



Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Διευθύντρια:
Καθηγήτρια Φ. Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου

Επιστημονική Ημερίδα

Επίκαιρα Θέματα στην Παιδιατρική

Σάββατο
16 Ιανουαρίου 2010

Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Makedonia Palace

Πρόγραμμα & Πρακτικά



Σταθερά Κο Σίχονερα!!!



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

> **CECLOR / ΚΕΦΑΚΛΟΡΗ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:** Το CECLOR® ενδείκνυται στη θεραπεία των ακόλουθων λοιμώξεων, όταν αυτές προκαλούνται από τα αναφερόμενα κατωτέρω στελέχη μικροοργανισμών εφόσον αυτά είναι ευαίσθητα σε αυτό: Λοιμώξεις των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Μέση πυώδης ωτίτιδα: προκαλούμενη από *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Staphylococci* (εξαιρουμένων των στελεχών που είναι ανθεκτικά στη μεθικιλίνη), β-αιμολυτικό *Streptococcus* ομάδας Α και *M. catarrhalis*. Φαρυγγίτιδα και αμυγδαλίτιδα, από β-αιμολυτικό *Streptococcus* ομάδας Α. Παραρρινολοπίτιδα από ευαίσθητα στελέχη *H. influenzae* (β-λακταμάση ±), β-αιμολυτικό *Streptococcus* ομάδας Α, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* και *S. aureus* (β-λακταμάσης ±). Στη χρόνια μορφή απαιτείται συνήθως προσθήκη και ενός άλλου αντιμικροβιακού παράγοντα, δραστήσιου στους ανασερόβιους οργανισμούς. Λοιμώξεις των κατωτέρων αναπνευστικών οδών: Οξεία βρογχίτιδα, και οξείες εξάρσεις χρόνιας βρογχίτιδας που προκαλούνται από *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (β-λακταμάση ±), *H. parainfluenzae*, *M. catarrhalis* (β-λακταμάση ±), *S. aureus*. Πνευμονία σε ασθενείς της κοινότητας που προκαλείται από *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (β-λακταμάση ±) και *M. catarrhalis* (β-λακταμάση ±). Μη επιπελεγμένες λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων της πυελονεφρίτιδας και κυστίτιδας, (με ταυτόχρονη κάλυψη για τα ανασερόβια) που προκαλούνται από *E. coli*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp. Λοιμώξεις του δέρματος και μαλακών μορίων, που προκαλούνται από *Staphylococcus aureus* (β-λακταμάση ±) και β-αιμολυτικών *Streptococcus* ομάδας Α.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Γνωστή υπερευαισθησία στη κεφακλόρη και άλλες κεφαλοσπορίνες καθώς και ιστορικό αναφυλακτικής αντίδρασης στις πενικιλίνες. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:** Αλλεργικές αντιδράσεις (διασταυρούμενη αλλεργία με τις πενικιλίνες 10%). Ναυτία, έμετοι, διάρροιες, επιγαστρικός φόρτος. **ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ:** Η σύγχρονη χορήγηση προβενεσίδης αναστέλλει την απέκκριση του CECLOR® από τους νεφρούς όπως συμβαίνει και με άλλα αντιβιοτικά. Σύγχρονη χορήγηση με τετρακυκλίνες ή χλωραμφενικόλη, έχει ανταγωνιστικό αποτέλεσμα. Όταν χορηγείται σε μεγάλες δόσεις μαζί με άλλα νεφροτοξικά φάρμακα, όπως αμινογλυκοσίδες, αυξάνεται ο κίνδυνος νεφροτοξικότητας.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ: Χορηγείται από του στόματος, με ή χωρίς φαγητό. Ενήλικες: 250 mg κάθε 8 ώρες, διπλασιαζόμενη σε σοβαρές λοιμώξεις. Μέγιστη δόση για τους ενήλικες 4 gr/ημερησίως. Παιδιά: 20-40 mg/kg ημερησίως διαφευγμένη σε τρεις ίσες δόσεις. Στη θεραπεία της μέσης ωτίτιδας και φαρυγγίτιδας, η συνολική ημερήσια δόση μπορεί να διαιρεθεί και να χορηγηθεί ανά 12ωρο. Μέγιστη συνιστώμενη δόση στα παιδιά είναι 1 gr ημερησίως.

ΜΟΡΦΕΣ: Susp 125mg/5ml, 60ml Λ.Τ.: 4,37 Ευρώ, Αρ.Αδ. 40192/1.12.98, Susp 250mg/5ml, 60ml Λ.Τ.: 7,14 Ευρώ, Αρ.Αδ. 40191/1.12.98 Susp 375mg/5ml, 60ml, Λ.Τ.: 9,99 Ευρώ, Αρ.Αδ. 40187/1.12.98 Caps 500mg σε κουτί των 12 Λ.Τ.: 10,64 Ευρώ, Αρ.Αδ. 40193/1.12.98. Τελευταία αναθεώρηση κειμένου Νοέμβριος 1998.

Ποσοστό επιχορήγησης από τα ταμεία: 75 %

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΥ ΑΕΒΕ.

Συμπεριλαμβάνεται στο Εθνικό Συναγολόγιο και χορηγείται με ιατρική συνταγή.



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Με ιδιαίτερη χαρά και τιμή σας καλωσορίζουμε στην **20^η Επιστημονική Ημερίδα “Επίκαιρα θέματα στην Παιδιατρική”** η οποία διοργανώνεται από τη Β΄ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

Η ραγδαία εξέλιξη των γνώσεων σε πολλούς τομείς της Ιατρικής αλλά και της ειδικότητας που υπηρετούμε μας υπαγορεύει τη συμμετοχή μας στη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή σας σε θέματα που σας απασχολούν και προβληματίζουν στην καθημερινή σας πρακτική.

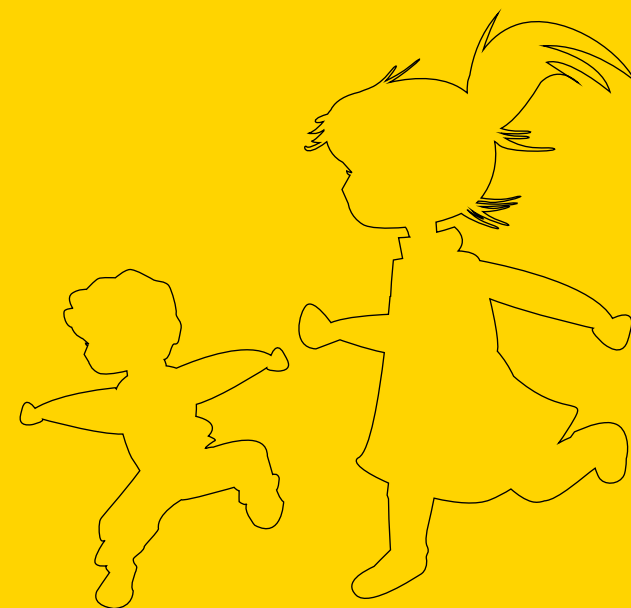
Επειδή θεωρούμε ότι η επιτυχία της ημερίδας μας βασίζεται στην παρουσία σας, προσβλέπουμε στην ενεργή συμμετοχή σας.

Με συναδερφικούς χαιρετισμούς

Φ. Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου

Καθηγήτρια Παιδιατρικής ΑΠΘ

Διευθύντρια Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής



Σημείωση: Σας ενημερώνουμε ότι η ιστοσελίδα της Κλινικής μας είναι:
www.med.auth.gr/depts/bpedclin/gr/index.html

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

09.00

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

09.30 - 10.00

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Φανή Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Διευθύντρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

10.00 - 10.20

ΟΜΙΛΙΑ

Το χρέος μας στα παιδιά. Από το όνειρο στην πραγμάτωση

Φανή Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

10.30 - 11.30

Α' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Ισραέλ Ρούσσο**, Καθηγητής Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Αναιμία στους εφήβους

Θεοδότης Παπαγεωργίου, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.

Εμβολιασμοί στην εφηβική ηλικία

Μαρία Χατζηστυλιανού, Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Εφηβεία και χρόνια νόσημα. Μετάβαση από τον Παιδίατρο στον Παθολόγο

Εμμανουήλ Χατζηπαντελής, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

11.30 - 11.45

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

11.45 - 12.15

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12.15 - 12.45

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Φανή Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου**

«Γονείς & έφηβοι» - Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη

Dr. Θάνος Ε. Ασκητής, Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Παν. Αθηνών,

Πρόεδρος Ινστιτούτου Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας

12.45 - 13.30

Β' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Φανή Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου**

Λοιμώξεις και καρδιαγγειακές επιπλοκές

Ανδρέας Γιαννόπουλος, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Άθληση στα παιδιά. Υπάρχουν περιορισμοί;

Αθανάσιος Τραγιαννίδης, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Παιδική επιληψία: Απαντήσεις στις συχνότερες ερωτήσεις των γονέων

Ευάγγελος Παύλου, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

14.15

ΔΕΞΙΩΣΗ

Α' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Ισραέλ Ρούσσο**, Καθηγητής Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Αναιμία στους εφήβους

Θεοδότης Παπαγεωργίου, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.

Εμβολιασμοί στην εφηβική ηλικία

Μαρία Χατζηστυλιανού, Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Εφηβεία και χρόνια νόσημα. Μετάβαση από τον Παιδίατρο στον Παθολόγο

Εμμανουήλ Χατζηπαντελής, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Αναιμία στους εφήβους

Θεοδότης Παπαγεωργίου
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.

Οι έφηβοι αποτελούν μια ιδιαίτερη ηλικιακή ομάδα. Διάγουν την περίοδο κατά την οποία συμβαίνουν πολλές και σε πολλά επίπεδα σημαντικές μεταβολές. Η μεγάλη ανάπτυξη του σώματος, η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες καθώς και η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως στα κορίτσια, είναι πολλές φορές οι σημαντικότερες αιτίες εμφάνισης σιδηροπενικής αναιμίας.

Ο σίδηρος είναι απαραίτητος σχεδόν σε όλα τα κύτταρα. Η έλλειψή του οδηγεί σε δυσλειτουργία πληθώρα ιστών και ενζυμικών συστημάτων. Υπολογίζεται (third National and Nutrition Examination Survey, NHANES III) ότι στις ΗΠΑ 7,8 εκατομμύρια εφήβων κοριτσιών εμφανίζουν έλλειψη σιδήρου. Από αυτά περίπου 3,3 εκατομμύρια πάσχουν από σιδηροπενική αναιμία³. Στον πίνακα 1, αναγράφονται τα ποσοστά σιδηροπενίας και σιδηροπενικής αναιμίας εφήβων αγοριών και κοριτσιών που δε βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

Πίνακας 1.

Ποσοστά σιδηροπενίας και σιδηροπενικής αναιμίας εφήβων αγοριών και κοριτσιών που δε βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

Φύλο/ ηλικία (χρ.)	Σιδηροπενία	Σιδηροπενική Αναιμία
Κορίτσια		
12-15	9%	2%
16-19	11%	3%
Αγόρια		
12-15	1%	<1%
16-19	<1%	<1%

Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the USA. Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47:1-29.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της σιδηροπενίας είναι πολλές και δύσκολα διακριτές στην καθημερινή κλινική πράξη. Είναι εκδηλώσεις που δύσκολα θα αποδοθούν στην έλλειψη σιδήρου. (πίνακες 2,3)^{1,3,6}.

Πίνακας 2
Πιθανές επιπτώσεις της έλλειψης Σιδήρου

Ελάττωση:	Αύξηση:
της μέγιστης οξυγόνωσης των ιστών	συχνότητας λοιμώξεων
αθλητικής δραστηριότητας	απορρόφησης μολύβδου, καδμίου
αντοχής	επιπλοκών κύησης (προωρότητα ενδομήτρια
ικανότητας για εργασία	καθυστέρηση ανάπτυξης)
ικανότητας για θερμορύθμιση	
ανοσιακής απάντησης	
της σχολικής δραστηριότητας	
επίδραση στη μνήμη, το συναίσθημα και την ψυχοσωματική ανάπτυξη.	

Πίνακας 3
Συμπτώματα Σιδηροπενικής Αναιμίας

Καταβολή	ωχρότητα
Συγκλητική κατάσταση	κοιλονυχία
Ζάλη	στοματίτιδα
Κεφαλαλγία	γλωσσίτιδα
Δύσπνοια	μπλε σκληροί
Εμβοές ότων	ωχροί επιπεφυκοί
Διαταραχές γεύσεις	αλλοτριοφαγία (PICA)
Σύνδρομο άρνησης μέλους.	

Οι έφηβοι εμφανίζουν όχι μόνο επιτάχυνση αλλά και σημαντική αύξηση της σωματικής τους ανάπτυξης. Οι ανάγκες σε σίδηρο είναι πολύ αυξημένες ιδίως στα αγόρια, στα οποία η αύξηση της μυϊκής μάζας, της μυοσφαιρίνης και του όγκου του αίματος είναι σημαντική^{1,7}. Έλλειψη σιδήρου θα παρατηρηθεί στα κορίτσια μετά την εμμηναρχή. Η απώλεια σιδήρου κατά τη διάρκεια της περιόδου είναι συνήθως περί τα 20 mg, ενώ σε μερικές περιπτώσεις η απώλεια μπορεί να φτάσει τα 58 mg. Στην καθημερινή πρακτική για διάφορους λόγους είναι πολύ δύσκολος ο υπολογισμός του απωλεσθέντος αίματος. Τα από του στόματος αντισυλληπτικά ελαττώνουν την απώλεια αίματος ενώ τα μηχανικά μέσα αντισύλληψης μπορούν να προκαλέσουν αύξηση της απώλειας αίματος. Παρά τις αυξημένες ανάγκες πολλοί έφηβοι και κυρίως κορίτσια ακολουθούν διατροφικές συνήθειες τέτοιες που η ολική προσλαμβανόμενη ποσότητα σιδήρου δε ξεπερνά τα 10-11 mg/ημ. και του απορροφούμενου το 1mg/ημ. Υπολογίζεται ότι περίπου το 65% των εφήβων κοριτσιών και μόνο το 17% των αγοριών προσλαμβάνουν την αναγκαία ημερήσια ποσότητα σιδήρου⁶. Διάφορες συνθήκες μπορούν να προκαλέσουν αυξημένες ανάγκες σε σίδηρο (πίνακας 4).

Πίνακας 4
Παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν έλλειψη σιδήρου

Ανεπαρκής πρόσληψη	αυξημένες ανάγκες
-Χορτοφαγία/απόλυτη χορτοφαγία	- έμμηνος ρήση (μεγάλη-μακρά)
- Μακροβιοτική διαίτα	- ταχεία σωματική ανάπτυξη
-Μικρή κατανάλωση τροφών πλούσιων σε σίδηρο και φυλλικό	- εγκυμοσύνη
-Συχνή κατανάλωση πρόχειρου φαγητού	- φλεγμονώδης νόσος του εντέρου
-Παράλειψη γευμάτων	- χρόνια χρήση ασπιρίνης, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών κορτικοστεροειδών.
-Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (οικονομικοί μετανάστες)	- αθλήματα αντοχής
- ειδικά προβλήματα υγείας	- εντατική άθληση
	- συχνή αιμοδοσία
	- παρασιτικές λοιμώξεις

Το κέντρο πρόληψης και ελέγχου των ασθενειών (CDC) των ΗΠΑ θέλοντας να βοηθήσει την πρόληψη της σιδηροπενίας στους εφήβους, συστήνει σε όλα τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας που εμφανίζουν κάποια αιτία για αναιμία, να ελέγχονται τουλάχιστο μία φορά το χρόνο¹. Τα υπόλοιπα κορίτσια να ελέγχονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα. Τα αγόρια της ίδιας ηλικίας συστήνεται να ελέγχονται όταν υπάρχει κάποια αιτία που μπορεί να προκαλέσει αναιμία. Δεν υπάρχει ειδική μεμονωμένη εξέταση που να καθορίζει την ύπαρξη ή όχι της αναιμίας. Η αξιολόγηση των αιματολογικών και βιοχημικών παραμέτρων σε συνδυασμό με την ηλικία θα καθορίσει την ύπαρξη και τη σοβαρότητα της αναιμίας (πίνακας 5). Ο τρόπος λήψης του αίματος επηρεάζει τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Γενικά πρέπει να αποφεύγεται η λήψη τριχοειδικού αίματος ιδίως για εξέταση αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. Αναπροσαρμογή στις τιμές τους πρέπει να γίνεται για άτομα που κατοικούν σε υψόμετρο >3000 μέτρα ή καπνιστές. Για καπνιστές 10-19, 20-39, 40+ τσιγάρων η διόρθωση είναι για την Hb g/dl +0.3, +0.5, +0.7 και για τον Ht % +1.0, +1.5, +2.0 αντίστοιχα.

