

Από την Τελετή Αναπαράστασης του Όρκου του Ιπποκράτη από τους πρωτεύσαντες του 2017 αποφοίτους των 7 Ιατρικών Σχολών της χώρας.



Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ στη Βουλή για το Πολυνομοσχέδιο

ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Παρόν και μέλλον της Παθολογίας στην Ελλάδα
- Περιφερική αγγειακή νόσος
- Καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης: Ένα νέο πρότυπο
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια & αρτηριακή υπέρταση
- Διακρανιακή μαγνητική διέγερση στην κατάθλιψη και σε άλλα νευρολογικά και ψυχιατρικά νοσήματα
- Οφθαλμική προσβολή στην κροταφική αρτηρίτιδα
- Έρπητας ζωστήρας
- Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σήμερα
- Τοπικά προχωρημένο, μη χειρουργήσιμο και μεταστατικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος: Η σύγχρονη θεραπευτική επιλογή των αναστολέων του μονοπατιού του Hedgehog
- HER2 θετικός καρκίνος του μαστού: Το παρελθόν και το μέλλον
- Σύγχρονες θεραπείες στην αληθή πολυκυτταραιμία και την πρωτοπαθή μυελοϊνώση
- Το φαινόμενο του θερμοκηπίου: Μπορεί η υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής να επιβραδύνει την εξέλιξή του;

ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Forum Γενικής Ιατρικής 2017
- Ιατρικός Τουρισμός και Ανάπτυξη: Σημαντική συνεισφορά στις τοπικές οικονομίες και στη μείωση της ανεργίας - Το παράδειγμα της Μεσσηνίας

ΤΑ ΝΕΑ

ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Αγωνία και αγανάκτηση του ιατρικού κόσμου στην ετήσια τακτική γενική συνέλευση του ΠΙΣ για τις μεγάλες ελλείψεις στο σύστημα υγείας
- Εισήγηση τακτικής γενικής συνέλευσης ΠΙΣ 2018
- Αντίθετος ο ΠΙΣ με τις νέες συμβάσεις των ιατρών και τις ρυθμίσεις για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση
- Συνδιάσκεψη ΠΙΣ με τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας
- Συνάντηση ΔΣ ΠΙΣ με τον Υπουργό Υγείας για τις συμβάσεις ΕΟΠΥΥ
- Αντίθετος ο ΠΙΣ με τη πρόσκληση ενδιαφέροντος του ΕΟΠΥΥ για τους οικογενειακούς ιατρούς
- Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ στη Βουλή για το Πολυνομοσχέδιο
- Αντίθετος ο ΠΙΣ με την οργάνωση του χρόνου λειτουργίας νοσοκομειακών ιατρών
- Συνδιάσκεψη ΠΙΣ με τους ιατρικούς συλλόγους στην Κω



Από το 1960
στην Ελλάδα



Όταν χαμογελάς, χαμογελάω.

Στην **Pfizer**, μία από τις κορυφαίες βιο-φαρμακευτικές εταιρίες στον κόσμο, ανακαλύπτουμε από το 1849 πρωτότυπα φάρμακα προσφέροντας στους γιατρούς τα μέσα να θεραπεύουν εκατομμύρια ανθρώπους.

Όταν συνεχίζετε να εμπιστεύεστε τα φάρμακά μας, συνεχίζουμε να ανακαλύπτουμε νέες θεραπείες.



Μαζί για έναν υγιέστερο κόσμο™

PFIZER HELLAS A.E. • Λ. Μεσογείων 243, 15451
Ν. Ψυχικό, τηλ.: 210 6785800 • www.pfizer.gr

Γιατί η δύναμη αρχίζει από τη **D**ιατροφή

Η ΟΛΥΜΠΟΣ σεβόμενη τις ανάγκες του καταναλωτή σας προσφέρει τη νέα ολοκληρωμένη σειρά γαλακτοκομικών προϊόντων ΟΛΥΜΠΟΣ με βιταμίνη D, η οποία αποτελείται από γάλα 1,5% λιπαρά, επιδόρπιο στραγγιστού γιαουρτιού 2% λιπαρά και Soft με 80% λιπαρά τα οποία παράγονται από 100% ελληνικό γάλα και βιταμίνη D.

Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη για την ανθρώπινη υγεία γιατί συμβάλλει στη:

- Φυσιολογική απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου
- Διατήρηση των φυσιολογικών επιπέδων ασβεστίου στο αίμα
- Διατήρηση της φυσιολογικής κατάστασης των οστών
- Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των μυών και των δοντιών
- Φυσιολογική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος

Ο συνδυασμός 2 εκ των παρακάτω προϊόντων μας παρέχει το 100% της ημερήσιας προσηλμβανόμενης ποσότητας αναφοράς* της βιταμίνης D.

● 1  250ml

● 1  170g

● 2 μερίδες  των 10g



McVicar&Hamilton



Ο δικός μας δρόμος

*Ημερήσια προσηλμβανόμενη ποσότητα αναφοράς ενός μέσου ενήλικα για τη βιταμίνη D είναι 5μg, σύμφωνα με τον κανονισμό 1169/ 2011/ Ε.Κ.



www.iatrikovima.gr

7 ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

8 ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

• Αγωνία και αγανάκτηση του ιατρικού κόσμου στην ετήσια τακτική γενική συνέλευση του ΠΙΣ για τις μεγάλες ελλείψεις στο σύστημα υγείας • Εισήγηση τακτικής γενικής συνέλευσης ΠΙΣ 2018 • Αντίθετος ο ΠΙΣ με τις νέες συμβάσεις των ιατρών και τις ρυθμίσεις για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση • Συμμετοχή του ΠΙΣ στην 24ωρη Πανελλαδική Απεργία • Συνδιάσκεψη ΠΙΣ με τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας • Αντίθετος με το gatekeeping ο ΠΙΣ • Συνάντηση ΔΣ ΠΙΣ με τον Υπουργό Υγείας για τις συμβάσεις ΕΟΠΥΥ • Ο ΠΙΣ στήριξε την Απεργία της ΟΕΝΓΕ • Αντίθετος ο ΠΙΣ με τη πρόσκληση ενδιαφέροντος του ΕΟΠΥΥ για τους οικογενειακούς ιατρούς • Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ στη Βουλή για το Πολυνομοσχέδιο • Στήριξη στη στάση εργασίας της ΟΕΝΓΕ • Αντίθετος ο ΠΙΣ με την οργάνωση του χρόνου λειτουργίας νοσοκομειακών ιατρών • Αποπληρωμή Ιουνίου και απόσυρση εγκυκλίων ζήτησε ο Πρόεδρος του ΠΙΣ από τον ΕΟΠΥΥ • Συνεδρίαση του ΔΣ του ΠΙΣ • Συνδιάσκεψη ΠΙΣ με τους ιατρικούς συλλόγους στην Κω • Ο Όρκος του Ιπποκράτη αναβίωσε στην Κω • Παράταση της θητείας των Οργάνων Διοίκησης των Ιατρικών Συλλόγων και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

34 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

• **34 ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος, Παγώνη Ματίνα, Μουρουγκλάκης Αλέξανδρος, Γκίκας Αχιλλέας, Σαββόπουλος Χρήστος, Ιωαννίδης Ιωάννης, Πυρπασόπουλος Μάριος, Κόκκινος Σπυρίδων, Κούτρας Χρήστος, Κυριαζής Ιωάννης, Χατζηγεωργίου Ιωάννης, Πεφάνης Άγγελος, Κωτούλας Σόλων, Παπάζογλου Δημήτριος, Τούλης Ευάγγελος, Μαλιτζός Ευστράτιος • **38 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ**, Αγγελόπουλος Ανδρέας, Παπανικολάου Παρασκευή, Αντωνόπουλος Αλέξιος, Βογιατζή Γεωργία, Οικονόμου Ευσάγγελος, Τούσουλης Δημήτρης • **48 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ**: ΕΝΑ ΝΕΟ ΠΡΟΤΥΠΟ, Τρίκας Γρ. Αθανάσιος • **57 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ & ΑΡΘΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**, Γράσσοις Χάρης • **62 ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΕ ΆΛΛΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**, Κουμάκης Κωνσταντίνος, Βελέντζας Ιωάννης, Δευτεραίος Σπύρος, Γεωργονίκου Δήμητρα • **72 ΟΦΘΑΛΜΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑ**, Πεπονής Βασίλειος, Αφράτη Αναστασία, Γουλές Δημήτριος • **78 ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ**, Κωστήκης Γρ. Παναγιώτης • **82 ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΗΜΕΡΑ**, Παπαρίζος Βασίλειος • **88 ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ, ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΒΑΣΙΛΙΚΟΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ**: Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ ΤΟΥ HEDGEHOG, Σγούρος Δημήτριος • **92 HER2 ΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**: ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ, Γαλάνη Ελένη • **94 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΛΗΘΗ ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΜΥΕΛΟΪΔΩΣΗ**, Γιαννακοπούλου Νεφέλη • **102 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΘΕΡΜΟΚΗΠΙΟΥ**: ΜΠΟΡΕΙ Η ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΝΑ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΕΙ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ, Χαλβατσιώτης Γ. Παναγιώτης

103 ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

• **103 FORUM ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2017**, Παναγιώτης Χαλβατσιώτης • **105** • **ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**: Σημαντική συνεισφορά στις τοπικές οικονομίες και στη μείωση της ανεργίας - Το παράδειγμα της Μεσσηνίας, Παναγιώτης Χαλβατσιώτης

114 ΤΕΧΝΗ & ΙΑΤΡΙΚΗ





Ελληνικό Φάρμακο η λύση

για την ΥΓΕΙΑ

- Το Ελληνικό Φάρμακο μπορεί να καλύψει άμεσα το **70%** των αναγκών της **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ** και το **50%** των αναγκών της **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**
- Η ανάδειξη και στήριξη του Ελληνικού Φαρμάκου είναι **ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ**, με μια **ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** και με **ΚΙΝΗΤΡΑ** σε Γιατρούς & Φαρμακοποιούς

Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να πετύχουμε:

- **ΜΕΙΩΣΗ** στις άσκοπες εισαγωγές ακριβών φαρμάκων
- **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ** του ελλείμματος στο ισοζύγιο εμπορικών συναλλαγών στα φάρμακα
- **ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ** πόρων για τα καινοτόμα φάρμακα που πραγματικά χρειάζομαστε

για την ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το Ελληνικό Φάρμακο είναι:

- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ** και **ΑΣΦΑΛΕΣ** γιατί πιστοποιείται από τους σημαντικότερους Οργανισμούς Φαρμάκου παγκοσμίως
- **ΠΟΙΟΤΙΚΟ** γιατί παράγεται σε ελληνικά εργοστάσια που ακολουθούν αυστηρά τα διεθνή πρότυπα διασφάλισης ποιότητας
- **ΔΙΕΘΝΩΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ** γιατί εκατομμύρια ασθενείς σε περισσότερες από 85 χώρες το εμπιστεύονται καθημερινά
- **ΠΡΟΣΙΤΟ** για τον Έλληνα ασθενή γιατί μειώνει το κόστος συμμετοχής των ασφαλισμένων

για την ΑΝΑΠΤΥΞΗ

- Παράγεται σε **27** υπερσύγχρονα ελληνικά **ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ**
- Επηρεάζει πάνω από **53.000 ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
- Κατέχει την **2η ΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ** της Ελλάδας
- Εξάγεται σε **85 ΧΩΡΕΣ**
- Για κάθε €1.000 δαπάνης το **ΑΕΠ ΕΝΙΣΧΥΕΤΑΙ** κατά €3.420
- Συμβάλει συνολικά με **€2,8 δισ.** το χρόνο στο **ΑΕΠ**
- Η Ελληνική Φαρμακοβιομηχανία επενδύει €30 εκατ. ετησίως σε **80 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**, έχοντας πραγματοποιήσει συνολικές **ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ €800 εκατ.** την τελευταία 10ετία

**Ελληνικό
Φάρμακο**

Αποτελεσματικό | Ασφαλές | Προσιτό

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΕΝΩΣΗ
ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

αίθρια

ΕΥΚΕΤΗΜΗΚΤΑ ΚΑΛΩΣΗΛΗΣ
ΠΡΟΣΗΚΟΝ (ΔΩΤΕΙΟΝ)



DALCON

PERGOLA - CONSERVATORY - SUNLIGHT

www.dalcon.gr TEL: 0030 210 7200 50

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΡΝΑΒΑΣ	Γεν. Γραμματέας
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΠΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	Α' Αντιπρόεδρος
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ	Β' Αντιπρόεδρος
ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ	Ταμίας

ΜΕΛΗ

ΒΑΣΙΛΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΚΑΛΛΙΑΤΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Μέλος ΔΣ
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ ΑΝΝΑ	Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ	Μέλος ΔΣ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Μέλος ΔΣ
ΨΑΛΤΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ	Μέλος ΔΣ
ΨΥΧΑΡΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Μέλος ΔΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ	Οτορινολαρυγγολόγος
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤ.	Ψυχίατρος
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	Καρδιολόγος
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Δ/ντής Παιδιατρικής Παιδών «Αγία Σοφία»
ΒΑΙΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΒΑΣΙΛΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	Ορθοπαιδικός
ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Οφθαλμίατρος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΓΕΡΟΛΑΟΥΚΑ - ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ
ΠΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Παιδίατρος
ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Καθηγητής Οτορινολαρυγγολογίας Πανεπιστημίου Πατρών
ΔΑΪΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ	Αν. Καθηγητής Παθολογίας Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Πλαστικός Χειρουργός
ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ
ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Διευθυντής Γ' Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
ΚΑΛΛΙΑΤΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Καρδιολόγος
ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Δ/ντής Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου «ΑΝΑΣΤΕΙΟ»
ΚΑΥΜΑΠΕΛΗΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	Χειρουργός
ΚΟΥΛΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	Χειρουργός Οφθαλμολόγος
ΚΟΥΜΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Δ/ντής Νευρολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών
ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Καθηγητής Δερματολογίας ΕΠΕΦ
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	Χειρουργός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Καθηγητής Παιδιατρικής ΕΚΠΑ
ΛΥΣΙΤΣΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Καρδιολόγος
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ ΑΝΝΑ	Πυρηνικός Ιατρός
ΜΙΧΑΗΛ ΜΙΧΑΗΛ	Ακτινολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ	Ακτινολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικολογίας ΕΚΠΑ
ΠΑΓΩΝΗ ΣΤΑΜΑΤΑ	Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ	Ακτινολόγος
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ	Ιατρός Εργασίας
ΠΑΠΑΠΟΥΛΟΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤ.	Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ	Δ/ντρια Μ.Ε.Θ.
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ	Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ο Αγ. Παντελεήμων Νικαίας»
ΠΥΡΓΑΚΗΣ ΒΛΑΣΙΟΣ	Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ	Οφθαλμίατρος
ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Καθηγητής Ανατομίας - Χειρουργικής Ανατομίας ΕΚΠΑ
ΣΟΥΜΑΛΕΥΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ	Καθηγητής Ακτινολογίας
ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ	Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Επικ. Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Γενικός Ιατρός
ΨΑΛΤΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ	Ακτινολόγος - Ραδιολόγος
ΨΥΧΑΡΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Ορθοπαιδικός

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ

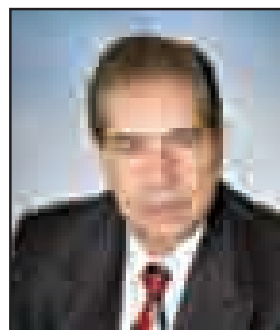
ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Γεν. Γραμματέας ΠΙΣ
--------------------	---------------------

Τα ενυπόγραφα άρθρα και κείμενα ανήκουν τις απόψεις των αρθρογράφων και δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άποψη της συντακτικής επιτροπής του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ

ΕΚΔΟΤΗΣ: Γεώργιος Καυκάς
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: Δρ. Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος ΜSc
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: Νατάσα Παπαθανασίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: Έννα Ζεντέλη

DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr



Μετά από 8 χρόνια βα-
θιάς ύφεσης και λιτό-
τητας, μέσα από τα
σκληρά μέτρα των μνημονί-
ων, το κοινωνικό κράτος ευ-
ρίσκεται στα όρια της κατάρ-
ρευσης.

Το Σύστημα Υγείας έχει υπο-
στεί πλήρη αποδυνάμωση σε ό-
λα τα επίπεδα.

Οι δημόσιες δαπάνες στο 5%
του ΑΕΠ δεν είναι επαρκείς να κα-
λύψουν ακόμη και τις βασικές ανάγκες της περίθαλψης.

Η ΠΦΥ παρά τα μεγαλειήβονα σχέδια και τους ουτοπικούς
οραματισμούς, αδυνατεί να δομηθεί σε ρεαλιστική βάση και
να προσφέρει στον πολίτη περίθαλψη, χωρίς να βάζει βαθιά
το χέρι στην τσέπη του.

Τα Νοσοκομεία στενάζουν καθημερινά από την υποχρηματο-
δότηση και τις τρομερές ελλείψεις σε έμπυχο και άπυχο υλικό.

7.000 ελλείψεις σε μόνιμο ιατρικό προσωπικό και 20.000 σε
Νοσηλευτικό δείχνουν τη μεγάλη υποστελέχωση. Υπάρχουν
ελλείψεις σε υλικά, απαραίτητα και για τις στοιχειώδεις ανάγκες.

Ο ιατρομνηχανολογικός εξοπλισμός σε πολλά Νοσοκομεία
είναι ελλειπής και σε άλλα απαρχαιωμένος.

Ο ΕΟΠΥΥ με την κρατική χρηματοδότηση στα 100 μόνον ε-
κατομμύρια από 600 εκ., τα οποία ήταν προ 3 χρόνων, προ-
σπαθεί να προχωρήσει, με λάθος όμως τρόπο.

Ο νέος κανονισμός παροχών (ΕΚΠΥ) περικλύει παροχές
στους ασφαλισμένους και οι συμβάσεις με ιατρούς οι οποίες
είναι σε εξέλιξη και σε προγραμματισμό, τόσο με οικογενεια-
κούς ιατρούς, όσο και με ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων, δεν δί-
νουν προοπτική στην περίθαλψη, αλλά και αποδοκιμάζονται
από το μεγαλύτερο μέρος του ιατρικού κόσμου.

Οι ληξιπρόθεσμες οφειλές εξακολουθούν να υφίστανται, πα-
ρά την υποχρέωση του Κράτους για εξόφληση μέχρι το 2016.
Το clawback και rebate επεξετάθη για 3 χρόνια ακόμη, μέχρι το
2021, με καταστροφικές συνέπειες για τους παρόχους υγείας.

Στον ιδιωτικό τομέα υγείας, η κρίση σαρώνει ιατρεία, ερ-
γαστήρια, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά θεραπευτήρια με α-
ποτέλεσμα «λουκέτο» σε πολλά από αυτά, ανεργία και με-
τανάστευση.

Το ασφαλιστικό σύστημα (ΕΦΚΑ) δεν έχει ακόμη οργανωθεί.
Η αδυναμία καταβολής των ασφαλιστικών εισφορών ξεπερνά
το 30% του ιατρικού κόσμου και αυξάνεται μέρα με τη μέρα.

Η καθυστέρηση στην απονομή σύνταξης πέραν και των τρι-
ών χρόνων και οι μεγάλες ασφαλιστικές εισφορές δημιουργ-
ούν ασφυκτική κατάσταση στη λειτούργια κάθε ιατρού.

Οι μεγάλες φορολογικές επιβαρύνσεις σε συνδυασμό με τις
μεγάλες ασφαλιστικές εισφορές δεν δίνουν προοπτική και ο-
δηγούν, εάν δεν ελαττωθούν, σε «ταφόπληκα» ιδιωτικά ια-
τρεία και εργαστήρια.

Το μέλλον είναι δυσόωνο και η συστράτευση όλων, αυτές
τις δύσκολες στιγμές είναι απαραίτητη για να μπορέσουμε στο
μέλλον να δώσουμε προοπτική στην ιατρική λειτουργία, αλ-
λά και στην περίθαλψη κάθε πολίτη.

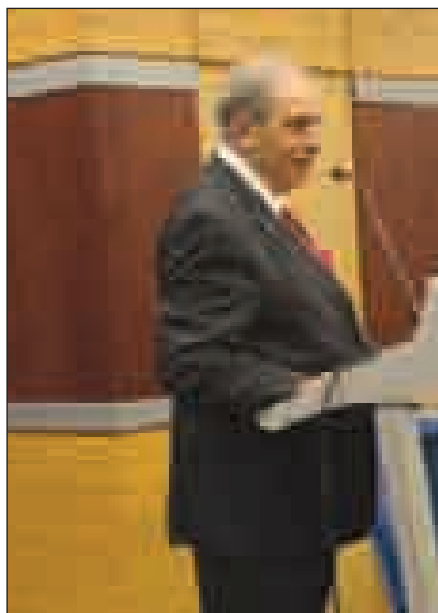
ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Π.Ι.Σ.



Αγωνία και αγανάκτηση του ιατρικού κόσμου στην ετήσια τακτική γενική συνέλευση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για τις μεγάλες ελλείψεις στο σύστημα υγείας

Άπλετο φως στο σκάνδαλο NOVARTIS

Μέσα σε ένα κλίμα ιδιαίτερα βαρύ, εξαιτίας της οικονομικής, πολιτικής και αξιακής κρίσης που βιώνει εντόνως ο ελληνικός λαός, πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 24 Φεβρουαρίου 2018 η ετήσια Γενική Συνέλευση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Στη Γενική Συνέλευση, όπου συμμετείχαν 300 Σύεδροι, Πρόεδροι και Εκλέκτορες των Ιατρικών Συλλόγων όλης της χώρας, εγκρίθηκε με συντριπτική πλειοψηφία ο Διοικητικός και Οικονομικός Απολογισμός του 2017, ο προϋπολογισμός του 2018, καθώς και η εισήγηση της Διοίκησης του Π.Ι.Σ..



Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος

Στην τοποθέτησή του ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκος αναφέρθηκε σε όλα τα προβλήματα του Συστήματος Υγείας. Συγκριμένα ανέφερε ότι οι μεγάλες περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας επιδεινώνουν καθημερινά την περίθαλψη του ελληνικού λαού και την ασφαλή και ποιοτική ιατρική εκπαίδευση.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρά τα σχέδια και τις εξαγγελίες είναι ελλειμματική, σχεδόν ανύπαρκτη, τα Νοσοκομεία βρίσκονται στα όρια της κατάρρευσης και η δημόσια υγεία του πληθυσμού έχει υποστεί πλήγματα από τις ελλείψεις και τις αδυναμίες των Υγειονομικών Υπηρεσιών. Η ιατρική εκπαίδευση είναι πλημμελής και οι νέοι ιατροί οδηγούνται στην ανεργία ή την μετανάστευση. Πρέπει άμεσα να δομηθεί η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, όχι όπως σχεδιάστηκε, αλλά με όραμα και προοπτική για το μέλλον και όχι απaráδεκτες συμβάσεις του ΕΟΠΥΥ, όπως ανακοινώθηκαν αιφνιδιαστικά.

Πρέπει άμεσα να καλυφθούν με μόνιμο προσωπικό οι κενές θέσεις στα Νοσοκομεία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, 6.500 περίπου ιατρών και πάνω από 20.000 νοσηλευτών, προκειμένου να υπάρχει περίθαλψη ανθρώπινη και αξιοπρεπής, χωρίς την εξάντληση του προσωπικού και την ταλαιπωρία των πολιτών, η οποία υπάρχει σήμερα.

Οι σύεδροι στην πλειοψηφία τους καταδίκασαν την ασκούμενη πολιτική υγείας και ζήτησαν να γίνουν οι αναγκαίες παρεμβάσεις, προκειμένου να μη θρηνούμε συνεχώς θύματα και να υπάρχει ασφαλής περίθαλψη. Η Συνέλευση ζήτησε με ψήφισμά της να χυθεί άπλετο φως στο σκάνδαλο Novartis, να σταματήσει η αλόγιστη κατηγορία εναντίον ιατρών χωρίς αποδεικτικά στοιχεία, να παραπεμφθούν στη Δικαι-

οσύνη οι ένοχοι, όποιοι και αν είναι, αν ενέχονται σε παράνομους χρηματισμούς, ώστε ο κλάδος να απαλλαγεί από τα γκρίζα φαινόμενα που τον απαξιώνουν. Ωστόσο, δεν μπορεί ο ιατρικός κόσμος να γίνει η αποκλειστική βορά στο βωμό σκοπιμοτήτων.

Ζητούμε από τους ιατρούς, να είναι πιστοί στον όρκο και στην αποστολή τους, ασκώντας τη λειτουργία τους με ηθική και αξιοπρέπεια, όπως επιβάλλεται, και όπως ασκείται από την πλειοψηφία. Ο Πανελληνίος Ιατρικός Σύλλογος μέσα και από τη Γενική του Συνέλευση, εκφράζει την αγωνία του και την αγανάκτησή του για την υποβάθμιση των Υγειονομικών υπηρεσιών και ζητά από την Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της υγείας και περίθαλψης, όχι με λογιστικά κριτήρια, αλλά σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες, με καταπολέμηση της διαφθοράς, απάτης και προκλητικής ζήτησης, όπου υπάρχει, αλλά εξσυγχρονίζοντας και εξορθολογίζοντας το σύστημα υγείας.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ



Ο κος Δημήτριος Βαρνάβας, Γενικός Γραμματέας ΠΙΣ

Τακτική Γενική Συνέλευση Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Εισήγηση - Διοικητικός απολογισμός 2017

ΣΑΒΒΑΤΟ, 24 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2018

Αγαπητές και Αγαπητοί Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων, Αγαπητές και Αγαπητοί Εκπρόσωποι των Ιατρικών Συλλόγων στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου στη Συνεδρίασή της 19/1/2018 αποφάσισε τη σύγκληση της σημερινής Γενικής Συνέλευσης, η οποία έχει ως θέματα:

- Οικονομικός Απολογισμός 2017 και Προϋπολογισμός 2018
- Π.Φ.Υ. – Π.Ε.Δ.Υ. – Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Νοσοκομειακή Περίθαλψη – Πορεία ζητημάτων Νοσοκομειακών Ιατρών
- Ασφαλιστικό - Ε.Φ.Κ.Α.
- Γενική Ενημέρωση & Τρέχοντα Θέματα

Το 2017 πραγματοποιήθηκαν **δύο συνδιασκέψεις Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων** της χώρας με το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Η πρώτη συνδιάσκεψη πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το Σάββατο 22 Απριλίου 2017, στην οποία συζητήθηκε το προσχέδιο Νόμου για την Π.Φ.Υ. Στη συνδιάσκεψη τέθηκαν προς συζήτηση τα σχέδια που πρότειναν οι 5 Ιατρικοί Σύλλογοι της Κρήτης, ο τομέας Π.Φ.Υ. του Ινστιτούτου Μελετών του Π.Ι.Σ., ο Ιατρικός Σύλλογος Χαλκιδικής και άλλες μεμονωμένες προτάσεις, στα πλαίσια των αποφάσεων της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. της 18ης Φεβρουαρίου 2017, αποφάσεις που είναι δεσμευτικές για τον Π.Ι.Σ.

Οι άξονες του σχεδίου που αποφασίστηκε να προταθούν από τον Π.Ι.Σ. είναι οι κάτωθι:

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας, ισότιμη και προσβάσιμη για όλους τους πολίτες.
- *Συλλογική σύμβαση με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.
- Ελεύθερη επιλογή ιατρού.
- Κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή κάθε συμβεβλημένου ιατρού με τον ΕΟΠΥΥ.

*Οικογενειακός ιατρός σύμβουλος της υγείας, διαμορφωτής του ιατρικού φακέλου του ασθενούς και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων, υπεύθυνος για την πρόληψη και

αγωγή της υγείας κλπ. και όχι gatekeeper.

- Κανένα περιστατικό να μην προσέρχεται σε Νοσοκομείο, χωρίς παραπεμπτικό από ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα υγείας.
- Δημόσιες δομές-Αστικά Κέντρα Υγείας.
- Αυτόνομα ΤΕΠ Νοσοκομείων με όλες τις ειδικότητες που εφημερεύουν επί 24ωρου βάρεως, για να αποσυμφορηθούν τα Νοσοκομεία.
- Ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος, με τον ηλεκτρονικό φάκελο και την ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς, προκειμένου να υπάρχει πλήρης ενημέρωση όλου του συστήματος και της καταγραφής όλων των υπηρεσιών για την τήρηση ορθών κανόνων ιατρικής λειτουργίας και την αποφυγή προκλητής ζήτησης υπηρεσιών.
- Κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης και θεραπευτικά-διαγνωστικά πρωτόκολλα, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα και η ασφαλής περίθαλψη.
- Καμία εκχώρηση ιατρικής υπηρεσίας σε άλλους επαγγελματίες υγείας (όπως συνταγογράφηση από μαίες, προληπτικές εξετάσεις από φαρμακοποιούς κ.λπ.) και να εφαρμοστεί ο νόμος, ώστε κανένα φάρμακο να μην χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή.
- Ιδιαίτερη μέριμνα στις νησιωτικές-δυσπρόσιτες-ακριτικές περιοχές, με αυξημένα κίνητρα προς τους ιατρούς.
- Οικονομικά στοιχεία και δεδομένα και μέσα από τον υγειονομικό χάρτη, ώστε να είναι σίγουρο, ότι θα στηριχτεί το σύστημα στο μέλλον.

Αποφασίστηκε να ζητηθεί από το Υπουργείο Υγείας, πριν το Νομοσχέδιο προωθηθεί στη Βουλή, να τύχει ευρείας επεξεργασίας και διαβούλευσης με τα θεσμικά όργανα των ιατρών και των κοινωνικών φορέων ΠΙΣ, ΚΕΣΥ, ΚΕΔΕ, Ομοσπονδίες Ιατρών καθώς και χρήστες υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που θα προσφέρει ποιοτική και ασφαλή περίθαλψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποσυμφόρηση των Νοσοκομείων από περιστατικά Π.Φ.Υ και κανόνες ιατρικής λειτουργίας, στο πλαίσιο της ι-

ατρικής ηθικής και δεοντολογίας και του σεβασμού της προσωπικότητας κάθε πολίτη.

Η δεύτερη συνδιάσκεψη πραγματοποιήθηκε στην Κω το Σάββατο 16 Σεπτεμβρίου 2017 με κύριο θέμα «Πολιτική Υγείας για τη Νησιωτική Ελλάδα»

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκος στην εισήγησή του αναφέρθηκε στον ανύπαρκτο εθνικό σχεδιασμό για τη στελέχωση δημόσιων και ιδιωτικών δομών του συστήματος υγείας, στις ελλείψεις και αδυναμίες, ενώ τόνισε την ανάγκη, μέσα από τη συνεργασία όλων, της στελέχωσης της νησιωτικής Ελλάδας αλλά και της επάρκειας των υποδομών, ώστε οι νησιώτες να αισθάνονται ασφαλείς, το ίδιο και οι τουρίστες που αποτελούν πλούτο για τη χώρα μας.

Οι Πρόεδροι ιδιαίτερα των νησιωτικών περιοχών αναφέρθηκαν με λεπτομέρειες στα προβλήματα, έκαναν τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις τους προκειμένου να ενεργήσει η Πολιτεία προς την κατεύθυνση δημιουργίας ενός συστήματος κάλυψης των αναγκών. Στόχος είναι η ασφαλής περίθαλψη των νησιωτών, αλλά και η προαγωγή του ιατρικού τουρισμού.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας, στο Ασκληνείο της Κω, πραγματοποιήθηκε η Τελετή Αναπαράστασης του Όρκου του Ιπποκράτη, η απαγγελία του από τους πρωτεύσαντες αποφοίτους των 7 Ιατρικών Σχολών και η βράβευσή τους από το Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και τους Προέδρους των 7 Ιατρικών Σχολών. Η Τελετή οργανώθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με τη συνεργασία του Διεθνούς Ιπποκρατείου Ιδρύματος και του Ιατρικού Συλλόγου της Κω.

Στην εκδήλωση παραβρέθηκαν εκπρόσωποι των Τοπικών Αρχών, τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., οι Πρόεδροι των Ιατρικών Σχολών, οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, πολλὰ μέλη του ιατρικού κόσμου και πλήθος άλλων πολιτών της Κω.

Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, επαί-

➡ **Β**ΕΣΕ στο χαιρετισμό του τους πρωτεύσαντες και έστειλε το μήνυμα της μέγιστης προσπάθειας και βράβευσης της αριστείας στο τόπο του Ιπποκράτη, στον οποίο αναφέρονται όλοι οι ιατροί του κόσμου, καθώς και την ανάγκη ενδυνάμωσης της Ιπποκρατικής ιδέας, των αξιών και του πολιτισμού.

«Πέραν από τα όσα προβλήματα ταλανίζουν τη χώρα μας, δεν θα πρέπει να ξεχνούμε το πολιτισμό και τις αξίες μας», τόνισε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ..

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα συνεχίσει να πορεύεται προς αυτή την κατεύθυνση, στέλνοντας αυτά τα μηνύματα, όπου μπορεί και όσο ακούγεται η φωνή του, για να πορευτεί η χώρα προς το μέλλον με αξιοπρέπεια και αξίες.

Η σημερινή Γενική Συνέλευσή μας όπως και οι προηγούμενες γίνεται σε ένα ιδιαίτερα βαρύ κλίμα, το οποίο έχει επηρεάσει η μεγάλη οικονομική, κοινωνική και αξιακή κρίση.

Αποτέλεσμα αυτών είναι η κρίση του Υγειονομικού Συστήματος, απόρροια των εξοντωτικών δημοσιονομικών περιορισμών, η μείωση μισθών και συντάξεων, η φορολογική και ασφαλιστική εξόντωση των ελευθεροεπαγγελματιών, η ανεργία και η μετανάστευση, ιδιαίτερα του νέου εκλεκτού δυναμικού της χώρας.

Οι εξαντλητικές εφημερίες των Νοσοκομειακών Ιατρών σε συνδυασμό με την μείωση των αποδοχών και τις ελλείψεις σε άψυχο και έμπυχο υλικό, δημιουργούν οριακή λειτουργία των Νοσοκομείων, το οποίο χάρη στη φιλότιμη προσπάθειες του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, παραμένει όρθιο.

Το ιατρείο και εργαστήρια κλείνουν συνεχώς, λόγω αδυναμίας να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

Το 2017 προσπαθήσαμε όπως και τα προηγούμενα χρόνια να αποτρέψουμε τις δυσμενείς επιπτώσεις για το κλάδο μας, οι οποίες προκαλούν προβλήματα στην ιατρική λειτουργία, αλλά και στη περίθαλψη των πολιτών.

Η στήριξη στα αιτήματα των κλαδικών μας φορέων και η συχνή συμπίεση με τους άλλους επιστημονικούς, αλλά και επαγγελματικούς φορείς, δεν έφεραν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Η συνεχής επικοινωνία μας με τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας, συμβάλλει στην ενδυνάμωση του ρόλου του Π.Ι.Σ. και σε καλύτερα αποτελέσματα.

Η ενότητα σήμερα είναι αναγκαία περισσότερο από ποτέ.

Στις 3 Μαΐου 2017 έγινε συνάντηση του

Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τον Υπουργό Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθό και τον Αν.Γεν.Γραμματέα κ. Σταμάτη Βαρδαρό για την Π.Φ.Υ.

Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος στην αρχή της τοποθέτησής του, αλλά και τα υπόλοιπα μέλη του Δ.Σ. ζήτησαν από τον Υπουργό το Νομοσχέδιο που θα προωθηθεί στη Βουλή να είναι προϊόν ευρείας διαβούλευσης με όλους τους Υγειονομικούς Φορείς, τους Κοινωνικούς Φορείς, την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να έχει αποδοχή της κοινωνίας, αλλά και να λαμβάνει υπόψη τις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής, να καλύπτει τις ανάγκες της κοινωνίας και να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες με κανόνες επιστημονικής προσέγγισης, ηθικής και δεοντολογίας.

Ως Προϋποθέσεις για τη θεσμοθέτηση Π.Φ.Υ., είναι ο ολοκληρωμένος υγειονομικός χάρτης υπηρεσιών και αναγκών, η ισοτίμη πρόσβαση όλων των πολιτών, η ελεύθερη επιλογή ιατρού από τον πολίτη, η αξιοποίηση ολόκληρου του ιατρικού προσωπικού και η ιατρική λειτουργία, μέσα από θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα.

Πρέπει να υπάρξει εθνικός σχεδιασμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τη συνεργασία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και τη δημιουργία Διακομματικού Οργάνου Εποπτείας της λειτουργίας της ΠΦΥ, θητείας 5 ετών, με εκτελεστικά όργανα τις Υγειονομικές Περιφέρειες και τον ΕΟΠΥΥ.

Η συλλογική σύμβαση με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, θα συντελέσει στην βοήθεια της κοινωνίας και του συστήματος ΠΦΥ για την κάλυψη των αναγκών.

Συστατικά του συστήματος πρέπει να είναι ο οικογενειακός ιατρός, είτε ως δημόσιος λειτουργός, που υπηρετεί στις δημόσιες δομές ή ως συμβασιούχος με τον ΕΟΠΥΥ. Ο οικογενειακός ιατρός (γενικής ιατρικής, παθολόγος, παιδίατρος) πρέπει να αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση κάθε πολίτη. Πρέπει να είναι ο σύμβουλος της οικογένειας, να δραστηριοποιείται στην πρόληψη και την αγωγή υγείας του πληθυσμού, στη διαμόρφωση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, κ.λπ.

Ο ΠΙΣ είναι κατηγορηματικά αντίθετος με τον οικογενειακό ιατρό ως gatekeeper.

Η αμοιβή του οικογενειακού ιατρού ως μεν δημοσίου λειτουργού πρέπει να είναι ο μισθός του Ε.Σ.Υ., του δε ιδιώτη ιατρού κα-

τά πράξη και περίπτωση, αλλά και με πρόσθετο bonus σύμφωνα με τα αποτελέσματα που θα έχει.

Ο ΠΙΣ είναι αντίθετος με την παραχώρηση ιατρικών πράξεων σε άλλους επαγγελματίες υγείας (προληπτικές εξετάσεις από φαρμακοποιούς και συνταγογράφηση από μαίες).

Επίσης, ο ΠΙΣ προτείνει:

Τη στελέχωση των δημόσιων δομών με ιατρούς βασικών ειδικοτήτων και λοιπούς ιατρικούς προσωπικό.

Λειτουργία των Αστικών Κέντρων Υγείας, τα οποία θα έχουν όλες τις ειδικότητες και θα εφημερεύουν επί 24ώρου βάσεως.

Δημιουργία ανεξάρτητων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) τα οποία θα αποσυμφορήσουν τα Νοσοκομεία και θα επιτρέψουν στους ιατρούς των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων να παρέχουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Κανένα παραπεμπτικό δεν πρέπει να γίνεται δεκτό στα Νοσοκομεία, αν δεν έρχεται από δημόσια δομή ή πάροχο υγείας του ιδιωτικού τομέα.

Αξιοποίηση των ιατρών ειδικοτήτων, οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ – όσοι το επιθυμούν, με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.

Ανάπτυξη του ΕΚΑΒ ώστε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη προνοσοκομειακή φροντίδα.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στις νησιωτικές-ακρικές και δυσπρόσιτες περιοχές, με κίνητρα οικονομικά και όχι μόνο.

Ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος υγείας με τη δημιουργία ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, ώστε να μην υπάρχει προκλητή ζήτηση.



Τελικά τον Ιούλιο του 2017 ψηφίσθηκε το Νομοσχέδιο για την Π.Φ.Υ.

Ο Π.Ι.Σ. εξέφρασε την αντίθεσή του με το Νομοσχέδιο αυτό στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής.

Η δημιουργία των ΤΟΜΥ δεν προχωρά σύμφωνα με τον σχεδιασμό, ο οικογενειακός ιατρός δεν προχωρά και εάν δεν αλλάξει ο πολιτικός σχεδιασμός θα μείνει ο πληθυσμός ακάλυπτος από Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με επιπλέον φόρτιση των ήδη φορτισμένων στα όρια τους Νοσοκομείων.

ΝΟΜΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΙΣ

Η Νομική Υπηρεσία καταβάλλει κάθε προ-

σπάθεια προκειμένου να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις.

Δικαστικές ενέργειες που έχουν γίνει:

Αίτηση ακύρωσης ΣτΕ, Ολομέλεια κατά Ν.4387/2016 για κύριες συντάξεις. Δικάσιμος 6 Οκτωβρίου 2017. Αναμένεται έκδοση απόφασης.

Αίτηση ακύρωσης στο ΣτΕ κατά Ν.4387/2016 για τις επικουρικές συντάξεις. Δικάσιμος 6 Οκτωβρίου 2017. Αναμένεται έκδοση της απόφασης.

Αίτησης ακύρωσης στο ΣτΕ (επταμελή) για ΕΦΑΠΑΞ. Εκδίκαση 8 Μαΐου 2017. Αναμένεται έκδοση απόφασης.

Παρέμβαση Π.Ι.Σ. υπέρ ΠΟΣΕΥΠ-ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ κατά Υπουργού Υγείας. Αναβολή για 2.2.2018.

ΣτΕ Α Τμήμα (επταμελές) Αίτηση ακύρωσης Π.Ι.Σ. για εφάπαξ

Αγωγή Π.Ι.Σ. κατά ΕΟΠΥΥ και τα ληξιπρόθεσμα. Μετά από αναβολές εκκρεμεί 7 Ιουνίου 2018

Η σύγχρονη Ιατρική Νομοθεσία η οποία ψηφίστηκε τον Ιανουάριο του 2018

(είχε υποβληθεί στο Υπουργείο Υγείας τον Ιούνιο του 2014) και η Διασύνδεση των Ιατρικών Συλλόγων με τον Π.Ι.Σ. θα δημιουργήσουν κανόνες καλλίτερης λειτουργίας και επικοινωνίας του Π.Ι.Σ. και των Ιατρικών Συλλόγων.

ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ από τη λειτουργία του το 2012 μέχρι σήμερα, παρά τα όποια βήματα εξορθολογισμού έχουν γίνει, δεν παύει παρά να παρέχει υποβαθμισμένες υπηρεσίες προς ασφαλισμένους και παρόχους υγείας.

Από το 2016 εφαρμόζεται νέο σύστημα εξορθολογισμού δαπανών με τελική εκκαθάριση το 100% των υποβολών των συμβεβλημένων ιατρών.

Εφαρμόστηκαν νέοι κανόνες Διαγνωστικών εξετάσεων και επισκέψεων για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.

Η καταχώρηση διαγνωστικών εξετάσεων υψηλού κόστους (άνω των 90 ευρώ) γίνεται αποκλειστικά ύστερα από ενδελεχή τεκμηρίωση στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ είναι περί τα 6,5 δις και χαρακτηρίζεται από τη μείωση της κρατικής επιχορήγησης από 326 εκατομμύρια το 2017 στα 100 εκ. το 2018, με αποτέλεσμα, παρά την ικανοποιητική εισροή των ασφαλιστικών εισφορών από τον ΕΦΚΑ, να βάζει ο ασθενής βαθιά το χέρι

στην τσέπη για την υγεία του.

Η ροή των πληρωμών μπορεί να έχει καλύτερεύσει, αλλά το claw back και rebate, η ανακοίνωση του οποίου αναστάτωσε πρόσφατα τους παρόχους, η καθυστέρηση στην αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων οφειλών, η μη πλήρης ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος με την ηλεκτρονική κάρτα και την on line παρακολούθηση ασθενών του Οργανισμού, προκαλούν προβλήματα και δυσλειτουργίες.

Οι συμβάσεις για τους οικογενειακούς ιατρούς οι οποίες πρόσφατα και αιφνιδιαστικά ανακοινώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ, χωρίς προηγούμενη διαβούλευση με τον Π.Ι.Σ., αλλά με στόχο την υλοποίηση συγκεκριμένου σχεδίου, δημιούργησαν βαρύ κλίμα στους παλαιούς και νέους ιατρούς, οι οποίοι τελικά γύρισαν τη πλάτη στον ευτελισμό και την απαξίωση. Μόνο 1200 περίπου από τους 2500 κατέθεσαν αίτηση και από αυτούς ελάχιστοι βεβαίως είναι διατεθειμένοι να αποδεχθούν σύμβαση.

Αναζητείται από τον ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα και με τη συζήτηση στο Δ.Σ., αλλά και από το Υπουργείο νέο σχέδιο συμβάσεων μετά από διαβούλευση με τον Π.Ι.Σ. και τους Ιατρικούς Συλλόγους, όπως αναφέρθηκε.

Είχαμε προειδοποιήσει προς πάσα κατεύθυνση για την αποτυχία του εγχειρήματος.

Το Διεκδικητικό πλαίσιο του Π.Ι.Σ.

Αύξηση της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ Συλλογική σύμβαση εργασίας βασισμένη σε ισοβαρές κείμενο σύμβασης των Ιατρικών Συλλόγων και συνδικαλιστικών οργάνων, υπό την αιγίδα του Π.Ι.Σ.

Άμεση απόδοση των ληξιπρόθεσμων οφειλών του ΕΟΠΥΥ και επιτάχυνση των πληρωμών, σύμφωνα και με τους συμβατικούς όρους.

Εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων Κατάργηση του claw back και απόδοση στον ακέραιο της αμοιβής για κάθε παραπεμπτικό που εκτελείται.

Ηλεκτρονική κάρτα υγεία με χρήση ειδικού pin, μοναδικό για κάθε συναλλαγή, για αποφυγή έκδοσης πλάσματικών παραπεμπτικών με τον ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Ανώτατο πλάφον για κάθε ασθενή, πλην χρόνιων νοσημάτων για την αποφυγή αλβιγιστικής χρήσης και real time παρακολούθηση.

Διαχείριση κωδικών για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις (αποφασίστηκε ήδη).

Καθιέρωση ιατρικής επίσκεψης στους εργαστηριακούς ιατρούς.

ΠΕΔΥ-ΠΦΥ-ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Προ της ψήφισης και εφαρμογής του Ν.4238/14, υπηρετούσαν στα ιατρεία του πρώην ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ 5.500 ιατροί.

Μετά την ψήφιση και εφαρμογή του νόμου υπηρετούν 2.500 πανελλαδικά. 2.500 ιατροί είναι απολυμένοι και περίπου 700 το διάστημα 2014 μέχρι σήμερα έχουν συνταξιοδοτηθεί. Ένα σημαντικό τμήμα του ιατρικού πληθυσμού εργάζεται με ασφαλιστικά μέτρα. Εκκρεμούν πολλές δικαστικές αποφάσεις ιατρών που προσδοκούν την επαναφορά τους στο σύστημα. 400 ιατροί έχουν επιστρέψει μετά από δικαστικές αποφάσεις, αλλά δεν έχουν μπει στην τακτική μισθοδοσία. Έγινε προσπάθεια τα τελευταία έτη να ενισχυθεί το σύστημα με το διορισμό επικουρικών ιατρών.

Είναι μια σημαντική ευκαιρία νέοι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων να μπουν στο σύστημα. Όμως η επισφαλής εργασιακή σχέση, με συμβάσεις ενός ή δύο ετών, δεν είναι κίνητρο. Πολλοί νέοι γιατροί βρίσκουν τη λύση της μετανάστευσης πιο ελκυστική και σίγουρη.

Οι γιατροί ΠΑΑ έχουν ήδη εξομοιωθεί βαθμολογικά και μισθολογικά με τους γιατρούς του ΕΣΥ και αυτό είναι ένα θετικό βήμα.

Πολλές μονάδες υγείας έχουν κλείσει και οι υπόλοιπες υπολειτουργούν, είτε σε επίπεδο στελέχωσης σε ιατρικό προσωπικό, είτε σε επίπεδο λειτουργίας των εργαστηρίων.

Συνέπεια του νόμου 4238/14 είναι η ερήμωση των Πολυιατρείων, ειδικά στην Περιφέρεια. Χώροι που κάποτε έσφυζαν από ζωή, από ασφαλισμένους, γιατρούς και προσωπικό, σήμερα είναι έρημα τοπία, ιδίως τις απογευματινές ώρες.

