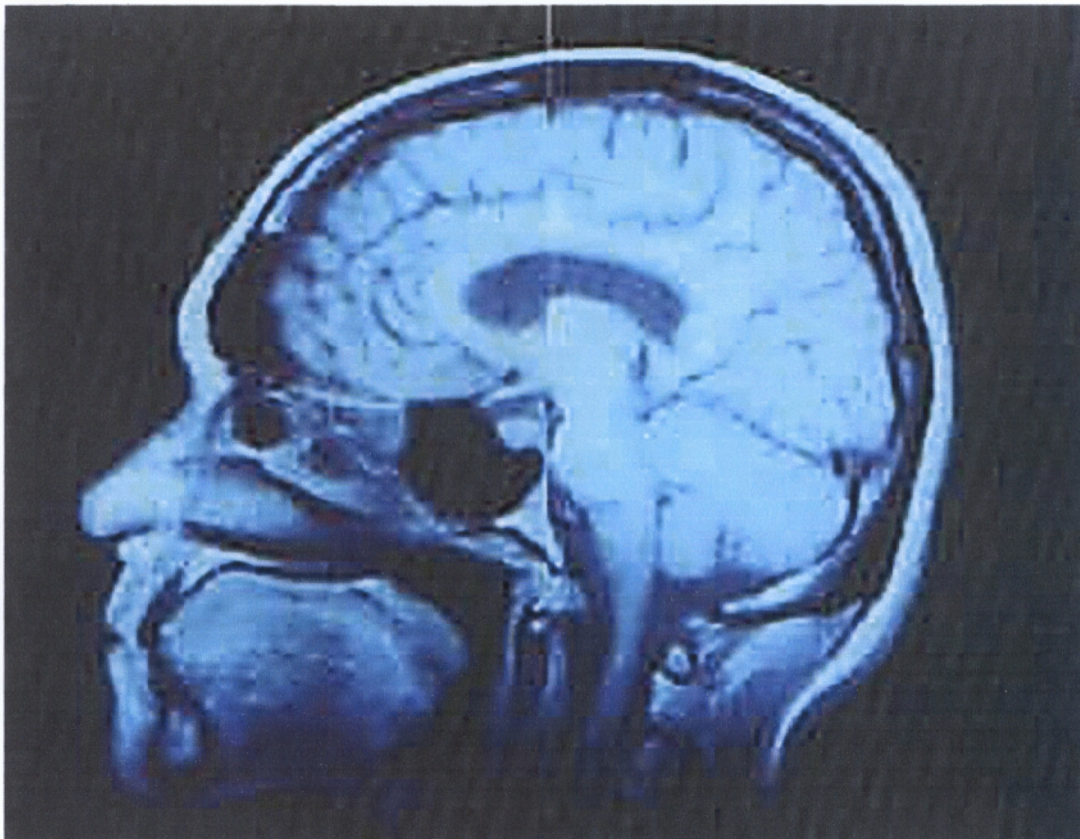


ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΣ Γ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ

ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΤΑ ΕΤΗ 1998-2005 ΣΤΟ ΝΟΜΟ
ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ.ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΟΜΟΡΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΔΩΡΟΣ Ι. ΔΡΙΖΗΣ

ΛΑΜΙΑ 2006

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΣ Γ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ

**ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΤΑ ΕΤΗ 1998-2005 ΣΤΟ ΝΟΜΟ
ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ.ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΟΜΟΡΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ**



Στην οικογένειά μου

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στη Βιβή και στον Φώτη
για την υποστήριξή τους...

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή	5
ΜΕΡΟΣ Α	
ΠΕΡΙ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ	
1.Τι είναι η νοσηρότητα.....	7
1.1.Ιστορική αναδρομή.....	7
1.2.Τι είναι η μηνιγγίτιδα.....	8
1.3.Οξεία μηνιγγίτιδα.....	9
2.Είδη μηνιγγίτιδας.....	10
2.1.Βακτηριακή μηνιγγίτιδα.....	10
2.1.1.Μηνιγγιτιδόκοκκος.....	15
2.2.Φυματώδης μηνιγγίτιδα.....	17
2.3.Ιογενείς μηνιγγίτιδες (άσηπτη).....	19
2.4.Άλλες μορφές μηνιγγίτιδας.....	22
2.4.1.Συφιλιδική μηνιγγίτιδα.....	22
2.4.2.Μυκητιασική μηνιγγίτιδα.....	22
2.4.3.Μηνιγγίτιδα από πρωτόζωα.....	22
2.4.4.Μηνιγγίτιδα από κεστώδη.....	22
3.Μέτρα πρόληψης.....	23
4.Εμβολιασμός.....	24
4.1.Συζευγμένο εμβόλιο.....	25
5.Θεραπεία.....	26
ΜΕΡΟΣ Β	
Εισαγωγικά.....	27
ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	
1.Παρουσίαση των κρουσμάτων μηνιγγίτιδας κατά τα έτη 1998-2005 σε όλη την Ελλάδα.....	28
2.Παρουσίαση και ανάλυση στατιστικών στοιχείων κατά τα έτη 1998-2005 στο νομό Φθιώτιδος.....	35
3.Παρουσίαση στατιστικών στοιχείων κατά τα έτη 1998-2005 στους νομούς Φθιώτιδος, Βοιωτίας, Ευρυτανίας και Μαγνησίας. Σύγκριση των τεσσάρων νομών.....	43
4.Θεραπεία στο νομό Φθιώτιδος.....	46
5.Συμπεράσματα.....	47
Βιβλιογραφία.....	49
Παράρτημα Α «Ενημερωτικό Σημείωμα προς όλες τις Νομ/κές Αυτ/σεις, Δ/νσεις Υγείας & Δημόσιας Υγιεινής και Δ/νσεις Υγείας, Πρόνοιας και προς όλες τις Δ.Υ.ΠΕ. της Χώρας».....	50

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΜΕΡΟΣ Α

1.3.1.Αιτιολογία Οξείας Μηνιγγίτιδας.....	9
2.1.Παράγοντες που έχουν σχέση με την αιτία της λοίμωξης.....	14
2.1.1.Αντιβιοτικά εκλογής στη βακτηριακή μηνιγγίτιδα.....	16

ΜΕΡΟΣ Β

1.1.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά ηλικία και φύλλο από Βακτηριακή και Μηνιγγιτιδόκοκκο.....	29
1.2.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά ηλικία και φύλλο από Άσηπτη και Αγνώστου Προελεύσεως.....	30
1.3.Αριθμός κρουσμάτων σε όλους τους νομούς από Μηνιγγιτιδόκοκκο 1998-2005.....	31
1.4.Βακτηριακή Μηνιγγίτιδα 1998-2005.....	32
1.5.Άσηπτη Μηνιγγίτιδα 1998-2005.....	33
1.6.Αγνώστου Προελεύσεως 1998-2005.....	34
3.1.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά αιτιολογία στο νομό Φθιώτιδος.....	43
3.2.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά αιτιολογία στο νομό Βοιωτίας.....	43
3.3.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά αιτιολογία στο νομό Ευρυτανίας.....	43
3.4.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά αιτιολογία στο νομό Μαγνησίας.....	44

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΤΗΛΕΣ

2.1.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ετών 1998-2001 ανά έτος και μήνα, άρρεν και θήλυ.....	38
2.2.Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ετών 2002-2005 ανά έτος και μήνα, άρρεν και θήλυ.....	39
2.3.Ποσοστό κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά έτος και μήνα.....	40

ΚΥΚΛΙΚΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

2.1.Ποσοστό % κρουσμάτων των ειδών μηνιγγίτιδας.....	41
2.2.Ποσοστό % κρουσμάτων βακτηριακής μηνιγγίτιδας.....	41
2.3.Αριθμός κρουσμάτων ανά περιοχή.....	42
2.4.Ποσοστό % κρουσμάτων ανά περιοχή.....	42

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΩΝ

Εξώφυλλο: www.webcolombia.com

1.1. www.hipusa.com	8
1.2. yale new haven health.org	8
2.1. www.meningitis.de	12
2.1.1. www.nlm.nih.gov	16
2.2. www.hku.hk	18
2.3. ipig.doereport.com	21
4.1. www.consumer.es	24

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την ύπαρξη του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι δυνατό να προσβληθεί από διάφορους λοιμώδεις παράγοντες. Οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να είναι μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες, μηνιγγοεγκεφαλίτιδες κ.α..

Οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί φθάνουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) συνήθως μέσω αιματογενούς διασποράς ή επίθεσης από παρακείμενες εστίες φλεγμονής όπως οι παραρρινικοί κόλποι, τα αυτιά και οι πνεύμονες.

Μια δεύτερη αλλά εξίσου σημαντική μορφή διασποράς είναι η ιατρογενής (νευροχειρουργικές επεμβάσεις).

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι, η παρουσίαση της συχνότητας των κρουσμάτων από μηνιγγίτιδα μεταξύ των ετών 1995-2005 στο νομό Φθιώτιδος.

ΣΤΟΧΟΣ της είναι η έρευνα για τη νοσηρότητα από μηνιγγίτιδα στο νομό Φθιώτιδος στα προαναφερθέντα έτη.

Στη συνέχεια και σύμφωνα με το θέμα, γίνεται μια προσπάθεια ανάλυσης του όρου *μηνιγγίτιδα* καθώς και του στόχου που αναφέρω παραπάνω. Η εργασία αποτελείται από δύο κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται τα γενικά και ειδικά χαρακτηριστικά της ασθένειας όπως αυτά αναφέρονται κατά είδος, με σκοπό να γίνουν κατανοητά από οποιονδήποτε αναγνώστη, τα στοιχεία που καταγράφονται στο δεύτερο μέρος, το οποίο αποτελείται από την παρουσίαση και ανάλυση των στατιστικών στοιχείων.

Το πρώτο μέρος λοιπόν ξεκινάει με την όρο *νοσηρότητα* και ποιά είναι η σπουδαιότητά της. Αναλύεται ο όρος *μηνιγγίτιδα* και ακολουθεί διάκριση των ειδών της. Σε κάθε είδος γίνεται αναλυτική αναφορά στους παράγοντες κινδύνου-αίτια, στην κλινική εκδήλωση της νόσου, στην πρόγνωση, στην θεραπευτική και στην πρόληψη. Επίσης γίνεται λόγος για τον μηνιγγιτιδόκοκκο και τέλος αναφορά σε κάποιες άλλες σπάνιες μορφές μηνιγγίτιδας.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται και αναλύονται τα στατιστικά στοιχεία που καταγράφηκαν για τα έτη 1995-2005 στο νομό, με χρήση πίτας.Γίνεται λόγος για τα

εμβόλια που χορηγούνται και την αξία τους καθώς και για το κόστος νοσηλείας. Ακολουθούν τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία.

Τα στοιχεία που χρησιμοποίησα για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας προέρχονται από δευτερογενείς πηγές, ενώ τα στατιστικά στοιχεία που καταγράφηκαν παραχωρήθηκαν από την Διεύθυνση Υγιεινής Φθιώτιδος.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Νόσος : Είναι η εξέλιξη της παθολογικής κατάστασης, εκδηλούμενη με συμπτώματα και σημεία. Η εξέλιξη της νόσου μπορεί να έχει διαδρομή με ταχύ ρυθμό(οξεία νόσος) ή με αργό ρυθμό(χρονία νόσος).¹

1.ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Λέγοντας νοσηρότητα, αναφερόμαστε στη συχνότητα νόσησης ενός πληθυσμού μέσα σε ορισμένο χρονικό διάστημα από το σύνολο των νόσων ή από συγκεκριμένη νόσο² και αποτελεί θεμελιώδη έννοια στην Ιατρική αλλά και στις επιστήμες υγείας γενικότερα, αφού το νόσημα αποτελεί το αντικείμενο μελέτης των επιστημών υγείας. Δεν αναφέρεται δηλαδή σε άμεσα ή έμμεσα παρατηρήσιμες οντότητες, αλλά στην ένταση των νοσογόνων επιδράσεων σε ανθρώπινους πληθυσμούς. Η λέξη νοσηρότητα μαρτυρείται από το 1833.

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η σημασία της μελέτης της συχνότητας των νοσημάτων τόσο στην κλινική όσο και στην κοινοτική Ιατρική καθυστέρησε να συνειδητοποιηθεί. Ακόμη και σήμερα, μικρός αριθμός επιστημόνων υγείας έχει κατανοήσει τη σπουδαιότητά της. Η πρώτη προσπάθεια έγινε τον 17^ο αιώνα στο Λονδίνο από δύο στενούς φίλους, τον John Graunt (1620-1674) και τον William Petty (1623-1687) όταν συνέλλαβαν τη σημασία της μελέτης της συχνότητας των νοσημάτων. Το δημοσιευθέν magnum opus του Graunt “Natural and political observations mentioned in a following index and made upon the bills of mortality”³, αποτέλεσε μια πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα του Λονδίνου. Για λόγους ιστορικής συνέπειας πρέπει να αναφερθεί ότι πολλοί ιστορικοί του 17^{ου} αιώνα ισχυρίζονται πως συγγραφέας του παραπάνω έργου

¹ Θ.Δρίζης, Ιατρική και Νοσοκομειακή Ορολογία, σημειώσεις για το τμήμα ΔΜΥΠ, Καλαμάτας, Καλαμάτα 2001, σ.9

² Ο.π., σ.14

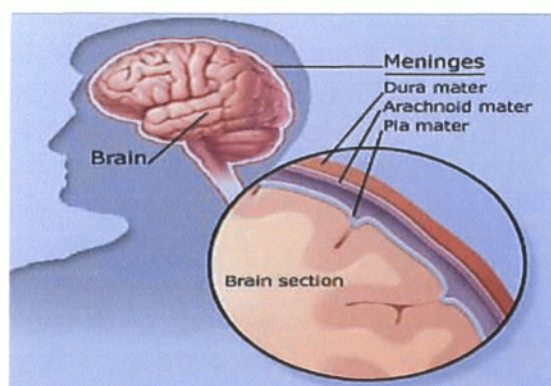
³ Γέμτος, Π.-Α., Μεθοδολογία των κοινωνικών επιστημών Ε.Κ.Α, Παπαζήσης, Αθήνα 1987, σ.185

δεν ήταν ο Graunt αλλά ο Petty. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι εάν δεν υπήρχε το έργο του Thomas Sydenham(1624-1689), δηλαδή της προσπάθειας ορισμού και αδράς ταξινόμησης των νοσημάτων, η μελέτη της συχνότητας των νοσημάτων θα ήταν προφανώς αδύνατη. Το ίδιο ισχύει και για τις μελέτες του Edmund Halley(1656-1742) στο ίδιο αντικείμενο. Έτσι, η πατρότητα της σύλληψης της ιδέας της Επιδημιολογίας ως του επιστημονικού κλάδου που «μελετάει τη συχνότητα των νοσημάτων», θα πρέπει να μοιραστεί και στα τέσσερα αυτά μεγάλα ονόματα που έζησαν στον ίδιο αιώνα.

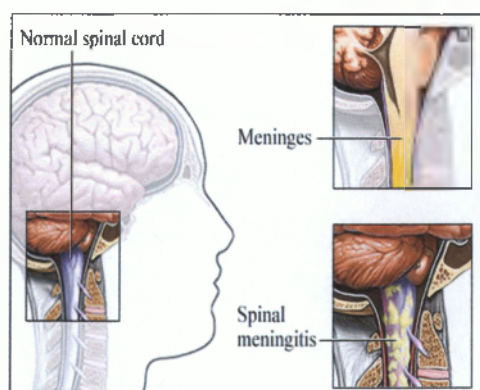
1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Συνιστούν φλεγμονώδης παθήσεις των μηνίγγων, του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και του κοιλιακού συστήματος του εγκεφάλου, είτε συνέπεια λοίμωξης είτε χωρίς λοίμωξη. Τα αίτια, είτε οξείας είτε χρόνιας μορφής είναι ποικίλα παθογόνα, που ανάλογα με τη φύση τους κατατάσσουν τις μηνιγγίτιδες σε μικροβιακή-βακτηριακή, φυματιώδης, άσηπτη-ιογενείς ή μυκητιασικές. Θεωρητικά κάθε παθογόνο βακτηρίδιο, μπορεί να προκαλέσει μηνιγγίτιδα εφ' όσον βρεθεί κάτω από κατάλληλες συνθήκες.

Η μηνιγγίτιδα αποτελεί οξεία κλινική οντότητα και έχει ανάγκη άμεσης διάγνωσης και αντιμετώπισης.



Εικόνα 1.1: www.hipusa.com



Εικόνα 1.2: [yale new haven health.org](http://yale.newhaven.health.org)

1.3 ΟΞΕΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Η οξεία μηνιγγίτιδα είναι φλεγμονή του κεντρικού νευρικού συστήματος με μεγάλη θνητότητα. Κλινικά το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από εμφάνιση συμπτωμάτων λόγω ερεθισμού των μηνίγγων, που αρχίζουν εντός ολίγων ωρών, με πρωιμότερο και προεξάρχον σύμπτωμα την κεφαλαλγία, που συχνά ακολουθείται από σύγχυση και κόμα. Μια μεγάλη ποικιλία λοιμογόνων παραγόντων μπορούν να προκαλέσουν το σύνδρομο της οξείας μηνιγγίτιδας, αλλά και μη λοιμώδη αίτια (συστηματικά νοσήματα, φάρμακα, όγκοι εγκεφάλου) μπορούν να εκδηλωθούν με την κλινική εικόνα της μηνιγγίτιδας (πίν. 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3.1: Αιτιολογία οξείας μηνιγγίτιδας

Σημαντικότερα λοιμώδη αίτια

Ιοί (εντεροϊοί, ιός παρωτίτιδας, αρμποϊοί, ιοί έρπητα, , ιός λεμφοκυτταρικής χοριομηνιγγίτιδας, αδενοϊοί)

Βακτήρια (Αιμόφιλος ινφλουέντζας, μηνιγγιτιδόκοκκος, στρεπτόκοκκος πνευμονίας, σταφυλόκοκκος χρυσίζων και επιδερμικός, λιστέρια, εντερόκοκκος, κολοβακτηρίδιο, κλεμψιέλλα πνευμονίας, ψευδομονάδα, σαλμονέλλα, νοκάρδια, μυκοβακτηρίδιο φυματιώσεως),

Ρικέτσιες

Σπειροχαίτες

Πρωτόζωα

Άλλα λοιμώδη σύνδρομα (παραμηνιγγικές λοιμώξεις, βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα, μεταλοιμώδη ιογενή σύνδρομα, μετά εμβολιασμούς).

Μη λοιμώδη αίτια

Ενδοκρανιακοί όγκοι και κύστες

Φάρμακα (αντιμικροβιακά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αζαθιοπρίμη, κυτοσίνη-αραβινοσίδη, καρμπαμαζεπάμη, ανοσοσφαιρίνες).

Συστηματικά νοσήματα (συστηματικός ερυθματώδης λύκος)

Διάφορα (σπασμοί, ημικρανίες)

2 ΕΙΔΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ

2.1 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Βακτηριακή μηνιγγίτιδα είναι η φλεγμονώδης αντίδραση προς μικροβιακή λοίμωξη της χοριοειδούς και της αραχνοειδούς μήνιγγας, καθώς και του υγρού που περιέχεται στον μεταξύ τους χώρο και του υγρού των κοιλιών του εγκεφάλου. Δεδομένου ότι ο υπαραχνοειδής χώρος είναι συνεχής γύρω από τον εγκέφαλο, το νωτιαίο μυελό και τα οπτικά νεύρα, ο φλεγμονώδης παράγοντας (νεοπλασματικά κύτταρα ή αίμα) που εισχωρεί σε κάποιο σημείο του, μπορεί άμεσα να επεκτείνεται στο σύνολό του, μέχρι και τις πλέον απόμακρες περιοχές. Η μηνιγγίτιδα συνεπώς είναι πάντοτε εγκεφαλονωτιαία.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ Η αιτιολογία της βακτηριακής μηνιγγίτιδας ποικίλλει με την ηλικία ως ακολούθως.