Πίνακας 5
Τιμές αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη που εκφράζουν αναιμία

Φύλο /ηλικία (xρ)	Hb < gr/dl	Ht < %
Κορίτσια		
12- 14,9	11,8	35,7
15-17,9	12	35,9
18 +	12	35,9
Αγόρια		
12-14,9	12,5	37,3
15-17,9	13,3	39,7
18+	13,5	39,9
Εργαστηριακές Εξετάσεις		τιμή
Φερριτίνη		<15 ng/L
TfR		>8,5mg/L
Κορεσμός τρανσφερίνης		<16%
MCV		<82/85fL
RDW		>14%
Πρωτοπορφυρίνη (FEP)		> 70%

Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the USA. Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47:1-29

Ο προσδιορισμός της συγκέντρωσης των υποδοχέων της τρανσφερίνης (TfR) είναι ένας πρώιμος και αξιόπιστος δείκτης της έλλειψης σιδήρου. Οι υποδοχείς αυξάνουν όταν υπάρχει έλλειψη σιδήρου, ενώ ο αριθμός τους παραμένει φυσιολογικός στις χρόνιες παθήσεις⁸.

Είναι πρόδηλο ότι οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση πολυβιταμινούχων συμπληρωμάτων διατροφής ή σκευασμάτων σιδήρου, καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τα επίπεδα σιδήρου στα παιδιά εφηβικής ηλικίας. Η απορρόφηση του σιδήρου δυσχεραίνεται από την ταυτόχρονη κατανάλωση υγρών όπως γάλα, τσάι, αναψυκτικά. Το ίδιο συμβαίνει αν σε διάστημα λιγότερο από 60 λεπτά από τη λήψη σκευάσματος σιδήρου ληφθούν σκευάσματα τετρακυκλινών, αντιόξινων, ασβεστίου και πολυβιταμινούχων². Το ασβέστιο, το μαγνήσιο και ο φωσφόρος αναστέλλουν την απορρόφηση του σιδήρου. Αντίθετα προστατευτική δράση εμφανίζουν ο χαλκός και ο ψευδάργυρος (πίνακας 8).

Πίνακας 8
Διαιτητικοί παράγοντες που προάγουν ή εμποδίζουν την απορρόφηση Σιδήρου

Αυξάνουν	Εμποδίζουν
Κόκκινο κρέας	Φωσφορικά
Κοτόπουλο	Ασβέστιο
Ψάρι	Τσάι (τανίνες)
Θαλασσινά	Καφές
Γαστρικά υγρά	Αναψυκτικά (ανθρακούχα, κόλα)
Ασκορβικό οξύ	Πρωτεΐνες σόγιας
Μηλικό οξύ (E296)	Υψηλές δόσεις μετάλλων
Κιτρικό οξύ	Δημητριακά

Για την πρόληψη της σιδηροπενίας και της σιδηροπενικής αναιμίας στους εφήβους η προσπάθεια πρέπει να είναι πολυεπίπεδη με εμπλοκή της οικογένειας, του σχολείου και της πολιτείας. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στην κατανόηση από τους ίδιους τους εφήβους για την τεράστια σημασία της σωστής διατροφής. Κορίτσια με μεγάλη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρήσεως ίσως είναι αναγκαίο να λαμβάνουν συχνότερα σκευάσματα σιδήρου.

Η αιμορραγία από το γαστρεντερικό είναι σοβαρή και σχετικά συχνή αιτία αναιμίας στα παιδιά εφηβικής ηλικίας. Τα έλκη του 12δακτύλου παρ' ότι σήμερα δεν είναι τόσο συχνά, εξακολουθούν να αποτελούν αιτία χρόνιας απώλειας αίματος στους εφήβους. Η εμφάνιση βλεννοαιματηρών κενώσεων αποδίδεται συνήθως σε φλεγμονώδη κολίτιδα (Σαλμονέλλα, Καμπυλοβακτηρίδιο, Σιγκέλα, E-coli, Yersinia, και στους ανοσοκατεσταλμένους CMV, HSV, Candida), ελκώδη ή ψευδομεμβρανώδη. Οι κίρσοι οισοφάγου και η αναφυλακτοειδής πορφύρα είναι παθολογικές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία από το ΓΕΣ.

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου που είναι συχνός στους ενήλικες εμφανίζεται στα παιδιά σε συχνότητα από 0.3 – 1.5 /1 000000. Αποτελεί το 1-2% όλων των κακοηθειών στις ηλικίες < 20 χρ. Είναι επιθετικός όγκος και εξαιτίας της καθυστερημένης διάγνωσης, η πρόγνωση είναι φτωχή. Εκδηλώνεται με ανεξήγητη αιμορραγία από το ορθό, κοιλιακά άλγη και γαστρικό φόρτο⁸. Τα συμπτώματα αυτά, που δεν είναι ειδικά σ' αυτήν την ηλικία, αποδίδονται στην ύπαρξη νεοπλασματικής μάζας.

Η εφηβική ηλικία είναι από ιατρικής σκοπιάς μια δύσκολη ηλικία. Είναι η περίοδος κατά την οποία οι έφηβοι αλλάζουν δραματικά. Οι αλλαγές είναι τόσο ψυχολογικές όσο και σωματικές. Τα προβλήματα υγείας αρκετές φορές διαλάθουν της προσοχής ακόμα και έμπειρων γιατρών. Η αντίληψη ότι οι έφηβοι χρειάζονται πολλαπλή καθοδήγηση για σωστή διατροφή και αποφυγή συνηθειών επιβλαβών για την υγεία, πρέπει να γίνει στόχος της οικογένειας, του σχολείου και πολύ περισσότερο της ευρύτερης πολιτείας.

Βιβλιογραφία

- Centers for Disease Control and prevention. Recommendation to prevent and control iron deficiency in the United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1998; 47 [RR -3] 1-29.
- Provan D. Mechanisms and management of iron deficiency anaemia. Br. J. Haematology 1999;105 Suppl 1:19-26.
- Looker AC, Dallman PR, Carrol MD, Gunter EW, Jonson CL. Prevalence of iron deficiency in the United States. JAMA 1997; 277 [12]: 973-976.
- Beard JL. Iron biology in function, muscle metabolism and neuronal functioning. J Nutr 2001; 131 (2S-2): 568S-579S.
- Wharton BA. Iron deficiency in children: detection and prevention. Br J Haematol 1999; 106(2): 270-280
- Cook JD . The measurement of serum transferrin receptor. Am J Med Sci 1999; 318: 269- 276.
- Cook JD. The nutritional assessment of iron status. Arch Latinoam Nutr 1999; 49 [3 suppl]: 11S-14S
- M.S. Sharma, S. Kumar. Childhood colorectal carcinoma: A case series. African Journal of paediatric Surgery 2009; vol 6: issue 1.

Εμβολιασμοί στην εφηβική ηλικία

Μαρία Χατζηπουλιανού

Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Η ευρεία αποδοχή των εμβολιασμών στις ανεπτυγμένες χώρες οδήγησε στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας από λοιμώξεις στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Ο ρόλος των εμβολίων είναι η ενεργοποίηση του ανοσιακού συστήματος του οργανισμού μας με αποτέλεσμα την ανοσιακή απόκριση έναντι των λοιμογόνων παραγόντων που περιέχονται στο εμβόλιο. Με την παραγωγή των αντισωμάτων αφενός και των μνημονικών κυττάρων αφετέρου εξασφαλίζεται ανοσία έναντι των λοιμογόνων αυτών παραγόντων.

Μακροπρόθεσμοι στόχοι των εμβολιασμών είναι ο σημαντικός περιορισμός ή και η πλήρης εξάλειψη λοιμωδών νοσημάτων από την κοινότητα, αλλά και τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την ελάττωση της νοσηρότητας.

Η πλήρης εξάλειψη ενός λοιμώδους νοσήματος, μέσω της εφαρμογής ενός εμβολιαστικού προγράμματος, επιτυγχάνεται εφόσον πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- η λοίμωξη να περιορίζεται στο ανθρώπινο είδος χωρίς ενδιάμεσο ξενιστή,
- οι υπεύθυνοι για την λοίμωξη μικροοργανισμοί να διαθέτουν ένα ή ελάχιστα στελέχη με σταθερές αντιγονικές ιδιότητες,
- ο υπεύθυνος για την λοίμωξη μικροοργανισμός να μην παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στον οργανισμό και
- το εμβόλιο που χρησιμοποιείται να είναι αποτελεσματικό.

Το παρόν των εμβολιασμών στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από τη σχετικά ταχεία αποδοχή νέων εμβολίων και την αναπροσαρμογή του χρονοδιαγράμματος σύμφωνα με τις σύγχρονες γνώσεις και συστάσεις.

Οι εμβολιασμοί δεν πρέπει να σταματούν στην παιδική ηλικία, αλλά να συνεχίζονται και στην εφηβική, είτε με την χορήγηση εμβολίων που η έναρξή τους γίνεται στην ηλικία αυτή είτε με τις επαναληπτικές δόσεις των εμβολίων. Επίσης έφηβοι που δεν εμβολιάστηκαν ή εμβολιάστηκαν ατελώς στη βρεφική, νηπιακή ή παιδική ηλικία, πρέπει να εμβολιαστούν.

Στον Πίνακα 1 φαίνονται τα εμβόλια που συνιστώνται στην εφηβική ηλικία.

Πίνακας 1. Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών για εφήβους

Εμβόλια	11-12 ετών	13-18 ετών
Τετάνου-Διφθερίτιδας-Κοκκύτη	Tdap¹	Tdap²
Πολιομυελίτιδας	IPV¹	IPV²
Ανθρώπινου ιού Papilloma	HPV¹	HPV²
Μηνιγγιτιδοκόκκου	MCV¹	MCV²
Ινφλουέντζας	Influenza (κάθε χρόνο)¹	
Πνευμονιοκόκκου	23 δόναμο εμβόλιο³	
Ηπατίτιδας Α	HepA³	
Ηπατίτιδας Β	HepB³	
Ιλαράς- Ερυθράς- Παρωτίτιδας	MMR³	
Ανεμευλογιάς	Varicella³	

1=συνιστώμενη ηλικία χορήγησης του εμβολίου

2=εμβόλια που δεν χορηγήθηκαν στην κατάλληλη ηλικία

3=εμβόλια για ανεμβολίαστους ή ατελώς εμβολιασμένους εφήβους

Το νέο τετραδύναμο εμβόλιο κατά της Διφθερίτιδας-Τετάνου-ακυτταρικού Κοκκύτη-Πολιομυελίτιδας

(Tdap-IPV) αντικατέστησε το διδύναμο εμβόλιο Διφθερίτιδος-Τετάνου τύπου ενήλικου (Td). Η αντικατάσταση αυτή του διδύναμου εμβολίου με το τετραδύναμο Tdap-IPV τα τελευταία χρόνια κρίθηκε αναγκαία εξαιτίας της αύξησης των κρουσμάτων κοκκύτη στην εφηβική και ενήλικη ζωή σύμφωνα με τελευταίες έρευνες.

Η νόσηση της ομάδας των μεγαλύτερων ατόμων, παρά το βασικό αντικοκκυτικό εμβολιασμό, οφείλεται κυρίως στην παράλειψη της επαναληπτικής 5^{ης} δόσης σε υψηλό ποσοστό στην προσχολική ηλικία, αλλά και στη βαθμιαία μείωση του τίτλου των προστατευτικών αντισωμάτων με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με τελευταίες έρευνες ο κοκκύτης στους εφήβους και ενήλικες μπορεί να προκαλέσει σημαντικό πρόβλημα υγείας και ένα σημαντικό ποσοστό 1,4-7,5% των εφήβων και 3,5-5,7% των ενηλίκων χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία επειδή εμφανίζουν επιπλοκές της νόσου.

Η χορήγηση επαναληπτικής δόσης IPV στην εφηβεία κρίνεται σκόπιμη σε χώρες με αυξημένο κίνδυνο εισαγωγής των φυσικών ιών. Ο επανεμβολιασμός έχει στόχο τη διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου προστασίας στις χώρες που έχει εκριζωθεί η νόσος και έχει διακοπεί η κυκλοφορία του φυσικού ιού.

Η αντιγονική ισχύς για Διφθερίτιδα, Τέτανο και Κοκκύτη του τετραδύναμου εμβολίου Tdap-IPV είναι μειωμένη σε σχέση με τα εμβόλια του βασικού εμβολιασμού της βρεφικής ηλικίας, ενώ το εμβόλιο κατά της πολιομυελίτιδας έχει την ίδια αντιγονική ισχύ. Το εμβόλιο Tdap-IPV παρέχει επαρκή αντισωματική απάντηση έναντι τόσο του κοκκύτη όσο και του τετάνου, της διφθερίτιδας και της πολιομυελίτιδας στους εφήβους.

Η χρήση του εμβολίου Tdap-IPV αντενδείκνυται σε άτομα με γνωστή υπερευαισθησία σε κάποιο από τα συστατικά του εμβολίου.

Τα ανοσοκατεσταλμένα άτομα μπορούν να εμβολιαστούν με το εμβόλιο Tdap-IPV, η αντισωματική απάντηση όμως θα είναι πιθανότατα υποδεέστερη του προσδοκώμενου.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το εμβόλιο Tdap-IPV είναι ήπιες.

Η λοίμωξη με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV αποτελεί την πιο συχνή σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο. Το 1999 επιβεβαιώθηκε ότι στο 99% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας ανιχνεύεται το DNA των ογκογόνων τύπων του ιού. Η παραμονή της λοίμωξης αποτελεί το πρώτο στάδιο για καρκινογένεση. Το εμβόλιο HPV χορηγείται σε κορίτσια προεφηβικής ηλικίας, πριν δηλαδή εκτεθούν στον ιό με την σεξουαλική επαφή, για την πρόληψη των λοιμώξεων από τους ιούς των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Εκτιμάται ότι, αν τα κορίτσια εμβολιαστούν πριν γίνουν σεξουαλικά ενεργά, ο κίνδυνος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θα μειωθεί κατά 85%.

Κυκλοφορούν δύο εμβόλια ένα τετραδύναμο και ένα διδύναμο. Οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι και τα δύο εμβόλια είναι αποτελεσματικά, χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες και εξαιρετικά ανοσογόνα.

Την αρχική ομάδα εμβολιασμού για το εμβόλιο HPV αποτελούν τα κορίτσια, μελετάται όμως το ενδεχόμενο επέκτασης του εμβολιασμού και στα αγόρια.

Βιβλιογραφία

- Centers for disease control and prevention. Prevention and control of influenza. Recommendation of the advisory Committee on immunization practices. ACIP 2008, MMWR 2008; 57:1-60
- Frazer HJ, Cox J, Mayeaux EJ, Fuanco LE, Moscicki AB, Palefski JM et al. Advanced in preventin of Cervical Cancer and other human papillomavirus related diseases. Pediatr Infect Dis J 2006; 25:65-81.
- Italperin AS, Sweet L, Baxendale D, Neatby A, Rykers P et al. How soon after a prior Tetanus Diphtheria vaccination. Can one give adult formulations Tetanus Diphtheria Acellular Pertussis vaccine? Pediatr Infect Dis J 2006; 25: 195-200.
- Lee GM, Lebaron C, Murphy TV, Lett S, Schauer S, Lieu TA. Pertussis in adolescents and adults should we vaccinate? Pediatrics 2005; 115:1675-1684.
- Marlow L, Waller J, Wardle J. Parental attitudes to pre-pubertal HPV vaccination. Vaccine 2007; 25:1945-1952.
- National Vaccine Advisory Committee. Recommended adult immunization scheldule – United States, 2009. MMWR Quick Guide 2009; 57(53):1-4.
- Plotkin S and Mortimer E. Vaccines. 3rd Edition, Saunders Co, London, 2004.
- Rothstein E, Edwards K. Health burden of pertussis in adolescents and adults. Pediatr Infect Dis J 2005; 24 (6 Suppl): S44-S47.

Εφηβεία και χρόνιο νόσημα. Μετάβαση από τον Παιδίατρο στον Παθολόγο

Εμμανουήλ Χατζηπαντελής
Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Εφηβεία – Χρόνιο νόσημα

Με τον όρο **εφηβεία** εννοούμε την εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τη σταδιακή εμφάνιση της ήβης και τελειώνει ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, την κατάκτηση της γνωσιακής λειτουργίας και την πολυπόθητη ανεξαρτησία.