Το τελευταίο έτος είναι γεγονός ότι η προσέλευση ασθενών στις μονάδες υγείας έχει αυξηθεί. Αυτό οφείλεται στην κάλυψη όλων και των ανασφάλιστων, αλλά και στην εμπιστοσύνη που δείχνει όλο και μεγαλύτερος πληθυσμός στο δημόσιο σύστημα υγείας. Οφείλεται επίσης στην οικονομική ένδεια. Γίνεται περισσότερο από κάθε άλλη χρονική συγκυρία φανερό ότι οι μονάδες χρειάζονται αναβάθμιση.

Χρειάζονται όλες τις ειδικότητες και το κυριότερο να έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις. Στόχος πρέπει να είναι, όποιος μπαίνει στη μονάδα ΠΕΔΥ ή σε Κέντρο Υγείας να διεκπεραιώνει όλες τις αναγκαίες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Δεν νοείται μονάδα σήμερα να μην έχει νευρολόγο ή παιδίατρο. Τα εργαστήρια, κυρίως μικροβιολογικά ➡

■ κά και ακτινολογικά, παρά τις λειτουργικές βελτιώσεις έχουν μακρύ δρόμο ακόμα. Ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να γίνει και στη δυνατότητα να υπάρχουν εργαστήρια για τις υψηλού κόστους εξετάσεις όπως πχ αξονικές τομογραφίες, Dexa, ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος κ.ά.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται ιδιωτικά, το μεγάλο κομμάτι σε μεγάλα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα με 15% συμμετοχή στην καλύτερη των περιπτώσεων. Υπολογίζεται ότι πολύ μικρός όγκος των παραπεμπτικών εκτελείται μέσα στα εργαστήρια του ΠΕΔΥ. Αυτό έχει κόστος για τον κρατικό προϋπολογισμό δυσανάλογο με την οικονομική δυνατότητα του προϋπολογισμού.

Σε ένα περιβάλλον οικονομικής ένδειας, είναι αφύσικο να σπαταλιέται ένα μεγάλο κομμάτι του προϋπολογισμού για την υγεία στον μεγάλο ιδιωτικό τομέα και ταυτόχρονα η αναβάθμιση των κρατικών δομών να καθυστερεί τόσο.

Η λύση είναι να στελεχωθεί το σύστημα με ιατρικό προσωπικό, με αξιοποίηση πρώτα των απολυμένων γιατρών. Επειδή πολιτική λύση δεν έχει νομοθετηθεί, πρέπει τουλάχιστον να είναι σεβαστές οι δικαστικές αποφάσεις και για όσους έχουν κερδίσει, να εντάσσονται άμεσα στο σύστημα. Ενίσχυση των εργαστηρίων - μικροβιολογικών, ακτινολογικών, με στόχο σε ένα εύλογο χρονικό διάστημα, το 25% των παραπεμπτικών να εκτελούνται μέσα στο ΠΕΔΥ. Αξιοποίηση του φυσιοθεραπευτικού δυναμικού (προσωπικού και μηχανημάτων) των ΠΕΔΥ και των οδοντοτεχνικών και οδοντοπροσθετικών εργαστηρίων. Ειδική μέριμνα για την οδοντιατρική φροντίδα. Αναβάθμιση των ραντεβού, με αξιοποίηση όλων των κενών ραντεβού μέσα στις δομές του συστήματος.

Η πρόταση για 24ωρη λειτουργία κάποιων αστικών Κέντρων Υγείας ή Μονάδων ΠΕΔΥ είναι πρόταση λειτουργική, είναι δε και πρόταση των συλλογικών οργάνων των ιατρών του ΠΕΔΥ, που πιστεύουμε να ανακόψει το μεγάλο ποσοστό επίσκεψης περιστατικών στα Νοσοκομεία για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Παράδειγμα είναι το ΚΥ Υγείας Λ.Αλεξάνδρας, το οποίο έχει σήμερα όλα τα χαρακτηριστικά ενός πρότυπου κέντρου 24ωρης εφημερίας.

Η ψήφιση του Νόμου 4461/2017, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ενιοποίηση των εργασιακών σχέσεων στο δημόσιο σύστημα. Χρειάζεται αναθεώρηση του, δεδομένων των νέων θετικών δικαστικών αποφά-

σεων, σύμφωνα με τις οποίες επιστρέφουν πολλοί απολυμένοι συνάδελφοι.

Οι επικουρικοί ιατροί χρειάζεται να παγώσουν τη θέση τους σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ισχύει και να προκηρυχθούν οι 450 θέσεις μόνιμου ιατρικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας.

Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ

Η έννοια της νησιωτικότητας είναι κατοχυρωμένη στο σύνταγμα της χώρας. Ειδικά στο χώρο της υγείας είναι αναγκαία η λήψη συγκεκριμένων μέτρων για τη στήριξη των υγειονομικών υπηρεσιών που καλύπτουν τα νησιά μας.

Συγκεκριμένα απαιτούνται:

Ειδικά κίνητρα (οικονομικά, επαγγελματικά, επιστημονικά) για την προσέλκυση και παραμονή ιατρών ειδικευμένων και ειδικευόμενων στα Νοσοκομεία της νησιωτικής χώρας.

Στελέχωση των Κέντρων Υγείας με Γενικούς γιατρούς με εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών, γιατρούς ειδικότητας, νοσηλευτικό προσωπικό και σύγχρονο εξοπλισμό.

Να εφοδιαστούν τα νησιά με συστήματα τηλεματικής, ώστε να μειωθούν οι αναίτιες αεροδιακομιδές.

Συστηματικές επισκέψεις κινητών μονάδων με ιατρούς ειδικοτήτων και εργαστήρια.

Τηλεματική Ιατρική η οποία θα αποτρέψει σε μεγάλο βαθμό τις χρονοβόρες και κοστοβόρες αεροδιακομιδές.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Η κατάσταση στα νοσοκομεία του ΕΣΥ συνεχίζει να βρίσκεται σε οριακό σημείο.

Οι προσλήψεις που έχουν προκηρυχθεί ή εξαγγελθεί για μόνιμο ιατρικό προσωπικό υλοποιούνται με αργούς ρυθμούς. Πρέπει να υλοποιηθούν με ταχύτατους ρυθμούς, ώστε να δώσουν ανάσα στο σύστημα, χωρίς και πάλι να καλύπτουν τα τεράστια κενά σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό.

Η αύξηση του αριθμού και η διασφάλιση της παράτασης θητείας των επικουρικών γιατρών βοηθά στη λειτουργία των Νοσοκομείων, έχει όμως προσωρινό χαρακτήρα, για τούτο η στελέχωση πρέπει να γίνει με μόνιμο ιατρικό προσωπικό με σχέση εργασίας πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Οι προσλήψεις γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να ενταχθούν σ'

ένα συνολικό σχεδιασμό στοχευμένων και σοβαρών παρεμβάσεων σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, πρέπει να υπάρξει άμεση αποκατάσταση στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων μετά τις σφαγιαστικές περικοπές που υπέστησαν τα τελευταία χρόνια, ώστε να δοθεί δυνατότητα να ανταπεξέλθουν τα Νοσοκομεία με επάρκεια και ποιότητα. Προϋπόθεση για την κατάρτιση των νέων οργανισμών είναι η ολοκλήρωση του υγειονομικού χάρτη της χώρας, στον οποίο πρέπει να καταγραφούν, πέραν του δυναμικού και των υποδομών, οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην έννοια της νησιωτικότητας, καθώς και της ενίσχυσης των ορεινών και δυσπρόσιτων περιοχών της χώρας.

Η υγειονομική κάλυψη των ανασφαλισμένων αποτελεί θετικό μέτρο, εντούτοις εξαιτίας της αποδιοργανωμένης ΠΦΥ έχει επιβαρύνει σημαντικά τη λειτουργία των Νοσοκομείων της χώρας.

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ υπολείπεται σημαντικά των αναγκών κάλυψης των ασθενών.

Εξαιτίας των παραπάνω η εφημέρευση των Νοσοκομείων συνεχίζει να διεξάγεται με δυσκολίες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις το ιατρικό δυναμικό αδυνατεί να καλύψει εφημεριακά τις Κλινικές και τα εργαστήρια. Η έλλειψη ΤΕΠ στα περισσότερα Νοσοκομεία της χώρας αποτελεί αιτία μη ικανοποιητικής αντιμετώπισης των επείγοντων περιστατικών, ενώ οι γιατροί εξουθενώνονται, με συνέπεια να αυξάνεται η πιθανότητα ιατρικών λαθών. Η πρόσληψη γιατρών στοχευμένα στα ΤΕΠ και η θέσπιση της ειδικότητας επειγνοτολογίας θα αλλιάξει το τοπίο στην αντιμετώπιση του επείγοντος και το εφημεριακό πρότυπο, ενώ η στελέχωση και ο εξοπλισμός του ΕΚΑΒ θα συνεισφέρει τα μέγιστα στην ορθή αντιμετώπιση των περιστατικών.

Ταυτόχρονα υπάρχει άμεση ανάγκη για δημιουργία κέντρων αποκατάστασης, και τραυματιολογικών κέντρων.

Τα ζητήματα της εκπαίδευσης των ειδικευόμενων και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρικού δυναμικού απασχολούν ήδη σοβαρά το ΚΕΣΥ και το Ινστιτούτο Ερευνών του ΠΙΣ, ώστε να αναμορφωθεί το σημερινό εκπαιδευτικό πλέγμα, το οποίο πάσχει σοβαρά σε επάρκεια και αποτελεσματικότητα.

Η αύξηση του ορίου λειτουργικών δαπανών στα Νοσοκομεία πρέπει να συνοδεύεται από εισροή ανάλογων κονδυλίων από την

**MADE
IN
GREECE**

Παραγωγή στην Ελλάδα... για όλο τον κόσμο!

Στη Boehringer Ingelheim, **τη μόνη πολυεθνική φαρμακευτική εταιρεία** που συνεχίζει να διατηρεί εργοστάσιο στην Ελλάδα, υλοποιούμε ένα ευρύ επενδυτικό σχέδιο, με στόχο να πραγματοποιείται στην Ελλάδα, **η παραγωγή των νέων αντιδιαβητικών μας φαρμάκων για τις περισσότερες χώρες του κόσμου.**

Υπολογίζουμε ότι περισσότερες από 27.000.000 συσκευασίες θα παραχθούν στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2014 - 2019.

Έτσι, η εταιρεία μας, θα συνεισφέρει με ποσοστό πλέον του **2,5%** **στο σύνολο των ελληνικών εξαγωγών**, πραγματοποιώντας ένα άλμα εξωστρέφειας, για την ανάπτυξη και το μέλλον της χώρας μας.



**Boehringer
Ingelheim**

■ κρατική χρηματοδότηση καθώς και η απόδοση των νοσηλίων που οφείλει ο ΕΟΠΥ-Υ, αποτελούν βασικές παραμέτρους προκειμένου να ορθοποδήσουν οικονομικά τα Νοσοκομεία.

Η φυγή των νέων γιατρών στο εξωτερικό αποτελεί μείζον ζήτημα και πρέπει άμεσα να θεσμοθετηθούν κίνητρα απασχόλησης και εκπαίδευσης, ώστε να πάψει η ιατρική μετανάστευση και να μπορέσουν οι γιατροί που ξενιτεύτηκαν να επιστρέψουν στη χώρα.

Η έναρξη διαλόγου του υπουργείου Υγείας με την Ομοσπονδία των Νοσοκομειακών Γιατρών (ΟΕΝΓΕ) για κατάρτιση επικαιροποιημένης κλαδικής σύμβασης αποτελεί ευκαιρία να τεθούν στο τραπέζι όλα τα σοβαρά ζητήματα και να συμφωνηθεί ένα πρόγραμμα παρεμβάσεων σε βάθος τριετίας. Ο ΠΙΣ θα σταθεί αρωγός στην προσπάθεια, όπως έπραξε και στο ζήτημα της προσφυγής της ΟΕΝΓΕ στο ΣτΕ για την αποκατάσταση του ειδικού ιατρικού μισθολογίου.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ-ΕΦΚΑ

Με τον Ν.4387/2016 νομοθετήθηκε η εφαρμογή του νέου Ασφαλιστικού συστήματος, το οποίο περιλαμβάνει την ένταξη όλων των Ταμείων και τη δημιουργία του ΕΦΚΑ.

Οι δυσλειτουργίες του στον πρώτο χρόνο εφαρμογής είναι εμφανείς και πολλοί πάροχοι αδυνατούν να πληρώσουν τις εισφορές τους.

Παραμένουν ως εκκρεμότητες πληρωμή πληρωθέντων παλαιών ταμείων (προ του 2012, όπως π.χ. ΙΚΑ) και υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην απονομή σύνταξης και δυσκολίες ανυπέρβλητες με τις υπηρεσίες του.

Οι οργανωτικές του αδυναμίες, οι απλήρωτες εισφορές, οι πλημμελείς υπηρεσίες και τα κακώς κείμενα του παρελθόντος τα οποία δεν έχουν μεταβληθεί καθιστούν το ασφαλιστικό σύστημα καταστροφικό, το οποίο οδηγεί σε συντάξεις πολύ μικρές, στα όρια της εθνικής σύνταξης των 386 ευρώ στο μέλλον.

Η νέα παρέμβαση είναι αναγκαία, αλλά η χρηματοδότηση είναι εκείνη που θα δώσει νουή και δεν θα χαθεί όλος ο κόπος του εργασιακού βίου. Η ανακεφαλαιοποίηση του ασφαλιστικού είναι αναγκαία, οι εργαζόμενοι όλων των φορέων πρέπει προς αυτή την κατεύθυνση να ενώσουν δυνάμεις και προτάσεις.

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ

Η Ελλάδα έχει τους περισσότερους ια-

τρούς στην Ευρώπη σε σχέση με τον πληθυσμό της. Παρά τη συνεχή μετανάστευση τα τελευταία χρόνια ο ιατρικός πληθωρισμός προκαλεί συνέπειες και η Πολιτεία, παρά τις επιστημονικές μας, αδιαφόρησε να λάβει μέτρα με αποτέλεσμα σήμερα να βιώνουμε τα αποτελέσματά του.

Ο Π.Ι.Σ. με ευαισθησία αντιμετωπίζει τους εν δυνάμει συναδέλφους, όπου και εάν σπουδάζουν. Ο κορεσμός όμως έχει ως αποτέλεσμα ανεργία, πλημμελή εκπαίδευση, χαμηλές αποδοχές, αναμονές για ειδικότητα και κοινωνική αποδυνάμωση.

Πρέπει να υπάρξει συλλογική αντιμετώπιση του προβλήματος, προκειμένου η ιατρική κοινότητα να υπηρετήσει την περίθαλψη των πολιτών με αξιοπρέπεια, υψηλό κύρος, ηθική και κοινωνική αναγνώριση του ρόλου της.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΙΑΤΡΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η συνεχής επιμόρφωση των ιατρών για τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης πραγματοποιείται μέσα από συνέδρια, μαθήματα, πληροφορική κ.λπ.

Η πιστοποίηση της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (EACCME) ιδρύθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο της UEMS τον Οκτώβριο του 1999 και ο σκοπός της UEMS-EACCME είναι να βελτιώσει και να εναρμονίσει την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στην Ευρώπη.

Η ιατρική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών δυστυχώς επηρεάζεται από ιδιαίτερες σχέσεις και απόψεις, επιδοτήσεις ιδιωτικών και ειδικότερα φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ενώ η παρουσία του Κράτους είναι μηδαμινή.

Βασική μας διεκδίκηση αποτελεί η ανάληψη της υποχρέωσης αυτής από το κράτος και η αποσύνδεση της ιατρικής εκπαίδευσης από τα ιδιωτικά συμφέροντα. Το εκπαιδευτικό έργο των νοσοκομειακών ιατρών επιτελείται εκ των ενόντων, δυσλειτουργία που επιβάλλεται να αποκατασταθεί.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ – ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, ως ο αντιπροσωπευτικότερος φορέας πανελλήνιων ιατρικών εκπροσώπησης, είναι μέλος του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου και συμμετέχει ισότιμα στην οικογένεια των Εθνικών Ιατρικών Συλλόγων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνδιαμορφώνοντας τις τελικές αποφάσεις-εισηγήσεις τους, προς τα

κεντρικά πολιτικά όργανα της Ευρώπης.

Ο ΠΙΣ δια των Αντιπροσώπων του, έλαβε μέρος παραγωγικά στις εργασίες του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου και των Ευρωπαϊκών Ιατρικών Οργανώσεων (CPME, UEMS, CEOM, EACCME, κ.λπ.) με τεκμηριωμένες εισηγήσεις, όπως έχουν διαμορφωθεί κατά τις Γενικές Συνελεύσεις, τις Συνδιασκέψεις των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων και κατά τις συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του ΠΙΣ.

Οι εισηγήσεις του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου για όλα τα σημαντικά θέματα που άπτονται της υγείας και περίθαλψης των πολιτών, της ιατρικής εκπαίδευσης, των επαγγελματικών ιατρικών θεμάτων, των κοινωνικών προβλημάτων κλη, υπήρξαν τεκμηριωμένες και δυναμικές με στόχο την προώθηση των ελληνικών θέσεων.

Οι θέσεις του ΠΙΣ παρουσιάστηκαν και υποστηρίχθηκαν στις συνεδριάσεις των Ομάδων Εργασίας, στις Συνδιασκέψεις και στις Γενικές Συνελεύσεις των Οργανώσεων.

Κατά τις παρουσιάσεις των σημαντικών θεμάτων, τονίστηκε ότι η υγεία στην Ελλάδα κινείται σε επικίνδυνη τροχιά και λαμβάνει διαστάσεις ανθρωπιστικής κρίσης, η οποία εάν δεν τεθεί σύντομα υπό έλεγχο δεν θα είναι δυνατόν να αναταχθεί.

Ειδικότερα επισημάνθηκαν οι εξελίξεις, στο χώρο της Υγείας στην Ελλάδα, όπως καταγράφονται καθημερινά και όπως εξελίσσονται κάτω από την πίεση της μεγάλης οικονομικής κρίσης, των μνημονιακών επιταγών και του προσφυγικού ζητήματος.

Κοινό χαρακτηριστικό όλων των πεδίων αποτέλεσε η συνολική ποιοτική υποβάθμιση της παρεχόμενης περίθαλψης από τις Δημόσιες Δομές Υγείας, εξ' αιτίας της υποχρηματοδότησης, των θεσμικών ανατροπών και της βραδείας προσαρμογής στις σύγχρονες επιστημονικές, τεχνολογικές και κοινωνικές απαιτήσεις.

Ειδικές επιστημονικές επιφυλάχθηκαν για την βραδεία εξέλιξη της ηλεκτρονικής υγείας, την φαρμακευτική πολιτική, τις δραματικές συνέπειες για τους ελευθεροεπαγγελματίες ιατρούς από την ασφαλιστική νομοθεσία, τις επισφαλείς σχέσεις ιατρικής απασχόλησης, τα προβλήματα των νέων ιατρών, την ιατρική μετανάστευση, τη διασυννοριακή ιατρική περίθαλψη, την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, το φαινόμενο της βίας κατά των ιατρών, τις εναλλακτικές θεραπευτικές πρακτικές κ.λπ.

Στις Γενικές Συνελεύσεις όλων των Οργανώσεων ιδιαίτερες εισηγήσεις έγιναν για το



«Αναπτύσσουμε, Επενδύουμε, Στηρίζουμε»

Συνεχίζονται σε υψηλούς ρυθμούς οι διεργασίες για την επέκταση του εργοστασίου της φαρμακοβιομηχανίας Boehringer Ingelheim στο Κορωπί, σύμφωνα με το νέο επενδυτικό πλάνο που πρόσφατα εξαγγέλθηκε από την εταιρεία.



Σύμφωνα με το επιχειρησιακό πλάνο της επένδυσης, ο συνολικός όγκος παραγωγής των αντιδιαβητικών φαρμάκων θα ανέλθει από 3 εκ. συσκευασίες στις 24,66 εκ. μέχρι το 2021, ενώ η συνολική παραγωγή του εργοστασίου θα ανέλθει από τα 49,09 εκ. στα 70,11 εκ. συσκευασίες.

Όπως δήλωσε ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της **Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε., κ. Δημήτρης Αναγνωστάκης** (φωτο) για την πραγματοποίησή του, απαιτείται η μετεξέλιξη του εργοστασίου σε ένα πολύ σημαντικό κόμβο (hub) παραγωγής με στόχο να καλυφθεί το 70% της παγκόσμιας παραγωγής για τα φάρμακα που προορίζονται για τη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη, συμπεριλαμβανομένων και

της αγοράς των Η.Π.Α.

Η υπάρχουσα παραγωγική της μονάδα έχει έκταση 51.134 τμ, και λειτούργει ανελλιπώς από το 1975, παράγοντας **45 εκατομμύρια συσκευασίες φαρμάκων ετησίως** (645 Κωδικοί).

Απασχολεί 170 εργαζόμενους, (αποτελώντας 37,7% του συνόλου των 450 συνολικά εργαζομένων που απασχολούνται στην εταιρεία) οι περισσότεροι από τους οποίους είναι υψηλού γνωσιακού επιπέδου.

Το εργοστάσιο αποτελεί εξαγωγικό κέντρο για 68 χώρες παγκοσμίως.

Η **Boehringer Ingelheim** είναι ηγέτης στις εξαγωγές φαρμάκων ενώ αντιπροσωπεύει το 1% των συνολικών εξαγωγών της χώρας. Ο δείκτης αυτός, σύμφωνα με τα πλάνα της εταιρείας α-

ναμένεται να αυξηθεί στο 2,5% των συνολικών εξαγωγών της χώρας με το πέρας της επέκτασης του εργοστασίου, λόγω ακριβώς της ανάληψης της παραγωγής των καινοτόμων αντιδιαβητικών της φαρμάκων.

Η επένδυση αυτή, αναμένεται να αυξήσει τις θέσεις εργασίας στο εργοστάσιο από 170 σε 220, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό και στην ελαχιστοποίηση της διαφυγής πολύτιμου εργατικού δυναμικού στο εξωτερικό.

«Αναπτύσσουμε, Επενδύουμε, Στηρίζουμε»

είναι το τρίπτυχο της πρότασης αειφόρου ανάπτυξης της Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.

► δραματικό προσφυγικό ζήτημα που βρίσκεται σε εξέλιξη, ενώ η Ελλάδα κάτω από δραματικές συνθήκες από την παραινόμενη οικονομική κρίση και λιτότητα, κάνει ό,τι μπορεί για να βοηθήσει τους πρόσφυγες, με ανθρωπισμό, σεβασμό και προσήλωση στις ευρωπαϊκές αρχές, φροντίζοντας για την ασφάλεια και την φροντίδα αυτών των ανθρώπων.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος προχώρησε σε κατάθεση προτάσεων υπό την μορφή ψηφισμάτων για όλα τα καίρια ζητή-

ματα, τα οποία έγιναν ομόφωνα δεκτά και προωθήθηκαν από τις Οργανώσεις προς τα πολιτικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου καλεί όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους και μέσω αυτών όλους τους ιατρούς της χώρας σε συμμετοχή, εγρήγορση και ετοιμότητα, προκειμένου να κρατήσουμε όρθιο το σύστημα υγείας της χώρας.

Οφείλουμε να προσπαθήσουμε με ενότητα να ενισχύσουμε το ρόλο του Π.Ι.Σ., ώστε να προωθήσουμε την επίλυση βασικών αιτημάτων που μας αφορούν, αλλά και την αξιοπρεπή περίθαλψη των πολιτών.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ. ΒΑΡΝΑΒΑΣ

Αντίθετος ο ΠΙΣ με τις νέες συμβάσεις των ιατρών και τις ρυθμίσεις για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση

Αθήνα, 4.6.2018

Την αντίθεσή του τόσο με τις συμβάσεις των ιατρών ειδικοτήτων με τον ΕΟΠΥΥ, όσο και με τις ρυθμίσεις που προωθούνται και αφορούν τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και τη λειτουργία των επιστημονικών εταιρειών, εκφράζει το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ).

Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ., κατά τη συνεδρίαση της 1ης Ιουνίου 2018, αποφάσισε μεταξύ άλλων να δηλώσει στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας την αντίθεσή του με τον τρόπο διαμόρφωσης των νέων συμβάσεων των ιατρών -πλην οικογενειακών- με τον ΕΟΠΥΥ, μετά την πρόσκληση του υπουργείου για συνάντηση Ομάδας Εργασίας Υπουργείου Υγείας και Π.Ι.Σ.. Η πρόσκληση αφορά τη διαμόρφωση των όρων και προϋποθέσεων των νέων συμβάσεων ιατρών, λοιπών ειδικοτήτων, πλην οικογενειακών ιατρών. Λαμβάνοντας υπόψη και το περίγραμμα των θέσεων του Υπουργείου, όσον αφορά τις συμβάσεις αυτές, ο ΠΙΣ απαντά ότι οι θέσεις του Υπουργείου Υγείας είναι διαμετρικά αντίθετες προς τις πάγιες και ψηφισμένες, μέσα από Συλλογικά Όργανα, θέσεις του Π.Ι.Σ.. Συγκεκριμένα, για να προχωρήσει η συζήτηση της Ομάδας Εργασίας, ο Π.Ι.Σ. ζητά να απαντηθεί από το Υπουργείο Υγείας εάν υπάρχει διάθεση από την Πολιτική Ηγεσία σύγκλησης με τις θέσεις του Π.Ι.Σ. για συλλογική σύμβαση μεταξύ του ΕΟΠΥΥ, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και των κατά τόπους Ιατρικών Συλλόγων της χώρας με:

- Ελεύθερη επιλογή ιατρού
- Κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή
- Αξιοποίηση του εξωνοσοκομειακού ιατρικού δυναμικού της χώρας
- Κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε επισκέψεις.

Επίσης ζητά αναδιαπραγμάτευση της σύμβασης του ΕΟΠΥΥ με τους οικογενειακούς ιατρούς με απόληψη του gatekeeping, το οποίο αποτελεί φραγμό για τις συμβάσεις με τους ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων. Ακόμη, ζητεί από τον ΕΟΠΥΥ να καλύψει τις ασφαλιστικές εργοδοτικές εισφορές των ιατρών με τους οποίους θα συμβληθεί. Ο Π.Ι.Σ. διαμαρτύρεται έντονα για τη στάση του Υπουργεί-

ου Υγείας, να μη λάβει καθόλου υπόψη του τις θέσεις του Συλλόγου, οι οποίες και κατά την τελευταία συνάντηση του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. και της Πολιτικής Ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας, τέθηκαν αναλυτικά. Επίσης, ο Π.Ι.Σ. ζητά από τη Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, να μην προχωρήσει στην κατάθεση του νομοσχεδίου για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση -Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες - Κε.Σ.Υ., με θέσεις όπως τελευταία είδαν το φως της δημοσιότητας και εστάλησαν στις Ιατρικές Εταιρείες. Ο Π.Ι.Σ. ζητά :

- Τη διατήρηση της διοικητικής- οικονομικής- επιστημονικής αυτοτέλειας και της νομικής μορφής των Ιατρικών Εταιρειών με διατήρηση της επωνυμίας τους
- Τη διατήρηση του ρόλου του Κε.Σ.Υ. ως γνωμοδοτικού οργάνου και όχι ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου.

Ο Π.Ι.Σ. ως Ανώτατο Θεσμικό Όργανο για θέματα υγείας συνεργάζεται αρμονικά με τις Ιατρικές Εταιρείες και η μετατροπή τους σε Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας, καταργεί την επιστημονική τους ελευθερία όπως αναφέρεται στο καταστατικό τους και οποιαδήποτε μετατροπή τους μπορεί να γίνει μόνο μέσα από δικαστικές αποφάσεις και όχι διοικητικές. Η ελευθερία των ιατρικών επιστημονικών εταιρειών όπως, περιλαμβάνεται στο καταστατικό ίδρυσής τους, είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη. Ας σταματήσει λοιπόν το Υπουργείο Υγείας να προχωρά σε Νομοθετικές ρυθμίσεις, οι οποίες θίγουν τον πυρήνα της επιστημονικής ελευθερίας και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων των Ιατρικών Εταιρειών, οι οποίες μέχρι σήμερα έχουν καταξιώσει το ρόλο τους με τη μακρόχρονη δράση και προσφορά τους στη συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση. Οποιαδήποτε προσπάθεια χειραγώγησής τους από την Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας θα ζημιώσει ανεπανόρθωτα στο μέλλον την ιατρική εκπαίδευση και την υγεία. Οι προσπάθειες για βελτίωση της εκπαίδευσης και του συστήματος υγείας, απαιτούν συλλογικές και όχι μονομερείς αποφάσεις, ερήμην της ιατρικής κοινότητας.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.



MSD

INVENTING FOR LIFE

ΣΚΟΠΟΣ ΜΑΣ, Η ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ

ΣΤΗΝ MSD, ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΗ ΖΩΗ

Αναζητούμε συνεχώς νέες θεραπείες, γιατί έχουμε ένα σκοπό: θέλουμε οι ανακαλύψεις μας να προσφέρουν περισσότερη και καλύτερη ζωή, σε όσο το δυνατό περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως.

Στην MSD πρωτοπορούμε στην έρευνα γιατί ο κόσμος μας έχει ανάγκη από θεραπείες για τον καρκίνο, τη νόσο Αλτσχάιμερ, τον ιό HIV και πλήθος άλλων παθήσεων, που ταλαιπωρούν ανθρώπους και ζώα σε όλο τον κόσμο.

Στόχος μας, να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να απαλλαγούν από τις πιο δύσκολες και απαιτητικές ασθένειες, για να εξακολουθούν να δημιουργούν, να απολαμβάνουν και να ζουν μια καλύτερη ζωή.

MSD. **Inventing** for Life.

Μάθετε περισσότερα για τις επιστημονικές μας ανακαλύψεις στο msd.gr ή ακολουθήστε μας στο Twitter.

➔ Συμμετοχή του ΠΙΣ στην 24ωρη Πανελλαδική Απεργία

Αθήνα, 29.5.2018

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συμμετείχε στην απεργία που είχαν προκηρύξει την Τετάρτη 30 Μαΐου 2018, οι επαγγελματίες, κοινωνικοί και επιστημονικοί φορείς, ενάντια στην άγρια λιτότητα που έχουν επιφέρει τα μέτρα της κυβέρνησης, με την υπερφορολόγηση, την περικοπή των μισθών

και των συντάξεων.

Ο Π.Ι.Σ. κάλεσε όλους τους ιατρούς τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα να συμμετάσχουν στην 24ωρη πανελλαδική απεργία και να διεκδικήσουν:

- Αύξηση των μισθών
- Προσλήψεις προσωπικού

- Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της ανεργίας
- Κατάργηση του Νόμου 4387/2016 για το συνταξιοδοτικό
- Δίκαιο φορολογικό σύστημα

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Συνδιάσκεψη ΠΙΣ με τους ιατρικούς συλλόγους της χώρας

Αθήνα, 2.5.2018

«Ενημέρωση επί του Νέου Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) από στελέχη της Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και του Τομέα Ηλεκτρονικής Υγείας του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ.», ήταν το θέμα της Συνδιάσκεψης του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) με τους Προέδρους των Διοικητικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας και τους Προέδρους των Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων.

Η Συνδιάσκεψη πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 28 Απριλίου 2018 στην Αθήνα (Ξενοδοχείο Crowne Plaza). Ομιλητές της Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ήταν οι:

- Ευαγγελία Μήτρου- Πανεπιστήμιο Αιγαίου-Πολυτεχνική Σχολή- Πρόεδρος της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής για την προσαρμογή του νέου ΚΠΠΔ 2016/679.
- Κωνσταντίνος Λαμπρινουδάκης, Τακτικός μέλος της Αρχής, Καθηγητής Τμήματος Ψηφιακών Συστημάτων του Πανεπιστημίου Πειραιώς.
- Γρηγόριος Τσόλιας, Αναπληρωματικός μέλος της Αρχής, Δικηγόρος. Από τον Τομέα Ηλεκτρονικής Υγείας του Π.Ι.Σ. μίλησαν οι:
- Χριστίνα Παπανικολάου, Πρόεδρος του Τομέα Ηλεκτρονικής Υγείας και Διασυννοριακής Περίθαλψης του ΙΕΕ.
- Γιώργος Κακουλίδης, μέλος του Τομέα Ηλεκτρονικής Υγείας και Διασυννοριακής Περίθαλψης του ΙΕΕ του Π.Ι.Σ., Πρόεδρος Ελληνικού Συνδέσμου Πληροφορικής Υγείας (ΕΣΠΥ).

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης έγιναν επισημάνσεις από τους ομιλητές στον Ιατρικό Φάκελο και τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων, στην επίδραση του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων στην επεξεργασία δεδομένων υγείας, στις προϋποθέσεις εφαρμογής του νέου Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων στην Ιατρική Πράξη, καθώς επίσης και σε άλλα θέματα που αφορούν τους ιατρούς ιδιαίτερα επί του νέου Κανονισμού.

Η ενδιαφέρουσα αυτή Συνδιάσκεψη είχε μεγάλη απήχηση και κίνησε το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων. Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκος χαιρέτησε τη Συνδιάσκεψη, η οποία είναι πολύ σημαντική, διότι ο νέος Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων, ο οποίος θα εφαρμοστεί σε όλη την Ευρώπη από τις 25 Μαΐου 2018, αφορά όλα τα φυσικά πρόσωπα, αλλά και Επιχειρήσεις και Οργανισμούς, που επεξεργάζονται προσωπικά δεδομένα.

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ ευχαρίστησε τους ομιλητές για την προθυμία τους να παραστούν στην Συνδιάσκεψη και τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων για το ενδιαφέρον τους στο σημαντικό αυτό ζήτημα. Παράλληλα (σε διπλανή αίθουσα) έγινε Συνάντηση της Προέδρου του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (ΑΠ-ΣΙ) κας Μαρίνας Παγώνη και του Νομικού Συμβούλου του Π.Ι.Σ. κ. Χάρη Πολίτη με τους Προέδρους των Πειθαρχικών Συμβουλίων, προκειμένου να συζητηθούν οι νέες πειθαρχικές διαδικασίες, οι οποίες εισάγονται με τον νέο Νόμο για την Ιατρική Νομοθεσία.

Οι εισηγήσεις των ομιλητών έχουν αναρτηθεί στο site του ΠΙΣ.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Αντίθετος με το gatekeeping ο ΠΙΣ

Μιχαήλ Βλασταράκος: Ουδεμία συζήτηση προηγήθηκε της εφαρμογής του

Αθήνα, 16.4.2018

Την αντίθεσή του για τα εμπόδια που τίθενται στην πρόσβαση των ασφαλισμένων στις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με την εφαρμογή του gatekeeping, καθώς και την έντονη δυσανεξία του για το γεγονός ότι ουδεμία συζήτηση και διαπραγμάτευση για το θέμα -επίσημη ή ανεπίσημη- πραγματοποιήθηκε μεταξύ της ηγεσίας του υπουργείου Υγείας, της διοίκησης

του ΕΟΠΥΥ και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, εκφράζει ο Π.Ι.Σ.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει εξαρχής και κατ' επανάληψη δηλώσει την αντίθεσή του για την εφαρμογή του συστήματος παραπομπών από τον οικογενειακό γιατρό σε εξειδικευμένους γιατρούς και νοσοκομεία (gatekeeping). Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκος είχε από την πρώτη

στιγμή επισημάνει ότι ως προϋποθέσεις για την θεσμοθέτηση της Π.Φ.Υ. πρέπει να είναι η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών, η ελεύθερη επιλογή ιατρού από τον πολίτη, η αξιοποίηση ολόκληρου του ιατρικού προσωπικού και η ιατρική λειτουργία, μέσα από θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα.

Σύμφωνα με τον κ. Βλασταράκο, συστατικά του συστήματος πρέπει να είναι ο οι-

κογενειακός ιατρός, είτε ως δημόσιος ληϊτοργός, (υπηρετών στις δημόσιες δομές) ή ως συμβασιούχος με τον ΕΟΠΥΥ. Ο οικογενειακός ιατρός (γενικής ιατρικής, παθολόγος, παιδίατρος) πρέπει να αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση κάθε πολίτη. Πρέπει να είναι ο σύμβουλος της οικογένειας, να δραστηριοποιείται στην πρόληψη και την αγωγή υγείας του πληθυσμού, στη διαμόρ-

φωση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, κ.λπ. Επίσης, ο Πρόεδρος του ΠΙΣ έχει αναφερθεί στην ανάγκη ύπαρξης εθνικού σχεδιασμού για την Π.Φ.Υ. με τη συνεργασία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και τη δημιουργία Διακομματικού Οργάνου Εποπτείας της λειτουργίας της Π.Φ.Υ. θητείας 5 ετών. Ο ΠΙΣ ζητεί την απόσυρση της απόφασης

που θέτει εμπόδια στην ελεύθερη πρόσβαση των ασφαλισμένων στο Σύστημα Υγείας και την έναρξη διαλόγου μεταξύ της ηγεσίας του υπουργείου Υγείας, της διοίκησης του ΕΟΠΥΥ και του ΠΙΣ, καθώς πρόκειται για ένα ζήτημα εξαιρετικά σοβαρό, το οποίο αφορά την περίθαλψη 10 εκατομμυρίων ασφαλισμένων και δεν μπορεί να σχεδιάζεται με προχειρότητα. ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Συνάντηση ΔΣ ΠΙΣ με τον Υπουργό Υγείας για τις συμβάσεις ΕΟΠΥΥ



Αθήνα, 19.3.2018

Οι συμβάσεις των ιατρών ειδικότητας με τον ΕΟΠΥΥ ήταν το βασικό θέμα της συνάντησης του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) με τον Υπουργό Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθό, που πραγματοποιήθηκε την Παρασκευή 16 Μαρτίου 2018.

Στη συνάντηση, στην οποία συμμετείχαν ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας κ. Γιώργος Γιαννόπουλος, ο Αν. Γεν. Γραμματέας κ. Σταμάτης Βαρδαρός, και ο Αντιπρόεδρος του ΕΟΠΥΥ κ. Παναγιώτης Γεωργακόπουλος, συζητήθηκαν γενικότερα και τα προβλήματα που παρουσιάζει το Σύστημα Υγείας.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχάλης Βλυσταράκος, αλλήλ και τα άλλα μέλη του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. τόνισαν για ακόμη μια φορά στον Υπουργό Υγείας, τις μεγάλες ελλείψεις που παρουσιάζονται σε όλο το σύστημα υγείας με την ελλιπή χρηματοδότησή του. Ζήτησαν να προκληθούν με σύντομες διαδικασίες μόνιμοι ιατροί στο Ε.Σ.Υ., αλλά και λοιπό προσωπικό, καθώς οι ελλείψεις είναι πολύ μεγάλες (6.500 μόνιμοι ιατροί, 25.000 νοσηλευτικό προσωπικό). Προειδοποίησαν ότι αν το σύστημα δεν ενδυναμωθεί, μετά την αποχώρηση πολλών ιατρών τα αμέσως επόμενα χρόνια, θα καταρρεύσει. Η στελέχωση των ΠΕΔΥ επίσης είναι απαραίτητη για τη στήριξη της Π.Φ.Υ. και όλων των Δημόσιων δομών υγείας, που παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. τόνισε ότι οι ΤΟΜΥ δεν προχωρούν σύμφωνα και με τους αρχικούς σχεδιασμούς και οι συμβάσεις με τους οικογενειακούς ιατρούς του ΕΟΠΥΥ με τους όρους που προτάθηκαν, δεν έτυχαν προσφοράς εκ μέρους των ιατρών. Απαραίτητη προϋπόθεση για να πάρει ανάσα το Σύστημα υγείας είναι η εξαίρεση

των δημόσιων δαπανών υγείας από τις μνημονιακές περικοπές. Όσον αφορά τις συμβάσεις με τους ιατρούς ειδικοτήτων οι θέσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου είναι πάγιες και διαχρονικές. Ελεύθερη επιλογή ιατρού, με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, αξιοποίηση όλου του ιατρικού δυναμικού χωρίς αποκλεισμούς και ικανοποίηση των αναγκών της χώρας σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Αποφασίστηκε να δημιουργηθεί μικτή ομάδα εργασίας μεταξύ Π.Ι.Σ. και Υπουργείου Υγείας, προκειμένου να διαμορφωθούν οι όροι συλλογικής σύμβασης.

Ακολούθως συνεδρίασε το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. το οποίο συγκρότησε διαπαραταξιακή ομάδα εργασίας, από πλειυράς Συλλόγου, το οποίο θα συμμετάσχει στις συζητήσεις, αφού πρώτα ληφθούν γραπτώς οι θέσεις του Υπουργείου. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. αποφάσισε επίσης να πραγματοποιηθεί συνάντηση Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, στις 28 Απριλίου 2018, προκειμένου να ενημερωθούν για τον νέο Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων, ο οποίος θα εφαρμοσθεί σε όλη την Ευρώπη από τις 25 Μαΐου 2018.

Ακόμη αποφασίστηκε η σύγκληση των Προέδρων των Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, προκειμένου να ενημερωθούν για τις διατάξεις του νέου Πειθαρχικού Κώδικα των Πειθαρχικών Συμβουλίων. Ο Νομικός Σύμβουλος του Π.Ι.Σ. σε συνεργασία με τη Νομική Σύμβουλο του Υπουργού, θα συνεργαστούν προκειμένου να αντιμετωπιστούν οποιαδήποτε προβλήματα και δυσλειτουργίες υπάρχουν.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Ο ΠΙΣ στήριξε την Απεργία της ΟΕΝΓΕ

Αθήνα, 30.1.2018

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.) στήριξε την πανελλαδική απεργία που είχε προκηρύξει την Τετάρτη 31/01/18, η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος με βασικό αίτημα να μην απολυθεί κανένας επικουρικός γιατρός. Θέση του Π.Ι.Σ. είναι ότι τα Δημόσια Νοσοκομεία δεν μπορούν να βασίζονται τη λει-

τουργία τους σε συμβασιούχους. Οι ιατροί και οι άλλοι εργαζόμενοι που απασχολούνται σήμερα στα Νοσοκομεία με ελαστικές μορφές εργασίας, πρέπει άμεσα να γίνουν μόνιμοι ώστε να μπορούν να παρέχουν ασφαλείς υπηρεσίες, χωρίς να κρέμεται η απόλυση ως δαμόκλειος σπάθη πάνω από το κεφάλι τους. Σήμερα, έχει υπολογιστεί

ότι λείπουν από τα Δημόσια Νοσοκομεία 6.500 ιατροί όλων των ειδικοτήτων. Θέση του Π.Ι.Σ. είναι ότι για να μην καταρρεύσουν τα Νοσοκομεία και για να μπορούν να παρέχουν ασφαλή περίθαλψη στους πολίτες, πρέπει άμεσα να στελεχωθούν με μόνιμο ιατρικό και λοιπό προσωπικό.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

για βρέφη και ενήλικες
Με τον αντιμικροβιακό παράγοντα Οκτενιδίνη



Το **OCTENISAN** συστήνεται στις εξής περιπτώσεις:

- ✓ Υποστήριξη θεραπευτικών αγωγών κατά των λοιμώξεων του δέρματος, των νυχιών (χρυσίζων σταφυλόκοκκος - MSSA, MRSA, MDRO- Πολυανθεκτικοί παθογόνοι μικροοργανισμοί κ.α).
- ✓ Εξαιρετικά συμβατό με το δέρμα και στις περιπτώσεις αλλεργικής προδιάθεσης. Δεν περιέχει σάπωνες, αρώματα και χρωστικές ουσίες.
- ✓ Ενδελεχής καθαρισμός του ασθενούς πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Καθαρισμός και περιποίηση περιοχών του σώματος με ράμματα.
- ✓ Για τον τοπικό καθαρισμό ορισμένων περιοχών του σώματος όπως μασχάλες, πόδια, κ.α.
- ✓ Για την προστασία και φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας χωρίς ηλικιακό περιορισμό
- ✓ Στην διατήρηση και βελτίωση της φυσικής κατάστασης της επιδερμίδας κατά τον καθαρισμό

Parameter	Value	Unit
Initial concentration	0.1	M
Final concentration	0.05	M
Volume of solution	100	mL
Temperature	25	°C
pH	7.0	-
Time	60	min
Concentration of reagent	0.01	M



Λεωφ. Κηφισού 132, Τ.Κ.: 121 31, Περιστέρι
Τηλ. κέντρο: 210 51 99 200 - Fax: 210 51 44 279
email: info@pharmex.gr • www.pharmex.gr

Η εταιρεία ΦΑΡΜΕΞ Α.Ε. είναι πιστοποιημένη κατά EN ISO 9001:2008

octenisept®

Octenidine dihydrochloride & Phenoxyethanol

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ

OCTENISEPT octenidine dihydrochloride 0,1% (w/w)/ phenoxyethanol 2,0% (w/w). Αντενδείξεις: Υπερευαίσθησία στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται εντός της κοιλίας (π.χ. εγχειρητικά) στο αυτί.

Ειδικές προειδοποιήσεις & προφυλάξεις κατά τη χρήση: Το OCTENISEPT δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ταυτόχρονα με σκευάσματα Povidone Iodine, ή με ιοντικούς επιφανειοδραστικούς παράγοντες (σάπωνες). Δεν επιτρέπεται να καταπίνονται μεγάλες ποσότητες ή να εισέρχονται στην κυκλοφορία π.χ. σαν αποτέλεσμα μη ενδεδειγμένης έγχυσης. Για να προληφθεί πιθανός τραυματισμός των ιστών, το προϊόν δεν πρέπει να εγχύεται ή να εφαρμόζεται στους ιστούς υπό πίεση. Πρέπει να εξασφαλίζεται κατάλληλη παροχέτευση από τις κοιλότητες των τραυμάτων – πληγών (π.χ. ευλύγιστος σωλήνας παροχέτευσης).

Η χρήση υδατικών διαλυμάτων οκτενιδίνης (0,1%, με ή χωρίς φαινοξυαιθανόλη) για την αντισηψία του δέρματος πριν από επεμβατικές διαδικασίες έχει συσχετιστεί με σοβαρές

δερματικές αντιδράσεις σε πρόωρα λιποβαρή νεογνά. Απομακρύνετε τυχόν εμποτισμένα υλικά, σθάνια ή ράμπες προτού προχωρήσετε στην επέμβαση. Μην χρησιμοποιείτε υπερβολικές ποσότητες και μην επιτρέψετε τη συγκέντρωση διαλύματος στις δερματικές πτυχές ή κάτω από τον ασθενή, ούτε την ενστάλαξη πάνω στα σεντόνια ή άλλα υλικά που έρχονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή. Στις περιπτώσεις όπου πρόκειται να εφαρμοστεί κλειστή περίδεση σε περιοχές που εκτέθηκαν προηγουμένως στο OCTENISEPT, πρέπει να δοθεί προσοχή ώστε να διασφαλιστεί ότι δεν υπάρχει περίσσεια προϊόντος πριν από την εφαρμογή του επιδέσμου. Η χρήση του OCTENISEPT στον οφθαλμό πρέπει να αποφεύγεται.

Ανεπιθύμητες Ενέργειες: Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί παροδικό αίσθημα καύσου, κνησμού ή ερεθισμού, ξηρότητα

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας στην Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος.

- ✓ Χωρίς ιώδιο
- ✓ Άχρωμο
- ✓ Άοσμο
- ✓ Διάρκεια αντισηψίας 4 ώρες



Λ.Τ.

