

Λοίμωξη

Τεύχος 50 Περιοδική Έκδοση

Ιανουάριος 2018

ISSN 1109-4036

Έκδοση - Σύνταξη: Δρ Ι.Θ. Καβαλιώτης, Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος
Τηλ.: 6972 302205, e-mail: kavagrc@gmail.com

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΚΤΗ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΚΤΗ

Το τεύχος αυτό της έκδοσης «Λοίμωξη» είναι το 50^ο. Συμπληρώνει μια πορεία 17 χρόνων. Είναι ακόμη στην εφηβεία του, θα πουν μερικοί. Ίσως. Δεν ξέρω, όμως, αν θα φθάσει σε ώριμες ενήλικες ηλικίες μιας και ο συγγραφέας βαδίζει πλέον και ο ίδιος σε ηλικίες προχωρημένες, στην ατραπό που όλο στενεύει και που κάποια στιγμή καταλήγει στην έξοδο. Και όπως έλεγε ο κορυφαίος των ιεραρχών μας, ο μακαριστός Χριστόδουλος : *«Αν υπάρχει κάτι στη ζωή μας που δεν τιθασεύεται, αυτό είναι η αέναη κίνηση του χρόνου. Το σήμερα γίνεται χθες εν ριπή οφθαλμού, και το αύριο σήμερα και χθες. Και εμείς, θέλοντας και μη, παρασυρόμαστε προς το τέρμα της πορείας μας, παρακολουθώντας τα γεγονότα που περνούν από μπροστά μας χωρίς αναστρέψιμη ελπίδα. Αυτή είναι η μοίρα των θνητών. Και αλλοίμονο σε εκείνους που δεν έχουν ακόμη βρει την απάντηση στο πρόβλημα του θανάτου.»*

Ας πάμε από την αρχή. Γιατί δημιούργησα το έντυπο αυτό; Για να μην υπεισέρχομαι σε λεπτομέρειες, ας πούμε ότι ήταν ένα «συγγραφικό» καπρίτσιο. Έτσι άρχισαν να εκδίδονται οι «φυλλαδίτσες», όπως τις χαρακτήρισε κάποιος συνάδελφος. Οι κριτικές όμως πάντα είναι ευπρόσδεκτες. Όλες. Ανεξάρτητα από αυτό που έλεγε ο Καμύ: «οι άνθρωποι συνήθως σπεύδουν να

ασκήσουν κριτική για να μην κριθούν οι ίδιοι». Η πορεία λοιπόν έδειξε ότι οι φυλλαδίτσες έγιναν αποδεκτές και αγαπήθηκαν από τους συναδέλφους, τους βοήθησαν στο έργο τους (μιας και κύριος σκοπός ήταν η ενημέρωση έγκαιρη, έγκυρη και τεκμηριωμένη, στοχεύοντας κυρίως προς τον ασκούντα παιδίατρο) και απέσπασαν πληθώρα συγχαρητηρίων.

Στα διάφορα τεύχη της έκδοσης αυτής εκτός των άλλων, δημοσιεύθηκαν, συνήθως για πρώτη φορά, γνώμες, απόψεις και προτάσεις του συγγραφέα. Ήταν ας πούμε ένα βήμα έκφρασης ενός γιατρού που ήθελε αυτή την έκφραση να την κάνει ευρύτερα γνωστή στους συναδέλφους. Βλέπετε τα επίσημα περιοδικά δεν είναι πάντα ανοικτά σε όλους και σε όλα. Πολλές από τις προτάσεις αυτές – και ειδικά σε θέματα εμβολίων – υιοθετήθηκαν και εφαρμόστηκαν σε μετέπειτα χρόνο.

Πάντα σε κάθε έκδοση του «Λοίμωξη» υπάρχει και μία ρήση «φιλοσοφική», μια φωτογραφία ή (σπανιότερα) κάποιο ποίημα. Αυτά πιστεύω ότι δίνουν μίαν ανάσα στα ιατρικά κείμενα.

Από τη θέση αυτή ευχαριστώ ακόμη μια φορά για την όλη στήριξη που προσφέρθηκε από τους συναδέλφους και ευελπιστώ να μπορώ να επικοινωνώ μαζί τους όσο αυτό θα μου επιτραπεί.

ΚΑΛΗ ΧΡΟΝΙΑ για το 2018.

