



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΤΑ ΚΑΝΝΑΒΙΝΟΕΙΔΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ"

υπό

ΚΟΛΟΒΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ

Γενικός Οικογενειακός Ιατρός - επιμελητής Α

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2023

Επιβλέπουσα: Καραναστάση Χρυσούλα , αναισθησιολόγος, υπεύθυνη Κέντρου Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας Ερρίκος Ντυνάν hospital center

Πρόεδρος και Ιδρυτικό μέλος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρίας για τα Κανναβινοειδή (ΕΙΕΚ)

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, *Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
2. Χ. Καραναστάση Αναισθησιολόγος Ερρίκος Ντυνάν
3. Μ. Μπαρέκα Αναισθησιολόγος ΕΣΥ

Αναπληρωματικό μέλος:

Μ.Νταλούκα αναισθησιολόγος ΕΣΥ

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά: Cannabinoids in primary care

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	4
Abstract	5
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1	
1.1 Ιστορικά στοιχεία της Κάνναβης.....	7
1.2 Το ενδοκαναβινοειδές σύστημα.....	8
1.3 Ιατρικές ενδείξεις.....	9
1.4 Το έγγραφο θέσης της IASP.....	10
1.5 Καλή κλινική πρακτική της χρήσης των κανναβινοειδών.....	13
Κεφάλαιο 2	
2.1 Ελλειψη ενημέρωσης του κοινού.....	14
2.2 Η καταγραφή της χρήσης της κάνναβης στους Ιατρικούς Φακέλους.....	14
2.3 Η χρήση και η παροχή ενημέρωσης από τους Παρόχους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	15
Κεφάλαιο 3	
3.1 Οι Διάφοροι τύποι προϊόντων.....	18
3.2 Πιθανές Παρενέργειες.....	20
3.3 Η Σπουδαιότητα της σωστής χρήσης των κανναβινοειδών.....	21
Συμπεράσματα	23
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	24

Περίληψη

Η χρήση κάνναβης έχει γίνει ολοένα και πιο συνηθισμένη παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια, με τη νομιμοποίηση για ιατρικούς και ψυχαγωγικούς σκοπούς να επεκτείνεται σε περισσότερες χώρες. Με αυτήν την αύξηση της χρήσης και της πρόσβασης, οι πάροχοι θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να έχουν περισσότερες συνομιλίες με ασθενείς σχετικά με τη χρήση. Αυτή η εργασία παρέχει μια επισκόπηση της ορολογίας, της φαρμακολογίας, των οφελών, των βλαβών και των στρατηγικών μετριασμού του κινδύνου για την κάνναβη για να βοηθήσει τους παρόχους να συμμετάσχουν σε αυτές τις συζητήσεις με τους ασθενείς τους. Αναφέρονται τα τρέχοντα στοιχεία για την ιατρική χρήση της κάνναβης, οι διαγνώσεις που σχετίζονται με την κάνναβη, καθώς και η καλή πρακτική χρήσης τους. Είναι σημαντικό οι πάροχοι να διαθέτουν τα εργαλεία και τις πληροφορίες που χρειάζονται για να παρέχουν συνεπή, βασισμένη σε στοιχεία αξιολόγηση, θεραπεία, πρόληψη και μείωση μιας βλάβης.

Λέξεις- Κλειδιά: φαρμακευτική κάνναβη, κανναβινοειδή , πάροχος πρωτοβάθμιας υγείας

Abstract

Cannabis use has become increasingly common worldwide in recent years, with legalization for medical and recreational purposes expanding to more countries. With this increase in use and access, providers should be prepared to have more conversations with patients about cannabis/ its use. This review provides an overview of cannabis terminology, pharmacology, benefits, harms, and risk mitigation strategies to help providers engage in these discussions with their patients. Current evidence for the medical use of cannabis, cannabis-related diagnoses including cannabis use disorder (CUD) and withdrawal syndromes, and the co-use of opioids and cannabis are discussed. It is crucial that providers have the tools and information they need to deliver consistent, evidence-based assessment, treatment, prevention and harm-reduction, and we offer practical guidance in these areas.

Key words: medicinal cannabis, cannabinoids, primary health care provider

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή στην Κάνναβη

Παρά τον αυξανόμενο αριθμό ασθενών που ρωτούν για την ιατρική κάνναβη, η πραγματικότητα είναι ότι παραμένει ένα αμφιλεγόμενο θέμα, γενικά ελάχιστα κατανοητό από τους γιατρούς και σε μεγάλο βαθμό μη διαθέσιμο για τους ασθενείς. Οι λόγοι είναι περίπλοκοι και πολυπαραγοντικοί και περιλαμβάνουν την έλλειψη εκπαίδευσης του γιατρού, καθώς και τον περιορισμένο αριθμό των διαθέσιμων σκευασμάτων που περιέχουν κανναβινοειδή στην Ελλάδα.

Οι γενικοί ιατροί θα μπορούσαν να συνταγογραφήσουν τουλάχιστο τα ελάχιστα κανναβινοειδή όπως την κανναβιδιόλη, καθώς αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς και είναι συχνά ο κύριος γιατρός που ασχολείται με την επίβλεψη και τον συντονισμό των ιατρικών θεραπειών, καθώς και με τη διαχείριση των καθημερινών συμπτωμάτων. Ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι κατάλληλος να υποδείξει στον ασθενή (είτε με δική του πρωτοβουλία είτε κατόπιν αιτήματος του ασθενούς) την ανάγκη αξιολόγησής του από ειδικό, ώστε να γίνει θεραπευτική δοκιμή με Δ9 THC, ενώ επίσης με την κατάλληλη εκπαίδευση είναι σαφώς κατάλληλος ώστε να παρακολουθεί τον ασθενή κατά τη θεραπεία του, να αξιολογεί τις επιδράσεις της ένταξης των κανναβινοειδών στο θεραπευτικό σχήμα, και φυσικά μπορεί να είναι ο διαμεσολαβητής μεταξύ ασθενούς και ειδικού όταν έχει επιλεγεί ένα σχήμα που περιλαμβάνει Δ9 THC. Οι γενικοί ιατροί τείνουν να κατανοούν σε βάθος τις σύνθετες επικαλυπτόμενες χρόνιες ασθένειες και τα ζητήματα ποιότητας ζωής που αντιμετωπίζουν ασθενείς που έχουν εξαντλήσει όλες τις συμβατικές επιλογές φαρμάκων. Μπορούν επίσης να υιοθετήσουν μια πιο ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα αντί να εστιάζουν σε ένα σύστημα ή μια ασθένεια μεμονωμένα.

Τα φυτικά προϊόντα κάνναβης πλήρους φάσματος, που χρησιμοποιούνται συχνά σε μορφή λαδιού από το στόμα και αναφέρονται ως «έλαια κάνναβης με πλήρη εκχύλισμα», απαιτούν εξατομικευμένη προσέγγιση στη δοσολογία και παρακολούθηση και μπορεί να χρειαστούν εβδομάδες ή και μήνες σε ορισμένες περιπτώσεις για να βρεθεί το βέλτιστο καθεστώς φαρμακευτικής αγωγής κάνναβης και βέλτιστες αναλογίες THC έναντι CBD. Από πρακτικής άποψης, οι γενικοί ιατροί και όχι οι ειδικοί είναι ίσως σε καλύτερη θέση για τακτική παρακολούθηση για να

επιβλέπουν τη στενή παρακολούθηση και να κάνουν αυτές τις ανεπαίσθητες προσαρμογές της δόσης.