50ml	6,73€
150ml	8,14€
1lt	11,50€

Βοηθείστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για όλα τα φάρμακα συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Pharmex

Λεωφ. Κηφισού 132, Τ.Κ.: 121 31, Περιστέρι
Τηλ. κέντρο: 210 51 99 200 - Fax: 210 51 44 279
email: info@pharmex.gr • www.pharmex.gr

Η εταιρεία ΦΑΡΜΕΞ Α.Ε. είναι πιστοποιημένη κατά EN ISO 9001:2008

➔ Αντίθετος ο ΠΙΣ με τη πρόσκληση ενδιαφέροντος του ΕΟΠΥΥ για τους οικογενειακούς ιατρούς

Αθήνα, 22.1.2018

Την αντίθεσή του με την πρόσκληση ενδιαφέροντος του ΕΟΠΥΥ για τους οικογενειακούς ιατρούς εκφράζει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος.



Ο Π.Ι.Σ. τη θεωρεί απαξιώτική για την ιατρική λειτουργία. Επίσης, είναι της άποψης ότι αφήνει ακάλυπτο μεγάλο μέρος του πληθυσμού με κινδύνους για την περίθαλψή του. Η πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του ΕΟΠΥΥ για την πρόσληψη οικογενειακών ιατρών Γενικής Ιατρικής ή Παθολόγων και Παιδιάτρων, συζητήθηκε κατά τη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. την Παρασκευή 19 Ιανουαρίου 2018.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. κατά την ενημέρωσή του από τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Σωτήρη Μπερσίμη, στη συνεδρίαση της 15ης Δεκεμβρίου 2017, του είχε επισημάνει τις θέσεις του ιατρικού κόσμου, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί μέσα από τις Γενικές Συνελεύσεις. Ειδικότερα, είχε ζητήσει:

- Σύλλογική σύμβαση με τους κατά τό-

πους Ιατρικούς Συλλόγους και τον Π.Ι.Σ. με ελεύθερη επιλογή ιατρού, κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή, αξιοποίηση όλου του ιατρικού δυναμικού και ενδυνάμωση του Οργανισμού με νέους ιατρούς, οι οποίοι μέχρι σήμερα είναι αποκλεισμένοι από το Σύστημα.

- Κάλυψη της περίθαλψης του συνόλου του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες. Αυτό -είχε τονιστεί- αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση. Καμία απόφαση, που λαμβάνεται κατά παρέκκλιση των θέσεων των Συλλογικών Οργάνων, δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή.

Ωστόσο, οι θέσεις του ΕΟΠΥΥ παρέμειναν αμετακίνητες. Διαπραγμάτευση με τέτοιους όρους δεν μπορούσε ούτε μπορεί να γίνει αποδεκτή. Η επίκληση των δεσμεύσεων των μνημονίων δεν μπορεί να απαξιώνει την ιατρική λειτουργία, αλλά και να δημιουργεί πιθανούς κινδύνους για την περίθαλψη των ασθενών.

Πάγια αντιμισθία σε χαμηλά επίπεδα στο χώρο του ιδιωτικού ιατρείου, με μεγάλες λειτουργικές δαπάνες, σε συνδυασμό με την αυξημένη φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές, σημαίνει μηδαμινό ή και αρνητικό καθαρό εισόδημα. Οι προϋποθέσεις του ωραρίου λειτουργίας των οικογενειακών ιατρών για τους ασφαλισμένους, δεν αφήνουν περιθώρια ελεύθερου χρόνου για ασθενείς, οι οποίοι επιθυμούν να εξεταστούν ιδιωτικά. Η κατάργηση της ελεύθερης επιλογής, αποτελεί επίσης περιορισμό, ο οποίος αντίκειται στην αρχή της ελεύθερης βούλησης του ασθενή και δημιουργεί επιπτώσεις σε όλο το φάσμα της περίθαλψης.

Ο Π.Ι.Σ. ζητεί από τον ΕΟΠΥΥ και την Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας να αναστείλει την προκήρυξη αυτή και να δει τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, δεδομένου ότι πολλές γεωγραφικές περιοχές της ηπειρωτικής αλλά και της νησιωτικής Ελλάδας μένουν ακάλυπτες. Παράλληλα, πρέπει να αντιμετωπίζουν την ιατρική λειτουργία όχι με λογιστικά κριτήρια, αλλά με όρους ασφάλειας και αξίωσης. Καλούμε τους ιατρούς να δουν με μεγάλη προσοχή την απαξιώτική αυτή πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και τις συνέπειες που προκαλεί στην λειτουργία τους.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με αίτημα ευθύνης προειδοποιεί ότι η προκήρυξη αυτή είναι καταδικασμένη να αποτύχει. Οι πολίτες θα έρθουν αντιμέτωποι με επικίνδυνες καταστάσεις όπως είναι η έλλειψη ιατρών, φαρμάκων και απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων. Ο κίνδυνος να εγκαταλείψουν οι πολίτες τη φροντίδα της Υγείας τους είναι ορατός. Στην περίπτωση αυτή, το επιπλέον φορτίο των Νοσοκομείων θα είναι μεγάλο. Η απόσυρση της προκήρυξης είναι η μόνη λύση και ο σχεδιασμός μίας άλλης, η οποία θα λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των ασφαλισμένων, αλλά και την ασφαλή και ευπρεπή ιατρική λειτουργία είναι αναγκαία. Να σημειωθεί ότι το θέμα εξετάζεται από την Νομική Υπηρεσία του Π.Ι.Σ. καθώς και η πιθανότητα να επιλεγεί η δικαστική οδός για την προκήρυξη. Το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. εκφράζει για άλλη μια φορά την απογοήτευσή του για την εφαρμογή ανάλογων μνημονιακών μέτρων θεωρώντας σίγουρη την αποτυχία τους.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ στη Βουλή για το Πολυνομοσχέδιο

Αθήνα, 12.1.2018

Τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας των Ιατρικών Συλλόγων και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, το Πολυνομοσχέδιο το οποίο συζητήθηκε Τετάρτη και Πέμπτη (10-11 Ιανουαρίου 2018) στην Επιτροπή της Βουλής.

Την Πέμπτη, 11 Ιανουαρίου, έγινε στην Επιτροπή η ακρόαση των εκπροσώπων των φορέων. Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος κατά την τοποθέτησή του τόνισε ότι ο εκσυγχρονισμός της λειτουργίας αυτής, είναι πρόταση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, μετά από έγκριση της Γενι-

κής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. το Μάιο του 2014, με συντριπτική πλειοψηφία, και κατατέθηκε στο Υπουργείο Υγείας τον Ιούνιο του 2014.

Η πρόταση αυτή έρχεται μετά από καθυστέρηση 3,5 χρόνων και στο διάστημα αυτό έχουν αλλιάξει αρκετά, και ίσως χρειαστεί επικαιροποίηση στο εγγύς μέλλον. Ο εκσυγχρονισμός της Νομοθεσίας των Ιατρικών Συλλόγων είναι απαραίτητος γιατί οι Ιατρικοί Σύλλογοι λειτουργούν μέχρι σήμερα με Β.Δ. του 57 και Α.Ν. του 39. Για τον σκοπό αυτό το 2013 συστάθηκε Επιτροπή από Προέδρους Ιατρικών Συλλόγων κυρίως μεγάλων, αλλά και μικρότε-

Δεν φαινόμαστε,
αλλά είμαστε δίπλα σας



ADV/RAFARM/BANNER/03.2018



RAFARM A.E.B.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό, Αθήνα

Τηλ.: 210 67 76 550/1 Fax: 210 67 76 552 info@rafarm.gr

www.rafarm.gr



ρων οι οποίοι είχαν θητεύσει αρκετά χρόνια και είχαν γνώση και εμπειρία των δυσκολιών της λειτουργίας των Ιατρικών Συλλόγων, από τον Νομικό Σύμβουλο του Π.Ι.Σ. και τεχνικούς συνεργάτες, με Προέδρους της Επιτροπής τους δύο Αντιπροέδρους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Έγινε επίπονη διαδικασία, πολλή οδολήμια συνεδριάσεις της Επιτροπής, η οποία κατέληξε στην οριστική πρόταση που υπεβλήθη στους Ιατρικούς Συλλόγους για τις δικές τους παρατηρήσεις. Εν συνεχεία συζητήθηκε στην Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. το Φεβρουάριο του 2014, αλλά επειδή υπήρχαν και σημεία τα οποία έρχονταν διωρθώσεων ή και αλλαγών έγινε νέα Γενική Συνέλευση το Μάιο του 2014 με κύριο θέμα ημερήσιας διάταξης τον εκσυγχρονισμό της Νομοθεσίας των Ιατρικών Συλλόγων. Συζητήθηκε λεπτομερώς, κατ'άρθρο και στο σύνολο, έγιναν αλλαγές και διορθώσεις και εγκρίθηκε με συντριπτική πλειοψηφία από τη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.. Κατόπιν τούτου, υποβλήθηκε στο Υπουργείο Υγείας τον Ιούνιο του 2014, αλλά δεν προχώρησε παρά την υπόσχεση του τότε Υπουργού περί υλοποίησης της πρότασης με Σχέδιο Νόμου. Υλοποιήθηκε όμως η πρόταση περί δημιουργίας

Ινστιτούτου Μελετών του Π.Ι.Σ. τον Δεκέμβριο του 2014.

Η νέα Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, η οποία προήλθε από τις εκλογές του Ιανουαρίου του 2015 και συγκεκριμένα ο τότε Υπουργός Υγείας κ. Κουρουμπλής στην πρώτη μας συνάντηση έδωσε την υπόσχεση ότι το πρώτο Νομοσχέδιο το οποίο θα έρθει στη Βουλή θα περιλαμβάνει την πρότασή μας. Καθυστέρησε βέβαια να υλοποιηθεί, αλλά έστω και τώρα είναι ένα βήμα για την καλύτερη οργάνωση της λειτουργίας των οργάνων διοίκησης του Π.Ι.Σ. και των Ιατρικών Συλλόγων, με μεγαλύτερη συνεκτικότητα και διασύνδεση, καθώς και καλύτερη λειτουργία και γρηγορότερες αποφάσεις των Πειθαρχικών Συμβουλίων.

Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, όπου οι συνθήκες το επιβάλλουν, λόγω της γεωγραφικής ιδιαιτερότητας της χώρας μας και ιδιαίτερα της νησιωτικής Ελλάδος είναι επιτρεπτή η επιστολική και ηλεκτρονική ψήφος με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, με απαραίτητη προϋπόθεση να διασφαλίζεται η μυστικότητα της ψηφοφορίας και να αποφεύγεται η νόθευση της ψήφου. Επίσης είναι σημαντικό να μπορούν να αλληλογραφούν και οι Ιατρικοί Σύλλογοι με τις κεντρικές αρχές και για γενικής φύσεως προβλήματα, εφόσον ταυτόχρονα ενημερώνεται και ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος.

Ακόμη, η σύγκληση της Ολομέλειας των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων σε κοινή συνεδρίαση με το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. με αποφασιστικές αρμοδιότητες αποτελεί διάταξη η οποία, εκτός της Γενικής Συνέλευσης, με μεγαλύτερη ευελιξία μπορεί να ασχοληθεί με κύρια θέματα στον τομέα της Υγείας και της Ιατρικής Περίθαλψης, τα οποία επιβάλλουν οι συνθήκες. Με το Πολυνομοσχέδιο καθιερώνεται επίσης τετραετής θητεία των Οργάνων Διοίκησης και των Πειθαρχικών Συμβουλίων στους Ιατρικούς Συλλόγους και στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Να σημειωθεί ότι το Πολυνομοσχέδιο εισάγεται την Δευτέρα στην Ολομέλεια της Βουλής για ψήφισιν.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Στήριξη στη στάση εργασίας της ΟΕΝΓΕ

Αθήνα, 21.11.2017

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος σπρίζει τη στάση εργασίας, την οποία προκήρυξε η ΟΕΝΓΕ στις 23 Νοεμβρίου 2017 και τα αιτήματα σε σχέση με το θέμα των επικουρικών ιατρών. Καλούμε τη Κυβέρνηση να δώσει οριστική λύση στο θέμα των επι-

κουρικών ιατρών, καθώς και πάρα πολλοί επιτροπικοί επιστρέφουν αθεώρητα τα εντάλματα πληρωμής μισθών και εφημεριών, με αποτέλεσμα πολλοί συνάδελφοι επικουρικοί ιατροί να είναι απλήρωτοι από τον Οκτώβριο. Τα Νοσοκομεία της χώρας στην-

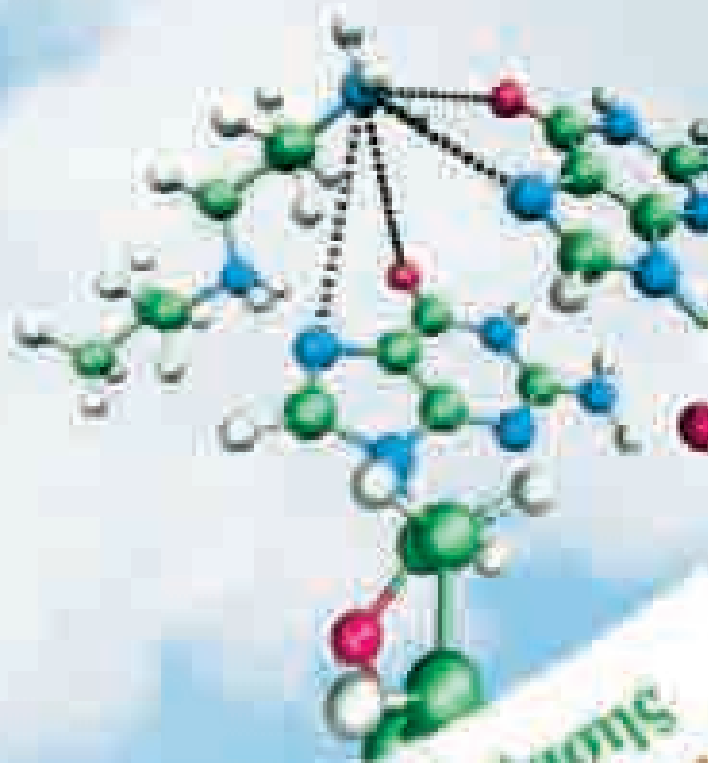
ζονται σε μεγάλο βαθμό στην εργασία των επικουρικών ιατρών και η απομάκρυνσή τους θα δημιουργήσει τεράστια προβλήματα στη λειτουργία τους. Η μόνιμη λύση είναι η πρόσληψη μόνιμου προσωπικού, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με αξιοπρεπείς μισθούς και πλήρη εργασιακά και επιστημονικά δικαιώματα. Δεν είναι δυνατόν οι μισοί από τους 2.100 περίπου συνολικά επικουρικούς συναδέλφους να ευρίσκονται στον αέρα από πλευράς εργασίας και μισθοδοσίας. Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και η Κυβέρνηση συνολικά οφείλει να προχωρήσει σε μαζικές προσλήψεις, 6.500 μόνιμων ιατρών οι οποίες είναι κενές, διαφορετικά τα Νοσοκομεία της χώρας είναι αδύνατο να λειτουργήσουν.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.





Galenica



Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ύψους



 Galenica a.e.

ΚΑΡΔΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΠΕΑ ΕΛΛΑΣ / Τηλ: +30 210 6070000, Fax: +30 210 6070001, E-mail: info@galenica.gr, galenica@galenica.gr

➔ Αντίθετος ο ΠΙΣ με την οργάνωση του χρόνου λειτουργίας νοσοκομειακών Ιατρών

Λύση θα δοθεί μόνο με αύξηση των δαπανών για την Υγεία και μαζικές προσλήψεις

Αθήνα, 13.11.2017

Την έντονη αντίθεσή του για την ασκούμενη πολιτική στον χώρο της Υγείας και τη διαμαρτυρία του για την ψήφιση του νομοσχεδίου για την οργάνωση του χρόνου λειτουργίας των νοσοκομειακών Ιατρών, με κατεπείγουσα διαδικασία, εκφράζει το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, το οποίο ο συνεδρίασε στις 10 Νοεμβρίου 2017.

Ειδικότερα, κατά τη συνεδρίαση του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ., όπου συζητήθηκαν τα φλέγοντα θέματα στον τομέα της Υγείας, τονίστηκαν τα ακόλουθα:

Η κατεπείγουσα διαδικασία και ψήφιση του είχε στόχο την αποφυγή βαρύτατου προστίμου από την Ε.Ε. Όμως εάν η εφαρμογή της Οδηγίας που μειώνει το χρόνο εργασίας δεν συνδυαστεί με αύξηση της χρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος υγείας και μαζικές προσλήψεις, τότε δεν πρόκειται σε καμία περίπτωση να βελτιωθεί η λειτουργία των Νοσοκομείων, αλλά πιθανόν θα επιφέρει και επιδείνωση της λειτουργίας τους. Ιδιαίτερα τα Νοσοκομεία των Νησιωτικών, Ακρικών και δυσπρόσιτων περιοχών έχουν ανάγκη ιδιαίτερης ενίσχυσης σε ανθρώπινο δυναμικό και πόρους προκειμένου να επιτελέσουν το ρόλο τους, ο οποίος στις περισσότερες των περιπτώσεων έχει και ρόλο εθνικό.

Μόνη λύση στήριξης των Νοσοκομειακών Ιατρών είναι οι μαζικές προσλήψεις 6.000 γιατρών, ώστε αξιοποιώντας όλο το ιατρικό

προσωπικό να μη θρηνούμε θύματα, ενώ η αύξηση των δαπανών για την υγεία, πρέπει να αποτελεί πρωταρχική στόχευση, καθώς αποτελεί προϋπόθεση στελέχωσης και βελτίωσης των υποδομών. Ο ιατρικός κόσμος σε απόγνωση παρακολουθεί με αμηχανία την κατάσταση αυτή, αδυνατώντας να εργαστεί με τους όρους που επιβάλλονται.

Όσον αφορά τα φαινόμενα διαφθοράς στο χώρο της υγείας, τα οποία επικαλούνται συνεχώς οι Υπουργοί Υγείας τα τελευταία χρόνια, όσο και εάν υπάρχουν γκρίζες ζώνες, είναι δικαιολογία της πολιτικής που εφαρμόζεται. Δεν έχει δικαίωμα κανένας Υπουργός Υγείας, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία με προχειρότητα να ομιλεί «για φακελάκια σε ποσοστό 80%», γιατί το κλίμα το οποίο δημιουργείται στη κοινωνία προκαλεί διάρρηξη σχέσης Ιατρού-ασθενή, αλλά και εμπιστοσύνης γενικότερα στον ιατρικό κόσμο. Όταν μάλιστα αυτά λέγονται από τον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας ο οποίος είναι και Ιατρός, έχουν βαρύ κοινωνικό αντίκτυπο και ο ιατρικός κόσμος όχι μόνο καταδικάζει αυτή τη πρακτική, αλλά καλεί να σταματήσει αυτή η ακρότητα που μόνο ζημία προκαλεί σε όλο το φάσμα της κοινωνίας και του ιατρικού κόσμου ειδικότερα.

Οι αποδοχές των Νοσοκομειακών Ιατρών είναι απαράδεκτα χαμηλές, με ευθύνη της ασκούμενης πολιτικής, όμως η πλειονότητα των γιατρών εργάζεται εξαντλητικά χωρίς να καταφεύγει σε φαινόμενα χρηματισμού,



για αυτό είναι καλύτερο να σιωπά κανείς, εκτός εάν αποδεδειγμένα διαπιστώνονται φαινόμενα διαφθοράς, τα οποία πρέπει αμέσως να πατάσσονται από τα θεσμικά όργανα της πολιτείας. Καταδικάζουμε λοιπόν τα φαινόμενα διασυρμού του ιατρικού κόσμου και θα πρέπει με σοβαρότητα έκαστος πολιτικός λειτουργός, να ασκεί το ρόλο του.

Για τον ΕΟΠΥΥ

Σε ό,τι αφορά τον ΕΟΠΥΥ, έχουμε κατ'επανάληψη θέσει τις προτάσεις μας. Αναμένουμε να διορθωθούν τα λάθη και μετά από τα τόσα χρόνια καθυστέρησης ανακοίνωσης του clawback και rebate οι 120 δόσεις είναι αναγκαία προϋπόθεση για να μην οδηγηθούμε σε μαζικό κλείσιμο των διαγνωστικών εργαστηρίων, που θα επιφέρει βαρύ πλήγμα στη περίθαλψη κάθε ασφαλισμένου.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με υπευθυνότητα «κρούει τον κώδωνα του κινδύνου» και αναμένει λύσεις που θα κρατήσουν όρθιο το Σύστημα Υγείας.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Αποπληρωμή Ιουνίου και απόσυρση εγκυκλίων ζήτησε ο Πρόεδρος του ΠΙΣ από τον ΕΟΠΥΥ

Αθήνα, 6.10.2017

Την επιτάχυνση των πληρωμών Ιατρών και εργασθηρίων του Ιουνίου 2017 και εφεξής, ζήτησε ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλυσταράκος κατά τη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ την Πέμπτη 5.10.2017.

Επίσης, ζήτησε για μία ακόμη φορά την απόσυρση των εγκυκλίων, που δημιουργούν κωλύματα στην ιατρική λειτουργία,

προβλήματα στη περίθαλψη των πολιτών και σύγχυση στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, Ιατρούς.

Ο κ. Βλυσταράκος ζήτησε από τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ να καλέσει σε συνεργασία τις Ομοσπονδίες και την Ένωση των συμβεβλημένων Ιατρών προκειμένου, και με τη συμβολή του Π.Ι.Σ., να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα.

Στόχος, η λειτουργία των Ιατρών μέσα

στο σύστημα, χωρίς κωλύματα και περιορισμούς, αλλά με κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, και η σωστή περίθαλψη των πολιτών.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ κάλεσε τον ΕΟΠΥΥ να τηρεί τις συμβατικές του υποχρεώσεις απέναντι στους Ιατρούς και τα εργαστήρια, όπως πράττουν άλλωστε και όλοι όσοι είναι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Καταπολεμώντας τα σοβαρά νοσήματα

Στην **Bristol-Myers Squibb**
η δέσμευσή μας να αναπτύξουμε
καινοτόμα φάρμακα είναι το ίδιο
δυνατή με τη θέληση των ασθενών
να καταπολεμήσουν τα σοβαρά
νοσήματα

Οι ερευνητές μας εργάζονται
καθημερινά για να ανακαλύψουν τις
μελλοντικές θεραπείες σε ποικίλους
θεραπευτικούς τομείς όπως:

- Καρκίνος
- Καρδιαγγειακά Νοσήματα
- HIV / AIDS
- Ηπατίτιδα
- Νοσήματα του Ανοσοποιητικού
- Νοσήματα του Συνδετικού Ιστού
- Ανοσο-Ογκολογία



➡ Συνεδρίαση του ΔΣ του ΠΙΣ

Η δημόσια υγεία, οι εμβολιασμοί και οι καταγγελίες για πλαστά πιστοποιητικά στο επίκεντρο

Αθήνα, 2.10.2017

Τη θωράκιση των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού πληθυσμού απέναντι στην ιλαρά, καθώς και την προσυπογραφή του οικείου Ιατρικού Συλλόγου σε κάθε γνωμάτευση η οποία εξαιρεί παιδιά από τους εθνικούς εμβολιασμούς, συστήνει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος.

Τις παραπάνω αποφάσεις έλαβε το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ., κατά τη συνεδρίαση της 29ης Σεπτεμβρίου 2017, όπου συζητήθηκαν θέματα Δημόσιας Υγείας, Περίθαλψης και Ιατρικής Λειτουργίας τα οποία βρίσκονται στην επικαιρότητα και χρήζουν άμεσων λύσεων.

Ειδικότερα:

Όσον αφορά την επιδημική έξαρση της ιλαράς, η οποία λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις, το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. συστήνει τη θωράκιση των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι είναι ανεμβολίαστοι ή ανεπαρκώς εμβολιασμένοι, καθώς και του λοιπού πληθυσμού μετά από σύσταση του θεράποντος ιατρού. Από την Πολιτεία ζητεί τη λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων για την πλήρη εμβολιαστική κάλυψη των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων.

Ο Π.Ι.Σ. πληροφορήθηκε ότι ορισμένοι ιατροί εκδίδουν παραπληντικά ή πλαστά πιστοποιητικά προκειμένου να παράσχουν κάλυψη σε γονείς που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους. Ο ΠΙΣ θεωρεί πως τέτοιες ενέργειες αντιβαίνουν στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας και θέτουν σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία η οποία δοκιμάζεται αυτό τον καιρό από την επιδημική έξαρση της ιλαράς και το αποκαλούμενο αντιεμβολιαστικό κίνημα. Ο ΠΙΣ επισημαίνει πως παρά τις ελάχιστες εξαιρέσεις, η ιατρική κοινότητα τηρεί πιστά τις οδηγίες της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών.

Επίσης, θεωρεί επιβεβλημένη την προσυπογραφή του οικείου Ιατρικού Συλλόγου σε κάθε γνωμάτευση η οποία συστήνει εξαίρεση παιδιού από τους εθνικούς εμβολιασμούς και καλεί τους Ιατρικούς Συλλόγους να επιλαμβάνονται άμεσα κάθε καταγγελίας περί παραπληντικού ή πλαστού πιστοποιητικού. Εφόσον η καταγγελία είναι βάσιμη, να παραπέμπουν άμεσα τους υπαίτιους στο Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου ενημερώνοντας ταυτόχρονα τον Π.Ι.Σ..



Για τη συνταγογράφηση

Όσον αφορά τη συνταγογράφηση φαρμάκων, ο Π.Ι.Σ. έχει ζητήσει με έγγραφο από τον ΕΟΠΥΥ να αποσύρει ή να διορθώσει εγκυκλίους οι οποίες δημιουργούν σύγχυση στην ιατρική λειτουργία και στην περίθαλψη των πολιτών. Ισχύει η απόφαση του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. του 2012 περί αναγραφής - πέραν της δραστικής ουσίας - στο πεδίο «σχόλιο» του ονόματος του φαρμάκου το οποίο εμπιστεύονται οι ιατροί για την περίθαλψη των πολιτών. Η ΗΔΙΚΑ ΑΕ σε ανακοίνωσή της τονίζει ότι το πεδίο «σχόλιο» είναι ελεύθερο για τις υποδείξεις κάθε ιατρού και οποιοδήποτε φάρμακο αναγράφεται εκεί, δεν περιλαμβάνεται στο ποσοστό της εμπορικής ονομασίας. Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να δημιουργούν προβλήματα περίθαλψης και ιατρικής λειτουργίας.

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, απαιτείται σημαντική ενίσχυσή της, για την αποφυγή οδυνηρών συνεπειών και επιπτώσεων που δεν θα αναταχθούν εύκολα. Η συμβολή όλων των ενεργών κοινωνικών δυνάμεων και προπάντων της Πολιτείας, για την εξασφάλιση ποιοτικής και ασφαλούς περίθαλψης και την αποτροπή μεγαλύτερης διαρροής ιατρικού δυναμικού προς το εξωτερικό, είναι απαραίτητη. Μόνο έτσι θα έχουμε ως χώρα παρόν και μέλλον, περίθαλψη και ιατρική λειτουργία ανάλογη της σύγχρονης Ευρώπης.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Συνδιάσκεψη ΠΙΣ με τους ιατρικούς συλλόγους στην Κω

Αθήνα, 18.9.2017

Συνάντηση – συνδιάσκεψη του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, με θέμα: «Πολι-

τική υγείας για τη νησιωτική Ελλάδα», πραγματοποιήθηκε το πρωί του Σαββάτου 16 Σεπτεμβρίου 2017 στην Κω.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλάχος στην εισήγησή του αναφέρθηκε στον ανύπαρκτο εθνικό σχεδιασμό για τη στελέ-



χωση δημόσιων και ιδιωτικών δομών του συστήματος υγείας, στις ελλείψεις και αδυναμίες, ενώ τόνισε την ανάγκη, μέσα από τη συνεργασία όλων, της στελέχωσης της νησιωτικής Ελλάδας αλλά και της επάρκει-

ας των υποδομών, ώστε οι νησιώτες να αισθάνονται ασφαλείς, το ίδιο και οι τουρίστες που αποτελούν πλούτο για τη χώρα μας.

Οι Πρόεδροι ιδιαίτερα των νησιωτικών περιοχών αναφέρθηκαν με λεπτομέρειες στα προβλήματα, έκαναν τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις τους προκειμένου να ενεργήσει η Πολιτεία προς την κατεύθυνση δημιουργίας ενός συστήματος κάλυψης των αναγκών. Στόχος είναι η ασφαλής περίθαλψη των νησιωτών, αλλά και η προαγωγή του ιατρικού τουρισμού.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας, στο Ασκληπιείο της Κω, πραγματοποιήθηκε η Τελετή Αναπαράστασης του Όρκου του Ιπποκράτη, η απαγγελία του από τους πρωτεύσαντες αποφοίτους των 7 Ιατρικών Σχολών και η βράβεισή τους από το Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και τους Προέδρους των 7 Ιατρικών Σχολών.

Η Τελετή οργανώθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με τη συνεργασία του Διεθνούς Ιπποκρατείου Ιδρύματος και του Ιατρικού Συλλόγου της Κω.

Στην εκδήλωση παραβρέθηκαν εκπρόσωποι των Τοπικών Αρχών, τα μέλη του Δι-

οικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., οι Πρόεδροι των Ιατρικών Σχολών, οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, πολλή μέλη του ιατρικού κόσμου και πλήθος άλλων πολιτών της Κω.

Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλυσταράκος, επαίνεσε στο χαιρετισμό του τους πρωτεύσαντες και έστειλε το μήνυμά της μέγιστης προσπάθειας και βράβευσης της αριστείας στο τόπο του Ιπποκράτη, στον οποίο αναφέρονται όλοι οι ιατροί του κόσμου, καθώς και την ανάγκη ενδυνάμωσης της Ιπποκρατικής ιδέας, των αξιών και του πολιτισμού.

«Πέραν από τα όσα προβλήματα ταλαινίζουν τη χώρα μας, δεν θα πρέπει να ξεχνούμε το πολιτισμό και τις αξίες μας», τόνισε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ..

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα συνεχίσει να πορεύεται προς αυτή την κατεύθυνση, στέλνοντας αυτά τα μηνύματα, όπου μπορεί και όσο ακούγεται η φωνή του, για να πορευτεί η χώρα προς το μέλλον με αξιοπρέπεια και αξίες.

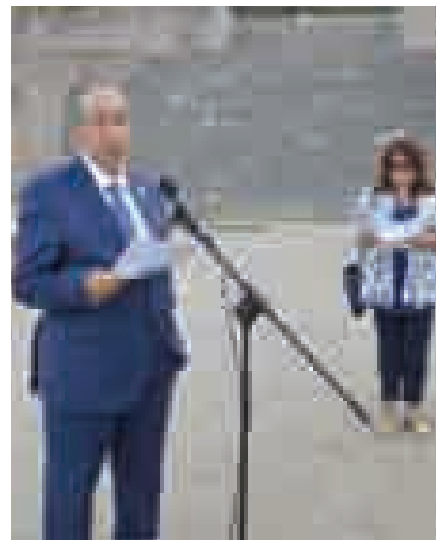
ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Ο Όρκος του Ιπποκράτη αναβίωσε στην Κω

Αθήνα, 14.9.2017



Στις 16 Σεπτεμβρίου 2017 για τρίτη συνεχή χρονιά πραγματοποιήθηκε η Τελετή Αναπαράστασης του Όρκου του Ιπποκράτη και η απαγγελία του από τους πρωτεύσαντες του 2017 αποφοίτους των 7 Ιατρικών Σχολών της χώρας.



Γνωρίστε την ολοκληρωμένη σειρά προϊόντων της **Doctor's Formulas**

 B-COMPLEX Λιποσωμιακή Φόρμουλα	 CURCUMIN 200 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα	 BENFOTIAMINE 100 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα
 GLUTATHIONE 450 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα	 R-ALPHA LIPOIC ACID 250 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα	 VITAMIN C 1000 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα
 VITAMIN D3 2500 IU & K2 200 mcg Λιποσωμιακή Φόρμουλα	 Co Q10 100 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα	 VITAMIN B12 1 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα
 MAGNESIUM GLUCONATE 100 mg Λιποσωμιακή Φόρμουλα	 DOUBLE ACTION WEIGHT MANAGEMENT FORMULA Φόρμουλα για την Απώλεια Βάρους	 VITAMIN C FORMULA FAST ACTION Φόρμουλα Γρήγορης Απορρόφησης Βιταμίνης C 1000 mg
 BROMEACT FORMULA Φόρμουλα Bromeact	 ALLERCARE για τη Διατήρηση της Φυσιολογικής Κατάστασης των Βλεννογόνων & τη Φυσιολογική Λειτουργία του Ανοσοποιητικού Συστήματος	 ARTHRIDOL Φόρμουλα Αρθρώσεων
 MSM + VITAMIN C FORMULA Φόρμουλα για τη Φυσιολογική Λειτουργία των Χόνδρων	 B-COMPLEX FORMULA Φόρμουλα Βιταμινών του Συμπλέγματος B	 TIOPROTECT Φόρμουλα Αντιοξειδωτικών
 VITAMIN K2 Φόρμουλα Βιταμίνης K2	 GLUCOPROTECT Φόρμουλα για τη Φυσιολογική Λειτουργία των Μεταβολικών Διεργασιών που αποσκοπούν στην Παραγωγή Ενέργειας	 DERMOLIN Φόρμουλα για τα Μαλλιά, το Δέρμα & τα Νύχια
 TIALAC Φόρμουλα για τη Δυσανεξία στη Λακτόζη	 XOLON Φόρμουλα που συντελεί στην Υγιή Εντερική Λειτουργία & Διευκολύνει την Κένωση	 EMINOPROTECT Φόρμουλα για την περίοδο της Εμμηνόπαυσης
 ESAKOR Φόρμουλα Ιχθυελαίων	 OMEGAPLUS Φόρμουλα Ιχθυελαίων με Εκχυλίσματα Φύλλων Ελιάς, Καρπού Κόκκινου Σταφυλιού & Σπόρων Σπασαμιού	 CARDIOTONIC Φόρμουλα Cardiotonic
 ARTENORM Φόρμουλα για τη Διατήρηση της Φυσιολογικής Αρτηριακής Πίεσης	 LIPOPROTECT Φόρμουλα Λιποπρωτεϊνών	 MAGNESIUM FORMULA Φόρμουλα Μαγνησίου
 LACTOFER IRON FORMULA Φόρμουλα Μικροεγκαψυλιωμένου Σιδήρου & Λακτοφερίνης	 SELENO PLUS Φόρμουλα που Συμβάλλει στην Προστασία των Κυττάρων από το Οξειδωτικό Στρες & τη Φυσιολογική Θυρεοειδική Λειτουργία	 INOSITOL FORMULA Φόρμουλα Ινοσιτόλης
 SAMe S-Adenosyl-Methionine	 NEFROLIN Φόρμουλα Νεφρών	 MEMOPROTECT Φόρμουλα για την Υγιή Νοητική Λειτουργία
 D-MANNOSE Φόρμουλα D-μαννόζης	 PEPTOCARE Φόρμουλα που συμβάλλει στη Φυσιολογική Λειτουργία του Πεπτικού	 ENTEROACTIN Φόρμουλα Προβιοτικών
 PROSTAPLUS Φόρμουλα Προστάτη	 STEALIVER Φόρμουλα Ήπατος	 SEDAR Φόρμουλα Ύπνου
 DIOSMEX Φόρμουλα Φλεβών		



DOCTOR'S FORMULAS

ΦΟΡΜΟΥΛΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΛΥΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΗ

Μοναδικός μας στόχος είναι να δημιουργούμε εξειδικευμένα και πρωτοποριακά συμπληρώματα διατροφής υψηλού επιπέδου και αποτελεσματικότητας για την θωράκιση του οργανισμού απέναντι στα χρόνια προβλήματα υγείας.

Η στενή συνεργασία με την ακαδημαϊκή κοινότητα, τα υψηλής ποιότητας πρότυπα και η βαθιά γνώση της τεχνολογίας των λιποσωμάτων αποτελούν τα χαρακτηριστικά του νέου μας επιχειρηματικού σχεδίου!

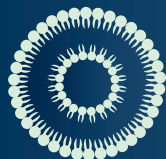
Η καινοτομία της τεχνολογίας των λιποσωμάτων είναι ένα ταχέως αναπτυσσόμενο επιστημονικό πεδίο, που παρέχει πολλά πλεονεκτήματα στον τομέα των συμπληρωμάτων διατροφής.

Τα λιποσώματα είναι τα καλύτερα βιοσυμβατά οχήματα διανομής με μοναδικές ιδιότητες που περιλαμβάνουν υψηλότερη απορρόφηση και βιοσυμβατότητα των ενθυλακωμένων δραστικών ουσιών σε σύγκριση με άλλες συνθέσεις.

Αποστολή μας είναι να προσφέρουμε την καινοτομία και την επιστημονικότητα των προϊόντων μας, σε όσους επιθυμούν να έχουν ποιότητα ζωής μέσα από την προστιθέμενη αξία των προϊόντων της **Doctor's Formulas** και από τις επιστημονικές μας γνώσεις.



Θωράκιση απέναντι
σε χρόνια
προβλήματα υγείας



Λιποσωματική
τεχνολογία



Μελετημένα
και χωρίς
παρενέργειες



Εξαιρετική
ποιότητα
πρώτων υλών

8 φορές
μεγαλύτερη
απορρόφηση



in touch health

www.doctorsformulas.com



Η εκδήλωση διοργανώθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) σε συνεργασία με το Διεθνές Ιπποκράτειο Ίδρυμα (ΔΙΙΚΩ) και τον Ιατρικό Σύλλογο Κω, παρουσία των Προέδρων των Ιατρικών Σχολών τους, του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων, των Τοπικών Αρχών της Κω και του ιατρικού κόσμου.

Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλυσταράκος, χαιρετώντας τους πρωτεύσαντες αποφοίτους των 7 Ιατρικών Σχολών, αφού πρώτα τους

βράβευσε για την προσπάθειά τους, τόνισε τη σημασία της επιβράβευσης της αριστείας στον ιερό τόπο αυτό του Ασκληπιείου της Κω, όπου δίδαξε ο Ιπποκράτης και στον οποίο αναφέρονται όλοι οι ιατροί του κόσμου, έχοντας όλοι βαθιά στη ψυχή τους τη διαχρονική Ιπποκρατική ιδέα. Πρέπει να στείλουμε μήνυμα σε όλο τον κόσμο, ότι εδώ που γεννήθηκε ο πολιτισμός, οι επιστήμες, οι τέχνες και προπάντων η ιατρική, χρειάζεται σεβασμός στις αξίες περισσότερο από ποτέ τη σημερινή εποχή.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ

Παράταση της θητείας των Οργάνων Διοίκησης των Ιατρικών Συλλόγων και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Αθήνα, 22.9.2017



Παρόν και Μέλλον της Παθολογίας στην Ελλάδα

ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Ι. ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ¹, ΠΑΓΩΝΗ ΜΑΤΙΝΑ², ΜΟΥΡΟΥΓΛΑΚΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ³, ΓΚΙΚΑΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ⁴, ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ⁵, ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ⁶, ΠΥΡΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΡΙΟΣ⁷, ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ⁸, ΚΟΥΤΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ⁹, ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ¹⁰, ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ¹¹, ΠΕΦΑΝΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ¹², ΚΩΤΟΥΛΑΣ ΣΟΛΩΝ¹³, ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ¹⁴, ΤΟΥΛΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ¹⁵, ΜΑΛΤΕΖΟΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ¹⁶

¹Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Α' Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, ²Συντονίστρια Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ", Αναπληρώτρια Συντονίστρια Προσωρινού Συντονιστικού Οργάνου Νοτίου Ελλάδος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος ³Ειδικευόμενος Ιατρός Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Εκπρόσωπος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος στους Young Internists της European Federation of Internal Medicine (E.F.I.M.), ⁴Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Μέλος Εκτελεστικής Επιτροπής Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, ⁵Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Ταμίας Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, ⁶Παθολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας, Γ. Ν. Νέας Ιωνίας "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ", Μέλος Προσωρινού Συντονιστικού Οργάνου Νοτίου Ελλάδος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, ⁷Παθολόγος, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Χαλκιδικής, Μέλος Εκτελεστικής Επιτροπής Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος ⁸Παθολόγος Αντιπρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδας, Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων, Τύπου και Ενήμερωσης της Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, ⁹Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βέροιας, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, ¹⁰MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ιατρείου Διαβήτη - Παχυσαρκίας, Γ. Ν. Α. "ΚΑΤ", ¹¹Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ Νοσοκομείου Σύρου, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., ¹²Παθολόγος, Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών "Η ΣΩΤΗΡΙΑ", ¹³Παθολόγος, Υπερκοιλολόγος, Ιατρός Ειδικού Σώματος Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.ΠΑ), Γενικός Γραμματέας Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, ¹⁴Καθηγητής Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Γενικός Γραμματέας Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, ¹⁵Παθολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Παθολογικής Κλινικής, "EUROMEDICA" Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, ¹⁶Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Αλεξανδρούπολης, Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

Κατά τη διάρκεια της μακράς ιστορίας της στην Ελλάδα αλλά και παγκόσμια, η ειδικότητα της παθολογίας γνώρισε μεγάλη καταξίωση τόσο στους επιστημονικούς κλάδους όσο και στη κοινωνικό περίγυρο. Σήμερα η Παθολογία αντιμετωπίζει παλιές και νέες προκλήσεις. Ο όρος ειδικότητα της Παθολογίας, γνωστός στη διεθνή βιβλιογραφία ως internal medicine (εσωτερική παθολογία) αναφέρεται στη κλινική ειδικότητα της Ιατρικής, που ασχολείται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη μη χειρουργική θεραπεία των νοσημάτων στους ενήλικες (μη παιδιατρικούς) ασθενείς.

Η Εσωτερική Παθολογία ασκείται τόσο σε νοσοκομειακές δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία και ιατρεία/τμήματα επειγόντων περιστατικών) όσο και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας, ιδιωτικά ιατρεία). Συνεχίζοντας τη παράδοση δεκαετιών, οι Παθολόγοι στελεχώνουν πανελλήνια τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναλαμβάνοντας το ρόλο του «οικογενειακού ιατρού», τα τελευταία χρόνια μάλιστα (από το 1988) μαζί με τους Γενικούς Ιατρούς.

Ο όρος «Εσωτερική Ιατρική» εμφανίζεται το 1882 κατά τη διάρκεια ενός ιατρικού συνεδρίου που έλαβε χώρα στο Wiesbaden της Γερμανίας. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για να έρθει σε αντιδιαστολή με την έννοια της Χειρουργικής. Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν ότι η κείμενη οδός "Εσωτερική Ιατρική", σκοπεύοντας να αφορίσει εκείνη την ειδικότητα της Ιατρικής που προσεγγίζει τα νοσήματα συνδυάζοντας την κλινική εικόνα με τα εργαστηριακά ευρήματα, γνωρίζοντας σε βάθος τους φυσιολογικούς (φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος) και τους παθογενετικούς (παθοφυσιολογία του ανθρώπινου σώματος) μηχανισμούς του ανθρώπινου σώματος. Σύμφωνα με τον ορισμό που αναπτύχθηκε από τον Friedrich T. von Frerichs - Γερμανός Καθηγητής Ιατρικής πανεπιστήμιο Goettingen 1819-1885 - «η εσωτερική ιατρική είναι ενσωμάτωση της κλινικής άσκησης, της παθοφυσιολογίας και του εργαστηρίου».

Η Παθολογία δε θα πρέπει να συγχέεται με τον διεθνώς γνωστό όρο Pathology μιας και αυτός αντιστοιχεί στη Παθολογική Ανατομική, η οποία δεν αποτελεί κλινική αλλά διαγνωστική (εργαστηριακή) ειδικότητα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εσωτερικής Ιατρικής (European Federation of Internal Medicine - EFIM)² και την Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων, η Παθολογία (Internal Medicine) έχει ως αντικείμενο την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ενήλικων ασθενών με νοσήματα εσωτερικών οργάνων (καρδιάς, νεφρών, γαστρεντερικής οδού, ουροποιητικής οδού, εγκεφάλου, πνευμόνων, νωτιαίου μυελού, μυών νεύρων και αρθρώσεων), πολλαπλές παθήσεις (συννοσηρότητα) ή άτυπη κλινική εικόνα. Η αντιμετώπιση της των νοσημάτων γίνεται κατά κύριο λόγο ολιστικά (ολιστική ιατρική), δηλαδή λαμβάνοντας υπ' όψιν εξίσου όλα τα εσωτερικά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (φυσιολογία και παθοφυσιολογία) χωρίς να ξεχνά την κοινωνική, ψυχολογική και ηθική διάσταση των κλινικών προβλημάτων των ασθενών.

Η Παθολογία στην Ελλάδα

Το νομικό πλαίσιο της Ειδικότητας της Παθολογίας ορίζεται από το Νομοθετικό Διάταγμα 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 (ΦΕΚ Α' / 258) 3 "ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ, ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ" 4 καθώς και από το προεδρικό διά-

ταγμα 415 της 29ης Δεκεμβρίου του 1994 (ΦΕΚ Α' 236) "ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ". Για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας της Παθολογίας απαιτείται άσκηση πέντε ετών στην Παθολογία.

Όπως ορίζεται από το νομικό πλαίσιο, κατά το πρώτο και δεύτερο έτος δίνεται έμφαση στην κλινική εξέταση (ιστορικό και σημειολογία) και στην κλινική αξιολόγηση των συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων. Επίσης να διδάσκονται οι συνήθεις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που συμπληρώνουν και ολοκληρώνουν την κλινική εξέταση (παρακεντήσεις, οφθαλμοσκόπηση, εξέταση περιφερικού αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος κ.λ.π.) Δίνεται η πρωτοβουλία στην επίλυση και τον χειρισμό συνήθων προβλημάτων.

Κατά το τρίτο και τέταρτο έτος εκπαίδευσης γίνεται άσκηση στην επίλυση δυσχερών και σύνθετων προβλημάτων κλινικής διαφορικής διαγνωστικής. Γίνεται επίσης άσκηση στη συγγραφή και παρουσίαση περιστατικών σε ακροατήριο. Ταυτόχρονα γίνεται επισκόπηση των συγχρόνων θεμάτων της ειδικότητας (Βιβλιογραφική ενημέρωση) καθώς και άσκηση σε κλινικοπαθολογοανατομικά προβλήματα (CPC). Προοδευτικά να ανατίθεται στους ειδικευόμενους περισσότερο υπεύθυνο έργο στο εξωτερικό ιατρείο, το τμήμα επείγοντων και στην Κλινική. Στο τρίτο τρίμηνο του τετάρτου έτους να υπηρετούν και εκπαιδεύονται σε καρδιολογική μονάδα και στο τελειοταίο τρίμηνο του ίδιου έτους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Τέλος κατά το πέμπτο έτος, στο πρώτο εξάμηνο του έτους αυτού οι ειδικευόμενοι γιατροί έχουν δικαίωμα επιλογής για τρίμηνη υπηρεσία σε κάποια από τις υποειδικότητες και εξειδικεύσεις της κυρίας ειδικότητας (εν προκειμένω της Παθολογίας) παραδείγματος χάριν Αιματολογία, Αλλεργιολογία, Γαστρεντερολογία, Δερματολογία, Ενδοκρινολογία, Νεφρολογία, Πνευμονολογία – Φυματιολογία και Ρευματολογία.