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

ΦΑΚΟΙ ΕΠΑΦΗΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ

- Εκατομμύρια άνθρωποι χρησιμοποιούν φακούς επαφής
- Οι φακοί αυτοί ενέχουν κινδύνους και επιπλοκές
- Ακατάλληλοι φακοί προκαλούν επιπεφυκίτιδα ή μικροβιακή κερατίτιδα
- Η επιπεφυκίτιδα δυνατόν να αυτοϊαθεί
- Η μικροβιακή κερατίτιδα προκαλείται από βακτήρια, μύκητες, ιούς
- Κύριο χαρακτηριστικό το έντονο άλγος
- Η κερατίτιδα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στον οφθαλμό, μέχρι και απώλεια όρασης
- Η μικροβιακή κερατίτιδα σχετίζεται με κακή χρήση των φακών, κακή υγιεινή τους, όχι συχνή αλλαγή, έκθεση σε νερό και μη αφαίρεση κατά τον ύπνο
- Όσοι φορούν φακούς επαφής θα πρέπει να τηρούν ορισμένες προφυλάξεις και να εφαρμόζουν τα εξής:
 - πλύσιμο χεριών πριν την εφαρμογή των φακών
 - αφαίρεση φακών κατά τον ύπνο
 - όχι νερό στους φακούς
 - όχι κολύμβηση ή μπάνιο με φακούς επαφής



-καθάρισμα των φακών με ειδικό υγρό κάθε φορά που αφαιρούνται και επαναχρησιμοποιούνται

-αντικατάσταση των φακών συχνά

-ετήσια οφθαλμολογική εξέταση

-άμεση οφθαλμολογική εξέταση (και αφαίρεση φακών) επί πόνου, δυσφορίας, ερυθρότητας ή θόλωσης της όρασης

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΑΝΤΟΧΗ - ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΡΡΙΠΤΟΝΤΑΙ

Μετά 10ετίες χρήσης αντιβιοτικών, κάποια δεδομένα που τα θεωρούσαμε αδιαμφισβήτητα φαίνεται πως δεν ήταν και τόσο σωστά. Ας δούμε 5 γνώσεις, μέχρι τώρα ευρέως αποδεκτές, αλλά σήμερα εντόνως αμφισβητούμενες.

1. Τα αντιβιοτικά ανακαλύφθηκαν τον 20^ο αιώνα. Η πρώτη κλινική χρήση που ήταν αποτελεσματική έγινε με τη σουλφοναμίδη prontosil rubrum, που παρασκευάστηκε το 1931. Ωστόσο, δεν ήταν το πρώτο αντιμικροβιακό που εφευρέθηκε ούτε οι άνθρωποι οι πρώτοι εφευρέτες.

Γενετικές αναλύσεις δείχνουν ότι τα μικρόβια ήταν αυτά που ανακάλυψαν τα αντιβιοτικά αλλά και ανέπτυξαν την αντοχή στα αντιβιοτικά. Πότε; 2-2.5 δισεκατομμύρια χρόνια πριν. Τα βακτήρια εξόντωναν το ένα τα άλλα με αυτά τα όπλα και χρησιμοποιούσαν μηχανισμούς αντοχής για να προστατεύονται από αυτά τα όπλα.

Χιλιετίες πριν εμείς γνωρίσουμε ότι υπάρχουν αντιβιοτικά.

Πρόσφατη ανακάλυψη πολύ βαθιάς σπηλιάς στο Ν. Μεξικό έδειξε γεωλογικό υλικό που δεν είχε έρθει σε επαφή με την επιφάνεια του πλανήτη επί 4 εκατομμύρια χρόνια. Η σπη-

λιά ουδέποτε είχε προσεγγισθεί από άνθρωπο. Οι ερευνητές ανακάλυψαν πλείστα βακτήρια στους τοίχους της σπηλιάς. Κάθε βακτηριακό στέλεχος ήταν ανθεκτικό σε τουλάχιστον ένα σύγχρονο αντιβιοτικό, ορισμένα μάλιστα ήταν πολυανθεκτικά. Η αντοχή δεν αφορούσε μόνο φυσικά αντιβιοτικά αλλά και συνθετικά αντιβιοτικά που ο άνθρωπος τα παρασκεύασε μετά το 1960-1980.

Η ανατροπή της γνώσης αυτής δείχνει ότι σε μια μικροβιακή εξελικτική διαδικασία 2 δισεκατομμυρίων ετών, τα μικρόβια ήδη είχαν ανακαλύψει αντιβιοτικά για καταπολέμηση όποιας βιοχημικής διεργασίας αλλά και ανθεκτικούς μηχανισμούς για να προστατεύουν τις διεργασίες αυτές. Θεωρείται λοιπόν ότι μηχανισμοί αντοχής προς αντιβιοτικά τα οποία δεν έχουν ακόμη ανακαλυφθεί είναι ήδη διαδεδομένοι στη φύση. Η αντοχή είναι αναπόφευκτη.

