

ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ & ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ



“Μετάφραση και Σχολιασμός τμήματος από το βιβλίο *Duale Reihe-Anamnese und Klinische Untersuchung* των Hermann S. Füeßl και Martin Middeke”

Πτυχιακή Εργασία της φοιτήτριας Κουρίνου Αλεξάνδρας, ΑΜ: Ε2014095

Επιβλέπουσα Επιτροπή: Καθηγήτρια Αναστασία Παριανού
Καθηγητής Γεώργιος Κεντρωτής

Κέρκυρα, Ιανουάριος 2021

***“Μετάφραση και Σχολιασμός τμήματος από το βιβλίο *Duale Reihe-
Anamnese und Klinische Untersuchung* των Hermann S. Fießl και
Martin Middeke”***

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη και την κατανόηση τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύντροφο μου, Αναστάσιο, για την υποστήριξη και τις συμβουλές του, κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Ένα ευχαριστώ, οφείλω στην καθηγήτρια μου Αρετή, η οποία έπαιξε σημαντικό ρόλο στην αγάπη που τρέφω στην γερμανική γλώσσα και η οποία με βοήθησε στην επιλογή του κειμένου προς μετάφραση. Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τον φίλο μου Μάνο, που με βοήθησε με τα τεχνικά ζητήματα που αντιμετώπισα με τον υπολογιστή μου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιτροπή εποπτείας, την κα Παριανού για το υλικό που μου παρείχε, την πολύτιμη βοήθεια της και την καθοδήγηση της, που συνέβαλλαν καταλυτικά στην ολοκλήρωση της εργασίας και τον κο Κεντρωτή, ο οποίος δέχτηκε με χαρά να βρίσκεται στην επιτροπή εποπτείας.

Η εργασία είναι αφιερωμένη στους ανθρώπους μου, που με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Πρόλογος.....	6
---------------	---

Α' ΜΕΡΟΣ

I. Τεχνική Μετάφραση & Ορολογία (στην Ιατρική).....	8
II. Σχετικά με το “Προς Μετάφραση Κείμενο”	9

Β' ΜΕΡΟΣ

I. Πρωτότυπο Κείμενο.....	13
II. Μεταφρασμένο Κείμενο.....	24

Γ' ΜΕΡΟΣ

I. Σχόλια και Παρατηρήσεις όσον αφορά το μεταφρασμένο κείμενο.....	37
II. Γλωσσάρι.....	39
III. Επίλογος.....	57
Έντυπη Βιβλιογραφία.....	58
Διαδικτυακή Βιβλιογραφία.....	59

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία, αποτελεί το “κλειδί” για την ολοκλήρωση των σπουδών μου. Είναι το “συνονθύλευμα” των γνώσεων που αποκόμισα, κατά την διάρκεια της φοίτησης μου στο μεταφραστικό τμήμα του Ιονίου Πανεπιστημίου. Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι παρουσιάσουμε ένα μεταφρασμένο κείμενο, να αναλύσουμε την διαδικασία του “μεταφράζειν” και να αποτυπώσουμε κάποιες από τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας μεταφραστής κατά την διαδικασία αυτή.

Η εκπόνηση της εργασίας, δε σημαίνει φυσικά ότι η γνώση και η εξέλιξη πάνω στον τομέα της Μετάφρασης σταματάει εδώ. Η γνώση δεν σταματάει ποτέ. Πόσο μάλλον, όταν πρόκειται για την επιστήμη της Μετάφρασης. Η πρακτική της Μετάφρασης χρησιμοποιείται εδώ και αιώνες. Τις τελευταίες δεκαετίες, όμως, εξελίσσεται όλο και περισσότερο, καθώς αναπτύσσεται η τεχνολογία και η ανθρώπινη ανάγκη για επικοινωνία.

Η ετυμολογία της λέξης “μετάφραση”, προέρχεται από τα λατινικά και συγκεκριμένα από την λέξη “translatio”, η οποία, σχηματίζεται από το “trans” και το “fero” και μαζί σημαίνει “μεταφέρω απέναντι”. Επομένως, μετάφραση, θα μπορούσαμε να ονομάσουμε την διαδικασία μεταφοράς ενός νοήματος, μιας σημασίας από μία γλώσσα-πηγή, σε μία άλλη γλώσσα-στόχος. Πίσω, όμως, από την ερμηνεία αυτή, κρύβονται πολλά περισσότερα. κομμάτια ενός παζλ, θα μπορούσαμε να τα ονομάσουμε. Αυτά τα κομμάτια, καλείται να ενώσει ο μεταφραστής για φτάσει στο αποτέλεσμα, το οποίο δεν είναι άλλο από το μετάφρασμα.

Ο λόγος, λοιπόν, που επέλεξα να ασχοληθώ στην πτυχιακή μου εργασία, με την μετάφραση ενός τεχνικού-ιατρικού κειμένου, είναι επειδή ήθελα να παρουσιάσω όλη την διαδικασία ένωσης των κομματιών του παζλ, η οποία μπορεί πολλές φορές να είναι δύσκολη, δεν παύει όμως να είναι μοναδική.

Α' ΜΕΡΟΣ

Ι. Τεχνική Μετάφραση & Ορολογία (στην Ιατρική)

Όταν αναφερόμαστε στον όρο Τεχνική Μετάφραση, κάνουμε λόγο για μετάφραση ειδικών κειμένων, όπως π.χ. κείμενα πληροφορικής, κείμενα επιστημονικού περιεχομένου, ακόμη και η μετάφραση ενός βιβλίου οδηγιών ανήκει στον τομέα της τεχνικής μετάφρασης. Ένα τέτοιου είδους κείμενο είναι και το κείμενο της παρούσας εργασίας, που σχετίζεται με την Επιστήμη της Ιατρικής.

Η ανάγκη, για μετάφραση τεχνικών κειμένων, δημιουργήθηκε με την πάροδο του χρόνου και με την εξέλιξη της τεχνολογίας. Καθώς οι ανθρώπινες ανάγκες μεγαλώνουν και η επιστήμη προχωράει, τόσο πιο αναγκαία είναι η Τεχνική Μετάφραση στην ζωή μας.

Όπως εύκολα μπορεί να καταλάβει κανείς ένα τέτοιου είδους μετάφρασμα, πρέπει να είναι απόλυτα ακριβές, όπως φυσικά όλα τα είδη μεταφρασμάτων, όμως στα συγκεκριμένα είναι μεγαλύτερο το ρίσκο, αν γίνει οποιοδήποτε λάθος στην μετάφραση, καθώς μπορεί να αποβεί μοιραίο. Παραδείγματος χάριν, αν κάποιος μεταφράζει ένα φύλλο οδηγιών μίας ηλεκτρικής σκούπας από τα Σουηδικά στα Ελληνικά και κάνει κάποιο λάθος, το αποτέλεσμα θα είναι ο Έλληνας αγοραστής να μην μπορεί να χρησιμοποιήσει σωστά ή καθόλου την σκούπα που αγόρασε. Μία τέτοια περίπτωση δεν αποτελεί μοιραίο λάθος, σκεφτείτε, όμως, να συνέβαινε το ίδιο λάθος και στο βιβλίο οδηγιών ενός αεροπλάνου.

Το ίδιο ισχύει, φυσικά, και στην Ιατρική Μετάφραση. Τα κείμενα θα πρέπει να μεταφράζονται με μαθηματική, θα λέγαμε, ακρίβεια. Όπως, γίνεται εύκολα αντιληπτό, ένας φοιτητής Ιατρικής για παράδειγμα, στην Ισπανία που διαβάζει ένα μεταφρασμένο βιβλίο Ιατρικής από τα Ελληνικά, θα πρέπει να καταλαβαίνει ακριβώς τα ίδια πράγματα με τον Έλληνα φοιτητή, που διαβάζει το ίδιο βιβλίο αμετάφραστο. Η ιατρική ορολογία, είναι λογικό, να απαρτίζεται από πάρα πολλούς όρους κι αυτό συμβαίνει διότι, ήδη από την αρχαιότητα, ο άνθρωπος προσπαθεί να μεταδώσει πληροφορίες σχετικά με ασθένειες, την πρόληψη και την θεραπεία τους (Παριανού 2004: 371-372). Το γεγονός, ότι οι Έλληνες ήταν από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την Ιατρική, παγκοσμίως, σηματοδοτεί το γεγονός ότι πολλοί ιατρικοί όροι έχουν ρίζα τους στην ελληνική γλώσσα. Σημαντικό ρόλο στην ιατρική ορολογία, έπαιξε και η λατινική γλώσσα, καθώς η εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης, συνεχίστηκε στην Ρώμη. Έπειτα, η εκάστοτε επίσημη γλώσσα του κάθε κράτους, προσάρμοσε την ορολογία αυτή, που στην ουσία ήταν δάνειο από τα ελληνικά και τα λατινικά (πχ. στα αγγλικά ο όρος “dysentery” αποδόθηκε ως “dysentery”). Από την άλλη η γερμανική γλώσσα και αναφέρεται ως παράδειγμα διότι και το προς μετάφραση κείμενο της εργασίας είναι στην γερμανική, δημιούργησε τους δικούς της όρους πάνω στους ελληνικούς και στους λατινικούς όρους (π.χ. ο όρος “dysentery” αποδόθηκε ως “Ruhr”). Βέβαια κατά την μετάφραση του παρόντος ιατρικού κειμένου, παρατηρήθηκε ότι κάποιοι όροι χρησιμοποιούνται αυτούσιοι στα λατινικά ή τα ελληνικά (πχ. “supraorbital”, “Koma” κ.ο.κ.).

Ένα άλλο φαινόμενο, πέραν του δανεισμού, που παρατηρείται συχνά στην ιατρική ορολογία είναι αυτό της συνωνυμίας. Όσο η επιστήμη της εξελίσσεται είναι πολύ λογικό να υπάρχουν συνώνυμοι όροι, οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται, μπορεί όμως και όχι. Συνήθως, το φαινόμενο παρατηρείται, όταν γίνεται προσπάθεια εκλαΐκευσης της Επιστήμης. Πολλές φορές είναι λογικό το φαινόμενο, αυτό να έχει αρνητικές επιπτώσεις, είναι όμως αναπόφευκτο (Κεραμίδας 2015:99). Οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις, συνήθως, αναφέρονται στον μεταφραστή, ο οποίος θα πρέπει να ψάξει αναλυτικότερα την ορολογία για να δει ποιος όρος ταιριάζει στο κείμενο, το οποίο μεταφράζει. Πολλές φορές, μάλιστα, κρίνεται αναγκαίο ο μεταφραστής να συμβουλευτεί έναν ειδικό, που να ασχολείται επαγγελματικά με το αντικείμενο πάνω στο οποίο μεταφράζει, προκειμένου να επιλέξει τον σωστό όρο και να μην παραποιήσει το κείμενο.

Το τελευταίο φαινόμενο, που αναφέρθηκε είναι κάτι που αντιμετώπισα κι εγώ μεταφράζοντας το ιατρικό κείμενο που παρατίθεται στην εργασία. Χρειάστηκε να συμβουλευτώ πέραν του διαδικτύου και ιατρικές εγκυκλοπαίδειες, προτού προχωρήσω στην απόδοση του όρου. Γιατί, όπως είπαμε και παραπάνω, το σημαντικότερο πάντα στην μετάφραση είναι να μην παραποιείται το πρωτότυπο κείμενο στην απόδοση του σε μία άλλη γλώσσα.

III. Σχετικά με το “Προς Μετάφραση Κείμενο”

Το κείμενο που επιλέχθηκε προς μετάφραση για την παρούσα εργασία, είναι διάφορα κομμάτια από το βιβλίο των Hermann S. Füeßl και Martin Middeke “Anamnese und Klinische Untersuchung”, του εκδοτικού οίκου Thieme. Στα ελληνικά, ο τίτλος μεταφράστηκε “Ιατρικό Ιστορικό και Κλινική Έρευνα”. Και οι δύο συγγραφείς είναι καθηγητές Ιατρικής. Ο Prof. Dr. Martin Middeke, σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο Ludwig Maximilians στο Μόναχο, Έχει πάνω από 3.000 δημοσιεύσεις, ως αρχισυντάκτης του γερμανικού ιατρικού περιοδικού “DMW”, από τις οποίες, 68 αποτελούν πρωτότυπα άρθρα με κύριο θέμα την αρτηριακή πίεση, την υπέρταση και τις καρδιαγγειακές μεταβολές. Επίσης έχει διατελέσει καθηγητής σε διάφορα πανεπιστήμια. Ο Prof. Dr. Hermann S. Füeßl, σπούδασε επίσης ιατρική. Είναι διευθυντής σύνταξης στο περιοδικό “MMW-Fortschritte der Medizin” και υπήρξε αναπληρωτής καθηγητής στο LMU του Μονάχου. Έχει ασχοληθεί με την ιατρική εκπαίδευση για περισσότερα από 30 χρόνια και εξειδικεύεται στην γαστρεντερολογία. Πλέον, βρίσκεται σε σύνταξη από το 2015.

Το κείμενο προς μετάφραση, λοιπόν, είναι ένα επιστημονικό κείμενο, και συγκεκριμένα είναι η 3η έκδοση του βιβλίου τους (2005), την οποία μάλιστα έχουν εμπλουτίσει (“Auch für diese Auflage ...lehrreich angesehen und daher erweitert”). Η συγκεκριμένη έκδοση, λοιπόν, αναλύει διάφορους τομείς στον κλάδο της Ιατρικής. Οι τομείς αυτοί, αναφέρονται: (1) στην σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού-ασθενούς (“Allgemeine Aspekte der Begegnung zwischen Arzt und Patient”), και (2) με το πως μπορεί να εξελιχθεί η σχέση αυτή, ανάλογα με τον χαρακτήρα του ασθενούς (π.χ. “Der traurige Patient”). Πιο πολύ, θα λέγαμε το κομμάτι αυτό είναι επιμορφωτικό για τον γιατρό, για να μπορέσει να έχει μία αντίληψη πως να αντιμετωπίσει έναν δύσκολο ασθενή (“Der schwierige Patient”, “Im Zweifelsfall holen Sie die Polizei ..den Patienten induzierte – Interesselosigkeit.”). Επίσης, (3) αναφέρεται στην σημασία που παίζει το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, στην τελική διάγνωση που θα κάνει ο γιατρός και φυσικά ως προς την θεραπεία, όπου κι αν είναι εφικτή, που θα προτείνει στον ασθενή να ακολουθήσει (“Anamnese”, “Soweit bei nur bewusstseinsgetrübten Patienten... dem Ablauf der Ereignisse und den Begleitumständen, erforderlich.”). Φυσικά, το βιβλίο (4) αναλύει και κάποιες ασθένειες και παθήσεις, είτε σωματικές (π.χ. “Palmarerythem”, “Ikterus” κτλ) είτε ψυχολογικές (π.χ. “Untersuchung von Bewusstlosen”, “Delir” κτλ), που μπορεί να αντιμετωπίσει ο εκάστοτε ιατρός. Το κεφάλαιο με τις σωματικές παθήσεις και τις ασθένειες, είναι αυτό που έχουν εμπλουτίσει περισσότερο απ’ όλα (“Die Blickdiagnosen im Teil B wurden als didaktisch besonders lehrreich angesehen und daher erweitert.”). Επιπλέον το βιβλίο, (5) παρέχει φωτογραφικό υλικό. Βέβαια, οι φωτογραφίες στην παρούσα εργασία παρακάμφθηκαν, καθώς το θέμα μπορεί να ενοχλούσε κάποιους από τους αναγνώστες. Εννοείται, πως όταν μεταφράζεται το βιβλίο για σκοπούς επιμόρφωσης, οι φωτογραφίες είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν. Και φυσικά, από το βιβλίο δεν θα μπορούσαν να λείπουν (6) οι επεξηγήσεις (π.χ. “bezeichnet eine reversible...aber inadäquat (z.B. Alkoholentzugsdelir”), οι οποίες είναι πολύ σημαντικές, καθώς γνωρίζουμε ότι η Ιατρική είναι μία Επιστήμη, η οποία συνεχώς εξελίσσεται και οι γιατροί πρέπει να είναι πάντα ενήμεροι και πρόθυμοι να διαβάσουν. Από τα παραπάνω λοιπόν, γίνεται αντιληπτό, ότι το συγκεκριμένο βιβλίο, θα μπορούσε κανείς να το βρει είτε στην προσωπική βιβλιοθήκη κάποιου γιατρού, είτε στην βιβλιοθήκη κάποιου Πανεπιστημίου Ιατρικής,

Όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι συγγραφείς στον *Πρόλογο* τους, οι φοιτητές έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον για το βιβλίο (“Auch für diese Auflage... deutscher Fakultäten umgesetzt”), οπότε υποθέτουμε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό που δείχνει ενδιαφέρον για το βιβλίο είναι φοιτητές. Δεν αναιρείται φυσικά το γεγονός, ότι θα μπορούσε το βιβλίο αυτό να το διαβάσει και κάποιος, ο οποίος δεν έχει σπουδάσει Ιατρική, για επιμορφωτικούς λόγους, σαν εγκυκλοπαίδεια., ιδιαίτερα το Β’ Μέρος, που παρέχει πληροφορίες για διάφορες ασθένειες.

Άλλωστε, για να έδειξαν τόσο μεγάλο ενδιαφέρον οι φοιτητές, που δεν είναι ακόμη καταρτισμένοι, σημαίνει ότι το βιβλίο είναι ιδιαίτερα επιμορφωτικό και μπορεί να το διαβάσει και κάποιος που δεν εξειδικεύεται στο αντικείμενο. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, το προς μετάφραση κείμενο, ανήκει στην κατηγορία της Τεχνικής Μετάφρασης και πιο συγκεκριμένα στην Ιατρική Μετάφραση. Έτσι, από την επιλογή του κειμένου, γίνεται αντιληπτό, ότι η πρόκληση για το άτομο που μεταφράζει είναι μεγάλη. Και η πρόκληση αυτή, του μεταφραστή, χαρακτηρίζεται ως μεγάλη, καθώς το μετάφρασμα, θα πρέπει να μην αποκλίνει ως προς το ύφος και την σημασία του από το πρωτότυπο κείμενο. Θα πρέπει με λίγα λόγια, η μετάφραση, το κείμενο δηλαδή που προκύπτει στην γλώσσα αφίξεως, να είναι ισοδύναμο, με το κείμενο στην γλώσσα αφετηρίας. Ουσιαστικά, να γίνει αντικατάσταση του κειμένου, από τα γερμανικά στα ελληνικά ισοδύναμα. Στην προκειμένη, περίπτωση λοιπόν, όπου ασχολούμαστε με ένα κείμενο επιστημονικού περιεχομένου, θα πρέπει όσο τίποτα άλλο να ισχύει, η φράση που αναφέρει, ότι “η μετάφραση πρέπει να είναι ένα πιστό αντίγραφο των ιδεών, που αρθρώνονται στο πρωτότυπο κείμενο” (Κεντρωτής 1996: 54).

Αν κατηγοριοποιούσαμε το κείμενο μας, σύμφωνα με τον Καρλ Μπύλερ (Munday 2001: 124) , θα το κατατάσσαμε στα πληροφοριακά κείμενα. Αυτό σημαίνει, ότι το κείμενο μας έχει ως κύριο σκοπό την απλή μετάδοση δεδομένων και συγκεκριμένα πληροφοριών και γνώσεων πάνω σε ένα γνωστικό αντικείμενο. Στην περίπτωση μας, το κείμενο έχει ως στόχο να παρέχει πληροφορίες και γνώσεις, που σχετίζονται με την ιατρική και είτε να επιμορφώσει μελλοντικούς γιατρούς, στην περίπτωση που το βιβλίο το διαβάσει ένας φοιτητής είτε να δώσει παραπάνω συμβουλές σε έναν ήδη καταρτισμένο γιατρό, που επιθυμεί να διευρύνει το γνωστικό του πεδίο, είτε να παρέχει γνώσεις σχετικά με την ιατρική σε έναν μέσο άνθρωπο, που θέλει, απλά να λάβει μία παραπάνω γνώση σε ένα αντικείμενο. Φυσικά και ο τελευταίος, προκειμένου να κατανοήσει το κείμενο, θα χρειαστεί να αναζητήσει κάποιους όρους, παραπάνω, από τους προηγούμενους δύο, καθώς δεν θα τους κατανοεί, όπως αυτοί που έχουν λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση στον τομέα της Ιατρικής. Αυτό, φυσικά, δεν αλλάζει τον σκοπό του μεταφραστή.

Κατατάσσοντας, λοιπόν, το κείμενο στα είδη των πληροφοριακών, αυτομάτως αντιλαμβανόμαστε ότι η γλώσσα που χρησιμοποιείται για την μετάδοση της πληροφορίας είναι λογική (Munday 2001:126). Αυτό σημαίνει, ότι στο κείμενο δεν συναντάμε καμία μεταφορά ή παρομοίωση του λόγου, όπως θα συναντούσαμε σε ένα λογοτεχνικό κείμενο ή σε ένα ποίημα. Άλλωστε, πως θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε μεταφορά του λόγου ή παρομοίωση, όταν περιγράφουμε ένα σύμπτωμα σε μία ασθένεια (π.χ. “Diagnose: Caput medusae ...Aszites”); Ο τρόπος που εκφράζονται οι συντάκτες του κειμένου είναι σαφής, απλός και κατανοητός. Δεν μακρηγορούν και εστιάζουν στο περιεχόμενο, ιδιαίτερα όταν αναφέρεται στην Διάγνωση (π.χ. “Diagnose: Ikterus bei alkoholtoxischer Hepatitis...am besten bei Tageslicht erkannt.”). Από την λογική γλώσσα του κειμένου, καταλαβαίνουμε, ότι και το ύφος του θα είναι επίσημο.

Παρατηρούμε, ότι στο κομμάτι που δίνει παραδείγματα κάποιων ασθενειών και επιζητά, από τον αναγνώστη, κυρίως τον αρχάριο, που εκπαιδεύεται να γίνει γιατρός (“Die folgenden Abbildungen...am rechten Bildrand steht.”), να δώσει μία απάντηση στην ερώτηση “σε ποια ασθένεια παροτρύνουν τα συμπτώματα που εμφανίζονται στις φωτογραφίες”, η οποία φαίνεται να είναι κάποια άσκηση για τους φοιτητές, αναφέρεται στον αναγνώστη στον πληθυντικό ευγενείας (“Nennen Sie mindestens zwei häufige Erkrankungen, bei denen die dargestellte Veränderung auftreten kann.”). Επίσης, σε διάφορες περιπτώσεις στο ίδιο κομμάτι του κειμένου, παρατηρείται ότι η αναφορά στην πάθηση ή στην ασθένεια γίνεται με τον λατινικό όρο (π.χ. “Caput medusae”, “arteriell-kapillar” κ.ο.κ.).