Ειδικά Γνωρίσματα της Παθολογίας

Ένα από τα ειδικά γνωρίσματα της ειδικότητας της παθολογίας, είναι η ευρύτητα του γνωστικού αντικείμενου της. Έτσι λοιπόν ο Παθολόγος καθημερινά καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά από νοσήματα που άπτονται όλα τα ανθρώπινα συστήματα. Ο Παθολόγος καθημερινά δια-

γινώσκει και θεραπεύει νεφρολογικά νοσήματα, όπως οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, Πνευμονολογικά νοσήματα, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και άσθμα, Γαστρεντερολογικά νοσήματα, όπως γαστρεντερίτιδες, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και έλκος δωδεκαδακτύλου, Ενδοκρινολογικά νοσήματα όπως υποθυρεοειδισμός και υπερθυρεοειδισμός, Καρδιαγγειακά νοσήματα όπως φλεβοθρόμβωση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, καρδιακές αρρυθμίες και συγκοπτικά επεισόδια, μεταβολικά νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διάφορα απλά και σύνθετα λοιμώδη νοσήματα λοιμώξεις κοινότητας και ενδονοσοκομειακές, ηπατίτιδα, δερματικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αιματολογικά νοσήματα όπως αναιμία καθώς και διάφορες άλλες νοσηρές και νοσογόνες καταστάσεις όπως νεοεξαρτήσεις, καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ, παχυσαρκία και χρόνια επώδυνα νοσήματα. Ο παθολόγος παρακολουθεί ή και αντιμετωπίζει ποικίλα νοσήματα μόνος ή σε συνεργασία και με συναφείς ειδικότητες όπου απαιτείται.

Ειδικές απαιτήσεις της Παθολογίας

Οι καθημερινές απαιτήσεις του ιατρού παθολόγου ως ιατρού αναφοράς για τον άρρωστο και το περιβάλλον του ποικίλουν. Πρωτίστως ρόλο διαδραματίζει η φροντίδα του ασθενούς, η οξεία αντιμετώπιση και χρόνια παρακολούθηση (Patient care), η συνεχής ενημέρωση της ιατρικής γνώσης ή και η ενασχόληση με ποικίλες ακαδημαϊκές δραστηριότητες όπως η συγγραφή επιστημονικών άρθρων και συμμετοχή σε ιατρικά πρωτόκολλα (Medical knowledge /Academic activities). Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στις ικανότητες επικοινωνίας του ιατρού μιας και αυτές θα συμβάλουν στη δημιουργία διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή (Communication skills), κάτι που θεωρείται απαραίτητο για την ορθή παρακολούθησή του (ολιστική ιατρική). Ο επαγγελματισμός⁵ και η συνέπεια σε βασικές επιστημονικές, ηθικές και κοινωνικές αρχές κρίνεται επιβεβλημένη. Εξάλλου, σημαντική κρίνεται η ακρίβεια στις οδηγίες που δίνει ο ιατρός στους ασθενείς καθώς και η ικανότητα συνεργασίας του με άλλους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπου χρειάζε-

ται (Professionalism). Τέλος ο ιατρός Παθολόγος, καλείται πολλές φορές να συντονίσει και καθοδηγήσει την διάγνωση και τη φροντίδα τους ασθενούς αλληλά και την ενημέρωση του κοινού (Organization and leadership).

Στη καθ' ημέρα πράξη

Η καθημερινή εργασία του γιατρού παθολόγου είναι μια σύνθετη εμπειρία που περιλαμβάνει την κλινική πράξη αλλά και άλλες επιστημονικές δραστηριότητες. Έτσι ο Παθολόγος ασκεί τη προληπτική ιατρική διεξάγοντας προσυμπτωματικό γενικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο (αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου - εμβολιασμοί). Ο ιατρός παθολόγος προβαίνει στη διάγνωση (με κλινική εξέταση και διαγνωστικές πράξεις) και αντιμετώπιση (συμπτωματική και αιτιολογική) οξέων περιστατικών. Αυτό λαμβάνει χώρα στα Επείγοντα Ιατρεία νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Επιπλέον στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (δημόσια και ιδιωτικά) διαχειρίζεται χρόνια νοσήματα και συμβάλλει στην αποκατάστασή τους (πχ: Αρτηριακή Υπέρταση, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Σακχαρώδης Διαβήτης, Δυσλιπιδαιμία, ΧΑΠ, κά). Ο ιατρός παθολόγος καλείται να συνεργαστεί και να συντονιστεί με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπου φυσικά αυτό απαιτείται. Στις καθημερινές απαιτήσεις του γιατρού παθολόγου συμπεριλαμβάνεται η συμβουλευτική (καθοδήγηση και υποστήριξη ασθενούς και περιβάλλοντος, παραπομπή σε άλλους ειδικούς ιατρούς και επίπεδα περίθαλψης) η οικογενειακή, ιατρική, η τήρηση Ατομικού Φακέλου Υγείας και φυσικά η συνταγογράφηση. Ως εκ τούτου, εσχάτως απαιτείται η εξοικείωση του παθολόγου με τα σύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα, τις φορητές συσκευές, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και το διαδίκτυο.

Μετεκπαίδευση των Παθολόγων

Η Ειδικότητα της παθολογίας διαθέτει διάφορα αντικείμενα μετεκπαίδευσης⁶ καθώς και εξειδικεύσεις⁷. Σε αυτά εντάσσονται η Λοιμωξιολογία, η Εντατικολογία, η Γηριατρική, η Υπέρτασιοιολογία, η Διαβητολογία, η Κλινική Γενετική, οι Μεταβολικές διαταραχές, τα Επαγγελματικά νοσήματα, η Κλινική Φαρμακολογία, η Ιατρική Πληροφορική, η Κλινική Επιδημιολογία - Ιατρική Στατιστική, η Υπερπηχοτομογραφία, η Κλινική Ανοσολογία, η Κλινική Ηπατολογία καθώς και η χορήγηση Χημει-

■ οθεραπείας στην αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων.

Σε ό,τι αφορά τα αντικείμενα μετεκπαίδευσης και εξειδίκευσης, η άποψη της Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος διατυπώνεται ξεκάθαρα λέγοντας να στις εξειδικεύσεις. Αυτό μπορεί να πραγματοποιείται είτε με την ενσωμάτωση τους στον κορμό της εκπαίδευσης για την απόκτηση ειδικότητας είτε και στα πλαίσια περαιτέρω μετεκπαίδευσης. Όλα αυτά όμως χωρίς να δημιουργούν περιορισμούς στα επαγγελματικά δικαιώματα του συνόλου των παθολόγων, δεδομένου ότι αντικειμενικά αναφέρονται σε γνωστικά πεδία/κεφάλαια της ειδικότητάς. Σε αντίθετη περίπτωση υφίσταται κίνδυνος κατάπτωσης της ειδικότητάς με τη δημιουργία (κυρίως για ιδιοτελείς επαγγελματίες σκοπιμότητες) νέων «υποειδικοτήτων» που θα μετεξελιχθούν σε νέες ειδικότητες εις βάρος όχι μόνο της Παθολογίας ως ειδικότητας κορμού, αλλά κυρίως εις βάρος της περίθαλψης των ασθενών και του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και πιθανές συνέπειες από την αποκλειστική άσκηση εξειδικεύσεων της Παθολογίας. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια του ολιστικού χαρακτήρα της Παθολογίας στην καθημερινή ιατρική πράξη με αποκλειστικό προσανατολισμό σε συγκεκριμένες διαγνωστικές και επεμβατικές τεχνικές.

Προβληματισμοί σχετικά με την Ειδικότητα της Παθολογίας

Η ευρύτητα του αντικειμένου δημιουργεί σε θεσμικό επίπεδο προβλήματα και σύγχυση σε αυτούς που ασκούν πολιτικές υγείας ως προς το έργο του Παθολόγου και την θέση του στο Σύστημα Υγείας. Αυτό επιτείνεται από την έλλειψη σαφούς οριοθέτησης της ειδικότητας με την Γενική Ιατρική. Είναι απαράδεκτη η ισοπεδωτική προκήρυξη θέσεων παθολόγων/Γενικών γιατρών για τα Κέντρα Υγείας (ή άλλες θέσεις στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) με εκ του νόμου μάλιστα πρόκριση των γενικών γιατρών. Επιπλέον ασάφεια προκαλεί η επικάλυψη με συναφείς υποειδικότητες της Παθολογίας (επικυρείται μάλιστα η προσθήκη στους τίτλους ειδικοτήτων γνωστικών αντικειμένων με τα οποία κατέχουν ασχολείται η Παθολογία (π.χ. Ενδοκρινολογία - Διαβήτης και Μεταβολισμός, Γαστρεντερολογία – Ηπατολογία, Γενική Ιατρική – Οικογενειακή Ιατρική).

Ειδικά στον Δημόσιο Τομέα ο Παθολόγος καλείται να καλύψει οποιαδήποτε κενά

του Συστήματος χωρίς πάντα επιστημονικά κριτήρια με αντίστοιχη υποβάθμιση του ρόλου του (παραδείγματος χάριν. ενώ στον Ιδιωτικό Τομέα συναφείς «υποειδικότητες» επεκτείνονται σε περιστατικά της Παθολογίας χρησιμοποιώντας παράτυπα έως και διπλό τίτλο ειδικότητας, στα Νοσοκομεία αντίθετα νοσηλεύονται στις Παθολογικές Κλινικές και όσα περιστατικά «περισσεύουν»).

Βέβαια, το φαινόμενο δεν είναι μόνο ελληνικό, γενικότερα η οριοθέτηση του αντικειμένου της ειδικότητας εμφανίζει δυσχέρειες λόγω της ευρύτητάς του και της κατά περίπτωση αλληλοεπικάλυψής του με τις επιμέρους συναφείς «υποειδικότητες». Από την άλλη αυθαίρετος περιορισμός θεραπευτικών και διαγνωστικών αντικειμένων θα αναρούσε το κεντρικό και ολιστικό χαρακτήρα της ειδικότητας της Παθολογίας (πχ αντιεπιστημονικός περιορισμός συνταγογράφησης, περιορισμός παραπομπής εργαστηριακού ελέγχου).

Στην Ελλάδα το φαινόμενο επιτείνεται από το γεγονός ότι η πολιτεία δεν έχει μόνιμους επίσημους θεσμικούς συμβούλους ανά ειδικότητα, με αποτέλεσμα το lobbying να είναι ευκολότερο και το νομικό πλαίσιο να διαμορφώνεται με βάση την ετερογένεια των επαγγελματιών συμφερόντων.

Συμπεράσματα

Το μέλλον της παθολογία στην Ελλάδα απαιτεί εκ νέου διαμόρφωση του επιστημονικού αντικειμένου και καταγραφή των ιδιαιτεροτήτων του αντικειμένου της Παθολογίας. Οφείλει να κατοχυρωθεί θεσμικά η ενσωμάτωση της Γηριατρικής, της Οικογενειακής Ιατρικής και της Προληπτικής Ιατρικής, που αντικειμενικά αποτελούν πεδίο καθημερινής ενασχόλησης κάθε Παθολόγου. Σημαντικός κρίνεται ο καθορισμός θέσεων Παθολόγων στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας) με κατάργηση της παράλογης διαζευκτικής προκήρυξης με Γενικούς Ιατρούς. Πρέπει επίσης να δοθεί έμφαση στον επιτελικό ρόλο του Παθολόγου ως εκ των πραγμάτων συντονιστή, ιδίως κατά τη παρακολούθηση ασθενών με πολυνοσηρότητα.

Η πίεση της οικονομικής κρίσης προς οργανωτικές αλλαγές της υγείας αποτελεί ευκαιρία επαναπροσδιορισμού. Προϋπόθεση αναβάθμισης της ειδικότητας, είναι αφενός η βέλτιστη εκπαίδευση και ενασχόληση στη χρήση των υπάρχουσών διαγνωστικών πράξεων (πέραν του ακουστικού και του πιεσόμετρου: ΗΚΓ, οξυμετρία,

σπироμέτρηση, παρακεντήσεις, καθετηριασμοί, doppler υπερηχοτομογραφία κ.ά.) και αφετέρου η εκπαίδευση και εξοικείωση με νέες μεθόδους και τεχνολογίες στο χώρο της Παθολογίας (διαχείριση πληροφοριών / Clinical decision support system - Watson IBM, Artificial Intelligence, βιοτεχνολογία, τηλειατρική κτλ)

Παραμένει ο βασικός χαρακτήρας της Παθολογίας, ως ειδικότητας κορμού του Συστήματος Υγείας, με ιδιαίτερο γνώρισμα την δυνατότητα ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς και τον συντονισμό των λοιπών ιατρικών ειδικοτήτων, που συνάδει με την ευρύτητα του γνωστικού αντικειμένου της Παθολογίας (εις βάθος γνώση όλων των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού). Πρέπει μάλιστα να τονισθεί εν προκειμένω, ότι όσο πιο πολυπλοκοί γίνονται οι θεραπευτικοί αλγόριθμοι, και όσο αυξάνεται η δυνατότητα επιλογής νέων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών, τόσο μεγαλώνει η ανάγκη καθοδήγησης και συνολικής ιατρικής διαχείρισης (medical management). Η στοχευμένη εξειδίκευση παρέχει μεν το μεγαλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ωστόσο ενέχει τον κίνδυνο της μερικής θεώρησης των πραγμάτων, κάτι που μπορεί να αποβεί βλαπτικό για την αντιμετώπιση νοσημάτων (ολιστική ιατρική), αλλά και κοστοβόρο λόγω των συνεχών παραπομπών των ασθενών από ειδικότητα σε ειδικότητα. Η ολιστική αντιμετώπιση και η εις βάθος γνώση καθώς και η επιστημονική δυνατότητα συντονισμού και συμβουλευτικής για οποιαδήποτε προβλήματα υγείας του ασθενούς, αλλά και του περιβάλλοντός του αναδεικνύει την καθοριστική θέση του παθολόγου και περαιτέρω, όσον αφορά την συμμόρφωση του ασθενούς στις θεραπευτικές οδηγίες - λόγω της στενής διαπροσωπικής σχέσης που αναπτύσσεται - και άρα το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία - Παραπομπές:

1. Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017)
2. <https://www.efim.org/>
3. Νομοθετικό Διάταγμα 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 (ΦΕΚ Α' 258)
4. Προεδρικό Διάταγμα 415 της 29ης Δεκεμβρίου του 1994 (ΦΕΚ Α' 236)
5. M.H.H. Kramer et al./European Journal of Internal Medicine 21 (2010) 173–175
6. ΦΕΚ Α 216-1995
7. European Journal of Internal Medicine 24 (2013) 627–632

Εδώ η ακοή ενεργοποιείται ξανά

- Διεθνώς αναγνωρισμένα ακουστικά βαρηκοΐας Starkey
- Άριστης ποιότητας κατασκευές με 3D Laser Printer
- Διασφάλιση σωστής εφαρμογής του ακουστικού με REM τεχνολογία
- Συνεχείς εκπαιδεύσεις των ακοοπροθετιστών

www.akouson.gr

ΜΟΣΧΑΤΟ

Λ.Μακρυγιάννη 104 & Κοραή, Τ.Κ. 183 45
Τ.: 212 10.40.300, F.: 211 01.29.300
E.: moschato@akouson.gr

ΣΥΝΤΑΓΜΑ

Ακαδημίας 34, Τ.Κ. 106 72
Τ.: 211 10.54.444, F.: 211 10.54.400
E.: syntagma@akouson.gr

ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ

Σαρανταπόρου 59, Τ.Κ. 121 31
Τ.: 210 57.77.127, F.: 210 57.77.927
E.: peristeri@akouson.gr

ΣΑΛΑΜΙΝΑ

Λ.Σαλαμίνας 201, Τ.Κ. 189 00
Τ.: 210 46.57.613, F.: 210 46.57.614
E.: salamina@akouson.gr

Περιφερική αγγειακή νόσος

ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ, ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ,
ΑΛΕΞΙΟΣ ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ, ΓΕΩΡΓΙΑ ΒΟΓΙΑΤΖΗ, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ,
ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ

Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Ιατρική Σχολή,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η περιφερική αγγειακή νόσος (ΠΑΝ) συνιστά μια διαταραχή της αιματικής ροής προς τα άνω ή κάτω άκρα. Υπάρχουν πολλές αιτίες οι οποίες οδηγούν στην εμφάνιση ΠΑΝ, η κυριότερη εκ των οποίων είναι η αθηροσκληρώση¹. Επιπλέον, αιτίες της νόσου αυτής μπορεί να είναι η θρόμβωση, η αγγειίτιδα, η ινομυώδης δυσπλασία. Οι ασθενείς με ΠΑΝ μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή μπορεί να εμφανίζουν άτυπα συμπτώματα ή ευρήματα στην κλινική εξέταση². Για αυτό το λόγο, ο πραγματικός επιπολασμός της νόσου στον πληθυσμό είναι άγνωστος και ποικίλει ανάλογα με το μελετώμενο πληθυσμό και τη διαγνωστική μέθοδο μελετών, ως διαγνωστικό εργαλείο χρησιμοποιείται ο σφυροβραχιόνιος δείκτης (ABI- ankle- brachial index), ο οποίος είναι ουσιαστικά ο λόγος της συστολικής πίεσης στα σφυρά προς την αντίστοιχη πίεση στο βραχίονα⁴.

Τιμές σφυροβραχιόνιου δείκτη μικρότερες από 0,9 θεωρούνται παθολογικές και χρησιμοποιούνται ως διαγνωστικό εργαλείο για τον ορισμό της ΠΑΝ. Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, η μέτρηση σφυροβραχιόνιου δείκτη μικρότερη από 0,9 έχει ευαισθησία μεγαλύτερη από 95% και ειδικότητα που προσεγγίζει το 100% συγκρινόμενη με την αρτηριογραφία⁵.

Η ΠΑΝ εμφανίζει διακύμανση ανάλογα με την ηλικία. Ειδικότερα, ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται σε ποσοστό 15 έως 20 % σε ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω. Επίσης, ο επιπολασμός της νόσου, ασυμπτωματικής και συμπτωματικής, εξαρτάται από το φύλο και είναι μεγαλύτερος στον ανδρικό πληθυσμό ειδικότερα σε μικρότερης ηλικίας ασθενείς. Σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, ο επιπολασμός δεν επηρεάζεται από το φύλο. Βέβαια, στον ανδρικό πληθυσμό εμφανίζονται συχνότερα σοβαρότερες μορφές της νόσου καθώς και κρίσιμη ισχαιμία⁶.

Η Περιφερική αγγειακή νόσος συσχετίζεται άμεσα με τον κίνδυνο εμφάνισης μειζώνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων, καθώς η νόσος συσχετίζεται με την ύπαρξη αθηροσκληρώσεως στα εγκεφαλικά και στεφανιαία αγγεία⁷. Επιπρόσθετα, σε άτομα με γνωστή στεφανιαία νόσο, η παρουσία της ΠΑΝ αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου περίπου σε πο-

σοστό 25 %. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντική η πρώιμη διάγνωση της νόσου ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με σκοπό να γίνει άμεση τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου και να μειωθεί η θνητότητα⁸. Η σύγχρονη αντιμετώπιση της νόσου στοχεύει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας και περιλαμβάνει τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου κάνοντας αλλαγές σε συνήθειες του τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, η σωματική άσκηση και δραστηριότητα και ο δείκτης μάζας σώματος. Σημαντική επίσης ρόλο στην αντιμετώπιση της ΠΑΝ έχει και η φαρμακευτική αγωγή⁹.

Η ΠΑΝ προσβάλλει τα κάτω άκρα οκτώ φορές πιο συχνά σε σχέση με τα άνω άκρα. Το αρτηριακό σύστημα του κάτω άκρου αποτελείται από το αορτοβραχίονιο, το μηροβραχίονιο και το υπογονατιόκο τμήμα. Ένα ή περισσότερα τμήματα μπορούν να προσβληθούν. Η ισχαιμία του κάτω άκρου παρουσιάζεται με τη μορφή δύο διακριτών κλινικών οντοτήτων, ως διαλείπουσα χωλότητα και ως κρίσιμη ισχαιμία του άκρου. Η ύπαρξη και η σοβαρότητα της ισχαιμίας μπορούν να προσδιοριστούν με την κλινική εξέταση του ασθενούς¹⁰.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της νόσου δεν είναι ειδικά. Το πιο κοινό σύμπτωμα της νόσου είναι

η διαλείπουσα χωλότητα, δηλαδή ο μυϊκός πόνος ισχαιμικής αιτιολογίας ειδικά στα κάτω άκρα, ο οποίος συνήθως υποχωρεί μετά το τέλος της άσκησης. Σε πιο προχωρημένες μορφές της νόσου στις οποίες υπάρχει σημαντική μείωση της αιματικής ροής προς τα άκρα ο πόνος μπορεί να είναι συνεχής και να εμφανίζεται και στην ηρεμία καθώς η αιματική παροχή δεν είναι επαρκής για τις βασικές ανάγκες των μυών σε οξυγόνο ακόμη και στην ανάπαυση. Ειδικότερα το άλγος που εμφανίζεται στην ανάπαυση, απαιτεί αναλγητική αγωγή με οπιοειδή και/ ή συνοδεύεται από ιστική καταστροφή (εξέλκωση ή γάγγραινα), διαρκεί για πάνω από δυο εβδομάδες με ταυτόχρονη παρουσία αρτηριακής πίεσης του αίματος στον αστράγαλο μικρότερη από 50 mmHg, ορίζεται ως κρίσιμη ισχαιμία άκρου¹¹. Άλλα συμπτώματα της νόσου μπορεί να είναι η εμφάνιση πληγών (άτονα έλκη) ειδικά στα κάτω άκρα που δεν επουλώνονται και μπορεί να οδηγήσουν και σε γάγγραινα. Η θερμοκρασία στο άκρο με την περιφερική νόσο είναι συχνά μικρότερη σε σύγκριση με το άλλο άκρο στην ηρεμία. Επίσης, είναι πιο φτωχή η ανάπτυξη των ονύχων -και των τριχών στο άκρο που εμφανίζει ΠΑΝ¹².

Κλινικά η νόσος εμφανίζει τέσσερα στάδια ανάλογα με τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής. Στο πρώτο στάδιο η νόσος είναι ασυμπτωματική. Ο ασθενής δεν εμφανίζει συμπτώματα αλλά υπάρχει απώλεια περιφερικών σφύξεων και μείωση σφυροβραχιόνιου δείκτη. Στο δεύτερο στάδιο εμφανίζεται διαλείπουσα χωλότητα και η βαρύτητα της κατάστασης εξαρτάται από το αν τα συμπτώματα εκλύονται με βάδιση 200 μέτρων ή λιγότερο. Στο τρίτο στάδιο της νόσου εμφανίζεται ισχαιμικό άλγος ηρεμίας. Στο τέταρτο και τελικό στάδιο εμφανίζεται απώλεια ιστού, ισχαιμικά έλκη και γάγγραινα¹³.

Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται στην κλινική εξέταση και σε απεικονιστικό έλεγχο. Αρχικά, ο σφυροβραχιόνιος δείκτης χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό εργαλείο και ορίζεται ως ο λόγος της συστολικής αρτηριακής πίεσης στο σφυρό προς τη συστολική αρτηριακή πίεση στο σύστοιχο βραχίονα. Οι φυσιολογικές τιμές του δείκτη κυμαίνονται μεταξύ 1,0 - 1,4¹⁴. Η σταδιοποίηση της νόσου στηρίζεται στην τιμή του δείκτη αυτού όπως παρουσιάζεται στη συνέχεια (Πίνακας 1).

Σε ασθενείς με επηρεασμένο σφυροβραχιόνιο δείκτη χρησιμοποιούνται επίσης α-

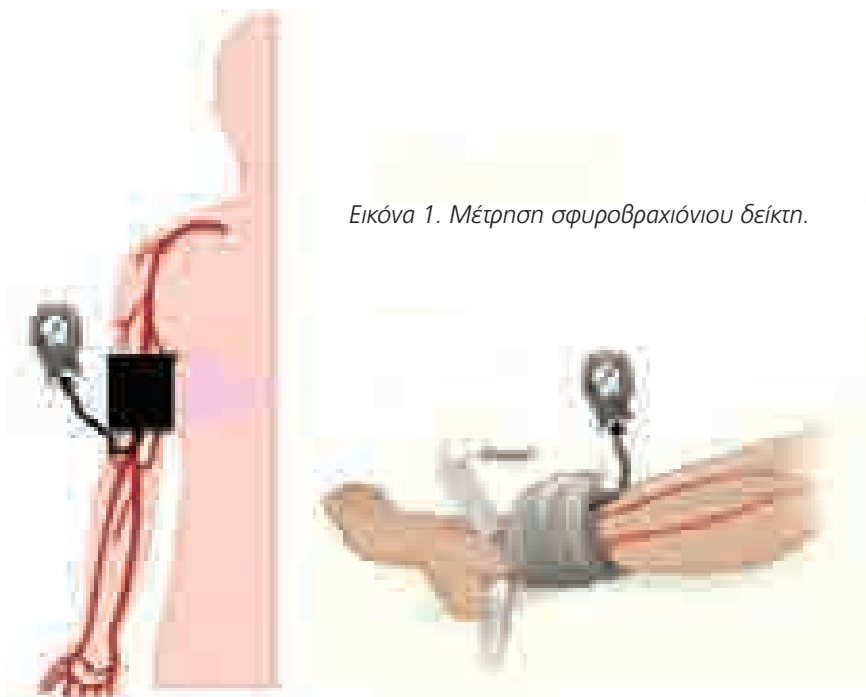
πεικονιστικές τεχνικές για τη διάγνωση της νόσου¹⁵. Πραγματοποιείται υπερηχογραφική απεικόνιση με Doppler των αγγείων και μέτρηση της αιματικής ροής στην αρτηρία με σκοπό να απεικονιστεί ο βαθμός της στένωσης που υπάρχει. ως διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιούνται η αζονική ή μαγνητική αγγειογραφία οι οποίες δίνουν πληροφορίες για το βαθμό της στένωσης και το ακριβές ανατομικό σημείο στο οποίο υπάρχει¹⁶. Πολύ σημαντική εξέταση αποτελεί η κλασική ψηφιακή αγγειογραφία, η οποία είναι η πιο ακριβής εξέταση και παρουσιάζει με μεγάλη ακρίβεια την εντόπιση και την έκταση των βλαβών και την κατάσταση του παράπλευρου δικτύου¹⁷.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση των ασθενών με ΠΑΝ δεν είναι ευνοϊκή. Πολλοί μελέτες καταδεικνύουν ότι η ύπαρξη ΠΑΝ αυξάνει τη θνησιμότητα από όλα τα αίτια κατά 3 φορές και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά συμβλήματα κατά 6 φορές¹⁸. Μάλιστα, λιγότεροι από το 35% των ασθενών με σφυροβραχιόνιο δείκτη μικρότερο από 0.4 επιβίωσαν μετά από 10 χρόνια παρακολούθησης¹⁹.

Παθογένεια

Το παθογενετικό υπόστρωμα της ΠΑΝ αποτελεί η αθηροσκλήρωση των αγγείων. Η αθηρογένεση περιγράφεται σαφέστερα μέσω διακρίσιμων τριών διαφορετικών σταδίων που αφορούν αλληλαγές στην αθηρωματική πλάκα και είναι η δημιουργία της βλάβης στο αγγειακό τοίχωμα, η εξέλιξη αυτής και ο σχηματισμός της αθηρωματικής πλάκας²⁰. Στο αρχικό στάδιο περιλαμβάνεται η συγκέντρωση λευκοκυττάρων στο ενδοθήλιο του αγγείου. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται μέσω δύο ομάδων μορίων προσκόλλησης. Η πρώτη ομάδα, οι σελεκτίνες, εμπλέκονται στην παροδική προσκόλληση των λευκοκυττάρων στο ενδοθήλιο. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα στις περιοχές ενδοθηλιακής βλάβης εκφράζουν P- σελεκτίνη μέσω της οποίας γίνεται η προσκόλληση των λευκοκυττάρων. Η δεύτερη ομάδα μορίων προσκόλλησης περιλαμβάνει ανοσοσφαιρίνες που είναι υπεύθυνες για τη μόνιμη σύνδεση των λευκοκυττάρων στο ενδοθήλιο. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το αγγειακό κυτταρικό μόριο προσκόλλησης (vascular cell adhesion molecule- 1- VCAM- 1), το οποίο εκφράζεται στα ενδοθηλιακά κύτταρα και ευοδώνει την προσκόλληση μονοκυττάρων και λεμφοκυττάρων σε αυτά. Στο



Εικόνα 1. Μέτρηση σφυροβραχιονίου δείκτη.

στάδιο αυτό, η έκφραση αυτών των μορίων προσκόλλησης μπορεί να περιοριστεί μέσω δράσης άλλων μορίων όπως το μονοξειδίο του αζώτου. Μέσω επίδρασης στο σηματοδοτικό μονοπάτι του πυρηνικού παράγοντα κΒ (NFκΒ), το μονοξείδιο του αζώτου αναστέλλει τη μεταγραφή του γονιδίου που κωδικοποιεί τον παράγοντα VCAM-1 στα ενδοθηλιακά κύτταρα. Σε αγγεία με ομαλή αιματική ροή αυξάνεται η συγκέντρωση της συνθάσης μονοξειδίου του αζώτου με αποτέλεσμα να είναι αυξημένα τα επίπεδα του στο ενδοθήλιο και να ενισχύεται η αντιφλεγμονώδης και αγγειοδιασταλτική του δράση. Αντίθετα, η στροβιλώδης ροή, στα σημεία διακλάδωσης των αρτηριών, παρεμποδίζει τη σύνθεση του μονοξειδίου του αζώτου και την αντιφλεγμονώδη του δράση²¹.

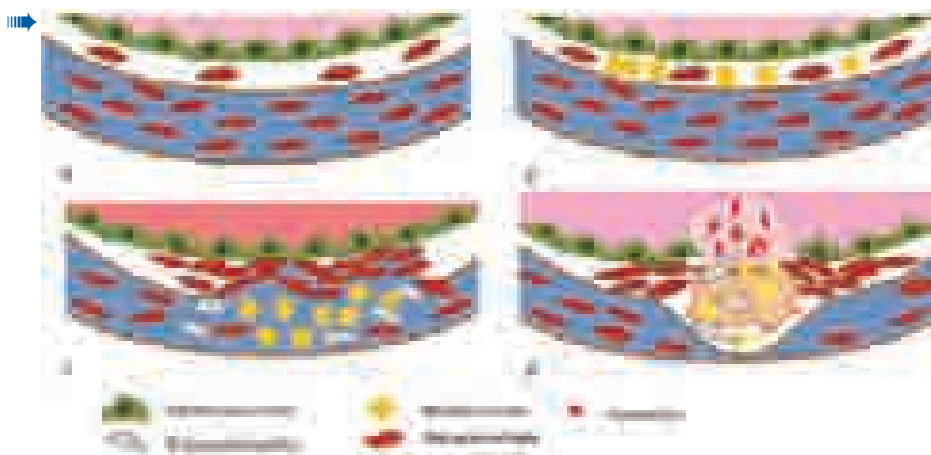
Μετά την προσκόλληση των λευκοκυττάρων στο ενδοθήλιο, παράγονται χημειοκίνες που ενισχύουν την είσοδο των λευκοκυττάρων στον έσω χιτώνα του αγγείου. Στο στάδιο αυτό οι οξειδωμένες λιποπρωτεΐνες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Τα λευκοκύτταρα που έχουν μεταναστεύσει στον έσω αρτηριακό χιτώνα μέσω διαπήδησης συνδέονται με λιποπρωτεΐνες και δημιουργούνται έτσι αφρώδη κύτταρα. Η συγκέντρωση αφρώδων μακροφάγων αποτελεί το πρώιμο στάδιο της φλεγμονώδους διαδικασίας στην πορεία της αθηροσκλήρωσης, η οποία είναι αναστρέψιμη²².

Παρόλα αυτά, η πρόοδος αυτής της διαδικασίας περιλαμβάνει την προσκόλληση λείων μυϊκών κυττάρων στο λιπώδη πυρήνα στον έσω ελαστικό χιτώνα²³. Με τον τρόπο αυτό, ο λιπώδης πυρήνας αποκτά ινώδη στοιχεία. Στο τρίτο στάδιο της αθηρογένεσης, η δημιουργία της ασταθούς αθηρωματικής πλάκας συνίσταται στην έκθεση των θρομβογόνου πυρήνα στην αιματική κυκλοφορία²⁴ (εικόνα 1).

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπεία της ΠΑΝ εμφανίζει πολλές συνιστώσες που αφορούν σε αλληλαγή συνηθειών του τρόπου ζωής καθώς και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής¹⁹. Αρχικά θα πρέπει να τονίσουμε ότι ιδιαίτερη σημασία έχει η διακοπή του καπνίσματος και η τακτική σωματική άσκηση που συνήθως περιλαμβάνει βόλτα για 30 λεπτά τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα²⁵. Η άσκηση προσδίδει σημαντικά οφέλη αυξάνοντας την απόσταση της βόλτας²⁶. Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, η προσεκτική ρύθμιση του σακχάρου με στόχο τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης μικρότερες ή ίσες με 6,5 % συμβάλλει σημαντικά στην πορεία της νόσου²⁷. Επίσης, ζωτικής σημασίας είναι η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε τιμές μικρότερες από 140/ 90 Hg²⁸.

Η συνήθης φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες και στατίνες για μείωση των επιπέδων



Εικόνα 2. Διαδικασία σχηματισμού αθηρωματικής πλάκας και σχηματισμού λιπώδους πυρήνα και ασταθούς αθηρωματικής πλάκας. Η εικόνα (α) παρουσιάζει τη φυσιολογική λειτουργία του αγγειακού ενδοθηλίου. Στην εικόνα (β) παρουσιάζονται τα πρώιμα στάδια αθηρωμάτωσης κατά το οποίο γίνεται προσκόλληση των λευκοκυττάρων στο ενδοθήλιο του αγγείου και ο σχηματισμός αφρωδών κυττάρων. Στην εικόνα (γ) παρουσιάζεται ο πολλαπλασιασμός των λείων μυϊκών ινών και η δημιουργία του ινώδους χιτώνα. Στο τελευταίο στάδιο (δ) έχει δημιουργηθεί ο λιπώδης πυρήνας και έχει πραγματοποιηθεί ο σχηματισμός του θρόμβου.

χοηστερόλης και λόγω της πλειοτρόπου δράσης τους στην αθηροσκλήρωση. Επίσης, θα πρέπει να διαγιγνώσκεται έγκαιρα η συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και άλλων συννοσηροτήτων που επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου.

Υπάρχουν πολλοί θεραπευτικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της περιφερικής αγγειακής νόσου, όπως αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, στατίνες και αναστολείς PCSK9. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στην αγγειακή φλεγμονή, τον κύριο παθογενετικό μηχανισμό της νόσου. Τέλος αναλύονται γνωστοί αντιφλεγμονώδεις παράγοντες όπως αναστολείς P-selectin, ο παράγοντας νέκρωσης όγκου (anti-TNFα) και άλλες κυτοκίνες, καθώς και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (κορτικοί, μεθοτρεξάτη) που δυνητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το περιορισμό τόσο της στεφανιαίας όσο και της περιφερικής αγγειακής αθηροσκλήρωσης.

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε ασθενείς με περιφερική αγγειακή νόσο

Η χρήση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων έχει ένδειξη σε ασθενείς με περιφερική αγγειακή νόσο για την πρόληψη τόσο σχετιζόμενων με το άκρο επιπλοκών ό-

σο και καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Στην ομάδα αυτή των ασθενών χρησιμοποιείται τόσο η κλοπιδογρέλη όσο και η ασπιρίνη. Υπάρχουν δύο μελέτες που συγκρίνουν την χρήση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης) σε σχέση με τη μονοθεραπεία με ασπιρίνη καθώς και μια μελέτη που εξετάζει τη χρήση κλοπιδογρέλης σε σχέση με την ασπιρίνη ως μονοθεραπεία^{29, 30}.

Η κλοπιδογρέλη είναι ένας μη αναστρέψιμος ανταγωνιστής του υποδοχέα ADP των αιμοπεταλίων που αναστέλλει αποτελεσματικά την δραστηριότητα των αιμοπεταλίων. Η αναστολή αυτή της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων περιορίζει την έκφραση μορίων P-σελεκτίνης (CD62P), CD63, θρομβοσπονδίνης, CD40L και RANTES στην επιφάνεια των ενεργοποιημένων αιμοπεταλίων με αποτέλεσμα τον περιορισμό της αλληλεπίδρασης αιμοπεταλίων και αγγειακού ενδοθηλίου. Επίσης, η κλοπιδογρέλη ελαττώνει την έκφραση CD62p και CD63 στην επιφάνειά τους περιορίζοντας έτσι τη συσσώρευση τους και μειώνοντας τα επίπεδα του διαλυτού CD40L, μορίου που ρυθμίζει την αθηροθρόμβωση καθώς και την απελευθέρωση προφλεγμονωδών κυτοκινών από τα αγγειακά κύτταρα³¹. Σε κλινικό επίπεδο, οι επιδράσεις της κλοπιδογρέλης μπορεί να είναι μερικώς υπεύθυνες για την υπεροχή της ως προς την ασπιρίνη στη

μείωση αγγειακών συμβαμάτων, ειδικά σε ασθενείς με περιφερική αγγειακή νόσο. Σε ασθενείς με ΠΑΝ, φαίνεται ότι υπάρχει υπεροχή στη χρήση συνδυασμού ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης ως προς την αντιδραστικότητα των αιμοπεταλίων και τη συστηματική φλεγμονή συγκριτικά με τη χρήση ασπιρίνης ως μονοθεραπείας³².

Δύο μελέτες μια σε γενικό πληθυσμό (ασθενείς με σφυροβραχιόνιο δείκτη < 0,95) και μία σε διαβητικούς ασθενείς με τιμές σφυροβραχιόνιου δείκτη < 1 δεν ανέδειξαν κανένα όφελος από τη χρήση ασπιρίνης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς³³. Σε συμπτωματικούς ασθενείς, μια μελέτη 6200 τέτοιων ασθενών ανέδειξε υπεροχή της χρήσης ασπιρίνης σε σχέση με placebo στην πρόληψη σημαντικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων (συμπεριλαμβανομένων εμφραγμάτων μυοκαρδίου και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων)³⁴. Σε μια υποανάλυση της μελέτης CAPRIE (Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischaemic Events) φαίνεται η υπεροχή της χρήσης κλοπιδογρέλης έναντι ασπιρίνης σε υποομάδα ασθενών με συμπτωματική περιφερική αγγειακή νόσο σε σχέση με την καρδιαγγειακή θνητότητα και την εμφάνιση μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων³⁵. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια και στην ομάδα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Μέχρι τώρα δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα που να επιβεβαιώνουν την υπεροχή της χρήσης διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής έναντι της μονοθεραπείας με ασπιρίνη. Στη μελέτη CHARISMA, σε μια υποομάδα ασθενών με περιφερική αγγειακή νόσο, η διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μείωσε την εμφάνιση εμφράγματος μυοκαρδίου [HR 0.63 (95% CI 0.42–0.95)] με κόστος την αύξηση των σοβαρών αιμορραγιών³⁶.

Νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά

Η ριβαροξαμπάνη είναι ένας άμεσος αναστολέας του παράγοντα Χα. Ιστολογικές αναλύσεις καταδεικνύουν ότι σε πειραματικές μελέτες η ριβαροξαμπάνη μειώνει σημαντικά την εναπόθεση λίπους, την απόληξη κολληαγόνου, τη συσσώρευση μακροφάγων και την παραγωγή μεταλλοπρωτεϊνών (matrix metalloproteinase-9 MMP-9) σε αθηροσκληρωτικές πλάκες στην αορτή. Στην πρόσφατη μελέτη COMPASS (Cardiovascular Outcomes for People Using Anticoagulation Strategies trial), σε μια υποομάδα 7,470 ασθενών με ΠΑΝ, ο συν-



50
ΧΡΟΝΙΑ

ΕΠΕΝΔΥΟΥΜΕ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΠΑΡΑΓΟΥΜΕ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΣΤΗΡΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πνευμονολογία

Prolastin, άλφα-1 Αντιθρυψίνη

Demoren, Ιπρατρόπιο
& Σαλβουταμόλη

Zyrolen, Ιπρατρόπιο

Singodem, Μοντελουκάστη

Καρδιολογία

Delipid, Εζετιμίμμη

Piesiton, Ιρβεσαρτάνη

Piesiton-R, Ιρβεσαρτάνη
& Υδροχλωροθειαζίδη

Holisten, Ατορβαστατίνη

Demogrel, Κλοπιδογρέλη

Ivabradine DEMO, Ιβαμπραδίνη

Ουρολογία

Cecure, Σολιφενασίνη

Duagen, Δουταστερίδη

Zidrolin, Ταμσουλοσίνη

Zarmol, Βικαλουταμίδη

PM0721 07/2018

Βεβαιωθείτε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
και Αναβάστε
ΟΛΕΣ τις αντιδράσεις ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώστε την «ΑΝΤΙΡΕΣΗ ΚΑΡΤΑ»



ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΙΜΗ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ

Τιμή σφυροβραχιόνιου δείκτη	Στάδιο της νόσου	Σοβαρότητα απόφραξης αγγείων
0,9-0,99	Φυσιολογικές τιμές	Υπαρξη μικρής στένωσης των αρτηριών των κάτω άκρων.
0,8-0,89	Αρχικά στάδια ΠΑΝ	Ήπια απόφραξη
0,5-0,79	Ήπια απόφραξη των αρτηριών των κάτω άκρων που μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα πόνου κατά την άσκηση.	Μέτρια απόφραξη
<0,5	Σοβαρή απόφραξη	Σοβαρού βαθμού αθηροσκληρωτική νόσος αρτηριών κάτω άκρου

δυσασμός χαμηλής δόσης ριβαροξαμπάνης (2,5 mg rivaroxaban) σε συνδυασμό με ασπιρίνη μείωσε τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα συμπεριλαμβανόμενης της κρίσιμης ισχαιμίας άκρου σε σύγκριση με τη χορήγηση μεμονωμένα ασπιρίνης^{37, 38}. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δεν έχουν ακόμη ενσωματωθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της περιφερικής αγγειακής νόσου.

Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης

Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και οι αναστολείς υποδοχέων της αγγειοτενσίνης είναι παράγοντες που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Σε μελέτες που έχουν γίνει σε πειραματόζωα οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την πρόοδο της αθηροσκληρώσεως που είναι η κύρια αιτία που οδηγεί σε εμφάνιση ΠΑΝ μέσω σχηματισμού αγγειοτενσίνης και βραδυκινίνης³⁹. Η αγγειοτενσίνη II ενισχύει τον πολλαπλασιασμό των ηλιών μυϊκών κυττάρων και επάγει την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία μέσω αύξησης του οξειδωτικού stress στο αγγείο λόγω ενεργοποίησης της NADPH οξειδάσης και παραγωγής ελεύθερων ριζών οξυγόνου⁴⁰.

Σε κλινικό επίπεδο, η θεραπεία με τη χρήση ραμipρίλης ωφελεί ασθενείς με μέτρια στένωση περιορίζοντας σημαντικά τα επεισόδια πόνου και αυξάνοντας το μέγιστο διάστημα βαδίσματος σε σύγκριση με χορήγηση placebo⁴¹.

Στατίνες

Διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων όχι μόνο μέσω μείωσης των τιμών της LDL χοληστερόλης που επιδρά στην διαδικασία δημιουργίας του λιπώδους πυρήνα της αθηρωματικής πλάκας αλλά μέσω και των πηλιοτρό-

πων/αντιφλεγμονωδών/ανοσοτροποποιητικών δράσεων τους. Μέσω μελετών επιβεβαιώνεται η αντιφλεγμονώδης δράση λόγω αύξησης της συγκέντρωσης μονοξειδίου του αζώτου στο αγγειακό τοίχωμα που είναι αγγειοδιασταλτικός παράγων⁴². Επίσης, επιδρούν στη μείωση της αγγειακής φλεγμονής και στη σταθεροποίηση της αθηρωματικής πλάκας όπως επιβεβαιώνεται σε πολλές μελέτες όπως η μελέτη JUPITER. Σε ασθενείς με ΠΑΝ δεν υπάρχουν πολλές τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες που να καταδεικνύουν τις πηλιοτρόπες δράσεις των στατινών. Σε μια από αυτές μελετήθηκαν 5,480 ασθενείς με ασυμπτωματική ΠΑΝ που κλινικά όμως εμφάνιζαν τιμή σφυροβραχιόνιου δείκτη μικρότερη από 0,95 και στους οποίους χορηγήθηκαν στατίνες και παρατηρήθηκε μείωση στην εμφάνιση μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων^{43, 44}.

PCSK- 9 αναστολείς

Η πρωτεΐνη PCSK-9 επιδρά και ρυθμίζει την ποσότητα της LDL χοληστερόλης με δύο τρόπους. Πρώτον η κυκλοφορούσα στο αίμα πρωτεΐνη προσδέεται στο εξωκυττάριο τμήμα του υποδοχέα της λιποπρωτεΐνης LDL και μόλις εισέλθει στο ηπατοκύτταρο οδηγεί τον υποδοχέα στο λυσόσωμα προς αποδόμηση. Δεύτερον ενδοκυττάρια η πρωτεΐνη αυτή συνδέεται ξανά με τον υποδοχέα της LDL οδηγώντας τον σε λυσosomal αποδόμηση. Συνεπώς, μειώνεται η ηπατική πρόσληψη LDL χοληστερόλης και αυξάνονται τα επίπεδα της στο πλάσμα. Πρόσφατες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί με τη χρήση των παραγόντων alirocumab και evolocumab αποδεικνύουν την ευεργετική δράση τους στη μείωση των λιπιδίων και στον περιορισμό της αγγειακής φλεγμονής. Στη μελέτη GLAGOV (Global Assessment of Plaque Regression With a PCSK9 Antibody as Measured by Intravascular Ultrasound) η χρήση evolocumab σε ασθενείς με αγγειο-

ογραφικά επιβεβαιωμένη στεφανιαία νόσο, που ελάμβαναν στατίνη, είχε θετική στον περιορισμό της αθηροσκληρώσεως και στη μείωση του όγκου της αθηρωματικής πλάκας⁴⁵. Εκτός από την δράση τους ως παράγοντες μείωσης των λιπιδίων πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι επηρεάζουν και τη συστηματική φλεγμονή και κατ'επέκταση την αγγειακή φλεγμονή. Η συστηματική αυτή αντιφλεγμονώδης δράση πραγματοποιείται μέσω της σηματοδοτικής οδού TLR/NF-κΒ και του περιορισμού παραγωγής προφλεγμονωδών μορίων, όπως ο TNF-α, IL1 beta. Πειραματικά δεδομένα επίσης καταδεικνύουν το ρόλο του ενζύμου PCSK-9 στην παραγωγή οξειδωμένων λιποπρωτεΐνων LDL, οι οποίες έχουν μείζονα ρόλο στη διαδικασία σχηματισμού της αθηρωματικής πλάκας και στην αγγειακή φλεγμονή⁴⁶.

Σε περιπτώσεις που η συντηρητική θεραπευτική αγωγή με ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου και χορήγηση φαρμάκων για 3 έως 6 μήνες αποτύχει, θα πρέπει να πραγματοποιείται επεμβατική θεραπεία επαναιμάτωσης μετά από προσεκτική απεικόνιση των αγγείων⁴⁷. Η επαναιμάτωση μπορεί να γίνεται είτε χειρουργικά είτε με τοποθέτηση πρόθεσης διαδερμική⁴⁸. Η διαδερμική τοποθέτηση stent πραγματοποιείται σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν διαλείπουσα χωλότητα που δεν είναι ανεκτή και δε βελτιώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή. Η χειρουργική επαναγγείωση, πραγματοποιείται κυρίως σε ασθενείς με διάχυτη αθηρωματική νόσο με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και την προστασία της βιωσιμότητας του μέλους σε περιπτώσεις κριτικής ισχαιμίας⁴⁹.

