

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΤΗΤΗΣ : Δρ. Θ. Ι. ΔΡΙΖΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΣΚΑΡΟΥ ΔΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Α.Μ. : 2000315

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2005

«ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ»

Εισαγωγή.....	03
Μέρος 1.....	05
1.1 Τι είναι Θνητότητα.....	05
1.2 Τι είναι Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο.....	08
1.3 Είδη και Αίτια Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων....	09
1.4 Επιδημιολογία Και Παράγοντες Κινδύνου Στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ).....	15
1.5 Πρόγνωση Και Πρόληψη Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων.....	21
Μέρος 2.....	32
Παρουσίαση και Ανάλυση των Στατιστικών Στοιχείων που αφορούν την Θνητότητα από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο στην Καλαμάτα το 2003.	
Συμπεράσματα.....	47
Βιβλιογραφία.....	50

«ΕΙΣΑΓΩΓΗ»

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : Ο Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι να δείξει, το ποσοστό θανάτων σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σε σύγκριση με την συνολική εμφάνιση ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, στην Καλαμάτα το έτος 2003.

ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : Ο Στόχος της εργασίας αυτής, είναι να παρουσιαστεί μια έρευνα σχετικά με τη θνητότητα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην Καλαμάτα το έτος 2003.

Στην παρακάτω εργασία και σύμφωνα με το θέμα, γίνεται μια προσπάθεια ανάλυσης των όρων και του στόχου που αναφέρονται παραπάνω. Έτσι, η εργασία αποτελείται από δύο κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος, αναλύονται οι ιατρικοί και δημογραφικοί όροι ώστε να γίνονται κατανοητά, σε οποιονδήποτε αναγνώστη, τα στοιχεία που καταγράφονται στο δεύτερο μέρος, το οποίο αποτελείται από την παρουσίαση και ανάλυση των στατιστικών στοιχείων.

Στο πρώτο μέρος λοιπόν, αναλύεται τι είναι η θνητότητα, τι είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τα είδη και τα αίτιά του, οι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την εμφάνιση και την έκβαση ενός ασθενή που πάσχει από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο καθώς και στοιχεία πρόγνωσης και πρόληψης. Κρίνοντας αρκετά σημαντικό για όλους μας, αναφέρω συμβουλές πρώτης βοήθειας και ενέργειες μετά από τα πρώτα δείγματα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ώστε να μπορούμε όλοι να αντεπεξέλθουμε σωστά και έγκαιρα σε ένα τέτοιου είδους συμβάν.

Στο δεύτερο μέρος, όπως προαναφέρεται, γίνεται παρουσίαση και ανάλυση των στατιστικών στοιχείων που απαντούν στο ερώτημα

που τίθεται στον σκοπό. Τα στοιχεία που αναλύονται τα συνέλεξα από το αρχείο του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και παρουσιάζονται με μορφή στατιστικών γραφημάτων. Σε αυτό το μέρος παρουσιάζω τα συνολικά ποσοστά των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε σύγκριση με διάφορους γνώμονες.

Λόγω των όρων – ορισμών που αναφέρονται στην εργασία και της φύσης του θέματος της, είναι βασισμένη κατά μεγάλο ποσοστό σε δευτερογενείς πηγές. Γεγονός αναπόφευκτο, μιας και οι ιατρικοί, δημογραφικοί κ.λπ. όροι είναι γνώσεις και αποτέλεσμα χρόνων πάνω σε έρευνες και εξετάσεις επιστημόνων της εκάστοτε ειδικότητας. Παρόλα αυτά, το κυρίως κείμενο στο πρώτο μέρος αποτελείται από την συλλογή απόψεων, γνώμων και ιδεών καταγράφοντας τα πιο σημαντικά και ουσιώδη στοιχεία από τον εκάστοτε συγγραφέα.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, αρχικά την οικογένεια μου για την υποστήριξή τους. Τους κύριους και κυρίες καθηγητές μου για την σημαντική προσφορά γνώσεων στα χρόνια φοίτησης μου στο τμήμα ΔΜΥΠ Καλαμάτας. Τον κύριο Δρ. Δρίζη Θεόδωρο που ήταν ο επιβλέπων καθηγητής σε αυτήν την προσπάθειά μου. Το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας για την πολύτιμη βοήθειά τους και κατά την διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης. Και τέλος τους φίλους μου για την πραγματική τους φιλία.

«ΜΕΡΟΣ 1»

«**Θνησιμότης** (*mortality*) : είναι ο αριθμός των θανάτων ανεξαρτήτως αιτίας στον γενικό πληθυσμό σε μια ορισμένη περιοχή και σε ορισμένο χρονικό διάστημα, το οποίο συνήθως είναι ένα ημερολογιακό έτος.»¹

«**Θνητότης** (*fatality*) : είναι ο αριθμός των θανάτων που προκλήθηκαν από μια καθορισμένη νόσο, ως αιτία, στο συνολικό αριθμό των διαγνωσμένων περιπτώσεων από αυτή την νόσο.»²

«**Θάνατος** (*death*) : είναι η οριστική παύση όλων των λειτουργιών που χαρακτηρίζουν την ζωή, σε ένα ολοκληρωμένο ζωικό ή φυτικό άτομο.»³

1.1 Τι είναι θνητότητα.

«Η θνητότητα είναι δείκτης των δυνάμεων φθοράς, του θανάτου. Την μελετούμε όμως σε συνδυασμό με την νοσηρότητα, διότι είναι άμεσα συνυφασμένη με την νόσηση. Η θνητότητα παρέχει την ένταση του θανάτου από μια συγκεκριμένη νόσο ή πάθηση σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων, τα οποία έχουν προσβληθεί από την καθορισμένη αιτία, σε σχέση επομένως με τους νοσούντες. Η ίδια η θνητότητα έχει την έννοια του συντελεστή και παριστάνει το μέτρο της θανατηφόρου εκβάσεως μιας νόσου ή παθήσεως.

Η έκβαση ενός νοσήματος μπορεί να είναι 1) η ίαση, 2) η βελτίωση της καταστάσεως του ασθενούς, 3) η στάσιμη κατάσταση, 4) η επιδείνωση και 5) ο θάνατος.

¹ Θ. Δρίζης , *Ιατρική και νοσοκομειακή ορολογία*, Σημειώσεις για το τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας Καλαμάτας, Καλαμάτα 2001, σ. 8.

² Στο ίδιο, σ. 8.

³ Στο ίδιο, σ. 5.

Η μέτρηση της εντάσεως του θανάτου από μια συγκεκριμένη αρρώστια επιτυγχάνεται με την θνητότητα, η οποία είναι τελείως διαφορετική βιοστατιστική έννοια από τη θνησιμότητα. Η θνητότητα διακρίνεται ακόμη και από την ειδική σε συνάρτηση με την αιτία θανάτου θνησιμότητα. Εκείνη αναφέρεται στο γενικό πληθυσμό. Η θνητότητα ανάγεται μόνο στους νοσούντες από το συγκεκριμένο νόσημα.

Ο υπολογισμός της θνητότητας είναι εξαιρετικά εύκολος και παρέχεται από την σχέση

$$\text{Θνητότητα} = (\Theta\alpha/\text{Ν}\alpha)K, \quad K=100$$

στην οποία $\Theta\alpha$ είναι οι θάνατοι που σημειώθηκαν από τη νόσο α στο χρονικό διάστημα διενέργειας της έρευνας ή ενός ημερολογιακού έτους σε μια καθορισμένη περιοχή και $\text{Ν}\alpha$ τα νέα περιστατικά της νόσου α . Επειδή η σταθερά K ισούται με 100, η θνητότητα παριστάνει το εκατοστιαίο ποσοστό της θανατηφόρου απολήξεως της υπό έρευνα νόσου.

Ορισμένα νοσήματα συνοδεύονται από μεγάλη πιθανότητα θανάτου, από υψηλή θνητότητα, παρόλο ότι η τελική συμβολή τους στην θνησιμότητα ενός πληθυσμού μπορεί να είναι μικρή. Σε γενικές γραμμές η θνητότητα επηρεάζεται όχι μόνο από την ίδια τη συχνότητα της νόσου αλλά και από την ιατρική παρεμβολή.

Στην εκτίμηση του ύψους της θνητότητας από κάποια νοσηρή κατάσταση είναι φανερό ότι υπεισέρχεται και ο παράγοντας χρόνος καθώς και η διάρκεια αυτής της ίδιας της ασθένειας.»⁴

⁴ Β. Κατσουγιαννόπουλος, *Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική*, 2 τόμ., εκδ. οίκος Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη 1994, σ. 239-241.

Λόγω της φύσης του φαινομένου, η ανάλυση των στοιχείων θνητότητας είναι σχετικά πιο εύκολη από την ανάλυση άλλων δημογραφικών φαινομένων.

Καταρχήν η θνητότητα είναι μη αναπόφευκτο και μη επαναλαμβανόμενο φαινόμενο. Ο ορισμός του γεγονότος «θάνατος» είναι σαφής και τα μέτρα πολιτικής, που αφορούν τον περιορισμό του επιπέδου της θνητότητας για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας είναι αποδεκτά από όλες γενικά τις ομάδες πληθυσμού.

Γενικά οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάλυση της θνητότητας καθώς και η διάρκεια αυτής της ίδιας της ασθένειας περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο συνήθους διαμονής, την αιτία θανάτου, το επάγγελμα, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη διατροφή, το κλίμα και άλλα.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, η μέτρηση της θνητότητας γίνεται με την εφαρμογή ειδικών τεχνικών δημογραφικής ανάλυσης, οι οποίες βασίζονται σε δεδομένα που προέρχονται από δειγματοληπτικές έρευνες. Στη χώρα μας, όπως και στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, το επίπεδο της θνητότητας υπολογίζεται άμεσα από τα στοιχεία των ληξιαρχικών καταγραφών, τα οποία συνδυάζονται με τα δεδομένα των απογραφών ή πληθυσμιακών εκτιμήσεων.

1.2 Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο.

«Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ή εγκεφαλικό επεισόδιο είναι αποτέλεσμα της διακοπής της αιμάτωσης ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη εστιακών νευρολογικών ελλειμμάτων που διατηρούνται για τουλάχιστον εικοσιτέσσερις (24) ώρες. Τα ελλείμματα αυτά κυμαίνονται από ήπια συμπτώματα όπως αίσθημα αιμωδίας, αδυναμία και ελαφρά διαταραχή του λόγου, έως σοβαρά συμπτώματα, όπως ημιπληγία, αφασία και ελλείμματα του οπτικού πεδίου. Ο τύπος και η έκταση των νευρολογικών ελλειμμάτων που παρουσιάζει ο ασθενείς εξαρτώνται από την συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου που ισχαιμεί και από την επακόλουθη ανάπτυξη εγκεφαλικού οιδήματος ή εγκεφαλικής νέκρωσης.»⁵

«Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια συνιστούν βλάβες του εγκεφαλικού ιστού, απότοκες οξείας ισχαιμίας ή αιμοραγίας. Κατέχουν την πρώτη θέση σε συχνότητα, και επικινδυνότητα ανάμεσα στις νευρολογικές παθήσεις, που καταλήγουν σε θάνατο ή αναπηρία, όπως και την πρώτη αιτία ιδρυματοποίησης των ενηλίκων λόγω αναπηρίας που οδηγεί σε απώλεια της ανεξαρτησίας. Αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά νοσήματα και τον καρκίνο και αριθμούν το 50 % των νευρολογικών προβλημάτων των Γενικών Νοσοκομείων. Η ετήσια επίπτωση είναι 2 νέα επεισόδια για κάθε 1000 άτομα. Πλήττουν άτομα άνω των 50 ετών και τους άνδρες 1,5 φορές περισσότερο από τις γυναίκες. Σε νεαρά άτομα, οφείλονται σε τραυματικές κακώσεις των εγκεφαλικών αγγείων, σε συγγενείς αγγειακές δυσπλασίες ή σε φλεγμονώδεις παθήσεις των αγγείων.»⁶

⁵ ULRICH και CANALE και WENDELL, *Παθολογική – Χειρουργική, Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας*, γ' εκδ., Ιατρικές εκδ. Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα, σ. 266.

⁶ Διδακτικό και Ερευνητικό Προσωπικό του Τομέα Παθολογίας, Α. Γ. Μαύλης (επιμ.), *Παθολογία II*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Ιατρική Σχολή, Ιατρικές εκδ. Πασχαλίδης Π. Χ., Αθήνα 2002, σ. 1150.

