

COVID-19
Στην Κύπρο
το πρώτο
φάρμακο

ΣΕΛ. 3

«ΥΓΙΑΙΝΕΤΕ»
Επείγοντα
παιδιατρικά
θέματα

ΣΕΛ. 6

ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ
Αίτια,
διάγνωση
και θεραπεία

ΣΕΛ. 7

ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Οι κίνδυνοι
μόλυνσης
με COVID-19

ΣΕΛ. 8-9

ΘΗΛΑΣΜΟΣ
Μειώνει
τον κίνδυνο
καρδιοπαθειών

ΣΕΛ. 13

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζεις για την αιμοδοσία

Την πιο δύσκολη περίοδο από την έναρξη της πανδημίας, σε σχέση με την προσέλευση αιμοδοτών, διανύουμε αυτό το διάστημα, αφού καθημερινά χιλιάδες συμπολίτες μας, πιθανοί αιμοδότες, αναγκάζονται να τεθούν υπό περιορισμό γιατί είναι είτε κρούσματα Covid-19 είτε επαφές. Σε δηλώσεις του στο ένθετο «Υγεία», ο Αναπληρωτής Προϊστάμενος του Κέντρου Αίματος, Σωκράτης Μενελάου, ερωτηθείς σχετικά, ανέφερε

πως η πανδημία επηρέασε τις αιμοδοσίες, ωστόσο, παρ'όλες τις δυσκολίες και ενώ οι πλείστες χώρες αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας, στη χώρα μας ήταν σίγουρα πιο λίγα και μεμονωμένα σε συγκεκριμένες περιόδους. Παγκυπρίως, όπως είπε, χρειαζόμαστε γύρω στους 300-350 αιμοδότες την ημέρα. Πρόκειται για ένα μεγάλο νούμερο για τα κυπριακά δεδομένα. Ωστόσο, το θετικό είναι πως οι ανάγκες καλύπτονται είτε

με τις αιμοδοσίες είτε με τις εκκλήσεις που γίνονται κατά καιρούς είτε με τις διάφορες εκστρατείες που διενεργούνται. Γι' αυτόν τον λόγο λοιπόν και με στόχο την καλύτερη ενημέρωση αλλά και ευαισθητοποίηση του κοινού, που ίσως να μην έτυχε μέχρι τώρα να δωρίσει αίμα, μαζέψαμε -με τη συμβολή του Κέντρου Αίματος- πληροφορίες για όλα όσα θα πρέπει να γνωρίζετε για την αιμοδοσία.

ΣΕΛ. 4-5

ΧΟΡΗΓΟΣ



Remedica



Perofen[®]

Ιβουπροφαίνη

**Διώξτε τον πόνο
μακριά
Χαμογελάστε
ξανά...**



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού.
- Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ ανατρέξτε στο φύλλο Οδηγιών Χρήσης του προϊόντος.

Remedica Ltd

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Κ. 51706, 3508 Λεμεσός, Κύπρος
Τηλ.: +357 25553000, Φαξ: +357 25390192
Email: info@remedica.com.cy ή DrugSafety@remedica.com.cy
Ιστοσελίδα: www.remedica.eu

LF/0102/3 05.21 (GR)



Στην Κύπρο το πρώτο φάρμακο κατά της Covid-19

Πότε χορηγείται το Molnupiravir, σε ποια άτομα και πώς μπορεί κάποιος ασθενής να το λάβει;

Τέθηκε σε εφαρμογή, από την περασμένη Δευτέρα, το πρωτόκολλο χορήγησης του φαρμακευτικού προϊόντος Molnupiravir 200mg hard capsules, για τη θεραπεία της νόσου COVID-19. Συγκεκριμένα, το Molnupiravir είναι διαθέσιμο προς συνταγογράφηση, μέσω του Συστήματος Πληροφορικής του ΓεΣΥ σε ασθενείς με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη (PCR ή Rapid Ag Test) ήπια ή μέτρια νόσο COVID-19, που δεν χρήζουν νοσηλείας, εντός 5 ημερών από την ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων ή την ημερομηνία διενέργειας τεστ (όποιο έχει συμβεί πρώτο) και με τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου.

Οι παράγοντες υψηλού κινδύνου

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας οι θεράποντες ιατροί, πριν από τη συνταγογράφηση, καλούνται να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο στο Σύστημα Πληροφορικής του ΓεΣΥ, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η συνταγογράφηση γίνεται μόνο σε όσους ασθενείς πληρούν τα κριτήρια, που τέθηκαν από την ad-hoc Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας, για τη δημιουργία και εφαρμογή των σχετικών πρωτοκόλλων, που αφορούν στη φαρμακευτική αγωγή κατά της COVID-19. Επίσης, σημειώνεται ότι οι θεράποντες ιατροί πρέπει κατά τη συνταγογράφηση να συμπληρώνουν στο Σύστημα Πληροφορικής τόσο τη διάγνωση της νόσου COVID-19 όσο και το υποκείμενο νόσημα (ICD-10), το οποίο αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο, παράγοντες υψηλού κινδύνου θεωρούνται -με βάση τον επικαιροποιημένο κατάλογο του Υπουργείου Υγείας- η προϋπάρχουσα Χρόνια Αναπνευστική Νόσος (π.χ. βρογχικό άσθμα σοβαρής βαρύτητας, ασθενής σε χρόνια οξυγονοθεραπεία ή σε μη-επεμβατικό αερισμό [CPAP ή BiPaP] κατ' οίκον, η σοβαρή πνευμονική υπέρταση (NYHA III και IV), η σοβαρή πνευμονική ίνωση,

πνευμονεκτομή/λοβεκτομή, η σοβαρή Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης κάτω από 15 ml/min και αιμοκαθαρώμενοι), η καρδιακή αρρυθμία με μόνιμο απινιδιστή ή καρδιοπάθεια με μόνιμο απινιδιστή και αμφικολιακό βηματοδότη, η καρδιακή ανεπάρκεια οποιασδήποτε αιτιολογίας (ισχαιμικής ή μη αιτιολογίας) σταδίου κατά NYHA III ή IV, η καρδιαγγειακή νόσος και το πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή η επέμβαση επαναγγείωσης, η αγγειοπλαστική ή η εμφύτευση stent τους τελευταίους 12 μήνες, η Αορτο-στεφανιαία παράκαμψη (CABG - bypass) τους τελευταίους 12 μήνες και το πρόσφατο ΑΕΕ τους τελευταίους 12 μήνες ή με εγκατεστημένη νευρολογική σημειολογία. Επίσης, παράγοντες υψηλού κινδύνου θεωρούνται οι μυοκαρδιοπάθειες (ιστορικό τεκμηριωμένης μυοκαρδίτιδος, υπερτροφική, διατακτική, διπθητική αμλοειδίωση), οι συγγενείς καρδιοπάθειες μετά από χειρουργική διόρθωση με σημαντική υπολειπόμενη βλάβη ή μη-διορθωμένες συγγενείς καρδιοπάθειες με σημαντική υπολειπόμενη βλάβη, η ενεργός χρήση βιολογικών

παραγόντων (π.χ. TNF αναστολείς, αναστολείς ιντερλευκίνης) ή άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, η ενεργός χρόνια λήψη κορτικοειδών (≥ 20 mg πρενιζόνης ή ισοδύναμο της για ≥ 1 μήνες), οι ασθενείς με ιστορικό μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων ή αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, οι ασθενείς με κακοήθεια συμπαγούς οργάνου ή αιματολογική, που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία ή ανοσοθεραπεία I, οι ασθενείς με HIV ή ασθενείς με αριθμό CD4 λεμφοκυττάρων $< 200/\text{mm}^3$, οι Κληρονομικές ή επίκτητες ανοσοανεπάρκειες, οι ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες, που εμπίπτουν στην Κατηγορία Γ, οι ασθενείς με πολύ υψηλό κίνδυνο, σύμφωνα με τις συστάσεις της Διεθνούς Ομοσπονδίας Θαλασσαιμίας. Η συνταγογράφηση του Molnupiravir μπορεί να γίνεται από Προσωπικούς Ιατρούς ενγλήκων, παθολόγους, ιατρούς με Εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία, πνευμονολόγους, αιματολόγους, παθολόγους-ογκολόγους, καρδιολόγους, νεφρολόγους, νευρολόγους, ρευματολόγους, ενδοκρινολόγους και γηρίατρος. Επισημαίνεται ότι το molnupiravir δεν συνιστάται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε γυναίκες οι οποίες δεν χρησιμοποιούν αποτελεσματική αντισύλληψη. Οι γυναίκες που μπορούν να μείνουν έγκυοι πρέπει να χρησιμοποιούν αποτελεσματική αντισύλληψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για 4 ημέρες έπειτα από την τελευταία δόση του molnupiravir. Ο θηλασμός θα πρέπει να διακόπτεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και

για 4 ημέρες έπειτα από τη θεραπεία. Αυτές οι συστάσεις βασίζονται σε εργαστηριακές μελέτες σε ζώα οι οποίες έχουν δείξει ότι οι υψηλές δόσεις του molnupiravir δύνανται να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εμβρύου. Το molnupiravir δεν ενδείκνυται, επίσης, για χρήση σε παιδιατρικούς ασθενείς.

Διάθεση του Molnupiravir

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΗΥ), το φαρμακευτικό προϊόν Molnupiravir 200mg hard capsules διατίθεται δωρεάν και χωρίς καταβολή συμπληρωμής (1€) στα φαρμακεία των Νοσοκομείων του Οργανισμού, κατόπιν συνταγογράφησης μέσω του συστήματος πληροφορικής του ΓεΣΥ. Ασθενείς στους οποίους έχει συνταγογραφηθεί το εν λόγω φαρμακευτικό προϊόν, θα μπορούν να το προμηθευθούν από τα φαρμακεία του Οργανισμού ως εξής: Δευτέρα-Παρασκευή από τις 08:00 π.μ. μέχρι τις 14:30, ενώ Σάββατο, Κυριακή και δημόσιες αργίες οι ασθενείς θα πρέπει να διευθετούν ραντεβού μεταξύ των ωρών 09:00-12:00, καλώντας στο κοντινότερό τους νοσοκομείο στα ακόλουθα τηλέφωνα: Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας στο 22-603000, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού στο 25-801100, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας στο 24-800500, Γενικό Νοσοκομείο Πάφου στο 26-803100 και Νοσοκομείο Αμμοχώστου στο 23-200000. Σημειώνεται ότι, στην παρούσα φάση, στα Νοσοκομεία Πόλεως Χρυσοχούς και Τροόδους, το φάρμακο θα διατίθεται μόνο τις καθημερινές.



Όλα όσα πρέπει να γνωρίζεις για την αιμοδοσία

Δεν σου δίνεται κάθε μέρα η ευκαιρία να σώσεις τη ζωή κάποιου συνανθρώπου σου, αλλά αυτό ακριβώς κάνεις κάθε φορά που δίνεις αίμα

ΘΕΟΔΩΡΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ, nicolaouth@simerini.com



Την πιο δύσκολη περίοδο από την έναρξη της πανδημίας, σε σχέση με την προσέλευση αιμοδοτών, διανύουμε αυτό το διάστημα, αφού καθημερινά χιλιάδες συμπολίτες μας, πιθανοί αιμοδοτές, αναγκάζονται να τεθούν υπό περιορισμό γιατί είναι είτε κρούσματα Covid-19 είτε επαφές. Γι' αυτόν τον λόγο λοιπόν και με στόχο την καλύτερη ενημέρωση αλλά και ευαισθητοποίηση του κοινού που ίσως να μην έτυχε μέχρι τώρα να δωρίσει αίμα, μαζέψαμε -με τη συμβολή του Κέντρου Αίματος- πληροφορίες για όλα όσα θα πρέπει να γνωρίζεις για την αιμοδοσία.

Ποιος μπορεί να δώσει αίμα;

Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να δώσουν αίμα. Αν έχεις γενικά καλή υγεία, είσαι ηλικίας 17-66 και ζυγίζεις τουλάχιστον 50 κιλά, μπορείς να προσφέρεις αίμα.

Πόσο συχνά μπορώ να δίνω αίμα;

Οι άντρες μπορούν να δίνουν αίμα κάθε 90 μέρες (3 μήνες). Οι γυναίκες μπορούν να δίνουν αίμα κάθε 120 μέρες (4 μήνες), κι αυτό γιατί λόγω του σωματότυπού τους και της καταμηνίας περιόδου, οι μηχανισμοί αποκατάστασης του αίματος είναι λιγότερο αποτελεσματικοί χρονικά.