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Η ανθρωπότητα στην εξέλιξή της ανακάλυψε την χρησιμότητα φυτών όχι μόνο ως τροφίμων αλλά και ως φαρμάκων. Ανάμεσα στα φυτά αυτά πρωταρχική θέση έχει η *Cannabis sativa* L. Πρωτοαναφέρεται από τον μυθικό αυτοκράτορα Σεν Νουνγκ που έζησε στην Κίνα στην τρίτη χιλιετία π.Χ για την αντιμετώπιση ρευματισμών και αρθρίτιδων, πυρετών και βήχα. Ο Διοσκουρίδης τον πρώτο αιώνα π.Χ το σθνιστά σαν αναλγητικό ενώ ο Πλίνιος τον δεύτερο αιώνα π.Χ συνιστά τα διάφορα μέρη του φυτού για διάφορες διαταραχές όπως βήχα, σπασμούς και εγκαύματα.

Το 1764 στο νέο Αγγλικό συνταγολόγιο συστήνονται ρίζες για φλεγμονές του δέρματος και το 1794 το νέο συνταγολόγιο του Εδιμβούργου συστήνεται για τον βήχα. Το 1854 το συνταγολόγιο των ΗΠΑ περιγράφει την ιαματική του δράση για την αυπνία, τους σπασμούς, τις νευραλγίες, τον βήχα, την κατάθλιψη. Τον δέκατο ένατο αιώνα κυκλοφορούν πολλά φαρμακευτικά σκευάσματα από γνωστές εταιρίες όπως η Eli Lilly. Το 1964 γίνεται η ανακάλυψη της Δ9 TCH από τον Raphael Mechoulam.

Το 1969 ο T.H. Mikumira αποδίδει στην κάνναβη φαρμακευτικές ιδιότητες όπως ορεξιογόνο αναλγητικό σπασμολυτικό αντικαταθλιπτικό αντιασθματικό αντιοσγικό και αντιβιοτικό.

Στην κάνναβη υπάρχουν περισσότερα από 140 κανναβινοειδή, περισσότερα από 200 είδη τερπενίων και μεγάλος αριθμός φλαβονοειδών.

Τα συστατικά της κάνναβης είναι πολλά, ενώ από τα κανναβινοειδή τα πιο γνωστά για την θεραπευτική τους δράση παραμένουν η κανναβιδιόλη και η Τετραϋδροκανναβινόλη. Μερικά από τα κανναβινοειδή παράγονται από την ακατέργαστη κάνναβη και άλλα προέρχονται μετά από θέρμανση, άλλα τα συναντάμε περισσότερο στο άνθος του φυτού και άλλα απαντώνται πριν την ανθοφορία του, άλλα επίσης κάνουν την εμφάνισή τους μόνο μετά την αποξηράνσή του.

Από την CBG-κανναβιγερόλη που έχει αναλγητική και αντιφλεγμονώδη δράση μέχρι την τετραυδροκανναβινόλη-THC και CBD-κανναβιδιόλη που ελέγχονται για την αντικαρκινική τους δράση, κι απ' την αντιβακτηριακή CBN-κανναβινόλη και την CBC-κανναβιχρωμίνη που βελτιώνει τα οστά έως το αντιμυκητιασικό CBCA, όσο η έρευνα και οι μελέτες θα προχωρούν τόσο περισσότερο θα μαθαίνουμε για τις θεραπευτικές ιδιότητες του κάθε ενός χωριστού στοιχείου του φυτού.

Στην κάνναβη επίσης υπάρχουν και πολλά τερπένια. Αυτά προσφέρουν το άρωμα και ανάλογα με την ποικιλία τους μια γεύση κανέλας, πορτοκαλιού ή ευκαλύπτου. Πρόκειται για τα συστατικά του φυτού που κάνουν τη γεύση και το άρωμα πιο πικάντικο ή πιο γλυκό. Τερπένια υπάρχουν σε πολλά φυτά, φρούτα και βότανα και οι ιδιότητές τους έχουν αποδειχθεί ιαματικές.[1]

1.2 Το Ενδοκανναβινοειδές Σύστημα

Αρχή της δεκαετίας 1990 ανακαλύπτεται το ενδοκανναβινοειδές σύστημα.

Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα (ΕΚΣ) του οργανισμού μας συμμετέχει άμεσα σε διαδικασίες που κρατούν τον οργανισμό μας σε ισοροπία. Διαδικασίες όπως η όρεξη, ο έλεγχος του άλγους, η διάθεση, η μνήμη, οι λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος και ο έλεγχος μιας φλεγμονής. Το Ενδοκανναβινοειδές Σύστημα συμβάλει σημαντικά στη λειτουργία της ομοιόστασης, ισορροπώντας τις φυσικές λειτουργίες του σώματος. Αυτό το σύστημα αποτελείται στην βάση του από υποδοχείς που βρίσκονται στο ανοσοποιητικό και νευρικό σύστημα αλλά και σε όλο μας το σώμα. Το σώμα παράγει κανναβινοειδή, τα λεγόμενα ενδοκανναβινοειδή, που συμμετέχουν στην υποστήριξη αυτού του ρυθμιστικού συστήματος. Τα δύο πιο γνωστά από αυτά είναι η ανδααμίδη και η 2-αραχιδονογλυκερόλη.. Η κανναβιδιόλη, όταν την λαμβάνουμε μέσω κατάποσης, εισπνοής κλπ συμπληρώνει τα δημιουργούμενα από τον οργανισμό μας ενδοκανναβινοειδή.

Οι Υποδοχείς

Οι υποδοχείς CB1 βρίσκονται κυρίως στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό της σπονδυλικής στήλης. Οι υποδοχείς CB2 βρίσκονται στο περιφερικό νευρικό σύστημα, κυρίως όμως στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι υποδοχείς είναι οι κλειδαριές που ανοίγουν με τα κλειδιά των Κανναβινοειδών. Υποδοχείς έχουν βρεθεί σε όλο το σώμα ακόμη και στην επιδερμίδα και στο μύες. Ίσως, υποθετικά, αυτό να είχαν ανακαλύψει οι αρχαίοι Κινέζοι και πραγματοποιούσαν ενός είδους διέγερση των υποδοχέων μέσω των βελονών. Η ομοιότητα του πλήθους των υποδοχέων στην

σπονδυλική στήλη με το πλήθος των βελονιστικών σημείων στην ίδια περιοχή είναι χαρακτηριστική.

1.3 Ιατρικές ενδείξεις

Απο τις πιο γνωστές ιατρικές ενδείξεις της κάνναβης είναι για τις παρακάτω παθήσεις : 1)νόσος του Αλτσχαιμερ :μειώνοντας τη διέγερση, 2)πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση καθυστερώντας την εξέλιξη της πάθησης, μειώνοντας το άλγος, την απώλεια της όρεξης, την καταθλιπτική διάθεση της πάθησης και τη σιελόρροια. 3)Χρόνιο νευροπαθητικό πόνο: μειώνει το νευροπαθητικό πόνο, με αποτέλεσμα την μείωση της εξάρτησης απο τα οπιοειδή. 4)Σακχαρώδης Διαβήτης: καθυστερείται η εξέλιξη της νόσου, προστατεύει από διαβητική οφθαλμοπάθεια, μειώνεται ο νευροπαθητικός πόνος . 5)Δυστονία: μειώνει τις, επώδυνες μυϊκές συσπάσεις. 6)Ινομυαλγία : μειώνει τον πόνο και την μυική δυσκαμψία βελτιώνοντας ποιοτικά τον ύπνο. 7)Διαταραχές του γαστρεντερικού σωλήνα: μειώνει το κοιλιακό άλγος και τα συμπτώματα που προκαλούνται απο το ευερέθιστο έντερο. 8)Γλαύκωμα: μειώνεται η ενδοφθάλμια πίεση. 9)Γλοιώματα / Καρκίνος: μειώνει την ναυτία και τον έμετο από τη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο, καθυστερείται η εξέλιξη της νόσου, αποτρέποντας τη δημιουργία μεταστάσεων.Η Δ9 THC φαίνεται ότι περιορίζει την έκταση της ίδιας της καρκινικής νόσου, ενώ η κανναβιδιόλη αποτρέπει τη δημιουργία μεταστάσεων 10)AIDS: μειώνεται ο νευροπαθητικός πόνος, το άγχος, η ναυτία, αυξάνεται η όρεξη και μειώνεται η απώλεια βάρους. 11)Ακράτεια: βελτιώνεται ο έλεγχος της ουροδόχου κύστης, μειώνεται η υπερκινητικότητα της ουροδόχου κύστης. 12)Πολλαπλή Σκλήρυνση: μειώνεται ο πόνος, η σπαστικότητα, η καταθλιπτική διάθεση, η κόπωση, και η ακράτεια. 13)Νόσος του Παρκινσον: ανακουφίζονται οι διαταραχές της κίνησης που προκαλούνται από την L-dopa ,