«Το 75% όλων των εγκεφαλικών επεισοδίων συμβαίνει σε ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών, με ετήσια επίπτωση 18 ‰, σε αντίθεση με την ετήσια επίπτωση 2 ‰ (όπως προαναφέρεται) στον γενικό πληθυσμό. Παρατηρείται λοιπόν το γεγονός ότι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι νόσος κυρίως της τρίτης ηλικίας. Ένα στα οκτώ νοσοκομειακά κρεβάτια της Σκοτίας (εξαιρουμένων των μαιευτικών και των ψυχιατρικών κλινικών) είναι κατειλημμένο από ασθενείς που πάσχουν από εγκεφαλικό επεισόδιο. Εάν οι σημερινές αριθμητικές τάσεις ισχύουν και μελλοντικά, υπολογίζεται ότι ως το τέλος του αιώνα μας ποσοστό όχι λιγότερο του 18% των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών θα καταλαμβάνονται από ασθενείς που πάσχουν από εγκεφαλικό επεισόδιο (Akhtar και Garroway 1982). Τα εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν τον κύριο λόγο ανικανότητας στον Δυτικό κόσμο και παρουσιάζονται περίπου ένα εκατομμύριο (1.000.000) νέα περιστατικά στην Ευρώπη κάθε χρόνο.»⁷

1.3 Είδη και Αίτια Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων.

Στην βιβλιογραφία (και κυρίως την ιατρική) τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια χωρίζονται με διάφορους γνώμονες όπως η διάρκεια, το μέρος του εγκεφάλου που επηρεάζεται ή βάσει των συμπτωμάτων και των προβλημάτων που έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής μετά το συμβάν. Παρακάτω γίνεται μια προσπάθεια διαχωρισμού των εγκεφαλικών επεισοδίων, βάση ιατρικών βιβλίων, με τις σημαντικότερες αιτίες και διαφορές όπου διαχωρίζουν το ένα

⁷WAGSTAFF και COAKLEY, Γ. Καραχάλιος (επιμ.), *Φυσιοθεραπεία & Ασθενείς Τρίτης Ηλικίας*, "ΕΛΛΗΝ" Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε., Αθήνα 1997, 67.

είδος από το άλλο. Έτσι έχουμε πέντε βασικά είδη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, με τους ορισμούς τους, τα οποία είναι :

1. Παροδικά Ισχαιμικά Επεισόδια.
2. Εγκεφαλική Ισχαιμία και Θρόμβωση.
3. Υπαραχνοειδής Αιμορραγία.
4. Εγκεφαλική Αιμορραγία.
5. Αγγειακές Δυσπλασίες.

1. Παροδικά Ισχαιμικά Επεισόδια (ΠΙΕ).

Οφείλονται σε ισχαιμία που είναι τόσο βραχείας διάρκειας ώστε η εγκεφαλική λειτουργία αποκαθίσταται γρήγορα και πλήρως και συνήθως διαρκούν λίγα λεπτά ως και εικοσιτέσσερις (24) ώρες.

Τα αίτια που προκαλούν Παροδικά Ισχαιμικά Επεισόδια είναι τα εξής :

- Έμβολα που προέρχονται από ελκώσες αθηρωματικές πλάκες από μεγάλα αγγεία (καρωτίδες, σπονδυλικές αρτηρίες).
- Απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης με μείωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής.
- Άλλα αίτια λόγω καρδιακής δυσρυθμίας, αποφράξεις μικρών αγγείων.

Πρόγνωση : Τα Παροδικά Ισχαιμικά Επεισόδια (ΠΙΕ) μπορεί να επαναλαμβάνονται χωρίς να καταλήγουν σε μόνιμο ισχαιμικό επεισόδιο και περίπου το 20% των ΠΙΕ καταλήγουν σε μόνιμη βλάβη τον 1^ο μήνα και το 50% μετά από ένα έτος. Είναι απαραίτητο να γίνεται λεπτομερής εργαστηριακός έλεγχος και είναι δυνατό να χορηγηθούν αντιπηκτικά, αντιαιμοπελιακά φάρμακα όπως και χειρουργική αντιμετώπιση.

2. Εγκεφαλική Ισχαιμία και Θρόμβωση.

α) Εγκεφαλικό έμφρακτο από θρόμβωση.

Αποτελούν το 50 % των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και πρόκειται για αγγειοθρόμβωση πάνω σε αλλοιωμένη αθηρωματώδη επιφάνεια.

Τα αίτια που προκαλούν Εγκεφαλικό έμφρακτο από θρόμβωση είναι τα εξής :

Η υπέρταση είναι κύριος παράγοντας στα 2/3 των ασθενών, παραγωγή αθηροσκλήρυνσης από την υπέρταση, πτώση της πίεσης με μείωση της αιματικής εγκεφαλικής ροής.

β) Εγκεφαλικό έμφρακτο από εμβολή.

Αποτελούν το 30 % των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και είναι οξύ αγγειακό επεισόδιο με μονήρη ή πολλαπλή έμφρακτα συνέπεια θρόμβου ή άλλου υλικού που αποσπάσθηκε από απομακρυσμένη εστία.

Τα αίτια που προκαλούν Εγκεφαλικό έμφρακτο από εμβολή είναι τα εξής :

Κύρια αίτια είναι τα έμβολα που αποσπώνται από τα τοιχώματα της καρδιάς, τις βαλβίδες και τα μεγάλα αγγεία, αφορούν δε παθήσεις όπως στένωση μητροειδούς, ενδοκαρδίτιδες, κολπική μαρμαρυγή, έμφραγμα μυοκαρδίου και εξελκωμένες αθηροσκληρωτικές πλάκες από έσω καρωτίδα, αορτικό τόξο.

Πρόγνωση : Είναι θάνατος για το 20% των ασθενών, πλήρη αποκατάσταση για το 20% και 60% μερική αποκατάσταση με διακύμανση των συμπτωμάτων.

3. Υπαραχνοειδής Αιμορραγία.

Είναι αυτόματη έκχυση αίματος στον υπαραχνοειδή χώρο και συμβαίνει σε άτομα ηλικίας μεταξύ τριάντα (30) και πενήντα (50) ετών, εμφανίζεται δε με συχνότητα 10 –15/100.000 κατοίκους. Η υπαραχνοειδής αιμορραγία αντιπροσωπεύει το 2% του συνόλου των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Τα αίτια που προκαλούν Υπαραχνοειδής Αιμορραγία είναι τα εξής :

Κύρια αιτία αποτελεί η ρήξη συγγενούς αγγειακής δυσπλασίας (αρτηριακό ανεύρυσμα, αρτηριοφλεβώδες αγγείωμα) ακολουθούν η αρτηριακή υπέρταση, η αρτηριοσκλήρυνση, οι όγκοι του εγκεφάλου, η αιμορραγική διάθεση, αντιπηκτικά, λοιμώξεις και ένα ποσοστό 20% παραμένει αγνώστου αιτιολογίας. Συνήθως και σε ποσοστό 90% τα ανευρύσματα βρίσκονται στον κύκλο του Willis και εντοπίζονται στο πρόσθιο (καρωτιδικό) αρτηριακό δίκτυο.

Πρόγνωση : Είναι βαριά με θάνατο στο 20-25% των περιπτώσεων κύρια στα πρώτα 24ωρα, το υπόλοιπο ποσοστό έχει καλή πρόγνωση αν δεν επαναλειφθεί η αιμορραγία (μεταξύ 2^{ης} – 4^{ης} εβδομάδας μεγαλύτερος κίνδυνος).

4. Εγκεφαλική Αιμορραγία.

Αφορά άτομα ηλικίας άνω των σαράντα (40) ετών που κατά το πλείστον πάσχουν από υπέρταση και η αιμορραγία συμβαίνει με ρήξη αρτηριών στην περιοχή των πυρήνων της βάσεως (60 – 70 %) στα εγκεφαλικά ημισφαίρια (20 – 30 %), στο εγκεφαλικό στέλεχος και στην παρεγκεφαλίδα (5 – 10 %).

Τα αίτια που προκαλούν Εγκεφαλική Αιμορραγία αφορούν κυρίως :

- ανατομικές βλάβες των τοιχωμάτων των αγγείων (μικροανευρύσματα).
- αρτηριακή υπέρταση.
- γενικές καταστάσεις όπως διαταραχές πήκτικότητας του αίματος, νοσήματα του κολλαγόνου, αιματολογικές παθήσεις κ.α.

5. Αγγειακές Δυσπλασίες

α) Ανευρύσματα.

Είναι συγγενείς ανωμαλίες σε ποσοστό 1,5-4% του γενικού πληθυσμού. Η ρήξη τους μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία ακόμα και σε παιδιά. Το μεγαλύτερο ποσοστό 90% έχει μορφή σακκοειδή διαμέτρου 0.2 – 2.5 εκ.μ. άλλη μορφή λιγότερο συχνή 7% είναι τα ατρακτοειδή και οφείλονται σε αρτηριο-σκληρυντική εξεργασία.

Η παθολογο-ανατομική βλάβη εντοπίζεται σε τοπική ελλειματική δομή του ελαστικού χιτώνα του τοιχώματος του αγγείου με συνέπεια

τη διάτασή του και ακολούθως την πιθανή ρήξη του. Τα μεγαλύτερα ποσοστά βρίσκονται γύρω από τον κύκλο του willis και σε σημεία διχασμού αρτηριακών κλάδων το δε 95% αφορά κλάδους της προσθίας (καρωτιδικής) κυκλοφορίας και αναλυτικά:

- 25-30% στην έκφυση της οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας.
- 20-25% στην έκφυση της προσθίας αναστομωτικής αρτηρίας.
- 25-30% στην έκφυση του πρώτου κλάδου της μέσης εγκεφαλικής.
- 8-12% αφορούν την βασική αρτηρία.
- 4-10% αφορούν την σπονδυλική οπισθία εγκεφαλική και οπισθία αναστομωτική.

Πρόγνωση : Η παρουσία ανευρύσματος στον εγκέφαλο ενός ατόμου μπορεί να παρουσιάσει διαφορετική εξέλιξη με πιθανά :

- Σιωπηρά επί μακρόν χωρίς εκδηλώσεις.
- Επεισόδια παροδικής κεφαλαλγίας χωρίς συνωδά συμπτώματα.
- Παροδικές νευρολογικές εκδηλώσεις.
- Ρήξη του ανευρύσματος με πλήρη εγκεφαλική ή μηνιγγοεγκεφαλική αιμορραγία.

Η πρόγνωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον χρόνο και τον τρόπο επέμβασης.

β) Αρτηριοφλεβώδης Δυσπλασία.

Είναι συγγενής ανωμαλία που δημιουργείται κατά την ανάπτυξη του αγγειακού συστήματος του εγκεφάλου στην εμβρυϊκή ηλικία. Αφορά δε μια απευθείας επικοινωνία αρτηρίας και φλέβας με μεταφορά αρτηριακού αίματος στη φλεβική κυκλοφορία χωρίς να οξυγονώνεται η αντίστοιχη πλευρά. Είναι διαφορετικού μεγέθους και μπορεί να επεκτείνεται και στην έξω επιφάνεια του εγκεφάλου, στο φλοιό και κυρίως στην περιοχή της μέσης εγκεφαλικής και λιγότερο στην οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία.

1.4 Επιδημιολογία Και Παράγοντες Κινδύνου Στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ).

«Η διάγνωση και θεραπεία των αγγειακών εγκεφαλικών παθήσεων έχει αλλάξει ριζικά τα τελευταία 20 χρόνια λόγω κυρίως της τεχνολογικής εξέλιξης που έχει βοηθήσει σημαντικά στη κατανόηση της αιτιοπαθογένειας και έχει ανοίξει νέες θεραπευτικές οδούς. Μολονότι η φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία δεν είναι τόσο αποτελεσματικές σήμερα πιστεύεται ότι η οποιαδήποτε βελτίωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας θα προέλθει από την πρόληψη που παραμένει ο σημαντικότερος παράγοντας για την αντιμετώπιση του ΑΕΕ.»⁸

«Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έχει οικουμενική κατανομή και εμφανίζεται κυρίως σε άτομα πάνω από 55 χρονών. Μολονότι τα τελευταία χρόνια αναφέρεται κάποια μείωση της συχνότητάς του, εξακολουθεί να αποτελεί στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες την τρίτη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο.

⁸ Ν. Μακρής, *Νευρολογία*, Σημειώσεις για το τμήμα Νοσηλευτικής Πατρών, Πάτρα 1998, σ. 100.

