδίτιδα
- 5) Ρήξη γλωχίνιας

Αίτια ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

- 1) Αίτια που αφορούν το μυοκάρδιο: στεφανιαία νόσος, μυοκαρδίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια και χρήση τοξικών φαρμάκων.
- 2) Αίτια που προέρχονται από αυξημένη ανάγκη καρδιακής παροχής
 - α) αύξηση των αντιστάσεων στην περιφέρεια όπως υπέρταση, στένωση αορτικής ή πνευμονικής βαλβίδας, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια,
 - β) αύξηση του προφορτίου, αορτική ανεπάρκεια, ανεπάρκεια μιτροειδούς, ανεπάρκεια τριγλώχινιας και ύπαρξη αρτηριοφλεβωδών επικοινωνιών λόγω κληρονομικών νόσων .
- 3) Αυξημένες ανάγκες καρδιακής παροχής λόγω υπερθυρεοειδισμού, αναιμίας, κήσης και αρτηριοφλεβωδών επικοινωνιών.

Κλινική εικόνα ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Δύσπνοια στην κόπωση, ορθόπνοια, ύπαρξη παροξυσμικής νυχτερινής δύσπνοιας, κόπωση και αδυναμία, νυκτουρία, ελαφρά αιμόπτυση ή κυάνωση και βράγχος φωνής, βήχας. Εάν δεν θεραπευθεί έγκαιρα, τότε η αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια γίνεται ολική καρδιακή ανεπάρκεια με αποτέλεσμα οξύ πνευμονικό οίδημα.

Αίτια ΔΕΞΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται όταν υπάρχει πνευμονική νόσος

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΔΕΞΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Οίδημα, oligουρία κατά την διάρκεια της μέρας και πολυουρία κατά την διάρκεια της νύχτας, ανορεξία.

Εάν δεν θεραπευθεί έγκαιρα το οίδημα επιδεινώνεται με διόγκωση ήπατος, **διόγκωση τραχηλικών φλεβών**, ασκίτη ή πλευρίτιδα.

Η διόρθωση της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας είναι απαραίτητη διότι η αύξηση του όγκου πλάσματος θα προκαλέσει συμφόρηση των πνευμόνων και αριστερά καρδιακή ανεπάρκεια με αποτέλεσμα και πάλι πνευμονικό οίδημα.

Κλινική εικόνα ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Το **οξύ πνευμονικό οίδημα** ή **οξεία καρδιακή ανεπάρκεια** είναι μία κατάσταση επείγουσα, ο ασθενής έχει ορθόπνοια, έντονο αίσθημα έλλειψης αέρος και αγωνία επικείμενου θανάτου. Συνυπάρχει ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Η άμεση αντιμετώπιση απαιτεί :

Καθιστή θέση

χορήγηση οξυγόνου

χορήγηση διουρητικών(με σκοπό την μείωση του όγκου πλάσματος) ,

χορήγηση νιτροδών φαρμάκων τα οποία θα προκαλέσουν αγγειοδιαστολή και χορήγηση μορφίνης η οποία προκαλεί αγγειοδιαστολή στην περιφέρεια, μειώνει το εύρος των αναπνοών(οπότε οξυγονώνεται καλύτερα το αίμα), και συγχρόνως μειώνει η αγωνία του ασθενούς,

και χορήγηση καρδιοτονωτικών φαρμάκων.

Πρόγνωση ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια απαιτεί άμεση παρέμβαση, άλλως καταλήγει σε θάνατο.

Η καρδιακή ανεπάρκεια πριν από το οξύ στάδιο, θεραπεύεται με την χορήγηση φαρμάκων, με μείωση της δραστηριότητας και με ανάλογη διαιτητική αγωγή, επίσης γίνεται προσπάθεια να θεραπευτούν εκείνες οι καταστάσεις οι οποίες προκαλούν δευτερογενώς καρδιακή ανεπάρκεια όπως οι αρρυθμίες, η αναιμία, ο υπερθυρεοειδισμός κ.λ.π.

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η στεφανιαία νόσος είναι μία από τις συχνότερες αιτίες καρδιαγγειακής ανεπάρκειας και θανάτου.

Οφείλεται στην αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αρτηριών η οποία προκαλείται από τις αρτηριοσκληρωτικές πλάκες .Αυτές αποτελούνται από ιστό με ινώδη και λιπώδη στοιχεία, και αποφράσσουν τις στεφανιαίες αρτηρίες με αποτέλεσμα να μην αιματώνεται σωστά ο καρδιακός μυς.

Η έλλειψη επαρκούς παροχής(*ισχαιμία του μυοκαρδίου*) γίνεται εμφανής στις καταστάσεις εκείνες που απαιτείται μεγαλύτερη συσταλτικότητα, όπως κατά την διάρκεια της κόπωσης, ή στην έκθεση στο κρύο η στην ταχυκαρδία. με αποτέλεσμα τον πόνο στο στήθος κατά την κόπωση.

Αίτια

Τα αίτια της αθηρωμάτωσης των στεφανιαίων αρτηριών και γενικότερα της αρτηριοσκλήρωσης δεν είναι σαφή.Υπάρχουν παράγοντες κινδύνου οι οποίοι είναι κύριοι και ελάσσονες.

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο διαβήτης, κληρονομικά νοσήματα, η ανυπαρξία άσκησης, το κάπνισμα, η παχυσαρκία.

Οι ελάσσονες παράγοντες είναι:η φυλή,το περιβάλλον κ.λ.π.

Η επίπτωση της νόσου στους άντρες είναι 4προς 1, συχνότερη από ότι στις γυναίκες ενώ σε ηλικίες άνω των 70 ετών η σχέση αυτή γίνεται 8 προς 1. Συχνά αποτελεί εύρημα κατά την νεκροψία ,το γεγονός ότι είναι αποφραγμένες οι στεφανιαίες αρτηρίες του ασθενούς.

Κλινική εμφάνιση

- 1) Στηθάγχη: λέγεται η κατάσταση κατά την οποία έχουμε πόνο όπισθεν του στέρνου (οπισθοστερνικό)κατά την διάρκεια κόπωσης και οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει μειωμένη παροχή οξυγόνου στον καρδιακό μυ. Ο πόνος παρέρχεται εφόσον ο ασθενής ξεκουραστεί.
- 2) Έμφραγμα μυοκαρδίου : οφείλεται στο ότι έχει αποφραχθεί στεφανιαία αρτηρία με θρόμβο και συνοδεύεται από νέκρωση του αντιστοιχού τμήματος του καρδιακού μυός ο οποίος αιματώνεται από την συγκεκριμένη αρτηρία.
- 3) Ασταθής στηθάγχη: προέρχεται από παρατεταμένη μυοκαρδιακή ισχαιμία. Μπορεί να υπάρχει ή όχι μυοκαρδιακή νέκρωση.
- 4) Καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνιες αρρυθμίες: μπορεί να προέρχεται από το γεγονός ότι υπάρχει ίνωση του μυοκαρδίου λόγω παλαιότερων εμφραγμάτων και νεκρώσεων.
- 5) Αιφνίδιος θάνατος: μπορεί να προκληθεί με ή χωρίς την εμφάνιση των παραπάνω κλινικών συμπτωμάτων.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Ο έλεγχος μπορεί να γίνει α) με ηλεκτροκαρδιογράφημα κατά την διάρκεια κοπώσεως, β) με στεφανιογραφία και γ) με σπινθηρογράφημα με θάλιο.

Θεραπεία

Η θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι:

1) Ανάλογη διαιτητική αγωγή και υγιεινός τρόπος ζωής, αποφυγή καπνίσματος και κοπώσεως.

- 2) Αγγειοδιασταλτικά φάρμακα και
- 3) Σε περίπτωση που οι αρτηρίες έχουν μεγάλη απόφραξη άνω του 80% του αυλού τους, τότε γίνεται χειρουργική παρέμβαση.

ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Έμφραγμα μυοκαρδίου είναι η κατάσταση κατά την οποία μέρος του μυοκαρδιακού μυός νεκρώνεται λόγω απόφραξης από θρόμβο μίας στεφανιαίας αρτηρίας. Η κατάσταση αυτή προκαλείται όταν υπάρχουν αθηρωματικές πλάκες στις στεφανιαίες αρτηρίες. Η έκταση του εμφράγματος εξαρτάται από την έκταση την οποία αιματώνει η συγκεκριμένη αρτηρία η οποία αποφράσσεται.

Κλινικά συμπτώματα

Έντονος πόνος, οπισθοστερνικός ο οποίος ξεπερνά τα 15 λεπτά της ώρας και δεν παρέχεται με την ανάπαυση, μπορεί να έχει επέκταση προς την κάτω γνάθο, το στομάχι, το αριστερό ή το δεξί χέρι. Ο έντονος πόνος μπορεί να συνοδεύεται από τάση για έμετο, κακουχία, κόπωση, σύγχυση, μπορεί επίσης να υπάρχουν συμπτώματα καταπληξίας, δηλαδή πτώση πίεσης, ταχυσφυγμία, σύγχυση, ή αιφνίδιος θάνατος.

Εργαστηριακή διερεύνηση

- 1) Ηλεκτροκαρδιογράφημα: το ηλεκτροκαρδιογράφημα έχει χαρακτηριστικά ευρήματα τα οποία υποδηλώνουν την ύπαρξη και έκταση του εμφράγματος.
- 2) Βιοχημικές εξετάσεις: έλεγχος τρεπονίνης, κρεατινικής κινάσης (CPK), τρανσαμινασών και γαλακτική δευδρογενάσης. Με την σειρά που αναφέρονται, οι δύο πρώτες αυξάνονται τις πρώτες έξι ώρες, ενώ οι επόμενες το πρώτο εικοσιτετράωρο και παραμένουν υψηλά για δύο ή τρεις μέρες. Κατόπιν μπορεί να χρειασθούν περαιτέρω εξετάσεις όπως εξετάσεις με ραδιοϊσότοπα ή αιμοδυναμικές εξετάσεις.

Θεραπεία

Όλοι οι ασθενείς με έμφραγμα έχουν ανάγκη επείγουσας εισαγωγής.

Ο ασθενής με έμφραγμα πρέπει να νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας όπου γίνεται προσπάθεια θρομβόλυσης με ειδικά φάρμακα ,θρομβολυτικά..

Πρόγνωση

Το πρώτο εικοσιτετράωρο είναι κρίσιμο λόγω της μεγάλης πιθανότητας υπάρξεως αρρυθμιών και καρδιακών ανακοπών

Ανάλογα με την έκταση του νεκρωμένου μυοκαρδίου ο ασθενής με έμφραγμα εμφανίζει διαφόρων βαθμών καρδιακή ανεπάρκεια.