1 *Στρεπτόκοκκος πνευμονίας (Streptococcus pneumoniae)*: ευθύνεται για το 30-50% των περιπτώσεων στους ενήλικες, το 10-20% στα παιδιά και περίπου το 5% στα βρέφη.

2 *Νείσσερια μηνιγγίτιδας (Neisseria meningitides)*: ευθύνεται για το 10-35% των περιπτώσεων στους ενηλίκους, το 25-40% στα παιδιά μέχρι 15 ετών, ενώ σπάνια προσβάλλει βρέφη.

3 *Αιμόφιλος γρίπης (Haemophilus influenzae) τύπου B*: ευθύνεται για το 40-60% των περιπτώσεων στα παιδιά και μόνο για το 1-3% στους ενηλίκους και σχεδόν ποτέ δεν προσβάλλει βρέφη.

Επίσης άλλοι σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες για τη μηνιγγίτιδα είναι ο *χρυσίζων σταφυλόκοκκος (Staphylococcus aureus)* και ο *σταφυλόκοκκος της επιδερμίδας (Staphylococcus epidermidis)*, το *κολοβακτηρίδιο*, το *μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης*, *στρεπτόκοκκος*, *πρωτέας*, *λιστέρια*, *ψευδομονάδα* κλπ. Μηνιγγίτιδα από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο διαπιστώνεται μετά από νευροχειρουργικές επεμβάσεις, σε ασθενείς με λοίμωξη σπονδύλων ή σαν επιπλοκή ενδοκαρδίτιδας από *S. aureus*. Προδιαθεσικοί παράγοντες φαίνεται ότι είναι ο αλκοολισμός και οι υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ Η λοίμωξη με πνευμονιόκοκκο *H. influenzae* και μηνιγγιτιδόκοκκο έχει παγκόσμια κατανομή και παρατηρείται συχνότερα σε άνδρες, κατά το φθινόπωρο,

χειμώνα και άνοιξη. Στα παιδιά 2 μηνών ως 3 ετών το συχνότερο αίτιο είναι *H. influenzae*. Μηνιγγίτιδες από μηνιγγιτιδόκοκκο εμφανίζονται συχνότερα σε μεγαλύτερα παιδιά, έφηβους, αλλά και σε ενήλικες, σπανιότερα όμως μετά την ηλικία των 50 ετών. Η μηνιγγίτιδα από μηνιγγιτιδόκοκκο διαφέρει από τις άλλες μηνιγγιτιδικές λοιμώξεις, γιατί μπορεί να παρατηρείται σε επιδημίες.

Τα τρία συνηθέστερα παθογόνα μικρόβια της μηνιγγίτιδας εμφανίζουν διεισδυτικότητα και εξαρτώνται από το αντιφαγοκυτταρικό τους τοίχωμα ή τα επιφανειακά τους αντιγόνα για την επιβίωσή τους στους ιστούς του ξενιστή. Πρόκειται για μικρόβια που βρίσκονται στο ρινοφάρυγγα σε σημαντική αναλογία του γενικού πληθυσμού. Οι παράγοντες που καθορίζουν την αιματογενή διασπορά αυτών των μικροβίων και την πρόκληση μηνιγγίτιδας δεν είναι γνωστοί. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν: 1) προηγούμενες ιογενείς λοιμώξεις της άνω αναπνευστικής οδού, 2) ειδικά για τον πνευμονιόκοκκο λοιμώξεις του πνεύμονα και απουσία μικροβιοκτόνων αντισωμάτων και 3) ανεπάρκεια των τελικών συνιστωσών του συμπληρώματος σε λοιμώξεις με τον *H. influenzae* και μηνιγγιτιδόκοκκο.

Άλλες οδοί εισόδου εκτός του αίματος φαίνεται να αποτελούν συγγενείς νευροεξωδερμικές ανωμαλίες, ιδιαίτερα τα κατάγματα του κρανίου. Σπάνια τέλος μπορεί να διαρραγεί εγκεφαλικό απόστημα προς τις κοιλίες ή τον υπαραχνοειδή χώρο και να μολύνει με μικροοργανισμούς τις μήνιγγες.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της βακτηριακής μηνιγγίτιδας περιλαμβάνουν αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, διάσπαση του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, εγκεφαλικό οίδημα και μεταβολές της αιμάτωσης του εγκεφάλου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Ο πυρετός, η κεφαλαλγία, η φωτοφοβία, οι επιληπτικές κρίσεις, ο έμετος, η διαταραχή της συνείδησης και η ακαμψία του αυχένα και της ράχης είναι κοινά συμπτώματα και σημεία στη βακτηριακή μηνιγγίτιδα, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της. Έχουν τεκμηριωθεί τρεις τύποι προσβολής. Στο 25% περίπου των ασθενών η μηνιγγίτιδα έχει κεραυνοβόλα έναρξη και οι ασθενείς εμφανίζουν βαριά νόσο, σε διάστημα 24 ωρών. Σε πάνω από 50% των περιπτώσεων η μηνιγγίτιδα αναπτύσσεται σε διάστημα 1 έως 7 ημερών και συνοδεύεται από αναπνευστικά συμπτώματα. Κάπως λιγότερο από 20% έχουν μηνιγγιτιδικά συμπτώματα μετά από 1 έως 3 εβδομάδες από την εμφάνιση των αναπνευστικών συμπτωμάτων.

Υπάρχουν ορισμένα ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά, που συσχετίζονται με τους συγκεκριμένους τύπους μηνιγγίτιδας. Πρέπει πάντα να δημιουργείται η υποψία

μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας όταν η εξέλιξη είναι εξαιρετικά ταχεία, όταν η προσβολή συνοδεύεται από πορφυρικό δερματικό εξάνθημα. Επειδή το εξάνθημα συνοδεύει περίπου 50% των μηνιγγιτιδοκοκκικών λοιμώξεων, η παρουσία του πρέπει να υπαγορεύει άμεση έναρξη θεραπείας. Η πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτιδα ακολουθεί συνήθως λοίμωξη των πνευμόνων, των αυτιών ή των παραρρινικών κόλπων και σπανιότερα ενδοκαρδίτιδα. Η μηνιγγίτιδα από *H. influenzae* συνήθως ακολουθεί λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού και των αυτιών στα μικρά παιδιά.

Τα σημεία ερεθισμού των μηνίγγων – ακαμψία του αυχένα ή θετικά σημεία Kernig και Brudzinski – μπορεί να απουσιάζουν στους πολύ νέους, τους πολύ γέρους ή τους βαριά ασθενείς. Τα σημεία εστιακής εγκεφαλικής νόσου, αν και σπάνια προεξάρχουν, είναι συχνότερα στην πνευμονιοκοκκική και τη μηνιγγίτιδα από *H. influenzae* και συσχετίζονται με συγκριτικά κακή πρόγνωση.



Εικόνα 2.1: www.meningitis.de

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ Στα αρχικά στάδια της μηνιγγιτιδοκοκκικής κεραυνοβόλου μηνιγγίτιδας ή σπανιότερα στη μηνιγγίτιδα από πνευμονιόκοκκο, η κυτταρική αντίδραση μπορεί να μην υπάρχει ή να είναι ελάχιστη, παρά την παρουσία των μικροοργανισμών.

Ο αριθμός λευκοκυττάρων του αίματος είναι γενικά αυξημένος και συνήθως υπάρχει μετατόπιση προς τα αριστερά. Οι περισσότεροι ασθενείς με μηνιγγίτιδα είναι σε βαριά κατάσταση, ώστε να χρειάζονται προσδιορισμό του αζώτου της ουρίας αίματος και των ηλεκτρολυτών του ορού.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ Οι ασθενείς με βακτηριακή μηνιγγίτιδα πρέπει να υποβάλλονται σε ακτινογραφία θώρακα, κρανίου και παραρρινικών κόλπων, όσο το δυνατό γρηγορότερα μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Οι ακτινογραφίες θώρακα έχουν ιδιαίτερη σημασία, γιατί μπορεί να αποκαλύψουν σιωπηρή περιοχή πνευμονίτιδας ή αποστήματος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ

Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της μηνιγγίτιδας και όσο λιγότερο αποτελεσματική η θεραπεία, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να εμφανίζονται επιπλοκές και νευρολογικά κατάλοιπα. Τέτοιες επιπλοκές αποτελούν οι παραλύσεις των κρανιακών νεύρων, που εμφανίζονται σε περίπου 10-20% των περιπτώσεων και εξαφανίζονται συνήθως σε λίγες εβδομάδες. Στο 10% των βρεφών και παιδιών εμφανίζεται αισθητηριακή κώφωση.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Η διάγνωση της βακτηριακής μηνιγγίτιδας δεν είναι δύσκολη, αρκεί να διατηρείται η πάθηση στη σκέψη του γιατρού. Όλοι οι ασθενείς με πυρετό, λήθαργο, κεφαλαλγία ή σύγχυση με απότομη έναρξη, ακόμα και όταν υπάρχει χαμηλός πυρετός, πρέπει να υποβάλλονται σε οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Η βακτηριακή μηνιγγίτιδα μπορεί να διαγνωσθεί οριστικά μόνο με εξέταση του CSF.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ Η θνητότητα από βακτηριακή μηνιγγίτιδα είναι περίπου 14% και εξαρτάται από τον υπεύθυνο παθογόνο μικροοργανισμό. Είναι πολύ υψηλότερη σε λοιμώξεις από gram-αρνητικούς μικροοργανισμούς. Από τις συνηθέστερες αιτιολογικές μορφές εκείνη από πνευμονιόκοκκο είναι η βαρύτερη. Γενικά η θνητότητα της μηνιγγίτιδας από *H. influenzae* ή μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα έχει μείνει σταθερή στο 5-15% για πολλά χρόνια. Στη μηνιγγιτιδοκοκκική επίσης λοίμωξη, εξαιτίας της κεραυνοβόλου εξέλιξης και της συχνής νέκρωσης του φλοιού των επινεφριδίων η θνητότητα παραμένει επίσης υψηλή.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ Περιλαμβάνει νοσηλευτική φροντίδα, συμπτωματική και αιτιολογική αγωγή.

Αντιμικροβιακά. Η μικροβιακή μηνιγγίτιδα αποτελεί επείγουσα ιατρική κατάσταση. Η ταχεία καταστροφή των μικροβίων στις μηνιγγες και στο CSF είναι ουσιώδης για την επιβίωση του ασθενούς. Πρέπει να χρησιμοποιούνται κατάλληλα φάρμακα και δόσεις, ώστε να επιτευχθεί μικροβιοκτόνος επίδραση στο CSF.

ΠΡΟΛΗΨΗ Έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση των λοιμώξεων της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας, των παραρρινικών κόλπων, των ώτων και των πνευμόνων αποτελούν μέτρα πρόληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: Παράγοντες που έχουν σχέση με την αιτία της λοίμωξης

Παράγοντας	Λοίμωξη
Ρινοφαρυγγική λοίμωξη	Μηνιγγοκοκκική μηνιγγίτις Μηνιγγίτις από ναϊσέρια
Οξεία μέση πυώδης ωτίτις	
Μαστοειδίτις	
Παραρρινική κολπίτις	
Πνευμονία	Πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτις
Εγκεφαλικές κακώσεις	
Δρεπανοκυτταρική αναιμία	
Ανοσοκαταστολή	
Αλκοολισμός	
Νευροχειρουργικές επεμβάσεις	Μηνιγγίτις από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο
Σακχαρώδης διαβήτης	Μηνιγγίτις από κλεμψιέλλα
Νεοπλάσματα	Μηνιγγίτις από: ψευδομονάδα, κολοβακτηρίδιο, λιστέρια, χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, στρεπτόκοκκο πνευμονίας

2.1.1 ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΣ

. Ο μηνιγγιτιδόκοκκος είναι μικρόβιο που ζει στο σώμα του ανθρώπου και σχεδόν αποκλειστικά σε αυτό. Κυρίως ζει στο στοματικό φαρυγγικό βλεννογόνο και σπανιότερα στο ρινοφαρυγγικό, που ζει σαν μέλος της φυσιολογικής του χλωρίδας 5-15% των υγείων που δεν ζουν κοινοβιακά και μέχρι 80% στους στρατιώτες έχουν στη χλωρίδα τους μηνιγγιτιδόκοκκο.

Αύξηση του αριθμού των υγείων φορέων παρατηρείται πριν από την εμφάνιση επιδημίας. Εκτός από το στοματοφάρυγγα μηνιγγιτιδόκοκκος βρίσκεται και στον κόλπο, τον τράχηλο, την ανδρική ουρήθρα και στο ορθό.

Οι συνήθεις περιπτώσεις μηνιγγίτιδας είναι σποραδικές αλλά και μικρές επιδημικές εξάρσεις εμφανίζονται σε ομάδες ανθρώπων όπως σε σχολεία, σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας παιδιών. Οι περισσότερες περιπτώσεις επιδημίας οφείλονται σε στελέχη ομάδας Α, ενώ μικρές επιδημίες σε στελέχη ομάδας Β. Σποραδικές περιπτώσεις οφείλονται σε στελέχη ομάδας C.

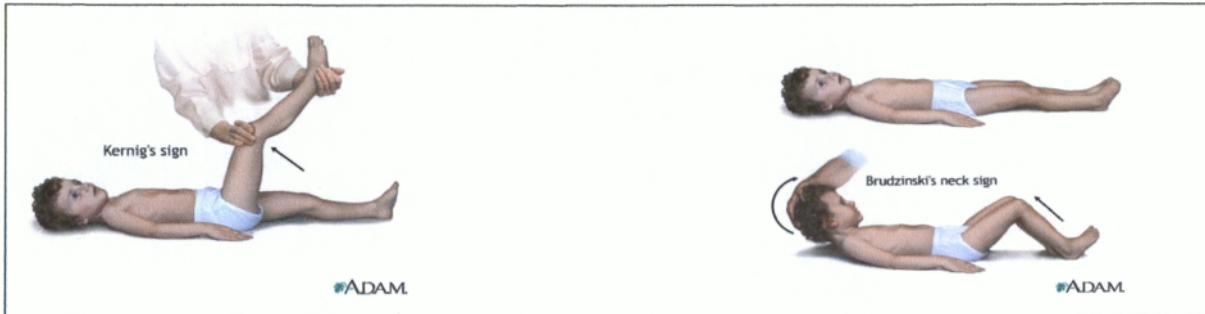
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Η επώαση είναι 2-3 ημέρες. Η νόσος αρχίζει σαν μικροβαιμία με υψηλό πυρετό με ρίγος και εμέτους και δυνατό πονοκέφαλο. Εντός ολίγων ωρών εμφανίζεται η εκδήλωση του ερεθισμού των μηνίγγων, δηλαδή αυχενική δυσκαμψία. Κατά την κάμψη της κεφαλής προς τα εμπρός ο ασθενής αισθάνεται έντονο πόνο και έχει δυσκαμψία. Τα σημεία Kernig και Brudzinski είναι θετικά.

Η πνευματική κατάσταση του ασθενούς ποικίλλει. Συνήθως εμφανίζει σύγχυση με παραλήρημα, άλλοτε λήθαργο ή κόμα. Συνυπάρχουν φωτοφοβία και υπερευαισθησία. Όχι σπάνια εμφανίζεται κηλιδώδες εξάνθημα.

Η κλινική εικόνα διαφέρει με την ηλικία. Στα βρέφη προεξάρχουν οι σπασμοί. Στους ενήλικες μπορεί να διατρέχει ήπια και να θεωρείται γρίπη ενώ μπορεί να υπάρχει χαμηλός πυρετός και μερικές φορές να παρουσιάζεται με κόμα .

ΔΙΑΓΝΩΣΗ Η διάγνωση τίθεται με οσφυονωτιαία παρακέντηση και το ENY έχει 500-20.000/μl λευκοκύτταρα κυρίως πολυμορφοπύρηνα. Το λεύκωμα είναι αυξημένο ενώ η γλυκόζη είναι ελαττωμένη. Η καλλιέργεια του ENY και το άμεσο παρασκεύασμα μπορούν να δείξουν το μικρόβιο.

Βασική αρχή είναι η άμεση έναρξη της θεραπείας πριν ακόμη γνωρίσουμε ποιό είναι το μικρόβιο. Η προφύλαξη στρέφεται στο εμβόλιο. Σήμερα διατίθεται εμβόλιο για μηνιγγιτιδόκοκκο Α και C ομάδας με καλή ανοσογονικότητα.



Εικόνα 2.1.1: www.nlm.nih.gov

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.1: Αντιβιοτικά εκλογής στη βακτηριακή μηνιγγίτιδα

Μικροοργανισμός	Αντιβιοτικό εκλογής	Εναλλακτικές θεραπείες
Μηνιγγιτιδόκοκκος	Πενικιλίνη G	Αμπικιλίνη, κεφαλοσπορίνη 3 ^{ης} γενεάς
Αιμόφιλος β-λακταμάση(-)	Αμπικιλίνη Αζτρεονάμη	Κεφαλοσπορίνη 3 ^{ης} γενεάς
Αιμόφιλος β-λακταμάση(+)	Κεφαλοσπορίνη 3 ^{ης} γενεάς	Αζτρεονάμη, Κινολόνες
Πνευμονιόκοκκος	Πενικιλίνη G Βανκομυκίνη, Ιμιπενέμη	Κεφαλοσπορίνη 3 ^{ης} γενεάς
Εντεροβακτηριακά	Κεφαλοσπορίνη 3 ^{ης} γενεάς	Αζτρεονάμη, Κινολόνες, Τριμεθοπρίμη- σουλφομεθοξαζόλη
Ψευδομονάδα	Κεφταζιτίμη Αμινογλυκοσίδες	Αζτρεονάμη, Κινολόνες
Λιστέρια	Αμπικιλίνη ή Πενικιλίνη G	Τριμεθοπρίμη- σουλφομεθοξαζόλη
S. Agalactiae	Αμπικιλίνη	Κεφαλοσπορίνη 3 ^{ης} γενεάς
Χρυσίζων σταφυλόκοκκος	Οξακιλλίνη ή Ναφσιλλίνη	Βανκομυκίνη
Επιδερμικός σταφυλόκοκκος	Βανκομυκίνη	

2.2 ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ Η επίπτωση της φυματιώδους μηνιγγίτιδας, αν και μέχρι την προηγούμενη δεκαετία ήταν σε πτωτική πορεία, λόγω των εκτεταμένων προγραμμάτων εμβολιασμού με BCG, αναμένεται να αυξηθεί λόγω των επιδημικών διαστάσεων που παίρνει το AIDS, αλλά και η φαρμακευτική ανοσοκαταστολή, στα πλαίσια κυρίως μεταμοσχεύσεων.

Προκαλείται συνήθως από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (*M. tuberculosis*) και σποραδικά από το *Mycobacterium bovis*, μέσω αιματογενούς διασποράς των υπευθύνων μικροοργανισμών στις μήνιγγες και αφορά άτομα όλων των ηλικιών. Μακροσκοπικά, οι προσβεβλημένες μήνιγγες παρουσιάζουν ινώδη σκλήρυνση και πάχυνση ενώ, ιδιαίτερα στη βάση του εγκεφάλου, αναπτύσσεται ινώδης ιστός που συχνά προκαλεί στραγγαλισμό των στελεχών των νεύρων.