βελτιώνονται τα συμπτώματα του τρόμου, της δυσκαμψίας και της ψύχωσης. 14)Κνησμός :μειώνεται ο κνησμός σε περιπτώσεις όπως οι νεφρικές και ηπατικές παθήσεις. 15)Ρευματοειδής Αρθρίτιδα: μειώνεται το άλγος και το οίδημα των αρθρώσεων, επιβραδύνοντας την βλάβη των αρθρώσεων. 16) Διαταραχές ύπνου : βελτιώνεται η ποιότητα του ύπνου. 17)Σύνδρομο Tourette: βελτιώνονται τα τικ. 18)Αυτισμός: διευκολύνεται την επικοινωνία. 19)Επιληψία: μειώνει σημαντικά τις κρίσεις.[2]

1.4 Το έγγραφο θέσης της IASP(European Pain Federation, Ευρωπαϊκή Συνομοσπονδία Εταιρειών Πόνου)

Το 2018 παρουσιάζεται μετά απο μελέτες το έγγραφο θέσης της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας πόνου (IASP) σχετικά με την κατάλληλη χρήση φαρμάκων με βάση την κάνναβη για τη διαχείριση του πόνου και αναφέρει : Τα φάρμακα με βάση την κάνναβη εγκρίνονται για τη διαχείριση του πόνου σε έναν αυξανόμενο αριθμό ευρωπαϊκών χωρών. Υπάρχουν αβεβαιότητες και διαφωνίες σχετικά με το ρόλο και την κατάλληλη χρήση των φαρμάκων με βάση την κάνναβη για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Η EFIC συγκάλεσε μια ευρωπαϊκή ομάδα εμπειρογνομόνων, προερχόμενη από ένα ευρύ φάσμα βασικών επιστημών και σχετικών κλινικών κλάδων, για να προετοιμάσει ένα έγγραφο θέσης για να ενδυναμώσει και να ενημερώσει ειδικούς και μη ειδικούς συνταγογράφους σχετικά με την κατάλληλη χρήση φαρμάκων με βάση την κάνναβη για τον χρόνιο πόνο. Η ομάδα εμπειρογνομόνων εξέτασε τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και αξιοποίησε την κλινική εμπειρία για την παραγωγή αυτής της σειράς συστάσεων. Η θεραπεία με φάρμακα με βάση την κάνναβη θα πρέπει να θεωρείται από έμπειρους κλινικούς ιατρούς ως μέρος μιας πολυπαραγοντικής θεραπείας και κατά προτίμηση ως συμπληρωματική φαρμακευτική αγωγή εάν οι θεραπείες πρώτης και δεύτερης γραμμής που συνιστώνται από τις κατευθυντήριες οδηγίες δεν έχουν προσφέρει επαρκή αποτελεσματικότητα ή δεν γίνονται καλά ανεκτές. Η ποσότητα και η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων είναι τέτοια που τα φάρμακα με βάση την κάνναβη μπορούν εύλογα να ληφθούν υπόψη για την αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού

πόνου. Για όλες τις άλλες καταστάσεις χρόνιου πόνου (καρκίνος, μη νευροπαθητικός μη καρκινικός πόνος), η χρήση φαρμάκων με βάση την κάνναβη θα πρέπει να εξετάζεται ως μια ατομική θεραπευτική δοκιμή. Πρέπει να καθοριστούν ρεαλιστικοί στόχοι θεραπείας. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να βρίσκονται υπό στενή κλινική παρακολούθηση.

Αυτό το έγγραφο θέσης παρέχει συστάσεις εμπειρογνομόνων για μη ειδικούς και ειδικούς επαγγελματίες υγείας στην Ευρώπη, σχετικά με τη σημασία και την κατάλληλη χρήση των φαρμάκων με βάση την κάνναβη ως μέρος μιας διεπιστημονικής προσέγγισης για τη διαχείριση του πόνου, σε σωστά επιλεγμένους και υπό επίβλεψη ασθενείς.

Υπάρχουν διαφορές στην έγκριση και τη διαθεσιμότητα της ιατρικής κάνναβης και των φαρμάκων με βάση την κάνναβη (THC/CBD = Nabiximols [Sativex™] φυτικής προέλευσης, συνθετική THC (Nabilone [Cesamet™ ή Canemes™]) ή φυτικής προέλευσης/ ημι-συνθετικό THC (Dronabinol [Marinol™, Dronabinol™, Namisol™]) στις ευρωπαϊκές χώρες.[2]

Ενδείξεις για τον πόνο

Το στοματοβλεννογόνο σπρέι Nabiximols μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος μιας πρόσθετης ατομικής θεραπευτικής δοκιμής * για τον πόνο νεοπλασματικής αιτιολογίας χωρίς επαρκή ανακούφιση από οπιοειδή ή άλλα καθιερωμένα αναλγητικά που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε οπιοειδή ή/και άλλα αναλγητικά ή όταν οι θεραπείες με αυτά τα φάρμακα έχουν μη αντιμετωπίσιμες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα φάρμακα με βάση την κάνναβη μπορούν να θεωρηθούν ως θεραπεία τρίτης γραμμής για τον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, τα φάρμακα με βάση την κάνναβη μπορούν να αποτελέσουν μέρος μίας εξατομικευμένης ως ατομική θεραπευτικής δοκιμής, εάν όλες οι καθιερωμένες θεραπείες έχουν αποτύχει και μετά από προσεκτικές αναλύσεις και διεπιστημονική αξιολόγηση.

Χρόνιος κοιλιακός πόνος

Σε μια μελέτη διάρκειας 8 εβδομάδων με 56 ασθενείς με χρόνιο κοιλιακό άλγος (μετεγχειρητικός, χρόνια παγκρεατίτιδα), η THC από το στόμα (Namisol®) δεν ήταν στατιστικά ανώτερη από το εικονικό φάρμακο στη μείωση του πόνου στο τέλος της θεραπείας. [2]

Χρόνιος πόνος στη μέση

Σε μια μελέτη διάρκειας 8 εβδομάδων με 30 ασθενείς, η τρέχουσα ένταση του πόνου της σπονδυλικής στήλης ήταν σημαντικά χαμηλότερη με τη ναμπιλόνη από ό,τι με το εικονικό φάρμακο. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης στη μέση μείωση της έντασης του πόνου στις 4 εβδομάδες. [2]

Νόσος του Crohn

Σε μια μελέτη διάρκειας 8 εβδομάδων με 21 ασθενείς με δείκτη δραστηριότητας για τη νόσο του Crohn που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία με στεροειδή, ανοσοτροποποιητές ή παράγοντες του TNF-α, το κάπνισμα ήταν στατιστικά ανώτερη από εικονικό φάρμακο για την ανακούφιση από τον πόνο, αλλά όχι για την πρόκληση ύφεσης.[2]

Ινομυαλγία

Μία μελέτη με 40 ασθενείς συνέκρινε το nabilone με εικονικό φάρμακο για διάστημα 4 εβδομάδων. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι η ναμπιλόνη αλλά όχι το εικονικό φάρμακο ήταν στατιστικά σημαντική σε σχέση με το εικονικό φάρμακο για την ανακούφιση από τον πόνο σε σύγκριση πριν από τη μετάβαση. (Skrabek, Galimova, Ethans, & Perry, [2008](#)).[2]