Πόση ποσότητα αίματος αφαιρείται σε κάθε αιμοδοσία;

Στην αιμοδοσία δίνεις μόνο 450ml αίμα, δηλαδή λιγότερο από μισό λίτρο και λιγότερο από το 10% του συνολικού όγκου του αίματος στο σώμα σου.

Πόσος χρόνος χρειάζεται για μια αιμοδοσία;

Η όλη διαδικασία (εγγραφή, αξιολόγηση, αφαίρεση, ανάπαυση) διαρκεί περίπου 30 - 45 λεπτά, ανάλογα και με

τη συχνότητα προσέλευσης αιμοδοτών. Η διαδικασία αφαίρεσης μιας μονάδας ολικού αίματος διαρκεί 5-10 λεπτά.

Πώς μπορεί η δωρεά αίματος να επηρεάσει την υγεία μου;

Εφόσον πληροίς τα κριτήρια καταλληλότητας για αιμοδοσία, δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο για την υγεία σου. Ουσιαστικά δίνεις λιγότερο από το ένα δέκατο του αίματός σου, το οποίο περιέχει συστατικά πολύτιμα για τον οργανισμό, όπως ερυθρά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια και πλάσμα. Ο οργανισμός αντιδρά άμεσα ενεργοποιώντας μίαν αλληλουχία φυσικών μηχανισμών για να τα αναπληρώσει πολύ γρήγορα.

Ποια τα οφέλη της αιμοδοσίας;

Θα βοηθήσεις να σωθεί η ζωή μέχρι και 3 ατόμων με μια μόνο αιμοδοσία. Θα είσαι σίγουρος ότι υπάρχει επάρκεια αίματος για εσένα, για την οικογένειά σου, για τους φίλους σου και για όποιον συνάνθρωπό μας το χρειαστεί. Η έγκαιρη διάγνωση τυχόν προβλημάτων και λοιμώξεων, αφού κάθε φορά που δίνεις αίμα, υποβάλλεσαι και σε μια σύντομη ιατρική εξέταση. Σου δίνει την ευκαιρία να νιώσεις αυτοπραγμάτωση, αυτοεκτίμηση, κοινωνική συμμετοχή, κοινωνική αναγνώριση, αίσθηση ατομικής και οικογενειακής προστασίας.

Θα μου ζητηθεί να απαντήσω πολλές ερωτήσεις πριν να δώσω αίμα;

Πρέπει να διαβάσεις προσεκτικά και

Το 2021 έχουν δοθεί για μετάγγιση 89.017 παράγωγα αίματος. Όχι μόνο δεν είχαμε πτώση σε σχέση με το 2019 και το 2020, αλλά αντίθετα είμαστε σε ανοδική πορεία

να συμπληρώσεις με ειλικρίνεια το ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο του Κέντρου Αίματος. Θα πρέπει να σημειώσεις τα προσωπικά σου στοιχεία (όνομα, ταυτότητα, διεύθυνση, αριθμούς τηλεφώνων) και να απαντήσεις κάποιες απλές ερωτήσεις που αφορούν το ιατρικό ιστορικό και τον τρόπο ζωής σου.

Επιτρέπεται να καταναλώσω φαγητό πριν από την αιμοδοσία;

Για πρωινή αιμοδοσία, είναι καλύτερα να έχει προηγηθεί καλό πρωινό, ενώ για την απογευματινή είναι προτιμότερο να αιμοδοτήσεις 2-3 ώρες μετά το μεσημεριανό γεύμα.

Υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών στον αιμοδότη από τα αναλώσιμα;

Τα υλικά της αιμοδοσίας είναι αποστειρωμένα, μιας χρήσης και δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για μετάδοση νοσημάτων.

Θα αισθανθώ ζάλη κατά τη διάρκεια της αιμοδοσίας και μετά;

Είναι σπάνιο. Οφείλεται κυρίως στην απότομη αλλαγή πίεσης λόγω της αφαίρεσης του όγκου των υγρών ή σε καθαρά ψυχολογικούς λόγους. Γι' αυτό και πρέπει να είμαστε καλά ενυδατωμένοι πριν από την αιμοδοσία. Σε περίπτωση που παρουσιαστούν συμπτώματα ζαλάδας, δεν πρέπει να ανησυχήσεις. Θα πρέπει να ξαπλώσεις και να βάλεις τα πόδια ελαφρά πιο ψηλά. Έτσι, αποκαθίσταται η ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο, καθώς το κεφάλι σου θα είναι στο ίδιο επίπεδο με την καρδιά σου. Ακολούθως, κάθισε με τα πόδια να κρέμονται προς τα κάτω για τουλάχιστον δύο λεπτά. Με αυτόν τον τρόπο, σταθεροποιείται η αρτηριακή σου πίεση. Θα σου ζητηθεί να παραμείνεις στον χώρο της αιμοδοσίας λίγο περισσότερο μέχρι να είναι βέβαιο ότι

όλα είναι καλά.

Θα πονέσω;

Το τσίμπημα που νιώθεις κατά την είσοδο της βελόνας στη φλέβα διαρκεί μόνο μια στιγμή. Την υπόλοιπη ώρα, απλώς ανοιγοκλείνεις τη γροθιά σου, προκειμένου να διευκολυνθεί η φλεβική επάνοδος του αίματος. Κατά συνέπεια, όχι μόνο δεν πονάς, αλλά αντίθετα νιώθεις ένα μοναδικό συναίσθημα ικανοποίησης λόγω της προσφοράς σου προς τον άγνωστο συνάνθρωπό μας.

Πόσο γρήγορα αναπληρώνει ο οργανισμός το αίμα που έδωσα;

Η αναπλήρωση αρχίζει αμέσως, αλλά για κάθε συστατικό απαιτείται διαφορετικός χρόνος για την ολοκλήρωσή της. Ο όγκος του αίματος αναπληρώνεται άμεσα, χάρη στα υγρά που καταναλώνεις πριν και μετά την αιμοδοσία. Το πλάσμα χρειάζεται 24 ώρες για να αναπληρωθεί πλήρως, τα αιμοπετάλια 72 ώρες και τα ερυθρά αιμοσφαίρια 3-4 εβδομάδες.

Για ποια μεταδιδόμενα νοσήματα ελέγχεται εργαστηριακά το αίμα που δίνω;

Κάθε μονάδα αίματος ελέγχεται για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV, για τους ιούς της Ηπατίτιδας Β και C, καθώς και για το βακτήριο της Σύφιλης. Σε μεμονωμένες μονάδες αίματος γίνεται έλεγχος για τον μεγαλοκυτταροϊό CMV.

Τι είναι η «περίοδος του παραθύρου» (window period);

Ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών δεν είναι ποτέ μηδενικός. Καμία εξέταση δεν παρουσιάζει ευαισθησία 100%, λόγω της ύπαρξης της «περιόδου παραθύρου». Η «περίοδος παραθύρου» είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή που ένα

άτομο μολυνθεί από έναν ιό, μέχρι να είναι δυνατή η ανίχνευση του ιού στο αίμα. Στο διάστημα αυτό, το αίμα ενός μολυσμένου δότη μπορεί να δώσει αρνητικό εργαστηριακό αποτέλεσμα, να ελευθερωθεί για μετάγγιση και κατά συνέπεια να μολύνει τον δέκτη.

Εάν τα αποτελέσματα του ιολογικού ελέγχου για μεταδιδόμενα νοσήματα είναι θετικά, θα ενημερωθώ;

Στην περίπτωση επιβεβαιωμένου θετικού αποτελέσματος, ο αιμοδότης ενημερώνεται με τρόπο εμπιστευτικό από κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό για επανέλεγχο και ιατρική καθοδήγηση.

Είμαι χορτοφάγος, μπορώ να δίνω αίμα;

Οι χορτοφάγοι μπορούν να δίνουν αίμα. Για την αναπλήρωση της αιμοσφαιρίνης χρησιμοποιείται σίδηρος που βρίσκεται στις αποθήκες του οργανισμού σου. Με μια ισορροπημένη διατροφή, ο σίδηρος αντικαθίσταται 12-15 εβδομάδες μετά την αιμοδοσία.

Έχω έλλειψη σιδήρου (χαμηλή φερριτίνη), μπορώ να δίνω αίμα;

Όχι. Αν τα επίπεδα φερριτίνης σου είναι χαμηλότερα των φυσιολογικών ορίων, δεν μπορείς να δώσεις αίμα. Επισκέψου το Σταθμό Αιμοδοσίας και μίλησε με το γιατρό. Αυτός θα σε συμβουλευτεί για το τι πρέπει να κάνεις.

Μπορώ να δώσω αίμα κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως ή αν είμαι έγκυος;

Δεν απαγορεύεται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, αλλά θα το κρίνει ο γιατρός αιμοδοσίας. Φυναίκες που είναι έγκυοι ή θηλάζουν ή κάνουν προσπάθεια για εγκυμοσύνη, δεν μπορούν να δώσουν αίμα. Μπορούν να δώσουν αίμα 6 μήνες μετά τον τοκετό και αφού έχουν σταματήσει να θηλάζουν.

Μπορώ να επιστρέψω στις συνήθεις δραστηριότητές μου μετά την αιμοδοσία;

Μετά την αιμοδοσία μπορείς να συνεχίσεις χαλαρά τις συνηθισμένες ασχολίες σου. Πάρε περισσότερα υγρά απ' ό,τι συνήθως τις 4 επόμενες ώρες, για καλύτερη και σωστή ενυδάτωση. Είναι

προτιμότερο να αποφύγεις την έντονη άσκηση (π.χ. τρέξιμο, ποδηλασία, γυμναστήριο, βάρη) και την πολύωρη ορθοστασία. Επίσης, να μην εκτεθείς άμεσα στον ήλιο και επίλεξε να πεις δροσερά ροφήματα και όχι ζεστά. Απόφυγε οποιαδήποτε χειρωνακτική εργασία και επικίνδυνα χόμπι για το υπόλοιπο της ημέρας, για να μην αιμορραγήσει το χέρι σου στο σημείο φλεβοκέντησης.

Αν αρρωστήσω ή αναπτύξω πυρετό 24 ώρες μετά την αιμοδοσία μου, τι πρέπει να κάνω;

Θα πρέπει να επικοινωνήσεις με τον Σταθμό Αιμοδοσίας. Για οποιαδήποτε αμφιβολία ή βοήθεια, ο γιατρός αιμοδοσίας είναι πάντοτε στη διάθεσή σου για συζήτηση με απόλυτη εξεμύθεια (τηλ. 22809098).

Γιατί είναι σημαντικό να δίνω αίμα λίγο πριν από τις αργίες και τις περιόδους των διακοπών;

Γιατί οι ανάγκες σε αίμα είναι πολύ αυξημένες και γιατί πολλοί αιμοδότες απουσιάζουν σε διακοπές.

Πόσο καιρό μπορεί να φυλαχτεί το αίμα που προσφέρω;

Τα λευκαφαιρεμένα ερυθρά αιμοσφαίρια διατηρούνται σε ψυγείο σε θερμοκρασία 2-6°C για διάστημα 30 με

42 ημερών. Το φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα καταψύχεται και αποθηκεύεται σε ειδικούς καταψύκτες στους -40°C για περίοδο μέχρι 12 μηνών. Τα αιμοπετάλια διατηρούνται στους 22±2°C υπό συνεχή ανακίνηση για περίοδο 5 ημερών.

Ποιους θα βοηθήσει το αίμα που προσφέρω;

Άτομα που έχουν απώλεια αίματος λόγω τραύματος ή λόγω εγκαυμάτων ή κατά τη διάρκεια μιας μεγάλης χειρουργικής επέμβασης. Επίσης άτομα με θαλασσαιμία ή άλλες χρόνιες αναιμίες, άτομα με αιματολογικά, ογκολογικά ή άλλα παθολογικά προβλήματα.

Τι ανάγκες υπάρχουν σήμερα για αίμα;

Παγκυηρώς χρειάζομαστε γύρω στους 300-350 αιμοδότες την ημέρα. Πρόκειται για ένα μεγάλο νούμερο για τα κυριακά δεδομένα. Ωστόσο, το θετικό είναι πως οι ανάγκες καλύπτονται είτε με τις αιμοδοσίες είτε με τις εκκλήσεις που γίνονται κατά καιρούς είτε με τις διάφορες εκστρατείες που διενεργούνται. Ενδεικτικό είναι πως το 2021 έχουν δοθεί για μετάγγιση 89.017 παράγωγα αίματος. Οπότε, όχι μόνο δεν είχαμε πτώση σε σχέση με το 2019 και το 2020, αλλά αντίθετα είμασταν σε ανοδική πορεία.