Η επούλωση της νεκρωμένης περιοχής εμφανίζεται καρδιογραφικά ένα μήνα μετά.

Ο ασθενής απαιτεί παρακολούθηση και διαβίωση ανάλογη με την καρδιακή του λειτουργία.

ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ.

Η αρτηριοσκλήρωση αποτελεί μία από τις κυριότερες εκφυλιστικές νόσους των αρτηριών. Αν και τα προβλήματα παρουσιάζονται μετά την τέταρτη δεκαετία της ζωής, η αρτηριοσκλήρωση είναι μία συστηματική νόσος η οποία ανάλογα με την αρτηρία η οποία θα καταστραφεί προκαλούνται και ανάλογα προβλήματα με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη νοσηρότητα.

Τα κυριότερα προβλήματα που προκαλούνται στις αρτηρίες είναι τα ανευρύσματα, δηλαδή η λέππυνση του αρτηριακού τοιχώματος, υπάρχουν όμως και λιγότερο κοινές διαταραχές όπως είναι, η φλεγμονώδης αρτηριακή νόσος, απόφραξη των αρτηριών με θρόμβους (όπως η νόσος του Burger), ινώδης δυσπλασία των αρτηριών του οφθαλμού,)κ.λ.π.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ανευρύσματα της αορτής μπορεί να υπάρξουν στον θώρακα ή στην κοιλία. Η ξαφνική ρήξη αυτών των ανευρυσμάτων προκαλεί θάνατο. Εάν ο διαχωρισμός της αορτής δεν είναι πλήρης και δεν γίνει ρήξη μπορεί να υπάρχει έντονος πόνος στην κοιλία ή στον θώρακα, καταπληξια, προβλήματα λόγω ανοξίας εγκεφάλου και σύγχυση. Τα ανευρύσματα αυτά εάν βρεθούν σε τυχαίες εξετάσεις χειρουργούνται, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο θάνατος.

ΛΟΙΠΕΣ ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΠΟΦΡΑΞΗ.

1.Η αποφρακτική νόσος της αορτής και των λαγονίων αρτηριών- σύνδρομο Leriche- είναι πάρα πολύ συχνή ,ειδικά σε περιπτώσεις που υπάρχει υπερχοληστεριναιμία ή διαβήτη με αποτέλεσμα ο ασθενής να αδυνατεί να περπατήσει πέρα από ένα ορισμένο σημείο διότι αισθάνεται έντονο πόνο στους μηρούς, ο οποίος παρέρχεται μετά από ξεκούραση. Θεραπεύεται, εφόσον δεν υπάρχει άλλη νόσος, με τοποθέτηση μοσχεύματος.

2.Η αποφρακτική νόσος των αρτηριών του άκρου ποδός νόσος Buerger είναι μια κατάσταση η οποία προκαλεί απόφραξη των μικρών αρτηριών στην κνήμη και στον άκρο πόδα με αποτέλεσμα ισχαιμία η και νεκρώσεις, Υπάρχει μικρή ύφεση όταν αποφεύγεται το κάπνισμα, όμως μπορεί να χρειασθούν ,λόγω των νεκρώσεων (γάγγραινα), ακρωτηριασμοί των άκρων.

3. Η αρτηριακή αποφρακτική αγγειακή νόσος εγκεφάλου είναι εκείνη η κατάσταση η οποία προκαλείται κυρίως λόγω αποφράξεως καρωτίδων πάνω από 90%, λόγω προβλημάτων στο αορτικό τόξο και λόγω στενώσεων η ανευρυσμάτων στις εγκεφαλικές αρτηρίες.

Τα συμπτώματα συνήθως αφορούν το ήμισυ του σώματος, ανάλογα με το ημισφαίριο του εγκεφάλου το οποίο προσβάλλεται, αδυναμία ή αιμωδίες των άκρων και του προσώπου, αναισθησία, αφασία, σύγχυση, διαταραχές της μνήμης, διαταραχές προσωπικότητας. Επιδεινώνεται με παράλυση, ημιπληγία ή κώμα, όμως η αποφρακτική νόσος των εγκεφαλικών αρτηριών δεν εκδηλώνεται πάντα με τα παραπάνω, μπορεί να εκδηλωθεί και με προβλήματα στην όραση, νευρολογικά προβλήματα, ποσοτικά ανάλογα, με τους θρόμβους οι οποίοι εξαπολύονται προς τις εγκεφαλικές αρτηρίες.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Με ψηφιακή αγγειογραφία(εκλεκτική, υπερεκλεκτική), αξονική τομογραφία ή μαγνητική τομογραφία ή μαγνητική αγγειογραφία.

Θεραπεία

Η θεραπεία σε περιπτώσεις οι οποίες οφείλονται σε αιμορραγία ή ανεύρυσμα μπορεί να είναι χειρουργική, οι περισσότερες όμως περιπτώσεις οφείλονται σε θρόμβωση οπότε η θεραπεία είναι συμπτωματική με ανάλογη φροντίδα του ασθενούς ή σταδιακή κινητοποίηση με φυσιοθεραπευτική αγωγή.

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι νόσοι του πεπτικού συστήματος αφορούν τον γαστρεντερικό σωλήνα, δηλαδή τον οισοφάγο, τον στόμαχο, το λεπτό και παχύ έντερο, και τους αδένες του, το ήπαρ και το πάγκρεας

Κλινικά συμπτώματα

Τα συνηθέστερα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζονται οι νόσοι του στομάχου είναι τα εξής:

Ναυτία και έμετος.

Διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Καύσος, ερυγές

Αιματέμεση (αποβολή αίματος με έμετο).

Μέλαινα κένωση (αποβολή μαύρων κοπράνων ως αποτέλεσμα αιμορραγίας πεπτικού έλκους).

Τα συνηθέστερα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζονται οι νόσοι του εντέρου είναι τα εξής:

Διάρροια, δυσκοιλιότητα

Αίμα κατά την κένωση

Ατυπα κοιλιακά άλγη

Εργαστηριακή διερεύνηση

Γαστροσκόπηση (έλεγχος οισοφάγου και στομάχου), κολonosκόπηση (έλεγχος παχέως εντέρου), εντερόκληση (έλεγχος λεπτού εντέρου με ακτινολογική μέθοδο), αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, βαριούχος υποκλυσμός παχέως εντέρου, ERCP (έλεγχος βατότητας χοληδόχου πόρου και παγκρεατικού πόρου).

ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Είναι μία οξεία ή χρόνια νόσος οποία συμβαίνει συνήθως στο στόμαχο ή στον δωδεκαδάκτυλο και οφείλεται στο γεγονός ότι οι προστατευτικοί μηχανισμοί (βλέννη) έχουν μειωθεί σε σχέση με τους βλαπτικούς παράγοντες στο πεπτικό σωλήνα (υδροχλωρικό οξύ).

Πεπτικό έλκος, μπορεί να δημιουργηθεί κατά την διάρκεια μίας θεραπευτικής αγωγής με ασπιρίνη, με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, με κορτιζόνη ή και λόγω εντόνου stress.

Η ύπαρξη του βακτηριδίου *helicobacter pilori*, σε 90% των δωδεκαδακτυλικών ελκών, ενοχοποιεί αυτόν τον μολυσματικό παράγοντα ως αιτία του έλκους.

Κλινικά συμπτώματα Πεπτικού έλκους

Η παρουσία έλκους στον στόμαχο εκδηλώνεται με τα εξής συμπτώματα: Καύσος, ερυγές και πόνος στο επιγάστριο όταν το στομάχι είναι κενό, ο πόνος μειώνεται με την λήψη φαγητού ή με έμετο, αναιμία.

Κλινικά συμπτώματα ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Πόνος στο επιγάστριο 45 έως 60 λεπτά μετά το γεύμα ή πόνος την νύχτα ο οποίος παρέρχεται με την λήψη φαγητού.

Αναιμία, καύσος και ερυγές, επίσης πόνος ο οποίος επεκτείνεται στην μέση. Ναυτία μπορεί να υπάρχει και στους δύο τύπους έλκους.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Χρειάζεται γαστροσκόπηση όπου λαμβάνονται βιοψίες στο υπάρχον έλκος και γίνεται καλλιέργεια ώστε να ελεγχθεί η πιθανότητα ύπαρξης του βακτηριδίου *helicobacter pilori*.

Επιπλοκές

Έλκος στομάχου ή δωδεκαδάκτυλου το οποίο παραμένει χωρίς θεραπεία μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία ή διάτρηση του στομάχου.

Έλκη στομάχου πρέπει οπωσδήποτε να ελέγχονται με βιοψία διότι μπορεί να μην είναι καλοήγη αλλά να υποκρύπτουν κάποιο νεόπλασμα(καρκίνωμα ή λέμφωμα).

Σε περιπτώσεις δωδεκαδακτυλικού έλκους το οποίο παραμένει χωρίς θεραπεία μπορεί να συμβεί πυλωρική στένωση λόγω συνεχιζόμενης φλεγμονής του πυλωρού.

Θεραπεία

Η θεραπεία του καλοήθους έλκους στομάχου ή δωδεκαδακτύλου γίνεται με την χορήγηση φαρμάκων(τα οποία είναι ανταγωνιστές των H2 υποδοχέων ή ανταγωνιστές αντλίας καλίου – νατρίου) με αποτέλεσμα μείωση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος και επούλωση του έλκους. Επίσης σε περιπτώσεις που υπάρχει το *helicobacter pilori* χορηγείται ειδική αντιβιοτική αγωγή με αμοξικιλίνη ή παράγωγα της ερυθρομυκίνης. Σε περιπτώσεις που το έλκος αιμορραγεί(**γαστρορραγία**) τότε απαιτείται συμπληρωματική αγωγή με μεταγγίσεις αίματος ή/ και χειρουργική επέμβαση.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Κλινικά συμπτώματα

Πόνος στο επιγάστριο συνεχής που επιδεινώνεται με την λήψη τροφής, απώλεια βάρους,ανορεξία, αναιμία, σε προχωρημένες περιπτώσεις ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο .

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Το καρκίνωμα του στομάχου συνήθως ανευρίσκεται σε άτομα άνω των 40 ετών. Μπορεί να εμφανισθεί επι προϋπάρχοντος γαστρικού έλκους,προκαρκινικές καταστάσεις θεωρούνται η ατροφική γαστρίτις επίσης και η αχλωρυδρία.

Διάγνωση με γαστροσκόπηση και βιοψία.