Το γεγονός αυτό, προσδίδει στο κείμενο ένα επιστημονικό κύρος και αναβαθμίζει, θα μπορούσαμε να πούμε το περιεχόμενο του. Στην περίπτωση των λατινικών όρων, ο αναγνώστης που το διαβάζει από το πρωτότυπο, ίσως χρειαστεί να αναζητήσει σε κάποιο ιατρικό λεξικό ή στο διαδίκτυο την επεξήγηση τους, για να μπορέσει να κατανοήσει το κείμενο. Ο εκάστοτε μεταφραστής μπορεί να χρησιμοποιήσει στην μητρική του γλώσσα, αντίστοιχα επίσημους, ας το πούμε, όρους που χρησιμοποιούνται σε πιο καθημερινή βάση και ο αναγνώστης που διαβάζει το κείμενο μεταφρασμένο, να μην χρειαστεί να ψάξει περεταίρω για να κατανοήσει το κείμενο.

Εν κατακλείδι, όλα τα χαρακτηριστικά του προς μετάφραση κειμένου, που αναφέρθηκαν, είναι τα ίδια ή παρόμοια χαρακτηριστικά που συναντάμε στα περισσότερα κείμενα, άρθρα κ.ο.κ. με παρόμοιο περιεχόμενο.

Β' ΜΕΡΟΣ

I. Πρωτότυπο Κείμενο

Hermann S. Fießl Martin Middeke
Duale Reihe “Anamnese und Klinische Untersuchung”

Vorwort zur 3. Auflage

Wenn nur drei Jahre zwischen dem Erscheinen der zweiten und der hier vorliegenden dritten Auflage eines Lehrbuches liegen, so ist das der beste Beweis für den Erfolg des Werks. Auch für diese Auflage haben wir zahlreiche Wünsche und Anregungen von besonders interessierten Medizinstudenten und engagierten klinischen Lehrern vieler deutscher Fakultäten umgesetzt. Die Blickdiagnosen im Teil B wurden als didaktisch besonders lehrreich angesehen und daher erweitert. Mit der Aufnahme einiger Seiten zur Historie der Auskultation und Perkussion sowie eines „Minidramas“ wollen wir beweisen, dass die Lektüre eines Lehrbuchs über die bloße Wissensvermittlung hinaus auch anregend und spannend sein kann. Damit geht die dritte Auflage weit über das Pflichtprogramm der Erlernung ärztlicher Basistechniken hinaus. Leider werden in der medizinischen Realität, gerade unter dem wachsenden Diktat der Ökonomisierung der Medizin, das Arzt-Patienten-Gespräch und die zugewandte körperliche Untersuchung immer weniger angewandt. Wir halten das für einen Irrweg und einen der Gründe für die Unzufriedenheit vieler Menschen mit der modernen Medizin, trotz ihrer unbestreitbaren Erfolge. Durch geschulten Einsatz von Zuhören und Sprechen, das richtige Fragen und durch die sorgfältige Beobachtung von Befunden und Symptomen mit den fünf Sinnen fühlt sich der Patient nicht nur in seiner Individualität als Person gewürdigt. Vielmehr wird auch der Weg gebahnt zu sinnvollen und zielorientierten weiterführenden Maßnahmen. Auf diese Weise werden die ärztlichen Basistechniken zu einem höchst ökonomischen Faktor mit einem enorm günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis.

München, im Juli 2005 Hermann S. Fießl Martin Middeke

Teil A: Grundlagen der Arzt-Patient-Beziehung

1. Allgemeine Aspekte der Begegnung zwischen Arzt und Patient

Die Begegnung zwischen Patient und Arzt in der Sprechstunde stellt eigentlich einen höchst ungewöhnlichen Vorgang dar: Zwei Unbekannte mit meist sehr unterschiedlichen Voraussetzungen treffen sich ohne Zeugen zu einem vertraulichen Gespräch. Der eine lädt seine Last ab und gewährt dabei innerhalb von Sekunden dem anderen Einblicke in sein Innerstes, das er einem anderen Menschen, selbst seinem engsten Angehörigen, vielleicht nie preisgeben würde. Der andere ist professionell daran gewöhnt, Klagen zu hören, und versucht, alle seine natürlichen und erlernten Fähigkeiten zu nutzen, um dem Patienten zu helfen. In die Präsentation der Symptome vonseiten des Patienten und die Perzeption des Gesagten vonseiten des Arztes fließen beider Erlebnisse, Gefühle, Herkunft, Bildungsstand, Gemütslage und Weltanschauungen mit ein. Auch insofern ist die Begegnung einmalig und nicht wiederholbar. Dies ist übrigens einer der Gründe für die schlechte Reproduzierbarkeit von Anamnesen. Im Idealfall bildet das Verhältnis zwischen Arzt und Patient eine

„Insel der Seligen“ in der heute mehr denn je ausgeprägten Tendenz zu Misstrauen und SichVerstellen. Gerade deshalb trägt der Arzt ein hohes Maß an Verantwortung, den ihm entgegengebrachten Vertrauensvorschuss und die Informationen nach bestem Wissen und in integrierter Weise zum Wohl des Patienten zu nutzen. Sei es subjektiv durch vorhandene Ängste, sei es objektiv durch eine bedrohliche Krankheit – der Patient befindet sich gegenüber dem Arzt immer in einer unterlegenen Position. Der professionelle Umgang mit dem Patienten und die institutionalisierte Beziehung zwischen Helfer und Hilfsbedürftigen bergen für den Arzt immanently die Gefahr, sich überlegen zu fühlen. Dieses Gefühl der Überlegenheit kann seinen Ausdruck in einem autoritären oder arroganten Verhalten des Arztes finden, das sich negativ auf die Arzt-Patienten-Begegnung auswirken wird.

2 Ziele der Begegnung zwischen Arzt und Patient

Angestrebtes Ziel der Begegnung zwischen Arzt und Patient ist die Befreiung des Patienten von seinen Beschwerden, zumindest aber deren Linderung. Die demografische Entwicklung mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung bringt es mit sich, dass eine „Heilung“ im eigentlichen Wortsinn gerade im Bereich der Inneren Medizin eher die Ausnahme ist. Meist können funktionelle, degenerative und chronische Krankheiten nur in einer Art temporärer Balance gehalten werden. Dies bedeutet, dass die betroffenen Patienten über viele Jahre auf ihrem Lebensweg ärztlich begleitet werden müssen; je erfolgreicher die Medizin wird, um so länger. „Ehe ein fähiger Arzt seinem Patienten eine Arznei verabreicht, macht er sich nicht nur mit der Krankheit, die er zu heilen gedenkt, vertraut, sondern auch mit den Lebensgewohnheiten und der Konstitution des kranken Menschen selbst.“ Dieses Wort Ciceros, obwohl mehr als 2000 Jahre alt, ist heute aktueller denn je und beleuchtet schlaglichtartig eines der wichtigsten Probleme der modernen Medizin. Bei der ersten Begegnung ist es zunächst Aufgabe des Arztes, eine erste Beziehung aufzubauen, auf deren Basis ein vertrauensvolles Gespräch möglich ist. Dies wird erreicht durch höfliches, freundliches und zugewandtes Verhalten (s.S. 5). Kernpunkt des ersten Gesprächs ist die Gewinnung von Information durch den Arzt im Rahmen der Anamnese. Diese beginnt mit der Schilderung des führenden Symptoms.

Konzentriertes Zuhören und Fragen zur früheren Anamnese, Berufs- und Familienanamnese liefern nicht nur wichtige Informationen, sondern vermitteln auch dem Patienten den Eindruck von Gründlichkeit, Sorgfalt und Mitgefühl. Ähnliches gilt für die körperliche Untersuchung, die deshalb auch nicht vernachlässigt werden sollte, selbst wenn der Arzt die Wahrscheinlichkeit für gering hält, dabei entscheidende Hinweise für die Diagnose zu erhalten. Am Ende der ersten Begegnung sollten Sie die erhobenen Befunde mit dem Patienten besprechen und ihm Ihre vorläufigen Überlegungen zum weiteren Vorgehen mitteilen. Gemeinsam müssen das diagnostische Vorgehen, evtl. auch schon die therapeutischen Maßnahmen und Ziele festgelegt werden. Anhand der Reaktion des Patienten erfahren Sie vieles über dessen Grundeinstellung zur Medizin an sich. Ist er eher kritisch gegenüber medizinischen Maßnahmen eingestellt, lässt er vertrauensvoll alles über sich ergehen, möchte er „letzte Sicherheit“ durch apparative Diagnostik, neigt er zur Aggravation oder Dissimulation, bevorzugt er Zuwarten oder möchte er alles am liebsten operativ gelöst haben. Die denkbaren Möglichkeiten sind hier unbegrenzt. Anhand Ihres Verhaltens wird der Patient auch entscheiden, ob er mit Ihnen eine stillschweigende Übereinkunft erzielen kann oder nicht. Letztlich haben daher die meisten Ärzte

die Patienten, die am besten zu ihnen passen – ein Phänomen, das beim Wechsel von Praxisinhabern immer wieder zutage tritt. Die hier geschilderten Gesichtspunkte spielen vor allem beim geplanten Arztbesuch in der Praxis eine Rolle. Sie treffen prinzipiell aber auch auf Patienten im Krankenhaus, in der Notaufnahme oder beim Hausbesuch zu, wenngleich sich die Gewichtung verschiebt: Kommt ein Patient mit starken abdominellen oder Thoraxschmerzen, so wird man sich zunächst auf das akute Problem konzentrieren. Die Variationsbreite der ärztlichen Vorschläge und die Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten sind aus begreiflichen Gründen geringer, psychosoziale Aspekte spielen im Gespräch zunächst noch keine Rolle.

(....)

7 Spezielle Probleme

7.1 Der schwierige Patient, Umgang mit Aggressionen

Beziehung des Patienten zum Arzt hängt davon ab, wie der Patient Autorität erlebt hat und Konflikte mit Autoritätspersonen (meist den Eltern) lösen konnte. Hierdurch können seitens des Patienten unangebrachte Gefühle oder Verhaltensweisen in die Arzt-Patienten-Beziehung eingehen, die nur im biografischen Kontext verständlich sind. Andererseits entstehen beim Arzt Gefühle (Zuneigung, Mitleid, Ekel, Wut, Ärger, Aggression), die wiederum von der persönlichen Entwicklung und Erfahrung des Arztes abhängen. In dieser Situation wird der Arzt selbst zum diagnostischen Instrument, zumal wenn er versucht, seine eigenen Gefühle wahrzunehmen. Dann wird es ihm möglich sein, den Patienten ehrlich und ohne Werturteil anzunehmen und zu behandeln, unabhängig davon, ob er Alkoholiker ist, AIDS hat, Ausländer, Snob, Obdachloser oder Professor usw. ist. Wenn dies gelingt, wird ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis – auch mit dem „schwierigen“ Patienten – möglich. Der Umgang mit dem schwierigen Patient stellt eine Herausforderung an den Arzt dar. Er muss den Umgang mit Aggression erlernen. Patienten mit einer aggressiv-paranoiden Persönlichkeitsstruktur bereiten besondere Probleme, weil sie ungern dominiert werden. Häufig wird der Arzt in seinen diagnostischen und therapeutischen Handlungen offen oder latent kritisiert. Nur wenn der Arzt auf Auseinandersetzungen verzichtet und dem Patienten das Gefühl vermittelt, dass er Kritik üben kann, wird das Arbeitsbündnis erhalten bleiben. Praktische Beispiele für den Umgang mit schwierigen und/oder aggressiven Patienten: Rechnen Sie mit verbaler und gelegentlich sogar tätlicher Gewalt. Besonders häufig findet man sie in Notaufnahmen, in psychiatrischen Arbeitsfeldern und in Hausarztpraxen. Denken Sie an Ihren Selbstschutz: „Meine Unversehrtheit ist mir ebenso wichtig wie der Wunsch zu helfen.“ Setzen Sie klare Grenzen, z.B.: „Wir verstehen uns nicht, so kann ich Ihnen nicht helfen.“ Wenn eine Beleidigung oder sonstige aggressive Handlung eingetreten ist, brechen Sie die Behandlung ab: „Stopp, das reicht jetzt, unter diesen Umständen mache ich nicht weiter.“ Lassen Sie sich unbedingt einen Fluchtweg, d.h. eine Tür, die durch den Patienten nicht versperrt werden kann. Versuchen Sie möglichst weitere Personen dazu zu holen, wenn Sie merken, dass die Luft „dick“ wird. Dokumentieren Sie genau, wie Sie beleidigt, bedroht oder angegriffen wurden. Informieren Sie Ihre Vorgesetzten über derartige Vorfälle. Wenden Sie niemals selbst direkte Gewalt an, es sei denn bei unmittelbarer Gefahr. Im Zweifelsfall holen Sie die Polizei. Bei eher passiven und misstrauischen („schizoiden“) Patienten besteht die Gefahr der oberflächlichen Untersuchung und Behandlung durch eigene – durch den Patienten induzierte – Interesselosigkeit.

7.2 Der traurige Patient

Krankheit kann uns sehr emotional treffen. Wer selbst einmal krank war, weiß, wie allein man mit Schmerzen sein kann, wie man plötzlich hoffnungslos und traurig werden kann. Es ist daher nicht verwunderlich, dass manchen Patienten „zum Heulen“ zumute ist, selbst wenn die medizinische Seite hierzu „objektiv“ keine Veranlassung bietet. Als Arzt sollte man bemüht sein, solche Gefühle und Gefühlsausbrüche auszuhalten.

Praktisches Beispiel. Ablenken oder beschwichtigen ist wenig hilfreich: Es ist ja nicht so schlimm. Ist ja schon gut. Das wird schon wieder. Das Eingehen auf der emotionalen Ebene wirkt bereits als Therapie und löst den Affekt auf natürliche Weise: Ich kann gut verstehen, dass Sie das traurig macht. Man merkt, dass Sie darüber sehr besorgt sind. Weinen Sie sich nur aus. Es hilft Ihnen sicher, wenn Sie mir Ihre Sorgen, Ängste usw. erzählen. Was bedrückt Sie?

Vielen Patienten ist bereits sehr geholfen, wenn sie über ihre Emotionen sprechen und ihre Geschichte erzählen können. Manche Patienten wollen sich aber nicht weiter öffnen, dann ist es auch nicht angebracht zu insistieren

7.3 Der hypochondrische Patient

Bei hypochondrischen Patienten kann es schwierig sein, zwischen funktionellen und typischen organischen Symptomen zu differenzieren. Diese Schwierigkeit resultiert aus der oft sehr vagen und gleichzeitig voreingenommenen Präsentation der Symptome. Trotz intensiver Untersuchung, Aufklärung und Beratung bleibt aufseiten des Patienten die Besorgnis, dass die Diagnose nicht stimmt oder irgendeine ernste Erkrankung übersehen wurde. Die eigene Beobachtung wird übertrieben. Das führt zu einer „ungesunden“ Körperwahrnehmung: Selbst normale Körperfunktionen und harmlose Symptome wie Schwindel nach raschem Aufrichten aus gebückter Haltung, Herzklopfen bei Anstrengung, Darmtätigkeit, Blähungen oder Muskelkater werden als krankhaft interpretiert und veranlassen den Patienten, einen Arzt aufzusuchen. Die Arztbesuche häufen sich, früher oder später kommt es zum Arztwechsel. Die Patienten haben häufig eine lange „Krankheitskarriere“ mit einer Vielzahl von Arztkonsultationen hinter sich. Merke. Hinter den präsentierten Symptomen verbirgt sich sehr häufig eine Depression oder eine andere psychische Störung. An eine depressive Episode sollten Sie denken, wenn der Patient über Antriebsstörungen, Energieverlust und Müdigkeit klagt und an sich selbst Interesse- und Freudlosigkeit feststellt. Weitere Hinweise sind der Verlust des Selbstwertgefühls, übertriebene Schuldgefühle, Todes- und Suizidgedanken, Entscheidungsunfähigkeit, psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust. Die Patienten akzeptieren aber nur sehr widerwillig diese Sichtweise und sind daher für eine entsprechende Therapie nicht motiviert. Sie beharren auf der organischen Ebene. Je mehr der Arzt darauf eingeht und die Möglichkeit einer organischen Erkrankung offen lässt, umso mehr wird der Patient auf dieser Ebene fixiert sein. Es ist daher sehr wichtig, diese Ebene so kurz, präzise und sicher abzuhandeln wie nur möglich

(...)

Teil B

1 Blickdiagnosen

Eine ärztliche Diagnose zu stellen ist in der Regel ein langwieriger Prozess, der ausgehend von der Anamnese und der körperlichen Untersuchung, über Laboruntersuchungen und evtl. technische Untersuchungsverfahren zum Ziel kommt. Körperliche Symptome sind meist vieldeutig. Als Beispiel sei eine ungewöhnliche Gesichtsblassheit genannt: Dieses Symptom kann nur eine harmlose Normvariante sein, es kann sich aber auch um eine Anämie oder die Begleiterscheinung einer schweren Nierenerkrankung handeln. Bestimmte körperliche Symptome sind allerdings für gewisse Erkrankungen so charakteristisch, dass sich bei deren Auftreten fast auf den ersten Blick eine Diagnose stellen lässt. Zumindest können sie die Differenzialdiagnosen erheblich einengen. Es genügt dann manchmal ein weiterer Befund, eine entscheidende, positiv beantwortete anamnestische Frage oder die Erkennung der Gesamtkonstellation zur richtigen Diagnosestellung. Die Blickdiagnose kann somit den Weg zur endgültigen Diagnose entscheidend verkürzen, da weiterführende Untersuchungen gezielter, ökonomischer und für den Patienten weniger belastend eingesetzt werden können. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis der pathognomonischen, charakteristischen oder zumindest wegweisenden Symptome, da man in der Regel nur das sieht, was man auch kennt. Bei allen Fortschritten der Medizin behält die unmittelbare Krankenbeobachtung auch in Zukunft ihren hohen Stellenwert. Die folgenden Abbildungen* zeigen eine – naturgemäß unvollständige – Auswahl von Befunden, bei denen der Erfahrene unmittelbar eine hochwahrscheinliche Diagnose stellen kann. Für den Anfänger sind es reizvolle Aufgaben, deren Auflösung jeweils am rechten Bildrand steht.

B-1.1

Das Abdomen des Patienten ist ballonartig aufgetrieben, an der Bauchhaut findet sich eine deutliche Venenzeichnung. Bei der Perkussion spürt man ein typisches Undulationsphänomen. ?Wie bezeichnet man die prominente Venenzeichnung? Welche Diagnose liegt am wahrscheinlichsten vor? Welche Komplikation dieser Erkrankung hat der Patient?

Antwort B-1.1

Diagnose: Caput medusae alkoholische Leberzirrhose portale Hypertension mit Aszites

B-1.2

Der 52-jährige Patient hat eine bekannt alkoholische Leberzirrhose. Im Rahmen eines erneuten Alkoholexzesses kam es zu einem Anstieg der Transaminasen und des Serumbilirubins bis auf einen Wert von 6,5 mg/dl. ?Was liegt vor?

Antwort B-1.2

Diagnose: Ikterus bei alkoholtoxischer Hepatitis

Die Anamnese und der Befund der ikterisch verfärbten Konjunktiven bei einem Serumbilirubin von über 6,5 mg/dl machen eine akute hepatische Cholestase wahrscheinlich, die durch den Alkoholexzess ausgelöst wurde. Die Gelbfärbung der Konjunktiven über den weißen Skleren ist ab einem Bilirubinwert von ca. 2,5 mg/dl sichtbar und wird am besten bei Tageslicht erkannt.

B-1.3

Nennen Sie mindestens zwei häufige Erkrankungen, bei denen die dargestellte Veränderung auftreten kann.

Antwort B-1.3

Diagnose: Palmarerythem

Ein Palmarerythem kann bei vielen Erkrankungen auftreten (z.B. Diabetes mellitus, Colitis ulcerosa, Herzinsuffizienz, Hyperthyreose). In diesem Fall hatte der Patient eine alkoholische Leberzirrhose. Weitere klinische Zeichen der Leberzirrhose s. unter Abb. B-1.35.

B-1.4

Wie heißt diese Hauterscheinung am rechten Hemithorax eines Patienten mit alkoholischer Leberzirrhose? Links: Nativbild; rechts: unter Glasspateldruck.

Antwort B-1.4

Diagnose: Spider-Nävi

Bei Druck mit dem Glasspatel lässt sich das zentrale Gefäß ausdrücken, der Nävus verschwindet. Lässt man den Druck nach, so füllt sich der arteriell-kapillare Spinnennävus von zentral nach peripher erneut und wird wieder rot.

B-1.5

Die Veränderungen bei diesem Patienten haben sich über Jahre hinweg entwickelt. ?Wie heißt die Erkrankung, und welche anamnestischen Angaben machen die Patienten meistens?

Antwort B-1.5

Diagnose: Akromegalie

Bei der Akromegalie nehmen die Akren, vor allem Kinn, Orbitalwülste, Nase und Hände, an Größe zu. Diese Veränderungen entwickeln sich meist langsam über Jahre hinweg und werden daher vom Patienten lange nicht bemerkt. Die Patienten klagen anamnestisch meist über: Ringe werden zu klein, Handschuhe passen nicht mehr, Kopfschmerzen, Sehstörungen.

(...)

B-1.33

Die 17-jährige Patientin stellt sich wegen symmetrischer Arthritiden der Fingergrund- und Mittelgelenke, allgemeinem Krankheitsgefühl und einem schmetterlingsförmigen Gesichtserythem vor. Wie heißt die zugrunde liegende Autoimmunerkrankung, und welcher Laborbefund ist diagnostisch beweisend?

Antwort B-1.33

Diagnose: systemischer Lupus erythematoses

Der Laborbefund von antinukleären Antikörpern, u.a. gegen Doppelstrang-DNA, ist bei dieser Autoimmunerkrankung diagnostisch beweisend. Weitere klinische Befunde können sein: generalisierte Lymphknotenschwellung, diffuser Haarausfall, Pleuritis, Perikarditis, Nephritis.