Πού μπορώ να δώσω αίμα;

Μπορείς να προσφέρεις αίμα σε όλες τις επαρχίες, τόσο στους σταθερούς σταθμούς αιμοδοσίας, όσο και στις εξωτερικές αιμοδοσίες που διοργανώνονται με τη κινητή συνεργεία του Κέντρου Αίματος, σε χώρους εργασίας, κοινότητες, δήμους, συλλόγους, σχολεία και στρατόπεδα. Μάθε ποια αιμοδοσία βρίσκεται κοντά στην περιοχή σου ή επικοινώνησε μαζί μας στο 22-809098.

Σταθμοί αιμοδοσίας:
ΛΕΥΚΩΣΙΑ: 1ος ΟΡΟΦΟΣ, ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΓΚΩΜΗΣ
 Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Δευτέρα-Παρασκευή, 7:30-20:00
 Σάββατο, 8:00-14:00
 Τηλέφωνα: 22809098, 22809052, 22809048.
ΛΕΜΕΣΟΣ: ΑΙΘΟΥΣΑ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΑΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΑΒΟΥΖΑΣ
 Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Δευτέ-

ρα-Παρασκευή, 7:30-20:00
 Τηλέφωνα: 96-651547.
ΛΑΡΝΑΚΑ: 3ος ΟΡΟΦΟΣ ΝΕΑΣ ΠΤΕΡΥΓΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
 Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Δευτέρα-Παρασκευή, 7:30-15:00
 Τηλέφωνα: 24-800402.
ΠΑΦΟΣ: ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΣΟΓΗΣ (ΠΑΛΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ)
 Προσωρινός σταθμός αιμοδοσίας, για μέρες και ώρες λειτουργίας επικοινωνήστε στο τηλέφωνο 96-651525.
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ: ΑΙΘΟΥΣΑ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΠΑΝΑΓΙΑΣ, ΛΙΟΠΕΤΡΙ
 Προσωρινός σταθμός αιμοδοσίας, για μέρες και ώρες λειτουργίας επικοινωνήστε στο τηλέφωνο 96-651537.

* Με πληροφορίες από την ιστοσελίδα του Κέντρου Αίματος: <http://www.aimodosia.gov.cy/>

Πώς επηρέασε η πανδημία

Σε δηλώσεις του στη «Σημερινή» και το ένθετο «Υγεία», ο Αναπληρωτής Προϊστάμενος του Κέντρου Αίματος, Σωκράτης Μενελάου, ερωτηθείς σχετικά, ανέφερε πως η πανδημία επηρέασε τις αιμοδοσίες, ωστόσο παράλλως τις δυσκολίες και ενώ οι πλείστες χώρες αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας, στη χώρα μας ήταν σίγουρα πιο λίγα και μεμονωμένα σε συγκεκριμένες περιόδους. Ο κ. Μενελάου εξήγησε πως στις αρχές κυριάρχησε στους πολίτες το αίσθημα του φόβου να επισκεφθούν χώρους παροχής υγείας. Αργότερα, πρόσθεσε, άλλες δυσκολίες προέκυψαν την περίοδο των lockdowns, οπότε υπήρχαν περιορισμοί και απαγορεύσεις στις μετακινήσεις, ενώ υπήρχαν και αρκετές αναβολές προγραμματισμένων αιμοδοσιών όταν έκλειναν για παράδειγμα οι δουλειές και τα σχολεία ή οι αιμοδότες ήταν κρούσματα ή επαφές ή ακόμα και τις περιόδους των μαζικών εμβολιασμών του πληθυσμού κατά της Covid-19. Σημειώνεται πως κάποιος μπορεί να γίνει αιμοδότης επτά ημέρες μετά τον εμβολιασμό του με Moderna και Pfizer και 28 ημέρες από την κάθε δόση του Astazeneca και του Johnson & Johnson. Σύμφωνα με τον κ. Μενελάου, αυτή που διανύουμε είναι η πιο δύσκολη περίοδος, καθώς υπάρχουν καθημερινά χιλιάδες κρούσματα και επαφές. Εξήγησε πως όποιος είναι σε αυτοπεριορισμό δεν μπορεί να δώσει αίμα, ωστόσο, όποιος βγει μπορεί να δώσει αίμα είτε ήταν επαφή είτε ήταν κρούσμα από την ίδια ημέρα της αποδέσμευσής του. Όταν, όμως, κάποιος είχε συμπτώματα και κυρίως έντονα πρέπει να περάσουν 21 ημέρες ή να επικοινωνήσει με τον γιατρό του Κέντρου Αίματος για τον συμβουλευτή. Καταληκτικά και για να καθουσιαστούν τυχόν ανησυχίες, ο κ. Μενελάου, ανέφερε πως αξίζει να τονίσουμε ότι ο ιός δεν μεταδίδεται με τη μετάγγιση αίματος καθώς κάτι τέτοιο δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά.

Επείγοντα παιδιατρικά θέματα

Πότε ένας πυρετός πρέπει να μας ανησυχήσει, πότε δίνουμε αντιβίωση και ποια είναι η αιτία των κολικών;

ΜΑΡΙΑ ΚΑΝΘΕΡ



Στο τελευταίο επεισόδιο της εκπομπής «Υγιαίνετε» καταπιστήκαμε με αρκετά μικρά θέματα, τα οποία όμως προκαλούν μεγάλη ανησυχία στους γονείς. Η αλήθεια είναι πως όταν ένα παιδάκι δεν μπορεί να μιλήσει, είναι λίγο δύσκολο για τον ενήλικα που το φροντίζει να αντιληφθεί ποιο είναι το πρόβλημα και πώς πρέπει να αντιδράσει. Είχαμε τη χαρά να φιλοξενήσουμε στο στούντιο τον παιδίατρο Δόκτορα Άθω Νικολάου, με τη βοήθεια του οποίου δώσαμε απαντήσεις σε επείγοντα και καυτά παιδιατρικά θέματα.

Ο Δρ Νικολάου μάς τόνισε πως ο πυρετός δεν πρέπει να μας ανησυχεί, εκτός αν η διάθεση του παιδιού είναι πεσμένη ακόμα και τις ώρες που ο πυρετός έχει πέσει. Υπάρχουν κάποιοι

ιοί που δίνουν πολύ υψηλούς πυρετούς, όμως πρέπει πάντα με ψυχραιμία να ενημερώνουμε τον παιδίατρό μας. Σε ό,τι αφορά τώρα τους σπασμούς του πυρετού, ο γιατρός μάς τόνισε πως πρέπει να μεταφέρουμε το παιδί, αφού ενημερώσουμε τον παιδίατρο, σε ένα νοσοκομείο, μιας και πρέπει να διερευνηθούν τα αίτια που το παιδί παθαίνει σπασμούς. Στην ερώτηση αν πρέπει να κάνουμε ένα χλιαρό ντους σε ένα παιδί που έχει πυρετό, η απάντηση ήταν ναι, με την προϋπόθεση πως το παιδί θα μείνει στο χλιαρό νερό δέκα με δεκαπέντε λεπτά.

Ο Δρ Νικολάου τόνισε ότι δεν πρέπει να παίρνουμε αντιβίωση στις ιώσεις και ευτυχώς τα τελευταία χρόνια χρειάζεται συνταγή από γιατρό για να δώσει ένα φαρμακείο αντιβίωση, κάτι

που είναι πολύ θετικό μιας και πιο παλιά, οι γονείς έκαναν τους γιατρούς και μόλις έβλεπαν λίγο κόκκινο λαιμό, αγόραζαν αντιβίωση. Μας τόνισε, επίσης, πως ένα παιδί πρέπει να είναι τουλάχιστον είκοσι τέσσερις ώρες άπυρετο για να μπορεί να πάει στο σχολείο και επισήμανε πως όταν το μωρό είναι άρρωστο, έχει μειωμένο ανοσοποιητικό και αυτό σημαίνει ότι αν πάει πιο νωρίς σχολείο, μπορεί να κολλήσει και κάποιαν άλλη ίωση.

Ιδιαίτερη νύξη στο συγκριμένο επεισόδιο κάναμε και στους κολικούς. Ως βρεφικός κολικός ορίζεται ως το χωρίς εμφανή αιτία κλάμα του βρέφους, που διαρκεί περισσότερο από 3 ώρες την ημέρα, τουλάχιστον 3 ημέρες την εβδομάδα και για πάνω από 3 εβδομάδες. Είναι μία κατάσταση αρκετά στρεσογόνα τόσο για το βρέφος όσο και για τους γονείς του. Οι κολικοί είναι πολύ συχνόι, αφορούν το 40% των βρεφών, συνήθως ξεκινούν μεταξύ της 3ης και της 6ης εβδομάδας ζωής και υποχωρούν, όταν το μωρό φτάσει στην ηλικία των 3-4 μηνών. Παρά την παρουσία των κολικών, τα βρέφη είναι υγιέστατα και η ψυχοκινητική και σωματική ανάπτυξή τους φυσιολογική. Για την αιτία των κολικών έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες, καμία όμως δεν έχει αποδειχτεί με βεβαιότητα. Σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες φαίνεται πως είναι η υπερσίτιση του βρέφους και η κατά-

ποση μεγάλης ποσότητας αέρα κατά τη διάρκεια του γεύματος, η ανωριμότητα του πεπτικού μηχανισμού του γαστρεντερικού συστήματος που οδηγεί σε αυξημένη κινητικότητα του εντέρου και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Επίσης ενοχοποιείται το κάπνισμα στο σπίτι, η κατανάλωση από τη θηλάζουσα μητέρα καφέ, σοκολάτας, μυρωδικών, λαχανικών και σοπρίων. Η αντιμετώπιση των κολικών έχει στόχο τη μείωση της διάρκειας του κλάματος. Δυστυχώς, δεν είναι εύκολη, γιατί δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

Σε ό,τι αφορά την υπνική άπνοια στα παιδιά, ο γιατρός μάς είπε πως το σύνδρομο υπνικής άπνοιας είναι μια διαταραχή του ύπνου κατά την οποία η αναπνοή διακόπτεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, για μερικά δευτερόλεπτα, συνήθως έξι στην περίπτωση των παιδιών.

Δεν είναι ιδιαίτερα συχνή στα παιδιά, υπολογίζεται πως το ποσοστό εμφάνισής της είναι μόλις 3% στις ηλικίες μεταξύ 2 και 8 ετών. Όταν εμφανίζεται δεν πρέπει οι γονείς να την αγνοήσουν, αφού, πέρα από τις βραχυπρόθεσμες συνέπειές της, μπορεί να έχει και μακροπρόθεσμο αντίκτυπο, επηρεάζοντας την ανάπτυξη του παιδιού και προκαλώντας την εμφάνιση καρδιοαγγειακών και ενδοκρινολογικών νοσημάτων, αλλά και παχυσαρκίας.

Στα παιδιά το σύνδρομο υπνικής άπνοιας είναι συνήθως απόρροια της απόφραξης του ανώτερου τμήματος του αεραγωγού, που προκαλείται είτε από διογκωμένες αμυγδαλές είτε από υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων, τα λεγόμενα «κρεατάκια» ή και από τα δύο μαζί. Έτσι η άπνοια χαρακτηρίζεται ως αποφρακτική. Μάλιστα, όσο περισσότερη προσπάθεια κάνει το παιδί να αναπνεύσει, τόσο επιδεινώνεται η απόφραξη.

Όλα τα πιο πάνω αποτελούν μικρά καθημερινά προβλήματα, που με τις σωστές συμβουλές βρίσκουν λύσεις. Μάθαμε τι πρέπει να προσέξουμε στα μικρά μας για να καταλαβαίνουμε καλύτερα τις ανάγκες τους και συνειδητοποιήσαμε ότι ποτέ, μα ποτέ, δεν συμβουλευόμαστε το διαδίκτυο γι' αυτά, αλλά καταφεύγουμε στον παιδίατρό μας.

Να είστε όλοι καλά και... Υγιαίνετε.



Πρωτοποριακή επέμβαση 30 ωρών

Επέμβαση-σταθμό για τα ελλαδικά και κυπριακά δεδομένα πραγματοποίησε ο Νευροχειρουργός, Δρ Κυριάκος Παρασκευά, στο AMERICAN MEDICAL CENTER



Μια πρωτοποριακή και σπανιότατη επέμβαση-σταθμό για τα ελλαδικά και κυπριακά δεδομένα πραγματοποίησε ο Νευροχειρουργός Δρ Κυριάκος Παρασκευά μαζί με την ομάδα του, στο AMERICAN MEDICAL CENTER.