2. Μη κατάλληλη χρήση αντιβιοτικών προκαλεί ανάπτυξη αντοχής. Η γνώση αυτή επαναλαμβάνεται συχνά με το συμπλήρωμα ότι αν περιορίσουμε την κακή χρήση θα εξαφανισθεί και η αντοχή. Λάθος. Όλοι οι τρόποι χορήγησης αντιβιοτικών (καλοί ή κακοί) προκαλούν την ίδια επιλεκτική πίεση στα μικρόβια. Η διαφορά είναι ότι η μη κατάλληλη χρήση δεν είναι αποτελεσματική, γι αυτό πρέπει να την σταματήσουμε. Αντίθετα, σωστή χρήση οδηγεί σε μείωση νοσηρότητας και θνητότητας. Αυτό είναι και το δίδαγμα της ανατροπής του συγκεκριμένου δεδομένου. Αντοχή υπάρχει και σε κανονική χρήση αντιβιοτικών, αλλά εκεί υπάρχει και όφελος. Αντίθετα, σε μη κανονική χρήση υπάρχει και αντοχή και καθόλου όφελος.

3. Για πρόληψη της αντοχής ο ασθενής πρέπει να λάβει όλες τις δόσεις αντιβιοτικού που του έχει δοθεί, έστω και αν νοιώθει πολύ καλά. Η προέλευση αυτού του μύθου

δεν είναι γνωστή, αλλά φαίνεται να χρονολογείται στην περίοδο του '40. Παρά το ότι αυτό είναι βαθιά ριζωμένο, δεν υπάρχουν δεδομένα που να στηρίζουν την άποψη ότι συνέχιση του αντιβιοτικού πέραν της ύφεσης των συμπτωμάτων μειώνει την ανάπτυξη αντοχής. Αντίθετα, όλο και περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι βραχύτερες θεραπείες είναι πιο πιθανό να μην προκαλούν αντοχή, κάτι που είναι συμβατό και με τις βασικές αρχές της φυσικής επιλογής. Πολλές μελέτες που συγκρίνουν βραχείες και μακρές θεραπείες σε διάφορες οξείες λοιμώξεις δείχνουν τα ίδια σχεδόν αποτελέσματα. Επίσης, όπου αυτό μελετήθηκε, βρέθηκε ότι οι βραχείες θεραπείες δεν οδηγούν σε αύξηση της αντοχής.

Μήπως θα πρέπει λοιπόν η γνώση περί πλήρους και μακράς θεραπείας να αντικατασταθεί από τη φράση «το σύντομο είναι καλύτερο»; Οι γιατροί θα πρέπει να εξατομικεύουν τη διάρκεια της θεραπείας, να καθοδηγούν ανάλογα τον ασθενή και να δεχθούν ότι σε οξείες λοιμώξεις, η παράταση της αντιβίωσης πέραν της λύσεως των συμπτωμάτων δεν ωφελεί και ίσως αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης αντοχής.

4. Όταν αναπτύσσεται αντοχή, συνήθως αυτή είναι συνέπεια νέων μεταλλάξεων στο σημείο της λοίμωξης. Η άποψη στηρίζεται πιθανόν στο ότι η αντοχή κατά τη διάρκεια φυματίωσης (TB) συμβαίνει στο σημείο της λοίμωξης λόγω αυτόματης μετάλλαξης. Όμως η TB έχει ιδιάζοντα χαρακτηριστικά που δεν τα έχουν άλλες οξείες λοιμώξεις. Δεν υπάρχει δεξαμενή της TB στο περιβάλλον και το παθογόνο δεν είναι μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας. Ως εκ τούτου, τυχόν αντοχή θα αναπτυχθεί μόνο στο σημείο της λοίμωξης. Τα σπήλαια της TB περιέχουν πολύ υψηλές πυκνότητες βακίλλων ($> 10^{12}$ per