Η φυματιώδης μηνιγγίτιδα προσβάλλει κυρίως την παιδική ηλικία, ενώ στους ενηλίκους είναι δυνατό να εκδηλωθεί χωρίς να υφίσταται φυματιώδης εντόπιση στους πνεύμονες με δραστηριοποίηση φυματιώδους εστίας των μηνίγγων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Στις περισσότερες των περιπτώσεων εκδηλώνεται σταδιακώς με αδυναμία, ανορεξία, ευερεθιστότητα, πυρετό, κεφαλαλγία, εμέτους, σπασμούς και κόμα.

Αντικειμενικώς διαπιστώνεται δυσκαμψία του αυχένα, οπισθότονος και επακολουθούν παραλύσεις νεύρων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ Οι απεικονιστικές μέθοδοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στη διάγνωση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς προσέρχονται με σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Η μαγνητική τομογραφία αναδεικνύει φλεγμονή κυρίως στη βάση του κρανίου. Η ανεύρεση φυματίωσης σε άλλα μέρη του σώματος ενισχύει τη διάγνωση.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Η διαφορική διάγνωση της νόσου θα πρέπει να γίνει

α) από την κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα με την οποία εμφανίζει τα ίδια συμπτώματα.

Μόνη δυνατότητα διαφορικής διάγνωσης είναι η ανεύρεση του κρυπτοκοκκικού αντιγόνου ή μυκοβακτηριδίων της φυματίωσης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

β) από τη σαρκοείδωση και

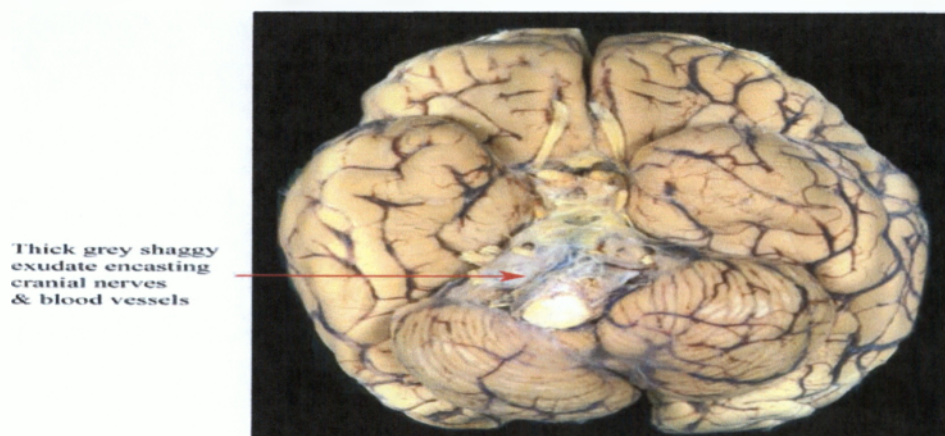
γ) από τη καρκινωματώδης μηνιγγίτιδα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ Αν δεν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία, παρουσιάζεται σταδιακά επιδεινούμενη έκπτωση του επιπέδου συνείδησης σε συνδυασμό με παραλύσεις των κρανιακών νεύρων και σημεία αποφρακτικού υδροκεφάλου, αποφλοίωση και τελικά θάνατος σε 4-8 εβδομάδες από την έναρξη της νόσου.

Η συνολική θνησιμότητα της φυματίωσης του ΚΝΣ φτάνει το 10%. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο στις ακραίες ηλικίες και στους ανοσοκατασταλαμένους. Αν η θεραπεία ξεκινήσει ενώ ο ασθενής έχει ήδη περιπέσει σε κώμα, η θνησιμότητα ξεπερνά το 50%.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ Η θεραπεία της φυματιώδους μηνιγγίτιδας πρέπει να ξεκινά όσο το δυνατό συντομότερα. Χορηγείται αντιφυματική αγωγή.

ΠΡΟΛΗΨΗ Η πρόληψη είναι εφικτή με την όσο το δυνατό πρωιμότερη ανίχνευση της πρωτογενούς φυματίωσης και αντιμετώπισής της.



Tuberculous Meningitis

V.60
Εικόνα 2.2: www.hku.hk

2.3 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΕΣ (ΑΣΗΠΤΗ)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ Οι ιογενείς μηνιγγίτιδες συνιστούν σχετικά συχνές, καλοήθειες παθήσεις με συχνότητα περίπου 10 προσβολών ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο. Τα επιδημιολογικά όμως χαρακτηριστικά τους, είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αποσαφηνιστούν, δεδομένου αρκετές περιπτώσεις είναι εξαιρετικά ήπιες και ποτέ δεν φτάνουν στο γιατρό, ενώ σε άλλες αν και τίθεται κλινικά η διάγνωση δεν ακολουθείται ιολογικός έλεγχος για την ταυτοποίηση του παθογόνου ιού. Γενικά, η επίπτωση της ιογενούς μηνιγγίτιδας φαίνεται να είναι υψηλότερη κατά τους θερινούς μήνες. Το φαινόμενο αυτό είναι επακόλουθο της επιδημιολογικής συμπεριφοράς των δύο κυριότερων αιτιών ιογενούς μηνιγγίτιδας: των αρμποϊών, οι οποίοι μεταφέρονται από δείγματα κουνουπιών και των εντεροϊών.

Οι ιοί που προκαλούν συχνότερα μηνιγγίτιδα, αναφέρονται παρακάτω:

Ιός πολιομυελίτιδας

Ιός Coxsackie

Ιός ECHO

Ιός παρωτίτιδας

Ιός έρπητα απλού

Ιός έρπητα ζωστήρα και ανεμευλογιάς

Ιός λεμφοκυτταρικής μηνιγγίτιδας

Ιός λοιμώδους μονοπυρήνωσης

Ιός ηπατίτιδας

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Η κλινική εικόνα της ιογενούς μηνιγγίτιδας προσομοιάζει αυτής των ήπιων περιπτώσεων βακτηριακής μηνιγγίτιδας. Ο ασθενής, συχνά μετά από μια γριπώδη συνδρομή διάρκειας 3-4 ημερών, παρουσιάζει εμπύρετο, κεφαλαλγία τυπικά μετωπιαία ή οπισθοβολβική, που επιτείνεται με την κίνηση των οφθαλμών, φωτοφοβία, ναυτία, εμέτους, υπνηλία και αυχενική δυσκαμψία. Η αντικειμενική εξέταση αποκαλύπτει τη δυσκαμψία του αυχένα και σπανιότερα, θετικά σημεία Kernig και Brudzinski.

Αναλόγως του αιτίου της ιογενούς μηνιγγίτιδας, και κυρίως σε περιπτώσεις μηνιγγίτιδας σε παιδιά από ιούς coxsackie ή εντεροϊούς, μπορεί να αναπτυχθεί ένα μη κνησμώδες εξάνθημα, που είτε περιορίζεται στην περιοχή της κεφαλής και του αυχένα ή είναι γενικευμένο. Επίσης, οι διάφορες λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας (ευλογιά, παρωτίτιδα, ερυθρά) είναι δυνατό να προκαλέσουν οξεία ιογενή μηνιγγίτιδα, οπότε στην κλινική εικόνα της μηνιγγίτιδας θα συνυπάρχει και αυτή του αντίστοιχου δερματικού εξανθήματος ή της παρωτίτιδας.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ Η γενική και βιοχημική εξέταση του αίματος σπανίως αναδεικνύουν κάποιο διαγνωστικό εύρημα. Εξίσου απογοητευτικές είναι και οι καλλιέργειες ENY στα κοινά μέσα, πλην ίσως της περιπτώσεως μηνιγγίτιδας από τον ιό της παρωτίτιδας. Οι καλλιέργειες αίματος, κοπράνων, στοματοφαρυγγικού επιχρίσματος, πτυέλων ή ούρων, μπορεί να είναι επιβληθητικές, όχι όμως διαγνωστικές. Η διάγνωση της νόσου τίθεται με οσφουονωτιαία παρακέντηση. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό εξέρχεται με πίεση και είναι διαυγές. Τα κύτταρα του υγρού είναι αυξημένα, μεταξύ 100 και 1000/ml, ενώ φυσιολογικά είναι από 0-5. Υπερισχύουν τα λεμφοκύτταρα.

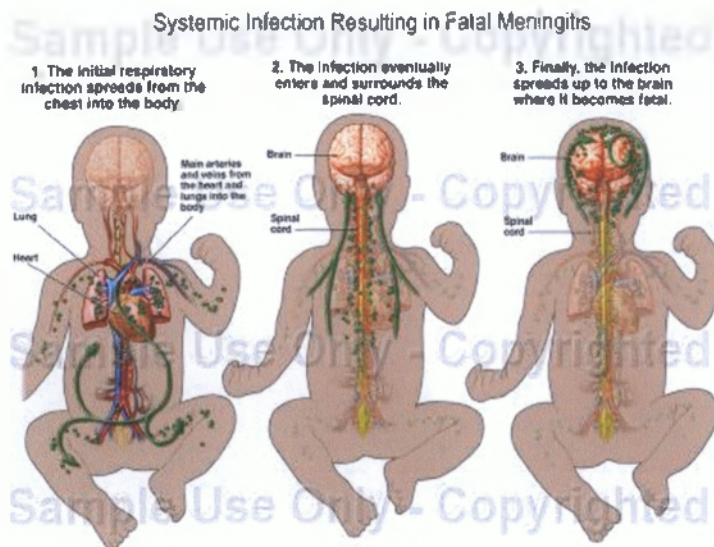
Το κύριο διαγνωστικό πρόβλημα είναι η διάκριση των ιογενών μηνιγγιτίδων από τη φυματιώδη μηνιγγίτιδα. Υπέρ της ιογενούς προέλευσης συνηγορεί η απότομη έναρξη και ο μεγαλύτερος συνήθως αριθμός κυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, δηλαδή, στο ENY.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Η διαφορική διάγνωση της ιογενούς μηνιγγίτιδας πρέπει να γίνει από

- 1) τη βακτηριακή μηνιγγίτιδα, με βάση την κλινική εικόνα, τα ευρήματα της οσφουονωτιαίας παρακέντησης, και την εξέλιξη της νόσου
- 2) τη φυματιώδη και τη μυκητιασική μηνιγγίτιδα
- 3) την καρκινωματιώδη μηνιγγίτιδα, με βάση κυρίως απεικονιστικά ευρήματα
- 4) παραμηνιγγικές φλεγμονές
- 5) άλλα αίτια άσηπτης μηνιγγίτιδας, όπως η λήψη φαρμάκων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ Η πρόγνωση της ιογενούς μηνιγγίτιδας είναι κατά κανόνα καλή. Πλήν των περιπτώσεων μηνιγγίτιδας από τον ιό της παρωτίτιδας, όπου συχνά προκαλεί κώφωση, στις υπόλοιπες περιπτώσεις η νόσος αποδράμει σύντομα και πλήρως.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ Ειδική θεραπεία των ιογενών μηνιγγιτιδών δεν υπάρχει. Είναι κυρίως υποστηρικτική με ανάπαυση, αναλγητικά και αντιπυρετικά. Δεν χρειάζεται νοσηλεία, πλην των περιπτώσεων άτυπων εκδηλώσεων, που συντηρούν την υποψία βακτηριακής μηνιγγίτιδας.



Εικόνα 2.3: ipig.doereport.com

2.4 ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ

2.4.1. ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Εμφανίζεται συνήθως κατά τα πρώτα δύο χρόνια μετά την αρχική λοίμωξη, με κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, παραλύσεις κρανιακών νεύρων, επιληπτικές κρίσεις και σύγχυση. Σπάνια συνυπάρχουν συμπτώματα αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Ο ασθενής είναι πάντα απύρετος. Αν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία, η πρόγνωση είναι καλή.

2.4.2. ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Συνήθως οφείλεται σε κρυπτόκοκκο και σπανιότερα σε ασπέργιλο κ.α. Κλινικά η κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα εμφανίζεται σαν υποξεία μηνιγγίτιδα και ομοιάζει εξαιρετικά με αυτήν της φυματιώδους, από την οποία και πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί με ανοσολογικές κυρίως μεθόδους. Οι πρωτογενείς εστίες της φλεγμονής είναι συνήθως οι πνεύμονες ή ο βλεννογόνος του στόματος και του φάρυγγα, και η επέκταση στο κεντρικό νευρικό σύστημα γίνεται μέσω της αιματικής οδού. Η θεραπεία συνίσταται σε αγωγή με αντιβιοτικά καθώς και στη λήψη μέτρων για να βελτιωθεί το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου.

2.4.3. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΖΩΑ

Αποτελεί σπάνια μορφή μηνιγγίτιδας, συνήθως προκαλούμενη από το τοξόπλασμα, αμοιβάδες ή το πλασμώδιο της ελονοσίας.

2.4.4. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΕΣΤΩΔΗ

Αποτελεί επίσης σπάνια μορφή μηνιγγίτιδας οφειλόμενη σε κυστικέρκωση, εχينوκοκκίαση ή σχιστοσωμίαση.

3 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

1. Άμεση δήλωση του κρούσματος στις υγειονομικές αρχές.
2. Άμεση έναρξη θεραπείας μετά την πιθανή διάγνωση της νόσου και πριν να γίνει εργαστηριακή επιβεβαίωση.
3. Απομόνωση του ασθενή τουλάχιστον για 24 ώρες από την έναρξη της θεραπείας.
4. Τρέχουσα απολύμανση των ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων του ασθενή.
5. Ενημέρωση του πληθυσμού για τον τρόπο μετάδοσης.
6. Αποφυγή συνωστισμού στους τόπους εργασίας, κατοικίας ή διασκέδασης.
7. Μαζικός εμβολιασμός του πληθυσμού δεν συνίσταται. Το εμβόλιο είναι αποτελεσματικό στους ενήλικες και συνίσταται στους νεοσύλλεκτους και άλλες κλειστές ομάδες πληθυσμού σε αυξημένο κίνδυνο.
8. Σε περίπτωση επιδημικής έκρηξης της νόσου μεγάλη έμφαση δίνεται στην επιδημιολογική επιτήρηση, την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση θεραπεία των ύποπτων περιστατικών. Αν η εκδήλωση της επιδημίας αφορά κλειστούς πληθυσμούς (στρατώνες, σχολεία, φυλακές κλπ) γίνεται αραίωση των ατόμων στους χώρους διαβίωσης και ύπνου και χορηγείται χημειοπροφύλαξη σε όλα τα άτομα του κλειστού πληθυσμού, για ελάττωση της μικροβιοφορίας και περιορισμό της διασποράς. Αν η επιδημική έκρηξη αφορά μεγάλο ίδρυμα ή κοινότητα, συνίσταται ο εμβολιασμός όλων των ηλικιών του συγκεκριμένου πληθυσμού. Το εμβόλιο είναι πολύ αποτελεσματικό στον έλεγχο της επιδημίας, αν αυτή οφείλεται σε στελέχη της ομάδας A ή C.

4. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

Τα εμβόλια προφυλάσσουν από ορισμένες μορφές μηνιγγίτιδας. Το εμβόλιο κατά της μηνιγγίτιδας που οφείλεται στον αιμόφιλο γρίπης διατίθεται για βρέφη εδώ και αρκετά χρόνια και είναι πολύ αποτελεσματικό. Ένα νέο εμβόλιο διατίθεται τώρα κατά της μηνιγγίτιδας ομάδας C που προκαλείται από μηνιγγιτιδοκοκκικά βακτηρίδια. Το νέο εμβόλιο διατίθεται σε άτομα ηλικίας κάτω των 22 ετών και έχει ήδη μειώσει τον αριθμό περιπτώσεων προσβολής από τη νόσο σε όσους έχουν εμβολιαστεί. Επίσης διατίθεται και για μηνιγγιτιδόκοκκο ομάδας A με καλή ανοσογονικότητα.

Ωστόσο δεν υπάρχει εμβόλιο κατά της μηνιγγίτιδας ομάδας B η οποία αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα λόγω του ότι προκαλεί τις περισσότερες περιπτώσεις. Οι ομάδες B και C αποτελούν τις πιο σοβαρές μορφές μηνιγγίτιδας. Ωστόσο υπάρχουν και άλλες μορφές σε όλο τον κόσμο.



 Rex Features

Εικόνα 4.1: www.consumer.es

4.1 ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΟ ΕΜΒΟΛΙΟ

Το συζευγμένο εμβόλιο λειτουργεί κατά της μηνιγγίτιδας τύπου C. Συγκεκριμένα προκαλεί τον οργανισμό να παράγει αντισώματα ενάντια στο βακτηρίδιο *Neisseria meningitidis* οροομάδας C. Επίσης προκαλεί ανοσολογική απάντηση σε βρέφη από την ηλικία των δύο μηνών. Παρέχει ανοσολογική μνήμη η οποία προσφέρει μακράς διάρκειας προστασία. Τα ήδη υπάρχοντα πολυσακχαριδικά εμβόλια δεν ενδύκνυνται για χρήση στα βρέφη.

Το συζευγμένο δεν είναι ένα «ζωντανό εμβόλιο» και αυτό γιατί δεν περιέχει ζωντανό βακτήριο και δεν μπορεί να προκαλέσει μηνιγγιτιδοκοκκική λοίμωξη ή να αποτελέσει το έναυσμα του μικροβίου *N. Meningitidis*.

Κατά την χορήγησή του αντενδείξεις υπάρχουν μόνο σε ανθρώπους με υπερευαισθησία σε κάθε συστατικό του όπως της διφθεριδικής τοξίνης. Επίσης δεν πρέπει να χορηγείται όταν ο ασθενής έχει υψηλό πυρετό.

Η διαφορά ενός συζευγμένου εμβολίου από ένα πολυσακχαριδικό έγκειται στο γεγονός ότι το πρώτο παρέχει μακροχρόνια προστασία ενώ το δεύτερο παρέχει προστασία μέχρι 3 ετών.

Η αξία του εμβολίου είναι πολύ μεγάλη και αυτό γιατί έχει καταφέρει να ελαχιστοποιήσει τη νοσηρότητα από μηνιγγίτιδα σε πολύ μεγάλο βαθμό παγκοσμίως. Καθώς όμως δεν υπάρχουν εμβόλια για όλες τις μορφές, ο καλύτερος τρόπος για να προστατέψουμε τον εαυτό μας είναι να γνωρίζουμε τις εκδηλώσεις και τα συμπτώματα της μηνιγγίτιδας.