Νεότερες θεραπευτικές κατευθύνσεις

Εκτός από τις υπάρχουσες θεραπείες για τις οποίες έχει αποδειχθεί η αντιφλεγμονώδης δράση πολλές νεότερες θεραπείες που

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Κατηγορία φαρμάκου	Στόχος	Αποτελέσματα στη ΠΑΝ
P2Y12 αναστολείς ([29-36])	Αναστολή συσσώρευσης αιμοπεταλίων	Μείωση συμπτωμάτων και εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων
Ριβαροξαμπάνη([37-38])	Άμεσος αναστολέας παράγοντα Χα	Μείωση εμφάνισης κρίσιμης ισχαιμίας κάτω άκρου
Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης([39-41])	Αναστολή παραγωγής αγγιοτενσίνης II	Αύξηση της απόστασης που μπορεί να διανύει ο ασθενής χωρίς πόνο
Στατίνες ([42-44])	Αναστολείς HMG-Co-A αναγωγής	Αύξηση της απόστασης που μπορεί να διανύει ο ασθενής χωρίς πόνο
PCSK9 αναστολείς evolocumab/alirocumab ([45-49])	Ρύθμιση της ποσότητας υποδοχέων LDL	Χωρίς στοιχεία
Μεθοτρεξάτη ([50])	Ανοσοκατασταλτικός παράγοντας	Χωρίς στοιχεία
Κολχικίνη([51-53])	Αντιφλεγμονώδης παράγοντας	Χωρίς στοιχεία
Αντι TNF-α παράγοντες etanercept adalimumab infliximab ([53-54])	Αναστολείς παραγωγής παράγοντα TNF α	Χωρίς στοιχεία
IL-1 αναστολείς (CANTOS μελέτη) ([55])	Αναστολή παραγωγής IL1b και ενεργοποίησης σηματοδοτικού καταρράκτη της ιντερλευκίνης 6	Αναστολή της προόδου της ΠΑΝ και βελτίωση τιμών σφυροβραχιόνιου δείκτη

επιδρούν στη συστηματική φλεγμονή θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως μελλοντικά θεραπευτικά εργαλεία.

Τέτοιες θεραπείες αφορούν αντιφλεγμονώδεις και ανοσοτροποποιητικούς παράγοντες. Αρχικά, η μεθοτρεξάτη, που χρησιμοποιείται σε πληθώρα αυτοάνοσων νοσημάτων και σε κάποιες μορφές καρκίνου, έχει αντιφλεγμονώδη δράση μειώνοντας τη συστηματική φλεγμονή επιδρώντας στη μείωση των επιπέδων ιντερλευκίνης 6 που αποτελεί κύριο διαμεσοδιαβητή της αγγειακής φλεγμονής. Αναμένονται τα αποτελέσματα μελετών στα οποία η μεθοτρεξάτη έχει προστεθεί στη φαρμακευτική αγωγή ασθενών με στεφανιαία νόσο και εξετάζεται η εμφάνιση μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων⁵⁰.

Εν συνεχεία, ένας άλλος αντιφλεγμονώδης παράγοντας είναι η κολχικίνη η δράση της οποίας δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή. Στοιχεία δείχνουν ότι η χρήση κολχικίνης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο οδήγησε σε μείωση παραγωγής φλεγμονωδών κυτοκινών και ειδικότερα της ιντερλευκίνης IL-1 beta⁵¹⁻⁵³.

Ένας άλλος παράγοντας που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως ρυθμιστής της αγγειακής φλεγμονής είναι ο παράγοντας TNF-α (anti-tumour necrosis factor- alpha), που έχει ήδη χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία πολλών αυτοάνοσων νόσων. Μικρές κλινικές μελέτες καταδεικνύουν ότι η χρήση τέτοιων παραγόντων (π.χ. idalimumab, infliximab, golimumab, etanercept) σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα επηρεά-

ζουν θετικά το αγγειακό τοίχωμα περιορίζοντας την αρτηριακή σκληρότητα⁵³.

Τέλος, πολλή υποσχόμενη θεραπεία είναι παράγοντες που αναστέλλουν την παραγωγή ιντερλευκίνης IL-1 beta, η οποία κατέχει κεντρικό ρόλο στην φλεγμονώδη διαδικασία μέσω ενεργοποίησης της σηματοδοτικής οδού της ιντερλευκίνης IL-6. Η IL-1 beta έχει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία του αθηρώματος, της θρόμβωσης και τέλος της δημιουργίας της αθηρωματικής πλάκας και της εξέλιξης αυτής όπως διαπιστώνεται σε πειραματικά μοντέλα⁵⁴. Η χρήση αυτών αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία στα πλαίσια της προσφάτως δημοσιευμένης μελέτης CANTOS στην οποία χορηγήθηκε canakinumab, ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα ενάντια στην IL-1 beta.

Η μελέτη αυτή ήταν τυχαίοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη στην οποία εξετάστηκε η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου και συστηματική φλεγμονώδη απάντηση(οριζόμενη ως τιμή C αντιδρώσας πρωτεΐνης CRP μεγαλύτερη ή ίση με 2 mg/l) στους οποίους χορηγήθηκε canakinumab. Μετά από παρακολούθηση 3,7 ετών η ομάδα ασθενών στην οποία χορηγήθηκε canakinumab εμφάνιζε σε σημαντικά μικρότερο βαθμό τα πρωτογενή καταληκτικά σημεία που ήταν έμφραγμα μυοκαρδίου, μη θανατηφόρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιαγγειακός θάνατος, συγκρινόμενη με την ομάδα

ασθενών που έλαβαν placebo. Μέσω της καινοτόμου αυτής μελέτης τονίζεται ο ρόλος της φλεγμονής στην διαδικασία της αθηροσκλήρωσης και οι νέοι δυναμικοί θεραπευτικοί στόχοι⁵⁵ (Πίνακας 2).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η περιφερική αγγειακή νόσος εμφανίζεται λόγω αυξημένης εμφάνισης αθηροσκλήρυνσης στις αρτηρίες των κάτω άκρων και είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου λόγω κοινής αιτιοπαθογένειας.

Η ανίχνευση των ασυμπτωματικών ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΠΑΝ είναι ζωτικής σημασίας και πραγματοποιείται είτε κλινικά είτε με τη μέτρηση του σφυροβραχιόνιου δείκτη.

Η βελτίωση των συνθηκών του τρόπου ζωής με διακοπή του καπνίσματος, αύξηση της σωματικής άσκησης, βελτίωση της διατροφής και η χορήγηση φάρμακων, όπως τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, αποτελούν την αρχική αντιμετώπιση της νόσου. Βέβαια, έχοντας κατανοήσει την αιτιοπαθογένεια της, νεότερες θεραπείες αρχίζουν να εξετάζονται όπως η χρήση παραγόντων με αντιφλεγμονώδη δράση. Νεότερα δεδομένα και περισσότερες μελέτες αναμένονται στο μέλλον ώστε η χρήση των αντιφλεγμονωδών αυτών φάρμακων να παγιωθεί για τους ασθενείς με περιφερική αγγειακή νόσο με στόχο τόσο τη βελτίωση των συμπτωμάτων της νόσου όσο και την πρόληψη εμφάνισης μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

BIBΛIOΓPAΦIKES ANAΦOPES

1. Ross, R., Atherosclerosis--an inflammatory disease. *N Engl J Med*, 1999. 340(2): p. 115-26.
2. Fowkes, F.G., et al., Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet*, 2013. 382(9901): p. 1329-40.
3. Criqui, M.H., et al., The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation*, 1985. 71(3): p. 510-5.
4. Guo, X., et al., Sensitivity and specificity of ankle-brachial index for detecting angiographic stenosis of peripheral arteries. *Circ J*, 2008. 72(4): p. 605-10.
5. Suominen, V., et al., PAD as a risk factor for mortality among patients with elevated ABI--a clinical study. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2010. 39(3): p. 316-22.
6. Selvin, E. and T.P. Erlinger, Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. *Circulation*, 2004. 110(6): p. 738-43.
7. Gokce, N., et al., Predictive value of noninvasively determined endothelial dysfunction for long-term cardiovascular events in patients with peripheral vascular disease. *J Am Coll Cardiol*, 2003. 41(10): p. 1769-75.
8. Norgren, L., et al., Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2007. 33 Suppl 1: p. S1-75.
9. Hirsch, A.T., et al., Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*, 2001. 286(11): p. 1317-24.
10. Ouriel, K., Peripheral arterial disease. *Lancet*, 2001. 358(9289): p. 1257-64.
11. Leng, G.C., et al., Incidence, natural history and cardiovascular events in symptomatic and asymptomatic peripheral arterial disease in the general population. *Int J Epidemiol*, 1996. 25(6): p. 1172-81.
12. Hirsch, A.T., Treatment of peripheral arterial disease--extending "intervention" to "therapeutic choice". *N Engl J Med*, 2006. 354(18): p. 1944-7.
13. Ouriel, K., Detection of peripheral arterial disease in primary care. *JAMA*, 2001. 286(11): p. 1380-1.
14. Lawall, H., et al., The Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Vascular Disease. *Dtsch Arztebl Int*, 2016. 113(43): p. 729-736.
15. Belch, J.J., et al., Critical issues in peripheral arterial disease detection and management: a call to action. *Arch Intern Med*, 2003. 163(8): p. 884-92.
16. Ranke, C., A. Creutzig, and K. Alexander, Duplex scanning of the peripheral arteries: correlation of the peak velocity ratio with angiographic diameter reduction. *Ultrasound Med Biol*, 1992. 18(5): p. 433-40.
17. Adriaensen, M.E., et al., Peripheral arterial disease: therapeutic confidence of CT versus digital subtraction angiography and effects on additional imaging recommendations. *Radiology*, 2004. 233(2): p. 385-91.
18. Criqui, M.H., et al., Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *N Engl J Med*, 1992. 326(6): p. 381-6.
19. Suominen, V., et al., Prevalence and risk factors of PAD among patients with elevated ABI. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2008. 35(6): p. 709-14.
20. Mitchell, M.E. and A.N. Sidawy, The pathophysiology of atherosclerosis. *Semin Vasc Surg*, 1998. 11(3): p. 134-41.
21. Fan, J. and T. Watanabe, Inflammatory reactions in the pathogenesis of atherosclerosis. *J Atheroscler Thromb*, 2003. 10(2): p. 63-71.
22. Takahashi, K., M. Takeya, and N. Sakashita, Multifunctional roles of macrophages in the development and progression of atherosclerosis in humans and experimental animals. *Med Electron Microsc*, 2002. 35(4): p. 179-203.
23. Rudijanto, A., The role of vascular smooth muscle cells on the pathogenesis of atherosclerosis. *Acta Med Indones*, 2007. 39(2): p. 86-93.
24. Newby, A.C. and A.B. Zaltsman, Fibrous cap formation or destruction--the critical importance of vascular smooth muscle cell proliferation, migration and matrix formation. *Cardiovasc Res*, 1999. 41(2): p. 345-60.
25. McDermott, M.M., Exercise Rehabilitation for Peripheral Artery Disease: A REVIEW. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 2018. 38(2): p. 63-69.
26. Sakamoto, S., et al., Patients with peripheral artery disease who complete 12-week supervised exercise training program show reduced cardiovascular mortality and morbidity. *Circ J*, 2009. 73(1): p. 167-73.
27. Aronow, W.S., et al., Relation of increased hemoglobin A(1c) levels to severity of peripheral arterial disease in patients with diabetes mellitus. *Am J Cardiol*, 2007. 99(10): p. 1468-9.
28. Mehler, P.S., et al., Intensive blood pressure control reduces the risk of cardiovascular events in patients with peripheral arterial disease and type 2 diabetes. *Circulation*, 2003. 107(5): p. 753-6.
29. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. *Lancet*, 1996. 348(9038): p. 1329-39.
30. Fowkes, F.G., et al., Aspirin for prevention of cardiovascular events in a general population screened for a low ankle brachial index: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2010. 303(9): p. 841-8.
31. Antoniadou, C., et al., The CD40/CD40 ligand system: linking inflammation with atherothrombosis. *J Am Coll Cardiol*, 2009. 54(8): p. 669-77.
32. Klinkhardt, U., et al., Clopidogrel but not aspirin reduces P-selectin expression and formation of platelet-leukocyte aggregates in patients with atherosclerotic vascular disease. *Clin Pharmacol Ther*, 2003. 73(3): p. 232-41.
33. Belch, J., et al., The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. *BMJ*, 2008. 337: p. a1840.
34. Berger, J.S., et al., Aspirin for the prevention of cardiovascular events in patients with peripheral artery disease: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA*, 2009. 301(18): p. 1909-19.
35. Creager, M.A., Results of the CAPRIE trial: efficacy and safety of clopidogrel. Clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events. *Vasc Med*, 1998. 3(3): p. 257-60.
36. Cacoub, P.P., et al., Patients with peripheral arterial disease in the CHARISMA trial. *Eur Heart J*, 2009. 30(2):

- p. 192-201.
37. Hara, T., et al., Rivaroxaban, a novel oral anticoagulant, attenuates atherosclerotic plaque progression and destabilization in ApoE-deficient mice. *Atherosclerosis*, 2015. 242(2): p. 639-46.
 38. Eikelboom, J.W., et al., Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*, 2017. 377(14): p. 1319-1330.
 39. Yusuf, S., et al., Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med*, 2000. 342(3): p. 145-53.
 40. Shahin, Y., J.R. Cockcroft, and I.C. Chetter, Randomized clinical trial of angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, in patients with intermittent claudication. *Br J Surg*, 2013. 100(9): p. 1154-63.
 41. Ahimastos, A.A., et al., Effect of ramipril on walking times and quality of life among patients with peripheral artery disease and intermittent claudication: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2013. 309(5): p. 453-60.
 42. Antoniadou, C., et al., Rapid, direct effects of statin treatment on arterial redox state and nitric oxide bioavailability in human atherosclerosis via tetrahydrobiopterin-mediated endothelial nitric oxide synthase coupling. *Circulation*, 2011. 124(3): p. 335-45.
 43. Antonopoulos, A.S., et al., Translating the effects of statins: from redox regulation to suppression of vascular wall inflammation. *Thromb Haemost*, 2012. 108(5): p. 840-8.
 44. Ramos, R., et al., Statins for Prevention of Cardiovascular Events in a Low-Risk Population With Low Ankle Brachial Index. *J Am Coll Cardiol*, 2016. 67(6): p. 630-640.
 45. Nicholls, S.J., et al., Effect of Evolocumab on Progression of Coronary Disease in Statin-Treated Patients: The GLAGOV Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 2016. 316(22): p. 2373-2384.
 46. Tang, Z.H., et al., New role of PCSK9 in atherosclerotic inflammation promotion involving the TLR4/NF-kappaB pathway. *Atherosclerosis*, 2017. 262: p. 113-122.
 47. Jones, W.S., et al., Comparative effectiveness of endovascular and surgical revascularization for patients with peripheral artery disease and critical limb ischemia: systematic review of revascularization in critical limb ischemia. *Am Heart J*, 2014. 167(4): p. 489-498 e7.
 48. Olin, J.W., et al., Peripheral Artery Disease: Evolving Role of Exercise, Medical Therapy, and Endovascular Options. *J Am Coll Cardiol*, 2016. 67(11): p. 1338-57.
 49. Fakhry, F., et al., Endovascular Revascularization and Supervised Exercise for Peripheral Artery Disease and Intermittent Claudication: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 2015. 314(18): p. 1936-44.
 50. Kim, H.J., et al., Effects of Methotrexate on Carotid Intima-media Thickness in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Korean Med Sci*, 2015. 30(11): p. 1589-96.
 51. Verma, S., et al., Colchicine in cardiac disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*, 2015. 15: p. 96.
 52. Nidorf, S.M., et al., Low-dose colchicine for secondary prevention of cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*, 2013. 61(4): p. 404-10.
 53. Barnabe, C., B.J. Martin, and W.A. Ghali, Systematic review and meta-analysis: anti-tumor necrosis factor alpha therapy and cardiovascular events in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2011. 63(4): p. 522-9.
 54. Morton, A.C., et al., The effect of interleukin-1 receptor antagonist therapy on markers of inflammation in non-ST elevation acute coronary syndromes: the MRC-ILA Heart Study. *Eur Heart J*, 2015. 36(6): p. 377-84.
 55. Protogerou, A.D., et al., A pilot study of endothelial dysfunction and aortic stiffness after interleukin-6 receptor inhibition in rheumatoid arthritis. *Atherosclerosis*, 2011. 219(2): p. 734-6. 



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Το 6ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Αναισθησιολογία της C.E.E.A (Committee for European Education in Anaesthesiology - Ευρωπαϊκή Ένωση Εκπαίδευσης στην Αναισθησιολογία), με θέμα "Ειδική Αναισθησιολογία και Αναισθησία σε Ειδικές Καταστάσεις", θα πραγματοποιηθεί στις 1, 2 και 3 Νοεμβρίου 2018 στη Θεσσαλονίκη και το 1ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην Αναισθησιολογία της C.E.E.A (Committee for European Education in Anaesthesiology - Ευρωπαϊκή Ένωση Εκπαίδευσης στην Αναισθησιολογία), με θέμα "Αναπνοή και Θώρακας" θα πραγματοποιηθεί στις 7, 8 και 9 Φεβρουαρίου 2019 στη Θεσσαλονίκη.

Τόπος: Ξενοδοχείο "Porto Palace", Θεσσαλονίκη

Πληροφορίες: Τηλ - Fax: 2310865537, κιν.: 6947681069

email: th55aster@gmail.com

Καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης: ΕΝΑ ΝΕΟ ΠΡΟΤΥΠΟ

ΔΡ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΡ. ΤΡΙΚΑΣ MD, FESC, FACC

Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα ΓΝΑ «ΕΛΠΙΣ»

Περίπου οι μισοί ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν ως επί το πλείστον διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΔΚΕ) και ο επιπολασμός φαίνεται να αυξάνεται¹. Επίσης έχουν παρόμοια νοσηρότητα με τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΜΚΕ) αλλά έως σήμερα λίγες αποτελεσματικές θεραπείες είναι διαθέσιμες². Οι προσπάθειες για την ανάπτυξη θεραπειών για τους ασθενείς με ΚΑΔΚΕ που αποδεδειγμένα ωφελούν τους ασθενείς με μειωμένο κλάσμα εξώθησης όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου και οι αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτασίνης έχουν αποτύχει³. Φαίνεται ότι η ΚΑΔΚΕ και η ΚΑΜΚΕ είναι δυο διακριτές οντότητες με διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς⁴.

Η γνώσεις μας για τη δομή και τη λειτουργία του μυοκαρδίου στην ΚΑΔΚΕ είναι περιορισμένες λόγω της έλλειψης του μυοκαρδιακού ιστού που λαμβάνεται από ασθενείς με ΚΑΔΚΕ⁵. Κατά την τελευταία δεκαετία, διάφορες ομάδες ερευνητών έλαβαν μυοκαρδιακό ιστό από ασθενείς με ΚΑΔΚΕ. Αυτές οι μελέτες αποκάλυψαν ειδικές αλλοιώσεις στη δομή και λειτουργία του μυοκαρδίου που ήταν σχετικές με την αναδιαμόρφωση της αριστεράς κοιλίας και τη διαστολική δυσλειτουργία. Οι δομικές αυτές αλλαγές περιλαμβάνουν υπερτροφία των μυοκαρδιακών κυττάρων και διάμεση ίνωση, ενώ στις λειτουργικές αλλαγές είχαμε ατελή χάλαση του μυοκαρδίου και αυξημένη δυσκαμψία των μυοκυττάρων.^{6,7}

Οι ίδιες μελέτες επίσης έδειξαν ανώμαλα ενδομυοκαρδιακά σήματα που προκύπτουν από τα ενδοθηλιακά κύτταρα τα μόρια προσκόλλησης τα φλεγμονώδη κύτταρα και το οξειδωτικό στρες.

Ένα νέο μοντέλο για ΚΑΔΚΕ

Όπως φαίνεται στο σχήμα 1, το νέο πρότυπο προτείνει ότι η μυοκαρδιακή αναδιαμόρφωση και η δυσλειτουργία στην ΚΑΔΚΕ προκαλούνται από μια ακολουθία γεγονότων που αποτελούνται από τα εξής: 1) τα συνοδά νοσήματα και ειδικά η παχυσαρκία προκαλεί μια προφλεγμονώδη κατά-

σταση 2) λόγω αυτής της προφλεγμονώδους κατάστασης τα ενδοθηλιακά κύτταρα της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας παράγουν τις δραστικές μορφές οξυγόνου (ROS) οι οποίες περιορίζουν τη βιοδιαθεσιμότητα του μονοξειδίου του αζώτου (NO) για τα παρακείμενα μυοκαρδιακά κύτταρα 3) Η περιορισμένη βιοδιαθεσιμότητα του NO μειώνει τη δραστηριότητα της πρωτεϊνικής κινάσης G (PKG) στα μυοκύτταρα 4) η χαμηλή δραστηριότητα της PKG ευνοώνει την υπερτροφία των μυοκυττάρων επάγοντας έτσι τη συγκεντρική αναδιαμόρφωση της αριστεράς κοιλίας και την δυσκαμψία των μυοκυττάρων λόγω της μειωμένης φωσφορύλωσης μιας μεγαλομοριακής πρωτεΐνης που βρίσκεται στον κυτταρικό σκελετό της τιτίνης και 5) τόσο η δυσκαμψία των μυοκυττάρων όσο και η αυξημένη εναπόθεση κοιλιαγόνου προκαλεί διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας, που είναι η κύρια διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας στην ΚΑΔΚΕ.

Συνοδά νοσήματα σε ΚΑΔΚΕ και συστηματική προφλεγμονώδη κατάσταση

Μη καρδιακά συνοδά νοσήματα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στην ΚΑΔΚΕ. Τα πιο σημαντικά είναι υπέρβαροι /παχυσαρκία, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβή-

της, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αναιμία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Όλα αυτά τα συνοδά νοσήματα έχουν την ικανότητα να επάγουν μια συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση. Στη σπληαχνική παχυσαρκία, ο λιπώδης ιστός διηθείται με μακροφάγα, τα οποία προκαλούν μια συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση λόγω της έκκρισης προφλεγμονωδών κυτοκινών⁸. Σε νατριοευαίσθητη υπέρταση, η υψηλή πρόσληψη αλατιού οδηγεί σε συστηματικό οξειδωτικό στρες, πιθανότατα λόγω προφλεγμονωδών κυτταροκινών που παράγονται από το νεφρό, και στην καρδιακή ανεπάρκεια με ή χωρίς αναιμία, η έλλειψη σιδήρου συμβάλλει στις ανοσολογικές απαντήσεις και στο οξειδωτικό στρες⁹. Πρόσφατα μια μελέτη έδειξε ότι τα συνοδά νοσήματα συνδέονται με μεγαλύτερη επιδείνωση της δομής και λειτουργίας του μυοκαρδίου σε ΚΑΔΚΕ σε σχέση με την αρτηριακή υπέρταση¹⁰.

Η συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση που προκαλείται από αυτά τα συνοδά νοσήματα πρόσφατα αποδείχθηκε ότι έχει προγνωστική αξία στην ΚΑΔΚΕ αλλά δεν έχει στην καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑΜΚΕ). Σε αυτή τη μελέτη, η συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση ήταν εμφανής από την υψηλή επίπεδα της ιντερλευκίνης 6 (IL-6) και του παράγοντα νέκρωσης όγκου α (TNF-α).¹¹ Επιπλέον, σε διασταυρούμενες μελέτες διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα στο πλάσμα από άλλους φλεγμονώδεις δείκτες όπως οι διαλυτές πρωτεΐνες ST2, ή η πενταζίνη 3¹².

Φλεγμονή του ενδοθηλίου της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας και βιοδιαθεσιμότητα του NO

Η συστηματική φλεγμονώδης κατάσταση επάγεται από τα συνοδά νοσήματα και επηρεάζει το στεφανιαίο μικροαγγειακό ενδοθήλιο όπως προκύπτει από πρόσφατες μελέτες σε δείγματα βιοψίας ασθενών με ΚΑΔΚΕ, έτσι τα μόρια προσκόλλησης στα αγγειακά κύτταρα (VCAM) και η Ε-σελεκτίνη φάνηκε να εκφράζονται σε μεγάλες ποσότητες στην επιφάνεια των ενδοθηλιακών κυττάρων⁶. Η έκφραση των μορίων οδηγεί στην ενεργοποίηση και μετανάστευση υπενδοθηλιακά των κυκλοφορούντων λευκοκυττάρων. Οι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες είναι επίσης γνωστό ότι προκαλούν ενδοθηλιακή παραγωγή των δραστικών μορφών οξυγόνου (ROS) μέσω ενεργοποίησης της νικοτιναμιδοαδε-

βινονουκλεοτιδικής φωσφορικής οξειδάσης (NADPH) Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει το υψηλό οξειδωτικό στρες, το οποίο πρόσφατα οπτικοποιήθηκε σε μυοκάρδιο ασθενών με ΚΑΔΚΕ με ειδικές χρώσεις¹³.

Εκτός από τις συνοδές παθήσεις που επάγουν τη συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση όπως ο Σ.Δ., και οι φυσιολογικές διαδικασίες επίσης όπως η γήρανση, μπορεί να ενισχύσει άμεσα την ενδοθηλιακή παραγωγή των δραστικών μορφών οξυγόνου (ROS).

Έκθεση των ενδοθηλιακών κυττάρων σε αυξημένη γλυκόζη προκαλεί μιτοχονδριακό κατακερματισμό, και δυσλειτουργία στην παραγωγή ROS και νιτροτυροσίνης. Η ενδοθηλιακή μιτοχονδριακή δυσλειτουργία επίσης έχει αποδειχθεί ότι αυξάνεται με την ηλικία¹⁴.

Ως αποτέλεσμα της μικροαγγειακής ενδοθηλιακής φλεγμονής των στεφανιαίων, η απόκριση στην ακετυλοχολίνη (αγγειοδιαστολή) μειώθηκε σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ και η μειωμένη αγγειοδιαστολή σχετίζεται με τη διαστολική δυσλειτουργία της αρ. κοιλίας. Αρκετές πρόσφατες μελέτες υπογράμμισαν τη σημασία μιας ανεπαρκούς συστηματικής αγγειοδιασταλτικής απάντησης στη μειωμένη αντοχή στην άσκηση των ασθενών με ΚΑΔΚΕ¹⁵.

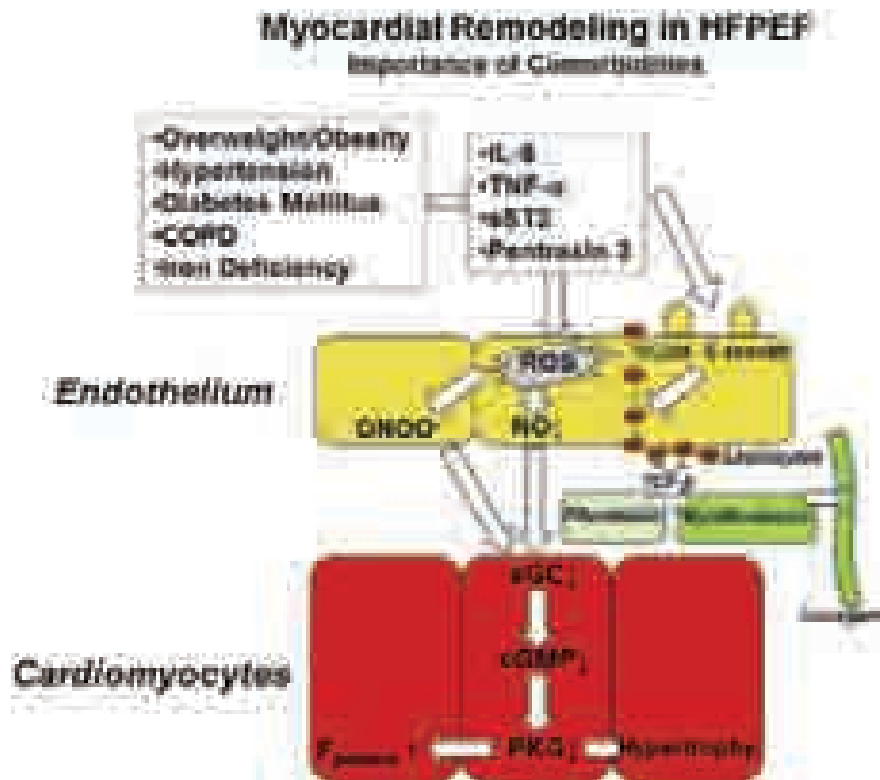
Πρόσφατα η περιφερική ενδοθηλιακή δυσλειτουργία αναγνωρίστηκε επίσης ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της έκβασης των ασθενών με ΚΑΔΚΕ, αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη αιτιολογικής συμμετοχής της δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου σε ΚΑΔΚΕ¹⁶.

Χαμηλή βιοδιαθεσιμότητα NO και δραστηριότητα PKG

Μαζί με τη δυσλειτουργική ενδοθήλιο, στα μυοκαρδιακά κύτταρα η χαμηλή βιοδιαθεσιμότητα του NO και τα υψηλά επίπεδα υπεροξυνιτρικού προδιαθέτουν στη μείωση της κυκλικής μονοφωσφορικής γουανυσίνης (cGMP) από τη διαλυτή γουανυλική κυκλάση (sGC).

Τόσο το χαμηλό cGMP όσο και η χαμηλή δραστηριότητα της PKG αποδείχθηκαν πρόσφατα σε μυοκαρδιακό ιστό ασθενών με ΚΑΔΚΕ¹⁷. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτέλεσε η αδυναμία του νατριουρητικού πεπτιδίου τύπου Β (BNP) στην εξομάλυνση των επιπέδων της cGMP με τη μεσοδόληση της διαλυτής γουανυλικής κυκλάσης (sGC).

Αυτή η αδυναμία σχετίζεται με το χαμηλό διαστολικό τοιχωματικό stress που υ-

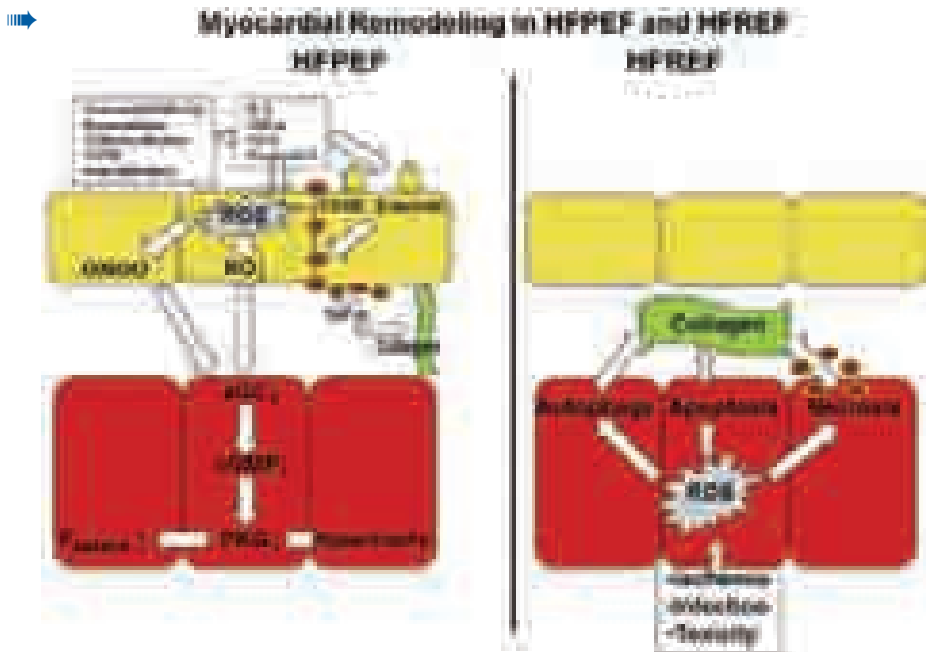


Σχήμα 1. Τα συνοδά νοσήματα προκαλούν δυσλειτουργία του μυοκαρδίου και αναδιαμόρφωση στην ΚΑΔΚΕ. Τα συνοδά νοσήματα επάγουν μια συστηματική προφλεγμονώδη κατάσταση με υψηλά επίπεδα ιντερλευκίνης 6 (IL-6), του παράγοντα νέκρωσης όγκου α (TNF-α), των διαλυτών πρωτεϊνών ST2, και της πεντραξίνης 3. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας παράγουν αντιδραστικά τις δραστικές μορφές οξυγόνου (ROS), τα μόρια προσκόλλησης στα αγγειακά κύτταρα (VCAM) και την E-σελεκτίνη. Η παραγωγή των ROS οδηγεί στο σχηματισμό υπεροξυνιτρικού (ONOO-) και σε μειωμένη βιοδιαθεσιμότητα του NO τα οποία αμφότερα μειώνουν τη δραστηριότητα της διαλυτής γουανυλικής κυκλάσης (sGC) στα γειτονικά μυοκαρδιακά κύτταρα. Η μειωμένη δραστηριότητα της sGC μειώνει περαιτέρω τη συγκέντρωση της κυκλικής μονοφωσφορικής γουανυσίνης (cGMP) και τη δραστηριότητα της πρωτεϊνικής κινάσης G (PKG). Η μειωμένη δραστηριότητα της PKG αυξάνει την τάση ηρεμίας ($F_{passive}$) των μυοκαρδιακών κυττάρων λόγω της μειωμένης φωσφορυλίωσης της τιτίνης ευδώνοντας την υπερτροφία των μυοκυττάρων. Η έκφραση στα ενδοθηλιακά κύτταρα των VCAM και της E-σελεκτίνης ευνοεί τη μετανάστευση μονοκυττάρων. Στο υπενδοθήλιο. Τα μονοκύτταρα αυτά απελευθερώνουν τον αυξητικό παράγοντα β (TGF-β). Ο παράγοντας αυτός ενεργοποιεί τη μετατροπή των ινοβλαστών σε μυοϊνοβλάστες και την εναπόθεση κολλαγόνου στο διάμεσο χώρο. COPD= χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια HFPEF= καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης.

πάρχει σε μια συγκεντρικά αναδιαμορφωμένη αριστερή κοιλία και συμφωνεί με τα χαμηλά επίπεδα BNP που παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ και ενισχύει τη χρήση του αναστολέα νεπριλυσίνης των υποδοχέων της αγγειοτασίνης (angiotensin-receptor/neprilysin inhibitor - ARNI) μειώνοντας την αποδοχή του BNP¹⁸.

Μειωμένη δραστηριότητα PKG και υπερτροφία των μυοκαρδιακών κυττάρων, χάλαση και δυσκαμψία

Έχει παρατηρηθεί σε πολλές πειραματικές και κλινικές μελέτες ότι η PKG λειτουργεί ως τροχοπέδη για την μυοκαρδιακή υπερτροφία¹⁹. Σε ασθενείς με διαβητική μυοκαρδιοπάθεια και συγκεντρική ανα-



Σχήμα 2. Δυσλειτουργία μυοκαρδίου και αναδιαμόρφωση στην ΚΑΔΚΕ και στην ΚΑμ-ΚΕ. Στην ΚΑΔΚΕ η μυοκαρδιακή δυσλειτουργία και η αναδιαμόρφωση ξεκινά από τη φλεγμονή του ενδοθηλίου και το οξειδωτικό στρες. Στην ΚΑμΚΕ, το οξειδωτικό στρες προέρχεται από τα μυοκαρδιακά κύτταρα λόγω της ισχαιμίας, της ροίμωξης, ή από τοξικούς παράγοντες. Οι δραστικές μορφές οξυγόνου (ROS) πυροδοτούν την αυτοφαγία, την απόπτωση, ή τη νέκρωση των μυοκαρδιακών κυττάρων και τα οποία προσελκύουν τα λευκοκύτταρα. Τα νεκρά μυοκαρδιακά κύτταρα αντικαθίστανται από ινώδη ιστό. HFREF= καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης.

διαμόρφωση της αρ. κοιλίας, η θεραπεία με σιλντεναφίλη η οποία αυξάνει τη δραστηριότητα της μυοκαρδιακής PKG μέσω της αναστολής της διάσπαση της cGMP από την 5 φωσφοδιεστεράση (PDE5) φάνηκε ότι μειώνει τη σχέση μάζας αρ. κοιλίας / όγκου²⁰, πρόσφατα επίσης φάνηκε ότι η χαμηλή δραστηριότητα της μυοκαρδιακής PKG σε ΚΑΔΚΕ συσχετίζεται με μεγαλύτερο διάμετρο των μυοκαρδιακών κυττάρων¹⁷. Μια παρόμοια σχέση μεταξύ μυοκαρδιακής δραστηριότητας της PKG και της υπερτροφίας των μυοκαρδιακών κυττάρων ήταν επίσης προφανής σε ασθενείς με αορτική στένωση, οι οποίοι είχαν χαμηλή μυοκαρδιακή δραστηριότητα της PKG και υπερτροφία των μυοκαρδιακών κυττάρων όταν συνηπρχε και σακχαρώδης διαβήτης²¹.

Η ελλιπής σηματοδότηση του NO-cGMP-PKG από το ενδοθήλιο στο μυοκάρδιο επηρεάζει επίσης τη χάλαση του μυοκαρδίου. Σε απομονωμένα παρασκευάσματα καρδιακού μυός, η απώλεια του ενδοκαρδιακού ενδοθηλίου καθυστερεί την εμφάνιση της χάλασης²².

Επίσης εκτός από τις επιπτώσεις στην μυοκαρδιακή χάλαση, η σηματοδότηση του NO-cGMP-PKG από το ενδοθήλιο στο μυοκάρδιο ρυθμίζει και τη δυσκαμψία του μυοκαρδίου. Εγχύσεις στα στεφανιαία NO μείωσε οξέως τη διαστολική δυσκαμψία της αριστερής κοιλίας σε φυσιολογικούς ανθρώπους καθώς και στη στένωση της αορτής, και στη διαστατική μυοκαρδιοπάθεια²³. Η χρόνια αναστολή της NO συνθετάση σε αρουραίους προκαλεί μετατόπιση προς τα αριστερά της διαστολικής καμπύλης πίεσης-όγκου σε αντίθεση όταν χορηγείται ενδοθηλιακή NO συνθετάση προκαλείται εξασθένηση της διαστολικής δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας σε ένα αρουραίο με ΚΑΔΚΕ²⁴.

Δυσκαμψία μυοκαρδιακών κυττάρων και ίνωση συμβάλλουν στη διαστολική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου

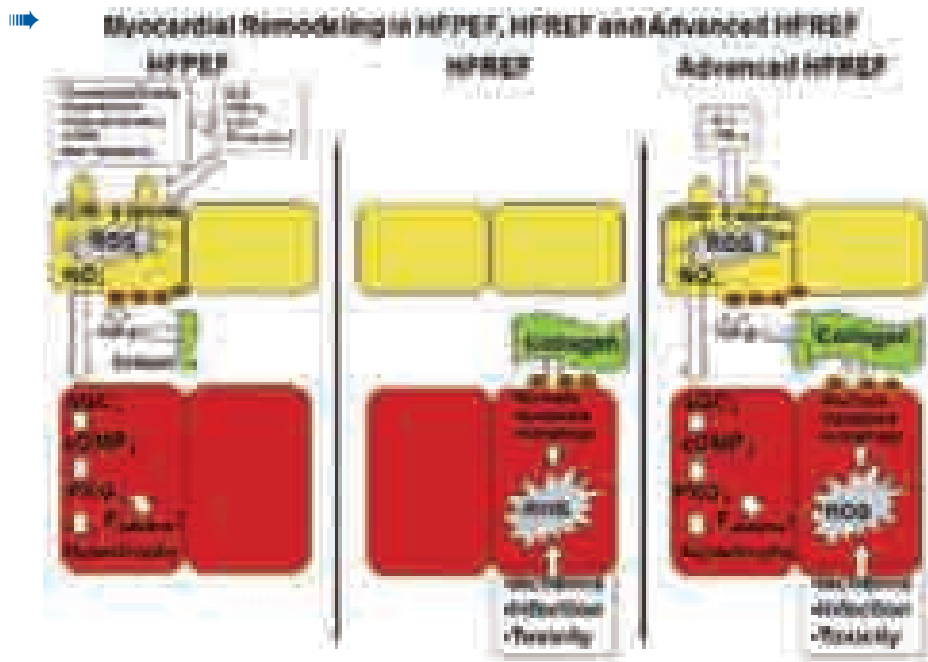
Μια πρόσφατη ιστολογική μελέτη μυοκαρδίου με ΚΑΔΚΕ έδειξε υψηλότερη έκφραση του κολλαγόνου τύπου I και πε-

ρισσότερη διασταυρούμενη διασύνδεση του κολλαγόνου, που είχε σαν αποτέλεσμα τη διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας, αυτό οφείλεται σύμφωνα με τους ερευνητές στη διαφοροποίηση των ινοβλαστών σε μυοϊνοβλάστες εξαιτίας του αυξητικού παράγοντα (transforming growth factor B) TGFb που απελευθερώνεται από τα μονοκύτταρα, τα οποία έχουν μεταναστεύσει εκεί λόγω της φλεγμονής μέσω του μικροαγγειακού ενδοθηλίου. Επίσης η μικροαγγειακή φλεγμονή ευνοεί άμεσα τον πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών σε μυοϊνοβλάστες λόγω της μειωμένης βιοδιαθεσιμότητας NO²⁵.

Αυξημένο μυοκαρδιακό μεταφορτίο

Η αρτηριακή υπέρταση είναι η πιο συχνή πάθηση σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ. Παρά το γεγονός ότι η αρτηριακή υπέρταση έχει συσχετισθεί με το οξειδωτικό στρες και την αγγειακή φλεγμονή, η αρτηριακή υπέρταση συνήθως θεωρείται ότι επάγει την ΚΑΔΚΕ μέσω αυξημένου μεταφορτίου. Το νέο πρότυπο δίνει έμφαση στη μικροαγγειακή φλεγμονή, η οποία μειώνει τη βιοδιαθεσιμότητα του μυοκαρδιακού NO το οποίο με τη σειρά του μειώνει την προστασία από τα προϋπερτροφικά ερεθίσματα που προκαλούνται από το αυξημένο μεταφορτίο. Αυτή η διαδικασία υποστηρίζεται από τα ακόλουθα επιχειρήματα:

1. Σε όλες τις μεγάλες μελέτες της ΚΑΔΚΕ περιλαμβάνονται ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση που έχουν αυξημένη συστολική πίεση αλλά φυσιολογική διαστολική πίεση. Στην ΚΑΔΚΕ οι διαστάσεις της αρ. κοιλίας είναι μικρές και, ειδικά όταν υπάρχει υπερτροφία η αριστερή κοιλία λειτουργεί με μια ευνοϊκή σχέση σύμφωνα με το νόμο του Laplace. Ως εκ τούτου η συστολική τοιχωματική τάση, παραμένει χαμηλή παρά την αύξηση της συστολικής πίεσης της αριστερής κοιλίας²⁶.
2. Σε μερικές μελέτες παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συνεισφορά των μεταβολικών νοσημάτων στην ανάπτυξη της ΚΑΔΚΕ από ό,τι της αρτηριακής υπέρτασης. Στο registry της MONICA, η διάταση του αριστερού κόλπου συσχετιζόταν έντονα με την παχυσαρκία, λιγότερο με την ηλικία και δεν είχε σχέση με αρτηριακή υπέρταση²⁷. Στην ALL-HAT, (Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial) ➡



Σχήμα 3. Δυσλειτουργία μυοκαρδίου και αναδιαμόρφωση στην ΚΑΔΚΕ, στην ΚΑμΚΕ και στην προχωρημένη ΚΑμΚΕ.

Στην ΚΑΔΚΕ η μυοκαρδιακή δυσλειτουργία και η αναδιαμόρφωση ξεκινά από τη φλεγμονή του ενδοθηλίου και το οξειδωτικό στρες. Στην ΚΑμΚΕ, το οξειδωτικό στρες προέρχεται από τα μυοκαρδιακά κύτταρα και στην προχωρημένη ΚΑμΚΕ οι δυο μηχανισμοί αλληλεπικαλύπτονται.

η οποία είχε συμπεριλάβει 40.000 ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και έναν επιπλέον παράγοντα κινδύνου, σημαντικά βασικά χαρακτηριστικά στην διάκριση της ΚΑμΚΕ ή ΚΑΔΚΕ ήταν, αντίστοιχα, ένα ιστορικό στεφανιαίας νόσου που ευνοούσε την ΚΑμΚΕ και ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος που ευνοούσε την ΚΑΔΚΕ. Σε αντίθεση, η συστολική ή η διαστολική αρτηριακή πίεση δε διαφοροποιήθηκαν στην ανάπτυξη της ΚΑμΚΕ ή της ΚΑΔΚΕ²⁸.

3. Η συμμετοχή και άλλων καρδιακών κοιλοτήτων, πλην της αριστερής κοιλίας στην ΚΑΔΚΕ είναι επίσης ένα ισχυρό επιχείρημα για την μικροαγγειακή φλεγμονώδη κατάσταση που οδηγεί στην αναδιαμόρφωση του μυοκαρδίου. Όταν η δευτεροπαθής πνευμονική υπέρταση που οφείλεται σε ΚΑΔΚΕ συγκριθεί με την πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση, οι ασθενείς με δευτεροπαθή πνευμονική υπέρταση έχουν υψηλότερες πιέσεις στο δεξιό κόλπο με μικρότερη διάταση του δεξιού κόλπου που συμφωνεί με την μειωμένη ενδοτικότητα του δεξιού κόλπου. Το εύρημα αυτό δεν θα μπο-

ρούσε να αποδοθεί στη μέση πίεση της πνευμονικής αρτηριακής γιατί ήταν παρόμοια και στις δύο καταστάσεις, αλλά μάλλον σχετίζεται με τον υψηλό επιπολασμό της παχυσαρκίας σε ΚΑΔΚΕ (46% έναντι 15%)²⁹. Παρόμοια, σε μια άλλη μελέτη συγκρίθηκαν ασθενείς με ΚΑΔΚΕ και ΚΑμΚΕ, η πίεση ενσφηνωσης των πνευμονικών τριχοειδών αυξήθηκε ισόποσα, αλλά ο όγκος του αριστερού κόλπου ήταν σημαντικά μικρότερος στην ΚΑΔΚΕ από ό, τι στην ΚΑμΚΕ. Τέλος, στην ίδια μελέτη αξιολογήθηκε η απόδοση της δεξιάς κοιλίας και βρέθηκε να είναι ανάλογη με την απόδοσης της αριστερής κοιλίας και επίσης διαπιστώθηκε υψηλότερη τελιοσυστολική ελαστικότητα της δεξιάς κοιλίας στην ΚΑΔΚΕ σε σχέση με την ΚΑμΚΕ³⁰.

ΚΑΔΚΕ έναντι ΚΑμΚΕ

Το νέο πρότυπο ΚΑΔΚΕ διαφέρει ουσιαστικά από το πρότυπο που προτείνεται για την ΚΑμΚΕ, στην οποία η αναδιαμόρφωση της αριστεράς κοιλίας προκαλείται από προοδευτική απώλεια μυοκαρδιακών κυττάρων (σχήμα 2). Αυτή η απώλεια εί-

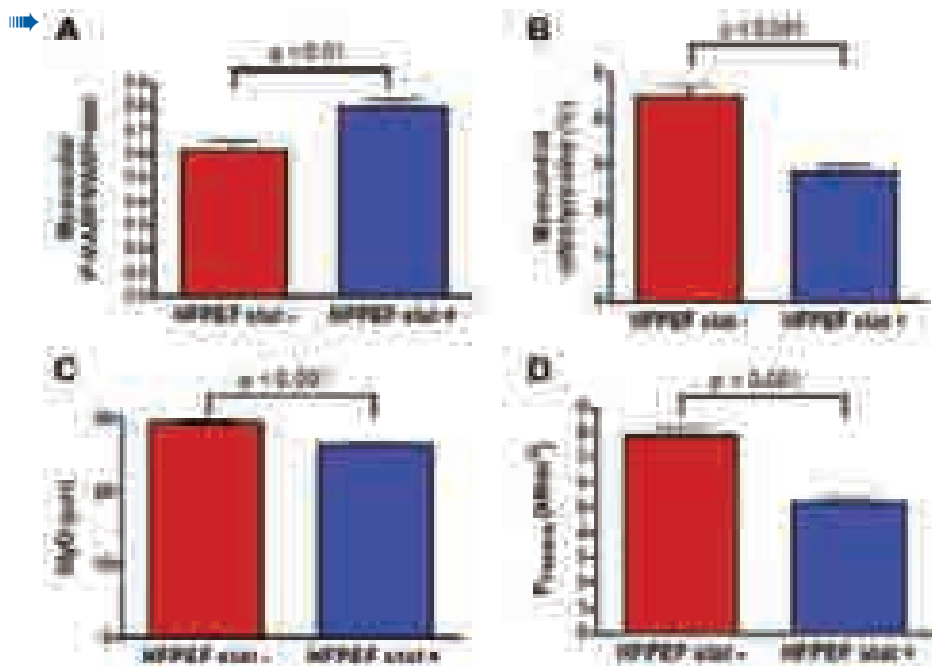
ναι αποτέλεσμα του κυτταρικού θανάτου με διάφορους τρόπους όπως η υπερβολική αυτοφαγία, η απόπτωση, ή η νέκρωση, τα οποία προκαλούνται από το οξειδωτικό στρες που υπάρχει εντός των μυοκαρδιακών κυττάρων.