Κεφαλαλγία

Μια διασταυρούμενη RCT συνέκρινε τη ναμπιλόνη με την ιβουπροφαίνη για τη μείωση του πόνου και της συχνότητας της κεφαλαλγίας σε 30 ενήλικες με μακροχρόνιο, δυσεπίλυτο πονοκέφαλο κατάχρησης φαρμάκων (MOH). Μετά από οκτώ εβδομάδες θεραπείας με το καθένα, η ναμπιλόνη βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικά πιο αποτελεσματική από την ιβουπροφαίνη στη μείωση της έντασης του πόνου σε οπτική αναλογική κλίμακα και στον αριθμό των ταυτόχρονων καθημερινών αναλγητικών θεραπειών. [2]

Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Σε μια μελέτη 5 εβδομάδων με 58 ασθενείς, το στοματοβλεννογόνο σπρέι nabiximols ήταν στατιστικά σημαντικά ανώτερο από το εικονικό φάρμακο στη μείωση του πρωινού πόνου κατά την κίνηση και την ηρεμία (NRS) και τον πρκύπτοντα πόνο (υποκατηγορία του Ερωτηματολογίου Πόνου Σύντομης Μορφής MCGill), αλλά όχι για μείωση της συνολικής έντασης του πόνου (βαθμολογία ενιαίας οπτικής αναλογικής κλίμακας και ένταση του παρόντος (κλίμακα λεκτικής αξιολόγησης; Blake, Robson, Ho, Jubb, & McCabe, 2006). Δεν υπάρχουν διαθέσιμες RCT με άλλα φάρμακα με βάση την κάνναβη.[2]

Ειδικές καταστάσεις

Ηλικιωμένοι

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί να είναι πιο ευαίσθητοι στις νευροψυχιατρικές και ορθοστατικές υποτασικές επιδράσεις των κανναβινοειδών (FDA, [2017](#)) [2]

Νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια

Υπάρχουν πολύ περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους των φαρμάκων με βάση την κάνναβη σε νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια. Ελλείπει διαθέσιμη βιβλιογραφία, η γνώμη των ειδικών της ομάδας να προτείνει χαμηλότερες δόσεις έναρξης.[2]

Ασθενείς με υψηλές δόσεις οπιοειδών ή βενζοδιαζεπινών.

Ελλείπει διαθέσιμη βιβλιογραφία, η γνώμη των ειδικών της ομάδας είναι ότι η χρήση κάνναβης θα μπορούσε να επιδεινώσει τη γνωστική εξασθένηση που προκαλείται από υψηλές δόσεις οπιοειδών και βενζοδιαζεπινών. Εάν συνταγογραφείται κάνναβη, θα πρέπει να συνταγογραφείται σε χαμηλή δόση και θα πρέπει να διακόπτεται εάν επηρεάζει τη μνήμη, τη διάθεση ή τη λειτουργικότητα των ασθενών. Οι γιατροί θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο μείωσης των υψηλών δόσεων οπιοειδών (≥ 90 mg ισοδύναμου μορφίνης/ημέρα) ή βενζοδιαζεπίνης, ειδικά σε ασθενείς με χρόνια μη καρκινικό πόνο (Kahan et al., [2014](#)).[2]

Χρήση κατά την οδήγηση

Σε αναλογία με το έγγραφο θέσης της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Πόνου σχετικά με την κατάλληλη χρήση οπιοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, συνιστούμε στους ασθενείς να βρίσκονται σε σταθερή θεραπεία διάρκειας τουλάχιστον 5-7 ημερών πριν οδηγήσουν αυτοκίνητο [2]

Χρήση κατά την εργασία

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση της χρήσης ιατρικής κάνναβης και των εργατικών ατυχημάτων ή τραυματισμών. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να υποστηρίξουν ή να αντικρούσουν μια στατιστική συσχέτιση μεταξύ της γενικής, μη ιατρικής χρήσης κάνναβης και των εργατικών ατυχημάτων ή τραυματισμών. Λόγω των πιθανών κινδύνων των φαρμάκων με βάση την κάνναβη και της ιατρικής κάνναβης, οι ασθενείς που χειρίζονται μηχανήματα θα πρέπει να εξετάζονται για την ικανότητα εργασίας από ιατρό εργασίας.[2]

1.5 Καλή κλινική πρακτική της χρήσης των κανναβινοειδών

1. Όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν χρόνιο πόνο θα πρέπει να αξιολογούνται επαρκώς από εξειδικευμένους κλινικούς ιατρούς με βάση μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Η στρατηγική διαχείρισης θα πρέπει να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί με τη δέουσα προσοχή στις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές.
2. Όλοι οι συνταγογραφούντες κλινικοί γιατροί θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις τεχνικές αξιολόγησης του πόνου και τις οδηγίες διαχείρισης, συμπεριλαμβανομένης της ασφαλούς και αποτελεσματικής χρήσης φαρμάκων με βάση την κάνναβη.
3. Οι μη ειδικοί θα πρέπει να συνταγογραφούν φάρμακα με βάση την κάνναβη μόνο εάν έχουν πρόσβαση σε μια εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα σε περίπτωση ιδιαίτερων περιστάσεων που θα επιβάλλουν τη διαβούλευση.
4. Θα πρέπει να αποφεύγεται η μονοθεραπεία με φάρμακα με βάση την κάνναβη. Η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να συνδυάζεται με σωματικές ή/και ψυχολογικές θεραπείες, εάν χρειάζεται.
5. Στο πλαίσιο της κοινής λήψης αποφάσεων, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα οφέλη για συγκεκριμένες ενδείξεις [2].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ελλειψη ενημέρωσης του κοινού

Έως σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια για διάφορες παθήσεις λόγω της αυξημένης ζήτησης από τον πληθυσμό (αυξημένο ενδιαφέρον) σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα, αλλά και στα εργαστήρια. Πρόκειται για παθήσεις, η πλειονότητά τους αφορά κυρίως την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπου πολύ συχνά έρχεται σε επαφή ο οικογενειακός γιατρός πολύ περισσότερο από τις άλλες ειδικότητες της Ιατρικής. Ο Γιατρός της Π.Φ.Υ είναι η πρώτη επαφή με τους ασθενείς, τα προβλήματα υγείας τους και τις ανησυχίες τους.

Τα τελευταία χρόνια το αυξημένο ενδιαφέρον για εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας είτε ως μονοθεραπεία είτε ως επικουρική αγωγή έχουν οδηγήσει και σε αυξημένο ενδιαφέρον για την χρήση των κανναβινοειδών.

Η πολυφαρμακεία, οι αλληλεπιδράσεις και οι επιπλοκές των φαρμάκων έχουν οδηγήσει σημαντικό μέρος του πληθυσμού στην αναζήτηση των οφελών των κανναβινοειδών και κατά συνέπεια τη χρήση τους.

Καθώς αυξάνεται η ζήτησή τους αυξάνονται και τα προϊόντα, πληθαίνουν τα καταστήματα πώλησης και η διαφήμισή τους.

Στο διαδίκτυο πληκτρολογώντας φαρμακευτική κάνναβη ή προϊόντα κάνναβης ακόμα και στη χώρα μας στην Ελλάδα θα παρουσιαστούν εκατοντάδες σελίδες με προϊόντα της.