Από τον ορισμό αυτό συμπεραίνεται ότι οι έννοιες ενήβωση και εφηβεία είναι τελείως διαφορετικές και συγκεκριμένα η ενήβωση περιλαμβάνεται στην εφηβεία, είναι μέρος της εφηβείας. Σε αντίθεση με την έναρξη της εφηβείας που είναι βιολογικά σαφής, η διάρκεια της είναι άλλοτε άλλη, καμιά φορά πολύ παρατεταμένη και εξαρτάται από ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες, κοινωνικές τάσεις και πολιτισμικές παραμέτρους. Έτσι, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας θεωρεί **εφηβεία** το διάστημα από 10-19 ετών προκειμένου να περιλάβει πολιτισμικές και διακρατικές διαφορές, ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση επισήμως αναφέρεται στην εφηβεία από την ηλικία των 10 έως 18 ετών.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής ως **χρόνιο νόσημα** ορίζεται η αρρώστια εκείνη που προσβάλλει ένα άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα, κάποιες φορές δια βίου, για την οποία απαιτούνται αυξημένη προσοχή και ιατρική φροντίδα πάνω και πέρα από ό,τι απαιτείται για ένα φυσιολογικό συνομήλικο άτομο. Η συχνότητα των εφήβων που πάσχουν από χρόνιο νόσημα υπολογίζεται στο 10-20% της ηλικίας αυτής. Δηλαδή το χρόνιο νόσημα αφορά ένα διόλου ευκαταφρόνητο αριθμό εφήβων στην Ελλάδα, που υπολογίζεται σε 125-250.000 άτομα. Σύμφωνα με την ΠΟΥ υπολογίζεται ότι το 2020, το χρόνιο νόσημα θα καλύπτει το 60% του συνολικού φάσματος των ασθενειών παγκόσμια.

Τα συχνότερα χρόνια νοσήματα της εφηβικής ηλικίας είναι: άσθμα, σακχαρώδης διαβήτης, κακοήθειες, αιμοσφαιρινοπάθειες, παχυσαρκία-μεταβολικό σύνδρομο, νοσήματα κολλαγόνου, ψυχιατρικές διαταραχές, επιληψία, διαταραχές της διατροφής, HIV/AIDS, χρόνιες φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, μυϊκή δυστροφία. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τις επιπτώσεις του χρόνιου νοσήματος στον έφηβο είναι η ηλικία έναρξης, η επίδραση στην εξωτερική εμφάνιση, η σοβαρότητα και η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις των γονιών.

Η προσέγγιση του εφήβου με το χρόνιο νόσημα πρέπει να γίνεται με διακριτικότητα, κατανόηση, ευαισθησία και συμπάθεια, όπως και σε κάθε άλλο άρρωστο. Η αντιμετώπισή του όμως, έχει κάποιες διαφοροποιήσεις, προκειμένου να υπηρετούνται οι ανάγκες της ιδιαίτερης αυτής ομάδας. Ο έφηβος θέλει και πρέπει να γνωρίζει για το νοσήμα του. Η ενημέρωσή του πρέπει να είναι ανάλογη της ηλικίας του και των ικανοτήτων του. Έχει ανάγκη να γνωρίζει τη θεραπευτική αγωγή και τις επιλογές που υπάρχουν και καλό είναι να συζητούμε και να τον εμπλέκουμε στη λήψη αποφάσεων. Ο έφηβος με το χρόνιο πρόβλημα έχει ανάγκη ενθάρρυνσης να καλλιεργήσει τα ταλέντα του και τα χόμπυ του, να κάνει αθλητισμό, ακόμη και όσοι έχουν σωματικές μειονεξίες, στο βαθμό που είναι εφικτό, φυσικά. Ο παιδίατρος πρέπει κατά το δυνατόν, να προσαρμόζει τις επισκέψεις και την αγωγή ανάλογα με τις σχολικές υποχρεώσεις του εφήβου, η δε επιστροφή στο σχολείο να είναι μέρος της αρχικής ενημέρωσης. Πέρα όμως από την αντιμετώπιση του νοσήματος, ο παιδίατρος πρέπει να μάθει να ανιχνεύει την ψυχολογική διαταραχή που εμφανίζουν ορισμένοι έφηβοι, και να τους παραπέμψει έγκαιρα.

Μετάβαση από τον παιδίατρο στον παθολόγο

Η πρόοδος της Ιατρικής επιστήμης και της βιοτεχνολογίας έχει οδηγήσει στη μακρόχρονη επιβίωση πολλών παιδιών με ειδικές ιατρικές ανάγκες (special health care needs). Οι οικογένειες των ασθενών και οι γιατροί, οι οποίοι ιστορικά είχαν να αντιμετωπίσουν τις οξείες καταστάσεις των νοσημάτων, σήμερα έρχονται αντιμέτωποι μ' ένα διαφορετικό δίλημμα, αυτό της μετάβασης του παιδιού που μεγαλώνει στον πραγματικό κόσμο. Η μετάβαση είναι μια συνέχεια αλλαγών οι οποίες περιλαμβάνουν την μετακίνηση από το νοσοκομείο στο σπίτι, από το σπίτι στο σχολείο, από το σχολείο στη δουλειά, από τη δουλειά στην κοινωνία και από τον παιδίατρο στον παθολόγο. Τα παιδιά και οι έφηβοι με ειδικές ιατρικές ανάγκες (χρόνιο νόσημα) δυσκολεύονται περισσότερο από ότι οι συνομήλικοί τους χωρίς πρόβλημα υγείας να επιτύχουν σε κάποιες μεταβάσεις. Επίσης, έχουν λιγότερες πιθανότητες να αποφοιτήσουν κανονικά από το λύκειο, να σπουδάσουν στο Πανεπιστήμιο, να εργασθούν σε ανταγωνιστικά επαγγέλματα και να ζήσουν ανεξάρτητα.

Από έρευνες που έχουν γίνει διαπιστώθηκε ότι πολλοί από τους νέους με ειδικές ιατρικές ανάγκες έχουν μικρή ή καθόλου εμπειρία στην αντιμετώπιση των ιατρικών τους προβλημάτων, στον προγραμματισμό της ιατρικής τους παρακολούθησης, καθώς και στη συζήτηση της κατάστασής τους. Οι έρευνες αυτές επίσης έδειξαν ότι παρότι οι νέοι με ειδικές ιατρικές ανάγκες θέλουν να σπουδάσουν και να εργασθούν, οι οικογένειές τους δεν έχουν συχνά την ανάλογη βούληση όσον αφορά τη μελλοντική τους εργασία και ανεξαρτησία.

Κάθε μετάβαση αποτελεί μια ευκαιρία για την οικογένεια του παιδιού – εφήβου με ειδικές ιατρικές ανάγκες να εκπαιδευθεί και να αποκτήσει γνώσεις και ικανότητες για την επόμενη μετάβαση. Το Consensus της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας για τη μετάβαση των εφήβων με ειδικές ιατρικές ανάγκες μέσα στο σύστημα υγείας αποφάσισε τη δημιουργία του Ιατρικού σπιτιού (Medical home) ως μία οραματική λύση για την ομαλή μετάβαση των εφήβων αυτών στην ενήλικη ζωή. Στο κάθε ιατρικό σπίτι, που δημιουργείται στην κοινότητα, γιατροί, άλλοι ειδικοί του συστήματος υγείας και οικογένειες πασχόντων συνεργάζονται στενά έτσι ώστε να προσφέρουν προσβάσιμη, συγκεντρωμένη, κατανοητή, ανθρώπινη και αποτελεσματική φροντίδα. Οι οικογένειες των πασχόντων βλέπουν τους παιδίατρος ως πηγή πληροφοριών και υποστήριξης, και τους αντιμετωπίζουν με αμοιβαίο σεβασμό σχεδιάζοντας το μέλλον τους. Τρεις είναι οι κύριες κατευθύνσεις στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον και η εκπαίδευση των παιδίατρων και των οικογενειών: 1) μελλοντικός σχεδιασμός 2) σύνδεση με τις οικογένειες των νέων με ειδικές ιατρικές ανάγκες (και με τους ίδιους τους νέους) και ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών και 3) ανάπτυξη μεθόδων για την ενθάρρυνση του παιδιού/εφήβου/νέου ενήλικα να αποδεχθεί τις ευθύνες της ιατρικής του περιθαλψής.

Κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. περίπου μισό εκατομμύριο παιδιά με ειδικές ιατρικές ανάγκες μεταβαίνουν στην ενήλικη ζωή. Μια γενιά πριν, τα περισσότερα από τα παιδιά αυτά πέθαιναν πριν ενηλικιωθούν, ενώ σήμερα >90% επιβιώνουν στην ενήλικη ζωή. Πολλοί από τους νέους με ειδικές ιατρικές ανάγκες βρίσκουν το δρόμο τους για τη μετάβαση από τις Παιδιατρικές υπηρεσίες υγείας σε αυτές των ενηλίκων. Παρ' όλα αυτά πολλοί έφηβοι και νεαροί ενήλικες με σοβαρά χρόνια προβλήματα υγείας και αναπηρίες, οι οποίες περιορίζουν τις δυνατότητές τους και έχουν σαν αποτέλεσμα πολύπλοκες κοινωνικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές επιπτώσεις, αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες κατά τη μετάβαση αυτή.

Η πολιτική για την αντιμετώπιση των δυσκολιών αυτών εστιάζει σε 3 σημεία : 1) την κατανόηση από τους γιατρούς της ανάγκης μετάβασης από τις παιδιατρικές υπηρεσίες υγείας σε αυτές των ενηλίκων 2) την απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων για τη διαδικασία αυτή και 3) τη γνώση του χρονικού σημείου κατά το οποίο πρέπει να γίνει αυτή η μετάβαση. Η μετάβαση των εφήβων με χρόνιο πρόβλημα υγείας στις ιατρικές υπηρεσίες των ενηλίκων αποτελεί μία δυναμική και μακρόχρονη διαδικασία που έχει σα στόχο την ικανοποίηση των εξατομικευμένων αναγκών του κάθε ασθενούς καθώς διαβαίνει από την εφηβεία στην ενηλικίωση.

Ο παιδίατρος και ο οικογενειακός γιατρός κατέχουν πρωτεύοντα ρόλο στη διαδικασία αυτή, λόγω της συχνής επαφής και των στενών σχέσεων που αναπτύσσουν συχνά με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Το ίδιο ισχύει και για την οργάνωση και το σχεδιασμό χρονικά και λειτουργικά της μετάβασης αυτής, έτσι ώστε οι έφηβοι να αναλάβουν ομαλά τους ενήλικους ρόλους τους.

Σημαντικά βήματα για την επιτυχή μετάβαση στις υπηρεσίες υγείας των ενηλίκων

- Όλοι οι έφηβοι με ειδικές ιατρικές ανάγκες παρακολουθούνται από ένα γιατρό ο οποίος φροντίζει για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της μετάβασης στις υπηρεσίες υγείας ενηλίκων, είναι υπεύθυνος για τις παρούσες ιατρικές ανάγκες και για τον μελλοντικό σχεδιασμό της ιατρικής αντιμετώπισης του ασθενούς. Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με τη συνεργασία του παιδιάτρου με τον παθολόγο και τον νεαρό ασθενή και την οικογένειά του.
- Οι γνώσεις και οι ικανότητες που απαιτούνται για την προσφορά των σωστών ιατρικών υπηρεσιών μετάβασης στους εφήβους με χρόνιο νόσημα θα πρέπει να γίνουν μέρος της εκπαίδευσης των ιατρών που προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Η πλήρης καταγραφή του ιατρικού ιστορικού και η συνεχής ενημέρωσή του, καθώς και η εύκολη πρόσβαση σε αυτό από όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητη για την επιτυχή μετάβαση του ασθενούς.
- Απαραίτητη επίσης είναι η καταγραφή ενός ατομικού σχεδίου μετάβασης του ασθενούς από την ηλικία των 14 ετών. Το σχέδιο αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει τις ιατρικές ανάγκες του ασθενούς, το ποιοι θα τις προσφέρουν και πως θα υποστηρίζονται οικονομικά. Το σχέδιο αυτό θα πρέπει να ενημερώνεται κάθε χρόνο ή/και όποτε κρίνεται αναγκαίο.
- Οι ίδιοι κανόνες θεραπευτικής αντιμετώπισης (guidelines) για την πρωτοβάθμια και την προληπτική ιατρική θα πρέπει να ισχύουν για όλους τους εφήβους και νεαρούς ενήλικες -και γι' αυτούς με χρόνιο νόσημα-, παρ' ότι οι τελευταίοι έχουν μεγαλύτερη και συχνότερη ανάγκη ιατρικής περίθαλψης.
- Όλοι οι έφηβοι με ειδικές ιατρικές ανάγκες θα πρέπει να έχουν συνεχή και ικανοποιητική ασφαλιστική κάλυψη, έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζονται καλύτερα τα πολλές φορές πολύπλοκα ιατρικά τους προβλήματα.

Έφηβος και θαλασσαιμία

Η θαλασσαιμία αποτελεί μία χρόνια κατάσταση η οποία εμφανίζει ένα πλήθος κλινικών και ψυχολογικών επιπτώσεων. Παρ' ότι η πρόοδος στη θεραπεία της θαλασσαιμίας έχουν αυξησει κατά πολύ την επιβίωση των ασθενών αυτών, πολλά προβλήματα μπορούν να προκύψουν κατά τη μετάβασή τους από τις παιδιατρικές υπηρεσίες υγείας σε αυτές των ενηλίκων. Παλαιότερα, λόγω της πτωχής πρόγνωσης η θαλασσαιμία αντιμετωπιζόταν αποκλειστικά από τους παιδίατρους. Σήμερα οι ενήλικοι πάσχοντες αποτελούν το 44% των θαλασσαιμικών στις Η.Π.Α. Η συμμόρφωση με τη θεραπεία αποσιδήρωσης αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα καλής ποιότητας ζωής και αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης. Παρ' όλα αυτά οι ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τους θαλασσαιμικούς ασθενείς, και να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των παιδιών και των ενηλίκων. Υπό το φως των δυσκολιών της μετάβασης του εφήβου με θαλασσαιμία από τον παιδίατρο στον παθολόγο, οι ακόλουθες παροτρύνσεις για τη συνολική αντιμετώπιση της μπορεί να είναι ωφέλιμες.

1) Το Εθνικό σύστημα υγείας θα πρέπει να προσφέρει την κατάλληλη ιατρική φροντίδα στους ενήλικους ασθενείς με την πρόσληψη περισσότερων ειδικών ιατρών και ψυχολόγων, καθώς με τη δημιουργία υποδομών κατάλληλων για ενηλίκους, κατά προτίμηση στα παιδιατρικά κέντρα. Η καλά οργανωμένη επικοινωνία μεταξύ των δυο ιατρικών ομάδων είναι επίσης απαραίτητη. Η επικεντρωμένη στον ασθενή, ευέλικτη, υπεύθυνη, κατανοητή και καλά οργανωμένη μετάβαση θα πρέπει να αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο.

2) Η ψυχολογική αντιμετώπιση του πάσχοντος με τον προγραμματισμό καθορισμένων συναντήσεων (κάθε 3 ή 6 μήνες) με ψυχολόγο, ο οποίος έχει ενημερωθεί από τους γιατρούς για τις ειδικές ανάγκες των ασθενών αυτών κρίνεται απαραίτητη. Ο ρόλος του ψυχολόγου είναι να βοηθήσει τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους, με την συζήτηση και την έκφραση των συναισθημάτων τους για τη νόσο, να τους βοηθήσει να την αποδεχθούν και να αναλάβουν τις ευθύνες τους για τη θεραπεία, να υιοθετήσουν ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής, και να ρυθμίζουν κατά περίπτωση τα προβλήματα που ανακύπτουν.

3) Τέλος, το ιατρικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένο ως προς τις ψυχολογικές επιπτώσεις του ασθενούς με το χρόνιο νόσημα και να είναι διαθέσιμο και πρόθυμο να υποστηρίξει τους ασθενείς αυτούς στη μακρόχρονη διαδικασία της ανάπτυξής τους. Επίσης, η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας θα πρέπει να διαμορφωθεί κατάλληλα, έτσι ώστε ο κάθε ασθενής να παρακολουθείται για όσο μεγαλύτερο διάστημα είναι δυνατόν από έναν ειδικό ιατρό.