5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μηνιγγίτιδα, οποιασδήποτε μορφής, είναι μια ασθένεια κατά την οποία η φαρμακευτική αγωγή επιβάλλεται να αρχίσει όσο το δυνατό συντομότερο. Ο ασθενής από την στιγμή που εισάγεται στο νοσοκομείο υποβάλλεται σε μια σειρά εξετάσεων όπως είναι η εξέταση CSF και η γενική αίματος. Πριν ακόμα έρθουν τα αποτελέσματα της καλλιέργειας του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, αρχίζει η θεραπεία με πολύ μεγάλες δόσεις. Τα αντιβιοτικά που χορηγούνται διαφέρουν ανάλογα με το είδος της μηνιγγίτιδας. Έτσι σε περιπτώσεις μικροβιακής μηνιγγίτιδας χορηγούνται συνήθως πενικιλίνη G και αμπικιλίνη. Κεφαλοσπορίνες δεν χορηγούνται επειδή η δίοδός τους στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό δεν είναι ικανοποιητική. Στη φυματιώδης μηνιγγίτιδα συνίσταται ριφαμπικίνη καθώς και ισονιαζίνη σε συνδυασμό με πυριδοξίνη. Τέλος στις ιογενείς μηνιγγίτιδες δεν υπάρχει ειδική θεραπεία, χορηγούνται αναλγητικά και αντιπυρετικά ενώ βοηθάει πολύ και η ανάπαυση. Τα περισσότερα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλεβίως και ορισμένα από το στόμα ή παρεντερικά.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι βασισμένη σε στοιχεία, πηγή των οποίων είναι η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείνης Αθηνών και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ. ΕΛ. Π. ΝΟ.). Επίσης σύμφωνα με την έρευνα που έκανα στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, στο Παιδιατρικό και στο Παθολογικό τμήμα, υπάρχει κάποιος αριθμός ‘πιθανών’ κρουσμάτων τα οποία οφείλονται ως επί το πλείστον σε ιογενείς μηνιγγίτιδες και τα οποία δεν έχουν καταγραφεί λόγω διαφορετικής αρχικής διάγνωσης. Αυτό οφείλεται, όπως έχει προαναφερθεί, στο γεγονός ότι οι ιογενείς μηνιγγίτιδες τις περισσότερες φορές έχουν ήπια συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της κοινής γρίπης.

Κατά τα λεγόμενα των υπευθύνων τα παραπάνω τμήματα έχουν μόνο ενδείξεις για τα περιστατικά, κατά συνέπεια, στέλνονται στην Αθήνα και συγκεκριμένα στο ΠΑΙΔΩΝ και στο ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ. Το Γ.Ν Λαμίας δεν ενημερώνεται ποτέ για την εξέλιξή τους.

1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1998-2005 ΣΕ ΟΛΗ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Στους παρακάτω πίνακες δίνεται ο αριθμός των κρουσμάτων από μηνιγγίτιδα για τα έτη 1998-2005 ανάλογα με την ηλικία, το φύλλο και τα είδη της (μηνιγγιτιδόκοκκος, βακτηριακή πλύν του μηνιγγιτιδόκοκκου, άσηπτη ή ιογενής και τέλος αγνώστου αιτιολογίας).

Επίσης για κάθε μορφή μηνιγγίτιδας δίνεται ο αριθμός των κρουσμάτων από το 1998-2005 για κάθε νομό της Ελλάδας.

Παρατηρώντας τους παρακάτω πίνακες 1.1 και 1.2 οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι για όλα τα είδη μηνιγγίτιδας τα περισσότερα κρούσματα έχουν παρατηρηθεί σε άνδρες ενώ μικρότερος είναι ο αριθμός των κρουσμάτων για τις γυναίκες.

Επίσης βλέπουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των κρουσμάτων αφορά κυρίως άτομα μικρότερων ηλικιών. Καθώς αυξάνει η ηλικία παρατηρείται πτωτική πορεία της συχνότητας των κρουσμάτων τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες.

Τα περισσότερα κρούσματα μηνιγγίτιδας όπως φαίνεται και από τους πίνακες 1.1 και 1.2 οφείλονται στις ιογενείς μηνιγγίτιδες ,εφόσον είναι πολύ εύκολο να μεταδοθεί ο ιός μεσω των κουνουπιών κατά τους θερινούς μήνες. Δεύτερα κατά σειρά έρχονται τα κρούσματα που οφείλονται στον μηνιγγιτιδόκοκκο ενώ πολύ λιγότερα είναι εκείνα που οφείλονται στις άλλες βακτηριακές μηνιγγίτιδες όπως είναι ο πνευμονιόκοκκος και ο αιμόφιλος γρίπης.

Πίνακας 1.1: Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγιτιδας ανά ηλικία και φύλλο από βακτηριακή και μηνιγγιτιδόκοκκο.

Μηνιγγιτιδόκοκκος																							
Ηλικία (έτη)	1999			2000			2001			2002			2003			2004			2005				
	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.		
0-4	36	30	66	52	27	79	40	30	70	57	43	100	34	21	55	20	20	40	22	14	0	36	
5-9	24	26	50	42	28	70	56	26	82	31	25	56	21	12	33	11	5	16	12	7	0	19	
10-14	22	14	36	19	18	37	20	11	31	11	7	18	7	8	15	4	4	8	4	2	0	6	
15-19	9	8	17	13	12	25	15	6	21	6	7	13	6	4	10	5	3	8	6	9	0	15	
20-29	11	1	12	9	9	18	0	9	9	13	5	18	5	3	8	1	4	5	3	5	0	8	
30-39	2	4	6	5	5	10	2	4	6	4	6	10	2	1	3	1	2	3	1	1	0	2	
40-49	1	6	7	4	1	5	0	2	2	3	1	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	2	
50-59	0	0	0	3	3	6	1	2	3	1	3	4	0	2	2	1	1	2	2	4	0	6	
60+	3	9	12	1	6	7	2	1	3	3	7	10	2	3	5	1	3	4	0	2	0	2	
Άγν.	0	0	0	3	2	8(+1)	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ΣΥΝΟΛΟ	108	98	206	151	111	263	136	91	227	130	106	236	77	54	131	44	44	88	50	46	0	96	
Βακτηριακή (πλήν μηνιγγιτιδόκοκκου)																							
Ηλικία (έτη)	1999			2000			2001			2002			2003			2004			2005				
	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	Άγν.	Συν.
0-4	20	13	33	29	14	43	26	17	43	19	12	31	21	21	42	51	27	78	51	23	0	74	
5-9	4	3	7	29	13	42	28	9	37	9	6	15	8	9	17	14	4	18	17	10	0	27	
10-14	4	0	4	9	5	14	11	5	16	4	5	9	5	5	10	7	1	8	6	5	0	11	
15-19	1	1	2	6	3	9	6	2	8	5	0	5	4	2	6	3	3	6	5	5	0	10	
20-29	5	1	6	9	1	10	9	4	13	5	4	9	5	6	11	11	8	19	11	8	0	19	
30-39	2	2	4	7	4	11	5	4	9	6	5	11	6	5	11	13	6	19	11	8	0	19	
40-49	3	3	6	2		12	7	0	7	8	1	9	6	6	12	9	7	16	6	11	0	17	
50-59	7	8	15	6	3	9	7	3	10	7	5	12	11	6	17	9	7	16	12	5	0	17	
60+	9	9	18	19	14	33	19	15	34	18	15	33	21	15	36	25	23	48	29	31	0	60	
Άγν.	1	1	2	2	0	2	1	1	2	0	1	1	0	1	1	2	1	3	0	4	0	4	
ΣΥΝΟΛΟ	56	41	97	118	67	185	119	60	179	81	54	135	87	76	163	144	87	231	148	110	0	258	

Πίνακας 1.2: Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγιτίδας ανά ηλικία και φύλλο από άσηπτη και αγνώστου αιτιολογίας.

Ηλικία (έτη)	Άσηπτη																						
	1999			2000			2001			2002			2003			2004			2005				
	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	Άγν.	Συν.
0-4	30	23	53	66	41	107	112	67	179	44	31	75	33	16	49	27	32	59	36	24	1	61	
5-9	71	34	105	85	36	121	279	143	422	51	25	76	28	9	37	19	12	31	24	14	0	38	
10-14	18	16	34	47	26	73	130	57	187	28	17	45	19	12	31	17	3	20	24	9	0	33	
15-19	15	2	17	14	11	25	33	16	49	8	0	8	7	3	10	11	6	17	8	3	0	11	
20-29	9	12	21	17	13	30	32	26	58	16	8	24	13	7	20	21	10	31	17	7	0	24	
30-39	6	8	14	7	8	15	15	19	34	8	13	21	9	3	12	17	7	24	14	12	0	26	
40-49	5	2	7	3	6	9	6	5	11	3	4	7	6	1	7	6	4	10	3	8	0	11	
50-59	0	2	2	1	3	4	4	6	10	4	1	5	5	3	8	2	5	7	4	7	0	11	
60+	2	3	5	9	8	17	4	5	9	5	6	11	6	6	12	3	4	7	5	5	0	10	
Άγν.	1	0	1	3	2	5	14	11	25	2	2	4	4	0	4	1	0	1	2	3	0	5	
ΣΥΝΟΛΟ	157	102	159	252	154	406	629	355	984	169	107	276	130	60	190	124	83	207	137	92	1	230	

Ηλικία (έτη)	Αγνώστου αιτιολογίας																						
	1999			2000			2001			2002			2003			2004			2005				
	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	A	Γ	Συν.	Άγν.	Συν.
0-4	5	1	6	0	0	0	3	4	7	14	12	26	8	12	20	13	2	15	17	5	0	22	
5-9	4	4	8	0	1	1	2	0	2	9	6	15	2	4	6	7	1	8	11	5	0	16	
10-14	4	3	7	0	0	0	0	4	4	8	3	11	2	0	2	2	1	3	4	2	0	6	
15-19	1	5	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	
20-29	4	2	6	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	2	1	0	1	1	1	0	2	
30-39	4	2	6	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	
40-49	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	
50-59	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
60+	5	2	7	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	2	
Άγν.	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	3	3	0	0	0	2	4	6	3	0	0	3	
ΣΥΝΟΛΟ	31	19	50	0	1	1	9	11	20	31	27	58	14	18	32	25	13	38	38	14	0	52	

tab yeardil if nosima="MNO"%yeardil<=2005

etos dilosis	Freq.	Percent	Cum.
1998	220	15.00	15.00
1999	206	14.04	29.04
2000	263	17.93	46.97
2001	227	15.47	62.44
2002	236	16.09	78.53
2003	131	8.93	87.46
2004	88	6.00	93.46
2005	96	6.54	100.00
Total	1,467	100.00	

tab nomokat yeardil if nosima="MNO"%yeardil<=2005

nomokat	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Achaïas	8	11	5	5	6	4	0	2	41
Agnosto	1	5	23	20	20	17	9	11	106
Aitolokarnanias	5	7	4	1	5	0	0	1	23
Anat. Attikis	6	4	5	7	10	9	2	2	45
Argolidas	4	2	4	1	2	2	0	1	16
Arkadias	9	0	1	2	4	2	0	2	20
Arcis	0	4	2	2	2	1	0	1	12
Athinon	55	50	83	96	84	38	31	35	462
Boiotias	3	2	4	2	3	3	2	1	20
Chalkidikis	0	1	0	1	0	1	1	1	5
Chanion	6	3	4	7	2	2	2	3	29
Chiou	4	1	0	0	1	0	1	1	9
Dodekanisou	7	2	14	3	4	3	2	1	34
Dramas	2	2	0	1	0	0	0	0	5
Dut. Attikis	4	5	8	7	13	5	3	2	47
Eurutanias	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Evvoias	2	4	2	11	3	6	0	2	30
Evrou	0	2	1	0	2	0	1	0	6
Florinas	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Fokidos	0	2	1	0	0	1	0	0	4
→ Ethiotides	1	2	5	1	1	2	1	1	14
Grevenon	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Hleias	3	3	3	2	1	0	0	1	13
Hmathias	1	0	3	0	0	0	0	2	6
Hrakleiou	6	10	1	1	11	3	2	0	34
Ioanninon	4	9	11	4	9	2	0	0	39
Karditsas	2	2	3	3	0	0	0	3	13
Kavalas	0	2	1	1	0	0	2	1	7
Kefallinias	0	1	0	0	0	1	0	2	4
Kerkiras	1	1	11	2	3	1	0	0	19
Kilkis	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Korinthias	3	1	0	5	0	1	1	0	11
Kozanis	0	2	4	0	0	0	0	0	6
Ksanthis	2	6	5	0	0	1	1	4	19
Kukladon	4	2	8	0	3	1	3	0	21
Lakonias	9	4	4	2	2	3	1	0	25
Larissas	1	5	1	4	1	2	2	4	20
Lasithiou	8	0	0	0	1	2	0	0	11
Lesbou	3	0	2	1	1	0	1	2	10
Leukados	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Magnisias	8	4	2	2	4	0	2	2	24
Messinias	2	1	1	2	2	1	1	0	10
Peirais	5	7	9	15	16	3	4	2	61
Pellis	9	2	2	0	2	2	0	0	17
Pierias	3	2	2	1	1	2	2	0	13
Prevezas	2	1	2	0	0	0	1	0	6
Rethimnou	3	1	2	4	6	3	3	0	22
Rodopis	0	1	3	0	1	0	0	1	6
Samou	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Serron	2	1	2	4	2	2	1	1	15
Thesprotias	2	0	0	1	1	2	2	0	8
Thessalonikis	16	22	8	13	4	1	3	1	68
Trikalon	3	5	4	2	0	1	1	1	17
Zakunthou	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Total	220	206	263	227	236	131	88	96	1,467

tab yeardil if nosima=="MBA"syeadil<=2005

etos dilosis	Freq.	Percent	Cum.
1998	60	4.59	4.59
1999	97	7.42	12.00
2000	185	14.14	26.15
2001	179	13.69	39.83
2002	135	10.32	50.15
2003	163	12.46	62.61
2004	231	17.66	80.28
2005	258	19.72	100.00
Total	1,308	100.00	

tab nomokat yeardil if nosima=="MBA"syeadil<=2005

nomokat	etos dilosis									Total
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Achaïas	7	12	18	25	25	11	11	7	116	
Aghosto	1	0	8	9	4	17	37	11	87	
Aitoloskarnanias	1	2	5	3	6	7	4	4	32	
Anat.Attikis	0	0	5	8	2	5	3	0	23	
Argolidas	0	0	1	1	1	0	0	1	4	
Arkadias	0	1	0	0	0	0	0	4	5	
Artis	0	1	2	1	2	2	1	2	11	
Athinon	7	12	37	38	23	25	50	87	279	
Boiotias	0	0	1	2	0	2	2	7	14	
Chalkidikis	0	0	0	0	1	0	5	0	6	
Chanion	0	7	7	4	0	4	3	4	29	
Chiou	1	0	0	0	0	0	1	0	2	
Dodekanisou	0	2	1	5	0	2	3	4	17	
Dramas	0	2	0	1	1	2	2	1	9	
Dut.Attikis	0	1	2	0	4	3	2	1	13	
Evvoias	1	2	3	5	1	1	5	3	21	
Evrou	2	0	0	6	2	3	2	1	16	
Florinas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Fokidos	0	0	1	0	0	0	0	3	3	
Fthiotidos	0	0	2	1	2	1	1	1	8	
Grevenon	0	0	3	0	0	0	1	0	4	
Haeias	3	4	9	5	3	7	3	3	37	
Hmathias	0	1	5	3	0	1	3	9	22	
Hrakleiou	12	7	9	11	1	5	3	1	48	
Ioanninon	4	2	2	4	1	3	2	1	19	
Karditsas	2	5	4	0	2	2	3	2	20	
Kastorias	0	1	0	2	0	0	2	0	5	
Kavalas	0	0	2	1	3	1	3	5	15	
Kefallinias	0	0	0	2	1	0	0	2	5	
Kerkiras	0	0	1	1	1	1	1	1	6	
Kilkis	0	3	1	1	2	0	1	0	8	
Korinthias	0	2	2	2	0	1	1	2	9	
Kozanis	0	1	4	1	2	4	3	2	17	
Xsanthis	1	1	8	0	4	2	5	5	26	
Kukladon	0	0	1	2	4	3	2	0	14	
Lakonias	1	0	0	1	1	1	1	1	6	
Larissas	2	4	4	2	1	5	7	5	30	
Lasithiou	2	0	1	3	0	2	0	2	10	
Lesbou	0	0	2	0	0	3	1	3	9	
Magnisias	2	1	4	4	2	2	2	2	20	
Messinias	1	1	1	1	3	3	7	2	19	
Peiraias	0	0	8	9	7	5	6	7	42	
Pellis	0	1	1	0	2	0	4	0	8	
Pierias	2	2	1	1	2	3	4	10	25	
Prevezas	0	1	1	0	0	0	0	1	3	
Rethumnou	0	3	0	1	0	3	2	0	9	
Rodopis	1	0	2	0	1	2	1	1	8	
Samou	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Serron	0	3	4	1	2	2	2	9	23	
Thesprotias	1	0	2	2	0	0	0	0	5	
Thessalonikis	5	10	10	7	14	15	26	33	120	
Trikalon	0	1	0	3	2	0	1	5	12	
Zakunthou	0	1	2	0	0	2	1	1	7	
Total	60	97	185	179	135	163	231	258	1,308	

tab yeardil if nosima="MAS"%yeardil<=2005

etos dilosis	Freq.	Percent	Cum.
1998	70	2.67	2.67
1999	259	9.88	12.55
2000	406	15.48	28.03
2001	984	37.53	65.56
2002	276	10.53	76.09
2003	190	7.25	83.33
2004	207	7.89	91.23
2005	230	8.77	100.00
Total	2,622	100.00	

tab nomokat yeardil if nosima="MAS"%yeardil<=2005

nomokat1	etos dilosis							Total	
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		2005
AB	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Achaïas	11	45	30	156	44	23	12	9	330
Agnosto	0	1	23	47	11	20	35	27	164
Aitolokarnanias	2	13	13	21	13	9	7	2	80
Anat.Attikis	0	2	8	21	10	4	2	0	47
Argolidas	1	1	0	4	1	2	0	2	11
Arkadias	0	0	0	2	0	1	2	2	15
Artis	1	4	2	10	0	0	1	2	22
Athinon	3	14	94	164	58	42	44	76	495
Boiotias	2	3	1	10	2	3	1	1	23
Chalkidikis	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Chanion	0	5	0	10	1	4	3	6	31
Chiou	0	0	0	5	1	0	0	0	6
Dodekanisou	0	0	2	5	1	0	2	4	14
Dramas	0	0	6	14	1	0	6	1	28
Dut.Attikis	1	2	5	19	10	3	3	0	42
Eurutanias	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Evoïas	1	0	8	8	1	1	2	3	24
Evroi	0	2	1	44	3	0	1	4	55
Florinas	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Fokidos	0	1	3	1	0	0	2	0	7
Fthiotidos	0	0	0	4	3	2	1	0	10
Grevenon	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Hleias	6	20	5	9	7	5	3	3	58
Hmathias	0	1	3	2	0	1	0	0	7
Hrakleïou	11	33	49	76	11	5	10	7	202
Ioanninon	1	18	10	77	4	3	1	3	117
Karditsas	6	0	10	14	3	6	6	11	56
Kastorias	0	0	2	1	0	1	0	1	5
Kavalas	0	3	9	5	3	5	4	4	33
Kefallinias	0	1	0	41	0	1	1	1	45
Kerkiras	0	1	0	2	1	1	1	2	8
Kilkis	0	0	4	4	1	0	0	1	10
Korinthias	0	6	4	14	3	1	0	1	29
Kozanis	0	3	0	2	2	0	1	1	9
Ksanthis	2	5	15	10	13	6	6	12	69
Kukladon	0	5	2	5	1	1	3	2	19
Lakonia	0	0	4	1	0	1	2	0	8
Larissas	0	23	49	29	12	1	4	5	118
Lasithiou	1	2	0	3	4	1	1	0	12
Lesbou	0	0	1	0	0	3	0	2	6
Leukados	0	1	0	1	4	1	0	1	8
Magnisias	3	4	8	21	12	8	2	3	61
Messinias	2	5	2	3	6	1	1	3	23
Peiraias	1	10	11	31	8	8	8	5	82
Pellis	1	1	1	5	1	0	0	1	10
Pierias	0	3	2	6	3	1	2	4	23
Prevezas	0	0	1	15	1	1	0	0	18
Rethymnou	3	2	3	6	0	4	1	0	19
Rodopis	0	0	1	4	3	0	1	1	10
Sanou	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Serron	0	3	2	5	0	2	5	4	21
Thesprotias	1	1	2	10	0	1	0	0	15
Thessalonikas	0	13	9	31	10	4	19	10	94
Trikalon	0	0	1	1	0	0	0	0	4
Zakunthou	0	2	3	1	1	0	0	0	7
Total	70	259	406	984	276	190	207	230	2,622