Η συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων αποτελεί το αντικείμενο διαφόρων στατιστικών μελετών, που οι αποκλίσεις τους είναι συχνά δύσκολο να ερμηνευθούν. Η επίπτωση στο γενικό πληθυσμό αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και είναι περίπου 6%. Η επίπτωση αυτή υπόκειται σε γεωγραφικές και χρονολογικές αποκλίσεις. Παράδειγμα γεωγραφικής απόκλισης αποτελεί η ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση στην Ιαπωνία. Στις χρονολογικές αποκλίσεις εντάσσεται το γεγονός ότι ενώ στην προηγούμενη δεκαετία σε χώρες όπως η Αμερική, η Αυστραλία και η Φιλανδία διαπιστώθηκε μια ελάττωση της συχνότητας των ΑΕΕ το αντίθετο συνέβη στην Σουηδία. Πάντως, αναμφισβήτητο είναι το γεγονός, ότι με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, αναμένεται, ότι τα ΑΕΕ θα αποτελέσουν ένα ακόμη μεγαλύτερο ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα. Παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι, στις Η.Π.Α., πάνω από 200.000 άτομα χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από προσβολή ΑΕΕ, ενώ η «νοσηρότητα» φθάνει τις 400.000. Περίπου το 15-35% των ασθενών που ενεφάνισαν εγκεφαλικό έμφρακτο θα καταλήξουν, ενώ μια πολύ μεγαλύτερη θνησιμότητα (60 – 80%) παρατηρείται ανάμεσα στους ασθενείς με εγκεφαλική αιμορραγία. Είναι προφανές, ότι, η ακριβής και πρώιμη διάγνωση μπορεί να βελτιώσει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας στο εγγύς μέλλον, στο βαθμό που, θα εφαρμόζονται νεώτερες και πιο δραστικές μέθοδοι διαγνώσεως και θεραπείας.

Στον τομέα της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης είναι απαραίτητη η, σε βάθος, διερεύνηση των προδιαθεσικών παραγόντων και ιδιαίτερα εκείνων που επιδέχονται κάποιο έλεγχο.

Οι τέσσερις κυριώτεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ηλικία, η υπέρταση, ο διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία (ιδιαίτερα ορισμένων κλασμάτων όπως η LDL, η απολιποπρωτεΐνη β και τα

τριγλυκερίδια). Αυξημένο κίνδυνο εμβολικού ΑΕΕ έχουν οι ασθενείς με υποκείμενη καρδιακή νόσο, όπως: ενδοκαρδίτιδα, βαλβιδοπάθειες, έμφραγμα μυοκαρδίου, κολπική μαρμαρυγή κ.ά. Η χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων με οιστρογόνα – προγεστερόνη, αυξάνει το ενδεχόμενο θρόμβωσης και αντενδείκνυνται σε άτομα που έχουν και άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως, διαβήτη ή υπερλιπιδαιμία.

Σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος κάποιων αιματολογικών διαταραχών, που προηγούνται ή και ακολουθούν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Υπάρχουν μελέτες που διαπιστώνουν αυξημένη γλοιότητα του αίματος στο 85% των ασθενών με ισχαιμικό επεισόδιο. Επίσης, έχει διαπιστωθεί υπερπηκτικότητας του αίματος σε ένα ποσοστό ισχαιμικών αλλά και αιμορραγικών εμφράκτων. Μεταξύ των παραγόντων της πήξεως που μελετήθηκαν, ιδιαίτερος φαίνεται, να είναι ο ρόλος του ινοπεπτιδίου Α.»⁹

«Ο τρόπος ζωής μπορεί επίσης να είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Η αστυφιλία και η βιομηχανική ανάπτυξη μείωσαν την σωματική δραστηριότητα, αύξησαν το Stress και άλλαξαν τις διαιτητικές συνήθειες (τροφές πλουσιότερες σε θερμίδες και λίπη), με συνέπεια την παχυσαρκία, την υπέρταση και την αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδη διαβήτη που με τη σειρά τους αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο σακχαρώδης διαβήτης όμως μπορεί να προκληθεί και από υποσιτισμό λόγω αβεστοποίησης του παγκρέατος.

⁹ Γ. Καράμπελας και Σπ. Λιονής, *Αξονική και μαγνητική τομογραφία στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σ. 12 – 13.

Στη βιβλιογραφία παρουσιάζονται συνεχώς αυξανόμενα στοιχεία που δείχνουν πως ο τρόπος ζωής είναι έντονα καθοριστικός στην ανάπτυξη αγγειακών νόσων και για την πρόληψή τους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ανθρώπου, κυρίως στις αστικές περιοχές.

Από πλευράς **γεωγραφικής κατανομής**, όσον αφορά τη συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, περιγράφονται διαφορές από χώρα σε χώρα. Η Ιαπωνία έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και είναι ενδιαφέρον ότι οι Ιάπωνες που ζουν στη Χαβάη και στην Καλιφόρνια έχουν χαμηλότερη συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και μεγαλύτερη εμφραγμάτων μυοκαρδίου από εκείνους που ζουν στην Ιαπωνία. Οι Ιάπωνες ασθενείς που έχουν πάρει μέρος στη διεθνή μελέτη “εξωκρανιακή / ενδοκρανιακή αναστόμωση” παρουσιάζουν συχνότερα στένωση της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας ενώ οι ασθενείς από τη Βόρειο Αμερική και την Ευρώπη έχουν πιο συχνά καρωτιδική νόσο. Επίσης η συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων μπορεί να διαφέρει σε διάφορες περιοχές της ίδιας χώρας.

Σε σχέση με το **φύλο** φαίνεται πως από την ηλικία των 45 ετών και πάνω οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε σύγκριση με τις γυναίκες. Η σχέση άνδρες / γυναίκες υπολογίζεται σε 1.22 μέχρι 1.33.

Όσον αφορά τη σχέση της **κοινωνικοοικονομικής τάξης** και της συχνότητας των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, έχει περιγραφεί ότι στη Νιγηρία ένα μεγάλο ποσοστό των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων προέρχεται από τις ανώτερες και μέσες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις ΗΠΑ. Οι **διαιτητικοί παράγοντες** (λιπίδια, ουρικό οξύ και ο ανεξέλεγκτος σακχαρώδης διαβήτης) συμβάλλουν σημαντικά στην εκδήλωση αγγειακής νόσου. Το ίδιο ισχύει και για την υπέρμετρη κατανάλωση

χλωριούχου νατρίου που προκαλεί υπέρταση όπως συμβαίνει στη νόσο Nueva της Βενεζουέλας όπου καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα διατηρουμένων σε αλάτι ψαριών.»¹⁰

«Αναμφισβήτητος είναι επίσης ο ρόλος κάποιων «κοινωνικών συνηθειών» όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η απουσία άσκησης και η αύξηση του σωματικού βάρους. Τέλος, σε ότι αφορά το ρόλο της κληρονομικότητας, φαίνεται ότι, η προδιάθεση μεταβιβάζεται μάλλον από την μητέρα παρά από τον πατέρα.

Είναι προφανές, ότι ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στους παράγοντες εκείνους, που επιδέχονται κάποιο έλεγχο, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, τα καρδιολογικά νοσήματα, η δυσλιπιδαιμία, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα αντισυλληπτικά, η φυσική άσκηση και το βάρος δεδομένου ότι, οι υπόλοιποι παράγοντες όπως π.χ. οι γενετικοί, η ηλικία κ.λ.π. δεν επιδέχονται έλεγχο.»¹¹

«Τα τελευταία 30 χρόνια και ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία παρά τον συνεχώς αυξανόμενο μέσο όρο ζωής παρατηρείται προοδευτική μείωση της συχνότητας και θνησιμότητας των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η μείωση αυτή είναι πιο εντυπωσιακή για ασθενείς κάτω της ηλικίας των 65 ετών. Η προοδευτική μείωση της συχνότητας και θνησιμότητας των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων αποδίδεται στους ακόλουθους παράγοντες :

¹⁰Χ. Πασχάλης, *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1989, σ. 17 – 19.

¹¹Γ. Καράμπελας και Σπ. Λιονής, *Αξονική και μαγνητική τομογραφία στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σ. 13.

α) Καλύτερα διαγνωστικά μέσα.

β) Αλλαγή στα διαγνωστικά κριτήρια.

γ) Αναγνώριση της σημασίας της υπέρτασης και η συστηματική αντιμετώπιση της στο γενικό πληθυσμό.

δ) Μείωση των καρδιοπαθειών (βαλβιδοπάθειες-αρρυθμίες) από ρευματικό πυρετό λόγω της χρήσης αντιβιοτικών και της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης.

ε) Ευρεία χρήση ασπιρίνης και άλλων αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων.

Ενώ στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες η συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων ελαττώνεται, αντίθετα στις αναπτυσσόμενες χώρες η συχνότητα αυξάνεται. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια λοιπόν, είναι ένα σοβαρό νευρολογικό πρόβλημα και προβλέπεται πως ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων θα διατηρεί το πρόβλημα αυτό από πλευράς αντιμετώπισης πάντα σε προτεραιότητα.»¹²

¹² Χ. Πασχάλης, *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1989, σ. 19.

1.5 Πρόγνωση Και Πρόληψη Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων.

«Η συνολική θνησιμότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων είναι περίπου 20% και είναι μεγαλύτερη για τις ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες σε σύγκριση με τα έμφρακτα. Τα κενοτοπιώδη έμφρακτα έχουν καλύτερη πρόγνωση από τα θρομβοεμβολικά. Η θνησιμότητα για τις ημισφαιρικές αιμορραγίες είναι μικρότερη από εκείνη για τις αιμορραγίες του στελέχους. Η θνησιμότητα κατά την οξεία φάση έχει δικόρυφη κατανομή. Η μία αιχμή είναι κατά την πρώτη εβδομάδα και οφείλεται σε εγκεφαλικά αίτια (εγκολεασμούς) και η δεύτερη μετά τη δεύτερη και τρίτη εβδομάδα και οφείλεται σε άλλες επιπλοκές κυρίως καρδιολογικές. Οι καρδιολογικές επιπλοκές (έμφραγμα του μυοκαρδίου) αποτελούν απειλή θανάτου και στη χρονία φάση. Οι ασθενείς με πνευμονική πάθηση, καρδιακή νόσο και υπέρταση έχουν πολύ μικρότερο χρόνο επιβίωσης. Μόνο η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης μειώνει το ποσοστό επιβίωσης από 85% σε 51% για τους άνδρες. Οι ασθενείς με αριστερή ημιπληγία έχουν συνήθως χειρότερη πρόγνωση σε σύγκριση με εκείνους που παρουσιάζουν δεξιά ημιπληγία. Σε βλάβη του δεξιού ημισφαιρίου η αποκατάσταση της νοσοαγνωσίας και της αγνωσίας της αριστερής πλευράς είναι συνήθως ταχύτερη από την αποκατάσταση της ημιανοψίας και της ημιπάρεσης. Στην περίπτωση αφασίας, η αφασία του Broca επανέρχεται γρηγορότερα, ενώ η αισθητική και η καθολική αφασία έχουν χειρότερη πρόγνωση. Οι ασθενείς με απόφραξη της έσω καρωτίδας έχουν την καλύτερη πρόγνωση ενώ το έμφρακτο της βασικής αρτηρίας τη χειρότερη πρόγνωση.

Όσο μεγαλύτερη είναι η βλάβη και όσο βαρύτερη η νευρολογική αναπηρία τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση. Όσο γρηγορότερα αρχίζουν τα σημεία της αποκατάστασης τόσο καλύτερη η έκβαση. Η διατήρηση έστω μιας μικρής κινητικότητας στα άκρα περιφερικά

κατά την εισβολή του επεισοδίου είναι ευνοϊκό σημείο για την αποκατάσταση της κινητικότητας σε ικανοποιητικό βαθμό. Η απώλεια συνείδησης, η παράλυση των οριζοντίων συζυγών οφθαλμών κινήσεων και η πλήρης ημιπληγία είναι δυσμενή προγνωστικά σημεία. Οι ασθενείς με περισσότερες της μίας βλάβης και με υποτροπιάζοντα επεισόδια έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Ενώ σε μερικές περιπτώσεις ο βαθμός αποκατάστασης ορισμένων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων είναι ικανοποιητικός, ο μηχανισμός αποκατάστασης δεν έχει διευκρινιστεί. Φαίνεται πως μεγάλη σημασία έχει η βλάβη που οφείλεται στην “περιϊσχαιμική άλω”. Μετά την εγκατάσταση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς αποκαθίσταται η εγκεφαλική αιματική ροή της περιοχής, είτε λόγω της διάλυσης του εμβόλου είτε μέσω της παράπλευρης κυκλοφορίας, αρχίζει να επανέρχεται και η διαταραγμένη λειτουργία του νευρικού ιστού. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, δείχνει πως τις πρώτες 48 ώρες του εγκεφαλικού εμφράκτου η εγκεφαλική αιματική ροή είναι χαμηλότερη της απαραίτητης για τις μεταβολικές ανάγκες του νευρικού ιστού (Misery Perfusion). Μετά από 72 ώρες η εγκεφαλική αιματική ροή συνήθως είναι μεγαλύτερη από εκείνη που χρειάζεται η ισχαιμική περιοχή για τις μεταβολικές ανάγκες (Luxury Perfusion). Η βαθμιαία μείωση του εγκεφαλικού οιδήματος (μέγιστο την τρίτη ημέρα, διάρκεια μέχρι τρεις εβδομάδες) το οποίο προκαλεί δυσλειτουργία (ίσως λόγω πίεσης) του νευρικού ιστού οδηγεί σε σταδιακή βελτίωση.