B-1.34

Die Patientin stellt sich mit einem Ödem im Bereich des linken Fußes vor. Um welche Form des Ödems handelt es sich? Begründen Sie Ihre Diagnose!

Antwort B-1.34

Diagnose: primäres Lymphödem

Im Gegensatz zum hydropischen Ödem bei Herzinsuffizienz, beim nephrotischen Syndrom oder bei der chronisch venösen Insuffizienz sind beim Lymphödem auch die Zehen mit einbezogen. Über den Zehengelenken sind Abschnürungen der Schwellungen (Stemmer-Falten) sichtbar. Ödeme bei Herz- und Niereninsuffizienz treten außerdem immer symmetrisch, d.h. nicht einseitig auf.

B-1.35

Wie heißt diese Zungenveränderung, was ist das pathologisch-anatomische Korrelat und bei welchen Grunderkrankungen kommt sie vor?

Antwort B-1.35

Diagnose: atrophische Glossitis (Lackzunge)

Atrophie der Zungenpapillen; Vorkommen bei Eisenmangelanämie, Vitamin B12- oder Folsäuremangel (Hunter-Glossitis), Malabsorption, z.B. bei Morbus Crohn, Dünndarmresektion, Sprue usw.

B-1.36

Die 28-jährige Patientin ist vor einigen Monaten an einer mesangioproliferativen Glomerulonephritis erkrankt. Das Serum-Kreatinin beträgt 5,2 mg/dl, die Eiweißausscheidung 3,6 g/die. Sie wird derzeit mit Steroiden behandelt. Vor allem am Morgen treten Lidödeme auf, das Hautkolorit ist „schmutzig“-blass. Welche anderen Ursachen der Lidödeme kommen differenzialdiagnostisch infrage?

Antwort B-1.36

Diagnose: Lidödeme bei Glomerulonephritis

Mögliche Differenzialdiagnosen der Lidödeme sind: endokrine Orbitopathie bei Hyperthyreose, Myxödem bei Hypothyreose, allergische Konjunktivitis, Quincke-Ödem.

(...)

Teil C

Kopf- und Halsbereich1 Kopf- und Halsbereich

1.1 Schädelkalotte und Gesichtsschädel

Das Gesicht des Patienten gibt Auskunft über Alter, Gesundheitszustand, Stimmung, Schmerzen, Leiden und vieles mehr. Der erste allgemeine Eindruck des Untersuchers basiert auf dem Gesichtsausdruck des Patienten. Mit Intuition und Erfahrung kann man viele Aspekte, die den gesamten Organismus und Menschen betreffen, in seinem Gesicht erkennen.

Das folgende Kapitel beschränkt sich auf organische Veränderungen im Kopf und Halsbereich sowie die Anamnese bei Kopfschmerzen. Da diese Region so viele verschiedene Strukturen und Funktionen verbindet, erscheint die Untersuchung von Kopf und Hals für den Anfänger als besonders schwer. Wenn gewisse Kenntnisse aus Anatomie und Physiologie jedoch vorhanden sind und eine konsequente Untersuchungsreihenfolge eingehalten wird, bleiben auch dem aufmerksamen Anfänger die pathologischen Veränderungen nicht verborgen.

1.1.1 Anatomie

Die Orientierung erfolgt bei der Untersuchung des Kopfes anhand der Schädelknochen, z.B. frontal, temporal usw.

1.1.2 Untersuchungstechniken

Inspektion

Die genaue Betrachtung ermöglicht bereits wichtige Blickdiagnosen, beispielsweise Alopezie (Haarausfall), Struma Grad III (= sichtbare Schilddrüsenvergrößerung), Lidödeme, Akromegalie. Veränderungen der Gesichtsfarbe sehen wir bei einer Anämie (blasse Haut), beim Ikterus (gelb), bei der Zyanose (blau), bei der Polyglobulie (rot-blau) oder beim seltenen Morbus Addison (braun).

Endokrine Störungen sind sehr häufig im Gesicht erkennbar. Das Vollmondgesicht ist typisch für den Morbus Cushing (Überfunktion der Nebennierenrinde mit Überproduktion von Kortisol). Sehr viel häufiger ist der Morbus Cushing iatrogen („durch den Arzt verursacht“) infolge einer Kortisontherapie. An Kinn, Oberlippe und Wangen kommt es zu verstärktem Haarwachstum. Bei der Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) ist das Gesicht aufgedunsen, die Haut trocken, die Haare stumpf und spröde. Bei Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose) findet man häufig einen Exophthalmus (die Augen treten hervor und glänzen, sie werden scheinbar größer); er verleiht dem Gesicht einen unruhigen oder ängstlichen Ausdruck. Bei der seltenen Akromegalie vergrößern sich die Gesichtszüge durch Wachstum der Akren (Nase, Kinn) infolge der Überproduktion von Wachstumshormon.

Das Gesicht des Parkinson-Patienten erscheint starr und wächsern; man bezeichnet es als Maskengesicht. Zur Bedeutung der Lidödeme, die Augenbrauen sind ebenso wie die übrigen Körperhaare hormonellen Einflüssen unterworfen. Tiefschwarze Verfärbung der Augenbrauen kommt bei der chronischen Porphyrrie vor.

Eine knöcherne Wucherung des Stirnbeins beobachtet man beim Morbus Paget (selten!): Der Patient braucht eine größere Hutnummer.

Eine auffällige Diskrepanz zwischen biologischem und kalendarischem Alter findet man bei hormonellen Störungen (z.B. Klinefelter-Syndrom mit glatter Haut und vermindertem Bartwuchs) und bei Diabetikern (rosa Haut). Vorgealtert erscheinen dagegen Patienten mit Gefäßsklerose (Koronarsklerose, Zerebralsklerose etc.). Bei einigen extrem seltenen Krankheitsbildern kommt es zu einer vorschnellen Alterung (Progerie), die bereits Kinder wie Greise aussehen lässt.

Palpation

Die Betastung des Kopfes erfolgt mit beiden Händen. Man tastet durch die Haare und achtet auf Unebenheiten, Vorwölbungen (z.B. „Grützbeutel“) oder Eindellungen, wie sie beispielsweise beim Plasmozytom auftreten können, wenn die Schädeldecke durch Plasmazellinfiltrate infiltriert bzw. durchlöchert ist.

Die Nervenaustrittspunkte werden mittels Daumendruck geprüft:

- Foramen supraorbitale (N. supratrochlearis)
- Foramen infraorbitale (N. infraorbitalis)
- Foramen mentale (N. mentalis).
- Die Palpation der Lymphknoten wird weiter unten. beschrieben.
- Bei älteren Patienten sollte immer auch die A. temporalis getastet werden (Ausschluss Morbus Horton).

Perkussion

Das Beklopfen der Schädelkalotte mit den Fingerspitzen erfolgt locker aus dem Handgelenk. Dabei wird erkundet, ob der Patient einen über die Erschütterung hinausgehenden umschriebenen Schmerz angeben kann. Wichtig ist vor allem das Beklopfen der Nasennebenhöhlen über der Stirn (Sinus frontalis) und über den Wangen (Sinus maxillaris) sowie des Mastoids bei V.a. Sinusitis oder Mastoiditis.

(....)

12 Untersuchung von Bewusstlosen

Die Bewusstseinslage eines Patienten gibt den Grad seiner Wachheit und der Wahrnehmung der Umwelt an. Voraussetzung für eine ungestörte Bewusstseinslage ist die intakte Interaktion zwischen Großhirn und oberem Hirnstamm, der für die stimulierenden Reaktionen verantwortlich ist. Die zunehmende Eintrübung des Bewusstseins wird in folgende Stadien eingeteilt.

- **Somnolenz:** abnorme Schläfrigkeit, Apathie, Benommenheit, verlangsamte Reaktion, erhöhte Reizschwelle; der Patient ist aber erweckbar und vollständig orientiert.
- **Sopor:** Es handelt sich um einen schlafähnlichen Zustand, der Patient kann nur durch starke Reize (lautes Ansprechen, Rufen, Schmerzreiz) kurzzeitig zum Bewusstsein gebracht werden, die Reflexe sind erhalten.
- **Stupor:** Reaktion nur auf kräftige Schmerzreize; der Patient ist nicht mehr erweckbar.
- **Koma:** stärkster Grad der Bewusstseinstrübung, keine Reaktion auf Umweltreize, die Reflexe sind weitgehend erloschen (Eigen- und Fremdrelexe), die vegetativen Reflexe werden nicht mehr beherrscht (der Patient nässt z.B. ein), Kreislauf und Atmung sind evtl. gestört.
- **Delir:** bezeichnet eine reversible Bewusstseinstrübung mit Desorientiertheit, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen. Der Patient ist ansprechbar, reagiert aber inadäquat (z.B. Alkoholentzugsdelir).

Wichtig ist es auch festzustellen, ob **Todeszeichen** vorliegen. Man unterscheidet **sichere** Todeszeichen, wie das Vorhandensein von Totenflecken (rötlich-zyanohische, konfluierende Flecken), Totenstarre, Fäulnis von unsicheren Todeszeichen (keine Atmung, keine Herztöne, Areflexie, Hautblässe, Abkühlung). Eine feinere Differenzierung und Bewertung der Bewusstseinslage erlaubt die **Glasgow-Koma-Skala** (Quantifizierung, Überwachung und Verlaufsbeurteilung von Bewusstseinsveränderungen). Die Punktzahl kann minimal 3 und maximal 15 betragen.

Koma besteht nach der Glasgow-Skala bei einem Score von ≤ 8 , z.B.:

- Augen: geschlossen (1)
- Bewusstsein: unverständliche Laute (2) oder weniger
- Motorik: gezielte Schmerzabwehr (5) oder weniger

Die **Ursachen** des akuten Bewusstseinsverlust kann man in 3 Gruppen einteilen:

1. **Primär zerebrale traumatische Schädigung** (z.B. Schädelverletzung, Contusio cerebri, Hirntumor, intrakranielle Blutung). Beispiel: Nach der traumatischen Ruptur der A. meningea media findet sich bei ausgeprägtem epiduralem Hämatom neben einer ipsilateralen Mydriasis und einer kontralateralen Halbseitensymptomatik eine Bewusstseinsstörung.

2. **Primär zerebrale nichttraumatische Schädigung** (z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Subarachnoidalblutung, Hirndrucksteigerung usw.).

3. **Sekundär zerebrale Schädigung** (z.B. Kreislaufstillstand, Hypoglykämie, Intoxikationen, Hypoxämie bei Anämie). Die sekundären zerebralen Störungen sind insgesamt die häufigste Ursache.

12.1 Allgemeines

Beim akuten Bewusstseinsverlust sind primär immer eine Hypoglykämie und ein Kreislaufstillstand auszuschließen: Dies erfolgt durch Pulstasten, Blutdruckmessen und Auskultation des Herzens. Wegen der Häufigkeit des Vorkommens einer Hypoglykämie im Rahmen des Diabetes mellitus (unter Therapie) sollte bei Bewusstlosen schnell eine Blutzuckermessung erfolgen. Die probatorische Gabe von Glukose (als Infusion) ist auf jeden Fall indiziert. Danach sind traumatische von atraumatischen ZNS-Schädigungen zu unterscheiden

12.2 Anamnese

Soweit bei nur bewusstseinsgetrübten Patienten noch eine Befragung möglich ist, sollte nach den Begleitumständen der Erkrankung, nach Vorerkrankungen wie Diabetes, Infarkt, Epilepsie usw. und nach Medikamenteneinnahmen gefragt werden. In jedem Fall ist die Fremdanamnese, d. h. die Befragung der Begleitpersonen nach der Vorgeschichte, dem Ablauf der Ereignisse und den Begleitumständen, erforderlich.

II. Μεταφρασμένο Κείμενο

Hermann S. Fülel Martin Middeke

Διπλή Σειρά “Ιατρικό Ιστορικό και Κλινική Έρευνα”

Πρόλογος της 3ης έκδοσης

Το γεγονός ότι, η δεύτερη και η τρίτη έκδοση ενός βιβλίου έχουν μόνο τρία χρόνια διαφορά, είναι η καλύτερη απόδειξη της επιτυχίας ενός έργου. Επίσης στην έκδοση αυτή, έχουμε προσθέσει πολλά αιτήματα και προτάσεις από φοιτητές ιατρικής, που έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το έργο και από αφοσιωμένους καθηγητές κλινικών από πολλές γερμανικές σχολές. Οι διαγνώσεις “με το μάτι” στο Μέρος Β, θεωρήθηκαν ιδιαίτερα διδακτικές και συνεπώς έχουν επεκταθεί. Με το να συμπεριλάβουμε μερικές σελίδες σχετικά με την ιστορία της ακρόασης και της επίκρουσης, καθώς και ένα “μικρό δράμα”, θέλουμε να αποδείξουμε ότι η ανάγνωση ενός βιβλίου, εκτός από την απλή μετάδοση γνώσης, μπορεί να είναι ενδιαφέρουσα και συναρπαστική. Αυτό σημαίνει ότι η τρίτη έκδοση υπερβαίνει κατά πολύ το υποχρεωτικό πρόγραμμα εκμάθησης βασικών ιατρικών τεχνικών. Δυστυχώς, στην ιατρική πραγματικότητα, ειδικά υπό τις αυξανόμενες επιβολές της εμπορευματοποίησης της ιατρικής, οι συνομιλίες γιατρού-ασθενούς και οι φυσικές εξετάσεις εφαρμόζονται όλο και λιγότερο. Αυτό το θεωρούμε ως έναν λάθος δρόμο και έναν από τους λόγους, για τους οποίους πολλοί άνθρωποι είναι δυσαρεστημένοι με τη σύγχρονη ιατρική, παρά τις αναμφισβήτητες επιτυχίες της. Μέσα από την συνεχή χρήση της ακρόασης και της ομιλίας, θέτοντας τις σωστές ερωτήσεις και παρατηρώντας προσεκτικά τα ευρήματα και τα συμπτώματα με τις πέντε αισθήσεις, ο ασθενής αισθάνεται όχι μόνο ότι εκτιμάται ως άτομο αλλά και ως προσωπικότητα. Επιπλέον, ανοίγεται ο δρόμος για παραπάνω ουσιαστικά και προσανατολισμένα στο στόχο μέτρα.

Με αυτόν τον τρόπο, οι βασικές ιατρικές τεχνικές μετατρέπονται σε έναν υπέρτατο οικονομικό παράγοντα, με μία εξαιρετικά ευνοϊκή σχέση κόστους-οφέλους

Μόναχο, Ιούλιος 2005 Hermann S. Fülel και Martin Middeke

Μέρος Α: Τα θεμέλια της σχέσης γιατρού-ασθενούς

1 Διάφορες πτυχές της συνάντησης μεταξύ γιατρού και ασθενούς

Η συνάντηση μεταξύ ασθενούς και γιατρού την ώρα της επίσκεψης αποτελεί, στην πραγματικότητα μια εξαιρετικά ασυνήθιστη διαδικασία: Δύο ξένοι, με πολύ διαφορετικές απόψεις, συναντιούνται, χωρίς μάρτυρες, για μια εμπιστευτική συνομιλία. Ο ένας από τους δύο “αδειάζει” το βάρος του και αντιλαμβάνεται συγχρόνως, μέσα σε δευτερόλεπτα τις άλλες ιδέες για την εσωτερική του ύπαρξη, την οποία ίσως δεν θα αποκαλύψει ποτέ σε άλλο άτομο, ακόμη και στον πιο κοντινό συγγενή του.

Ο άλλος έχει συνηθίσει, λόγω επαγγέλματος, να ακούει παράπονα και προσπαθεί να χρησιμοποιήσει όλες τις φυσικές του δεξιότητες, αλλά κι αυτές που έχει μάθει, για να βοηθήσει τον ασθενή. Καθώς, από την μία πλευρά, ο ασθενής παρουσιάζει στον γιατρό τα συμπτώματα του και από την άλλη πλευρά, ο γιατρός προσπαθεί να αντιληφθεί τα λεγόμενα του, απορρέουν και οι δύο εμπειρίες, τα συναισθήματα, η καταγωγή, το επίπεδο εκπαίδευσης, η διάθεση και οι παγκόσμιες απόψεις. Από αυτή την άποψη, επίσης, η συνάντηση είναι μοναδική και δεν μπορεί να επαναληφθεί. Αυτός είναι, παρεμπιπτόντως, ένας από τους λόγους για την κακή αναπαραγωγιμότητα του ιστορικού του ασθενούς. Στην ιδανική περίπτωση, η σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς διαμορφώνεται, σαν ένα «νησί των ευλογημένων», σε μια εποχή, όπου κυριαρχεί η δυσπιστία και η προσποίηση. Ακριβώς για αυτόν τον λόγο, ο γιατρός φέρει τεράστια ευθύνη ως προς την εμπιστοσύνη και τις πληροφορίες που του δόθηκαν, να τις χρησιμοποιήσει με ακεραιότητα και με βάση τις γνώσεις του προς όφελος του ασθενούς. Οφείλει να είναι υποκειμενικός απέναντι στους υπάρχοντες φόβους, να είναι αντικειμενικός απέναντι σε μια σοβαρή ασθένεια - ο ασθενής βρίσκεται πάντα “υπό το έλεος” του γιατρού. Η επαγγελματική συναναστροφή με τον ασθενή και η θεσμοθετημένη σχέση μεταξύ του θεράποντος ιατρού και του θεραπευόμενου ταλανίζει τον γιατρό γιατρού στο να αισθάνεται ανώτερος. Αυτό το αίσθημα ανωτερότητας μπορεί να εκφραστεί με την αυταρχική ή την αλαζονική συμπεριφορά εκ μέρους του γιατρού, η οποία θα έχει αρνητική επίδραση στη συνάντηση του γιατρού-ασθενούς.

2. Οι στόχοι της συνάντησης μεταξύ γιατρού και ασθενούς

Ο επιδιωκόμενος στόχος της συνάντησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι να “απελευθερώσει” τον ασθενή από τους πόνους του ή τουλάχιστον να τα ανακουφίσει. Η δημογραφική εξέλιξη με την αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού σημαίνει ότι η «θεραπεία» με την πραγματική έννοια της λέξης είναι η εξαίρεση, ειδικά στον τομέα της εσωτερικής ιατρικής. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι λειτουργικές, εκφυλιστικές και χρόνιες ασθένειες μπορούν να διατηρηθούν σε μία προσωρινή ιατρική ισορροπία. Αυτό σημαίνει ότι οι πάσχοντες ασθενείς πρέπει να συνοδεύονται από ιατρική φροντίδα για πολλά χρόνια της ζωής τους: όσο πιο επιτυχημένη η ιατρική γίνεται, τόσο περισσότερο διατηρείται η ισορροπία. «Προτού, ένας ικανός γιατρός δώσει στον ασθενή του φάρμακο, όχι μόνο εξοικειώνεται με την ασθένεια που σκοπεύει να θεραπεύσει, αλλά και με τον τρόπο ζωής και τη σύσταση του ίδιου του άρρωστου.» Αυτά τα λόγια του Κικέρωνα, αν και ειπώθηκαν πριν από 2000 χρόνια και παραπάνω, σήμερα είναι πιο σχετικά από ποτέ και επισημαίνει ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της σύγχρονης ιατρικής. Στην πρώτη συνάντηση, είναι καθήκον του γιατρού, πρώτα απ’ όλα, να δημιουργήσει μια αρχική σχέση, η οποία θα είναι βάση μιας συνομιλίας, που θα την διέπει πλήρη εμπιστοσύνη. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω ευγενικής, φιλικής και φιλικής συμπεριφοράς (βλ. Σελίδα 5). Το κύριο σημείο της πρώτης συνομιλίας είναι η απόκτηση πληροφοριών από τον γιατρό στο πλαίσιο του ιστορικού του ασθενούς. Αυτό ξεκινά με την περιγραφή του κύριου συμπτώματος.

Η προσεκτική ακρόαση και οι ερωτήσεις σχετικά με το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, την εργασία και το οικογενειακό ιστορικό όχι μόνο παρέχουν σημαντικές πληροφορίες, αλλά επίσης δίνουν στον ασθενή μια αίσθηση πληρότητας, φροντίδας και συμπόνιας. Το ίδιο ισχύει και για τη σωματική εξέταση, η οποία δεν πρέπει να παραμεληθεί, ακόμη κι αν υπάρχει ελάχιστη πιθανότητα ο γιατρός να συλλέξει σημαντικές πληροφορίες για την διάγνωση. Στο τέλος της πρώτης συνάντησης, θα πρέπει να συζητήσετε με τον ασθενή τα στοιχεία, που έχετε συγκεντρώσει και να τους παρουσιάσετε τις αρχικές σκέψεις σας για το πώς να προχωρήσετε.

Η διαγνωστική διαδικασία και ενδεχομένως και τα θεραπευτικά μέσα και οι στόχοι θα πρέπει να καθορίζονται από κοινού. Βάσει της αντίδραση του ασθενούς, θα μάθετε πολλά για τη βασική του αντίληψη απέναντι στην ιατρική.

Εάν η στάση του είναι επικριτική απέναντι στα ιατρικά μέτρα, είναι γεμάτος αυτοπεποίθηση κι αφήνει τον εαυτό του να αντιμετωπίσει τα πάντα, εάν θέλει «βεβαιότητα» μέσω διαγνωστικών εξετάσεων, τείνει προς την επιδείνωση ή την απόκρυψη της κατάστασης εάν προτιμά να περιμένει ή αν θα προτιμούσε να επιλύσει την κατάσταση μέσω ενός χειρουργείου. Δεν υπάρχει όριο, στα ενδεχόμενα που θα μπορούσε κανείς να φανταστεί εδώ. Με βάση τη συμπεριφορά σας, ο ασθενής θα αποφασίσει επίσης εάν μπορεί ή όχι να σας εμπιστευτεί. Τελικά, ως εκ τούτου, οι περισσότεροι γιατροί έχουν τους ασθενείς που τους ταιριάζουν καλύτερα - ένα φαινόμενο που έρχεται στο φως ξανά και ξανά όταν αλλάζει ο θεράπων ιατρός. Οι απόψεις που περιγράφονται εδώ παίζουν ρόλο ειδικά όταν σκοπεύετε να επισκεφθείτε έναν γιατρό στην πράξη. Βασικά, ισχύουν και για ασθενείς που βρίσκονται στο νοσοκομείο, στα επείγοντα περιστατικά ή ακόμη και κατά τη διάρκεια επισκέψεων του γιατρού στο σπίτι, αν και η έμφαση μετατοπίζεται: Σε περίπτωση που ένας ασθενής έρχεται με οξύ κοιλιακό ή θωρακικό πόνο, κάποιος αρχικά θα επικεντρωθεί στο οξύ πρόβλημα. Το φάσμα των προτάσεων από τον γιατρό και οι δυνατότητες λήψης αποφάσεων από τον ασθενή είναι ήσσονος σημασίας για κατανοητούς λόγους και οι ψυχοκοινωνικές πτυχές, οι οποίες δεν έχουν ακόμη σημασία στη συζήτηση.