Κατανομή (1998-2005)

tab yeardil if nosima="MMN"%yeardil<=2005

etos dilosis	Freq.	Percent	Cum.
1998	41	14.04	14.04
1999	50	17.12	31.16
2000	1	0.34	31.51
2001	20	6.85	38.36
2002	58	19.86	58.22
2003	32	10.96	69.18
2004	38	13.01	82.19
2005	52	17.81	100.00
Total	292	100.00	

tab nomokat yeardil if nosima="MMN"%yeardil<=2005

nomokat	etos dilosis									Total
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Achaia	3	3	1	2	2	0	0	4	15	
Agnosto	1	0	0	3	14	14	26	13	71	
Aitolokakthania	2	2	0	0	0	0	1	2	7	
Anat. Attika	0	0	0	0	3	1	0	0	4	
Arkadia	1	3	0	0	1	0	0	0	5	
Artis	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Athinon	8	9	0	5	18	8	4	7	59	
Boiotia	0	3	0	0	1	0	0	0	4	
Chanion	2	0	0	2	1	0	0	0	5	
Dodekanisou	2	0	0	0	1	0	0	0	3	
Dut. Attika	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
Evvoia	0	0	0	2	1	2	0	0	5	
Evrou	0	1	0	0	0	0	0	1	2	
Fokidos	1	3	0	0	0	0	0	0	4	
Fthiotidos	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Hleia	3	3	0	0	2	0	1	0	9	
Hmathia	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Hrakleia	4	4	0	0	4	0	0	0	12	
Ioanninon	2	1	0	1	1	0	0	9	15	
Karditsas	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Kavala	1	1	0	0	0	0	2	0	4	
Kefallinia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Kilkis	0	0	0	2	0	0	0	0	2	
Korinthia	0	0	0	0	1	0	0	1	2	
Kozanis	0	1	0	0	0	1	0	0	2	
Ksanthi	1	2	0	0	0	0	0	4	7	
Kukladon	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Lakonia	0	0	0	0	1	0	0	3	4	
Lerissa	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
Lasithi	1	3	0	0	0	0	0	0	4	
Lesbou	0	0	0	0	2	1	0	1	4	
Magnisia	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
Messinia	0	2	0	0	0	0	1	0	3	
Peiraias	1	3	0	0	2	0	0	2	8	
Pellis	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Pieria	1	1	0	1	0	1	1	0	5	
Preveza	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Rethymnou	2	1	0	0	0	0	0	1	4	
Serron	0	2	0	2	0	0	0	0	4	
Thessalonika	0	2	0	0	0	0	0	0	2	
Trikala	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Zakynthou	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Total	41	50	1	20	58	32	38	52	292	

2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1998-2005 ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ.

Τα αποτελέσματα λοιπόν που προκύπτουν από την έρευνα που έγινε στο νομό Φθιώτιδος είναι τα παρακάτω:

Το έτος 1998 σημειώθηκε 1 περιστατικό:

Το μήνα Νοέμβριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας και μάλιστα από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 5 ετών, από τη Λαμία.

Το έτος 1999 σημειώθηκαν 2 περιστατικά:

Το μήνα Φεβρουάριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 14 ετών, από την αγροτική περιοχή Καμμένων Βούρλων.

Το μήνα Νοέμβριο σημειώθηκε ένα ακόμη κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 22 ετών, από την αγροτική περιοχή Τραγάνας.

Το περιστατικό που σημειώθηκε στην Τραγάνα αρχικά διακομίσθηκε στο Κέντρο Υγείας Αταλάντης και έπειτα στην Αθήνα.

Το έτος 2000 σημειώθηκαν 7 περιστατικά:

Το μήνα Μάρτιο είχαμε δύο κρούσματα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομα ηλικίας 11 και 33 ετών από την αγροτική περιοχή Αγίου Σεραφείμ και την ημιαστική περιοχή Σπερχιάδος αντίστοιχα.

Το μήνα Απρίλιο σημειώθηκε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από πνευμονιόκοκκο σε άτομο ηλικίας 55 ετών, από την αγροτική περιοχή Λογγού.

Το μήνα Σεπτέμβριο είχαμε ένα ακόμη κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από αιμόφιλο γρίπτης σε άτομο ηλικίας 35 ετών από τη Λαμία, ενώ τον ίδιο μήνα σημειώθηκε ένα ακόμη κρούσμα από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 8 ετών, από την αγροτική περιοχή Λάρυμνας.

Το μήνα Οκτώβριο είχαμε ένα κρούσμα από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 12 ετών από την ημιαστική περιοχή Σταυρού.

Το μήνα Δεκέμβριο είχαμε άλλο ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 20 ετών, από την Λαμία.

Το έτος 2001 σημειώθηκαν 6 περιστατικά:

Το μήνα Μάρτιο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 18 ετών, από τη αγροτική περιοχή Ρεγγινίου.

Το μήνα Απρίλιο σημειώθηκε ένα κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 6 ετών, από την αγροτική περιοχή Ανθήλης.

Το μήνα Μάιο σημειώθηκαν δύο ακόμη κρούσματα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομα ηλικίας 13 και 29 ετών, από τις ημιαστικές περιοχές Μακρακώμης και Κόμμα αντίστοιχα.

Το μήνα Σεπτέμβριο σημειώθηκε άλλο ένα κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 36 ετών, από την ημιαστική περιοχή Αταλάντης.

Το μήνα Οκτώβριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από πνευμονιόκοκκο σε άτομο ηλικίας 60 ετών, από την ημιαστική περιοχή Δομοκού.

Το περιστατικό που σημειώθηκε στην Αταλάντη αρχικά διακομίσθηκε στο Κέντρο Υγείας Αταλάντης και στη συνέχεια στην Αθήνα.

Το έτος 2002 σημειώθηκαν 6 περιστατικά:

Το μήνα Φεβρουάριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 10 ετών, από την Λαμία.

Το μήνα Μάρτιο σημειώθηκε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από αιμόφιλο γρίπης σε άτομο ηλικίας 24 ετών, από την αγροτική περιοχή Ρεγγινίου.

Το μήνα Απρίλιο είχαμε ένα κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 12 ετών, από την αγροτική περιοχή Καμμένων Βούρλων.

Το μήνα Μάιο σημειώθηκε ένα κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 26 ετών, από την αγροτική περιοχή Λάρυμνας.

Το μήνα Σεπτέμβριο είχαμε ένα κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 5 ετών, από την αγροτική περιοχή Μοσχοχωρίου.

Το μήνα Δεκέμβριο σημειώθηκε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από πνευμονιόκοκκο σε άτομο ηλικίας 53 ετών, από την ημιαστική περιοχή Στυλίδος.

Το έτος **2003** σημειώθηκαν 5 περιστατικά:

Το μήνα Φεβρουάριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από αιμόφιλο γρίπης σε άτομο ηλικίας 10 ετών, από την Λαμία.

Το μήνα Απρίλιο είχαμε ένα κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 37 ετών, από την ημιαστική περιοχή Δομοκού.

Το μήνα Σεπτέμβριο είχαμε ένα ακόμη κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 18 ετών, από την αγροτική περιοχή Αγίου Σεραφείμ.

Το μήνα Νοέμβριο σημειώθηκαν δύο ακόμη κρούσματα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομα ηλικίας 3 και 6 ετών, από την αγροτική περιοχή Σκάρφειας και την Λαμία αντιστοίχως.

Το έτος **2004** σημειώθηκαν 4 περιστατικά:

Το μήνα Φεβρουάριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από πνευμονιόκοκκο σε άτομο ηλικίας 62 ετών, από την αγροτική περιοχή Λάρυμνας.

Το μήνα Μάρτιο σημειώθηκε στο νομό ένα κρούσμα αγνώστου προελεύσεως σε άτομο ηλικίας 7 ετών, από την αγροτική περιοχή Ανθήλης.

Το μήνα Απρίλιο είχαμε ένα κρούσμα ιογενούς μηνιγγίτιδας σε άτομο ηλικίας 9 ετών, από την ημιαστική περιοχή Σταυρού.

Το μήνα Οκτώβριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 10 ετών, από την Λαμία.

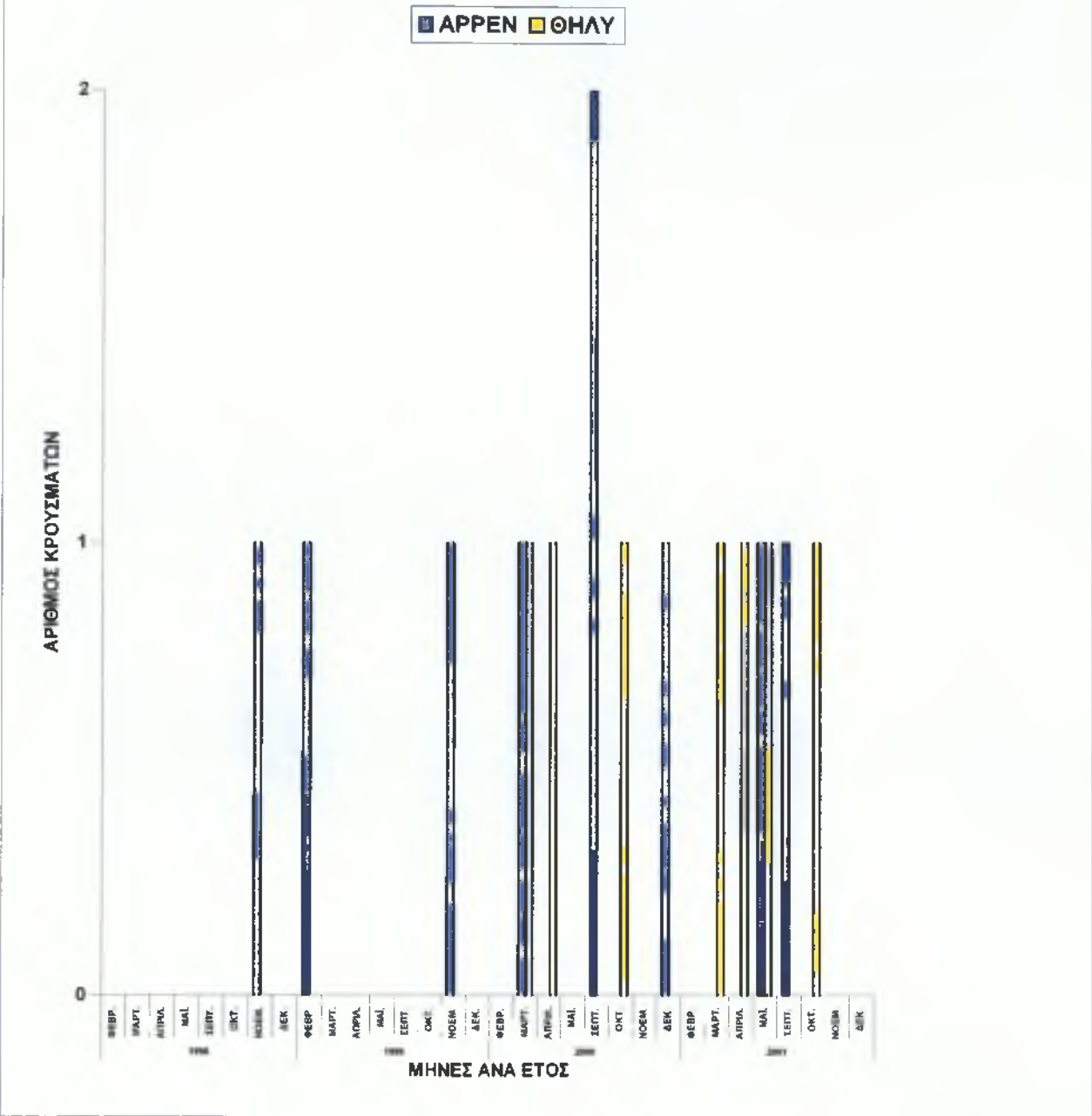
Το έτος **2005** σημειώθηκαν 2 περιστατικά:

Το μήνα Φεβρουάριο είχαμε ένα κρούσμα βακτηριακής μηνιγγίτιδας από μηνιγγιτιδόκοκκο σε άτομο ηλικίας 5 ετών, από την αγροτική περιοχή Λογγού.

Το μήνα Οκτώβριο σημειώθηκε ένα κρούσμα μηνιγγίτιδας από πνευμονιόκοκκο σε άτομο ηλικίας 52 ετών, από την ημιαστική περιοχή Σπερχιάδος.

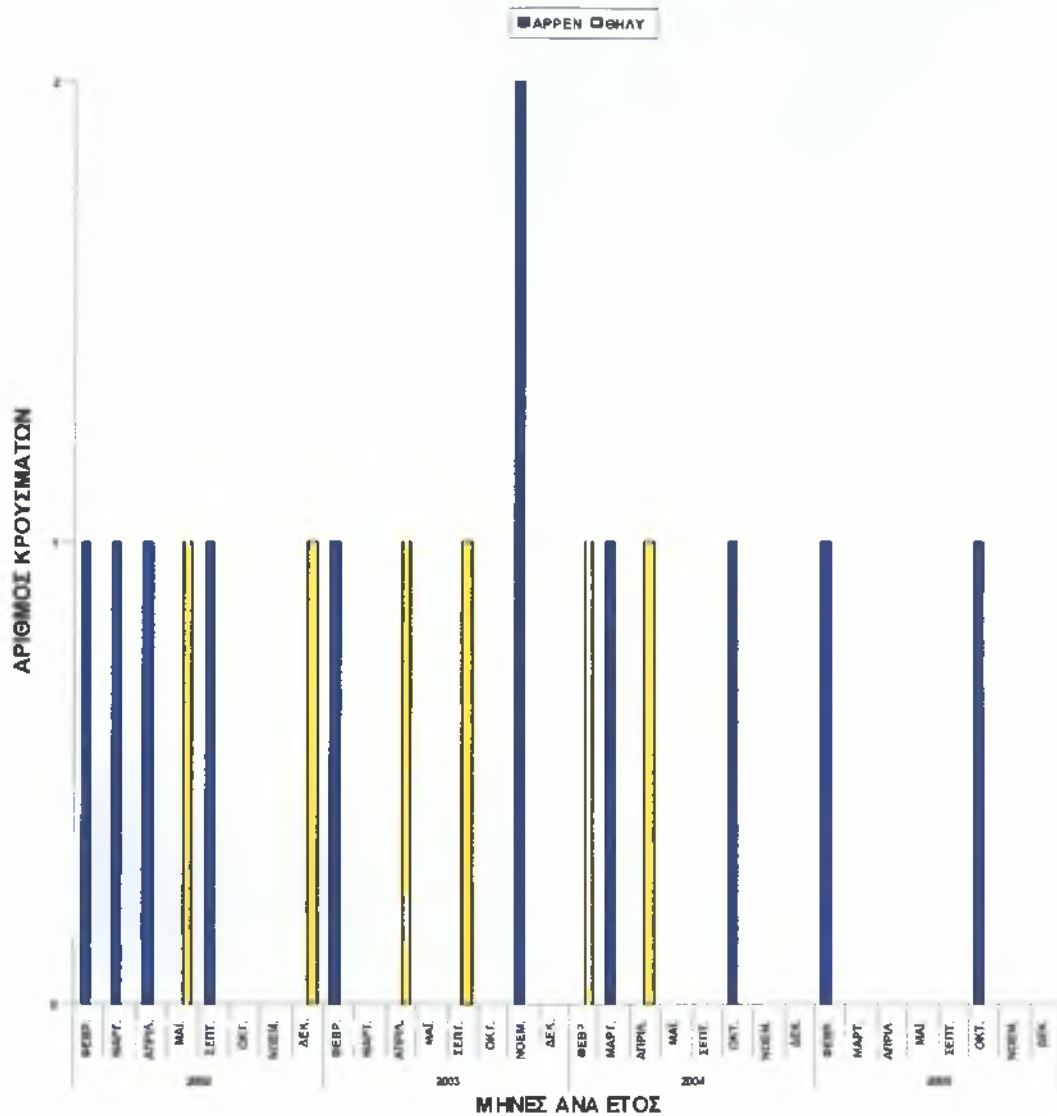
Παρακάτω δίνεται ο αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας των ετών 1998-2001 και 2002-2005 ανά έτος και μήνα, άρρεν και θήλυ.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΕΤΩΝ 1998-2001 ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΚΑΙ ΜΗΝΑ, ΑΡΡΕΝ ΚΑΙ ΘΗΛΥ



Στήλες 2.1

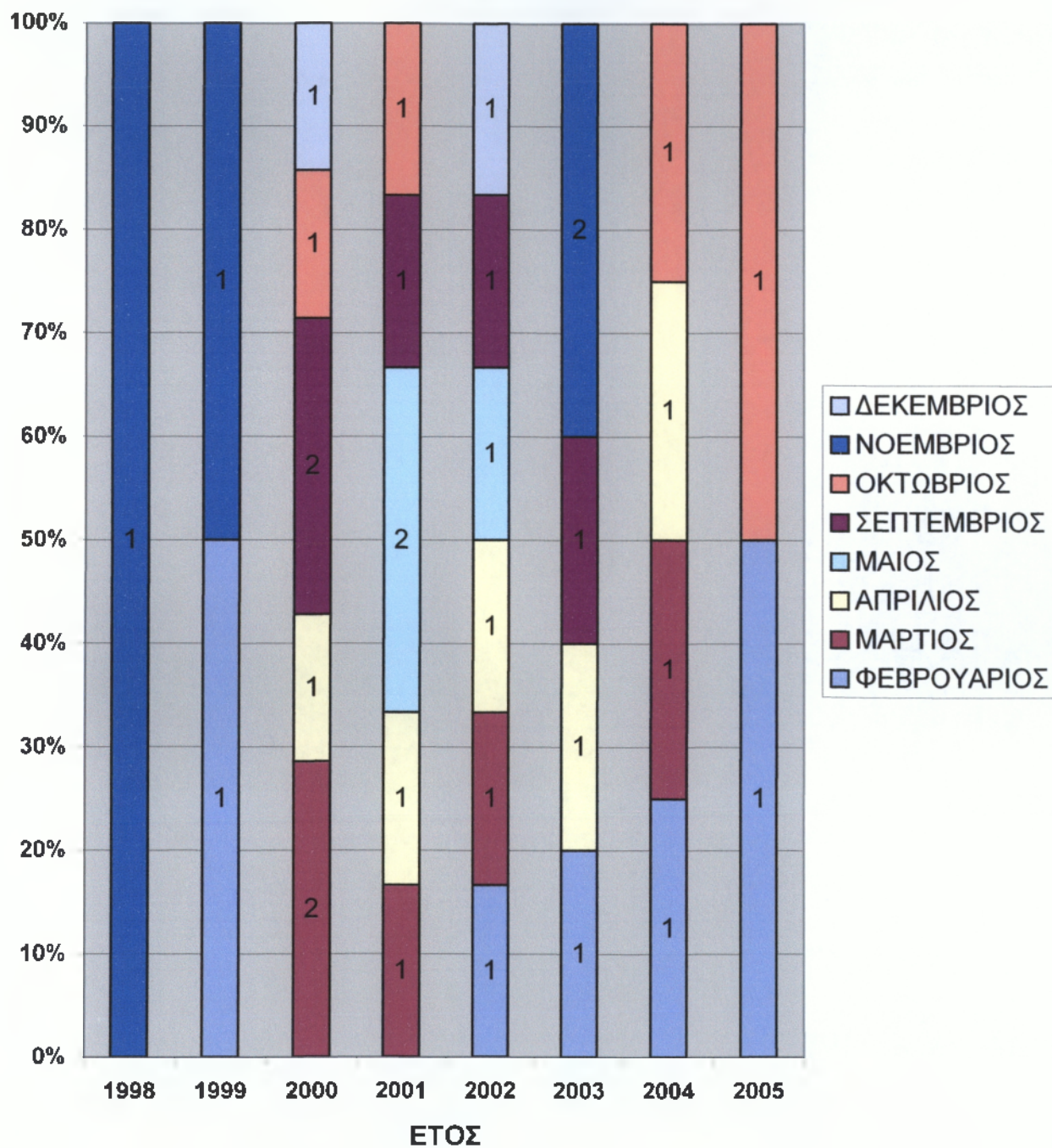
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΕΤΩΝ 2002-2005 ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΚΑΙ ΜΗΝΑ, ΑΡΡΕΝ ΚΑΙ ΘΗΛΥ