gram), οι οποίες προδιαθέτουν σε ανάπτυξη αντοχής όταν εφαρμόζεται μονοθεραπεία και αυτό γιατί σε φάρμακα όπως η isoniazid και η rifampin εμφανίζονται συχνά αυτόματες μεταλλάξεις. Αντίθετα, όταν χρησιμοποιούνται τυπικά αντιβιοτικά, αυτά προκαλούν επιλεκτική πίεση στη φυσιολογική βακτηριακή χλωρίδα του ατόμου. Εδώ στις περισσότερες περιπτώσεις η αντοχή δεν αναπτύσσεται στο σημείο της λοίμωξης αλλά μεταξύ των βακτηρίων του εντέρου ή του δέρματος σαν αποτέλεσμα γενετικού διαμοιρασμού προϋπαρχόντων μηχανισμών αντοχής. Το γεγονός ότι η λοίμωξη υποχωρεί με μακρά αγωγή ή με ευρέος φάσματος αντιβιοτικά που ουσιαστικά δεν θα έπρεπε να είναι τέτοιου φάσματος, δεν σημαίνει ότι αποφεύγεται η αντοχή. Αντιθέτως, είναι πιθανόν ότι μετά έκθεση σε αντιβιοτικό, η φυσιολογική χλωρίδα έχει εμπλουτισθεί με στελέχη ανθεκτικά τα οποία κάποια στιγμή μπορεί να προκαλέσουν λοιμώξεις ή να μεταδοθούν σε άλλα άτομα.

5. Τα μικροβιοκτόνα αντιβιοτικά οδηγούν σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και έχουν μικρότερο κίνδυνο για ανάπτυξη αντοχής από ότι τα μικροβιοστατικά αντιβιοτικά. Μια ακόμη ευρέως αποδεκτή άποψη που δεν βασίζεται σε ενδείξεις. Τα μικροβιοστατικά αντιβιοτικά φονεύουν τα μικρόβια, παρά το αντιθέτως παραδεκτό. Απλά απαιτούνται υψηλότερες συγκεντρώσεις. Ο επίσημος ορισμός του μικροβιοκτόνου αντιβιοτικού βασίζεται στο ότι η ελάχιστη μικροβιοκτόνα πυκνότητα (MBC) του φαρμάκου είναι τέσσερις ή και πλέον φορές πάνω από την ελάχιστη ανασταλτική πυκνότητα (MIC) του φαρμάκου.

MIC είναι η συγκέντρωση του φαρμάκου που αναστέλλει τον ορατό πολλαπλασιασμό εντός 24 ωρών (η μικρότερη συγκέντρωση αντιβιοτικού που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη

του μικροοργανισμού in vitro).

MBC είναι η συγκέντρωση του φαρμάκου που οδηγεί σε μείωση κατά 1000 φορές τον πληθυσμό των βακτηρίων εντός 24 ωρών (η ελάχιστη συγκέντρωση του αντιβιοτικού που επιτρέπει την επιβίωση 1/10.000 βακτήρια).

Άρα Βακτηριοκτόνο – Bactericidal (MBC/MIC < 4)
Βακτηριοστατικό- Bacteriostatic (MBC/MIC > 4)

Οι ορισμοί αυτοί φυσικά είναι κατά κάποιον τρόπο αυθαίρετοι, όπως και τα αριθμητικά όρια που έχουν τεθεί.

Κλινικές ενδείξεις που να δείχνουν ότι τα «κτονα» είναι καλύτερα από τα «στατικά» δεν υπάρχουν. Συγκριτικές μελέτες μεταξύ των δύο κατηγοριών δεν δείχνουν σημαντικές διαφορές αποτελεσματικότητας. Θα λέγαμε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα «στατικά» είναι καλύτερα από τα «κτονα» αντιβιοτικά. Άρα δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι τα «κτονα» είναι πιο αποτελεσματικά και δεν προκαλούν αντοχή.

Συμπερασματικά:

- Δεν υπάρχει τέλος στον πόλεμο με τα μικρόβια
- Ποτέ ο άνθρωπος δεν θα κερδίσει αυτόν τον πόλεμο
- Ποτέ δεν θα βρεθεί το κορυφαίο αντιβιοτικό που θα μας απαλλάξει από την εμφάνιση αντοχής
- Η αντοχή είναι αναπόφευκτη
- Ας μην σπαταλούμε τα αντιβιοτικά
- Ας μην τα συνταγογραφούμε σε ιογενείς καταστάσεις
- Να χορηγούμε το φάρμακο με το στενότερο αναγκαίο φάσμα
- Να υπολογίζουμε τη μικρότερη δυνατή διάρκεια θεραπείας
- Να εκτιμούμε την κατάσταση έχοντας κατά νου την πιθανότητα ενωρίτερα διακοπής

του αντιβιοτικού εφόσον ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα

- Η επιλογή του αντιβιοτικού να γίνεται ανάλογα με τις ανάγκες του νοσήματος και όχι με το αν το φάρμακο είναι μικροβιοκτόνο ή μικροβιοστατικό

Drug Resist Update. 2004;7:111

G. Vroni. MIC, MB. 2008

Am J Surg. 2010;199:804

J Clin Pharm Ther. 2010;35:195-200

Clin Infect Dis. 2012;54:621

N Engl J Med. 2013;368:299

Antimicrob Agents Chemother. 2013;57:1756

Antimicrob Agents Chemother. 2014;58:4014

J Antimicrob Chemother. 2015;70:264

Medscape. Antibiotics: 5 Myths Debunked - Oct 20, 2016.