Θεραπεία χειρουργική εφόσον δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και χημειοθεραπεία, εφόσον υπάρχουν.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΕΙΛΕΟΣ

Ειλεός σημαίνει διακοπή της λειτουργίας του εντέρου -λεπτού και παχέος- με αποτέλεσμα την αναστολή αερίων και κοπράνων.

Αίτια

Ο ειλεός μπορεί να είναι **παραλυτικός** ή **αποφρακτικός**.

Παραλυτικός συμβαίνει συνήθως μετά από αναισθησία λόγω χειρουργείου, μετά από ερεθισμό του περιτοναίου όπως αιμορραγία, περιτονίτιδα, παγκρεατίτιδα ή λόγω παρατεταμένης απόφραξης και ανοξίας.

Ο αποφρακτικός ειλεός έχει σαν αίτια κυρίως την περίσφηση κήλης, τις συμφύσεις και σε μεγαλύτερα άτομα το καρκίνωμα του παχέος εντέρου ή άλλα νεοπλασμάτα, διάφορες κοκκιωματώδεις εντεροπάθειες ή ξένα σώματα.

Κύρια συμπτώματα

Τα κύρια συμπτώματα είναι :αναστολή αερίων και κοπράνων, κωλικοειδή (περιοδικά) άλγη στην κοιλία, κατακράτηση αερίων με αποτέλεσμα τυμπανισμό της κοιλιάς, έμετοι, δύσοσμοι λόγω κοπρανώδους υλικού.

Θεραπεία

Η θεραπεία στον παραλυτικό ειλεό είναι συντηρητική δηλαδή αποφυγή τροφής μέχρι την επαναλειτουργία του εντέρου σε περίπτωση που η παράλυση , όμως οφείλεται σε παρατεταμένη απόφραξη τότε πρέπει να αρθεί το αίτιο το οποίο προκαλεί την απόφραξη. Ο αποφρακτικός ειλεός ,θεραπεύεται χειρουργικά.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνους ανά τον κόσμο. Το καρκίνωμα είναι ο πιο συχνός τύπος νεοπλασματος, μπορεί να υπάρχουν όμως λεμφώματα ή καρκινοειδή ή λειομυοσαρκώματα.

Κλινικά συμπτώματα

Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, εναλλαγή διάρροιας με δυσκοιλιότητα, αίμα στα κόπρανα μακρο και μικροσκοπικά, αναισιολόγητη αναιμία, απώλεια βάρους, άτυπα κοιλιακά άλγη ,πόνος στην περιοχή του πρωκτού ή ψηλαφητή μάζα στην κοιλία.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση ή την κολonosκόπηση και την λήψη βιοψιών.

Θεραπεία και Πρόγνωση

Πάνω από 90% από τους ασθενείς οι οποίοι πάσχουν μπορεί να χειρουργηθούν και το ποσοστό επιβίωσης στην πενταετία είναι > 50%. Η θεραπεία εκτός από την χειρουργική περιλαμβάνει και χημειοθεραπεία προφυλακτική ή συμπτωματική.

ΝΟΣΟΙ ΗΠΑΤΟΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

ΙΚΤΕΡΟΣ

Ο ίκτερος είναι εκείνη η κατάσταση κατά την οποία το δέρμα και οι επιπεφυκότες λαμβάνουν κίτρινη χροιά. Η κίτρινη χροιά οφείλεται σε εναπόθεση χολικών αλάτων λόγω της μη αποβολής της χολερυθρίνης. Η χολερυθρίνη είναι το αποτέλεσμα της καταστροφής των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Συνήθως πάσχει το ήπαρ ή η αποχετευτική μοίρα του ήπατος δηλαδή χοληφόρα, ηπατικός πόρος ή ο παγκρεατικός πόρος (λόγω διόγκωσης της κεφαλής του παγκρέατος), τότε συσσωρεύεται χολερυθρίνη και επανέρχεται στο αίμα με αποτέλεσμα την κίτρινη χροιά του δέρματος και των επιπεφυκώτων, την σκούρα χροιά των ούρων (σαν κονιάκ) και τον αποχρωματισμό των κοπράνων.

Αίτια

Ο ίκτερος μπορεί να είναι :

α) Προηπατικός

λοιμώξη, αιματώματα, έμφραγμα.

β) Ηπατικός

κληρονομικά αίτια, ηπατίτιδα, κίρρωση, ενδοηπατική χολόσταση (φάρμακα ή χολική κίρρωση), ηπατοκυτταρική καταστροφή, νεόπλασμα, λοιμώξη ήπατος ή άλλες κοκκιωματώδεις νόσοι.

γ) μεθηπατικός

Απόφραξη του χοληδόχου ηπατικού πόρου από χολολίθους, ατρησία χοληφόρων, καρκίνωμα των χοληφόρων, καρκίνωμα της κεφαλής του παγκρέατος, σκληρυντική χολοαγγειίτιδα κ.λ.π.

Το κυριότερο αίτιο νοσηρότητας των ατόμων με ηπατικές νόσους εκτός από το νεόπλασμα είναι η κίρρωση.

ΚΙΡΡΩΣΗ

Η κίρρωση είναι η καταστροφή του ηπατοκυτταρικού παρεγχύματος λόγω της δράσης διαφόρων ουσιών, όπως η αιθανόλη (αλκοόλ) ή διάφορα άλλα φάρμακα. Το αποτέλεσμα της καταστροφής του ηπατοκυτταρικού παρεγχύματος είναι η ίνωση και ο σχηματισμός αναγεννητικών όζων στο ήπαρ. Η καταστροφή της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής του ήπατος είναι μη αντιστρεπτή.

Η συχνότητα της νόσου είναι διαφορετική από χώρα σε χώρα, στις ΗΠΑ είναι η όγδοη αιτία θανάτου στους άντρες. Η αιτιολογία είναι τις περισσότερες φορές η κατανάλωση αλκοόλ.

- 1) κίρρωση αλκοολικών
- 2) χολική κίρρωση
- 3) μεθηπατιδική κίρρωση
- 4) καρδιακή κίρρωση
- 5) κίρρωση από αιμοχρωμάτωση, νόσο Wilson κ.λ.π..

Κλινικά συμπτώματα

Υπάρχει κακουχία, κόπωση, διόγκωση ήπατος και κοιλίας, πιθανός ασκίτις, (υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα) ανορεξία και απώλεια βάρους.

Επιπλοκές

- 1) Η κυριότερη επιπλοκή είναι οι κίρσοι οισοφάγου, δηλαδή διάταση των φλεβών οι οποίες βρίσκονται στο κατώτερο τοίχωμα του οισοφάγου λόγω παράπλευρης κυκλοφορίας και η ρήξη αυτών των φλεβών είναι σοβαρότατη επιπλοκή, διότι, η αιμορραγία είναι κατακλυσμαία και οδηγεί σε θάνατο.
- 2) Ανάπτυξη καρκινώματος επί του κίρρωτικού παρεγχύματος του ήπατος.

Θεραπεία

Συμπτωματική αγωγή, περιορισμός αλατιού, διακοπή αλκοόλ, ανάπαυση, χορήγηση διουρητικών και πιθανώς σκλήρυνση των αγγείων στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου ώστε να αποφευχθεί η ρήξη.

ΟΓΚΟΙ ΗΠΑΤΟΣ

ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το καρκίνωμα το οποίο προέρχεται από το ηπατικό παρέγχυμα έχει μεγαλύτερη συχνότητα στις υπανάπτυκτες χώρες και κυρίως στους αγροτικούς πληθυσμούς, όμως ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αναπτύσσεται και σε άτομα τα οποία πάσχουν από τον ιό της ηπατίτιδας C ή τον ιό της ηπατίτιδας B ή πάσχουν από κίρρωση. Έχουν ενοχοποιηθεί οι αφλοτοξίνες και το αλκοόλ.

Κλινικά συμπτώματα

Συνήθως υπάρχει κόπωση, κακουχία, ανορεξία, πόνος στο δεξιό υποχόνδριο, διόγκωση κοιλίας, ασκίτις, ίκτερος.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Γίνεται με υπερηχογράφημα ήπατος, αξονική τομογραφία άνω κοιλίας, έλεγχος της Α φετοπρωτεΐνης AFP στο αίμα (βρίσκεται θετική στο 50% των ασθενών), διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας με αύξηση τρανσαμινασών, αλκαλικής φωσφατάσης, χολερυθρίνης .γGt.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η ηπατίτιδα σημαίνεται φλεγμονή του ηπατικού παρεγχύματος. Μπορεί να προκληθεί από πολλές αιτίες, ιούς, φάρμακα, βακτηρίδια.

Η ηπατίτιδα η οποία έχει ιδιαίτερη σημασία για την δημόσια υγεία είναι η ιογενής ηπατίτιδα η οποία οφείλεται σε τριών τύπων ιούς τον ιό Α, τον ιό Β και τον ιό C. Οι άλλοι ιοί που μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα είναι ο κυτταρομεγαλοϊός, ο ιός του Epstein Bar κ.λ.π.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Ο ιός της ηπατίτιδας Α είναι ένας RNA ιός ο οποίος καταστρέφεται με το υπεριώδες φως και επίσης καταστρέφεται με τον βρασμό στους 100 βαθμούς στα 5 λεπτά. Είναι η ηπατίτιδα η οποία μεταδίδεται από το πεπτικό, εμφανίζεται κυρίως σε περιοχές που δεν υπάρχει αρκετή καθαριότητα, συνήθως σχολεία, στρατόπεδα, έχει χρόνο επώασης 2-6 εβδομάδες και εκδηλώνεται με ανορεξία, ναυτία, έμετο, καταβολή και ίκτερο.

Ο ασθενής θεραπεύεται μετά την παρέλευση ενός μηνός χωρίς να χορηγείται κάποιο ιδιαίτερο φάρμακο παρά μόνο με δίαιτα και ανάπαυση.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Γίνεται έλεγχος για αντισώματα της ηπατίτιδας Α.

Επιπλοκές

Ο ιός δεν προκαλεί χρόνιες λοιμώξεις, ούτε χρόνιους φορείς, η θνητότητα είναι πάρα πολύ χαμηλή και αφορά μόνο τις περιπτώσεις όπου υπάρχει νεκρωτική ηπατίτιδα, η δε θνητότητα έχει σχέση με την ηλικία.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Η ηπατίτιδα που προκαλείται από το ιό Β είναι μία λοίμωξη η οποία μεταδίδεται αιματογενώς, μεταδίδεται είτε με μετάγγιση προϊόντων αίματος είτε με σύριγγες χρησιμοποιημένες ή μεταδίδεται σεξουαλικά. Ο ιός της ηπατίτιδας Β είναι ένας DNA ιός ο οποίος έχει επώαση από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες.