(...)

7. Ιδιαίτερα προβλήματα

7.1 Ο δύσκολος ασθενής, ο οποίος αντιμετωπίζει την κατάσταση με επιθετικότητα

Η σχέση του ασθενούς με τον γιατρό εξαρτάται από τον τρόπο, με τον οποίο ο ασθενής έχει βιώσει το γεγονός να του “επιβάλουν εξουσία” και από τον τρόπο με τον οποίο έχουν επιλυθεί οι συγκρούσεις με τα άτομα που το κάνουν (κατά κύριο λόγο, τα άτομα αυτά είναι οι γονείς). Το γεγονός αυτό, μπορεί να δημιουργήσει στον ασθενή δυσάρεστα συναισθήματα και συμπεριφορές, που “εισβάλλουν” στη σχέση του με τον γιατρό του και τα οποία μπορούν να γίνουν κατανοητά μόνο σε ένα βιογραφικό πλαίσιο. Από την άλλη πλευρά, συναισθήματα “γεννιούνται” και από τον γιατρό (στοργή, οίκτος, απέχθεια, οργή, θυμός, επιθετικότητα), τα οποία με τη σειρά τους εξαρτώνται από την προσωπική ανάπτυξη και εμπειρία του γιατρού. Σε αυτήν την περίπτωση και ο ίδιος ο γιατρός γίνεται διαγνωστικό εργαλείο, ιδιαίτερα όταν προσπαθεί να αντιληφθεί τα συναισθήματά του. Όταν μπορέσει το κάνει, θα είναι δυνατό να αποδεχθεί και να θεραπεύσει τον ασθενή με ειλικρίνεια και χωρίς κριτική, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής είναι αλκοολικός, έχει AIDS, είναι αλλοδαπός, σνομπ, άστεγος ή καθηγητής κλπ.. Αν το πετύχει αυτό, “γεννιέται μία αξιόπιστη συμμαχία”- ακόμη και με τον “δύσκολο” ασθενή. Η αντιμετώπιση των δύσκολων ασθενών αποτελεί πρόκληση για τον γιατρό. Πρέπει να μάθει να αντιμετωπίζει την επιθετικότητα. Οι ασθενείς με επιθετική-παρανοϊκή δομή προσωπικότητας, προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα, επειδή δεν θέλουν να νιώσουν “ότι τους κυριαρχούν”. Ο γιατρός συχνά επικρίνεται ανοιχτά ή στα κρυφά για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές του ενέργειες. Η συνεργασία μεταξύ τους θα διατηρηθεί, μόνο εάν ο γιατρός αποφύγει τις συγκρούσεις και δίνει στον ασθενή την αίσθηση ότι μπορεί να ασκεί κριτική. Πρακτικά παραδείγματα συναναστροφής με δύσκολους και / ή επιθετικούς ασθενείς:

Περιμένετε λεκτική και περιστασιακά ακόμη και σωματική βία. Είναι ιδιαίτερα συχνές στις αίθουσες πρώτων βοηθειών, σε ψυχιατρικά κέντρα και σε ιατρεία. Σκεφτείτε την προστασία του εαυτού σας: «Η ακεραιότητά μου είναι εξίσου σημαντική με την επιθυμία να βοηθήσω». Θέστε σαφή όρια, για παράδειγμα: «Δεν καταλαβαίνουμε ο ένας τον άλλον, οπότε δεν μπορώ να σας βοηθήσω». Εάν έχετε δεχθεί προσβολή ή άλλη επιθετική ενέργεια, σταματήστε τη θεραπεία: "Σταμάτα, αρκετά, δεν συνεχίζω υπό αυτές τις συνθήκες". Βεβαιωθείτε ότι έχετε μια διαδρομή διαφυγής, δηλαδή μια πόρτα που ο ασθενής δεν μπορεί να κλειδώσει.

Προσπαθήστε να ωθήσετε άλλα άτομα να συμμετάσχουν μαζί σας εάν παρατηρήσετε ότι η κατάσταση γίνεται όλο και πιο άβολη. Καταγράψτε με ακρίβεια τον τρόπο με τον οποίο δεχθήκατε προσβολή, σας απείλησαν ή σας επιτέθηκαν. Ενημερώστε τον επόπτη σας για τέτοια περιστατικά. Ποτέ μην χρησιμοποιείτε άμεση βία, εκτός αν υπάρχει επικείμενος κίνδυνος. Εάν έχετε αμφιβολίες, καλέστε την αστυνομία. Στην περίπτωση πιο παθητικών και δύσπιστων («σχιζοφρενών») ασθενών, υπάρχει κίνδυνος επιφανειακής εξέτασης και θεραπείας λόγω της – προκαλούμενης- έλλειψης ενδιαφέροντος του ίδιου του ασθενούς.

7.2 Ο λυπημένος ασθενής

Η ασθένεια μπορεί να μας επηρεάσει πολύ συναισθηματικά. Όποιος έχει αρρωστήσει έστω μία φορά, ξέρει πόσο μόνος μπορεί να είναι και να πονάει, πώς ξαφνικά μπορεί να γίνει απελπισμένος και λυπημένος. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι ορισμένοι ασθενείς "νιώθουν ότι θέλουν να κλάψουν", ακόμη και αν η ιατρική πλευρά δεν προσφέρει κανένα "αντικειμενικό" λόγο γι' αυτό. Ως γιατρός, πρέπει κανείς να προσπαθήσει να αντέξει τέτοια συναισθήματα και εκρήξεις συναισθημάτων.

Πρακτικό παράδειγμα. Η απόσπαση της προσοχής ή ο κατευνασμός δεν ωφελεί ιδιαίτερα: Δεν είναι τόσο άσχημα. Δεν πειράζει. Όλα θα πάνε καλά. Η ενασχόληση σε συναισθηματικό επίπεδο, λειτουργεί ήδη ως θεραπεία και απελευθερώνει με φυσικό τρόπο τις συγκινήσεις: Μπορώ να καταλάβω, πώς αυτό θα σας στεναχωρούσε. Καταλαβαίνω ότι ανησυχείτε πολύ γι' αυτό. "Βγάλτε το από μέσα σας". Είμαι σίγουρος ότι θα σας βοηθήσει αν μου πείτε τις ανησυχίες, τους φόβους σας κλπ. Τι έχετε στο μυαλό σας;

Σε περιπτώσεις πολλών ασθενών βοηθάει πολύ το γεγονός, αν μπορούν να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους και να πουν την ιστορία τους. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς δεν θέλουν να ανοιχτούν περισσότερο, επομένως δεν είναι σωστό να επιμεινουμε.

7.3 Ο υποχόνδριος ασθενής

Στους υποχόνδριους ασθενείς, μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ λειτουργικών και τυπικών οργανικών συμπτωμάτων. Αυτή η δυσκολία προκύπτει από την συχνά πολύ ασαφή και ταυτόχρονα μεροληπτική παρουσίαση των συμπτωμάτων. Παρά την εντατική εξέταση, την ενημέρωση και τη συμβουλευτική, ο ασθενής εξακολουθεί να ανησυχεί ότι η διάγνωση είναι λανθασμένη ή ότι έχει παραβλεφθεί κάποια σοβαρή ασθένεια. Η ίδια η παρατήρηση είναι υπερβολική. Αυτό οδηγεί σε μια "ανθυγιεινή" αντίληψη για το σώμα: ακόμη και φυσιολογικές σωματικές λειτουργίες και αβλαβή συμπτώματα όπως η ζάλη μετά από γρήγορη έγερση από σκυφή θέση, ταχυπαλμία κατά την άσκηση, "δραστηριότητες του εντέρου" ή μυϊκοί πόνοι ερμηνεύονται σε παθολογικά αίτια και ωθούν τον ασθενή να συμβουλευτεί γιατρό. Οι ασθενείς αυτοί, συχνά έχουν μια μεγάλη «καριέρα ασθένειας» πίσω τους με μεγάλο αριθμό ιατρικών διαβουλεύσεων. Σημείωση. Πολύ συχνά κρύβεται πίσω από τα συμπτώματα που παρουσιάζονται, μια κατάθλιψη ή άλλη ψυχική διαταραχή.

Θα πρέπει να σκεφτείτε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο εάν ο ασθενής παραπονιέται για διαταραχές των παρορμήσεων, απώλεια ενέργειας και κόπωσης και παρατηρεί έλλειψη ενδιαφέροντος και χαράς στον εαυτό του. Άλλες ενδείξεις περιλαμβάνουν απώλεια αυτοεκτίμησης, υπερβολικά αισθήματα ενοχής, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας, αδυναμία λήψης αποφάσεων, ψυχοκινητική διέγερση, διαταραχές ύπνου, απώλεια όρεξης και βάρους. Ωστόσο, οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ απρόθυμοι να αποδεχτούν αυτή την άποψη και, ως εκ τούτου, δεν παρακινούνται για την κατάλληλη θεραπεία. Επιμένουν ότι πάσχουν από παθολογικά προβλήματα. Όσο περισσότερο ο γιατρός το αντιμετωπίζει αυτό και αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο παθολογικής νόσου, τόσο περισσότερο ο ασθενής θα επιμένει σε αυτό. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να χειρίζεστε αυτή την κατάσταση όσο το δυνατόν συντομότερα, ακριβέστερα και ασφαλέστερα

(...)

Μέρος Β

1. Διαγνώσεις “με το μάτι”

Η πραγματοποίηση ιατρικής διάγνωσης είναι συνήθως μια χρονοβόρα διαδικασία, η οποία βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς και τη φυσική εξέταση, μέσω εργαστηριακών εξετάσεων και ενδεχομένως τεχνικών διαδικασιών εξέτασης. Τα φυσικά συμπτώματα είναι ως επί το πλείστον διφορούμενα. Ένα παράδειγμα είναι μια ασυνήθιστη χλομάδα του προσώπου: αυτό το σύμπτωμα μπορεί να αποτελεί μόνο μια ακίνδυνη φυσιολογική παραλλαγή, αλλά μπορεί επίσης να είναι αναιμία ή “συνοδευτικό φαινόμενο” μιας σοβαρής νεφρικής νόσου. Ωστόσο, ορισμένα συμπτώματα ασθενειών είναι τόσο χαρακτηριστικά, που μπορεί να γίνει διάγνωση σχεδόν με την πρώτη ματιά όταν εμφανίζονται. Τουλάχιστον μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τις πολυποίκιλες διαγνώσεις. Μερικές φορές, για να γίνει σωστή διάγνωση, είναι αρκετό ένα περαιτέρω εύρημα, να απαντηθεί θετικά μία ερώτηση που αφορά το ιστορικό του ασθενούς ή η γνώση όλων των ευρημάτων που προέκυψαν από τις εξετάσεις. Επομένως, η διάγνωση “με το μάτι”, μπορεί να μειώσει σημαντικά την πορεία προς την τελική διάγνωση, καθώς οι περαιτέρω εξετάσεις μπορούν να είναι πιο στοχοθετημένες, πιο οικονομικές και λιγότερο αγχωτικές για τον ασθενή. Προϋπόθεση γι’ αυτό είναι η γνώση των παθογνωμονικών, χαρακτηριστικών ή τουλάχιστον πρωτοποριακών συμπτωμάτων, δεδομένου ότι κατά κανόνα κάποιος βλέπει μόνο όσα γνωρίζει. Παρ’ όλες τις εξελίξεις στην ιατρική, η άμεση παρακολούθηση των ασθενών θα συνεχίσει να έχει μεγάλη σημασία στο μέλλον. Οι παρακάτω περιπτώσεις* δείχνουν μια επιλογή ευρημάτων, τα οποία από την φύση τους είναι ελλιπή, για τα οποία το έμπειρο άτομο μπορεί αμέσως να κάνει μια πολύ πιθανή διάγνωση. Για τους αρχάριους, αυτά είναι ελκυστικά καθήκοντα, η ανάλυση των οποίων φαίνεται στη δεξιά πλευρά της εικόνας (1).

B-1.1

Η κοιλιακή χώρα του ασθενούς διογκώνεται σαν μπαλόνι και υπάρχουν εμφανείς φλέβες στο δέρμα της κοιλιάς. Με την επίκρουση (ψηλάφηση) μπορείτε να αισθανθείτε ένα τυπικό φαινόμενο κυματισμού. Πώς ονομάζονται τα εμφανή σημάδια φλέβας; Ποια είναι η πιο πιθανή διάγνωση; Τι επιπλοκές αυτής της ασθένειας έχει ο ασθενής;

Απάντηση B-1.1

Διάγνωση: Ευρυαγγείες, αλκοολική κίρρωση του ήπατος, πύλη υπέρτασης με ασκίτη.

B-1.2

Ο 52χρονος ασθενής έχει μία γνωστή αλκοολική κίρρωση ήπατος. Στα πλαίσια μίας εκ νέου άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ, σημειώθηκε αύξηση των τρανσαμινασών και της χολερυθρίνης του ορού έως και 6,5 mg / dl.. Τι σημαίνει αυτό;

Απάντηση B-1.2

Διάγνωση: ίκτερος που προέρχεται από οξεία αλκοολική ηπατίτιδα .

Το ιατρικό ιστορικό και τα ευρήματα των ικτερικών αποχρωματισμένων επιπεφυκοτών, με ολική χολερυθρίνη άνω των 6,5 mg / dl καθιστούν πιθανή την οξεία ενδοηπατική χολόσταση, η οποία προκλήθηκε από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Ο κίτρινος χρωματισμός των επιπεφυκοτών πάνω από τον λευκό σκληρό χιτώνα του ματιού, είναι ορατός από μια τιμή χολερυθρίνης περίπου 2,5 mg / dl και φαίνεται καλύτερα στο φως της ημέρας.

B-1.3

Ονομάστε τουλάχιστον δύο κοινές ασθένειες στις οποίες μπορεί να εμφανιστεί η αλλαγή που φαίνεται στην εικόνα.

Απάντηση B-1.3

Διάγνωση: Παλαμικό Ερύθημα (Palmar Ερύθημα)

Ένα παλαμικό ερύθημα μπορεί να εμφανιστεί σε πολλές ασθένειες (πχ σακχαρώδης διαβήτης, ελκώδης κολίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια, υπερθυρεοειδισμός). Σε αυτήν την περίπτωση ο ασθενής είχε αλκοολική κίρρωση του ήπατος. Για περαιτέρω κλινικά συμπτώματα της κίρρωσης του ήπατος, βλέπε την εικόνα B 1.35.

B-1.4

Πως ονομάζεται αυτή η κατάσταση του δέρματος στο δεξιό ημιθωράκιο ενός ασθενούς με αλκοολική κίρρωση του ήπατος;

Αριστερά: αρχική εικόνα; δεξιά: κάτω από την πίεση μιας γυάλινης σπάτουλας.

Απάντηση B-1.4

Διάγνωση: Αραχνοειδές Αιμαγγείωμα

Υπό την πίεση της γυάλινης σπάτουλας, το κεντρικό αγγείο μπορεί να συμπιεστεί και το νεύρο εξαφανίζεται. Εάν η πίεση μειωθεί, αρτηριακά τριχοειδή αγγεία παίρνουν ξανά αίμα από το κέντρο στην περιφέρεια και γίνονται ξανά κόκκινα.

B-1.5

Οι αλλαγές σε αυτόν τον ασθενή έχουν διαμορφωθεί με τα χρόνια. Ποιο είναι το όνομα της νόσου και ποιες πληροφορίες του ιστορικού τους δίνουν συνήθως οι ασθενείς;

Απάντηση B-1.5

Διάγνωση: Μεγαλακρία

Στην μεγαλακρία αυξάνεται το μέγεθος των άκρων, ειδικά του σαγονιού, οστεωμάτων (προμετωπιαία εξογκώματα), της μύτης και των χεριών. Αυτές οι αλλαγές συνήθως αναπτύσσονται αργά με την πάροδο των χρόνων και συνεπώς, ο ασθενής δεν τα παρατηρεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς, με βάση το ιστορικό, συνήθως παραπονούνται ότι: τα δάχτυλα γίνονται πολύ μικρά, τα γάντια δεν τους κάνουν πλέον, πονοκεφάλους και διαταραχές της όρασης.

(...)

B-1.33

Η 17χρονη ασθενής παρουσίασε συμμετρική (ρευματοειδής) αρθρίτιδα των μετακαρφαγγειακών αρθρώσεων, μια γενική αίσθηση ασθένειας και ένα ερύθημα προσώπου σε σχήμα πεταλούδας. Πως ονομάζεται αυτή η υποκείμενη αυτοάνοση νόσος και ποια εργαστηριακά αποτελέσματα είναι γνωστά;

Απάντηση B-1.33

Διάγνωση: Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος

Στα εργαστηριακά ευρήματα αντιτυφηνικών αντισωμάτων, συμπεριλαμβανομένων αυτών έναντι του δίκλωνου μορίου του DNA, συμπεριλαμβάνεται και αυτή η αυτοάνοση νόσος. Άλλα κλινικά ευρήματα μπορεί να περιλαμβάνουν: γενικευμένο οίδημα των λεμφαδένων, διάχυτη τριχόπτωση, πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, νεφρίτιδα.

B-1.34

Η ασθενής παρουσιάζει οίδημα στην περιοχή του αριστερού ποδιού. Τι είδους οίδημα είναι;

Δικαιολογήστε τη διάγνωσή σας!

Απάντηση B-1.34

Διάγνωση: Πρωτογενές λεμφοίδημα

Σε αντίθεση με το οίδημα που προέρχεται από την καρδιακή ανεπάρκεια, το νεφρωσικό σύνδρομο ή τη χρόνια φλεβική ανεπάρκεια, το λεμφοίδημα περιλαμβάνει επίσης τα δάχτυλα των ποδιών. Τα πρηξίματα είναι ορατά πάνω από τις αρθρώσεις των δακτύλων. Το οίδημα στην καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζεται επίσης συμμετρικά, δηλαδή όχι από τη μία πλευρά.

B-1.35 Πως ονομάζεται αυτή η αλλαγή της γλώσσας, ποια είναι η παθολογική-ανατομική συσχέτιση και με ποιες υποκείμενες ασθένειες εμφανίζεται;

Απάντηση B-1.35

Διάγνωση: Ατροφική Γλωσσίτιδα (λεία γλώσσα)

Ατροφία των θηλών της γλώσσας. Συνήθως εμφανίζεται λόγω σιδηροπενικής αναιμίας, έλλειψης βιταμίνης B12 ή λόγω ανεπάρκειας φολικού οξέος (γλωσσίτιδα hunter). Ακόμα εμφανίζεται λόγω υποσιτισμού, πχ. Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (νόσος του Crohn) στην εκτομή λεπτού εντέρου, στην κοιλιοκάκη κλπ.

B-1.36

Η 28χρονη ασθενής νόσησε πριν από λίγους μήνες από μεσάγγειο-πολλαπλασιαστική σπειραματονεφρίτιδα. Η κρεατινίνη του ορού είναι 5,2 mg / dl, η πρωτεϊνική απέκκριση 3,6 g / dl. Αυτή τη στιγμή το αντιμετωπίζει με στεροειδή. Ιδιαίτερα το πρωί, στο οίδημα των βλεφάρων εμφανίζεται το χρώμα του δέρματος να είναι "βρώμικο" - χλωμό. Ποιες άλλες αιτίες οιδήματος των βλεφάρων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μία διαφορετική διάγνωση;

Απάντηση B-1.36

Διάγνωση: Οίδημα των βλεφάρων που προέρχεται από τη σπειραματονεφρίτιδα

Πιθανές διαφορετικές διαγνώσεις του οιδήματος των βλεφάρων είναι: ενδοκρινική οφθαλμοπάθεια στον υπερθυρεοειδισμό, μυξοίδημα στον υποθυρεοειδισμό, αλλεργική επιπεφυκίτιδα, οίδημα του Quincke.

(...)

Μέρος Γ

1 Περιοχή κεφαλιού και λαιμού

1.1 Το κρανίο και το κρανίο (στην περιοχή) του προσώπου

Το πρόσωπο του ασθενούς παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, την κατάσταση της υγείας, τη διάθεση, τον πόνο, τις παθήσεις του και πολλά άλλα. Η πρώτη γενική εντύπωση, εκείνου που εξετάζει το κρανίο, βασίζεται στην έκφραση του προσώπου του ασθενούς. Με τη διαίσθηση και την εμπειρία μπορεί κανείς να αναγνωρίσει στο πρόσωπό του, πολλές πτυχές που επηρεάζουν ολόκληρο τον οργανισμό και τον άνθρωπο.

Το επόμενο κεφάλαιο περιορίζεται σε οργανικές αλλαγές στην περιοχή του κεφαλιού και του λαιμού και στο ιστορικό των ασθενών με πονοκεφάλους. Επειδή αυτό το σημείο του οργανισμού, συνδέει τόσες διαφορετικές δομές και λειτουργίες, η εξέταση του κεφαλιού και του λαιμού, φαίνεται ιδιαίτερα δύσκολη για τον αρχάριο (που εξετάζει). Ωστόσο, εάν υπάρχουν ορισμένες γνώσεις για την ανατομία και τη φυσιολογία (του κεφαλιού) και τηρείται μια συνεπής ακολουθία εξετάσεων, ακόμη και ο πιο προσεκτικός αρχάριος δεν θα αργήσει να παρατηρήσει τις παθολογικές αλλαγές.

1.1.1 Ανατομία

Ο προσανατολισμός, κατά την εξέταση του κεφαλιού, βασίζεται στα οστά του κρανίου, π.χ. μετωπικό, χρονικό κλπ..

1.1.2 Τεχνικές ελέγχου

Επιθεώρηση

Η προσεκτική εξέταση, επιτρέπει σημαντικές διαγνώσεις “με το μάτι”, όπως για παράδειγμα αλωπεκία (απώλεια μαλλιών), βρογχοκήλη III (= ορατή διόγκωση θυρεοειδούς αδένου), οίδημα των βλεφάρων, ακρομεγαλία. Αλλαγές στο χρώμα του προσώπου βλέπουμε όταν υπάρχει αναιμία (χλωμό δέρμα), ίκτερος (κίτρινο χρώμα), κυάνωση (μπλε χρώμα), πολυκυτταραιμία (κόκκινο-μπλε χρώμα) ή η σπάνια νόσος του Addison (καφέ χρώμα).