Στήλες 2.2

Παρατηρούμε ότι ο αριθμός κρουσμάτων για τους συγκεκριμένους μήνες κάθε έτους δεν ξεπερνά τα 2. Από το ραβδόγραμμα διαπιστώνουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων αφορά τους άνδρες ενώ λιγότερες είναι εκείνες που αφορούν τις γυναίκες. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι κατά την οκταετία 1998-2005 δεν παρατηρείται καμμία απολύτως μείωση του αριθμού των κρουσμάτων μηνιγγίτιδας. Αντιθετως βλέπουμε ότι κατά τη δεύτερη τετραετία δηλαδή από το 2002 και μετά ο αριθμός των κρουσμάτων έχει αυξηθεί και πάντα το μεγαλύτερο ποσοστό κρουσμάτων κατέχουν οι άνδρες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΚΑΙ ΜΗΝΑ



Στήλες 2.3



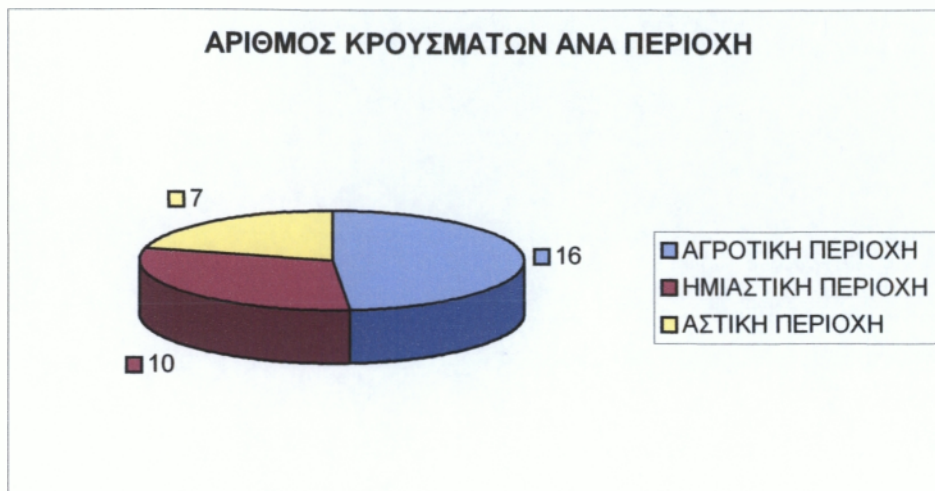
Κυκλικό διάγραμμα 2.1: Ποσοστό % κρουσμάτων των ειδών μηνιγγίτιδας.

Στο κυκλικό διάγραμμα 2.1 παρατηρούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των κρουσμάτων στο νομό Φθιώτιδος για την χρονική περίοδο 1998-2005 προέρχεται από την βακτηριακή μηνιγγίτιδα με ποσοστό 67% ενώ ακολουθεί η άσηπτη με ποσοστό 30%. Επίσης παρατηρήθηκε κρούσμα αγνώστου αιτιολογίας με ποσοστό 3% ενώ κρούσματα φυματιώδους μηνιγγίτιδας δεν έχουν παρατηρηθεί για την περίοδο αυτή συνέπεια του γεγονότος ότι η φυματιώδης μηνιγγίτιδα βρίσκεται σε πτωτική πορεία τα τελευταία χρόνια.



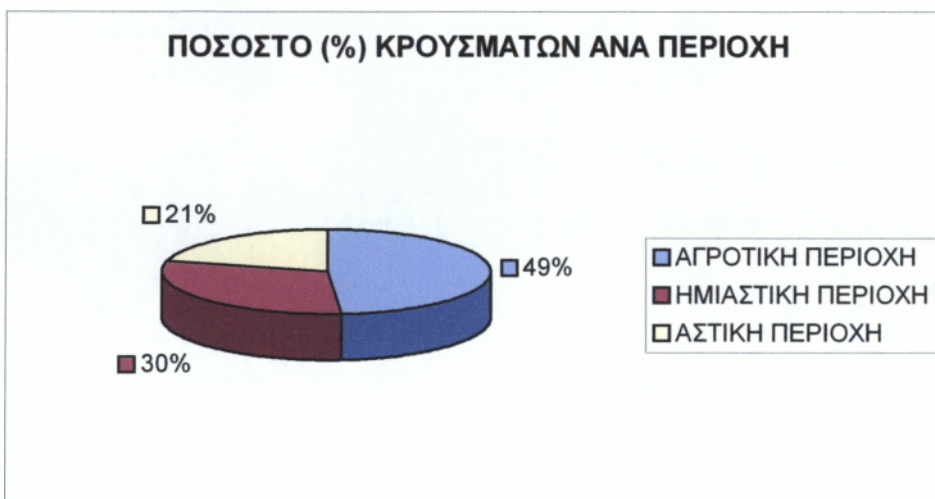
Κυκλικό διάγραμμα 2.2: Ποσοστό % των ειδών βακτηριακής μηνιγγίτιδας.

Στο κυκλικό διάγραμμα 2.2 βλέπουμε το ποσοστό των κρουσμάτων από βακτηριακή μηνιγγίτιδα ανάλογα με την αιτιολογία. Παρατηρούμε ότι τα περισσότερα κρούσματα οφείλονται στον μηνιγγιτιδόκοκκο με ποσοστό 63%. Ακολουθεί ο πνευμονιόκοκκος με ποσοστό 23% και τέλος ο αιμόφιλος γρίπης με ποσοστό 14%.



Κυκλικό διάγραμμα 2.3: Αριθμός κρουσμάτων ανά περιοχή

Από την έρευνα που έγινε παρατηρούμε ότι τα περισσότερα περιστατικά μηχανοκίνητων σημειώθηκαν σε αγροτικές περιοχές με αριθμό κρουσμάτων που φτάνει τα 16, ενώ ακολουθούν οι ημιαστικές περιοχές όπου είχαμε 10 κρούσματα. Τέλος στην πρωτεύουσα του νομού Φθιώτιδος, την Λαμία σημειώθηκαν μόλις 7 κρούσματα μηχανοκίνητων (2.3).



Κυκλικό διάγραμμα 2.4: Ποσοστό % κρουσμάτων ανά περιοχή

Στο κυκλικό διάγραμμα 2.4 μπορούμε να δούμε τον αριθμό των κρουσμάτων ανά περιοχή σε ποσοστά. Έτσι στις αγροτικές περιοχές έχουμε ένα ποσοστό κρουσμάτων της τάξεως 49%, στις ημιαστικές περιοχές το ποσοστό φτάνει το 30% και τέλος στην Λαμία έχουμε ποσοστό 21%.

3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1998-2005 ΣΤΟΥΣ ΝΟΜΟΥΣ ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ, ΒΟΙΩΤΙΑΣ, ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΝΟΜΩΝ.

Πίνακας 3.1: Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά αιτιολογία στο νομό Φθιώτιδος.

ΕΤΗ	ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΣ	ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ (ΠΑΗΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ)	ΑΣΗΠΤΗ	ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ
1998	1	0	0	0
1999	2	0	0	0
2000	5	2	0	0
2001	1	1	4	0
2002	1	2	3	0
2003	2	1	2	0
2004	1	1	1	1
2005	1	1	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	14	8	10	1

Στους νομούς Βοιωτίας, Ευρυτανίας και Μαγνησίας σύμφωνα με τα στοιχεία που μου παραχώρησε το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. για τα έτη 1998-2005 προκύπτουν τα παρακάτω στοιχεία:

Πίνακας 3.2: Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά αιτιολογία στο νομό Βοιωτίας.

ΕΤΗ	ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΣ	ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ (ΠΑΗΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ)	ΑΣΗΠΤΗ	ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ
1998	3	0	2	0
1999	2	0	3	3
2000	4	1	1	0
2001	2	2	10	0
2002	3	0	2	1
2003	3	2	3	0
2004	2	2	1	0
2005	1	7	1	0
ΣΥΝΟΛΟ	20	14	23	4

Πίνακας 3.3: Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανά αιτιολογία στο νομό Ευρυτανίας.

ΕΤΗ	ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΣ	ΑΣΗΠΤΗ
1998	0	0
1999	0	0
2000	0	0
2001	1	1
2002	0	0
2003	1	0
2004	0	0
2005	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	2	1

Πίνακας 3.4: Αριθμός κρουσμάτων μηνιγγιτίδας ανά αιτιολογία στο νομό Μαγνησίας

ΕΤΗ	ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΣ	ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ (ΠΑΛΗΝ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ)	ΑΣΗΠΤΗ	ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ
1998	8	2	3	0
1999	4	1	4	0
2000	2	4	8	0
2001	2	4	21	0
2002	4	2	12	0
2003	0	2	8	0
2004	2	2	2	0
2005	2	3	3	2
ΣΥΝΟΛΟ	24	20	61	2

Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή που έγινε στην Ελλάδα το 2001 διαπιστώθηκε ότι το σύνολο του πληθυσμού για τους τέσσερις νομούς έχει ως εξής:

Νομός Φθιώτιδος: 178.896 κάτοικοι

Νομός Βοιωτίας: 131.129 κάτοικοι

Νομός Ευρυτανίας: 32.026 κάτοικοι

Νομός Μαγνησίας: 207.836 κάτοικοι.

Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε).

Επομένως από τους παραπάνω πίνακες (3.1- 3.4) διαπιστώνουμε ότι στο νομό Μαγνησίας ο αριθμός των κρουσμάτων από μηνιγγίτιδα είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τους άλλους νομούς για τα έτη 1998-2005. Βέβαια αυτό είναι λογικό αν λάβουμε υπόψην μας και το μέγεθος του πληθυσμού. Συγκεκριμένα ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων φτάνει τα 107. Ακολουθεί ο νομός Βοιωτίας με 61 κρούσματα, ο νομός Φθιώτιδος με 33 κρούσματα και τέλος ο νομός Ευρυτανίας με μόλις 3 κρούσματα.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονιστεί ότι για το νομό Ευρυτανίας τα στοιχεία που μου παραχώρησε το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ αφορούν μόνο τη μηνιγγίτιδα από μηνιγγιτιδόκοκκο και την άσηπτη. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αναφέρονται σε άλλες μορφές βακτηριακής μηνιγγιτίδας αλλά ούτε και σε άγνωστης αιτιολογίας.

Αναλυτικότερα, για το νομό Φθιώτιδος τα περισσότερα κρούσματα που σημειώθηκαν προέρχονται από μηνιγγιτιδόκοκκο και είναι 14, το ίδιο ισχύει και για το νομό Ευρυτανίας με 2 κρούσματα. Αντίθετα στους νομούς Βοιωτίας και Μαγνησίας τα περισσότερα

κρούσματα προέρχονται από ωγενείς μηνιγγίτιδες με αριθμό 23 κρουσμάτων και 16 αντίστοιχα.

Κατά τα έτη 1998-2005 παρατηρούμε ότι η συχνότητα νόσησης του πληθυσμού από τις άλλες μορφές βακτηριακής μηνιγγίτιδας πλὴν του μηνιγγιτιδόκοκκου είναι μικρότερη για τους τέσσερις νομούς, ενώ υπάρχουν και κάποια κρούσματα άγνωστης αιτιολογίας .

Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψην μας και τον πληθυσμό του κάθε νομού εύκολα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο νομός Βοιωτίας αντιμετωπίζει το μεγαλύτερο πρόβλημα εφόσον σε πληθυσμό 131.129 κατοίκων έχουν σημειωθεί 61 κρούσματα σε αντίθεση με το νομό Φθιώτιδος ο οποίος έχει πληθυσμό 178.896 κατοίκους και έχουν σημειωθεί 33 κρούσματα.

4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ

Η θεραπεία που ακολούθησαν οι ασθενείς στο νομό Φθιώτιδος ποικίλλει ανάλογα με το είδος της μηνιγγίτιδας. Επομένως στους ασθενείς που προσβλήθηκαν από μικροβιακή μηνιγγίτιδα και συγκεκριμένα από :

Πνευμονιόκοκκο χορηγήθηκε πενικιλίνη G και σε ορισμένους κεφαλοσπορίνη 3^{ης} γενιάς,

Μηνιγγιτιδόκοκκο χορηγήθηκε πενικιλίνη G και αμπικιλίνη και

Αιμόφιλο γρίπης χορηγήθηκε αμπικιλίνη και σε ορισμένους χλωραμφενικόλη.

Κατά τα έτη 1998-2005 δεν καταγράφηκε κανένα κρούσμα φυματιώδους μηνιγγίτιδας. Τέλος στους ασθενείς που προσβλήθηκαν από ιογενείς μηνιγγίτιδες χορηγήθηκαν κοινά αντιυπερτικά και αναλγητικά ενώ υπήρξε και μια περίπτωση μηνιγγίτιδας από ιό του απλού έρπη όπου χορηγήθηκε ακυκλοβίρη ενδοφλεβίως.

Όλες οι περιπτώσεις κρουσμάτων μηνιγγίτιδας ανεξαρτήτως αιτιολογίας είχαν θετικά αποτελέσματα, εφόσον οι ασθενείς θεραπεύτηκαν και μάλιστα χωρίς να αποκτήσουν κάποια μόνιμη βλάβη.

Το κόστος νοσηλείας για τα περιστατικά από μηνιγγίτιδα είναι το ίδιο όπως και στις άλλες παθήσεις που χρήζουν νοσηλείας. Συγκεκριμένα, το ποσό αυτό ανέρχεται σε 70-80 ευρώ ημερησίως. Από εκεί και πέρα, ένα μέρος του ποσού αυτού καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μηνιγγίτιδα λοιπόν είναι μια πολύ σοβαρή νόσος η οποία αν δεν προσεχθεί οδηγεί κατά κανόνα στο θάνατο. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει όλοι μας να συμβουλευτούμε τον γιατρό μας αμέσως μόλις μας δημιουργηθεί η οποιαδήποτε υποψία ώστε να διαγνωσθεί εγκαίρως.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης και της άμεσης θεραπείας γιατί μόνο έτσι μπορεί να αντιμετωπιστεί σωστά και η εξέλιξη της νόσου να είναι καλή.

Από την έρευνα λοιπόν που πραγματοποιήθηκε στο νομό παρατηρούμε ότι τα περισσότερα περιστατικά αφορούν τους άνδρες ενώ λιγότερα τις γυναίκες. Τα περιστατικά αυτά έχουν σημειωθεί από φθινόπωρο μέχρι και άνοιξη ενώ το καλοκαίρι δεν είχαμε κανένα κρούσμα. Από το 2002 και μετά έχουμε αύξηση της συχνότητας νόσησης και κατά συνέπεια του αριθμού των κρουσμάτων.

Τα κρούσματα που προέρχονται από βακτηριακή μηνιγγίτιδα είναι περισσότερα με ποσοστό 67% ενώ ακολουθεί η άσηπτη με ποσοστό 30%. Κρούσματα φυματιώδους μηνιγγίτιδας δεν υπάρχουν 0%, όμως έχουμε κάποιον αριθμό περιστατικών αγνώστου αιτιολογίας με ποσοστό της τάξεως 3%.

Σύμφωνα με την αιτιολογία της βακτηριακής μηνιγγίτιδας το ποσοστό κρουσμάτων από μηνιγγιτιδόκοκκο είναι 63%, ενώ από τις άλλες μορφές βακτηριακής μηνιγγίτιδας ο πνευμονιόκοκκος έχει ποσοστό 23%, και ο αιμόφιλος γρίπης 14%.

Επίσης παρατηρούμε ότι τα περισσότερα περιστατικά έχουν σημειωθεί σε αγροτικές περιοχές με ποσοστό της τάξεως 49%, σε ημιαστικές περιοχές με ποσοστό 30% και τέλος σε αστικές με ποσοστό 21%, με αριθμό κρουσμάτων 16, 10 και 7 κρούσματα αντίστοιχα.

Σύμφωνα με την έρευνα που έγινε στους τέσσερις νομούς οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα αντιμετωπίζει ο νομός Βοιωτίας εφόσον παρουσιάζει αριθμό κρουσμάτων που φτάνει τα 61 και ο οποίος είναι σχετικά μεγάλος αν λάβουμε υπόψη μας το πληθυσμό του νομού. Ωστόσο ο νομός Μαγνησίας έρχεται πρώτος σε αριθμό κρουσμάτων με 107, ακολουθεί η Φθιώτιδα με 33 και η Ευρυτανία με μόλις 3 κρούσματα.

Η πρόληψη επίσης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Το γεγονός ότι στο νομό Φθιώτιδος παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων μετά το 2002 δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικό, ωστόσο γίνονται προσπάθειες ώστε η κατάσταση αυτή να αλλάξει. Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης που περιλαμβάνουν από άμεση δήλωση των κρουσμάτων μέχρι εμβολιασμό του

πληθυσμού. Επίσης γίνονται προσπάθειες για την ελάττωση της μικροβιοφορίας κυρίως σε κλειστούς πληθυσμούς όπως σε στρατώνες και σχολεία αλλά και σε ομάδες όπου το επίπεδο διαβίωσης είναι χαμηλότερο (καταυλισμοί).

Στη προσπάθεια αυτή έχουν συμβάλει θετικά οι υγειονομικές αρχές της χώρας μας. Οι υγειονομικές συνθήκες τα τελευταία χρόνια έχουν καλύτερευσει. Ωστόσο εμβολιασμός του πληθυσμού δεν συνίσταται εκτός κι αν πρόκειται για μεγάλες επιδημικές εκρήξεις όπου το εμβόλιο είναι πολύ αποτελεσματικό. Η ενημέρωση που παρέχεται στον πληθυσμό σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης δεν είναι επαρκής, γίνονται όμως προσπάθειες από τους δήμους, τις κοινότητες και το νοσοκομείο μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων η κατάσταση αυτή να αλλάξει προς το καλύτερο.