Πρόκειται για πολύωρη επέμβαση, διάρκειας 30 ωρών, ίσως από τις δυσκολότερες που έχουν καταγραφεί, λόγω του ότι η αποτελείτο από πολλαπλά στάδια, όπως η νευροχειρουργική αποσυμπίεση του νωτιαίου μυελού, λήψη αγγειομένου μοσχεύματος, η μετάθεση του μοσχεύματος, η αναστόμωση του μοσχεύματος (εκπλήρωση μεταμόσχευσης), η μακρά διαυκτική σπονδυλοδεσία, η “en bloc” σπονδυλεκτομή παθολογικών καταγόντων σπονδύλων (vertebral column resection), η προστασία κλάδων αρτηρίας και η ανάταξη της κυφώσεως με ειδικούς χειρισμούς.

Η εν λόγω επέμβαση αφορούσε μια ιδιαίτερα τεχνικά δύσκολη μεταμόσχευση στην περιοχή της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, μετά από σοβαρού βαθμού γωνιώδη κύφωση (sharp angular kyphotic deformity) που προκάλεσε στην σπονδυλική στήλη, μία ιδιαίτερη μορφή κακοήθεια του αίματος.

Συγκεκριμένα, η νόσος του «Πολλαπλού Μυελώματος» προκάλεσε μεγάλη παραμορφωτική ανωμαλία στην σπονδυλική στήλη του ασθενούς, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί σοβαρή κύφωση με αρκετές επιπλοκές.

Ως αποτέλεσμα της κυφωτικής παραμόρφωσης, για την ανακατασκευή και διόρθωση αυτής, έπρεπε να αφαι-

ρεθεί μεγάλο μέρος της σπονδυλικής στήλης και να αντικατασταθεί από αυτομόσχευμα, δηλαδή μόσχευμα από οστά του ίδιου του ασθενούς.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση αποφασίστηκε όπως χρησιμοποιηθεί μέρος της δεξιάς περόνης του ασθενούς (μόσχευμα 10 εκατοστών), της οποίας η αφαίρεση μέρους της και στη συνέχεια η μεταμόσχευση / μεταφορά της στη σπονδυλική στήλη, μέσω της συρραφής των αγγείων της με τα μεσοπλεύρια αγγεία στην οπισθοπνευρωτική περιοχή του αριστερού πνεύμονα (αγγειακής αναστόμωσης – bypass surgery), δεν θα επηρέαζε καθόλου τη βλάβη του ασθενούς. Ουσιαστικά η περόνη του ασθενούς, λαμβάνοντας πλέον αρτηριακή αιμάτωση και δίδοντας φλεβική αποχέτευση στο αρτηριοφλεβικό μεσοπλεύριο δίκτυο της περιοχής του θώρακος, αποτελεί αγγειομένο αυτομόσχευμα με υψηλές πιθανότητες συμβατότητας εντός του διασωματικού ελλείμματος και ελάχιστες πιθανότητες ψευδάρθρωσης, λοίμωξης και μετέπειτα απόρριψης.

Η επιλογή του αυτομοσχεύματος της περόνης (Free Vascularized Fibular Graft Transplantation) και όχι κάποιου συνθετικού υλικού κρίθηκε αναγκαία, καθώς ο οργανισμός του ασθενούς θα απέρριπτε κάποιο ξένο μόσχευμα, όταν σε κατοπινό στάδιο θα πρέπει να υποβληθεί σε επέμβαση μεταμόσχευσης μυελού των οστών, για την αντιμετώπιση του «Πολλαπλού Μυελώματος».

Επίσης, το στάδιο της αρχικής παρασκευής του μοσχεύματος της περόνης μέχρι την τελική οστεοτομία έχει

συγκεκριμένη διάρκεια, στην οποία συνιστάται η παρασκευή και η λήψη αυτού, έως ότου μεταμοσχευθεί στον ασθενή, για να μπορέσει να καλύψει το σημείο του ελλείμματος της σπονδυλεκτομής.

Όπως ανέφερε ο Δρ Κυριάκος Παρασκευά, η συγκεκριμένη πολύωρη επέμβαση διενεργείται μόνο σε 15 με 20 Ιατρικά Κέντρα, παγκοσμίως, περιλαμβανομένης και της Ασίας. Ο λόγος της σπανιότητας της επέμβασης έγκειται στην τεράστια τεχνική δυσκολία ως προς την εκτέλεσή της και στο γεγονός ότι ο χειρουργός πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένος, με άριστη γνώση ανατομικών πεδίων που εμπίπτουν στις ειδικότητες της Νευροχειρουργικής, Μικροχειρουργικής Αγγειακών Αναστομώσεων και Μεταμοσχεύσεων, Αγγειο-καρδιοχειρουργικής, Πλαστικής χειρουργικής, Ορθοπδικής και Πολύπλοκης Χειρουργικής Σπονδυλικής Στήλης, ούτως ώστε να μπορεί να επιτελέσει αυτόνομα την όλη επέμβαση.



Πέραν τούτου, υπερτονίζει ο Εξειδικευμένος Χειρουργός Εγκεφάλου και Σπονδυλικής Στήλης, Δρ Παρασκευά, τα ψυχικά αποθέματα και η φυσική κατάσταση διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στην ομαλή και επιτυχή διεξαγωγή αυτού του είδους των επεμβάσεων.

Ο ασθενής, ανέφερε ο Δρ Παρασκευά, έχει λάβει εξιτήριο από το AMERICAN MEDICAL CENTER και βρίσκεται σε φάση αποκατάστασης, ενώ είναι έτοιμος να προχωρήσει σε περαιτέρω θεραπεία, όσον αφορά την κακοήθεια του αίματος από την οποία πάσχει. Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι μεγίστης σημασίας είναι και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός που έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιεί ο Δρ Παρασκευά, στο AMERICAN MEDICAL CENTER, όπως επίσης και το εξειδικευμένο προσωπικό που του παρέχεται. Μάλιστα, ο ίδιος αναφέρει ότι συνειδητά επιλέγει να παραμένει εκτός ΓεΣΥ και να εκτελεί τα πολύπλοκα χειρουργεία του, με αφοσίωση μόνο στο AMERICAN MEDICAL CENTER, καθώς, όπως εξηγεί, πρόκειται για ένα εξαιρετικό Νοσοκομείο τεράστιων προδιαγραφών και τέτοιου είδους εξειδικευμένα χειρουργεία δεν θα μπορούσαν, κατά την άποψή του, να διενεργηθούν αλλού.

Τέλος, υποδεικνύει ότι, με την προσθήκη αυτών των χειρουργείων στο οπλοστάσιο του Κυπριακού Τομέα Υγείας, οι ασθενείς μπορούν πλέον να λαμβάνουν ανώτατου επιπέδου χειρουργικές υπηρεσίες και στην Κύπρο, χωρίς να γίνεται διασπάθιση δημοσίου χρήματος σε κέντρα του εξωτερικού.



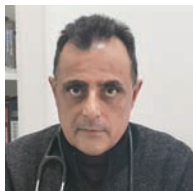
LAX-TAB®

Δισακοδύλη
 Ανακούφιση από τη Δυσκοιλιότητα!



COVID-19 και σακχαρώδης διαβήτης

Τα δεδομένα και οι αναφορές που δημοσιεύθηκαν σε έγκριτα περιοδικά δείχνουν σχετικά αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη από SARS-COV-2, και ιδιαίτερα αυξημένο τον κίνδυνο βαριάς νόσησης, όταν τα άτομα αυτοε-κτεθούν σ' αυτόν



ΔΡ ΠΑΝΙΚΟΣ ΣΑΚΚΑΣ, Γενικός Ιατρός, Προσωπικός Ιατρός

Η σχέση μεταξύ COVID-19 και σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) έχει περιγραφεί ως αλληλεπίδραση μεταξύ δύο πανδημιών, επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η πλέον κοινή, μη μεταδοτική ασθένεια παγκοσμίως και συγχρόνως μία από τις συχνότερες συννοσηρότητες σε ασθενείς με COVID-19, που σήμερα είναι η πλέον σοβαρή πανδημία μεταδοτικής νόσου.

Τα δεδομένα και οι αναφορές που δημοσιεύθηκαν σε έγκριτα περιοδικά δείχνουν σχετικά αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη από SARS-COV-2, και ιδιαίτερα αυξημένο τον κίνδυνο βαριάς νόσησης, όταν τα άτομα αυτοεκτεθούν σ' αυτόν.

Συγκεκριμένα, από διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε Κίνα, Ιταλία, Αμερική φαίνεται ότι ο κίνδυνος σοβαρής νόσησης (διασωλήνωσης) αυξάνεται κατά 60% έως

100% στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και COVID-19, με συνέπεια ο κίνδυνος θνητότητας να είναι τριπλάσιος στους ανθρώπους αυτούς (στη μεγαλύτερη μελέτη στην Κίνα – 72.314 ασθενείς με COVID-19 – φάνηκε ότι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και COVID-19 εμφάνισαν κίνδυνο θνητότητας 7,3% έναντι 2,3% των μη διαβητικών).

Παράγοντες που ευνοούν την εξέλιξη της νόσησης

Για την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα της COVID-19 στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ενοχοποιήθηκαν η αποδιοργάνωση του ανοσοποιητικού συστήματος (λειτουργική και ποσοτική όσον αφορά την έκφραση και έκκριση T λεμφοκυττάρων) που δημιουργεί η υπεργλυκαιμία στους ασθενείς αυτούς, η παρουσία χρόνιων επιπλοκών και συννοσηροτήτων που επιβαρύνουν τη γενικότερη κλινική εικόνα των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και η καταγίδα των κυτταροκινών (αυξημένη φλεγμονή) που είναι χαρακτηριστική στους νοσηλευόμενους με νεοκορωνοϊό διαβητικούς ασθενείς.

Οι φλεγμονώδεις αυτές διεργασίες συμβάλλουν σε αυξημένο κίνδυνο θρομβοπάθειας των αγγείων (αρτηριών και φλεβών), θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας και ηπικτικότητας όπως επίσης και σοβαρής ινσουλινοαντίστασης. Αυτή η ιδιαίτερα αυξημένη παραγωγή και έκκριση φλεγμονωδών κυτταροκινών και

ο κίνδυνος θρομβοπηκτικότητας έχουν σημαντική συμβολή στον μετασχηματισμό της νόσου από απλή, σε σοβαρή και επιλεγμένη νοσηρή κατάσταση.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι, όπως τεκμηριώθηκε σε πρόσφατη ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 22 μελετών, μια σειρά από παράγοντες και καταστάσεις που ευνοούν την εξέλιξη της νόσησης από COVID-19 στους διαβητικούς ασθενείς σε σοβαρή ή και σε θανατηφόρα νόσηση είναι:

- Η ηλικία των ασθενών (ηλικίες μεγαλύτερες των 75 ετών σχετίζονται με κατά 3,49% αυξημένο κίνδυνο σοβαρής νόσησης)
- Το φύλο (οι άντρες έχουν 28% μεγαλύτερο κίνδυνο)
- Η χρόνια νεφρική νόσος (93% μεγαλύτερος κίνδυνος)
- Η αγωγή για διαβήτη (οι ινσουλινοθεραπευόμενοι έχουν 75% μεγαλύτερο κίνδυνο)
- Η προϋπάρχουσα χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια (40% μεγαλύτερος κίνδυνος)
- Το σάκχαρο εισαγωγής για νοσηλεία (σάκχαρο μεγαλύτερο από 200mg% σχετίζεται με 8πλάσιο κίνδυνο μετεξέλιξης της απλής ασθένειας σε νοσηλεία σοβαρής νόσησης).

Διαφορές ανάλογα με τον τύπο του διαβήτη

Επίσης, από πρόσφατη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη στην Αγγλία προκύπτει ότι ο κίνδυνος θνητότητας στους νοσηλευόμενους με COVID-19 διαβητικούς τύπου 1 ήταν 3,5 φορές μεγαλύτερος και των διαβητικών τύπου 2, 3 φορές μεγαλύτερος από αυτόν των μη διαβητικών νοσηλευόμενων με COVID-19. Ο κίνδυνος διασωλήνωσης στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 ήταν 2,4 φορές μεγαλύτερος και σε αυτούς με διαβήτη τύπου 2 ήταν 1,4 φορές μεγαλύτερος (συγκριτικά πάντα με μη διαβητικούς ασθενείς). Τέλος ο κίνδυνος νοσηλείας στους νοσημένους με COVID-19 διαβητικούς τύπου 1 ήταν 4,60 φορές μεγαλύτερος και στους διαβητικούς τύπου 2 ήταν 3,4 φορές μεγαλύτερος αυτού των μη διαβητικών νοσημένων.

