

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ-ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ
ΗΛΙΚΙΑΣ 60-65 ΚΑΙ 65-70 ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ ΘΕΟΝΥΜΦΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΒΛΟΝΤΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΛΟΥΜΠΑΚΗ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2006

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πολύ την υπεύθυνη για την εργασία κα Κοτσαμπασάκη Θεονύμφη, τόσο για την πολύτιμη βοήθεια της σε όλα τα στάδια εκτέλεσης της εργασίας όσο και για την υπομονή αλλά και κατανόηση που έδειξε.

Τις διευθύνσεις των νοσηλευτικών υπηρεσιών Π.Α.Γ.Ν.Η., Κ.Α.Π.Η. Μασταμπά, Θερίσσου, Αγ. Τριάδος και Αγ. Δημητρίου του Δήμου Ηρακλείου που μας επέτρεψαν να διενεργήσουμε την έρευνα μας με την διάθεση ερωτηματολογίων στους ηλικιωμένους.

Τους καθηγητές του Α.Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ που στάθηκαν δίπλα μας κατά την διάρκεια της φοίτησης μας.

Τους φίλους μας που μας συμπαραστάθηκαν σε όλη την διάρκεια της προετοιμασίας της πτυχιακής μας εργασίας .

Τέλος, την κα Δραμουντάνη Ειρήνη Νοσηλεύτρια του Κ.Α.Π.Η. Αγ. Τριάδος Ηρακλείου για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πριν αρχίσουμε να αναλύουμε το θέμα της έρευνας μας, θα θέλαμε να σας μεταφέρουμε τα κίνητρα που μας οδήγησαν να επιλέξουμε το συγκεκριμένο θέμα και να εργαστούμε σκληρά πάνω σ' αυτό. Η ακαταλόγιστη χρήση των αντιβιοτικών και οι επιδράσεις στα διάφορα συστήματα του οργανισμού ήταν ο κύριος λόγος. Επικεντρωθήκαμε όμως στην πιο ευαίσθητη ηλικιακή περίοδο της ζωής και αυτή δεν είναι από την τρίτη ηλικία. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων ολοένα και αυξάνονται, έτσι χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τούς επιστήμονες υγείας και συνεπώς όλα αυτά συμβάλλουν στο εξαιρετικό ενδιαφέρον που παρουσιάζουν στη μελέτη και την έρευνα των προβλημάτων τους. Η επικέντρωση της ερευνητικής μας μελέτης σε ένα χώρο εκτός νοσοκομείου ήταν για μας μια πρόκληση. Έτσι, επισκεφτήκαμε αρκετά ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, τα γνωστά σε όλους μας Κ.Α.Π.Η., συζητήσαμε με μη κλινήρεις ηλικιωμένους, που πρόθυμα προσφέρθηκαν να μας βοηθήσουν.

Επιπροσθέτως θα αναφερθούμε επιγραμματικά στο περιεχόμενο της εργασίας μας. Αρχικά, αναφερόμαστε στην Τρίτη ηλικία, στα ιδρύματα για ηλικιωμένους, στην ολική θεώρηση υγείας τους καθώς και στη νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων. Στη συνέχεια αναλύουμε τη φαρμακευτική αγωγή στους ηλικιωμένους, τις οδούς χορήγησης καθώς εδώ αναλύουμε και τα αντιβιοτικά, ενδείξεις-αντενδείξεις-τρόπους χορήγησης-δοσολογία.

Τελειώνουμε με το κεφάλαιο των φαρμάκων που δημιουργούν ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω λήψης αντιβιοτικών. Κλείνοντας το θεωρητικό τμήμα αναφερόμαστε στις διαταραχές του Κ.Ν.Σ. με την πολλαπλή χρήση φαρμάκων και τις ηθικές υποχρεώσεις νοσηλευτών στα Κ.Α.Π.Η. Το δεύτερο μέρος της εργασίας είναι το ερευνητικό τμήμα με το σκοπό, τα ερωτηματολόγια, τα αποτελέσματα και τις προτάσεις. Τέλος παραθέτουμε τις πηγές από όπου βρήκαμε δεδομένα και συγκροτήσαμε για να ολοκληρώσουμε την εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ σελ.8

1.1 Πώς είναι να είσαι γέρος σελ.8

1.2 Παραμερίζοντας τους γέρους σελ.9

1.3 Ηλικιωμένοι, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός σελ.9

1.4 Ηλικία και προσωπικότητα σελ.10

1.5 Οι γυναίκες και το γέρασμα σελ.11

1.6 Αγάπη και έρωτας στην Τρίτη ηλικία σελ.11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ σελ.12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΛΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ σελ.14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ σελ.17

4.1. Αρχές γεροντολογικής νοσηλευτικής σελ.17

4.2. Νοσηλευτική αξιολόγηση σελ.17

4.3 Νοσηλευτική φροντίδα σελ.18

4.3.1. Πόνος σελ.18

4.3.2. Διαταραχή ύπνου σελ.19

4.3.3. Πτώσεις σελ.19

ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΧΡΟΝΙΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ σελ.21

2.1 Στηθάγχη σελ.21

2.2 Έμφραγμα μυοκαρδίου σελ.22

2.3 Καρδιακή ανεπάρκεια σελ.22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ σελ.23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ σελ.23

4.1. Χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος σελ.23

4.2. Βρογχεκτασίες σελ.24

4.3 Πνευμονικό εμφύσημα σελ.24

4.4. Βρογχικό άσθμα σελ.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ σελ.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ σελ.26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ σελ.26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ σελ.27

8.1 Οστεοαρθρίτιδα ισχίου σελ.27

8.2 Ρευματοειδής αρθρίτιδα σελ.27

8.3 Οστοπόρωση σελ.27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ σελ. 28

9.1 Οργανικό ψυχοσύνδρομο σελ.28

9.2 Κατάθλιψη σελ.28

9.3 Άνοια σελ.29

9.4 Παρκινσονισμός σελ.29

9.5 Alzheimer σελ.30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ σελ.31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ σελ.31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ-ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
σελ.32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ σελ.33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ σελ.35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15: ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ σελ.36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16: ΣΥΓΧΥΣΗ σελ.36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17: ΑΚΡΑΤΕΙΑ σελ.37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ σελ.38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19: ΜΟΡΦΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ σελ.39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20: ΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ σελ.39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21: ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ-ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ/ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ-
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ/ΑΝΤΑΝΔΕΙΞΕΙΣ-ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ σελ.41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ σελ.87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 23: ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ σελ.90

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ
ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ σελ.94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΡΑΣΗ Κ.Ν.Σ. ΑΠΟ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ
ΗΛΙΚΙΑ σελ.95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΗΘΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ Κ.Α.Π.Η. σελ.96

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

√ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ σελ.99

√ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ σελ.102

√ ΠΡΟΛΟΓΟΣ σελ.121

√ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ σελ.122

√ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ σελ.135

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ. 136

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τι θα πει «γήρας»? Πώς ορίζετε? Η απάντηση δεν είναι απλή. Στη πραγματικότητα υπάρχουν πολλοί ορισμοί. Εξαρτάται πως αντιλαμβάνεται ο καθένας μας την έννοια αυτή. Σ' αυτό όμως που θα συμφωνήσουμε όλοι μας είναι ότι το γήρας δεν είναι νόσος αλλά είναι μια φυσιολογική κατάσταση με πολλές όμως παραδοξότητες. Βασικότερη είναι ότι ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανελιξέως της ζωής εν τούτοις αποτελεί κατάληξη της συνεπάγεται δηλαδή έκπτωση λειτουργιών. (Χριστοδούλου 1975-57)

1.1 Πώς είναι να είσαι γέρος;

Ένα μεγάλο μέρος της απάντησης εξαρτάται από τι είδους άτομα είμαστε τώρα. Το γέρασμα είναι αργό, δεν μοιάζει με ισχυρή εξωτερική δύναμη που μας κυριεύει και παραμορφώνει με τον ένα ή τον άλλο τρόπο την προσωπικότητα μας. Συνήθως συνεχίζουμε να επεξεργαζόμαστε τις εμπειρίες μας και ν' αντιμετωπίζουμε τις αντιξοότητες της ζωής μας σύμφωνα με τα πρότυπα που οικοδομήσαμε παλιότερα. Είναι αλήθεια πολλοί από εμάς θα δοκιμάσουν μερικές από τις ίδιες αντικειμενικές αλλαγές, όπως άσπρισμα των μαλλιών, εμφάνιση ρυτίδων, διαφοροποίηση στην επαγγελματική και οικονομική κατάσταση. Τί ακριβώς όμως σημαίνουν αυτές οι αλλαγές για μας εξαρτάται από τον τρόπο που έχουμε μάθει να ερμηνεύουμε τη ζωή γενικά.

Η υπόθεση ότι τα γηρατειά είναι περίοδος τρομακτικής δυστυχίας καταρίφθηκε τελείως σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί. Οι γηροντότεροι άντρες και γυναίκες έδειξαν, ότι αισθάνονται σχεδόν την ίδια ικανοποίηση στη ζωή τους με εκείνη που νιώθουν άτομα πολύ νεότερα τους. Πραγματικά η χρονολογική ηλικία αυτή καθαυτή δεν είναι έγκυρος δείκτης ικανοποίησης. Η γνώση της ηλικίας ενός ατόμου δεν πρόσφερε αξιόπιστες ενδείξεις για την ποιότητα της εμπειρίας του την εποχή εκείνη. Το εισόδημα, η μόρφωση και το επίπεδο απασχόλησης αποδείχτηκαν ισχυρότεροι δείκτες ικανοποίησης από τη ζωή. Ένα ηλικιωμένο άτομο με λογικό εισόδημα, ανώτερη μόρφωση και δυνατότητα να συνεχίσει την απασχόληση του, έκφραζε γενικά μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή του από το νεότερο άτομο με περιορισμένο εισόδημα και μόρφωση, ιδιαίτερα αν την εποχή ήταν και άνεργο.

Μ' άλλα λόγια στο βαθμό που το άτομο είχε την τύχη να αποκτήσει ευνοϊκό υπόβαθρο εμπειριών (μόρφωση για παράδειγμα) κι εξακολουθεί να έχει την ευκαιρία να συνεχίσει τον τρόπο ζωής του, η προχωρημένη ηλικία δεν αρκεί ν' αποτελέσει εμπόδιο στην ικανοποίηση που αντλεί από τη ζωή του.

1.2 Παραμερίζοντας τους γέρους

Η θεωρία της αποδέσμευσης θα μπορούσε από μια μεριά να αποχωρίζονται μεταξύ τους με αμοιβαία συγκατάθεση. Άλλοι όμως κοινωνικοί επιστήμονες βλέπουν διαφορετικά αυτή τη κατάσταση. Σύμφωνα με το γενικό συμπέρασμα όπου καταλήγει η θεωρία της αποδέσμευσης, το ηλικιωμένο άτομο είχε την τάση να παρασύρεται από τον πυρήνα της κοινωνικής ζωής. Παρ' όλα αυτά χρησιμοποιούν για το γεγονός όρους όπως «διακρίσεις», «διαχωρισμός», «πολιτική σκοπιμότητα» Δεν το βλέπουν σαν χαριτωμένο τελετουργικό χορό. Η κοινωνία κατευθύνει ή σπρώχνει τους ηλικιωμένους στο περιθώριο. Παρ' όλο που η αποδέσμευση πραγματικά συμβαίνει, δεν την θεωρούν φυσική διαδικασία. Αντίθετα την αντιμετωπίζουν σαν τη λύση που χρησιμοποιεί η κοινωνία σ' ένα σωρό οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά προβλήματα. Η διαβάθμιση σε ηλικίες έχει πάρει καινούργιες μορφές στις μέρες μας. Παλιότερα, οι νέοι και οι γέροι δούλευαν όσο μπορούσαν περισσότερα για να εξασφαλίσουν την επιβίωση της οικογένειας και της κοινότητας τους. Οι νέοι έπιαναν δουλειά από πολύ νωρίς στη ζωή τους, αν είχαν τις ικανότητες, και οι γέροι συνέχιζαν να δουλεύουν όσο μπορούσαν. Τα στοιχεία που καθόριζαν την είσοδο και έξοδο του ατόμου από την παραγωγική δύναμη ήταν η βιολογική ικανότητα και η λειτουργική του θέση. Σήμερα τόσο οι νέοι όσο και οι γέροι αποκλείονται σε ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό από το ρόλο του παραγωγού. Η αιτία δεν είναι βιολογική γιατί τα παιδιά και οι γέροι είναι σήμερα υγιέστεροι και δυνατότεροι απ' ό,τι στο παρελθόν. Η αιτία είναι πολιτισμική, οι άνθρωποι χαρακτηρίζονται «υπερβολικά νέοι» ή «υπερβολικά γέροι» για μακρύτερες χρονικές περιόδους απ' ό,τι παλιότερα.

Σήμερα η στρωμάτωση με βάση την ηλικία έχει αποκτήσει μια ασυνήθιστη σημασία. Αποτελεί μια διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στους ανθρώπους, άλλη μια βάση πάνω στην οποία οι ισχυρότεροι αρνούνται δικαιώματα και προνόμια στους λιγότερο ισχυρούς. Οι Γκρέγκορυ Τζόνσον και Λώρενς Καμάρα υποστηρίζουν ότι ακόμα και οι μεσήλικες βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση με τους νεότερους και τους γεροντότερους. Η άποψη αυτή απέχει πολύ από εκείνη που θέλει να τους βλέπει όλους μαζί να συμμετέχουν σ' ένα ευπρεπή χορό. («Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ», ΡΟΜΠΕΡΤ ΚΑΣΤΕΝΜΠΛΑΟΥΜ, σελ.59-62).

1.3 Ηλικιωμένοι, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

Ως κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να θεωρηθεί η συνθήκη αποξένωσης ενός ατόμου από α) την αγορά εργασίας β) την οικογένεια, τους συγγενείς, τους φίλους γ) τον κρατικό μηχανισμό ή τις κρατικές υπηρεσίες (Καραντινός 1992). Ως εκ τούτου, ο κοινωνικός αποκλεισμός αφορά άτομα προσωρινά ή μόνιμα ξεκομμένα ή και με χαλαρή σύνδεση με τους παραπάνω δεσμούς. Τέτοια άτομα μπορεί να είναι οι άνεργοι, οι φτωχοί, οι αναλφάβητοι καθώς και τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός όπως αναφέρουμε παραπάνω αφορά μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες και οριοθετεί την κατάσταση του ατόμου που βρίσκεται αποξενωμένο μερικώς ή ολικώς από τη συνολική κίνηση της κοινωνίας, εδώ όμως θα επικεντρωθούμε στο τμήμα εκείνο του πληθυσμού που ορίζεται με βασική παράμετρο την ηλικία του, τους ηλικιωμένους. Από έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες ο πληθυσμός έχει περάσει σε φάση γήρανσης. Υπολογίζεται ότι το έτος

2020 τα άτομα 60+ θα έχουν αντιστοιχία 1:5 στο συνολικό πληθυσμό, ενώ για τα άτομα 65+ η αναλογία θα είναι 1:4.

Αν η συμπλήρωση του ορίου ηλικίας συνοδευτεί με τη διακοπή της έμμισθης δραστηριότητας, τότε η παροχή σύνταξης αποτελεί ίσως την κύρια πηγή εισοδήματος για τους περισσότερους ηλικιωμένους. Ωστόσο η σύνταξη αυτή δεν είναι πάντα επαρκής για να καλύψει στοιχειώδεις ανάγκες πολλών ηλικιωμένων, οι οποίοι συχνά δε γνωρίζουν τον τρόπο να «εξοικονομήσουν» άλλες πρόσθετες παροχές που θα βελτίωναν κάπως το βιοτικό τους επίπεδο.

Για πολλά χρόνια η γήρανση σχετίζεται με τη φτώχεια και την απομόνωση. Σε μια πρόσφατη έρευνα στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα κυριότερα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι οι οικονομικές δυσκολίες και η μοναξιά-απομόνωση .

(commission of the European communities, Ευρωπαϊκό Βαρόμετρο:1993).

Σε μια αναλογία που ξεπερνάει το 30%, οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι πρέπει να είναι προσεχτικοί με τα οικονομικά τους και μόνο μια μικρή αναλογία θεωρεί τον εαυτό της ευκατάστατο. Η κατοικία, οι οικονομικές αποταμιεύσεις και η οικονομική στήριξη από την οικογένεια, θεωρούνται ουσιαστικές πηγές προσόδου για τους ηλικιωμένους. Παράλληλα σημαντικός ρόλος του κράτους στην εξασφάλιση κάποιας οικονομικής ασφάλειας για τους ηλικιωμένους φαίνεται να παραμένει και να μην αντικαθίσταται από τον ιδιωτικό τομέα, αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν αισθάνονται ασφαλείς με τη σύνταξή τους.

1.4 Ηλικία και προσωπικότητα

Το ηλικιωμένο άτομο είναι υπεύθυνο για τη θέση του στην κοινωνία. Εκείνο που για ένα άτομο βιώνει σαν απόρριψη ή αποκλεισμό, μπορεί για ένα άλλο ν' αποτελεί ευπρόσδεκτη ευκαιρία ν' απαλλαγεί από ευθύνες. Άλλος μπορεί με τον τρόπο της ζωής του, να παραμείνει στενά δεμένος με τη κοινωνία, ενώ άλλος με το δικό του τρόπο να ενθαρρύνει την πρόωρη αποδέσμευση.

Η πραγματικότητα των ατομικών διαφορών φαίνεται σε μια μελέτη που έχει γίνει: «Γέραςμα και προσωπικότητα», που έγινε από τους Σούζαν Ράιχαρντ, Φλόριν Λίβσον και Πώλ Πήτερσεν. Οι μελετητές ανακάλυψαν πέντε τύπους προσωπικότητας ανάμεσα στους άνδρες που μελέτησαν. Σε γενικές γραμμές οι τρεις τύποι ανδρών εξακολουθούσαν να είναι προσαρμοσμένοι στην κοινωνία μετά το πέρασμα της ηλικίας, ενώ οι άλλοι δυο τύποι όχι. Οι άνδρες της «κουμιστής πολυθρόνας» έδειχναν παθητική διάθεση. Τα γηρατειά τους επέτρεψαν να αποσυρθούν από δραστηριότητες και ευθύνες που ποτέ δεν τους ενδιέφεραν πολύ. Η ειρήνη και ηρεμία που κέρδισαν με το πέρασμα του χρόνου έμοιαζε να αναπληρώνει με το παραπάνω αυτά που έχασαν με την απόφαση να αποσυρθούν. Αρκετά διαφορετικοί ήταν οι «θωρακισμένοι» άνδρες. Οι άνθρωποι αυτοί έτρεμαν στην προοπτική να γίνουν παθητικοί, εξαρτημένοι ή ανυπεράσπιστοι. Κατάφεραν λοιπόν να οργανώσουν δραστήρια τον εαυτό τους, για ν' αντιστέκεται σε κάθε δύναμη βιολογική ή κοινωνική, που θα μπορούσε να τους τοποθετήσει σε εξαρτημένη θέση. Διατήρησαν ένα σωματικά και κοινωνικά δραστήριο τρόπο ζωής αρνούμενοι να παραιτηθούν από τη θέση τους στη κοινωνία.

Ο «ώριμος» τύπος προσωπικότητας ήταν ο συνηθέστερος από αυτούς που συνάντησαν οι μελετητές ανάμεσα στα καλά προσαρμοσμένα ηλικιωμένα άτομα. Τα άτομα αυτά αναγνωρίζουν του γεράσματος, τόσο στον εαυτό τους όσο και στη σχέση τους με τη κοινωνία. Δεν ένιωθαν έκπληξη ούτε πίκρα βλέποντας τον εαυτό τους να γερνάει ήταν κάτι

που το περίμεναν. Σαν άνθρωποι που είχαν ζήσει ολοκληρωμένα για πολλά χρόνια, ήταν σίγουροι ότι θα εξακολουθούσαν να λειτουργούν καλά, να χαίρονται τις προσωπικές τους σχέσεις και να απολαμβάνουν τις αγαπημένες τους δραστηριότητες. Αυτοί ήταν οι τρεις επιτυχημένοι τύποι εναρμόνισης με τη κοινωνία.

Ας αναλύσουμε τώρα τους δύο απροσάρμοστους τύπους ανδρών. Οι «θυμωμένοι» άνδρες αποτελούν τον πιο συνηθισμένο απροσάρμοστο τύπο προσωπικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί ένιωθαν ότι η ζωή δεν τους έχει φερθεί καλά. Πλημμυρισμένοι από την αίσθηση ότι είχαν εξαπατηθεί, έμπαιναν στα γηρατειά με έντονο το παράπονο. Κατηγορώντας τους άλλους για τις δικές τους δυσκολίες και αρνούμενοι να αποδεχτούν το πλησίασμα του γέρασματος, ζούσαν ένα τρόπο ζωής που βύθιζε στη συναισθηματική και υλική μιζέρια τόσο στους ίδιους όσο και τους γύρω τους. Τέλος θα αναφερθούμε στον δεύτερο τύπο που είναι οι «μισούμενοι». Όπως και στον παραπάνω τύπο έτσι και σ' αυτόν έμπαιναν στα γηρατειά με μια βαθιά αίσθηση απογοήτευσης για ολόκληρη τη ζωή τους. Μόνο που αυτοί θεωρούσαν υπεύθυνο τον εαυτό τους, όχι τους άλλους, με αποτέλεσμα να βυθίζονται σε κατάθλιψη, χωρίς να μπορούν να κάνουν τίποτα για τον εαυτό τους που γερνούσε μαζί τους. («ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ» Ρόμπερτ Καστενμπάουμ σελ.65-67)

1.5 Οι γυναίκες και το γέρασμα

Οι ατομικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες είναι λιγότερο σημαντικές. Οι πέντε τύποι προσωπικότητας που διέκριναν η Ράιχαρντ και οι συνεργάτες της παρατηρούνται και στις γυναίκες. Η κοινωνική θέση της γυναίκας που γερνάει έχει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, πέρα από εκείνα που είναι κοινά και στους άνδρες. Υπάρχει για παράδειγμα η μεγάλη κυρία που στηρίζεται στις «κοριτσιστικές χάρες» της, και η γυναίκα που καθώς γερνάει αναπτύσσει νέες και βαθύτερες πτυχές της προσωπικότητας της, με αποτέλεσμα να γίνεται περισσότερο εντυπωσιακή και δυνατή απ' ό,τι στο παρελθόν. Το γεγονός ότι περισσότερες νέες γυναίκες συμμετέχουν σήμερα ενεργά σ' ολόκληρο το φάσμα της εξουσίας και της κοινωνικής δραστηριότητας, αφήνει να εννοηθεί ότι στα γηρατειά η θέση τους θα διαφέρει από εκείνη των μητέρων τους που έζησαν «προστατευμένες» σε στενότερα πλαίσια.

1.6 Αγάπη και έρωτας στην Τρίτη ηλικία

Μελέτες πάνω στο σεξουαλικό ενδιαφέρον και τη δραστηριότητα των ηλικιωμένων επιβεβαιώνουν ότι οι δραστήριοι νέοι εραστές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να σε δραστήριους ηλικιωμένους εραστές. Ο άνδρας ή γυναίκα που έχει απολαύσει για χρόνια τις ερωτικές σχέσεις είναι πιθανότερο να διατηρήσει μια δραστήρια ερωτική ζωή. Παρ' όλα αυτά δεν παύει να παρατηρείται μια πτώση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος με την πάροδο των χρόνων.

Στα άτομα τρίτης ηλικίας η σημασία της σεξουαλικής πράξης δεν έχει πια να κάνει με την ποσότητα. Κάθε σεξουαλική ένωση ανάμεσα σ' ένα αφοσιωμένο ζευγάρι αποτελεί μια επιβεβαίωση που προχωράει πέρα από την απόλαυση της στιγμής. Καθένας από τους δυο διατηρεί τόσο την αίσθηση ότι είναι επιθυμητός, όσο και την ταυτότητα του σεξουαλικά

ζωντανού ατόμου. Η σεξουαλική επαφή στα γηρατειά παίζει κι ένα άλλο πολύ σημαντικό ρόλο. Ο ηλικιωμένος καταδικάζεται συχνά από την κοινωνία στο ρόλο του δευτεραγωνιστή, του ατόμου δηλαδή που κινείται στο περιθώριο της πραγματικής δράσης. Στο μέλλον οι ηλικιωμένοι εραστές θα έχουν περισσότερες ευκαιρίες απ' ό,τι σήμερα. Η κοινωνία μπορεί τελικά να αναγνωρίσει ότι η προληπτική και συνεπώς καταπιεστική στάση της απέναντι στην σεξουαλική τρυφερότητα των γηρατειών δεν αποτελεί παρά αυτανάκλαση της δικιάς της ανασφάλειας.

2. ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές στην Ελλάδα τα τελευταία τριάντα χρόνια είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων επί του συνόλου του πληθυσμού, την επιμήκυνση του προσδοκώμενου μέσου όρου ζωής τις περιορισμένες δυνατότητες της αστικής πυρηνικής οικογένειας να φροντίζει σε διαρκή βάση τα ηλικιωμένα άτομα.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των καταστάσεων είναι η αίσθηση της κοινωνικής απομόνωσης και συναισθηματικής αποξένωσης που νιώθουν οι ηλικιωμένοι. Έτσι για να συνεχίσει το άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, έχει ανάγκη από συμπαράσταση, στο βαθμό που μειώνεται η κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική του αυτόρκεια.

Για την διατήρηση της ένταξης των ηλικιωμένων στην κοινότητα και τη μη περιθωριοποίηση τους σημαντικό ρόλο παίζει η δημιουργία των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) Η ίδρυση και λειτουργία των 270 Κ.Α.Π.Η στους περισσότερους δήμους της χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του κράτους για την εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Τα Κ.Α.Π.Η είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών όπως φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα καθώς παρέχουν ακόμα και κοινωνική υπηρεσία από κοινωνικούς λειτουργούς. Τα προγράμματα σε κάθε Κ.Α.Π.Η αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η

- Η πρόληψη των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η ενημέρωση και η συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΤΑ Κ.Α.Π.Η.

1. Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
2. Φυσικοθεραπεία
3. Εργοθεραπεία
4. Βοήθεια στο σπίτι για τα άτομα που ζουν μόνα τους ή για αυτά που δεν έχουν ιδιαίτερες ανάγκες εξυπηρητήσεως μέσα και έξω από το σπίτι.
5. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη.
6. Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές)
7. Διαλέξεις γύρω από θέματα που ενδιαφέρουν τους ηλικιωμένους.
8. Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά, που βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση στα μέλη.

Η Πρόληψη του Κ.Α.Π.Η διακρίνεται σε:

Πρωτογενή: όπου γίνονται εμβολιασμοί ενώ παράλληλα υπάρχει και η διαφώτιση για τη σωστή διατροφή, ένδυση και προφύλαξη ατυχημάτων.

Δευτερογενή: σκοπός η έγκαιρη διάγνωση ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία. Γίνονται διάφορες εξετάσεις. Αν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα στην υγεία του ηλικιωμένου τότε παραπέμπεται στο γιατρό του ασφαλιστικού φορέα του.

Άλλος ένας στόχος του Κ.Α.Π.Η είναι η ενεργοποίηση των μελών της.

Διακρίνονται οι ικανότητες των ηλικιωμένων, τα μικρά ταλέντα τους, δίνεται έμφαση στη διατήρηση καλών σχέσεων με τους διάφορους συλλόγους της περιοχής τους.

Τα Κ.Α.Π.Η αποτελούν Δημόσιες Υπηρεσίες (Ν.Π.Δ.Δ) με επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Υπάγονται στην τοπική αυτοδιοίκηση και επιχορηγούνται αποκλειστικά από αυτήν.

Το επταμελές συμβούλιο αποτελείται:

- Από τον εκάστοτε δήμαρχο ή αντιδήμαρχο που ορίζεται ως πρόεδρος.
- Από ένα Δημοτικό Συμβούλιο που ορίζεται από το Δ.Σ
- Από ένα δημότη που διακρίνεται για τα έργα του και την ευαισθησία του στ' ανθρωπιστικά θέματα (γιατρός, κοινωνικός λειτουργός, δικηγόρος) που του προτείνει ο δήμαρχος και τον ορίζει με απόφαση το Δ.Σ.
- Από ένα κοινωνικό λειτουργό, υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που ορίζεται από το Υπουργείο.
- Από ένα εκπρόσωπο των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.
- Από ένα αιρετό εκπρόσωπο των εργαζομένων στο Κ.Α.Π.Η

Τα καθήκοντα που έχει κάθε μέλος καθορίζονται από τον κανονισμό Διοικήσεως και Διαχειρίσεως του Κ.Α.Π.Η

Σαν μέλη του Κ.Α.Π.Η εγγράφονται κάτοικοι της περιοχής που λειτουργεί το κέντρο ηλικίας από εξήντα και άνω. Σε μερικές περιπτώσεις που υπάρχει κάποιος ειδικός λόγος για το συγκεκριμένο άτομο μικρότερης ηλικίας των 60 ετών τότε αυτό το πρόσωπο μπορεί γραφτεί στο Κ.Α.Π.Η ύστερα από απόφαση του Δ.Σ.

Ο αριθμός των μελών κάθε κέντρου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50. Ο αριθμός αναφέρεται στην ενεργό συμμετοχή και όχι στα εγγράφονται και νεαρότερες ηλικίες.

Τα μέλη για την εγγραφή τους πληρώνουν συμβολή ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες.

Τέλος θα αναφερθούμε στο προσωπικό που απασχολούν τα Κ.Α.Π.Η και αυτό είναι:

Κοινωνικός λειτουργός

Νοσηλεύτης-τρια

Ιατρός

Οικογενειακή βοηθός

Εργοθεραπευτής

Φυσικοθεραπευτής

3. ΟΛΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Χαρακτηριστικά του γήρατος είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της απόδοσης των κυττάρων στα διάφορα όργανα, πράγμα που δεν γίνεται παράλληλα σε όλα. Γι' αυτό και οι εκδηλώσεις του γήρατος σ' αυτά δεν είναι του αυτού βαθμού. Άλλοτε γερνάει πρώτα το μυαλό ενώ η ικανότητα άλλων οργάνων διατηρείται πολύ καλά. Άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια ή οι σφικτήρες (Κεπέτζης 1975:53).

Τα γηρατεία έχουν περιγραφεί σαν μια περίοδος εξασθένησης του ανοσοβιολογικού σθένους. Τα αποτελέσματα είναι η μείωση της έντασης της ανοσοβιολογικής απάντησης έναντι των φλεγμονωδών νόσων ή κακοηθών νεοπλασιών. Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις καρκίνου συναντώνται στο τμήμα του πληθυσμού που έχει ηλικία άνω των 65 ετών.

Με το πέρασμα των χρόνων η προσπάθεια που χρειάζεται να αποβάλλουμε οξυγόνο από τους πνεύμονες γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη. Οι κινήσεις των πνευμόνων με λιγότερο ολοκληρωμένο τρόπο να παραμένει ολοένα και περισσότερος όγκος αέρα στους πνεύμονες μετά την εκπνοή. Η ζωή των σωματικών μας κυττάρων εξαρτάται από το οξυγόνο που εισπνέουμε και την αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα που εκπνέουμε. Η στέρηση του οξυγόνου ή η βραδεία αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα βάζει σε κίνδυνο τη ζωή των κυττάρων μας. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τον εγκέφαλο που χρειάζεται άφθονη παροχή οξυγόνου. Όταν η παροχή ελαττώνεται, είτε από αναπνευστικά είτε από κυκλοφορικά προβλήματα, η εγκεφαλική λειτουργία μειώνεται. Οι σκέψεις χάνουν τη σαφήνεια και τον προσανατολισμό τους.

Το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελεί ένα άλλο θεμελιακό κρίκο στο μηχανισμό επιβίωσης. Για πολύ καιρό πίστευαν ότι «η ηλικία του ανθρώπου εξαρτάται από τις αρτηρίες του». Η άποψη αυτή βρήκε αρκετή υποστήριξη από τη σύγχρονη έρευνα. Με το πέρασμα των χρόνων οι αρτηρίες γίνονται στενότερες, λιγότερο ελαστικές και φράσσονται από διάφορες ουσίες που παρεμβάλλονται στην κυκλοφορία. Αλλαγές τέτοιου είδους οδηγούν συχνά στην αύξηση της πίεσης του αίματος. Η καρδιά αναγκάζεται να δουλέψει σκληρότερα παρ' όλο που η διόγκωση των βαλβίδων και άλλες μεταβολές στον ίδιο τον καρδιακό ιστό τη μετατρέπουν σε λιγότερο αποτελεσματικό όργανο. Η αυξημένη πίεση του αίματος μέσα στις στενότερες και λιγότερο ελαστικές αρτηρίες αυξάνουν τον κίνδυνο συμφόρησης και εγκεφαλικών-αγγειακών επεισοδίων.

Η υψηλή πίεση στο αίμα αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα και σοβαρά σωματικά προβλήματα της προχωρημένης ηλικίας. Είναι μια κατάσταση που στήνει το σκηνικό για το θάνατο, είτε από καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια είτε από συμφόρηση. Η αύξηση της πίεσης στο αίμα σε συσχετισμό με την ηλικία, είναι φαινόμενο που απαντάται συχνότερα στις «ανεπτυγμένες» κοινωνίες. Η διατροφή το επίπεδο δραστηριότητας και η γενική έκθεση στο στρες φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες οι άνδρες και οι γυναίκες στη Νέα Γουινέα και τα Νησιά Φίτσι δεν παρουσιάζουν αύξηση στην πίεση του αίματος τους μετά τα πενήντα τους χρόνια, γεγονός που αποτελεί σχεδόν अपαράβατο κανόνα για τους ανθρώπους που ζουν στο Λονδίνο ή στη Νέα Υόρκη. Ένας όμως πληθυσμός που βρίσκεται τώρα στη διαδικασία αλλαγής του τρόπου ζωής του (οι ινδιάνοι Παπάγκο) αρχίζει να παρουσιάζει τα πρώτα δείγματα υπέρτασης στην προχωρημένη ηλικία: το αντίτιμο της εισόδου «στη σύγχρονη εποχή»

Όσον αφορά το διαιτολόγιο και την σωματική εξασθένηση. Η σωστή διατροφή εξαρτάται τόσο από αυτά που τρώμε και πίνουμε όσο και από τον τρόπο που χρησιμοποιεί το σώμα μας αυτές τις ουσίες. Οι ηλικιωμένοι παίρνουν λιγότερες θερμίδες απ' ότι οι νέοι. Αυτό θεωρείται ότι συνδέεται με μια ελάττωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού και μια επιβράδυνση της φυσικής δραστηριότητας. Το πρόβλημα γίνεται οξύτερο στην περίπτωση των ανθρώπων που βρίσκονται στα όρια υποσιτισμού και δεν παίρνουν στην προχωρημένη ηλικία μερικά από τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που συνιστούν την καλή διατροφή. Το ηλικιωμένο άτομο που δεν έχει πλήρες διαιτολόγιο γίνεται περισσότερο ευάλωτο στις ασθένειες και χάνει γενικά τη ζωτικότητα του. Οι βασικές αλλαγές που συμβαίνουν στη φυσιολογία του πεπτικού συστήματος δεν είναι τόσο εκτεταμένες όσο σε άλλα συστήματα. Δεν έχουν γίνει διεξοδικές έρευνες σ' αυτό το τομέα παρ' όλα αυτά έχει διαπιστωθεί ότι τα θρεπτικά συστατικά χωνεύονται και αφομοιώνονται σωστά. Το λεπτό έντερο δείχνει αξιοσημείωτη αποθεματική ικανότητα. Το συκώτι με τη βασική αποτοξινωτική λειτουργία του, φαίνεται να διατηρείται καλά με τα χρόνια.

Τα νεφρά δεν τα καταφέρνουν και τόσο καλά όσο περνάνε τα χρόνια. Χρειάζονται περισσότερο χρόνο να συγκεντρώσουν τα άχρηστα προϊόντα στα ούρα και δεν είναι τόσο αποτελεσματικά στη διατήρηση της ισορροπίας των υγρών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ένα μεγάλο μέρος αυτών των μεταβολών αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας του γεράσματος. Ακόμα και υγιείς άνθρωποι υποφέρουν καθώς γερνάνε από την ελαττωμένη αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των νεφρών τους. Η κύστη παρουσιάζει και αυτή προβλήματα. Το ηλικιωμένο άτομο δεν είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει την ανάγκη διούρησης παρά μόνο όταν η κύστη είναι σχεδόν γεμάτη. Οι αλλαγές αυτές για το άτομο όταν τις ανακαλύπτει κάποια στιγμή ότι δηλ. έχει περιορισμένο έλεγχο στην ουροδόχο κύστη του, αποτελεί σοβαρό πλήγμα για την αυτοεκτίμησή του.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο των ζωτικών λειτουργιών στους ηλικιωμένους, θα αναλύσουμε τι συμβαίνει στο νευρικό σύστημα με τη πάροδο της ηλικίας. Καθησυχαστικό στοιχείο είναι η ροή του αίματος και η χρησιμοποίηση του οξυγόνου δεν εξασθενούν σαν λειτουργίες στους υγιείς γέρους. Ωστόσο παρατηρήθηκαν ορισμένες εκφυλιστικές αλλαγές. Τα κύτταρα του νευρικού μας συστήματος έχουν ένα χαρακτηριστικό που τα ξεχωρίζει από τα άλλα κύτταρα: μεγαλώνουν και γερνάνε μαζί μας. Τα περισσότερα από τα άλλα κύτταρα μας αντικαθίστανται από καινούργιες γενιές, το νευρικό όμως κύτταρο που πεθαίνει ή παθαίνει κάποια βλάβη δεν αντικαθίσταται. Έτσι από μελέτες που έχουν γίνει κατέληξαν ότι τα άτομα προχωρημένης ηλικίας διαθέτουν λιγότερα ζωντανά και ικανά εγκεφαλικά κύτταρα. Υπάρχει μια αντίστοιχη ελάττωση στο βάρος του εγκεφάλου και πολλές άλλες αλλαγές στην κυτταρική σύνθεση. Ο περιορισμός της λειτουργικής ικανότητας των νευρικών κυττάρων είναι πιθανά υπεύθυνος για την επιβράδυνση στην ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, που παρατηρείται ακόμα και στους υγιέστατους γέρους.

Δύο πράγματα πρέπει να έχουμε υπόψη μας. Εξαιτίας της λεπτής διάκρισης ανάμεσα στο απλό «γέρασμα» και τις επιπτώσεις των διάφορων ασθενειών, δεν είναι παράλογο να συμπεράνουμε ότι οι άνθρωποι που δεν υποφέρουν στη ζωή τους από αρτηριοσκλήρωση, υπέρταση και άλλες συνηθισμένες διαταραχές, μπορεί να μείνουν ανέπαφοι από τις αρνητικές μεταβολές, που παρατηρούνται στον τυπικά γερασμένο εγκέφαλο. Ο άλλος παράγοντας αφορά την ικανότητα του σώματος μας να αναπληρώνει τις ατέλειες του. Η αναπλήρωση συμβαίνει σε πολλές ζωτικές μας λειτουργίες. Όταν σε κάποια προχωρημένη ηλικία εμφανίζονται προβλήματα στη ροή του αίματος παρατηρείται μια τάση για αύξηση του αριθμού των μικρών να αιμοφόρων αγγείων, με σκοπό να εξυπηρετηθούν συγκεκριμένα μέρη του σώματος. Ο εγκέφαλος διαθέτει κι αυτός τους αναπληρωματικούς μηχανισμούς του. Φαίνεται ότι διαθέτουμε μια αξιόλογη αποθεματική ικανότητα καθώς και μια δυνατότητα να αναθέτουμε άλλοτε εδώ και άλλοτε εκεί μερικές από τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Οι μεταβολές που μπορεί να υποστεί το ερειστικό σύστημα είναι η μείωση της μάζας των οργάνων και την εκφύλιση τους. Τα οστά παρουσιάζουν ελάττωση των οστικών κυττάρων και ατροφία των κυψελών και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι λεπτύνονται ή καθιζάνουν. Έτσι οι αρθρώσεις χάνουν την ελαστικότητά τους εξαιτίας της προσστεαθριτιδικής εκφύλισης που υφίστανται οι αρθρικοί χόνδροι. Οι μύες μειώνονται σε μέγεθος και δύναμη με την ηλικία. Ενώ είναι ακόμα δυνατή η αναγέννηση του μυϊκού ιστού στους ηλικιωμένους, η μυϊκή μάζα μειώνεται προοδευτικά και σταθερά. Επίσης μειώνεται η ελαστικότητα η συσταλτικότητα και ο τόνος τους. (Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική»). Το κρανίο παρουσιάζει οστεοπόρωση του έσω και λέπτυνση του έξω πετάλου του. Οι μεταβολές στο συντονισμό μαζί με τις μεταβολές στο μυοσκελετικό, μπορούν να συμβάλλουν στη διαταραχή της βάδισης.

Κλείνοντας θα αναφερθούμε στις αλλαγές των αισθήσεων που ελέγχονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η όραση είναι συνήθως το πρώτο αισθητηριακό σύστημα που εμφανίζει σημαντικές αλλαγές. Ο φακός και ο κερατοειδής χάνουν τη διαύγεια τους. Τα μάτια προσαρμόζονται βραδύτερα στις αλλαγές του φωτισμού. Το πεδίο της όρασης περιορίζεται και η βασική οπτική οξύτητα ελαττώνεται. Η αίσθηση της ακοής μειώνεται και αυτή. Μεγαλύτερη απώλεια της ακουστικής ικανότητας συναντάται συχνότερα στους άνδρες λόγω της περισσότερης έκθεσης στο βιομηχανικό θόρυβο.