Κλινικά συμπτώματα

Η κλινική συμπτωματολογία είναι η ίδια με την ηπατίτιδα Α, όμως η πιθανότητα θανάτου είναι 1 έως 2% λόγω νεκρωτικής ηπατίτιδας.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Όταν κάποιος νοσεί ανιχνεύονται αρχικά τα εξής:
Αυστραλιανό αντιγόνο HbSAg, antiHb-core, Hb eAg

Η αντιγοναιμία εξαφανίζεται στο 50% των ασθενών 3-4 εβδομάδες από την έναρξη της νόσησης και μετά 6-8 εβδομάδες, ανιχνεύονται αντισώματα antiHbS, antiHb-core antiHbe ενώ οι υπόλοιποι 50% είτε μπορεί να απαλλαγούν μετά από μερικά χρόνια είτε να γίνουν φορείς για όλη τους την ζωή.

ΕΞΕΛΙΞΗ

Ο ασθενής θεραπεύεται μετά την παρέλευση ενός μηνός χωρίς να χορηγείται κάποιο ιδιαίτερο φάρμακο παρά μόνο με δίαιτα και ανάπαυση.

Ιαση ή φορέας

Στον φορέα ανιχνεύονται Αυστραλιανό αντιγόνο HbSAg, antiHb-core και Hb eAg+
Από τους φορείς το 80% δεν αναφέρει ποτέ οξεία ηπατίτιδα όμως η ύπαρξη αυστραλιανού αντιγόνου σημαίνει ότι ο ασθενής έχει πιθανότητες 70% να έχει ενεργό πολλαπλασιασμό του ιού ως ένδειξη συνεχιζόμενης λοίμωξης ή να είναι ασυμπτωματικός και να παρουσιάζει χαμηλή ιαιμία και απουσία κάποιας χρόνιας ηπατοπάθειας. Βέβαια όλοι οι ασθενείς με αυστραλιανό αντιγόνο θετικό πρέπει να παρακολουθούνται συχνά, ανά 6μηνο, με έλεγχο της ηπατικής βιοχημείας.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Η ηπατίτιδα C μεταδίδεται, μέσω του ιού C, αιματογενώς. Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς οι οποίοι έχουν μολυνθεί από ιό C δεν έχουν εμφανίσει συμπτώματα νόσησης από ηπατίτιδα. Είναι RNA ιός και τα άτομα με ιό HCV είναι συμπτωματικά δεκαετίες μετά την μόλυνση με αποτέλεσμα να μπορούν να αναμεταδώσουν ακουσίως τον ιό χωρίς να το ξέρουν. Ο χρόνος επώασης είναι 2 εβδομάδες έως 6 μήνες. Μόνο το 13% των ασθενών εμφανίζει ίκτερο. Το 25-30% των ασθενών μεταπίπτει σε χρονιότητα, κίρρωση ή ηπατική ανεπάρκεια ή καρκίνο του ήπατος. Στην Ελλάδα έχουμε περίπου 200,000 μολύνσεις.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Γίνεται με ειδικές εξετάσεις Elisa, Riba και μοριακές δοκιμασίας (PCR).

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από τους νεφρούς, τους ουρητήρες, την κύστη και την ουρήθρα, στους άνδρες επιπλέον υπάρχει ο προστάτης ο οποίος βρίσκεται στον αυχένα της ουρήθρας.

Ο κύριος σκοπός των νεφρών είναι να αποβάλουν τις τοξικές ουσίες από τον οργανισμό μέσω των ούρων και να διατηρούν σταθερό το ισοζύγιο υγρών του οργανισμού. Η κυριότερη τοξική ουσία η οποία αποβάλλεται από τα ούρα είναι η ουρία, ένωση μη πρωτεϊνικού αζώτου.

Ο έλεγχος της λειτουργίας των νεφρών γίνεται :

- 1) Με την γενική εξέταση ούρων.
- 2) Με τον προσδιορισμό της πυκνότητας των ούρων.
- 3) Με τον προσδιορισμό της ουρίας και της κρεατινίνης.
- 4) Με τον προσδιορισμό της νεφρικής κάθαρσης (GFR ή σπειραματικής διήθησης της ενδογενούς κρεατινίνης και ουρίας).

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- 1) Ενδοφλέβιος πυελογραφία
- 2) Υπερηχογράφημα νεφρών
- 3) Αξονική τομογραφία
- 4) Ραδιενεργό νεφρόγραμμα, για έλεγχο της απεκκριτικής ικανότητας των νεφρών.
- 5) Βιοψία νεφρού, γίνεται στις περιπτώσεις που θέλουμε να διαγνώσουμε το αίτιο της βλάβης του νεφρικού παρεγχύματος.
- 6) Απλή ακτινογραφία.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΦΡΟΥ

Η σοβαρότερη νόσος του νεφρού είναι η νεφρική ανεπάρκεια.

Νεφρική ανεπάρκεια σημαίνει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, αυτό μπορεί να συμβεί είτε αιφνίδια οπότε λέγεται **οξεία νεφρική ανεπάρκεια**, είτε βαθμιαία και προοδευτικά στην διάρκεια του χρόνου οπότε λέγεται **χρονία νεφρική ανεπάρκεια**. Αποτέλεσμα της νεφρικής ανεπάρκειας είναι η συσσώρευση τοξικών παραγόντων στον οργανισμό, κυρίως ουρίας, κρεατινίνης και καλίου με αποτέλεσμα τον θάνατο. Οι αιτίες οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν νεφρική ανεπάρκεια είναι πάρα πολλές.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι η κατάσταση εκείνη όπου παρατηρείται ταχύτατη μείωση της νεφρικής λειτουργίας .Αφορά περίπου το 30% των εισαγωγών από τα επείγοντα ιατρεία. Το 5% των ασθενών ενός νοσοκομείου πάσχει από οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

ΑΙΤΙΑ

1.ΠΡΟΝΕΦΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ Η ΠΡΟΝΕΦΡΙΚΗ ΑΖΩΘΑΙΜΙΑ

Προνεφρική αζωθαιμία σημαίνει ότι το αίτιο το οποίο προκάλεσε την πτώση της νεφρικής λειτουργίας και την οξεία νεφρική ανεπάρκεια οφείλεται σε νοσηρές καταστάσεις οι οποίες βρίσκονται εκτός του νεφρού και πριν από αυτό, όπως:

- 1) αιμορραγία, αφυδάτωση, απώλειες υγρών από το γαστρεντερικό (διάρροιες, έμετοι), χορήγηση διουρητικών, απώλεια υγρών σε τρίτο χώρο (περιτονίτις, παγκρεατίτις, ασκίτις).

- 2) Ασθένειες μυοκαρδίου, όπως έμφραγμα, περικαρδίτιδα, αρρυθμίες, πνευμονική εμβολή, κ.λ.π. και ότι άλλο προκαλεί χαμηλή καρδιακή παροχή.

- 3) Σηψαιμία, μεγάλη αγγειοδιαστολή λόγω χορήγησης φαρμάκων, αναισθησία, αλλεργικές αντιδράσεις. Τοξική επίδραση φαρμάκων, όπως, αμφοτερικίνη, επινεφρίνη, διάφορα άλλα νοσήματα αίματος, πολλαπλό μυέλωμα, μακρογλοβουλαιμία, πολυκυτταραιμία.

2.ΝΕΦΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια τα οποία προκαλούν οξεία νεφρική ανεπάρκεια λόγω βλάβης του ίδιου του νεφρού.

- 1) Εμβολή της νεφρικής αρτηρίας από αρτηριοσκληρυντικές πλάκες, θρόμβωση νεφρικής αρτηρίας, ή θρόμβωση της νεφρικής φλέβας.
- 2) Ασθένειες του σπειράματος, σπειραματονεφρίτις, αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (ΔΕΠ), τοξιναιμία της κυήσεως, ακτινική νεφρίτις, κολλαγονώσεις.
- 3) Σπειραματική νέκρωση λόγω ισχαιμίας, τοξινών, όπως χημειοθεραπευτικά, οργανικοί διαλύτες, ακετομινοφαίνη, κ.λ.π.
- 4) Διάμεση νεφρίτις : αλλεργικοί παράγοντες λόγω αντιβιοτικών η μυκήτων, διήθηση από λεμφώματα, ιδιοπαθής.
- 5) Εναπόθεση ουσιών και απόφραξη: εναπόθεση ουρικού οξέος, οξαλικών, φαρμάκων (μεθοτρεξάτη, σουλφοναμίδες κ.λ.π.)

3.ΜΕΤΑΝΕΦΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Τα μετανεφρικά αίτια αφορούν καταστάσεις μετά το νεφρό συνήθως , πίεση στους ουρητήρες ή πίεση στην κύστη. Η απόφραξη των ουρητήρων συμβαίνει λόγω καρκίνου, λόγω πηγμάτων αίματος ή κάποιας εξωτερικής πίεσης όπως οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση. Προβλήματα από την κύστη συμβαίνουν με απόφραξη στομίου ουρήθρας ή της κυστοουρητηρικής συμβολής λόγω καρκίνου της κύστης, ή καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή υπερπλασία προστάτου είτε λόγω συγγενών προβλημάτων όπως φίμωση κ.λ.π.

Κλινικά συμπτώματα

- 1) Ολιγουρία: μείωση του ποσού των ούρων κάτω από 300cc/ 24ώρο.
- 2) Αύξηση αρτηριακής πίεσεως και

- 3) Σύγχυση, ταχυκαρδία, αρρυθμία, πυρετός, αρθραλγίες, άλγος στην οσφύ, δύσπνοια, έμετοι.

Κλινική διερεύνηση

Αύξηση ουρίας, κρεατινίνης, καλίου. Αύξηση ουρικού οξέως.

Θεραπεία

Η θεραπεία της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας έγκειται στην άρση του αιτίου το οποίο την προκάλεσε,.

Εάν αυτό είναι προνεφρικό και οφείλεται σε χαμηλό όγκο υγρών απαιτείται η χορήγηση υγρών και υποστήριξη του ασθενούς σε περίπτωση όμως που η ουρία και η κρεατινίνη δεν μειώνονται ή το αίτιο δεν μπορεί να αρθεί τότε ο ασθενής πρέπει να κάνει τεχνητή κάθαρση του αίματος από το τεχνητό νεφρό .

Το ίδιο γίνεται για την οξεία νεφρική ανεπάρκεια η οποία προέρχεται από παθήσεις που αφορούν το νεφρικό παρέγχυμα(νεφρικά αίτια)

Για την οξεία νεφρική ανεπάρκεια η οποία οφείλεται σε μετανεφρικά αίτια πρέπει να αρθεί το αίτιο το οποίο προκάλεσε την απόφραξη των ουρητήρων ή της κύστης.