Ενδοκρινικές διαταραχές παρατηρούνται πολύ συχνά στην περιοχή του προσώπου. Το πανσεληνοειδές πρόσωπο είναι χαρακτηριστικό στο σύνδρομο του Cushing (υπερλειτουργία του φλοιού των επινεφριδίων με υπερπαραγωγή κορτιζόλης). Πολύ συχνότερα, το σύνδρομο του Cushing είναι ιατρογενές («προκαλείται από τον γιατρό») ως αποτέλεσμα θεραπείας με κορτιζόλη. Υπάρχει αυξημένη ανάπτυξη τριχοφυΐας στο πηγούνι, στο άνω χείλος και τα μάγουλα. Στον υποθυρεοειδισμό, το πρόσωπο είναι πρησμένο, το δέρμα ξηρό, τα μαλλιά θαμπά και ξηρά. Στον υπερθυρεοειδισμό υπάρχει συχνά εξόφθαλμος (τα μάτια προεξέχουν και λάμπουν, φαίνεται σα να είναι μεγαλύτερα) και δίνει στο πρόσωπο μια ταραγμένη ή ανήσυχη έκφραση. Στη σπάνια πάθηση της ακρομεγαλίας, τα χαρακτηριστικά του προσώπου γίνονται πιο χοντρά λόγω της ανάπτυξης των άκρων (μύτη, πηγούνι) ως αποτέλεσμα της υπερπαραγωγής της αυξητικής ορμόνης.

Το πρόσωπο του ασθενούς με νόσο του Πάρκινσον εμφανίζεται άκαμπτο και κέρινο. Θα μπορούσε κανείς να το ονομάσει πρόσωπο-μάσκα. Όσον αφορά τη σημασία του οιδήματος των βλεφάρων, τα φρύδια, όπως και τα υπόλοιπα μαλλιά του σώματος, υφίστανται ορμονικές επιδράσεις.

Ο βαθύς μαύρος αποχρωματισμός των φρυδιών συμβαίνει σε χρόνια πορφυρία.

Μια οστική ανάπτυξη του μετωπιαίου οστού μπορεί να παρατηρηθεί στη νόσο του Paget των οστών (σπάνια!): Ο ασθενής θα χρειαστεί μεγαλύτερο νούμερο καπέλου.

Μια αισθητή απόκλιση μεταξύ της βιολογικής και της ημερολογιακής ηλικίας μπορεί να βρεθεί σε ορμονικές διαταραχές (π.χ. σύνδρομο Klinefelter με λείο δέρμα και μειωμένη ανάπτυξη γενειάδων) και σε διαβητικούς (ροζ δέρμα). Αντίθετα, οι ασθενείς με αρτηριοσκλήρωση (στεφανιαία νόσος, πολλαπλή σκλήρυνση κλπ.) μοιάζουν εντελώς διαφορετικοί από την ηλικία τους. Μερικές εξαιρετικά σπάνιες κλινικές εικόνες οδηγούν σε πρόωγη γήρανση (προγηρία), οι οποίες κάνουν ακόμη και τα παιδιά να μοιάζουν με ηλικιωμένους.

Ψηλάφηση

Η ψηλάφηση στο κεφάλι γίνεται και με τα δύο χέρια. Αυτός που εξετάζει, ψηλαφίζει ανάμεσα από τα μαλλιά και προσέχει τις “ατέλειες”, τις “προεξοχές” (π.χ. “αθήρωμα”) ή τα βαθουλώματα, τα οποία μπορεί να εμφανιστούν για παράδειγμα σε πολλαπλούν μυέλωμα, εάν το κρανίο διηθείται ή διατρυπάται από τα κύτταρα του πλάσματος.

Τα σημεία εξόδου των νεύρων ελέγχονται πιέζοντας με τον αντίχειρα:

- Υποκόγχιο Τρήμα (υπερτροφικό νεύρο)
- Υπερκόγχιο Τρήμα (ενδορραχιαίο νεύρο)
- Εγκεφαλικό Τρήμα (εγκεφαλικό νεύρο).
- Η ψηλάφηση των λεμφαδένων περιγράφεται παρακάτω.
- Σε ηλικιωμένους ασθενείς, η κροταφική αρτηρία πρέπει πάντα ψηλαφίζεται (εξαίρεση αποτελούν οι περιπτώσεις με νόσο του Horton).

Επίκρουση

Το χτύπημα του κρανίου με τα δάχτυλά σας γίνεται χαλαρά από τον καρπό. Εξετάζεται αν ο ασθενής μπορεί να αναφέρει έναν περιορισμένο πόνο που υπερβαίνει το σοκ. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να χτυπήσετε τους παραρρινικούς κόλπους στο μέτωπο (μετωπιαίο κόλπο) και πάνω στα μάγουλα (άνω γνάθος) καθώς και το μαστοειδές σε περιπτώσεις παραρρινοκολπίτιδας ή μαστοειδίτιδας.

(...)

12. Εξέταση του ασυνείδητου

Η κατάσταση συνείδησης ενός ασθενούς καθορίζει τον βαθμό εγρήγορσης και την αντίληψη του για το περιβάλλον. Προϋπόθεση για μια μη διαταραγμένη κατάσταση συνείδησης είναι η άθικτη αλληλεπίδραση μεταξύ του εγκεφάλου και του άνω εγκεφαλικού στελέχους, το οποίο είναι υπεύθυνο για τις διεγερτικές αντιδράσεις. Η αυξανόμενη “αλλοίωση” της συνείδησης χωρίζεται στα ακόλουθα στάδια:

- **Υπνηλία:** αφύσικη νύστα, απάθεια, ζαλάδα, αργή αντίδραση, αυξημένος ερεθισμός. αλλά ο ασθενής βρίσκεται σε αφύπνιση και είναι πλήρως προσανατολισμένος.
- **Λήθαργος:** Αυτή είναι μια κατάσταση που μοιάζει με νύστα/υπνηλία, όμως ο ασθενής μπορεί να συνειδητοποιήσει, μόνο σύντομο χρονικό διάστημα, έντονα ερεθίσματα (π.χ. δυνατά λόγια, φωνές, πόνο), τα αντανάκλαστικά του ασθενούς παραμένουν σε καλή κατάσταση.
- **Νάρκη:** ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να ξυπνήσει και αντιδράει μόνο σε έντονα συναισθήματα πόνου.
- **Κώμα:** ο ισχυρότερος βαθμός “αλλοίωσης” της συνείδησης. Ο ασθενής δεν αντιδράει, πλέον, σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα και τα αντανάκλαστικά χάνονται σε μεγάλο βαθμό (εσωτερικά και εξωτερικά αντανάκλαστικά). Τα νωτιαία αντανάκλαστικά δεν ελέγχονται πλέον (για παράδειγμα ο ασθενής δεν μπορεί να συγκρατήσει την ούρηση του), η κυκλοφορία του αίματος και η αναπνοή μπορεί να διαταραχθούν.
- **Ντελίριο/Παραλήρημα:** περιγράφει μια αναστρέψιμη “αλλοίωση” συνείδησης με αποπροσανατολισμό, σύγχυση, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Ο ασθενής ανταποκρίνεται, αλλά αντιδρά ακατάλληλα (π.χ. παραλήρημα από το αλκοόλ).

Είναι επίσης σημαντικό να προσδιοριστεί εάν υπάρχουν **σημάδια θανάτου**. Κανείς μπορεί να διακρίνει **σίγουρα** σημάδια θανάτου, όπως η πελιδνότητα (συρρέουσες κόκκινες-μπλε κηλίδες), η νεκρική ακαμψία ή σήψη από αβέβαια σημάδια θανάτου (καθόλου σφυγμός, καθόλου καρδιακός παλμός, απουσία αντανάκλαστικών, χλωμό δέρμα, κρύο δέρμα). Η **Κλίμακα της Γλασκώβης** (ποσοτικοποίηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση προόδου των αλλαγών στη συνείδηση) επιτρέπει μια πιο καλή διαφοροποίηση και αξιολόγηση της κατάστασης της συνείδησης. Ο αριθμός των πόντων, μπορεί να είναι τουλάχιστον 3 και το πολύ 15.

Σύμφωνα με την κλίμακα της Γλασκώβης, υπάρχει κώμα με βαθμολογία ≤ 8 , π.χ.

- Μάτια: κλειστά (1)
- Συνείδηση: ακατανόητοι ήχοι/φθόγγοι (2) ή λιγότεροι
- Κινητικές ικανότητες: στοχευμένη διαχείριση του πόνου (5) ή λιγότερο

Οι αιτίες της οξείας απώλειας συνείδησης μπορούν να χωριστούν σε 3 ομάδες:

1. **Πρωταρχική τραυματική εγκεφαλική βλάβη** (π.χ. τραυματισμός κρανίου, εγκεφαλική κάκωση όγκος εγκεφάλου, ενδοκρανιακή αιμορραγία). Παράδειγμα: Μετά την τραυματική ρήξη της μεσαίας μηνιγγικής αρτηρίας, ένα σοβαρό επισκληρίδιο αιμάτωμα συνοδεύεται από ισόπλευρη μυδρίαση, συμπτώματα αναπηρίας και διαταραχή της συνείδησης.
2. **Πρωταρχική μη εγκεφαλική βλάβη** (π.χ. επιληψία, εγκεφαλικό επεισόδιο, υπαραχνοειδή αιμορραγία, αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση κ.λπ.).
3. **Δευτερεύουσα εγκεφαλική βλάβη** (π.χ. καρδιακή ανακοπή, υπογλυκαιμία, δηλητηρίαση, υποξαιμία σε περίπτωση αναιμίας). Οι δευτερεύουσες εγκεφαλικές διαταραχές είναι, συνολικά, η πιο κοινή αιτία απώλειας της συνείδησης.

12.1 Γενικά

Σε περίπτωση οξείας απώλειας συνείδησης, η υπογλυκαιμία και η καρδιακή ανακοπή πρέπει πάντα να αποφεύγονται: αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρακολούθησης των παλμών, της μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και της ακρόασης της καρδιάς. Λόγω της συχνότητας της υπογλυκαιμίας στο πλαίσιο του σακχαρώδους διαβήτη (υπό θεραπεία), το σάκχαρο του αίματος πρέπει να μετράται γρήγορα σε περίπτωση απώλειας της συνείδησης. Η δοκιμαστική χορήγηση γλυκόζης (ως έγχυση) ενδείκνυται σίγουρα. Σύμφωνα με αυτό, πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ τραυματικής και ατραυματικής βλάβης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

12.2 Ιατρικό ιστορικό

Σε περίπτωση που έχετε ακόμη την δυνατότητα να μιλήσετε με τον ασθενή, που η συνείδηση του εξασθενείται, θα πρέπει να τεθούν ερωτήσεις σχετικά με τις περιστάσεις που συνοδεύουν την ασθένεια και σχετικά με τις προηγούμενες ασθένειες όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα, η επιληψία κ.λπ. και σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Σε κάθε περίπτωση, είναι απαραίτητο να ρωτήσετε τους συνοδούς του ασθενούς για το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, την πορεία της κατάστασης και τις συνθήκες που επικρατούσαν.

Γ' ΜΕΡΟΣ

I. Σχόλια και παρατηρήσεις όσον αφορά το μεταφρασμένο κείμενο

Ως μετάφραση ή μετάφρασμα ορίζουμε το μεταφρασμένο κείμενο. Ουσιαστικά η μετάφραση αποτελεί το σύνολο της προσπάθειας του μεταφραστή να δημιουργήσει ένα κείμενο στην γλώσσα στόχο, το οποίο έχει το ίδιο νόημα με το κείμενο στην γλώσσα αφετηρίας. Στην παρούσα εργασία ο βασικός στόχος του μεταφραστή ήταν να μεταφέρει από τα γερμανικά στα ελληνικά ένα κείμενο ιατρικού περιεχομένου. Επομένως το μετάφρασμα δεν θα πρέπει να αποκλίνει σε καμία των περιπτώσεων ως προς το νόημα από την γλώσσα αφετηρίας.

Αυτό δε σημαίνει απαραίτητα, ότι η διαδικασία της μετάφρασης έγινε μηχανικά με την βοήθεια κάποιου μεταφραστικού εργαλείου, ούτε ότι ο μεταφραστής ακολούθησε, αυτό που ο Τζωρτζ Στάινερ ονομάζει “στείρα” μετάφραση, δηλαδή “κατά λέξη” μετάφραση, στην οποία, μάλιστα, βρισκόταν παγιδευμένη ολόκληρη η θεωρία της μετάφρασης μέχρι και το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα (Steiner 2004, σελ. 464-465). Το γεγονός, ότι στην Τεχνική Μετάφραση και γενικά σε κάθε μετάφραση, ο μεταφραστής θα πρέπει να μένει πιστός στο κείμενο αφετηρίας, ούτως ώστε να μην αλλοιωθεί το νόημα του κειμένου στο κείμενο αφίξεως, δε σημαίνει ότι ακολουθούμε αυτό που ονομάζουμε “κατά λέξη μετάφραση”, καθώς το αποτέλεσμα δεν θα ήταν αρεστό. Παραδείγματος χάριν, στην γερμανική γλώσσα υπάρχουν πάρα πολλές σύνθετες λέξεις, οι οποίες δεν είναι εφικτό να μεταφραστούν στα ελληνικά αυτούσιες ως σύνθετες λέξεις, όπως παραδείγματος χάριν Thoraxschmerz = ο πόνος στον θώρακα, που σε καμία περίπτωση δε θα μπορούσαμε να την μεταφράσουμε ως πονοθώρακας ή θωρακόπονος, διότι δεν θα έβγαζε κανένα απολύτως νόημα ή ακόμη και αν έβγαζε νόημα, δεν προσδίδει στο κείμενο μας το ύφος που θα θέλαμε και οφείλει να έχει ένα κείμενο ιατρικού περιεχομένου. Γενικότερα, στην γερμανική γλώσσα συναντάμε πάρα πολλές σύνθετες λέξεις, οι οποίες μπορεί να είναι εύκολες, καθώς ο μεταφραστής αν κατέχει πολύ καλά το γερμανικό λεξιλόγιο μπορεί να βγάλει εύκολα νόημα και να τις μεταφράσει, όμως πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός, καθώς, όπως είπαμε, οι λέξεις αυτές μπορεί να μην μεταφράζονται ως σύνθετες λέξεις στην γλώσσα στόχο. Αν χρησιμοποιούσαμε την “κατά λέξη” προσέγγιση, το αποτέλεσμα θα ήταν, μία παράλογη μετάφραση, σύμφωνα με τον πιο γνωστό απ’ όλους τους μεταφραστές, τον Αγ. Ιερώνυμο. Ο Αγ. Ιερώνυμος, υποτιμούσε την “κατά λέξη” προσέγγιση, “επειδή η ακριβής απόδοση της μορφής του ΚΠ δημιουργούσε μια παράλογη μετάφραση που συγκάλυπτε το νόημα του πρωτότυπου κειμένου” (Munday 2001:44). Για να υποστηρίξουμε τα λεγόμενα μας, ας πάρουμε άλλο ένα παράδειγμα από το κείμενο μας: “Krankheit kann uns sehr emotional treffen”. Αν το μεταφράζαμε “κατά λέξη” το αποτέλεσμα θα ήταν: “Αρρώστια μπορεί εμάς πολύ συναισθηματικούς συναντήσει”. Αυτή η φράση δεν μπορεί να σταθεί στα ελληνικά, γιατί ο δέκτης του κειμένου δεν θα την κατανοήσει. Γι’ αυτό και την μεταφράσαμε ως “Η ασθένεια μπορεί να μας επηρεάσει πολύ συναισθηματικά”.

Από τα παραπάνω, λοιπόν, προκύπτει, ότι μεταφράζοντας το γερμανικό κείμενο, ναι μεν προσπαθήσαμε να μείνουμε πιστοί ως προς το νόημα και το ύφος, φροντίσαμε, όμως παράλληλα, να δημιουργήσουμε κι ένα περιβάλλον στα ελληνικά, μέσα το οποίο θα χωράει το ίδιο κείμενο. Δηλαδή, διαβάζοντας το ο Έλληνας αναγνώστης θα κατανοεί το ίδιο νόημα με αυτό που κατανοεί και ο Γερμανός αναγνώστης, που το διαβάζει στα γερμανικά.

Έπειτα, όπως, αναφέρθηκε και στον σχολιασμό του πρωτότυπου κειμένου, το ύφος του είναι σοβαρό και επίσημο. Σε ένα τέτοιο κείμενο, δεν θα μπορούσαν να υπάρχουν παρομοιώσεις ή μεταφορές του λόγου. Το ίδιο, φυσικά, ισχύει και για το μετάφρασμα. Μία μικρή εξαίρεση σε αυτό, ίσως αποτελεί η μετάφραση της λέξης “Blickdiagnosen”, στο δεύτερο κομμάτι του κειμένου, το οποίο μεταφράστηκε “Διαγνώσεις με το μάτι”. Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε, ότι η συγκεκριμένη έκφραση αίρεται μεταξύ μεταφοράς και κυριολεξίας, καθώς στην ελληνική την χρησιμοποιούμε πολύ μεταφορικά και στον καθημερινό μας λόγο (π.χ. “χόρτασε με το μάτι”).

Επομένως, ίσως φαίνεται λίγο παράξενο στα μάτια του αναγνώστη, πως επιλέξαμε να την μεταφράσουμε έτσι.

Στην ιατρική η έκφραση “με το μάτι” ισχύει εν μέρει, καθώς ένας γιατρός για να είναι απόλυτα σίγουρος για το τι πραγματικά συμβαίνει στον ασθενή χρειάζεται και εξετάσεις (π.χ. αιματολογικές). Στην συγκεκριμένη περίπτωση, όμως, η έκφραση είναι κυριολεκτική, διότι οι συγγραφείς του πρωτότυπου, εννοούν ότι στην εξέταση του ασθενούς παίζει πολύ μεγάλη σημασία “το μάτι του γιατρού” (“Ωστόσο, ορισμένα συμπτώματα ασθενειών είναι τόσο χαρακτηριστικά, που μπορεί να γίνει διάγνωση σχεδόν με την πρώτη ματιά όταν εμφανίζονται.”). Συνεχίζοντας, βέβαια, την ανάγνωση του κειμένου ο δέκτης, βλέπει ότι αυτό που εννοεί ο συγγραφέας, είναι ότι η ματιά του γιατρού στον ασθενή, μειώνει σημαντικά τον χρόνο που παίρνει η διαδικασία της διάγνωσης (“Τουλάχιστον μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τις πολυποίκιλες...που προέκυψαν από τις εξετάσεις.”). Επομένως, η έκφραση “με το μάτι”, μπορεί να μην είναι τόσο επίσημη, όσο το κείμενο, θεωρήθηκε, όμως, ότι ταιριάζει περισσότερο στο μετάφρασμα, για να γίνει κατανοητό το νόημα του.

Ακόμη, επειδή το κείμενο πηγή, είναι προσεγμένο ως προς τη σύνταξη και τη μορφή του, δεν υπήρχαν δηλαδή, συντακτικά και γραμματικά λάθη, δεν συναντήσαμε εμπόδια κατά την διαδικασία της μετάφρασης. Δεν είναι σπάνιο, ο μεταφραστής να έχει να αντιμετωπίσει τέτοιες δυσκολίες, όταν παραλαμβάνει ένα κείμενο προς μετάφραση. Όπως είναι λογικό, προτού ξεκινήσει την δουλειά του θα πρέπει να επιλύσει τέτοιου είδους προβλήματα, αν υπάρχουν. Όσον αφορά την σύνταξη και την γραμματική του κειμένου στόχου, λοιπόν, το μόνο που είχαμε να πετύχουμε ήταν το κείμενο στόχος, να είναι εσωτερικά συνεκτικό, όπως συμβαίνει και στο κείμενο πηγή. Ουσιαστικά, δηλαδή, να ακολουθήσουμε τον κανόνα της συνεκτικότητας και τον κανόνα της ποιότητας (Munday 2001:134). Ο κανόνας της συνεκτικότητας, ορίζει, ότι το κείμενο στόχος, θα πρέπει να μεταφράζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να έχει συνεκτικότητα στους δέκτες του, να μπορούν δηλαδή να το κατανοήσουν με βάση τις γνώσεις τους. Π.χ. “Διάγνωση: Παλαμικό Ερύθημα (Palmar Ερύθημα)...της κίρρωσης του ήπατος, βλέπε την εικόνα Β 1.35”, διαβάζοντας την διάγνωση αυτή ένας γιατρός, κατανοεί πολύ εύκολα το περιεχόμενο, ήδη διαβάζοντας το “Παλαμικό Ερύθημα”. Ίσως ένας φοιτητής ή ένας άνθρωπος, που διαβάζει το κείμενο να χρειαστεί να αναζητήσει περεταίρω τον όρο, για να κατανοήσει τον όρο, ο βασικός μας δέκτης, όμως τον αντιλαμβάνεται αμέσως. Από την άλλη μεριά, ο κανόνας της ποιότητας, ορίζει, ότι πρέπει να υπάρχει συνεκτικότητα μεταξύ του κειμένου πηγή και του κειμένου στόχος, ως προς τις πληροφορίες που λαμβάνει ο μεταφραστής από το ΚΠ, τον τρόπο που τις ερμηνεύει και τις πληροφορίες που κωδικοποιούνται για τους δέκτες του (Munday 2001:133) (πχ. “Διάγνωση: Αραχνοειδές Αιμαγγείωμα...στην περιφέρεια και γίνονται ξανά κόκκινα.”). Για να επιτευχθεί, ο κανόνας της ποιότητας, στο εν λόγω κείμενο, χρειάστηκε μία αρκετά σημαντική έρευνα ως προς την απόδοση των ιατρικών όρων. Παρ’ όλο που τα ελληνικά και τα λατινικά έχουν υπάρξει αστείρευτη πηγή για την δημιουργία ιατρικών όρων σε όλες τις γλώσσες του πλανήτη, τα γερμανικά έχουν δημιουργήσει τους δικούς τους όρους, με το πέρασμα των χρόνων (Παριανού 2004: 372). Έτσι στο κείμενο, υπάρχουν όροι που μπορούν να μεταφραστούν εύκολα, όπως “Akromegalie=Μεγαλακρία”, “Lymphödem=Λεμφοίδημα” κ.ο.κ. και άλλοι που μεταφράζονται με μία παραπάνω δυσκολία, γιατί δεν γίνεται κατευθείαν αντιληπτή η μετάφραση τους στα ελληνικά, π.χ. “Orbitalwülste=Προμετωπιαία Εξογκώματα”. Βέβαια, υπάρχουν και όροι που είναι αυτούσιοι στα λατινικά, όπως “Colitis ulcerosa=ελκώδης κολίτιδα”, οι οποίοι παραπέμπουν στην σημασία τους, δημιουργήσαν, όμως και αμφιβολίες για την μετάφραση τους. Σε κάθε περίπτωση, ακόμη και για τους όρους που μπορούσαμε να κατανοήσουμε με ευκολία στα ελληνικά, έπρεπε να γίνει έρευνα, είτε στο διαδίκτυο είτε σε εγκυκλοπαίδειες, για να μπορέσουμε, πρώτα απ’ όλα να κατανοήσουμε τον όρο και έπειτα, να μπορέσουμε να τον αποδώσουμε σωστά στην γλώσσα-στόχο. Αποτέλεσμα αυτής της έρευνας είναι το γλωσσάρι, που ακολουθεί στις επόμενες σελίδες, το οποίο κρίθηκε απαραίτητο, για να μπορέσει ο αναγνώστης της εργασίας να λύσει την οποιαδήποτε απορία του παρουσιαστεί, όσον αφορά τους ιατρικούς όρους.