Η γεύση και η όσφρηση περιορίζονται με τα χρόνια. Πολλές τροφές γίνονται λιγότερο ελκυστικές σε μυρωδιά και γεύση, πράγμα το οποίο μπορεί να οδηγήσει και σε υποσιτισμό.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

4.1 Αρχές γεροντολογικής νοσηλευτικής

- 1) Το γήρας είναι μια ``φυσιολογική`` διεργασία κοινή για όλους τους ζώντες οργανισμούς.
- 2) Η κληρονομικότητα, η διατροφή, η κατάσταση υγείας, οι εμπειρίες της ζωής, το περιβάλλον, οι δραστηριότητες και το stress είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη διεργασία του φυσιολογικού γήρατος κατά τρόπο μοναδικό για το άτομο
- 3) Επιστημονικά δεδομένα που έχουν σχέση με το φυσιολογικό γήρας και μοναδικά βιοψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα ηλικιωμένα άτομα, συνδυάζονται με γενικές νοσηλευτικές γνώσεις για την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στον ηλικιωμένο πληθυσμό. (ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΘ. ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ)

Οι γενικές απαιτήσεις που παρουσιάζουν όλα τα ηλικιωμένα άτομα είναι όμοια με τις απαιτήσεις όλων των ηλικιών. Κάθε άτομο έχει μοναδικές ικανότητες. Το επίκεντρο της γεροντολογικής και γηριατρικής νοσηλευτικής εστιάζεται στο καλό σχεδιασμό και στη σωστή οργάνωση του νοσηλευτικού και θεραπευτικού προγράμματος, που σαν στόχο έχει:

- να ενισχύει τις δυνατότητες του ηλικιωμένου και να τον οδηγήσει στην αυτοφροντίδα.
- να παρέχει άμεση φροντίδα
- να εφαρμόζει θεραπευτικές ανάγκες
- να προάγει την αποκατάσταση

4.2 Νοσηλευτική αξιολόγηση

Η νοσηλευτική αξιολόγηση γίνεται με μια οργανωμένη, συστηματική και σκόπιμη συλλογή πληροφοριών που αναφέρονται στην τρέχουσα και μελλοντική υγεία του ηλικιωμένου. Σκοπός της εκτίμησης είναι η καθιέρωση μιας βάσης δεδομένων σε σχέση με το επίπεδο, τις πρακτικές υγείας και το ιστορικό νόσων και εμπειριών και εν συνεχεία να τεθούν στόχοι για την αποκατάσταση και αυτοφροντίδα .

Την ευθύνη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ηλικιωμένου την έχει η ομάδα υγείας και ιδιαίτερα ο νοσηλευτής. Όμως το πλαίσιο συμφωνίας μεταξύ ηλικιωμένου και νοσηλευτή δεν αποδεικνύεται αποτελεσματικό γιατί στην πραγματικότητα οι ηλικιωμένοι αποφασίζουν αν δεχτούν ή όχι το σχέδιο αυτοφροντίδας. Συνήθως οι ηλικιωμένοι διατηρούν τον έλεγχο της αυτοφροντίδας τους. Ακόμα και όταν εξαρτώνται και ελέγχονται οικονομικά ή κοινωνικά από άλλους. Είναι λοιπόν σημαντικό να γνωρίζουν οι νοσηλευτές το πλαίσιο συμφωνίας που ελέγχουν οι ηλικιωμένοι, για να αντιμετωπίσουν ρεαλιστικά τις γνώσεις τις εμπειρίες και γενικά τις υποδομές που έχουν οι ηλικιωμένοι, για να καλύψουν τα διάφορα προβλήματα τους.

4.3 Νοσηλευτική φροντίδα

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην κάλυψη των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων είναι καθοριστικός. Το 90% των προβλημάτων των ηλικιωμένων ζητούν περισσότερο νοσηλευτική παρέμβαση παρά ιατρική κάλυψη. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από φροντίδα και όχι τόσο από ιατρικές πράξεις.

Ανακούφιση σημαίνει:- να θεραπεύεις ορισμένες φορές

-να παρέχεις συχνά

-να αναπαύεις πάντα

Άνεση σημαίνει:-παρέχω ανακούφιση

-προσφέρω βοήθεια

-δίνω παρηγοριά

-διευκολύνω και φροντίζω

Η άνεση είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της βιολογικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής σταθερότητας των ηλικιωμένων και συνεπώς πρέπει να είναι στόχος των νοσηλευτών. Παρακάτω θα αναλύσουμε μερικά από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι καθώς και τι φροντίδα μπορούμε να παρέχουμε εμείς ως νοσηλευτές.

4.3.1 Πόνος

Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο. Ο πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε αυτό λέει ότι υπάρχει πόνος. Η ευαισθησία στον πόνο είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά. Εντούτοις υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος μετά το 70^ο έτος μειώνεται σημαντικά. Ο ηλικιωμένος παρουσιάζει ορισμένες αντιδράσεις στον πόνο: κλινική αντίδραση (θέση σώματος, πρόληψη κατακλίσεων), αυτόνομη αντίδραση (σφυγμός, εφιδρώσεις), ψυχική αντίδραση (άγχος, ψυχοτραυματικές εμπειρίες)

Η αντιμετώπιση του πόνου πραγματοποιείται με απλές νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως:

-εξασφάλιση ευχάριστου περιβάλλοντος

-αλλαγή θέσης σώματος

-ελαφρά εντριβή και απαλό massage

-θερμά ή ψυχρά επιθέματα

-χορήγηση βιταμίνης B-complex

-χαλάρωση και θεραπεία συμπεριφοράς επικοινωνία ,με τον ηλικιωμένο.

4.3.2 Διαταραχή ύπνου

Ύπνος είναι μια περίοδος χαλάρωσης όμοια με την κωματώδη κατάσταση. Το άτομο δεν είναι αναίσθητο. Η αντίληψη του περιβάλλοντος είναι ελαττωμένη αλλά όχι απύουσα. Η εναλλαγή ύπνου-αφύπνισης στον καθορισμένο κύκλο του 24ώρου ονομάζεται βιολογικό ρολόι του ανθρώπου. Η αδυναμία πραγματοποίησης αυτού του κύκλου ονομάζεται «αϋπνία». Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν είναι οι εξής:

- εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος
- εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας
- εξασφάλιση καθαρής και ασφαλούς κλινοστρωμνής
- καταπολέμηση άγχους, ανησυχίας
- κάλυψη βιολογικών αναγκών
- χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

4.3.3 Πτώσεις

Η αιτιολογία των πτώσεων είναι πολυπαραγοντική. Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε φυσικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πτώσεων ανήκει στα άτομα άνω των 60 ετών και ως προς το φύλλο υπερτερούν οι άνδρες. Αιτίες πτώσεων μπορεί να είναι περιβαλλοντικές (έπιπλα, ανεπαρκής φωτισμός) ψυχολογικές (stress, φόβος) νευρολογικές (εγκεφαλικά επεισόδια, επιληπτική κρίση) καρδιολογικές (καρδιακή ανεπάρκεια, ορθοστατική πίεση).

Μερικές χρήσιμες συμβουλές που μπορούμε να δώσουμε στους ηλικιωμένους για την πρόληψη των πτώσεων είναι:

- να φορούν παπούτσια χωρίς τακούνια
 - όταν παρουσιάζουν αστάθεια να χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα
 - όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι να στηρίζονται στα έπιπλα.
 - να μην χρησιμοποιούν μικρά χαλιά μέσα στο σπίτι
 - να επισκέπτονται συχνά οφθαλμίατρο για τον έλεγχο της οπτικής οξύτητας των ματιών τους.
- (ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΘ.ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ)

KYPIOS MEROS

1. ΟΙ ΧΡΟΝΙΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Ενώ ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να παρουσιάσει οξεία νόσο, τα προβλήματα υγείας του είναι κυρίως χρόνια. Η Αμερικανική Επιτροπή Χρόνιων Νόσων (1949-1956), αναγνώρισε και διατύπωσε κριτήρια, ένα ή περισσότερα των οποίων πρέπει να υπάρχουν, ώστε μια νόσος να χαρακτηρίζεται ως χρόνια. Σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια, το πρόβλημα πρέπει:

- α) να είναι μόνιμο
- β) να αφήνει υπολειμματική ανικανότητα
- γ) να προκαλείται από μη ανατάξιμη παθολογική κατάσταση.
- δ) να απαιτεί ειδική αποκαταστασιακή εκπαίδευση.
- ε) να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη και φροντίδα.

Τα συχνότερα χρόνια προβλήματα στους ηλικιωμένους είναι καρδιαγγειακές νόσοι, υπέρταση, διαβήτης, χρόνιες αισθητηριακές διαταραχές, οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα και ατυχήματα. Υπάρχουν τέσσερις συγκεκριμένες φάσεις, από τις οποίες περνά ο χρόνιος πάσχων, καθώς αρχίζει να διαπραγματεύεται με το μακροχρόνιο πρόβλημα του.

√ Άρνηση και δυσπιστία

Ο άρρωστος, ενώ ενημερώνεται για την αρρώστια του, αρνείται την πραγματικότητα της ύπαρξής της.

√ Συνειδητοποίηση του προβλήματος.

Ο άρρωστος σταματά να αρνείται το πρόβλημα του. Αρχίζει μια διαπίστωση των συνεπειών της συγκεκριμένης νόσου και ο άρρωστος αισθάνεται θυμό. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, ο άρρωστος μπορεί να θυμώνει με το παραμικρό και να κάνει συνεχώς κριτική.

√ Αναδιοργάνωση.

Με την ανάπτυξη συνειδητοποίησης της χρόνιας νόσου, έρχεται η ανάγκη για αναδιοργάνωση της ζωής του πάσχοντα.

√ Αλλαγή ταυτότητας.

Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου, ο άρρωστος αναγνωρίζει τις μεταβολές που έχουν γίνει στο σώμα του. Μετά από πολύ προσεκτική εκτίμηση, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να γίνει αυτοκατευθυνόμενος, ώσπου να μπορεί να ανεχθεί την απομάκρυνση του από τη φροντίδα υγείας. (Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική»

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

2.1 Στηθάγχη

Η στηθάγχη αποτελεί μια έκφραση της στεφανιαίας νόσου και χαρακτηρίζεται από βραδείας διάρκειας κρίσεις έντονου, καυστικού, σπασμωδικού, συνήθως οπισθοστερνικού, που υποτροπιάζει και οφείλεται στην ισχαιμία του μυοκαρδίου.

Στηθαγγικός πόνος μπορεί να υπάρξει και χωρίς σημαντικού βαθμού στεφανιαίας νόσου, όπως π.χ. στην αορτική στένωση. Στηθαγγικού τύπου πόνος μπορεί επίσης να συμβεί

σε περιπτώσεις αναιμίας και υποξαιμίας, όπως επίσης και σε συνθήκες αυξημένου μυοκαρδιακού έργου, στην αρχή έντονης άσκησης ή έντονης ταχυκαρδίας.(T. Strasser – Καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες)

Επειδή στους υπερήλικες η στηθάγχη είναι ηπιότερη, είναι συχνά δύσκολη η διαφοροδιάγνωση μεταξύ πραγματικού στηθαγγικού και θωρακικού άλγους άλλης αιτιολογίας. Το ΗΚΓ αποτελεί την κύρια διαγνωστική μέθοδο, αν και πολλοί ασθενείς με στηθάγχη έχουν φυσιολογικό ΗΚΓ ηρεμίας .

Συνεπώς το ΗΚΓ μετά από κόπωση είναι χρήσιμο. Η στεφανιογραφία αποτελεί κλινική μέθοδο ρουτίνας και προκαλεί ελάχιστες επιπλοκές. Φυσικά στους υπερήλικες δεν ενδείκνυται υπερεντατική διαγνωστική διερεύνηση, παρά μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχουν δύσκολα διαγνωστικά προβλήματα ή προγραμματίζεται στεφανιαία εγχείρηση.(Μ. Παπαδημητρίου – Εσωτερική παθολογία)

2.2 Έμφραγμα μυοκαρδίου

Η κλινική εικόνα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι όμοια σε όλες τις ηλικίες. Εντούτοις, υπάρχουν ορισμένες διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων συμπτωμάτων και σημείων στους υπερήλικες. Το οξύ έμφραγμα στους υπερήλικες μπορεί να εμφανισθεί με κυρίαρχο σημείο το εγκεφαλικό επεισόδιο ή την περιφερική αρτηριακή εμβολή, τον ίλιγγο, τον εμετό, το απότομο αίσθημα αδυναμίας, το απροσδόκητο διαβητικό κώμα ή την πνευμονική εμβολή. Αυτό καθιστά τη διάγνωση πολύ δύσκολη. Η διάγνωση της νέκρωσης του μυοκαρδίου πρέπει να επιβεβαιώνεται με τον προσδιορισμό ενζύμων.(T. Strasser – Καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες)

2.3 Καρδιακή ανεπάρκεια

Καρδιακή ανεπάρκεια είναι η κατάσταση, κατά την οποία, παρά την ικανοποιητική κεντρική φλεβική πίεση πλήρωσης, η καρδιακή παροχή είναι μικρότερη της απαραίτητης για να καλύψει τις απαιτήσεις του σώματος σε οξυγόνο. Όπως προκύπτει από τα επιδημιολογικά δεδομένα και τα στοιχεία των υπηρεσιών υγείας, η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί μια συχνή πάθηση των υπερηλικών. Επιδέχεται Θεραπεία και συχνά προλαμβάνεται.(T. Strasser, «καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες», Π.Ο.Υ εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 1994)

Καταστάσεις που προκαλούν οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και υποκείμενα αίτια:

- Ανεπάρκεια μυοκαρδίου, εκτεταμένη νέκρωση μυοκαρδίου, μυοκαρδίτις.
- Έντονη ταχυκαρδία, κολπικός πτερυγισμός ή κολπική μαρμαρυγή.
- Παροξυσμική ταχυκαρδία
- Έντονη βραδυκαρδία, πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός
- Απότομη μεταβολή της δομής του μυοκαρδίου, νέκρωση θηλοειδών μυών, ρήξη διαφράγματος
- Πνευμονική εμβολή
- Σωματική κόπωση πέραν του ορίου αντοχής.
- Απότομη υπερφόρτωση με υγρά.
- Καταστολή του μυοκαρδίου που προκαλείται από φάρμακα

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προληφθεί, εφόσον αντιμετωπισθούν με επιτυχία οι αιτιολογικοί και οι εκλυτικοί παράγοντες της νόσου.(T. Strasser «καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες» Π.Ο.Υ εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 1994-M. Παπαδημητρίου «εσωτερική παθολογία» εκδόσεις ``university studio press`` Θεσσαλονίκη 1998)

3. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Με τον όρο αρτηριακή υπέρταση, εννοούμε την αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από τα φυσιολογικά όρια, που έχει ως συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά κυρίως νοσήματα. Όσο υψηλότερη είναι η συστολική και/ή η διαστολική πίεση, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών. Ο καθορισμός παθολογικών ορίων της αρτηριακής πίεσης είναι σκόπιμος, αφού με θεραπευτική παρέμβαση είναι δυνατή η μείωση ή και η εξουδετέρωση του προαναφερθέντος κινδύνου. Έτσι, ορίζεται ως φυσιολογική αρτηριακή πίεση όταν η συστολική είναι μικρότερη από 140 mmHg και η διαστολική μικρότερη από 90 mmHg .

Στους υπερτασικούς τις τρίτης ηλικίας συμβαίνουν πολλαπλές παθοφυσιολογικές μεταβολές που επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου και δημιουργούν ιδιαίτερα προβλήματα στη θεραπευτική της αντιμετώπιση.(T. Strasser «καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες» Π.Ο.Υ εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 1994)

4. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

4.1 Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονική νόσος

Χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος, είναι μια ευρεία κατηγορία παθήσεων που περιλαμβάνουν χρόνια βρογχίτιδα, βρογχεκτασία, εμφύσημα και άσθμα. Είναι μια μη αναστρέψιμη (εκτός του άσθματος) κατάσταση, που συνδέεται με δύσπνοια κατά την προσπάθεια και μειωμένη ροή αέρα. Μελέτες υποστηρίζουν ότι, η ΧΑΠΝ είναι νόσος γενετικής και περιβαλλοντικής αλληλεπίδρασης. Το κάπνισμα, η ρύπανση του αέρα και η επαγγελματική έκθεση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της σε μια περίοδο 20-30 χρόνων. Η ΧΑΠΝ παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της μέσης ηλικίας, όμως η επίπτωση της αυξάνει με την ηλικία.(Αννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 2000)

4.2 Βρογχιεκτασίες

Η βρογχιεκτασία είναι μια μη αναστρεπτή ανώμαλη διόγκωση των βρόγχων. Κυλινδροειδείς ή σακοειδείς μη ανατάξιμες διευρύνσεις των βρόγχων. Μπορεί να εντοπίζεται σε συγκεκριμένα τμήματα του πνεύμονα ή μπορεί να αφορά το σύνολό του. Η βρογχοπνευμονία είναι το συνηθέστερο αίτιο της βρογχιεκτασίας. Επίσης, οφείλεται σε συγγενείς ανωμαλίες, σε χρόνιες βρογχίτιδες, σε χρόνια βήχα και σε άλλες πνευμονικές παθήσεις. Στην κλινική εικόνα παρατηρούμε βήχα με απόχρεμψη. Συχνά παρουσιάζονται πολλές επιπλοκές όπως αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονική καρδιά κ.α.(Harrison «εσωτερική παθολογία» εκδόσεις ``Γρηγ. Παρισιανός Αθήνα 2001)

4.3 Πνευμονικό εμφύσημα

Το πνευμονικό εμφύσημα είναι συνέπεια της καταστροφής των διαφραγμάτων των κυψεληδίων και διάτασης των κυψεληδίων. Διακρίνονται μάλιστα διάφοροι τύποι εμφυσήματος ανάλογα με την τάση καταστροφής και ανάπτυξης της παθολογικής εικόνας. Το πανλοβικό εμφύσημα είναι εκείνο που όλο το σύστημα δηλαδή τόσο τα αναπνευστικά βρογχόλια όσο και τα κυψεληδικά είναι όλα διατεταμένα και κατεστραμμένα.

Παθοφυσιολογικώς σε μια χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια η οποία αρχίζει να κάνει ενοχλήσεις, ανεξάρτητα αν είναι βρογχίτις ή πνευμονικό εμφύσημα φανερώνει μια αποφρακτική διαταραχή του αερισμού. Η κατά δευτερόλεπτο ικανότητα της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων είναι επίσης ελαττωμένη, ενώ αντιθέτως στη δυναμική εκπνοή, με προσπάθεια εκπνοής όλης της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων ο χρόνος είναι αυξημένος

Σε μία αποφρακτική πνευμονοπάθεια θα έχουμε δηλαδή αυξημένο χρόνο εκπνοής του αέρα, δηλαδή στο πρώτο δευτερόλεπτο δεν προλαβαίνει να εκπνευστεί μεγάλο ποσοστό της (VC) ζωτικής χωρητικότητας. Η ζωτική χωρητικότητα είναι δηλαδή μειωμένη αφού αυξάνεται ο υπολειπόμενος αέρας.

ΣΤΟ πνευμονικό εμφύσημα εκτός της αναπνευστικής επιφάνειας που έχει απολεσθεί, έχει απολεσθεί η ελαστικότητα των κυψεληδίων και έτσι δεν υπάρχουν αυτές οι ελαστικές δυνάμεις που παλινδρομώντας στην φάση της εκπνοής θα προωθήσουν τον αέρα προς τα έξω και έτσι μένει υπόλοιπο αέρος εντός των κυψεληδίων, έχει απολεσθεί και ένας μεγάλος αριθμός τριχοειδών αγγείων των κυψεληδίων που καταστράφηκαν. Συνέπεια τούτων θα είναι η ανεπαρκής οξυγόνωση του αίματος, αλλά και η αύξηση του διοξειδίου του άνθρακος στο αίμα αφού για τον ίδιο λόγο δεν γίνεται επαρκώς η ανταλλαγή των αερίων αυτών.

Λόγω της ελάττωσης των πνευμονικών - κυψεληδικών τριχοειδών θα αυξηθεί η πίεση στην πνευμονική αρτηρία και με την πάροδο του χρόνου θα έχουμε υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και διάταση πίεσης της δεξιάς κοιλία.(Harrison «εσωτερική παθολογία» εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 2001)

4.4 Βρογχικό άσθμα

Το βρογχικό άσθμα είναι νόσος γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων. Πάρα ταύτα ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ένας γενικά παραδεκτός ορισμός της νόσου. Ο ορισμός που προτάθηκε πιο πρόσφατα παρουσιάστηκε στις διεθνείς θέσεις ομοφωνίας για τη διάγνωση και θεραπεία του άσθματος το 1992.

Κατά τον ορισμό αυτό, το βρογχικό άσθμα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών, στην οποία παίζουν σημαντικό ρόλο πολλά φλεγμονώδη κύτταρα, συμπεριλαμβανομένων των μαστοκυττάρων και των ηωσινοφίλων. Η φλεγμονή αυτή σε ευαίσθητα άτομα εκδηλώνεται με διάχυτη και διαφόρου (ισθμού απόφραξη των αεραγωγών, που συχνά είναι αναστρέψιμη αυτόματα ή μετά από φαρμακευτική αγωγή και προκαλεί αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας σε διάφορα ειδικά και μη ερεθίσματα.

Η νόσος κλινικά παρουσιάζει αυτόματες εξάρσεις και υφέσεις. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι πολλαπλές και η βαρύτητα της νόσου ποικίλει, από την εμφάνιση και μοναδική εκδήλωση ξηρού βήχα ή ήπιας δύσπνοιας με ή χωρίς συριγμό έως την εμφάνιση αναπνευστικής ανεπάρκειας λόγω βαριάς ασθματικής κρίσης.(Σ. Α. Ράπτη «εσωτερική παθολογία» εκδόσεις ΄΄Γρηγ.Παρισιανός΄΄ Αθήνα 1996)

5. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο προκαλείται από απόλυτη ή σχετική ανεπάρκεια στην έκκριση ινσουλίνης. Αποτέλεσμα της ανεπάρκειας ινσουλίνης είναι διαταραχές στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών αλλά και στο ισοζύγιο του ύδατος και των ηλεκτρολυτών. Κύριο χαρακτηριστικό του ΣΔ είναι η αύξηση της γλυκόζης στο αίμα και συχνά η γλυκοζουρία. Τα απώτερα αποτελέσματα των μεταβολικών διαταραχών του ΣΔ είναι οι χρόνιες μεταβολικές επιπλοκές, αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια, νευροπάθεια και η πρόωμη αθηρωμάτωση.

Ο ΣΔ διακρίνεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, τον τύπο 1, τον τύπο 2,ο οποίος είναι και ο διαβήτης της ώριμης ηλικίας. Στον τύπο 2 ΣΔ, περιλαμβάνονται εκείνοι οι άρρωστοι που δεν χρειάζονται εξαρχής ινσουλινοθεραπεία ακόμα ούτε και μετά παρέλευση ενός χρόνου από τη διάγνωση του διαβήτη. Η διάγνωση του τύπου 2 ΣΔ, γίνεται συνήθως σε ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών.(Σωτηρίου Α.Ράπτη «εσωτερική παθολογία» εκδόσεις ΄΄Γρηγ.Παρισιανός΄΄ Αθήνα 1996)

Τα συμπτώματα της νόσου που οδηγούν στη διάγνωση του ΣΔ είναι: δίψα, ξηροστομία, πολουρία, απώλεια βάρους, αιδοιοκολπίτιδες, βαλανοποσθίτιδες, νυκτερινή ενούρηση, διαταραχές προσαρμογής του φακού, καταβολή δυνάμεων, μονιλιάσεις δέρματος, δοθινώσεις και ιδρωταδενίτιδες.(Μ. Παπαδημητρίου «εσωτερική παθολογία» εκδόσεις ΄΄Γρηγ. Παρισιανός΄΄ Αθήνα 2001»

6. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο είναι ένα παροδικό επεισόδιο νευρολογικής δυσλειτουργίας, που συνήθως εκδηλώνεται με απότομη απώλεια κινητικής, αισθητικής ή οπτικής λειτουργίας και διαρκεί μερικά δευτερόλεπτα ή λεπτά, ποτέ όμως πάνω από 24 ώρες. Είναι ξαφνική απώλεια εγκεφαλικής λειτουργίας, που οφείλεται σε διακοπή της αιματικής παροχής σε τμήμα του εγκεφάλου. Ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να οφείλεται: α) σε θρόμβωση αγγείου του εγκεφάλου ή του τραχήλου, β) σε εμβολή αγγείου του εγκεφάλου, γ) σε εγκεφαλική αιμορραγία, εξαιτίας ρήξης εγκεφαλικού αιμοφόρου αγγείου.

Παράγοντες κινδύνου στο ΑΕΕ είναι: η υπέρταση, παθήσεις της αριστερής καρδιάς, ο ψηλός αιματοκρίτης, ο σακχαρώδης διαβήτης, η λήψη από το στόμα αντισυλληπτικών, η μεγάλη ή η παρατεταμένη πτώση της αρτηριακής πίεσης, η κατάχρηση φαρμάκων, τα λιπίδια αίματος, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και το αλκοόλ.

Ειδικά στη μεγάλη ηλικία οι παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, αγγειακής αιτιολογίας, είναι η πρώτη αιτία όχι μόνο θνησιμότητας, αλλά και νοσηρότητας και αναπηρίας. Οι παθήσεις αυτές αφήνουν μονίμως ανάπηρα το 50 % των ατόμων που επιζούν από το εγκεφαλικό σύνδρομο, πράγμα που χαρακτηρίζει την έκταση των κοινωνικών επιπτώσεων αυτών των νόσων. (Αναστάσιος Δοντάς «η Τρίτη ηλικία» εκδόσεις ``Γρηγ. Παρισιανός`` Αθήνα 1981)

7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η γενική απώλεια ευαισθησίας στην αφή συχνά συνοδεύει τη γήρανση. Αυτό μπορεί να προκληθεί από ασθένεια, τραυματισμό, κυκλοφορική ανεπάρκεια, ή από εξασθένηση των σωματιδίων του Meissner που ευθύνονται για την ευαισθησία στο απαλό άγγιγμα της επιδερμίδας. Η ευαισθησία στην αλλαγή της θερμοκρασίας, σε επώδυνα ερεθίσματα ή στην αναγνώριση αντικειμένων μειώνεται.

Οι μεταβολές στην όραση είναι σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους. Εκφυλιστικές αλλοιώσεις ιδιαίτερα επηρεάζουν τους φακούς και την ίριδα και συγκεκριμένες προοδευτικές νόσοι όπως καταρράκτης και γλαύκωμα.

Η πρόοδος της ηλικίας συνοδεύεται και από ακουστικές δυσκολίες, και κυρίως την ακουστική απώλεια, ένα διάχυτο πρόβλημα της γήρανσης. Επίσης, παρατηρείται σκλήρυνση του τύμπανου, ενώ οι κυριότερη πάθηση είναι η βαρηκοΐα διαφόρων βαθμών. (Ηρα Εμκέ- Πουλοπούλου « Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες» ,εκδόσεις ``Έλλην`` Αθήνα 1999)

8. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

8.1 ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΙΣΧΙΟΥ

Η οστεοαρθρίτιδα είναι ο πιο συχνός τύπος χρόνιας αρθρίτιδας. Προσβάλλει συνήθως τις μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων που στηρίζουν το βάρος του σώματος και είναι εξελικτική μη φλεγμονώδης αρθρίτιδα. Η εκφυλιστική αρθρίτιδα παρουσιάζεται σε άτομα μέσης ηλικίας ή ηλικιωμένους. Συχνότερα παρατηρείται σε γυναίκες και μάλιστα στις παχύσαρκες ή σε εκείνες που καταπονούν υπέρμετρα τις αρθρώσεις τους. Ως κύρια αιτία της δευτεροπαθούς οστεοαρθρίτιδας του ισχίου θεωρείται η ανώμαλη τριβή του αρθρικού χόνδρου, που συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις διαταράσσεται η ομαλότητα των αρθρικών επιφανειών, η εναρμόνιση μεταξύ τους, η φυσιολογική θρέψη του χόνδρου, και σε βλάβες του αρθρικού χόνδρου, εξαιτίας κακώσεων της άρθρωσης. (Άννα Σαχίνη- Καρδάση, Μαρία Πάνου «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 2000)

8.2 Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, υποξεία ή χρόνια και εξελικτική, με κύριες εκδηλώσεις τη φλεγμονή των αρθρικών υμένων, διαφόρων αρθρώσεων, που έχει ως αποτέλεσμα βαριές παραμορφώσεις και αναπηρίες των αρθρώσεων. Σωστότερα θα έπρεπε να ονομάζεται ρευματοειδής νόσος, γιατί, εκτός από τις αρθρώσεις, προσβάλλει και όλους τους ιστούς που προέρχονται από το μεσέγγυμα: μυς, δέρμα, υποδόριο ιστό, ίριδα, σιελογόνους αδένες, συνδετικό υπόστρωμα των πνευμόνων κ.α. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εντάσσεται στις νόσους του κολλαγόνου και μάλιστα είναι η συχνότερη από αυτές.

ΣΤΟ αίμα των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο ανιχνεύεται ο ρευματοειδής παράγοντας. Η νόσος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ειδική αντίδραση του μεσεγγύματος, που εκλύεται από την επίδραση διαφόρων βλαπτικών ουσιών.

Η νόσος εισβάλλει ύπουλα. Αρχίζει από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών και κατόπιν εκτείνεται κεντρικότερα. Τα κύρια συμπτώματα είναι ο πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία και παραμόρφωσή τους, που αναπτύσσονται μέσα σε διαστήματα ετών. (Νικόλαος Γκότζης « Στοιχεία ειδικής νοσολογίας» εκδόσεις ``university studio press`` 1998)

8.3 ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση είναι μια πάθηση του σκελετού στην οποία παρατηρείται μείωση της μάζας όλων των οστών, χωρίς ιστολογικές αλλοιώσεις, μεταβολές στη χημική τους σύνθεση ή βιοχημικές διαταραχές. Υπάρχει ποικιλία κλινικών μορφών οστεοπόρωσης καθώς και αιτιών που την προκαλούν, όμως ο παθογενετικός μηχανισμός είναι βασικά ο ίδιος σε όλες τις περιπτώσεις.

Η οστεοπόρωση μπορεί να είναι αποτέλεσμα επίδρασης στα οστά πολλών παραγόντων, μπορεί όμως να είναι και ιδιοπαθής. Οι παράγοντες που, δυνητικά, προκαλούν οστεοπόρωση είναι:

α) ακινητοποίηση για θεραπεία καταγμάτων ή εξαιτίας παραλύσεων ή άλλων παθήσεων του μυοσκελετικού συστήματος και η ανενεργησία, που μειώνουν το stress και την ένταση που προκαλεί η δραστηριότητα στα οστά.

β) θρεπτικές διαταραχές εξαιτίας συνδρόμου δυσαπορρόφησης ή μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών που ακολουθείται και από μειωμένη πρόσληψη Ca και P, όπως συμβαίνει κυρίως στη γεροντική οστεοπόρωση.

γ) ενδοκρινικές διαταραχές, όπως σύνδρομο Cushing, υπερθυρεοειδισμός, μεγαλακρία, γιγαντισμός, σακχαρώδης διαβήτης, υπερπαραθυρεοειδισμός, μακροχρόνια λήψη κορτιζόνης για θεραπευτικούς λόγους και εμμηνόπαυση. 5) μυέλωμα νεοπλασμάτα κ.τ.λ. (Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 2000)

9. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

9.1 Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι οξείες ή χρόνιες νευροψυχικές διαταραχές, που οφείλονται σε κακή λειτουργία του εγκεφαλικού ιστού. Αποτελεί την πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή των ηλικιωμένων. Ο χαρακτηρισμός του προβλήματος ως οξείας ή χρόνιου, γίνεται με βάση την αιτία και την πρόγνωση του. Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι δυνητικά ανατάξιμο και μπορεί να οφείλεται σε φάρμακα, αλκοόλ, τραύμα, κυκλοφορικές διαταραχές ή όγκο. Το χρόνιο οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι πάντοτε μη ανατάξιμο και οφείλεται σε εκφύλιση του εγκεφαλικού ιστού, που προκαλείται συνήθως εξαιτίας εγκεφαλικής αρτηριοσκλήρωσης. Τα επανειλημμένα εγκεφαλικά επεισόδια μπορούν επίσης να προκαλέσουν το σύνδρομο. (Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 2000)

9.2 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα σημαντικά προβλήματα του γήρατος, το οποίο χαρακτηρίζεται από γεγονότα όπως η συνταξιοδότηση, η απώλεια αγαπημένων προσώπων και η μοναξιά.

Γήρας είναι το φυσιολογικό στάδιο της ανθρώπινης ανάπτυξης που βρίσκεται στο τέλος του κύκλου της ανθρώπινης ζωής, και γήρανση είναι η φυσιολογική διαδικασία των χρονικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στη διάρκεια της ζωής.

Η κατάθλιψη είναι μία παθολογική κατάσταση που επιδεινώνει τα συχνά οργανικά προβλήματα αυτής της ηλικίας, καθώς η αντίσταση στο stress είναι ελαττωμένη.

Η φροντίδα ηλικιωμένου με κατάθλιψη, απαιτεί εξαιρετική προσοχή για τον εντοπισμό φυσικών σημείων ή την επισήμανση επιβαρημένου ιστορικού που μπορεί να αποτελούν την αιτία της κατάθλιψης. Η ίδια προσοχή απαιτείται και κατά τη θεραπεία του ασθενούς, ο οποίος θα πρέπει να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματα του, αλλά ταυτόχρονα να επιτηρείται προσεκτικά για το φόβο εκδήλωσης αυτοκτονικών τάσεων.

Η επιτυχία στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και η αναβάθμιση της ποιότητας και της ζωής του αρρώστου, δεν μπορεί παρά να είναι έργο μιας ομάδας υγείας που εκτός από το ιατρό, το γηρίατρο και τον ψυχιατρικό νοσηλευτή, περιλαμβάνει τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργασιοθεραπευτή, τον φυσιοθεραπευτή και τον ψυχολόγο. (Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης «Γενική νοσηλευτική προσέγγιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους» περιοδικό ``Νοσηλευτική`` τόμος 39,1.2000)

9.3 Άνοια

Παρατηρείται μετά το 70ο έτος και χαρακτηρίζεται από προοδευτική αποδιοργάνωση, διαταραχές μνήμης κυρίως, αλλά και προσοχής, κρίσης και γενικά αντίληψης.

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η επίπτωση της ασθένειας έχει γεωγραφικές ή φυλετικές διακυμάνσεις. Η ερμηνεία της παθογένεσης των γεροντικών ανοιών είναι στενά συνδεδεμένη με την γνώση της φυσιολογικής γήρανσης. Στην αιτιολογία τους έχουν ενοχοποιηθεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Επίσης έχει υποστηριχθεί ότι η επιτάχυνση της έκπτωσης των νευρώνων που υπάρχει στις γεροντικές άνοιες, οφείλεται σε διατάραξη της μιτωτικής διαίρεσης των κυττάρων που έχει σχέση με τη γενικότερη διεργασία της. Στην αιτιολογία της ασθένειας έχει επίσης ενοχοποιηθεί και η διαταραχή στην τοπική εγκεφαλική αιμάτωση ιδίως των μετωπιαίων και των κροταφικών περιοχών.

Εμφανίζεται στην αρχή με εύκολη κόπωση, διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, μείωση των ενδιαφερόντων και των αναλαμβανόμενων πρωτοβουλιών, το λεξιλόγιο είναι φτωχό, η αντίληψη μειώνεται συνέχεια. Την γενική κατάσταση επιδεινώνουν συγχυτικά επεισόδια. Ακόμα, οι άνθρωποι αυτοί, γίνονται τυραννικοί, ευερέθιστοι, επιθετικοί, συντηρητικοί, φιλάργυροι, συχνά παραληρηματικοί και κατηγορούν διάφορους ότι τους κλέβουν. Η μεταφορά σε άγνωστο περιβάλλον δημιουργεί «κρίση προσαρμογής», και προκαλεί επιδείνωση της κατάστασής τους. Συχνά περιπλανώνται και προβαίνουν σε απρεπείς πράξεις. Τέλος η μυϊκή αδυναμία προκαλεί γεροντική εξάντληση ή κυστικές επιπλοκές και πνευμονικά επεισόδια. (Χ. Καρπαθίου «Εγκεφαλικές βλάβες – αποκατάσταση» εκδόσεις ``Ελλην`` Αθήνα 2001)

9.4 Παρкинσονισμός

Ο παρκινσονισμός ή «τρομώδης παράλυση» όπως περιγράφηκε από τον James Parkinson στα 1817, είναι μια συνηθισμένη εκφυλιστική νευρική διαταραχή. Παρατηρείται σε δυο κύριες μορφές: τον ιδιοπαθή παρκινσονισμό, τον μετεγκεφαλικό παρκινσονισμό που αναπτύσσεται σαν συνέπεια της ληθαργικής εγκεφαλίτιδας.

Μπορεί επίσης να προέλθουν όμοιες κλινικές εκδηλώσεις από εγκεφαλική αθηρωματοσκλήρυνση. Ο ιδιοπαθής παρκινσονισμός είναι συχνότερος στους άνδρες και συνήθως αναπτύσσεται μετά τα 50 χρόνια. Τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν: διαταραχές της έκφρασης του προσώπου, της στάσης του σώματος, του βαδίσματος και των κινήσεων, δυσκαμψία και τρόμο. (Scott B. Et al «Συμπτωματολογία της νόσου του Parkinson» περιοδικό `Νευρολογία`, Τόμος 9.2.2000)

Η νόσος προσβάλλει περίπου 1 στα 1000 άτομα. Σε άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών η συχνότητα εμφάνισης είναι 10 %, αποτελεί δε τη δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης νευρολογικής διαταραχής στους ηλικιωμένους μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η Θεραπεία επικεντρώνεται στον περιορισμό της δυσκινησίας και στο να βοηθήσει τον ασθενή στις αντιδράσεις ισορροπίας. Επίσης, η φυσιοθεραπεία κατέχει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του παρκινσονικού ασθενή. (Wagstaff and Coacley «Φυσικοθεραπεία και ασθενείς τρίτης ηλικίας» εκδόσεις `Έλλην` Αθήνα 1997)

9.5 ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου, με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεων του. Παρατηρούνται ωστόσο ατομικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια.

Συμπτώματα:

-Μνήμη. Επεισοδιακή μνήμη δηλαδή η μνήμη προσωπικών πληροφοριών που έχουν αποκτηθεί σε ένα συγκεκριμένο χώρο-χρονικό περιβάλλον, είναι η πρώτη που διαταράσσεται στα πρώτα στάδια της νόσου αυτής. -Εκτελεστικές λειτουργίες. Δοκιμασίες στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν οι ασθενείς με νόσο Alzheimer, είναι εκείνες τις οποίες το άτομο πρέπει να χρησιμοποιεί συγχρόνως διαφορετικές πληροφορίες.

-Λόγος. Τα προβλήματα με το λόγο είναι συχνά και προέχουν σε κάποιες άλλες άνοιες, όπως είναι οι μετωποκροταφικές και η πρωτοπαθής προοδευτική αφασία

-Διαταραχές της ευπραξίας. Οι δυσκολίες στις σύνθετες πράξεις είναι που [χαρακτηρίζουν τους ασθενείς αυτούς. Δυσκολεύονται στην προετοιμασία φαγητού, στο ντύσιμό τους καθώς και σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες. Άλλες σύνθετες διαταραχές. Η ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς αντικείμενα και πρόσωπα, συχνά χάνεται.

-Διαταραχές συμπεριφοράς. Αυτές οι διαταραχές συχνά αναγκάζουν το γιατρό α χρησιμοποιήσει ψυχοτρόπα φάρμακα.

-Διαταραχές του συναισθήματος. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται ως φόβος, έλλειψη χαμόγελου και κραυγές και στη συνέχεια δεν μπορεί να μιμηθεί κινήσεις και δεν μπορεί να εκφραστεί με το πρόσωπο. (X. Καρπαθίου «εγκεφαλικές βλάβες – αποκατάσταση» εκδόσεις `Έλλην` Αθήνα 2001)

10. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Είναι η κατάληξη πολλών παθήσεων που εντοπίζονται είτε στο νεφρικό παρέγχυμα είτε στην αποχετευτική οδό του ουροποιητικού συστήματος.

Οι κυριότερες από τις παθήσεις του παρεγχύματος που αποτελούν συχνό αίτιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι: α) Η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, β) Η χρόνια πυελονεφρίτιδα. γ) Η νεφροσκλήρυνση. δ) Οι νεφροπάθειες, ε) Οι πολυκυστικοί νεφροί, στ) Η βαλκανική νεφροπάθεια.

Από τις παθήσεις της αποχετευτικής οδού, οι χρόνιες αποφρακτικές νεφροπάθειες είναι εκείνες που οδηγούν σίγουρα στη ΧΝΑ, όταν βέβαια παραμείνουν για πολύ καιρό χωρίς αντιμετώπιση.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αμφοτερόπλευρη απόφραξη ή η παρουσία ενός χρόνιου υποκυστικού κωλύματος, που συνεπάγεται στάση των ούρων και στους δυο νεφρούς.

Παθήσεις που προκαλούν αυτού του είδους τις διαταραχές είναι η αμφοτερόπλευρη λιθίαση, η λιθίαση των ουρητήρων, η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, τα νεοπλάσματα της κύστης και του προστάτη, όπως και το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, η μεγάλου βαθμού αμφοτερόπλευρη κυστενεφρική παλινδρόμηση, κάθε υποκυστικό κώλυμα, κ.α. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις συχνά συμμετέχει και η πρόκληση χρόνιων πυελονεφρικών αλλοιώσεων, που οφείλονται στις φλεγμονές που, όχι σπάνια, συνοδεύουν τις αποφρακτικές παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.

Η θεραπεία αποτελεί ένα πολύπλοκο πρόβλημα εξαιτίας των πολλαπλών διαταραχών που παρουσιάζει η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. (Κώνινος Α. Δημόπουλος «Ουρολογία» εκδόσεις ``Πασχαλίδη`` Αθήνα 1998)

11. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Καθώς εξετάζουμε τον ηλικιωμένο σε σχέση με τις χρόνιες παθήσεις από τις οποίες πάσχει, θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε μερικά από τα σπουδαιότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, ανεξάρτητα από τυχόν άλλες ασθένειες που τους απασχολούν.

Σύμφωνα με μελέτη Αμερικανών γηροντολόγων νοσηλευτών (Ουάσινγκτον, 1993), τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που χρίζουν ιδιαίτερης φροντίδας είναι: η αγωγή φαρμάκων, ο πόνος, η διατροφή, οι διαταραχές ύπνου, η ακράτεια και η σύγχυση (Α. Ραγιά «Υγιή γηρατειά: Ολική Νοσηλευτική Θεώρηση» περιοδικό ``Νοσηλευτική`` τεύχος 4,1992) Παρακάτω γίνεται μια σύντομη ανάλυση των προβλημάτων αυτών, ενώ παρατίθεται και μία παράγραφος για το ειδικό πρόβλημα του καρκίνου στον ηλικιωμένο, αφού η επάρατη νόσος δημιουργεί ιδιαίτερες και ιδιόρρυθμες μεταβολές στην οργανική και ψυχική υγεία των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας.

12. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ - ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζουν τη δράση των φαρμάκων. Από τις κλινικές παρατηρήσεις και τις βιβλιογραφικές αναφορές εξάγεται πολύτιμη βοήθεια, η οποία συμβάλει στην κατανόηση των διαφορών που υπάρχουν μεταξύ φαρμάκων και ομάδων ηλικιών.

Επιπλέον, η συχνότητα των διαφόρων παθολογικών καταστάσεων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα την πρόσληψη περισσότερων φαρμάκων. Η μεγαλύτερη πρόσληψη συνεπάγεται μεγαλύτερους κινδύνους, κυρίως από την αύξηση των προβλημάτων που δημιουργούν οι φαρμακολογικές αλληλεπιδράσεις, βρέθηκε ότι η συχνότητα των παρενεργειών και των τοξικών επιδράσεων αυξάνεται 3-7 φορές περισσότερο στους ηλικιωμένους απ' ό,τι στα νέα άτομα. Ακόμα, οι παρενέργειες ορισμένων ομάδων φαρμάκων, όπως αντιπηκτικά, αντιβιοτικά, καρδιαγγειακά κ.λ.π., συμβάλουν στην θνησιμότητα των ηλικιωμένων.

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του WHO για τη μελέτη των φαρμάκων στους ηλικιωμένους, αναφέρει, ότι: το 50% των καταναλωθέντων φαρμάκων καταναλίσκεται από άτομα 60 ετών και άνω. Οι μέσοι αριθμοί φαρμάκων με επίσημη συνταγογραφία αντιστοιχούν: 3,2 φάρμακα ανά άτομο που ζει σε κοινότητα του Καναδά, 4,6 φάρμακα ανά νοσοκομειακό ασθενή της Σκοτίας και 8 φάρμακα σε άτομο που ζει σε ίδρυμα χρόνιας φροντίδας στις ΗΠΑ.

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ειδική ομάδα, η οποία κάνει ευρεία χρήση φαρμάκων. Ειδικότερα, η ομάδα ηλικίας άνω των 60 ετών κάνει μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων. Ένας μεγάλος αριθμός περιπατητικών ηλικιωμένων χρησιμοποιεί φάρμακα, τα οποία προμηθεύεται εκτός φαρμακείου και χωρίς ιατρική συνταγή. Τέτοια φάρμακα είναι οι ασπιρίνες, οι βιταμίνες, τα υπακτικά, κ.λ.π. Άλλωστε πάλι, δανείζουν ή δανείζονται φάρμακα μεταξύ τους. Αυτό παρατηρείται κυρίως σε αυτούς που μένουν σε ιδρύματα, ή κάνουν αυτοδιάγνωση και αυτοθεραπεία.

Η πλημμελής διατήρηση των φαρμάκων μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική τους δράση. Πολλά φάρμακα καταστρέφονται από την υγρασία, την υψηλή θερμοκρασία και το φως. Τα φάρμακα, συνήθως, προστατεύονται με ειδικές συσκευασίες, γι' αυτό η μετακίνηση τους από το ένα κουτί στο άλλο μπορεί να συντελέσει στην καταστροφή τους, και παράλληλα να οδηγήσει σε σύγχυση και να προκληθεί λάθος, παίρνοντας άλλο φάρμακο αντί άλλου φαρμάκου. Αυτό μπορεί να συμβεί συχνότερα σε άτομα με μειωμένη όραση.

Συνήθως, οι πιο κοινοί χώροι του σπιτιού για την τοποθέτηση των φαρμάκων είναι το μπάνιο και η κουζίνα.

Η ενημέρωση του ηλικιωμένου για το σκοπό, τη δράση και τις παρενέργειες του φαρμάκου, θα συντελέσει στον περιορισμό της κακής χρήσης του.

Θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούν οι αρχές της φαρμακολογικής θεραπείας προς ηλικιωμένους: >Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες φαρμακολογικές αντιδράσεις.

Η ανταπόκριση στα φάρμακα αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας, σαν αποτέλεσμα μεταβολών στη διακίνησή τους από τον οργανισμό και στην ιστική ευαισθησία λόγω των επιδράσεων που ασκούν οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

>Η απορρόφηση των φαρμάκων ελαττώνεται και η κατανομή τους επηρεάζεται, προφανώς από τις γνωστές μεταβολές στη σύσταση του οργανισμού. Ιδιαίτερα, ο ρυθμός και η αποτελεσματικότητα της αποβολής τους ελαττώνονται σε μεγάλο βαθμό στην προχωρημένη ηλικία.

Κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών, οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί, επειδή οι λειτουργίες ομοιόστασης στους ηλικιωμένους εξασθενούν.

>Λόγω των αυξημένων κινδύνων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, η φαρμακολογική τους θεραπεία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.

Πρέπει να γίνει σαφές, ότι η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι απαραίτητη για όλες τις παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων.

Για τον καθορισμό του είδους και της δόσεως των φαρμάκων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση των ηλικιωμένων.

>Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερη δοσολογία από ότι τα νέα άτομα.

>Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη, επειδή σφάλματα, ανεπιθύμητες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις αυξάνονται με την υπερβολική χρήση των φαρμάκων.

>Απλά δασολογικά σχήματα απομακρύνουν τα λάθη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βοήθεια συγγενικού, γειτονικού ή φιλικού προσώπου, πρέπει να γίνεται ευχαρίστως δεκτή, επειδή συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου στη φαρμακευτική αγωγή. (Χρυσάνθη Δ. Πλατή «Ο ηλικιωμένος και τα φάρμακα» περιοδικό ``Νοσηλευτική`` τόμος 32,1,1993)

13. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού των υπερηλίκων διαμαρτύρεται για αϋπνία. Ο κύκλος του ύπνου μεταβάλλεται καθώς ένα άτομο γηράσκει και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αυτές οι φυσιολογικές μεταβολές όταν αντιμετωπίζεται άρρωστος με αϋπνία. Η αϋπνία πάντως θα πρέπει να διερευνάται και από ψυχολογική άποψη επίσης.

Το πρόβλημα μπορεί να μην είναι μια πραγματική, αλλά μια υποκειμενική έλλειψη ύπνου. Εκείνος που περιθάλπει υπερήλικες ασθενείς πρέπει:

- Να γνωρίζει τις φυσιολογικές μεταβολές που σχετίζονται με την ηλικία στην διεργασία ύπνου-εγρήγορσης.

- Να κατανοεί ότι ο ύπνος είναι μια πολύπλοκη διεργασία με φυσιολογικές και ψυχολογικές διαστάσεις.

- Να γνωρίζει πώς να εκτιμήσει και να αναγνωρίσει τις διαταραχές του ύπνου που παρατηρούνται πιο συχνά στους υπερήλικες.

- Να αντιλαμβάνεται το ρόλο των υπνωτικών φαρμάκων στην αγωγή των διαταραχών του ύπνου. Ο ύπνος των υπερηλίκων συχνά διακόπτεται και είναι λιγότερος σταθερός, λόγω των συχνών μεταβολών των φάσεων του ύπνου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περίοδος εγρήγορσης επίσης διακόπτεται από περιόδους υπνηλίας ή ύπνου. Έτσι, ο συνολικός βιολογικός ρυθμικός κύκλος ύπνου εγρήγορσης χάνει μέρος από την έντασή του.

Η υπνηλία στον υπερήλικα ασθενή οφείλεται σε μία ευρεία ποικιλία πιθανών αιτίων τα οποία περιλαμβάνουν ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές (υπογλυκαιμία), νευρολογικές διαταραχές (τραύμα στο κεφάλι) και άλλα. Θα πρέπει να διερευνάται προσεκτικά η πιθανότητα υπέρβασης της δοσολογίας των φαρμάκων με το οινόπνευμα ή με άλλα φάρμακα.

Το πρώτο βήμα για τη σωστή εκτίμηση αρρώστου με αϋπνία είναι η λήψη ενός πλήρους ιατρικού ιστορικού, η καλή φυσική εξέταση, οι βασικές εργαστηριακές εξετάσεις και η ψυχιατρική εκτίμηση, αν υπάρχει ένδειξη για κάτι τέτοιο. Έχει σημασία να εντοπιστεί από το γιατρό ένα καθαρό, πλήρες, κύριο ενόχλημα. Το ενόχλημα δυνατόν να είναι: δυσκολία στην επέλευση ύπνου, δυσκολία στην διατήρηση ύπνου, ή και στα δύο. (Ronald D.T Cape, Rodney M. Coe and Isadore Rossman «Βασικές αρχές γηριατρικής» εκδόσεις ``University Studio Press`` Θεσσαλονίκη 1990).

Η δυσκολία στην διατήρηση του ύπνου αναφέρεται σε ανεπιθύμητες αφυπνίσεις στη διάρκεια της νύχτας, σε πρόωπη πρωινή αφύπνιση ή σε κακή ποιότητα» του ύπνου. Μερικοί ασθενείς δεν αναφέρουν κάτι τέτοιο, αντίθετα, αισθάνονται κουρασμένοι κατά τη διάρκεια της ημέρας και υποθέτουν, ότι ο ύπνος τους δεν είναι επαρκής ή κατά κάποιο τρόπο δεν είναι φυσιολογικός. Αυτό δεν είναι υποχρεωτικά αληθινό, διότι τα συμπτώματα στην διάρκεια της μέρας μπορούν να προέρχονται από διάφορες παθήσεις ή από ψυχογενείς μηχανισμούς. Ασθενείς με εξάρτηση στα υπνωτικά χάπια έχουν μικρή ή και καθόλου δυσκολία στον ύπνο, για όσο χρονικό διάστημα παίρνουν τα χάπια τους. Διαμαρτύρονται όμως για σοβαρή αϋπνία, όταν δοκιμάζουν να Σταματήσουν την λήψη των φαρμάκων (Χρυσάνθη Δ. Πλατή «Γεροντολογική νοσηλευτική» εκδόσεις ``επτάλοφος Α.Ε`` Αθήνα 1993) Ο παρακάτω πίνακας δείχνει ορισμένες αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία.

Μετρήσεις	Μεταβολές με την ηλικία
Αντικειμενικές	
- Αϋπνία	Αυξημένη
- Συνολικός χρόνος ύπνου	Αυξημένος
- Αφύπνιση κατά τη νύχτα	Αυξημένη
- Βραχύς ύπνος κατά την ημέρα	Αυξημένος
- Αφύπνιση μετά την έναρξη του ύπνου	Αυξημένη
Υποκειμενικές	
- Ύπνος 4 ^{ου} σταδίου REM	Αμετάβλητος
- Ύπνος μη REM	Ελαττωμένος
- Ύπνος 1 ^{ου} -3 ^{ου} σταδίου	Αμετάβλητος
- Ύπνος 4 ^{ου} σταδίου	Μειωμένος
- Συνολικός χρόνος ύπνου	Μειωμένος
- Λανθάνων ύπνος	Αυξημένος
- Αφύπνιση κατά τη νύχτα	Αυξημένος

Πίνακας: Μεταβολές ύπνου με την ηλικία.

14. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Όσο αυξάνεται η ηλικία του ασθενή, έτσι αυξάνει και η πιθανότητα χρόνιου πόνου. Λόγω οστεοαρθρίτιδας, σκελετικών και άλλων διαταραχών. Ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω έχουν εμπειρία περισσότερου πόνου αλλά δεν επιτυγχάνουν την ίδια ανακούφιση από τους νεότερους, αφού το θέμα πόνου στους υπερήλικες συχνά παρουσιάζει προβλήματα όπως- πολύπλοκες καταστάσεις που αυξάνουν τον πόνο, ανεπαρκείς αριθμός επιστημόνων υγείας που είναι καλά εκπαιδευμένοι στην γηριατρική και στην αντιμετώπιση του πόνου, ανεπαρκής καθορισμός του πόνου, απροθυμία από γιατρούς και ασθενείς να χρησιμοποιούν οπιούχα φάρμακα. Ο πόνος είναι πιθανότατα το πιο οδυνηρό από τα συμπτώματα, όχι μόνο για τους ασθενείς που υποφέρουν αλλά και για τους θεραπευτές τους. Και οι δύο μπορούν εύκολα να φτάσουν στην ματαιοδοξία από την αποτυχία της αναλγησίας.

Ο πόνος είναι κοινός σε ασθενείς 65 και άνω. Ανάμεσα σε αυτούς που ζουν στην κοινότητα 25 έως 50% υποφέρουν από κύρια προβλήματα πόνου. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα το ποσοστό του πόνου είναι 45 με 80% και το ποσοστό χρήσης αναλγησίας είναι 40 με 50%. Οι περισσότεροι υπερήλικες ασθενείς έχουν τουλάχιστον μια χρόνια ασθένεια. Αρθρίτιδα, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, οφθαλμολογικά, αναπνευστικά προβλήματα και διαβήτη εντοπίζονται στο 10% του ηλικιωμένου πληθυσμού. Σε πολλούς ασθενείς, πολλαπλές ιατρικές καταστάσεις κάνουν τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του πόνου περίπλοκη. Ειδικότερα, η κατάθλιψη έχει τεράστια επιρροή στην αντιμετώπιση του πόνου.

Για τον ηλικιωμένο ασθενή, ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε μια διαφορετική διάγνωση από αυτή που θα αναμενόταν στο νεότερο πληθυσμό. Για παράδειγμα, υψηλές στη λίστα διαφορικής διάγνωσης του πονοκεφάλου στον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι ασθενείς όπως περιοδική αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, κατάθλιψη, καρδιακή ανεπάρκεια, αιματώματα και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Ο έρπης ζωστήρος διαφαίνεται στο 1 με 27ο των ηλικιωμένων ασθενών και το 90% νευραλγιών διαφαίνεται στο 90% των ασθενών άνω των 40 ετών. (F. Michael Gloth « Geriatric Pain» magazine ``Geriatrics`` October 2000) Παράγοντες που μειώνουν τον έλεγχο του πόνου.

Ενώ ο πόνος είναι κοινός σε ηλικιωμένους ασθενείς, η ανακούφιση από τον πόνο δεν είναι. Μια μελέτη της Ανατολικής Ομάδας Συνεργασίας για την Ογκολογία έδειξε ότι το 41% από 3000 καρκινοπαθείς υπέφεραν από ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου, και η ηλικία των 70 και άνω ήταν ο πιο κοινός παράγοντας ρίσκου για κακό έλεγχο του πόνου. Γιατί οι θεραπευτές αποτυγχάνουν στην ανακούφιση από τον πόνο ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς; μεγάλη ευθύνη έγκειται στην ανεπαρκή εκπαίδευση για την αντιμετώπιση του πόνου όπως επίσης και η έλλειψη οργάνων για τη μέτρηση του πόνου, αλλά και η συμπεριφορά των θεραπειών απέναντι σε αυτόν. Αντίληψη του πόνου και ηλικία.

Ασθενείς 65 ετών και άνω είναι αντικείμενα στις περισσότερες σπουδές για τον πόνο, σε πολύ μικρό ποσοστό. Αυτές οι λίγες δοκιμές που εμπλέκουν κυρίως ηλικιωμένους ασθενείς έχουν μετρήσει βλάβες βασισμένες, στα αρχικά στάδια μηχανικής, ηλεκτρικής ή θερμικής διέγερσης. Με εξαίρεση κάποιων δερματικών αισθήσεων, η αγωγιμότητα φαίνεται να μην αλλάζει με την ηλικία, παρόλο που η αντοχή στον πόνο μειώνεται και η συχνότητα παραπόνων για πόνο αυξάνεται. Κάποιοι τύποι σπλαχνικού πόνου μπορεί να διαφέρουν στους υπερήλικες συγκρινόμενοι με πόνο στους νέους ασθενείς. Ήρεμες μυοκαρδιακές διαταραχές φαίνονται πιο κοινές σε ηλικιωμένους ασθενείς και χειρουργεία κοιλίας μπορεί να φανούν χωρίς λευκοκύτωση ή αξιοσημείωτο πόνο. Ο πονοκέφαλος είναι λιγότερος κοινός

σε ηλικιωμένους ασθενείς, παρ' όλ' αυτά όταν δεν σημειώνεται πονοκέφαλος, η αιτιολογία είναι συχνά πολύ πιο σοβαρή απ' ότι σε νέους ασθενείς. Με την πάροδο της ηλικίας, το άτομο μπορεί να γίνει λιγότερο πρόθυμο να χαρακτηρίσει ενοχλητικές διεγέρσεις ως τέτοιες που επιφέρουν πόνο. Όταν οι ηλικιωμένοι εμφανίζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών για πόνο, είναι λιγότερο πιθανόν να εισαχθούν στην κλινική απ' ότι οι νεότεροι ασθενείς. Γι' αυτούς τους λόγους η επικοινωνία μεταξύ θεραπευτή και ασθενή γίνεται πολύ σοβαρή όταν γίνεται προσπάθεια για να επιτευχθεί επαρκής έλεγχος του πόνου. (Άννα Χατζηδημητρίου «Η ψυχολογική αντιμετώπιση του πόνου» περιοδικό ``Ιατρικός κόσμος`` Αύγουστος 2002)

15. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

Σημαντικό ρόλο για την προαγωγή και διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων παίζει η διατροφή τους. Το πόσο κατάλληλη είναι η διατροφή παίζει ρόλο στην πρόληψη ή επιβράδυνση των εκφυλιστικών διαταραχών και νοσηρών καταστάσεων που έχουν σχέση με τη ηλικία. Οι κακές διατροφικές συνήθειες των νεοτέρων ηλικιών επιτείνονται με το γήρας. Και ενώ συχνά οι ηλικιωμένοι παίρνουν τις θερμίδες που τους χρειάζονται, δεν υπάρχει ποικιλία στη διατροφή με συνέπεια την εμφάνιση θρεπτικών ανεπαρκειών.

Οι θρεπτικές ανεπάρκειες διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς, ανάλογα με τον υπεύθυνο παράγοντα.

Πρωτοπαθείς ανεπάρκειες υπάρχουν όταν για διάφορους λόγους όπως κοινωνικούς, οικονομικούς, αναπηρίες, κακή στοματική υγεία, ψυχολογικούς παράγοντες ή έλλειψη γνώσεων για τα ποια τρόφιμα πρέπει να επιλέγονται σε μία ισοζυγισμένη δίαιτα, οι ηλικιωμένοι δεν παίρνουν τα κατάλληλα θρεπτικά συστατικά.

Οι δευτεροπαθείς ανεπάρκειες οφείλονται σε παράγοντες οι οποίοι εμποδίζουν τη χρησιμοποίηση των θρεπτικών συστατικών μετά την πρόσληψη της τροφής από το άτομο. Ανεξάρτητα από τους παραπάνω παράγοντες, η ανάπτυξη της κλινικής δυσθρεψίας διέρχεται διάφορα στάδια τα οποία τελικά οδηγούν σε εμφανή κλινικά σημεία της ανεπάρκειας.

Άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων είναι η ετοιμασία της τροφής όταν υπάρχουν σωματικές αναπηρίες, ελαττωμένη αντοχή, ή ο ηλικιωμένος ζει μόνος του. Αυτό μπορεί να τους οδηγήσει σε δύο ακραίες λύσεις: α) να βρουν στο φαγητό την ευχαρίστηση που τους λείπει και να το χρησιμοποιήσουν σαν υποκατάστατο. Ρ») να αδιαφορήσουν και να τρέφονται με μονότονη και μη υγιεινή ζωή. (Ευάγγελος Β. Κεκάτος «Σχέση κινησιοθεραπευτικής αγωγής και διατροφής σε άτομα της τρίτης ηλικίας» περιοδικό ``Επιθεώρηση Υγείας`` τόμος 5,3(28) 1994)

16. ΣΥΓΧΥΣΗ

Η αιφνίδια σύγχυση είναι ένας συνηθισμένος τρόπος εμφάνισης της νόσου στους ηλικιωμένους. Είναι πολύ σημαντικό να εκτιμήσουμε προσεκτικά την κατάσταση του ασθενούς γιατί μόνο έτσι υπάρχει η δυνατότητα να εντοπισθούν κάποια υποβόσκουσα νόσο. Η

αιφνίδια σύγχυση μπορεί να είναι σύμπτωμα μιας σειράς απειλητικών για τη ζωή νόσων, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονία, πνευμονική εμβολή και γαστρορραγία. Επίσης, η λήψη φαρμάκων αποτελεί συνηθισμένο αίτιο σύγχυσης στους ηλικιωμένους. Επειδή ο ηλικιωμένος δεν είναι ευπροσάρμοστος όπως ένας νέος, ακόμα και η αλλαγή περιβάλλοντος μπορεί να του δημιουργήσει σύγχυση. Στον ασθενή παρατηρείται αποπροσανατολισμός, ενώ η επεξεργασία των ερεθισμάτων και η μνήμη είναι μειωμένες και τα επίπεδα εγρήγορσης κυμαίνονται. Υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Οι παραισθήσεις ή η εσφαλμένη αντίληψη του περιβάλλοντος είναι πιθανό να δημιουργηθούν σε ένα μισοσκότεινο δωμάτιο. Οι παραισθήσεις είναι συνήθως παρανοϊκές και ο ασθενής μπορεί να γίνει πολύ επιθετικός.

Η αιφνίδια σύγχυση οφείλεται στην επίδραση της πρωταρχικής ασθένειας πάνω στη λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να συμβεί από παράγοντες όπως η τοξίκωση, ο μειωμένος μεταβολισμός στον εγκέφαλο, η υποξία, η διαταραχή των ηλεκτρολυτών ή η αφυδάτωση. Η σύγχυση θα αρχίσει να Εξαφανίζεται όταν ο ασθενής ανταποκριθεί θετικά στην αγωγή που αφορά την υποκείμενη νόσο.

Το έμπιστο και υπεύθυνο προσωπικό θα βοηθήσει πολύ τον ασθενή να επιστρέψει στην πραγματικότητα. Εάν όμως το προσωπικό είναι ανασφαλές, απορριπτικό και αρνητικό στην προσέγγιση του ασθενούς, η ανάρρωση δυσχεραίνεται. Η καταπράυνση θα πρέπει να γίνεται όταν αυτό θα κριθεί απαραίτητο. Η αιφνίδια σύγχυση συνήθως περνά γρήγορα είτε με την θεραπεία του ασθενούς είτε με θάνατο. Μόνο πολύ σπάνια γίνεται χρόνια κατάσταση.(Χρυσάνθη Δ. Πλατή «Γεροντολογική νοσηλευτική» εκδόσεις ``Επτάλοφος Α. Ε ``Αθήνα 1993)

17. ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί η ακράτεια στον ηλικιωμένο είναι τεράστια. Το γόητρο και η προσωπικότητα του θίγονται σε μεγάλο βαθμό, όταν βρέχει την καρέκλα του, το κρεβάτι του ή τα ρούχα του και δεν μπορεί να κυβερνήσει τον εαυτό του. Η απάντηση του προβλήματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: Το βαθμό του προβλήματος, τα αίτια που το προκαλούν, το βαθμό συνεργασίας του ηλικιωμένου, την δυνατότητα βοήθειας από την οικογένεια.(Ελένη Θ. Κυριακίδου «Κοινωνική νοσηλευτική» εκδόσεις ``Η Ταβιθά`` Αθήνα 2000)

Η ακινησία, η σύγχυση και η απώλεια ούρων και κοπράνων συνθέτουν τις πιο κοινές αιτίες που οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στην ιδρυματοποίηση. Ειδικότερα η απώλεια ελέγχου του εντέρου και της κύστεως επιφέρει στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια του τεράστιες παθολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Τα άτομα που υφίστανται αυτή την κατάσταση νοιώθουν ανάμεικτα συναισθήματα ντροπής και κοινωνικής απόρριψης, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως δυσφορία, απομόνωση ή και κατάθλιψη, ενώ όσοι ασχολούνται με τη φροντίδα τους αισθάνονται ότι εκτελούν δυσάρεστο και στρεσογόνο έργο.

Σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι από τα 1,4 εκατομμύρια των ηλικιωμένων που ζουν στα διάφορα ιδρύματα των ΗΠΑ, περισσότερο από το 50% παρουσιάζουν καθημερινά τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας. Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι το 40% ως 60% των ηλικιωμένων που ζούσαν σε διάφορα ιδρύματα παρουσίαζαν απώλειες ούρων και κοπράνων. Σε όλες τις μελέτες η συχνότητα ακράτειας ούρων και κοπράνων για τους

ηλικιωμένους που ζουν στα διάφορα ιδρύματα κυμαίνεται μεταξύ 40-65%, ενώ για εκείνους που βρίσκονται στην κοινότητα το 20% και άνω.(Χρυσάνθη Δ. Πλατή «Γεροντολογική νοσηλευτική» εκδόσεις `Επτάλοφος Α. Ε` Αθήνα 1993)

18. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ

Το 1995, στη χώρα μας, ανάμεσα στις κύριες αιτίες θανάτου ο καρκίνος κατείχε την δεύτερη θέση, ενώ το 75% των θανάτων από όλους τους καρκίνους αντιστοιχούσε σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Η νόσος κυρίως ακολουθεί μια χρόνια διαδρομή, η οποία χαρακτηρίζεται από σειρά ψυχοτραυματικών εμπειριών, που επηρεάζουν βαθιά όχι μόνο τον πάσχοντα, αλλά και εκείνους που μοιράζονται τις εμπειρίες μαζί του.

Όταν το άτομο συνειδητοποιήσει ότι έχει καρκίνο, φαίνεται να εισέρχεται σε μία υπαρξιακή κρίση, η οποία περιστρέφεται μεταξύ ζωής, νόσου και θανάτου.

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος προκαλεί stress και τούτο γιατί το άτομο αντιμετωπίζει πόνο, δυσφορία, άγχος, οικονομικά προβλήματα και τέλος το φάσμα του θανάτου.

Οι ηλικιωμένοι ογκολογικοί ασθενείς, οι οποίοι με την πάροδο της νόσου παρουσιάζουν πολλαπλά προβλήματα και αυξημένες ανάγκες υγείας, χρειάζονται εντατική υποστηρικτική νοσηλευτική παρακολούθηση, η οποία μπορεί να μειώσει την εξάρτηση, την αβεβαιότητα και το άγχος και να αυξήσει την αυτοεκτίμηση, τη γενική ευεξία, ακόμη και την ανοσολογική λειτουργία και την επιβίωση των ασθενών.

Οι ευηλικίες μεταβολές που παρατηρούνται με το πέρασμα του χρόνου επηρεάζουν σχεδόν όλα τα συστήματα του οργανισμού περιλαμβανομένου και των αισθητήριων οργάνων. Ειδικότερα, η μείωση της αντίστασης του ανοσοποιητικού συστήματος καθιστά περισσότερο ευάλωτο το ηλικιωμένο άτομο στους ποικίλους παθολογικούς παράγοντες από τις άλλες ομάδες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορες παθογενικές καταστάσεις.(Μαρία Πριάμη «Υποστηρικτική φροντίδα ηλικιωμένου ασθενούς με καρκίνο» περιοδικό `Νοσηλευτική` τόμος 38, 2, 1999)

Αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου, αφού το 70% από το σύνολο των νεοπλασμάτων στους άνδρες και το 60% στις γυναίκες εμφανίζεται σε άτομα που ξεπερνούν τα 65 χρόνια. Παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλουν σ' αυτή τη συχνότητα είναι: η συσσώρευση των σωματικών μεταλλάξεων, η μεγαλύτερη διάρκεια έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες, η μειωμένη ικανότητα επιδιορθώσεως του DNA και η αυξημένη ευαισθησία σε ογκογόνους ιούς.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς διαφοροποιούνται ακόμη, από τις άλλες ηλικίες ως προς τον πόνο, ο οποίος δεν εκδηλώνεται με την ίδια ένταση όπως στους νέους, επειδή αμβλύνει και πολλές φορές οι ηλικιωμένοι δεν τον αναφέρουν. Θεωρούν ότι είναι κάτι συνηθισμένο της ηλικίας και θα περάσει.

19. ΜΟΡΦΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα χρήσιμα κλινικώς φάρμακα μορφοποιούνται από τις φαρμακευτικές εταιρίες σε σκευάσματα που μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα, ενδοφλεβίως ή από άλλη οδό. Η τυποποίηση ενός φαρμάκου εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

√ τους φραγμούς που ένα φάρμακο είναι ικανό να διαπεράσει. Τα ενδοφλέβια ενίστε άμεσα στην κυκλοφορία του αίματος, ενώ τα χορηγούμενα από το στόμα σκευάσματα πρέπει να περάσουν μέσα από το τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα και των αιμοφόρων αγγείων, προτού εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος.

√ οι συνθήκες υπό τις οποίες θα χρησιμοποιηθεί το φάρμακο. Μια μορφή ενδοφλέβιας χορήγησης είναι ίσως κατάλληλη για ένα φάρμακο το οποίο χορηγείται στην διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης, αλλά ακατάλληλη, λ.χ., της ασπιρίνης στο σπίτι.

√ το επείγον της ιατρικής κατάστασης. Ο χρόνος από την χορήγηση μέχρι την έναρξη της δράσης ποικίλλει για το ίδιο φάρμακο ανάλογα με τη μορφή του. Επείγουσες καταστάσεις απαιτούν ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων εκείνων που κανονικά η χορήγησή τους γίνεται από άλλη οδό.

√ σταθερότητα του φαρμάκου. Φάρμακα τα οποία αλλοιώνονται από οξέα δεν είναι κατάλληλα για μορφές προοριζόμενες να χορηγηθούν από το στόμα, διότι είναι πιθανόν να καταστραφούν στο στομάχι.

√ δράση πρώτης διέλευσης. Το αίμα από τον γαστρεντερικό σωλήνα περνά διά μέσου του ήπατος πριν να εισέλθει σε άλλα όργανα. Κατά τη διάρκεια αυτής της πρώτης διέλευσης δια μέσου του ήπατος, ένα μέρος του φαρμάκου(σε μερικές περιπτώσεις, σχεδόν όλο) μπορεί να μεταβολισθεί σε αδρανές ή λιγότερο δραστικό παράγωγο. Η αδρανοποίηση ορισμένων φαρμάκων είναι τόσο μεγάλη, ώστε να καθίστανται άχρηστα όταν χορηγούνται από το στόμα.

20. ΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η οδός χορήγησης καθορίζεται κυρίως από τις ιδιότητες του φαρμάκου (υδατοδιαλυτότητα, λιποδιαλυτότητα, ιονισμός κτλ) και από τους θεραπευτικούς στόχους (π.χ. ταχεία έναρξη της δράσης του φαρμάκου, ή ανάγκη για μακροχρόνια χορήγηση). Υπάρχουν δύο βασικές οδοί χορήγησης φαρμάκων:

A) εντερική

1. από το στόμα: είναι η πιο συνηθισμένη οδός χορήγησης, αλλά και η πιο ασταθής, καθώς ακολουθεί τον πιο πολύπλοκο δρόμο μέχρι τους ιστούς. Μερικά φάρμακα απορροφούνται στο στομάχι, αλλά το δωδεκαδάκτυλο, επειδή έχει μεγαλύτερη επιφάνεια απορρόφησης, είναι συχνά η κύρια πύλη εισόδου στη συστηματική κυκλοφορία. Η λήψη φαρμάκων μαζί με τροφή μπορεί να επηρεάσει την απορρόφηση. Η παρουσία τροφής στο στομάχι επιμηκύνει το χρόνο γαστρικής κένωσης, με αποτέλεσμα τα φάρμακα που καταστρέφονται σε όξινο περιβάλλον, π.χ. πενικιλίνη, να μην είναι διαθέσιμα για απορρόφηση.

2. υπογλώσσια: η τοποθέτηση του φαρμάκου κάτω από τη γλώσσα επιτρέπει τη διάχυσή του στο τριχοειδικό δίκτυο και συνεπώς την απευθείας είσοδό του στη συστηματική κυκλοφορία. Η χορήγηση τέτοιου φαρμάκου έχει το πλεονέκτημα ότι παρακάμπτει το έντερο και το ήπαρ και δεν αδρανοποιείται με το μεταβολισμό.

3. από το ορθό: το 50% της φλεβικής αποχέτευσης της περιοχής του ορθού παρακάμπτει την πυλαία κυκλοφορία, έτσι η βιομετατροπή των φαρμάκων από το ήπαρ ελαχιστοποιείται.

Το πλεονέκτημα από την υπογλώσσια χορήγηση και από τη χορήγηση από το ορθό είναι ότι προλαμβάνουν την καταστροφή του φαρμάκου που θα μπορούσε να γίνει από τα ένζυμα του εντέρου ή από το χαμηλό pH του στομάχου.

B) *παρεντερική*

Αυτή η οδός χρησιμοποιείται για φάρμακα που δεν απορροφούνται επαρκώς από το γαστρεντερικό σωλήνα και για ουσίες που είναι ασταθείς στο γαστρεντερικό σωλήνα. Επίσης, χρησιμοποιούμε την παρεντερική χορήγηση σε ασθενείς με απώλεια συνείδησης, καθώς και σε συνθήκες που απαιτείται ταχεία δράση του φαρμάκου. Τρεις είναι οι κύριες παρεντερικοί οδοί χορήγησης:

ενδαγγειακή: η ενδοφλέβια ένεση είναι η πιο συνηθισμένη οδός. Πολλές φορές δεν υπάρχει άλλη επιλογή για φάρμακα που δεν απορροφούνται όταν χορηγούνται από το στόμα. Η ενδοφλέβια ένεση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει βακτηριδιακή μόλυνση, αιμόλυση ή και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες από την υπερβολικά ταχεία μεταφορά υψηλών συγκεντρώσεων του φαρμάκου στο πλάσμα και τους ιστούς. Για το λόγο αυτό, ο ρυθμός έγχυσης πρέπει να είναι πολύ αργός και να ελέγχεται προσεκτικά. Τα ίδια ισχύουν και για την ενδαρτηριακή έγχυση.

ενδομυϊκή: Φάρμακα που χορηγούνται ενδομυϊκά μπορεί να είναι υδατικά διαλύματα ή ειδικά σκευάσματα παρατεταμένης δράσης. Η απορρόφηση φαρμάκου από υδατικό διάλυμα είναι ταχεία, ενώ από τα ειδικά σκευάσματα παρατεταμένης δράσης είναι αργή. Καθώς το έκδοχο διαχέεται εκτός του μυός, το φάρμακο καθιζάνει στη θέση της ένεσης. Στη συνέχεια, το φάρμακο διαλύεται αργά, παρέχοντας μία σταθερή δόση για παρατεταμένη χρονική περίοδο.

υποδόρια: αυτή η οδός χορήγησης προϋποθέτει απορρόφηση του φαρμάκου και είναι κάπως βραδύτερη από την ενδοφλέβια. Η υποδόρια χορήγηση ελαχιστοποιεί τους κινδύνους που υπάρχουν από την ενδοφλέβια.

Γ) *άλλες:*

1. εισπνοή: επιτρέπει την ταχεία μεταφορά του φαρμάκου διαμέσου της μεγάλης επιφάνειας του βλεννογόνου του αναπνευστικού δένδρου και του πνευμονικού επιθηλίου, εξασφαλίζοντας έτσι ένα αποτέλεσμα σχεδόν το ίδιο γρήγορο με την ενδοφλέβια χορήγηση. Η οδός αυτή χρησιμοποιείται για τη χορήγηση φαρμάκων που είναι υπό αέρια μορφή, ή για φάρμακα που μπορούν να διασπαρθούν σε κάποιο αερόλυμα. Αυτή η οδός είναι κατάλληλη για ασθενείς που έχουν πρόβλημα με το αναπνευστικό σύστημα.

2. ενδορρινική: η δεσμοπρεσσίνη χορηγείται ενδορρινικώς στη θεραπεία του άποιου διαβήτη, ενώ η καλσιτονίνη σολομού (πεπτιδική ορμόνη) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης, διατίθεται σε ρινικό ψεκαστήρα.

3. ενδορραχιαία/ ενδοκοιλιακή: χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που χρειάζεται η απευθείας χορήγηση φαρμάκων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό(οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία- μεθοτρεξάτη)

4. τοπική: όταν χρειαζόμαστε τοπική δράση του φαρμάκου, τότε εφαρμόζουμε την τοπική χορήγηση. (π.χ. η ατροπίνη ενσταλάζετε στο μάτι, για διαστολή της κόρης κι μετέπειτα καταμέτρηση των διαθλαστικών ανωμαλιών).

5. διαδερμική: με αυτή τη χορήγηση επιτυγχάνεται συστηματική δράση από την εφαρμογή των φαρμάκων στο δέρμα, συνήθως με ένα έμπλαστρο διαδερμικής απορροφήσεως. Ο ρυθμός απορρόφησης ποικίλλει, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του δέρματος στο σημείο εφαρμογής.

Τρόπος δράσης	Παραδείγματα αντιβιοτικών
Παρεμπόδιση σύνθεσης κυτταρικού τοιχώματος	Πενικιλίνη
Παρεμπόδιση της πρωτεϊνο-σύνθεσης	Στρεπτομυκίνη Γενταμυκίνη Χλωραμφαινικόλη Τετρακυκλίνες Ερυθροσίνη
Παρεμπόδιση σύνθεσης νουκλεϊκών οξέων	ΡΙφαμπικίνη Κινολόνες
Μεταβολή της δομής και της διαπερατότητας της πλασματικής μεμβράνης	Πολυμυξίνη Β
Παρεμποδίζουν μεταβολικές αντιδράσεις	Σουλφοναμίδες

21. ANTIBIOTIKA-DIAIPESEH ANTIBIOTIKON / ANTIMIKROBIAKON – ENDEIΞEIS/ANTENDEIΞEIS-ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ANTIBIOTIKON:

ΟΡΙΣΜΟΣ ANTIBIOTIKON: ο όρος «αντιβιοτικών» που έχει επικρατήσει μέχρι σήμερα, αφορά σε φυσικά παράγωγα διαφόρων μικροοργανισμών(βακτηριδίων, μυκήτων), τα οποία έχουν τη δυνατότητα να αναστέλλουν την ανάπτυξη άλλων μικροοργανισμών και να τους καταστρέφουν. Με την παραγωγή ημισυνθετικών παραγώγων ο όρος αντιβιοτικό έχει σήμερα αντικατασταθεί από τον περιεκτικότερο όρο «αντιμικροβιακά», που περιλαμβάνει φυσικές, ημισυνθετικές ή συνθετικές ουσίες ικανές να αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων και να τα καταστρέφουν.(συνταγολόγιο 2003)

Τα αντιβιοτικά δεν είναι δραστικά στους ιούς, διότι προϋπόθεση για τη δράσή τους είναι η ικανότητα του παθογόνου να έχει δικό του μεταβολισμό, ενώ οι ιοί αποτελούν «παρασιτούντες» σε βάρος του ανθρωπίνου κυττάρου μικροοργανισμούς. Η πτωχή εξάλλου ανάπτυξη της χημειοθεραπείας κατά των ιών έναντι της πλούσιας ανάπτυξης της

αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας οφείλεται όχι μόνο στην έλλειψη μεταβολισμού του ίδιου του ιού, αλλά στη δυσκολία παρασκευής φαρμάκων με εκλεκτική τοξικότητα έναντι του εισβολέα που συγχρόνως δεν παραβιάζουν το ανθρώπινο κύτταρο-ξενιστή(συνταγολόγιο 2003).

Η αλόγιστη χρήση των αντιμικροβιακών ως «πανάκειας» για κάθε εμπύρετο νόσημα ή για την «κάλυψη» του αρρώστου από ενδεχόμενο κίνδυνο μικροβιακής λοίμωξης και χωρίς προσπάθεια λογικής αιτιολογικής προσέγγισης του προβλήματος, αποτελούν τον κυριότερο λόγο του «παράδοξου» που αντιμετωπίζουμε: παρά την αφθονία των αντιμικροβιακών οι λοιμώξεις να αποτελούν και σήμερα θανάσιμο κίνδυνο σε ευρεία κλίμακα και, το χειρότερο, μικροοργανισμοί που πριν μερικά χρόνια ήσαν ευαίσθητοι ακόμα και στην πενικιλίνη, όπως οι σταφυλόκοκκοι, να παρουσιάζονται σήμερα ανθεκτικοί και στα πιο ειδικά αντιμικροβιακά (συνταγολόγιο 2003).