Το τελευταίο είναι συνήθως αποτέλεσμα της ισχαιμίας, λοίμωξης, ή τοξικότητας³¹. Η υπέρμετρη τοιχωματική τάση που προκαλείται λόγω της απώλειας μυοκαρδιακών κυττάρων αλληλάζει την ισορροπία της εξωκυττάριας ουσίας μεταξύ εναπόθεσης κολληγόνου και αποδόμησης του. Αυτές οι μεταβολές στην εξωκυττάρια ουσία συμβάλλουν σημαντικά στη διάταση της αρ. κοιλίας και στη συγκεντρική αναδιαμόρφωσή της. Στην ΚΑμΚΕ, η αντικατάσταση των νεκρών μυοκαρδιακών κυττάρων από κολληγόνο δημιουργεί τμηματικές περιοχές ίνωσης.

Η συγκριτική ανάλυση των δειγμάτων μυοκαρδιακής βιοψίας από ΚΑΔΚΕ και ΚΑμΚΕ έδειξε πράγματι την παρουσία τμηματικής ίνωσης σε ΚΑμΚΕ αλλά όχι στην ΚΑΔΚΕ. Επιπλέον εικόνες από το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο της αριστερής κοιλίας έδειξαν μικρότερη πυκνότητα μυονημάτων σε ΚΑμΚΕ και σε μερικά μυοκαρδιακά κύτταρα ολική απώλεια των μυοϊνιδίων. Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με κυτταρικό θάνατο που συμβαίνει σε ασθενείς με ΚΑμΚΕ αλλά όχι σε ΚΑΔΚΕ³².

Σε προχωρημένη ΚΑμΚΕ, υπάρχει συστηματική και στεφανιαία ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που αποδίδεται σε αυξημένη επίπεδα TNF-α και IL-6 στο πλάσμα (σχήμα 3). Σε αντίθεση με την ΚΑΔΚΕ, τα αυξημένα επίπεδα TNF-α και IL-6 στο πλάσμα δεν προκύπτουν από προϋπάρχουσες καταστάσεις συννοσηρότητας, αλλά είναι αντιδραστικά της σοβαρότητας της ΚΑμΚΕ καθώς σχετίζονται με τη λειτουργική κατάσταση κατά New York Heart Association και με τη μείωση του κλάσματος εξώθησης της αρ. κοιλίας³³.

Τέλος, αν και η ιογενή μυοκαρδίτιδα εξελίσσεται συνήθως σε ΚΑμΚΕ, σε μια πρόσφατη μελέτη μυοκαρδίτιδα από παρβοϊό εξελίχθηκε σε ΚΑΔΚΕ. Σε αυτή τη μελέτη, ο ιός δεν επηρέασε τα μυοκαρδιακά κύτταρα αλλά το ενδοθήλιο των στεφανιαίων. Ως εκ τούτου, αυτή η παρατήρηση ταιριάζει με το προτεινόμενο πρότυπο όπου η ανάπτυξη ΚΑΔΚΕ προκαλείται από φλεγμονή του ενδοθηλίου της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας³⁴.



Σχήμα 4. Επιδράσεις της θεραπείας με στατίνες στο μυοκάρδιο στην ΚΑΔΚΕ.

Σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ (HFPEF) που λαμβάνουν στατίνη (HFPEF stat+) έχουν αυξημένη δραστηριότητα PKG η οποία αξιολογήθηκε από το λόγο της αγγειοδιασταλτικής φωσφοπρωτεΐνης (VASP) που φωσφορυλιώνεται σε σερίνη (pVASP) προς την ολική VASP (pVASP/VASP) (Α), μειωμένη συγκέντρωση νιτροτυροσίνης (Β), μυοκαρδιακά κύτταρα με μικρότερη διάμετρο (C), και μικρότερη τάση ηρεμίας ($F_{passive}$) (D).

Διαγνωστικές και Θεραπευτικές Συνέπειες

Το νέο πρότυπο της ΚΑΔΚΕ προτείνει ανθρωπομετρικές μετρήσεις, συνοδά νοσήματα, αγγειακές αντιδράσεις υπεραιμίας και δείκτες του οξειδωτικού στρες ή της φλεγμονής στο πλάσμα που είναι χρήσιμα για τη διάγνωση της ΚΑΔΚΕ. Κανένα registry της ΚΑΔΚΕ μέχρι σήμερα δεν έχει καταγράψει την περίμετρο της μέσης, η οποία παρέχει μια εύκολη εκτίμηση της κεντρικής παχυσαρκίας. Η απουσία ανάπτυξης ΚΑΔΚΕ παρά την παρουσία της κεντρικής παχυσαρκίας πιθανότατα σχετίζεται με μεταβλητή διήθηση του σπληνικού λίπους με φλεγμονώδη κύτταρα. Πρόσφατα επανεκτιμήθηκε η σημασία της συνοσπρότητας και της υπεραιμικής απόληξης του αντιβραχίου και αποδείχθηκε ότι είναι μειωμένη σε ΚΑΔΚΕ και παρέχει διαγνωστικές πληροφορίες Τέλος, οι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες αυξήθηκαν σε ΚΑΔΚΕ και μπορούν να προβλέψουν τη μελλοντική ανάπτυξη ΚΑΔΚΕ³⁵.

Το νέο πρότυπο της ΚΑΔΚΕ συμβάλλει και σε νέες θεραπευτικές στρατηγικές διότι προσδιορίζει τη χαμηλή βιοδιαθεσιμότητα του NO στο μυοκάρδιο το οποίο αποτελεί

την τροχοπέδη για τα προϋπερτροφικά ερεθίσματα που σχετίζονται με την αναδιαμόρφωση της αρ. κοιλίας στην ΚΑΔΚΕ. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να στοχεύουμε στη θεραπεία τόσο της αρτηριακής υπέρτασης όσο και της δυσλειτουργίας του ενδοθηλίου. Το τελευταίο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της αντιμετώπισης των συνοδών νοσημάτων και μέσω της χρήσης δοτών NO, όπως οι αναστολείς PDE-5, και ουσίες με αντιοξειδωτικές ιδιότητες, όπως οι στατίνες και η ρεσβερατρόλη³⁶. Μακροπρόθεσμα η χρήση δινιτρικού ισοσορβίτη συνδυαζόμενη με το αντιοξειδωτικό υδραλαζίνη βελτίωσε την έκβαση των ασθενών με ΚΑΔΚΕ στη μελέτη V-HEFT I (Vasodilator - Heart Failure Trials) και στη A-HEFT (African - American Heart Failure Trial). Πολλοί ασθενείς της μελέτης A-HEFT ήταν παχύσαρκοι ή είχαν ΣΔ, και αυτό το κλινικό προφίλ αλληλεπικαλυπτόταν με την ΚΑΔΚΕ³⁷. Η μακροχρόνια χρήση του αναστολέα της PDE-5 σιλντεναφίλη βελτίωσε τη διαστολική δυσλειτουργία της αρ. κοιλίας τόσο στην ΚΑμΚΕ όσο και στη ΚΑΔΚΕ, βελτίωσε την κλινική εικόνα στην ΚΑμΚΕ, και μείωσε την πνευμονική υπέρταση σε ΚΑΔΚΕ³⁸, όμως σε μια άλλη μεγάλη μελέτη δεν

παρατηρήθηκε καμία επίδραση της σιλντεναφίλης επί της ανοχής στην άσκηση, (RELAX study [Evaluating the Effectiveness of Sildenafil at Improving Health Outcomes and Exercise Ability in People With Diastolic Heart Failure;]).

Το νέο πρότυπο της ΚΑΔΚΕ υποστηρίζει επίσης τη χρήση των στατινών. Οι στατίνες ασκούν ταχεία και άμεση επίδραση στην ενδοθηλιακή ισορροπία οξειδοαναγωγής, οι οποία είναι ανεξάρτητη από τη μείωση της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (LDL). Αυτές οι επιδράσεις οδηγούν στην υποχώρηση της υπερτροφίας, της αρ. κοιλίας στην πρόληψη της μυοκαρδιακής ίνωσης και στη βελτίωση της διαστολικής δυσλειτουργίας όπως φάνηκε σε πειραματικές και κλινικές μελέτες³⁹. Μια πρόσφατη αναδρομική ανάλυση μελέτησε την περιεκτικότητα της νιτροτυροσίνης, τη δραστηριότητα της PKG, την υπερτροφία και τη δυσκαμψία των μυοκαρδιακών κυττάρων στην ΚΑΔΚΕ και διαπιστώθηκε ότι ασθενείς που λάμβαναν στατίνη έχουν λιγότερο νιτροτυροσίνη, περισσότερη δραστηριότητα PKG, λιγότερο υπερτροφία, και μικρότερη τάση ηρεμίας στα μυοκαρδιακά κύτταρα (σχήμα 4)¹⁷. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με μια μικρή μελέτη που έδειξε μείωση της θνησιμότητας με τη χρήση στατινών σε ασθενείς με ΚΑΔΚΕ⁴⁰. Σε μια άλλη μεγάλη τυχαίοποιημένη μελέτη (GISSI-HF) η χρήση στατινών σε μια υποομάδα ασθενών με σχετικά διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (> 40%) είχε ουδέτερο αποτέλεσμα⁴¹.

Η χρήση των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (α-MEA) και των αποκλειστών των υποδοχέων AT₁ της αγγειοτασίνης II (AT-1) στην ΚΑΔΚΕ μέχρι στιγμής είναι απογοητευτική, με όλες τις μεγάλες μελέτες να δείχνουν ουδέτερα αποτελέσματα. Αυτά τα ουδέτερα αποτελέσματα φαίνεται να είναι σε αντίθεση με το προτεινόμενο μοντέλο της ΚΑΔΚΕ γιατί οι α-MEA και οι AT-1 είναι γνωστό ότι έχουν αγγειοπροστατευτική δράση, η οποία ήταν εμφανής σε αρκετές μεγάλες μελέτες λόγω της μειωμένης εμφάνισης νέων αθηροσκληρωτικών συμβαμάτων⁴². Η προστατευτική αυτή δράση στα μεγάλα αγγεία δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκην την αποκατάσταση της λειτουργίας του ενδοθηλίου, και αυτό φάνηκε από την PERFECT⁴³ (PERFECT (PERindopril - Function of the Endothelium in Coronary artery disease Trial), μια υπομελέτη της EUROPA (EUROpean

trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease). Στους 36 μήνες παρακολούθησης, δεν αναφέρθηκε καμία σημαντική βελτίωση ($p=0,23$) στη ροή της βραχιονίου αρτηρία κατά τη λήψη περινδοπρίλης 8 mg μία φορά την ημέρα, σε αντίθεση με τη σημαντική μείωση ($p=0.001$) του εμφράγματος του μυοκαρδίου που παρατηρήθηκε με την ίδια θεραπευτική αγωγή (περινδοπρίλης) στη μελέτη EUROPA⁴⁴. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση που εξέτασε τα αποτελέσματα των αΜΕΑ και των ΑΤ-1 στην ενδοθηλιακή δυσλειτουργία δίνει έμφαση στην παρουσία των συνοδών νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή και οξειδωτικό στρες, όπως η παχυσαρκία, ο Σ.Δ. και η ρευματοειδής αρθρίτιδα⁴⁵.

Συμπεράσματα

Στην ΚΑΔΚΕ, τα συνοδά νοσήματα συμβάλλουν σε μια συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση, η οποία επάγει το οξειδωτικό στρες στο ενδοθήλιο της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας, και αυτό μειώνει τη βιοδιαθεσιμότητα του μυοκαρδιακού ΝΟ και οδηγεί σε μειωμένη δραστηριότητα του ΡΚΓ, των μυοκαρδιακών κυττάρων τα οποία γίνονται δύσκαμπτα και υπερτροφικά. Η αναδιαμόρφωση του μυοκαρδίου στην ΚΑΔΚΕ διαφέρει από την αναδιαμόρφωση στην ΚΑμΚΕ, η οποία προκαλείται από το θάνατο των μυοκαρδιακών κυττάρων λόγω οξειδωτικού στρες ως αποτέλεσμα της ισχαιμίας, της λύμωξης, ή της τοξικότητας. Το νέο πρότυπο της ΚΑΔΚΕ έχει σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές επιπτώσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2006;355:251-9.
- Bhatia RS, Tu JV, Lee DS, et al. Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study. *N Engl J Med* 2006;355:260-9.
- Massie BM, Carson PE, McMurray JJ, et al., for the I-PRESERVE Investigators. Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2008;359:2456-67.
- Borlaug BA, Redfield MM. Diastolic and systolic heart failure are distinct phenotypes within the heart failure spectrum. *Circulation* 2011; 123:2006-13, discussion 14.
- Redfield MM. Understanding "diastolic" heart failure. *N Engl J Med* 2004;350:1930-1.
- Westermann D, Lindner D, Kasner M, et al. Cardiac inflammation contributes to changes in the extracellular matrix in patients with heart failure and normal ejection fraction. *Circ Heart Fail* 2011;4:44-52.
- Zile MR, Gottdiener JS, Hetzel SJ, et al. Prevalence and significance of alterations in cardiac structure and function in patients with heart failure and a preserved ejection fraction. *Circulation* 2011;124:2491-501.
- Jelic S, Lederer DJ, Adams T, et al. Vascular inflammation in obesity and sleep apnea. *Circulation* 2010;121:1014-21.
- Macdougall IC, Canaud B, de Francisco AL, et al. Beyond the cardiorenal anaemia syndrome: recognizing the role of iron deficiency. *Eur J Heart Fail* 2012;14:882-6.
- Mohammed SF, Borlaug BA, Roger VL, et al. Comorbidity and ventricular and vascular structure and function in heart failure with preserved ejection fraction: a community based study. *Circ Heart Fail* 2012;5:710-9.
- Collier P, Watson CJ, Voon V, et al. Can emerging biomarkers of myocardial remodelling identify asymptomatic hypertensive patients at risk for diastolic dysfunction and diastolic heart failure? *Eur J Heart Fail* 2011;13:1087-95.
- Matsubara J, Sugiyama S, Nozaki T, et al. Pentraxin 3 is a new inflammatory marker correlated with left ventricular diastolic dysfunction and heart failure with normal ejection fraction. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:861-9.
- Griendling KK, Sorescu D, Ushio-Fukai M. NAD(P)H oxidase: role in cardiovascular biology and disease. *Circ Res* 2000;86:494-501.
- Shenouda SM, Widlansky ME, Chen K, et al. Altered mitochondrial dynamics contributes to endothelial dysfunction in diabetes mellitus. *Circulation* 2011;124:444-53.
- Haykowsky MJ, Brubaker PH, Stewart KP, Morgan TM, Eggebeen J, Kitzman DW. Effect of endurance training on the determinants of peak exercise oxygen consumption in elderly patients with stable compensated heart failure and preserved ejection fraction. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:120-8.
- Lam CS, Brutsaert DL. Endothelial dysfunction: a pathophysiologic factor in heart failure with preserved ejection fraction. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1787-9.
- Van Heerebeek L, Hamdani N, Falcão Pires I, et al. Low myocardial protein kinase G activity in heart failure with preserved ejection fraction. *Circulation* 2012;126:830-9.
- Solomon SD, Zile M, Pieske B, et al. The angiotensin receptor neprilysin inhibitor LCZ696 in heart failure with preserved ejection fraction: a phase 2 double-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2012;380:1387-95.
- Calderone A, Thaik CM, Takahashi N, Chang DL, Colucci WS. Nitric oxide, atrial natriuretic peptide, and cyclic GMP inhibit the growth-promoting effects of norepinephrine in cardiac myocytes and fibroblasts. *J Clin Invest* 1998;101:812-8.
- Giannetta E, Isidori AM, Galea N, et al. Chronic inhibition of cGMP phosphodiesterase 5A improves diabetic cardiomyopathy: a randomized, controlled clinical trial using magnetic resonance imaging with myocardial tagging. *Circulation* 2012;125:2323-33.
- Falcão-Pires I, Hamdani N, Borbély A, et al. Diabetes mellitus worsens diastolic left ventricular dysfunction in aortic stenosis through altered myocardial structure and cardiomyocyte stiffness. *Circulation* 2011;124:1151-9.
- Brutsaert DL. Cardiac endothelial-myocardial signaling: its role in cardiac growth, contractile performance, and rhythmicity. *Physiol Rev* 2003;83:59-115.
- Paulus WJ. The role of nitric oxide in the failing heart. *Heart Fail Rev* 2001;6:105-18.
- Westermann D, Riad A, Richter U, et al. Enhancement of the endothelial NO synthase attenuates experimental diastolic heart failure. *Basic Res Cardiol* 2009;104:499-509.
- Zannad F, Radauceanu A. Effect of MR blockade on collagen formation and cardiovascular disease with a specific emphasis on heart failure. *Heart Fail Rev* 2005;10:71-8.
- Chirinos JA, Segers P, Gupta AK, et al. Time-varying myocardial stress and systolic pressure-stress relationship: role in myocardial arterial coupling in hypertension. *Circulation* 2009;119:2798-807.
- Stritzke J, Markus MR, Duderstadt S, et al. The aging process of the heart: obesity is the main risk factor for left atrial enlargement during aging. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:1982-9.
- Davis BR, Kostis JB, Simpson LM, et al. Heart failure with preserved and reduced left ventricular ejection fraction in the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack

- trial. *Circulation* 2008;118:2259–67.
- 29) Thenappan T, Shah SJ, Gomberg-Maitland M, et al. Clinical characteristics of pulmonary hypertension in patients with heart failure and preserved ejection fraction. *Circ Heart Fail* 2011;4:257–65.
- 30) Schwartzberg S, Redfield MM, From AM, Sorajja P, Nishimura RA, Borlaug BA. Effects of vasodilation in heart failure with preserved or reduced ejection fraction: implications of distinct pathophysiologies on response to therapy. *J Am Coll Cardiol* 2012;59:442–51.
- 31) Hare JM. Oxidative stress and apoptosis in heart failure progression. *Circ Res* 2001;89:198–200.
- 32) Ganau A, Devereux RB, Roman MJ, et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension. *J Am Coll Cardiol* 1992;19:1550–8.
- 33) Lommi J, Pulkki K, Koskinen P, et al. Haemodynamic, neuroendocrine and metabolic correlates of circulating cytokine concentrations in congestive heart failure. *Eur Heart J* 1997;18:1620–5.
- 34) Tschöpe C, Bock CT, Kasner M, et al. High prevalence of cardiac parvovirus B19 infection in patients with isolated left ventricular diastolic dysfunction. *Circulation* 2005;111:879–86.
- 35) Shah SJ, Gheorghiade M. Heart failure with preserved ejection fraction: treat now by treating comorbidities. *JAMA* 2008;300:431–3.
- 36) Piller LB, Baraniuk S, Simpson LM, et al. Long-term follow-up of participants with heart failure in the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *Circulation* 2011;124:1811–8.
- 37) Taylor AL, Ziesche S, Yancy C, et al. Combination of isosorbide dinitrate and hydralazine in blacks with heart failure. *N Engl J Med* 2004;351:2049–57.
- 38) Guazzi M, Vicenzi M, Arena R, Guazzi MD. Pulmonary hypertension in heart failure with preserved ejection fraction: a target of phosphodiesterase-5 inhibition in a 1-year study. *Circulation* 2011;124:164–74.
- 39) Ramasubbu K, Estep J, White DL, Deswal A, Mann DL. Experimental and clinical basis for the use of statins in patients with ischemic and nonischemic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:415–26.
- 40) Fukuta H, Sane DC, Brucks S, Little WC. Statin therapy may be associated with lower mortality in patients with diastolic heart failure: a preliminary report. *Circulation* 2005;112:357–63.
- 41) Tavazzi L, Maggioni AP, Marchioli R, et al. Effect of rosuvastatin in patients with chronic heart failure (the GLISS-HF trial): a randomised, double-blind, placebo controlled trial. *Lancet* 2008;372:1231–9.
- 42) Pfeffer MA, Braunwald E, Moyé LA, et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. Results of the survival and ventricular enlargement trial. The SAVE Investigators. *N Engl J Med* 1992;327:669–77.
- 43) Bots ML, Remme WJ, Lüscher TF, et al. ACE inhibition and endothelial function: main findings of PERFECT, a substudy of the EUROPA trial. *Cardiovasc Drugs Ther* 2007;21:269–79.
- 44) Fox KM. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003;362:782–8.
- 45) Shahin Y, Khan JA, Samuel N, Chetter I. Angiotensin converting enzyme inhibitors effect on endothelial dysfunction: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Atherosclerosis* 2011;216:7–16. **IB**



Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια & αρτηριακή Υπέρταση

ΧΑΡΗΣ ΓΡΑΣΣΟΣ MD,FESC,PHD,FAHA
Δντης Καρδιολογικού Τμήματος -ΓΝΑ «ΚΑΤ»

Η υπέρταση αποτελεί την πιο συχνή πάθηση παγκοσμίως και παρουσιάζεται στο 30%-40% του ενήλικου πληθυσμού. Συχνά συνοδεύεται και με άλλες παθήσεις, όπως σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια νεφρική νόσο, βρογχικό άσθμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καταστάσεις που θα μας επηρεάσουν στην απόφαση μας για αντιυπερτασική αγωγή. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τα στοιχεία του WHO, 250 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν παγκοσμίως, από ΧΑΠ (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) και αποτελούν το 5% της συνολικής θνησιμότητας.

Οι επιπτώσεις της ΧΑΠ, αυξάνεται σε όλο τον κόσμο, με αποτέλεσμα να αποτελεί την Τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου, μετά από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η νόσος εμφανίζεται, πιο συχνά στους καπνιστές, η δε νόσος ξεκινά από προοδευτική απόφραξη των αεραγωγών και στη συνέχεια βλάβη του πνευμονικού παρεγχύματος.

Συμπτώματα και επιπλοκές, αποτελεί το «κοντανάσιμα» της αναπνοής, η μείωση της άσκησης, ο παραγωγικός βήχας και μη παραγωγικός βήχας, συριγμός της αναπνοής και τέλος η αναπνευστική ανεπάρκεια, και η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

Σχετικά με τις συνοσπρότητες της ΧΑΠ, η υπέρταση αποτελεί το 28%, ο σακχαρώδης διαβήτης το 14%, ενώ η ισχαιμική καρδιακή νόσος το 10%.

Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, η επίπτωση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας ανameσα σε ασθενείς με υπέρταση, είναι το ίδιο με τον γενικό πληθυσμό, έτσι οι δύο νόσοι, αντιστοιχούν στο 2,5% του ενήλικου πληθυσμού.

Σε ασθενείς με ΧΑΠ η επίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι 4 φορές περισσότερη, 2 φορές περισσότερη η στεφανιαία νόσος, η στηθάγχη και το έμφραγμα του μυοκαρδίου, 2,5 φορές περισσότερη η περιφερική αρτηριακή νόσο και αρρυθμίες, ενώ το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 1,5 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό.

Επίσης υπάρχει παθογενετική συσχέτιση της υπέρτασης με την ΧΑΠ, μια και αυτή

καθαυτή, η υποξία, ενισχύει την παραγωγή ελευθερωριζών και ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, οδηγώντας στην αρτηριακή υπέρταση και καρδιαγγειακές επιπλοκές.

Στις κατευθυντήριες Ευρωπαϊκές οδηγίες του 2013, για την αρτηριακή υπέρταση, δεν υπάρχει,δυστυχώς αναφορά για τους ασθενείς που πάσχουν από τις δύο αυτές νόσους, με αποτέλεσμα να στηριζόμαστε στις επιμέρους αναφορές των αντιυπερτασικών φαρμάκων για πιθανές παρενέργειες στους ασθενείς με ΧΑΠ.

Ο στόχος, στη θεραπεία της ΧΑΠ, είναι να βελτιώσει την μακροπρόθεσμη αναπνευστική λειτουργία, αλλά και να μειώσει τους παροξυσμούς της νόσου, τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες και τέλος στην καλύτερη ποιότητα ζωής του αναπνευστικού ασθενούς.

Η θεραπεία της ΧΑΠ περιλαμβάνει εισπνεόμενες,κατά κύριο λόγο,θεραπείες (αντιχολινεργικοί παράγοντες, μακράς δράσης β-2 αδρενεργικοί αγωνιστές και κορτικοστεροειδή) προγράμματα αποκατάστασης της αναπνευστικής λειτουργίας και χορήγηση οξυγόνου.

Όμως τα φάρμακα αυτά είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία (αύξηση της καρδιακής συχνότητας, αύξηση της ΑΠ, ίσως αύξηση των καρδιαγγειακών στεφανιαίων συμβαμάτων). Από την άλλη πλευρά ο στόχος της αντιυπερτασικής αγωγής είναι η πρόληψη της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, μείωση της θνησιμότητας, επιμήκυνση της συνολικής επιβίωσης, και βέβαια καλύτερη

ποιότητα ζωής.

Θεραπείες που αναφέρονται στην υγιεινοδιαιτητική αγωγή όπως διακοπή καπνίσματος, μείωση του αλταίου, αύξηση της φυσικής κατάστασης με την άσκηση, προηγούνται. Τέλος η χορήγηση των κλασικών αντιυπερτασικών φαρμάκων θα πρέπει να δίνονται με σκεπτικισμό μια και μερικά από αυτά επιδεινώνουν την δυσλειτουργία των αεραγωγών με αποτέλεσμα να αντενδείκνται η χορήγηση τους στους ασθενείς με ΧΑΠ.

Θεραπεία της Αρτηριακής Υπέρτασης με ΧΑΠ

Οι θεραπείες περιλαμβάνουν πρώτα την υγιεινοδιαιτητική προσέγγιση, την διακοπή του καπνίσματος, καθώς και προγράμματα αποκατάστασης της αναπνευστικής λειτουργίας, φυσική άσκηση (6 λεπτά καθημερινό περπάτημα). Στην απόφαση μας για φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τις συνυπάρχουσες νοσηρότητες του υπερτασικού αναπνευστικού ασθενή όπως (δυσλιπιδαιμία, υπερουριχαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια νεφρική νόσο). Δυστυχώς δεν υπάρχουν μελέτες τυχοιοποιημένες με αντιυπερτασική αγωγή σε ασθενείς με ΧΑΠ, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν και δεδομένα καρδιαγγειακών εκβάσεων όπως νοσηρότητα και θνησιμότητα. Υπάρχουν μόνο μικρές μελέτες, που όπως το follow-up των ασθενών ήταν μικρό, με αποτέλεσμα το τελικό συμπέρασμα να είναι αδύνατο και μη ισχυρά στατιστικό. Επίσης υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι καρδιοεκλεκτικοί Β- αναστολείς μειώνουν την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα στους ασθενείς με ΧΑΠ, έτσι η έναρξη της θεραπείας να είναι περισσότερο εμπειρική.

Διουρητικά

Δεν υπάρχουν κλινικές μελέτες αντιμετώπισης της αρτηριακής υπέρτασης σε ασθενείς με ΧΑΠ, που λαμβάνουν διουρητικά. Σίγουρα τα διουρητικά είναι χρήσιμα λόγω περιορισμού του παραπνίστου όγκου υγρών, έτσι να είναι φάρμακα εκλογής σε ασθενείς με συνοσπρότητα την καρδιακή ανεπάρκεια.

Τα διουρητικά όμως, αναστέλλουν την αναδιαμόρφωση του πνευμονικού αγγειακού ιστού, ενώ η ακεταζολαμίδα έχει βρεθεί ότι αυξάνει τον αερισμό στην ΧΑΠ. Επίσης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ενισχύοντας την υ-

► ποκαλλαιμία που προκαλούν τα κλασσικά αναπνευστικά φάρμακα όπως κορτικοστεροειδή και β-2 αδρενεργικοί υποδοχείς. Τα διουρητικά ίσως, χειροτερέψουν την κατακράτηση διοξειδίου του άνθρακα, ενισχύουν την μεταβολική αλκάλωση που ήδη υπάρχει λόγω υποξίας, αυξάνουν την διούρηση και περιορίζουν την αποβολή πτυέλων από τους βρόγχους. Έτσι τα διουρητικά δεν συνιστώνται για ευρεία χρήση στον υπερτασικό ασθενή με ΧΑΠ. Η ινδοπαμίδη εξαιρείται του κανόνα διότι φαίνεται σε μια μελέτη, ότι βελτιώνει την αναπνευστική λειτουργία, πέραν του γνωστού ανιυπερτασικού αποτελέσματος της.

Β –αδρενεργικοί ανταγωνιστές

Είναι γνωστό ότι οι μη καρδιοεκλεκτικοί β-αποκλειστές αντενδείκνυται σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα. Αλλά οι καρδιοεκλεκτικοί β-αποκλειστές όπως (σελιπρολόλη, νεμπιδολόλη, καρβεδιλόλη) μπορούν να δοθούν στους ασθενείς με ΧΑΠ.

Εχει αποδειχθεί ότι οι β-καρδιοεκλεκτικοί αποκλειστές σε συνδυασμό με τα κλασσικά αναπνευστικά φάρμακα όπως εκλεκτικοί β-2 αγωνιστές, ενισχύουν την αναπνευστική λειτουργία, ενώ ιδιαίτερα η νεμπιδολόλη, με την ενδογενή αύξηση του NO, ενισχύει την αναπνευστική λειτουργία. Εξάλλου μια μεταναίηση δείχνει ότι η χορήγηση καρδιοεκλεκτικών β-αποκλειστών, πέραν της βροχοδιαστολής μέσω (β2- μιμητικών λόγω μεταβολής β-2 υποδοχών) μειώνει και την νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Ανταγωνιστές ασβεστίου

Οι ανταγωνιστές ασβεστίου, αυξάνουν την συστατικότητα των αναπνευστικών μυών λόγω αγγειοδιαστολής και παράλληλα στους βρόγχους, αναστέλλουν την μείωση του FEV1, ενώ παράλληλα αυξάνουν την φυσική δραστηριότητα των ασθενών λόγω μεταβολών.

Έτσι η χρήση ανταγωνιστών ασβεστίου στην ΧΑΠ, φαίνεται να είναι ευεργετική, ενώ δεν υπάρχουν παρενέργειες από την αναπνευστική οδό.

Είναι όμως γνωστό ότι ίσως τα φάρμακα αυτά και ιδιαίτερα η μακροχρόνια χρήση τους, επιδεινώνουν την σχέση αραιώσης/αιμάτωσης, αυξάνοντας την υποξεία, έτσι είναι απαραίτητη η συχνή μέτρηση του κορεσμού του οξυγόνου. Σκληρά καταληκτικά σημεία σε μελέτες με ανταγωνιστές ασβεστίου, υπέρταση και ΧΑΠ δεν υπάρχουν μέχρι τώρα.

Φάρμακα του άξονα (ACEI και ARBs)

Είναι γνωστό από χρόνια ότι οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου (ACEI) ίσως προκαλούν βήχα, παροξυσμούς αναπνευστικής δυσλειτουργίας, οδηγούν σε ένα 10% σε άσθμα, ενώ προκαλούν βρογχόσπασμο λόγω βραδυκινίνης. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις ότι μειώνουν την νοσηρότητα και θνησιμότητα, ιδιαίτερα στους στεφανιαίους και με καρδιακή ανεπάρκεια ασθενείς. Επίσης μειώνουν την νοσηλεία των αναπνευστικών ασθενών. Τέλος, φαίνεται ότι η παρουσία βήχα, δεν είναι περισσότερη σε ασθενείς με ΧΑΠ απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό, αλλά χειροτερεύουν την κλινική κατάσταση του ασθενή με αποδεδειγμένο βρογχικό άσθμα. Δυστυχώς μελέτες με ανταγωνιστή του μετατρεπτικού ενζύμου δεν υπάρχουν που να συνδυάζεται η αντιυπερτασική δράση με ΧΑΠ και υπέρταση, έτσι καλό είναι να χρησιμοποιούνται με φειδώ. Οι σαρτάνες (ARBs) αποτελούν ασφαλή φάρμακα σε ασθενείς με ΧΑΠ, ενώ η υποξεία που προκαλεί το διεγερμένο συμπαθητικό νευρικό σύστημα αναστέλλεται με τον αποκλεισμό του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης.

α-1 αδρενεργικοί ανταγωνιστές

Γενικά τα φάρμακα αυτά, δεν επηρεάζουν την αντίσταση των αεραγωγών. Ενώ η πραζοσίνη, αναστέλλει τον βήχα που προκαλεί η εισπνοή κρύου αέρα. Η λειτουργικότητα του αναπνευστικού συστήματος σε ασθενείς με ΧΑΠ δεν μεταβάλλεται, έτσι συστήνεται η χρήση τους ως αντιυπερτασική αγωγή.

α +β αδρενεργικοί ανταγωνιστές

Η λαμπεταλόλη δεν μεταβάλλει την αντίσταση των αεραγωγών, αλλά ίσως η καρβεδιλόλη, που μπορεί να προκαλέσει σπάνια βρογχόσπασμο, ίσως λοιπόν αυτά τα φάρμακα να μην είναι και η ιδανικότερη επιλογή σε ασθενείς με ΧΑΠ. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και ΧΑΠ, η καρβεδιλόλη είναι ιδιαίτερα χρήσιμη.

Οι μετατροπείς της 5-υδροξυτριπταμίνης

Είναι φάρμακα που σπάνια χρησιμοποιούνται στην υπέρταση. Η ουραπιδίλη έχει μια περιφερική α-αδρενεργική δράση, που συνήθως προκαλεί βροχοδιαστολή, έτσι

ίσως η ουραπιδίλη να είναι χρήσιμη θεραπευτικά στον ασθενή με ΧΑΠ και υπέρταση.

α-2 αδρενεργικοί αγωνιστές

Αυτά τα φάρμακα μειώνουν τον συμπαθητικό κεντρικό τόνο, και μειώνουν την δραστηριότητα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης. Προκαλούν διαμέσου της παραγωγής ισταμίνης βρογχόσπασμο με αποτέλεσμα την ακαταληκτικότητα τους στην αντιυπερτασική αγωγή των αναπνευστικών ασθενών.

Δεν υπάρχουν επίσης, δεδομένα για την μονοξιδίνη η την ριθμενιδίνη σε ασθενείς με ΧΑΠ.

Συμπεράσματα

Σε ασθενείς με ΧΑΠ και αρτηριακή υπέρταση είναι ουσιαστικές, να προτείνουμε στην αρχή μη φαρμακευτική αγωγή αλλά άμεση διακοπή καπνίσματος, φυσική δραστηριότητα, διακοπή αλκοόλ, διατροφικές παρεμβάσεις, απώλεια βάρους.

Στην φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχουν σκληροί κανόνες στην επιλογή του φαρμάκου η στους συνδυασμούς αυτών.

Σαρτάνες και ανταγωνιστές ασβεστίου φαίνεται να είναι τα πιο φιλικά φάρμακα για την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής. Αν η ανταπόκριση στην θεραπεία είναι πτωχή, τότε η προσθήκη β-1 καρδιοεκλεκτικών υποδοχών ιδιαίτερα με αγγειοδιασταλτική δράση (νεμπιδολόλη η σελιπρολόλη), διουρητικών σε μικρή δόση και τέλος α-αδρενεργικών ανταγωνιστών καθιστά επιτυχή την αντιυπερτασική αγωγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hurd SS, Lenfant C. COPD: good lung health is the key. Comment Lancet 2005;366:1832-1834.
2. WHO key facts COPD <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>
3. Crisafulli E, Costi S, Luppi F et al, Role of comorbidity in a cohort of patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation, Thorax 2008;63:487-492
4. Sin DD. Is COPD Really a Cardiovascular Disease? Chest 2009;136:329-330
5. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A et al 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) Hyper-

- tens 207;25:1105-1187
6. Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE et al. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians. American College of Chest Physicians. American Thoracic Society and European Respiratory Society. Ann Intern Med 2011;155:179-191
 7. Dicipinagatis PV, Thomas SA, Sherman MB, Gayle YE, Rosenstreich DL. Losartan induced bronchospasm. J Allergy Clin Immunol 1996;98:1128-1130.
 8. Au DH, Curtis JR, Every NR, Mc Donelli MB, Fihn SD. Association between inhaled beta-agonists and the risk of unstable angina and myocardial infarction. Chest. 2002;121:846-851.
 9. Dart RA, Gollub S, Lazar J, Nair C., Schroeder D, Woolf SH. Treatment of systemic hypertension in patients with pulmonary disease. CORD and asthma Chest 2003;123:222-243
 10. Cazzola M, Noschese P, D'Amato G, Matera MG. The pharmacologic treatment of Uncomplicated Arterial Hypertension in Patients With Airway Dysfunction. Chest 2002;121:230-241.
 11. Hill NS. Fluid and Electrolyte Considerations in Diuretic therapy for hypertensive patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 1986;146:129-133.
 12. Bhalla KK. Evaluation of the effect of indapamide of moderate benign essential hypertension complicated by airways obstruction. Postgrad Med J 1981;57 Suppl 2:34-6.
 13. Van Gestel YR, Hoecks SE, Sin DD et al. Impact of cardioselective beta-blockers on mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease and atherosclerosis. Am J Respir Crit Care Med 2008;178:695-700.
 14. Ruten FH, Zurthoff NP, Halk E, Grobbee De, Hoes AW. Beta-blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2010;170:880-887.
 15. Short PM, Lipworth SI, Elder DH, Schembri S, Lipworth BJ. Effect of beta-blockers in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study. Br Med J 2011;342: d2549.

IB



TIMH: 50€

DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508 e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Δερματοσκόπηση

Θεωρητικά στοιχεία και εφαρμογή στην κλινική πράξη

Γεώργιος Χαϊδεμένος

τ. Διευθυντής, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη

Η δερματοσκόπηση, αποτελεί τμήμα της «μοντέρνας» Ιατρικής η οποία ολόένα συχνότερα χρησιμοποιεί μη επιθετικές και εύχρηστες απεικονιστικές μεθόδους. Το βιβλίο μπορεί να ικανοποιήσει απαιτήσεις πολλών ταχυτήτων. Εάν είστε βιαστικός αναγνώστης, μπορείτε να περιηγηθείτε στις περιλήψεις που υπάρχουν στο τέλος των σημαντικών κεφαλαίων και να αποκτήσετε τις βασικές δερματοσκοπικές γνώσεις, μελετώντας τις λεζάντες των άνω των 210 φωτογραφιών του κειμένου. Αλλά και οι προσδοκίες των δύσκολων μελετητών πιστεύω πως θα βρουν ανταπόκριση, με τα αναλυτικά και κατά Τομείς Κεφάλαια, τα οποία υποστηρίζονται από βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, οι Πίνακες με κωδικοποιημένα τα δερματοσκοπικά χαρακτηριστικά των παθήσεων και το Παράρτημα στο τέλος του βιβλίου, αποτελούν μια συνοπτική αλήθ' ουσιαστική μέθοδο αναγνωστικής προσπάθειας. Υπενθυμίζεται πως με τη δερματοσκόπηση παρέχονται τρεις σημαντικές δυνατότητες στον Κλινικό γιατρό. Επιβεβαιώνεται η κλινική του υποψία. Μειώνεται ο αριθμός των μη απαραίτητων βιοψιών και χειρουργικών εξαιρέσεων. Επιτρέπεται η αναγνώριση των επικίνδυνων ή αμφίβολων για κακοήθεια περιπτώσεων που θα επανεξετασθούν ή θα οδηγηθούν στο χειρουργείο. Εντυπωσιάζει το πλούσιο φωτογραφικό αρχείο του συγγραφέα, που σχεδόν καλύπτει όλο το φάσμα των παθήσεων που αναλύονται. Εξάλλου, χωρίς εικόνα η δερματοσκόπηση θα παρέμενε γράμμα κενό.

Διακρανιακή μαγνητική διέγερση

ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ
ΣΕ ΆΛΛΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ
ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΔΡ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΥΜΑΚΗΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ¹

ΔΡ ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ¹

ΔΡ ΣΠΥΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΑΙΟΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ²

ΔΡ ΔΗΜΗΤΡΑ ΓΕΩΡΓΟΝΙΚΟΥ, ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ²

¹ΝΕΥΡΟΜΑΓΝΗΤΙΚΗ Ιατρική ΙΚΕ, Αθήνα

²Νευρολογικό-Ψυχιατρικό Ιατρείο, Αθήνα

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών. Οι στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη δείχνουν ότι κάθε έτος ο αριθμός των νέων ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη φτάνει στο 7% του γενικού πληθυσμού, ενώ αν συνυπολογισθούν και οι αγχώδεις διαταραχές το μέγεθος ανέρχεται στο 27%¹. Σύμφωνα με δημοσιευμένες μελέτες, εξάλλου, ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από φαρμακοανθεκτική κατάθλιψη, που δεν έχουν, δηλαδή, βελτιωθεί αρκετά ενώ έχουν ήδη δοκιμάσει δύο διαφορετικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ανέρχεται στο 2% του γενικού πληθυσμού² δηλαδή το 7-8% των ασθενών αυτών.

Πολλοί ασθενείς με μονοπολική μείζονα κατάθλιψη δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη αγωγή με φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία^{3,4} και είναι έτσι υποψήφιοι για μη επεμβατικές διαδικασίες νευροδιαμόρφωσης, συμπεριλαμβανομένου του επαναλαμβανόμενου διακρανιακού μαγνητικού ερεθισμού (ΔΜΕ, rTMS, Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) και της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT, electroconvulsive therapy)⁵⁻⁷. Με την εξαίρεση των ασθενών

που πάσχουν από ψυχωτική κατάθλιψη^{8,9}, το rTMS είναι το ίδιο αποτελεσματικό με την ECT στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης, ενώ οι ασθενείς μπορεί να την προτιμούν ως θεραπευτική μέθοδο επειδή είναι καλύτερα ανεκτή και σε αντίθεση με την ECT, η TMS δεν απαιτεί γενική αναισθησία.

Εδώ συζητάμε τις φυσικές αρχές στις οποίες στηρίζεται το rTMS, τα βιολογικά του αποτελέσματα, τις εγκεκριμένες ενδείξεις και τις υπό έρευνα χρήσεις του, καθώς και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της μεθόδου.

Μηχανισμός δράσης της rTMS

Οι πρώτες παρατηρήσεις σχετικά με την επίδραση των μαγνητικών πεδίων στον άνθρωπο χρονολογούνται ήδη από το 1896 (d'Arsonval) με την διαπίστωση ότι όταν αυτά εφαρμόζονται πλησίον του κρανίου προκαλούν φωσφαίνια. Το rTMS περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1985^{10,11}, ως πειραματική μέθοδος για τον ερεθισμό του εγκεφαλικού φλοιού, σε ανθρώπους. Οι βασικές φυσικές αρχές στις οποίες στηρίζεται συνοψίζονται στις εικόνες 1 και 2 εν συντομία, ένα πηνίο τοποθετείται έτσι ώστε να εφάπτεται στο κρανίο του ασθενούς, σε συγκεκριμένη ανατομική θέση και με συγκεκριμένη κατεύθυνση, ανάλογα με την

εκάστοτε κλινική εφαρμογή.

Εν συνεχεία ενεργοποιείται ο μαγνητικός ερεθιστής, η συσκευή, δηλαδή, μέσω της οποίας διενεργείται το TMS, που μεταφέρει στο πηνίο ένα ηλεκτρικό ρεύμα πολύ μεγάλης έντασης (πολλών εκατοντάδων amper), για πολύ σύντομη χρονική διάρκεια (της τάξεως των 0.5 χιλιοστών του δευτερολέπτου). Κατά τη διελεύσή του μέσα από τα κυκλώματα του πηνίου το εν λόγω ρεύμα δημιουργεί ένα ταχέως μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο, με ένταση που ανέρχεται έως και τα 2.5 Tesla.

Σύμφωνα με το νόμο του Faraday, το ταχέως αυτό μεταβαλλόμενο ηλεκτρομαγνητικό πεδίο επάγει ένα ηλεκτρικό ρεύμα αντίστοιχης διάρκειας στον εγκεφαλικό φλοιό που βρίσκεται κάτω από το πηνίο. Η αρχή αυτή περιγράφεται σχηματικά στην εικόνα 1, όπου το ηλεκτρομαγνητικό πεδίο απεικονίζεται ως σύνολο μπλε διακεκομμένων γραμμών, ενώ το επαγόμενο ηλεκτρικό ρεύμα ως παχιά μωβ διακεκομμένη γραμμή.

Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω φυσικών διεργασιών, το TMS μας επιτρέπει να ερεθίζουμε επιλεκτικά συγκεκριμένα τμήματα του εγκεφαλικού φλοιού. Υπάρχουν, δε, πολλοί διαφορετικοί τύποι πηνίων, που επιτρέπουν τον επιλεκτικό ερεθισμό μικρών περιοχών του φλοιού ή ευρύτερων περιοχών, ανάλογα με τις ανάγκες των επιμέρους κλινικών εφαρμογών.

Ο ερεθισμός του εγκεφαλικού φλοιού έχει πολλαπλά νευροφυσιολογικά αποτελέσματα, που μπορούμε να εκμεταλλευθούμε σε διαφορετικές κλινικές εφαρμογές. Τα πλέον σημαντικά είναι τα ακόλουθα¹²:

- Ο ερεθισμός του κινητικού φλοιού έχει ως αποτέλεσμα την κίνηση των αντίστοιχων μυών¹³ ερεθίζοντας τον κινητικό φλοιό του αριστερού άκρου χεριού, επί παραδείγματι, παίρνουμε κινητική απάντηση από τους μύς που κινούν τα δάκτυλα ή τον καρπό, κ.ο.κ. Μελετώντας τα χαρακτηριστικά της εν λόγω κινητικής απάντησης διαπιστώνουμε αν ο νωτιαίος μυελός λειτουργεί φυσιολογικά ή αν υπάρχει βλάβη σε κάποιο σημείο του. Η μελέτη αυτή συνήθως απαιτεί λίγους μόνο μαγνητικούς παλμούς ανά άκρο, έτσι ώστε να μπορεί να ολοκληρωθεί σε μία συνεδρία.
- Ο συνεχής (επαναληπτικός) ερεθισμός τμημάτων του μετωπιαίου, μη κινητικού, φλοιού έχει ως αποτέλεσμα την μακρόχρονη ενεργοποίηση ή καταστολή της



Εικόνα 1. Ηλεκτρομαγνητικό πεδίο και επαγόμενο ηλεκτρικό ρεύμα, κατά την εφαρμογή του rTMS

λειτουργίας αυτών, ανάλογα με τις παραμέτρους που χρησιμοποιούνται κατά τον μαγνητικό ερεθισμό. Η ενεργοποίηση συγκεκριμένων περιοχών του μετωπιαίου φλοιού που έχουν σχέση με τα θετικά συναισθήματα ή η καταστολή άλλων περιοχών που σχετίζονται με τα αρνητικά συναισθήματα έχει βρεθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης. Εδώ, η θεραπεία με rTMS απαιτεί 20-30 συνεχείς συνεδρίες, ωστόσο το θεραπευτικό αποτέλεσμα μπορεί να έχει διάρκεια πολλών μηνών ή και να είναι μόνιμο.