Η μηνιγγίτιδα είναι μια νόσος η οποία χρήζει άμεσης νοσηλείας και δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται αφήφιστα γιατί μπορεί να αποβεί μοιραία. Εμείς το καλύτερο που μπορούμε να κάνουμε για να προστατέψουμε τον εαυτό μας και την οικογένειά μας είναι να ενημερωνόμαστε σωστά και να γνωρίζουμε τα συμπτώματα και τις εκδηλώσεις της μηνιγγίτιδας για την έγκαιρη αντιμετώπισή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ, Π.-Ν., *Η παθολογία στην ιατρική πράξη*, τομ.2, Επιστημονικές Εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιάνος" Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1997.

ΓΑΡΔΙΚΑ, Κ.-Δ., *Ειδική νοσολογία*, τομ.1, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 1996.

ΓΕΩΡΓΑΡΑ, Α., και ΜΑΛΤΕΖΟΥ, Μ., *Νευρολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης π.χ, Αθήνα 1996.

ΓΟΥΛΙΑΜΟΣ, Α., και ΤΟΥΛΑΣ, Π., *Ατλας Διαγνωστικής Νευροακτινολογίας*, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2000.

ΛΟΥΚΑ-ΣΠΑΡΟΥ, Δ., *Μετα-επιδημιολογία ή Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*, Βήτα Medical Arts, Θεσσαλονίκη 1998.

HARRISON, T.-R., *Εσωτερική Παθολογία*, τομ.1, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998.

HARRISON, T.-R., *Εσωτερική Παθολογία*, τομ.2, 14^η εκδ., Επιστημονικές Εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιάνος" Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

<http://images.google.gr/images?q=Meningitis>

<http://www.statistics.gr>

ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής, Τμήμα Επιδημιολογίας Νοσημάτων

Κεντρο Ελεγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

<< Ενημερωτικό Σημείωμα προς όλες τις Νομ/κές Αυτ/σεις, Δ/σεις Υγείας & Δημόσιας Υγιεινής και Δ/σεις Υγείας, Πρόνοιας και προς όλες τις Δ.Υ.ΠΕ. της Χώρας>>



(1)

ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Αθήνα 6/10/2005
Αριθ. Πρωτ. Υ1/Γ. Π. Οικ. 104855

Ταχ. Διεύθυνση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 10187
Πληροφορίες: Αικ. Κατσιβαρδά
Τηλέφωνο: 52 39 689

ΠΡΟΣ: 1) Όλες τις Νομ/κές Αυτ/σεις,
Δ/σεις Υγείας & Δημόσιας Υγιεινής
και Δ/σεις Υγείας, Πρόνοιας
Έδρες τους
2) Όλες τις Δ. Υ. ΠΕ. της Χώρας
(με την παράκληση να ενημερώσουν
τα Νοσοκομεία αρμοδιότητάς τους)

ΘΕΜΑ: «Μικροβιακή Μηνιγγίτιδα»

Σας υπενθυμίζουμε την με αριθ. πρωτ. οικ. 30968/24-3-05 εγκύκλιό μας που αφορά την μικροβιακή μηνιγγίτιδα και παρακαλούμε για την πιστή εφαρμογή της.

Σε περίπτωση που υπάρξουν νεότερα δεδομένα θα σας ενημερώσουμε σχετικά.

Συνημμένα: -6- σελίδες

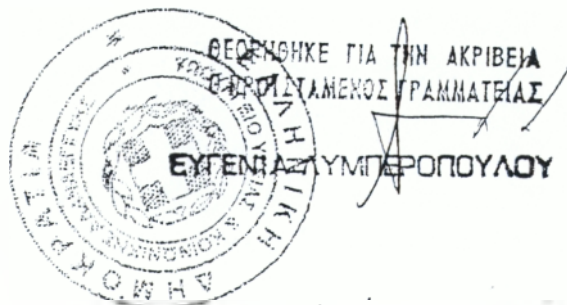
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Υπουργού
2. Γραφείο Υφυπουργών
3. Γραφείο Γεν. Γραμματέων
4. Γραφείο Γεν. Δ/τριας Υγείας
5. Γραφείο Γεν. Δ/τριας Δημ. Υγείας
6. Δημόσια Υγιεινή

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ

α/α

Γ. ΚΕΧΑΓΙΑΔΑΚΗΣ





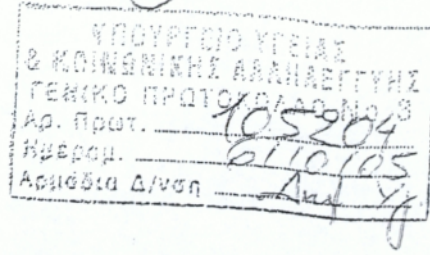
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

ΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

μήμα : Διοικητικού Συντονισμού
ραφείο :
ληροφορίες :
ιεύθυνση : 3^{ης} Σεπτεμβρίου & Πολυτεχνείου 9
χ. Κώδικας : 104 33
λέφωνο : 210-52 12 027, 028
αξ : 210-52 12 090

Αθήνα, 5 Οκτωβρίου 2005

Αρ. πρωτ.: οικ 6002



ΠΡΟΣ:

κ.Ν.Κακλαράνη
Υπουργό Υγείας &
Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Σας διαβιβάζουμε το συνημμένο ενημερωτικό σημείωμα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) σχετικά με τα τελευταία συμβάντα μηνιγγιτίδας προς ενημέρωσή σας.

Ο Διευθυντής

Θ.Παπαδημητρίου



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Η Υπεύθυνη Γραμματέας
- α.α.

Ειρήνη Παπαδοπούλου

Κοινοποίηση:

- .. Γρ. Υφυπουργού ΥΚΑ
- Υπ' όψιν κ. Α.Γιαννόπουλου
- Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
- Υπ' όψιν κ. Α.Κύρλεση
- Γραφείο Τύπου Υπουργού ΥΚΑ
- Υπ' όψιν κ. Φ.Ζαγορίτου

Εσωτερική Διανομή:

- . Γρ. Προέδρου
- . Γρ. Διευθυντή



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Η μηνιγγίτιδα - μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος ανήκει στα νοσήματα υποχρεωτικής δήλωσης. Στην Ελλάδα η επιτήρηση της μηνιγγίτιδας γίνεται από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Το ΚΕΕΛΠΝΟ συλλέγει και αναλύει σε καθημερινή βάση στοιχεία από τα κρούσματα μηνιγγίτιδας - μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου που εμφανίζονται σε όλη τη χώρα και δηλώνονται σε αυτό. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από τις δηλώσεις των κρουσμάτων από τα Νοσοκομεία, όπου νοσηλεύονται, από τις Διευθύνσεις Υγιεινής των κατά τόπους Νομαρχιών και από το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς της Μηνιγγίτιδας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Συγκεκριμένα, τα επιδημιολογικά, δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά στοιχεία των κρουσμάτων καταχωρούνται σε βάση δεδομένων. Τα στοιχεία αυτά αναλύονται ανά εβδομάδα - μήνα - έτος, ανά νομό και ανά μικρόβιο. Με αυτό τον τρόπο παρακολουθείται η επίπτωση της μηνιγγίτιδας σε όλη την επικράτεια και μπορεί εγκαίρως να ανιχνευτεί μία πιθανή συρροή κρουσμάτων ή επιδημία. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό της πολιτικής του εμβολιασμού κατά της μηνιγγίτιδας από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης, το ΚΕΕΛΠΝΟ παρέχει επιστημονική υποστήριξη στις νομαρχίες και άλλους φορείς για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων για την πρόληψη της διασποράς του υπεύθυνου μικροοργανισμού στο περιβάλλον του ασθενούς.

Σχετικά με τα τελευταία κρούσματα μηνιγγίτιδας και τη διάσταση που έχουν πάρει στα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι: Από τις 29/9/2005 έως τις 05/10/2005 έχουν δηλωθεί στο ΚΕΕΛΠΝΟ συνολικά 12 κρούσματα μηνιγγίτιδας εκ των οποίων 3 είναι ιογενείς, 5 είναι βακτηριακές μη-μηνιγγιτιδοκοκκικές και 4 είναι μηνιγγιτιδοκοκκικές μηνιγγίτιδες. Από τα δεδομένα δεν προκύπτει αύξηση ή συρροή κρουσμάτων μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας. Αναμένεται λεπτομερής αξιολόγηση των δεδομένων.

Η Υπεύθυνη του Γραφείου Συντονισμού
Συστημάτων Επιδημιολογικής
Επιτήρησης

Θ. Γεωργακοπούλου



ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Αθήνα 24 / 3 / 2005
Αριθ. Πρωτ. Υ1/Γ. Π. ΟΙΚ 30968

Ταχ. Διεύθυνση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 10187
Πληροφορίες: Αικ. Κατσιβαρδά / Ν. Μπατζή
Τηλέφωνο: 52 39 689

ΠΡΟΣ: 1) Όλες τις Νομ/κές Αυτ/σεις,
Δ/σεις Υγείας & Δημόσιας Υγιεινής
και Δ/σεις Υγείας, Πρόνοιας
Έδρες τους
2) Πε. Σ. Υ. Π της χώρας
(με την παράκληση να ενημερώσουν
τα Νοσοκομεία αρμοδιότητάς τους)

ΘΕΜΑ: « Μικροβιακή μηνιγγίτιδα »

- ΣΧΕΤ:** 1. Η από 15/2/05 συνεδρίαση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών
2. Οι από 21/2/05 και 18/3/05 επιστολές των κ.κ Μ. Θεοδωρίδου και Β.
Συριοπούλου, Αναπληρώτριες Καθηγήτριες Α΄ Παιδιατρικής Παν/μίου
Αθηνών - μελών της ανωτέρω Επιτροπής
3. Οι Β1/Οικ.439/27-1-00, Υ1/Οικ. 387/24-1-04 και Υ1/Οικ. 20077/18-2-05
προηγούμενες εγκυκλιοί μας

Κατά τους χειμερινούς και εαρινούς μήνες παρατηρείται εποχιακή αύξηση κρουσμάτων μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου και γενικότερα μικροβιακής μηνιγγίτιδας, η οποία χαρακτηρίζεται ως γνωστόν από αυξημένη θνητότητα και θα μπορούσε να μειωθεί με την άμεση έναρξη θεραπευτικής αγωγής.

Σε συνέχεια προηγούμενων εγκυκλίων μας, υπενθυμίζεται ότι:

1. Κατά τους μήνες αυτούς παρατηρείται αύξηση των περιστατικών ιογενών αναπνευστικών λοιμώξεων, οι οποίες αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση περιστατικών μικροβιακής μηνιγγίτιδας. Επιπλέον, οι λοιμώξεις αυτές μπορούν να δημιουργήσουν σύγχυση ως προς τη διαφορική διάγνωση της μηνιγγίτιδας.
2. Εφιστάται η προσοχή στην αναζήτηση των πρώιμων συμπτωμάτων και σημείων της μηνιγγίτιδας (κεφαλαλγία, πυρετός, δυσκαμψία, έμετοι, αιμορραγικό εξάνθημα), προκειμένου να αρχίσει έγκαιρα η ενδεδειγμένη θεραπεία. Να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα στην έναρξη της νόσου μπορεί να είναι ιδιαίτερα ήπια όπως δεκατική πυρετική κίνηση, κεφαλαλγία και ραχιαλγία.
3. Η μείωση της θνητότητας της μικροβιακής και ειδικότερα της μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στην έγκαιρη έναρξη κατάλληλης θεραπείας. Επί κλινικής υποψίας μηνιγγίτιδας εάν εντός 30 λεπτών δεν υπάρχει δυνατότητα εργαστηριακής τεκμηρίωσης της διάγνωσης με εξέταση Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού και αιμοκαλλιέργειες - επιβάλλεται η άμεση έναρξη της θεραπείας. (οδηγίες επισυνάπτονται).

4. Κατά τη μεταφορά ασθενών με υποψία μικροβιακής μηνιγγιτίδας έχουν παρατηρηθεί θάνατοι. Προτεραιότητα της αντιμετώπισης είναι η άμεση έναρξη θεραπευτικής αγωγής και όχι η μεταφορά σε τριτοβάθμιο Κέντρο.
5. Η επείγουσα έναρξη της θεραπείας σε παιδιά και ενήλικες πρέπει να γίνεται στο Περιφερειακό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας ή στο Νοσοκομείο στο οποίο μεταφέρεται ο ασθενής.
6. Η θεραπεία της μικροβιακής μηνιγγιτίδας μπορεί να ολοκληρωθεί στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο. Το περιστατικό διακομίζεται όταν η κλινική κατάσταση του ασθενούς επιβάλλει νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και το Νοσοκομείο στερείται Μονάδας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ

ΕΙΓΟΥΣΑ ΕΝΑΡΞΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	ΕΝΗΛΙΚΕΣ	ΠΑΙΔΙΑ
στο της Εισαγωγής σε Νοσοκομείο	<p>Κεφαλοσπορίνη 3^{ης} Γενιάς Κεφτριαξόνη ή Κεφοταξίμη -2- γρ. εφ' άπαξ ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως</p> <p>Εναλλακτική Θεραπεία (επί μη υπάρξεως Κεφαλοσπορίνης 3^{ης} Γενιάς) Αμπικιλλίνη -2- γρ. ενδομυϊκά</p>	<p>A. Κεφαλοσπορίνη 3^{ης} Γενιάς Κεφτριαξόνη 100 mg/Kgr* ενδομυϊκώς εφ' άπαξ ή Κεφοταξίμη 150 mg/Kgr* ενδομυϊκώς εφ' άπαξ</p> <p>Εναλλακτική Θεραπεία: Αμπικιλλίνη 150 mg/Kgr* ενδομυϊκώς εφ' άπαξ</p> <p>B. Δεξαμεθαζόνη 0,15 mg/Kgr* ενδομυϊκώς εφ' άπαξ</p>
νοσοκομειακή Αγωγή	Επαφίεται στην άποψη του θεράποντα ιατρού σύμφωνα με τα κλινικά και εργαστηριακά στοιχεία καθώς και με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.	Επαφίεται στην άποψη του θεράποντα ιατρού σύμφωνα με τα κλινικά και εργαστηριακά στοιχεία καθώς και με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

Οδηγίες για χημειοπροφύλαξη:

1. Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος

Σε περίπτωση εμφάνισης περιστατικού μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου (μηνιγγιτιδοκοκκικής σηψαιμίας) χημειοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται σε όλα τα άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με τον ασθενή κυρίως τις ρινοφαρυγγικές του εκκρίσεις, μέσα σε διάστημα 7 ημερών πριν την έναρξη των συμπτωμάτων του ασθενούς. Συνιστάται για προφύλαξη η λήψη Rifadin 600 mg p.o πρωί και βράδυ (ανά 12ωρο) επί δύο μέρες για τους ενήλικες. Εξαιρούνται οι έγκυες γυναίκες και οι πάσχοντες από ενεργό ηπατοπάθεια, οι οποίοι πρέπει να συμβουλευτούν το γιατρό τους. Εναλλακτικά χορηγείται Ciproxin 500mg p.o εφ' άπαξ, (εξαιρούνται οι έγκυες γυναίκες). Σε εγκύους μπορεί να χορηγηθεί μετά την σύμφωνη γνώμη του γυναικολόγου, Rocerphin 250mg ενδομυϊκά εφ' άπαξ. Η δόση Rifadin για τα παιδιά είναι σε 10mg/kg /12h x 2 ημέρες (μέγιστη δόση 600mg ανά 12ωρο) και για τα βρέφη κάτω του 1 μηνός: 5mg / kg / 12h x 2 ημέρες.

Στενές επαφές θεωρούνται:

- άτομα του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος
- άτομα σε ομαδική διαβίωση / ίδιο θάλαμο
- άτομα σε άμεση επαφή (στενοί φίλοι, σεξουαλικοί σύντροφοι, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που ήρθε σε επαφή με τον ασθενή και τις εκκρίσεις του, π.χ. μέσω τεχνητής αναζωογόνησης, διασωλήνωση)
- αν πρόκειται για παιδί που πηγαίνει σε παιδικό σταθμό / νηπιαγωγείο, χημειοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται σε όλα τα παιδιά που παρακολουθούν την ίδια τάξη και το προσωπικό, ή και στις άλλες τάξεις αν υπάρχει συγχρωτισμός διάρκειας.
- Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι μαθητής δημοτικού σχολείου, γυμνασίου ή λυκείου χημειοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται μόνο στα άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με τον ασθενή (π.χ. μαθητές του ίδιου θρανίου, στενοί φίλοι) και όχι όλη η τάξη. Χημειοπροφύλαξη πρέπει επίσης να χορηγείται και σε άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με τον ασθενή κατά τη διάρκεια εξωσχολικών δραστηριοτήτων (π.χ. φροντιστήρια, γυμναστήρια, κέντρα διασκέδασης).
- Σε περίπτωση κρούσματος κατά την διάρκεια αεροπορικής πτήσης >8 ωρών χημειοπροφύλαξη μπορεί να δοθεί στους επιβάτες που κάθονται δίπλα στον ασθενή.
- Η χημειοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται άμεσα μέσα σε ένα 24ωρο, και πάντως όχι μετά την παρέλευση 10 ημερών από την τελευταία επαφή με τον ασθενή. Η χημειοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται μετά από συνεννόηση του ατόμου με τον προσωπικό του ιατρό. Σημειώνεται ότι η χημειοπροφύλαξη είναι αποτελεσματική στο 70-90% των περιπτώσεων γι' αυτό δεν πρέπει να δημιουργείται ψευδές αίσθημα ασφάλειας. Σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων σε διάστημα 10 ημερών μετά την τελευταία επαφή με τον ασθενή τα άτομα πρέπει να επικοινωνούν άμεσα με τον ιατρό τους.

Σημειώνεται ότι ο μηνιγγιτιδοκοκκός δεν επιβιώνει στο περιβάλλον και επομένως δεν απαιτείται απολύμανση και κλείσιμο σχολείων ή άλλων χώρων.

2. Μηνιγγίτιδα από αιμόφιλο γρίπης τύπου b

Σε περίπτωση εμφάνισης περιστατικού μηνιγγίτιδας από αιμόφιλο γρίπης τύπου b χημειοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται σε:

- άτομα του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς, εφόσον σε αυτό υπάρχουν παιδιά μικρότερα των 4 ετών που δεν είναι πλήρως εμβολιασμένα κατά του αιμόφιλου γρίπης τύπου b
- παιδιά μικρότερα των 4 ετών που δεν είναι πλήρως εμβολιασμένα κατά του αιμόφιλου γρίπης τύπου b καθώς και οι ενήλικοι που τα συνοδεύουν αν είχαν στενή επαφή με το περιστατικό για περισσότερο από 4 ώρες στο διάστημα των 7 ημερών πριν την έναρξη των συμπτωμάτων του ασθενούς
- σε περίπτωση εμφάνισης σε παιδικό σταθμό δύο ή περισσότερων κρουσμάτων μέσα σε διάστημα 60 ημερών, χημειοπροφύλαξη χορηγείται σε όλα τα παιδιά ανεξάρτητα από το ιστορικό εμβολιασμού τους, και τους εργαζόμενους, στην τάξη του κρούσματος. Εάν όλα τα παιδιά στην τάξη του ασθενούς είναι πλήρως εμβολιασμένα η χημειοπροφύλαξη δεν είναι απαραίτητη.

3. Πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτιδα / μηνιγγίτιδα από άλλα βακτήρια / ιογενής μηνιγγίτιδα

Δεν χορηγείται χημειοπροφύλαξη.