JAMA Intern Med. 2016;176:1254

J Infect Dis. 2016;213:901

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Είναι δεδομένο σήμερα ότι οι λοιμώξεις αποτελούν έναν από τους κυριότερους παράγοντες καρκίνου (15-20%).

Χρόνιες λοιμώξεις με:

- EBV
- HBV, HCV
- HIV- type 1
- HPV
- HHV-8
- HTLV-1
- MCV
- *Helicobacter pylori*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Clonorchis sinensis*
- *Opisthorchis viverrini*
- *Schistosoma haematobium*

Σχετίζονται με διάφορους καρκίνους, όπως:

- Καρκίνο ρινοφάρυγγα
- Λέμφωμα-λευχαιμία
- N. Hodgkin

- Ηπατοκυτταρικό καρκίνο
- Σάρκωμα Kaposi
- Καρκίνο τραχήλου μήτρας
- Καρκίνους πρωκτογεννητικής περιοχής
- Καρκίνο στομάχου
- Χολαγγειοκαρκίνωμα
- Καρκίνο ουροδόχου κύστης

Πλέον των 2.000.000 περιπτώσεων καρκίνου που αποδίδονται σε λοιμώξεις παρουσιάζονται κάθε χρόνο παγκοσμίως.

Απαιτούνται μέτρα για προστασία της δημόσιας υγείας, όπως:

- Εμβολιασμοί
- Ασφαλείς πρακτικές ενέσεων
- Ακόμη πιο ασφαλή μέτρα στις αιμοδοσίες
- Κατάλληλες αντιμικροβιακές αγωγές
- Ασφαλείς πρακτικές σεξ με περιορισμό των σεξουαλικών συντρόφων και με χρήση προφυλακτικών

Ann Glob Health 2014, 80:384-392

American Cancer Association 2017

ΑΠΟΨΕΙΣ

ΑΠΟΨΕΙΣ

Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Θα επανέλθω στο θέμα της υποχρεωτικής ή όχι επιβολής του εμβολιασμού. Η ισχυρή διεθνώς αντιεμβολιαστική κίνηση, η ύπαρξη ανεπιθυμητών ενεργειών - σπάνιων αλλά σοβαρών -, η διαφαινόμενη αντοχή κάποιων παθογόνων στα τρέχοντα εμβόλια, οι μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών για ποικίλους λόγους και ιδιαίτερα για κοινωνικο-οικονομικούς λόγους, όλα αυτά οδήγησαν σε μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης για ορισμένα εμβόλια σε επίπεδα κάτω από εκείνα

που απαιτούνται για εμφάνιση ανοσίας αγέλης. Τα επίπεδα αυτά φυσικά είναι λίγο διαφορετικά για κάθε λοίμωξη, όπου όμως διασπάστηκαν προς τα κάτω δημιουργήθηκαν ευάλωτες ομάδες με αποτέλεσμα την εμφάνιση επιδημιών.

Λόγω των επιδημιών, ορισμένες χώρες (π.χ. Ιταλία, Γαλλία) αποφάσισαν να επιβάλλουν τον υποχρεωτικό εμβολιασμό, τουλάχιστον για τις πιο βασικές λοιμώξεις που απειλούν την παιδική ηλικία. Δεν θα μπορεί να παρακολουθήσουν τα παιδιά σχολείο αν δεν εμβολιασθούν. Προηγήθηκαν κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στην Ευρώπη βέβαια ανακοινώθηκε ότι μετά κάποια χρόνια θα επανακτιμηθεί η απόφαση για να δουν αν θα πρέπει να συνεχιστεί ή όχι το μέτρο.

Αναζωπυρώνεται λοιπόν εκ νέου η διαμάχη γονέων και κράτους που αφορά τη στέρηση της ελεύθερης βούλησης και των ατομικών δικαιωμάτων.