Στις παθήσεις που αναφέρονται ή στις ενδείξεις χρήσεως η πλειοψηφία τους αφορά θέματα υγείας της Πρωτοβάθμιας όπως μυοσκελετικούς πόνους, άγχος, stress, διαταραχές του ύπνου, ημικρανίες. Στις περισσότερες όμως ιστοσελίδες καταστημάτων όπου πωλούνται τα διάφορα σκευάσματα κανναβινοειδών απουσιάζει ένα σημαντικό στοιχείο, ο σωστός τρόπος λήψης - χορήγησης, δοσολογίας. Επίσης απουσιάζει η αντίστοιχη ένδειξη των διάφορων κανναβινοειδών όπως CBN, CBD, CBG. Παρουσιάζονται όλα ανεξαιρέτως ως πανάκεια για πολλές παθήσεις. Αυτό αφαιρεί από την αρχή της λήψης τους τα οφέλη των κανναβινοειδών και τα υποβαθμίζει. Εδώ ξεκινούν και οι προβληματισμοί π.χ σε ποιον θα απευθυνθεί ο ασθενής, ποιος είναι γνώστης της σωστής χρήσης και πραγματικής ένδειξης των κανναβινοειδών ? Τις περισσότερες φορές θα απευθυνθεί στην καλύτερη των περιπτώσεων στους πωλητές των καταστημάτων ή θα ανατρέξει στις εκατοντάδες ιστοσελίδες οι οποίες δεν υπογράφονται από κάποιον ειδικό. Η ανάγκη αυτή των ασθενών που αναζητούν λύση στα προβλήματα υγείας που τον απασχολούν με τη βοήθεια των κανναβινοειδών πέφτει στο κενό και μένει ανεκπλήρωτη. Αυτό οδηγεί σε λανθασμένη λήψη, λανθασμένη δοσολογία, λανθασμένη τροποποίηση δόσεων, λανθασμένη επιλογή κανναβινοειδούς, με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην απαντώνται τα οφέλη που προσδοκεί ο ασθενής και έτσι να καταλήγει στην διακοπή τους. [9],[10]

2.2 Η καταγραφή της χρήσης της κάνναβης στους ιατρικούς φακέλους

Σε μελέτη που έγινε το 2022 στην Πολιτεία της Ουάσιγκτον συγκρίθηκε η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης σε ασθενείς που προσέρχονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έναντι της καταγραφής της χρήσης της κάνναβης στους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασθενών αυτών. Αναλυτικότερα σε σύνολο 1688 ασθενών που ανέφεραν χρήση κανναβινοειδών για λόγους υγείας μόνο στο 4,8 % των ασθενών αυτό καταγράφηκε η χρήση αυτή στους ιατρικούς τους φακέλους. Επίσης αναδείχθηκε σε αυτούς τους ασθενείς ότι οι λόγοι λήψης ήταν κυρίως μυοσκελετικές παθήσεις, διαταραχές ύπνου, αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικής διάθεσης. Από τη μελέτη αυτή συμπεραίνεται ότι πάνω από το 90% των ασθενών αυτών έκαναν αυθαίρετα χρήση χωρίς σύσταση γιατρού. [5]

2.3 Η χρήση και η παροχή ενημέρωσης από τους παρόχους της Πρωτοβάθμιας υγείας

Σε άλλη μελέτη που διενεργήθηκε το 2019 στο Βερμόντ των ΗΠΑ με τίτλο <<αναφερόμενη χρήση και χρησιμότητα των κανναβινοειδών στους ασθενείς που προσέρχονται στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας>> το 45% των ασθενών αυτών αναφέρουν χρήση προϊόντων κάνναβης είτε με τη μορφή της CBD (κανναβιδιόλης) είτε ως THC (τετραυδροκανναβινόλη) το τελευταίο έτος. Από αυτούς που έλαβαν την κανναβιδιόλη το 53% των χρηστών βρίσκουν βοηθητική τη χρήση της, το 38% πολύ βοηθητική τη χρήση της και μόνο το 9% από το σύνολο 220 ασθενών δεν την βρήκαν βοηθητική. Από 185 ασθενείς που έλαβαν την THC ως αναλγητικό το 59% την βρήκε πολύ βοηθητική, το 36% βοηθητική και μόνο το 4% μη βοηθητική. Αντίστοιχα ποσοστά σημειώθηκαν για την κατάθλιψη, την ημικρανία, τις διαταραχές ύπνου και αρθρίτιδα.

Στην ίδια μελέτη σε ερώτηση για το ποιά είναι η διαφορά μεταξύ της CBD και της THC το 29% απήντησε φτωχή κατανόηση, το 34% καλή κατανόηση και το 37% πολύ καλή κατανόηση. Στην ερώτηση αν ο πάροχος Υγείας είναι καλή πηγή γνώσης - πληροφόρησης σχετικά με τα κανναβινοειδή μόνο το 18% απάντησε θετικά. Ένα ποσοστό 35% ανέφερε προβληματισμούς σχετικά με τη χρήση των κανναβινοειδών. Οι πιο κοινοί προβληματισμοί αφορούσαν τις παρενέργειες των κανναβινοειδών την πιθανότητα εθισμού και την έλλειψη επιστημονικής πληροφόρησης. Οι ασθενείς αυτοί δεν αξιολόγησαν τους γιατρούς ως καλή πηγή πληροφόρησης σχετικά με την κάνναβη και τα προϊόντα της.

Παρά τη μεγάλη αύξηση των ασθενών που κάνει χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης οι γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι - ενημερωμένοι σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της φαρμακευτικής κάνναβης.

Σε άλλη πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 45% των γιατρών της ΠΦΥ δεν ήταν έτοιμοι να απαντήσουν σε ερωτήσεις των ασθενών σχετικά με τα κανναβινοειδή.

Το 77% των γιατρών επιθυμούσε όμως να λάβει περισσότερες πληροφορίες για τη φαρμακευτική κάνναβη. [6]

Μια μελέτη του 2017 ανέδειξε πως μόνο το 9% των Ιατρικών Σχολών έχουν εντάξει στην εκπαίδευση τους μάθημα για την φαρμακευτική κάνναβη. [6]

Το 2022 έγινε μια ποιοτική μελέτη σχετικά με τις στάσεις, εμπειρίες και πρακτικές του παρόχου πρωτοβάθμιας περίθαλψης σχετικά με την κανναβιδιόλη (CBD) και τα

εμπόδια στην επικοινωνία ασθενή-παρόχου σχετικά με τη χρήση CBD. Οι αναλύσεις εντόπισαν ότι οι περισσότεροι πάροχοι πρωτοβάθμιας υγείας είχαν ουδέτερες απόψεις σχετικά με τη χρήση της CBD από τους ασθενείς τους. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι συζητήσεις σχετικά με τη χρήση CBD ξεκίνησαν από ασθενείς. Οι περισσότεροι πάροχοι πρωτοβάθμιας υγείας ανέφεραν την έλλειψη χρόνου, την ταλαιπωρία, τα χαμηλής ποιότητας στοιχεία και τη χαμηλή προτεραιότητα ως λόγους για τους οποίους δεν συζητήθηκε η CBD με τους ασθενείς.

Το συμπέρασμα ήταν πως οι πάροχοι πρωτοβάθμιας υγείας σπάνια εξετάζουν ή συζητούν τη χρήση CBD με τους ασθενείς τους και οι περισσότεροι από αυτούς είχαν ουδέτερες απόψεις σχετικά με τη χρήση CBD από τους ασθενείς τους. Υπάρχουν πολλά εμπόδια για να ανοίξει ο διάλογος σχετικά με το CBD.