Η γλυκαιμική ρύθμιση

Η γλυκαιμική ρύθμιση κατά τη νοσηλεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την επιβίωση του νοσημένου με COVID-19 διαβητικού ασθενούς. Σε μεγάλη κινεζική σειρά 7.300 ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και κορωνοϊό (μέση παρακολούθηση 28 ημέρες) φάνηκε ότι οι ρυθμιζόμενοι

Ο κίνδυνος σοβαρής νόσησης (διασωλήνωσης) αυξάνεται κατά 60% έως 100% στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και COVID-19, με συνέπεια ο κίνδυνος θνητότητας να είναι τριπλάσιος στους ανθρώπους αυτούς





Αναπάντητα ερωτήματα

Τα ερωτήματα βέβαια είναι πολλά και προς το παρόν αναπάντητα. Πόσο συχνό είναι το φαινόμενο της εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη στους ασθενείς με κορωνοϊό;

Είναι αυτός ο διαβήτης που εμφανίζεται διαβήτης τύπου 1, τύπου 2 ή ένας νέος τύπος διαβήτη; Μετά τη νοσηλεία για COVID-19 διατρέχουν οι ασθενείς υψηλό κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη; Αλλάζει η παθοφυσιολογία και την εικόνα της νόσου ο SARS-Cov-2;

Ήδη, παγκόσμια ομάδα εκλεκτών ερευνητών υπό τη σκέπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει οργανώσει και διατρέχει το project ConDIAB που είναι ερευνητική προσπάθεια παγκόσμιας συλλογής πληροφοριών για τους ασθενείς με COVID-19 και σακχαρώδη διαβήτη με στόχο την καταγραφή (φαινότυπος και χαρακτηριστικά) των ασθενών που παρουσίασαν νεοδιαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη ενώ δεν είχαν ιστορικό διαβήτη και είχαν φυσιολογική γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη.

“Ευελπιστούμε έτσι ότι στο προσεχές μέλλον θα έχουμε ισχυρά απαντητικά στοιχεία για τον τύπο και τα χαρακτηριστικά του διαβήτη που εμφανίζεται κατά τη νοσηλεία των ασθενών με COVID-19”.

κατά τη νοσηλεία ασθενείς (σάκχαρο μικρότερο 180mg%) είχαν κατά 86% μικρότερο κίνδυνο να πεθάνουν σε σχέση με τους αρρυθμιστούς κατά τη νοσηλεία διαβητικούς ασθενείς.

Είναι προφανές ότι κατά τη νοσηλεία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και COVID-19 η ινσουλινοθεραπεία είναι η μοναδική ενδεικνυόμενη θεραπευτική επιλογή. Στην ήπια νόσηση (νοσηλεία στο σπίτι), οι αγωνιστές GLP-1 και οι αναστολείς DPP-4 μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν (οδηγίες CDC και ΕΔΕ), ενώ αντενδείκνυται ακόμα και στην ήπια νόσηση η χρήση σουλφονουριδίων, SOLT-2 αναστολέων και μετφορμίνης.

Όμως ειδικά για τη μετφορμίνη υπήρξε πρόσφατη μετα-ανάλυση 5 μελετών (8.121 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη II) που έδειξε ότι η χρήση της (πριν από τη νόσηση) συνδέθηκε με 48% μείωση του κινδύνου θανάτου των νοσηλευμένων για σοβαρή COVID-19.

Τους θεράποντες και ερευνητές εντυπωσίασαν η ιδιαίτερα επιβαρυνόμενη μεταβολική εικόνα και ο αρρυθμιστος διαβήτης των νοσηλευόμενων διαβητικών ασθενών (κυρίως ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2) όπως

Ο κίνδυνος θνητότητας στους νοσηλευόμενους με COVID-19 διαβητικούς τύπου 1 ήταν 3,5 φορές μεγαλύτερος και των διαβητικών τύπου 2, 3 φορές μεγαλύτερος από αυτόν των μη διαβητικών νοσηλευόμενων με COVID-19

επίσης και η εμφάνιση ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη σε νοσηλευόμενους ασθενείς με COVID-19 που δεν ήταν διαβητικοί. Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση 8 μελετών η εκατοστιαία αναλογία νεοδιαγνωσθέντων διαβητικών κατά τη νοσηλεία ασθενών με COVID-19 ήταν 14,4%.

Η σημασία της πρωτεΐνης ACE 2

Τα προαναφερθέντα περιστατικά με πιθανή εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 και σοβαρή απορρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 κατά τη νοσηλεία για

COVID-19, οδηγούν τους ερευνητές να υποθέσουν άμεση τοξική δράση του ιού SARS-COV-2 στα β-κύτταρα του παγκρέατος. Φαίνεται κατά τους ερευνητές, ότι υπάρχει αυξημένη έκφραση της πρωτεΐνης ACE2 στα β-παγκρεατικά κύτταρα. Η πρωτεΐνη αυτή ως γνωστόν συνδέεται με την ακίδα (spike) πρωτεΐνη του SARS-COV-2 και καθιστά δυνατή την είσοδο του κορωνοϊού στα κύτταρα ώστε να επιτελέσει την καταστροφική του δράση στην κυτταρική λειτουργία. Η σημασία της πρωτεΐνης ACE 2 είναι επομένως κομβική για την είσοδο του ιού στα κύτταρα και τη συνεπαγόμενη τοξική του δράση. Η πρωτεΐνη αυτή έχει υψηλή έκφραση στα κύτταρα των πνευμόνων, της καρδιάς, των νεφρών, του λεπτού εντέρου και πιθανόν πλέον και στα παγκρεατικά κύτταρα. Η άμεση τοξική δράση του SARS-COV-2 στα ινσουλινοπαραγωγικά κύτταρα ίσως μπορεί να ερμηνεύσει τη βαριά απορρυθμισμένη εικόνα των νοσηλευόμενων διαβητικών ασθενών (λόγω της ελλειμματικής έκκρισης ινσουλίνης) και τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 στους νοσηλευόμενους για COVID-19 ασθενείς.



Μεταμόσχευση καρδιάς χοίρου σε 57χρονο στις ΗΠΑ

Ιστορική πειραματική επτάωρη επέμβαση πραγματοποιήθηκε από γιατρούς του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Μέριλαντ, στη Βαλτιμόρη

Ένας 57χρονος Αμερικανός, ο Ντέιβιντ Μπένετ, είναι ο πρώτος άνθρωπος στον κόσμο, στον οποίο πραγματοποιήθηκε μεταμόσχευση καρδιάς ενός γενετικά τροποποιημένου χοίρου. Η κατάσταση του ασθενούς -τουλάχιστον τις πρώτες ημέρες κατά τις οποίες υπήρχε έντονη ενθέρωση- ήταν καλή μετά την πειραματική επτάωρη επέμβαση, που πραγματοποιήθηκε από γιατρούς του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Μέριλαντ, στη Βαλτιμόρη. Το μόσχευμα από χοίρο ήταν η τελευταία ελπίδα για να σωθεί η ζωή του άνδρα, αν και ακόμη δεν είναι σαφές ποιο θεωρείται ότι είναι πλέον το προσδόκιμο ζωής του. Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) των ΗΠΑ χορήγησε ειδική άδεια για τη διενέργεια της πρωτοποριακής μεταμόσχευσης με το σκεπτικό ότι αλλιώς ο ασθενής θα είχε πεθάνει.

Οι γιατροί του, με επικεφαλής τον καθηγητή Μπάρτλεϊ Γκρίφιθ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Μέριλαντ, ευελπιστούν ότι άνοιξαν τον δρόμο για νέου είδους μεταμοσχεύσεις που θα σώσουν τις ζωές πολλών ανθρώπων σε όλον τον κόσμο, λόγω της έλλειψης επαρκών ανθρωπίνων οργάνων για μεταμόσχευση. Αρκετοί άνθρωποι σε λίστες αναμονής για μόσχευμα πεθαίνουν κάθε χρόνο, προτού προλάβουν να λάβουν το ζωτικό όργανο που χρειάζονται.

Η λήψη μοσχεύματος από ζώο (ξενομεταμόσχευση), η οποία δοκιμάστηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1980, αποσκοπεί στην κάλυψη της μεγάλης ζήτησης. Ήδη εδώ και δεκαετίες γίνεται μεταμόσχευση βαλβίδων καρδιάς από χοίρους. Πέρσι τον Οκτώβριο έγινε πειραματικά στη Νέα Υόρκη η πρώτη επιτυχής σύνδεση νεφρού χοίρου σε έναν

εγκεφαλικά νεκρό άνθρωπο χωρίς ελπίδα ανάρρωσης. Στην περίπτωση του Μπένετ, ο οποίος έπασχε από σοβαρή καρδιοπάθεια, υπάρχει ελπίδα ότι θα κερδίσει αρκετά χρόνια ζωής, κάτι που πάντως πρέπει να επιβεβαιωθεί.

Ο χοίρος, από τον οποίο ελήφθη η καρδιά, είχε προηγουμένως τροποποιηθεί γενετικά από την αμερικανική εταιρεία βιοτεχνολογίας Revivicor (θυγατρική της United Therapeutics), ώστε να απενεργοποιηθούν ορισμένα γονίδια του, τα οποία μπορεί να είχαν οδηγήσει σε απόρριψη του οργάνου ως ξένου σώματος από τον οργανισμό του ασθενούς. Οι γιατροί δήλωσαν ότι είναι ακόμη νωρίς για να πουν με βεβαιότητα ότι η μεταμόσχευση είναι επιτυχής και ότι η καρδιά του ζώου θα λειτουργήσει στο ανθρώπινο σώμα χωρίς πρόβλημα. Οι επόμενες μέρες και εβδομάδες θεωρούνται κρίσιμες. Μεταμοσχεύσεις βαλβίδων καρδιάς από ζώα και στην Κύπρο Δεν υπάρχει άλλη λύση από το να ακολουθήσουμε την οδό των μεταμοσχεύσεων καρδιάς από γενετικά τροποποιημένους χοίρους, αφού η έλλειψη ανθρωπίνων οργάνων για μεταμόσχευση σε όλον τον κόσμο

είναι τεράστια, δήλωσε στο Κυπριακό Πρακτορείο Ειδήσεων ο Πρόεδρος της Καρδιολογικής Εταιρείας Κύπρου, Δρ Θεόδωρος Χριστοδουλίδης, ο οποίος χαρακτηρίζει «σημαντικό και πρωτοπόρο βήμα» την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς, που επιχειρήθηκε στις ΗΠΑ από γενετικά τροποποιημένο χοίρο.

Ωστόσο, ο Δρ Χριστοδουλίδης τονίζει πως αν και ανοίγει ο δρόμος για νέου είδους μεταμοσχεύσεις, που θα σώσουν τις ζωές πολλών ανθρώπων, εντούτοις ο δρόμος αυτός «είναι πολύ μακρύς» και απέχει πολύ από την έλευση στην καθημερινότητα της πρακτικής της ιατρικής.

Κληθείς από το ΚΥΠΕ να αναφέρει τι σημαίνει για την επιστημονική κοινότητα η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς που διενεργήθηκε από γενετικά τροποποιημένο χοίρο σε 57χρονο Αμερικανό πολίτη, ο Δρ Χριστοδουλίδης είπε πως «είναι σίγουρα ένα πολύ σημαντικό νέο για την επιστημονική κοινότητα», κάνοντας λόγο για κάτι «επανάστατικό», που πρώτη φορά εφαρμόζεται στην καρδιολογία και γενικότερα στη μεταμόσχευση οργάνων.

Προσθέτει πως αν και είναι κάτι που απέχει από το να έρθει στην

καθημερινότητα της πρακτικής της ιατρικής, εντούτοις συμπληρώνει πως «δεν υπάρχει άλλη λύση από το να ακολουθήσουν αυτήν την οδό, γιατί οι μεταμοσχεύσεις, ιδιαίτερα της καρδιάς, αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα για την ιατρική κοινότητα».

Στροφή σε άλλες λύσεις

Όπως αναφέρει, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αυξάνονται όλο και περισσότερο όσο περνούν τα χρόνια, εξηγώντας ότι αυτό συμβαίνει λόγω της αύξησης των ασθενειών, που οδηγούν στην καρδιακή ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με τον Πρόεδρο της Καρδιολογικής Εταιρείας, αρκετοί άνθρωποι, που βρίσκονται σε λίστες αναμονής για μόσχευμα, πεθαίνουν κάθε χρόνο προτού λάβουν το ζωτικό όργανο, που χρειάζονται για να ζήσουν.