Το πρόβλημα της αντοχής όμως δεν σταματά δυστυχώς στους σταφυλόκοκκους. Ιδιαίτερα η χώρα μας κατέχει το θλιβερό προνόμιο να είναι η πρώτη μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών σε ποσοστά αντοχής των Gram αρνητικών μικροοργανισμών σε πληθώρα αντιβιοτικών, ακόμα και των νεοτέρων. Η σημασία του γεγονότος αυτού καθίσταται ακόμα μεγαλύτερη εν σκεπτεί κανείς ότι για μια τουλάχιστον 10ετία δεν πρόκειται να κυκλοφορήσουν νέες αντιμικροβιακές ουσίες δραστικές στους μικροοργανισμούς που έχουν αναπτύξει αντοχή. Που οφείλονται όμως τα θλιβερά αυτά πρωτεία; Φαίνεται ότι η αύξηση της αντοχής είναι παράλληλη με την αύξηση της κατανάλωσης των αντιβιοτικών. Μέτρηση της κατανάλωσης αυτής από πρόσφατη καταγραφή του ΙΦΕΤ απέδειξε ότι η χώρα μας τουλάχιστον για τις κεφαλοσπορίνες, έχει 20πλάσια κατανάλωση συγκρινόμενη με πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ η συνταγογραφία των αντιβιοτικών στα ελληνικά νοσοκομεία αφορά στο 60 – 80% των νοσηλευόμενων ασθενών, όταν το διεθνώς παραδεκτό όριο είναι μικρότερο του 30%. Είναι επόμενο λοιπόν η «πίεση επιλογής» που ασκείται από την υπερκατανάλωση των αντιβιοτικών στις φυσιολογικές χλωρίδες των ασθενών να οδηγούν στη θανάτωση του ευαίσθητου πληθυσμού στα αντιβιοτικά και στη βαθμιαία και τελική επικράτηση του ανθεκτικού. (συνταγολόγιο 2003)

Οι λόγοι της «κατάχρησης» των αντιβιοτικών είναι:

η ριζωμένη πίστη στον άρρωστο ότι ακόμα και για το κοινό κρυολόγημα χρειάζεται «αντιβίωση» (που πολύ συχνά παίρνει μόνος του)

η τάση του ιατρού να «καλύψει» τον άρρωστο για την περίπτωση που μπορεί να αναπτυχθεί μικροβιακή λοίμωξη και

η εντατική διαφήμιση των φαρμακευτικών εταιρειών. (συνταγολόγιο 2003)

Αποτελεί, λοιπόν χρέος του κάθε ιατρού να συνειδητοποιήσει το πόσο «φειδωλός» θα πρέπει να είναι τόσο στην ποσοτική όσο και στην ποιοτική συνταγογραφία των αντιβιοτικών. (συνταγολόγια 2003)

Εκτός από την ανησυχητική ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών, η χρήση των αντιμικροβιακών είναι συνυφασμένη και με ποικίλες ανεπιθύμητες ενέργειες σε ποσοστό 5-20%. Ενδεικτικώς αναφέρεται ότι η πενικιλίνη-που θεωρείται από τα ασφαλέστερα και ατοξικά αντιμικροβιακά- υπολογίζεται ότι έχει ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών μέχρι 10% και είναι υπεύθυνη για 100-300 θανάτους το χρόνο στις Η.Π.Α. (συνταγολόγιο 2003)

Στη διαγνωστική διερεύνηση του αρρώστου με κλινική εικόνα λοίμωξης η σωστή διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση στηρίζεται στην απάντηση τριών βασικών ερωτημάτων:

A) η λοίμωξη είναι ιογενής ή βακτηριακή ή οφείλεται σε μύκητες;

B) αν είναι βακτηριακή ποιος είναι ο πιθανότερος υπεύθυνος μικροοργανισμός;

Γ) ποιο πρέπει να είναι το αντιμικροβιακό εκλογής; (συνταγολόγιο 2003)

Η απάντηση στα ερωτήματα αυτά μπορεί να δοθεί μόνο με την κριτική εκτίμηση, ερμηνεία και συνδυασμό: α) της κλινικής εικόνας του αρρώστου, β) των ευρημάτων της μικροσκοπικής κατά Gram εξέτασης του φλεγμονώδους υλικού (πτύελα, ούρα, εγκεφαλονωτιαίο υγρό,) όπως και, σε επόμενη φάση, των απαντήσεων των αιμοκαλλιιεργειών των δειγμάτων που ελήφθησαν από την εστία της λοίμωξης, γ) της ηλικίας, παρουσίας προδιαθεσικών παραγόντων και τις τυχόν υποκείμενης νόσου που προκαλεί ανοσοκαταστολή, και δ) των ακτινολογικών ευρημάτων (θώρακος, οστών, ουροποιητικού κ.λ.π.). Με τη σύνθεση των συγκεκριμένων στοιχείων είναι δυνατή μία πρώτη, κατά μεγάλη προσέγγιση, αιτιολογική διάγνωση και εκλογή κατάλληλης αντιμικροβιακής θεραπείας πριν από τη λήψη των απαντήσεων καλλιιεργειών και δοκιμασιών ευαισθησίας. Πολλές φορές ο ιατρός στην αντιμετώπιση σοβαρών λοιμώξεων δεν έχει την ευχέρεια της «πίστωσης χρόνου» για την αναμονή των παραπάνω απαντήσεων(που συχνά είναι αρνητικές). Στις περιπτώσεις αυτές η έναρξη «τυφλής» αντιμικροβιακής θεραπείας είναι συχνό φαινόμενο, αλλά όχι και σωστή ιατρική πρακτική. Ακόμη και στη τελευταία περίπτωση κι ενώ αναμένονται οι απαντήσεις των καλλιιεργειών, η εμπειρική επιλογή αντιβιοτικών πρέπει να βασίζεται σε ορθολογικούς κανόνες όπως: α) την πιθανότητα προέλευσης της λοίμωξης- νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή - που δικαιολογεί την επιλογή πλέον προωθημένων αντιμικροβιακών στην πρώτη περίπτωση και παλαιότερων στη δεύτερη, β) την απαιτούμενη φαρμακοκινητική (π.χ. εκλεκτική συγκέντρωση στο Ε.Ν.Υ., τα οστά , τη χολή), γ) τη χορήγηση του ολιγότερο τοξικού αντιβιοτικού ή την αποφυγή συνεργητικά τοξικών συνδυασμών, δ) την κατά των δυνατών επιλογή αντιβιοτικών με το χαμηλότερο κόστος. Εξυπακούεται ότι το τελευταίο αυτό κριτήριο δεν θα πρέπει να επηρεάζει τους προαναφερθέντες κανόνες για την ορθολογική επιλογή οποιουδήποτε αντιβιοτικού. (συνταγολόγιο 2003)

ΚΕΦΑΛΟΣΠΟΡΙΝΕΣ

√α' γενεάς: 1) κεφαδροξίλη 2) κεφαζολίνη 3) κεφαπιρίνη 4) κεφραδίνη
√β' γενεάς: 1) κεφακλόρη 2) κεφάμανδόλη 3) κεφατριζίνη 4) κεφοξιτίνη 5) κεφορανίδη 6) κεφουροξίμη 7) κεφουροξίμη αξετίλη 8) κεπροξίλη
√γ' γενεάς: 1) κεφοταξίμη 2) κεφτριαξόνη 3) κεφταζιντίμη
√από του στόματος: 1) κεφεταμέτη 2) κεφιξίμη 3) κεφποντοξίμη προξετίλη
4) κεφτιμπουτένη
√δ' γενεάς: 1) κεφεπίμη 2) καρμπασεφέμες(λορακαρμπέφη) 3) μονομπακτάμες (αζτρεονάμη) 4) καρμπαπενέμες (ιμιπενέμη + σιλαστατίνη, μεροπενέμη)

ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΝΕΣ

√Δεμεκλοκυκλίνη
√Δοξυκυκλίνη
√Μινοκυκλίνη
√Οξυτετρακυκλίνη
√Τετρακυκλίνη υδροχλωρική

Β-ΛΑΚΤΑΜΕΣ

<p>ΑΜΙΝΟΓΛΥΚΟΣΙΔΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> √Αμικασίνη √Γενταμικίνη √Νεομυκίνη
<p>ΛΙΝΚΟΖΑΜΙΔΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> √Κλινδαμυκίνη √λινκομυκίνη
<p>ΣΟΥΛΦΟΝΑΜΙΔΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> √Σουλφαδιαζίνη √Σουλφαμεθοξαζόλη √Σουλφαμετρόλη + τριμεθοπρίμη √Σουλφαφουραζόλη + ερυθρομυκίνη
<p>ΚΙΝΟΛΟΝΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> √Λεβοφλοξασίνη √Ναλιδιξικό οξύ √Πιπεμιδικό οξύ √Σινοξασίνη √Μοξιφλιξασίνη √Νορφλοξασίνη √Οφλοξασίνη √Πεφλοξασίνη √Σιπροφλόξασίνη
<p>ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> √Μεθαιναμίνη μανδελική √Νιτροφουραντοίνη √Φωσφομυκίνη
<p>ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> √Ενθαβουτόλη √Εθειοναμίδη √Ισονιαζίδη √Ισονιαζίδη + ριφαμικίνη √Καπρεομυκίνη √Κυκλοσερίνη √Πυραζιναμίδη √Ριφαμικίνη √ριφαμπουτίνη
<p>ΙΜΙΔΑΖΟΛΙΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> √Μετρονιδαζόλη √Ορνιδαζόλη

√τινιδαζόλη
ΓΛΥΚΟΠΕΠΤΙΔΙΑ √Βανκομυκίνη √Τεικοπλανίνη
ΑΝΤΙΛΕΠΡΙΚΑ √Δαψόνη √Κλοφαζιμίνη √σουλφοξόνη
ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΙΣΙΑΚΑ √Αμφοτερικίνη β √Λιποσωμιακή αμφοτερικίνη β √Λιπιδικό σύμπλεγμα αμφοτερικίνης β √Κολλοειδές εναιώρημα αμφοτερικίνης β √Ιτρακοναζόλη √Κετοκοναζόλη √Νυστατίνη √Μικοναζόλη √Φθοριοκίτοσίνη √φλουκοναζόλη
ΙΟΣΤΑΤΙΚΑ √Αντιερπητικά: 1) ακυκλοβίρη 2) αμανταδίνη υδροχλωρική 3) βαλασυκλοβίρη 4) βιδαραβίνη 5) μεθισοπρινόλη 6) φαμσυκλοβίρη √Αντιρετροϊκά: 1) αβακαβίρη 2) διδανοσίνη 3) ζαλσιταβίνη 4) ζιδοβουδίνη 5) λαμβουδίνη 6) λαμβουδίνη + ζιδοβουδίνη 7) σταβουδίνη √αναστολείς του ιού HIV: 1) εφাবιρένζη 2) νεβιραπίνη √αναστολείς της πρωτεάσης: 1) ινδιραβίρη 2) νελφίναβίρη 3) ριτοναβίρη 4) σακουιναβίρη √φάρμακα κατά του κυτταρομεγαλοϊού: 1) γκανσυκλοβίρη 2) νατριούχος φοσκαρνέτη 3) παλιβιζουμάμπη 4) ριμπαβιρίνη √φάρμακα κατά της γρίπης (ινφλουέντζας): 1) αμανταδίνη υδροχλωρική 2) ζαναμιβίρη √φάρμακα κατά της ηπατίτιδας: 1) ιντερφερόνη αλφακόνη1

ΠΕΝΙΚΙΛΙΝΕΣ

- BENZAΘΙΝΙΚΗ:

ενδείξεις: προτιμάται στη χημειοπροφύλαξη του ρευματικού πυρετού, στο υποτροπιάζον ερυσιπέλας και στη σύφιλη.

Αντενδείξεις: ιστορικό υπερευαισθησίας στις πενικιλίνες

Δοσολογία: στην πρόληψη του ρευματικού πυρετού 2.400.000 iu ενδομυκώς κάθε 3-4 βδομάδες. Στη σύφιλη (πρωτογενή, δευτερογενή, πρώιμο λανθάνουσα) 2.400.000 iu μία φορά την εβδομάδα επί τρεις βδομάδες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.259)

● BENZYLOPENIKILINΗ NATΡΙΟΥΧΟΣ

Ενδείξεις: στρεπτοκοκκικές και πνευμονοκοκκικές λοιμώξεις π.χ. στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα, πνευμονοκοκκική πνευμονία και μηνιγγίτιδα. Μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα και μηνιγγιτιδοκοκκαιμία, βλεννόρροια, σύφιλη, νόσος Lyme, αεριογόνος γάγγραινα, διφθερίτις, τέτανος, άνθρακας.

Δοσολογία: ποικίλει αναλόγως της βαρύτητας της λοιμώξεως από 6 έως 30 εκ. iu το 24ωρο μοιρασμένες σε 4 ή 6 δόσεις. Οι μικρές δόσεις χορηγούνται ενδομυκώς ενώ οι μεγάλες διαλύονται σε ισότονο χλωριονατριούχο ορό (φυσιολογικός ορός 100 – 200cc) και χορηγούνται σε ενδοφλέβια έγχυση διάρκειας 20'. (συνταγολόγιο 2003 σελ.259)

● ΠΡΟΚΑΙΝΟΥΧΟΣ ΠΕΝΙΚΙΛΙΝΗ

ενδείξεις: στρεπτοκοκκικές και πνευμονοκοκκικές λοιμώξεις π.χ. στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα, πνευμονοκοκκική πνευμονία και μηνιγγίτιδα. Μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα και μηνιγγιτιδοκοκκαιμία, βλεννόρροια, νόσος Lyme, αεριογόνος γάγγραινα, διφθερίτις, τέτανος, άνθρακας. Προτιμάται για τη θεραπεία της σύφιλης και της γονοκοκκικής ουρηθρήτιδας.

Αντενδείξεις: δεν ενδύκνεται για τη θεραπεία σοβαρών λοιμώξεων.

Δοσολογία: συνήθης δόση 300mg 1-2 φορές την ημέρα σε μία ή δύο δόσεις αποκλειστικώς ενδομυκώς. Γονόρροια εφάπαξ 2,4g για τους άνδρες και 4,4g για τις γυναίκες. Σύφιλη 1,2g ημερησίως για 10 μέρες.(συνταγολόγιο 2003 σελ 259)

● ΦΑΙΝΟΞΥΜΕΘΥΛΟΠΕΝΙΚΙΛΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις ήπιας βαρύτητας από ευαίσθητα στην πενικιλίνη μικρόβια. Επί λειτουργικής ή ανατομικής ασπληνίας για την πρόληψη κεραυνοβόλου πνευμονοκοκκικής σηψαιμίας.

Αντενδείξεις: σε ιστορικό υπερευαισθησίας, σε πεπτικές διαταραχές(εμετοί, διάρροια), δεν ενδείκνυται η χορήγηση πενικιλινών από το στόμα για το φόβο μειωμένης απορρόφησης.

Δοσολογία: συνήθης δόση 1.500.000 iu/6ωρο από του στόματος τουλάχιστον μία ώρα προ του φαγητού. Σε νεφρική ανεπάρκεια με κάθαρση κρεατινίνης(CLGr) < 10 ml/vial μέγιστη δόση 0,25g ανά 6ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ 260)

• ΔΙΚΛΟΞΑΚΙΛΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από στελέχη σταφυλόκοκκου ανθεκτικά στην πενικιλίνη και ευαίσθητα στην μεθικιλίνη

Δοσολογία: συνήθης δόση από το στόμα ή παρεντερικώς 2-4 g/24ωρο κατανεμημένα. Σε βαριές λοιμώξεις μέχρι 12g/24ωρο σε 6 δόσεις. Σε νεφρική ανεπάρκεια δε χρειάζεται μείωση της δοσολογίας. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη δόση μετά την αιμοκάθαρση. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 260-261)

• ΚΛΟΞΑΚΙΛΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από στελέχη σταφυλόκοκκου ανθεκτικά στην πενικιλίνη και ευαίσθητα στην μεθικιλίνη

Δοσολογία: συνήθης δόση από το στόμα ή παρεντερικώς 250-500mg/6ωρο. Επί σοβαρών λοιμώξεων (ενδοκαρδίτιδα κ.λ.π.) η δοσολογία μπορεί να φτάσει μέχρι 12g ημερησίως. Σε νεφρική ανεπάρκεια δε χρειάζεται μείωση της δοσολογίας. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη δόση μετά την αιμοκάθαρση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.261)

• ΑΜΠΙΚΙΛΙΝΗ

Ενδείξεις:ουρολοιμώξεις όταν οφείλονται σε ευαίσθητα μικρόβια (επί κυστίτιδας προτιμότερα τα βραχυχρόνια σχήματα:5 ημέρες), γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (αμπικιλίνη 3,5g εφάπαξ + προβενεσίδη 0,5g εφάπαξ + τετρακυκλίνη επί 7 ημέρες),λοιμώξεις από εντερόκοκκο (σε σοβαρές περιπτώσεις συνδυασμός με γενταμικίνη), από *Haemophilus influenzae* τύπου b (ευαίσθητα στελέχη), από *Salmonella* sp και *shigella* sp, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας (από μη ελντροφόρα στελέχη αιμοφίλων και πνευμονιοκόκκου),πρόληψη ενδοκαρδίτιδας (προτιμάται η αμοξυκιλίνη) και λιστερίωση.

Δοσολογία:από το στόμα και παρεντερικώς (ενδομυκώς ή εενδοφλεβίως) 500mg-1 g/6ωρο. Σε μηνιγγίτιδα ,σηψαιμία ,μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα 3-4 g/6ωρο ενδοφλεβίως. Επί νεφρικής ανεπάρκειας χρειάζεται μείωση της δοσολογίας γιατί το φάρμακο αθροίζεται. Εάν η κάθαρση κρεατινίνης είναι 10-50ml η θεραπευτική δόση χορηγείται ανά 8-12 ώρες και εάν η κάθαρση είναι >10ml κάθε 16 ώρες .επειδή αποβάλλεται με την αιμοκάθαρση πρέπει να χορηγείται μια δόση μετά από κάθε συνεδρία. Δεν επηρεάζεται από την περιτοναϊκή κάθαρση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.262)

• ΑΜΟΞΙΚΙΛΙΝΗ

Ενδείξεις:ουρολοιμώξεις όταν οφείλονται σε ευαίσθητα μικρόβια (επί κυστίτιδας προτιμότερα τα βραχυχρόνια σχήματα:5 ημέρες), γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (αμπικιλίνη 3,5g εφάπαξ + προβενεσίδη 0,5g εφάπαξ + τετρακυκλίνη επί 7 ημέρες),λοιμώξεις από εντερόκοκκο (σε

σοβαρές περιπτώσεις συνδυασμός με γενταμικίνη), από Haemophilus influenzae τύπου b (ευαίσθητα στελέχη), από Salmonella sp και shigella sp, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας (από μη ελντροφόρα στελέχη αιμοφίλων και πνευμονιοκόκκου), πρόληψη ενδοκαρδίτιδας (προτιμάται η αμοξυκιλλίνη) και λιστερίωση. Επίσης, ως εναλλακτικό αντιβιοτικό αντιμετώπισης νόσου Lyme πρώτου σταδίου.

Δοσολογία: από το στόμα 500-1000 mg/8ωρο. Παρεντερικώς (iv): 500 mg/8ωρο. Σε σοβαρές λοιμώξεις δόσεις 3-4 g/8ωρο είναι αναγκαίες. Δοσολογία για πρόληψη ενδοκαρδίτιδας 3gr από του στόματος μια ώρα προ της επεμβάσεως. Σε νεφρική ανεπάρκεια με κάθαρση κρεατινίνης 10-50 ml/min δεν χρειάζεται μεταβολή της δοσολογίας ενώ σε κάθαρση < 10ml/min χορηγούνται 0,5 g ανά 12ωρο. Χορηγείται συμπληρωματική δόση 0,25g μετά την αιμοκάθαρση. Σε νόσο Lyme 4 g /24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.263)

● ΜΠΑΚΑΜΠΙΚΙΛΙΝΗ

Δοσολογία: 800 mg - 1600mg δις ημερησίως. Η δοσολογία δεν επηρεάζεται από τη νεφρική λειτουργία. (συνταγολόγιο 2003 σελ.263)

● ΑΜΟΞΥΚΙΛΙΝΗ + ΚΛΑΒΟΥΝΑΛΙΚΟ ΟΞΥ

ενδείξεις: βραχυχρόνια θεραπεία λοιμώξεων από ευαίσθητους στην β-λακταμάση μικροοργανισμούς(όταν μόνη η αμοξυκιλλίνη κριθεί ως ανεπαρκής) όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού, του ουροποιογεννητικού, δέρματος και μαλακών μορίων και οστών και αρθρώσεων.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στην πενικιλίνη ή κλαβουλανικό οξύ. Ιστορικό ίκτερου ή ηπατικής δυσλειτουργίας από πενικιλίνη.

Δοσολογία: ενήλικες 625mg(500 mg αμοξυκιλλίνης + 125 mg κλαβουναλικό οξύ) ανά 6ωρο ή 8ωρο. Σε βαριές λοιμώξεις συνιστάται παρεντερική χορήγηση σε δόση 1,2g/6ωρο. Χρειάζεται μείωση της δοσολογίας επί νεφρικής ανεπάρκειας. (συνταγολόγιο 2003 σελ.264)

● ΑΜΠΙΚΙΛΙΝΗ + ΣΟΥΛΜΠΑΚΤΑΜΗ

ενδείξεις: βραχυχρόνια θεραπεία λοιμώξεων από ευαίσθητους στην β-λακταμάση μικροοργανισμούς(όταν μόνη η αμοξυκιλλίνη κριθεί ως ανεπαρκής) όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού, του ουροποιογεννητικού, δέρματος και μαλακών μορίων και οστών και αρθρώσεων.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στην πενικιλίνη ή κλαβουλανικό οξύ. Ιστορικό ίκτερου ή ηπατικής δυσλειτουργίας από πενικιλίνη.

Δοσολογία: ενήλικες από το στόμα: 375 mg ή 750 mg/12ωρο. Ενδομυκώς ή ενδοφλεβίως: 1,5g – 3g ανά 8ωρο ή 6ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.264-265)

● ΠΙΠΕΡΑΚΙΛΙΝΗ

Δοσολογία: συνήθως 2-6 g/6ωρο. Καλύτερα να χορηγείται σε ενδοφλέβια έγχυση. Μικρές δόσεις είναι δυνατόν να χορηγηθούν και ενδομυϊκώς .επί νεφρικής ανεπάρκειας χρειάζεται μείωση της δόσης : κάθαρση κρεατινίνης (CICr)10-50:3g ανά 8ωρο .<10ml/min 3g /12ωρο. Επί αιμοκαθάρσεως 1g , μετά την κάθαρση και ακολούθως 2 g ανά 8ωρο .σε διαπεριτοναϊκή κάθαρση 3-6 g /ημερησίως.
(συνταγολόγιο 2003 σελ.266)

● ΠΙΠΕΡΑΚΙΛΙΝΗ+ΤΑΖΟΜΠΑΚΤΑΜΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από μικροοργανισμούς ανθεκτικούς στη πιπερακιλλίνη κυρίως νοσοκομειακές λοιμώξεις(π.χ. ουρολοιμώξεις πνευμονίες, εμπειρική θεραπεία εμπύρετων σε ουδετεροπενικούς ασθενείς) όπως και χειρουργικές λοιμώξεις της κοιλίας (νοσοκομειακές).
Δοσολογία: για ενήλικους 4,5 g κάθε 6-8 ώρες IV (3-5 λεπτά) ή σε αργή ενδοφλέβια ένεση ή ενδοφλέβια έγχυση(20-30 λεπτά).σε νεφρική ανεπάρκεια μείωση των δόσεων ανάλογα με την κάθαρση κρεατινίνης. (συνταγολόγιο 2003 σελ.266)

● ΤΙΚΑΡΚΙΛΙΝΗ-ΚΛΑΒΟΥΛΑΝΙΚΟ ΟΞΥ

Ενδείξεις: βαριές λοιμώξεις , σηψαιμίες , ενδοκοιλιακές λοιμώξεις, πού οφείλονται σε μικρόβια ευαίσθητα στον συνδυασμό, εμπύρετα επεισόδια λευκοπενικών.
Δοσολογία:3,2g ή 5.2g ενδοφλεβίως ανά 6ωρο ή 8ωρο αναλόγως της βαρύτητας της λοιμώξεως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.266)

● ΜΕΚΙΛΙΝΑΜΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από σαλμονέλλες όταν η χορήγηση κο-τριμοξαζόλης δεν είναι δυνατή (από υπερευαισθησία του αρρώστου) ή σε ανθεκτικότητα του μικροβίου σε άλλα ενδεικνύόμενα αντιβιοτικά και λοιμώξεις από σιγκέλες. Επίσης σε ουρολοιμώξεις από κολοβακτηρίδιο ανθεκτικό στην αμπικιλίνη.
Δοσολογία: συνήθως 5-15mg/kg/ 6-8ώρες ενδομυϊκώς, βραδέως ενδοφλεβίως ή σε ταχεία έγχυση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.267)

ΚΕΦΑΛΟΣΠΟΡΙΝΕΣ

α' γενιάς

● ΚΕΦΑΔΡΟΞΙΛΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις ιδιαίτερα του ουροποιητικού από ευαίσθητα εντεροβακτηριακά(κολοβακτηρίδιο, κλεμπσιέλλα, κ.λ.π.). ήπιες λοιμώξεις από θετικούς κατά Gram κόκκους επί αλλεργίας στην πενικιλίνη. (συνταγολόγιο 2003 σελ.270)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: συνήθης δόση 1-2 g/24ωρο σε μία ή δύο δόσεις. Σε νεφρική ανεπάρκεια να αυξάνονται τα μεσοδιαστήματα χορήγησης: με κάθαρση κρεατινίνης < 10ml/min κάθε 36 ώρες, 10-25 ml/min κάθε 24 και 25-50ml/min κάθε 12 ώρες .(συνταγολόγιο 2003 σελ.270)

● ΚΕΦΑΖΟΛΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από ευαίσθητα στο αντιβιοτικό θετικά και αρνητικά κατά Gram βακτήρια. Χημειοπροφύλαξη σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: ήπιες λοιμώξεις 500mg/8ωρο, μέτριας βαρύτητας mg-1g/8 ώρες, σοβαρές 1g/6ωρο. Σε διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, μείωση της δόσης και των μεσοδιαστημάτων χορήγησης αναλόγως με την κάθαρση κρεατινίνης 40-70ml/min το 60% της ημερήσιας δόσης με φυσιολογική λειτουργία/12ωρο, 20-40ml/min 25%/12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.270)

● ΚΕΦΑΠΙΡΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από ευαίσθητα στο αντιβιοτικό θετικά και αρνητικά κατά Gram βακτήρια. Χημειοπροφύλαξη σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: συνήθως 500mg-1g/4-6ώρες(μέγιστη δόση 12g/24ωρο) ενδομυκώς, βραδέως ενδοφλεβίως ή σε έγχυση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.270)

● ΚΕΦΡΑΔΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από ευαίσθητα στο αντιβιοτικό θετικά και αρνητικά κατά Gram βακτήρια. Χημειοπροφύλαξη σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: από το στόμα 2-4g/24ωρο σε 3-4 δόσεις. Παρεντερικώς 6-12g/24ωρο σε 4-6 ίσες δόσεις(αναλόγως με τη βαρύτητα της λοίμωξης) σε ενδοφλέβια έγχυση ημίωρης διάρκειας. Προτιμητέα η διάλυση με ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου. (συνταγολόγιο 2003 σελ.271)

β' γενεάς

● ΚΕΦΑΚΛΟΡΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από Gram αρνητικά μικρόβια(αιμόφιλος ινφλουέντζας, Enterobacter, πρωτεϊς, κλεμπσιέλλες, κολοβακτηρίδιο) ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες της πρώτης γενεάς. Λοιμώξεις στις οποίες συμμετέχει το Bacteroides fragilis(π.χ. υποδιαφραγματικά αποστήματα, περιτονίτις, γυναικολογικές λοιμώξεις) σε συνδυασμό με ένα ίμιδαζόλιο ή κλινδαμικίνη.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: από το στόμα συνήθως 250mg ανά 8ωρο, που διπλασιάζονται σε σοβαρές λοιμώξεις. Μέγιστη δόση 4g/24ωρο για τους ενήλικες. Δεν απαιτείται καμία προσαρμογή της δοσολογίας επί νεφρικής ανεπάρκειας. Δισκία βραδείας αποδέσμευσης: 375-750 mg 2 φορές την ημέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.271)

● ΚΕΦΑΜΑΝΔΟΛΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από Gram αρνητικά μικρόβια(αιμόφιλος ινφλουέντζας, Enterobacter, πρωτεϊς, κλεμπσιέλλες, κολοβακτηρίδιο) ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες της πρώτης γενεάς. Λοιμώξεις στις οποίες συμμετέχει το Bacteroides fragilis(π.χ. υποδιαφραγματικά αποστήματα, περιτονίτις, γυναικολογικές λοιμώξεις) σε συνδυασμό με ένα ίμιδαζόλιο ή κλινδαμικίνη.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: ενδομυϊκώς, βραδέως ενδοφλεβίως ή σε έγχυση 0,5-2g /4-6ώρες. Σε νεφρική ανεπάρκεια απαιτείται αύξηση των μεσοδιαστημάτων χορήγησης. Εάν CICr 10-50ml/8ώρες ενώ σε CICr<10ml/min μείωση της δοσολογίας 0,5gr και αύξηση του μεσοδιαστήματος σε 12 ώρες. Μετά την αιμοκάθαρση χρειάζεται συμπληρωματική δόση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.271)

● ΚΕΦΑΤΡΙΖΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από αιμόφιλο της ινφούντζας(εκτός μηνιγγίτιδας)ανθεκτικό στην αμπικιλίνη, λοιμώξεις από *Branhamella catarrhalis*, γονοκοκκικές λοιμώξεις από γονόκοκκο ανθεκτικό στην πενικιλίνη. Λοιμώξεις από μικροοργανισμούς νοσοκομειακής προέλευσης ανθεκτικούς στις κεφαλοσπορίνες α' γενεάς (π.χ. κολοβακτηρίδια, κλεμπσιέλλες, πρωτεΐς, *Enterobacter*, *Providencia* και *Citrobacter*).

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: σε ήπιες και μέτριας βαρύτητας λοιμώξεις 500-750mg από του στόματος ανά 12ωρο. Σε σοβαρότερες λοιμώξεις 1000mg ανά 12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.272)

●ΚΕΦΟΞΙΤΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από Gram αρνητικά μικρόβια(αιμόφιλος ινφλουέντζας, *Enterobacter*, πρωτεΐς, κλεμπσιέλλες, κολοβακτηρήδιο) ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες της πρώτης γενεάς. Λοιμώξεις στις οποίες συμμετέχει το *Bacteroides fragilis*(π.χ. υποδιαφραγματικά αποστήματα, περιτονίτις, γυναικολογικές λοιμώξεις) σε συνδυασμό με ένα ίμιδαζόλιο ή κλινδαμικίνη. Γονοκοκκικές λοιμώξεις από στελέχη ανθεκτικά στις πενικιλίνες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.272)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: βραδέως ενδοφλεβίως ή σε έγχυση 1-2g 4-6 ώρες(μέγιστη δόση 12g/24ωρο). Σε νεφρική ανεπάρκεια απαιτείται αύξηση του μεσοδιαστήματος χορηγήσεως ανά 12-24ώρες όταν η CrCl είναι 10-50ml/min και όταν CrCl<10ml/min μείωση της δόσης σε 0,5 έως 1g και αύξηση του μεσοδιαστήματος σε 12-24ώρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.272)

●ΚΕΦΟΡΑΝΙΔΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από μικροοργανισμούς ανθεκτικούς στην αμπικιλίνη ή τις κεφαλοσπορίνες της α' γενεάς. Χημειοπροφύλαξη σε χειρουργικές επεμβάσεις διότι πλεονεκτεί λόγω του παρατεταμένου χρόνου ημίσειας ζωής της (ορθοπεδική, αγγειοχειρουργική, επεμβάσεις γαστρεντερικού, γυναικολογικές). (συνταγολόγιο 2003 σελ.273)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: ενήλικες: 0,5-1g ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς ανά 12ωρο. Επί νεφρικής ανεπάρκειας εάν η κάθαρση κρεατινίνης είναι >60ml/min δίνεται η κανονική δόση, εάν είναι 20-60ml/min δίνεται ανά 24ωρο, εάν 5-20 ml/min δίνεται ανά 48ωρο, και τέλος εάν είναι <5 ml/min ανά 48/72ώρες. Σε αιμοκάθαρση χορηγείται το 1/4 της δόσεως μετά την κάθαρση και το 1/2 τις ημέρες που δεν καθέρεται. (συνταγολόγιο 2003 σελ.273)

● ΚΕΦΟΥΡΟΞΙΜΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από Gram αρνητικά μικρόβια(Enterobacter, πρωτεϊς, κλεμπσιέλλες, κολοβακτηρίδιο) ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες της πρώτης γενεάς. Λοιμώξεις στις οποίες συμμετέχει το Bacteroides fragilis(π.χ. υποδιαφραγματικά αποστήματα, περιτονίτις, γυναικολογικές λοιμώξεις) σε συνδιασμό με ένα ιμιδαζόλιο ή κλινδαμικίνη,λοιμώξεις από αιμόφιλο της ινφούντζας(εκτός μηνιγγίτιδας)ανθεκτικό στην αμπικιλίνη, λοιμώξεις από Branhamella catarrhalis, γονοκοκκικές λοιμώξεις από γονόκοκκο ανθεκτικό στην πενικιλίνη. Λοιμώξεις από μικροοργανισμούς νοσοκομειακής προέλευσης ανθεκτικούς στις κεφαλοσπορίνες α΄ γενεάς (π.χ. Providencia και Citrobacter). (συνταγολόγιο 2003 σελ.273)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: ενδομυκίως, βραδέως ενδοφλεβίως ή σε έγχυση(ημίωρης διάρκειας 3-6g/24ωρο σε 3-4 δόσεις, αναλόγως με τη βαρύτητα της λοιμώξεως. Δοσολογία επί νεφρικής ανεπάρκειας: CICr 10-50ml/min 0.75-1.5g/ανά 12ωρο. Χρειάζεται συμπληρωματική δόση μετά την αιμοκάθαρση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.273)

● ΚΕΦΟΥΡΟΞΙΜΗ ΑΞΕΤΙΑΗ

Ενδείξεις: οξεία βρογχίτιδα, παροξύνσεις χρόνιας βρογχίτιδας, οξεία μέση ωτίτιδα, οξεία παραρρινοκολπίτιδα, χρόνια παραρρινοκολπίτιδα(σε συνδυασμό με μία ιμιδαζόλη), ουρολοιμώξεις από εντεροβακτηριακά ανθεκτικά στην αμπικιλίνη ή τις κεφαλοσπορίνες της α΄ γενεάς. Ήπιες λοιμώξεις μαλακών μορίων από ευαίσθητους μικροοργανισμούς. Γονόρροια. (συνταγολόγιο 2003 σελ.274)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: 250-500mg ανά 12ωρο από του στόματος. Χρειάζεται μείωση της δοσολογίας μόνο όταν CICr < 10ml/min σε 250mg ανά 24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.274)

● ΚΕΦΠΙΡΟΖΙΑΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από στρεπτόκοκκους, σταφυλόκοκκους αιμόφιλους, κολοβακτηρίδια, πρωτεΐς (π.χ. ουρολοιμώξεις, λοιμώξεις μαλακών μορίων, βρογχίτιδα, κυνάγχη, παραρρινοκολπίτιδα).

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες ή πενικιλίνες ιστορικό κολίτιδας. Φαινυλκετονουρία (το πόσιμο εναϊώρημα). (συνταγολόγιο 2003 σελ.274)

Δοσολογία: 500mg ημερησίως εφάπαξ ή σε 2 δόσεις. Σε ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης>30ml/min δεν απαιτείται μείωση της δοσολογίας, άλλως χορηγείται το 50% της δόσεως. Χρειάζεται συμπληρωματική δόση μετά την αιμοκάθαρση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.274)

γ' γενεάς

● ΚΕΦΟΤΑΞΙΜΗ

Ενδείξεις: νοσοκομειακές λοιμώξεις από Gram αρνητικά κυρίως (εντεροβακτηριακά) αλλά και Gram θετικά μικρόβια, ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες ά και β' γενεάς καθώς και τις αμινογλυκοσίδες. Μηνιγγίτιδα από αρνητικά κατά Gram μικρόβια. Λοιμώξεις από πνευμονιόκοκκο με στελέχη ενδιάμεσης ευαισθησίας στην πενικιλίνη. Λοιμώξεις ουροποιογεννητικού περιλαμβανομένης της γονόρροιας. (συνταγολόγιο 2003 σελ.274-275)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: σε ενδοφλέβια συνήθως έγχυση ημίωρης διάρκειας 6-8g/24ωρο σε 3-4 δόσεις. Σε ελαφρότερες λοιμώξεις χορηγούνται 2-3g/24ωρο ενδοφλεβίως ή ενδομυκώς. Επί λοιμώξεων από πνευμονιόκοκκο ενδιάμεσης ευαισθησίας στην πενικιλίνη 3g/6ωρο. Σε νεφρική ανεπάρκεια με κάθαρση κρεατινίνης 10-50ml/min 1-2g/6-12ωρο, σε >10ml/min 1-2g/12ωρο. Σε αιμοκάθαρση χρειάζεται συμπληρωματική δόση στο τέλος της αιμοκάθαρσης. Σε περιτοναϊκή κάθαρση 1-2g/24ωρο. Σε μη επιπλεγμένη γονόρροια: 1g εφάπαξ. (συνταγολόγιο 2003 σελ.275)

● ΚΕΦΤΡΙΑΞΟΝΗ

Ενδείξεις: νοσοκομειακές λοιμώξεις από Gram αρνητικά κυρίως (εντεροβακτηριακά) αλλά και Gram θετικά μικρόβια, ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες ά και β' γενεάς καθώς και τις αμινογλυκοσίδες. Μηνιγγίτιδα από αρνητικά κατά Gram μικρόβια. Λοιμώξεις από πνευμονιόκοκκο με στελέχη ενδιάμεσης ευαισθησίας στην πενικιλίνη. Λοιμώξεις ουροποιογεννητικού περιλαμβανομένης της γονόρροιας. Γονοκοκκικές λοιμώξεις από στελέχη ανθεκτικά στη πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.275)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: συνήθως 1-2g εφάπαξ σύμφωνα με τις ειδικές οδηγίες χορήγησης.(συνταγολόγιο 2003 σελ.275)

● ΚΕΦΤΑΖΙΝΤΙΜΗ

Ενδείξεις: νοσοκομειακές λοιμώξεις από Gram αρνητικά κυρίως (εντεροβακτηριακά) αλλά και Gram θετικά μικρόβια, ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες ά και β' γενεάς καθώς και τις αμινογλυκοσίδες. Μηνιγγίτιδα από αρνητικά κατά Gram μικρόβια. Λοιμώξεις από πνευμονιόκοκκο με στελέχη ενδιάμεσης ευαισθησίας στην πενικιλίνη. Λοιμώξεις ουροποιογεννητικού περιλαμβανομένης της γονόρροιας. Επιπλέον νοσοκομειακές λοιμώξεις από Pseudomonas aeruginosa. Σε πυρετό αγνώστου αιτιολογίας σε ουδετεροπενικούς

νοσοκομειακού ασθενούς χορηγείται εμπειρικά σε συνδυασμό με αμικασίνη. Σε σηψαιμίες και νοσοκομειακές πνευμονίες είναι προτιμότερος ο συνδυασμός με μία αμινογλυκοσίδη. Μηνιγγίτιδα από *Pseudomonas aeruginosa*. παροξύνσεις ινοκυστικής νόσου. Τεκμηριωμένες περιπτώσεις νόσου Lyme με προσβολή Κ.Ν.Σ., καρδιάς και αρθρώσεων. (συνταγολόγιο 2003 σελ.276)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη. (συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: 1-3g ενδοφλεβίως ανά 6ωρο ή 8ωρο ανάλογα με τη βαρύτητα της λοίμωξης. Σε γονόρροια: 250mg εφάπαξ ενδομυϊκώς. Σε νόσο Lyme: 250mg/kg ημερησίως εφάπαξ για 14 ημέρες. Σε νεφρική ανεπάρκεια με κάθαρση κρεατινίνης 50-31 ml/min χορηγείται 1g/12ωρο, με 30-16ml/min 1g/24ωρο, με 15-6ml/min 0.5g/24ωρο και με ≤ 5 ml/min 0.5g/48ωρο. Μετά από κάθε αιμοκάθαρση πρέπει να δίνεται μία δόση. Στην περιτοναϊκή κάθαρση χορηγούνται 125-200mg/2lt διαλύματος του υγρού διαλύσεως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.276)

• ΚΕΦΕΤΑΜΕΤΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις ωτορινολαρυγγολογικές, κατώτερου αναπνευστικού και ουροποιητικού από ευαίσθητα Gram θετικά και Gram αρνητικά μικρόβια.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες ή πενικιλίνες ιστορικό κολίτιδας. Φαινυλκετονουρία (το πόσιμο εναϊώρημα). (συνταγολόγιο 2003 σελ.274)

Δοσολογία: 500mg 2 φορές την ημέρα. Σε ασθενείς με μειωμένη νεφρική λειτουργία, κάθαρση κρεατινίνης 10-40ml/min, χορηγείται δόση 125mg/12ωρο. Για κάθαρση κρεατινίνης <10 ml/min συνιστάται αρχική δόση εφόδου 500mg την πρώτη μέρα και ακολουθεί δόση 125mg. (συνταγολόγιο 2003 σελ.277)

• ΚΕΦΙΞΙΜΗ

Ενδείξεις: ουρολοιμώξεις εφόσον προϋπάρχει καλλιέργεια η οποία αποδεικνύει την παρουσία Gram αρνητικών μικροοργανισμών (κλεμπσιέλλες, πρωτεΐς) οι οποίοι είναι ευαίσθητοι μόνο στις κεφαλοσπορίνες της γ' γενεάς και ανθεκτικοί στις άλλες ομάδες των από του στόματος αντιβιοτικών. Συνέχιση κατ'οίκων θεραπευτικής αγωγής ασθενών με νοσοκομειακές λοιμώξεις του αναπνευστικού, οι οποίοι ελάμβαναν στο νοσοκομείο μια παρεντερική κεφαλοσπορίνη της γ' γενεάς. Λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού και κατώτερου αναπνευστικού. Στις περιπτώσεις αυτές δεν αποτελεί αντιβιοτικό πρώτης επιλογής αλλά δίνεται μόνο επί κλινικής αποτυχίας παλαιότερων αντιβιοτικών. (συνταγολόγιο 2003 σελ.277)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη. (συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: 400mg από του στόματος άπαξ ημερησίως ή 200mg/12ωρο. (επειδή ο χρόνος ημισείας ζωής είναι 3 ώρες). Σε μη επιπεπλεγμένες κυστίτιδες 200mg άπαξ ημερησίως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.277)

● ΚΕΦΠΙΟΝΤΟΞΙΜΗ ΠΡΟΞΕΤΙΑΗ

Ενδείξεις: ουρολοιμώξεις εφόσον προϋπάρχει καλλιέργεια η οποία αποδεικνύει την παρουσία Gram αρνητικών μικροοργανισμών (κλεμπσιέλλες, πρωτεΐς) οι οποίοι είναι ευαίσθητοι μόνο στις κεφαλοσπορίνες της γ' γενεάς και ανθεκτικοί στις άλλες ομάδες των από του στόματος αντιβιοτικών. Συνέχιση κατ'οίκων θεραπευτικής αγωγής ασθενών με νοσοκομειακές λοιμώξεις του αναπνευστικού, οι οποίοι ελάμβαναν στο νοσοκομείο μια παρεντερική κεφαλοσπορίνη της γ' γενεάς. Λοιμώξεις ανωτέρου αναπνευστικού και κατώτερου αναπνευστικού. Στις περιπτώσεις αυτές δεν αποτελεί αντιβιοτικό πρώτης επιλογής αλλά δίνεται μόνο επί κλινικής αποτυχίας παλαιότερων αντιβιοτικών. (συνταγολόγιο 2003 σελ.277)
Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες, ιστορικό αφυλαξίας και αλλεργικού shock στην πενικιλίνη.(συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: 100-200mg ανά 12ωρο από του στόματος ανάλογα με τη βαρύτητα της λοίμωξης. Επί νεφρικής ανεπάρκειας όταν η κάθαρση της κρεατινίνης είναι <40ml/min χορηγείται ημίσεια δόση άπαξ ημερησίως. Σε αιμοκάθαρση πρέπει να χορηγείται σε δοσολογία 200-400mg τρεις εβδομαδιαίως. Συνιστάται η λήψη κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Δεν πρέπει να χορηγείται κατά την κύηση, τη γαλουχία όπως και στα βρέφη και την παιδική ηλικία. (συνταγολόγιο 2003 σελ.278)

● ΚΕΦΤΙΜΠΟΥΤΕΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις ανωτέρου και κατώτερου αναπνευστικού και ουροποιητικού από ευαίσθητα Gram θετικά και Gram αρνητικά μικρόβια. (συνταγολόγιο 2003 σελ.278)

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες και πενικιλίνες. ιστορικό κολίτιδας (συνταγολόγιο 2003 σελ.268)

Δοσολογία: 400mg ημερησίως εφάπαξ. Σε ασθενείς με μειωμένη νεφρική λειτουργία τροποποιείται η δοσολογία ως εξής: κάθαρση κρεατινίνης >50 ml/min 400mg/24ωρο, 30-49ml/min 200mg/24ωρο, 5-29ml/min 100mg/24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.278)

δ' γενεάς

● ΚΕΦΕΠΙΜΗ

Ενδείξεις: νοσοκομειακές λοιμώξεις από Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς (λ.χ. πυελονεφρίτιδα, πνευμονία). Χειρουργικές νοσοκομειακές λοιμώξεις κολίας (σε συνδυασμό με αντιμικροβιακές ουσίες έναντι των αναερόβιων).