Η κανναβιδιόλη^o(CBD), μια ένωση που υπάρχει στο φυτό της κάνναβης, αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη θεραπεία για ποικίλες ιατρικές παθήσεις. Η ομοσπονδιακή νομιμοποίηση της κάνναβης των Ηνωμένων Πολιτειών (ΗΠΑ) μέσω του Farm Bill του 2018, μαζί με τις συνεχιζόμενες αλλαγές στους νόμους για τη μαριχουάνα σε κρατικό επίπεδο, οδήγησαν σε μαζική επέκταση των προϊόντων που περιέχουν CBD που διατίθενται στο εμπόριο ως συμπληρώματα διατροφής/υγείας [2] . Μέχρι σήμερα, η Ομοσπονδιακή υπηρεσία φαρμάκων των ΗΠΑ έχει εγκρίνει ένα φάρμακο που βασίζεται σε CBD, το Epidiolex, για τη θεραπεία σπάνιων μορφών επιληψίας με επιπολασμό πληθυσμού των ΗΠΑ <1% . Στον χώρο των συμπληρωμάτων διατροφής, η CBD έχει χρησιμοποιηθεί πολύ ευρύτερα από ό,τι για αυτήν την ένδειξη, με μια δημοσκόπηση του 2018 της Gallup που δείχνει ότι το 14% των Αμερικανών ενηλίκων ανέφερε την τρέχουσα χρήση της CBD για την αυτοθεραπεία του πόνου, του άγχους και των προβλημάτων ύπνου. Τα στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση της CBD για τη θεραπεία αυτών των ιατρικών και ψυχιατρικών καταστάσεων είναι περιορισμένα, αλλά υπάρχουν πολλές ενεργές τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές.

Παρά την ευρεία χρήση της, τα αναδυόμενα δεδομένα δείχνουν ότι η CBD δεν είναι ακίνδυνη ,ενώ απουσιάζουν μακροπρόθεσμα δεδομένα ασφάλειας , ειδικά σε ευάλωτους πληθυσμούς όπως οι έγκυες και οι παιδιατρικοί ασθενείς . Μερικά άτομα που λαμβάνουν CBD παρουσιάζουν παρενέργειες, όπως υπνηλία, διάρροια και μη φυσιολογική ηπατική λειτουργία. Οι αλληλεπιδράσεις φαρμάκου με φάρμακο μεταξύ της CBD και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν είναι ασυνήθιστες και πολλά άτομα που λαμβάνουν CBD απαιτούν προσαρμογές της δόσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων τους . Επιπλέον, υπήρξαν ανησυχίες σχετικά με την καθαρότητα και τη νομιμότητα της CBD που πωλείται ως συμπληρώματα

διατροφής . Πολλά άτομα, που δεν γνωρίζουν αυτούς τους κινδύνους και πιστεύουν ότι η CBD είναι ασφαλής και αβλαβής, την καταναλώνουν οι ίδιοι ή τη χορηγούν στα παιδιά τους .

Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν CBD σπάνια αποκαλύπτουν τη χρήση τους στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης . Ως εκ τούτου, οι ασθενείς συνήθως επιλέγουν τον τύπο του προϊόντος, τη μέθοδο χορήγησης και το εμπορικό σήμα με βάση αυτά που ακούν από φίλους και διαβάζουν από το διαδίκτυο και αποφασίζουν οι ίδιοι για την δοσολογία . Ενώ υπάρχουν μελέτες που χαρακτηρίζουν τις στάσεις και τις πεποιθήσεις ασθενών και παρόχων για την ιατρική κάνναβη, ελλείπουν μελέτες που εξετάζουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές πρακτικής των γιατρών που σχετίζονται με τη χρήση CBD και την επικοινωνία ασθενή-παρόχου σχετικά με τη χρήση CBD. Αυτό αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό κενό γνώσης που, εάν γίνει καλύτερα κατανοητό, θα μπορούσε να βελτιώσει τις διαδικασίες πρακτικής, τις παρεμβάσεις και τις συστάσεις σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη της CBD.

Κεφάλαιο 3

3.1 ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ

1.Υγρά έλαια για λήψη απο του στόματος

Τα έλαια λαμβάνονται με την μορφή σταγόνων οι οποίες χορηγούνται υπογλωσσίως μέσω του σταγονόμετρου που συνήθως διαθέτει η συσκευασία. Το έλαιο είναι το πιο συνηθισμένο προϊόν της Κανναβιδιόλης που υπάρχει στην αγορά.

Πώς χρησιμοποιούνται

Το έλαιο απορροφάται πολύ αποτελεσματικά μέσω του βλεννογόνου του στοματικής κοιλότητας. Οι σταγόνες τοποθετούνται υπογλωσσίως και κρατούνται στο στόμα περίπου ένα λεπτό πριν την κατάποση. Μπορούμε επίσης να καταπιούμε απευθείας το έλαιο.

Η επίδραση έρχεται συνήθως μετά δεκαπέντε λεπτών,σε κάποιες περιπτώσεις πολύ περισσότερο.Η διάρκεια δράσης είναι περίπου 4 με 6 ώρες. [3]

2. Με την μορφή κάψουλας

Πιο εύκολες στη λήψη απο τα έλαια, οι κάψουλες κυκλοφορούν συνήθως με περιεκτικότητα 10-25 mg κανναβιδιόλης ή και πολύ περισσότερο.

Η επίδραση έρχεται συνήθως μετα απο μιση ώρα η και περισσότερο και διάρκεια δράσης είναι περίπου 4 με 6 ώρες.

3. Με την μορφή κρυστάλλων και συμπυκνώματος.

Τα συμπυκνώματα και οι κρύσταλλοι έχουν συνήθως αρκετά ισχυρές δόσεις κανναβιδιόλης, έως και 10 φορές περισσότερο από ότι τα άλλα σκευάσματα.

Πώς τα χρησιμοποιούμε :

Παρόμοια με τα έλαια, τοποθετούμε τους κρυστάλους η το συμπύκνωμα, υπογλωσσίως , το κρατάμε στο στόμα όσο περισσότερο μπορούμε και έπειτα το καταπίνουμε. Μπορούν επίσης ληφθούν μέσω βρώσης αλλά και να χρησιμοποιηθούν με ατμιστές. Η επίδραση και η διάρκεια ποικίλουν αναλόγως με τον τρόπο που τα λαμβάνουμε αλλά και με τον βαθμό της συμπύκνωσης.. [3]

4. Με την μορφή κρέμας ή αλοιφής

Υπάρχουν προϊόντα με κανναβιδιόλης για τοπική εφαρμογή όπως λοσιόν, αλοιφές, και κρέμες, αλλά και ως επιθέματα με κανναβιδιόλη. Χρήσιμο είναι να δοκιμάσουμε ένα δείγμα του προϊόντος στο δέρμα μας , ενώ πρέπει να διαβάζονται και τα υπόλοιπα συστατικά που περιέχονται στη συσκευασία του προϊόντος για πιθανές αλλεργικές αντιδράσεις.

Πώς χρησιμοποιούνται :

Εφαρμόζεται μια ποσότητα στις πάσχουσες περιοχές του σώματος. Η δράση τους έρχεται μετά από 15 λεπτά ,Η επιδερμική χρήση έχει διάρκεια από 2 έως 4 ώρες ενώ η χρήση επιθεμάτων που διαχέονται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος έχει διάρκεια περίπου 12 ώρες. [3]

5. Με την μορφή σπρέι

Τα σπρέι Κανναβιδιόλης είναι συνήθως πιο ασθηνή σε συγκέντρωση μεταξύ των άλλων τύπων προϊόντων. Η συνήθης συγκέντρωση στα σπρέι Κανναβιδιόλης είναι από 1 έως 3 mg.

6. Με την μορφή υπόθετων

Αποτελεί μια εναλλακτική λύση σε περιπτώσεις όπου χρειάζεται υψηλή δόση και υπάρχει αδυναμία του ασθενή κατάποσης ή εισπνοής απο τον ασθενή. Επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις εμέτων.