Έφηβοι επιζήσαντες από παιδικό καρκίνο

Πριν το 1970, σχεδόν όλα τα παιδιά με καρκίνο κατέληγαν από τη νόσο τους. Σήμερα, μετά τις αλματώδεις προόδους στην αντιμετώπιση και την υποστηρικτική θεραπεία του παιδιού με καρκίνο, η συνολική επιβίωση εκτιμάται στο 79%. Αυτό μεταφράζεται σε 300.000 επιζήσαντες από παιδικό καρκίνο στις Η.Π.Α. και ανάλογους αριθμούς στις υπόλοιπες χώρες του Δυτικού κόσμου. Όσο οι αριθμοί αυτοί συνεχίζουν να αυξάνουν, αυξάνεται παράλληλα και το ποσοστό των παιδιών/εφήβων/ενηλίκων που παρακολουθούνται κυρίως από τους λειτουργούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας.

Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορεί να έχουν ως συνέπειες ένα πλήθος οργανικών και ψυχολογικών επιπλοκών, οι οποίες οδηγούν σε αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Δύο από τους 3 επιζήσαντες από παιδικό καρκίνο θα εμφανίσουν μια τουλάχιστον απώτερη επιπλοκή, η οποία σχετίζεται με τη θεραπεία. Σε 1 στους 4, η επιπλοκή αυτή θα είναι σοβαρή ή επικίνδυνη για τη ζωή του. Για τους λόγους αυτούς απαιτείται η καλά οργανωμένη μακρόχρονη παρακολούθηση των ατόμων αυτών, έτσι ώστε να διαγνωσθούν έγκαιρα και να αντιμετωπισθούν σωστά οι απώτερες επιπλοκές της προηγηθείσας θεραπείας του καρκίνου. Επειδή οι επιπλοκές αυτές είναι ειδικές και σχετίζονται με την ηλικία και το είδος της θεραπείας που έλαβε ο ασθενής, η παρακολούθηση και ο εργαστηριακός έλεγχος θα πρέπει να είναι εξατομικευμένος και να βασίζεται στο ατομικό ιστορικό. Η Παιδιατρική Ογκολογική Ομάδα της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας (Children's Oncology Group, COG) στις Η.Π.Α. έχει εκδώσει συγκεκριμένες οδηγίες για την παρακολούθηση των παιδιών, εφήβων και νεαρών ενηλίκων που επιβίωσαν από παιδικό καρκίνο, έτσι ώστε να βοηθήσει τους ασθενείς και τους γιατρούς, ιδιαίτερα τους παιδίατρους, να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. (COG LTFU, Long-term follow-up guidelines for survivors of Childhood, Adolescent and Young Adult Cancers).

Η ομαλή μετάβαση από τις Παιδιατρικές στις Υπηρεσίες Υγείας ενηλίκων θέτει επιπλέον δυσκολίες στη φροντίδα των «ιαθέντων» από παιδικό καρκίνο, καθώς η ηλικία τους αυξάνεται πέρα από τα παιδιατρικά όρια του συστήματος υγείας. Ο κατάλληλος σχεδιασμός πριν τη μετάβαση αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για την επίτευξη του στόχου αυτού. Η λειτουργία του μοντέλου του Ιατρικού σπιτιού προσφέρει μία ισχυρή δομή για τον σχεδιασμό αυτό, ο οποίος θα πρέπει να καθορίζει τους διακριτούς ρόλους του ασθενούς, της οικογένειας, των ειδικών ιατρών και των ιατρών της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, έτσι ώστε να επιτευχθεί η ομαλή μετάβαση. Οι επιζήσαντες έφηβοι και νεαροί ενήλικες, όταν φύγουν από την παιδιατρική φροντίδα θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τα πιθανά προβλήματα υγείας που θα αντιμετωπίσουν στο μέλλον και να είναι εφοδιασμένοι με ένα κατανοητό ιατρικό πλάνο για την μακρόχρονη παρακολούθησή τους. Τέλος, θα πρέπει να έχουν τις γνώσεις και τις ικανότητες που απαιτούνται για τη συνεχή ενημέρωσή τους, καθώς νέες πληροφορίες και γνώσεις θα προκύπτουν συνέχεια.

Επίλογος

Οι έφηβοι διεκδικούν το δικαίωμα διαχείρισης της υγείας τους και της ατομικότητάς τους στα πλαίσια της υγιούς ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης. Η εφηβική περίοδος – με όλες τις ιδιαιτερότητές της – παρουσιάζει ειδικές δυσκολίες για τα άτομα που ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Συχνά οι λειτουργοί υγείας αισθάνονται ανεπαρκείς για να αντιμετωπίσουν τους εφήβους και απλά τους παραπέμπουν ή ασχολούνται επιφανειακά με τα προβλήματά τους. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τον έφηβο, ο οποίος στο μέλλον θα αποφύγει όσο γίνεται το σύστημα υγείας και ουσιαστικά θα μείνει αβοήθητος και εκτεθειμένος σε κινδύνους. Πρέπει ακόμη να λαμβάνεται υπόψη ότι η εφηβεία είναι μία ηλικία με πολλές δυσκολίες στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων. Η συμμετοχή στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ατόμων με την κατάλληλη γνώση και εμπειρία βοηθά στην ελάττωση των δυσκολιών της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς.

Οι ειδικές υγειονομικές ανάγκες των εφήβων έχουν αναγνωριστεί από τις υπηρεσίες υγείας των ΗΠΑ και την Αυστραλία από τη δεκαετία του 1980, ενώ σημαντικές προσπάθειες γίνονται και σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία, Σουηδία, Ιταλία, Πορτογαλία). Στις ΗΠΑ και την Αυστραλία λειτουργούν Κέντρα Εφηβικής ηλικίας, όπου παρέχεται μεγάλο εύρος κλινικών υπηρεσιών υγείας και εφαρμόζονται προγράμματα ειδικά για εφήβους. Επίσης, σε πολλά νοσοκομεία λειτουργούν τμήματα περίθαλψης εφήβων. Παρόμοιες προσπάθειες έχουν ξεκινήσει εδώ και μερικά χρόνια και στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με την 53η Συνεδρίαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του Π.Ο.Υ. στη Βιέννη το 2003, η κατάσταση της υγείας των εφήβων στις Ευρωπαϊκές χώρες δεν είναι ικανοποιητική. Αυτό έχει σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος και απώλειες σε ανθρώπινο δυναμικό. Η επένδυση στη βελτίωση της υγείας των νεαρών ατόμων αναστέλλει τις επιπλοκές του μέλλοντος και αποτελεί πραγματικό κέρδος για το σύνολο του πληθυσμού. Ο Π.Ο.Υ. προτρέπει όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες να δώσουν προτεραιότητα στην υγεία της εφηβικής ηλικίας. Στη χώρα μας οι έφηβοι αποτελούν το 11% του πληθυσμού (1.300.000 έφηβοι) και ο απόλυτος αριθμός τους παρουσιάζει διαχρονική μείωση (το 1982 οι έφηβοι αποτελούσαν το 14% του πληθυσμού). Όπως είναι γνωστό για τη χώρα μας, ο γηραιότερος πληθυσμός συνεχώς αυξάνεται και η γενιά των τωρινών εφήβων καλείται να τους στηρίξει στο μέλλον. Είναι, λοιπόν, σαφές πως η αφοσίωση και η προσφορά στους εφήβους είναι μία επένδυση – όχι ένα αδικαιολόγητο κόστος.

Βιβλιογραφία

1. Χ.Τζουμάκα-Μπακούλα, Χ.Κανακά-Γαντεβείν, Κ.Καραμολέγκου, Α.Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, Α.Τσίτσικα. Ψυχοκοινωνικές και βιολογικές ιδιαιτερότητες του εφήβου. Ο σύγχρονος ρόλος του παιδίατρου. Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 2005 ; 52(3) : 226-50.
2. CD. G. Olsen, NL Swigonski, Transition to Adulthood : The Important role of the Pediatrician. Pediatrics 2004; 113:159-62.
3. American Academy of Pediatrics, American Academy of family Physicians and American College of Physicians – American society of Internal medicine. A consensus statement on Health Care transitions for young adults with special Health Care needs. Pediatrics 2002; 110: 1304-6.
4. K. Musallam, MD Cappellini, A. Taher. Challenges associated with prolonged survival of patients with thalassemia. Transitioning from childhood to Adulthood. Pediatrics 2008; 121(5) : 1426-29.
5. American Academy of Pediatrics, Childrens Oncology Group. Long term follow-up Care for Pediatric cancer Survivors. Pediatrics 2009; 123(3): 906-15.
6. Α.Τσίτσικα, Γ.Χρούσος. Η υγεία της εφηβικής ηλικίας ως προτεραιότητα της σύγχρονης ιατρικής πραγματικότητας. Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 2005 ; 52(4) : 370-5.

ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Φανή Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου**

«Γονείς & έφηβοι» - Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη

Dr. Θάνος Ε. Ασκητής, Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Παν. Αθηνών,
Πρόεδρος Ινστιτούτου Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας

“Γονείς & έφηβοι” - Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη

Dr. Θάνος Ε. Ασκητής

Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Παν. Αθηνών,
Πρόεδρος Ινστιτούτου Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας

Η εφηβεία είναι η καθοριστική περίοδος της ψυχικής & σεξουαλικής ωρίμανσης του ανθρώπου που σηματοδοτεί το μεγάλο πέρασμα του παιδιού προς την ενήλικη ζωή του. Τα 12-19 χρόνια της ζωής του ανθρώπου χαρακτηρίζουν την εφηβική εξέλιξη μας και βάζουν τα 3 ουσιαστικά στάδια της ψυχοσεξουαλικής μας ωρίμανσης. Τα στάδια αυτά είναι:

Ήβη 12-14, κυρίαρχη εφηβεία 14-17, και κλείσιμο της εφηβείας 17-19.

Από την ήβη ενεργοποιούνται οι βιολογικές & ψυχικές αλλαγές του σωματότυπου αλλά και της συμπεριφοράς του ανθρώπου, ενώ τα χαρακτηριστικά του φύλλου οριοθετούν την διαφορετική στάση και εξέλιξη του αγοριού και του κοριτσιού.

Η συνειδητοποίηση της ορμονικής ενεργοποίησης χαρακτηρίζει την σεξουαλική ένταση που βιώνουν οι έφηβοι αλλά και την ψυχική έξαρση που εκφράζουν με τη συμπεριφορά της παρόρμησης, της αντίδρασης, της μεγάλης συναισθηματικής αστάθειας που η επιθετικότητα και η απάθεια φωτογραφίζουν. Τόσο ο έφηβος όσο και οι έφηβοι πρωταγωνιστούν στα μυστικά που η εφηβεία χτίζει αλλά και στην αγωνία και το φόβο των γονιών που το εφηβικό “μυστήριο” τους βασανίζει.

Η σχέση γονιών και εφήβων είναι επίσης ένα μεγάλο κεφάλαιο που χαρακτηρίζει σήμερα τόσο τη μεγάλη ομάδα της κοινωνίας όσο όμως και την ομάδα της οικογένειας (μικρή κοινωνία) με διασυνδεδετικό κρίκο το σχολείο και την εκπαίδευση.

Η στάση των εφήβων μεταξύ τους, ο τρόπος που επικοινωνούν, τα μηνύματα που ανταλλάσσουν καθώς και η σύγχρονη ψηφιακή τεχνολογία (διαδίκτυο) είναι πράγματι οι μεγάλες προκλήσεις της εφηβικής περιόδου που μας καλούν τόσο σαν ειδικούς όσο και σαν γονείς να απαντήσουμε.

Η σεξουαλική ζωή της εφηβείας μέσα από τη σωματική αναζήτηση και ναρκισσιστική έκφραση του εφήβου διαμορφώνουν την ηδονή, τη φαντασίωση και τον αυνανισμό σαν το βασικό σταθμό εκκίνησης της σεξουαλικής συμπεριφοράς του.

Η πρώτη φορά της σεξουαλικής επαφής τόσο του αγοριού όσο και του κοριτσιού είναι η συνάντηση με τη συναισθηματική ωρίμανση της ενήλικης ζωής, της συντροφικότητας και του γάμου στο αύριο και των 2 φύλλων. Πολλοί παράγοντες ψυχικοί, λειτουργικοί, βιολογικοί, κοινωνιολογικοί έχουν να δώσουν το παρόν τους στην εφηβική ζωή και στο αγόρι και στο κορίτσι ενώ ο γονιός ο μεγάλος πρωταγωνιστής και ισορροπιστής αυτών των δεδομένων βιώνει τόσο με τον εαυτό του όσο και με τον άλλο γονιό, τις αλλαγές του παιδιού του προσπαθώντας με διάφορους τρόπους να δώσει και να πάρει απαντήσεις για αυτή τη σημαντική περίοδο της ανθρωπίνης ζωής.

Χωρίς αμφιβολία η εφηβεία είναι ο μεγάλος λειτουργός και σταθμός της ζωής μας που τόσο “εγώ ο έφηβος” όσο και “εγώ ο γονιός” όταν συναντιόμαστε σίγουρα έχουμε πολλά να πούμε.

Β' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου**

Λοιμώξεις και καρδιαγγειακές επιπλοκές

Ανδρέας Γιαννόπουλος, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Άθληση στα παιδιά. Υπάρχουν περιορισμοί;

Αθανάσιος Τραγιαννίδης, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Παιδική επιληψία: Απαντήσεις στις συχνότερες ερωτήσεις των γονέων

Ευάγγελος Παύλου, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Λοιμώξεις και καρδιαγγειακές επιπλοκές

Ανδρέας Γιαννόπουλος

Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Εισαγωγή

Αρκετές από τις λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας παρουσιάζουν επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι λοιμώξεις αυτές αρχικά εμφανίζουν συμπτώματα και κλινικά ευρήματα από διάφορα συστήματα, στην πορεία όμως μπορεί να προσβληθεί το καρδιαγγειακό και να δημιουργηθούν σοβαρές επιπλοκές από την καρδιά και τα αγγεία.

Στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότερες λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας που δυνητικά μπορεί να προσβάλλουν το καρδιαγγειακό σύστημα. Η έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση των λοιμώξεων αυτών μπορεί να προλάβει τις επιπλοκές αυτές ή τουλάχιστον να ελαχιστοποιήσει τους κινδύνους μιας τέτοιας σοβαρής εξέλιξης, προσφέροντας συγχρόνως καλύτερη πρόγνωση.

Νόσος Kawasaki

Η Νόσος Kawasaki αποτελεί κλασικό παράδειγμα λοίμωξης που η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση θα οδηγήσει ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με τη νόσο στην αποφυγή προσβολής των στεφανιαίων αρτηριών.

Πρόκειται για οξύ εμπύρετο νόσημα της παιδικής ηλικίας αδιευκρίνιστης μέχρι σήμερα αιτιολογίας, παρόλο που τα επιδημιολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά συνηγορούν υπέρ της λοιμώδους αιτιολογίας.

Η νόσος προσβάλλει μικρά και μέσου μεγέθους αγγεία και αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα σύνδρομο που προκαλεί συστηματική αγγειίτιδα στα παιδιά μετά την πορφύρα Henoch-Schoenlein.

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου θα μειώσει σημαντικά την εμφάνιση καρδιαγγειακών επιπλοκών, από 25% σε περίπου 5%.

Η διάγνωση της νόσου Kawasaki βασίζεται στην εκπλήρωση των γνωστών διαγνωστικών κριτηρίων. Τα τελευταία χρόνια όμως όλο και περισσότερο αντιμετωπίζουμε άτυπες ή ατελείς μορφές N.Kawasaki, που δεν παρουσιάζουν μια ολοκληρωμένη εμφάνιση της νόσου.

Η διάγνωση της ατελούς N.Kawasaki πρέπει να τεθεί σε περιπτώσεις παιδιών με ανεξήγητο πυρετό για τουλάχιστον 5 ημέρες, που συνοδεύεται από 2 ή 3 από τα 5 διαγνωστικά κριτήρια της N.Kawasaki. Στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση τίθεται με τους δείκτες λοίμωξης (ΤΚΕ και CRP). Εάν η ΤΚΕ υπερβαίνει τα 40mm/1^η ώρα και η CRP > 3mg/dl (ή mg/l), συνιστώνται υπερηχογράφημα καρδιάς και χορήγηση IVIG και ασπιρίνης. Επειδή τα βρέφη με N. Kawasaki μπορεί να παρουσιάσουν μόνο πυρετό πρέπει να υποβάλλονται σε μέτρηση δεικτών λοίμωξης και υπερηχοκαρδιογράφημα, ακόμα και αν απουσιάζουν τα προαναφερθέντα 5 διαγνωστικά κριτήρια. Στα βρέφη αυτά συνιστάται χορήγηση IVIG και ασπιρίνης, εάν οι τιμές ΤΚΕ και CRP είναι πολύ υψηλές, και παρατηρούνται κάποια από τα πρώιμα υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα.