- Κατά τον ίδιο τρόπο, ο επαναληπτικός ερεθισμός τμημάτων του φλοιού που σχετίζονται με τον πόνο βοηθά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, ενώ αντίστοιχη είναι η λογική και για τις άλλες θεραπευτικές εφαρμογές του rTMS.

Η επίδραση του rTMS φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με τη συχνότητα ερεθισμού. Διέγερση υψηλής συχνότητας πιστεύεται ότι διεγείρει τους στοχευμένους νευρώνες (και συνήθως χρησιμοποιείται για να ενεργοποιήσει το αριστερό προμετωπιαίο φλοιό), ενώ η χαμηλής συχνότητας διέγερση φαίνεται να αναστέλλει τη δραστηριότητα του φλοιού (και συνήθως κατευθύνεται στο δεξιό προμετωπιαίο φλοιό)¹³. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, μια ανασκόπηση 66 μελετών καταθλιπτικών ασθενών που έλαβαν θεραπεία με TMS που στόχευε το ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό διαπίστωσε ότι η υψηλής συχνότητας TMS γενικά αύξησε τη τοπική εγκεφαλική ροή αίματος, ενώ η χαμηλής συχνότητας TMS μείωσε γενικά τη τοπική εγκεφαλική ροή αίματος¹⁴.

Το rTMS έχει πολλές μοριακές επιδράσεις συγκρίσιμες με την ECT, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης μετατροπής μονοαμινών και ομαλοποίησης του άξονα υποθαλάμου υπόφυσης¹⁵.

Σε μία νευροαπεικονιστική μελέτη καταθλιπτικών ασθενών, ανεπάρκεια σεροτονίνης στο προμετωπιαίο λοβό κατά την έναρξη ομαλοποιήθηκε μετά τη θεραπεία με rTMS ενώ μοριακές μεταβολές κατεγράφησαν και στην έκφραση των υποδοχέων σεροτονίνης στον προσθιοπλάγιο προμετωπιαίο φλοιό και στον ιππόκαμπο¹⁶, σε μελέτες, δε, επί κυτταροκαλλιέργειών κατεγράφησαν αλληλαγές στα ενδοκυττάρια επίπεδα των κατεχολαμινών (ντοπαμίνη, νοραδρεναλίνη)¹⁷.

rTMS και μείζων κατάθλιψη

Το rTMS έχει εισαχθεί στην κλινική πράξη ως διαγνωστικό εργαλείο από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, ενώ οι πρώτες κλινικές δοκιμές για τη θεραπεία της κατάθλιψης έγιναν μετά τα μέσα της ίδιας δεκαετίας. Έκτοτε, έχουν πραγματοποιηθεί δεκάδες διπλών τυφλών τυχαιοποιημένων μελετών (>30) που περιλαμβάνουν πολλές εκατοντάδες ασθενών (>1500) (για μία λεπτομερή ανασκόπηση αυτών^{18,19}). Ως αποτέλεσμα αυτών, το rTMS έλαβε έγκριση για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής από τον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA) το 2008¹⁹ και στη συνέχεια από Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA).

Σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες μεταanalύσεις, από τους ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη που βρίσκονταν ήδη υπό αντικαταθλιπτική αγωγή, χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα, και οι οποίοι έλαβαν επιπλέον θεραπεία με rTMS, 35-40% πέτυχαν πλήρη ύφεση της νόσου^{20,21}. Επιπλέον το θεραπευτικό αποτέλεσμα του rTMS έχει αντίστοιχη διάρκεια με αυτό άλλων παρεμβάσεων, όπως της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT), αφού περίπου 60% των ασθενών που επέτυχαν ύφεση αρχικά, συνεχίσαν να βρίσκονται σε ύφεση τρεις μήνες μετά το τέλος των συνεδριών rTMS²⁰.

Το μέγεθος του θεραπευτικού αποτελέσματος του rTMS είναι συγκρίσιμο ή μεγαλύτερο από αυτό των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (effect size = 0.55²⁰ για το rTMS και 0.42 για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα²²), ενώ ο συνδυασμός των δύο μεθόδων οδηγεί σε ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ενός οξέος καταθλιπτικού επεισοδίου²³.

Το μέγεθος του θεραπευτικού αποτελέσματος του rTMS είναι συγκρίσιμο ή μεγαλύτερο από αυτό των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (effect size = 0.55²⁰ για το rTMS και 0.42 για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα²²), ενώ ο συνδυασμός των δύο μεθόδων οδηγεί σε ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ενός οξέος καταθλιπτικού επεισοδίου²³.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η σύγκριση του rTMS με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, καθώς οι δύο μέθοδοι βασίζονται σε παρόμοιες φυσικές αρχές (δηλ. στη χρήση ηλεκτρικού ρεύματος για τη μεταβολή της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού φλοιού), ενώ η τελευταία θεωρείται ευρέως ως το πλέον αποτελεσματικό μέσο για την αντι-

μετώπιση της ανθεκτικής κατάθλιψης. Πρόσφατες μεταanalύσεις καταδεικνύουν ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από το rTMS στον αδιαφοροποιημένο πληθυσμό των καταθλιπτικών ασθενών, όπου η πιθανότητα βελτίωσης των συμπτωμάτων με το rTMS βρέθηκε να είναι 50% ενώ με το ECT 65%, η δε πιθανότητα ύφεσης ήταν αντίστοιχως 34% και 53%²⁴. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του ECT οφείλεται σε μία συγκεκριμένη υποκατηγορία καταθλιπτικών ασθενών, εκείνων με ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ σε ασθενείς χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα η αποτελεσματικότητα των δύο μεθόδων ήταν ίδια²⁴.

Κατά τη σύγκριση του rTMS με το ECT πρέπει να λάβουμε υπόψη το ότι το ECT εισήχθη για πρώτη φορά στην ιατρική πράξη πριν από 76 χρόνια, το 1938. Ως εκ τούτου, η μέθοδος έχει φθάσει στο βέλτιστο σημείο της αποτελεσματικότητάς της. Αντίθετα το rTMS υπάρχει εδώ και λιγότερο από 20 χρόνια και αποτελεί αντικείμενο εντατικής έρευνας. Συνεχώς περιγράφονται νέα, πιο αποτελεσματικά θεραπευτικά πρωτόκολλα. Σε μία πρόσφατη κλινική μελέτη ένα από τα νεώτερα πρωτόκολλα θεραπείας με ΔΜΕ βρέθηκε να είναι εξίσου αποτελεσματικό με το ECT²⁵.

Το rTMS μπορεί να συνδυασθεί και με νευρπλοήγηση για περαιτέρω ακρίβεια στην επιλογή των σημείων εφαρμογής. Για να γίνει αυτό εφικτό πρέπει να προηγηθεί μία Μαγνητική Τομογραφία Εγκεφάλου με συγκεκριμένο πρωτόκολλο.

Χώρος εφαρμογής

Εφαρμόζεται στο ιατρείο και δεν απαιτείται νοσηλεία σε κλινική. Κατά τη θεραπεία, ο ασθενής είναι ανετα ξαπλωμένος στο κρεβάτι του ιατρείου. Δε λαμβάνει αναισθησία ή οποιοδήποτε άλλο φάρμακο. Ένα ηλεκτρομαγνητικό πηνίο τοποθετείται σε επαφή με το κρανίο, σε σημείο που επιλέγει ο γιατρός κατά την πρώτη συνεδρία, όπως φαίνεται στην εικόνα που ακολουθεί. Το πηνίο παραμένει στο ίδιο σημείο καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας.

Διάρκεια εφαρμογής

Η πρώτη συνεδρία, κατά την οποία καθορίζονται οι παράμετροι της θεραπείας, διαρκεί περίπου μία ώρα. Κάθε επόμενη συνεδρία διαρκεί περίπου μισή ώρα.

Οι συνεδρίες γίνονται καθημερινά, τις



εργάσιμες ημέρες της εβδομάδας. Συνήθως απαιτούνται 15-30 συνεδρίες έως ώτου επιτευχθεί το επιθυμητό κλινικό αποτέλεσμα, και έτσι η συνολική διάρκεια της θεραπείας είναι τρεις έως έξι εβδομάδες.

Πρόκειται για μη επώδυνη θεραπεία. Κάθε ηλεκτρομαγνητικός παλμός δίνει την αίσθηση μίας πολύ ελαφριάς και μικρής διάρκειας ηλεκτρικής εκκένωσης, που γίνεται αισθητή στο δέρμα του κρανίου. Μετά τους πρώτους λίγους παλμούς, οπότε ο θεραπευόμενος συνηθίζει τη διαδικασία και αισθάνεται άνετα, συνήθως δεν υπάρχει καμία δυσφορία.

Αξιολόγηση

Πριν από τη θεραπεία με rTMS, ο ασθενής πρέπει να αξιολογείται προκειμένου να επιβεβαιωθεί η πρωταρχική διάγνωση, καθώς και ότι πληρούνται τα κριτήρια χρήσης της μεθόδου.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει ένα ψυχιατρικό ιστορικό και εξέταση των νοσητικών λειτουργιών, με έμφαση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, τη διάρκεια του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου, τους τύπους και πλήθος των αποτυχημένων θεραπειών κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου, καθώς και τον αριθμό, διάρκεια και ιστορικό θεραπείας προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων.

Το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να δίνει έμφαση στους παράγοντες κινδύνου για επιληπτικές κρίσεις και σε προϋπάρχουσα νευρολογική νόσο (π.χ., επιληψία, ενδοκρανιακές μάζες και αγγειακές ανωμαλίες).

Αντενδείξεις

Το rTMS αντενδείκνυται σε ασθενείς με²⁶⁻²⁹

- Αυξημένο κίνδυνο για επιληπτικές κρίσεις.
- Εμφυτευμένο μεταλλικό υλικό (π.χ., κλίπ σε ανεύρυσμα ή θραύσματα σφαίρας)
- Κοχλιακό εμφύτευμα
- Εμφυτευμένες ηλεκτρικές μικροσυσκευές (π.χ. βηματοδότες, ενδοκαρδιακές γραμμές και αντλίες φαρμάκων)

Το rTMS μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε καταθλιπτικούς ασθενείς με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό επιληπτικών σπασμών, εάν η συχνότητα διέγερσης είναι χαμηλή (≤ 1 παλμοί ανά δευτερόλεπτο) και το όριο της συσκευής παρακολουθείται για να εξασφαλιστεί ότι η ένταση της διέγερσης δεν υπερβαίνει το συνιστώμενο εύρος ασφαλείας²⁶. Ωστόσο, οι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο για επιληπτικές κρίσεις θα πρέπει να υποβάλλονται σε επαναλαμβανόμενη TMS μόνο εάν το δυνητικό όφελος υπερτερεί του αυξημένου κινδύνου.

Τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά (παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις) δεν είναι αντένδειξη για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης με επαναλαμβανόμενη TMS [30], αλλά οι περισσότερες τυχαίοποιημένες μελέτες έχουν αποκλείσει τους ψυχωτικούς ασθενείς^{27, 31-35}.

Ασφάλεια και Παρενέργειες

Το rTMS είναι γενικά ασφαλές και καλά ανεκτό^{15, 27, 40, 41}. Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη 301 ασθενών διαπιστώθηκε ότι η διακοπή της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν συγκρίσιμη μεταξύ ε-

νεργούς και πλάσματικής επαναλαμβανόμενης TMS (5 και 3 %)²⁷.

Επιληπτικές κρίσεις

Η πιο σοβαρή δυνητική ανεπιθύμητη ενέργεια του rTMS είναι η πρόκληση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών^{28, 29, 40}. Ωστόσο, ο κίνδυνος επιληψίας φαίνεται να είναι συγκρίσιμος με εκείνο για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και οι επιληπτικές κρίσεις συμβαίνουν ίσως σε λιγότερο από 0,1 έως 0,5 τοις εκατό ασθενών όταν οι κατευθυντήριες γραμμές ασφαλείας σχετικά με τις παραμέτρους επιλογής και διέγερσης ασθενών τηρούνται^{15, 28, 40}. Οι επιληπτικές κρίσεις που σημειώθηκαν ήταν αυτο-περιοριζόμενες, δεν απαιτούσαν κανένα φάρμακο, και δεν επαναλήφθηκαν.

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο επιληπτικών σπασμών περιλαμβάνουν:

- Ατομικούς παράγοντες ασθενών
- Ατομικό και οικογενειακό (γονέας, αδελφός, ή παιδί) ιστορικό επιληψίας
- Προϋπάρχουσα νευρολογική διαταραχή (π.χ., προηγούμενος τραυματισμός στο κεφάλι με απώλεια συνείδησης, προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στον εγκέφαλο ή συγγενής δυσπλασία του εγκέφαλου)
- Φάρμακα που μειώνουν τον ουδό επιληπτικών κρίσεων (π.χ., bupropion, διεγερτικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά και θεοφυλλίνη)
- Πρόσφατη διακοπή αλκοόλη, βενζοδιαζεπινών ή αντιεπιληπτικών
- Στέρηση ύπνου
- Παράμετροι επαναλαμβανόμενης διέγερσης TMS:
 - Υψηλή συχνότητα
 - Αυξημένη ένταση
 - Μικρότερο διάστημα μεταξύ των εφαρμογών της μεθόδου

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες

Υπομανία και μανία έχουν περιγραφεί σε τυχαίοποιημένες μελέτες⁴³ καθώς και αναφορές περιστατικών με μείζονα κατάθλιψη (μονοπολική και διπολική) που έλαβαν θεραπεία με επαναλαμβανόμενη TMS⁴⁴⁻⁴⁷.

Ωστόσο, η κλινική σημασία αυτών των παρατηρήσεων δεν είναι σαφής γιατί οι ασθενείς με διπολική μείζονα κατάθλιψη μπορούν να παρουσιάσουν αυξημένη διάθεση ακόμη και εν τη απουσία αντικαταθλιπτικής θεραπείας.

Μια ανασκόπηση συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων από 10 τυχαίοποιημένες με-

► Πίστες ασθενών (520 ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη) που παρουσίασαν εναλλαγή διάθεσης σε μανία, διαπίστωσε ότι η εμφάνιση μανίας ήταν συγκρίσιμη μεταξύ ενεργού rTMS και πηλασματικής θεραπείας (0,8 και 0,7 τοις εκατό)⁴³.

Η θεραπεία της μονοπολικής μείζονας κατάθλιψης με rTMS δεν φαίνεται να αυξάνει τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή την αυτοκτονική συμπεριφορά⁴².

Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη που συνέκρινε την ενεργό επαναλαμβανόμενη TMS με τη πηλασματική θεραπεία σε 323 ασθενείς με μονοπολική μείζονα κατάθλιψη, δεν υπήρξαν αυτοκτονίες, ενώ παρουσιάστηκε αυτοτραυματισμός σε ένα ασθενή στην πηλασματική ομάδα²⁸. Επιπροσθέτως, αυξημένος αυτοκτονικός ιδεασμός παρουσιάστηκε σε 10 ασθενείς που έλαβαν πηλασματική θεραπεία και σε 1 ασθενή στην ομάδα ενεργού θεραπείας.

Άλλες πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του rTMS περιλαμβάνουν^{28,29}:

- Πονοκέφαλο και πόνο του τριχωτού της κεφαλής—Μια ανασκόπηση από τυχαίοποιημένες μελέτες ασθενών με μείζονα κατάθλιψη διαπίστωσε ότι η συχνότητα της κεφαλαλγίας μεταξύ ενεργού θεραπείας και πηλασματικής θεραπείας ήταν 28 και 16 τοις εκατό αντίστοιχα, ενώ η συχνότητα πόνου του τριχωτού της κεφαλής με την ενεργό και πηλασματική θεραπεία ήταν 39 και 15 τοις εκατό αντίστοιχα. Ο πονοκέφαλος και ο πόνος του τριχωτού της κεφαλής υποχωρούν γενικά τις πρώτες δύο εβδομάδες, παρόλο που ορισμένοι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν αναλγητικά (π.χ., παρακεταμόλη ή ιβουπροφαίνη)⁴⁷.
- Προσωρινή (< 4 ώρες) αύξηση του ακουστικού ουδού – προκαλείται από επαναλαμβανόμενους κρότους που παράγονται καθώς το ρεύμα περνά μέσα από το διεγερτικό μαγνητικό πηνίο και μηχανικά το παραμορφώνουν. Η απώλεια ακοής εμποδίζεται με αφρώδεις ωτοασπίδες ή καλύμματα αυτιών προστασίας θορύβου⁴⁷.

Μια άλλη πιθανή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι ένα βαγοτονικό λιποθυμικό επεισόδιο, το οποίο δε χρειάζεται ιδιαίτερη ιατρική αντιμετώπιση⁴⁸.

Η ανοχή του rTMS είναι καλύτερη με χαμηλότερες παραμέτρους διέγερσης σε σύγκριση με υψηλότερες παραμέτρους⁴¹.

Άλλες εφαρμογές

Πέραν της εγκεκριμένης χρήσης του rTMS στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, θετικά αποτελέσματα έχουν αποδώσει κλινικές μελέτες και σε άλλες νευρολογικές και ψυχιατρικές νόσους, οι οποίες τελούν υπό διερεύνηση:

Χρόνιος πόνος

Το rTMS έχει διερευνηθεί τόσο ως θεραπεία του χρονίου πόνου, όσο και ως μέθοδος πρόβληψης της αποτελεσματικότητας της διέγερσης του κινητικού φλοιού με επισκληρίδια ηλεκτρόδια για την ίδια ένδειξη. Ως θεραπεία για τον χρόνιο πόνο το rTMS, όπως καταδεικνύεται σε πλέον των 15 κλινικών μελετών, μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου κατά έως και 30% στο 50-60% των ασθενών^{48,49}. Στις δημοσιευμένες κλινικές μελέτες χρησιμοποιήθηκαν 10-15 διαδοχικές συνεδρίες.

Όσον αφορά στην πρόβληψη της αποτελεσματικότητας της υποσκληρίδιας διέγερσης, το rTMS μπορεί να προβλέψει ένα θετικό αποτέλεσμα μετά από εμφύτευση επισκληρίδιου διεγέρτη του κινητικού φλοιού με ευαισθησία 80-100% και ακρίβεια 60%⁵⁰. Η πρόβληψη γίνεται επί τη βάση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων που λαμβάνονται μετά από δύο μόλις συνεδρίες rTMS.

Ινομυαλγία

Στην ινομυαλγία, μία νόσο ασαφούς αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από έντονο χρόνιο πόνο, μία πρόσφατη μετα-ανάλυση κατέδειξε παρόμοια αποτελεσματικότητα του rTMS με τα φάρμακα που έχουν επί του παρόντος έγκριση για την ασθένεια αυτή [Duloxetine και Pregabalin], αλλά με σημαντικά λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες⁵¹.

Ημικρανία

Επί τη βάση περιορισμένου αριθμού μελετών, έχει δείξει ότι το rTMS μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των κρίσεων έως και 80%, σε ημικρανικούς ασθενείς^{53,54}.

Ακουστικές ψευδαισθήσεις και εμβοές

Τουλάχιστον 25 κλινικές δοκιμές σε ψυχωτικούς ασθενείς έχουν καταδείξει ότι το rTMS μειώνει την ένταση και τη συχνότητα των ακουστικών ψευδαισθήσεων που ανθίστανται στην αγωγή με αντιψυχωτικά φάρμακα⁵⁴.

Παρόλο που κάποιες κλινικές δοκιμές έχουν αποδώσει θετικά αποτελέσματα όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα του rTMS στην αντιμετώπιση των εμβοών, άλλες δοκιμές δεν απέβησαν θετικές. Έτσι η θέση του rTMS στη θεραπεία της εν λόγω ένδειξης μένει να αποδειχθεί⁵⁵.

Επιληψία, νόσος Parkinson και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

- Το rTMS μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των κρίσεων σε επιληπτικούς ασθενείς. Το μέγεθος του αποτελέσματος είναι μέτριο (effect size=0.34), όπως έχει δείξει από τις δημοσιευμένες κλινικές μελέτες, που περιλαμβάνουν τουλάχιστον 160 ασθενείς^{49,56,57}. Σε ειδικές κατηγορίες επιληπτικών ασθενών, όπως όταν η επιληψία οφείλεται σε φλοιϊκή δυσπλασία, το μέγεθος του αποτελέσματος είναι μεγαλύτερο (effect size=0.71)⁵⁶.
 - Στη νόσο του Parkinson, το rTMS βελτίωσε τα κινητικά συμπτώματα (μείωση της βαθμολογία UPDRS κατά 6.84 μονάδες), ενώ μπορεί επιπλέον να αντιμετωπίσει την κατάθλιψη, όταν συνυπάρχει^{58,59}.
 - Το rTMS είναι αποτελεσματικό και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, όπου βελτιώνει τα συμπτώματα σε ένα μέτριο προς μεγάλο βαθμό (effect size=0.59). Το ποσοστό των ασθενών που ανταποκρίνονται στη θεραπεία είναι αντίστοιχο με αυτό της κατάθλιψης, ήτοι 35%⁶⁰. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ασθενών με βαρύτατη ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, που αποκόμισαν σημαντικά οφέλη μακράς διάρκειας από τη θεραπεία με rTMS⁶¹.
 - Υπό έρευνα με ενθαρυντικά αποτελέσματα σε αρχικές μελέτες είναι:
 - Η Αποκατάσταση μετά από Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (κινητικά ελλείμματα, αphasικές διαταραχές, δυσφαγία, σπαστικότητα)⁴⁹.
- Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση⁴⁹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο επαναλαμβανόμενος διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός είναι μία ασφαλής και καλά ανεκτή θεραπεία, με καλά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα στην κύρια ένδειξη της, που είναι η ανθεκτική μείζονα κατάθλιψη.

Αποτελεί αντικείμενο διαρκούς έρευνας, οι δε νεότερες κλινικές δοκιμές υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά του σε επι-

► πλέον παθολογικές καταστάσεις, όπως είναι ο χρόνιος πόνος, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι εμβοές και η αποκατάσταση μετά από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή σε σκλήρυνση κατά πλάκας. Ένα πλεονέκτημα της θεραπείας αυτής είναι ότι μπορεί αφ' ενός μιν να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς στους οποίους υπάρχουν αντενδείξεις για φαρμακευτική αγωγή και αφ' ετέρου δύναται να συγχρηνηθεί με φαρμακευτική αγωγή όπως π.χ. τα αντικαταθλητικά φάρμακα, αποτελώντας μία μέθοδο που μπορεί να προσφέρει πρόσθετα θεραπευτικά οφέλη σε πολλούς ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO Regional Office for Europe - Data and statistics on Mental Disorders [Internet]. [cited 2014 Apr 3]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
2. Nemeroff CB. Prevalence and management of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2007;68 Suppl 8:17-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17640154>
3. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1905.
4. Holtzheimer PE, Mayberg HS. Stuck in a rut: rethinking depression and its treatment. *Trends Neurosci* 2011; 34:1.
5. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, third edition. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (supplement):1.
6. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Third Edition, 2010. <http://psychiatryonline.org/guidelines.aspx> (Accessed on April 17, 2012).
7. Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J Affect Disord* 2009; 117 Suppl 1:S44.
8. Eranti S, Mogg A, Pluck G, et al. A randomized, controlled trial with 6-month follow-up of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy for severe depression. *Am J Psychiatry* 2007; 164:73.
9. Fitzgerald PB. Repetitive transcranial magnetic stimulation is not as effective as electroconvulsive therapy for major depression. *Evid Based Ment Health* 2007; 10:78.
10. Barker AT, Jalinous R, Freeston IL. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex. *Lancet*. 1985 May 11;1(8437):1106-7.
11. Barker AT, Freeston IL, Jalinous R, Jarrett JA. Clinical evaluation of conduction time measurements in central motor pathways using magnetic stimulation of human brain. *Lancet* [Internet]. 1986 Jun 7;1(8493):1325-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2872449>
12. Rossini PM, Burke D, Chen R, Cohen LG, Daskalakis Z, Di Iorio R et al. Non-invasive electrical and magnetic stimulation of the brain, spinal cord, roots and peripheral nerves: Basic principles and procedures for routine clinical and research application. An updated report from an I.F.C.N. Committee. *Clin Neurophysiol*. 2015 Jun;126(6):1071-107.
13. Baeken C, De Raedt R. Neurobiological mechanisms of repetitive transcranial magnetic stimulation on the underlying neurocircuitry in unipolar depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13:139.
14. Noda Y, Silverstein WK, Barr MS, et al. Neurobiological mechanisms of repetitive transcranial magnetic stimulation of the dorsolateral prefrontal cortex in depression: a systematic review. *Psychol Med* 2015; 45:3411.
15. George MS, Post RM. Daily left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation for acute treatment of medication-resistant depression. *Am J Psychiatry* 2011; 168:356.
16. Baeken C, De Raedt R, Bossuyt A, Van Hove C, Mertens J, Dobbelaire A. The impact of HF-rTMS treatment on serotonin(2A) receptors in unipolar melancholic depression. *Brain Stimul*. 2011 Apr;4(2):104-11.
17. Shaul U, Ben-Shachar D, Karry R, Klein E. Modulation of frequency and duration of repetitive magnetic stimulation affects catecholamine levels and tyrosine hydroxylase activity in human neuroblastoma cells: implication for the antidepressant effect of rTMS. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003 Sep;6(3):233-41.
18. Aleman A. Use of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Treatment in Psychiatry. *Clin Psychopharmacol Neurosci* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Mar30];11(2):53-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3766755/>
19. K083538.pdf [Internet]. [cited 2014 Mar 30]. Available from: http://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf8/K083538.pdf
20. George MS, Taylor JJ, Short EB. The expanding evidence base for rTMS treatment of depression. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan;26(1):13-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23154644>
21. Berlim MT, Van den Eynde F, Jeff Daskalakis Z. Clinically meaningful efficacy and acceptability of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for treating primary major depression: a meta-analysis of randomized, double-blind and sham-controlled trials. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2013 Mar;38(4):543-51. Available from: <http://www.nature.com/npp/journal/v38/n4/full/npp2012237a.html>
22. Vohringer PA, Ghaemi SN. Solving the Antidepressant Efficacy Question? Effect Sizes in Major Depressive Disorder. *Clin Ther* [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Mar 30];33(12):B49-B61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3242920/>
23. Berlim MT, Van den Eynde F, Daskalakis ZJ. High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation accelerates and enhances the clinical response to antidepressants in major depression: a meta-analysis of randomized, double-blind, and sham-controlled trials. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2013 Feb;74(2):e122-129. Available from: http://article.psychiatrist.com/dao_1-login.asp?ID=10008182&RSID=5629272552227
24. Ren J, Li H, Palaniyappan L, Liu H, Wang J, Li C, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for major depression: A systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2014 Jun 3;51C:181-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584614000335>
25. Xie J, Chen J, Wei Q. Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis of stimulus parameter effects. *Neurol Res* [Internet]. 2013 Dec;35(10):1084-91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23889926>
26. O'Reardon JP, Solvason HB, Janicak PG, et al. Efficacy and safety of transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depression: a multisite randomized controlled trial. *Biol Psychiatry* 2007; 62:1208.
27. Rossi S, Hallett M, Rossini PM, et al. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol* 2009; 120:2008.
28. Loo CK, McFarquhar TF, Mitchell PB. A review of the safety of repetitive transcranial magnetic stimulation as a clinical treatment for depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 11:131.
29. Ray S, Nizamie SH, Akhtar S, et al. Efficacy of adjunctive high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation of left prefrontal cortex in depression: a randomized sham controlled study. *J Affect Disord* 2011; 128:153.
30. Pallanti S, Bernardi S, Di Rollo A, et al. Unilateral low frequency versus sequen-

- tial bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation: is simpler better for treatment of resistant depression? *Neuroscience* 2010; 167:323.
31. Rumi DO, Gattaz WF, Rigonatti SP, et al. Transcranial magnetic stimulation accelerates the antidepressant effect of amitriptyline in severe depression: a double-blind placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 57:162.
 32. Grunhaus L, Schreiber S, Dolberg OT, et al. A randomized controlled comparison of electroconvulsive therapy and repetitive transcranial magnetic stimulation in severe and resistant nonpsychotic major depression. *Biol Psychiatry* 2003; 53:324.
 33. Hausmann A, Kemmler G, Walpoth M, et al. No benefit derived from repetitive transcranial magnetic stimulation in depression: a prospective, single centre, randomised, double blind, sham controlled "add on" trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:320.
 34. Huang ML, Luo BY, Hu JB, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation in combination with citalopram in young patients with first-episode major depressive disorder: a double-blind, randomized, sham-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46:257.
 35. Pallanti S, Bernardi S, Di Rollo A, et al. Unilateral low frequency versus sequential bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation: is simpler better for treatment of resistant depression? *Neuroscience* 2010; 167:323.
 36. Rumi DO, Gattaz WF, Rigonatti SP, et al. Transcranial magnetic stimulation accelerates the antidepressant effect of amitriptyline in severe depression: a double-blind placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 57:162.
 37. Grunhaus L, Schreiber S, Dolberg OT, et al. A randomized controlled comparison of electroconvulsive therapy and repetitive transcranial magnetic stimulation in severe and resistant nonpsychotic major depression. *Biol Psychiatry* 2003; 53:324.
 38. Hausmann A, Kemmler G, Walpoth M, et al. No benefit derived from repetitive transcranial magnetic stimulation in depression: a prospective, single centre, randomised, double blind, sham controlled "add on" trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:320.
 39. Huang ML, Luo BY, Hu JB, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation in combination with citalopram in young patients with first-episode major depressive disorder: a double-blind, randomized, sham-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46:257.
 40. George MS, Lisanby SH, Avery D, et al. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:507.
 41. Xia G, Gajwani P, Muzina DJ, et al. Treatment-emergent mania in unipolar and bipolar depression: focus on repetitive transcranial magnetic stimulation. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 11:119.
 42. Dolberg OT, Schreiber S, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation-induced switch into mania: a report of two cases. *Biol Psychiatry* 2001; 49:468.
 43. Garcia-Toro M. Acute mania symptomatology during repetitive transcranial magnetic stimulation in a patient with bipolar depression. *Br J Psychiatry* 1999; 175:491.
 44. Nedjat S, Folkerts HW. Induction of a reversible state of hypomania by rapid-rate transcranial magnetic stimulation over the left prefrontal lobe. *J ECT* 1999; 15:166.
 45. Rachid F, Golaz J, Bondolfi G, Bertschy G. Induction of a mixed depressive episode during rTMS treatment in a patient with refractory major depression. *World J Biol Psychiatry* 2006; 7:261.
 46. Perera T, George MS, Grammer G, et al. The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS Therapy for Major Depressive Disorder. *Brain Stimul* 2016; 9:336.
 47. O'Reardon JP, Blumner KH, Peshek AD, et al. Long-term maintenance therapy for major depressive disorder with rTMS. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1524.
 48. Cruccu G, Garcia-Larrea L, Hansson P, Keindl M, Lefaucheur JP, Paulus W. EAN guidelines on central neurostimulation therapy in chronic pain conditions. *Eur J Neurol*. 2016 Oct;23(10):1489-99.
 49. Lefaucheur J-P, André-Obadia N, Poulet E, Devanne H, Haffen E, Londero A, et al. [French guidelines on the use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): safety and therapeutic indications]. *Neurophysiol Clin Clin Neurophysiol [Internet]*. 2011 Dec;41(5-6):221-95. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987705311001456>
 50. Lefaucheur J-P, Ménard-Lefaucheur I, Goujon C, Keravel Y, Nguyen J-P. Predictive value of rTMS in the identification of responders to epidural motor cortex stimulation therapy for pain. *J Pain Off J Am Pain Soc [Internet]*. 2011 Oct;12(10):1102-11. Available from: <http://www.jpain.org/article/S1526-5900%2811%2900627-4/abstract>
 51. Marlow NM, Bonilha HS, Short EB. Efficacy of transcranial direct current stimulation and repetitive transcranial magnetic stimulation for treating fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Pain Pract Off J World Inst Pain [Internet]*. 2013 Feb;13(2):131-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22631436>
 52. Misra UK, Kalita J, Bhoi SK. High frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) is effective in migraine prophylaxis: an open labeled study. *Neurol Res [Internet]*. 2012 Jul;34(6):547-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22732675>
 53. Misra UK, Kalita J, Bhoi SK. High-rate repetitive transcranial magnetic stimulation in migraine prophylaxis: a randomized, placebo-controlled study. *J Neurol [Internet]*. 2013 Nov;260(11):2793-801. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963471>
 54. Slotema CW, Blom JD, van Lutterveld R, Hoek HW, Sommer IEC. Review of the Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation for Auditory Verbal Hallucinations. *Biol Psychiatry [Internet]*. 2013 Oct 25; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315551>
 55. Londero A, Bonfils P, Lefaucheur JP. Transcranial magnetic stimulation and subjective tinnitus. A review of the literature, 2014-2016. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2018 Feb;135(1):51-58.
 56. Hsu W-Y, Cheng C-H, Lin M-W, Shih Y-H, Liao K-K, Lin Y-Y. Antiepileptic effects of low frequency repetitive transcranial magnetic stimulation: A meta-analysis. *Epilepsy Res [Internet]*. 2011 Oct;96(3):231-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21715144>
 57. Sun W, Mao W, Meng X, Wang D, Qiao L, Tao W, et al. Low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of refractory partial epilepsy: a controlled clinical study. *Epilepsia [Internet]*. 2012 Oct;53(10):1782-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22950513>
 58. Shirota Y. [Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) therapy for Parkinson disease]. *Rinsho Shinkeigaku Clin Neurol [Internet]*. 2013;53(11):1050-2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24291876>
 59. Shirota Y, Ohtsu H, Hamada M, Enomoto H, Ugawa Y, Research Committee on rTMS Treatment of Parkinson's Disease. Supplementary motor area stimulation for Parkinson disease: a randomized controlled study. *Neurology [Internet]*. 2013 Apr 9;80(15):1400-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23516319>
 60. Berlim MT, Neufeld NH, Van den Eynde F. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for obsessive-compulsive disorder (OCD): an exploratory meta-analysis of randomized and sham-controlled trials. *J Psychiatr Res*. 2013 Aug;47(8):999-1006.
 61. Deftereos SN, Georgonikou DD. Severe, Drug-Resistant OCD Successfully Treated With rTMS and Concomitant Multidisciplinary Psychotherapy: It's Not Only About the Coil. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017 Apr 20;19(2).



Από μικροί
ήμασταν περίεργοι ...

...να ανακαλύψουμε ποιο είναι το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο. Όταν το βρήκαμε αποφασίσαμε να κάνουμε έργο ζωής την προάσπιση και εξασφάλισή του- της υγείας.

Είμαστε στο πλευρό της ιατρικής κοινότητας παρέχοντας φαρμακευτικά προϊόντα υψηλής ποιότητας, προσπαθώντας να έχουν πρόσβαση σε αυτά, όλοι οι συνάνθρωποί μας.

Παραμένουμε περίεργοι, παραμένουμε αποφασισμένοι, παραμένουμε στο πλευρό σας με τον ενθουσιασμό και την επιμονή μικρού παιδιού.

FarmaSyn SA
P H A R M A C E U T I C A L S

Αθήνα: Μονής Δαμάστας 6, 12133 Περιστερί • Τηλ: 210 5777140 • Fax: 210 5788791 • e-mail: farmasyn@otenet.gr • www.farmasyn.gr
Γραφείο Β. Ελλάδος: Μαιάνδρου & Αδμήτου 27, 56224 Εύοσμος • Τηλ: 2310 703856 • Fax: 2310 703178 • e-mail: thess@farmasyn.gr

Οφθαλμική προσβολή στην κροταφική αρτηρίτιδα

ΠΕΠΟΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ¹, ΑΦΡΑΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ², ΓΟΥΛΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ³

¹Επιμελητής Α ΕΣΥ, Α Οφθαλμολογική Κλινική «Οφθαλμιατρείο Αθηνών»

²Ειδικευόμενη Οφθαλμίατρος, Α Οφθαλμολογική Κλινική «Οφθαλμιατρείο Αθηνών»

³Ρευματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ

Η γιγαντοκυτταρική ή κροταφική αρτηρίτιδα είναι μία αγγειίτιδα αγνώστου αιτιολογίας, η οποία εμφανίζεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας και έχει ευρύ φάσμα συστηματικών, νευρολογικών και οφθαλμικών εκδηλώσεων. Η απώλεια της όρασης αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα της νόσου και είναι μη αναστρέψιμη στο 20% των ασθενών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση γιατί υπάρχει κίνδυνος προσβολής και του έτερου οφθαλμού. Τα κορτικοστεροειδή αποτελούν το βασικό όπλο της θεραπείας. Η κυκλοσπορίνη, η αζαθειοπρίνη και η μεθοτρεξάτη χορηγούνται επικουρικά για να μειωθεί η δόση των κορτικοστεροειδών. Ένα μονοκλωνικό αντίσωμα, το Tocilizumab, έλαβε πρόσφατα έγκριση από τον FDA για την αντιμετώπιση της ΚΑ.

Αυτό το άρθρο εστιάζει στα οφθαλμικά συμπτώματα, την αναγκαιότητα άμεσης αντιμετώπισής τους και στα κλινικά ευρήματα της νόσου κατά την οφθαλμολογική εξέταση. Επιπλέον γίνεται αναφορά στα νεότερα θεραπευτικά δεδομένα.

Λέξεις Κλειδιά

Κροταφική αρτηρίτιδα, Πολυπύρνα γιγαντοκύτταρα, Πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια, Οπίσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια, Απόφραξη κεντρικής αρτηρίας αμφιβληστροειδούς, Tocilizumab

Abstract

Giant cell arteritis (GCA) or temporal arteritis is a systemic inflammatory vasculitis of unknown etiology that occurs in older persons and can result in a wide variety of systemic, neurologic and ophthalmologic complications. Visual loss is one of the most significant ocular manifestations of GCA. Permanent impairment may occur in as many as 20% of patients. The initiation of treatment must be prompt in order to prevent blindness. Corticosteroids are the mainstay of therapy. Cyclosporine, azathioprine, methotrexate can be used as steroid-sparing agents. Tocilizumab is the first drug specifically approved by the FDA for GCA.

This article refers to the ophthalmologic symptoms, the necessity of immediate treatment and the clinical findings of a

complete eye examination. Moreover, points out the latest treatment options.

Εισαγωγή

Η γιγαντοκυτταρική ή κροταφική ή κρανιακή ή κοκκιωματώδης αρτηρίτιδα (ΚΑ) είναι αγγειίτιδα μέσου και μεγάλου μεγέθους αγγείων που προσβάλλει κυρίως τους κλάδους 2ης και 5ης τάξης του αορτικού τόξου. Πιο συχνά προσβάλλονται οι εξωκράνιες αρτηρίες της αορτής και λιγότερο συχνά η ίδια η αορτή. Τα κλινικά συμπτώματα αγγειακής φλεγμονής και ανεπάρκειας συνυπάρχουν με εκδηλώσεις συστηματικής φλεγμονής. Η ΚΑ μπορεί να συνοδεύεται από τη ρευματολογική πολυμυαλγία, ένα σύνδρομο μυϊκού πόνου και δυσκαμψίας της ωμικής και της πνευλικής ζώνης^{1,2}.

Η ΚΑ συναντάται κυρίως σε άτομα άνω των 50 ετών, με μέσο όρο ηλικίας των ασθενών στο χρόνο της διάγνωσης το 75° έτος. Κυρίως προβάλλονται οι γυναίκες δύο έως τρεις φορές συχνότερα από τους άντρες (Γ/Α:2-3/1)^{3,4}. Επίσης η νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπως οι Σκανδιναβικές χώρες και λιγότερο συχνά σε άτομα αфро-

αμερικανικής και ασιατικής καταγωγής^{5,6}.

Η **ιστολογική βλάβη** στην ΚΑ χαρακτηρίζεται από διατοίχωματική κοκκιωματώδη φλεγμονή, διάσπαση του ελαστικού πετάλου, την παρουσία ιστιοκυττάρων και πολυπύρνων γιγαντοκυττάρων στον μέσο χιτώνα, την υπερπλησία του έσω χιτώνα του αγγείου και τη στένωση του αυλού (Εικόνα 1)⁷.

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, αν και φαίνεται να σχετίζεται με γενετικούς παράγοντες (συσχέτιση με HLA-DR4)⁸, την ηλικία, περιβαλλοντικούς παράγοντες και λοιμώξεις (Clamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Parvovirus B19, Varicella zoster)^{9,10,11}.

Η ΚΑ μπορεί να πρωτοεμφανιστεί με πολλές διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις και τύπους. Η τυπική μορφή περιλαμβάνει κεφαλαλγία, διαλείπουσα χαλότητα των μασπτήρων και οφθαλμική προσβολή. Ωστόσο υπάρχουν και άτυπες μορφές όπως ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας και η προσβολή των μεγάλων αγγείων.

Οφθαλμικά Συμπτώματα

Η οφθαλμική προσβολή στην ΚΑ αποτελεί επείγουσα κατάσταση, η οποία απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Περίπου το 50% των ασθενών με ΚΑ εμφανίζουν οφθαλμικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της νόσου¹², αν και κατά την πείρα μας το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο στην Ελλάδα. Οι οπτικές διαταραχές μπορούν να είναι η αρχική εκδήλωση της νόσου ή να ακολουθούν άλλα συμπτώματα μετά από εβδομάδες ή μήνες. Οι συχνότερες είναι η απώλεια της όρασης και η διπλωπία¹³.

Η απώλεια της όρασης αναπτύσσεται στο 15-20% των ασθενών με ΚΑ και μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, παροδική ή μόνιμη και μερική ή πλήρης¹⁴. Η αιφνίδια απώλεια όρασης αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο και αν διαρκέσει πάνω από μερικές ώρες, είναι μη αναστρέψιμη. Τα παροδικά επανειλημμένα επεισόδια θόλωσης ή απώλειας της όρασης (αμαύρωση fugax) αποτελούν συμπτώματα προϋσχαιμικής οπτικής νευροπάθειας και είναι συνήθως αναστρέψιμα αν γίνει άμεση χορήγηση κορτικοστεροειδών¹⁵. Είναι συνήθως αποτέλεσμα πρόσθιας ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας (ΠΙΟΝ), η οποία οφείλεται σε αποφρακτική αρτηρίτιδα της οπίσθιας ακτινοειδούς αρτηρίας και σπανιότερα της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς. Η αμφοτερόπλευρη α-

μαύρωση fugax είναι ένδειξη προσβολής της σπονδυλοβασικής κυκλοφορίας.

Η διπλωπία παρατηρείται στο 10-12% των ασθενών με ΚΑ. Οφείλεται σε ισχαιμία του οφθαλμοκινητικού συστήματος λόγω αγγειίτιδας και κυρίως προσβάλλονται οι εξοφθαλμικοί μύες, τα οφθαλμοκινητικά νεύρα και το εγκεφαλικό στέλεχος^{16,17}.

Η αμφικροταφική ημιανοψία, δηλαδή η απώλεια της όρασης στα δύο κροταφικά μισά των οπτικών πεδίων, αποτελεί ένα ακόμα σύμπτωμα οφθαλμικής προσβολής στην ΚΑ. Σπανιότερα παρουσιάζεται και ομώνυμη ημιανοψία (διαταραχή της όρασης στα δύο δεξιά ή αριστερά μισά των οπτικών πεδίων). Η συμπτωματολογία αυτή προκαλείται λόγω αγγειίτιδας των αρτηριών που τροφοδοτούν τις οπτικές οδούς πίσω από το οπτικό χίασμα. Το συχνότερο αίτιο είναι το έμφρακτο του ινιαικού λοβού. Σπάνια η προσβολή του ινιαικού λοβού είναι αμφοτερόπλευρη και οδηγεί σε φλοιική τύφλωση.

Τέλος, υπάρχει και το σύνδρομο Charles Bonet, το οποίο χαρακτηρίζεται από οπτικές ψευδαισθήσεις λόγω μείωσης της οπτικής οξύτητας και διαταραχής των οπτικών πεδίων¹⁸.

Κλινικά Ευρήματα

Θα πρέπει πάντα να γίνεται μία πλήρης οφθαλμολογική εξέταση, η οποία οφείλει να περιλαμβάνει: α) οπτική οξύτητα, β) αντανάκλαστικά της κόρης, γ) έλεγχο οφθαλμοκινητικότητας, δ) εξέταση στην σχισμοειδή λυχνία, ε) οπτικά πεδία και στ) βυθοσκόπηση.

Στην πλειονότητα των ασθενών υπάρχει οξεία απώλεια της όρασης, και συνήθως μικρότερη της μέτρησης δακτύλων. Η εξέταση των κορικών αντανάκλαστικών, σε ασθενείς με μόνιμη απώλεια όρασης, αποκαλύπτει χαρακτηριστικά το σημείο Marcus Gunn, δηλαδή διαταραχή στο προσαγωγό σκέλος του αντανάκλαστικού της κόρης¹⁹. Πιο συγκεκριμένα, όταν διεγείρεται με φωτεινό ερέθισμα ο φυσιολογικός οφθαλμός συστέλλονται και οι δύο κόρες, ενώ όταν διεγείρεται ο παθολογικός οφθαλμός και οι δύο κόρες διαστέλλονται. Σε ασθενείς με διπλωπία η κλινική εξέταση θα αποκαλύψει επίσης και οφθαλμοπληγία. Κατά την εξέταση των οπτικών πεδίων μπορεί να διαπιστωθεί πλήρης απώλεια του οπτικού πεδίου, ελλείμματα τυπικά αμφικροταφικής ή ομώνυμης ημιανοψίας, συμμετρικά ή ασύμμετρα, με ή χωρίς προσβο-



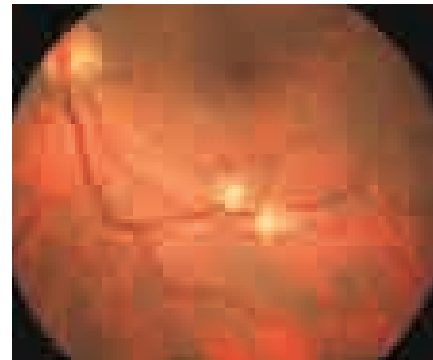
Εικόνα 1. Ιστολογική εικόνα βιοψίας κροταφικής αρτηρίας σε ασθενή με ΚΑ⁷.

λή της ωχράς κηλίδας.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στο οπτικό νεύρο και στην κεντρική αρτηρία του αμφιβληστροειδούς. Στην αμαύρωση fugax συνήθως η οφθαλμολογική εξέταση είναι φυσιολογική ή μπορεί να αναδεικνύει βαμβακόμορφες κηλίδες στον αμφιβληστροειδή²⁰.

Στην πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια (ΠΙΟΝ), η οποία είναι και η συχνότερη αιτία απώλειας της όρασης στην ΚΑ ανευρίσκονται στοιχεία ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας με ωχρό οίδηματώδη οπτικό δίσκο ασφών ορίων. Ίσως να υπάρχουν γραμμοειδείς μικροαιμορραγίες στα όρια του οπτικού δίσκου. Σε όψιμο στάδιο προκαλείται ατροφία του οπτικού νεύρου, το οποίο γίνεται επίπεδο και ωχρό^{22,23}.