Αυτό μπορεί να γίνει είτε με παράκαμψη του ουρητήρα, είτε με έξοδο των ούρων από στόμιο το οποίο γίνεται στο νεφρό που πάσχει(νεφροστομία).

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση όπου το νεφρικό παρέγχυμα καταστρέφεται με βραδύ ρυθμό ,παρά τις επιτυχείς θεραπείες που υπάρχουν μέχρι στιγμής για διάφορα νοσήματα τα οποία κατ' εξοχήν προκαλούν νεφρική ανεπάρκεια. Τέτοια νοσήματα είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι χρόνιες αποφρακτικές ουροπάθειες, οι λοιμώξεις και οι συστηματικές νόσοι.

Ο όρος **ουραιμία**, καλύπτει το κλινικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από απώλεια της νεφρικής λειτουργία.

Η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας εκτός από την απώλεια της εκκρινικής ικανότητας του νεφρού προκαλεί και ένα μεγάλο αριθμό παθήσεων οι οποίες έχουν σχέση :

1.με το ενδοκρινικό σύστημα, όπως διαταραχές στον μεταβολισμό ασβεστίου και φωσφόρου, διαταραχές στον μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές όπως ανορεξία, ναυτία, έμετος, γαστρεντερίτιδα, γαστρορραγίες και πεπτικά έλκη.

3.Διαταραχές στο καρδιαγγειακό σύστημα: αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονικό οίδημα, περικαρδίτιδα, αρρυθμίες.

4.Δερματολογικές διαταραχές : ωχρότητα, μελάχρωση, εκχυμώσεις, κνησμός.

5.Νευρομυϊκές διαταραχές: κόπωση, υπνηλία ή αϋπνία, πονοκέφαλος, λήθαργος, περιφερική νευροπάθεια, παραλύσεις, μυοκλωνίες, σπασμοί.

6.Αιματολογικές και ανοσολογικές διαταραχές, όπως αναιμία, λεμφοπενία, αιμορραγική διάθεση, κ.λ.π.

Θεραπεία

Ανάλογη διαίτα με αποφυγή νατρίου και τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε φώσφορο και ασβέστιο , μείωση της πρωτεΐνης στο φαγητό, ενώ όταν τα συμπτώματα χειροτερεύσουν παρά την συντηρητική αγωγή ,τότε ο τεχνητός νεφρός και η μεταμόσχευση είναι οι επόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η νεφρολιθίαση είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία αναπτύσσονται λίθοι στην νεφρική πύελο. Οι λίθοι μπορεί να είναι από ασβέστιο, ουρικό οξύ, κυστίνη, άλατα μαγνησίου. Οι λίθοι από οξαλικό ασβέστιο και φωσφορικό ασβέστιο αποτελούν το 75-85% των συνολικών λίθων. Οι λίθοι ασβεστίου είναι συχνότεροι στους άνδρες και η συχνότερη ηλικία είναι περίπου στην 3^η δεκαετία. Ο μέσος όρος της ανάπτυξης νέων λίθων σε άτομα τα οποία είχαν προηγούμενους λίθους είναι ένας λίθος κάθε δύο ή τρία χρόνια. Η ανάπτυξη λίθων ασβεστίου αφορά συνήθως τα μέλη της ίδιας οικογένειας. Οι λίθοι από ουρικό οξύ είναι ακτινοδιαφανείς και είναι συχνότεροι στους άνδρες. Το 50% των ασθενών που αναπτύσσει λίθους ουρικού οξέος πάσχει από ουρική αρθρίτιδα. Οι λίθοι κυστίνης (δεν είναι συνήθεις), έχουν κιτρινωπό χρώμα και οι λίθοι από φωσφορικό μαγνήσιο είναι συχνότεροι στις γυναίκες .

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΛΙΘΩΝ

Οι λίθοι αναπτύσσονται μέσα στις θηλές των νεφρών και δεν προκαλούν συμπτώματα, συχνά όμως σπάνε και εισέρχονται στον ουρητήρα οπότε προκαλούν πόνο λόγω της απόφραξης του ουρητήρα.

Κλινικά συμπτώματα

Είναι κυρίως ο **πόνος** (κωλικός) και **αιματουρία**, η οποία εμφανίζεται λόγω της διόδου του λίθου από τον ουρητήρα. Ο πόνος αρχίζει σταδιακά, κυρίως στην μέση και αυξάνεται για 20 λεπτά έως μία ώρα οπότε χρειάζεται ειδική παυσίπονη αγωγή για να ελεγχθεί. Ο πόνος συχνά επεκτείνεται προς τον μηρό και εάν ο πόνος μεταναστεύσει προς τα κάτω σημαίνει ότι έχει μετακινηθεί και η πέτρα.

Θεραπεία

Η θεραπεία του κωλικού νεφρού γίνεται με παυσίπονα όπως η φαινεκίνη, σπασμολυτικά, αυξημένη χορήγηση υγρών ώστε να αυξηθεί η διούρηση και εάν υπάρχουν αποφρακτικά φαινόμενα διότι ο λίθος δεν μετακινείται τότε απαιτείται λιθοτριψία με υπερήχους.

ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ

Η ουρολοίμωξη είναι η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει κάποιο παθογόνο μικρόβιο στο ουροποιητικό σύστημα. Συνήθως είναι βακτηρίδια (κολοβακτηρίδιο, πρωτέας κ.λ.π.)

Κλινικά συμπτώματα

Τα συνηθέστερα είναι η **δυσουρία** και η **συχνουρία** και ο **πυρετός**. Στους άνδρες η φλεγμονή του προστάτου (προστατίτις) μπορεί να προκαλέσει παρόμοια συμπτώματα με δυσουρία και συχνουρία. Εάν συνυπάρχει πόνος στην οσφή, ρίγη, υψηλός πυρετός, τάση για έμετο ή πτώση της αρτηριακής πίεσης, τότε η λοίμωξη και αφορά και την πύελο του νεφρού, λέγεται **πυελονεφρίτις** και χρειάζεται ειδική θεραπεία.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με την

1.γενική εξέταση ούρων, οπότε εμφανίζονται πυοσφαίρια, δηλαδή λευκά αιμοσφαίρια
2.και με την καλλιέργεια ούρων η οποία ταυτοποιεί και το μικρόβιο. Το συνηθέστερα ευρισκόμενο βακτηρίδιο είναι το κολοβακτηρίδιο εάν υπάρχει προηγούμενη αντιβιοτική θεραπεία ή υπάρχουν άλλες επεμβάσεις στο ουροποιητικό ή λίθοι συνήθως πρόκειται για κλεμσιέλλα, enterobacter ή πρωτέα.

Θεραπεία

Η θεραπεία της ουρολοίμωξης ,εφόσον γίνει καλλιέργεια του παθογόνου μικροοργανισμού ,είναι η χορήγηση ανάλογης αντιβιοτικής αγωγής(από το στόμα εάν η λοίμωξη είναι ελαφριά, εάν όμως πρόκειται για πυελονεφρίτιδα τότε η αντιβιοτική αγωγή πρέπει να δοθεί ενδοφλέβια).

ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Οι συνηθέστεροι όγκοι του ουροποιητικού είναι ο καρκίνος του νεφρού, ο καρκίνος της κύστεως και ο καρκίνος του προστάτου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Το καρκίνωμα του νεφρού αφορά 25,000 περιπτώσεις τον χρόνο στις ΗΠΑ. Εμφανίζεται κυρίως στην δεκαετία 55-60 και η αναλογία ανδρών προς γυναικών είναι 2 προς 1. Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες ενοχοποιείται τοτσιγάρο και η έκθεση και κάδμιο. Έχουν αναγνωρισθεί γονιδιακές ανωμαλίες. Ονομάζεται και υπερνέφρωμα ή νόσος του Grawitz.

Κλινικά συμπτώματα

Το συνηθέστερο είναι η **ανώδυνη αιματοουρία** σε ποσοστό 60% των αρρώστων. Μπορεί να εμφανισθεί επίσης με **πυρετό**, κακουχία, απώλεια βάρους σε ποσοστό 50% των ασθενών. Ο πυρετός είναι συνεχής και δεν συνδέεται με κάποια λοίμωξη. **Αναιμία** επίσης μπορεί να εμφανισθεί σε ποσοστό 50% των ασθενών και το αντίθετο ερυθροκυττάρωση μπορεί να εμφανισθεί σε ποσοστό 5% των ασθενών. Σπανίως μπορεί να προκαλεί έκκριση ορμονών οι οποίες ομοιάζουν με τις ορμόνες του θυρεοειδούς, την προλακτίνη, τις γοναδοτροπίνες ή την κορτιζόνη. Απομακρυσμένες μεταστάσεις δίδονται κυρίως στους πνεύμονες και στα οστά.

Κλινική διερεύνηση

Η διάγνωση τίθεται απεικονιστικά με την ενδοφλέβια πυελογραφία, την αξονική τομογραφία. Επίσης πολλές φορές είναι θετική η κυτταρολογική ούρων. Η τελική διάγνωση τίθεται με βιοψία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Για στάδιο I της νόσου ποσοστό 60% έχει πάνω από πέντε έτη επιβίωση αλλά για υψηλής κακοήθειας όγκους το ποσοστό πέφτει στο 30% στα πέντε χρόνια, ενώ για χαμηλής κακοήθειας όγκους το 80% των ασθενών επιβιώνουν στην πενταετία.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Το καρκίνωμα της ουροδόχου κύστεως είναι ένα καρκίνωμα το οποίο έχει αναγνωρισθεί από τον 19^ο αιώνα στους εργάτες οι οποίοι δούλευαν σε εργοστάσια χρωμάτων ανιλίνης. Επίσης εργάτες σε εργοστάσια με καουτσούκ είχαν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου κύστεως. Οι χρόνιες φλεγμονές επίσης προδιαθέτουν σε αυτό το καρκίνωμα. Είναι συχνότερο ανάμεσα στους καπνιστές και στους άνδρες, συχνότερα στους λευκούς από ότι στους μαύρους.

Κλινικά συμπτώματα

Το συνηθέστερο πρόβλημα είναι η **ανώδυνη αιματουρία** και επίσης αύξηση της συχνότητας για ούρηση, **νυκτουρία** και μείωση της ακτίνας των ούρων. Συχνά μπορεί να υπάρχει πόνος στο υπογάστριο.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με κυστεοσκόπηση, κυτταρολογική ούρων, αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας.