Επιπλέον, τονίζει πως «τα μοσχεύματα παγκοσμίως είναι πολύ λίγα», για να συμπληρώσει πως «πρέπει να στραφούμε σίγουρα σε άλλες λύσεις».

«Οι ανάγκες για μεταμοσχεύσεις καρδιάς αυξάνονται συνέχεια και οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια φτάνουν -παρά τις θεραπείες- σε τελικό στάδιο και καταλήγουν να μην έχουν άλλη επιλογή από τη μεταμόσχευση. Υπάρχουν πολλές θεραπείες για την καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά δεν είναι πάντα θεραπευτικές», είπε ο Δρ. Χριστοδουλίδης.

Στις λίστες αναμονής και Κύπριοι πολίτες

Απαντώντας σε ερώτηση, ο Θεόδωρος Χριστοδουλίδης είπε πως πολλοί Κύπριοι συμπολίτες μας βρίσκονται στην αναμονή σε Κέντρα του εξωτερικού, σημειώνοντας μάλιστα πως έχουν «μικρές πιθανότητες να βρουν μόσχευμα», λόγω του μεγάλου αριθμού αναμονής που υπάρχει ανά το παγκόσμιο.

Ερωτηθείς αν είναι η πρώτη φορά που δημιουργείται ξενομεταμόσχευση στον κόσμο ή επιχειρήθηκε και στο παρελθόν, απάντησε ότι σε καρδιά είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται με τον συγκεκριμένο τρόπο μεταμόσχευση, δηλαδή με καρδιά χοίρου

γενετικά τροποποιημένη.

Επικαλούμενος τη βιβλιογραφία, αναφέρει ότι είχε επιχειρηθεί ξανά στο παρελθόν σε ένα παιδιατρικό περιστατικό με καρδιά πιθήκου, η οποία ωστόσο δεν ήταν επιτυχημένη, αφού κράτησε για πολύ λίγες μέρες.

Επιπροσθέτως, αναφέρει ότι για άλλου είδους μεταμοσχεύσεις γίνονται, επίσης, προσπάθειες, ενώ σημειώνει πως αυτό που γίνεται συχνότερα είναι η μεταμόσχευση -όχι συμπαγών οργάνων- αλλά κάποιων κυττάρων από ζώα σε ανθρώπους, για τη θεραπεία κάποιων παθήσεων.

Μεταμοσχεύσεις βαλβίδων καρδιάς από ζώα

Αναφερόμενος στις μεταμοσχεύσεις προσθετικών βαλβίδων καρδιάς από ζωικό υλικό, ο Δρ Χριστοδουλίδης εξήγησε πως είναι κάτι πολύ διαφορετικό και εφαρμόζεται πολλά χρόνια στους καρδιοπαθείς.

Περαιτέρω, εξηγεί ότι δεν μεταμοσχεύεται η ίδια η ζωική βαλβίδα, αλλά φτιάχνονται βαλβίδες από υλικό που λαμβάνεται από καρδιές ζώων και από το περικάρδιο συγκεκριμένα, είτε χοίρων είτε βοοειδών.

Προσθέτει πως το υλικό εκείνο διαμορφώνεται ως μια τεχνητή βαλβίδα, που τοποθετείται χειρουργικά στους ασθενείς.

Κάνει λόγο για «καθιερωμένη πλέον μέθοδο, η οποία, όπως αναφέρει, χρησιμοποιείται πολύ συχνά με μεγάλη επιτυχία, αλλά διαφέρει πάρα πολύ από τη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων».

Αναφορικά με τη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων, σημειώνει πως «γι' αυτήν τη διαδικασία τίθενται και άλλα θέματα, που αφορούν στη συμβατότητα, δηλαδή την πιθανότητα ο ανθρώπινος οργανισμός να απορρίψει τη ζωική καρδιά, να την αναγνωρίσει το ανοσοποιητικό ως ξένο σώμα, να της επιτεθεί και στη συνέχεια να την καταστρέψει».

Όπως σημειώνει, «αυτό δεν συμβαίνει όταν χρησιμοποιείται ζωικό υλικό για βαλβίδες, γιατί δεν είναι ολόκληρο το όργανο», συμπληρώνοντας πως «οι βαλβίδες δεν έχουν αιμάτωση οπότε είναι διαφορετική η κατάσταση».

«Τέτοιες επεμβάσεις», σύμφωνα με τον Δρα Χριστοδουλίδη, «διενεργούνται παντού στον κόσμο και στην Κύπρο και σε καθημερινή βάση».

Τι σημαίνει γενετική τροποποίηση

Ο Πρόεδρος της Καρδιολογικής Εταιρείας Κύπρου αναφέρει στο ΚΥΠΕ πως με τη μέθοδο της γενετικής τροποποίησης τροποποιείται το DNA του ζώου, με στόχο το ανθρωπινό ανοσοποιητικό να μην το αναγνωρίζει ως ξένο και να μην το απορρίψει.

Εξηγεί, επίσης, πως το στοίχημα αυτήν τη στιγμή είναι να μην απορρίψει την καρδιά ο οργανισμός του συγκεκριμένου ατόμου στις ΗΠΑ, ενώ σημειώνει πως «είναι άγνωστο πότε και αν θα απορρίψει την καρδιά ο οργανισμός του».

«Οι πρώτες εβδομάδες θεωρητικά είναι οι πιο σημαντικές για την οξεία απόρριψη», αναφέρει.

Γιατί από χοίρο το μόσχευμα Απαντώντας σε άλλη ερώτηση γιατί το μόσχευμα λήφθηκε από χοίρο, ο Δρ Χριστοδουλίδης εξήγησε πως η καρδιά λήφθηκε από χοίρο, γιατί η ανατομία της είναι πολύ κοντά με την καρδιά του ανθρώπου.

Σε χαμηλά επίπεδα η Κύπρος στη δωρεά οργάνων

Ο Δρ Χριστοδουλίδης σημειώνει, μεταξύ άλλων, πως «η Κύπρος βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα όσον αφορά τη δωρεά οργάνων», αφού, όπως αναφέρει, «εξαρτάται από την απόφαση του οικογενειακού περιβάλλοντος, τη στιγμή που επέρχεται ένας εγκεφαλικός θάνατος συγγενούς του προσώπου».

«Όπως καταλαβαίνετε, δεν είναι το ίδιο εύκολο με το να έχει κάποιος ήδη δηλώσει ή δεν έχει δηλώσει ότι θέλει να γίνει δωρητής οργάνων. Οπότε είναι στην ευχέρεια του οικογενειακού περιβάλλοντος και είναι μια δύσκολη στιγμή για να αποφασιστεί», αναφέρει.

Προσθέτει ακόμα ότι στην Κύπρο η κουλτούρα της δωρεάς οργάνων «είναι ακόμα πίσω» και τονίζει εκ νέου την αναγκαιότητα για δωρεά οργάνων στη χώρα μας.

Καλεί τον κόσμο αν βρεθεί στη δύσκολη θέση να ερωτηθεί για το ενδεχόμενο της δωρεάς οργάνων να είναι θετικός, ώστε να βοηθηθούν άλλοι συμπολίτες του.



REMEDOL FC®

Παρακεταμόλη

Άμεση Αναλγητική & Αντιπυρετική Δράση.
 Ανακουφίζει από τον Πόνο & τον Πυρετό!



Οστεοπόρωση: Αίτια, διάγνωση και θεραπεία

Μία στις 3 γυναίκες και ένας στους 5 άνδρες άνω των 50 θα πάθει ένα οστεοπορωτικό κάταγμα

ΔΡ ΦΩΤΗΣ ΚΟΣΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ,
Ειδικός Ακτινολόγος στο Διαγνωστικό Κέντρο
Alpha Evresis του Ομίλου Βιοϊατρική



Η οστεοπόρωση είναι η συχνότερη πάθηση του μεταβολισμού των οστών. Χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα και διαταραχή της μικρομακροαρχιτεκτονικής της δομής των οστών, με αποτέλεσμα τη μείωση της αντοχής τους, την αυξημένη ευθραυστότητα και τον αυξημένο κίνδυνο κατάγματος.

Αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας, με τεράστιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις και χαρακτηρίζεται ως «η μάστιγα των ασφαλιστικών ταμείων». Είναι χαρακτηριστικό ότι περίπου 1 στις 3 γυναίκες και 1 στους 5 άντρες άνω των 50 ετών θα πάθει ένα οστεοπορωτικό κάταγμα.

Πότε εμφανίζεται και ποιος επηρεάζει

Η οστεοπόρωση εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες, μετά ή και πριν από την εμμηνόπαυση. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, παρατηρείται αυξητική τάση της νόσου και στους άνδρες. Χαμηλή οστική μάζα μπορούν να εμφανίσουν και τα παιδιά, συνεπεία

φαρμακευτικής αγωγής ή/και άλλων νοσημάτων που ενδέχεται να προκαλέσουν την ανάπτυξή της.

Τα προβλήματα που προκαλεί η νόσος επηρεάζουν συνήθως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, κυρίως τους άνω των 65. Σε μικρότερες ηλικίες σχετίζεται με παθολογικές καταστάσεις - κυρίως υπογοναδισμό - και με τη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων.

Η οστεοπόρωση διακρίνεται σε:

- Μετεμμηνοπαυσιακή.
- Γεροντική.
- Δευτεροπαθή.

Αιτίες δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης είναι ο υπερπαραθυρεοειδισμός, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο υπογοναδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός και το σύνδρομο της απορρόφησης.

Δευτεροπαθή οστεοπόρωση μπορεί επίσης να εμφανίσουν ασθενείς με μακροχρόνια λήψη φαρμάκων, όπως τα γλυκοκορτικοειδή, η θυρορμόνη σε δόση μεγαλύτερη της κανονικής για την αντιμετώπιση του υποθυρεοειδισμού, τα αντιεπιληπτικά φάρμακα ή η ηπαρίνη. Υπάρχουν όμως και κάποιοι άλλοι παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο χαμηλής οστικής μάζας,

όπως, ηλικία άνω των 50, πρόωμη εμμηνόπαυση, καθυστερημένη εμμηναρχή, υστερεκτομή, κάπνισμα, καθιστική ζωή, γυναικείο φύλο, κακή διατροφή με χαμηλά γαλακτοκομικά, κατάχρηση αλκοόλ και καφέ, χαμηλό σωματικό βάρος, λευκή φυλή, οικογενειακό ιστορικό.

Η οστεοπόρωση σχετίζεται και με την κληρονομικότητα και για την πρόληψή της ουσιαστικής σημασίας είναι η σωστή διατροφή, η σωματική άσκηση, η αποφυγή αλκοόλ, καφέ και καπνίσματος καθώς και τα γερά οστά κατά την παιδική ηλικία.

Ύπουλη νόσος

Η οστεοπόρωση διαδράμει ασυμπτωματικά με σταδιακή απώλεια της οστικής μάζας και συνήθως δεν παρουσιάζει συμπτώματα έως τη στιγμή που θα συμβεί το πρώτο κάταγμα, συνήθως μετά από έναν ήπιο τραυματισμό.

Περίπου το 40% των καταγμάτων συμβαίνουν στη σπονδυλική στήλη, 20% στα ισχία, 20% στην κερκίδα-καρπούς και 20% στα άλλα οστά. Αν και η οστεοπόρωση θεωρείται πάθηση που προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τους άνδρες με 30% οστεοπορωτικά κάταγματα των ισχίων και 20% των σπονδύλων.

Τα οστεοπορωτικά κάταγματα έχουν αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα με έντονο πόνο, παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης και χειρουργικές επιπλοκές που προκαλούν μακροχρόνια σωματική ανικανότητα, συναισθηματικές διαταραχές και σοβαρή οικονομική επιβάρυνση. Τα δε κάταγματα του ισχίου είναι η σοβαρότερη επιπλοκή της οστεοπόρωσης.

Διάγνωση και θεραπεία

Η διάγνωση της οστεοπόρωσης γίνεται με μέτρηση της οστικής πυκνότητας DEXA στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) και τα ισχία, που είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος και η πλέον αξιόπιστη μέθοδος. Είναι μια εξέταση σύντομη, αναίμακτη με πολύ χαμηλή ακτινοβολία.

Τα αποτελέσματα της εξέτασης είναι ενδεικτικά της κατάστασης του ασθενούς. Για παράδειγμα, εάν οι τιμές της οστικής πυκνότητας κυμαίνονται μεταξύ του -1 και -2,5 η διάγνωση αφορά την οστεοπενία. Η διάγνωση της οστεοπόρωσης αφορά τιμές κάτω του -2,5 ενώ ασθενής με βαριά οστεοπόρωση παρουσιάζει τιμές μικρότερες του -3,5.