Η θεραπεία στοχεύει στη μείωση της φλεγμονής του μυοκαρδίου και του τοιχώματος των στεφανιαίων αγγείων όπως και στην πρόληψη των θρομβώσεων με την αναστολή της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων.

Α) Οξεία φάση

- **Ασπιρίνη** (80-100 mg/kg/24ωρο): για 14 ημέρες ή μέχρι και 4 ημέρες από την απυρεξία.
- **γ-σφαιρίνη** (2 mg/kg/δόση) IV σε διάστημα 12 ωρών.

Β) Φάση ανάρρωσης μετά την 14η μέρα της νόσου επί απυρεξίας)

- **Ασπιρίνη** (3-5 mg/kg/24ωρο): 1 για 6-8 εβδομάδες (χωρίς ανευρύσματα)

Γ) Χρόνια θεραπεία (επί ανευρυσμάτων)

- **Ασπιρίνη** (3-5 mg/kg/24ωρο) όσο υπάρχουν ανευρύσματα
- **Αντιπηκτικά** (warfarin ή ηπαρίνη) σε γιγαντιαία ανευρύσματα ή θρόμβωση των στεφανιαίων.

Δ) Οξεία θρόμβωση των στεφανιαίων

- **Ινωδόλυση** (στρεπτοκινάση ή rt-PA).

Με βάση τα πορίσματα της επιτροπής για τη N.Kawasaki της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρίας οι ασθενείς κατατάσσονται στις κάτωθι ομάδες:

1. Ασθενείς χωρίς προσβολή των στεφανιαίων αρτηριών. Στα παιδιά αυτά δεν χορηγείται καμία θεραπεία μετά από 6-8 εβδομάδες, δεν απαιτείται κανένας περιορισμός της δραστηριότητας και δεν παρακολουθούνται πέραν του έτους.
2. Ασθενείς με παροδική διάταση των στεφανιαίων αρτηριών. Ισχύουν τα ίδια όπως ανωτέρω.
3. Ασθενείς με μικρού-μεσαίου μεγέθους ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών. Στους ασθενείς αυτούς χορηγείται ασπιρίνη (3-5 mg/Kg/24h) και ενδεχομένως ταυτόχρονα αντιπηκτική αγωγή (INR=2,0-3,0). Στην πρώτη δεκαετία της ζωής δεν χρειάζεται περιορισμός στην δραστηριότητα, αλλά συνιστάται παρακολούθηση με ΗΚΓ κάθε 6μηνο και με υπερηχοκαρδιογράφημα κάθε έτος. Αν στο ΗΚΓ παρατηρούνται ισχαιμικού τύπου αλλοιώσεις, συνιστάται φαρμακευτική δοκιμασία κόπωσης. Όταν υπάρχουν ενδείξεις ισχαιμίας, συνιστάται μαγνητική τομογραφία στεφανιαίων ή ακόμη και εκλεκτική στεφανιογραφία. Ορισμένοι συγγραφείς, βάσει νεότερων δεδομένων, συνιστούν σε παιδιά με ιστορικό N.Kawasaki να παρακολουθούνται ανά αραία διαστήματα (3-5 έτη) και να φροντίζουν να αποφεύγουν τους παράγοντες που προδιαθέτουν σε αθηρογένεση, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπερχοληστερολαιμία και η υπέρταση.

Συμπερασματικά: η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, κυρίως στις ατελείς μορφές N.Kawasaki, είναι θεμελιώδους σημασίας για την πρόληψη της εμφάνισης σε μεγάλο ποσοστό καρδιαγγειακών επιπλοκών με μελλοντική εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Συνιστάται χορήγηση γ-σφαιρίνης και ασπιρίνης εντός 10 ημερών από την έναρξη του πυρετού ακόμα και επί υποψίας N.Kawasaki.

Ρευματικός πυρετός

Ο ρευματικός πυρετός (ΡΠ) αν και σχετίζεται με γνωστή μικροβιακή λοίμωξη εξακολουθεί να υπάρχει και να δημιουργεί σοβαρές επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως η ρευματική καρδίτιδα.

Για τη διάγνωση του ΡΠ δεν υπάρχει ειδική εξέταση. Το 1944 θεσπίστηκαν τα γνωστά κριτήρια Jones που έκτοτε τροποποιήθηκαν πέντε φορές. Οι τελευταίες τροποποιήσεις από την American Heart Association (AHA) έγιναν το 1992 και από τον ΠΟΥ το 2003 που διαφοροποιεί τα κριτήρια μόνο για υποτροπή, θέτοντας λιγότερο αυστηρά κριτήρια με αποτέλεσμα να αυξάνουν την ευαισθησία σε βάρος της ειδικότητας.

Τα κριτήρια διακρίνονται, σε μείζονα (ΜΚ) και ελάσσονα (ΕΚ)

Μείζονα κριτήρια:

1. καρδίτιδα (προφανής κλινικά)
2. Πολυαρθρίτιδα
3. Χορεία
4. Πολύμορφο ερύθημα
5. Υποδόρια οζίδια

Ελάσσονα κριτήρια:

1. Κλινικά (πυρετός, αρθραλγία)
2. Εργαστηριακά (λευκοκυττάρωση, παράταση του διαστήματος PR, αυξημένη ΤΚΕ, αυξημένη CRP)

Για τη διάγνωση του πρώτου επεισοδίου υπάρχει ομοφωνία της ΑΗΑ και του ΠΟΥ. Απαιτούνται 2 ΜΚ ή 1 ΜΚ και 2 ΕΚ και επιπρόσθετα απόδειξη προηγθείσας στρεπτοκοκκικής λοίμωξης (πρόσφατη οστρακιά, τεκμηριωμένη στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα, υψηλός τίτλος αντιστρεπτοκοκκικών αντισωμάτων). Υπενθυμίζεται ότι στο 20% των περιπτώσεων πρώτου επεισοδίου ΡΠ και στους περισσότερους ασθενείς με χορεία παρατηρείται χαμηλός τίτλος ASTO. Επιβάλλεται λοιπόν έλεγχος και του τίτλου anti-DNase B. Πρέπει να τονιστεί ότι σε παρουσία συνδυασμού χορείας και υποκλινικής καρδίτιδας, σύμφωνα με την ΑΗΑ και τον ΠΟΥ, δεν απαιτείται απόδειξη προηγθείσας στρεπτοκοκκικής λοίμωξης για την τεκμηρίωση ΡΠ.

Για την υποτροπή του ΡΠ αρκούν σύμφωνα με τον ΠΟΥ 2 ελάσσονα κριτήρια και επιπρόσθετα απόδειξη προηγθείσας πρόσφατης στρεπτοκοκκικής λοίμωξης.

Ο ορισμός καρδίτιδα απαιτεί επίσημα την παρουσία φυσήματος για τεκμηρίωση της βαλβιδίτιδας που θα επιβεβαιωθεί υπερηχοκαρδιογραφικά. Ολοένα και περισσότερο όμως, υποστηρίζεται ότι παιδιά με ευρήματα που παραπέμπουν σε ΡΠ χωρίς καρδίτιδα, δηλαδή χωρίς ακουστό καρδιακό φύσημα, πρέπει να υποβάλλονται σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη διότι ακουστό καρδιακό φύσημα, που σημαίνει ανεπάρκεια βαλβίδας, μπορεί να εμφανιστεί και μήνες αργότερα.

Τη βάση της πρωτογενούς πρόληψης του ΡΠ αποτελεί η θεραπεία των λοιμώξεων κυρίως του φάρυγγα από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Α.

Στα παιδιά με οξύ ρευματικό πυρετό η αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

1. Αποφυγή χορήγησης κορτικοειδών ή σαλικυλικών μέχρι την επιβεβαίωση της διάγνωσης ΡΠ.
2. Κλινοστατισμό, που αν υπάρχει καρδίτιδα, παρατείνεται για περισσότερο από 4 εβδομάδες.
3. Αντιβίωση για εκρίζωση του στρεπτοκόκκου.
4. Αντιφλεγμονώδη:

A) Ασπιρίνη 100mg/kg/24ωρο σε 4-5 δόσεις για 2 εβδομάδες, μείωση σε 60-70mg/kg/24ωρο για άλλες 3-6 εβδομάδες (Επί αλλεργίας, ναπροξένη 10-20mg/kg/24ωρο).

B) Πρεδνιζόνη 1-2 mg/kg/24ωρο (μέγιστη 80mg) για 2-3 εβδομάδες, μείωση 20-25% κάθε εβδομάδα υπό συγχορήγηση ασπιρίνης.

Σημείωση: Η πρεδνιζόνη έχει ένδειξη σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας ή μη ανταπόκρισης στα σαλικυλικά.

Γ) Μεθυλπρεδνιζολόνη ενδοφλεβίως

Σημείωση: Η μεθυλπρεδνιζολόνη ενδείκνυται σε καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή.

Η αντιμετώπιση του παιδιού με χρόνια ρευματική καρδίτιδα εξαρτάται από το ποια ή ποιες βαλβίδες πάσχουν (μιτροειδής, αορτική ή και οι δύο), από τη σοβαρότητα της βλάβης και τις επιπτώσεις στη μυοκαρδιακή λειτουργία.

Η συνεργασία παιδίατρου-παιδοκαρδιολόγου θα καθορίσουν την μακροχρόνια θεραπεία και πρόληψη του ρευματικού πυρετού με ή χωρίς ρευματική καρδίτιδα (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Μακροχρόνια πρόληψη και θεραπεία

Αντιβιοτικό	Χορήγηση	Δοσολογία	Σχόλια
Βενζαθινική Πενικιλίνη G	i.m.	1-2 εκατομμύρια IU Κάθε 3-4 εβδομάδες 600.000 IU Κάθε 3-4 εβδομάδες για ΒΣ <27kg*	-Σε ΡΠ χωρίς καρδίτιδα: 5 χρόνια από τελευταίο επεισόδιο ΡΠ ή μέχρι 18 χρονών -Σε ήπια ή θεραπευθείσα καρδίτιδα: 10 χρόνια από τελευταίο επεισόδιο ΡΠ ή μέχρι 25 χρονών** -Σε πιο σοβαρή καρδίτιδα ή χειρουργική αποκατάσταση βαλβίδας: εφ' όρου ζωής.
Φαινοξυμεθυλ-πενικιλίνη (Πενικιλίνη V)	p.os	250mg 2 φορές/24ωρο	
Ερυθρομυκίνη	p.os	250mg 2 φορές/24ωρο	

*Φαρμακοκινητικές μελέτες έδειξαν ότι πιθανώς η δόση είναι ανεπαρκής για κάποια παιδιά και προτείνεται η μικρή δόση μόνο αν το ΒΣ<20kg
**Η όσο υπάρχουν παιδιά σχολικής ηλικίας στο περιβάλλον

Συμπερασματικά: υπάρχει ακόμη ΡΠ; Βεβαίως και υπάρχει και μπορεί να προκαλέσει σοβαρή καρδίτιδα. Παιδί με μόνο σύμπτωμα χορεία και κλινικά ακουστό καρδιακό φύσημα (που θα επιβεβαιωθεί υπερηχοκαρδιογραφικά καρδίτιδα) αρκούν για τη διάγνωση του ΡΠ. Η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή αντιμετώπιση θα αποτρέψουν σοβαρές επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα.

Μυοκαρδίτιδα-Περικαρδίτιδα-Ενδοκαρδίτιδα

Μυοκαρδίτιδα είναι η φλεγμονή του καρδιακού μυός από ιούς, μικρόβια, παράσιτα, φάρμακα, τοξίνες. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά ιογενείς λοιμώξεις, με συνηθέστερους τους ιούς, Coxsackie, αδενοϊούς και echo.

Στην παιδική ηλικία εκδηλώνεται συνήθως μετά από ιογενή λοίμωξη με ανεξήγητη ταχύπνοια, αναπνευστική δυσχέρεια, εύκολη κόπωση σε παιδιά και μείωση λήψης τροφής με κόπωση κατά τη σίτιση στα βρέφη. Η διάγνωση βασίζεται στον συνδυασμό της κλινικής εικόνας (εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας) και μεγαλοκαρδίας στην ακτινογραφία θώρακα, σε βρέφος-παιδί με ελεύθερο ιστορικό για συγγενή καρδιοπάθεια. Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί από παιδοκαρδιολόγο και με υπερηχοκαρδιογράφημα. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας που πρέπει να αρχίσει αμέσως έστω και αν δεν έχει ολοκληρωθεί η αιτιολογική διάγνωση.

Περικαρδίτιδα είναι η φλεγμονή του περικαρδίου, που περιβάλλει σαν σάκος την καρδιά και τις εκφύσεις των μεγάλων αγγείων και αποτελείται από έναν μεμβρανώδη και έναν ινώδη χιτώνα, με αύξηση της ποσότητας του περικαρδιακού υγρού. Κυρίως οφείλεται σε ιογενείς λοιμώξεις (Coxsackie, echo, αδενοϊοί, Epstein-Barr κ.α.) αλλά και μικροβιακές λοιμώξεις, ενώ μεγάλο είναι και το ποσοστό μετά περικαρδιοτομή, λόγω αύξησης των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων.

Άλλα αίτια όπως οι κακοήθεις όγκοι και τα νοσήματα του συνδετικού ιστού δημιουργούν περικαρδίτιδα αλλά σπανιότατα συμπίεστική. Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την ποσότητα του περικαρδιακού υγρού. Σε σχετικά μικρές ποσότητες υγρού χαρακτηριστικά ευρήματα είναι ο θωρακικός πόνος ειδικά στην κατάκλιση, η αρχόμενη δύσπνοια και από την κλινική εξέταση ο ήχος τριβής.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την υποκείμενη αιτία με συνήθη θεραπεία την ασπιρίνη σε μεγάλες δόσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σε μεγάλες ποσότητες περικαρδιακού υγρού, κυρίως από απότομη αύξηση που συμπιέζει την καρδιά, έχουμε συμπίεστική περικαρδίτιδα. Είναι ένα εξαιρετικά επείγον καρδιακό πρόβλημα γιατί προκαλεί μεγάλη ελάττωση της καρδιακής παροχής και θάνατο από κυκλοφορικό collapsus.

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από ταχυκαρδία, ταχύπνοια, ορθόπνοια, αδυναμία κατάκλισης, παράδοξο σφυγμό, διάταση σφαγιτίδων, ηπατομεγαλία, κυάνωση και πτώση συστολικής και διαστολικής πίεσης με σημεία collapsus. Η θεραπεία είναι επείγουσα με εκκενωτική περικαρδιοκέντηση ή χειρουργική περικαρδιοτομή που συνοδεύεται από θεραπεία υποστήριξης.

Ενδοκαρδίτιδα είναι η φλεγμονή του ενδοκαρδίου η οποία συνήθως εντοπίζεται στις καρδιακές βαλβίδες. Η εμφάνιση ενδοκαρδίτιδας οφείλεται στην αλληλεπίδραση πολυάριθμων παραγόντων όπως τραυματισμός του ενδοθηλίου, τοπικές αιμοδυναμικές διαταραχές, κυκλοφορούντες μικροοργανισμοί και μειωμένη άμυνα του οργανισμού. Είναι λοιπόν εξαιρετικά σπάνιο να συμβεί ενδοκαρδίτιδα σε υγιή καρδιά, σε παιδιά όμως με συγγενείς ή επίκτητες καρδιοπάθειες υπάρχει πρόσφορο έδαφος, επ' ευκαιρία μικροβιακής λοίμωξης, για ανάπτυξη ενδοκαρδίτιδας. Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό, την αντικειμενική εξέταση, τις συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις, τις αιμοκαλλιέργειες και τις ειδικές καρδιολογικές εξετάσεις. Η θεραπεία είναι ενδοανοσοκομειακή και μακροχρόνια με τα κατάλληλα αντιμικροβιακά φάρμακα.