Επιπλοκές

- 1) Μπορεί να αποφράξει τον ένα ή και τους δύο ουρητήρες και να προκαλέσει υδρονέφρωση, οπότε να έχουν καταστροφή του νεφρικού παρεγχύματος.
- 2) Δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις στους λεμφαδένες της πυέλου ,του παραορτικού χώρου και τους υπερκλειδίους.
- 3) Οστικές μεταστάσεις.
- 4) Πνευμονικές μεταστάσεις είναι λιγότερο συχνές.

Θεραπεία

Ασθενείς οι οποίοι εμφανίζονται με προχωρημένη νόσο πρέπει να κάνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, ενώ οι ασθενείς με στάδιο I και II χειρουργούνται. Ανάλογα με το μέγεθος του όγκου για T1 όγκους το 75% επιζεί για πέντε έτη, ενώ για όγκους T2 και T3 η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 35%.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Ο καρκίνος του προστάτου είναι ένας συχνός καρκίνος του ανδρικού πληθυσμού. Περίπου 60,000 περιπτώσεις ανά έτος στην Αμερική. Η αιτιολογία του είναι ακόμα άγνωστη.

Κλινικά συμπτώματα

Συχνά δεν υπάρχουν ιδιαίτερα κλινικά συμπτώματα και είναι αποτέλεσμα τυχαίας εξέτασης. Σε περίπτωση που υπάρχει μεταστατική νόσος στα οστά ,το άλγος είναι εκείνο που φέρει τον ασθενή στο γιατρό και έτσι τίθεται η διάγνωση.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική εξέταση ,το υπερηχογράφημα του προστάτου και κατόπιν η βιοψία μπορεί να θέσουν την διάγνωση. Η κλινική διερεύνηση γίνεται με αξονική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών και έλεγχο του προστατικού αντιγόνου (PSA).

Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου προστάτου μπορεί να είναι χειρουργική, Επίσης μπορεί να γίνει ακτινοθεραπεία είτε εξωτερική ή με τοποθέτηση εντός του προστάτου ειδικών ράβδων με ραδιενεργό υλικό (βραχυθεραπεία). Επειδή ο καρκίνος του προστάτη είναι ένας ορμονοευαίσθητος όγκος μπορεί να γίνει και ορμονοθεραπεία. Η ορμονοθεραπεία σκοπεύει στο να σταματήσει την παραγωγή ενδογενών ανδρογόνων, έτσι χορηγούνται αντι-ανδρογόνα ή LHRH analogs οι οποίες αναστέλλουν την παραγωγή ορμονών από την υπόφυση και την έκκριση ανδρογόνων από τα επινεφρίδια και τους όρχεις. Το είδος της θεραπείας επιλέγεται ανάλογα με τον ασθενή σε σχέση με την ηλικία του και την κλινική του κατάσταση.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ

Οι όγκοι των όρχεων προκαλούνται από τα γεννητικά κύτταρα και για αυτό ονομάζονται όγκοι γεννητικών κυττάρων. Έχουν διάφορες ονομασίες, ανάλογα με το τμήμα εκείνο της τροφοβλάστης η οποία δίνει την γέννηση του όγκου. Μπορεί να είναι τερατώματα, χοριοκαρκινώματα, σεμινώματα ή εμβρυικά καρκινώματα. Εμφανίζονται κυρίως σε νέους ανθρώπους, τα τερατώματα εμφανίζονται συχνότερα σε ηλικίες 20-30 ετών, τα σεμινώματα σε ηλικίες 30-50 ετών. Επίσης το τεράτωμα και το σεμίνωμα μπορεί να εμφανισθεί και σε ηλικίες μικρότερες των 20 ετών. Αποτελούν τους συχνότερους όγκους σε ανθρώπους ηλικίας 25-35 ετών και έχουν το χαρακτηριστικό ότι είναι ιδιαίτερα χημειοευαίσθητοι και έχουν υψηλή πιθανότητα ίασης.

Κλινικά συμπτώματα

Υπάρχει διόγκωση του όρχεως η οποία συνήθως είναι ανώδυνη μπορεί όμως να συνοδεύεται και από πόνο. Η αναζήτηση ιατρικής γνώμης διαφέρει από άτομο σε άτομο. Άλλοι ασθενείς προσέρχονται με όγκους 2-3cm και άλλοι προσέρχονται μόνο όταν ο όρχις γίνει διπλάσιος ή τριπλάσιος του φυσιολογικού. Πολλές φορές οι ασθενείς εμφανίζονται στο νοσοκομείο με συμπτωματολογία λόγω των μεταστάσεων όπως δύσπνοια, έντονο πόνο στην κοιλιά, κ.λ.π.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με υπερηχογράφημα όρχεων, με αξονική τομογραφία κοιλίας, θώρακος, εγκεφάλου και με τον έλεγχο δεικτών στο αίμα, Α-φετοπρωτεΐνης, β-χοριακής γοναδοτροπίνης, πλακουντιακής αλκαλικής φωσφατάσης και LDH. Η διάγνωση τίθεται με βιοψία.

Επιπλοκές

Οι όγκοι γεννητικών κυττάρων όρχεων μπορεί να δώσουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο και στα οστά. Οι όγκοι από χοριοκαρκίνωμα συχνά αιμορραγούν.

Θεραπεία

Ορχεκτομή όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

Επί μεταστατικής νόσου η χημειοθεραπεία μετά ή άνευ ορχεκτομής είναι η καλύτερη λύση. Ασθενείς σταδίου I έχουν 90% ίαση, ασθενείς σταδίου II έχουν 80% ίαση. Στα σεμινόματα έχει θέση και η ακτινοθεραπεία.

ΟΓΚΟΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΟΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο καρκίνος ο οποίος είναι πιο συχνός στις γυναίκες μέχρι στιγμής, με τον καρκίνο του πνεύμονος να τον ακολουθεί κατά πόδας. 20.000 στην Βρετανία περιστατικά και 100.000 στις Η.Π.Α. αναφέρονται ανά έτος.

Μία στις 1000 γυναίκες ανά έτος θα αναπτύξει ένα καρκίνωμα μαστού 65/100.000. Είναι η κύρια αιτία θανάτου των γυναικών στον δυτικό κόσμο.

Κακοί παράγοντες θεωρούνται:

1) Η κληρονομικότητα: όταν υπάρχει πρώτου βαθμού συγγενής που πάσχει από καρκίνο μαστού.

2) Η διαίτα: η διατροφή με πολλές λιπαρές ουσίες και βέβαια, πολιτισμικές διαφορές και διαφορές φυλής οι οποίες επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Οι Γιαπωνέζες γυναίκες εμφανίζουν πάρα πολύ χαμηλό ποσοστό καρκίνο μαστού, όμως δεν συμβαίνει το ίδιο με τις κόρες των Γιαπωνέζων οι οποίες έχουν μεταναστεύσει στην Αμερική, δηλαδή η δεύτερη γενιά εμφανίζει καρκίνο μαστού σύμφωνα με τα Αμερικανικά πρότυπα.

3) περιβαλλοντικοί παράγοντες: Ρύπανση, ακτινοβολίες κ.λ.π.

Ο καρκίνος του μαστού είναι εύκολο να διαγνωσθεί διότι ο μαστός είναι ένα όργανο εξωτερικό το οποίο ψηλαφάται εύκολα.

Κλινικά συμπτώματα

Κλινική συμπτωματολογία μπορεί να υπάρχει είτε τοπικά με ψηλάφηση μικρού ανώδυνου ογκιδίου στο στήθος, όπως επίσης μπορεί να υπάρχει ερυθρότητα στο στήθος και κνησμός, διόγκωση λεμφαδένων μασχάλης ή να εμφανισθεί άλγος οστών ή άλλα συμπτώματα λόγω απομακρυσμένων μεταστάσεων. Ο καρκίνος του μαστού δίνει μεταστάσεις στα οστά, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στο ήπαρ, κ.λ.π.

Κλινική διερεύνηση

Κλινική διερεύνηση γίνεται με την μαστογραφία και δευτερευόντως το υπερηχογράφημα μαστού.

Θεραπεία

Η θεραπεία εξαρτάται από το στάδιο. Ο τύπος του χειρουργείου μπορεί να είναι μαστεκτομή ή αφαίρεση του όγκου (ογκεκτομή) μαζί με ακτινοθεραπεία τοπικά. Αυτό καθορίζεται από το μέγεθος και τον ιστολογικό τύπου του όγκου.

Γυναίκες οι οποίες χειρουργούνται στον μαστό λαμβάνουν χημειοθεραπεία ανάλογα με την ύπαρξη διήθησης των λεμφαδένων της μασχάλης, την ηλικία κ.λ.π. Όταν υπάρχει μεταστατική νόσος δεν γίνεται χειρουργείο αλλά χορηγείται χημειοθεραπεία.

Οι περισσότερες γυναίκες λαμβάνουν ακτινοθεραπεία και προφυλακτική χημειοθεραπεία μετά την ογκεκτομή. Επίσης μπορεί να δοθεί ορμονοθεραπεία γιατί ο καρκίνος του μαστού είναι όγκος ορμονοευαίσθητος και ο χειρισμός με

χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία εξαρτάται από την ηλικία και τον τύπο του όγκου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

Ο καρκίνος των ωοθηκών δεν είναι πολύ συχνός. Είναι η νόσος η οποία εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες οι οποίες δεν έχουν τεκνοποιήσει και έχει πολύ μεγάλες διαφορές ως προς την θνησιμότητά του ,για παράδειγμα στην Δανία η θνητότητα είναι εξαπλάσια από ότι στην Ιαπωνία. Μπορεί να εμφανισθεί σε άτομα τα οποία έχουν στην οικογένειά τους και άλλο περιστατικό με καρκίνο ωοθηκών, επίσης εμφανίζει αυξημένη συχνότητα σε άτομα τα οποία έχουν καρκίνο μαστού.

Κλινικά συμπτώματα

Μπορεί να εμφανισθεί με πόνο στην κοιλιά, διόγκωση της κοιλίας ή μικρή αιμορραγία.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με το υπερηχογράφημα , την αξονική τομογραφία και την γυναικολογική εξέταση. Επίσης ελέγχεται ο δείκτης Ca125 ο οποίος όμως δεν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος ή πολύ ειδικός.

Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου ωοθηκών είναι χειρουργική. Η αφαίρεση του όγκου γίνεται ακόμη και όταν υπάρχουν μεταστάσεις. Είναι ο μόνος όγκος ο οποίος μπορεί να χειρουργηθεί όταν υπάρχουν και πνευμονικές ή ηπατικές μεταστάσεις, διότι η κυτταρομείωση βοηθάει την δράση της χημειοθεραπείας κατόπιν. Η χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνη είναι απόλυτα ενδεδειγμένη. Στο στάδιο I οι ασθενείς έχουν επιβίωση 98% στην πενταετία και στο στάδιο II εκτός από χημειοθεραπεία κάποια κέντρα χορηγούν ακτινοθεραπεία ολοκοιλιακή. Στα στάδια III και IV το 3% των ασθενών επιβιώνουν στην πενταετία.

ΟΓΚΟΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Οι όγκοι γεννητικών κυττάρων ωοθηκών είναι παρόμοιοι όγκοι με εκείνους των γεννητικών κυττάρων των όρχεων, μπορεί να είναι δυσγερμίνωμα, όγκος λεκιθικού ασκού, τεράτωμα, το χοριοκαρίνωμα και οι μικτοί όγκοι. Εμφανίζονται κυρίως στις νέες κοπέλες, στις έφηβες αλλά και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Είναι όγκοι οι οποίοι ιώνται με την χημειοθεραπεία ακόμη και σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα γεννητικών οργάνων. Στο αίμα , εκτίμηση των δεικτών Α-φετοπρωτεΐνης και β-χοριακής γοναδοτροπίνης.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου μήτρας είναι εκείνος ο οποίος έχει συνδεθεί με την ύπαρξη του ιού HPV ή PAPILOMA Virus, έχει περίπου 60 στελέχη και κάποια από αυτά (16,18) έχουν βρεθεί σε περιπτώσεις καρκίνων. Έτσι η ύπαρξη του ιού θεωρείται προκαρκινική κατάσταση. Μετά το καρκίνωμα του μαστού το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας είναι το συχνότερο στις γυναίκες ,40 άτομα στα 100,000 αναπτύσσουν καρκίνο τραχήλου. Εκτός από την ύπαρξη του ιού HPV και HSV 2 υπάρχουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την αύξηση των περιστατικών καρκίνων, ειδικά στον Δυτικό κόσμο, και πάλι οι Γιαπωνέζες γυναίκες όταν μεταναστεύουν στην Αμερική εμφανίζουν εξαπλάσια αύξηση καρκίνων τραχήλου της μήτρας.

Κλινικά συμπτώματα

Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας συνήθως εμφανίζεται με έκκριμα από τον κόλπο ή αιμορραγία συνήθως μετά σεξουαλική επαφή. Μπορεί να συνυπάρχει πόνος κοιλιακός, πόνος στον αριστερό ή τον δεξιό μηρό ή πόνος στην οσφύ.

Κλινική διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με την κυτταρολογική και την βιοψία.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Test-pap

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι χειρουργική και κατόπιν προστίθεται ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι ενδοκρινείς αδένες εκκρίνουν ορμόνες.

Η υπόφυση είναι ο αδένας που ρυθμίζει την έκκριση όλων των ορμονών και εκκρίνει αυξητική, αντιδιουρητική LH,FSH(ωχρινοτρόπο,ωοθηλακιοτρόπο) και μελανίνη .

Ο θυρεοειδής εκκρίνει θυροξίνη.

Το πάγκρεας εκκρίνει ινσουλίνη και γλυκαγόνη.

Τα επινεφρίδια εκκρίνουν κορτιζόνη,επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη.

Οι ωοθήκες εκκρίνουν οιστρογόνα,οι όρχεις εκκρίνουν ανδρογόνα.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο διαβήτης είναι η πιο γνωστή και συχνή ενδοκρινική νόσος. Αυτή η νόσος χαρακτηρίζεται από έλλειψη ινσουλίνης με αποτέλεσμα αδυναμία χρήσης της γλυκόζης από τους μύες . Η ινσουλίνη παράγεται από τα β-κύτταρα του παγκρέατος . Η διάγνωση τίθεται από την εξέταση της γλυκόζης του αίματος σε νηστεία.

Ο διαβήτης τύπου I ή νεανικός διαβήτης οφείλεται σε παντελή έλλειψη ινσουλίνης, ενώ ο διαβήτης τύπου II εμφανίζεται στους ενήλικες άνω των 40 ετών, όταν πολλά από τα β-κύτταρα του παγκρέατος έχουν καταστραφεί και δεν παράγουν αρκετή ινσουλίνη.

Η αιτία δεν αφορά μόνο γενετικούς παράγοντες διότι έχει παρατηρηθεί ότι σε μονοωογενείς διδύμους ο ένας να παρουσιάζει νεανικό διαβήτη και ο άλλος όχι. Πιστεύεται λοιπόν ότι υπάρχει και κάποιος περιβαλλοντικός παράγοντας ο οποίος απαιτείται για την έκφραση του διαβήτη στους ανθρώπους.

Με την πάροδο του χρόνου ,ο σακχαρώδης διαβήτης συνοδεύεται από μεταβολικές διαταραχές οι οποίες έχουν επιπλοκές που αφορούν τα μάτια, τα αγγεία, την καρδιά, τα νεύρα, τους νεφρούς.

Κλινικά συμπτώματα

Τα περισσότερα κλινικά συμπτώματα οφείλονται στο γεγονός της ύπαρξης υπεραυξημένης γλυκόζης στο αίμα, παρατηρείται **πολυουρία, πολυδιψία** και **πολυφαγία** με σύγχρονη απώλεια βάρους. Όμως πολλές φορές το πρώτο σύμπτωμα είναι η διαβητική οξέωση ή **διαβητικό κώμα**.

Επιπλοκές

Οι μακροχρόνιες επιπλοκές του διαβήτη είναι εκείνες οι οποίες προκαλούν την νοσηρότητα και την θνητότητα στους ασθενείς. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται 15 έως 20 χρόνια από την εμφάνιση της υπεργλυκαιμίας:

- 1) **Αθηροσκλήρυνση και αρτηριοσκλήρυνση:** Η αρτηριοσκλήρυνση εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα και έκταση από ότι στους λοιπούς φυσιολογικούς ανθρώπους. Δεν είναι ακριβώς γνωστό το

γιατί όμως η χοληστερίνη LDL και HDL είναι αυξημένη στους διαβητικούς ασθενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι βλάβες στα αγγεία να είναι εκτεταμένες και να εμφανίζονται με στεφανιαία νόσο, αρτηριακά, εγκεφαλικά επεισόδια, γάγγραινα, υπέρταση.

- 2) **Αμφιβληστροειδοπάθεια:** Η αμφιβληστροειδοπάθεια είναι η κύρια αιτία τύφλωσης στη Ηνωμένες Πολιτείες, πάρα πολλοί ασθενείς , έχουν βλάβες στον αμφιβλίστροειδή λόγω της κακής κατάστασης των αγγείων, απλές ή αυξανόμενες με αποτέλεσμα την δημιουργία νέων αγγείων του αμφιβλίστροειδή για να οξυγονωθεί .
Από αυτούς που παρουσιάζουν αμφιβλίστροειδοπάθεια το 18% θα επιδεινωθεί εντός 10 ετών και περίπου οι μισοί θα τυφλωθούν εντός 5αετίας.
- 3) **Διαβητική νεφροπάθεια:** Η διαβητική νεφροπάθεια είναι η κύρια αιτία θανάτου και ανικανότητας στους διαβητικούς. Υπάρχουν δύο διαφορετικές παθολογοανατομικές οντότητες διάχυτη και οζώδης. Η διάχυτη μορφή αφορά την πάχυνση της σπειραματικής μεμβράνης και η άλλη την σκλήρυνση της σπειραματικής μεμβράνης κατά τόπους. Η διαβητική νεφροπάθεια μπορεί να υπάρχει για 10-15 χρόνια χωρίς συμπτώματα, με επόμενο πρώτο σύμπτωμα την μικροσκοπική πρωτεϊνουρία, η οποία σιγά σιγά γίνεται μακροσκοπική μέχρι την εμφάνιση αζωθαιμίας (αυξημένη ουρία και κρεατινίνη) η οποία αποτελεί και την κύρια αιτία για τεχνητό νεφρό. Καμιά φορά πριν από την αζωθαιμία μπορεί να εμφανισθεί νεφρωσικό σύνδρομο και υπέρταση.
- 4) **Διαβητική νευροπάθεια:** Η διαβητική νευροπάθεια έχει πάρα πολλές μορφές, μπορεί να εμφανισθεί σε όλα τα νεύρα του σώματος με λιγότερο πιθανό τον εγκέφαλο. Η συχνότερη εμφάνιση είναι με περιφερική πολυνευροπάθεια. Ο πόνος, οι αιμωδίες και οι υπερευαίσθησιες είναι ιδιαίτερα έντονες την νύχτα. Επίσης είναι δυνατόν να εμφανισθεί μονονευροπάθεια στα πόδια, στον καρπό ή παράλυση του 1^{ου}, του 3^{ου}, του 4^{ου} ή του 6^{ου} κρανιακού νεύρου και συχνά υποστρέφει μόνης της εντός ολίγων εβδομάδων. Η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος με κύριο στόχο το γαστρεντερικό, την δυσλειτουργία του οισοφάγου με δυσκαταποσία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, δυσλειτουργία της κύστης και ανικανότητα στους άνδρες.
- 5) **Διαβητικά έλκη:** Τα διαβητικά έλκη είναι ένα κύριο πρόβλημα των διαβητικών ασθενών, αναπτύσσονται κυρίως στα πόδια. Το πρόβλημα αυτό έχει άμεση σχέση με την κακή κυκλοφορία και την κακή αισθητικότητα λόγω του ότι τα νεύρα ,οι αρτηρίες και οι φλέβες είναι επηρεασμένα από τον διαβήτη. Η μειωμένη αγγείωση έχει σαν αποτέλεσμα την μειωμένη αιμάτωση του άκρου και η κακή αισθητικότητα έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία του ασθενούς να καταλάβει τα χτυπήματα ή την πίεση από στενά υποδήματα.

Θεραπεία Χορηγούμε ινσουλίνη στον διαβήτη τύπου I, ενώ στον τύπου II μπορούμε να χορηγήσουμε αντιδιαβητικά δισκία και αν δεν ρυθμίζεται τότε χορηγούμε ινσουλίνη.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΟΣ.