Εμβολιασμός: Στην Ελλάδα κυκλοφορούν δύο τύποι εμβολίου:

I) Το διδύναμο μηνιγγιτιδοκοκκικό εμβόλιο κατά των ορομάδων A και C το οποίο παρασκευάζεται από πολυσακχαρίτες του περιβλήματος της *Neisseria meningitidis*. Το συγκεκριμένο εμβόλιο δεν καλύπτει παιδιά κάτω των 2 χρόνων και παρέχει μειωμένη ανοσοπροστασία σε παιδιά κάτω των 4 ετών. Η διάρκεια της προστασίας που παρέχει είναι μικρή (μέση διάρκεια 2-3 χρόνων) με συνέπεια να χρειάζονται επαναληπτικές δόσεις. Αυτό το εμβόλιο δεν χρησιμοποιείται σε καμία χώρα του κόσμου σε μαζικούς εμβολιασμούς.

Οι ενδείξεις εμβολιασμού αφορούν συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως άτομα με έλλειψη τελικών κλασμάτων του συμπληρώματος, λειτουργική-ανατομική ασπληνία, προσωπικό ορισμένων μικροβιολογικών εργαστηρίων (Κέντρων Αναφοράς Μηνιγγίτιδας και λοιμωδών) ταξιδιώτες σε χώρες υψηλής ενδημίας: Σαουδική Αραβία, Αφρική νότια της Σαχάρας.

II) Το νέο συζευγμένο εμβόλιο, που κυκλοφόρησε στη χώρα μας το Φεβρουάριο του 2001 προσφέρει προστασία κατά του μηνιγγιτιδοκοκκου C. Επειδή βασίζεται σε διαφορετική τεχνολογία επιτυγχάνεται ανοσία μακράς διάρκειας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολίων στην απόν 15/2/05συνεδρίασή της πρότεινε την ενσωμάτωση του εμβολίου στο Εθνικό Χρονοδιάγραμμα.

Διάγνωση - Θεραπεία

Ο ρόλος των Δ/σεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων είναι καθοριστικός για την επιδημιολογική διερεύνηση και καταγραφή κάθε κρούσματος μηνιγγιτιδας, για την λήψη των ενδεικνυόμενων κατά την περίπτωση προληπτικών και προφυλακτικών μέτρων καθώς και για την δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στους πολίτες και τις υπόλοιπες εμπλεκόμενες υπηρεσίες, με την υλοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων αποφάσεων και παρεμβάσεων. Υπενθυμίζουμε ότι η καταγραφή και δήλωση των κρουσμάτων μηνιγγιτιδας είναι υποχρεωτική. η δε επιδημιολογική τους διερεύνηση επιτακτική.

Η συνεργασία και η ενημέρωση συγκεκριμένων κοινωνικών και επαγγελματικών ομάδων είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αποφυγή δημιουργίας κλίματος πανικού αλλά και για την σωστή εφαρμογή όλων των ενδεικνυόμενων μέτρων. Τέτοιες ομάδες ενδεικτικά, είναι: οι επαγγελματίες υγείας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων / Κέντρων Υγείας της περιοχής, οι ιδιώτες ιατροί μέσω του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, η Σχολική Επιθεώρηση, οι Εκπρόσωποι της Τοπικής Αυτοδιοίκησης των σχολείων, οι σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

1. Ε Ο Φ

Μεσογείων 384 Τ. Κ. 11522 ΧΟΛΑΡΓΟΣ

ΑΘ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

2. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Πλουτάρχου 3 Τ. Κ. 10675 ΚΟΛΩΝΑΚΙ

(για την ενημέρωση των μελών σας)

3. Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών

Θεμιστοκλέους 34 - Αθήνα

4. ΙΚΑ

Δ/ση Υγειονομικών Υπηρεσιών

Τμήμα προληπτικής Ιατρικής

Αγ. Κων/νου 8 Τ. Κ. 10241 ΑΘΗΝΑ

5. Ο. Γ. Α.

Πατησίων 30 Τ. Κ. 106 77 ΑΘΗΝΑ

6. Τ. Ε. Β. Ε.

Σατωβριάνδου 18 Τ. Κ. 104 32 ΑΘΗΝΑ

7. Οίκος Ναύτου

Παλαιολόγου 15 Τ. Κ. 185 35 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

8. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης -Μικροβιολογικό Εργαστήριο

Τ. Κ. 54006 ΕΞΟΧΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

9. Ε .Ι. Παστέρ

Βασ. Σοφίας 127 Τ. Κ. 11521 Αθήνα

10. Ε. Σ. Δ. Υ

α) Έδρα Δημόσιας Υγιεινής

β) Έδρα Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας

Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 Τ. Κ. 11521 Αθήνα

11. ΠΙΚΠΑ

Τσόχα 3 Τ. Κ. 11521 Αθήνα

12. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Νοσ. Παίδων «Η Αγία Σοφία» Τ.Κ 115 27 Αθήνα





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Αθήνα 18/2/2002
Αριθ. Πρωτ. Υ1/οικ.Γ.Π. 20077

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101 87
Πληροφορίες : Θ. Σταύρου
Τηλέφωνο: 5232180
FAX: 5233563
E-mail : γγρ2@compulink.gr

**ΠΡΟΣ: Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας και
Δημόσιας Υγιεινής
Δ/νσεις Υγείας και Πρόνοιας
Έδρες τους**

ΘΕΜΑ: «Μικροβιακή Μηνιγγίτιδα»
Σχετικά: Η Υ1/387/24-1-2001 εγκύκλιός μας

Σε συνέχεια της προηγούμενης εγκυκλίου μας και με βάση τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την επίπτωση της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου στην Ελλάδα επισημαίνουμε τα παρακάτω:

- (1) **Η καταγραφή και δήλωση** των κρουσμάτων μηνιγγίτιδας είναι **υποχρεωτική**.
- (2) **Ο ρόλος** των Δ/νσεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων είναι **καθοριστικός** για την **επιδημιολογική διερεύνηση** κάθε κρούσματος μηνιγγίτιδας και για τη **λήψη** των ενδεικνυόμενων κατά περίπτωση **προληπτικών και προφυλακτικών μέτρων**.
- (3) **Προφύλαξη** χορηγείται από του στόματος σε όλα τα άτομα του οικογενειακού και επαγγελματικού περιβάλλοντος που βρίσκονται σε στενή επαφή με τον/την ασθενή (οικογένεια που ζει στο ίδιο σπίτι, παιδιά και προσωπικό βρεφονηπιακών σταθμών, επαφή με ρινικές εκκρίσεις και σταγονίδια, σε περίπτωση κρούσματος σε σχολείο,

προφύλαξη λαμβάνουν κύρια οι συμμαθητές/τριες που κάθονται στο ίδιο ή τα κοντινά θρανία (και οι στενοί φίλοι). Η προφύλαξη συνίσταται στη λήψη Rifadin 600 mg πρωί και βράδυ (ανά 12ωρο) επί 2 ημέρες για τους ενήλικες. Εξαιρούνται οι έγκυες γυναίκες και οι πάσχοντες από ενεργό ηπατοπάθεια, οι οποίοι πρέπει να συμβουλευτούν το γιατρό τους. Εναλλακτικά χορηγείται Ciproxin 500mg από του στόματος εφ' άπαξ (εξαιρούνται οι έγκυες γυναίκες). Σε εγκύους μπορεί να χορηγηθεί μετά τη σύμφωνη γνώμη του γυναικολόγου, Rocephin 500 mg ενδομυϊκά εφ' άπαξ. Η δόση Rifadin για τα παιδιά συνίσταται σε 10mg/kg/12h x 2 ημέρες (μέγιστη δόση 600mg ανά 12ωρο) και για τα βρέφη κάτω του 1 μηνός: 5mg/kg/12h x 2 ημέρες.

(4) **Εμβολιασμός:** Στην Ελλάδα κυκλοφορούν **δύο** τύποι εμβολίου:

I) Το διδύναμο μηνιγγιτιδοκοκκικό εμβόλιο κατά των

ορομάδων A και C το οποίο παρασκευάζεται από

πολυσακχαρίτες του περιβλήματος της *Neisseria*

meningitides. Το συγκεκριμένο εμβόλιο δεν καλύπτει παιδιά

κάτω των 2 χρόνων και παρέχει μειωμένη ανοσοπροστασία σε παιδιά

κάτω των 4 χρόνων. Η διάρκεια της προστασίας που παρέχει είναι

μικρή (μέση διάρκεια 2-3 χρόνων) με συνέπεια να χρειάζονται

επαναληπτικές δόσεις. Αυτό το εμβόλιο δεν χρησιμοποιείται σε καμία

χώρα του κόσμου σε μαζικούς εμβολιασμούς.

Οι ενδείξεις εμβολιασμού αφορούν συγκεκριμένες ομάδες

υψηλού κινδύνου, όπως άτομα με έλλειψη τελικών παραγόντων του

συμπληρώματος, λειτουργική- ανατομική ασπληνία, προσωπικό

ορισμένων μικροβιολογικών εργαστηρίων (Κέντρων

Αναφοράς Μηνιγγίτιδας και λοιμωδών) ταξιδιώτες σε χώρες υψηλής ενδημίας: Σαουδική Αραβία, Αφρική νοτιο-ανατολικής Σαχάρας.

II) Το νέο συζευγμένο εμβόλιο, που κυκλοφόρησε στη χώρα μας το Φεβρουάριο του 2001 προσφέρει προστασία κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου C. Επειδή βασίζεται σε διαφορετική τεχνολογία επιπυγχάνεται ανοσία μακράς διάρκειας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολίων σε πρόσφατη συνεδρίασή της στις 21/11/2001 έκρινε ότι το συγκεκριμένο εμβόλιο είναι **ασφαλές και αποτελεσματικό** για προφύλαξη από τη μηνιγγίτιδα C. Ωστόσο, **λόγω της χαμηλής επίπτωσης της μηνιγγίτιδας που προκαλείται από το στέλεχος C στην Ελλάδα δεν κρίθηκε αναγκαία η ένταξη του παραπάνω εμβολίου στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.**

Διάγνωση-Θεραπεία

Η μείωση της θνητότητας της μικροβιακής και ειδικότερα της μηνιγγιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας βασίζεται κύρια στην έγκαιρη και ταχύτερη έναρξη κατάλληλης θεραπείας. Επισημοίνεται για μια ακόμη φορά ότι επί **κλινικής υποψίας μηνιγγίτιδας επιβάλλεται η άμεση έναρξη της θεραπείας.**

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

Γρ. Υφυπουργού Υγείας και Νασιώκα
Γρ. Γενικού Γραμματέα και Σοφιανού
Γρ. Γεν. Δ/ντριας και Φλουρή
Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Dr. ΘΕΜ. ΣΑΠΟΥΝΑΣ



29 ΙΑΝ. 2001

ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ



Δεκπερ...ήκηε τι...

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Πληροφορίες: Γ. Μανές
Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας: 101 87
Τηλέφωνο: 5237384
Fax: 5233563

Αθήνα 24 Ιανουαρίου 2001
Αριθ. Πρωτ. ΥΔ/387

ΠΡΟΣ:

Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας και
Δημόσιας Υγιεινής
Δ/νσεις Υγείας και Πρόνοιας
Έδρες τους

ΘΕΜΑ: "Μικροβιακή μηνιγγίτιδα"

**Σχετικά: Οι Β1οικ 1954/16-3-98 – Β1 οικ 6235/1-10-98 , οικ 33/17-2-00
εγκύκλιόι μας**

Σε συνέχεια των προαναφερομένων εγκυκλίων μας συνοψίζουμε τα βασικά σημεία για την αντιμετώπιση και πρόληψη της μικροβιακής μηνιγγίτιδας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 1) Η μείωση της θνητότητας της μικροβιακής και ειδικότερα της μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στην έγκαιρη και ταχύτατη έναρξη κατάλληλης θεραπείας. Επί κλινικής υποψίας μηνιγγίτιδας εάν εντός 30 λεπτών δεν υπάρχει δυνατότητα εργαστηριακής τεκμηρίωσης της διάγνωσης με εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού και αιμοκαλλιέργειες – επιβάλλεται η άμεση έναρξη της θεραπείας (Περισσότερες πληροφορίες για την κλινική αντιμετώπιση έχουν αποσταλεί προς τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα με την υπ' αριθμ. Β1οικ/439/28-1-2000 εγκύκλιό μας).

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ / ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ:

- 1) Το εμβόλιο κατά του μηνιγγιτιδοκόκκου δεν καλύπτει όλους τους τύπους μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας (καλύπτει μόνο 2 τύπους: A + C). Ειδικότερα, δεν καλύπτει τον τύπο Β ο οποίος είναι συχνός στην Ελλάδα και συχνότερος σε παιδιά <5 χρόνων.
(επισυνάπτονται τα δεδομένα του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μηνιγγίτιδας).
- 2) Το εμβόλιο δεν καλύπτει παιδιά κάτω των 2 χρόνων και παρέχει μειωμένη ανοσοπροστασία σε παιδιά κάτω των 4 χρόνων.
- 3) Η διάρκεια της προστασίας που παρέχει είναι μικρή (μέση διάρκεια 2 – 3 χρόνια) με συνέπεια να χρειάζονται επαναληπτικές δόσεις.
- 4) Σύμφωνα με συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δεν χρησιμοποιείται σε καμία χώρα του κόσμου σε μαζικούς εμβολιασμούς παιδιών παρά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις για έλεγχο εξάρσης κρουσμάτων, εφόσον πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια. Εμβολιάζοντας μαζικά τον πληθυσμό με το συγκεκριμένο εμβόλιο, το οποίο έχει τα μειονεκτήματα που

αναφέρθησαν, μπορεί να έχουμε σαν αποτέλεσμα το ψευδές αίσθημα ασφάλειας του πληθυσμού που θα οδηγήσει στην μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της μηνιγγίτιδας.

Μόνο στην Μ. Βρετανία, λόγω των ιδιαίτερα αυξημένων κρουσμάτων και μάλιστα τύπου C, των τελευταίων ετών, ξεκίνησε από τον Οκτώβριο ο γενικός εμβολιασμός όλων των παιδιών μέχρι 5 ετών με νέου τύπου εμβόλιο, το οποίο δοκιμάζεται μόνο σε αυτή την χώρα.

5) **Οι ενδείξεις εμβολιασμού:** οι νεοσύλληκτοι και συγκεκριμένες ομάδες κινδύνου: άτομα με έλλειψη τελικών στελεχών συμπληρώματος, λειτουργική – ανατομική ασπληνία, προσωπικό ορισμένων μικροβιολογικών εργαστηρίων (Κέντρων Αναφοράς Μηνιγγίτιδας και λοιμωδών), ταξιδιώτες σε χώρες υψηλής ενδημίας: Σαουδική Αραβία, Αφρική νότια της Σαχάρας. Εμβολιασμός αποφασίζεται σε περιπτώσεις έξαρσης κρουσμάτων (τοπική και χρονική συρροή) με συγκεκριμένα επιδημιολογικά κριτήρια:

α) Υπαρξη τριών ή περισσότερων κρουσμάτων σε διάστημα ≥ 3 μηνών.

β) Τα κρούσματα να μην σχετίζονται μεταξύ τους (ίδια οικογένεια, στενή επαφή κλπ).

γ) Η αναλογία κρουσμάτων ανά πληθυσμό (ποσοστό προσβολής) να είναι μεγαλύτερο του 1 στις 10.000 πληθυσμού.

δ) Η παρατηρούμενη επίπτωση κρουσμάτων ανά ηλικιακή ομάδα να είναι πολλαπλάσια από αυτήν που παρατηρήθηκε στην συγκεκριμένη περιοχή και στη συγκεκριμένη ομάδα τα προηγούμενα χρόνια.

Στην περίπτωση αυτή ο εμβολιασμός αποφασίζεται από τις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες: Υπουργείο Υγείας – Δ/ση Υγείας Νομαρχίας.

6) Προφύλαξη με **ριφαμπικίνη** (εξαιρούνται οι έγκυες γυναίκες) σε δόση για ενήλικες: 600 mg/12h X 2 ημέρες, για παιδιά: 10mg/kgr βάρους/12hX2ημέρες και για βρέφη κάτω του 1μηνός: 5mg/kg/12hX2 ημέρες ή με **σιπροφλοξασίνη** 500 mg εφάπαξ (όχι σε άτομα κάτω των 18 ετών και σε θηλάζουσες). Η προφύλαξη συνιστάται σε περιπτώσεις στενής επαφής (οικογένεια που ζει στο ίδιο σπίτι, παιδιά και προσωπικό βρεφονηπιακών σταθμών, επαφή με ρινικές εκκρίσεις ή σταγονίδια) και **ιδιαίτερα εντός 24 ωρών από την διάγνωση**. Η καλλιέργεια του ρινικού επιχρίσματος δεν προσφέρει επιπλέον ενδείξεις για την χορήγηση προφύλαξης και δεν συνιστάται.

Ο ρόλος των Δ/σεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων είναι καθοριστικός για την επιδημιολογική διερεύνηση και καταγραφή κάθε κρούσματος μηνιγγίτιδας, για την λήψη των ενδεικνυόμενων κατά περίπτωση προληπτικών και προφυλακτικών μέτρων καθώς και για την δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στους πολίτες και τις υπόλοιπες εμπλεκόμενες υπηρεσίες, με την υλοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων αποφάσεων και παρεμβάσεων. **Υπενθυμίζουμε ότι η καταγραφή και δήλωση των κρουσμάτων μηνιγγίτιδας είναι υποχρεωτική, η δε επιδημιολογική τους διερεύνηση επιτακτική.**

Η συνεργασία και η ενημέρωση συγκεκριμένων κοινωνικών και επαγγελματικών ομάδων είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την αποφυγή δημιουργίας κλίματος πανικού αλλά και για την σωστή εφαρμογή όλων των ενδεικνυόμενων μέτρων. Τέτοιες ομάδες ενδεικτικά, είναι: οι επαγγελματίες υγείας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων / Κέντρων Υγείας της περιοχής, οι ιδιώτες ιατροί μέσω του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, η Σχολική Επιθεώρηση, οι Εκπρόσωποι της

Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι Εκπαιδευτικοί των σχολείων, οι σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων.

Τα μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι ποικίλα, από απλή γραπτή ή προφορική ενημέρωση έως ραδιοφωνικά μηνύματα, διοργάνωση ημερίδων και εκδηλώσεων.

Ένα προϋπάρχον καλό κλίμα ενημέρωσης και συνεργασίας συντελεί πάντα θετικότερα στην επίλυση έκτακτων προβλημάτων και στην αποφυγή πρόκλησης πανικού γενικότερα, και όχι μόνο στην περίπτωση της μηνιγγιτοδοκοκκικής μηνιγγίτιδας. Θεωρούμε ότι οι συντελεστές του σχολικού περιβάλλοντος (Νομαρχιακές υπηρεσίες, εκπαιδευτικοί, τοπική αυτ/ση, γονείς) θα πρέπει να αποτελέσουν στόχο με προτεραιότητα σ' αυτή την προσπάθεια.

Με τον τρόπο αυτό μπορούν να εκτονωθούν αποτελεσματικότερα καταστάσεις κρίσης και να αποφευχθεί η εφαρμογή επιστημονικά αστήρικτων μέτρων, όπως π.χ. απολύμανση σχολείου σε περίπτωση μηνιγγίτιδας / ηπατίτιδας ή αδικαιολόγητη διακοπή της λειτουργίας τους.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 1) Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής
- 2) ΚΕΕΛ – ΕΚΕΠΑΠ
- 3) Εθνικό Κέντρο Αναφοράς
Μηνιγγίτιδας

Ο Πρ/νος της Δ/σης



Dr Θ. ΣΑΠΟΥΝΑΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

κ.α.α.