Άλλοι μηχανισμοί που παίζουν ρόλο στην αποκατάσταση είναι η αποκατάσταση της διαταραχής των νευρομεταβιβαστών που συμβαίνει σε αγγειο-τραυματικά επεισόδια. Επίσης η δυνατότητα που έχει ο εγκέφαλος, όπου ορισμένες περιοχές αναλαμβάνουν τη λειτουργία άλλων περιοχών που έχουν υποστεί βλάβη, συμβάλλει σε ένα ποσοστό στην αποκατάσταση της αναπηρίας.

Ακόμα και σήμερα όταν ο γιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με ασθενείς που έχουν εγκατεστημένο εγκεφαλικό επεισόδιο αισθάνεται πως δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να προσφέρει. Η χρήση των υπάρχοντων φαρμάκων όχι μόνο δεν έχει αποδειχθεί επωφελής αλλά μερικές φορές ίσως είναι και επιβλαβής. Η πιο αισιόδοξη σκέψη είναι ότι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι μία μεμονωμένη νοσολογική κατάσταση αλλά το αποτέλεσμα ποικίλων διαφορετικών παραγόντων οπότε οι πιθανότητες για την πρόληψη του συνεχώς αυξάνονται.

Η αλλαγή που προκάλεσε η αξονική τομογραφία στη διαγνωστική και ταξινόμηση των αγγειακών εγκεφαλικών παθήσεων έχει αναγκάσει πολλούς να πιστεύουν πως οι μέχρι σήμερα κλινικές μελέτες χρειάζονται αναθεώρηση. Σήμερα ξέρουμε πως τα κενотоπιώδη έμφρακτα μπορούν να προκαλέσουν ισχαιμικά σύνδρομα τα οποία παλαιότερα αποδίδοντο σε μεγάλα έμφρακτα, και ότι τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια συχνά οφείλονται σε μικρά έμφρακτα. Ακόμα ξέρουμε πως η εγκεφαλική αιμορραγία μπορεί να εκληφθεί κλινικά σαν έμφρακτο και το αντίθετο.

Η βασική σκέψη πως η νευρολογική σημειολογία αντανακλά και το μέγεθος της νευρονικής δυσλειτουργίας δεν ευσταθεί και γνωρίζουμε πως η βαρύτητα της κλινικής εικόνας δεν συμπίπτει απαραίτητα με το μέγεθος της νευρολογικής βλάβης. Πιστεύουμε πως είναι χρέος κάθε κλινικού να αξιολογεί προγραμματισμένα κάθε είδος θεραπείας που εφαρμόζει. Ο κάθε ένας δικαιούται να έχει την γνώμη του για οποιαδήποτε θεραπεία όμως κανείς δεν δικαιούται να την εφαρμόζει στον άρρωστο χωρίς αξιολογημένα στοιχεία για την ευνοϊκή της δράση. Σήμερα με την ευρεία χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών η συγκέντρωση κλινικών πληροφοριών γίνεται πολύ πιο εύκολα. Το πρόβλημα δεν είναι η έλλειψη πληροφοριών αλλά το πώς να χρησιμοποιηθούν τα υπάρχοντα δεδομένα.»¹³

¹³Χ. Πασχάλης, *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1989, σ. 187 – 189.

Εγκεφαλικά επεισόδια : Ποια είναι τα προειδοποιητικά σημεία;

«Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε τα προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα που παρουσιάζονται όταν εκδηλώνεται ένα εγκεφαλικό επεισόδιο.

Τα λεπτά μετρούν στις περιπτώσεις αυτές. Ο εγκέφαλος είναι πολύ ευαίσθητος στην έλλειψη οξυγόνου. Όταν ένα αγγείο κλείσει και το αίμα δεν μπορεί πλέον να οξυγονώσει τον εγκεφαλικό ιστό, οι βλάβες εγκαθίστανται γρήγορα. Ο κίνδυνος θανάτου ή και μόνιμων αναπηριών είναι μεγάλος.

Πολλά από τα σημεία που συνοδεύουν τα εγκεφαλικά, μπορούν να εμφανιστούν και σε άλλες ασθένειες και έτσι μπορούν να δημιουργήσουν σύγχυση. Για παράδειγμα η ζαλάδα και ο ίλιγγος εμφανίζονται και σε άλλες ασθένειες. Η αδυναμία και τα μουδιάσματα στο πρόσωπο, μπορούν να προκληθούν από μια ιογενή λοίμωξη του νεύρου του προσώπου.

Παρ' όλα αυτά όμως είναι πολύ χρήσιμο κάποιος να γνωρίζει τα σημεία αυτά. Αναγνωρίζοντας τα, μπορεί τότε να ζητήσει είτε για τον εαυτό του είτε για κάποιο άτομο της οικογένειάς του ή του περιβάλλοντός του, άμεση ιατρική βοήθεια.

Σε μερικές περιπτώσεις, όταν συμβεί μια σχεδόν πλήρης απόφραξη ενός εγκεφαλικού αγγείου, το αγγειακό σύστημα μπορεί να αποκαταστήσει την κυκλοφορία αίματος. Πράγματι στα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια είναι δυνατόν, αυτόματα μέσα σε μερικά λεπτά ή μερικές ώρες, να αποκατασταθεί η ροή του αίματος μέσα στο αγγείο που είχε αρχικά πάθει απόφραξη.

Εάν παρατηρήσετε ένα από τα οποιαδήποτε πιο κάτω σημεία ή συμπτώματα στον εαυτό σας, σε ένα μέλος της οικογένειάς σας ή σε κάποιο άτομο του περιβάλλοντός σας, τότε είναι καλό να ζητήσετε άμεση ιατρική συμβουλή:

- Μουδιάσματα ή αδυναμίες με μείωση της κινητικότητας στο πρόσωπο, στο χέρι, στο πόδι. Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν αυτό συμβαίνει μόνο στη μια μεριά του σώματος.
- Σύγχυση ή λιποθυμία.
- Ξαφνική εμφάνιση δυσκολιών στην ομιλία και στην κατανόηση.
- Ξαφνική εμφάνιση προβλημάτων στην όραση με αίσθημα μείωσης της έντασης του φωτός, συσκότισης, ή πλήρους απώλεια της όρασης στο ένα ή και στα δύο μάτια.
- Δυσκολίες στο περπάτημα, ή ζαλάδες ή ίλιγγος και απώλεια του συντονισμού των κινήσεων και της ισορροπίας.
- Έναρξη ενός ασυνήθιστα έντονου πονοκέφαλου, χωρίς να υπάρχει μια συγκεκριμένη αιτιολογία.

Εγκεφαλικό επεισόδιο: Η άμεση αναγνώριση σώζει ζωές, μειώνει αναπηρίες.

Η άμεση αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων του εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να σώζει ζωές και να μειώνει ουσιαστικά τις αναπηρίες που προκύπτουν από την πολύ συχνή αυτή πάθηση.

Δυστυχώς πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι μόνο 17% των ανθρώπων μπορούν να αναγνωρίσουν τα σημεία που συνοδεύουν την έναρξη ενός εγκεφαλικού επεισοδίου και να κάνουν τις απαραίτητες ενέργειες που δυνατόν να αποδειχθούν σωτήριες για τον ασθενή.

Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι το πλατύ κοινό πρέπει να ενημερωθεί δια μέσου εκστρατειών διαφώτισης για το σοβαρό αυτό πρόβλημα. Η εκπαίδευση όσο το δυνατό περισσότερων ατόμων στον τομέα αυτό μπορεί να μειώσει δραστικά τους θανάτους και τις σοβαρές μειονεξίες που προκύπτουν από τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Εάν ο ίδιος ο ασθενής γνωρίζει τα βασικά σημεία της έναρξης της πάθησης μπορεί άμεσα ο ίδιος να ζητήσει βοήθεια από το τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου που βρίσκεται πιο κοντά του.

Επίσης εάν άτομα που βρίσκονται κοντά σε κάποιον που παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα εγκεφαλικού επεισοδίου, έχουν τις γνώσεις για να καταλάβουν ότι πιθανόν να βρίσκεται σε εξέλιξη η σοβαρή αυτή πάθηση, τότε μπορούν άμεσα να καλέσουν το τμήμα επειγόντων περιστατικών του πλησιέστερου νοσοκομείου ή ακόμη να πάρουν ταχύτητα τον ασθενή εκεί.

Έρευνα.

Σε μια πρόσφατη έρευνα που έγινε σε 61.019 ενήλικες κατά το 2001 από ερευνητές των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών Πολιτειών (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), φάνηκε ότι λιγότερο από 1 άτομο στα 5 είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα κύρια σημεία που προειδοποιούν για την έναρξη εγκεφαλικού επεισοδίου.

Βασικά οι ερευνητές δια μέσου τηλεφωνικών συνδιαλέξεων ρώτησαν τους συμμετέχοντες στην έρευνα κατά πόσο τα ακόλουθα σημεία και συμπτώματα αποτελούν μέρος της εικόνας που παρουσιάζει ένας ασθενής που παθαίνει εγκεφαλικό επεισόδιο:

- Σύγχυση και δυσκολία στην ομιλία.
- Αδυναμία και μουδιάσματα στο πρόσωπο, χέρια, πόδια, βραχίονες, μηρούς (άνω και κάτω μέλη).

- Προβλήματα όρασης.
- Πόνος στο στήθος: Το σύμπτωμα αυτό δεν είναι μέρος της κλινικής εικόνας του εγκεφαλικού επεισοδίου αλλά τοποθετήθηκε στο ερωτηματολόγιο για να φανεί εάν οι συμμετέχοντες γνώριζαν το γεγονός αυτό.
- Δυσκολίες στο περπάτημα, απώλεια της ισορροπίας.
- Έντονος πονοκέφαλος αγνώστου αιτιολογίας και ζαλάδες.

Παράλληλα οι εθελοντές ρωτήθηκαν για το τι θα έκαναν αρχικά μόλις αντιλαμβάνονταν ότι κάποιος είχε υποστεί εγκεφαλικό. Δυστυχώς φάνηκε ότι μόνο 17,2% των εθελοντών απάντησαν σωστά για τα σημεία των εγκεφαλικών επεισοδίων και για την πρώτη κίνηση που έπρεπε να κάνουν σε περίπτωση που κάποιος κοντά τους πάθαινε εγκεφαλικό. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε ότι ανάλογα με τις Πολιτείες, το ποσοστό αυτών που απάντησαν ορθά κυμαινόταν από 5,9% έως 21,7%.

Βλέπουμε λοιπόν ότι το επίπεδο ενημέρωσης του πληθυσμού στην αναγνώριση των πρώτων σημείων των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι πολύ χαμηλό.

Τα κυριότερα σημεία εγκεφαλικού επεισοδίου είναι η ξαφνική εκδήλωση αδυναμίας ή μουδιασμάτων, δυσκολίες στην άρθρωση κατά την ομιλία που παρουσιάζονται ξαφνικά, σύγχυση, αποπροσανατολισμός και δυσκολίες στην κατανόηση.

Η διοργάνωση διαφωτιστικών εκστρατειών που θα απευθύνονται στο πλατύ κοινό θα αυξήσει την ενημερότητα και θα επιτρέψει τη μείωση θανάτων και μόνιμων σοβαρών αναπηριών από τα εγκεφαλικά λόγω ταχύτερης έναρξης θεραπείας που μπορεί να είναι σωτήρια για τον ασθενή.»¹⁴

¹⁴ Από την ιστοσελίδα : http://www.eusi-stroke.com/13_pdf/EUSI_Greek.pdf.