Ο θυρεοειδής αδένας βρίσκεται στο πρόσθιο μέρος της τραχείας αποτελείται από δύο λοβούς που συνδέονται μεταξύ τους με έναν ισθμό και παράγει την θυροξίνη Η ορμόνη αυτή έχει σχέση με τον μεταβολισμό. Στο μόριό της περιέχει τρία (T3) ή και τέσσερα (T4) άτομα ιωδίου. Οι ορμόνες αυτές εκκρίνονται όταν η θυροτρόπος ορμόνη TSH η οποία εκκρίνεται από την υπόφυση, διεγείρει την λειτουργία του θυρεοειδούς. Επίσης ο θυρεοειδής παράγει και άλλη μία ορμόνη από τα C κύτταρα την καλσιτονίνη η οποία έχει σχέση με τον μεταβολισμό του ασβεστίου. Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αφορούν αφενός την μορφή του και αφετέρου την λειτουργία του.

Βρογχοκήλη: Βρογχοκήλη καλείται η κάθε διόγκωση του θυρεοειδούς αδένα ανεξάρτητα από τον βαθμό της λειτουργικότητάς του, λέγεται απλή όταν δεν συνυπάρχει λειτουργική διαταραχή, ενώ λέγεται τοξική όταν συνυπάρχει υπερθυρεοειδισμός.

Όζοι του θυρεοειδούς: Οι όζοι του θυρεοειδούς μπορεί να είναι λειτουργικοί ή μη. Λειτουργικοί σημαίνει ότι εκκρίνουν περισσότερη θυροξίνη και έτσι ο ασθενής πάσχει από υπερθυρεοειδισμό, επίσης μπορεί να υπάρχουν κυστικοί όζοι. Συνήθως οι όζοι παρακεντώνται όταν είναι ψυχροί, δηλαδή δεν παράγουν θυροξίνη.

Η κλινική διερεύνηση των παθήσεων του θυρεοειδούς γίνεται με τις αιματολογικές εξετάσεις T3, T4, TSH και με τις απεικονιστικές εξετάσεις δηλαδή το υπερηχογράφημα και το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς.

ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Υπερθυρεοειδισμός είναι ένα κλινικό σύνολο όπου υπερεκκρίνεται T3 ή T4, επίσης λέγεται και νόσος του Graves ή θυροτοξίκωση.

Κλινικά συμπτώματα: Είναι πάθηση που προσβάλλει συνήθως τις γυναίκες παρά τους άνδρες (8/1) και αφορά όλες τις ηλικίες. Εμφανίζεται με **ταχυκαρδία** ή καρδιακές αρρυθμίες, ενώ συνυπάρχει **έντονο αίσθημα πείνας** και υπάρχει χαρακτηριστική **δυσανεξία στο θερμό περιβάλλον**, πολλές εφιδρώσεις, έντονη **νευρική κατάσταση, άγχος**, συμπτώματα από το γαστρεντερικό με διάρροιες, συμπτώματα από το γεννητικό σύστημα με ανωμαλίες της εμμήνου ρήσεως, σε μεγάλο αριθμό ασθενών υπάρχει χαρακτηριστική σύσπαση του άνω βλεφάρου λόγω εξοφθάλμου. Ο εξοφθαλμος μπορεί να είναι ετερόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος η παθογένεια του οφείλεται σε έναν αυτοάνοσο μηχανισμό που επηρεάζει το οπισθοβολβικό λίπος.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Η κλινική διερεύνηση γίνεται με την μέτρηση των ορμονών και το σπινθηρογράφημα με τεχνίτιο ή ιώδιο.

Θεραπεία

Η θεραπεία γίνεται με αντιθυρεοειδικά φάρμακα, ή με χειρουργική εξαίρεση του θυρεοειδούς και θεραπεία υποκατάστασης.

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ (ΜΥΞΟΙΔΗΜΑ)

Ο υποθυρεοειδισμός είναι εκείνο το σύνδρομο στο οποίο ο θυρεοειδής υπολειπουργεί. Αφορά συνήθως γυναίκες μέσης ηλικίας και συχνά συνυπάρχει με θυρεοειδίτιδα Hashimoto.

Κλινικά συμπτώματα: Στους ενήλικες τα συμπτώματα είναι η κόπωση, ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας, η **υπνηλία**, **δυσανεξία στο ψυχρό περιβάλλον**, δυσκοιλιότητα, **τάση για παχυσαρκία**, επιβράδυνση όλων των αντανακλαστικών, **βράγχος φωνής**, **βραδυκαρδία**. Η βραδυκαρδία είναι χαρακτηριστική στους μεγαλύτερους αρρώστους όπως και το οίδημα κυρίως στα άκρα. Από το δέρμα υπάρχουν αλλοιώσεις όπως απουσία εφίδρωσης, ξηρότητα, ωχρότητα, τα μαλλιά εμφανίζονται θαμπά και σπάνε εύκολα και στις γυναίκες υπάρχει διαταραχή της εμμηνου ρήσεως.

Ο ασθενής πολλές φορές εμφανίζεται με πόνους στα χέρια, αιμωδίες λόγω συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα.. Συχνά εμφανίζεται **κατάθλιψη** ή άλλες καταστάσεις που έχουν σχέση με ψυχικές παθήσεις. Εάν δεν θεραπευθεί ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να εμφανισθεί το μυξοιδηματικό κώμα, το οποίο συνοδεύεται από αδυναμία θερμορύθμισης και καταλήγει σε θάνατο.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Στην εργαστηριακή διερεύνηση ελέγχονται οι θυρεοειδικές ορμόνες T3, T4, TSH. Η TSH βρίσκεται πολύ υψηλή και ελέγχεται η παρουσία θυρεοειδικών αυταντισωμάτων. Η θεραπεία γίνεται με χορήγηση θυροξίνης, η δόση της οποίας αυξάνει βαθμιαία από 0,05μg έως 2 μg ημερησίως.

Θεραπεία Η θεραπεία γίνεται με την χορήγηση θυροξίνης.

ΝΟΣΟΙ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

Οι νόσοι των οστών και των αρθρώσεων αφορούν

- 1.τραυματικές κακώσεις(κατάγματα, διαστρέμματα)
- 2.φλεγμονές από λοιμογόνους παράγοντες(οστεομυελίτιδα, λοιμώδης αρθρίτις, φυματιώδης αρθρίτις)
- 3.φλεγμονές από ανοσολογικά αίτια(ρευματοειδής αρθρίτις,αρθρίτις λύκου).
4. παθήσεις από μεταβολικά αίτια(ουρική αρθρίτις, οστεοπόρωση ,οστεομαλακία).
- 5.Κληρονομικές παθήσεις(νανισμός –αχονδροπλασία,
- 6.νεοπλασμάτα οστών(οστεοσάρκωμα ,Ewing,λεμφώματα,κύστεις,μεταστατικές εστίες κ.λ.π.).

Αρθρίτις: Αρθρίτις είναι η φλεγμονή μιας άρθρωσης με αποτέλεσμα την διόγκωσή της, τον πόνο στην περιοχή, την ερυθρότητα και την αύξηση της θερμοκρασίας. Η αρθρίτις μπορεί να οφείλεται σε πολλές αιτίες όπως:

Ουρική αρθρίτις: οφείλεται σε εναπόθεση τόφων ουρικού οξέως στις δύο αρθρικές επιφάνειες με αποτέλεσμα την φλεγμονή συνήθως μιας άρθρωσης με συχνότερη εντόπιση το μεγάλο δάκτυλο του άκρου ποδός(μεταταρσοφαλαγγική). Θεραπεύεται :η κρίση με αντιφλεγμονώδη και μετά με δίαιτα και χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν το ουρικό οξύ.

- 1) **Λοιμώδης αρθρίτις:** οφείλεται στην ύπαρξη μικροβίου σε μια άρθρωση το οποίο συνήθως φθάνει στην περιοχή της άρθρωσης από κάποια άλλη λοίμωξη που έχει συμβεί μερικές μέρες πριν στον οργανισμό. Το σύνθημα είναι να συμβαίνει αρθρίτις μετά από ουρολοίμωξη (παράδειγμα γονοκοκκική αρθρίτις). Θεραπεύεται με χορήγηση αντιβιοτικών.
- 2) **Ρευματοειδής αρθρίτις(P.A.):** είναι μία χρόνια πολυσυστηματική νόσος αγνώστου αιτιολογίας. Το 1% του πληθυσμού παρουσιάζει ρευματοειδή αρθρίτιδα, οι δε γυναίκες έχουν 3 προς 1 περισσότερες προσβολές από ότι οι άνδρες. Αρχίζει στην 4^η με 5^η δεκαετία της ζωής, 80% των ασθενών εμφανίζουν ρευματοειδή αρθρίτιδα ανάμεσα στα 35 και 50 έτη. Η κληρονομική προδιάθεση μπορεί να υπάρχει, διότι εμφανίζεται αυξημένη περίπου 4 φορές περισσότερο σε ασθενείς που έχουν πρώτους συγγενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Περίπου 10% των ασθενών οι οποίοι προσβάλλονται από ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν ένα συγγενή 1^{ου} βαθμού που πάσχει.

ΜΟΡΦΕΣ Ρευματοειδούς αρθρίτιδος
Ρευματοειδής αρθρίτις ενηλίκων και Ρευματοειδής αρθρίτις παιδων η νόσος STILL.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Ρευματοειδούς αρθρίτιδος

Χαρακτηριστικά αρχίζει ως μία χρόνια πολυαρθρίτις.

Τα 2/3 των ασθενών εμφανίζουν κόπωση ανορεξία και κακουχία και ελαφρά μυοσκελετικά προβλήματα.

Το πρώτο σύμπτωμα μπορεί να είναι η δυσκαμψία των μικρών αρθρώσεων των άκρων (των δακτύλων), κυρίως το πρωί ή η συμμετρική διόγκωση αγκώνων, γονάτων ή αστραγάλων. Πολλές φορές τα συμπτώματα της πολυαρθρίτιδας μπορεί να συνοδεύονται από εξωαρθρικά συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετό, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία.

Η P.A. προσβάλλει 1.τους πνεύμονες :πνευμονίτιδα,σύνδρομο KAPLAN,πλευρίτις.

2. τα αγγεία :Αγγειίτις ισχαιμικά έλκη,εμφραγμα.
3. το αίμα :Σύνδρομο FELTY
4. τα οστά:Οστεοπόρωση.
- 5.τα μάτια :ιριδοκυκλίτις.

Εργαστηριακή διερεύνηση

RA-TEST:Ρευματοειδής παράγων IgM θετικός στην νόσο των ενηλίκων αλλά αρνητικός στην νόσο των παιδων.

Αναιμία,λευκοκυττάρωση,ηωσινοφιλία(σημαίνει συστηματική νόσο)

Ακτινολογικός έλεγχος.

Θεραπεία

Αντιφλεγμονώδη, κορτιζόνη,ανοσοκατασταλτικά κα χορήγηση tumor necrosis factor.

ΦΥΛΛΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

**ΥΠΟ
Ε.Θ.ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