II . Γλωσσάρι

Abdomen (n.): Κοιλιά, Κοιλιακή χώρα.

Ορισμός: Η κοιλιά ή κοιλιακή χώρα ορίζεται, σύμφωνα με την ιστοσελίδα “Iatronet” (<https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/koilia.html>), ως το τμήμα του κορμού ανάμεσα στο θώρακα και την πύελο. Περιέχει το στομάχι, το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου, το λεπτό και παχύ έντερο, το ήπαρ, τη χοληδόχο κύστη και τον σπλήνα. Το τοιχωματικό περιτόναιο περικλείει την κοιλιακή κοιλότητα. Τα όργανα μέσα σ' αυτή την κοιλότητα περικλείονται από το σπλαγχνικό περιτόναιο. Οι νεφροί, τα επινεφρίδια, οι ουρητήρες, ο προστάτης, οι σπερματοδόχοι κύστες και μεγάλες αγγειακές δομές βρίσκονται πίσω από το περιτόναιο (οπισθοπεριτοναϊκά ή εξωπεριτοναϊκά).

Alopezie (f.): Αλωπεκία

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.nioxin.com”, αλωπεκία σημαίνει απώλεια μαλλιών ή φαλάκρα, και μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε πολλούς διαφορετικούς τύπους. Ενώ ο ανθρώπινος οργανισμός αποβάλλει φυσικά κάποιες τρίχες, οι οποίες αναπτύσσονται εκ νέου, η αλωπεκίαση θεωρείται κλινική ασθένεια. Πρακτικά, ο όρος «αλωπεκία» συνήθως αναφέρεται στην γυροειδή αλωπεκία και τις υποκατηγορίες της. Αν και σωματικά δεν είναι επιβλαβές, ως εκ τούτου η απώλεια μαλλιών μπορεί να προκαλέσει ανησυχία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, και είναι δύσκολο να συμβιβαστεί κανείς με αυτό.

Akromegalie (f.): Μεγαλακρία

Ορισμός: Η μεγαλακρία είναι , σύμφωνα με την ιατρό Παρασκευή Μαντζελοπούλου (<https://endodiabetes.gr/index.php/pituitary/acromegaly>), μια σπάνια (περίπου 3/1.000.000 νέα περιστατικά ανά έτος) αλλά αρκετά σοβαρή νόσος που προκαλείται από την αυξημένη έκκριση αυξητικής ορμόνης (GHgrowthhormone) από την υπόφυση. Η υπόφυση βρίσκεται στον εγκέφαλο και ρυθμίζει κεντρικά όλες σχεδόν τις ενδοκρινικές λειτουργίες του σώματος. Η αυξητική ορμόνη, παράγεται από την υπόφυση αλλά ασκεί τη δράση της σε πολλούς ιστούς του σώματος.

Anämie (f.): Αναιμία

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.iatronet.gr”, αναιμία ονομάζεται η μείωση της μάζας των κυκλοφορούντων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Γενικά κάποιος θεωρείται αναιμικός όταν σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης είναι τουλάχιστον δύο μονάδες κάτω από το μέσο επίπεδο. Για να τεθεί η διάγνωση της αναιμίας θα πρέπει να λαμβάνονται υπ όψιν κάποιες μεταβλητές όπως είναι η ηλικία του ασθενούς (τα νεογένητα είναι αναιμικά όταν έχουν επίπεδα αιμοσφαιρίνης τα οποία θα θεωρούνταν σαν ερυθροκυττάρωση στους ενήλικες), το φύλο (οι άνδρες έχουν υψηλότερα επίπεδα αιμοσφαιρίνης σε σχέση με τις γυναίκες) την εγκυμοσύνη (η αραίωση του αίματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει τις τιμές της μετρούμενης αιμοσφαιρίνης) το υψόμετρο διαβίωσης, την φυλετική και εθνική καταγωγή.

antinuklearer Antikörper (m.): αντιπυρηνικό Αντίσωμα

Ορισμός: Τα αντιπυρηνικά αντισώματα (Anti-nuclear Antibodies ή ANA), σύμφωνα με την ιστοσελίδα “HealthyLiving.gr” (<https://www.healthyliving.gr/2016/11/19/antipyrrhnika-antisomata/>) είναι εννιά κατηγορίες παθολογικών αντισωμάτων που παράγει ο οργανισμός έναντι στοιχείων του πυρήνα διαφόρων κυττάρων του. Ανιχνεύονται με test αίματος το οποίο γίνεται συνήθως όταν υπάρχουν μυοσκελετικά και ρευματικά συμπτώματα.

Aszites (m.): Ασκίτης

Ορισμός: Ο ασκί της ορίζεται σύμφωνα με την ιστοσελίδα “Iatronet” (<https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/askitis.html>), ως η παθολογική συσσώρευση υγρών μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ασκί της μπορεί να προκληθεί λόγω μειωμένης φλεβικής επιστροφής όπως συμβαίνει στην συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια· παρακώλυση της ροής του αίματος στην κοίλη φλέβα ή στην πυλαία φλέβα· παρακώλυση της παροχέτευσης της λέμφου· διαταραχή της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας όπως συμβαίνει σε περίπτωση κατακράτησης καλίου· μείωση των πρωτεϊνών του πλάσματος· κίρρωση του ήπατος· κακοήθειες· ή περιτονίτιδα.

A.temporalis (f.): Κροταφική Αρτηρία

Ορισμός: Η αρτηρία που παρέχει αίμα στον εγκέφαλο. (<https://www.onmed.gr/ygeia/story/367740/krotafiki-artiritida-otan-o-ponos-stoys-krotafoys-apeilei-tin-ygeia>)

symmetrische Arthritis (f.): συμμετρική Αρθρίτιδα

Ορισμός: σύμφωνα με την ιστοσελίδα του “Ιασώ Θεσσαλίας” (<https://www.iasothessalias.gr/item/13-%CE%B1%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CF%89%CF%82-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%89%CF%80%CE%AF%CE%B6%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9>) συμμετρική αρθρίτιδα είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “Roche.gr” (https://www.roche.gr/el/health/-/_/rheumatoid_arthritis.html) η ρευματοειδής αρθρίτιδα ορίζεται, ως μία χρόνια, συμμετρική, πολυαρθρική αλλά και συστηματική φλεγμονώδης νόσος, που προσβάλλει κυρίως τον αρθρικό υμένα (υμενίτιδα) των μικρών αρθρώσεων. Είναι μια αυτοάνοση νόσος, δηλαδή τα ανοσοκύτταρα του οργανισμού επιτίθενται και καταστρέφουν τους υγιείς ιστούς του ίδιου του οργανισμού. Μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση των αρθρώσεων, μέχρι και χρόνια αναπηρία.

Caput Medusae (n.): Ευρυαγγείες

Ορισμός: Σύμφωνα με τον ιατρό Ιωάννη Κατσικόρη (<https://kotsikoris.gr/flevikes-pathiseis/eyriaggeies-therapeia>), οι ευρυαγγείες αποτελούν διατεταμένες φλέβες και διακρίνονται κάτω από την επιδερμίδα συνήθως στα πόδια και το πρόσωπο.

Η διάμετρός τους ποικίλει από 0,1 mm έως 1 mm και μπορεί να εμφανίζονται μεμονωμένες ή ως εκτεταμένοι φλεβικοί σχηματισμοί με αραχνοειδή ή θυσανοειδή μορφή. Οι ευρυαγγείες, σε αντίθεση με τους κηλιδώδεις, είναι μικρότερες σε μέγεθος, δεν προεξέχουν του δέρματος και είναι πιο επιφανειακές. Συνοδεύονται από τις δικτυωτές φλέβες που είναι πιο μεγάλες και πιο βαθιές και έχουν μεγάλη κλινική σημασία, μιας και είναι αυτές που τροφοδοτούν με αίμα τις ευρυαγγείες.

akute hepaktische Cholestase (f.): οξεία ενδοηπατική Χολόσταση

Ορισμός: Η οξεία χολόσταση ήπατος, σύμφωνα με την ιστοσελίδα “gastro-care” (<http://www.gastro-care.gr/medical-services/liver/>), Η χολόσταση αναφέρεται στο σύνολο των κλινικών, βιοχημικών και ιστολογικών εκδηλώσεων που οφείλονται σε ελάττωση ή αναστολή της χολικής ροής. Η χολή συσσωρεύεται στα ηπατοκύτταρα και στις χοληφόρους οδούς, ενώ στο αίμα κατακρατούνται τα συστατικά που φυσιολογικώς απεκκρίνονται στη χολή. Η χολόσταση μπορεί να οφείλεται σε βλάβη εντοπιζόμενη σε οποιοδήποτε σημείο της χολικής απέκκρισης, από τη μεμβράνη του ηπατοκυττάρου μέχρι το φύμα του Vater. Η χολόσταση από μηχανική άποψη διακρίνεται σε ενδοηπατική και εξωηπατική. Η ενδοηπατική χολόσταση αναφέρεται στα νοσήματα, που παραβιάζουν την χολική παραγωγή ή απέκκριση (λόγω δυσλειτουργίας των ηπατοκυττάρων) ή την ενδοηπατική ροή της λόγω βλάβης των μικρών χοληφόρων.

Colitis ulcerosa (f.): ελκώδης Κολίτιδα

Ορισμός: Η ελκώδης κολίτιδα ορίζεται σύμφωνα με την ιστοσελίδα “Iatronet” (<https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/elkwdis-kolitida.html>), ως η φλεγμονώδης εντεροπάθεια, χαρακτηριζόμενη παθολογοανατομικώς από χρόνια φλεγμονή του εντερικού βλεννογόνου, η οποία προσβάλλει συνήθως το ορθό, τον πρωκτό, το τελικό κόλον και ορισμένες φορές προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο. Παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς κατά τη δεύτερη, ή τρίτη δεκαετία της ζωής τους· δεύτερη έξαρση των περιστατικών παρατηρείται σε ασθενείς στην ηλικία των εξήντα. Η πάθηση συνδέεται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.

Diabetes mellitus (m.): Σακχαρώδης Διαβήτης

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του “ΕΟΦ” (https://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=14016&folderId=34730&name=DLFE-2801.pdf), ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία, διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών και οφείλεται σε μειονεκτική έκκριση ή σε μειονεκτική δράση της ινσουλίνης ή σε συνδυασμό των δύο, με αποτέλεσμα την απόλυτη ή σχετική έλλειψη.

DNA (n.): δεσοξυριβονουκλεϊκό οξύ (DNA)

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “www.DNAlogy.eu”, το δεσοξυριβονουκλεϊκό οξύ (DNA), είναι το γενετικό υλικό του κυττάρου και περιλαμβάνει τα γονίδια, που περιέχουν τις πληροφορίες για την παραγωγή όλων των απαραίτητων πρωτεϊνών για τον οργανισμό. Το DNA παρουσιάζει μορφή διπλής έλικας της οποίας κάθε κλώνος στρέφεται προς την αντίθετη κατεύθυνση (“δίκλωνο”). Οι δύο κλώνοι συγκρατούνται με δεσμούς υδρογόνου που σχηματίζονται μεταξύ των βάσεων τους.

Dünndarmresektion (f.): Εκτομή του λεπτού εντέρου

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ιατρού Κυρίτση Αλέξανδρου (<https://www.drkyritsis.gr/ektomi-leptou-enterou.html>), η εκτομή του λεπτού εντέρου, χρησιμοποιείται σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής αντιμετώπισης στις παθήσεις του λεπτού εντέρου. Στη σημερινή εποχή στην πλειοψηφία των περιπτώσεων επέμβαση εκλογής θεωρείται η λαπαροσκοπική εκτομή τμήματος του λεπτού εντέρου, η οποία πραγματοποιείται μέσω μικρών οπών και πλεονεκτεί σημαντικά έναντι της ανοιχτής χειρουργικής. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων γίνεται εκτομή κάποιου τμήματος του εντέρου και το υπόλοιπο αναστομώνεται σε πρώτο χρόνο. Σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να γίνει προσωρινή ειλεοστομία και η αναστόμωση να πραγματοποιηθεί σε δεύτερο χρόνο.

Eisenmangelanämie (f.): Σιδηροπενική Αναιμία

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “MedNutrition” (<https://www.mednutrition.gr/portal/ygeia/alles-pathiseis/3461-sidiropeniki-anaimia>), η σιδηροπενική αναιμία είναι η πιο συχνή διατροφική έλλειψη παγκόσμια. Παρόλο που η συχνότητά της έχει μειωθεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 η έλλειψη σιδήρου, με ή χωρίς αναιμία είναι πολύ συχνή ιδίως στα βρέφη, παιδιά, έφηβες γυναίκες και γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η σιδηροπενική αναιμία παραμένει η πιο συχνή αναιμία τόσο της βρεφικής και παιδικής ηλικίας όσο και των ενηλίκων. Η σιδηροπενική αναιμία αναπτύσσεται όταν η έλλειψη σιδήρου είναι τόσο μεγάλη που η ποσότητά του να μην επαρκεί για την αιμοποίηση (σύνθεση αιμοσφαιρίνης, ερυθρών και λευκών αιμοσφαιρίων, αιμοπεταλίων κλπ).

Eiweißausscheidung (f.): Πρωτεϊνική Απέκκριση

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “έντεχνη δράση” (<https://www.art-therapy.center/%CF%80%CF%8E%CF%82-%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B2%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CE%B6%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-%CF%80%CF%81%CF%89%CF%84%CE%B5%CE%90%CE%BD%CE%B7-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CE%B1%CE%BD%CE%B8%CF%81/>) , οι πρωτεΐνες μεταβολίζονται. Περιληπτικά, ο μεταβολισμός των πρωτεϊνών αρχίζει με την υδρόλυση του πρωτεϊνικού μορίου που γίνεται με τη δράση των πρωτεολυτικών ενζύμων και οδηγεί στο σχηματισμό των αμινοξέων. Τα αμινοξέα που απελευθερώνονται σε ποσότητες μεγαλύτερες από αυτές που απαιτούνται για τη σύνθεση των πρωτεϊνών και άλλων σημαντικών βιομορίων του οργανισμού, επειδή δεν είναι δυνατό να αποθηκευτούν, χρησιμοποιούνται ως μεταβολικό καύσιμο.

Exophthalmus (m.): Εξόφθαλμος

Ορισμός: Εξόφθαλμος σημαίνει ότι το μάτι/α ενός ασθενούς προσπίπτει/ουν προς τα έξω. Ανάλογα με την υποκείμενη αιτία της πρόπτωσης του οφθαλμού, ο εξόφθαλμος μπορεί να συνοδεύεται από άλλα κλινικά σημεία ή συμπτώματα όπως η ερυθρότητα των ματιών, η δακρύρροια, η φωτοφοβία, η διπλωπία και σε σπάνιες περιπτώσεις η μείωση της όρασης, σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ιατρού Καλαντζή (<https://drkalantzis.gr/%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%83/%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B1/%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%80%CF%84%CF%89%CF%83%CE%B7-%CE%B2%CE%BF%CE%BB%CE%B2%CE%BF%CF%85.htm>).

Foramen supraorbitale (n.): Υποκόγχιο Τρήμα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.iatrotek.org”, η στελεχιαία ανισθησία του υποκόγχιου νεύρου μέσα στο υποκόγχιο τρήμα, προκαλεί αναισθησία του πολφού, του περοδοντίου και των χειλικών ουλών των συστοιχωνόδοντων (τομέων και κυνόδοντα), του κάτω βλεφάρου, του άνω χείλους και του πτερυγίου της ρινός, η αναισθησία του υποκόγχιου αποτελεί λύση εκλογής σε φλεβμονώδεις ή τραυματικές καταστάσεις της σύστοιχης περιοχής της άνω γνάθου.

Gefäß (n.): Αγγείο

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “Angelini” (<https://www.angelini.gr/wps/wcm/connect/gr/Home/Therapeutic+areas/cardiovascular+System/Anatomy-Physiology/Kardiaggeiako>), τα αιμοφόρα αγγεία διοχετεύουν το αίμα της καρδιάς σε όλα τα σημεία του σώματος.

Gefäßsklerose (f.): Αρτηριοσκλήρωση

Ορισμός: Η αρτηριοσκλήρυνση εκδηλώνεται όταν τα αιμοφόρα αγγεία που μεταφέρουν οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά από την καρδιά στο υπόλοιπο σώμα γίνονται σκληρά και άκαμπτα, περιορίζοντας συχνά τη ροή αίματος στα ζωτικά όργανα και τους ιστούς, σύμφωνα με το “**www.onmed.gr**”.

(Gesichts)erythem (n.): Ερύθημα (προσώπου)

Ορισμός: Σύμφωνα με το “ιατροnet” (<https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/erythima.html>), το ερύθημα είναι ένα κοινό αλλά όχι ειδικό σημείο ερεθισμού, βλάβης ή φλεγμονής του δέρματος. Το ερύθημα, προκαλείται από τη διαστολή των επιπολής αγγείων του δέρματος.

Glomerulonephritis (f.): Σπειραματονεφρίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του νεφρολόγου Ψούνη Κωνσταντίνου, η φλεγμονή στο σπείραμα και κάποιες φορές και στο νεφρικό σωληνάριο προκαλεί τις σπειραματονεφρίτιδες. Η σπειραματονεφρίτιδα είναι ένα από τα σημαντικότερα αίτια χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου και κατάληξης σε αιμοκάθαρση.

mesangioproliferative Glomerulonephritis (f.): μεσάγγειο-πολλαπλασιαστική Σπειραματονεφρίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “www.iliveok.com”, η μεσάγγειο-πολλαπλασιαστική σπειραματονεφρίτιδα χαρακτηρίζεται από τον πολλαπλασιασμό των μεσαγγειακών κυττάρων, την επέκταση του μεσαγγίου, την εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων στο μεσαγγείο και κάτω από το ενδοθήλιο.

atrophische Glossitis (Hunter-Glossitis) (f.): Ατροφική Γλωσσίτιδα (Γλωσσίτιδα Hunter)

Ορισμός: Σύμφωνα με τον ιστότοπο “DontiaStoma.gr” (<https://www.dontiaStoma.gr/path/mouth/glossitida.htm>), η γλωσσίτιδα είναι φλεγμονώδης πάθηση της γλώσσας που εκδηλώνεται με αλλαγή του χρώματος, της υφής και της εμφάνισης της γλώσσας και σπανιότερα με πόνο, πρήξιμο και κάψιμο στη γλώσσα. Μπορεί να εμφανιστεί με διάφορες μορφές όπως η ατροφική γλωσσίτιδα, η ρομβοειδής γλωσσίτιδα και η γεωγραφική γλώσσα. Στην ατροφική γλωσσίτιδα η απώλεια των τριχοειδών θηλών είναι γενικευμένη σε όλη την πάνω επιφάνεια της γλώσσας. Η γλώσσα είναι έντονα κόκκινη και λεία, ευαίσθητη στην επαφή ή τα έντονα ερεθίσματα και συχνά επώδυνη.

Atherom (Grützbeutel) (n.): Αθήρωμα/Αθηρωμάτωση

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.mednutrition.gr”, με τον όρο αθηρωμάτωση περιγράφεται η διαδικασία με την οποία τα τοιχώματα των αρτηριών καλύπτονται με μια πυκνή ουσία, το αθήρωμα, που αποτελείται από εναπόθεση λιπών της χοληστερίνης και άλλων ουσιών. Μια εύθραυστη αθηρωματική πλάκα μπορεί να σπάσει, στέλνοντας το περιεχόμενο στη κυκλοφορία του αίματος. Το αίμα προκειμένου να επιδιορθώσει τη βλάβη, σχηματίζει ένα θρόμβο που μπορεί να μπλοκάρει την αρτηρία.

Hemithorax (m.): Ημιθώρακιο

Ορισμός: Σύμφωνα με το “lexigram” <https://www.lexigram.gr/lex/enni/%CE%B7%CE%BC%CE%B9%CE%B8%CF%89%CF%81%CE%AC%CE%BA%CE%B9%CE%BF>, ημιθώρακιο είναι το καθένα από τα δύο σημεία του θώρακα. Ο θώρακας σύμφωνα με το “Ιατροnet” ορίζεται ως το μέρος του σώματος μεταξύ της βάσης του λαιμού προς τα άνω και του διαφράγματος προς τα κάτω.

alkoholtoxische Hepatitis (f.): Αλκοολική Ηπατίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “endounit.gr” (<https://www.endounit.gr/alkooliki-ipatitida/>), η αλκοολική ηπατίτιδα είναι μια ασθένεια που επηρεάζει το συκώτι και μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομα που πίνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ για αρκετά χρόνια. Οι άνθρωποι σε υψηλότερο κίνδυνο πίνουν περισσότερα από 100 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα για πολλά χρόνια. Η καλύτερη θεραπεία είναι να σταματήσετε να πίνετε αλκοόλ εντελώς.