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στις κεφαλοσπορίνες ή την L-αργινίνη (έκδοχο).

Δοσολογία: ανάλογα με το είδος και τη βαρύτητα της λοίμωξης 1-2g 2-3 φορές την ημέρα είτε σε βραδεία ενδοφλέβια ένεση είτε κατευθείαν σε υγρό εγχύσεως (0,5g, 1g, 2g) είτε ενδομυϊκώς ((0,5g, 1g,). Σε νεφρική ανεπάρκεια μείωση των δόσεων (κάθαρση κρεατινίνης

10-30 ml/min: 1-2g ημερησίως και κάτω των 10ml/min 0.5-1g ημερησίως) (συνταγολόγιο 2003 σελ.278-279)

ΚΑΡΜΠΙΑΣΕΦΕΜΕΣ

● ΛΟΡΑΚΑΡΜΠΕΦΗ

Ενδείξεις: ήπιες έως μέτριας βαρύτητας λοιμώξεις του ανωτέρου και κατωτέρου αναπνευστικού, δέρματος και ουροφόρων οδών από ευαίσθητα στο αντιβιοτικό μικρόβια.

Αντενδείξεις: γνωστή αλλεργία στο δραστικό συστατικό ή τις κεφαλοσπορίνες ή την πενικιλίνη

Δοσολογία: 200-400mg/12ωρο για διάστημα 7-10 ημερών. Σε ασθενείς με μειωμένη κάθαρση κρεατινίνης (10-49ml/min) η δόση μειώνεται στο ήμισυ. (συνταγολόγιο 2003 σελ.279)

ΜΟΝΟΜΠΙΑΚΤΑΜΕΣ

● ΑΖΤΡΕΟΝΑΜΗ

Ενδείξεις: αποκλειστικώς για τη θεραπεία των Gram- νοσοκομειακών λοιμώξεων, όπως πνευμονία, οξεία πυελονεφρίτιδα, Gram- σηψαιμία, μηνιγγίτιδα που προκαλείται από Hemophilus influenzae και Neisseria meningitidis, ενδοκοιλιακές λοιμώξεις σε συνδυασμό με κλινδαμυκίνη ή μία νιτροιμιδαζόλη.

Δοσολογία: για σοβαρές συστηματικές λοιμώξεις χορηγούνται 2-3g ανά 8ωρο ή και 6ωρο σε ενδοφλέβια έγχυση 30λεπτών, ενώ για ηπιότερες π.χ. λοιμώξεις ουροποιητικού αρκεί 1g/8ωρο ή και 12ωρο ενδομυϊκώς. Σε νεφρική ανεπάρκεια μειώνεται η δόση με βάση την κάθαρση της κρεατινίνης ως ακολούθως: κατά 25% με κάθαρση 30-60ml/min, κατά 50% με κάθαρση 10-30ml/min και 75% <10ml/min. Μετά την αιμοκάθαρση πρέπει να χορηγείται δόση 60-250mg. σε περιτοναϊκή κάθαρση 2g/12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.280)

ΚΑΡΜΠΙΑΠΕΝΕΜΕΣ

● ΙΜΠΙΕΝΕΜΗ + ΣΙΛΑΣΤΑΤΙΝΗ

Ενδείξεις: βακτηριαιμία-σηψαιμία από πολυανθεκτικά μικρόβια νοσοκομειακής προελεύσεως. Λοιμώξεις αναπνευστικού από νοσοκομειακά πολυανθεκτικά μικρόβια και ιδιαίτερα

πνευμονίες της μονάδας εντατικής θεραπείας σε διασωληνωμένους ασθενείς. Λοιμώξεις ανωτέρου ουροποιητικού από πολυανθεκτικά νοσοκομειακά μικρόβια. Λοιμώξεις των μαλακών μορίων, των οστών και των αρθρώσεων πολυμικροβιακής αιτιολογίας και επί ενοχοποίησεως πολυανθεκτικών Gram αρνητικών μικροοργανισμών και εφόσον δεν υπάρχουν άλλα διαθέσιμα από του στόματος αντιβιοτικά. Ενδοκοιλιακές και γυναικολογικές λοιμώξεις επί απομονώσεως πολυανθεκτικών παθογόνων. Νοσοκομειακή μηνιγγίτιδα σε πολυτραυματίες με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις στην οποία συχνά ενοχοποιούνται νοσοκομειακά στελέχη. *Acinetobacter* sp και *P. aeruginosa*. Εμπύρετα επεισόδια ουδετεροπενικών ασθενών επί αποτυχίας των κλασικών θεραπευτικών σχημάτων.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στις β-λακτάμες.

Δοσολογία: η συνιστώμενη δόση για ενηλίκους εξαρτάται από τη βαρύτητα της λοίμωξης και το είδος του παθογόνου μικροοργανισμού. Γενικά για λοιμώξεις από *P. aeruginosa* απαιτείται υψηλή δοσολογία. Το ενδοφλέβιο σκεύασμα χορηγείται σε δόση 0,5-1g ανά 8ωρο ή 6ωρο, ενώ το ενδομυϊκό σε δόση 500-700mg ανά 12ωρο. Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια χρειάζεται μείωση της χορηγούμενης δόσεως. Σε ήπια ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης 31-70ml/min) η ημερήσια δόση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 2g. Όταν η κάθαρση κρεατινίνης είναι 10-30ml/min χορηγείται το ήμισυ της ημερησίας δόσεως. Σε ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης <10ml/min δόση 500mg ανά 12ωρο είναι επαρκής. Με την αιμοκάθαρση αποβάλλεται το 40-70% της ιμιπενέμης για αυτό μετά από κάθε συνεδρία χρειάζεται συμπληρωματική δόση. Σε ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση δόση 500mg ημερησίως είναι επαρκής. (συνταγολόγιο 2003 σελ.281)

• ΜΕΡΟΠΕΝΕΜΗ

Ενδείξεις: βακτηριαμία-σηψαιμία από πολυανθεκτικά μικρόβια νοσοκομειακής προελεύσεως. Λοιμώξεις αναπνευστικού από νοσοκομειακά πολυανθεκτικά μικρόβια και ιδιαίτερα πνευμονίες της μονάδας εντατικής θεραπείας σε διασωληνωμένους ασθενείς. Λοιμώξεις ανωτέρου ουροποιητικού από πολυανθεκτικά νοσοκομειακά μικρόβια. Λοιμώξεις των μαλακών μορίων, των οστών και των αρθρώσεων πολυμικροβιακής αιτιολογίας και επί ενοχοποίησεως πολυανθεκτικών Gram αρνητικών μικροοργανισμών και εφόσον δεν υπάρχουν άλλα διαθέσιμα από του στόματος αντιβιοτικά. Ενδοκοιλιακές και γυναικολογικές λοιμώξεις επί απομονώσεως πολυανθεκτικών παθογόνων. Νοσοκομειακή μηνιγγίτιδα σε πολυτραυματίες με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις στην οποία συχνά ενοχοποιούνται νοσοκομειακά στελέχη. *Acinetobacter* sp και *P. aeruginosa*. Εμπύρετα επεισόδια ουδετεροπενικών ασθενών επί αποτυχίας των κλασικών θεραπευτικών σχημάτων.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στις β-λακτάμες.

Δοσολογία: μόνο για νοσοκομειακή χρήση. Εξαρτάται από το παθογόνο μικροοργανισμό, τη σοβαρότητα της λοίμωξης και την ανοσολογική επάρκεια του ασθενούς. Το ενδοφλέβιο σκεύασμα χορηγείται σε δόση 0,5g-1g ανά 8ωρο ή 6ωρο ενώ το ενδομυϊκό σε δόση 0,5g ανά 12ωρο ή 8ωρο. Σε συστηματικές και σοβαρές λοιμώξεις από *Pseudomonas aeruginosa* όπως και σε μηνιγγίτιδα, συνιστώνται υψηλότερες δόσεις (2g ανά 8ωρο iv). Επί ηπατικής ανεπάρκειας η δοσολογία δεν τροποποιείται. Αντιθέτως επί νεφρικής ανεπάρκειας χρειάζεται τροποποίηση της ενδοφλεβίου μεροπενέμης ως ακολούθως: εάν η κάθαρση της κρεατινίνης είναι 26-50 ml/min δίδεται ανά 12ωρο, επί καθάρσεως μεταξύ 10-25ml/min δίδεται ½ μονάδα δόσεως ανά 12ωρο, και εφόσον η κάθαρση είναι <10ml/min τότε δίδεται το ½ μονάδα

δόσεως ανά 24ωρο. Σε ασθενείς με μέτρια νεφρική ανεπάρκεια δίδεται ενδομυϊκά δόση 0,5g ανά 12ωρο. Επειδή η μεροπενέμη απομακρύνεται με την αιμοκάθαρση, μετά από κάθε συνεδρία απαιτείται χορήγηση της μονάδας δόσεως. Δεν υπάρχει εμπειρία με τη μεροπενέμη σε ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση.
(συνταγολόγιο 2003 σελ.282)

ΑΜΙΝΟΓΛΥΚΟΣΙΔΕΣ

● ΑΜΙΚΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από ψευδομονάδα, εντεροβακτηριακά, σταφυλόκοκκους σε συνδυασμό με άλλα αντισταφυλοκοκκικά. Χρησιμοποιείται σε λοιμώξεις από στελέχη ανθεκτικά στη γενταμικίνη ή τις άλλες αμινογλυκοσίδες. Σε συνδυασμό με β-λακτάμες ενδείκνυται για εμπειρική θεραπεία ουδετεροπενικών ασθενών. (συνταγολόγιο 2003 σελ.284)

Δοσολογία: ενδομυϊκώς, ενδοφλεβίως ή σε έγχυση 15mg/kg/24ωρο. Επί νεφρικής ανεπάρκειας η μέγιστη ημερήσια δόση (mg/kg) δίδεται αναλόγως της καθάρσεως κρεατινίνης. Εάν είναι >80=15mg/kg, 60-80=12mg/kg, 40-60=7mg/kg, 30-40=4mg/kg. χορήγηση 2,5-3,75mg/kg μετά την αιμοκάθαρση. Σε περιτοναϊκή κάθαρση γίνεται φόρτιση και προστίθενται 9,20mg/min. ο κίνδυνος τοξικότητας είναι αυξημένος όταν χορηγείται πέραν το 10 ημερών.
(συνταγολόγιο 2003 σελ.284)

● ΓΕΝΤΑΜΙΚΙΝΗ

Ενδείξεις: Ενδείξεις: λοιμώξεις από ψευδομονάδα, εντεροβακτηριακά, σταφυλόκοκκους σε συνδυασμό με άλλα αντισταφυλοκοκκικά. Χρησιμοποιείται επίσης στην μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα από εντερόκοκκο (*E. fecalis*) και πρασινίζοντες στρεπτόκοκκους σε συνδυασμό με πενικιλίνη G. (συνταγολόγιο 2003 σελ.285)

Δοσολογία: δόση εφόδου 2mg/kg/8ωρο για τις 3 πρώτες δόσεις και στη συνέχεια 3-5mg/kg/24ωρο ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως σε 2-3 ίσες δόσεις ή σε έγχυση σε διάλυμα δεξτρόζης 5% διάρκειας 30-60min. Σε νεφρική ανεπάρκεια η δόση ρυθμίζεται ανάλογα με την κάθαρση κρεατινίνης και με παρακολούθηση των επιπέδων του ορού. Αναλόγως της καθάρσεως κρεατινίνης η μέγιστη ημερήσια δόση είναι (mg/kg): >80ml=5mg/kg, 60-80ml=4mg/kg, 40-60ml=3.5mg/kg και 30-40ml=2.5mg/kg. Μετά την αιμοκάθαρση χορηγούνται 1,0-1,7mg/kg. Στην περιτοναϊκή κάθαρση γίνεται αρχική φόρτιση και προστίθενται 2-4mg/lit διαλύματος. (συνταγολόγιο 2003 σελ.285)

ΜΑΚΡΟΛΙΔΙΑ

• ΕΡΥΘΡΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: νόσος των λεγεωναρίων, εντερίτιδες, λοιμώξεις από Gram+ κόκκους ή βακτηρίδια, όταν αντενδείκνυται η χρήση πενικιλίνης (ιστορικό υπερευαισθησίας, ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών στην πενικιλίνη), διφθερίτιδα και αποστείρωση των φορέων, ερύθρασμα, χημειοπροφύλαξη σε οδοντικές επεμβάσεις ασθενών με υποκείμενες βαλβιδοπάθειες.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαριά ηπατική ανεπάρκεια.

Δοσολογία: από το στόμα: 250-500mg/6-8ωρο (μέχρι 2g/24ωρο). Η δοσολογία της ερυθρομυκίνης όπως και των υπολοίπων μακρολιδίων δεν επηρεάζεται από τη νεφρική λειτουργία, αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση. Παρεντερικώς, σε ενδοφλέβια έγχυση, 2-4g/24ωρο αναλόγως με τη βαρύτητα της λοιμώξεως αραιωμένα σε ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή δεξτρόζης. (συνταγολόγιο 2000 σελ 281-282)

• ΣΠΙΡΑΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: τοξοπλάσμωση της εγκυμοσύνης

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαριά ηπατική ανεπάρκεια.

Δοσολογία: συνήθως 2-4g/24ωρο σε διαιρεμένες δόσεις (συνταγολόγιο 2000 σελ 282)

• ΚΛΑΡΙΘΡΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: νόσος των λεγεωναρίων, εντερίτιδες, λοιμώξεις από Gram+ κόκκους ή βακτηρίδια, όταν αντενδείκνυται η χρήση πενικιλίνης (ιστορικό υπερευαισθησίας, ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών στην πενικιλίνη), διφθερίτιδα και αποστείρωση των φορέων, ερύθρασμα, χημειοπροφύλαξη σε οδοντικές επεμβάσεις ασθενών με υποκείμενες βαλβιδοπάθειες. Βοηθητική θεραπεία στην εκρίζωση του *Helicobacter pylori* σε συνδιασμό με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαριά ηπατική ανεπάρκεια.

Δοσολογία: 250-500mg/12ωρο. Σε νεφρική κάθαρση κάτω των 30ml/min η δόση μειώνεται στο ήμισυ. (συνταγολόγιο 2000 σελ 282)

• ΡΟΞΙΘΡΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: νόσος των λεγεωναρίων, εντερίτιδες, λοιμώξεις από Gram+ κόκκους ή βακτηρίδια, όταν αντενδείκνυται η χρήση πενικιλίνης (ιστορικό υπερευαισθησίας, ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών στην πενικιλίνη), διφθερίτιδα και αποστείρωση των φορέων, ερύθρασμα, χημειοπροφύλαξη σε οδοντικές επεμβάσεις ασθενών με υποκείμενες βαλβιδοπάθειες.

Βοηθητική θεραπεία στην εκρίζωση του *Helicobacter pylori* σε συνδιασμό με αναστολείς της αντλίας πρωτονίων.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαριά ηπατική ανεπάρκεια.

Δοσολογία: 150-300mg/12ωρο. (συνταγολόγιο 2000 σελ 282)

• ΑΖΙΘΡΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από ευαίσθητα στο αντιβιοτικό βακτήρια, ειδικότερα του αναπνευστικού συστήματος, του δέρματος, των μαλακών μορίων (σταφυλόκοκκοι, στρεπτόκοκκοι, πνευμονιόκοκκοι, *Ναιστέρια*, αιμόφιλοι) και του γεννητικού συστήματος από χλαμύδια.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαριά ηπατική ανεπάρκεια. Να μη χορηγείται ως μονοθεραπεία σε σοβαρή κλινική εικόνα πνευμονίας.

Δοσολογία: 500mg σε μία δόση ημερησίως επί τρεις ημέρες ή 500mg την 1^η ημέρα και 250mg στη συνέχεια για 5 ημέρες. Σε λοιμώξεις γεννητικών οργάνων από χλαμύδια ή ευαίσθητες στην αζιθρομυκίνη *Ναιστέριες*: 1g εφάπαξ. (συνταγολόγιο 2000 σελ 282-283)

• ΔΙΡΙΘΡΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: νόσος των λεγεωναρίων, εντερίτιδες, λοιμώξεις από Gram+ κόκκους ή βακτηρίδια, όταν αντενδείκνυται η χρήση πενικιλίνης (ιστορικό υπερευαισθησίας, ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών στην πενικιλίνη), διφθερίτιδα και αποστείρωση των φορέων, ερύθρασμα, χημειοπροφύλαξη σε οδοντικές επεμβάσεις ασθενών με υποκείμενες βαλβιδοπάθειες.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαριά ηπατική ανεπάρκεια.

Δοσολογία: 500mg σε μία δόση ημερησίως. (συνταγολόγιο 2000 σελ 283)

ΛΙΝΚΟΖΑΜΙΔΕΣ

• ΚΛΙΝΔΑΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις, π.χ. οστεομυελίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα, σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις του πνεύμονα, στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις, λοιμώξεις από αναερόβια, όπως περιτονίτιδα σε συνδυασμό με μία αμινογλυκοσίδη ή με μία κεφαλοσπορίνη, πνευμονία εξ εισροφήσεως κ.λ.π. επίσης στη θεραπεία εγκεφαλικής τοξοπλάσμωσης σε ασθενείς με AIDS σε συνδυασμό με πυριμεθαμίνη.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, διαρροϊκά σύνδρομα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.290)

Δοσολογία: από το στόμα 150-300mg/6ωρο. Ενδομυκώς ή σε βραδεία ενδοφλέβια έγχυση 600mg έως 2,4mg/24ωρο, σε 2-4δόσεις. (συνταγολόγιο 2003 σελ.291)

- ΛΙΝΚΟΜΥΚΙΝΗ

Δοσολογία: από το στόμα 250-500mg/6-8ωρες. Ενδομυκώς 600mg 1-2 φορές την ημέρα, ενδοφλεβίως 600mg/8-12ώρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.291)

ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ

- ΣΠΕΚΤΙΝΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: οξεία γονοκοκκική λοίμωξη είναι φάρμακο εκλογής σε περιπτώσεις όπου επικρατούν στελέχη γονόκοκκου που παράγουν πεκνιλλινάση καθώς και για άτομα αλλεργικά στην πενικιλίνη.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: ενδομυκώς 2g εφάπαξ στους άνδρες και 4g στις γυναίκες (να χορηγούνται ανά 2g σε κάθε γλουτό). Συστηματικές λοιμώξεις 2g/12ωρο για 5-7 ημέρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.291)

- ΦΟΥΣΙΔΙΚΟ ΟΞΥ

Ενδείξεις: σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις ανθεκτικές στις αντισταφυλοκοκκικές πενικιλίνες. Στους ευαίσθητους σταφυλόκοκκους στις αντισταφυλοκοκκικές πενικιλίνες αποτελεί φάρμακο δεύτερης επιλογής. Ενδείκνυται σε οστεομυελίτιδες λόγω πλεονεκτικής φαρμακοκινητικής στα οστά και το πύον (διέρχεται την κάψα των αποστημάτων). Δεν διέρχεται τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Αντενδείξεις: επί ηπατικής ανεπάρκειας απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και αν δεν υπάρχει απόλυτος ένδειξη καλό είναι να αποφεύγεται η χορήγηση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.291-292)

Δοσολογία: 500mg-1g/8ωρο από το στόμα ή σε ενδοφλέβια έγχυση διάρκειας 4-6ωρών. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 292)

- ΧΛΩΡΑΜΦΑΙΝΙΚΟΛΗ

Ενδείξεις: λόγω πιθανής τοξικότητας είναι περιορισμένες και αφορούν: Απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις, όπως μηνιγγίτιδα ή οξεία επιγλωττίτιδα από στελέχη *Haemophilus influenzae* ομάδος b ανθεκτικά στην αμπικιλίνη. Σήμερα πολλοί προτιμούν την κεφουροξίμη και τις κεφαλοσπορίνες γ'γενεάς. Βακτηριακή μηνιγγίτιδα από *Neisseria meningitidis* σε ασθενείς αλλεργικούς στην πενικιλίνη.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: αρχικώς 50mg/kg/24ωρο (<3-4g) και στη συνέχεια 30mg/kg/24ωρο. Να προτιμάται η ενδοφλέβια χορήγηση. Δεν χρειάζεται τροποποίηση της δοσολογίας επί νεφρικής ανεπάρκειας. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 292)

ΓΛΥΚΟΠΕΠΤΙΔΙΑ

● BANKOMYKINH

Ενδείξεις: η παρεντερική χορήγηση ενδείκνυται για σοβαρές συστηματικές λοιμώξεις από σταφυλόκοκκους ανθεκτικούς στις αντισταφυλοκοκκικές πενικιλίνες ή σε άτομα αλλεργικά στην πενικιλίνη επί ενδείξεων χορηγήσεως της τελευταίας π.χ. σταφυλοκοκκική πνευμονία, ενδοκαρδίτιδα, σηψαιμία. Περιεγχειρητική προφύλαξη για επεμβάσεις με αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από gram θετικούς κόκκους (καρδιοαγγειοχειρουργική, ορθοπεδική χειρουργική ιδίως όταν τοποθετούνται ξένα σώματα). Από του στόματος χορηγείται μόνο για την αντιμετώπιση σοβαρού συνδρόμου διάρροιας εξ αντιβιοτικών (ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα) που δεν ανταποκρίνεται στην από του στόματος χορήγηση μετρονιδαζόλης.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: από το στόμα 125mg/6ωρο. Ενδοφλεβίως 500mg/6ωρο ή 1g/12ωρο σε έγχυση διάρκειας 60-120min. Επί νεφρικής ανεπάρκειας χρειάζεται μείωση της δόσης αναλόγως της καθάρσεως κρεατινίνης: 50-80ml/min 1g/24ωρο, 10-50ml/min 1g/ανά 3-10 ημέρες, <10ml/min 1g/ανά 5-10 ημέρες. Σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση 1g/ανά εβδομάδα με παρακολούθηση επιπέδων. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 293)

● ΤΕΙΚΟΠΛΑΝΙΝΗ

Ενδείξεις: σοβαρές συστηματικές λοιμώξεις από σταφυλόκοκκους ανθεκτικούς στις αντισταφυλοκοκκικές πενικιλίνες, εντερόκοκκους ανθεκτικούς στην πενικιλίνη – αμικιλίνη (σε συνδυασμό με γενταμικίνη ή στρεπτομυκίνη), π.χ. πνευμονία ενδοκαρδίτιδα, μικροβιαμία με συνοδό σήψη, περιτονίτιδα επί φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης, όπως και επί λοιμώξεων από *Streptococcus pneumoniae* ανθεκτικού στην πενικιλίνη και τις κεφαλοσπορίνες (κεφτριαξόνη, κεφοταξίμη). Επί ατόμων αλλεργικών στις β-λακτάμες όταν υπάρχει ένδειξη χορήγησής τους. Από του στόματος δίδεται για σοβαρά σύνδρομα αποδεδειγμένης ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας από *C. Difficile*. Περιεγχειρητική προφύλαξη για επεμβάσεις με αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από Gram θετικούς κόκκους (καρδιοαγγειοχειρουργική, ορθοπεδική χειρουργική ιδίως όταν τοποθετούνται ξένα σώματα).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: ενδοφλεβίως bolus ή σε έγχυση 30min σε δόση 400mg/12ωρο για τις τρεις αρχικές δόσεις και στη συνέχεια 400mg/24ωρο, ενώ επί σοβαρών λοιμώξεων όπως ενδοκαρδίτις ή εγκαύματα 10mg/kg/24ωρο ενδοφλεβίως ή ενδομυκώς. Επί καθάρσεως

κρεατινίνης 40-60ml/min η δόση μειώνεται στο ήμισυ από την τέταρτη ημέρα της θεραπείας, ενώ όταν η κάθαρση κρεατινίνης είναι <40ml/min η ημερήσια δόση υπολογίζεται από τον τύπο $\{CICr \text{ ασθενούς} \times \text{δόση(φυσιολογική)}\} / CICr \text{ (φυσιολογική)}$. Επί καθάρσεως κρεατινίνης $\leq 20\text{ml/min}$ να μετρούνται στα επίπεδα της στον ορό. Στις περιτονίτιδες δίδονται 50mg/2lt διαλύματος $\times 48$ ώρες και μετά 25mg/2lt. Σε περιεγχειριτική προφύλαξη δίδονται 400mg κατά την είσοδο στην αναισθησία, 400 mg κατά το τέλος της επέμβασης και 400mg 24ώρες μετά. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 294)

ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΝΕΣ

• ΔΕΜΕΚΛΟΚΥΚΛΙΝΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ

Ενδείξεις: βρουκέλλωση σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη ή στρεπτομυκίνη, γλαμυδιακές λοιμώξεις (ορνίθωση, τράχωμα, σεξουαλικά μεταδιδόμενες γλαμυδιακές λοιμώξεις, λοιμώξεις αναπνευστικού από γλαμύδια TWAR), ρικετσιώσεις (επιδημικός και ενδημικός εξανθηματικός τύφος), πυρετός Q, μυκοπλασματικές λοιμώξεις, μη επιπλεγμένη ορθογεννητική γονόρροια από ευαίσθητα στελέχη και αντένδειξη της πενικιλίνης, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, χρόνια προστατίτιδα, βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, χολέρα, πανώλης, λεπτοσπειρώσεις, ακμή(προτιμάται η μονοκυκλίνη), νόσος Lyme (από *Borrelia recurrentis*), λιστεριώσεις σε αντένδειξη της πενικιλίνης, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας, χρόνια ιγμορίτιδα. Οι τετρακυκλίνες χορηγούνται για πρόληψη της μινιγγιτιδοκοκκικής μινιγγίτιδας (μυνοκυκλίνη σε συνδυασμό με φαμπικύνη), της διάρροιας των ταξιδιωτών (δοξυκυκλίνη) και της ελονοσίας περιοχές με πολυανθεκτικό *Plasmodium falciparum* (δοξυκυκλίνη). (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295)

Επίσης σε χρόνια σύνδρομο απρόσφορης υπερέκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης από νεοπλάσματα (κυρίως του πνεύμονα). (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαρεία νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295)

Δοσολογία: συνήθης δόση 150mg/6ωρο ή 300mg/12ωρο. Σε σύνδρομο απρόσφορης υπερέκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης 600-900mg/24ωρο σε διαιρεμένες δόσεις. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

• ΔΟΞΥΚΥΚΛΙΝΗ

Ενδείξεις: βρουκέλλωση σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη ή στρεπτομυκίνη, γλαμυδιακές λοιμώξεις (ορνίθωση, τράχωμα, σεξουαλικά μεταδιδόμενες γλαμυδιακές λοιμώξεις, λοιμώξεις αναπνευστικού από γλαμύδια TWAR), ρικετσιώσεις (επιδημικός και ενδημικός εξανθηματικός τύφος), πυρετός Q, μυκοπλασματικές λοιμώξεις, μη επιπλεγμένη ορθογεννητική γονόρροια από ευαίσθητα στελέχη και αντένδειξη της πενικιλίνης, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, χρόνια προστατίτιδα, βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, χολέρα, πανώλης, λεπτοσπειρώσεις, ακμή(προτιμάται η μονοκυκλίνη), νόσος Lyme (από *Borrelia recurrentis*), λιστεριώσεις σε αντένδειξη της πενικιλίνης, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας,

χρόνια ιγμορίτιδα. Οι τετρακυκλίνες χορηγούνται για πρόληψη της μινιγγιτιδοκοκκικής μινιγγίτιδας (μινοκυκλίνη σε συνδυασμό με φαμπικύνη), της διάρροιας των ταξιδιωτών (δοξυκυκλίνη) και της ελονοσίας περιοχές με πολυανθεκτικό *Plasmodium falciparum* (δοξυκυκλίνη). (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295)

Επίσης σε χρόνια σύνδρομα απρόσφορης υπερέκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης από νεοπλάσματα (κυρίως του πνεύμονα). (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαρεία νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295)

Δοσολογία: από το στόμα συνήθως 200-400mg σε δύο λήψεις την πρώτη ημέρα και στη συνέχεια 100-200mg εφάπαξ ημερησίως αναλόγως με τη βαρύτητα της λοίμωξης. παρεντερικά 100-200mg/24ωρο σε 1-2 ενδοφλέβιες εγχύσεις. Το προς έγχυση διάλυμα να προστατεύεται από την άμεση επίδραση του ηλιακού φωτός. Τα παρεντερικά διαλύματα δοξυκυκλίνης έχουν αποσυρθεί πρόσφατα από την κυκλοφορία. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

• ΜΙΝΟΚΥΚΛΙΝΗ

Ενδείξεις: βρουκέλλωση σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη ή στρεπτομυκίνη, γλαυμοδιακές λοιμώξεις (ορνίθωση, τράχωμα, σεξουαλικά μεταδιδόμενες γλαυμοδιακές λοιμώξεις, λοιμώξεις αναπνευστικού από γλαμύδια TWAR), ρικετσιώσεις (επιδημικός και ενδημικός εξανθηματικός τύφος), πυρετός Q, μυκοπλασματικές λοιμώξεις, μη επιπλεγμένη ορθογεννητική γονόρροια από ευαίσθητα στελέχη και αντένδειξη της πενικιλίνης, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, χρόνια προστατίτιδα, βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, χολέρα, πανώλης, λεπτοσπειρώσεις, ακμή (προτιμάται η μονοκυκλίνη), νόσος Lyme (από *Borrelia recurrentis*), λιστεριώσεις σε αντένδειξη της πενικιλίνης, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας, χρόνια ιγμορίτιδα. Οι τετρακυκλίνες χορηγούνται για πρόληψη της μινιγγιτιδοκοκκικής μινιγγίτιδας (μινοκυκλίνη σε συνδυασμό με φαμπικύνη), της διάρροιας των ταξιδιωτών (δοξυκυκλίνη) και της ελονοσίας περιοχές με πολυανθεκτικό *Plasmodium falciparum* (δοξυκυκλίνη). Χημειοπροφύλαξη και αποστείρωση φορέων μινιγγιτιδοκοκκού σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη, ακμή. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295). Επίσης σε χρόνια σύνδρομα απρόσφορης υπερέκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης από νεοπλάσματα (κυρίως του πνεύμονα). (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαρεία νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295)

Δοσολογία: συνήθως δόση 200mg εφάπαξ και στη συνέχεια 100mg/12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

• ΟΞΥΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΝΗ

Ενδείξεις: βρουκέλλωση σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη ή στρεπτομυκίνη, γλαυμοδιακές λοιμώξεις (ορνίθωση, τράχωμα, σεξουαλικά μεταδιδόμενες γλαυμοδιακές λοιμώξεις, λοιμώξεις αναπνευστικού από γλαμύδια TWAR), ρικετσιώσεις (επιδημικός και ενδημικός εξανθηματικός τύφος), πυρετός Q, μυκοπλασματικές λοιμώξεις, μη επιπλεγμένη

ορθογεννητική γονόρροια από ευαίσθητα στελέχη και αντένδειξη της πενικιλίνης, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, χρόνια προστατίτιδα, βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, χολέρα, πανώλης, λεπτοσπειρώσεις, ακμή(προτιμάται η μονοκυκλίνη), νόσος Lyme (από *Borrelia recurrentis*), λιστεριώσεις σε αντένδειξη της πενικιλίνης, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας, χρόνια ιγμορίτιδα. Οι τετρακυκλίνες χορηγούνται για πρόληψη της μινιγγιτιδοκοκκικής μινιγγίτιδας (μυνοκυκλίνη σε συνδυασμό με φαμπικίνη), της διάρροιας των ταξιδιωτών (δοξυκυκλίνη) και της ελονοσίας περιοχές με πολυανθεκτικό *Plasmodium falciparum* (δοξυκυκλίνη). Χημειοπροφύλαξη και αποστείρωση φορέων μινιγγιτιδόκοκκου σε συνδυασμο με ριφαμπικίνη, ακμή. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295). Επίσης σε χρόνια σύνδρομα απρόσφορης υπερέκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης από νεοπλάσματα (κυρίως του πνεύμονα). (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαρεία νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295)

Δοσολογία: συνήθης δόση 250-500mg/6ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 297)

• ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΝΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ

Ενδείξεις: βρουκέλλωση σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη ή στρεπτομυκίνη, γλαμυδιακές λοιμώξεις (ορνίθωση, τράχωμα, σεξουαλικά μεταδιδόμενες γλαμυδιακές λοιμώξεις, λοιμώξεις αναπνευστικού από γλαμύδια TWAR), ρικετσιώσεις (επιδημικός και ενδημικός εξανθηματικός τύφος), πυρετός Q, μυκοπλασματικές λοιμώξεις, μη επιλεγμένη ορθογεννητική γονόρροια από ευαίσθητα στελέχη και αντένδειξη της πενικιλίνης, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, χρόνια προστατίτιδα, βουβωνικό λεμφοκοκκίωμα, χολέρα, πανώλης, λεπτοσπειρώσεις, ακμή(προτιμάται η μονοκυκλίνη), νόσος Lyme (από *Borrelia recurrentis*), λιστεριώσεις σε αντένδειξη της πενικιλίνης, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας, χρόνια ιγμορίτιδα. Οι τετρακυκλίνες χορηγούνται για πρόληψη της μινιγγιτιδοκοκκικής μινιγγίτιδας (μυνοκυκλίνη σε συνδυασμό με φαμπικίνη), της διάρροιας των ταξιδιωτών (δοξυκυκλίνη) και της ελονοσίας περιοχές με πολυανθεκτικό *Plasmodium falciparum* (δοξυκυκλίνη). Χημειοπροφύλαξη και αποστείρωση φορέων μινιγγιτιδόκοκκου σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη, ακμή. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295). Επίσης σε χρόνια σύνδρομα απρόσφορης υπερέκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης από νεοπλάσματα (κυρίως του πνεύμονα). (συνταγολόγιο 2003 σελ. 296)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο, βαρεία νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 295)

Δοσολογία: συνιστώνται 500mg 2 φορές την ημέρα και σε βαρύτερες λοιμώξεις 500mg έως 4 φορές την ημέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 297)

ΣΟΥΛΦΟΝΑΜΙΔΕΣ

• ΣΟΥΛΦΑΔΙΑΖΙΝΗ

Ενδείξεις: μηνιγγίτιδα από μηνιγγιτιδόκοκκο. Τοξοπλάσμωση σε συνδυασμό με πυριμεθαμίνη. Ουρολοιμώξεις από ευαίσθητους μικροοργανισμούς (κολοβακτηρίδιο, κλεμπσιέλλα, κτλ.). προστατίτιδες, σαλμονελώσεις, συγκελλώσεις, παροξύνσεις χρόνιας βρογχίτιδας, λοιμώξεις από *Pneumocystis carinii*, οξεία μέση ωτίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα, νοκαρδίωση.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στα συστατικά. Ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, ένδεια G-6-PD, κληρονομική πορφύρα, αιματολογικές δυσκρασίες.

Δοσολογία: από το στόμα 2-4g/24ωρο σε 3-6 δόσεις. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 297)

• ΣΟΥΛΦΑΜΕΔΟΞΑΖΟΛΗ + ΤΡΙΜΕΘΟΠΡΙΜΗ

Ουρολοιμώξεις από ευαίσθητους μικροοργανισμούς (κολοβακτηρίδιο, κλεμπσιέλλα, κτλ.). προστατίτιδες, σαλμονελώσεις, συγκελλώσεις, παροξύνσεις χρόνιας βρογχίτιδας, λοιμώξεις από *Pneumocystis carinii*, οξεία μέση ωτίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα, νοκαρδίωση.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στα συστατικά. Ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, ένδεια G-6-PD, κληρονομική πορφύρα, αιματολογικές δυσκρασίες.

Δοσολογία: από το στόμα: 960mg/12ωρο και σε βαριές λοιμώξεις 1,44g/12ωρο. Αν η θεραπεία υπερβαίνει τις 14μερες δόση συντήρησης 480mg/12ωρο. Σε αιμοκάθαρση συμπληρωματική δόση. Σε περιτοναϊκή κάθαρση 0,16/0,8 ανά 48ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 297-298)

• ΣΟΥΛΦΑΜΕΤΡΟΛΗ + ΤΡΙΜΕΘΟΠΡΙΜΗ

Ουρολοιμώξεις από ευαίσθητους μικροοργανισμούς (κολοβακτηρίδιο, κλεμπσιέλλα, κτλ.). προστατίτιδες, σαλμονελώσεις, συγκελλώσεις, παροξύνσεις χρόνιας βρογχίτιδας, λοιμώξεις από *Pneumocystis carinii*, οξεία μέση ωτίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα, νοκαρδίωση.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στα συστατικά. Ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, ένδεια G-6-PD, κληρονομική πορφύρα, αιματολογικές δυσκρασίες.

Δοσολογία: από το στόμα: 960mg/12ωρο και σε βαριές λοιμώξεις 1,44g/12ωρο. Αν η θεραπεία υπερβαίνει τις 14μερες δόση συντήρησης 480mg/12ωρο. Σε αιμοκάθαρση συμπληρωματική δόση. Σε περιτοναϊκή κάθαρση 0,16/0,8 ανά 48ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ. 297-298)

• ΣΟΥΛΦΑΦΟΥΡΑΖΟΛΗ + ΕΡΥΘΡΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα σε παιδιά από ευαίσθητους μικροοργανισμούς, ιδιαίτερα *H. Influenzae*.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στην ερυθρομυκίνη ή τις σουλφοναμίδες. Ανεπάρκεια G-6-PD.

Δοσολογία: 50mg/kg/ημέρα ερυθρομυκίνης ή 150mg/kg/ημέρα σουλφαφουραζόλης σε διαιρεμένες δόσεις. (συνταγολόγιο 2003 σελ.298)

ΚΙΝΟΛΟΝΕΣ

Άγενεάς

• ΛΕΒΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: ήπιες έως μέτριας βαρύτητας λοιμώξεις από μικροοργανισμούς ευαίσθητους στην ουσία. Ιδιαίτερος σε λοιμώξεις παραρρινίων κόλπων, αναπνευστικού (βρογχίτιδες, εξωνοσοκομειακές πνευμονίες), επιπλεγμένες λοιμώξεις ουροποιητικού, λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων. Είναι πιο δραστική έναντι του πνευμονιόκοκκου από τη σιπροφλοξασίνη. (συνταγολόγιο 2003 σελ.301-302)

Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων. (συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: σε παρρινοκολπίτιδα 500mg ημερησίως για 10-14 ημέρες, σε έξαρση χρόνιας βρογχίτιδας 250-500mg για 7-10 ημέρες, σε πνευμονία 500mg -1g ημερησίως για 7-14 ημέρες, σε ουρολοιμώξεις 250mg ημερησίως για 7-10 ημέρες και σε λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων 250-1g ημερησίως για 7-14 ημέρες. Ενδοφλεβίως (έγχυση 60 λεπτών ανά 500mg) 500mg, 1-2 φορές την ημέρα σε εξωνοσοκομειακή πνευμονία. Σε επιπλεγμένη ουρολοιμώξη: 250mg ημερησίως. Σε λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων 500mg 2φορές την ημέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.302)

• ΝΑΛΙΔΙΕΙΚΟ ΟΞΥ

Ενδείξεις: σε νοσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικούς Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς ή στη συνέχιση της νοσοκομειακής θεραπείας κατ' οίκων με τα από του στόματος παράγωγά τους (π.χ. χρόνια οστεομυελίτιδα) και σπανιότατα για τη θεραπεία εξωνοσοκομειακών λοιμώξεων τα παθογόνα των οποίων συχνά δεν περιλαμβάνονται στο αντιμικροβιακό φάσμα των κινολόνων. Οι κυριότερες ενδείξεις χορηγήσεώς τους αφορούν: 1. λοιμώξεις ουροποιητικού

2. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα 3. λοιμώξεις αναπνευστικού 4. εντερολοιμώξεις 5. λοιμώξεις των μαλακών μορίων 6. χειρουργικές και γυναικολογικές λοιμώξεις 7. άλλες ενδείξεις χορηγήσεως: μικροβαιμία, σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, στη χρόνια μέση ωτίτιδα, την

κακοήθη εξωτερική ωτίτιδα, σε πυρετό Q και εξανθηματικό πυρετό της Μεσογείου. (συνταγολόγιο 2003 σελ.299-300)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 100mg × 3 φορές ή × 4φορές .(συνταγολόγιο 2003 σελ.301)

• ΠΗΠΕΜΙΔΙΚΟ ΟΞΥ

Ενδείξεις: σε νοσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικούς Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς ή στη συνέχιση της νοσοκομειακής θεραπείας κατ' οίκων με τα από του στόματος παράγωγά τους (π.χ. χρόνια οστεομυελίτιδα) και σπανιότατα για τη θεραπεία εξωνοσοκομειακών λοιμώξεων τα παθογόνα των οποίων συχνά δεν περιλαμβάνονται στο αντιμικροβιακό φάσμα των κινολόνων. Οι κυριότερες ενδείξεις χορηγήσεώς τους αφορούν: 1. λοιμώξεις ουροποιητικού

2. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα 3. λοιμώξεις αναπνευστικού 4. εντερολοιμώξεις 5. λοιμώξεις των μαλακών μορίων 6. χειρουργικές και γυναικολογικές λοιμώξεις 7. άλλες ενδείξεις χορηγήσεως: μικροβιαμία, σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, στη χρόνια μέση ωτίτιδα, την κακοήθη εξωτερική ωτίτιδα, σε πυρετό Q και εξανθηματικό πυρετό της Μεσογείου. (συνταγολόγιο 2003 σελ.299-300)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 2 δίσκια το πρωί και 2 το βράδυ μετά τα γεύματα. Δεν μειώνονται επί νεφρικής ανεπάρκειας εφόσον η κάθαρση κρεατινίνης είναι >20ml/min. (συνταγολόγιο 2003 σελ.302)

• ΣΙΝΙΞΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: σε νοσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικούς Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς ή στη συνέχιση της νοσοκομειακής θεραπείας κατ' οίκων με τα από του στόματος παράγωγά τους (π.χ. χρόνια οστεομυελίτιδα) και σπανιότατα για τη θεραπεία εξωνοσοκομειακών λοιμώξεων τα παθογόνα των οποίων συχνά δεν περιλαμβάνονται στο αντιμικροβιακό φάσμα των κινολόνων. Οι κυριότερες ενδείξεις χορηγήσεώς τους αφορούν: 1. λοιμώξεις ουροποιητικού

2. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα 3. λοιμώξεις αναπνευστικού 4. εντερολοιμώξεις 5. λοιμώξεις των μαλακών μορίων 6. χειρουργικές και γυναικολογικές λοιμώξεις 7. άλλες ενδείξεις χορηγήσεως: μικροβιαμία, σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, στη χρόνια μέση ωτίτιδα, την κακοήθη εξωτερική ωτίτιδα, σε πυρετό Q και εξανθηματικό πυρετό της Μεσογείου. (συνταγολόγιο 2003 σελ.299-300)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 250-500mg peros ανά 12ωρο. Για την πρόληψη των ουρολοιμώξεων 500mg πριν της νυκτερινή κατακλίσεως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.302)

Β'γενεάς

• ΜΟΞΙΦΛΟΞΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος (εκτός από βαριά πνευμονία) και ιγμορίτιδα από βακτήρια ευαίσθητα στην ουσία. (συνταγολόγιο 2003 σελ.303)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 400mg εφάπαξ ημερησίως για 7-10 ημέρες. Δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας σε ηλικιωμένα άτομα και σε ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης άνω των 30ml/min. Να μην χορηγείται σε ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης κάτω των 30ml/min, σε υποβαλλόμενους σε νεφρική κάθαρση και σε ηπατική δυσλειτουργία. (συνταγολόγιο 2003 σελ.303)

• ΝΟΡΦΛΟΞΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις ουροφόρων από ευαίσθητα μικρόβια. (συνταγολόγιο 2003 σελ.303)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 400mg × 2 φορές το 24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.301).