Δεν νομίζω ότι το θέμα θα λυθεί εύκολα. Ήδη συζητείται έντονα μεταξύ των ειδικών το αν θα επιτύχει ένα εμβόλιο κατά του ιού Ebola. Εμβόλιο που απευθύνεται σε λαούς πτωχούς, που στερούνται βασικών στοιχείων υγιεινής, που η μόρφωση τους και οι γνώσεις τους είναι κατώτερες (λόγω των συνθηκών φυσικά) του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Οι λαοί αυτοί θεωρητικά θα έπρεπε να πείθονται πιο εύκολα για ιατρικές παρεμβάσεις που σε τελική ανάλυση είναι προς όφελος τους. Και όμως στις χώρες του Ebola έχουν ξεσπάσει φήμες, ψίθυροι, φόβοι, δεισιδαιμονίες και αντιδράσεις για το εμβόλιο που είναι επί θύραις. Οι ειδικοί φοβούνται ότι η κάλυψη του εμβολίου δεν θα είναι τέτοια που να μπορέσει να αντισταθμίσει το μεγάλο ποσοστό των επιπλοκών της νόσου.

Προσωπικά δεν πιστεύω ότι η λύση είναι

τα αστυνομικά μέτρα. Δεν θα καμφθούν οι όποιες αντιδράσεις με την επιβολή ποινών. Αν δεν πεισθεί ο άλλος, θα αντιδράσει πιο άσχημα ακόμη. Απειλές του τύπου «αν δεν εμβολιάσετε τα παιδιά σας θα πάτε φυλακή» (ναι, το άκουσα σε ομιλία γιατρού, όχι παιδιάτρου, προς το κοινό) είναι αφελείς κορώνες αδαών περί τα εμβόλια γιατρών. Και φυσικά νομικές απειλές κατά όποιων εκφράζουν αιχμές κατά των εμβολίων, επίσης στερούνται σοβαρότητας. Όποιος εκτοξεύει τέτοιες απειλές μάλλον γραφικός κινδυνεύει να θεωρηθεί παρά ειδικός. Βεβαίως δεν μπορούμε να αποδείξουμε εμείς ότι η τάδε ανεπιθύμητη ενέργεια οφείλεται στο εμβόλιο. Ταυτόχρονα όμως, δεν μπορούμε να αποδείξουμε και το ότι δεν οφείλεται στο εμβόλιο. Ποιος άραγε είναι τόσο ειδικός ώστε να αποδείξει είτε το ένα είτε το άλλο; Υπάρχουν ειδικοί φορείς γιαυτό.

Νομίζω ότι η σωστή, επιστημονικά στοιχειοθετημένη, σοβαρή και σταθερή ενημέρωση των γονέων, από ένα γιατρό που έχει πεισθεί και ο ίδιος, είναι αυτή που θα πείσει για την αναγκαιότητα των εμβολίων. Όλα δεν είναι μαύρα, όλα δεν είναι άσπρα. Υπάρχουν και τα γκρίζα. Κάθε παρέμβαση εφαρμόζεται αν προσφέρει. Αν υπάρχουν τρωτά την απομονώνεις.

Τα προβλήματα δημόσιας υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται με παρεμβάσεις που μεγιστοποιούν τα κοινωνικά οφέλη. Κανείς δεν θα υποστήριζε τους εμβολιασμούς εάν υπήρχαν σοβαρές εναλλακτικές λύσεις για την προστασία από μία λοίμωξη ή αν τα επιστημονικά στοιχεία έδειχναν ότι ο κίνδυνος ανεπιθυμητών ενεργειών είναι μεγαλύτερος από την προστασία. Όταν και αν διαφανεί κάτι τέτοιο, η ίδια η επιστημονική κοινότητα θα αντιδράσει κατά του εμβολίου έστω και αν θα υπάρξει πίεση από τη βιομηχανία. Προς το παρόν,

τα δεδομένα δείχνουν ότι τα εμβόλια εξακολουθούν να είναι μία από τις ασφαλέστερες επιλογές για την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων και η απόφαση του γιατρού αλλά και των γονιών θα πρέπει να βασίζεται σε δεδομένα και όχι σε αβάσιμους φόβους. Όχι λοιπόν στην απειλή, ναι στην πειθώ.

ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΖΩΣΤΗΡΑΣ

Νομίζω ότι πρέπει να επιταθεί ο εμβολιασμός κατά της ανεμευλογιάς. Να γίνει προσπάθεια κάλυψης ΟΛΟΥ του πληθυσμού-στόχου. Φυσικά κατ' εξοχήν του παιδικού πληθυσμού. Όλους. Έλληνες, πρόσφυγες, μετανάστες, μειονότητες. Όλους. Έτσι θα επέλθει φραγμός στη νόσο. Θα μειωθεί στο ελάχιστο και η νόσος και η κυκλοφορία του ιού. Η άποψη ότι εμβολιάζοντας κατά της ανεμευλογιάς αυξάνεις την πιθανότητα ζωστήρα έχει καταρριφθεί. Συνεπώς, θα μειωθεί στο αντίστοιχο ελάχιστο και η συχνότητα του έρπητα ζωστήρα. Άρα δεν θα υπάρχει λόγος να εμβολιάζουμε για τον ζωστήρα άτομα σε ηλικίες δύσκολες. Έτσι νομίζω πως με ένα εμβόλιο μειώνονται δύο νοσήματα.