Herzinsuffizienz (f.): καρδιακή ανεπάρκεια

Ορισμός: Η καρδιακή ανεπάρκεια, σύμφωνα με την ιστοσελίδα της “Pfizer”, ορίζεται ως μία πάθηση κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να διοχετεύσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος στο σώμα, ώστε να επιτελέσει τις φυσιολογικές του λειτουργίες.

portale Hypertension (f.): Πύλη Υπέρταση

Ορισμός: Σύμφωνα με το “iliveok.com” (https://el.iliveok.com/health/pyli-ypertasis_107115i15947.html), η πύλη της υπέρτασης - αυξημένη πίεση στην πύλη, που προκαλείται από διαταραχές ροής αίματος ποικίλης προέλευσης και εντοπισμού - σε πυλαία αγγεία, ηπατικές φλέβες και κατώτερη κοίλη φλέβα. Όταν η ποσότητα του αιματώδους αίματος που ρέει στο ήπαρ μειώνεται σε σχέση με την ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας, ο ρόλος της ηπατικής αρτηρίας αυξάνεται. Το ήπαρ μειώνεται στον όγκο, η ικανότητά του να αναγεννάται μειώνεται. Αυτό οφείλεται πιθανώς σε ανεπαρκή πρόσληψη ηπατοτρόπων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης και του γλυκαγόνου, που παράγονται από το πάγκρεας. Η υπέρταση της πύλης προκαλείται συχνότερα από κίρρωση του ήπατος (στις αναπτυγμένες χώρες), σχιστοσωμίαση (σε ενδημικές περιοχές) ή αγγειακές διαταραχές στο ήπαρ.

Hyperthyreose (f.): υπερθυρεοειδισμός

Ορισμός: Ο υπερθυρεοειδισμός προκαλείται από την αυξημένη κυκλοφορία στο αίμα των θυρεοειδικών ορμονών, σύμφωνα με το “iatronet” (<https://www.iatronet.gr/ygeia/endokrinologia/article/120/ti-einai-o-yperthyreoeidismos.html>).

Hypothyreose (f.): Υποθυρεοειδισμός

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.iatropedia.gr”, ο υποθυρεοειδισμός είναι λειτουργική διαταραχή του θυρεοειδούς κατά την οποία ο αδένας εργάζεται δυσανάλογα λιγότερο σε σχέση με τις ανάγκες του ατόμου. Είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία έχουμε μειωμένη έκκριση θυρεοειδικών ορμονών.

Ikterus (m.): Ίκτερος

Ορισμός: Σύμφωνα με τον χειρουργό Γιώργο Α. Σπηλιόπουλο (<https://drspiliopoulos.com.gr/ikteros/>), ο ίκτερος («χρυσή» για πολλούς ανθρώπους), είναι μια κίτρινη ή κιτρινωπή χρώση του δέρματος, η οποία οφείλεται σε μια αύξηση της συγκέντρωσης της χολερυθρίνης, μέσα στο αίμα (υπερχολερυθριναιμία). Η χολερυθρίνη βρίσκεται στο αίμα υπό «ελεύθερη μορφή» και στο ήπαρ μετατρέπεται χημικά σε «συνδεδεμένη μορφή», για να μπορέσει να περάσει το φίλτρο του νερού. Στον υγιή άνθρωπο η ολική χολερυθρίνη του αίματος (δηλαδή το άθροισμα της «ελεύθερης» και «μη ελεύθερης» χολερυθρίνης) αντιπροσωπεύει κυρίως το επίπεδο της «ελεύθερης» χολερυθρίνης, της οποίας η κύρια προέλευση είναι η αποδόμηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η αύξηση της χολερυθρίνης στο αίμα που προκαλεί τον ίκτερο, μπορεί να οφείλεται τόσο στην «ελεύθερη» όσο και στη «μη ελεύθερη» μορφή χολερυθρίνης ή και στις δύο.

chronisch venöse Insuffizienz (f.): χρόνια φλεβική ανεπάρκεια

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του αγγειοχειρουργού, Ζαχαρία Ανδρουλάκη (<https://www.angionet.gr/aggeiakes-pathiseis/xronia-fleviki-aneparkeia/>), λέγοντας χρόνια φλεβική ανεπάρκεια, αναφερόμαστε στην αλληλουχία των αλλοιώσεων που μπορεί να συμβούν σε ένα κάτω μέλος όταν οι φλέβες του δεν λειτουργούν επαρκώς. Ο όρος χρόνια φλεβική ανεπάρκεια κυριολεκτικά μεν περιγράφει απλά το γεγονός ότι “ανεπαρκούν οι φλέβες” (δεν κάνουν τη δουλειά τους με επάρκεια, δηλαδή, η επιστροφή του φλεβικού αίματος από το μέλος προς την καρδιά δε γίνεται επαρκώς), όμως ακριβέστερα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο αν έχουν εμφανιστεί και δερματικές αλλοιώσεις ως αποτέλεσμα της χρόνιας φλεβικής υπέρτασης και στάσης (Gloviczki P, Yao JST. HANDBOOK OF VENOUS DISORDERS: Guidelines of the American Venous Forum, 2001). Ο όρος χρόνια φλεβική ανεπάρκεια δεν πρέπει να συγχέεται με τον όρο χρόνια φλεβική νόσος.

Klinefelter-Syndrom (n.): σύνδρομο Klinefelter

Ορισμός: Όπως αναφέρει το “www.paidiatros.com”, το σύνδρομο Klinefelter είναι γενετική διαταραχή που εμφανίζεται αποκλειστικά στα αγόρια και προκαλείται λόγω της παρουσίας ενός επιπλέον χρωμοσώματος X. Το σύνδρομο Klinefelter είναι η συχνότερη χρωμοσωμική διαταραχή. Η συχνότητα εμφάνισης του υπολογίζεται 1:500-1:1000 γεννήσεις. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι η καθυστέρηση ανάπτυξης της εφηβείας στα αγόρια λόγω ανεπαρκούς ανάπτυξης των όρχεων, η υπογονιμότητα και η γυναικομαστία.

Konjunktive (f.): Επιπεφυκότας

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του “Ινστιτούτου Οφθαλμολογικής Φλεγμονής & Παθολογίας του Οφθαλμού (<http://www.eyepathology.gr/834/newsid836/145>)”, ο επιπεφυκότας είναι ένας λεπτός ημιδιαφανής βλεννογόνος που καλύπτει την πίσω επιφάνεια των βλεφάρων και την εμπρός επιφάνεια του σκληρού. Αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία και πλήθος κυττάρων που παράγουν δάκρυα και χημικές ουσίες.

allergische Konjunktivitis (f.): Αλλεργική Επιπεφυκίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του “Ινστιτούτου Οφθαλμολογικής Φλεγμονής & Παθολογίας του Οφθαλμού (<http://www.eyepathology.gr/400/newsid829/9>)”, αλλεργική επιπεφυκίτιδα είναι φλεγμονή του επιπεφυκότα που προκύπτει από υπερβολική αντίδραση της εξωτερικής επιφάνειας του ματιού όταν έρθει σε επαφή με εξωτερικούς παράγοντες (χημικές ουσίες ή μόρια) που θεωρούνται ξένοι και ο οργανισμός αντιδρά για να τους εξουδετερώσει. Οι παράγοντες αυτοί καλούνται αλλεργιογόνα και ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η αλλεργική επιπεφυκίτιδα συνήθως υπάρχει μαζί με άλλες αλλεργικές εκδηλώσεις όπως ρινίτιδα, άσθμα, έκζεμα. Τα άτομα με ιστορικό αλλεργίας στην οικογένεια έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν μια μορφή αλλεργίας.

Koronarsklerose (f.): Στεφανιαία Νόσος (Αθηροσκλήρωση)

Ορισμός: Σύμφωνα με τον καρδιολόγο κ. Καραγκούνη (<https://kardiologos-epemvaticos.gr/pathiseis/stefaniaia-nosos-athirosklirwsi/>), η αθηροσκλήρωση, ονομάζεται και “σκλήρυνση των αρτηριών”, εμφανίζεται όταν λίπος (χοληστερόλη) και ασβέστιο συσσωρεύονται στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών, σχηματίζοντας μια ουσία που ονομάζεται πλάκα. Με την πάροδο του χρόνου, η συσσώρευση λίπους και ασβεστίου γίνεται εντονότερη και έτσι στενεύει η αρτηρία και φράσσει – μειώνει την ροή του αίματος μέσα από την αρτηρία.

Kortisol (n.): Κορτιζόλη

Ορισμός: Σύμφωνα με την βιολόγο Αγγελική Μήλιου (<https://www.ygeia-petani.gr/2018/10/21/ti-einai-h-kortizolh/>), η κορτιζόλη θεωρείται η κατεξοχήν ορμόνη του στρες. Όταν το στρες αυξάνει πάνω από το μέσο όρο (για μεγάλο χρονικό διάστημα, (όπως στην κατάθλιψη) τα επίπεδα της κορτιζόλης στον οργανισμό είναι υψηλά και προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες, φθείροντας τον οργανισμό. Η κορτιζόλη είναι μια στεροειδής ορμόνη που παράγεται από το φλοιό των επινεφριδίων. Όπως συμβαίνει με όλες τις στεροειδείς ορμόνες, συντίθεται από τη χοληστερόλη, μετά από μια αλληλουχία βιοχημικών αντιδράσεων. Η κορτιζόλη, με τις πολυποίκιλες δράσεις της, βοηθά τον οργανισμό να ανταπεξέρχεται στις μακροχρόνιες καταστάσεις stress. Είναι ορμόνη απαραίτητη για τη ζωή, και αυτό φαίνεται σε καταστάσεις έλλειψής της (φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια), οπότε μπορεί να επέλθει ακόμη και ο θάνατος.

Lackzunge (f.): λεία γλώσσα, πιθανόν σύμπτωμα της γλωσσίτιδας

Leberzirrhose (f.): Κίρρωση Ήπατος

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ιατρού Παπαφραγκάκη (<https://www.papafragkakis.gr/diseases/HPAR/Kirrosh-tou-hpatos/>), η κίρρωση είναι μια κατάσταση κατά την οποία το υγιές ήπαρ αντικαθίσταται αργά και προοδευτικά από ουλώδη ιστό, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να λειτουργήσει σωστά. Ασθενείς με κίρρωση ήπατος χρειάζονται στενή παρακολούθηση, έλεγχο για κίρρους οισοφάγου με γαστροσκόπηση και τακτικό έλεγχο για καρκίνο του ήπατος.

Lidödeme (n.): Οίδημα του βλεφάρου

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “www.humanitas.gr”, το οίδημα βλεφάρων είναι σύμπτωμα φλεγμονής ή συσώρευσης υγρού στους ιστούς που περιβάλλουν το μάτι. Η κατάσταση μπορεί να επηρεάσει μόνο ένα μάτι ή και τα δύο, και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να σχετίζεται με πόνο. Άλλα πιθανά σχετιζόμενα συμπτώματα είναι: φαγούρα, αυξημένη δακρύρροια, προβλήματα όρασης, ερυθρότητα των βλεφάρων, φλεγμονή του επιπεφυκότα, έκκριμα οφθαλμών και ξηροφθαλμία. Μπορεί να προκληθεί από: λοιμώξεις, τραύματα, ασθένειες, χρήση ακατάλληλων φακών επαφής και αλλεργίες.

Systemischer Lupus erythematodes (m.): Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ιατρού Τσουκαλά (https://www.drtsoukalas.com/sistimatikos_erithimatodis_likos_sel_simptomata_8211_aitia-su-343.html), ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ), είναι μια αυτοάνοση ασθένεια που εμφανίζεται όταν το ανοσοποιητικό σύστημα λανθασμένα επιτίθεται σε δικά του όργανα και ιστούς

Lymphknotenschwellung (f.): Οίδημα των Λεμφαδένων

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα της “Πρότυπης Ομάδας Κλινικής Παθολογίας” (<http://pathologia.eu/loimoxeis/diogkwmnoi-lemfadenes-syxnotera-aitia-kai-antimetwpish/>), οι διογκωμένοι λεμφαδένες αποτελούν συνήθως ένδειξη κάποιας κοινής λοίμωξης, ωστόσο μπορεί να αποτελούν επίσης εκδήλωση μίας αυτοάνοσης νόσου ή, σπανιότερα, κάποιας μορφής καρκίνου. Οι λεμφαδένες είναι μικρές σφαιρικές δομές με σημαντικό ρόλο στο ανοσοποιητικό σύστημα.

Lymphödem (n.): Λεμφοίδημα

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του “Βενιζέλειου Νοσοκομείου” Ηρακλείου Κρήτης (<https://www.venizeleio.gr/ti-ine-to-lemfidima-ke-pos-antimetopizete/>), Το λεμφοίδημα είναι μια παθολογική κατάσταση, στην οποία τα λεμφαγγεία είναι πολύ λίγα, δυσμορφικά ή μη λειτουργικά και καθιστούν την μεταφορική ικανότητα ανεπαρκή να απομακρύνει το φυσιολογικό φορτίο. Αποτέλεσμα αυτού είναι η κατακράτηση λεμφικού υγρού ανάμεσα στους μαλακούς ιστούς και στα κύτταρα του σώματος.

Lymphknoten (m.): Λεμφαδένας

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του χειρουργού Σωτηρόπουλου (<https://sotiropoulos-georgios.gr/lemfadenes/>), ένας λεμφαδένας είναι ένα όργανο σε σχήμα νεφρού του λεμφικού συστήματος. Ένας μεγάλος αριθμός λεμφαδένων συνδέεται σε όλο το σώμα με τα λεμφικά αγγεία. Είναι σημαντικές τοποθεσίες λεμφοκυττάρων που περιλαμβάνουν Β και Τ κύτταρα. Οι λεμφαδένες είναι σημαντικοί για τη σωστή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ενεργώντας ως φίλτρα για ξένα σωματίδια συμπεριλαμβανομένων των καρκινικών κυττάρων, αλλά δεν έχουν καμία λειτουργία αποτοξίνωσης.

Mastoiditis (f.): Μαστοειδίτιδα

Ορισμός: Η μαστοειδίτιδα είναι η φλεγμονή των αεροφόρων κυψελών της μαστοειδούς απόφυσης στο πλαίσιο ενός επεισοδίου οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας (<https://www.mitera.gr/arthra-ygeias/mastoeiditida/>).

Morbus Addison (m.): Νόσος του Addison

Ορισμός: Μια βασική λειτουργία με την οποία ο οργανισμός λειτουργεί εύρυθμα είναι η χρήση χημικών αγγελιοφόρων που ονομάζονται ορμόνες και οι οποίες ρυθμίζουν διάφορες διεργασίες στο σώμα. Ακριβώς πάνω από καθένα από τα νεφρά υπάρχουν τα επινεφρίδια. Πρόκειται για τους αδένες που παράγουν αυτές τις ορμόνες. Όταν τα επινεφρίδια δυσλειτουργούν και δεν παράγουν αρκετές ορμόνες, τότε το άτομο παθαίνει τη νόσο του Addison. Η νόσος του Addison είναι μια σπάνια πάθηση. Μόνο 1 στα 100.000 άτομα ασθενεί από αυτή. Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία, είτε σε άνδρες είτε σε γυναίκες. Τα άτομα με νόσο του Addison μπορεί να διάγουν έναν φυσιολογικό βίο αρκεί να λαμβάνουν τα φάρμακά τους, όπως αναφέρει το “www.onmed.gr”.

Morbus Crohn (m.): Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (νόσος του Crohn)

Ορισμός: Σύμφωνα με τον ιστότοπο “gastrohep” (<https://www.advanced-endoscopy.gr/%CE%B5%CE%BB%CE%BA%CF%8E%CE%B4%CE%B7%CF%82-%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1-%CE%BD%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%82-crohn/>), είναι νόσος που προκαλεί μια χρόνια φλεγμονή σε ολόκληρο το πεπτικό σύστημα.

Morbus Cushing (m.): Σύνδρομο του Cushing

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ιατρού Σωτηροπούλου (<https://sotiropoulos-georgios.gr/syndrom-cushing/>), Το σύνδρομο Cushing είναι μια ασθένεια στην οποία το σώμα παράγει πάρα πολύ κορτιζόλη. Η κορτιζόλη είναι ένα στεροειδές που παράγεται από τα επινεφρίδια. Η κορτιζόλη είναι απαραίτητη για την καθημερινή ζωή και βοηθά το σώμα να ανταποκριθεί σε αγχωτικά συμβάντα, ρυθμίζει τους κύκλους ύπνου-αφύπνισης και βοηθά στη ρύθμιση της απόκρισης του σώματος στη φλεγμονή.

Morbus Horton (m.): Νόσος του Horton (Κεφαλαλγία)

Ορισμός: Πολύ ισχυρός πονοκέφαλος στο μισό ημιμόριο, που μοιάζει με ημικρανία (<https://www.iatrikistinpraxi.gr/neurologika/%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B1%CE%BB%CE%B3%CE%AF%CE%B1-%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B1%CE%BB%CE%B3%CE%AF%CE%B1-horton-cluster-headache/>)

Morbus Paget (m.): Νόσος του Paget (των οστών)

Ορισμός: Είναι μια χρόνια διαταραχή του σκελετού που χαρακτηρίζεται από διογκωμένα και παραμορφωμένα οστά σε μια ή περισσότερες οστικές περιοχές, σύμφωνα με την ιστοσελίδα “<https://osteocare.gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%82-paget/>”.

Myxödem (n.): Μυξοίδημα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.emedi.gr”, το μυξοίδημα, είναι συνώνυμο με τον σοβαρό υποθυρεοειδισμό και χρησιμοποιείται για τις δερματολογικές αλλαγές που μπορεί να συμβούν σε υποθυρεοειδισμό και ορισμένες μορφές υπερθυρεοειδισμού.

Nebennierenrinde (f.): Φλοιός των επινεφριδίων

Ορισμός: Ο φλοιός των επινεφριδίων αποτελεί ενδοκρινή αδέν, ο οποίος παράγει περισσότερες από σαράντα ορμόνες. Οι επινεφριδιακές ορμόνες του φλοιού ανήκουν σε μια ομάδα με το όνομα στεροειδείς ορμόνες, ενώ κάθε άτομο διαθέτει δυο επινεφρίδια. Ο φλοιός του επινεφριδίου απαρτίζει ξεχωριστό αδέν, ενώ η μυελώδης μοίρα του ίδιου οργάνου αποτελεί έναν άλλο ξεχωριστό αδέν. Και οι δυο εκκρίνουν πληθώρα ορμονών με διαφορετικό ρόλο και τρόπο δράσης μεταξύ τους, σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ιατρού Ράμμου (<http://www.dr-rammos.gr/index.php/myelos-ton-epinefridion/floios-epinefridion/o-floios-ton-epinefridion-kai-oi-ormones-tou>).

Nephritis (f.): Νεφρίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.iatronet.gr”, η νεφρίτιδα είναι φλεγμονή των νεφρών προκαλούμενη από βακτήρια ή τις τοξίνες τους (π.χ., πυελονεφρίτιδα), αυτοάνοσες διαταραχές (π.χ., μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα, νεφρίτιδα του λύκου), ή τοξικά χημικά (π.χ., υδράργυρος, αρσενικό, αλκοόλ, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα). Τα σπειράματα, τα σωληνάκια και ο διάμεσος ιστός, ενδέχεται να επηρεασθούν. Η πάθηση μπορεί να είναι είτε οξεία, ή χρόνια.

Niereninsuffizienz (f.): Νεφρική Ανεπάρκεια

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του “Ομίλου Ιατρικού Αθηνών” (<https://www.iatriko.gr/el/disease/nefriki-aneparkeia?cl=609>), οι νεφροί είναι τα όργανα του ανθρώπου που λειτουργούν ως φυσικό φίλτρο του οργανισμού, καθώς καθαρίζουν καθημερινά 200 λίτρα αίματος και απαλλάσσουν τον οργανισμό από κάθε περιττή και επικίνδυνη ουσία, αποβάλλοντάς τη με την ούρηση. Επίσης, τα νεφρά ρυθμίζουν την ισορροπία των μεταλλικών στοιχείων και του νερού, βοηθούν στην παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ενεργοποιούν τη βιταμίνη D και παράγουν ουσίες που ρυθμίζουν την αρτηριακή πίεση.

Οι δύο νεφροί στο σώμα μας βρίσκονται εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης και συγκεκριμένα στην οσφυϊκή μοίρα ακριβώς κάτω από το διάφραγμα. Η νεφρική ανεπάρκεια είναι η αδυναμία των νεφρών να επιτελέσουν τις παραπάνω λειτουργίες και μπορεί να είναι οξεία και χρόνια.

Ödem (n.): Οίδημα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.mednutrition.gr”, οίδημα ονομάζουμε μία κατάσταση κατά την οποία συσσωρεύεται περίσσεια υγρού σε οποιονδήποτε ιστό του ανθρώπινου σώματος, είτε ενδοκυττάρια, είτε εξωκυττάρια. Σε γενικές γραμμές τα εξωκυττάρια οιδήματα εμφανίζονται όταν διαρρέει υγρό από τα τριχοειδή αγγεία (μικροσκοπικά αιμοφόρα αγγεία) του σώματος και συσσωρεύεται στους περιβάλλοντες ιστούς. Ένα οίδημα μπορεί να εμφανιστεί ως γενικευμένο σύμπτωμα σε όλο το σώμα αλλά και τοπικά.

endokrine Orbitopathie (f.): Ενδοκρινική Οφθαλμοπάθεια

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.iliveok.com”, η θυρεοτοξίκωση (ασθένεια Graves) είναι μια αυτοάνοση ασθένεια, η οποία αρχίζει συνήθως στις 3 και 4 δεκαετίες της ζωής, μεταξύ των άρρωστων κυρίαρχων γυναικών. Η ασθένεια του θυρεοειδούς (ενδοκρινική οφθαλμοπάθεια) του οφθαλμού μπορεί να συμβεί χωρίς κλινικά και βιοχημικά σημάδια δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς. Συχνότερα υπάρχουν συστηματικές εκδηλώσεις, αλλά η σοβαρότητα τους δεν συσχετίζεται με οφθαλμικά συμπτώματα. Η ασθένεια Graves χωρίς συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού ονομάζεται οφθαλμική ή ευθυρεοειδής ασθένεια Graves. Οι οφθαλμίατροι αντιμετωπίζουν συχνά αυτή τη μορφή της νόσου.