Η μέτρηση της οστικής μάζας γίνεται

τόσο για σκοπούς διάγνωσης όσο και για την παρακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής του εξεταζόμενου. Πέραν της μέτρησης της οστικής μάζας, επειδή πολλές άλλες παθήσεις προκαλούν οστεοπόρωση, κρίνεται απαραίτητος και ένας πλήρης εργαστηριακός έλεγχος με αιματολογικές, βιοχημικές και ορμονικές εξετάσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να συστήσει τη διενέργεια υπερήχου στο επίπεδο της πτέρνας και αξονική τομογραφία στο αντιβράχιο.

Ενδείξεις για μέτρηση της οστικής πυκνότητας έχουν γυναίκες άνω των 65 ετών καθώς και γυναίκες μικρότερης ηλικίας με αυξημένο κίνδυνο κατάγματος, λόγω άλλων αιτιών που έχουν αναφερθεί πιο πάνω. Επίσης γυναίκες σε εμμηνόπαυση, με χαμηλό σωματικό βάρος και ιστορικό κατάγματος. Στους άνδρες η μέτρηση της οστικής πυκνότητας γίνεται συνήθως στους άνω των 70, αλλά και σε μικρότερους ηλικιακά, οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο κατάγματος.

Σε μέτρηση της οστικής πυκνότητας υποβάλλονται ακόμη όσοι λαμβάνουν θεραπεία για οστεοπόρωση ή άλλη φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να προκαλέσει οστεοπόρωση.

Αντιμετώπιση της νόσου

Αναλόγως της κατάστασης του ασθενούς, ο γιατρός θα αποφασίσει για τη θεραπεία του:

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση:

- Γίνεται έλεγχος και αντιμετώπιση όλων των παραγόντων αυξημένου κινδύνου για κάταγμα.
- Φροντίζουμε για φυσική άσκηση και επαρκή πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D από τη διατροφή μας, καθώς και αποφυγή των πτώσεων.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση:

- Λήψη ασβεστίου, βιταμίνης D
- Λήψη οιστρογόνων, αντιοιστρογόνων, καλσιτονίνης και διφωσφονικών, πάντα με την υπόδειξη του θεράποντος ιατρού.

Τα κάταγματα ισχίου αντιμετωπίζονται χειρουργικά, ενώ τα κάταγματα σπονδυλικής στήλης συνήθως αντιμετωπίζονται συντηρητικά, με κλινοστατισμό ή περιορισμό των κινήσεων και χρήση κηδεμόνα. Σε κάποιες περιπτώσεις, ωστόσο, κυρίως για περιορισμό του πόνου και αποκατάσταση του σχήματος των σπονδυλικών σωμάτων για αποφυγή της κύφωσης, απαιτείται χειρουργείο το οποίο διενεργείται με σπονδυλοπλαστική ή κυφοπλαστική.



Θηλασμός: Μειώνει τον κίνδυνο καρδιοπαθειών ή εγκεφαλικού στις γυναίκες

Οι γυναίκες που έχουν θηλάσει μωρό είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν καρδιοπάθεια, να πάθουν εγκεφαλικό ή να πεθάνουν από καρδιαγγειακή νόσο, σύμφωνα με μία νέα αυστριακή μελέτη.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον καθηγητή Κλινικής Επιδημιολογίας Πέτερ Βιλάιτ του αυστριακού Ιατρικού Πανεπιστημίου του Ίνσμπρουκ, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο αμερικανικό καρδιολογικό περιοδικό «Journal of American Heart Association», αξιολόγησαν οκτώ έρευνες από διάφορες χώρες, που αφορούσαν συνολικά σχεδόν 1,2 εκατομμύριο γυναίκες, αναλύοντας τη σχέση ανάμεσα στον θηλασμό και στην κατοπινή καρδιαγγειακή υγεία της μητέρας. Το 82% των γυναικών είχαν γεννήσει και θηλάσει κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Η μελέτη (μετα-ανάλυση) βρήκε ότι, σε σχέση με όσες δεν είχαν θηλάσει ποτέ, εκείνες που είχαν θηλάσει είχαν κατά μέσο όρο 11% μικρότερο κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγεια-



κής νόσου. Είχαν, επίσης, 14% μικρότερη πιθανότητα για στεφανιαία νόσο, 12% μικρότερη πιθανότητα εγκεφαλικού και 17% μικρότερο κίνδυνο θανάτου καρδιαγγειακής αιτιολογίας.

Οι γυναίκες που θήλασαν για του-

λάχιστον 12 μήνες στη διάρκεια της ζωής τους είχαν μεγαλύτερη μείωση κινδύνου. Δεν υπήρχε κάποια αξιοσημείωτη διαφορά στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου ανάμεσα σε γυναίκες διαφορετικής ηλικίας.

Τα οφέλη του θηλασμού για την

υγεία τόσο του παιδιού όσο και της μητέρας έχουν αναγνωριστεί εδώ και καιρό. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο αναπνευστικών λοιμώξεων στα παιδιά, καθώς και τον κίνδυνο θανάτου τους από λοιμώδεις νόσους. Επίσης, ο θηλασμός μειώνει την πιθανότητα της μητέρας να εμφανίσει διαβήτη τύπου 2 και καρκίνους των ωοθηκών ή του μαστού. Η νέα μελέτη αναδεικνύει και τα καρδιαγγειακά οφέλη για τις γυναίκες που θήλασαν μωρά.

Ο ΠΟΥ και άλλοι επιστημονικοί φορείς, όπως τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των ΗΠΑ, συνιστούν τον αποκλειστικό θηλασμό των μωρών για τουλάχιστον έξι μήνες μετά τη γέννησή τους, κάτι που, όμως, εκτιμάται ότι συμβαίνει μόνο στο ένα τέταρτο των βρεφών.

Τα οφέλη του θηλασμού για την υγεία τόσο του παιδιού όσο και της μητέρας έχουν αναγνωριστεί εδώ και καιρό, ωστόσο νέα μελέτη αναδεικνύει και τα καρδιαγγειακά οφέλη για τις γυναίκες που θήλασαν μωρά

ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Το κόψιμο του τσιγάρου βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση

Οι ασθενείς με καρκίνο των πνευμόνων που σταματούν το κάπνισμα μετά τη διάγνωση της νόσου τους έχουν σημαντική βελτίωση κατά 29% στην επιβίωσή τους, σε σχέση με όσους συνεχίζουν το τσιγάρο παρά τη διάγνωση, σύμφωνα με μία νέα ιταλική επιστημονική μελέτη.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον δρ Σαβέριο Καΐνι του Ινστιτούτου Ερευνών και Πρόληψης του Καρκίνου στη Φλωρεντία, οι οποίοι έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό Ογκολογίας «Journal of Thoracic Oncology» της Διεθνούς Ένωσης για τη Μελέτη του Καρκίνου των Πνευμόνων, πραγματοποίησαν μία μετά-ανάλυση 21 δημοσιευμέ-

νων ερευνών (έως τον Οκτώβριο του 2021) σχετικά με την επίπτωση που έχει η διακοπή του καπνίσματος μετά τη διάγνωση καρκίνου στους πνεύμονες.

Η μελέτη, η οποία αφορούσε συνολικά περισσότερους από 10.000 ασθενείς, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι ευεργετική σε διαφορετικά είδη καρκίνου των πνευμόνων.

«Η μελέτη μας δείχνει ότι οι θεράποντες γιατροί πρέπει να εκπαιδεύουν τους ασθενείς με καρκίνο των πνευμόνων σχετικά με τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος ακόμη και μετά τη διάγνωση και να τους παρέχουν την αναγκαία υποστήριξη γι' αυτό», δήλωσε ο δρ Καΐνι.

Ο καπνός, σύμφωνα με τους ερευ-



νητές, ενισχύει την ανάπτυξη των όγκων, την επέκτασή τους και τη διασπορά τους, ενώ μειώνει την αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας και άλλης θεραπείας, καθώς

και την ανθεκτικότητα των ασθενών σε αυτές. Επίσης, αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά την αφαίρεση όγκων.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



Η Covid-19 μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρες επιπλοκές στην εγκυμοσύνη

Οι γυναίκες που έχουν Covid-19 προς το τέλος της εγκυμοσύνης τους είναι ευάλωτες και πιθανότερο να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές, σε σχέση με όσες μολύνονται από τον κορωνοϊό σε πιο αρχικά στάδια της κύησης ή με εκείνες που δεν έχουν μολυνθεί, σύμφωνα με μία νέα μεγάλη βρετανική επιστημονική έρευνα. Από την άλλη πλευρά, ο εμβολιασμός κατά του κορωνοϊού προστατεύει τις εγκύους, όπως δείχνει η μελέτη, γι' αυτό οι ερευνητές κάλεσαν τις εγκύους -οι οποίες συχνά διστάζουν- να εμβολιαστούν, όσο γίνεται πιο γρήγορα.

Οι έγκυοι δεν φαίνεται να είναι γενικά πιο επιρρεπείς σε λοίμωξη από κορωνοϊό, σε σχέση με τις μη εγκύους, αλλά κινδυνεύουν περισσότερο από

βαριά Covid-19 εάν μολυνθούν από τον ιό. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι πρόωροι τοκετοί, οι θνησιγένειες και οι θάνατοι νεογέννητων είναι σαφώς συχνότεροι στις γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον κορωνοϊό μέσα σε διάστημα 28 ημερών ή λιγότερων πριν από τη γέννα. Επίσης, το σύνολο των θανάτων των μωρών και η συντριπτική πλειονότητα των σοβαρών επιπλοκών που απαιτούν εισαγωγή σε ΜΕΘ συμβαίνουν σε ανεμβολίαστες εγκύους. Το 77% των κρουσμάτων Covid-19, το 98% των σοβαρών λοιμώξεων Covid-19 που χρειάστηκαν εισαγωγή σε ΜΕΘ, καθώς και όλοι οι θάνατοι μωρών, συνέβησαν σε εγκύους ανεμβολίαστες κατά τη στιγμή της διάγνωσης τους με Covid-19.

Οι ερευνητές των πανεπιστημίων της

Σκωτίας (Εδιμβούργου, Γλασκώβης, Αμπερντίν, Σεντ Άντριους, Στραθκλάιντ) και του Οργανισμού Δημόσιας Υγείας της Σκωτίας, με επικεφαλής τη Δρα Σάρα Στοκ του Ινστιτούτου Usher του Πανεπιστημίου του Εδιμβούργου, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο ιατρικό περιοδικό «Nature Medicine», ανέλυσαν στοιχεία για όλες τις εγκύους στη Σκωτία μεταξύ Μαρτίου 2020 και Οκτωβρίου 2021 (συνολικά 144.546 κυήσεις 130.875 γυναικών). Από την αρχή των εμβολιασμών στη Σκωτία έχουν εντοπιστεί συνολικά σχεδόν 5.000 περιπτώσεις Covid-19 σε εγκύους, από τις οποίες τρεις στις τέσσερις (77%) ήταν ανεμβολίαστες, το 12% είχαν κάνει μόνο μία δόση (ή διαγνώστηκαν με κορωνοϊό σε απόσταση μικρότερη των 14 ημερών από τη δεύτερη δόση), ενώ το 11% ήταν εμβολιασμένες με δύο δόσεις. Η μελέτη ανέλυσε δεδομένα για τους θανάτους μωρών που είχαν συμβεί είτε στη μήτρα μετά από 28 εβδομάδες κύησης είτε κατά τις πρώτες 28 ημέρες μετά τη γέννα. Διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα θανάτου μωρού που είχε γεννηθεί μέσα σε 28 ημέρες από τη μόλυνση της μητέρας του με Covid-19 ήταν περίπου 23 ανά 1.000 τοκετούς, έναντι 6 ανά 1.000 τοκετούς στον γενικό πληθυσμό γυναικών (χωρίς Covid) στη Σκωτία στη διάρκεια της πανδημίας, συνεπώς η πιθανότητα θανάτου του μωρού λόγω επιπλοκών της Covid-19 είναι σχεδόν πενταπλάσια. Όλοι οι θάνατοι μωρών συνέβησαν σε γυναίκες που ήταν ανεμβολίαστες κατά του κορωνοϊού τη στιγμή της λοίμωξής τους.