Σε κάθαρση κρεατινίνης 120-80 κανονική δόση ανά 12ωρο, σε 80-30 κανονική δόση ανά 12ωρο, σε 30-15 κανονική δόση ανά 12ωρο και σε 15-5 κανονική δόση ανά 24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.302) .Σε οξεία κυστίτιδα των γυναικών μπορεί να χορηγηθεί επί τρεις ημέρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.303)

• ΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: σε νοσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικούς Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς ή στη συνέχιση της νοσοκομειακής θεραπείας κατ' οίκων με τα από του στόματος παράγωγά τους (π.χ. χρόνια οστεομυελίτιδα) και σπανιότατα για τη θεραπεία εξωνοσοκομειακών λοιμώξεων τα παθογόνα των οποίων συχνά δεν περιλαμβάνονται στο αντιμικροβιακό φάσμα των κινολόνων. Οι κυριότερες ενδείξεις χορηγήσεώς τους αφορούν: 1. λοιμώξεις ουροποιητικού 2. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα 3. λοιμώξεις αναπνευστικού 4. εντερολοιμώξεις 5. λοιμώξεις των μαλακών μορίων 6. χειρουργικές και γυναικολογικές λοιμώξεις 7. άλλες ενδείξεις χορηγήσεως: μικροβιαμία, σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, στη χρόνια μέση ωτίτιδα, την κακοήθη εξωτερική ωτίτιδα, σε πυρετό Q και εξανθηματικό πυρετό της Μεσογείου. (συνταγολόγιο 2003 σελ.299-300)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 200 ή 400mg × 2 φορές το 24ωρο ή 800 × 1peros το 24ωρο ή 200 ή 400mg × 2 φορές το 24ωρο IV (συνταγολόγιο 2003 σελ.301).

Σε κάθαρση κρεατινίνης 120-80 κανονική δόση ανά 12ωρο, σε 80-30 κανονική δόση ανά 24ωρο, σε 30-15 ½ κανονική δόση ανά 24ωρο και σε 15-5 ¼ κανονική δόση ανά 24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.302) .

• ΠΕΦΛΟΞΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: σε νοσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικούς Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς ή στη συνέχιση της νοσοκομειακής θεραπείας κατ' οίκων με τα από του στόματος παράγωγά τους (π.χ. χρόνια οστεομυελίτιδα) και σπανιότατα για τη θεραπεία εξωνοσοκομειακών λοιμώξεων τα παθογόνα των οποίων συχνά δεν περιλαμβάνονται στο αντιμικροβιακό φάσμα των κινολόνων. Οι κυριότερες ενδείξεις χορηγήσεώς τους αφορούν: 1. λοιμώξεις ουροποιητικού

2. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα 3. λοιμώξεις αναπνευστικού 4. εντερολοιμώξεις 5. λοιμώξεις των μαλακών μορίων 6. χειρουργικές και γυναικολογικές λοιμώξεις 7. άλλες ενδείξεις χορηγήσεως: μικροβιαμία, σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, στη χρόνια μέση ωτίτιδα, την κακοήθη εξωτερική ωτίτιδα, σε πυρετό Q και εξανθηματικό πυρετό της Μεσογείου. (συνταγολόγιο 2003 σελ.299-300)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 400mg × 2 φορές το 24ωρο ή × 3 peros ή και 400mg × 2 φορές το 24ωρο ή × 3 φορές το 25ωρο ή 800mg × 2 φορές το 24ωρο IV (συνταγολόγιο 2003 σελ.301).

Σε κάθαρση κρεατινίνης 120-80 κανονική δόση ανά 12ωρο, σε 80-30 κανονική δόση ανά 12ωρο, σε 30-15 κανονική δόση ανά 12ωρο και σε 15-5 κανονική δόση ανά 12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.302) . συνιστάται αρχική δόση εφόδου 800mg. Επί ηπατικής ανεπάρκειας συνιστώνται τα ακόλουθα: επί ίκτερου χορηγείται 400mg/24ωρο, επί ασκίτου 400mg/36ώρες και επί ίκτερου και ασκίτου 400mg/48ωρο. Δεν πρέπει να χορηγείται με χλωριούχα διαλύματα (καθίζηση πεφλοξασίνης). (συνταγολόγιο 2003 σελ.303-304)

• ΣΠΠΡΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗ

Ενδείξεις: σε νοσοκομειακές λοιμώξεις από πολυανθεκτικούς Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς ή στη συνέχιση της νοσοκομειακής θεραπείας κατ' οίκων με τα από του στόματος παράγωγά τους (π.χ. χρόνια οστεομυελίτιδα) και σπανιότατα για τη θεραπεία εξωνοσοκομειακών λοιμώξεων τα παθογόνα των οποίων συχνά δεν περιλαμβάνονται στο αντιμικροβιακό φάσμα των κινολόνων. Οι κυριότερες ενδείξεις χορηγήσεώς τους αφορούν: 1. λοιμώξεις ουροποιητικού

2. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα 3. λοιμώξεις αναπνευστικού 4. εντερολοιμώξεις 5. λοιμώξεις των μαλακών μορίων 6. χειρουργικές και γυναικολογικές λοιμώξεις 7. άλλες ενδείξεις χορηγήσεως: μικροβιαμία, σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, στη χρόνια μέση ωτίτιδα, την κακοήθη εξωτερική ωτίτιδα, σε πυρετό Q και εξανθηματικό πυρετό της Μεσογείου. (συνταγολόγιο 2003 σελ.299-300)

Αντενδείξεις: Αντενδείξεις: ιστορικό αλλεργίας στις κινολόνες. Έλλειψη G-6-PD, γνωστή επιληψία. Ιστορικό τενοντίτιδας ή ρήξης τενόντων.(συνταγολόγιο 2003 σελ.300)

Δοσολογία: 250mg ή 500mg ή 1000mg × 2φορές το 24ωρο peros. 400mg ή 600mg × 2φορές το 24ωρο ή 400mg × 3φορές το 24ωρο IV.(συνταγολόγιο 2003 σελ.301)

Σε κάθαρση κρεατινίνης 120-80 κανονική δόση ανά 12ωρο, σε 80-30 κανονική δόση ανά 12ωρο, σε 30-15 κανονική δόση ανά 12ωρο και σε 15-5 κανονική δόση ανά 24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.302) .

ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

• ΜΕΘΑΙΝΑΜΙΝΗ ΜΑΝΔΕΛΙΚΗ

Ενδείξεις: χρόνια κατασταλτική θεραπεία ουρολοιμώξεων ιδίως από κολοβακτηρίδια.

Αντενδείξεις: νεφρική ανεπάρκεια, βαριά ηπατική ανεπάρκεια, σοβαρή αφυδάτωση, μεταβολική οξέωση.

Δοσολογία: συνήθως 500mg-1g ανά 6ωρο. Μέγιστη δόση 2g/6ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.304-305) .

• ΝΙΤΡΟΦΟΥΝΤΟΙΝΗ

Ενδείξεις: κυρίως ήπιες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, όπως π.χ. κυστίτιδες από κολοβακτηρίδια, κλεμπσιέλλες. Χημειοπροφύλαξη σε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.

Αντενδείξεις: έλλειψη G-6-PD, σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, νεογνά

Δοσολογία: 100mg/6-8 ώρες × 7 ημέρες. Χημειοπροφύλαξη: 50-100mg εφάπαξ ημερησίως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.305) .

• ΦΩΣΦΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: ανεπίπλεκτες οξείες λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος από ευαίσθητους μικροοργανισμούς σε γυναίκες.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης<80ml/min).

Δοσολογία: 3g εφάπαξ με άδειο στομάχι, κατά προτίμηση προ του ύπνου καιαμέσως μετά την κένωση της κύστης. (συνταγολόγιο 2003 σελ.305) .

ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

• ΕΘΑΜΒΟΥΤΟΛΗ

Ενδείξεις: ενεργός φυματίωση σε συνδυασμό πάντα με άλλα αντιφυματικά

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία ή μη ανοχή στο φάρμακο, οπισθοβολβική νευρίτιδα

Δοσολογία: σε ενήλικες εφάπαξ 15mg/kg/24ωρο. Μερικοί προτιμούν δόση 25mg/kg/24ωρο και μείωσή της μετά το πρώτο δίμηνο. Σε διακεκομμένα σχήματα δίδονται 70mg/kg ή 90mg/kg/εβδομαδιαίως ή 45mg/kg δις της εβδομάδας ή 15mg/kg τρεις φορές την εβδομάδα. Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου διπλασιάζεται ο χρόνος ημίσειας ζωής της. Συνιστάται δοσολογία 15-25, 7,5-17 και 5mg/kg για άτομα με κάθαρση κρεατινίνης 25-50, 10-25 και <10ml/min αντιστοίχως. Σε αιματοκαθαρόμενους ασθενείς όπως και κατά την περιτοναϊκή κάθαρση συνιστάται δοσολογία 5mg/kg. Επειδή όμως ιδιαίτερα κατά την αιμοκάθαρση απομακρύνονται σημαντικές ποσότητες εθαμβουτόλης, συνιστάται 4-6 ώρες πριν της κάθαρσης δόση 25mg/kg για κάθαρση τρεις φορές την εβδομάδα και 45mg/kg για κάθαρση δύο φορές την εβδομάδα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.307) .

• ΕΘΕΙΟΝΑΜΙΔΗ

Ενδείξεις: υποτροπιάζουσα φυματίωση σε συνδυασμό με κυκλοσερίνη ή και πυραζιναμίδα, μηκοβακτηριδίαση από Mycobacterium intracellulare, φυματιώδης μηνιγγίτιδα.

Αντενδείξεις: κύηση

Δοσολογία: αρχικά, 250mg δύο φορές την ημέρα και στη συνέχεια προοδευτική αύξηση της δόσης κατά 125mg κάθε 5 ημέρες μέχρι 1g ημερησίως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.307) .

• ΙΣΟΝΙΑΔΙΖΗ

Ενδείξεις: θεραπεία ενεργού φυματίωσης πάντα σε συνδυασμό με άλλα αντιφυματικά, χημειοπροφύλαξη (μόνη).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία ή μη ανοχή στο φάρμακο, γνωστή ηπατοτοξικότητα από προηγούμενη χορήγησή του, οξεία ή σοβαρή ηπατική βλάβη.

Δοσολογία: για θεραπεία και χημειοπροφύλαξη συνήθως δόση 5mg/kg/24ωρο μέχρι 300mg/24ωρο σε εφάπαξ χορήγηση με κενό στόμαχο. Σε ενδομυϊκή χορήγηση, δόσεις όπως από του στόματος. Να χορηγείται συγχρόνως πυριδοξίνη 25mg/12ωρο για την προφύλαξη από την περιφερική νευροπάθεια. Δεν μειώνεται η δοσολογία επί νεφρικής ανεπάρκειας αλλά αυξάνεται η δόση της πυριδοξίνης (επί αιμοκάθαρσης 5mg/kg/24ωρο 3 φορές την εβδομάδα). (συνταγολόγιο 2003 σελ.308) .

- ΙΣΟΝΙΑΖΙΔΗ + ΡΙΦΑΜΠΙΚΙΝΗ

Ενδείξεις: ενεργός φυματίωση

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία ή μη ανοχή στο φάρμακο, οπισθοβολβική νευρίτιδα

Δοσολογία: εφάπαξ 300mg ισονιαζίδης 600mg ριφαμπικίνης ημερησίως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.308) .

- ΚΑΠΡΕΟΜΥΚΙΝΗ

Ενδείξεις: φυματίωση ανθεκτική στα πρωτεύοντα αντιφυματικά ή σε αδυναμία χορήγησης τους.

Αντενδείξεις: βαριά νεφρική ανεπάρκεια, σύγχρονη χορήγηση με αμινογλυκοσίδες, κύηση.

Δοσολογία: σε ασθενείς >60 ετών 0,5g, και ακολούθως 1g 2-3φορές την εβδομάδα ενδομυκώς. (συνταγολόγιο 2003 σελ.309) .

- ΚΥΚΛΟΣΕΡΙΝΗ

Ενδείξεις: φυματίωση ανθεκτική σε άλλα λιγότερο τοξικά φάρμακα ή αδυναμία χορήγησης πρωτευόντων, φυματιώδης μηνιγγίτιδα.

Αντενδείξεις: ιστορικό επιληψίας ή σπασμών, κατάθλιψη, ψυχώσεις, αλκοολισμός, νεφρική ανεπάρκεια, κύηση.

Δοσολογία: σε ενήλικες συνήθως 250mg την ημέρα. Με τη δόση αυτή οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σπάνιες. Σε βαρύτερες καταστάσεις η δόση μπορεί να αυξηθεί σε 500mg δύο φορές την ημέρα. Τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα να μην υπερβαίνουν τα 30mg/ml για την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών. (συνταγολόγιο 2003 σελ.309) .

- ΠΥΡΑΖΙΝΑΜΙΔΗ

Ενδείξεις: θεραπεία φυματίωσης

Αντενδείξεις: ηπατική βλάβη

Δοσολογία: 20-35mg/kg/24ωρο σε 3-4 δόσεις μέγιστη 3g/24ωρο. Συνήθως δίδεται 1,5g σε άτομα βάρους<50kg, 2g σε άτομα 50-75kg και 2,5-3g άτομα >75kg. (συνταγολόγιο 2003 σελ.310) .

• ΡΙΦΑΜΠΙΚΙΝΗ

Ενδείξεις: ενεργός φυματίωση σε συνδυασμό με άλλα αντιφυματικά φάρμακα, σταφυλοκοκκική ενδοκαρδίτιδα προσθετικών βαλβίδων πάντοτε σε συνδυασμό με βανκομυκίνη ή τεικοπλανίνη ή αντισταφυλοκοκκική πενικιλίνη, νόσος Hansen, χημειοπροφύλαξη μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία ή μη ανοχή στο φάρμακο, ηπατική βλάβη.

Δοσολογία: εφάπαξ 600mg κατά προτίμηση με κενό στομάχι 1 ώρα πριν το φαγητό. Ολιγοβακτηριακή μορφή λέπρας 600mg/μηνιαίως σε συνδυασμό με δαψόνη 50-100mg/24ωρο επί έξι μήνες. Σε πλειοβακτηριακές μορφές λέπρας προστίθεται κλοφαζιμύνη επί πολλά έτη. (συνταγολόγιο 2003 σελ.310) .

• ΡΙΦΑΜΠΟΥΤΙΝΗ

Ενδείξεις: προφύλαξη από MAC λοίμωξη σε ασθενείς με προχωρημένη HIV λοίμωξη (CD4 <100). Θεραπεία πνευμονικής φυματίωσης ανθεκτικής σε κλασικά αντιφυματικά φάρμακα σε συνδυασμό με άλλα αντιφυματικά, θεραπεία άτυπων μηκοβακτηριδιακών λοιμώξεων, σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στο φάρμακο ή σε άλλες ριφαμυκίνες.

Δοσολογία: προφύλαξη από MAC, 300mg ημερησίως και εφάπαξ κατά το γεύμα. Θεραπεία άτυπων μηκοβακτηριδιακών λοιμώξεων, 450-600mg ημερησίως και εφάπαξ έως και 6 μήνες μετά την αρνητικοποίηση των καλλιιεργειών. Θεραπεία πνευμονικής φυματίωσης: 150-450mg ημερησίως και εφάπαξ τουλάχιστον επί 6 μήνες. Μείωση της δόσης σε σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια στο 50%. (συνταγολόγιο 2003 σελ.311) .

ΙΜΙΔΑΖΟΛΙΑ

• ΜΕΤΡΟΝΙΔΑΖΟΛΗ

Ενδείξεις: λοιμώξεις από αναερόβια, ιδίως *Bacteroides fragilis* (π.χ. ηπατικό απόστημα, ενδοκοιλιακά αποστήματα, περιτονίτιδα, λοιμώξεις χοληφόρων, μαιευτικές, γυναικολογικές). Τριχομονάδοση, λαμβλίαση, αμοιβάδωση (εντέρου, αμοιβαδικό απόστημα και ασυμπτωματικοί φορείς), προεγχειρική προετοιμασία (εγχειρήσεις παχέος εντέρου, υστερεκτομή, διακοιλιακές χειρουργικές επεμβάσεις), διάρροια εξ αντιβιοτικών και ψευδοαμυβρανώδης κολίτιδα. Επίσης σπανιότερες παρασιτώσεις , όπως βαλαντιδίαση, δερματική λειζμανίαση, δρακοντίαση.

Αντενδείξεις: υποθυρεοειδισμός, παθήσεις Κ.Ν.Σ., εγκυμοσύνη, γαλουχία, πορφυρία.

Δοσολογία: αναερόβιες λοιμώξεις: από το στόμα 500mg/8ωρο ή 6ωρο, ενδοφλεβίως σε έγχυση διάρκειας 30min 500mg ανά 8ωρο ή 6ωρο. Αμοιβάδωση: εντερικοί και ασυμπτωματικοί φορείς 500-750mg/8ωρο για 5-10 ημέρες ή 2g/24ωρο εφάπαξ για 3 ημέρες. Εξωεντερικές μορφές 750mg/8ωρο για 5 ημέρες. Λαμβλίαση 2g/24ωρο εφάπαξ για 3 ημέρες.

Χημειοπροφύλαξη 1g ενδοφλεβίως πριν την εγχείρηση (συνήθως κατά την είσοδο στην αναισθησία και στη συνέχεια 250-500mg/8ωρο επί ένα 24ωρο). Ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα: 500mg/8ωρο από του στόματος. (συνταγολόγιο 2003 σελ.312) .

• ΟΡΝΙΔΑΖΟΛΗ

Ενδείξεις: 1) τριχομονάδοση, 2) αμοιβάδωση: αμοιβαδική δυσεντερία, όλες οι μορφές εξωεντερικής αμοιβάδωσης, ιδιαίτερα το αμοιβαδικό απόστημα του ήπατος 3) λαμβλίαση 4) λοιμώξεις οφειλόμενες σε αναερόβια μικρόβια και ιδιαίτερα σε είδη βακτηριοειδών, κλωστηριδίων, ατρακτομόρφων και ευβακτηριδίων, θεραπεία λοιμώξεων όπως η σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, περιτονίτιδα, μετεγχειρητικές λοιμώξεις τραυμάτων, επιλόχεια λοίμωξη, σηπτική απόξεση και ενδομητρίτιδα. Προφύλαξη κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων ιδιαίτερα του πεχέος εντέρου και στις γυναικολογικές επεμβάσεις.

Αντενδείξεις: σε ασθενείς με παθήσεις του Κ.Ν.Σ. ή στους ασθενείς που παρουσιάζουν ευαισθησία στις νιτροιμιδαζόλες, σε λευκοπενία και κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Δοσολογία: αναερόβιες λοιμώξεις: εγχύσεις 0,5-1g εφάπαξ και στη συνέχεια 0,5g/12ωρο για 5-10 ημέρες. Αμοιβάδωση: 1-1,5g/24ωρο σε δύο δόσεις για 8-10 ημέρες ή 1,5g σε εφάπαξ δόση το απόγευμα για 3 ημέρες. Σε αμοιβαδικό απόστημα έγχυση 500mg/12ωρο για 3-6 ημέρες. Λαμβλίαση: 1-1,5g εφάπαξ ημερησίως για 1-2 ημέρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.313).

• ΤΙΝΙΔΑΖΟΛΗ

Ενδείξεις: 1) τριχομονάδοση, 2) αμοιβάδωση: αμοιβαδική δυσεντερία, όλες οι μορφές εξωεντερικής αμοιβάδωσης, ιδιαίτερα το αμοιβαδικό απόστημα του ήπατος 3) λαμβλίαση 4) λοιμώξεις οφειλόμενες σε αναερόβια μικρόβια και ιδιαίτερα σε είδη βακτηριοειδών, κλωστηριδίων, ατρακτομόρφων και ευβακτηριδίων, θεραπεία λοιμώξεων όπως η σηψαιμία, μηνιγγίτιδα, περιτονίτιδα, μετεγχειρητικές λοιμώξεις τραυμάτων, επιλόχεια λοίμωξη, σηπτική απόξεση και ενδομητρίτιδα. Προφύλαξη κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων ιδιαίτερα του πεχέος εντέρου και στις γυναικολογικές επεμβάσεις.

Αντενδείξεις: σε ασθενείς με παθήσεις του Κ.Ν.Σ. ή στους ασθενείς που παρουσιάζουν ευαισθησία στις νιτροιμιδαζόλες, σε λευκοπενία και κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. (συνταγολόγιο 2003 σελ.312) .

Δοσολογία: αναερόβιες λοιμώξεις: εγχύσεις 2g εφάπαξ και στη συνέχεια 1g για 5-6 ημέρες.

Αμοιβάδωση: 500mg/12ωρο για 5-10 ημέρες ή 2g/24ωρο σε εφάπαξ δόση για 3 ημέρες.

Λαμβλίαση: 2g εφάπαξ.πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι η κλινική εμπειρία σε αναερόβιες λοιμώξεις είναι πολύ μικρή, γι'αυτό είναι προτιμότερο να δίνεται μετρονιδαζόλη ή ορνιδαζόλη. (συνταγολόγιο 2003 σελ.313) .

ΑΝΤΙΛΕΙΠΡΙΚΑ

• ΔΑΨΟΝΗ

Ενδείξεις: νόσος του Hansen. Πρόληψη από *Pneumocystis carinii* σε άτομα HIV(+) με δυσανεξία στις σουλφοναμίδες.

Αντενδείξεις: νεφρική ανεπάρκεια, υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: υπάρχουν ειδικά για τη λέπρα θεραπευτικά σχήματα με δόσεις 25-400mg 2 φορές την εβδομάδα. Για προφύλαξη 150mg 2 φορές την εβδομάδα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.313) .

• ΚΛΟΦΑΖΙΜΙΝΗ

Ενδείξεις: νόσος του Hansen.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο

Δοσολογία: 100mg 3-6 φορές την εβδομάδα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.313) .

• ΣΟΥΛΦΟΞΟΝΗ

Ενδείξεις: νόσος του Hansen. Πρόληψη από *Pneumocystis carinii* σε άτομα HIV(+) με δυσανεξία στις σουλφοναμίδες.

Αντενδείξεις: νεφρική ανεπάρκεια, υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: υπάρχουν ειδικά θεραπευτικά σχήματα με δόσεις 330mg 2-6 φορές την εβδομάδα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.314) .

ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΑ

• ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝ Η Β

Ενδείξεις: ενδοφλεβίως σε συστηματικές μυκητιάσεις από *Candida* sp, *Aspergillus* sp, *Cryptococcus neoformans*, ιστόπλασμα κ.α. είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί λεισημανίαση, ανθεκτική στα πεντασθενή άλατα του αντιμονίου.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: έναρξη με δοκιμαστική δόση: 1mg σε διάλυμα 50ml δεξτρόζης 5% σε στάγδην IV έγχυση 1-2 ωρών, με παρακολούθηση της θερμοκρασίας, σφυγμού και πίεσης ανά ημίωρα διαστήματα. Μικρό ποσοστό ασθενών δυνατόν να παρουσιάσουν σοβαρή υπόταση ή αναφυλακτική αντίδραση, οπότε διακόπτεται η χορήγηση της αμφοτερικίνης β και χορηγείται κορτιζόνη και υποστηρικτική αγωγή. Σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με γενικευμένη μυκητίαση και σηπτική εικόνα συνίσταται η χορήγηση της μέγιστης δόσης σε συντομότερο

διάστημα διπλασιάζοντας την αρχική δόση των 0,25mg/kg/12ωρο ώστε εντός 24-36ωρών να επιτευχθεί η μέγιστη δόση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.315) .

• ΛΙΠΟΣΩΜΙΑΚΗ ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝΗ Β

Ενδείξεις: περιπτώσεις γενικευμένων μυκητιάσεων, όταν η χρήση της κλασικής αμφοτερικίνης αντενδείκνυται, εξαιτίας προυπάρχουσας νεφρικής ανεπάρκειας όπως και σε ασθενείς που ενώ λαμβάνουν την κλασική αμφοτερικίνη, εμφανίζουν τοξικότητα (νεφροτοξικότητα, υποκαλιαιμία).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: απαιτείται δοκιμαστική χορήγηση πριν την έναρξη της θεραπείας. Μέγιστη αθροιστική δόση 1-3g αμφοτερικίνης σε 3-4 εβδομάδες. Σε σπλαχνική λεισημανίαση χορηγείται σε δόση 1-1,5mg/kg/24ωρο επί 21 ημέρες ή εναλλακτική δόση 3mg/kg/24ωρο τις πρώτες πέντε ημέρες και την 10^η μέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.316)

• ΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝΗΣ Β

Ενδείξεις: περιπτώσεις γενικευμένων μυκητιάσεων, όταν η χρήση της κλασικής αμφοτερικίνης αντενδείκνυται, εξαιτίας προυπάρχουσας νεφρικής ανεπάρκειας όπως και σε ασθενείς που ενώ λαμβάνουν την κλασική αμφοτερικίνη, εμφανίζουν τοξικότητα (νεφροτοξικότητα, υποκαλιαιμία).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.316)

Δοσολογία: 5mg/kg/24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.317) .

• ΚΟΛΛΟΕΙΔΕΣ ΕΝΑΙΩΡΗΜΑ ΑΜΦΟΤΕΡΙΚΙΝΗΣ Β

Ενδείξεις: περιπτώσεις γενικευμένων μυκητιάσεων, όταν η χρήση της κλασικής αμφοτερικίνης αντενδείκνυται, εξαιτίας προυπάρχουσας νεφρικής ανεπάρκειας όπως και σε ασθενείς που ενώ λαμβάνουν την κλασική αμφοτερικίνη, εμφανίζουν τοξικότητα (νεφροτοξικότητα, υποκαλιαιμία).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.316)

Δοσολογία: 3-4mg/kg/24ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.317) .

• ΙΤΡΑΚΟΝΑΖΟΛΗ

Ενδείξεις: επιφανειακές μυκητιάσεις (δερματομυκητιάσεις, μονιλίαση στόματος, πεπτικής οδού, κόλπου) ποικιλόχρους πιτυρίαση, και μερικές γενικευμένες μυκητιάσεις ιδιαίτερα σε ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο. Εγκυμοσύνη

Δοσολογία: σε στοματοφαρυγγικές μυκητιάσεις από το στόμα 100mg ημερησίως για 15 ημέρες. Σε ποικιλόχρου πιτυρίαση και δερματόφυτα 200mg ημερησίως για 7 ημέρες. Σε ονυχομυκητίαση 200mg ημερησίως για 3 μήνες. Σε συστηματικές μυκητιάσεις 400-800mg ημερησίως. Σε συστηματικές μυκητιάσεις σε ανοσοκατεσταλμένους και ασθενείς που πάσχουν από AIDS μπορεί να αυξηθεί η δοσολογία η και να παραταθεί επί πολλούς μήνες η διάρκεια της θεραπείας. Δεν επηρεάζεται η δοσολογία της από τη νεφρική ανεπάρκεια. (συνταγολόγιο 2003 σελ.317)

• ΚΕΤΟΚΟΝΑΖΟΛΗ

Ενδείξεις: συστηματικές μυκητιάσεις, ανθεκτικές τοπικές μυκητιάσεις δέρματος και βλεννογόνων, προφυλακτικώς σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

Αντενδείξεις: ηπατική ανεπάρκεια, κύηση, γαλουχία, παιδιά κάτω των 2 ετών, υπερευαίσθησία στο φάρμακο. Επίσης, σε μυκητιασική μηνιγγίτιδα γιατί δε διέρχεται το αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Δοσολογία: δισκία: συνήθως 200mg ημερησίως. Σε βαριές μυκητιάσεις μέχρι 400mg ημερησίως. Η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται από 1-4 εβδομάδες ανάλογα με την περίπτωση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.318)

• ΝΥΣΤΑΤΙΝΗ

Ενδείξεις: μονιλίαση δέρματος και βλεννογόνων.

Αντενδείξεις: υπερευαίσθησία στο φάρμακο

Δοσολογία: σε εντερική καντιντίαση σε ενήλικες 5ml (500.000u) 4φορές την ημέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.318)

• ΜΙΚΟΝΑΖΟΛΗ

Ενδείξεις: εναλλακτική θεραπεία σε κρυπτοκοκκική λοίμωξη του Κ.Ν.Σ. χορηγούμενη τόσο ενδοφλεβίως όσο και ενδοραχιαίως. Επίσης, αποτελεί το φάρμακο εκλογής σε συστηματική μυκητίαση από *Pseudallescheria boydii*.

Αντενδείξεις: υπερευαίσθησία στο φάρμακο, ηπατική ανεπάρκεια.

Δοσολογία: από το στόμα σε μονιλίαση στόματος και πεπτικής οδού 250mg κάθε 6ώρες για 10 ημέρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.318-319)

• ΦΘΟΡΙΟΚΥΤΟΣΙΝΗ

Ενδείξεις: συστηματικές μυκητιάσεις από ευαίσθητα στελέχη candida, aspergillus και ιδίως κρυπτόκοκκο, πάντοτε σε συνδυασμό με Αμφοτερικίνη Β.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο

Δοσολογία: 150mg/kg/24ωρο κατανεμημένα σε τέσσερις δόσεις. Έχει συνεργική δράση με την αμφοτερικίνη, σε βαριές λοιμώξεις χορηγείται σε συνδυασμό. Σε νεφρική ανεπάρκεια χρειάζεται μείωση της δοσολογίας: CrCl 10-50ml/min 37mg/kg/12-24ωρες. CrCl <10ml/min παρακολούθηση επιπέδων. (συνταγολόγιο 2003 σελ.319)

• ΦΛΟΥΚΟΝΑΖΟΛΗ

Ενδείξεις: κρυπτοκόκκωση περιλαμβανομένης και της κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας, συστηματική μονιλίαση, περιλαμβανιμένης της καντιντεμίας, της μονιλιασικής περιτονίτιδας, και της μονιλιάσεως του ουροποιητικού συστήματος. Επίσης, ενδείκνυται στη θεραπεία των επιλογής μυκητιάσεων των βλεννογόνων.

Αντενδείξεις: η φλουκοναζόλη δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με γνωστή ευαισθησία στο φάρμακο ή σε συγγενή σκευάσματα τριαζολών,

Δοσολογία: χορηγείται από το στόμα και ενδοφλεβίως. Σε συστηματικές μυκητιάσεις συνίσταται δόση 600-800mg ημερησίως (10mg/kg/24ωρο). Η διάρκεια θεραπείας είναι ανάλογη της βαρύτητας και της εντόπισης της λοίμωξης. Στη θεραπεία της στοματοφαρυγγίτιδας και οισοφαγίτιδας συνίσταται δόση 100-200mg εφάπαξ επί 7-14 ημέρες. Επί κολπικής καντιντιάσεως χορηγούνται 150mg εφάπαξ από το στόμα. Επί ναφρικής ανεπάρκειας η ημερήσια δόση πρέπει να τροποποιείται ανάλογα με τις τιμές καθάρσεων της κρεατινίνης ως κατωτέρω. Καθάριση κρεατινίνης: (ml/min) \geq 40 κάθε 24 ώρες, 21-40 κάθε 48 ώρες η μισή ημερήσια δόση, 10-20 κάθε 72 ώρες το 1/3 της ημερήσιας δόσης. Ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση μία δόση μετά από κάθε συνεδρία. (συνταγολόγιο 2003 σελ.320)

ΙΟΣΤΑΤΙΚΑ

A) ANTIERPHTIKA

• AKYKΛOBIPH

Ενδείξεις: σοβαρές λοιμώξεις από ερπητοϊούς (ιός απλού έρπητα, έρπητα ανεμευλογιάσ-ζωστήρα), ιδιαιτέρως σε αρρώστους με ανοσοκαταστολή και σε πάσχοντες από AIDS. Επίσης, για πρόληψη των υποτροπών.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: από το στόμα 200-400mg 5 φορές την ημέρα για 5 ημέρες. Ενδοφλεβίως σε βραδεία έγχυση (1 ώρα) 5mg/kg/8ωρο και σε σοβαρές λοιμώξεις π.χ. λοίμωξη του Κ.Ν.Σ., ανεμευλογία ενήλικος και επί εγκυμοσύνης 10mg/kg/8ωρο IV επί 20 μέρες. Σε έρπητα ζωστήρα 800mg 5 φορές την ημέρα επί 10 ημέρες. Σε νεφρική ανεπάρκεια με CrCl < 10 ml/min η δοσολογία πρέπει να μειώνεται στο ένα τρίτο έως ένα τέταρτο της ημερήσιας δόσης. (συνταγολόγιο 2003 σελ.320)

- ΑΜΑΝΤΑΔΙΝΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ

Ενδείξεις: προφύλαξη και θεραπεία από τον ιό της ινφλουέντζας Α (να δοθεί εγκαίρως κατά την έναρξη της νόσου. Εν τούτοις οι παρενέργειες του φαρμάκου καθιστούν επιφυλακτική τη χορήγησή του).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: 100mg/12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.321)

- ΒΑΛΑΣΙΚΛΟΒΙΡΗ

Ενδείξεις: για τη θεραπεία λοιμώξεων από ερπητοϊούς (ιός απλού έρπητα 1 και 2, έρπητα ζωστήρα).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στην βαλασικλοβίρη και την ακυκλοβίρη.

Δοσολογία: έρπητας ζωστήρας 1000mg 3 φορές την ημέρα per os επί 7 ημέρες. Έρπητας απλός 500mg δύο φορές την ημέρα επί 5 ημέρες (έως και επί 10 ημέρες επί σοβαρής προσβολής).σε ασθενείς με έρπητα ζωστήρα και επί νεφρικής ανεπάρκειας με κάθαρση κρεατινίνης 15-30ml/min δίδονται 1000mg/12ωρο, ενώ εάν η κάθαρση είναι <15ml/min όπως και σε καθαιρόμενους ασθενείς δίδονται 1000mg εφάπαξ το 24ωρο ή μετά την αιμοκάθαρση αντιστοίχως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.321)

- ΒΙΔΑΡΑΒΙΝΗ

Ενδείξεις: σοβαρές λοιμώξεις από ιό του απλού έρπητα, έρπητα ζωστήρα, ανεμευλογιάς, κυρίως σε άτομα υπό ανοσοκαταστολή.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: 10-15mg/kg/24ωρο σε στάγδην έγχυση διάρκειας 12-24 ωρών, αραιωμένα σε ισότονο διάλυμα δεξτρόζης για 10 ημέρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.322)

- ΜΕΘΙΣΟΠΡΙΝΟΛΗ

Ενδείξεις: υποξεία σκληρυντική παρεγκεφαλίτιδα και απλός έρπητας.

Αντενδείξεις: ουρική αρθρίτιδα, νεφρική ανεπάρκεια, νεφρολιθίαση, εκτακτοσυστολές, εγκεφαλικά επεισόδια, αυτοάνοσα νοσήματα, παθήσεις του στομάχου. Να μη χορηγείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

Δοσολογία: συνήθως 4g την ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις. (συνταγολόγιο 2003 σελ.322)

- ΦΑΜΣΙΚΛΟΒΙΡΗ

Ενδείξεις: για τη θεραπεία της λοίμωξης από τον ιό του έρπητα ζωστήρα

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Δοσολογία: από το στόμα 250mg 3 φορές την ημέρα επί επτά ημέρες. Πρέπει να δίδεται με την εμφάνιση του εξανθήματος. Επί νεφρικής ανεπάρκειας, εάν η κάθαρση κρεατινίνης είναι 30-60ml/1.73 (τετραγωνικά μέτρα) χορηγούνται 250ml/12ωρο, εάν είναι 10-30 (ml/min/1.73 τετραγωνικά μέτρα) δίδονται 250mg/24ωρο και 750mg αμέσως μετά από κάθε αιμοκάθαρση. (συνταγολόγιο 2003 σελ.322)

B) ANTIPEΤPOIKA

- Αναστολείς της αναστροφής μεταγραφάσης του ιού HIV – νουκλεοσιδικοί αναστολείς

- ΑΒΑΚΑΒΙΡΗ

Ενδείξεις: επίκτητη ανοσοανεπάρκεια από τον ιό HIV σε συνδυασμό με άλλα αντιρετροικά φάρμακα.

Αντενδείξεις: βαριά ηπατική ανεπάρκεια, εγκυμοσύνη, θηλασμός, τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, υπερευαισθησία στο προϊόν.

Δοσολογία: 300mg δύο φορές την ημέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.323)

- ΔΙΔΑΝΟΣΙΝΗ

Ενδείξεις: θεραπεία ενηλίκων και παιδιών άνω των 6μηνών με συμπτωματικό σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας όταν δεν ανέχονται τη ζιδοβουδίνη ή έχουν εμφανίσει κλινική ή ανοσολογική επιδείνωση με αυτή ή αν η χορήγησή της κρίνεται απρόσφορη.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε άλλο συστατικό του προϊόντος. Ηπατική ανεπάρκεια από προηγούμενη χορήγησή της. Θηλασμός.

Δοσολογία: σε ενηλίκους κάτω των 60kg χορηγούνται 125mg/12ωρο και άνω των 60kg 200mg/12ωρο. Να λαμβάνεται τουλάχιστον 30 λεπτά πριν από το γεύμα (ελάττωση απορρόφησης παρουσία τροφής). (συνταγολόγιο 2003 σελ.323-324)

- ΖΑΛΣΙΤΑΒΙΝΗ

Ενδείξεις: προχωρημένες μορφές επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, σε ασθενείς στους οποίους αναπτύχθηκαν φαινόμενα μη ανοχής στην ζιδοβουδίνη ή σε αστοχία της.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Περιφερική νευροπάθεια.

Δοσολογία: 0,750mg κάθε 8 ώρες. Δεν έχει αποδειχθεί η ασφάλειά του σε παιδιά κάτω των 13 ετών και ηλικιωμένους. (συνταγολόγιο 2003 σελ.324)

- ΖΙΔΟΒΟΥΔΙΝΗ

Ενδείξεις: προχωρημένες μορφές επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ή το σχετιζόμενο με αυτή σύνδρομο. Πρώιμα στάδια της νόσου όταν υπάρχουν ενδείξεις προοδευτικής εξέλιξης.

Αντενδείξεις: λευκοπενία, αναιμία, υπερευαισθησία στην ουσία.

Δοσολογία: σε HIV(+) ασθενή συνιστώνται 200mg κάθε 8 ώρες από το στόμα ή 250mg/12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.324-325)

- ΛΑΜΙΒΟΥΔΙΝΗ

Ενδείξεις: θεραπεία ενηλίκων ασθενών με προιούσα ή προχωρημένη επίκτητη ανοσολογικά ανεπάρκεια (CD4<500mm³ ή /και HIVRNA >5.000 cop/ml) σε συνδυασμό με άλλους αντιρετροικούς παράγοντες (π.χ. νουκλεοσιδικά ανάλογα)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία.

Δοσολογία: 150mg/12ωρο (ανεξαρτήτως λήψεως τροφής). Επί νεφρικής ανεπάρκειας η δόση τροποποιείται όταν η κάθαρση κρεατινίνης είναι μικρότερη από 50ml/min (30-50ml/min 150mg/24ωρο, 15-30ml/min 100mg/24ωρο, 5-15ml/min 50mg/24ωρο και <5ml/min 25mg/24ωρο). (συνταγολόγιο 2003 σελ.325)

- ΛΑΜΙΒΟΥΔΙΝΗ + ΖΙΔΟΒΟΥΔΙΝΗ

Ενδείξεις: αντιμετώπιση της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας από τον ιό HIV.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία.