Πρώτες Βοήθειες και Ενέργειες για Ασθενή που παθαίνει Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Αποπληξία).

«Στον ασθενή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει να χαλαρώσετε τον ρουχισμό και να βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής είναι τοποθετημένος έτσι ώστε δεν θα παρουσιάσει υπερβολική σιελόρροια. Οι συνήθεις όροι που χρησιμοποιούνται για το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι αποπληξία, εγκεφαλικό, εγκεφαλική θρόμβωση. Είναι αποτέλεσμα ρήξης ενός αιμοφόρου αγγείου στον εγκέφαλο. Μπορεί επίσης να προκληθεί από απόφραξη ενός αιμοφόρου αγγείου. Ο ασθενής μπορεί να έχει ελαφρύ εγκεφαλικό με πολύ μικρή ζημία ή άμεση παράλυση που θα τον οδηγήσει σε ανικανότητα να χρησιμοποιεί την μία πλευρά του προσώπου, ένα χέρι ή ένα πόδι. Μια ολόκληρη πλευρά του σώματος του μπορεί να παραλύσει. Ο ασθενής μπορεί να παραπνευθεί για αστάθεια λόγου. Οι κόρες των ματιών είναι άνισες σε μέγεθος, υπάρχει νοητική σύγχυση, ναυτία, εμετός και δυσκολία στην αναπνοή και την κατάποση καθώς επίσης και ασταθής ομιλία. Αποφύγετε οποιοσδήποτε περιττές κινήσεις του ασθενούς. Να θυμάστε ότι ο ασθενής που φαίνεται να είναι αναίσθητος ή ανίκανος να μιλήσει, μπορεί να ακούσει ότι του λέτε.»¹⁵

Πρόληψη.

«Πρωτογενής πρόληψη : Η πρωτογενής πρόληψη αποβλέπει στην μείωση του κινδύνου εκδήλωσης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

¹⁵ L. Keir και B. A. Wise και C. Krebs, *Ιατρική βοήθεια και φροντίδα IV, Πρώτες Βοήθειες*, "ΕΛΛΗΝ" Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε., Αθήνα 1996, σ. 28.

(ΑΕΕ) σε ασυμπτωματικά άτομα. Οι συστάσεις που αφορούν ασθενείς με ιστορικό παροδικού ισχαιμικού ΑΕΕ υπάγονται στην δευτερογενή πρόληψη.

Αρτηριακή Υπέρταση.

Οι αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης σχετίζονται συχνά και άμεσα με την αγγειακής αρχής θνητότητα, αλλά και τη θνησιμότητα γενικότερα, χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις ύπαρξης κάποιων οριακών τιμών, των οποίων η υπέρβαση να σχετίζεται με την αυξημένη θνητότητα. Η ελάττωση των αυξημένων τιμών αρτηριακής πίεσης περιορίζει σημαντικά τον κίνδυνο. Ο βαθμός του περιορισμού αυτού εξαρτάται από το μέγεθος της ελάττωσης αυτής. Οι περισσότερες μελέτες που συνέκριναν την αποτελεσματικότητα διαφόρων αντιυπερτασικών ουσιών δεν ανέδειξαν την ανωτερότητα κάποιας συγκεκριμένης ομάδας ουσιών.

Σακχαρώδης Διαβήτης.

Εφόσον υπάρχει σειρά λόγων για τους οποίους θα πρέπει το σάκχαρο να ρυθμίζεται αποτελεσματικά, φαίνεται φρόνιμο να γίνει το ίδιο και στα άτομα που κινδυνεύουν να εκδηλώσουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Επιπλέον στους διαβητικούς ασθενείς θα πρέπει η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης να γίνεται πιο επιθετικά από ό,τι στους μη διαβητικούς. Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία συστήνει την λήψη Ασπιρίνης στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης σε κάθε διαβητικό ασθενή άνω των 30 ετών, εφόσον βέβαια δεν υπάρχουν σχετικές αντενδείξεις.

Υπερλιπιδαιμία.

Συνολικά τρεις μελέτες πρωτογενούς ή συνδυασμένης πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης απέτυχαν να αποδείξουν στατιστικά σημαντική μείωση της εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς υπό αγωγή, αν και σε μία από τις μελέτες αυτές διαπιστώθηκε ανάλογη τάση της τάξης του – 11% μεταξύ των ανδρών. Σε μία μεγαλύτερη όμως μελέτη διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των συμβάντων σε άτομα υπό αγωγή (με άλλη παρεμφερή ουσία), ακόμα και μεταξύ των ασθενών. Η εκδήλωση μυοπαθειών έφτασε το 1 περιστατικό ανά 10.000 ασθενείς υπό θεραπεία ανά έτος.

Κάπνισμα.

Αρκετές μελέτες έχουν χαρακτηρίσει το κάπνισμα ως ανεξάρτητο επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, τόσο μεταξύ ανδρών όσο και μεταξύ γυναικών. Μια μετά-ανάλυση 22 σχετικών μελετών διαπιστώνει ότι το κάπνισμα διπλασιάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης ισχαιμικού ΑΕΕ. Άτομα που διακόπτουν το κάπνισμα ελαττώνουν τον αντίστοιχο κίνδυνο κατά 50%.

Κατανάλωση Οινοπνεύματος.

Η βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ενώ η ελαφρά έως μέτρια κατανάλωση μπορεί να έχουν προστατευτική δράση σε ό,τι αφορά την εκδήλωση ισχαιμικών ή αιμορραγικών ΑΕΕ. Η κατανάλωση μέχρι και 12g οινοπνεύματος ημερησίως σχετίζεται με μείωση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης ισχαιμικών ΑΕΕ ή γενικότερα ΑΕΕ όλων των τύπων. Τέλος, η μέτρια κατανάλωση (12 - 24g οινοπνεύματος ημερησίως) σχετίζεται με ελαττωμένο κίνδυνο εκδήλωσης ισχαιμικού αγγειακού επεισοδίου.

Μεταβολή του τρόπου ζωής.

Η συστηματική σωματική άσκηση σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου για το ανδρικό φύλο. Τα υπάρχοντα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ο συσχετισμός αυτός οφείλεται στην ευεργετική επίδραση της σωματικής άσκησης στο σωματικό βάρος, την αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα χοληστερόλης, την ανοχή της γλυκόζης. Πέρα όμως από αυτά η σωματική άσκηση δεν έχει κάποια επίδραση στην επίπτωση των ΑΕΕ. Υπάρχον σοβαρές ενδείξεις ότι η δίαιτα πλούσια σε πολυακόρεστα που περιλαμβάνει δημητριακά, φρούτα και λαχανικά, ψάρι μια φορά τον μήνα, καθώς και επαρκείς ποσότητες ω3-λιπαρών οξέων μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικών καρδιακών νοσημάτων, και πιθανότατα επίσης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Υποκατάσταση Οιστρογόνων μετά την Εμμηνόπαυση.

Η εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου αυξάνεται δραματικά στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Παρόλα αυτά η ανάλυση των δεδομένων της 16χρονης παρακολούθησης συνολικά 59.337 μεταεμμηνοπαυσιακών γυναικών ανέδειξε έναν ασθενή συσχετισμό μεταξύ ΑΕΕ και αγωγής υποκατάστασης με οιστρογόνα. Σύμφωνα με την μελέτη HERS II η θεραπεία υποκατάστασης ορμονών σε υγιείς γυναίκες σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.»¹⁶

¹⁶ Από την ιστοσελίδα : http://www.eusi-stroke.com/I3_pdf/EUSI_Greek.pdf.

«ΜΕΡΟΣ 2»

«Οι πρώτες προσπάθειες συλλογής στατιστικών στοιχείων ανάγονται στην αρχαιότητα. Απογραφές του πληθυσμού έκαναν όλοι σχεδόν οι λαοί του αρχαίου κόσμου, όπως οι Κινέζοι οι Αιγύπτιοι οι Έλληνες και άλλοι. Ο όρος Στατιστική προέρχεται από την Λατινική λέξη **status**, που σημαίνει κράτος η οποία προέρχεται από το ελληνικό ρήμα στατίζω που σημαίνει διαπιστώνω, προσδιορίζω.

Στατιστικά στοιχεία για τον πληθυσμό, τις στρατιωτικές δυνάμεις, το εισόδημα, την φορολογία αναφέρονται στα έργα του Ηροδότου, του Θουκυδίδη, του Ξενοφώντα και του Αριστοτέλη.

Οι Ρωμαίοι συγκέντρωναν στατιστικά στοιχεία για όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως παραδείγματος χάρη **δημογραφικά** στοιχεία, δηλαδή στοιχεία που αναφέρονταν στις γεννήσεις, τους θανάτους και σε άλλα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, αλλά και στοιχεία που αναφέρονταν σε φόρους, πολέμους, γεωργική δραστηριότητα, αθλητικά γεγονότα κ.λπ.

Η Αγία Γραφή αναφέρει ότι ο Ιωσήφ και η Μαρία πήγαν στη Βηθλεέμ, για την γενική απογραφή του πληθυσμού, που έγινε από τους Ρωμαίους κατά την περίοδο που γεννήθηκε ο Χριστός.

Η στατιστική ως αυτοτελής επιστήμη παρουσιάζεται από τον 17^ο αιώνα. Τότε άρχισε να διαμορφώνεται ένας νέος κλάδος που προήλθε από την μελέτη των τυχερών παιχνιδιών, γνωστός σήμερα ως θεωρία των πιθανοτήτων. Έτσι κατά το τέλος του 19^{ου} αιώνα η Στατιστική είχε αποκτήσει το κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο για την παρά πέρα ανάπτυξη της.

Αξίζει να γίνει ιδιαίτερος λόγος για τη λεγόμενη δημογραφική και οικονομική ιστορία που χαρακτηρίζονται με τον όρο **ποσοτική**

ιστορία. Η ποσοτική ιστορία αναπτύχθηκε παράλληλα με την ανάπτυξη των μεθόδων της Στατιστικής. Βέβαια τα υπάρχοντα ιστορικά δεδομένα ιδιαίτερα πριν τον 19^ο αιώνα δεν είχαν καταγραφεί με επιστημονικές μεθόδους, γι' αυτό σπάνια παρουσίαζαν πληρότητα, αν και αυτό το γεγονός δεν μειώνει την ιστορική τουλάχιστον αξία αυτών των ντοκουμέντων.»¹⁷

Παρακάτω παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία σε μορφή γραφημάτων τα οποία συνέλεξα από το Γενικό νοσοκομείο Καλαμάτας, και συγκεκριμένα από τις Α Παθολογική και Β Παθολογική Κλινική. Τα περιστατικά με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που αναφέρονται υπήρξαν το έτος 2003 και τα στατιστικά αποτελέσματα αφορούν μόνο την συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Αρχικά παρουσιάζεται ο πίνακας με τα στοιχεία του κάθε ασθενή (φύλο, ηλικία κ.λπ.) και την έκβασή του κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Έπειτα παρουσιάζονται οι πίνακες με τα αποτελέσματα των στατιστικών στοιχείων και τα αντίστοιχα γραφήματα, βάσει αυτών. Επεξηγήσεις και σχολιασμοί υπάρχουν κάτω από κάθε γράφημα.