Η επίδραση συμβαίνει μετά απο 15 λεπτά ή και περισσότερο και η διάρκεια δράσης είναι περίπου 4 με 8 ώρες. . [3]

7. Με την μορφή ατμιστών , ηλεκτρονικών τσιγάρων ,dumping

Βάσει κάποιων ερευνών , το κάπνισμα, το ατμιζόμενο έλαιο Κανναβιδιόλης ή το εξαερωμένο μέσω συσκευών που μοιάζουν με μικρούς ναργιλέδες, έχει μικρότερη δράση συγκριτικά με άλλες μεθόδους χορήγησης όπως τα έλαια, οι κάψουλες κλπ. Άλλοι πάλι υποστηρίζουν ότι μέσω άτμισης υπερτερεί απο τις άλλες μεθόδους λόγω πιο γρήγορης εμφάνισης των αποτελεσμάτων της.

Πως χρησιμοποιούνται:

Με το ηλεκτρονικό τσιγάρο ή ατμιστή, προστίθεται, θερμαίνεται και εισπνέεται η επιθυμητή ποσότητα .Οι συσκευές dabbing είναι διαφόρων ειδών και η χρήση τους πρέπει να γίνεται απο εξοικειωμένους ασθενείς. Η επίδραση είναι άμεση και η διάρκεια δράσης είναι 2 με 4 ώρες

3.2 ΠΙΘΑΝΕΣ ΠΕΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Η Κανναβιδιόλη αν και γενικότερα ασφαλής μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να προκαλέσει παρενέργειες, συνήθως αν συντρέχουν και άλλες προϋποθέσεις στον ασθενή.

Υπόταση και ελαφρώς ζάλη

Σπανίως συμβαίνει και η διάρκειά της είναι προσωρινή. Εάν όμως λαμβάνονται φάρμακα για την αρτηριακή υπέρταση ή αντιεπιληπτικά όπως γκαμπαπεπτίνη, θα πρέπει να συμβουλευόμαστε το γιατρό μας προτού κάνουμε χρήση της κανναβιδιόλης.

Υπνηλία

Η κανναβιδιόλη μπορεί να προκαλέσει υπνηλία (συνήθως σε αυξημένες δόσεις). Εάν υπάρχει τέτοια κατάσταση, θα πρέπει να αποφευχθεί η χρήση μηχανημάτων και η οδήγηση. Η υπνηλία εμφανίζεται σπάνια, συνήθως η κανναβιδιόλη προκαλεί μια κατάσταση αφύπνισης και ευεξίας του οργανισμού.

Ήπαρ και μεταβολισμός φαρμάκου

Υψηλή δόση Κανναβιδιόλης μπορεί να αλληλεπιδράσει με ορισμένα φάρμακα μέσω ενζύμων που βρίσκονται στο ήπαρ. Καλή πρακτική είναι να γίνεται παρακολούθηση των ηπατικών ενζύμων και της αλκαλικής φωσφατάσης του ασθενούς. Θα πρέπει να είμαστε σε συνεννόηση με το γιατρό ώστε η ρύθμιση να γίνει σωστά ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. [3]

Αναλυτικά:

Οποιοδήποτε φάρμακο μεταβολίζεται μέσω του κυτοχρώματος P 450 μπορεί να αλληλεπιδράσει με την κανναβιδιόλη ή άλλα κανναβινοειδή. Για παράδειγμα στεροειδή, , αναστολείς διαύλων του ασβεστίου, αντισταμινικά, , αντιικά, ανοσορρυθμιστές, βενζοδιαζεπίνες, αντιβιοτικά, αντιψυχωσική αγωγή, αντικαταθλιπτική αγωγή, αντι-επιληπτική αγωγή, βήτα αποκλειστές, αντιπηκτικά φάρμακα, α-MEA ή και σουλφονουλορίες.[3]

3.3 Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΝΝΑΒΙΝΟΕΙΔΩΝ

Μια από τις ιδιομορφίες της κάνναβης είναι ότι η δοσολογία της γιατί διαφέρει πολύ από οργανισμό σε οργανισμό.. Δυο οργανισμοί με όμοια χαρακτηριστικά όπως το βάρος η ηλικία το φύλο και τρόπο διατροφής που λαμβάνουν το ίδιο προϊόν κάνναβης για το ίδιο θέμα υγείας, μπορεί να χρήζουν διαφορετικής δόσης. Το σημαντικό δεν είναι η ποσότητα της κάνναβης που χρειάζεται κάποιος για να αντιμετωπίσει μια πάθηση, αλλά ποιο ή ποια είναι τα κανναβινοειδή που χρειάζεται, ώστε ο οργανισμός του να επανέλθει σε ισορροπία. Γι' αυτό το λόγο οι συμβατικοί τρόποι χορήγησης δεν αρκούν για να δημιουργηθεί ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο για την ρύθμιση της σωστής δοσολογίας οπότε και θα πρέπει να εξατομικεύεται.

Η κατάσταση δυσκολεύει περισσότερο από την ύπαρξη πολλών και διαφορετικών ποικιλιών του φυτού της κάνναβης, αλλά και από τους διαφορετικούς τρόπους καλλιέργειας, εκχύλισης, ακόμη και συντήρησης των προϊόντων του.

Σωστό είναι να ξεκινήσει κανείς από χαμηλές δόσεις, τόσο στον αριθμό της ημερήσιας δοσολογίας όσο και των μικρογραμμαρίων ανά δόση, και να προχωρήσει σταδιακά με μεγαλύτερη δόση έως ότου βρεθεί η κατάλληλη δοσολογία των κανναβινοειδών που λειτουργούν καλύτερα για τον ασθενή. Υπάρχουν κάποιες παθήσεις που φαίνεται ότι ανταποκρίνονται επαρκέστερα σε ποικιλίες με μεγαλύτερη συγκέντρωση κανναβιδιόλης, όπως η επιληψία. Άλλες πάλι παθήσεις όπως ο καρκίνος και ο χρόνιος πόνος, δείχνουν να ανταποκρίνονται επαρκέστερα σε ποικιλίες με υψηλή συγκέντρωση THC.

Συνδυαστική δράση ονομάζεται η συνέργεια όλων των στοιχείων του φυτού, όταν αυτά λαμβάνονται συνδυαστικά (φαινόμενο entourage). Για παράδειγμα, αν το έλαιο που λαμβάνουμε περιέχει μόνο κανναβιδιόλη και όχι και τα τερπένια του φυτού τα οποία και αυτά παρέχουν θεραπευτική δράση, τα θεραπευτικά αποτελέσματα θα είναι ασθενέστερα. Όταν το θεραπευτικό προϊόν, περιέχει εκχύλισμα από όλα τα κανναβινοειδή που βρίσκονται στο άνθος της κάνναβης, αυτά τα εκχυλίσματα ονομάζονται full spectrum (πλήρους φάσματος).

Πρέπει συνήθως να χορηγείται μία μικρή δόση ενός ελαίου χαμηλής περιεκτικότητας πχ. 3% ή 5% και να αυξάνεται η δόση σταδιακά παρατηρώντας τις αλλαγές στον οργανισμό μας. Αυξάνοντας τη δόση αργά , με συνεχή παρατήρηση , θα βρεθεί το καλούμενο <<θεραπευτικό παράθυρο>>, δηλαδή η δοσολογία που λειτουργεί ευεργετικά για τον κάθε οργανισμό. Ξεκινάμε με κανναβιδιόλη λόγω των πολλών θεραπευτικών ιδιοτήτων που διαθέτει. Όταν επιτευχθεί η εύρεση της ευεργετικότερης δόσης ενός κανναβινοειδούς, μπορούμε να δοκιμάσουμε τήν προσθήκη και άλλου ενός κανναβινοειδούς. Για παράδειγμα, ξεκινάμε με κανναβιδιόλη, φτάνουμε στη βέλτιστη δόση βρίσκοντας το θεραπευτικό μας παράθυρο, και αποκτούμε μια σταθερή εικόνα για τον εαυτό μας. Τότε μπορεί να προστεθεί THC, CBDA, CBG, CBN ή κάποιο άλλο κανναβινοειδές που έχει ένδειξη για τη συγκεκριμένη πάθηση. Με την χορήγηση ενός νέου κανναβινοειδούς, ακολουθείται η ίδια διαδικασία εύρεσης του θεραπευτικού παραθύρου. Ανεβάζουμε τη δόση σταδιακά , παρατηρώντας την αλλαγή στον εαυτό μας. Ποτέ δεν αυξάνουμε τη δόση μας ενώ ταυτόχρονα προσθέτουμε για παράδειγμα και CBG στην αγωγή μας. Εξαιρούνται οι καταστάσεις στις οποίες θέλουμε να αντιμετωπίσουμε γρήγορα τον πόνο μιας πάθησης.