Προφύλαξη απαιτείται για τα παιδιά εκείνα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας και πρόκειται να υποβληθούν σε ιατρικές πράξεις συνοδευόμενες από βακτηριαιμία, όπως χειρουργικές ή οδοντιατρικές επεμβάσεις. Επειδή η μικροβιαία που προκαλείται στις καταστάσεις αυτές (χειρουργικές και οδοντιατρικές) είναι μικρής διάρκειας, χημειοπροφύλαξη για ενδοκαρδίτιδα θα δώσουμε σε αυτά τα παιδιά μία ώρα πριν από τη επέμβαση.

Συμπερασματικά: Μεγάλη προσοχή απαιτείται σε βρέφη χωρίς ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας που εμφανίζουν σταδιακά προβλήματα αναπνευστικού (ταχύπνοια) ή και βρέφη με σταδιακή μείωση λήψης τροφής (πριν θεωρηθούν ως ουρολοιμώξη) διότι μπορεί να έχουν σοβαρή μυοκαρδίτιδα. Οριακή ταχύπνοια, εύκολη κόπωση και αναφερόμενο θωρακικό άλγος στην κατάκλιση, κυρίως μετά από αποδρομή έωσης, μπορεί να οφείλεται σε συλλογή περικαρδιακού υγρού που με έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση θα αποτρέψουν καρδιακό επιπωματισμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adnan S, Dajani M: Guidelines for long-term management of patients with Kawasaki disease, Circulation 1994; 89: 916-922
2. Freedman AF, Shulman ST: Refractory Kawasaki Disease, Pediatr Infect Dis J 2004, 23(5): 463-464
3. Meissner CH, Leung DYM: Kawasaki syndrome: Where are the answers? Pediatrics 2003;672-675
4. Okada Y, Shinohara M, Kobayashi T, Yoshinari I, Tomomasa T, Kobayashi T, morikava A and the GUNMA Kawasaki Disease study group: Effect of Corticosteroids inn action to intravenous gamma globulin therapy on serum Cytokine levels in the acute phase of Kawasaki disease in children. J Pediatr 2003; 143:363-367
5. Gersony WM, Hordof AJ. Infective endocarditis and disease of the pericardium. Pediat Clin Amer 25:831, 1978
6. Kamblock J, Payot L, Lung B, Costes P, Gillet t, Le Goanvic C, et al. Does rheumatic myocarditis really exist ?Systematic study with echocardiography and cardiac troponium I blood levels. Eur Heart J 2003;24:855-862
7. Crapetis JR, McDonald M, Wilson NJ,. Acute rheumatic fever. Lancet 2005;366:155-168
8. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart disease: report of WHO expert consultation. Word Health Organ Tech Rep Ser 2004;923:1-122
9. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones Criteria, 1992 update. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Assosiation. JAMA 1992;268:2069-2073
10. Nayar S, Nayar PG, Cherian KM, Heart valve stracture: a predisposing factor for rheumatic heart disease. Heart 2006;92:1151-1152

Άθληση στα παιδιά. Υπάρχουν περιορισμοί;

Αθανάσιος Τραγιαννίδης

Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας και της άσκησης είναι σημαντική τόσο στα υγιή όσο και στα παιδιά με χρόνιο νόσημα ή αναπηρία. Σήμερα είναι ευρέως γνωστό, ότι η άσκηση προάγει την κοινωνικότητα/συντροφικότητα, συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και υγείας του οργανισμού, βοηθά στην ωρίμανση και βελτιώνει την αυτοπεποίθηση του παιδιού. Συχνά διαπιστώνεται ότι υπάρχουν περιορισμοί στη συμμετοχή παιδιών με χρόνια νοσήματα ή αναπηρία σε αθλητικές δραστηριότητες, αφού γονείς και γιατροί υπερεκτιμούν τους κινδύνους σε σχέση με τα οφέλη. Η απαγόρευση όμως της άσκησης είναι μία ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία για το παιδί και οφείλει να γίνεται μόνο όταν υπάρχει συγκεκριμένη απόλυτη ένδειξη.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με οξύ ή χρόνιο νόσημα αποτελούν ειδική ομάδα όσον αφορά τη λήψη απόφασης για τη συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες. Σήμερα υπολογίζεται ότι περίπου το 18% των παιδιών και των εφήβων στις ΗΠΑ πάσχει από χρόνιο νόσημα ή αναπηρία και η δυνατότητα συμμετοχής τους σε αθλητικές δραστηριότητες είναι περιορισμένη έναντι των υγιών παιδιών. Ο παιδίατρος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο επιτρέποντας τη συμμετοχή ενός υγιούς παιδιού σε αθλητικές δραστηριότητες εφόσον προηγουμένως αναφέρει τους κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν από την εφαρμογή της όπως τραυματισμοί και καταπόνηση ορισμένων οργάνων και συστημάτων. Το 2001 η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία δημοσίευσε αναλυτικά τις παθολογικές καταστάσεις που αποκλείουν ή περιορίζουν τη συμμετοχή ειδικών ομάδων παιδιών σε αθλητικές δραστηριότητες. Τα αναθεωρημένα κριτήρια δημοσιεύθηκαν εκ νέου το 2008 παραθέτοντας αλλαγές και νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα. Ο γενικός παιδίατρος οφείλει να σταθμίσει αν ένα παιδί δύναται να συμμετέχει σε μία συγκεκριμένη αθλητική δραστηριότητα όταν ερωτάται από τους ίδιους τους γονείς. Επομένως, οφείλει να γνωρίζει ότι ανάλογα με το είδος της άσκησης και την καταπόνηση ορισμένων οργάνων ή συστημάτων είναι δυνατό να υπάρχει περιορισμός ή απαγόρευση κάποιου τύπου άσκησης ή αθλήματος σε παιδιά που πάσχουν από οξεία ή χρόνια νοσήματα.

Οι αθλητικές δραστηριότητες, ανάλογα με την επαφή που προκύπτει μεταξύ των αθλουμένων και τον κίνδυνο οξέων ή επαναλαμβανόμενων μικροτραυματισμών διακρίνονται σε επαφής (ποδόσφαιρο, καλαθοσφαίριση κ.α), περιορισμένης επαφής (βόλεϊ, ποδηλασία) και άνευ επαφής (τρέξιμο, τένις κ.α).

Επιπλέον, με βάση το βαθμό συμμετοχής του καρδιαγγειακού συστήματος η άσκηση διακρίνεται σε δύο τύπους:

1. Δυναμική: χαρακτηρίζεται από ρυθμικές συσπάσεις των εμπλεκόμενων μυϊκών ομάδων, μεταβολές στο μήκος της μυϊκής ίνας και ανάπτυξη μικρής ενδομυϊκής τάσης. Η δράση της στο καρδιαγγειακό σύστημα χαρακτηρίζεται από αύξηση του όγκου παλμού και της καρδιακής παροχής, ελάττωση της συστολικής, της διαστολικής πίεσης και των περιφερικών αντιστάσεων (υπερφόρτωση όγκου).
2. Στατική: χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση της ενδομυϊκής τάσης και μικρή μεταβολή στο μήκος της μυϊκής ίνας. Χαρακτηρίζεται από αύξηση τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής πίεσης (υπερφόρτωση πιέσεων) (Εικόνα 1).

Τα αθλήματα ανάλογα με το είδος τους και την προσπάθεια που απαιτείται διακρίνονται σε:

1. Εντατικά: χαρακτηρίζονται από έντονη προσπάθεια και κατατάσσονται σε αθλήματα με **βίαιη** και **στενή** επαφή μεταξύ των αθλητών (όπως συμβαίνει στο ποδόσφαιρο και το μποξ), σε εκείνα με **περιορισμένη επαφή** όπως το σκι, το βόλεϊ και η καλαθοσφαίριση και τέλος, σε αθλήματα **χωρίς καμία επαφή** όπως το κανό, η κολύμβηση και το τένις.
2. Ελαφρά: που καταπονούν σε μικρό βαθμό τον οργανισμό.

Η κατηγοριοποίηση βάση της ύπαρξης οξείας ή χρόνιας νόσου όσον αφορά τον αποκλεισμό ή περιορισμό της συμμετοχής ενός παιδιού σε αθλητικές δραστηριότητες παρουσιάζει πλεονεκτήματα έναντι εκείνης που διακρίνει τις αθλητικές δραστηριότητες ανάλογα με το βαθμό συμμετοχής του καρδιαγγειακού συστήματος. Συγκεκριμένα, οι οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Ακαδημίας παρέχουν σαφείς ενδείξεις και αντενδείξεις που πολλές φορές εξατομικεύονται ανάλογα με την περίπτωση. Ο γενικός παιδίατρος οφείλει να γνωρίζει τη βαρύτητα της υποκείμενης νόσου και τους κινδύνους που ενέχει κάθε άθλημα και στη συνέχεια να εκτιμήσει:

1. Τη γνώμη ειδικών επί του θέματος (παιδοκαρδιολόγος, παιδονευρολόγος, παιδοενδοκρινολόγος, παιδογκολόγος κ.α)
2. Την τρέχουσα κατάσταση υγείας του παιδιού
3. Τους κινδύνους που ενέχει το συγκεκριμένο άθλημα
4. Το επίπεδο βαρύτητας του αθλήματος
5. Τα προστατευτικά μέτρα που λαμβάνονται
6. Τη συμμετοχή και την κρίση των γονέων.

ΟΞΕΑ Ή ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΖΟΥΝ Ή ΑΠΟΚΛΕΙΟΥΝ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΑ ΑΘΛΗΜΑΤΑ

1. Οξείες καταστάσεις

Πυρετός

Η παρουσία πυρετού είναι ενδεικτική παθολογικής κατάστασης (λοίμωξη ή συστηματικό νόσημα) και συνοδεύεται από αυξημένη καρδιακή συχνότητα. Επομένως, η άσκηση σε παιδί με πυρετό δύναται να οδηγήσει σε εναποθήκευση θερμότητας στον οργανισμό, μείωση ανοχής στη θερμότητα, αύξηση του καρδιοπνευμονικού έργου, ελάττωση της μυϊκής δραστηριότητας και αυξημένο κίνδυνο υπότασης λόγω αφυδάτωσης και διαταραχής του αγγειακού τόνου. Επιπλέον, αξίζει να τονιστεί ότι σπάνια ο πυρετός μπορεί να αποτελεί αρχικό σύμπτωμα μυοκαρδίτιδας ή νόσου Kawasaki καθώς και συστηματικών νοσημάτων όπως κακοήθεια, καταστάσεις στις οποίες η άσκηση αντενδείκνυται στην οξεία τους φάση.

Διάρροια λοιμώδους αιτιολογίας

Η άσκηση αντενδείκνυται λόγω αυξημένου κινδύνου αφυδάτωσης και κατά συνέπεια πρόκλησης υπότασης.

2. Καρδιαγγειακό σύστημα

Η λήψη της απόφασης για τη συμμετοχή παιδιού με καρδιαγγειακό νόσημα σε αθλητικές δραστηριότητες επιβάλλει την εκτίμηση παιδοκαρδιολόγου και προσεκτική εκτίμηση του ασθενή βάση των οδηγιών που έχουν συσταθεί από την Αμερικανική Κολέγιο Καρδιολογίας. Το παιδί και ο έφηβος με καρδιαγγειακό νόσημα όπως καρδίτιδα, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, ανωμαλίες των στεφανιαίων αγγείων, αρρυθμιολόγο δεξιά κοιλία, οξύ ρευματικό πυρετό με συνοδό καρδίτιδα, στένωση μιτροειδούς ή αορτής, ανεπάρκεια αορτής, στένωση ισθμού αορτής, κυανωτική καρδιοπάθεια και εγχείρηση καρδιάς χρήζει παρακολούθησης και απόφασης από ειδικό παιδοκαρδιολόγο.

Η οξεία φάση της νόσου Kawasaki είναι δεδομένο ότι αποκλείει τη συμμετοχή του παιδιού σε αθλητικές δραστηριότητες και απαιτεί παιδοκαρδιολογική παρακολούθηση και εκτίμηση, ενώ το ιστορικό νόσου Kawasaki αποτελεί ένδειξη καρδιολογικού ελέγχου πριν την έναρξη αθλητικών δραστηριοτήτων.

3. Γαστρεντερικό σύστημα

Σύνδρομο δυσαπορρόφησης (κοιλιοκάκη, κυστική ίνωση)

Η άσκηση επιτρέπεται υπό την προϋπόθεση η κατάσταση θρέψης του ασθενή να είναι ικανοποιητική και να μην συνοδεύεται από διαταραχές του μηχανισμού της πήξης ή βαριά αναιμία.

Σύνδρομο βραχείας εντέρου και καταστάσεις που απαιτούν τη χορήγηση εντερικής ή παρεντερικής διατροφής

Αντενδείκνυνται οι εντατικές αθλητικές δραστηριότητες με βίαιη και/ή στενή επαφή. Η παρουσία

κεντρικού φλεβικού καθετήρα δεν αποτελεί αντένδειξη για ελαφρά αθλήματα με την προϋπόθεση να μην υπάρχει στενή επαφή που ενδέχεται να οδηγήσει σε τραυματισμούς στην περιοχή του καθετήρα.

Λοιμώδης ηπατίτιδα

Τα παιδιά με ηπατίτιδα C επιτρέπεται να αθλούνται εφόσον έχουν εμβολιαστεί έναντι της ηπατίτιδας B και η γενική κατάσταση της υγείας τους το επιτρέπει. Συστήνεται να αποφεύγονται μόνο τα εντατικά αθλήματα με στενή επαφή που ενδέχεται να οδηγήσουν σε τραυματισμούς λόγω του μικρού, αλλά υπαρκτού, κινδύνου μετάδοσης.

4. Μυοσκελετικό σύστημα

Οξεία ή χρόνια φλεγμονή, λειτουργική ανεπάρκεια μη συμβατή με άσκηση καθώς και συμπτωματικές συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες αποτελούν καταστάσεις που αποκλείουν την άσκηση.

5. Κακοήθη νοσήματα

Αποτελούν καταστάσεις στις οποίες η άσκηση επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα, το παιδί που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία δεν επιτρέπεται να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες λόγω των επιπλοκών της όπως η λευκοπενία, η αναιμία, η θρομβοπενία, οι διαταραχές του ημικτικού μηχανισμού, η ανοσοκαταστολή και άλλες. Μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας επιτρέπεται η συμμετοχή σε ελαφρά αθλήματα, εφόσον προηγηθεί κλινική εξέταση από παιδίατρο ή παιδογκολόγο και εφόσον έχουν αποκατασταθεί η ανοσοκαταστολή και δεν συνυπάρχουν επιπλοκές απότοκες της θεραπείας (οστεοπενία/οστεοπόρωση, οστεονέκρωση, πνευμονική ίνωση, καρδιακή συμμετοχή κ.α).

6. Αναπνευστικό σύστημα

Χρόνια πνευμονική νόσος συμπεριλαμβανομένης και της κυστικής ίνωσης.

Αποτελούν νοσήματα που απαιτείται εξατομικευση ανάλογα με τη βαρύτητα. Γενικότερα η άσκηση επιτρέπεται εφόσον εξασφαλίζεται καλή οξυγόνωση του οργανισμού. Τα παιδιά με κυστική ίνωση χρήζουν ικανοποιητικής ενυδάτωσης, ώστε να αποφευχθεί η υπερθέρμανση του οργανισμού.

Βρογχικό άσθμα

Τα παιδιά με βρογχικό άσθμα δύνανται να αθλούνται εφόσον υπάρχει συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή και παρακολούθηση.

7. Αυτοάνοσα νοσήματα

Νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα (NIA)

Τα παιδιά με NIA μπορούν να συμμετέχουν εφόσον υποβληθούν σε καρδιολογική και οφθαλμολογική εκτίμηση και αποκλειστεί με ακτινογραφίες της αυχενικής μοίρας η συμμετοχή της στη νόσο.

Δερματομυοσίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ), σύνδρομο Raynaud.

Προσπατείται καρδιολογική εκτίμηση καθώς και εκτίμηση του μυοσκελετικού συστήματος των παιδιών που λαμβάνουν αγωγή με κορτικοστεροειδή λόγω αυξημένου κινδύνου οστεοπορωτικών καταγμάτων και άσχημης νέκρωσης. Η άσκηση θα πρέπει να αποφεύγεται στα παιδιά που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά ή έχουν ιστορικό μυοσίτιδας. Επιπλέον, ειδικές προφυλάξεις λαμβάνονται για την αποφυγή έκθεσης παιδιών με ιστορικό φωτοευαισθησίας στον ήλιο (αποφυγή αθλητικών δραστηριοτήτων το καλοκαίρι και τις μεσημεριανές ώρες). Τέλος, παιδιά με φαινόμενο Raynaud δεν θα πρέπει να εκθέτουν τα άκρα τους στο κρύο (προτιμώνται οι αθλητικές δραστηριότητες σε κλειστούς χώρους).