ΜΟΝΟ ΘΕΤΙΚΑ;

Το αρνητικό στην πολιτική ίσως είναι βλαπτικό. Αν όμως μεταφερθεί στην επιστήμη, θα δούμε ότι χρειάζεται. Πολλά περιοδικά δεν δημοσιεύουν εργασίες με αρνητικό αποτέλεσμα. Δηλ. ευρήματα που δεν υποστηρίζουν κάποια υπόθεση. Γιατί όμως; Οι μελέτες αυτές μπορεί να είναι εξίσου σπουδαίες με εκείνες των θετικών ευρημάτων. Πολλές φορές και σπουδαιότερες. Ας μην ξεχνάμε ότι και το αρνητικό μπορεί να οδηγήσει σε θετικές αποφάσεις.

Νομίζω πως διάφορα περιοδικά άρχισαν ήδη να αναθεωρούν την τακτική αυτή και να επιζητούν τέτοιες μελέτες.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΕΙΣ

- Πριν εξετάσετε τον ασθενή ελέγξτε από μακριά 3 πράγματα: εμφάνιση, αναπνοή, κυκλοφορικό. Έτσι θα έχετε μια άμεση αντίληψη της κατάστασης.
 - είναι σε εγρήγορση ή υπναλέος;
 - πως αναπνέει; με ήχους;
 - πως είναι ο αναπνευστικός ρυθμός;
 - χρησιμοποιούνται οι βοηθητικοί μύες;
 - τι χρώμα έχει το δέρμα;
- Παιδί που είναι ξαπλωμένο και δεν κινείται γενικώς στον εξεταστικό χώρο: ή κοιμάται ή είναι πολύ άρρωστο και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.
- Πολλές λοιμώξεις, και ιδιαίτερα τα κρυολογήματα και η γρίπη, αυτοϊώνονται. Απαιτείται πολύ καλή διατροφή, αφθονία υγρών και ανάπαυση.
- Το φαρυγγικό άλγος δεν θέλει υποχρεωτικά φάρμακα. Φυσικά προϊόντα είναι καλύτερα. Σε ένα ποτήρι ζεστό νερό προσθέστε μέλι και λεμόνι και χορηγείστε το όταν το νερό κρυώσει σε θερμοκρασία δωματίου.
- Προσοχή: σε φαρυγγαλγία τα ψυχρά υγρά είναι καλύτερα παρά τα ζεστά-καυτά. Τα τελευταία αυξάνουν το οίδημα και ίσως επιδεινώνουν τον πόνο.
- Ο πυρετός είναι συχνός στα παιδιά λόγω

σχετικής έλλειψης υποδορίου λίπους, μικρότερου μεγέθους σώματος, και μεγαλύτερης σχέσης επιφάνειας σώματος προς βάρος.

- Ο πυρετός βοηθά τα παιδιά να πολεμούν τη λοίμωξη.
- Η εναλλαγή ibuprofen και acetaminophen σε εμπύρετες καταστάσεις υπερτερεί στην αντιμετώπιση πυρετού από ότι η χορήγηση μόνον του ενός φαρμάκου.
- Κάθε αντιβιοτικό καταπολεμά συγκεκριμένα παθογόνα. Εστιάστε τη θεραπεία και μη χορηγείτε εύκολα ευρέος φάσματος αντιβιοτικά.