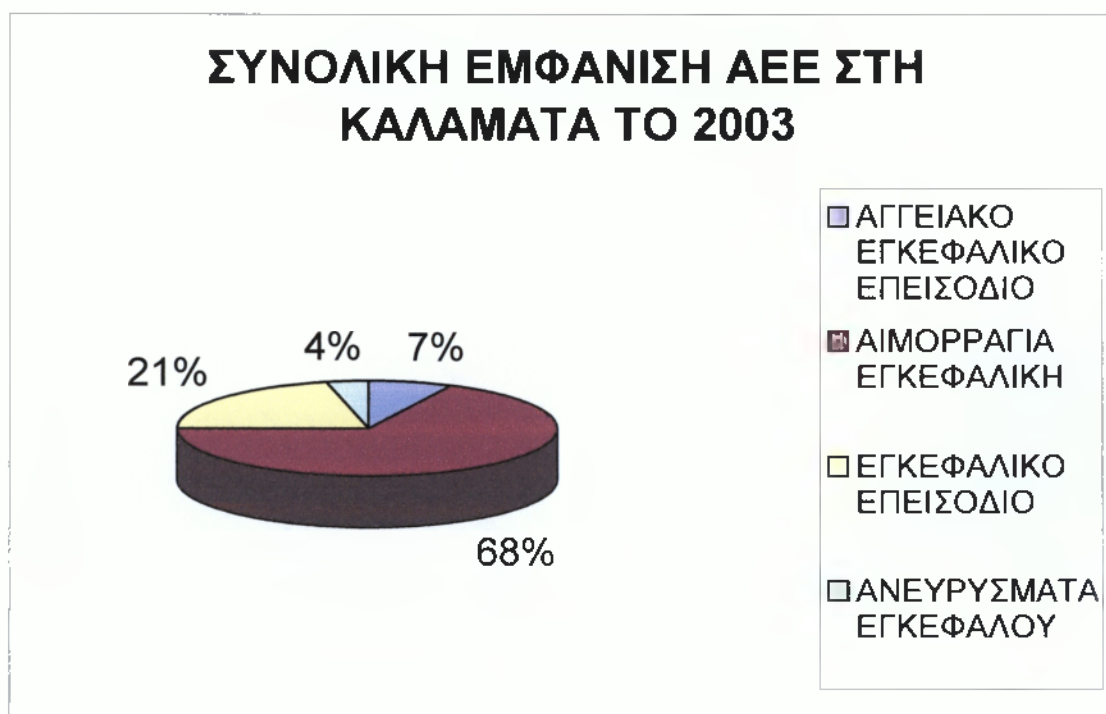
¹⁷ Ο. Παπαδήμας και Χ. Κοΐλιας, *Εφαρμοσμένη Στατιστική, περιγραφική στατιστική, θεωρία πιθανοτήτων, εκτιμητική*, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα 2001, σ. 21 – 22.

Πίνακας 1

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ										
Ε.Σ.Υ.Π ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ										
Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ										
ΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΙΤΗΡΙΩΝ ΜΑΚΡΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ 01/01/2003 ΕΩΣ 31/12/2003										
Α/Α	ΦΥΛΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΠΟΛΗ	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ	ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔ
1	ΑΡΡΕΝ	79	ΟΓΑ		ΚΟΡΩΝΗ	30/7/2003	31/7/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
2	ΘΗΛΥ	93	ΟΓΑ		ΑΙΠΕΙΑ	18/12/2003	27/12/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
3	ΘΗΛΥ	74	ΙΚΑ	ΜΕΣΣΗΝΗ	ΜΕΣΣΗΝΗ	27/12/2002	7/1/2003	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
4	ΑΡΡΕΝ	95	ΟΓΑ	ΧΑΡΑΚΟΠΟΙΟ	ΚΟΡΩΝΗ	10/1/2003	22/1/2003	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
5	ΑΡΡΕΝ	76	ΙΚΑ	ΚΑΛΛΙΡΟΗ	ΜΕΛΙΓΑΛΑΣ	26/1/2003	30/1/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
6	ΑΡΡΕΝ	81	ΙΚΑ		ΚΑΛΑΜΑΤΑ	26/1/2003	30/1/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
7	ΘΗΛΥ	79	ΙΚΑ		ΚΑΛΑΜΑΤΑ	1/2/2003	5/2/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
8	ΘΗΛΥ		ΟΓΑ	ΝΕΑ ΚΟΡΩΝΗ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΑΙΠΕΙΑ	14/2/2003	21/2/2003	ΙΑΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
9	ΑΡΡΕΝ	84	ΟΓΑ	ΑΝΘΕΙΑ-ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΘΟΥΡΙΑ	21/2/2003	28/2/2003	ΙΑΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
10	ΑΡΡΕΝ	55	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ	7/3/2003	8/3/2003	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
11	ΑΡΡΕΝ	69	ΙΚΑ	ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ	15/3/2003	16/3/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
12	ΘΗΛΥ	80	ΟΓΑ	ΚΟΡΩΝΗΣ	ΚΟΡΩΝΗ	1/7/2003	25/7/2003	ΙΑΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
13	ΑΡΡΕΝ	75	ΙΚΑ	ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΑΛΕΩ	ΑΘΗΝΑ	14/8/2003	21/8/2003	ΙΑΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
14	ΑΡΡΕΝ		ΙΚΑ			23/1/2003	29/1/2003	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
15	ΑΡΡΕΝ	83	ΟΓΑ	ΜΕΣΣΗΝΙΑ	ΑΡΙΣ	20/3/2003	20/3/2003	ΣΤΑΣΙΜΗ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
16	ΘΗΛΥ		ΟΓΑ	ΚΑΠΛΑΝΙ	ΚΟΡΩΝΗ	13/1/2003	15/1/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
17	ΑΡΡΕΝ	77	ΙΚΑ		ΠΥΛΟΣ	6/7/2003	7/7/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
18	ΑΡΡΕΝ	70	ΟΓΑ	ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ/ΛΑΚΩΝΙΑ		8/9/2003	8/9/2003	ΣΤΑΣΙΜΗ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ
19	ΑΡΡΕΝ	72	ΤΥΔΚΥ	ΒΑΣΙΛΙΤΣΙ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΚΟΡΩΝΗ	20/9/2003	21/9/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
20	ΘΗΛΥ	22	ΙΚΑ		ΚΑΛΑΜΑΤΑ	25/12/2003	25/12/2003	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
21	ΘΗΛΥ	69	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ		14/6/2003	28/6/2003	ΙΑΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
22	ΘΗΛΥ	94	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ		6/11/2003	11/11/2003	ΙΑΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ
23	ΘΗΛΥ	88	ΙΚΑ		ΚΟΡΩΝΗ	5/8/2003	6/8/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
24	ΑΡΡΕΝ	71	ΙΚΑ	ΓΚΥΖΗ	ΑΘΗΝΑ	5/8/2003	5/8/2003	ΘΑΝΑΤΟΣ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
25	ΘΗΛΥ	70	ΟΓΑ		ΜΕΣΣΗΝΗ	8/10/2003	10/10/2003	ΙΑΣΗ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
26	ΑΡΡΕΝ	78	ΙΚΑ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ	20/12/2003	20/12/2003	ΙΑΣΗ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
27	ΘΗΛΥ	91	ΟΓΑ			22/12/2003	24/12/2003	ΙΑΣΗ	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
28	ΘΗΛΥ		ΟΓΑ	ΝΕΑ ΚΟΡΩΝΗ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΑΙΠΕΙΑ	15/8/2003	16/8/2003	ΙΑΣΗ	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Πίνακας 2

ΕΙΔΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ	ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ	2	19	6	1

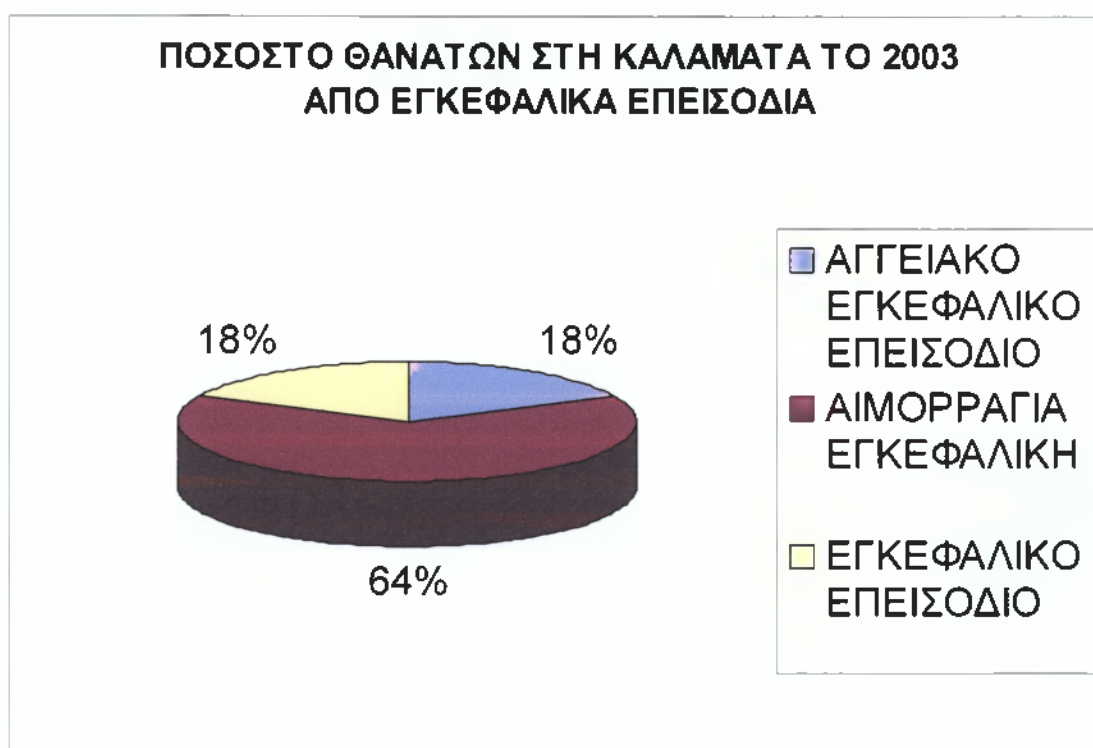


Γράφημα 1

Από την συνολική εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων το έτος 2003, στον αριθμό των περιστατικών που εμφανίστηκαν, (σύνολο : 28 ασθενείς) παρουσιάστηκαν τέσσερα είδη ΑΕΕ όπου τα ποσοστιαία αποτελέσματα είναι : Εγκεφαλική Αιμορραγία 68%, Εγκεφαλικό Επεισόδιο 21%, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο 7% και Ανεύρυσμα Εγκεφάλου 4%. Προφανή μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στην Εγκεφαλική Αιμορραγία.

Πίνακας 3

ΕΙΔΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ	ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ	2	7	2

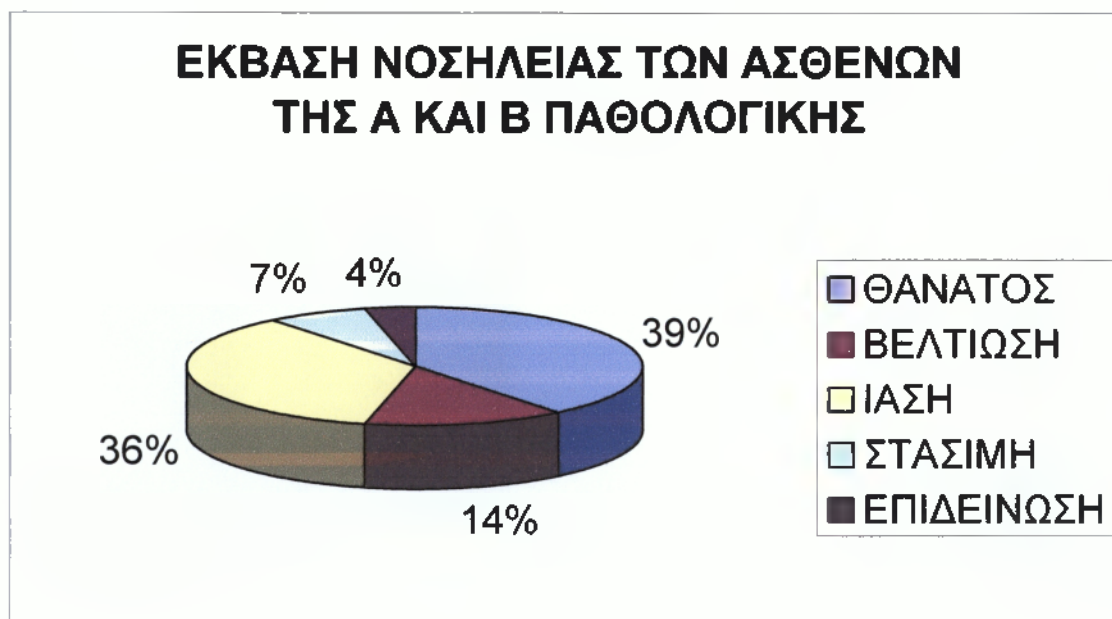


Γράφημα 2

Από την εμφάνιση των ειδών των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, σε αυτό το γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά θανάτων στο κάθε είδος. Έτσι έχουμε θανάτους από Εγκεφαλική Αιμορραγία : 64%, θανάτους από Εγκεφαλικό Επεισόδιο : 18%, θανάτους από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο : 18%. Από Ανεύρυσμα Εγκεφάλου δεν παρουσιάστηκε κανένα περιστατικό που να κατέληξε σε θάνατο στην Καλαμάτα το έτος 2003.