Δοσολογία: ένα δισκίο δύο φορές την ημέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.325)

- ΣΤΑΒΟΥΔΙΝΗ

Ενδείξεις: προχωρημένη ή προοδευτική επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια από τον ιό HIV.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Κύηση και γαλουχία.

Δοσολογία: για ενήλικους και παιδιά άνω των 12ετών 30mg/12ωρο μία ώρα πριν τα γεύματα σε βάρος ασθενούς <60kg ή 40mg/12ωρο σε βάρος ≥60kg. Δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τη χρήση του σε παιδιά. (συνταγολόγιο 2003 σελ.326)

- αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης του ιού HIV –μη νουκλεοσιδικοί αναστολείς

- ΕΦΑΒΙΡΕΝΖΗ

Ενδείξεις: επίκτητη ανοσοανεπάρκεια από τον ιό HIV σε συνδυασμό με άλλα αντιρετροϊκά φάρμακα.

Αντενδείξεις: βαριά ηπατική ανεπάρκεια, θηλασμός, εγκυμοσύνη, υπερευαισθησία στο προϊόν.

Δοσολογία: 600mg εφάπαξ ημερησίως. (συνταγολόγιο 2003 σελ.326)

- ΝΕΒΙΡΑΠΙΝΗ

Ενδείξεις: προχωρημένη ή προοδευτική επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια από τον ιό HIV.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Κύηση και γαλουχία.

Δοσολογία: 200mg ημερησίως τις πρώτες 14 ημέρες. Εάν δεν εμφανιστεί εξάνθημα, αύξηση της δόσης σε 400mg ημερησίως σε συνδυασμό με δύο τουλάχιστον αντιρετροϊκα φάρμακα, τα οποία δεν έχει λάβει προηγουμένως. Δεν έχει τεκμηριωθεί η ασφάλεια σε παιδιά κάτω των 16ετών. (συνταγολόγιο 2003 σελ.326-327)

- Αναστολείς της πρωτεάσης

- ΙΝΔΙΝΑΒΙΡΗ

Ενδείξεις: θεραπεία ενηλίκων ασθενών με προιούσα ή προχωρημένη επίκτητη ανοσολογικά ανεπάρκεια (CD4<500mm³ ή /και HIVRNA >5.000 cop/ml) σε συνδυασμό με άλλους αντιρετροϊκούς παράγοντες (π.χ. νουκλεοσιδικά ανάλογα)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Θηλασμός. Ταυτόχρονη χορήγηση με φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους που είναι υποστρώματα του CYP 3A4. δεν χορηγείται σε παιδιά.

Δοσολογία: 800mg ανά 8ωρο. για καλύτερη απορρόφηση θα πρέπει να χορηγείται χωρίς τροφή, με νερό, 1 ώρα πριν ή 2 ώρες μετά από γεύμα. Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί με ελαφρύ γεύμα φτωχό σε λιπαρά. Συνιστάται η λήψη τουλάχιστον 1,5lt υγρών/24ωρο. η επαρκής ενυδάτωση μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης νεφρολιθίασεως. Η χορήγηση με διδανοσίνη απαιτεί τα φάρμακα να χορηγούνται με διαφορά τουλάχιστον μίας ώρας με άδειο στομάχι. Επί ηπατικής ανεπάρκειας 600mg/8ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.327-328)

- ΝΕΛΦΙΝΑΒΙΡΗ

Ενδείξεις: προχωρημένη ή προοδευτική επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια από τον ιό HIV.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Κύηση και γαλουχία.

Δοσολογία: 750mg 3φορές την ημέρα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.328)

- PITONABIPH

Ενδείξεις: θεραπεία ενηλίκων ασθενών με προιούσα ή προχωρημένη επίκτητη ανοσολογικά ανεπάρκεια (CD4<500mm³ ή /και HIVRNA >5.000 cop/ml) σε συνδυασμό με άλλους αντιρετροϊκούς παράγοντες (π.χ. νουκλεοσιδικά ανάλογα)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Θηλασμός. Παιδιά κάτω των 12 ετών. Βαριά ηπατική ανεπάρκεια. Αντενδείκνυται η συγχορήγησή του με φάρμακα που χρησιμοποιούν για το βιομετασχηματισμό τους τα CYP 3A και CYP 2D6.

Δοσολογία: 600mg/12ωρο, κατά προτίμηση με τροφή. Το πόσιμο διάλυμα δεν πρέπει να αναμιγνύεται με νερό, μπορεί όμως να αναμιχθεί με σοκολατούχο γάλα. (συνταγολόγιο 2003 σελ.328-329)

- ΣΑΚΟΥΙΝΑΒΙΡΗ

Ενδείξεις: θεραπεία ενηλίκων ασθενών με προιούσα ή προχωρημένη επίκτητη ανοσολογικά ανεπάρκεια (CD4<500mm³ ή /και HIVRNA >5.000 cop/ml) σε συνδυασμό με άλλους αντιρετροϊκούς παράγοντες (π.χ. νουκλεοσιδικά ανάλογα)

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Θηλασμός.

Δοσολογία: 600mg/8ωρο (INVIRASE) ή 1200mg/8ωρο (FORTOVASE), εντός δύο ωρών μετά από γεύμα (αυξημένη απορρόφηση παρουσία τροφής ή /και χυμού γκρέιπ –φρουτ). (συνταγολόγιο 2003 σελ.329)

-Φάρμακα κατά του κυτταρομεγαλοϊού

- ΓΚΑΝΣΙΚΛΟΒΙΡΗ

Ενδείξεις: απειλητικές για τη ζωή και την όραση λοιμώξεις από κυτταρομεγαλοϊό. Πρόληψη πιθανής μόλυνσης σε ασθενείς θετικούς στον ιό HIV.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Κύηση, γαλουχία.

Δοσολογία: έναρξη με 5mg/kg ενδοφλεβίως ανά 12ωρο για 14-21 ημέρες. Συντήρηση 5mg/kg ενδοφλεβίως ημερησίως 5 ημέρες την εβδομάδα. Σε ασθενείς με αμφιβληστροειδοπάθεια μετά την ενδοφλέβια θεραπεία συνιστάται χορήγηση δισκίων από του στόματος σε δόση 1000mg 3φορές την ημέρα. Προφυλακτικώς: 1000mg 3 φορές την ημέρα. Σε νεφρική ανεπάρκεια μείωση της δόσεως σε 500-1500mg ημερησίως ανάλογα με την κάθαρση κρεατινίνης. (συνταγολόγιο 2003 σελ.329-331)

- ΝΑΤΡΙΟΥΧΟΣ ΦΟΣΚΑΡΝΕΤΗ

Ενδείξεις: αμφιβληστροειδοπάθεια από κυτταρομεγαλοϊό σε ασθενείς με επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία. Κύηση, γαλουχία.

Δοσολογία: ενδοφλεβίως 20mg/kg επί 30' και στη συνέχεια 90-120mg/kg ανάλογα με τη νεφρική λειτουργία για 2-3 εβδομάδες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.331)

- Φάρμακα κατά του αναπνευστικού συγκυτιακού ιού

- ΠΑΛΙΒΙΖΟΥΜΑΜΠΗ

Ενδείξεις: πρόληψη σοβαρής νόσου του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος από τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV), που απαιτεί εισαγωγή σε νοσοκομείο, σε βρέφη που έχουν γεννηθεί μετά από κύηση 35 εβδομάδων ή και λιγότερο και ήταν ηλικίας μικρότερης των 6 μηνών κατά την έναρξη της εποχιακής έξαρσης του ιού RSV. Βρέφη κάτω των 2 ετών που χρειάστηκαν αγωγή για βρογχοπνευμονική δυσπλασία μέσα στους τελευταίους 6 μήνες.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή άλλο μονοκλωνικό αντίσωμα.

Δοσολογία: 15mg/kg άπαξ μηνιαίως ενδομυϊκώς κατά τη διάρκεια της εποχιακής έξαρσης του ιού. Ενέσιμοι όγκοι άνω του 1ml να χορηγούνται με ξεχωριστές ενέσεις. (συνταγολόγιο 2003 σελ.331-332)

- ΡΙΜΠΙΒΙΡΙΝΗ

Ενδείξεις: χρόνια ηπατίτιδα C σε συνδυασμό με ιντερφερόνη άλφα-2b σε ασθενείς α) που έχουν ανταποκριθεί στη θεραπεία με ιντερφερόνη αλλά έχουν υποτροπιάσει και β) που δεν έχουν κάνει προηγούμενη θεραπεία και έχουν ίνωση ή υψηλή φλεγμονώδη δραστηριότητα.

Αντενδείξεις: εγκυμοσύνη, θηλασμός, ιστορικό σοβαρής καρδιοπάθειας, αιμοσφαιρινοπάθεια, βαριές παθήσεις με έντονη εξασθένηση, προηγούμενη βαριά ψυχιατρική διαταραχή (ιδιαίτερα κατάθλιψη), σοβαρή ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, αυτοάνοση πάθηση, θυρεοειδοπάθεια.

Δοσολογία: σε ασθενείς με βάρος ≤ 75 kg 400mg το πρωί και 600mg το βράδυ. Σε ασθενείς >75 kg 600το πρωί και 600 το βράδυ. Η θεραπεία συνδυάζεται με χορήγηση ιντερφερόνης άλφα-2b. Η βέλτιστη διάρκεια της θεραπείας δεν έχει καθοριστεί. (συνταγολόγιο 2003 σελ.332)

- Φάρμακα κατά της γρίπης (ινφλουέντσας)

- AMANTAΔΙΝΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ

Ενδείξεις: προφύλαξη και θεραπεία από τον ιό της ινφλουέντσας Α (να δοθεί εγκαίρως κατά την έναρξη της νόσου. Εν τούτοις οι παρενέργειες του φαρμάκου καθιστούν επιφυλακτική τη χορήγησή του).

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία.

Δοσολογία: 100mg/12ωρο. (συνταγολόγιο 2003 σελ.333)

- ZANAMIBIPH

Ενδείξεις: αντιμετώπιση ινφλουέντσας Α και Β με την έναρξη των συμπτωμάτων εφόσον υπάρχει επιδημία στην κοινότητα.

Αντενδείξεις: θηλασμός, υπερευαισθησία στο προϊόν.

Δοσολογία: δύο εισπνοές (2×75mg) δύο φορές την ημέρα επί 5 ημέρες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.333)

- Φάρμακα κατά της ηπατίτιδας

- ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΑΛΦΑΚΟΝΗ Ι

Ενδείξεις: Ηπατίτιδα C σε άτομα ηλικίας άνω των 18ετών.

Αντενδείξεις: επιληψία ή ιστορικό οξέων ψυχιατρικών επεισοδίων (βαριά κατάθλιψη, αυτοκτονικές τάσεις, κλπ.), οξεία καρδιακή, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, χρόνια ηπατίτιδα σε ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε πρόσφατα ανοσοκατασταλτική αγωγή, αυτοάνοση ηπατίτιδα, άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, θυρεοειδοπάθεια εκτός εάν αντιμετωπίζεται επαρκώς.

Δοσολογία: 9mcg τρεις φορές την εβδομάδα υποδορίως. Συνιστάται η αγωγή να διαρκέσει τουλάχιστον 12 μήνες. (συνταγολόγιο 2003 σελ.333-334)

22. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

√ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ :

αναφυλακτικό σοκ, αγγειίτις, κνησμός προσώπου, κνησμός τριχωτού της κεφαλής, αγγειονευρωτικό οίδημα,

√ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Αλωπεκία, δερματίτιδα, πολύμορφο ερύθημα, λεμφαδενοπάθεια, τοξική επιδερμική νεκρόλυση, εξάνθημα, ωχρότητα, πόνος από τοπική αντίδραση στην περιοχή της ένεσης, ερυθρηματοβλατιδώδες εξάνθημα, ονυχόλυση, φαιά χρώση δέρματος και βλεννογόνων, ερεθισμός του δέρματος κατά μήκος των μεγάλων φλεβών(εφόσον η ενδοφλέβια έγχυση διαρκεί λιγότερο από 15 min)

√ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ-ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Κυκλοφορική ανεπάρκεια, υπόταση, θρομβοφλεβίτιδα, ηωσινοφιλία, λευκοπενία, ουδετεροπενία, θρομβοπενία, θετική άμεσος Coombs που σπανίως συνοδεύεται από αιμολυτική αναιμία, αύξηση τρανσαμινάσων, αύξηση αλκαλικής φωσφατάσης, αύξηση LDH, παράταση χρόνου Quick, αύξηση χολερυθρίνης, αύξηση κρεατινίνης, αύξηση γαλακτικής αφυδρογονάσης, αύξηση ουρίας, αύξηση ουρικού οξέος στο αίμα, υποκαλιαιμία, θρομβοπενική πορφύρα, αιμορραγίες, μεθαιμοσφαιριναιμία, μακροκυτταρική αναιμία, ακοκκυοκυτταραιμία, απλαστική αιμολυτική αναιμία, πιθανότητα αιμόλυσης(λόγω έλλειψης G-6-PD), αγγειονευρωτικό οίδημα, αύξηση ενδοκράνιας πίεσης, μυελική απλασία: α) δοσοεξαρτώμενη β) ανεξαρτήτου δόσεως, πυρετός και επί λοιμώξεις λόγω μη ανάπτυξης ανθεκτικών στελεχών, αίσθημα πύρωσης, υπερπυρεξία,

√ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Πνευμονικές αντιδράσεις, αναπνευστική δυσχέρεια, κυάνωση, βρογχόσπασμος, οξέωση, μεταβολική οξέωση

√ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Ψύχωση, διανοητική σύγχυση, κατάθλιψη, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, μυοκλονίες, διαταραχές μνήμης, επιληπτικοί σπασμοί, σπασμοί τύπου Grand mal, υπνηλία, αϋπνίες, δυσαρθρία, ευερεθιστότητα, αταξία, αδυναμία, κόπωση, λήθαργος, υπερδιέγερση, περιφερική νευροπάθεια, κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγος, διαταραχές λαβυρίνθου, νευροψυχικές διαταραχές,

√ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Οξεία φλεγμονή ουροποιητικού, κετονουρία, διάμεση νεφρίτιδα, σχηματισμός κρυστάλλων στα ούρα, παρουσία κυλίνδρων στα ούρα, παρουσία ερυθρών στα ούρα, παρουσία λευκοκυττάρων στα ούρα, καύσος στην ουρήθρα και στο αιδοίο, ερυθρά χρώση ούρων, τοξική νεφροπάθεια, σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζεται νεφροτοξικότητα, κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας,

√ ΠΕΠΤΙΚΟ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Πεπτικές διαταραχές, ναυτία, εμετοί, διάρροια, διαταραχές γεύσης, μεταλλική γεύση, ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα, ανορεξία, γλωσσίτιδα, στοματίτιδα, ουλίτιδα, αναστρέψιμη παγκρεατίτιδα, ηπατίτιδα, ηπατική δυσλειτουργία, σύνδρομο δυσαπορρόφησης σε μακροχρόνια χορήγηση, χολοστατικός ίκτερος, διάταση κοιλίας, κοιλιακοί πόνοι

√ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Περιγεννητικός κνησμός, κολπίτιδα, ανάπτυξη μονιλίασης στην περιγεννητική περιοχή ή περιπρωκτική περιοχή, γυναικομαστία, μηνορραγίες, ανικανότητα

√ ΟΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Διαταραχές όρασης, διπλωπία, θάμβος οράσεως, επιπεφυκίτιδα, οπισθοβολβική νευρίτιδα (εκδηλώνεται με θολερότητα, κεντρικά σκοτώματα, δυσχρωματοψία), φωτοευαισθησία

√ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ :

Νευρομυικός αποκλεισμός, αρθραλγίες, αρθρίτιδες, τενοντίτιδα έως και ρήξη τένοντος σε ηλικιωμένους, κίνδυνος επιδείνωσης βαριάς μυασθένειας, οστεαλγίες,

Επίσης, είναι πιθανόν να παρατηρηθούν και οι εξής ανεπιθύμητες ενέργειες: διαταραχές ακοής, ωτοτοξικότητα και διαταραχές όρασης (συνταγολόγιο 2003)

23. ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Κλινικά σύνδρομα των υπερήλικων που οφείλονται σε διατροφικές ανεπάρκειες
Οι σπουδαιότερες κλινικές εκδηλώσεις των υπερήλικων που οφείλονται σε διατροφικές ανεπάρκειες είναι:

ο θερμιδό-πρωτεϊνικός υποσιτισμός,

η σιδηροπενική αναιμία,

η αναιμία που οφείλεται σε ανεπάρκεια του φυλλικού οξέος ή και βιταμίνης B12
η ανεπάρκεια σε βιταμίνη C (σκορβούτο) και βιταμίνης D (οστεομαλακία)

- Προφύλαξη από τον υποσιτισμό

Οι ασαφείς χαρακτήρες της διατροφικής ανεπάρκειας των υπερήλικων συνοψίζεται παρακάτω:

Ένα σημαντικό ποσοστό των υπερήλικων εμφανίζουν χαμηλές διαιτολογικές προσλήψεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης θρεπτικών στοιχείων και κοινωνικό-οικονομικών παραμέτρων, καθώς και φυσικών διαταραχών, από τις οποίες ιδιαίτερα σοβαρές είναι εκείνες που υποχρεώνουν το άτομο να νοσηλεύεται στο σπίτι του.

Πολλά ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν επίπεδα θρεπτικών στοιχείων στο αίμα και στους ιστούς πολύ χαμηλότερα από εκείνα που κάπως αυθαίρετα λαμβάνονται σαν φυσιολογικά η απαραίτητα για τα νέα άτομα. Τα πιο χαμηλά από αυτά επίπεδα απαντώνται σε άτομα με κάποια μορφή φυσικής ανικανότητας.

Πολύ σπάνια, οι χαμηλές αυτές προσλήψεις και τα παθολογικά βιοχημικά αποτελέσματα συνδυάζονται με ορισμένη διαταραχή της μορφής ή της λειτουργίας του οργανισμού, που απαιτείται για τη διάγνωση του κλινικού υποσιτισμού.

Γενικά θεωρούνται άγνωστα η σπουδαιότητα της υποκλινικής μορφής του υποσιτισμού και ο βαθμός της βελτίωσης των ηλικιωμένων αυτών ατόμων, μετά από αυξημένη διαιτολογική πρόσληψη. Ωστόσο φαίνεται μάλλον συνετό να γίνει προσπάθεια ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα της πρόσληψης των θρεπτικών στοιχείων, με σκοπό να γίνουν τα άτομα αυτά πιο ανθεκτικά στις επιδράσεις του στρες, το οποίο οφείλεται συχνά σε μη διατροφικές αιτίες, αλλά δυστυχώς αυξάνει η συχνότητα και η ένταση του με την ηλικία.

Γενικά, η βελτίωση της διατροφικής κατάστασης των υπερήλικων μπορεί να στηριχθεί στους παρακάτω χειρισμούς:

α) Εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων

Θα πρέπει υποχρεωτικά να γίνονται τέτοιου είδους εκτιμήσεις, με στατιστικά δείγματα για την αξιολόγηση του υπόλοιπου πληθυσμού και να λαμβάνεται πρόνοια για την πρόληψη ή και την θεραπεία των πιθανών συνδρόμων που θα απομονώνονται

β) Συμπληρωματική χορήγηση ορισμένων θρεπτικών στοιχείων ή και καθορισμένος εμπλουτισμός της δίαιτας

Ο πιο ικανοποιητικός τρόπος για την βελτίωση της διατροφής είναι η βελτίωση της ποιότητας και σε ορισμένες περιπτώσεις της ποσότητας της δίαιτας των ατόμων. Το πρώτο επιτυγχάνεται με πολλούς τρόπους ανάλογα με τη φύση των θρεπτικών στοιχείων που χαρακτηρίζουν την ανεπάρκεια. Αν λ.χ. η ανεπάρκεια είναι βιταμίνη, τότε απαιτείται αύξηση στην κατανάλωση των φρούτων και των λαχανικών, ενώ για τη βιταμίνη υ

απαιτείται εμπλουτισμός ορισμένων βασικών τροφών (π.χ. μαργαρίνης, γάλατος κ.λ.π.). Το δεύτερο, όμως σκέλος έχει χαρακτήρα περισσότερο οικονομικό.



- Αλλαγές που συνδέονται με τη γήρανση.

Ένας αριθμός αλλαγών που συνδέονται με τη γήρανση μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ηλικιωμένου ατόμου να διατηρεί τη φυσιολογική ισορροπία της θρέψεως. Μείωση στις αισθήσεις της γεύσης και της οσμής στη διάρκεια της γήρανσης, μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη χρήση άλατος, ζάχαρης και συστατικών που θα βελτιώσουν τις γεύσεις των τροφών. Μπορεί να υπάρχει μία μετατροπή από τις ήπιες στις τροφές που περιέχουν πολλά μπαχαρικά. Πολλές δίαιτες που περιγράφονται για τους ηλικιωμένους μπορεί να μην ολοκληρώνονται ιδιαίτερα εάν απαιτούν μετριασμό της λήψης άλατος ή περιλαμβάνουν χαμηλές σε θερμίδες τροφές.

Μια ικανότητα διατήρησης φυσιολογικής διατροφής συνδέεται επίσης στενά με τις κοινωνικές και ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στη γήρανση. Το να ζεις μόνος σου μπορεί να είναι αντικίνητρο στην προετοιμασία μιας συγκεκριμένης τροφής και η αλλαγή των οικονομικών καταστάσεων, για παράδειγμα η εξάρτηση από χαμηλή σύνταξη αντί από το εισόδημα της δουλειάς του, μπορεί να καταστείλει την επιλογή των τροφών που θα παράσχουν ισορροπημένη διατροφή. Επιπλέον η πτώση των φυσικών ικανοτήτων, μπορεί να μειώσουν την επιθυμία του να δώσει σημασία στην προετοιμασία της τροφής. Ομάδα ανθρώπων υψηλού κινδύνου είναι:

Αυτοί που ζουν μόνοι τους

Οι ανάπηροι

Οι πρόσφατα σε χηρεία

Οι πολύ ηλικιωμένοι άνω των 85 ετών

Οι ασθενείς

Οι καθηλωμένοι στο σπίτι

Οι άνθρωποι που ζουν σε ιδρύματα

Τα άτομα που ζουν με χαμηλά εισοδήματα.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν χαμηλά εισοδήματα, ή ζούνε μόνοι τους, ή έχουν προβλήματα που επιδρούν στην ικανότητα τους και το κίνητρο να έχουν πρόσβαση και να ετοιμάσουν την τροφή τους, είναι ασφαλώς σε μεγαλύτερο κίνδυνο προβλημάτων υποσιτισμού. Ο νοιαστήης(1986) διαπίστωσε έναν αριθμό σημαντικών προβλημάτων που επηρεάζουν τη διατροφική ικανότητα

Άσχημη στάση καθιστική.

Ελαττωμένη δύναμη λαβής του χεριού.

Τρόμος, όπως στην ασθένεια του Πάρκινσον.

Μικρός συντονισμός χεριού ματιού.
Προβλήματα αντίληψης.
Παράλυση του στόματος.
Μικρός έλεγχος της γλώσσας.
Έλλειψη του αντανακλαστικού κατάποσης.
Κακή οδοντοστοιχία.
Δυσκολία στην μάσηση και κατάποση.
Μεταφορά της τροφής στο στόμα.
Δυσκολία στην τοποθέτηση τροφής στην σωστή θέση για κατάποση.

Ο ηλικιωμένος ασθενής σε ένα ίδρυμα μπορεί συχνά να αντιμετωπίσει ορισμένα σταθερά γεύματα με περιορισμένη επιλογή τροφών. Ενώ το πιάτο που προσφέρεται είναι καλά ισορροπημένο, ο ηλικιωμένος μπορεί να αντιμετωπίσει τον υποσιτισμό εάν οι τροφές δεν του αρέσουν και δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις.

Το περιβάλλον του ιδρύματος μπορεί επίσης να επηρεάσει τις διατροφικές τους συνήθειες ,διακόπτοντας τις συνήθειες μίας ολόκληρης ζωής για τα γεύματα ή επειδή είναι αναγκασμένος να κάθεται με άλλους που πιθανόν να καταστέλλουν την επιθυμία του να φάει.

- Φροντίδα δοντιών

Η χρησιμοποίηση της οδοντοστοιχίας μπορεί να μην επηρεάζει τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων εκτός και αν είναι λάθος τοποθετημένη ή συνδέεται με έλκος του στόματος. Κάποιοι ηλικιωμένοι αφαιρούν την οδοντοστοιχία για να φάνε και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της κατανάλωσης σε υδατάνθρακες.

Η φτωχή προσοχή της οδοντοστοιχίας και η μικρή διατροφή οδήγησε πολλούς ηλικιωμένους να είναι χωρίς δόντια. Από την στιγμή που οι οδοντοστοιχίες τοποθετούνται σωστά ο ηλικιωμένος μπορεί να υποθέσει ότι οι επισκέψεις στον οδοντίατρο δεν είναι απαραίτητες, πράγμα που θα οδηγήσει αργότερα σε λάθος τοποθέτηση της οδοντοστοιχίας και πληγές του στόματος. Ένας από τους κύριους ρόλους της νοσηλεύτριας που θέλει να βοηθήσει άτομα με διατροφικά προβλήματα είναι συνεπώς να αναπτύξει σχολαστικές εκτιμητικές τεχνικές που θα εξακριβώνουν δυσκολίες και βασικούς κινδύνους όπως καρκίνος ,έλκος του στόματος, απώλεια ή επώδυνα δόντια.

Η νοσηλευτική έχει επίσης σημαντικό ρόλο να παίζει στην εκπαίδευση σε σχέση με την υγιεινή των δοντιών και χρειάζεται να δίνει έμφαση στο ότι να είσαι ηλικιωμένος δε σημαίνει απαραίτητα και απώλεια των δοντιών. Η χρήση οδοντόβουρτσας είναι πιο αποτελεσματική στην αφαίρεση της πέτρας και στην βελτίωση τον ούλων από ότι διάφορα άλλα ήπια προϊόντα καθαρισμού. Όμως αυτό χρειάζεται μεγάλη φροντίδα καθώς τα όργανα του στόματος στους ηλικιωμένους είναι πιο ευαίσθητα και επιρρεπή στους τραυματισμούς. Τα οδοντιατρικά προβλήματα πρέπει να ελέγχονται καθώς μπορούν να επηρεάσουν κάθε σύστημα του σώματος.

- Η επίδραση των φαρμάκων

Πολλά φάρμακα τα οποία λαμβάνονται για νοσήματα μπορεί να καταστείλουν παρά να αυξήσουν την όρεξη, όπως μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε ξηροστομία. Επειδή το ηλικιωμένο σώμα είναι πιο αργό στον μεταβολισμό των φαρμάκων η επίδραση των διουρητικών μπορεί να καθυστερήσει έτσι ώστε εάν λαμβάνονται αργά στη διάρκεια της ημέρας ,ο ασθενής πιθανόν να πρέπει να σηκωθεί πολλές φορές την νύχτα και κατά συνέπεια να νιώθει κουρασμένος όλη μέρα. Αυτό αυξάνει την αποτροπή του να προετοιμάζει τα απαραίτητα γεύματα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

1.ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Νευρολογικές μεταβολές

Στην Τρίτη ηλικία παρατηρείται μείωση ικανοτήτων όχι μόνο των κύριων εσωτερικών οργάνων, αλλά και ειδικών λειτουργιών του κεντρικού περιφερικού συστήματος. Το νευρικό σύστημα περιλαμβάνει ένα ορισμένο αριθμό κυττάρων, τα οποία από την ηλικία των 15 ετών και μετά ελαττώνονται με ρυθμό που επιβραδύνεται με την πάροδο του χρόνου. Τα κύτταρα χάνονται με σταθερή περίπου αναλογία σχετικά με τον εναπομένοντα σε κάθε στιγμή αριθμό τους. (Αναστάσιος Δοντάς «Η τρίτη ηλικία» εκδόσεις ``Γρηγ. Παρισσιανός`` Αθήνα 1981)

Γενικά εμφανίζονται οι πιο κάτω διαταραχές:

- Ελάττωση των περιφερικών οργάνων και λειτουργιών του Κ.Ν.Σ.
- Παραδοξολογίες και εκκεντρικότητες
- Μείωση της ικανότητας προσανατολισμού στο χρόνο και στο χώρο
- Διαταραχές μνήμης, διαταραχές ισορροπίας. (Δέσποινα Σαπουντζή-Κρεπιά «Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα» εκδόσεις ``Ελλην`` Αθήνα 1998)

Ψυχολογικές μεταβολές

Ο τρόπος με τον οποίο οι ηλικιωμένοι βλέπουν τους εαυτούς και προσαρμόζονται στις φυσικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές μεταβολές ποικίλλει σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Ακόμα, διαφέρουν από άτομο σε άτομο οι θέσεις απέναντι στα προβλήματα του γήρατος και οι μηχανισμοί λύσης τους. Την αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση των ηλικιωμένων επηρεάζουν ο βαθμός φυσικής και διανοητικής έκπτωσης, η απώλεια υποστήριξης από σημαντικά για αυτούς πρόσωπα και η οικονομική τους κατάσταση. Έτσι έχουμε:

- Μεταβολή ρόλων. Η συνταξιοδότηση έχει ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση του επίκεντρου από την παραγωγικότητα στην αύξηση του ελεύθερου χρόνου. Για κάποιους η υποχρεωτική συνταξιοδότηση μπορεί να σημαίνει απώλεια αυτοεκτίμησης και προσωπικής ταυτότητας.
- Μεταβολές στις σχέσεις με άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος. Δεν είναι ασύνηθες να βλέπει κανείς μια σύζυγο, που έχει υπάρξει δευτερεύον πρόσωπο στην οικογένεια, να γίνεται ξαφνικά υπεύθυνη για τις οικονομικές διευθετήσεις και να αναλαμβάνει ηγετικούς ρόλους.
- Απώλειες. Το ηλικιωμένο άτομο είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίσει μια πολλαπλότητα απωλειών. Οι πιο αβάστακτοι, συνήθως, απώλεια είναι η απώλεια του \ της συζύγου.
- Μεταβολές στις αλληλεπιδράσεις με άλλους. Η αύξηση του χρόνου αντίδρασης, που συμβαίνει με τη φυσιολογική γήρανση, κάνει δύσκολες τις αλληλεπιδράσεις με μέλη της διευρυμένης οικογένειας.
- Απομόνωση. Η μειωμένη ικανότητα να κινείται ελεύθερα, μέσα ή έξω από το σπίτι, αποτελεί μια πηγή αισθήματος ματαιώσης για τον ηλικιωμένο. Οι φυσικοί περιορισμοί, όπως οικονομικές απώλειες μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και άγχος σε πολλούς ηλικιωμένους.

- Αλλαγές στην αντίδραση στο stress. Η μειωμένη αναγνώριση του stress, η μειωμένη απόδοση πληροφοριών και η μειωμένη ενδοκρινική λειτουργία επηρεάζουν την απόκριση του οργανισμού τους στο stress.
- Η προσωπικότητα του υπερήλικα. Για το άτομο που μεγαλώνει, το πέρασμα του χρόνου βαίνει παράλληλα με την ανάπτυξη του εγώ. Το άτομο τα βρίσκει περισσότερο με τον εαυτό του.(Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» εκδόσεις ``βήτα`` Αθήνα 2000)
- Διανοητικές λειτουργίες
 - α) η μνήμη των πρόσφατων γεγονότων μειώνεται ενώ διατηρείται η μνήμη των μακρινών γεγονότων,
 - β) η μάθηση νέας γνώσης είναι δυνατή από τους ηλικιωμένους,
 - γ) η ανάγκη για αυτοέκφραση παραμένει,
 - δ) η νοημοσύνη του ηλικιωμένου διατηρείται σταθερή. (Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου «Ψυχιατρική νοσηλευτική» εκδόσεις ``Η Ταβιθά`` Αθήνα 2000)

2.ΕΠΙΔΡΑΣΗ Κ.Ν.Σ ΑΠΟ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Με την χρήση πενικιλίνης G και της οξεάντοχης πενικιλίνης απαιτείται προσοχή επί νεφρικής ανεπάρκειας οπότε λόγω αθρίσεως του φαρμάκου δυνατόν να υπάρξει τοξική επίδραση στο Κ.Ν.Σ (σπασμοί),(συνταγολόγιο 2003, σελ.259).

Επίσης έχουν αναφερθεί κεφαλαλγία, ζάλη, παραισθήσεις, υπνηλία, σύγχυση, σπασμοί, πόνος από τοπική αντίδραση στη περιοχή της ένεσης ή θρομβοφλεβίτιδα από ενδοφλέβια χορήγηση, πυρετός και επιλοιμώξεις από ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών.(συνταγολόγιο 2003 σελ, 268)

Η ερυθρομικίνη εμφανίζει νευροψυχικές διαταραχές ή ωτοτοξικότητα(σε ενδοφλέβια χορήγηση και σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια).(συνταγολόγιο 2003 σελ 288)

Οι κινολόνες επιδρούν ως εξής: τοξικότητα από το Κ.Ν.Σ ως αποτέλεσμα της αναστολής των υποδοχέων του GABA. Εκδηλώνεται με αϋπνία, τρόμο, κεφαλαλγία, ζάλη ή ακόμα και με σπασμούς επιτείνεται επί συγχρόνου χορηγήσεως θεοφιλίνης, αντιφλεγμονοδών μη στεροειδών και ιντερλευκίνης-2. Διαταραχές στην όραση, ακοή και γεύση. Ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, διανοητική σύγχυση, ψευδαισθήσεις) (συνταγολόγιο 2003, σελ.300)

Ακόμα η εθειοναμίδη, και η ισονιαζίδη + ριφαμικίνη επιδρούν στο Κ.Ν.Σ με κατάθλιψη υπνηλία, αίσθημα κόπωσης και διανοητικές διαταραχές. Η κυκλοσερίνη επιδρά στο Κ.Ν.Σ και εμφανίζει συνήθως στη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων της θεραπείας διαταραχές που υποχωρούν με τη διακοπή του φαρμάκου. Αυτές είναι υπνηλία, τρόμος, δυσαρθρία, σύγχυση, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, ψυχοσικές αντιδράσεις, σπασμοί τύπου grand mal που προλαμβάνονται με τη χορήγηση 100 mg πυριδοξίνης την ημέρα.(συναγολόγιο 2003)

Η βιδαραβίνη εμφανίζει τρόμο, παραισθήσεις, αταξία, σύγχυση και ψυχοσικές εκδηλώσεις.

Η λαμβουδίνη διαταράζει το Κ.Ν.Σ εμφανίζοντας περιφερική νευροπάθεια, ζάλη, αϋπνία και κατάθλιψη.

Η εφραβιρένζη προσβάλλει λιγότερο το νευρικό σύστημα με ζάλη, αϋπνία ή υπνηλία, πονοκέφαλο, κόπωση, δυσάρεστα όνειρα, ελάττωση συγκεντρώσεως, ψυχοτικές αντιδράσεις και αταξία. (συνταγολόγιο 2003).

3.ΗΘΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ Κ.Α.Π.Η

Η νοσηλευτική φροντίδα στα μέλη του ενός Κ.Α.Π.Η μέσα και έξω από αυτό είναι μια από τις υπηρεσίες που προσφέρεται από μία ομάδα ειδικευμένου προσωπικού που απαρτίζεται από το γιατρό, τους επισκέπτες υγείας και τους νοσηλευτές.

Ο νοσηλευτής- τρια είναι βασικό στέλεχος υγείας και λόγω ειδικής εκπαίδευσης του σε θέματα πρόληψης Δημόσιας υγιεινής και έρευνας μπορεί να προσφέρει αποτελεσματικές υπηρεσίες στην «υγεία» των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Ο άξονας εργασίας του είναι η διαφώτιση και ενημέρωση των μελών του Κ.Α.Π.Η σε θέματα πρόληψης υγιεινής και η νοσηλευτική φροντίδα.

Ενημερώνει τους ηλικιωμένους και την οικογένεια του για τις «φυσιολογικές» μεταβολές που επιφέρει το γήρας.

Πραγματοποιεί κατ' οίκον νοσηλεία σε περίπτωση ανάρρωση ή σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση που είναι δύσκολη η μετακίνηση του ηλικιωμένου.

Σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος πάσχει από χρόνια ασθένεια και χρειάζεται μακροχρόνια νοσηλεία στο σπίτι, ο νοσηλευτής διδάσκει την οικογένεια ή τον ίδιο να ακολουθήσει τη σωστή θεραπεία για την σωστή αντιμετώπιση της νόσου.

Ο νοσηλευτής στο ιατρείο σε συνεργασία με το γιατρό ενδιαφέρεται για τον εξοπλισμό και την οργάνωση του ιατρείου καθώς και για το ιστορικό του ηλικιωμένου.

Σε άτομα με ειδικά προβλήματα συστήνει το σωστό διαιτολόγιο και συνεργάζεται με τα Νοσοκομεία για διάφορες εξετάσεις.

Συγκεντρώνει στατιστικά στοιχεία για θέματα υγείας μέσα από έρευνες.

Υποστηρίζει ψυχολογικά τον ηλικιωμένο και διευρύνει τα ενδιαφέροντα του για διάφορα θέματα σταδιακά.

Παροχή πρώτων βοηθειών(όταν δεν υπάρχει ιατρός)

Ενέσιμη αγωγή.

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης

Παροχή νοσηλευτικών φροντίδων και οδηγιών στα μέλη του Κ.Α.Π.Η

Εκτός των παραπάνω αρμοδιοτήτων που ορίζει ο κανονισμός, υπάρχουν και κάποιες δραστηριότητες που μπορούμε να αναπτύξουμε ανάλογα με την κρίση μας:

1.Εμβολιασμός. Ενεσοθεραπεία

2.Έλεγχος σακχάρου.

3.Αντιγριπικός εμβολιασμός

4.Περιποίηση κατακλίσεων

5.Η.Κ.Γ

6.Ομιλίες

7.Φροντίδα για ραντεβού σε νοσοκομεία

8.Συμμετοχή σε προγράμματα που αφορούν ηλικιωμένους.

Οι παραπάνω φροντίδες δε σταματούν μέσα στο χώρο του Κ.Α.Π.Η, αλλά προσφέρονται και έξω από αυτόν. Επομένως τίθεται το θέμα για φροντίδα στο σπίτι εκείνων των ατόμων που είναι μέλη ενός Κ.Α.Π.Η.

Διευκρινίζουμε, ότι δεν είναι ιδρυματικά, δηλαδή δε διαμένουν μέσα στο συγκεκριμένο χώρο. Απλώς, επισκέπτονται το Κ.Α.Π.Η κάποιες ώρες και κατόπιν αποχωρούν.

Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες που προσφέρονται έξω από το Κ.Α.Π.Η, είναι οι κάτωθι:
Μεταφορά του καρδιογράφου στο σπίτι για ΗΚΓ

Αλλαγή καθετήρα

Περιποίηση τραύματος

Αλλαγή ή αφαίρεση ορού.

Πάνω από όλα όμως η επίσκεψη στο σπίτι του ηλικιωμένου έχει ως σκοπό την ψυχολογική στήριξη του, που την έχει απόλυτα ανάγκη.

Τελειώνοντας, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το επάγγελμα αυτό ανήκει εκείνη την κατηγορία των επαγγελμάτων που αποκαλούνται λειτουργήματα. Γι' αυτό το πώς θα εργαστούμε μέσα και έξω από το Κ.Α.Π.Η ρυθμίζεται εκτός των κανόνων, από τη συνείδηση μας και από την ανταπόκριση που θα βρούμε από τα μέλη μας. (Καραγκιόζη Ο. « η Νοσηλευτική στα Κ.Α.Π.Η και στην οικιακή φροντίδα των ηλικιωμένων» ``Πρακτικά 3^{ου} Συνεδρίου Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδος`` Φεβρουάριος 1995)

EPYNAHTIKO MERO

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Άρρεν

Θήλυ

1) Παίρνετε φάρμακα;

Ναι

Όχι

Αν ναι, τότε ποια και γιατί;

2) Ποιος γιατρός σας τα έγραψε; (παθολόγος, καρδιολόγος ή άλλος γιατρός)

3) Ακολουθείτε τις οδηγίες όταν τα παίρνετε;

Ναι

Όχι

Αιτιολογήστε:

4) Το τελευταίο τρίμηνο πήρατε αντιβιοτικά;

Ναι

Όχι

5) Ξέρετε γιατί τα παίρνετε;

Ναι

Όχι

Αν ναι, πείτε μας γιατί

6) Κάθε πότε τα παίρνετε;

Τα παίρνετε σωστά; Ναι Όχι

7) Τα παίρνετε νηστικός; Ναι Όχι

Μετά το φαγητό; Ναι Όχι

8) Ποιος γιατρός σας τα έγραψε; (παθολόγος, καρδιολόγος ή άλλος γιατρός)

9) Γνωρίζετε ποιες παρενέργειες μπορούν να σας προκαλέσουν; (αντιβιοτικά)

Ναι

Όχι

Αν ναι, σας έχουν ενημερώσει;

Ναι

Όχι

10) Έχετε ξαναπάρει στο παρελθόν, για τον ίδιο λόγο, αντιβιοτικά;

Ναι

Όχι

11) Ποιος ο λόγος που σας οδήγησε στο γιατρό σας με βάση τα συμπτώματά σας, τον γνωρίζετε;

Ναι

Όχι

12) Εκτός από το γιατρό σας στο Κ.Α.Π.Η., έχετε επισκεφτεί άλλους γιατρούς για τον ίδιο λόγο;

Ναι

Όχι

Αν ναι, γιατί;

13) Πήρατε ποτέ μόνοι σας αντιβιοτικά, χωρίς εντολή γιατρού,

Ναι

Όχι

14) Θα το ξανακάνατε αυτό εάν χρειαζόταν;

Ναι

Όχι

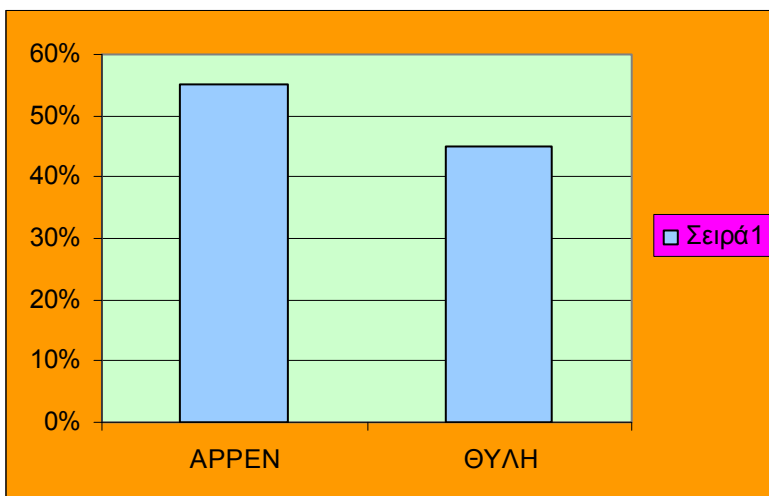
Το θεωρείται σωστο;

Ναι

Όχι

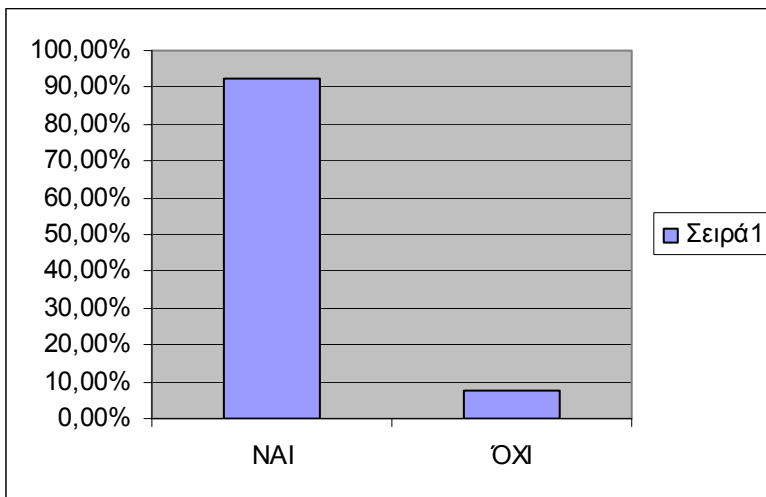
Κατά τη διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας ελήφθησαν 200 ερωτηματολόγια από ηλικιωμένους 60-70 ετών (άρρεν-θύλη) σε τέσσερα Κ.Α.Π.Η του Δήμου Ηρακλείου.