Parkinson: Νόσος του Πάρκινσον

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.roche.gr”, η νόσος του Πάρκινσον είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή, που σχετίζεται με τη δυσλειτουργία ή απώλεια των ντοπαμινεργικών νευρώνων στον εγκέφαλο, την έλλειψη ντοπαμίνης, και το σχηματισμό παθολογικών σωματιδίων-πρωτεϊνών, των Lewy Bodies, στους νευρώνες. Αποτελεί μια ιδιοπαθή νόσο του νευρικού συστήματος, που χαρακτηρίζεται από κινητικές και μη κινητικές εκδηλώσεις. Η νόσος έχει περιγραφεί ήδη από το 1817, από τον James Parkinson. Έχει συνδεθεί με σημαντική ανικανότητα και χαμηλή ποιότητα ζωής.

Palmarerythem (n.): Παλαμικό Ερύθημα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “FamigliaAngeli” (<https://famiglia-angeli.com/el/symptoms/162-palmar-erythema-causes-and-treatments.html>), το Palmar Ερύθημα προκαλεί το δέρμα γύρω από τις παλάμες και τα δάχτυλα να γίνει κόκκινο και ζεστό. Αυτό συμβαίνει κάθε φορά που αιμοφόρα αγγεία στο χέρι γίνονται διασταλμένα. Παρόλο που ακούγεται τρομακτικό, αυτό το σύμπτωμα εξετάζεται αγαθός. Δεν σχετίζεται με φαγούρα, πόνο ή άλλες επικίνδυνες ασθένειες. Σε αυτό το άρθρο, θα μιλήσουμε για τις αιτίες και τις θεραπείες.

Perikarditis (f.): περικαρδίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ιατρού Τσακίριδη (<https://tsakiridiskosmas.gr/blog-gr/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%B9%CE%BD%CE%B1%CE%B9/>), ως περικαρδίτιδα ορίζεται το οίδημα και ο ερεθισμός (φλεγμονή) των πετάλων του περικαρδίου (σπλαγχνικό και τοιχωματικό), δηλαδή του υμένα που περιβάλλει την καρδιά. Μπορεί να επηρεάσει ανθρώπου όλων των ηλικιών, αλλά οι άντρες ηλικίας 20 έως 50 ετών έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν περικαρδίτιδα.

Pleuritis (f.): Πλευρίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.pleumonology.gr”, πλευρίτιδα είναι η παθολογική κατάσταση στην οποία παρουσιάζεται υγρό στον πνεύμονα, ή, ακριβέστερα, μεταξύ των δύο πετάλων του υπεζωκότα (υμένας που καλύπτει εξωτερικά τον πνεύμονα).

Polyglobulie (f.): Πολυκυτταραιμία

Ορισμός: Η πολυκυτταραιμία είναι η πολύ υψηλή συγκέντρωση ερυθροκυττάρων ή μείωση του όγκου του πλάσματος, σύμφωνα με το “<https://www.iatrikistinpraxi.gr/>”.

Porphyria (f.): Πορφυρία

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.genlab.gr”, η πορφυρία είναι μια πάθηση που προκαλείται από διαταραχές στη διαδικασία παραγωγής της αίμης, η οποία αποτελεί δομικό στοιχείο των αιμοπρωτεϊνών, συμπεριλαμβανομένης της αιμοσφαιρίνης.

Serumkreatinin (n.): κρεατινίνη

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.omed.gr”, η κρεατινίνη είναι ένα αζωτούχο προϊόν του μεταβολισμού που παράγεται σε καθημερινή βάση και αποβάλλεται από τον ανθρώπινο οργανισμό. Η φυσιολογική απομάκρυνση της κρεατινίνης από το σώμα προϋποθέτει την καλή λειτουργία των νεφρών, τα οποία λειτουργούν ως το απεκκριτικό φίλτρο των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού.

Sinusitis (f.): Παραρρινοκολπίτιδα

Ορισμός: Σύμφωνα με το “www.iatronet.gr”, η παραρρινοκολπίτιδα αναφέρεται σε φλεγμονή των παραρρινίων κόλπων που εκδηλώνεται με μια ιογενή, βακτηριακή ή μυκητιασική λοίμωξη.

arteriell-kapillarer Spinnennävus (m.): αρτηριακά τριχοειδή Αγγεία

Ορισμός: Σύμφωνα με τον ιστότοπο της ιατρού Κατσάκα (<https://www.aggeia.com/category/%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%83/%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%83-%CE%B1%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CF%89%CE%BD/%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%B1-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B9%CF%83-%CE%B1%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%83>), αρτηρίες ονομάζονται τα αγγεία του οργανισμού που μεταφέρουν οξυγονωμένο αίμα από την καρδιά προς τα υπόλοιπα όργανα. Όσο απομακρύνονται από την καρδιά διακλαδίζονται και σχηματίζουν όλο και μικρότερα αγγεία, μικρότερες αρτηρίες και αρτηρίδια τα οποία τελικά καταλήγουν στα τριχοειδή αγγεία. Όπως αναφέρει το “www.vichy.gr”, τα τριχοειδή αγγεία είναι πολύ λεπτά αιμοφόρα αγγεία, που συγκεντρώνονται σε δίκτυα μέσα στους ιστούς. Οι ανταλλαγές αερίων, θρεπτικών συστατικών και η αποβολή περιττωμάτων πραγματοποιείται στο επίπεδο των τριχοειδών αγγείων.

Spider-Nävus (m.): Αραχνοειδές Αιμαγγείωμα

Ορισμός: Όπως αναφέρει το “<https://arnaderm.gr/araxnoeidi-aimaggeiomata/>”, το αραχνοειδές αιμαγγείωμα είναι μια βλάβη που αποτελείται από ένα κεντρικό βλατιδώδες, ερυθρό μικρό αρτηριόλιο, γύρω από το οποίο εκτείνονται ακτινοειδώς επιφανειακά διευρυμένα ερυθρά τριχοειδή. Η διάμετρός του μπορεί να είναι μέχρι 1,5 εκατοστά. Άλλοτε είναι μονήρες και άλλοτε πολλαπλά. Συνήθως εμφανίζεται στο πρόσωπο, τα χέρια και το ντεκολτέ. Την βλάβη αυτή μπορούμε να την συναντήσουμε και σε παιδιά και σε ενήλικες.

Struma Grad III (= sichtbare Schilddrüsenvergrößerung) (f.): Βρογχοκήλη III (= διόγκωση ορατού θυρεοειδούς αδένος)

Ορισμός: Σύμφωνα με την ιστοσελίδα “Γκιούρδας Χειρουργική” (<https://giourdasseirourgiki.gr/%CF%85%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%83/%CF%87%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B5%CE%BD%CE%B4-%CE%B1%CE%B4%CE%B5%CE%BD%CF%89%CE%BD/%CE%B2%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%87%CE%BF%CE%BA%CE%B7%CE%BB%CE%B7/>), η βρογχοκήλη είναι ένα πρόβλημα που μπορεί να παρουσιάσει ο θυρεοειδής αδένος, το οποίο μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό, καθώς μοιάζει με πρήξιμο στο λαιμό. Βρογχοκήλη ονομάζεται κάθε διόγκωση του θυρεοειδούς ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Το συχνότερο αίτιο βρογχοκήλης ήταν παλαιότερα η έλλειψη του ιωδίου στην διατροφή, αλλά σήμερα που χρησιμοποιείται ευρέως το ιωδιούχο αλάτι, οι βρογχοκήλες οφείλονται συνήθως στην υπέρ- ή υπολειτουργία του θυρεοειδούς, ή σε όζους που δημιουργούνται μέσα στον θυρεοειδή, όπως για παράδειγμα η πολυοζώδης βρογχοκήλη.

nephrotisches Syndrom (n.): νεφρωσικό Σύνδρομο

Ορισμός: Με τον όρο νεφρωσικό σύνδρομο αναφερόμαστε σε μία σειρά συμπτωμάτων που οφείλονται σε βλάβη των νεφρών. Είναι πάντα παθολογικό νεφρικής νόσου σπειραματικής προελεύσεως (νοσήματα του σπειράματος), όπως αναφέρει ο νεφρολόγος κος Ζαγοριανάκος (<https://nephrocare.gr/nefrosiko-syndromol/>).

Transaminase (f.): Τρανσαμινάση

Ορισμός: Η τρανσαμινάση (ALT / SGPT και AST / SGOT) είναι ηπατικό ένζυμο που όταν αυξάνεται, οδηγεί στην καταστροφή ηπατικών κυττάρων, σύμφωνα με το “www.peptiko.gr”.

Vene (f.): Φλέβα

Ορισμός: Οι φλέβες είναι τα αγγεία με τα οποία το αίμα επιστρέφει στην καρδιά, σύμφωνα με το “www.aggeia.com”.

Quincke-Ödem (n.): οίδημα του Quincke-Αγγειοοίδημα

Ορισμός: Είναι μορφή κνίδωσης στην οποία το οίδημα επεκτείνεται στον υποδόριο ιστό του δέρματος και των βλεννογόνων. Παράλληλα μπορεί να υπάρχουν και βλάβες κοινής κνίδωσης. Συνήθως δεν υπάρχει κνησμός, αλλά καύσος και αίσθημα τάσης ή άλγους. Εντοπίζεται κυρίως στα χείλη, στα βλέφαρα και στα γεννητικά όργανα. Το οίδημα προκαλεί στο πρόσωπο παραμόρφωση, είναι σκληρής σύστασης και έχει χρώμα ρόδινο ή λευκωπό. Μπορεί να διαρκέσει λίγες ώρες ή ημέρες. Εξελίσσεται με υποτροπές και υφέσεις για μήνες ή και χρόνια. Εάν το οίδημα επεκταθεί στη γλώσσα, την επιγλωτίδα και τον λάρυγγα, προκαλείται δύσπνοια με σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς (ασφυξία). Ο παθογενετικός μηχανισμός και τα αίτια είναι ίδια με αυτά της κοινής κνίδωσης, όπως αναφέρει στην ιστοσελίδα της η ρευματολόγος κ. Μάμαλη (<https://www.revmatologos.com/?p=786>).

Zerebralsklerose (f.): Πολλαπλή Σκλήρυνση (Σκλήρυνση κατά πλάκας)

Ορισμός: Η πολλαπλή σκλήρυνση (παλιά: σκλήρυνση κατά πλάκας) εκδηλώνεται συνήθως με μια σειρά από συμπτώματα που δεν είναι ειδικά όπως πχ αδυναμία στα χέρια ή στα πόδια, μούδιασμα, διπλωπία η απώλεια όρασης από το ένα μάτι (οπτική νευρίτιδα), δυσκολία στην ομιλία, κόπωση κ.ο.κ. Στην πολλαπλή σκλήρυνση, υπάρχει ανοσολογικού τύπου «επίθεση» του οργανισμού στο περίβλημα μυελίνης των νευρών και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκαλούνται νευρολογικά συμπτώματα. Η κλινική εικόνα δεν έχει σε όλους την ίδια βαρύτητα ή κατανομή στο χρόνο – άλλοι ασθενείς εμφανίζουν παροδικά και αναστρέψιμα συμπτώματα και σε άλλους εγκαθίσταται και παραμένει πχ η αδυναμία στα χέρια ή ένα μούδιασμα. Πολλές φορές η έναρξη των συμπτωμάτων είναι όχι τυπική, με αποτέλεσμα η διάγνωση στην αρχή τουλάχιστον να μην είναι βέβαιη, όπως αναφέρει το “www.neurocenter.gr”

Zyanose (f.): Κυάνωση

Ορισμός: Κυάνωση είναι η κυανή χροιά του δέρματος και των βλεννογόνων, που οφείλεται σε αυξημένη συγκέντρωση αναχθείσης αιμοσφαιρίνης|κεντρική κυάνωση|, σύμφωνα με την ιστοσελίδα “Θεματολόγιο Πνευμονολογίας” (<http://respi-gam.net/node/3499>).

III. Επίλογος

Η εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας ήταν μία συναρπαστική και συνάμα πρωτόγνωρη εμπειρία. Συναρπαστική την χαρακτηρίζω, διότι κάθε νέο κείμενο, πάνω στο οποίο ξεκινάει να εργαστεί ένας μεταφραστής, είναι ένα “νέο ταξίδι γνώσεων” για εκείνον, καθώς πάντα σε ένα νέο κείμενο (βιβλίο/άρθρο κτλ), υπάρχουν καινούρια πράγματα να ανακαλύψει. Πάντα θα “βρει στον δρόμο του” ευκολίες και δυσκολίες. Αυτές μπορεί να είναι το ύφος του κειμένου, η σύνταξη, η ορολογία κ.ο.κ. Ακόμη και ένα κείμενο, το οποίο μεταφράζει δεν έχει καλό συντακτικό, είναι πρόκληση, καθώς ο μεταφραστής θα πρέπει να το προσαρμόσει και να το μεταφράσει όσο πιο σωστά γίνεται από την γλώσσα-πηγή στην γλώσσα-στόχο, χωρίς να χάσει το νόημα του κειμένου. Ιδιαίτερα στην Τεχνική Μετάφραση και στα Ειδικά Κείμενα, όπως παραδείγματος χάριν Ιατρικά Κείμενα (όπως και αυτό που επέλεξα να εργαστώ εγώ), η πρόκληση είναι ακόμη μεγαλύτερη. Συνεχώς ανακαλύπτεις, σαν μεταφραστής καινούριες ορολογίες, οι οποίες θα πρέπει να μεταφράζονται κατά γράμμα, για ευνόητους λόγους. Οπότε η αναζήτηση και η “δίψα για μάθηση” όλο και μεγαλώνει κατά την διαδικασία της μετάφρασης.

Πρωτόγνωρη την εμπειρία μου, κατά την συγγραφή της πτυχιακής μου εργασίας, την χαρακτηρίζω, διότι κάθε μέρα που εργαζόμουν πάνω σε αυτήν, κάθε φορά που ολοκλήρωνα μια σελίδα, ένιωθα ένα πρωτόγνωρο συναίσθημα αγωνίας. Και η αγωνία αυτή δεν ήταν άλλη από το να φτάσω στον στόχο μου. Να ολοκληρώσω τις σπούδες μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το Μεταφραστικό Τμήμα και όλους τους καθηγητές μου, που ήταν συνοδοιπόροι μου στο “ταξίδι της γνώσης μου στην Μετάφραση”. Ήταν από τις πιο όμορφες εμπειρίες ζωής. Φυσικά το ταξίδι αυτό δεν τελειώνει εδώ....

Έντυπη Βιβλιογραφία

- Γερμανικό Λεξικό PONS (2012), Στουτγάρδη, Εκδόσεις: GmbH.
- Εγκυκλοπαίδεια Υγεία (1989), Πέμπτος Τόμος: Οδηγός Υγιεινής, Αθήνα, Εκδόσεις: Δομική.
- Εγκυκλοπαίδεια Υγεία (1989), Έκτος Τόμος: Οδηγός Υγιεινής, Αθήνα, Εκδόσεις: Δομική.
- Κεντρωτής Γ. (1996), Θεωρία και Πράξη της Μετάφρασης, Αθήνα, Εκδόσεις: Δίαυλος.
- Κελάνδριας Π. (2007), Μετάφραση & Παγκοσμιοποίηση, Αθήνα, Εκδόσεις: Δίαυλος.
- Κεραμίδας Σ. (2015), Ζητήματα Ορολογίας στην Τεχνική Μετάφραση, Αθήνα, Εκδόσεις: Δίαυλος.
- Παριανού Α. (2004), Επιστημονική Επετηρίδα (σελ. 299-424) 1999-2003, Κέρκυρα: Ιόνιο Πανεπιστήμιο.
- Παριανού Α. (2009), Translating from Major into Minor Languages, Αθήνα, Εκδόσεις: Δίαυλος.
- Munday J. (2001), Φιλίππατος Α. (Μτφρ.), Μεταφραστικές Σπουδές, θεωρίες και Εφαρμογές, Αθήνα, Εκδόσεις: Μεταίχμιο.

Διαδικτυακή Βιβλιογραφία

- “Pons Διαδικτυακό Λεξικό” (2001-2011): <https://el.pons.com/%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%AC%CF%86%CF%81%CE%B1%CF%83%CE%B7> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “Glosbe Λεξικό Γερμανικά-Ελληνικά”: <https://el.glosbe.com/> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “Linguee Ελληνο-Γερμανικό λεξικό και Μηχανή Αναζήτησης Μετάφρασης”: <https://www.linguee.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 9 Μαΐου 2021}
- “Sprechzimmer.ch by mediscope”: www.sprechzimmer.ch {Τελευταία Πρόσβαση: 5 Μαΐου 2021}
- “I live! OK! :)”: <https://el.iliveok.com/> {Τελευταία Πρόσβαση: 5 Μαΐου 2021}
- “Endounit Επεμβατική Γαστρεντερολογία”: www.endounit.gr {Τελευταία Πρόσβαση: 5 Μαΐου 2021}
- “Amboss”(2020): <https://www.amboss.com/> {Τελευταία Πρόσβαση: 6 Μαΐου 2021}
- “Προμηθέας: Σύλλογος Ασθενών Ήπατος” (2019): <https://helpa-prometheus.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 6 Μαΐου 2021}
- “Translation Organisation-Μεταφραστικός Οργανισμός”: <http://metafrastiko-kentro.blogspot.com/> {Τελευταία Πρόσβαση: 17 Μαΐου 2021}
- “Πύλη για την Ελληνική Γλώσσα” (2006): <https://www.greek-language.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 17 Μαΐου 2021}
- “ΠΕΕΜΠΠ: Πανελλήνια Ένωση Επαγγελματιών Μεταφραστών Πτυχιούχων Ιονίου Πανεπιστημίου” (2020): <https://blog.peempip.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 17 Μαΐου 2021}
- “Trias Wissen, was gut tut”: <https://www.thieme.de/> {Τελευταία Πρόσβαση: 20 Μαΐου 2021}
- “Iatronet” (1999-2021): <https://www.iatronet.gr> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “Παρασκευή Μαντζελοπούλου, Ενδοκρινολόγος – Διαβητολόγος”: <https://endodiabetes.gr/index.php> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “HealthyLiving.gr “: <https://www.healthyliving.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “Όμιλος Ιασώ Θεσσαλίας”: <https://www.iasothessalias.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “Roche”: <https://www.roche.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “Αγγειοχειρουργικό Κέντρο Dr. Ιωάννης Κωτσικόρης MD PhD Msc” (2019): <https://kotsikoris.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “gastro-care”: <http://www.gastro-care.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “Αλέξανδρος Κυρίτσης Γενικός Χειρουργός”: <https://www.drkyritsis.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 10 Μαΐου 2021}
- “medNutrition” (2021): <https://www.mednutrition.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2021}
- “Ψούνης Π. Κωνσταντίνος MD Νεφρολόγος” (2015-2017): <https://www.nefrologikoiatreio.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2021}
- “Έντεχνη Δράση” (2020): <https://www.art-therapy.center/> {Τελευταία Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2021}
- “DontiaStoma.gr”: <https://www.dontiaStoma.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2021}
- “Γιώργος Α. Σπηλιόπουλος Χειρουργός” (2015): <https://drspiliopoulos.com.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2021}
- “Ζαχαρίας Ανδρουλάκης Αγγειοχειρουργός” (2021): <https://www.angionet.gr/> {Τελευταία Πρόσβαση: 12 Μαΐου 2021}

- “Ινστιτούτο Οφθαλμικής Φλεγμονής και Παθολογίας του Οφθαλμού” (2012): <http://www.eyepathology.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “Gastroenterology Dr. Papafragakis” (2021): <https://www.papafragkakakis.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “Metabolomic Medicine Dr Dimitris Tsoukalas MD”: <https://www.drtsoukalas.com/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “Πρότυπη Ομάδα Κλινικής Παθολογίας” (2016): <http://pathologia.eu/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο Πανανείο”: <https://www.venizeleio.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “gastrohep”: <https://www.advanced-endoscopy.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “emedi”: <https://www.emedi.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “Humanitas Research Hospital”: <https://www.humanitas.net/> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “iatropedia” (2021): <https://www.iatropedia.g> {Τελευταία πρόσβαση 13 Μαΐου 2021}
- “DNAlogy” (2012): <https://www.dnalogy.eu/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “Όμιλος Ιατρικού Αθηνών”: <https://www.iatriko.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “Παύλος Τσολαρίδης, M.D. - Ωτορινολαρυγγολόγος (ΩΡΛ) / Χειρουργός κεφαλής & τραχήλου” (2013-2020): <https://myorl.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “ΚαρδιοΘωρακοΙασις” (2018): <https://tsakiridiskosmas.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “FamigliaAngeli” (2018): <https://famiglia-angeli.com/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “Δημήτριος Γ. Οικονόμου Ειδικός Πνευμονολόγος” (2016): <https://pulmonology.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “Διαγνωστική Αθηνών”: <https://athenslab.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “Phlebology Clinic” (2015): <https://www.aggeia.com/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “Vichy Laboratoire”: <https://www.vichy.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 15 Μαΐου 2021}
- “Arnaderm Δέσποινα Αρναούτουγλου Δερματολόγος Αφροδισιολόγος”: <https://arnaderm.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Αντώνιος Ζαγοριανάκος Νεφρολόγος MD” (2017): <https://nephrocare.g> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Onmed.gr” (2014-2021): <https://www.onmed.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Dr. Χρήστος Κων. Ζάβος”: <https://peptiko.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Χρυσάνθη Μάμαλη Ρευματολόγος” (2021): <https://www.revmatologos.com/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Nioxin” (2021): <https://www.nioxin.com/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Γκιούρδας Χειρουργική” (2016): <https://giourdaxeirourgiki.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Ιατρική Πράξη Online”: <https://www.iatrikistinpraxi.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Dr. Γεώργιος Σωτηρόπουλος Γενικός Χειρουργός”(2019): <https://sotiropoulos-georgios.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Αθανάσιος Ν. Ράμμος Ενδοκρινολόγος”: www.dr-rammos.g {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}

- “Υγεία Διαγνωστικό Κέντρο”: <https://www.ygeia-petani.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Γεώργιος Κ. Καλαντζής Χειρουργός Οφθαλμίατρος”: <https://drkalantzis.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Genesis Genoma Lab”(2020): <https://www.genlab.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Paidiatros” (2021): <https://www.paidiatros.com/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Καραγκούνης Λάμπρος Επεμβατικός Καρδιολόγος” (2016): <https://kardiologos-epemvaticos.g> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Neurocenter.gr” (2010-2021): <https://www.neurocenter.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Orthopedicare” (2017): <https://orthopedicare.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}
- “Μητέρα”: <https://www.mitera.gr/> {Τελευταία πρόσβαση 16 Μαΐου 2021}61