ΕΝ ΣΥΝΤΟΜΙΑ

- 3 στους 10 (2.1 δις άνθρωποι) στερούνται ασφαλούς, καθαρού πόσιμου νερού στο σπίτι τους.
- 6 στους 10 (4.5 δις άνθρωποι) στερούνται ασφαλών συνθηκών υγιεινής.
- 600 εκατομμύρια άνθρωποι μοιράζονται την τουαλέτα με τους γείτονες.
- 892 εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν καν τουαλέτα και χρησιμοποιούν την ύπαιθρο.
- 361.000 πεθαίνουν κάθε χρόνο από διάρροια.
- 1 στους 4 θανάτους σε παιδιά κάτω των 5 χρονών (1.7 εκατομμύρια θάνατοι το χρόνο) αποδίδεται σε μόλυνση του περιβάλλοντος.
- 570.000 παιδιά κάτω των 5 χρ. πεθαίνουν από λοιμώξεις αναπνευστικού.
- 200.000 παιδιά κάτω των 5 χρ. πεθαίνουν από δηλητηρίαση, πτώσεις και πνιγμούς.
- 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού έχει λανθάνουσα φυματίωση.
- 1.9 εκατομμύρια περίπου το χρόνο πεθαίνουν από φυματίωση.
- 4 εκατομμύρια περίπου το χρόνο στερούνται δυνατότητας εκτίμησης και αντιμετώπισης της φυματίωσης.
- 480.000 άνθρωποι έχουν πολυανθεκτική φυματίωση.
- Η οστρακιά επανήλθε δριμεία στη Βρετανία. Οι περιπτώσεις έφτασαν από 8 σε 27 ανά 100.000.
- 1.3 δισεκατομμύρια τόνοι τροφίμων πετιούνται ή χάνονται γενικώς στον πλανήτη. Η ποσότητα αυτή θα μπορούσε να θρέψει 1 δισεκατομμύριο πεινασμένους ανά τον κόσμο.
- Τρία έως τέσσερα φλυτζάνια καφέ την ημέρα, επιμηκύνουν τη ζωή.
- Αυξημένη συχνότητα άσκησης οδηγεί σε βελτίωση της μνήμης, ειδικά σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα.
- Άτομα με κάταγμα του ισχίου πρέπει να χειρουργούνται εντός 24 ωρών. Έτσι μειώνεται ο κίνδυνος θανάτου, πνευμονίας, καρδιακού επεισοδίου κλπ.
- Καλύτερη αντιμετώπιση της αλλεργικής εποχιακής ρινίτιδας είναι οι ρινικοί ψεκασμοί με στεροειδή. Αυτό σε άτομα 12 χρονών και πάνω.
- Η κουρκουμίνη, διαιτητικό συμπλήρωμα διατροφής, ειδικά στις χώρες της ανατολής, βρέθηκε ότι έχει αντιφλεγμονώδεις και αντικαρκινικές ιδιότητες.
- Ασθενείς με ν. Alzheimer που χρησιμοποιούν βενζοδιαζεπίνες έχουν αυξημένο κίν-

- δυνο θνητότητας κατά 41%.
- Στάσιμη η χρηματοδότηση για ελονοσία, στάσιμοι οι θάνατοι (445.000), αυξημένα κατά 5.000.000 τα περιστατικά από το 2015 στο 2016.
 - Η αρθρίτιδα δεν είναι πλέον μόνο νόσος των ηλικιωμένων αλλά αφορά και νεότερες ηλικίες.
 - Οι νευρολογικές επιπλοκές του ιού Zika οφείλονται σε ανοσιακή διαταραχή.
 - Στην Υεμένη 100 περιπτώσεις διφθερίτιδας και 14 θάνατοι.
 - Ανακλήθηκαν παρτίδες (ΗΠΑ) του φαρμάκου Metformin Hydrochloride Oral Solution λόγω επιμόλυνσης με *Scopulariopsis brevicaulis*. Το φάρμακο χρησιμοποιείται κατά του διαβήτη.
 - Σε κάθε αιμοδοσία αφαιρούνται από τον οργανισμό 200-250 mg σιδήρου. Αυτό είναι καθοδηγητικό για τη συχνότητα των αιμοδοσιών.
 - Οι συχνότερες λοιμώξεις σε άτομα με ουδετεροπενία είναι αυτές στους βλεννογόνους. Ακολουθεί το δέρμα.
 - 1 στα 10 φάρμακα που πωλούνται σε υπό ανάπτυξη χώρες είναι πλαστά ή πλημμελώς παρασκευασμένα. Χιλιάδες παιδιά λαμβάνουν τέτοια φάρμακα και πεθαίνουν από πνευμονία ή ελονοσία.

WHO
CDC
Medscape
MedlinePlus
OUP blog
GHN

Κύριε, φύλαξε μας

- από την ανικανότητα μας να αφήνουμε τους υγιείς στην ησυχία τους
- από τον υπερβολικό ζήλο για κάθε τι καινούργιο και την περιφρόνηση για κάθε τι παλιό
- από το να θέτουμε τη γνώση πριν από τη σοφία και την εξυπνάδα πριν από την κοινή λογική
- από την αντιμετώπιση των ασθενών σαν περιπτώσεων και
- από το να κάνουμε τη θεραπεία μιας νόσου χειρότερη από την ίδια τη νόσο.

Sir Robert Hutchison
1871 - 1960
Παιδίατρος