1) Άρρεν 55%
Θήλυ 45%



2) α. Παίρνετε φάρμακα;

ΝΑΙ 92.5%
ΟΧΙ 7.5%



2) β. Ποια και γιατί;

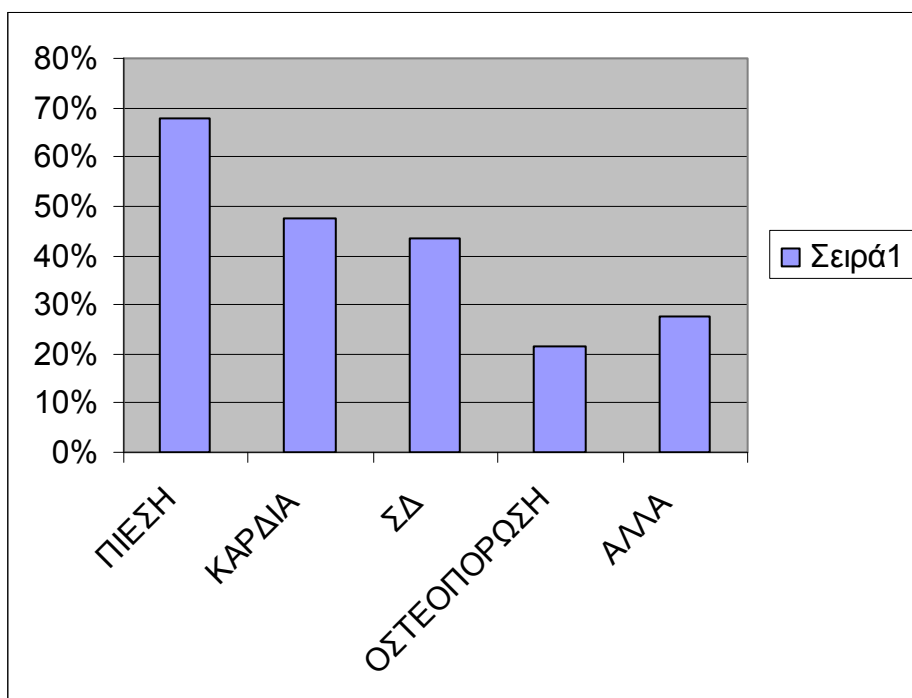
ΠΙΕΣΗ 68%

ΚΑΡΔΙΑ 47.5%

Σ Δ 43.5%

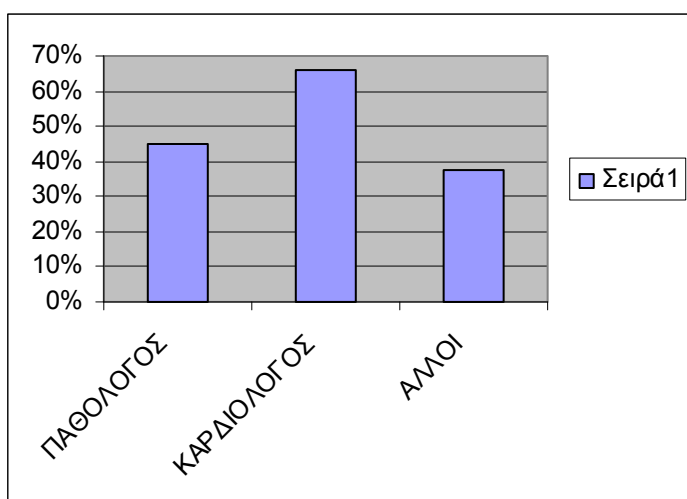
ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ 21.5%

ΑΛΛΑ 27.5%



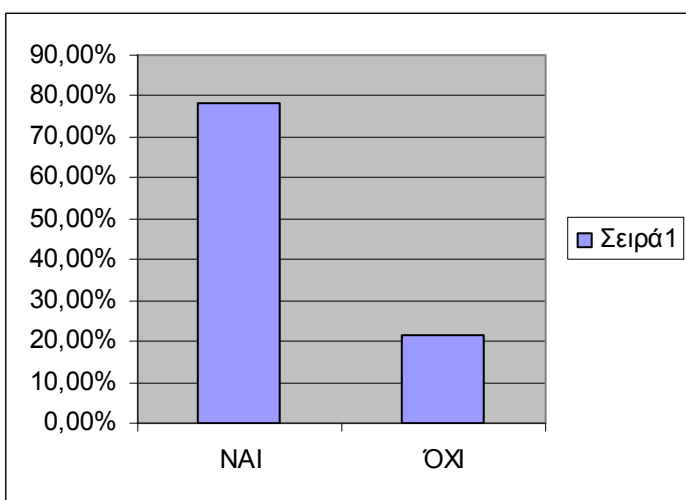
3) Ποιος γιατρός σας τα έγραψε; (παθολόγος, καρδιολόγος ή άλλος γιατρός)

ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ 45%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ 66%
ΑΛΛΟΙ 37.5%



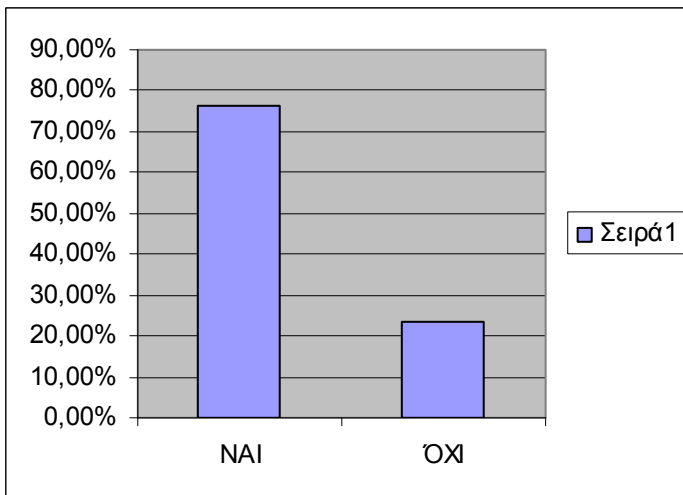
4) Ακολουθείτε τις οδηγίες όταν τα παίρνετε;

ΝΑΙ 78.5%
ΟΧΙ 21.5%



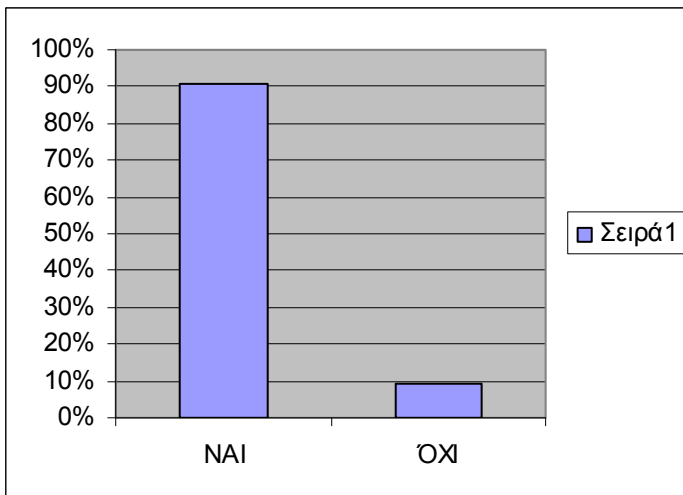
5) Το τελευταίο τρίμηνο πήρατε αντιβιοτικά;

ΝΑΙ 76.5%
ΟΧΙ 23.5%



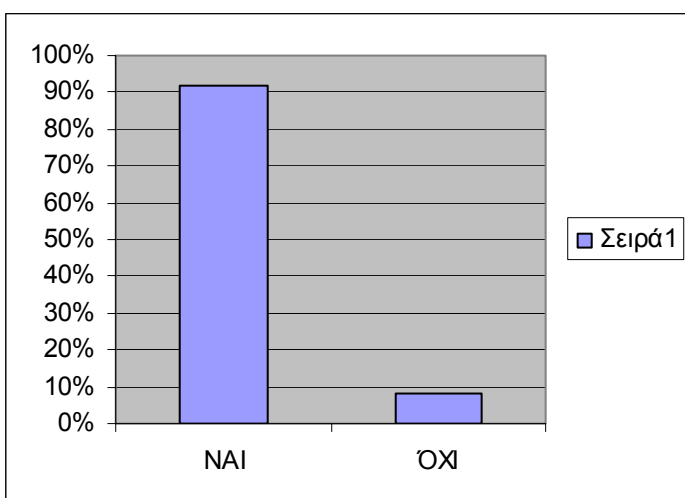
6) Ξέρετε γιατί τα παίρνετε;

ΝΑΙ 91%
ΟΧΙ 9%



7) τα παίρνετε σωστά;

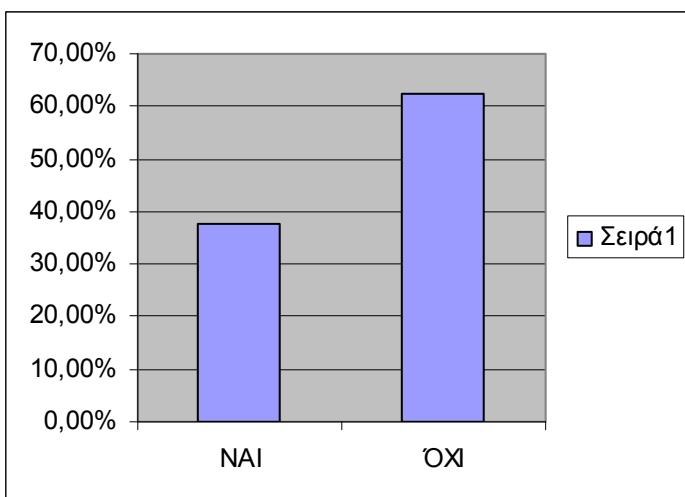
ΝΑΙ 92%
ΟΧΙ 8%



8) α. Τα παίρνετε νηστικός;

ΝΑΙ 37.5%

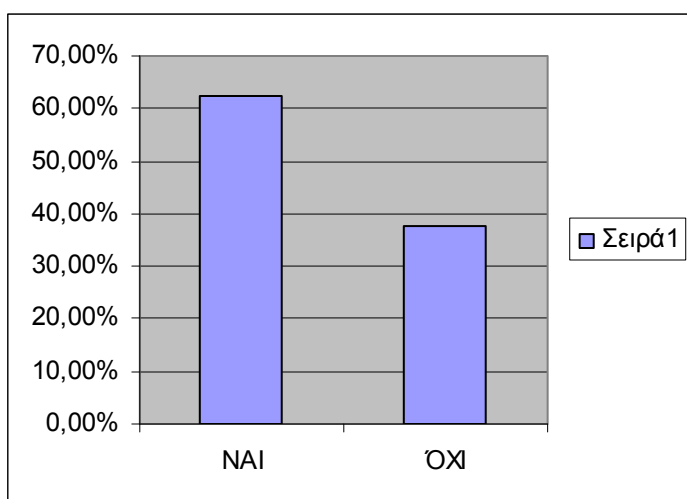
ΟΧΙ 62.5%



8) β. Μετά το φαγητό;

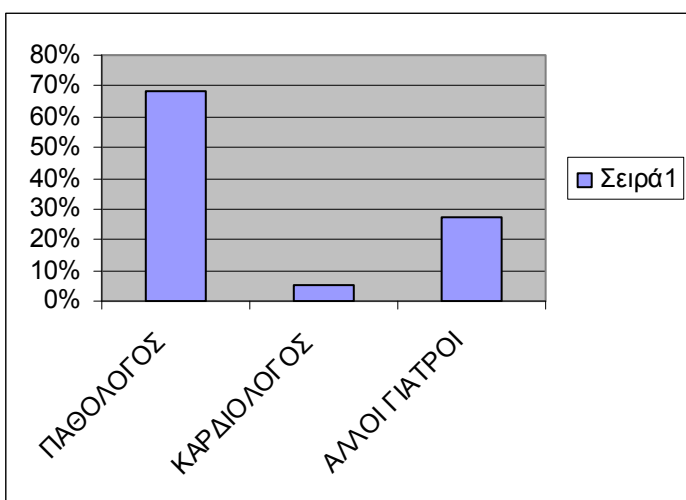
ΝΑΙ 62.5%

ΟΧΙ 37.5%



9) Ποιος γιατρός σας τα έγραψε; (παθολόγος, καρδιολόγος ή άλλος γιατρός)

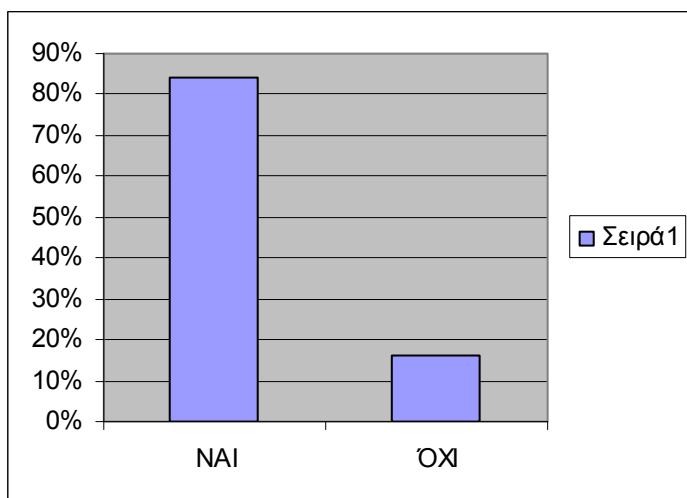
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ 68%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ 5%
ΑΛΛΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ 27%



10) α. Γνωρίζετε ποιες παρενέργειες μπορούν να σας προκαλέσουν;

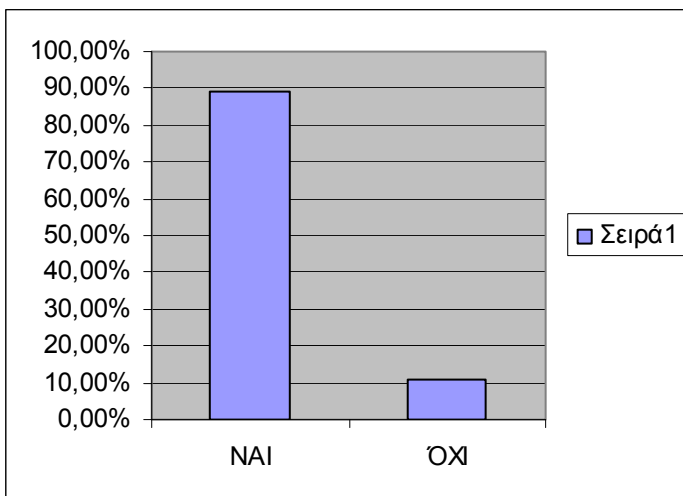
ΝΑΙ 84%

ΟΧΙ 16%



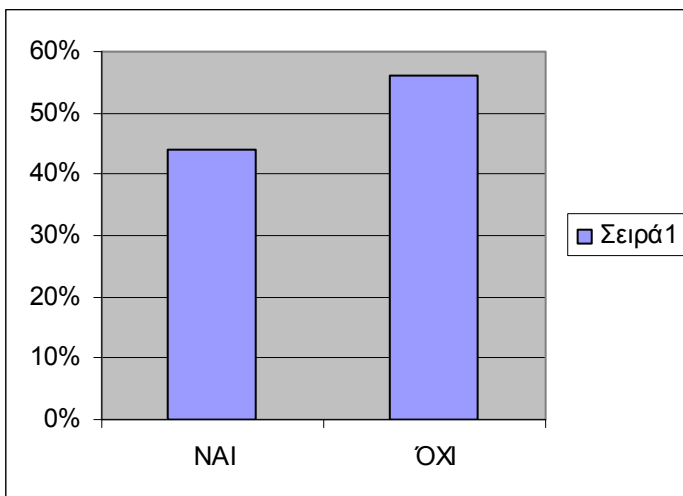
10) β. Σας έχουν ενημερώσει;

ΝΑΙ 89.2%
ΟΧΙ 10.8%



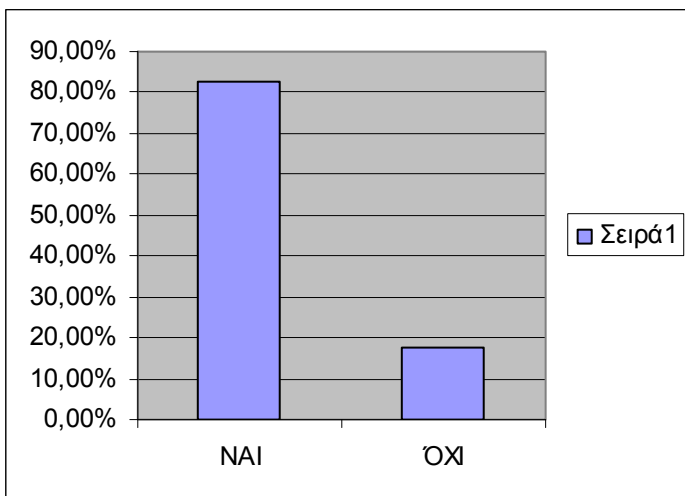
11) Έχετε ξαναπάρει στο παρελθόν για τον ίδιο λόγο αντιβιοτικά;

ΝΑΙ 44%
ΟΧΙ 56%



12) ποιος ο λόγος που σας οδήγησε στο ιατρό σας με βάση τα συμπτώματά σας, τον γνωρίζετε;

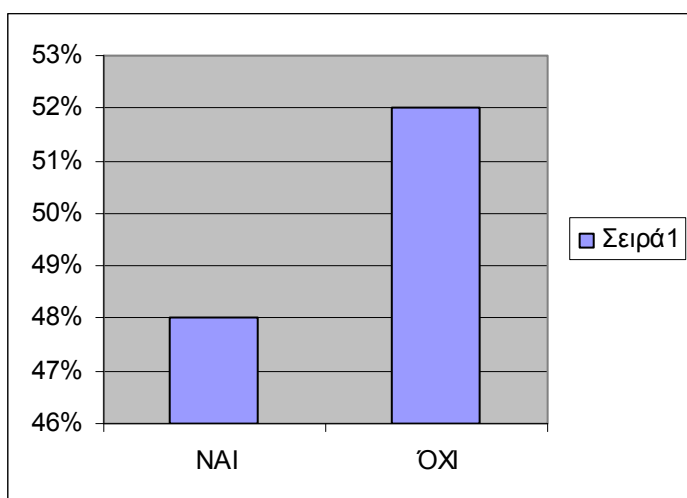
ΝΑΙ 82.5%
ΟΧΙ 17.5%



13) Εκτός από το γιατρό σας στο Κ.Α.Π.Η., έχετε επισκεφτεί άλλους γιατρούς για τον ίδιο λόγο;

ΝΑΙ 48%

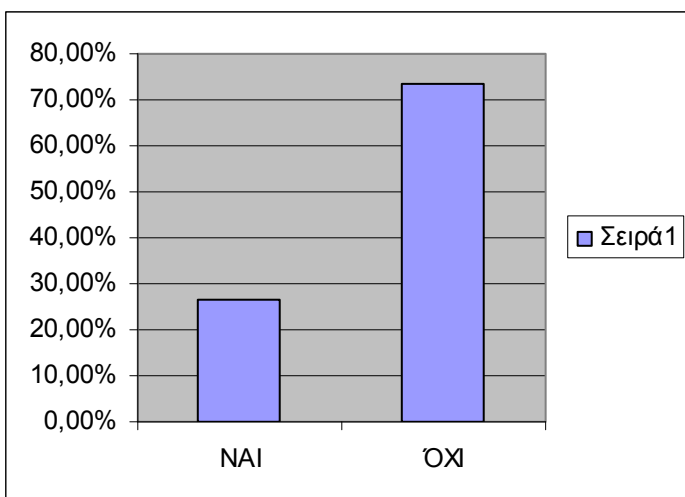
ΟΧΙ 52%



14) πήρατε ποτέ μόνος σας αντιβιοτικά, χωρίς εντολή ιατρού;

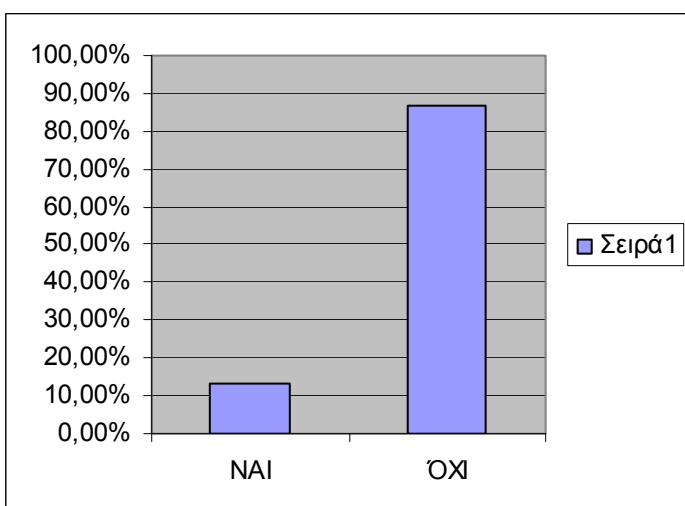
ΝΑΙ 26.5%

ΟΧΙ 73.5%



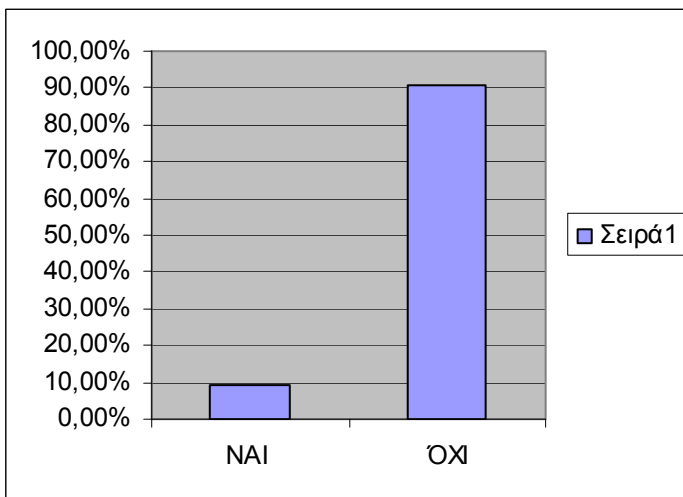
15) α. Θα το ξανακάνετε αυτό εάν χρειαζόταν;

ΝΑΙ 13.3%
ΟΧΙ 86.7%



15) β. Το θεωρείται σωστό;

ΝΑΙ 9.5%
ΟΧΙ 90.5%



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα φάρμακα είναι πολύτιμα για την θεραπεία των ασθενειών. Η πολυφαρμακία ωστόσο, η κακή χρήση φαρμάκων και η άγνοια των παρενεργειών των φαρμάκων αποτελούν τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας στη χώρα μας και στην Κρήτη.

Η αλληλεπίδραση των φαρμάκων με την διατροφή μας είναι ένα επίσης άγνωστο κεφάλαιο τόσο για τους ασχολούμενους με την υγεία και την ασθένεια όσο και τους ασθενείς. Οι επιπτώσεις απ' αυτή την αλληλεπίδραση μπορεί να είναι πολύ δυσάρεστες για την έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα. Γι' αυτό το λόγο τα συμπεράσματα μας απ' αυτή τη μελέτη πιστεύουμε ότι θα αποτελέσουν ένα εύχρηστο και σύντομο βοήθημα για τους νοσηλευτές και τους χρήστες της υγείας γενικότερα.

Επίσης οι προτάσεις μας ελπίζουμε να συμβάλλουν στην ενημέρωση των ασθενών ώστε η ελάττωση της υπερβολικής και κακής χρήσης των φαρμάκων (αντιβιοτικών και μη) που εκτός από τις δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, επιβαρύνει οικονομικά ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ (Π. Ο. Υ)

Τα φάρμακα που πραγματικά χρειάζονται για να καταπολεμήσουν όλες τις γνωστές ασθένειες στον πλανήτη μας είναι 150 (εκατόν πενήντα)

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ

Ελληνική αγορά: 6.000 ιδιοσκευάσματα

Αμερικάνικη αγορά: 45.000 ιδιοσκευάσματα

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ

2.000 ιδιοσκευάσματα

1.000 δραστικές ουσίες

Σ Είναι γεγονός ότι στην εποχή μας η φαρμακευτική επιστήμη έχει με την βοήθεια της
Χ τεχνολογίας τεράστια ανάπτυξη. Παρ' όλα αυτά όμως τα μηνύματα είναι ανησυχητικά.
Ο
Λ
Ι
Ο

ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Παρούσα κατάσταση

Οι ιατροί συνταγογραφούν φάρμακα
Οι φαρμακοποιοί χορηγούν φάρμακα
Οι διαιτολόγοι συνιστούν δίαιτες

Έχουν επαρκής γνώσεις, οι ιατροί, φαρμακοποιοί και οι διαιτολόγοι για τις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων – τροφίμων.

Τι πρέπει να ισχύει

Συνεργασία, ειδικά στα νοσοκομεία, νοσοκομειακών ιατρών, νοσοκομειακών φαρμακοποιών, νοσοκομειακών διαιτολόγων το αντίστοιχο με τους ιδιοτελείοντες.

- Σ Συνήθως δεν λαμβάνουμε υπ' όψιν μας τις συνήθειες διατροφής των ασθενών μας
- X διότι ήδη έχουμε αρκετά προβλήματα με τα φάρμακα τους , τη συμμόρφωση τους
- Ο προς την αγωγή, τη σοβαρότητα της πάθησης τους. Σήμερα σχεδόν σε όλα τα
- Λ Νοσοκομεία του Ε. Σ.Υ και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υπάρχουν αντίστοιχα
- Ι νοσοκομειακοί φαρμακοποιοί και φαρμακοποιοί που ιδιωτεύουν.
- Ο Είναι σίγουρο ότι με μεγάλη προθυμία θα δεχτούν να αναλάβουν και νέα τόσο ελκυστικά καθήκοντα.

ΟΙ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Λόγω της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, διατροφής και υγείας στην Κρήτη

2005-2006: άτομα άνω των 65 χρόνων = 12% του πληθυσμού, σύντομα θα ξεπεράσει το 20%

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι παίρνουν πολλά φάρμακα κυρίως αντιβιοτικά

Είναι γνωστό ότι οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων υπολογίζονται συνήθως ανά ζεύγη

Είναι δύσκολο να υπολογιστούν οι αλληλεπιδράσεις σε πέντε π. χ ταυτόχρονα χορηγούμενες δραστικές ουσίες

Φανταστείτε αν έχουμε και αλληλεπιδράσεις με τρόφιμα τότε η κατάσταση είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη

Σ Όλοι οι ασθενείς υπόκεινται στον κίνδυνο αλληλεπιδράσεων τόσο μεταξύ των
Χ φαρμάκων (αντιβιοτικών και μη). Όσο και φαρμάκων και τροφίμων. Η αναλογία
Ο στον πληθυσμό των ηλικιωμένων ασθενών αυξάνεται.

Λ

Ι

Ο

ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αρνούνται πολλές φορές την συνεργασία για:

την φαρμακοθεραπεία τους

την δοσολογία των φαρμάκων τους, πολλές φορές διακόπτουν μόνοι τους την θεραπεία ή αλλάζουν τις δόσεις ή παίρνουν ανεπίσημα φάρμακα ή ακολουθούν «δικές τους» θεραπείες.

Το 10-20% των ηλικιωμένων που εισάγονται στα νοσοκομεία του Ηρακλείου, εισάγονται λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων (τομέας κοινωνικής ιατρικής πανεπιστήμιου Κρήτης)

- Σ Οι ασχολούμενοι με την ιατροφαρμακευτική φροντίδα των ασθενών, γνωρίζουν
- X ότι ειδικά αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν μερικά χαρακτηριστικά που δεν
- Ο συναντάμε σε άλλες κατηγορίες ασθενών, όπως π. χ στα παιδιά.
- Λ
- Ι
- Ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝΤΗΝ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΥΡΙΩΣ
ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΩΝ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

τα πολλά φάρμακα
η γαστρική οξύτητα
η μυϊκή μάζα
ο λιπώδης ιστός
οι λευκωματίνες
η νεφρική-ηπατική δυσλειτουργία
η ανορεξία και η βουλιμία
ο αλκοολισμός
η κοινωνική κατάσταση
η οικονομική κατάσταση
οι ειδικές δίαιτες

Σ Πρέπει εδώ να λαμβάνουμε υπ' όψιν μας μόνο τις αλληλεπιδράσεις που πιθανόν να
X έχουν κλινική σημασία
O
Λ
I
O

ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΗΣ Π.Ο.Υ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Βεβαιωθείτε ότι τα φάρμακα που παίρνετε (αντιβιοτικά και μη) είναι απαραίτητα

Πολλά προβλήματα ρυθμίζονται χωρίς φάρμακα

Να μην χρησιμοποιούνται μαζί πολλά φάρμακα

Αν είναι δυνατόν να είναι μιας δόσεως την ημέρα

Μην δίνετε μεγάλου μεγέθους μορφές προτιμάτε π. χ διαλύματα

Γράψετε έξω από την συσκευασία το όνομα με μεγάλα γράμματα και τις οδηγίες

Μην αλλάζετε ιδιοσκευάσματα του ίδιου φαρμάκου

Μην παίρνετε φάρμακα στο σκοτάδι χωρίς γυαλιά

Σ Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει συντάξει ένα κατάλογο με οδηγίες που
Χ πρέπει να εφαρμόζουμε όταν πρόκειται να χειριστούμε την φαρμακευτική
Ο αγωγή ηλικιωμένων ασθενών, καλό είναι να είμαστε ενήμεροι
Λ
Ι
Ο

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ

Έμμεσοι μηχανισμοί

Αύξηση αλλαγών στην κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος (Γ.Ε.Σ) π. χ
αντιχολινεργικά

Αύξηση συνδρόμων κακής απορρόφησης (νεομυκίνη)

Άμεσοι μηχανισμοί

Αύξηση αλλαγών στην βιοδιαθεσιμότητα

Αλλαγές στην απορρόφηση (άνθρακας)

Αύξηση αλλαγών στο Rh του γαστρεντερικού συστήματος (αντιόξινα)

- Σ Οι πλέον εξειδικευμένοι μηχανισμοί αναφέρονται σε μεταβολές της απορρόφησης
- X στο έντερο, αυξομειώσεις της νεφρικής απέκκρισης και δράσης στα ενεργά κέντρα
- O ενζύμων
- Λ
- I
- O

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΑΛΛΟΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΟΣΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΓΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΛΑΤΤΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΟΡΕΞΗ

Αντιβιοτικά

Ampicillin – Penfrexyl
Minocycline – Minocin
Lincomycin – Lincocin
Metronidazole – Flagyl
Griseofulvin – Grisenova

- Σ Ουσίες που έχουν στο μόριο τους σουλφυδρικές ομάδες (Captopril) προκαλούν
- X φαινόμενα δυσγευσίας και στοματίτιδες επίσης άλλα φάρμακα όπως ένα gr
- Ο Ασπιρίνης μπορεί να αυξήσει κατά πολύ την αίσθηση «πικρής γεύσης» για τα
- Λ φαγητά. Η ουσία Sodium Lauryl Sulfate η οποία χρησιμοποιείται στις
- I οδοντόκρεμες για να αυξήσει τη λευκαντική τους ικανότητα μπορεί να κάνει πικρό
- Ο το χυμό πορτοκάλι.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ελάττωση της απορροφούμενης
ποσότητας φαρμάκου

Καθυστέρηση της απορρόφησης του
Φαρμάκου

Amoxicillin (Amoxil)
Ampicillin (pentrexyll)
Doxycycline (vibramycyn)
Rifampicine (rifadin)

Amoxicillin (amoxil)
Sulfadiazine (adarine)
Cotrinnoxazole (septrin)
Cephalexin (keflex)

- Σ Κατά πόσο η επίδραση της διατροφής στην κινητική των φαρμάκων. Έχει κλινική
Χ σημασία, εξαρτάται από τη διάρκεια της επίδρασης και τη φύση των φαρμάκων.
Ο Μια μικρή αλλαγή στην απορρόφηση μπορεί να είναι κρίσιμη για ένα φάρμακο ενώ
Λ αμελητέα για ένα άλλο
Ι
Ο

ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΡΟΦΕΣ

Φάρμακο	Μηχανισμός	Παρατήρηση
Erythromycin	άγνωστο	να λαμβάνεται μαζί με το φαγητό

- Σ Η οδηγία μας προ τους ασθενείς που έχει να κάνει με το αν θα πάρουν το
Χ φάρμακο τους πριν - μαζί ή μετά το φαγητό έχει πολύ μεγάλη σημασία.
Ο Πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας ότι:
Λ -στο στομάχι απορροφώνται φάρμακα που είναι ουδέτερα ή ασθενή οξέα
Ι - η απορρόφηση είναι γρήγορη όταν το στομάχι είναι άδειο
Ο - ο χρόνος για την κίνηση του στομάχου είναι περίπου 4 ώρες
Επίσης πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν ότι η κένωση του στομάχου επιταχύνεται με
λήψη κρύων ποτών και γευμάτων με ελαφριά άσκηση και όταν ο ασθενής
κατακλιθεί στο δεξιό πλευρό.

ΕΛΛΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ

Φάρμακο	Μηχανισμός	Παρατήρηση
Ampicillin Pentrexil	ελάττωση όγκων υγρών στο στομάχι	να λαμβάνεται με νερό
Amoxicillin Amoxil	ελάττωση όγκου υγρών στο στομάχι	να λαμβάνεται με νερό

ΕΠΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ

Κάλιο: αντιβιοτικά
Αντιφλεγμονώδη
Διουρητικά
Καρδιοτονοτικά

Σ Αρκετά φάρμακα κυρίως αντιβιοτικά επηρεάζουν την κινητική ιχνοστοιχείων
X και ηλεκτρολυτών με αποτέλεσμα διαταραχές οι οποίες είναι δυνατό να είναι
O απειλητικές ακόμη και για τη ζωή του ασθενούς
Λ
I
O

ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΡΟΦΙΜΑ

Η ΝΗΣΤΕΙΑ

Με την νηστεία μειώνεται αρχικά το νερό του οργανισμού, και μόνο αργότερα μεταβολίζεται ο λιπώδης και ο μυϊκός ιστός.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο φαινόμενος όγκος κατανομής των φαρμάκων να μειώνεται κατά αναλογία προς την απώλεια βάρους.

Τα φάρμακα που συνδέονται σε μεγάλο ποσοστό με πρωτεΐνες του πλάσματος πρέπει να χορηγούνται σε μεγαλύτερες δόσεις λόγω της μεγαλύτερης ποσότητας ελεύθερου πλάσματος του φαρμάκου που κυκλοφορεί στο πλάσμα.

Η κινητοποίηση του εφεδρικού λίπους οδηγεί σε αύξηση των ελεύθερων λιπαρών οξέων και στο πλάσμα και συνεπώς αύξηση της δράσης των φαρμάκων που συνδέονται σε μεγάλο ποσοστό με τις πρωτεΐνες.

- Σ Τα λιπαρά οξέα έχουν συγγένεια με τις λευκοματίνες από τις οποίες εκτοπίζουν
- X διάφορα φάρμακα (αντιβιοτικά –αντιπηκτικά)
- Ο Τα αντίθετα φαινόμενα ισχύουν στην βουλιμία- παχυσαρκία
- Λ
- Ι
- Ο

ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Η μακροχρόνια χρήση αλκοολούχων ποτών μεταβάλλει τη δράση της οικογένειας κιτοχρώματος P 450 και αυξάνεται ο μεταβολισμός των φαρμάκων

- Σ Για την αλκοόλη πρέπει να θεωρούμε επηρεάζει όλα τα φάρμακα. Το να μην
- X επηρεάζεται κάποιο φάρμακο από την παρουσία του οινοπνεύματος θα
- Ο πρέπει να το θεωρούμε ως εξαίρεση στον κανόνα.
- Λ
- Ι
- Ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Οι αλληλεπιδράσεις φαρμάκων – τροφίμων είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο θέμα:

- μπορεί να αυξήσουν/ ελαττώσουν την όρεξη των ασθενών
- αλλοιώνουν την απορρόφηση των φαρμάκων / τροφίμων
- μπορεί να έχουν σοβαρή κλινική σημασία

2. Πρέπει να θεωρείται ότι οι ασθενείς:

- αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν σωστά τα φάρμακα τους
- ακολουθούν συνήθως λάθος τις οδηγίες φαρμακοθεραπείας
- η διατροφή τους είναι συχνά ασύμβατη με τα φάρμακα τους

3. Η ενημέρωση είναι πιο ασφαλής όταν:

- είναι συνεχής σε κάθε επίσκεψη τους, προφορική και γραπτή
- δεν θεωρείται αυτονόητη η γνώση χρήσης φαρμάκων ακόμα και σε χρόνιες ασθένειες
- γίνεται με ταυτόχρονη χρήση φαρμακευτικού ιστορικού ενταγμένου σε βάση δεδομένων Η / Υ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. « Γήρανση και κοινωνία », πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα 1996
2. « Η Τρίτη ηλικία. Ο κύκλος της ζωής. », Ρόμπερτ Κονστεμπάουμ, εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα 1982
3. « Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα », Needman, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001
4. « Η Τρίτη ηλικία » Ρόμπερτ Κονστεμπάουμ, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1991
5. « Γηριατρική », Φραγκίσκου Ιωάν. Χανιώτη, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989
6. « Γεροντολογική Νοσηλευτική », National Student Association Incorporated, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001
7. « Βασικές αρχές γηριατρικής », Ronald D.T. Cape, Rodney M. Coe and Isadore Rossman, May 1984
8. « Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα », Μαρία Μαλγαρινού-Ειρήνη Γούλια, Αθήνα 1986
9. « Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ψυχιατρική νοσηλευτική», Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Αθήνα 1993
10. « Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες », 1^{ος}, 2^{ος}, 3^{ος} τόμος, Άννα Σαχίνη Καρδάση-Μαρία Πάνου, Β΄ έκδοση 1997
11. « Κοινωνική Νοσηλευτική », Ελένη Θ. Κυριακίδου, Αθήνα 2004
12. « Οστεοπόρωση », Γ. Λυρίτης, Αθήνα 1996
13. « Κλινική Φαρμακολογία », James Olson, M.D, Ph.D, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 1997
14. « Φαρμακολογία », Μαρία Παρισσιανού Γρ., Αθήνα 1995
15. « Φαρμακολογία », Παρισσιανού Α.Ε. Αθήνα, Mary J. Mycek, Richard A. Harvey, Pamela C. Champe

16. « Στοιχεία βιοφαρμακευτικής-φαρμακοκινητικής », Μαχαίρας Π., 1999
17. « Σημειώσεις κλινικής φαρμακοκινητικής », Κυρούδη Σ., 2004
18. « Ιατρική φαρμακολογία », Goth A., 1998
19. « Φάρμακα και Φαρμακολογία για Νοσηλευτές », S.J. Hopkins, εκδόσεις Πέργαμος, Tokyo 1995
20. « Επίτομη κλινική φαρμακολογία », Τσόχας Κων/νος, β'έκδοση, εκδόσεις Λύχνος 1996
21. « κλινική φαρμακολογία για νοσηλευτές » John Trounce, Dinah Gould, Αθήνα 1983

Ενημερωτικό υλικό:

- 1.Ενημερωτικό υλικό από την κα Δραμουντάνη Ειρήνη, νοσηλεύτρια στο Κ.Α.Π.Η. της Αγ. Τριάδας, δήμου Ηρακλείου
2. Ενημερωτικό υλικό από την κα Αθηνά, νοσηλεύτρια στο Κ.Α.Π.Η. Κατσαμπά, δήμου Ηρακλείου

Περιοδικά

- 1.περιοδικό « Αχαϊκή Ιατρική », « όσο γερνάμε η ζωή καλυτερεύει », Παπουτσάκης Σ., τόμος 17, 2, 1996
- 2.περιοδικό « υγιής υπερήλικας-υγιή γηρατειά » Νοσηλευτική, Κυριακίδου Ε., τεύχος 4, 1992
- 3.περιοδικό « Geriatrics », « Geriatric Pain », Gloth F. Michael, October 2000

Σε ηλεκτρονική μορφή:

1. www.iatrotek.gr,
2. www.fda.gr (food and administration)
3. www.medlook.gr
4. www.medlook.net
5. www.iatronet.gr
6. www.wyeth.net