8. Αιματολογικά νοσήματα

Δρεπανοκυτταρική νόσος

Τα παιδιά με δρεπανοκυτταρική νόσο οφείλουν να ελέγχονται και εφόσον η κλινική τους κατάσταση το επιτρέπει δύνανται να αθλούνται αποκλείοντας δραστηριότητες που απαιτούν υπερπροσπάθεια (εντατικά αθλήματα), οδηγούν σε έντονη εφίδρωση και υπερθέρμανση και κατά συνέπεια αφυδάτωση καθώς και η έκθεση σε υψόμετρο (ορειβασία).

Σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία

Απαιτείται εξαστομίκευση ιδιαίτερα αν πρόκειται για χρόνια κατάσταση και αποφυγή αθλημάτων με βίαιη και απότομη επαφή μεταξύ των ασκούμενων ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος ρήξης ή τραυματισμού.

Διαταραχές πηκτικού μηχανισμού

Προσπατείται κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος και εξαστομίκευση ανάλογα με την αθλητική δραστηριότητα, το νόσημα, τη βαρύτητα, την ηλικία και τη συμμόρφωση του παιδιού.

9. Νευρολογικά νοσήματα

Νευρογενής ανορεξία

Τα παιδιά και ειδικότερα τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας με νευρογενή ανορεξία χρήζουν ιατρικής εκτίμησης και ψυχιατρικής υποστήριξης πριν την συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες. Εφόσον αθλούνται απαιτείται παρακολούθηση του σωματικού τους βάρους και των διατροφικών τους συνηθειών.

Επιληψία με καλή ανταπόκριση στη θεραπεία

Επιτρέπονται οι αθλητικές δραστηριότητες, αφού ο κίνδυνος κατά την άσκηση είναι αντίστοιχος εκείνου χωρίς αθλητική δραστηριότητα.

Επιληψία με κακή ή μέτρια ανταπόκριση στη θεραπεία

Επιτρέπονται τα ελαφρά αθλήματα εφόσον υπάρχει παρακολούθηση και καθοδήγηση. Συνιστάται σαφής αποφυγή εντατικών δραστηριοτήτων που ενέχουν κίνδυνο τραυματισμού (όπως το ποδόσφαιρο) καθώς και η κολύμβηση, η άρση βαρών και τα αθλήματα που λαμβάνουν χώρα σε ύψος.

Κεφαλαλγία

Απαιτείται ιατρικός έλεγχος και νευρολογική εκτίμηση και εξαστομίκευση ανάλογα με τα αίτια και τη βαρύτητα.

10. Ενδοκρινικά νοσήματα

Σακχαρώδης διαβήτης

Επιτρέπεται η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες εφόσον υπάρχει καλός έλεγχος της νόσου και συμμόρφωση του παιδιού στις οδηγίες. Επιπλέον, απαιτείται η εφαρμογή διατροφικών παρεμβάσεων (πρόσληψη υδατανθράκων), έλεγχος της τιμής της γλυκόζης του ορού και ικανοποιητική ενυδάτωση πριν την έναρξη οποιασδήποτε αθλητικής δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, απαιτείται έλεγχος της γλυκόζης του ορού κάθε 30' κατά τη διάρκεια της άσκησης, 15' μετά την ολοκλήρωσή της και πριν τη βραδινή κατάκλιση.

Μεταβολικό σύνδρομο

Για την αντιμετώπισή του απαιτείται φυσική δραστηριότητα και άθληση (μέτρια ως έντονη) τουλάχιστον μία ώρα την ημέρα με ταυτόχρονο περιορισμό της καθιστικής ζωής (τηλεόραση, υπολογιστής).

Παχυσαρκία

Η άσκηση σε συνδυασμό με τη διατροφή αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο των προγραμμάτων απώλειας βάρους, αφού συμβάλλει στη βελτίωση του βασικού μεταβολισμού, στη ρύθμιση της γλυκόζης και στην ελάττωση των λιπιδίων του αίματος. Επιπλέον, δημιουργεί αίσθημα ευεξίας και έχει θετική επίδραση στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού. Σε περιπτώσεις παχύσαρκων παιδιών που συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες για πρώτη φορά απαιτείται ικανοποιητική ενυδάτωση, σταδιακή ενσωμάτωση (αρχικά 10' - 15' με σταδιακή αύξηση του χρόνου συμμετοχής) και τροποποίηση ανάλογα με τις δυνατότητες του ασκούμενου.

11. Νεφρολογικά νοσήματα

Υπέρταση

Παιδιά με αρτηριακή πίεση >5mmHg από την 99^η ΕΘ για την ηλικία, το φύλο και το ύψος θα πρέπει να αποφεύγουν αθλητικές δραστηριότητες με υψηλή συμμετοχή του στατικού στοιχείου.

Σοβαρή νεφρική νόσος

Αποκλείει τη συμμετοχή του παιδιού από τις αθλητικές δραστηριότητες τουλάχιστον κατά τη οξεία φάση της.

Δυναμικό στοιχείο

↑
Στατικό
στοιχείο

	Χαμηλό (<40% Max O ₂)	Ενδιάμεσο (40-70% Max O ₂)	Υψηλό (>70% Max O ₂)
Υψηλό (>50% MVC)	Στίβος (ρίψεις) Γυμναστική Καράτε Ιστιοπλοΐα Αναρρίχηση Θαλάσσιο σκι Άρση βαρών Ιστιοσανίδα	Πάλη Σκι Βουνού	Πυγμαχία Κανό καγιάκ Δέκαθλο Κωπηλασία Παγοδρομίες
Ενδιάμεσο (20-50% MVC)	Τοξοβολία Ιππασία Καταδύσεις Αγώνες αυτοκινήτων	Ξιφασκία Στίβος (άλματα) Τρέξιμο (ταχύτητα) Καλλιτεχνικό πατινάξ Συγχρονισμένη κολύμβηση Σέρφινγκ	Μπάσκετ Χόκεϊ επί πάγου Κολύμβηση Χάντμπολ
Χαμηλό (<20% MVC)	Μπόουλινγκ Γκολφ σκοποβολή	Επιτραπέζια αντισφαίριση Τένις Βόλεϊ	Ποδόσφαιρο Τένις Δρόμοι μεγάλων αποστάσεων

Εικόνα 1. Ταξινόμηση των αθλητικών δραστηριοτήτων ανάλογα με την απαίτηση του καρδιαγγειακού συστήματος (σύμφωνα με τη συμμετοχή του στατικού και δυναμικού στοιχείου που χαρακτηρίζει κάθε δραστηριότητα). Η αύξηση του δυναμικού στοιχείου ορίζεται με την εκτίμηση της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (Max O₂), ενώ του στατικού στοιχείου από την μέγιστη εκούσια μυϊκή σύσπαση (MVC; maximal voluntary contraction). (Mitchell JH, Haskell W, Snell P, Van Camp SP. 36th Bethesda Conference. Task force 8: classification of sports. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1364-1367).

Βιβλιογραφία

1. Rice S, and the Council on Sports Medicine and Fitness. Medical conditions affecting sports participation. *Pediatrics* 2008;121:841-848.
2. Keeton VF, Kennedy C. Update on physical activity including special needs population. *Curr Opin Pediatr* 2009;21:262-268.
3. American College of Cardiology Foundation. 36th Bethesda Conference: eligibility recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1313-1375.
4. Maron BJ. Sudden death in young athletes. *N Engl J Med* 2003;349:1064-1075.
5. American Academy of Pediatrics, Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health. Active healthy living: prevention of childhood obesity through increased physical activity. *Pediatrics* 2006;117:1864-1842.
6. Brenner JS, American Academy of Pediatrics, Council on Sports Medicine and Fitness. Overuse, injuries, overtraining, and burnout in athletes. *Pediatrics* 2007;119:1232-1241.
7. Fragala-Pinkham MA, Haley SM, Rabin J, Kharasch VS. A fitness program for children with disabilities. *Phys Ther* 2005;85:1182-1200.
8. Bandini LG, Curtin C, Hamad C, Tybor DJ, Must A. Prevalence of overweight in children with developmental disorders in the continuous National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002. *J Pediatr* 2005;146:738-743.
9. Dykens EM, Rosner BA, Butterbaugh G. Exercise and sports in children and adolescents with developmental disabilities: positive physical and psychosocial effects. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7:757-771.
10. Gabler-Halle D, Halle JW, Chung YB. The effects of aerobic exercise on psychological and behavioral variables of individuals with developmental disabilities: a critical review. *Res Dev Disabil* 1993;14:359-386.
11. American Academy of Pediatrics, Committee on Sports Medicine and Fitness. Medical conditions affecting sports participation. *Pediatrics* 2001;107:1205-1209.

Παιδική επιληψία: Απαντήσεις στις συχνότερες ερωτήσεις των γονέων

Ευάγγελος Παύλου

Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Μια από τις πλέον τραυματικές εμπειρίες για τους γονείς είναι η διάγνωση της επιληψίας στο παιδί τους, γεγονός που οφείλεται σε σημαντικό βαθμό σε παλαιότερες λανθασμένες και δεισιδαιμονικές αντιλήψεις για τη συγκεκριμένη νόσο και στο κοινωνικό στιγματισμό που επιφέρει. Οι περισσότεροι από τους γονείς θα χρειαστούν αρκετό χρόνο για να συνειδητοποιήσουν τις αληθινές κοινωνικές προεκτάσεις και τους περιορισμούς που επιφέρει μια τέτοια διάγνωση και οι περισσότερες απορίες τους θα δημιουργηθούν όταν πλέον θα έχουν εγκαταλείψει το χώρο και την ασφάλεια του νοσοκομείου. Στο στάδιο αυτό θα στραφούν στις περισσότερες περιπτώσεις και θα κατακλύσουν με ερωτήσεις τους οικογενειακούς ιατρούς (παιδιάτρους) οι απαντήσεις των οποίων και βέβαια θα έχουν σημαντική βαρύτητα και θα τους βοηθήσουν στην αποδοχή της νέας κατάστασης και στην προσαρμογή τους.

Ακολουθώντας παραθέτονται οι συχνότερες ερωτήσεις που θέτουν οι γονείς των παιδιών στους παιδιάτρους τους.

1) Τι ακριβώς είναι η επιληψία;

Το 1870 ο Hughlings Jackson διατύπωσε πρώτος έναν κλασσικό ορισμό για την επιληψία ο οποίος ακόμη και σήμερα θα μπορούσε να έχει χρηστική ισχύ: Επιληψία είναι το όνομα για την αιφνίδια, υπερβολική, ταχεία και τοπική ηλεκτρική εκφόρτιση νευρώνων της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου, ικανή να διαταράξει την λειτουργία του. Πολλά χρόνια αργότερα η Διεθνής Ένωση Κατά της Επιληψίας (International League Against Epilepsy – ILAE) πρότεινε έναν πιο λειτουργικό ορισμό για επιδημιολογικούς σκοπούς βάσει του οποίου: δύο ή περισσότερα υποτροπιάζοντα επεισόδια απρόκλητων επιληπτικών σπασμών που δε μπορούν να αποδοθούν σε συμπτωματική αιτία έθεταν τη διάγνωση της επιληψίας^{1,2}. Ως επιληπτικός σπασμός ορίστηκε η κλινική εκδήλωση της ανώμαλης και υπερβολικής εκφόρτισης ομάδας νευρώνων του εγκεφάλου που μπορεί να έχει τη μορφή κινητικών, αισθητικών, αυτονομικών ή και ψυχικών ανώμαλων εκδηλώσεων με ή χωρίς επηρεασμό του επιπέδου της συνείδησης. Από το 2005 έχει διατυπωθεί πρόταση από την ILAE και την International Bureau for Epilepsy για εκ νέου τροποποίηση του ορισμού της επιληψίας. Σύμφωνα με την τελευταία αυτή πρόταση επιληψία είναι η διαταραχή του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από διαρκή προδιάθεση εμφάνισης επιληπτικών σπασμών με νευροβιολογικές, γνωστικές, ψυχικές και κοινωνικές συνέπειες. Στον τελευταίο ορισμό απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο ασθενής να έχει εμφανίσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σπασμών (και όχι δύο όπως ίσχυε μέχρι πρόσφατα) ενώ η προδιάθεση εμφάνισης επιληπτικών σπασμών αναφέρεται σε επιληπτικού τύπου ηλεκτροεγκεφαλογραφικές (ΗΕΓ) ανωμαλίες ή σε θετικό οικογενειακό ιστορικό για επιληψία³.

2) Υπάρχουν ποιά είδη επιληψίας;

Ο όρος επιληψία είναι γενικός και περιλαμβάνει ευρύ φάσμα διαταραχών και καταστάσεων, από τις πολύ σοβαρές και με ιδιαίτερα κακή πρόγνωση επιληπτικές εγκεφαλοπάθειες έως ιδιοπαθείς αυτοϊάσιμες καταστάσεις που πολλές φορές δεν χρειάζονται ούτε φαρμακευτική αγωγή. Για τους λόγους αυτούς και βάσει του είδους των σπασμών, της ηλικίας εμφάνισής τους, των ΗΕΓ/φικών ευρημάτων, των συνοδών συμπτωμάτων και του οικογενειακού ιστορικού του ασθενούς γίνεται προσπάθεια καθορισμού του λεγόμενου επιληπτικού συνδρόμου. Σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότερα από 40 επιληπτικά σύνδρομα με διαφορετική κλινική εικόνα, πρόγνωση και θεραπεία. Η ταξινόμηση ωστόσο του ασθενούς σε κάποιο από αυτά είναι πολλές φορές εξαιρετικά δύσκολη λόγω αλληλοεπικάλυψης των κλινικών χαρακτηριστικών και μπορεί να τεθεί μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα παρακολούθησης του ασθενούς.

3) Μπορεί να εμφανίσει κάποιος σπασμούς χωρίς να είναι επιληπτικός;

Καταστάσεις όπως υπογλυκαιμία, υπονατρία, υπασθεσιαμία, υποξαιμία, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, τραυματισμοί, όγκοι εγκεφάλου κ.α μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια σπασμών μη επιληπτικής αιτιολογίας.

4) Είναι δυνατόν να έχει ένα παιδί φυσιολογικό ΗΕΓ και να έχει επιληψία;

Η αλήθεια είναι ότι υπάρχουν πολλά παιδιά που έχουν επιληψία και κάνουν σπασμούς τακτικά χωρίς όμως ποτέ στο ΗΕΓ να ανευρίσκονται τυπικές ανωμαλίες επιληπτικού χαρακτήρα. Το γεγονός αυτό οφείλεται εν μέρει στο ότι με το κοινό ΗΕΓ ελέγχεται η ηλεκτρική δραστηριότητα που εμφανίζει το 70% περίπου της επιφανείας του εγκεφάλου (δεν ελέγχεται αποτελεσματικά η κάτω επιφάνειά του) και στο ότι η ανώμαλη υπερσύγχρονη και υπερβολική εκφόρτιση μιας ομάδας νευρώνων του εγκεφάλου είναι ένα συμβάν παροξυσμικό και στο μεσοκρिटικό διάστημα να μην καταγράφεται καθόλου παροξυσμική δραστηριότητα. Για το ΗΕΓ θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι:

- 50% των παιδιών με επιληψία έχουν φυσιολογικό ΗΕΓ
- 10-15% του φυσιολογικού παιδικού πληθυσμού έχουν μη ειδικές αλλοιώσεις και 1-2% ειδικές επιληπτικού τύπου χωρίς ιστορικό κλινικών σπασμών
- Έχει διαγνωστικό ρόλο σε κρίσεις χωρίς κινητικούς σπασμούς π.χ αφαιρέσεις
- Βοηθά στη διάκριση μεταξύ πρωτοπαθών και δευτεροπαθών γενικευμένων σπασμών
- Εστιακές ανωμαλίες μπορεί να υποδηλώνουν παρουσία υποκείμενης οργανικής βλάβης

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι το ΗΕΓ βοηθά κυρίως στην ταξινόμηση των σπασμών και τον καθορισμό του επιληπτικού συνδρόμου συμβάλλοντας έμμεσα και στον καθορισμό της θεραπείας και της πρόγνωσης, ενώ η διάγνωση της επιληψίας παραμένει κλινική με ακρογωνιαίο λίθο το λεπτομερές ιστορικό.