Πίνακας 4

ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΙΑΣΗ	ΣΤΑΣΙΜΗ	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	11	4	10	2	1



Γράφημα 3

Από τους 28 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σε αυτό το γράφημα, παρουσιάζονται τα ποσοστά έκβασης της νοσηλείας τους. Τα αποτελέσματα είναι :

- Θάνατος : 39%.
- Ίαση : 36%.
- Βελτίωση : 14%.
- Στάσιμη : 7%.
- Επιδείνωση : 4%.

Πίνακας 5

	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ
ΘΑΝΑΤΟΣ	7	4
ΒΕΛΤΙΩΣΗ	3	1
ΙΑΣΗ	3	7
ΣΤΑΣΙΜΗ	2	0
ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ	0	1



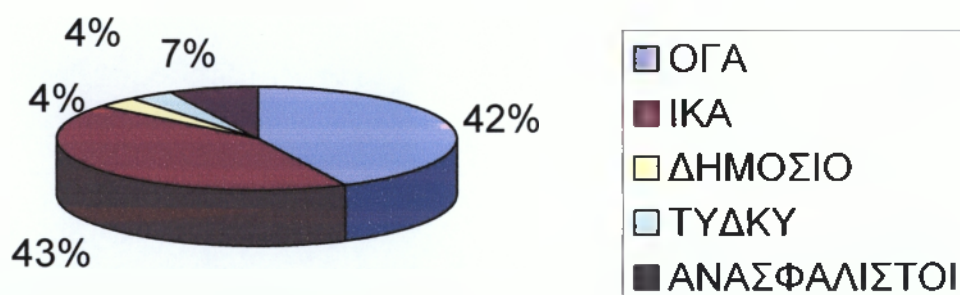
Γράφημα 4

Σε αυτό το γράφημα παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών ανάλογα με το φύλο και την έκβαση της νοσηλείας τους. Έτσι παρατηρούμε ότι στις περιπτώσεις θανάτων, βελτίωσης και εκεί όπου η έκβαση ήταν στάσιμη ο αριθμός των ανδρών υπερिशύει. Στις περιπτώσεις ίασης και επιδείνωσης υπερिशύει ο αριθμός των γυναικών.

Πίνακας 6

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ
ΟΓΑ	12
ΙΚΑ	12
ΔΗΜΟΣΙΟ	1
ΤΥΔΚΥ	1
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	2

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ



Γράφημα 5

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε τα ποσοστά ασφαλισμένων ασθενών, στο εκάστοτε ασφαλιστικό ταμείο, που καταγράφηκε από τα περιστατικά με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, που παρουσιάστηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας το έτος 2003. Έτσι έχουμε :

- ΙΚΑ : 43%.
- ΟΓΑ : 42%.
- ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ : 7%.
- ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΤΥΔΚΥ : 4%.

Πίνακας 7

ΚΛΙΝΙΚΗ	A ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	B ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ
ΘΑΝΑΤΟΙ	7	4



Γράφημα 6

Σε αυτό το γράφημα συγκρίνονται οι δύο Παθολογικές Κλινικές σε ότι αφορά την συχνότητα εμφάνισης θανάτων. Από τα στοιχεία τις εκάστοτε Κλινικής, παρατηρείται ότι, στην Καλαμάτα το έτος 2003 παρουσιάστηκαν περισσότεροι θάνατοι στην Α Παθολογική Κλινική απ' ότι στην Β Παθολογική Κλινική.

Πίνακας 8

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ	
ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ
(10-20)		
(21-30)		
(31-40)		
(41-50)		
(51-60)		
(61-70)	1	
(71-80)	5	1
(81-90)	1	1
(91-100)		1

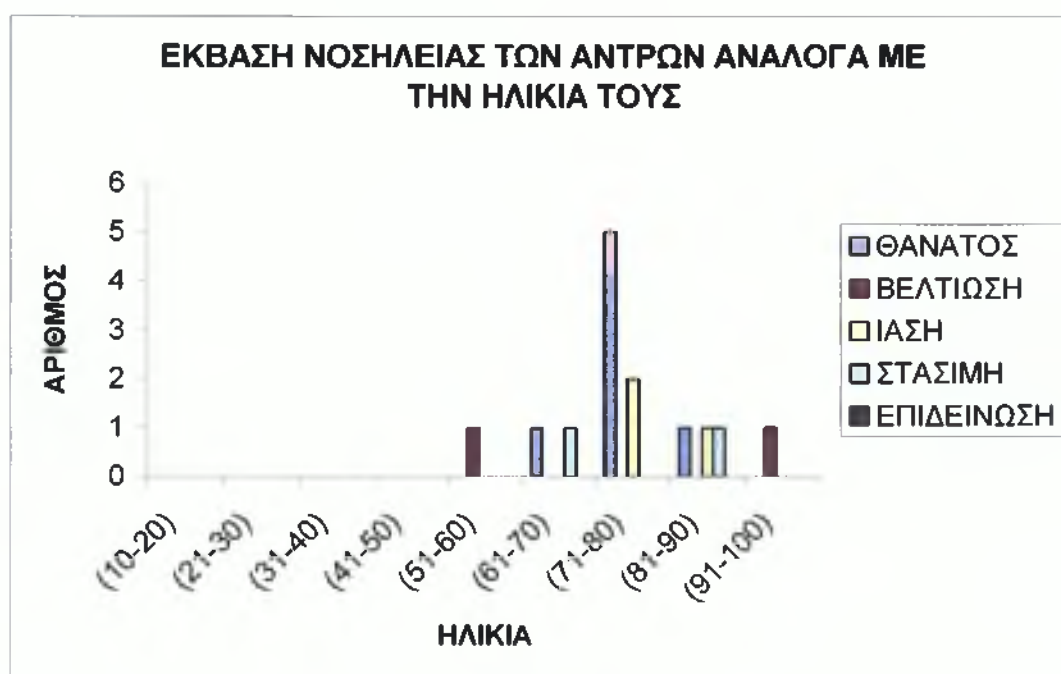


Γράφημα 7

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε την ηλικία θανάτου από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ανάμεσα στα δύο φύλα, με εμφανή διαφορά μεγαλύτερης διάρκειας ζωής στις γυναίκες από' τι στους άνδρες καθώς και ότι η πιο κρίσιμη ηλικία ανήκει ανάμεσα στα 70 με 80 χρόνια ζωής.

Πίνακας 9

ΗΛΙΚΙΑ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΙΑΣΗ	ΣΤΑΣΙΜΗ	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ
(10-20)					
(21-30)					
(31-40)					
(41-50)					
(51-60)			1		
(61-70)	1			1	
(71-80)	5		2		
(81-90)	1		1	1	
(91-100)		1			

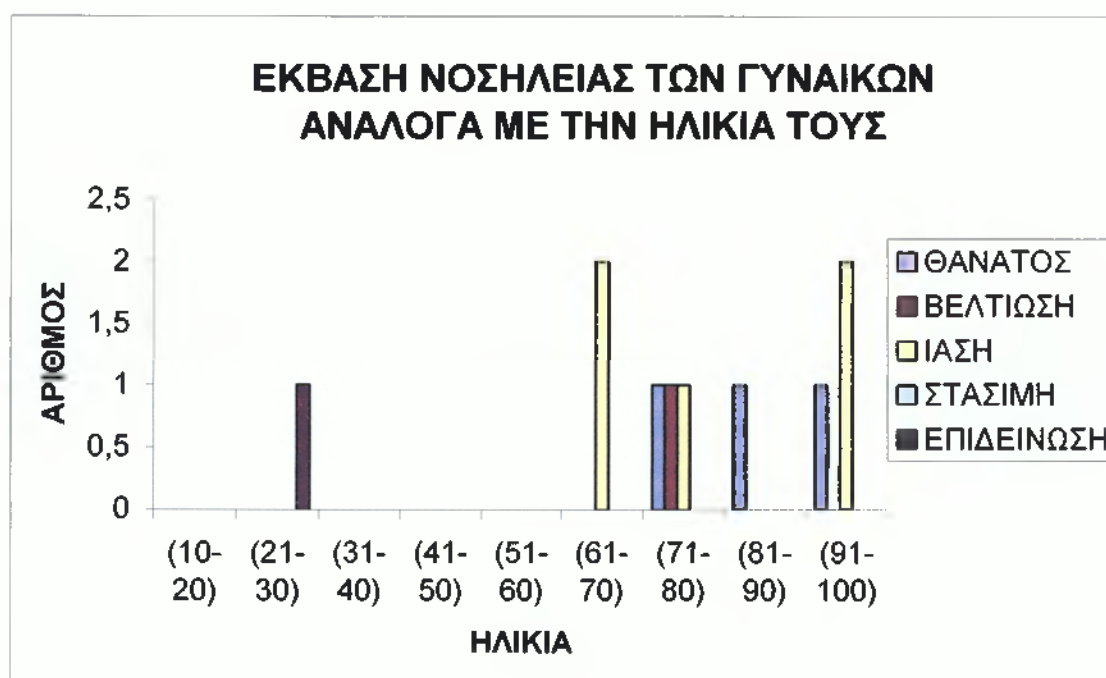


Γράφημα 8

Σε αυτό το γράφημα παρατηρείται ότι τα περισσότερα περιστατικά, των ανδρών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που παρουσιάστηκαν στην Καλαμάτα το έτος 2003, είχαν σαν έκβαση της νοσηλείας τους τον θάνατο και κυρίως στην ηλικία ανάμεσα 70 με 80 χρόνια ζωής, καθώς και κανένας ασθενής δεν παρουσίασε επιδείνωση της κατάστασης του.

Πίνακας 10

	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΙΑΣΗ	ΣΤΑΣΙΜΗ	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ
(10-20)					
(21-30)					1
(31-40)					
(41-50)					
(51-60)					
(61-70)				2	
(71-80)	1	1	1		
(81-90)	1				
(91-100)	1			2	

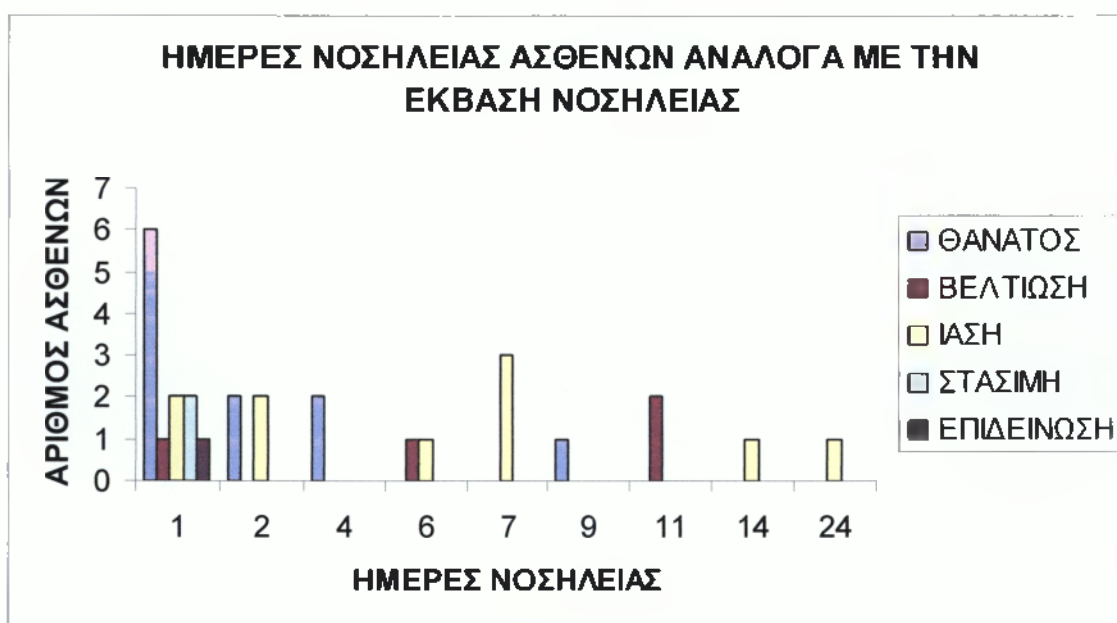


Γράφημα 9

Σε αυτό το γράφημα παρατηρείται ότι, τα περισσότερα περιστατικά, των γυναικών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που παρουσιάστηκαν στην Καλαμάτα το έτος 2003, είχαν σαν έκβαση της νοσηλείας τους την ίαση και κυρίως στην ηλικία ανάμεσα 60 με 70 και 90 με 100 χρόνια ζωής, καθώς και καμία ασθενής δεν παρουσίασε στάσιμη έκβαση της κατάστασής της.