Επίσης, περίπου το 17% των μωρών που γεννήθηκαν μέσα σε διάστημα 28 ημερών από την εμφάνιση Covid-19 στην έγκυο μητέρα γεννήθηκαν πρόωρα τουλάχιστον τρεις εβδομάδες πριν από την κανονική ημερομηνία τοκετού. Το αντίστοιχο ποσοστό πρόωρων τοκετών στον γενικό πληθυσμό στη Σκωτία είναι 8%, συνεπώς η πιθανότητα πρόωρου μωρού υπερδιπλασιάζεται λόγω λοίμωξης από κορωνοϊό.

Η μελέτη βρήκε, ακόμη, ότι η εισαγωγή στο νοσοκομείο και σε ΜΕΘ ήταν σημαντικά συχνότερη στις εγκύους με Covid-19 που ήταν ανεμβολίαστες τη στιγμή της διάγνωσης τους με κορωνοϊό, σε σχέση με τις εμβολιασμένες εγκύους. Το 98% των γυναικών με Covid-19 στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, οι οποίες χρειάστηκαν εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ήταν ανεμβολίαστες.

Οι ερευνητές τόνισαν ότι, όπως δείχνουν τα στοιχεία, ο εμβολιασμός είναι ασφαλής στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η Δρ Στοκ δήλωσε σχετικά: «Τα δεδομένα μάς επιβεβαιώνουν ότι ο εμβολιασμός κατά την εγκυμοσύνη δεν αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών στην κύηση, όμως η Covid-19 τον αυξάνει. Ο εμβολιασμός κατά της Covid-19 είναι κρίσιμος για να προστατευθούν οι γυναίκες και τα μωρά από επιπλοκές απειλητικές για τη ζωή λόγω του κορωνοϊού, που θα μπορούσαν να αποφευχθούν».

Γι' αυτό, οι ερευνητές ενθάρρυναν τις εγκύους να μη διστάζουν να εμβολιαστούν και με ενισχυτική δόση.

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ



Γονίδιο διπλασιάζει τον κίνδυνο σοβαρής νόσησης

Πολωνοί επιστήμονες βρήκαν ένα γονίδιο για το οποίο λένε πως υπερδιπλασιάζει τον κίνδυνο σοβαρής νόσησης με Covid-19, μια ανακάλυψη για την οποία ελπίζουν

ότι θα βοηθήσει τους γιατρούς να εντοπίζουν τους ανθρώπους που κινδυνεύουν περισσότερο από τη νόσο.

Ενώ η διστακτικότητα με τα εμβόλια είναι ένας μείζων παράγοντας πίσω

από τα υψηλά ποσοστά θανάτων από τον κορωνοϊό στην κεντρική και την ανατολική Ευρώπη, ερευνητές ελπίζουν ότι, αν εντοπίσουν αυτούς που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο, θα τους ενθαρρύνουν να εμβολιαστούν και θα τους δώσουν πρόσβαση σε επιλογές πιο εντατικής θεραπείας σε περίπτωση μόλυνσης.

«Επειτα από περισσότερο από ενάμιση χρόνο δουλειάς, έγινε δυνατό να εντοπίσουμε ένα γονίδιο υπεύθυνο για προδιάθεση σοβαρής νόσησης (από τον κορωνοϊό)», δήλωσε ο Υπουργός Υγείας Άνταμ Νιντζιέλσκι.

«Αυτό σημαίνει πως στο μέλλον θα μπορούμε να εντοπίζουμε ανθρώπους με προδιάθεση να νοσήσουν σοβαρά από την Covid», πρόσθεσε. Οι ερευνητές από το Ιατρικό Πανεπιστήμιο του Μπιαλιστόκ βρήκαν ότι το

γονίδιο είναι ο τέταρτος σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει πόσο σοβαρά θα νοσήσει κάποιος από την Covid-19, μετά την ηλικία, το βάρος και το φύλο. Το γονίδιο είναι παρόν περίπου στο 14% του πολωνικού πληθυσμού, σε σύγκριση με το 8-9% του πληθυσμού στο σύνολο της Ευρώπης και με το 27% του πληθυσμού στην Ινδία, δήλωσε ο Μάρτσιν Μονιούσκο, ο καθηγητής που ήταν επικεφαλής του προγράμματος.

Άλλες μελέτες έχουν δείξει επίσης τη σημασία γενετικών παραγόντων για το πόσο σοβαρά θα νοσήσει κάποιος από την Covid-19.

Το Νοέμβριο, Βρετανοί επιστήμονες δήλωσαν ότι εντόπισαν μια εκδοχή ενός γονιδίου που μπορεί να συνδέεται με διπλάσιο κίνδυνο εξασθένησης των πνευμόνων από την Covid-19.



Κορωνοϊός: Χάνει κατά 90% τη μολυσματικότητά του μετά από 20 λεπτά στον αέρα

Ο κορωνοϊός μπορεί να χάσει έως το 90% της μολυσματικότητάς του και της ικανότητάς του να μολύνει τους ανθρώπους μέσα σε 20 λεπτά από τη στιγμή που βρίσκεται στον αέρα και το μεγαλύτερο μέρος αυτής της απώλειας έχει συμβεί μέσα στα πρώτα πέντε λεπτά, σύμφωνα με εκτιμήσεις Βρετανών επιστημόνων,

οι οποίοι έκαναν προσομοιώσεις της δυνατότητας του ιού να επιβιώνει και να μολύνει, όταν εκπνέεται στον αέρα από έναν φορέα, σε συνδυασμό με τις περιβαλλοντικές συνθήκες, ιδίως την υγρασία.

Η χρήση μάσκας και η τήρηση αποστάσεων, καθώς και ο καλός αερισμός των χώρων, βοηθούν στην αποτροπή της αερογενούς λοίμω-

ξης. “Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της έκθεσης στον ιό είναι όταν κάποιος βρίσκεται κοντά σε κάποιον. Όταν κανείς απομακρύνεται, όχι μόνο το αερόλυμα αραιώνεται, αλλά υπάρχει επίσης λιγότερο μολυσματικός ιός, καθώς αυτός χάνει τη μολυσματικότητα του μέσα σε μερικά λεπτά”, δήλωσε ο επικεφαλής ερευνητής καθηγητής Τζόναθαν Ράινε του Πανεπιστημίου του Μπρίστολ, σύμφωνα με τη βρετανική “Γκάρντιαν”.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι ο κορωνοϊός μπορεί να ανιχνευθεί σε σταγονίδια του αέρα ακόμη και μετά από τρεις ώρες. Όμως η νέα βρετανική έρευνα - που δεν έχει ακόμη δημοσιευθεί - κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πολύ γρήγορα αφού τα σωματίδια που περιέχουν τον ιό, εκβάλλονται από τους πνεύμονες με την αναπνοή, αρχίζουν αφενός να χάνουν υγρασία και αφετέρου να αυξάνουν το pH τους, με αποτέλεσμα ο ιός να δυσκολεύεται ολοένα περισσότερο να μολύνει τα ανθρώπινα κύτταρα. Το πόσο γρήγορα τα λοιμογόνα σωματίδια θα “αφυδατωθούν” και άρα θα χάσουν μεγάλο μέρος της μολυσματικότητάς τους, θα εξαρτη-

θεί σε μεγάλο βαθμό από το πόσο μεγάλη υγρασία υπάρχει στον αέρα του περιβάλλοντος: όσο μεγαλύτερη είναι αυτή, τόσο περισσότερο χρόνο ο κορωνοϊός θα μπορεί να μολύνει.

Όταν στα πειράματα που έγιναν, η υγρασία του αέρα είχε πέσει κάτω από 50%, ο ιός είχε χάσει περίπου τη μισή μολυσματικότητά του μέσα σε μόλις πέντε δευτερόλεπτα, με μια περαιτέρω βραδύτερη απώλεια ενός πρόσθετου 19% μέσα στα επόμενα πέντε λεπτά. Αν όμως η υγρασία βρισκόταν στο 90% (ανάλογη εκείνης π.χ. σε ένα μπάνιο), η μείωση της μολυσματικότητάς του βρέθηκε να είναι πιο αργή, με τα μισά τουλάχιστον σωματίδια (52%) να παραμένουν μολυσματικά μετά από πέντε λεπτά και να πέφτουν στο 10% μετά από 20 λεπτά. Άρα μετά από ένα 20λεπτο ο ιός εκτιμήθηκε ότι χάνει περίπου το 90% της μολυσματικότητάς του.

Πέρα από την υγρασία που παίζει ρόλο-κλειδί, η θερμοκρασία του αέρα δεν φάνηκε να επηρεάζει ιδιαίτερα τη μολυσματικότητα του ιού, αντίθετα με τη διαδεδομένη αντίληψη ότι η μετάδοσή του είναι μικρότερη σε υψηλές θερμοκρασίες.

Διπλάσιοι άνθρωποι μεταδίδουν τον ιό την 5η ημέρα σε σχέση με την 7η

Σχεδόν διπλάσιοι άνθρωποι συνεχίζουν να μεταδίδουν τον κορωνοϊό κατά την πέμπτη ημέρα από τη διάγνωση τους και την αυτο-απομόνωσή τους, σε σχέση με την έβδομη ημέρα. Σχεδόν ο ένας στους τρεις (31%) είναι ακόμη μολυσματικός κατά την πέμπτη ημέρα μετά από το θετικό διαγνωστικό τεστ, έναντι ποσοστού 16% -περίπου ο ένας στους έξι- κατά την έβδομη ημέρα, σύμφωνα με εκτιμήσεις των βρετανικών υγειονομικών Αρχών.

Η μελέτη μοντελοποίησης, που έγινε από την Υπηρεσία Ασφάλειας Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (UKHSA), σύμφωνα με τη βρετανική «Ιντιπέντεντ», εκτιμά, επίσης, ότι μόνο το 5% των ανθρώπων -ο ένας στους 20- είναι ακόμη δυνατό

να μεταδώσει τον κορωνοϊό δέκα ημέρες μετά τη διάγνωση του με τεστ. Ακόμη, συμπέρανε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η μετάδοση του ιού συμβαίνει κατά το αρχικό στάδιο της λοίμωξης και όχι σε προχωρημένο.

Οι ΗΠΑ μείωσαν την περίοδο απομόνωσης από δέκα σε πέντε ημέρες τον προηγούμενο μήνα και η Βρετανία σκέπτεται να κάνει το ίδιο από τις επτά (που είναι σήμερα) στις πέντε ημέρες. Τα νέα ευρήματα δείχνουν, πάντως, ότι μετά την πέμπτη ημέρα από τη διάγνωση του κορωνοϊού, ένας -όχι αμελητέος- αριθμός ανθρώπων μπορεί δυνητικά ακόμη να τον μεταδώσει σε άλλους, εάν δεν τηρεί ο ίδιος -και οι γύρω του- τις δέουσες προφυλάξεις (μάσκα, αποστάσεις κ.ά.).



Προς το παρόν, η βρετανική κυβέρνηση «ζυγίζει» τα επιστημονικά δεδομένα κατά πόσον θα προχωρήσει στη σύντμηση της αυτο-απομόνωσης στις πέντε ημέρες, μετά την προηγούμενη μείωση από τις δέκα ημέρες στις επτά. Η καθηγήτρια Επιδημιολογίας Ιρένε Πέτερσεν του Πανεπιστημιακού Κολεγίου του Λονδίνου (UCL) υποστήριξε ότι «η κυβέρνηση θα πυ-

ροβολήσει μόνη της το πόδι της εάν προχωρήσει σε μείωση στις πέντε ημέρες. Εάν «απελευθερώσει» τους ανθρώπους μετά τις πέντε ημέρες, κερδίζεις ένα ορισμένο ποσοστό εργατικού δυναμικού, αλλά εάν το ένα τρίτο από αυτούς είναι ακόμη μολυσματικό, μπορεί ως συνέπεια να χάσεις έναν μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων».



ZIREX®

Σετιριζίνη

Για Γρήγορη και Μακράς Διαρκείας Ανακούφιση από τις Αλλεργίες!





REMEDOL FC®

Παρακεταμόλη

**Άμεση Αναλγητική
& Αντιπυρετική Δράση.
Ανακουφίζει από
τον Πόνο & τον Πυρετό!**



- Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.
- Δεν είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού.
- Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ ανατρέξτε στο φύλλο Οδηγιών Χρήσης του προϊόντος.



Remedica Ltd

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Τ.Κ. 51706, 3508 Λεμεσός, Κύπρος

Τηλ.: +357 25553000, Φαξ: +357 25390192

Email: info@remedica.com.cy ή DrugSafety@remedica.com.cy

Ιστοσελίδα: www.remedica.eu

LF/0149/2 05.21 (GR)