Μόλις παρατηρήσουμε μια θετική αλλαγή , μένουμε τρεις εβδομάδες σε αυτή τη δοσολογία . Οι τρεις εβδομάδες είναι ένα πολύ ασφαλές όριο. Αυτό συμβαίνει γιατί η αποθήκευση των κανναβινοειδών επιτελείται στον λιπώδη ιστό του σώματός μας, και είναι ανάγκη αυτό το συγκεκριμένο διάστημα για να διαλυθούν πλήρως και να παρατηρηθούμε όλο το εύρος των αποτελεσμάτων τους . Η θετική αλλαγή που θα παρατηρηθεί στον οργανισμό μας μπορεί να μην έχει άμεση σχέση με την πάθηση ή το σύμπτωμα που θέλουμε να θεραπεύσουμε. Μπορεί για παράδειγμα να παρατηρηθεί μια βελτίωση στην ποιότητα του ύπνου , την όρεξη, τη συγκέντρωση και την διάθεσή μας. Όταν συμπληρωθούν τρεις εβδομάδες και υπάρχει μια πολύ καλή εικόνα αυτής της δοσολογίας για εμάς, τότε προστίθεται ακόμα μία σταγόνα, αυξάνοντας τη δόση και ανεβαίνοντας στο επόμενο βήμα .Ανεβάζοντας τη δοσολογία με υπομονή φτάνουμε κάποια στιγμή στο σημείο όπου δεν παρατηρούμε περαιτέρω βελτίωση αν και η δόση αυξάνεται,είναι δε πιθανό να παρατηρηθεί ακόμα επιδείνωση της γενικής κατάστασης ή επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Αυτό είναι και το θεραπευτικό παράθυρο.[3] Η ανωτέρω εξήγηση όσον αφορά την σταδιακή δοσολογία είναι πολύ σημαντική για την επίτευξη της θεραπείας.Πολλές κλινικές μελέτες που γίνονται στο εξωτερικό δεν ακολουθούν την σταδιακή αύξηση της δόσης με στόχο την εύρεση του θεραπευτικού παραθύρου του κάθε ασθενή .Η δοσολογία που χορηγείται στους ασθενείς , είναι για όλο το διάστημα της μελέτης ακριβώς η ίδια, με συνέπεια τα αποτελέσματα της έρευνας να είναι αμφίβολα.

Συμπεράσματα

Το φυτό της κάνναβης έχει χρησιμοποιηθεί από τα αρχαία χρόνια από διάφορους πολιτισμούς ,ακόμη και από τον αρχαίο Ελληνικό πολιτισμό σε αρκετές παθήσεις.

Βρισκόμαστε τώρα σε μια καθοριστική χρονική περίοδο στην ιστορία της έρευνας για την κάνναβη και τα προϊόντα της. Σχεδόν καθημερινά διεξάγονται έρευνες και κλινικές μελέτες για την θεραπευτική δράση της κάνναβης. Αρκετές από αυτές είναι πολλά υποσχόμενες και άλλες με αμφίβολα αποτελέσματα . Περισσότερες μελέτες και πιο εξειδικευμένες πρέπει όμως να πραγματοποιηθούν με σαφή αποτελέσματα ,ούτως ώστε να μπορεί και ο πάροχος υγείας με θάρρος και βεβαιότητα να συστήσει την χρήση της κάνναβης και τα προϊόντα της.

Η ζήτηση των προϊόντων της κάνναβης αυξάνεται όλο και περισσότερο. Σ' αυτό έχει παίξει σημαντικό ρόλο και η αυξημένη τάση για εναλλακτικούς και πιο φυσικούς τρόπους θεραπείας αλλά και πρόσληψης σε έναν κόσμο όπου χημικές και τοξικές ουσίες αυξάνονται στον οργανισμό του κάθε ανθρώπου.

Στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας της χώρας μας υπάρχει παντελής έλλειψη γνώσεων σχετικά με τα κανναβινοειδή στους γιατρούς και καμιά σχεδόν εκπαίδευση σε οποιοδήποτε επίπεδο της μόρφωσής τους.

Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες η χρήση των κανναβινοειδών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ακόμη και στις χώρες που έχει νομιμοποιηθεί είναι περιορισμένη λόγω της έλλειψης εκπαίδευσης των γιατρών, ανεπαρκούς ενημέρωσής τους ως προς τα πιθανά τους οφέλη αλλά και τις πιθανές παρενέργειές τους. Οι ιατροί ειδικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο σαν πηγή ενημέρωσης στους ασθενείς που ζητούν πληροφορίες σχετικά με την κάνναβη.

Σκόπιμο θα ήταν να ξεκινήσει και στη χώρα μας ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικά με την ιατρική χρήση της θεραπευτικής κάνναβης ιδιαίτερα στους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς αποτελούν την πρώτη επαφή του ασθενούς με έναν επαγγελματία υγείας.

Βιβλιογραφία

1. το ιαμα κάνναβη (Οικονομόπουλος Γιώργης)
2. European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management
[Winfried Häuser](#) ¹ ², [David P Finn](#) Eur J Pain. 2018 Oct;22(9):1547-1564.
doi: 10.1002/ejp.1297. Epub 2018 Sep 4.
3. Οδηγός χρήσης κάνναβης 2020 Φαρμακευτική κάνναβη (Καπαρουδάκης Αποστόλης Καραναστάση Χρυσούλα Οικονομόπουλος Γιώργης Γραμματικάκης Ηλίας)
4. Primary care provider attitudes, experiences and practices about cannabidiol (CBD) and barriers to patient-provider communication about CBD use: A qualitative study |Pravesh Sharma a, Ashley Holland .PEC Innov 2022 Apr 28;1:100044.doi: 10.1016/j.pecinn.2022.100044. eCollection 2022 Dec.
[Deepika Slawek](#),[Senthil Raj Meenrajan](#),[J Prim Care Community Health](#). 2019 Jan-Dec; 10: 2150132719884838.
Published online 2019 Oct 24
5. Comparison of Medical Cannabis Use Reported on a Confidential Survey vs Documented in the Electronic Health Record Among Primary Care Patients
[Gwen T Lapham](#) ¹ ², [Theresa E Matson](#) AMA Netw Open 2022 May 2;5(5):e2211677.
doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.11677.
6. Use and Reported Helpfulness of Cannabinoids Among Primary Care Patients in Vermont
[Nicole Wershoven](#) ¹, [Amanda G Kennedy](#) ¹ J Prim Care Community Health 2020 Jan-Dec;11:2150132720946954.
doi: 10.1177/2150132720946954.
7. Medical Cannabis for the Primary Care Physician
[Deepika Slawek](#),¹ [Senthil Raj Meenrajan](#) [J Prim Care Community Health](#). 2019 Jan-Dec; 10: 2150132719884838.
Published online 2019 Oct 24
8. Cannabidiol in Anxiety and Sleep: A Large Case Series
[Scott Shannon](#) ¹, [Nicole Lewis](#) ¹ Perm J 2019;23:18-041.
doi: 10.7812/TPP/18-041.
9. The Use of Cannabidiol in Patients With Low Back Pain Caused by Lumbar Spinal Stenosis: An Observational Study [Brock K Bakewell](#),¹ [Matthew Sherman](#),² Published online 2022 Sep 15. doi: [10.7759/cureus.29196](#)
10. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. National library of medicine