Πίνακας 11

ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΙΑΣΗ	ΣΤΑΣΙΜΗ	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ
1	6	1	2	2	1
2	2		2		
4	2				
6		1	1		
7			3		
9	1				
11		2			
14			1		
24			1		

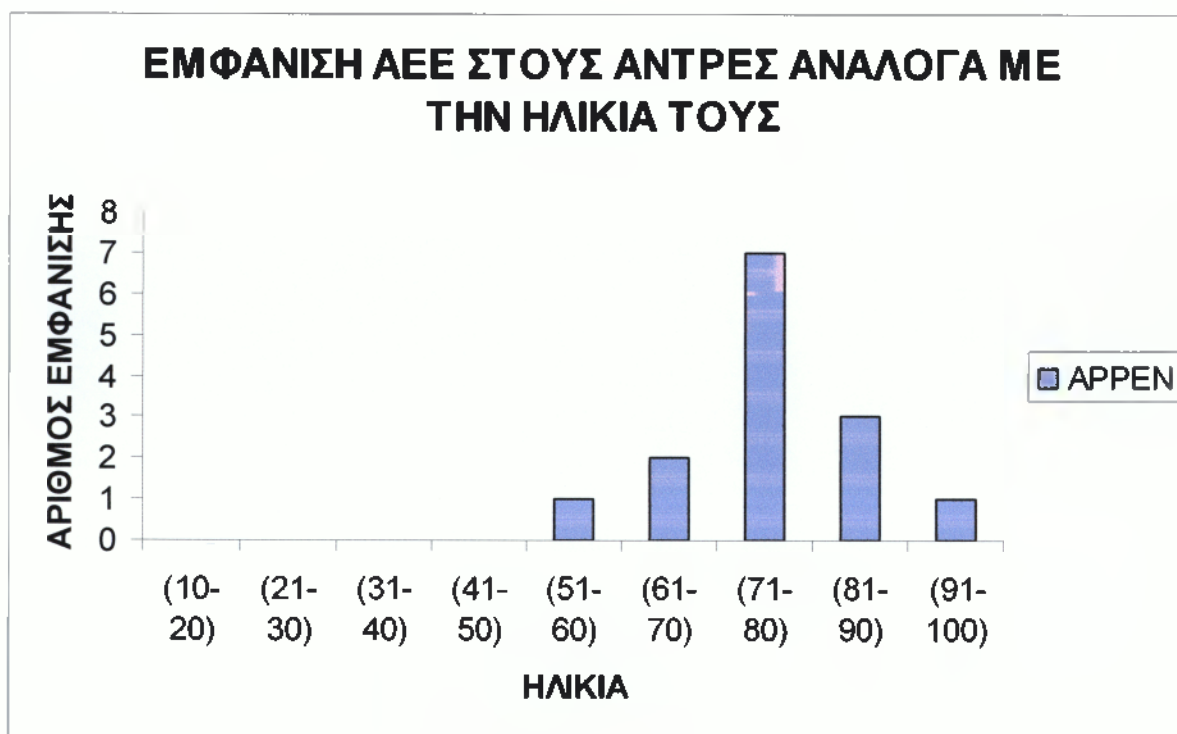


Γράφημα 10

Σε αυτό το γράφημα καταγράφονται οι ημέρες νοσηλείας των περιστατικών που παρουσιάστηκαν στην Καλαμάτα το έτος 2003, σε σχέση με την έκβαση της νοσηλείας τους. Έτσι παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι θάνατοι παρουσιάστηκαν με 1 ημέρα νοσηλείας και οι περισσότεροι ασθενείς που παρουσίασαν βελτίωση φάνηκε στις 11 ημέρες νοσηλείας τους. Τέλος παρατηρείται ότι η ίαση άρχισε να φαίνεται στους εκάστοτε ασθενείς από 1 ημέρα νοσηλείας μέχρι και 24 με κύριο σημείο τις 7 ημέρες.

Πίνακας 12

ΗΛΙΚΙΑ	ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΕΕ
(10-20)	
(21-30)	
(31-40)	
(41-50)	
(51-60)	1
(61-70)	2
(71-80)	7
(81-90)	3
(91-100)	1



Γράφημα 11

Σε αυτό το γράφημα παρατηρείται ότι, τα περισσότερα περιστατικά των ανδρών στην Καλαμάτα το έτος 2003, παρουσίασαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κυρίως στις ηλικίες των 70 έως 90 χρόνων ζωής, με κρίσιμο σημείο την δεκαετία των 75 με 85 χρόνων.

Πίνακας 13

ΗΛΙΚΙΑ	ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΕΕ
(10-20)	
(21-30)	1
(31-40)	
(41-50)	
(51-60)	
(61-70)	2
(71-80)	3
(81-90)	1
(91-100)	3



Γράφημα 12

Σε αυτό το γράφημα παρατηρείται ότι, τα περισσότερα περιστατικά των γυναικών στην Καλαμάτα το έτος 2003, παρουσίασαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κυρίως στις ηλικίες των 70 έως 80 και 90 έως 100 χρόνων ζωής. Σημαντικό να αναφερθεί είναι το γεγονός εμφάνισης ΑΕΕ στις ηλικίες των 20 έως 30 χρόνων ζωής σε σχέση με το γράφημα 11 των ανδρών που δεν παρουσίασαν ΑΕΕ σε ηλικίες κάτω των 50 ετών.

«ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ»

Από την καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων, παρατηρήθηκε ότι στους συνολικά 28 ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, που εμφανίστηκαν στην Καλαμάτα το έτος 2003 οι 11 από αυτούς πέθαναν. Επομένως, το ποσοστό θανάτων σε ασθενείς με ΑΕΕ είναι 39 %, ποσοστό αρκετά μεγάλο για ένα μόνο είδος ασθενειών.

Συμπερασματικά τα βασικά είδη των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων είναι 5 και τα εξής :

- ο Παροδικά Ισχαιμικά Επεισόδια.
- ο Εγκεφαλική Ισχαιμία και Θρόμβωση.
- ο Υπαραχνοειδής Αιμορραγία.
- ο Εγκεφαλική Αιμορραγία.
- ο Αγγειακές Δυσπλασίες.

Παρακάτω παρατίθεται ένα σύνολο από τις σημαντικότερες συστάσεις και ενέργειες για πρόγνωση και πρόληψη από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο βάσει των επιδημιολογικών παραγόντων κινδύνου που αναφέρονται στην εργασία :

1. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των τακτικών ιατρικών εξετάσεων. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση θα πρέπει να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα αρχικά με την τροποποίηση του τρόπου ζωής. Οι περισσότεροι υπερτασικοί ασθενείς χρειάζονται επιπλέον φαρμακευτική αντιυπερτασική αγωγή προκειμένου να επανέλθουν σε φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης.
2. Αν και δεν έχει αποδειχτεί ότι η αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη σχετίζεται με μείωση του κινδύνου εκδήλωσης αγγειακού εγκεφαλικού

επεισοδίου, θα πρέπει να επιδιώκεται λόγω του οφέλους από την αποφυγή άλλων διαβητικών επιπλοκών.

3. Φαρμακευτική αγωγή για την ελάττωση των τιμών χοληστερόλης συνιστάται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.
4. Οι ασθενείς θα πρέπει να αποθαρρύνονται σε ότι αφορά το κάπνισμα.
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να αποθαρρύνονται σε ότι αφορά τη βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος. Η ήπια έως μέτρια κατανάλωση μπορεί να έχει προφυλακτική δράση έναντι των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.
6. Συνιστάται η συστηματική σωματική άσκηση.
7. Συνιστάται δίαιτα πτωχή σε άλατα, κορεσμένα λίπη, και πλούσια σε ίνες, φρούτα και λαχανικά.
8. Άτομα με αυξημένο δείκτη σωματικής μάζας θα πρέπει να ακολουθήσουν δίαιτα προκειμένου να χάσουν βάρος.
9. Δεν θα πρέπει να χορηγείται θεραπεία υποκατάστασης ορμονών στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μετά το 45^ο έτος ηλικίας. Ακόμη ο σημερινός τρόπος ζωής, γεμάτος άγχος και πίεση, είναι σοβαρός επιδημιολογικός παράγοντας. Τέλος έχουν γίνει παρατηρήσεις σε ότι αφορά τον συσχετισμό της κοινωνικής τάξης και της γεωγραφικής κατανομής με την εμφάνιση ΑΕΕ αλλά οι μετρήσεις δεν έχουν καταλήξει σε κάποιο σταθερό αποτέλεσμα.

Όπως αναλύεται και σε κάθε γράφημα ξεχωριστά, παρατηρήθηκε ότι στο γενικό σύνολο των ασθενών από τα τέσσερα είδη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης παρουσίασε η Εγκεφαλική Αιμορραγία. Γεγονός το οποίο επέφερε και μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων στο συγκεκριμένο είδος ΑΕΕ.

Παρόλο που στους 28 ασθενείς, όπως προαναφέρθηκε, οι 11 είχαν ως έκβαση της νοσηλείας τους τον θάνατο, πρέπει να σημειωθεί ότι από αυτούς οι 10 είχαν ως έκβαση την ίαση με ποσοστό 36%, ποσοστό που ανταγωνίζεται το 39% των θανάτων.

Παρατηρήθηκε ακόμα, ότι οι άνδρες παρουσίασαν περισσότερους θανάτους σε σχέση με τις γυναίκες, σε αντίθεση με τις γυναίκες που παρουσίασαν περισσότερο την ίαση ως έκβαση της νοσηλείας τους. Η πιο κρίσιμη ηλικία για την εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στους άνδρες βρίσκεται ανάμεσα στα 70 με 80 χρόνια ζωής, ενώ για τις γυναίκες στα 70 με 80 και στα 90 με 100 χρόνια ζωής.

«ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

ΓΕΩΡΓΑΡΑ, Α. και ΜΑΛΤΕΖΟΥ, Μ., *Νευρολογία*, Ιατρικές εκδ. Πασχαλίδης Π. Χ., Αθήνα 1996.

ΔΡΙΖΗΣ, Θ., *Ιατρική και νοσοκομειακή ορολογία*, Σημειώσεις για το τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας Καλαμάτας, Καλαμάτα 2001.

ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ, Γ. και ΛΙΟΝΗΣ, ΣΠ., *Αξονική και μαγνητική τομογραφία στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991.

ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, Β., *Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική*, 2 τομ., εκδ. οίκος Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε. Θεσσαλονίκη 1994.

ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Α. Γ., *Επίτομη Καρδιολογία*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991.

ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Ι. και ΜΥΛΩΝΑΣ Ι., *Νευρολογία Λογοθέτη*, γ' εκδ., University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996.

ΜΑΙΛΗΣ, Α. Γ. (επιμ.), *Παθολογία ΙΙ*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Ιατρική Σχολή, Ιατρικές εκδ. Πασχαλίδης Π. Χ., Αθήνα 2002.

ΜΑΚΡΗΣ, Ν., *Νευρολογία*, Σημειώσεις για το τμήμα Νοσηλευτικής Πατρών, Πάτρα 1998.

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, Χ.(μετ. – επιμ.), *CECIL Παθολογία*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991.

ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ, Ο. και ΚΟΙΛΙΑΣ, Χ., *Εφαρμοσμένη Στατιστική, περιγραφική στατιστική, θεωρία πιθανοτήτων, εκτιμητική*, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα 2001.

ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Γ. και ΤΣΙΜΠΟΣ, Κ., *Ιατρική δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός*, Βήτα medical arts, Αθήνα 2004.

ΠΑΣΧΑΛΗΣ, Χ., *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, Ιατρικές εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1989.

ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. και ΠΑΝΟΥ, Μ., *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες*, 3 τομ., β' έκδ., Βήτα medical arts, Αθήνα 2002.

ΚΕΙΡ, L. και WISE, B. A. και KREBS, C., *Ιατρική βοήθεια και φροντίδα IV, Πρώτες Βοήθειες*, "ΕΛΛΗΝ" Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε., Αθήνα 1996.

ULRICH και CANALE και WENDELL, *Παθολογική – Χειρουργική, Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας*, γ' έκδ., Ιατρικές εκδ. Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα.

WAGSTAFF και COAKLEY, ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ, Γ. (επιμ.), *Φυσιοθεραπεία & Ασθενείς Τρίτης Ηλικίας*, "ΕΛΛΗΝ" Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε., Αθήνα 1997.

Ιστοσελίδες :

http://www.eusi-stroke.com/l3_pdf/EUSI_Greek.pdf

<http://www.google.com>

<http://www.google.gr>

**ΠΗΓΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ : ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ.**