5) Χρειάζεται κάθε παιδί με επιληψία να κάνει αξονική ή μαγνητική τομογραφία;

Η MRI εγκεφάλου αποτελεί την ενδεδειγμένη μέθοδο νευροαπεικόνισης σε παιδιά με επιληψία αφού δείχνει με μεγαλύτερη σαφήνεια δυσπλασίες του εγκεφάλου και είναι ικανή να ανιχνεύσει τη σκλήρυνση του ιπποκάμπου κ.α. Ο ρόλος της αξονικής περιορίζεται μόνο στη επείγουσα νοσοκομειακή διαγνωστική προσέγγιση παιδιού με επιληπτική κατάσταση (status epilepticus) ή κωματώδη κατάσταση σε ασθενή χωρίς γνωστό ιστορικό επιληψίας. Σύμφωνα με πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα το 50% των παιδιών με εστιακή επιληψία εμφανίζει ευρήματα στην MRI, ενώ η MRI εγκεφάλου δεν κρίνεται απαραίτητη σε κάποια ιδιοπαθή επιληπτικά σύνδρομα όπως οι αφαιρέσεις της παιδικής ηλικίας, η νεανική μυοκλονική επιληψία, η αφαιρετική επιληψία της εφηβικής ηλικίας και η Ρολάνδειος επιληψία⁵. Νευροαπεικόνιση συστήνεται σε:

- σπασμούς με εστιακή έναρξη,
- σε ασθενείς που δε μπορούν να ταξινομηθούν σε κάποιο επιληπτικό σύνδρομο
- σε περιπτώσεις με εστιακά νευρολογικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση που υπάρχει υπόνοια οργανικής βλάβης του εγκεφάλου
- σε κλινικές ενδείξεις νευροδερματικού συνδρόμου (π.χ πολλαπλές café au lait κηλίδες
- σε περιπτώσεις που το παιδί εμφανίζει ψυχοκινητική έκπτωση
- σε βρεφικούς ή μυοκλονικούς σπασμούς που εκδηλώνονται τον πρώτο χρόνο ζωής

6) Ποια είναι η πρόγνωση της επιληψίας του παιδιού μας;

Η πρόγνωση θα εξαρτηθεί από το είδος του επιληπτικού συνδρόμου στο οποίο θα ταξινομηθεί τελικά ο εν λόγω ασθενής. Π.χ. ασθενείς με ιδιοπαθές επιληπτικό σύνδρομο όπως είναι οι αφαιρέσεις της παιδικής ηλικίας εμφανίζουν άριστη πρόγνωση με υποχώρηση των συμπτωμάτων στη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών μέχρι την εφηβεία. Αντίθετα η διάγνωση του επιληπτικού συνδρόμου Lennox-Gastaut συνοδεύεται από πολύ φτωχή πρόγνωση για το μικρό ασθενή.

7) Το παιδί μου έχει ιστορικό πυρετικών σπασμών. Έχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης επιληψίας στο μέλλον;

Η συχνότητα εμφάνισης μεταγενέστερα επιληψίας σε παιδιά με ιστορικό πυρετικών σπασμών υπολογίζεται περίπου στο 2-3%, ενώ η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%⁶. Η συχνότητα αυτή αυξάνεται σε περίπτωση:

- Θετικού οικογενειακού ιστορικού για επιληψία
- Συνύπαρξης νευροαναπτυξιακών διαταραχών
- Σε επιπλεγμένους πυρετικούς σπασμούς

8) Αληθεύει ότι μπορεί να πεθάνει κάποιος ενώ κάνει σπασμούς;

Είναι σπάνιο να πεθάνει παιδί την ώρα που κάνει σπασμούς (γενικευμένους τονικοκλονικούς) εκτός αν το επεισόδιο διαρκέσει πολλή ώρα (συνήθως > 60 λεπτά). Άλλες αιτίες θανάτου αποτελούν ο πνιγμός, η εισρόφηση που μπορεί να επισυμβεί σε επεισόδιο κατά τον ύπνο, η βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση από πτώση ή ατύχημα. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί αιφνίδιοι και ανεξήγητοι θάνατοι σε ασθενείς, νεαρούς ενήλικες κυρίως, με επιληψία (Sudden Unexpected Death in Epilepsy –SUDEP). Η συχνότητα του SUDEP είναι περίπου 1 στους 250 ενήλικες επιληπτικούς ασθενείς ενώ είναι πολύ πιο σπάνιο σε μικρούς ασθενείς: περίπου 1 στα 1000 παιδιά με επιληψία. Αν και πιθανολογούνται καρδιακά αίτια (αρρυθμία, επιμήκυνση του QT), ή ασφυξία, τα πραγματικά αίτια παραμένουν άγνωστα. Τα περισσότερα θύματα είναι νεαροί ενήλικες επιληπτικοί που ζουν μόνοι τους και δεν λαμβάνουν τακτικά την αγωγή τους. Στα παιδιά σημαντικός παράγοντας κινδύνου φαίνεται πως αποτελεί η συνύπαρξη βαριάς οργανικής βλάβης όπως η εγκεφαλική παράλυση⁷.

9) Υπάρχει χειρουργική θεραπεία για την επιληψία;

Ένα μικρό ποσοστό ασθενών με επιληψία (όχι μεγαλύτερο από το 4-5% των ενηλίκων και παιδιών) θα είναι υποψήφιοι για χειρουργική θεραπεία. Συνήθως αφορά ασθενείς με συχνούς εστιακούς σπασμούς οι οποίοι δεν ελέγχονται ικανοποιητικά με φαρμακευτική αγωγή και στους οποίους ανευρίσκεται συγκεκριμένη μονήρης ανωμαλία στην MRI. Θα πρέπει να προηγηθεί ενδελεχής έλεγχος της εγκεφαλικής λειτουργίας του ασθενούς και να εντοπιστούν τα κέντρα του λόγου και της μνήμης ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επιπλοκών⁹.

10) Υπάρχει κληρονομικότητα στην επιληψία;

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην παθογένεση της επιληψίας. Μοριακές μέθοδοι έχουν ανιχνεύσει γονίδια που κωδικοποιούν ηλεκτροτονικούς και ηλεκτροχημικούς ιοντικούς διαύλους των οποίων η διαταραχή της λειτουργίας έχει συσχετιστεί με την επιληψία. Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα, παράγοντες αυξημένου κινδύνου για την εμφάνιση επιληψίας σε συγγενείς ασθενών φαίνεται πως αποτελούν⁸:

- α) το φύλο του γονέα που νοσεί: αν νοσεί η μητέρα ο κίνδυνος εμφάνισης ιδιοπαθούς επιληψίας στο παιδί ανέρχεται σε 2.8 - 8.7%, ενώ αν νοσεί ο πατέρας ο κίνδυνος περιορίζεται σε 1.0 - 3.6%.
- β) η ηλικία εμφάνισης της νόσου στο γονιό. Σε περίπτωση εμφάνισης της σε ηλικία < 20 ετών ο κίνδυνος για το παιδί ανέρχεται σε 2.3 - 6% ενώ αν η επιληψία έκανε την εμφάνισή της μετά την ηλικία των 20 ετών ο κίνδυνος περιορίζεται στο 1.0 - 3.6%.
- γ) ο αριθμός των συγγενών που πάσχουν και ο βαθμός συγγένειάς τους. Όταν υπάρχουν 2 συγγενείς α' βαθμού ο κίνδυνος ανέρχεται σε 3-8%.
- δ) τα ευρήματα στο ΗΕΓ του ασθενούς γονιού: η παρουσία γενικευμένου συμπλέγματος αιχμή-βραδυ κύμα έχει σχετιστεί με κίνδυνο εμφάνισης επιληψίας στο παιδί έως και 6%, ενώ όταν αυτές οι ανωμαλίες συνδυάζονται και με φωτοπαροξυσμική αντίδραση κατά το διαλείποντα φωτεινό ερεθισμό ο κίνδυνος ανέρχεται σε 8%.
- ε) το είδος των επιληπτικών σπασμών με τις αφαιρέσεις και τους μυοκλονικούς σπασμούς να εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κρίσεων στα παιδιά των ασθενών.

11) Υπάρχουν αθλήματα που απαγορεύονται σε παιδιά με επιληψία;

Η πλειοψηφία των αθλημάτων είναι ασφαλή για τα επιληπτικά παιδιά δεδομένου ότι λαμβάνονται υπόψη κάποια θέματα ασφαλείας. Οι σπασμοί κατά τη διάρκεια της άσκησης είναι σπάνιοι και υπάρχουν ελάχιστες αναφορές για επεισόδια που εκλύθηκαν από την άσκηση σε παιδιά ή ενήλικες. Ο κίνδυνος πνιγμού ή κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν δίνονται οδηγίες συμμετοχής ενώ και η επιλογή του αθλήματος θα πρέπει να εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή. Κύριοι στόχοι θα πρέπει να αποτελούν η ασφάλεια και ο όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικός τρόπος ζωής. Αθλήματα που πρέπει να αποφεύγονται από ασθενείς με επιληψία: πυγμαχία, καράτε και ανάλογες τέχνες, καταδύσεις, ελεύθερη πτώση, ελεύθερη αναρρίχηση κολύμβηση και υπόλοιπα αθλήματα του νερού χωρίς επίβλεψη.

12) Πόσο καιρό διαρκεί η φαρμακευτική θεραπεία και τι πιθανότητα υποτροπής των σπασμών υπάρχει;

Η διάρκεια της φαρμακευτικής ηλικίας εξαρτάται από την αιτιολογία και το είδος του επιληπτικού συνδρόμου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία διάρκεια θεραπείας μικρότερης των 2 ετών συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό υποτροπής των σπασμών μετά το τέλος της αγωγής¹⁰. Παράγοντες κινδύνου για την υποτροπή των σπασμών σε πρόσφατη μελέτη αναφέρονται οι εξής: συμπτωματική αιτιολογία των σπασμών με παθολογικά ευρήματα στη νευροαπεικόνιση, πολλά διαφορετικά είδη σπασμών στον ίδιο ασθενή, ιστορικό νεογνικών σπασμών ή πυρετικών σπασμών¹¹. Επίσης σε παλαιότερη μετά-ανάλυση αναφέρεται σημαντικά αυξημένος κίνδυνος υποτροπής των σπασμών όταν το ΗΕΓ που γίνεται προ της διακοπής της αγωγής είναι παθολογικό¹².

Εκτός από τις προαναφερόμενες ερωτήσεις θα σχολιαστούν και πιο «ειδικές» ερωτήσεις όπως:

- αν υπάρχει ειδική δίαιτα αποτελεσματική κατά των επιληπτικών σπασμών;
- εμβολιασμοί που θα πρέπει να αποφεύγονται στα παιδιά με επιληψία;
- αν πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος του επιπέδου των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στο αίμα;
- αν το παιδί εμφανίσει κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια από το φάρμακο γίνεται απότομη διακοπή;
- τι θα πρέπει να αναφέρουν οι γονείς στους δασκάλους του σχολείου;
- τι πρέπει να προσέχουν οι γονείς μέσα και έξω από το σπίτι για να αποφύγουν κάποιο ατύχημα;
- αληθεύει ότι η τηλεόραση ή ο υπολογιστής μπορούν να προκαλέσουν κάποιο επεισόδιο; κ.α

Βιβλιογραφία

1. Blume WT, Luders HO, Mizrahi E et al. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001;42: 1212-1218
2. Panayiotopoulos CP. THE EPILEPSIES: Seizures, Syndromes and Management. Bladon Medical Publishing, 2005
3. Fisher R, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy and the International Bureau for Epilepsy. *Epilepsia* 2005;46:470-472
4. Appleton RE, Chappell B, Beirne M. Epilepsy and your child. 2nd edition, Class Publishing (London) Ltd 2004.
5. Gaillard WD, Chiron C, Cross H, Harvey S, et al. Guidelines for imaging infants and children with recent-onset epilepsy. *Epilepsia* 2009; 50: 2147-2153
6. Wallace SJ, Farrel K. Epilepsy in children. 2nd edition, Arnold London 2004
7. Hughes JR. A review of sudden unexpected death in epilepsy: Prediction of patients at risk. *Epilepsy & Behavior* 2009; 14: 280-287
8. Winawer MR, Shinnar S. Genetic epidemiology of epilepsy or what do we tell families? *Epilepsia* 2005;46(Suppl.10):24-30
9. Lachhwani DK. Pediatric Epilepsy Surgery: Lessons and Challenges. *Seminars in Pediatric Neurology*, 2005; 12, 114-118
10. Sirven JL, Sperling M, Wingerchuk DM. Early versus late antiepileptic drug withdrawal for people with epilepsy in remission (Cochrane Methodology Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD001902
11. Ramos-Lizana J, Agirre-Rodriguez J, Aguilera-Lopez P, et al. Recurrence risk after withdrawal of antiepileptic drugs in children with epilepsy: a prospective study. *Eur J Paediatr Neurol* 2009; doi:10.1016/j.ejpn.2009.05.006 (in press)
12. Berg AT, Shinnar S. Relapse following discontinuation of antiepileptic drugs: a meta-analysis. *Neurology* 1994;44:601-608

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις παρακάτω εταιρείες για τη συμβολή τους στη διοργάνωση της ημερίδας.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Φανή Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ., Διευθύντρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής 3

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Α' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Αναιμία στους εφήβους

Θεοδότης Παπαγεωργίου, Διευθυντής Ε.Σ.Υ. 6

Εμβολιασμοί στην εφηβική ηλικία

Μαρία Χατζηστυλιανού, Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ. 10

Εφηβεία και χρόνια νόσημα. Μετάβαση από τον Παιδίατρο στον Παθολόγο

Εμμανουήλ Χατζηπαντελής, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ. 12

ΔΙΑΛΕΞΗ

«Γονείς & έφηβοι» - Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη

Dr. Θάνος Ε. Ασκητής, Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Παν. Αθηνών,

Πρόεδρος Ινστιτούτου Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας 18

Β' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Λοιμώξεις και καρδιαγγειακές επιπλοκές

Ανδρέας Γιαννόπουλος, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ. 20

Άθληση στα παιδιά. Υπάρχουν περιορισμοί;

Αθανάσιος Τραγιαννίδης, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ. 25

Παιδική επιληψία: Απαντήσεις στις συχνότερες ερωτήσεις των γονέων

Ευάγγελος Παύλου, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ. 30

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 34

Γραμματεία Ημερίδας



Σταδίου 50Α, 555 35 Πυλαία Θεσσαλονίκης, τηλ: 2310 247743, fax: 2310 247746
E-mail: info@globalevents.gr, www.globalevents.gr

NEO



Ανθρώπινη, φυσιολογική ανοσοσφαιρίνη **10% IVIG**,
έτοιμο διάλυμα για έγχυση

Το Privigen 10% είναι ένα διάλυμα IVIG
υψηλής καθαρότητας
σε ανθρώπινη ανοσοσφαιρίνη ($\geq 98\%$)

Το Privigen 10% είναι διαθέσιμο
στις ακόλουθες συσκευασίες:

Φιαλίδιο των **50 ml: 5 g**

Φιαλίδιο των **100 ml: 10 g**

Φιαλίδιο των **200 ml: 20 g**



Από 1ης Οκτωβρίου 2009 είναι διαθέσιμο
στην ελληνική φαρμακευτική αγορά

Biotherapies for Life™

CSL Behring

Χ. Μέξη 5, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210 7255660, Fax: 210 7255663
www.cslbehring.com



CSL/AD/04/0408

privigen
Ανθρώπινη φυσιολογική ανοσοσφαιρίνη 10%, IV

Vivaglobin
Ανθρώπινη φυσιολογική ανοσοσφαιρίνη, SC

Tetagam P
Ανθρώπινη αντιτετανική ανοσοσφαιρίνη, IM

Rhophylac
Ανθρώπινη Anti-D Ανοσοσφαιρίνη

Human Albumin / Behring 20%
Ανθρώπινη Λευκωματίνη

Beriplex P/N
Σύμπλεγμα Προθρομβίνης

Kybernin P
Συμπύκνωμα Αντιθρομβίνης

Helixate NexGen
Ανασυνδυασμένος παράγοντας πήξης VIII

Haemate P
Von Willebrand factor VIII

Biotherapies for Life™

CSL Behring

Χατζηγιάννη Μέξη 5, Αθήνα 115 28, Τηλ.: 210 7255 660, Φαξ: 210 7255 663



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ