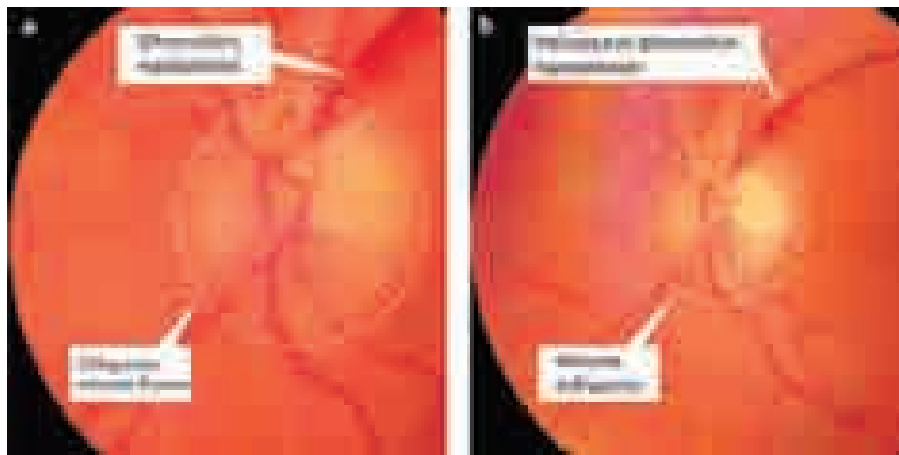
Στην οπίσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια (ΟΙΟΝ), η οποία είναι πολύ πιο σπάνια από την ΠΙΟΝ, καταλήγουμε μόνο εφόσον έχουν αποκλειστεί άλλα αίτια οπισθοβληθικής οπτικής νευροπάθειας όπως



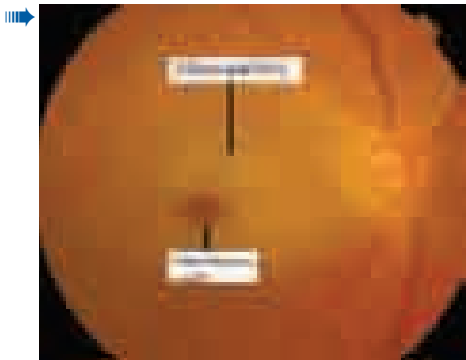
Εικόνα 2. Βαμβακόμορφες κηλίδες στον αμφιβληστροειδή²¹

συμπίεση και φλεγμονή. Αρχικά ο οπτικός δίσκος φαίνεται φυσιολογικός, αλλά μέσα σε λίγες εβδομάδες αναπτύσσεται ωχρότητα. Προκαλείται από ισχαιμία της οπισθοθρομιοειδικής μοίρας του οπτικού νεύρου, η οποία αιματώνεται από το περιβάλλον τριχοειδικό δίκτυο της χοριοειδούς μήνιγας, το οποίο με τη σειρά του αιματώνεται από κλάδους της χοριοειδούς μήνιγας από την οφθαλμική αρτηρία, η οποία αποτελεί κλάδο της έσω καρωτίδας^{25,26}.

Στην απόφραξη της ΚΑΑ παρατηρούνται στοιχεία αμφιβληστροειδικής ισχαιμίας. Κατά τη βυθοσκόπηση ο αμφιβληστροειδής εμφανίζεται ωχρός και γαλακτώχρωμος λόγω του οιδήματος των γαγγλιακών κυττάρων και τα αγγεία είναι πολύ στενά. Η περιοχή της ωχράς κηλίδας διατηρεί την κόκκινη κερασόχροη απόχρωσή της εξαιτίας της απουσίας γαγγλιακών κυττάρων, η οποία επιτρέπει να φαίνεται κανονικά ο χοριοειδής με την πλούσια αιμάτωσή του. Μετά από λίγες μέρες υπο-



Εικόνα 3. α) Ωχρός οίδηματώδης οπτικός δίσκος σε ΠΙΟΝ, β) Υποχώρηση οιδήματος μετά τη χορήγηση κορτικοστεροειδών²⁴



Εικόνα 3. Απόφραξη ΚΑΑ με κερασόχρου ωχρά κηλίδα²⁹

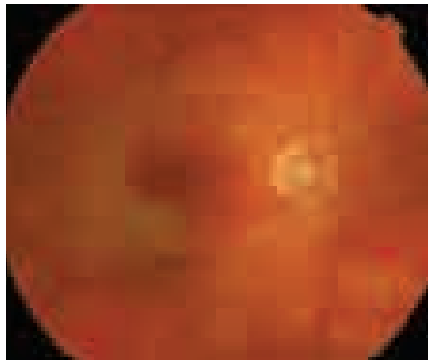
χωρεί το οίδημα του αμφιβληστροειδούς και η οπτική θηλή γίνεται λευκή και ατροφική. Σε περίπτωση που υπάρχει θηλωαχρική αρτηρία, η οποία προέρχεται από τη χοριοειδή κυκλοφορία, διατηρείται μέρος της όρασης 27,28.

Θεραπεία

Η θεραπεία στους ασθενείς με οφθαλμικές εκδηλώσεις πρέπει να είναι άμεση και επιθετική, με στόχο τόσο τη διάσωση του προσβληθέντος οφθαλμού όσο και την πρόληψη της τύφλωσης του έτερου. Αν η θεραπεία ξεκινήσει το πρώτο 24ωρο από την εκδήλωση των οφθαλμικών συμπτωμάτων ο ασθενής έχει 22 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει βελτίωση αυτών. Αν όμως η έναρξη της θεραπείας καθυστερήσει περισσότερο από 48 ώρες οι βλάβες μπορεί να είναι μη αναστρέψιμες.

Το θεραπευτικό πρωτόκολλο περιλαμβάνει την άμεση χορήγηση 1000mg μεθυληπρεδνιζολόνης (Solumedrol) ενδοφλέβιας ημερησίως για τρεις συνεχείς ημέρες. Εναλλακτικά, μπορούν να χορηγηθούν 80-100mg/ημέρα πρεδνιζολόνης (Prezolon) per os. Αναμένεται βελτίωση της συστηματικής συμπτωματολογίας τις πρώτες 72 ώρες από την έναρξη της θεραπείας^{30,31}. Κατόπιν, η ενδοφλέβια χορήγηση αντικαθίσταται με 1mg/kg/ημέρα per os πρεδνιζολόνη, ενώ η από του στόματος αγωγή παραμένει ως έχει.

Η χορήγηση των κορτικοστεροειδών θα πρέπει σταδιακά να μειωθεί παρακολουθώντας τις τιμές της ΤΚΕ και της CRP. Σύμφωνα με τις βρετανικές οδηγίες, η χορήγηση πρεδνιζολόνης μειώνεται ως εξής: 40-60mg για 4 εβδομάδες, 10-20mg για 2 εβδομάδες, 2,5-10mg για 2-4 εβδομάδες και 1mg για 1-2 μήνες³².



Εικόνα 4. Απόφραξη ΚΑΑ με βαθιά θηλωαχρική αρτηρία²⁹

Συγχρόνως με τα στεροειδή οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν:

- Χαμηλή δόση ασπιρίνης (81mg ημερησίως) για να μειωθούν τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια
- Αναστολείς της αντλίας πρωτονίων για γαστροπροστασία και
- Διφωσφωνικά (π.χ. αλενδρονάτη), κάλιο και υψηλές δόσεις βιταμίνης D για την προστασία των οστών³².

Ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες, όπως η κυκλοσπορίνη, η μεθοτρεξάτη και η αζαθειοπρίνη μπορούν να χορηγηθούν σε ασθενείς με κροταφική αρτηρίτιδα για ταχύτερη μείωση των στεροειδών ή σε ασθενείς που απαιτείται να λάβουν υψηλές δόσεις στεροειδών για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σε όσους παρουσιάσουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα στεροειδή^{33,34,35}. Η χορήγηση infliximab ή rituximab μετά από μελέτες φάνηκε πως δεν έχει να προσφέρει κάτι παραπάνω στη θεραπεία της ΚΑ. Ίσως να είναι αποτελεσματική σε κάποιους ασθενείς με ανθεκτική στα στεροειδή νόσο^{36,37}.

Τον Μάιο του 2017, έπειτα από τη μελέτη GiACTA, ο FDA ενέκρινε τη χορήγηση Tocilizumab (ACTEMRA) και για τη θεραπεία της κροταφικής αρτηρίτιδας. Πρόκειται για ένα μονοκλωνικό αντίσωμα-ανταγωνιστή των υποδοχέων ιντερλευκίνης 6 (IL-6)^{38,39}. Στον εξωτερικό χιτώνα των αγγείων τα μακροφάγα παράγουν IL-6, η οποία αυξάνει τους παράγοντες φλεγμονής προκαλώντας τοπική βλάβη των αγγείων, υπερπλησία, στένωση και έμφραξη αυτών. Σε αυτό το μονοπάτι δρα το Tocilizumab μειώνοντας τη φλεγμονή. Η συστηνόμενη δόση είναι 162mg υποδόρια εβδομαδιαίως συγχρόνως με τη σταδιακή μείωση των γλυκοκορτικοειδών⁴⁰. Η μελέτη GiACTA, στην οποία συμμετείχαν 251 ασθενείς, δη-

μοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2017 στο New England Journal of Medicine και έδειξε πως η χορήγηση του Tocilizumab με σταδιακή μείωση της πρεδνιζολόνης για διάστημα 26 εβδομάδων είχε καλύτερα αποτελέσματα από τη χορήγηση placebo με σταδιακή μείωση της πρεδνιζολόνης είτε σε διάστημα 26 εβδομάδων είτε 52 εβδομάδων⁴¹. Στόχος της χρήσης του Tocilizumab στη θεραπεία της ΚΑ είναι η χορήγηση σημαντικά μικρότερης ποσότητας κορτικοστεροειδών κατά τη φάση της αποκλιμάκωσης τους.

Στους ασθενείς με οφθαλμική προσβολή απαιτείται πλήρης οφθαλμολογικός έλεγχος μετά από μία εβδομάδα θεραπείας και στη συνέχεια μηνιαίως.

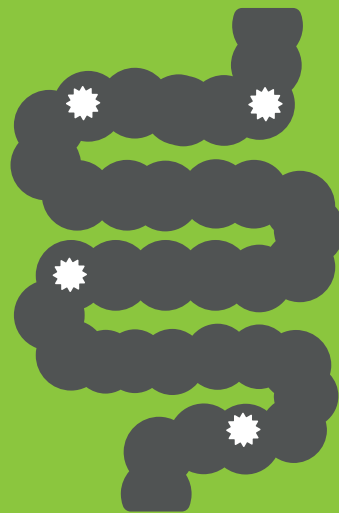
Βιβλιογραφία

1. Kasper D, Braunwald E, Lango D, Fauci A, Hanser S, Jameson J L, (2005), Harrison's Principales of Internal Medicine, 16th Edition, USA
2. Ανδρου Α, Γουλές Δ, Παπασπύρου Π, Βούλγαρη Π, (2011), Προσβολή του οφθαλμού στην Κροταφική Αρτηρίτιδα, Ρευματολογικά Νέα, Τεύχος 2
3. Smeeth L, Cook C, Hall AJ. Incidence of diagnosed polymyalgia rheumatica and temporal arteritis in the United Kingdom, 1990-2001. Ann Rheum Dis. 2006 Aug. 65(8):1093-8.
4. Ramstead CL, Patel AD. Giant cell arteritis in a neuro-ophthalmology clinic in Saskatoon, 1998-2003. Can J Ophthalmol. 2007 Apr. 42(2):295-8.
5. Artal NM, Rodriguez M, Luna JD, Reviglio VE, Cuello O, Muiñ JC, et al. Giant cell arteritis in a Hispanic population. Ophthalmology. 2002 Oct. 109(10):1757; discussion 1757.
6. Liu NH, LaBree LD, Feldon SE, Rao NA. The epidemiology of giant cell arteritis: a 12-year retrospective study. Ophthalmology. 2001 Jun. 108(6):1145-9.
7. Brad Bowling, (2016) Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach, 8th Edition
8. Liozon E, Ouattara B, Rhaïem K, Ly K, Bezanahary H, Loustaud V, et al. Familial aggregation in giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: a comprehensive literature review including 4 new families. Clin Exp Rheumatol. 2009 Jan-Feb. 27(1 Suppl 52):S89-94.
9. Alvarez-Lafuente R, Fernández-Gutiérrez B, Jover JA, Júdez E, Loza E, Clemente D, ➡

- et al. Human parvovirus B19, varicella zoster virus, and human herpes virus 6 in temporal artery biopsy specimens of patients with giant cell arteritis: analysis with quantitative real time polymerase chain reaction. *Ann Rheum Dis*. 2005 May. 64(5):780-2.
10. Russo MG, Waxman J, Abdoh AA, Serebro LH. Correlation between infection and the onset of the giant cell (temporal) arteritis syndrome. A trigger mechanism?. *Arthritis Rheum*. 1995 Mar. 38(3):374-80.
 11. Gilden D, Nagel M. Varicella Zoster Virus in Temporal Arteries of Patients With Giant Cell Arteritis. *J Infect Dis*. 2015 Jul 15. 212 Suppl 1:S37-9.
 12. Patel SJ, Lundy DC. Ocular manifestations of autoimmune disease. *Am Fam Physician*. 2002 Sep 15. 66(6):991-8.
 13. Tovilla-Canales JL. Ocular manifestations of giant cell arteritis. *Curr Opin Ophthalmol*. 1998 Dec. 9(6):73-9.
 14. Aiello PD et al, 1993; Liozon E et al, 2001
 15. Font C et al, 1997
 16. Borg FA, Salter VL, Dasgupta B. Neuro-ophthalmic complications in giant cell arteritis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2008 Jul. 8(4):323-30.
 17. Ahmad I, Zaman M. Bilateral internuclear ophthalmoplegia: an initial presenting sign of giant cell arteritis. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Jun. 47(6):734-6.
 18. Nesher G, Nesher R, Rozenman Y, Sonnenblick M. Visual hallucinations in giant cell arteritis: association with visual loss. *J Rheumatol*. 2001 Sep. 28(9):2046-8.
 19. Foroozan R, Buono LM, Savino PJ, Sergott RC. Tonic pupils from giant cell arteritis. *Br J Ophthalmol*. 2003 Apr. 87(4):510-2.
 20. Velusami P, Doherty M, Gnanaraj L. A case of occult giant cell arteritis presenting with bilateral cotton wool spots. *Eye (Lond)*. 2006 Jul. 20(7):863-4.
 21. Velusami P, Doherty M, Gnanaraj L. (2006), A case of occult giant cell arteritis presenting with bilateral cotton wool spots, *Eye*, 20, 863-864.
 22. Blodi CF. Value of ophthalmologic examination in diagnosing temporal arteritis. *JAMA*. 2002 Mar 27. 287(12):1528-9.
 23. Lessell S. Optic neuropathy in giant cell arteritis. *J Neuroophthalmol*. 2005 Sep. 25(3):247.
 24. Soriano A, Muratore F, Pipiton N, Boiardi L, Cimino L, Salvarani C, (2017), Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis, *Nature Reviews Rheumatology*, 13, 476-484.
 25. Hayreh SS. Posterior ischaemic optic neuropathy: clinical features, pathogenesis, and management. *Eye (Lond)*. 2004 Nov. 18(11):1188-206.
 26. Schäuble B, Wijman CA, Koleini B, Babikian VL. Ophthalmic artery microembolism in giant cell arteritis. *J Neuroophthalmol*. 2000 Dec. 20(4):273-5.
 27. Schmidt D. Ocular ischemia syndrome - a malignant course of giant cell arteritis. *Eur J Med Res*. 2005 Jun 22. 10(6):233-42.
 28. Spalton D, Hitchings R, Haunter P, Donald M Gass, (2000) *Atlas of clinical Ophthalmology*, 2nd Edition
 29. Varma D, Cugati S, Lee A W, Chen C S, (2013), A review of central retinal artery occlusion: clinical presentation and management, *Eye*, 27, 688-697.
 30. Mazlumzadeh M, Hunder GG, Easley KA, Calamia KT, Matteson EL, Griffing WL, et al. Treatment of giant cell arteritis using induction therapy with high-dose glucocorticoids: a double-blind, placebo-controlled, randomized prospective clinical trial. *Arthritis Rheum*. 2006 Oct. 54(10):3310-8.
 31. Prieto-González S, García-Martínez A, Arguis P, Cid MC. Early improvement of radiological signs of large-vessel inflammation in giant cell arteritis upon glucocorticoid treatment. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 Jul. 52(7):1335-6.
 32. [Guideline] Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, Alexander L, Barraclough K, Bourke B, et al. BSR and BHPR guidelines for the management of giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Aug. 49(8):1594-7.
 33. Loricera J, Blanco R, Hernández JL, Castañeda S, Mera A, et al. Tocilizumab in giant cell arteritis: Multicenter open-label study of 22 patients. *Semin Arthritis Rheum*. 2015 Jun. 44(6):717-23.
 34. De Silva M, Hazleman BL. Azathioprine in giant cell arteritis/polymyalgia rheumatica: a double-blind study. *Ann Rheum Dis*. 1986 Feb. 45(2):136-8.
 35. Mahr AD, Jover JA, Spiera RF, Hernández-García C, Fernández-Gutiérrez B, Lavalley MP, et al. Adjunctive methotrexate for treatment of giant cell arteritis: an individual patient data meta-analysis. *Arthritis Rheum*. 2007 Aug. 56(8):2789-97.
 36. Caporali R, Cimmino MA, Ferraccioli G, Gerli R, Klersy C, Salvarani C, et al. Prednisone plus methotrexate for polymyalgia rheumatica: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004 Oct 5. 141(7):493-500.
 37. Hoffman GS, Cid MC, Rendschlag KE, Merkel PA, Weyand CM, Stone JH, et al. Infliximab for maintenance of glucocorticosteroid-induced remission of giant cell arteritis: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2007 May 1. 146(9):621-30.
 38. Villiger PM, Adler S, Kuchen S, Wermelinger F, Dan D, Fiege V, et al. Tocilizumab for induction and maintenance of remission in giant cell arteritis: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2016 May 7. 387(10031):1921-7.
 39. Stone JH, Tuckwell K, Dimonaco S, Klearman M, Aringer M, Blockmans D, et al. Efficacy and Safety of Tocilizumab in Patients with Giant Cell Arteritis: Primary and Secondary Outcomes from a Phase 3, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial [abstract]. *Arthritis Rheumatol*. 2016. 68(suppl 10):
 40. FDA approves first drug to specifically treat giant cell arteritis. U.S. Food & Drug Administration. Available at <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm559791.htm>. May 22, 2017; Accessed: May 23, 2017.
 41. John H. Stone, M.D., M.P.H., Katie Tuckwell, Ph.D., Sophie Dimonaco, M.Sc., Micki Klearman, M.D., Martin Aringer, M.D., Daniel Blockmans, M.D., Ph.D., Elisabeth Brouwer, M.D., Ph.D., Maria C. Cid, M.D., Bhaskar Dasgupta, M.B., B.S., M.D., Juergen Rech, M.D., Carlo Salvarani, M.D., Georg Schett, M.D., (2017), Trial of Tocilizumab in Giant cell arteritis, *New England Journal of Medicine*, 377, 317-328



your mood



your gut bacteria

Ζωντανά Προβιοτικά ...για κάθε ανάγκη & ηλικία



- ▶ **Εγγυημένος** πληθυσμός & δραστικότητα από την παραγωγή μέχρι τη λήξη
- ▶ **Διασφαλισμένη** αντοχή στο όξινο περιβάλλον του στομάχου
- ▶ Καλλιέργειες που εγκαθίστανται & **αποικίζουν** τις βλεννογόνους
- ▶ **Πιστοποιημένη** διαδικασία παρασκευής (Lyophilization)

- **ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**
- **ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ**
- **ΚΑΛΗ ΠΕΨΗ**

- ▶ Ενισχύουν το **ανοσοποιητικό**
- ▶ Μειώνουν τη **δυσκοιλιότητα** και τη **διάρροια**
- ▶ Αποκαθιστούν την εντερική χλωρίδα μετά από **αντιβιώσεις**
- ▶ Προστατεύουν από **μολύνσεις** και **βακτήρια** (E. Coli, Candida κ.ά.)
- ▶ Αυξάνουν την **απορρόφηση βιταμινών, μετάλλων, αμινοξέων**
- ▶ Συμμετέχουν στη μείωση της **χοληστερόλης**
- ▶ Βελτιώνουν την ανοχή στη **λακτόζη**



ΔΙΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ
ΣΤΟ ΨΥΓΕΙΟ

Στοματική υγεία (2 δισ) Μωρά 1-3 ετών (3 δισ) Παιδιά 4-15 ετών (5 δισ) Ενήλικες έως 54 ετών (17 δισ) Ενήλικες 55+ (34 δισ) Ουροποιητικό - Μύκτες (42 δισ) Χρόνια εντερικά προβλήματα (102 δισ)

Εισάγονται από τον Καναδά



www.florahealth.com

From seed to bottle



Χωρίς γλουτένη • Κατάλληλα για χορτοφάγους • Ανεπεξέργαστα

Αποκλειστική διανομή για Ελλάδα και Κύπρο
T: 2310 449 441 • www.medmelon.gr



Έρπητας ζωστήρας

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΡ. ΚΩΣΤΑΚΗΣ

Δερματολόγος- Αφροδισιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νοσοκομείο 'Α. Συγγρός'

Ο έρπητας ζωστήρας οφείλεται στον ιό ανεμευλογιάς/έρπητα ζωστήρα (VZV) και εκδηλώνεται ως μονόπλευρο εξάνθημα που καταλαμβάνει ένα δερμοτόμιο.

Συνήθως προηγείται πόνος ή παραισθησία. Ο άνθρωπος αποτελεί τον μοναδικό ξενιστή του ιού ανεμευλογιάς/έρπητα ζωστήρα (VZV), ενός DNA ιού διπλής έλικας που περιβάλλεται από ένα εικοσαεδρικό πρωτεϊνικό περίβλημα. Η δομή του είναι παρόμοια με εκείνη του απλού έρπητα τύπου 1 και 2. Ο ιός VZV και ο ιός του απλού έρπητα ανήκουν στους α-herpesviruses προκαλούν λοιμώξεις στον άνθρωπο και έχουν την μοναδική ιδιότητα να παραμένουν σε λανθάνουσα κατάσταση, μετά την αρχική προσβολή, στα γάγγλια των αισθητικών νεύρων.

Η πρωτολοίμωξη με τον ιό VZV εκδηλώνεται ως ανεμευλογιά, συνήθως στην παιδική ηλικία, ενώ η **επαναδραστηριοποίησή** του προκαλεί τον έρπητα ζωστήρα. Υπολογίζεται ότι μεταξύ των ατόμων μέσης και μεγάλης ηλικίας προσβάλλονται 3-5 / 1000 άτομα / έτος, ενώ θα νοσήσει το 10-30% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 80 ετών. Ο κίνδυνος της λοίμωξης αυξάνεται δραματικά στους ανοσοκατασταλμένους.

Ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών, το ιστορικό κατάθλιψης, η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, ρευματολογικές παθήσεις, νόσοι του κολλαγόνου, η χρόνια νόσος νεφρών, πνευμόνων, η HIV λοίμωξη, δερματολογικές παθήσεις (ψωρίαση), κακοήθεις νόσοι: αιματολογικές ή άλλων οργάνων, ιδίως υπό χημειοθεραπεία, η μεταμόσχευση αρχηγόνων κυττάρων, ο σακχαρώδης διαβήτης, η συστηματική λήψη κορτικοστεροειδών ή κακή θρέψη αποτε-

λούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου.

Κλινική εικόνα

Η εμφάνιση του πόνου αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου, εντοπίζεται σε σαφώς περιγεγραμμένη περιοχή που νευρώνεται από ένα ή περισσότερα αισθητικά νεύρα. Σε βαρύτερες καταστάσεις πιθανόν να συνοδεύεται από πυρετό, κεφαλαλγία ή κακοαδιαθεσία. Μία ως τέσσερις ημέρες αργότερα εμφανίζονται κηλίδες ή βλατίδες και κνιδωτικές βλάβες σε ερυθρηματώδη βάση οι οποίες μετατρέπονται σε φυσαλίδες και την τρίτη έως πέμπτη ημέρα αποξηραίνονται και εφελκίζονται. Το εξάνθημα διαρκεί, συνήθως, 7 ως 10 ημέρες σε ταινιοειδή διάταξη που δεν υπερβαίνει την μέση γραμμή.

Η μεθερπητική νευραλγία αποτελεί συχνό και δύσκολο διαχειρίσιμο επακόλουθο. Ορίζεται ως ο πόνος που επιμένει ή υ-

ποτροπιάζει για διάστημα μεγαλύτερο από ένα μήνα από την έναρξη του ζωστήρα ή να επιμένει ένα τρίμηνο αργότερα.

Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή της, αποτελούν: η ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών, η ανοσοκαταστολή, η κακή θρέψη, το χαμηλό εισόδημα, η προσβολή δερμοτομίων που νευρώνονται από το τρίδυμο ν. ή το βραχιόνιο πλέγμα, ο οφθαλμικός HZ με κερατίτιδα, επιπεφυκίτιδα ή ραγοειδίτιδα, ο έντονος πρόδρομος πόνος, η προσβολή ευρείας επιφάνειας, οι πολυάριθμες βλάβες και η μη λήψη αντιικών αγωγών.

Άλλες κλινικές μορφές

Zoster sine herpette (ζωστήρας χωρίς έρπητα). Όταν ο πόνος δεν συνοδεύεται από εξάνθημα.

οφθαλμικός έρπητας ζωστήρας: προσβολή 1^{ου} και 2^{ου} κλάδων του τριδύμου, εκδηλώνεται με βλεφαρίτιδα, επιπεφυκίτιδα, σκληρίτιδα, κερατοειδίτιδα, ραγοειδίτιδα. Η νέκρωση του αμφιβληστροειδούς προκαλεί θάμβος ή απώλεια όρασης.

Σύνδρομο Ramsay-Hunt: Παράλυση προσώπου, προσβολή έξω ακουστικού πόρου & τυμπανικού υμένα ή των προσθίων δύο τρίτων της γλώσσας (προσωπικό & ακουστικό ν.). εκδηλώνεται με εμβοές, ίλιγγο, ωταλγία απώλεια γεύσης ή κώφωση.

Σπανιότερες εκδηλώσεις από άλλα όργανα και συστήματα:

μηνιγγίτιδα- μηνιγγοεγκεφαλίτιδα (κεφαλαλγία, πυρετός αλλοιγή συμπεριφοράς διαταραχές υποθαλάμου, άποιος διαβήτης), αγγειοπάθεια μεγάλων ή μικρών αγγείων με εικόνα 'τύπου εγκεφαλικού επεισοδίου' κεφαλαλγία, πυρετός, σπασμοί μυελίτιδα: ασύμμετρη παράλυση, απώλεια αισθητικότητας, πολυνευρίτιδα τύπου Guillain-Barré, διαταραχές σφιγκτήρων. εικόνα 'οξείας κοιλίας', ιδίως επί φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, προσβολή ήπατος, διαταραχές ή ανεπάρκεια της νεφρικής λειτουργίας, οξεία επίσχεση των ούρων, πνευμονίτιδα

Διάσπαρτη μορφή

το εξάνθημα επεκτείνεται πέραν της μέσης γραμμής, απαντάται σε HIV θετικούς και ανοσοκατασταλμένους. Η νόσος έχει χειρότερη πρόγνωση.

Υποτροπιάζων έρπητας ζωστήρας

η εμφάνιση δεύτερου επεισοδίου είναι σπάνια, μικρότερη του 5%.





Έρπητας ζωστήρας μετά από εμβολιασμό έναντι της ανεμευλογιάς

Έρπητας ζωστήρας και εγκυμοσύνη

Δεν προκαλεί ενδομήτριο λοίμωξη και δεν συνδέεται με συγγενείς ανωμαλίες.

Διαφορική διάγνωση

Στην έναρξη της νόσου, ανάλογα με την εντόπιση, ο πόνος πρέπει να διαφοροποιηθεί από εκδήλωση στηθάγχης, έμφραγμα μυοκαρδίου, σκληληκοειδίτιδα, χολοκυστίτιδα, ουρολιθίαση, οσφυαλγία. Η εμφάνιση του εξανθήματος διευκολύνει την διάγνωση. Η δ/δ περιλαμβάνει την ζωστήροειδή μορφή του απλού έρπητα, την δερματίτιδα εξ επαφής, τα δήγματα εντόμων και το έγκαυμα.

Εργαστηριακή διάγνωση

Εάν υπάρχει αμφιβολία, η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση πολυπυρήνων γιγαντοκυττάρων από τις βλάβες (Tzanck επίχρισμα), την ανίχνευση του ιού με τον άμεσο ανοσοφθορισμό ή την τεχνική της αλυσιδωτής αντίδρασης και την καλλιέργεια του ιού.

Θεραπεία

Η θεραπεία αποσκοπεί στην καταπολέμηση του ιού (αλλά όχι στην εκρίζωσή του), στην ταχύτερη αποκατάσταση των βλαβών και ελαχιστοποίηση του κινδύνου εκδήλωσης του συνοδού πόνου.

Συνιστάται η έγκαιρη έναρξη της αγωγής εντός των πρώτων 72 ωρών από τον σχηματισμό των φυσαλίδων.

Τα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα είναι:

- Acyclovir: 800 mg πέντε φορές ημερησίως επί 7 ημέρες
- Famciclovir: 500 mg τρεις φορές ημερησίως επί 7 ημέρες
- Valaciclovir: 1000 mg τρεις φορές ημερησίως επί 7 ημέρες και
- Brivunidin: 125 mg μία φορά ημερησίως επί 7 ημέρες

Ρόλος του εμβολιασμού

Σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού 2017 συνιστάται ο εμβολιασμός (μία δόση) των ενηλίκων ηλικίας ≥60 ετών ανεξάρτητα, αν αναφέρεται προηγούμενο επεισόδιο έρπητα ζωστήρα και αν η κατάστασή τους δεν αποτελεί αντένδειξη, όπως σοβαρή ανεπάρκεια.

Ασθενείς με χρόνια νοσήματα (διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια, ρευματικές νόσους, αιμοοπισμό, χρόνια ηπατική ή καρδιακή νόσο, πνευμονοπάθεια κ.ά.) και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να εμβολιάζονται έγκαιρα.

Στην χώρα μας είναι διαθέσιμο μόνο ένα εμβόλιο που περιέχει ζώντα εξασθενημένο ιό. Από το 2017 στις ΗΠΑ και άλλες χώρες χορηγείται το νέο εμβόλιο που συνιστάται από ανασυνδυασμένη γλυκοπρωτεΐνη E του VZV & ανοσοενισχυτικό AS01, το οποίο συστήνεται από την ACIP.

Επιλεγμένη βιβλιογραφία

Johnson JL, Amzat R, Martin N. Herpes Zoster Ophthalmicus. Prim Care. 2015 Sep;42(3):285-303.

Jeffrey I. Cohen JJ. Herpes Zoster n engl j med 2013 369 (3): 255-263.

Gnann JW, Whitley RJ. Clinical practice: herpes zoster. N Engl J Med 2002; 347:340-6.

Hope-Simpson RE. The nature of herpes zoster. Proc R Soc Med 1965; 58:9-20.

CDC. Advisory Committee on Immunization Practices Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 Years or Younger - United States, 2017 **IB**

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σήμερα

ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Νοσοκομείο «Α.Συγγρός»

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) παρουσιάζουν ευρύτατη διασπορά, πολλά δε από αυτά χαρακτηρίζονται από περαιτέρω αύξηση της συχνότητάς τους.

Η προσπάθεια πρόληψης μέσω της μεταβολής της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου δεν απέδωσε τα αναμενόμενα. Η μεγάλη, μακροχρόνια οικονομική και κοινωνική κρίση διαμορφώνει υπόστρωμα υποβάθμισης των προτεραιοτήτων υγείας για άτομα, ομάδες και πληθυσμούς και διευκολύνει την ανανέωση και επέκταση της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Σημαντική συμβολή στο αποτέλεσμα έχουν ακόμη οι εγγενείς αδυναμίες και ανεπάρκειες των συστημάτων υγείας.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σήμερα

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν σημαντική προτεραιότητα της Δημόσιας Υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, κατέχοντας υψηλή θέση στους δείκτες νοσηρότητας και θνητότητας. Η μόλυνση από ένα ΣΜΝ ενέχει τον κίνδυνο θανάτου, αναπηρίας, χρόνιας ή και ισόβιας νόσησης, στειρότητας ή και περιγεννητικής θνησιμότητας. Παράλληλα, επιπλέκεται με διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον, αφού συχνά συνδέεται με αισθήματα ενοχής, αισθήματα ανικανότητας, κατάρτιση και τέλος συνοδεύεται από ισχυρό στιγματισμό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) εκτιμά σήμερα ότι τα τέσσερα συνηθέστερα βακτηριακά ΣΜΝ (σύφιλη, γονόρροια, χλαμυδιακές λοιμώξεις και τριχομονάδωση) αριθμούν περί τα 357 εκατομμύρια νέα κρούσματα κάθε χρόνο. Ο επιπολασμός ιογενών ΣΜΝ, όπως του έρπητα των γεννητικών οργάνων ανέρχεται σε περισσότερα από 500 εκατομμύρια, ενώ πάνω από 290 εκατομμύρια είναι μόνον οι γυναίκες που πάσχουν από HPV λοίμωξη. Οι μολυνθέντες από HIV υπολογίζονται σε περίπου 71 εκατομμύρια. Στις ΗΠΑ, σχεδόν 20 εκατομμύρια κάθε χρόνο μολύνονται με ένα αφροδισιο νόσημα, με προεξάρχουσα την HPV λοίμωξη (14 εκατομμύρια).

Η πορεία των ΣΜΝ τον 21ο αιώνα

Σήμερα, νοσήματα με υψηλή, αλλά και μακροχρόνια μεταδοτικότητα, όπως η HPV λοίμωξη, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και τα χλαμύδια, παρουσιάζουν ευρύτατη διασπορά αποτελώντας ουσιαστικά νοσήματα του γενικού πληθυσμού.

Τις δεκαετίες 1980 και 1990, με την τότε επικρατούσα φοβία του AIDS, αλλά και τις αλληλεπλήρητες ενημερωτικές εκστρατείες, σημειώθηκε μικρή κάμψη στις συχνότητες άλλων ΣΜΝ, όπως της σύφιλης και της γονόρροιας. Το 1999 μάλιστα, στις ΗΠΑ σημειώθηκε ο μικρότερος αριθμός κρουσμάτων σύφιλης από ποτέ. Έτσι, το 2000 το CDC εκπόνησε το «Εθνικό Πρόγραμμα για την εξάλειψη της σύφιλης από τις ΗΠΑ»! Εν τούτοις, σχεδόν ταυτόχρονα, άρχισαν να δηλώνονται συρροές νέων κρουσμάτων από όλες σχεδόν τις Πολιτείες, που σύντομα συγκρότησαν πραγματική ανοδική τάση. Παράλληλα, ανάλογη τάση άρχισε να καταγράφεται και σε άλλα νοσήματα, όπως η HIV λοίμωξη, η γονόρροια, το αφροδισιο λεμφοκοκκίωμα και η οφειλόμενη σε σεξουαλική μετάδοση ηπατίτιδα Α. Παρόμοια ήταν επίσης η πορεία των ΣΜΝ στην Ευρώπη και σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Η ανοδική αυτή πορεία συνεχίζεται μέχρι και σήμερα, αν και ποτέ δεν απέτρεψε μια καινούργια, μεγάλη επιδημία που θα απειλούσε το γενικό πληθυσμό. Αντιθέτως, τα κρούσματα σε αυτά τα ΣΜΝ αναφέρονταν κατά κύριο λόγο σε ομοφυλόφιλους άνδρες, πολλοί από τους

οποίους ήταν ήδη HIV-θετικοί, χωρίς να απουσιάζουν όμως και περιπτώσεις ετερόφιλων ανδρών και γυναικών.

Γενικώς, οι τάσεις αυτές αποδόθηκαν σε αναζωπύρωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, που ουσιαστικά σήμαινε την αποτυχία των εκστρατειών για ασφαλέστερο σεξ. Οι εκστρατείες αυτές στηρίχθηκαν στην ενημέρωση για τους τρόπους μετάδοσης του AIDS και προέβλεπαν ως μεθοδολογία πρόληψης τους άξονες "ABC", ήτοι "Abstinence" (εγκράτεια), "Be Faithful" (μονογαμική σχέση) και "use Condom" (χρήση προφυλακτικού).

Η απόδειξη της αποτυχίας ήταν η άνοδος της συχνότητας των αφροδισίων νοσημάτων, ιδιαίτερος μεταξύ πληθυσμών υψηλού κινδύνου, που περισσότερο θα έπρεπε να χρησιμοποιούν προφυλακτικό.

Το υπόστρωμα της διασποράς των ΣΜΝ

Όμως, η αύξηση των ΣΜΝ δεν είναι απλώς αποτέλεσμα της άρνησης υιοθέτησης ασφαλέστερης σεξουαλικής πρακτικής. Τα ΣΜΝ αποτελούν κατ'εξοχήν νοσήματα συμπεριφοράς, και η διαμόρφωση της συμπεριφοράς αυτής καθορίζεται από πολλαπλούς παράγοντες: δημογραφικούς (φύλο, φυλή, ηλικία), ήθη-έθιμα, παιδεία, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, περιστάσεις και συγκυρίες.

Ιστορικά, οι μεγάλες κοινωνικές αναστατώσεις (πόλεμοι, μεταναστεύσεις, οικονομικές κρίσεις) συνοδεύονται από αύξηση της νοσηρότητας και από ΣΜΝ. Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από βαθεία, μακροχρόνια οικονομική ύφεση, μεγάλη αύξηση της ανεργίας και της ημι-απασχόλησης, μετακινήσεις πληθυσμών-μετανάστευση, τοπικούς πολέμους και σημαντική αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν, συνιστώντας ευνοϊκό υπόστρωμα για την αύξηση της διασποράς των ΣΜΝ.

Η υποβάθμιση των οικονομικών δεδομένων για εκατομμύρια ανθρώπους, η αύξηση της ανεργίας και η ανασφάλεια για το μέλλον συμβάλλουν στην υποβάθμιση της ατομικής φροντίδας υγείας. Η οικονομική δυσπραγία αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα ανάπτυξης μόνιμων σχέσεων και οικογενειών, ενώ ωθεί σε αναζήτηση πρόχειρων, εφήμερων, αλλά συχνά και επικίνδυνων σχέσεων. Περαιτέρω, ιδιαίτερος σε χώρες με σοβαρότερα προβλήματα, όπως οι χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, α-

ΝΕΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ

Αντιμετώπιση των ιογενών Σ.Μ.Ν. του δέρματος και των βλενογόννων



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΟΥΡΛΙΒΑΣ
CEO & Co-founder ArmAtura

GLIZIGEN

Το GLIZIGEN είναι μια καινοτόμος συμπληρωματική θεραπεία για πολλούς ασθενείς με λοίμωξη από τον ιο HPV, επιχειρίδιο ή και γεννητικό έρπητα (ερπητική αιδοιοκολπίτιδα, ερπητική βαλανοποσθίτιδα) υποτροπιάζοντα απλό έρπητα, έρπητα ζωστήρα, οξυτενή κονδυλώματα και κοινές μυρμηκίες. Η ανοχή στο GLIZIGEN είναι εξαιρετική, χωρίς ερεθισμό ή οποιοδήποτε είδος ανεπιθύμητων ενεργειών. Η εφαρμογή είναι πολύ εύκολη και από-

λυτα συμβατή με κάθε συστηματική αγωγή ή / και με κάθε επεμβατική διαδικασία στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής.

Άριστη ανοχή και παντελής απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών.

Το GLIZIGEN δεν προκαλεί ερεθισμό και χάρη στη σύστασή του, από φυσικά συστατικά, δεν προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες.

Κλινικές μελέτες έδειξαν: HPV

- Σε όλους τους θεραπευόμενους ασθενείς παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:
- Άριστη αποτελεσματικότητα έναντι του ιού
- Άριστη ανοχή ακόμα και στις μέγιστες χρησιμοποιούμενες δόσεις
- Απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών
- Άριστη θεραπευτική συμμόρφωση

HSV

- Σε όλους τους θεραπευόμενους ασθενείς παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:
- Άριστη αναλγητική και αντιελκωτική δράση από την πρώτη χρήση
- Άριστη ανοχή χωρίς ερεθισμό ή ανεπιθύμητες ενέργειες ακόμα και σε έγκυες γυναίκες
- Γρήγορη και εύκολη εφαρμογή, που σέβεται την υγιεινή της περιοχής με αποτέλεσμα την καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία

Δοσολογία:

GLIZIGEN SPRAY: 5 εφαρμογές ημερησίως στην περιοχή των βλαβών (χωρίς κίνδυνο ερεθισμού ή εγκαύματος)

GLIZIGEN GEL: 1-2 πλύσεις ανά μέρα. Το **GLIZIGEN GEL** μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν και μετά τη σεξουαλική επαφή, μετά την πισίνα και τη θάλασσα, μετά τις γυμναστικές δραστηριότητες (όταν υπάρχει επαφή δέρματος με δέρμα ή και έντονη εφίδρωση)

VIUSID

Το **VIUSID®** είναι ένα διατροφικό προϊόν ειδικά σχεδιασμένο για την αύξηση της ανοσολογικής άμυνας σε όλες τις διαδικασίες που προκαλούν ανοσοανεπάρκεια καθώς επίσης και για την αντιμετώπιση των ιικών λοιμώξεων.

Σύμφωνα με το BRUNSWICK LABORATORIES και το U.S.D.A. (Αμερικανικό Υπουργείο Γεωργίας) είναι **το πιο ισχυρό αντιοξειδωτικό παγκοσμίως (ORAC value per drinkable monodose of 30ml of VIUSID: 347.638,5 μmole TE)**

Η μοριακή ενεργοποίηση των συστατικών του **VIUSID®** αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τη δύναμη της βιολογικής τους δραστηριότητας, χωρίς τροποποίηση ή μεταβολή της μοριακής τους δομής.

Όλες οι μοριακές ενώσεις που συνθέτουν το σκεύασμα **VIUSID®** είναι στις κατάλληλες περιεκτικότητες και για το λόγο αυτό δεν έχουν παρατηρηθεί παρενέργειες, ούτε οποιαδήποτε τοξικότητα κατά τη χρήση του προϊόντος.

Επιπλέον, τα απαραίτητα αμινοξέα που περιέχονται στο **VIUSID®** καθιστούν δυνατή τη διατροφική κάλυψη, ουσιαστική για τη βελτίωση της ανοσολογικής άμυνας.

Το **VIUSID®** υφίσταται μοριακή ενεργοποίηση αυξάνοντας έτσι τις αντι-ιικές και αντιοξειδωτικές ιδιότητες των συστατικών του.



ΣΥΝΘΕΣΗ

- Αντι-ιικά: Γλυκοκοζαμίνη, μηλικό οξύ, γλυκυρριζινικό οξύ
- Μέταλλα: Θεικός ψευδάργυρος
- Αμινοξέα: Αργινίνη, γλυκίνη
- Βιταμίνες: Βιταμίνη C, παντοθενικό ασβέστιο (B5), βιταμίνη B6, φυλλικό οξύ, βιταμίνη B12
- Έκδοχα: Μέλι, λεμόνι, μέντα, νεοεσπεριδίνη και Guar Gum

Το VIUSID®:

- επιφέρει περαιτέρω μειώσεις του ιικού φορτίου σε ασθενείς με HPV, HIV, HSV, μοιδιαστική τερμινθο, HCV...
- συνδυάζεται άριστα με τις αντιρετροϊκές αγωγές και μειώνει την επίπτωση και τη σοβαρότητα μερικών από τις παρενέργειες των αντιρετροϊκών θεραπειών
- Άριστος συνδυασμός του VIUSID με το GLIZIGEN έναντι των κονδυλωμάτων (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22957266>)



Δοσολογία/Τρόπος χορήγησης VIUSID MONODOSE 1x1 vial

- Πρέπει να λαμβάνεται μετά τα γεύματα, διαλυμένο σε πόσιμο νερό, χυμό φρούτου ή γάλα.
- Ενήλικες: 1 έως 3 φακελάκια VIUSID® ημερησίως.

Αρ. γνωστ. ΕΟΦ : 108195/30-11-2017

ArmAtura: Θεραπειών 70, Καθαμαριά Τ.Κ.: 55132, Θεσσαλονίκη
Τηλ: 2313-252202, 6944527442, 6937888551



► ποτελεί παράγοντα διόγκωσης του αριθμού των εκδιδομένων ατόμων.

Οι πολυάριθμοι οικονομικοί μετανάστες συνιστούν ευπαθείς για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πληθυσμούς. Η συγκέντρωση ταλαιπωρημένων και οικονομικά αδύνατων μειονοτήτων (φυλιτικών, οικονομικών, θρησκευτικών, πολιτισμικών), απομακρυσμένων από παραδοσιακές εστίες και αξίες, απομονωμένων από τον κοινωνικό περίγυρο, ήθη, έθιμα και πρότυπα, με πρόβλημα γλώσσας και χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, διευκολύνει τη συγκρότηση σεξουαλικών δικτύων και τη διασπορά των ΣΜΝ σε αυτά.

Σημαντικός παράγοντας αύξησης των αφροδισίων νοσημάτων είναι το trafficking. Με τον όρο trafficking αναφέρεται το σύγχρονο, τυπικά παράνομο δουλεμπόριο. Το δουλεμπόριο γυναικών και παιδιών με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση και την αναγκαστική «εργασία» στη βιομηχανία του σεξ, αποτελεί το πιο θλιβερό υποσύνολο του συνολικού εμπορίου ανθρώπων και εργασίας. Το 2004 ο ΟΗΕ υπολόγισε ότι 4.000.000 άτομα κάθε χρόνο πωλούνται και αγοράζονται ως σύγχρονοι σκλάβοι. Το trafficking έχει συσχετισθεί στενά με ταχεία

διασπορά ΣΜΝ και HIV, αν και εκτεταμένες μελέτες δεν είναι δυνατό να διεξαχθούν εξ αιτίας της φύσης αυτής της δραστηριότητας και της κατάστασης των θυμάτων της.

Η συγκέντρωση πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα διευκολύνει επίσης τη συγκρότηση και διόγκωση των σεξουαλικών δικτύων, μέσω των οποίων συντηρούνται, ανανεώνονται και διασπείρονται πολλά ΣΜΝ.

Οι αλληλαγές στη βιομηχανία του αγοραίου σεξ και στο εμπόριο των ναρκωτικών συμβάλλουν περαιτέρω στην αύξηση της διασποράς τους. Παρατηρείται σημαντική αύξηση των παρανόμως εκδιδομένων ατόμων, μη ελεγχόμενων υγειονομικά, που συχνά δεν έχουν τη δυνατότητα – ή την ευκαιρία – να φροντίσουν για τη δική τους υγεία. Πολλά από τα εκδιδόμενα άτομα είναι χρήστες ουσιών, που καταφεύγουν σε προσφορά φθηνών σεξουαλικών υπηρεσιών για να εξασφαλίσουν τη δόση του ναρκωτικού.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις (internet, κινητή τηλεφωνία) διευκολύνουν την αναζήτηση ερωτικών συντρόφων. Η φυσική παρουσία για την ανεύρεση συντρόφων δεν είναι πλέον αναγκαία, αφού η αναζή-

τηση αυτή διεξάγεται εύκολα ηλεκτρονικά, με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ακόμη, υπάρχει πληθώρα εφαρμογών κινητής τηλεφωνίας, για την ευχερή και άμεση ανεύρεση ερωτικών συντρόφων.

Η πολιτισμική ομογενοποίηση της σύγχρονης εποχής της παγκοσμιοποίησης, προάγει, ή τουλάχιστον αποδέχεται, πρότυπα συμπεριφοράς ασύμβατα με την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά. Παρατηρείται ευρεία αποδοχή και συμμετοχή σε «μόδες», που περιλαμβάνουν πολλαπλές ανταλλαγές συντρόφων (“swinging”), ενεργό συμμετοχή σε “bachelor party”, ομαδικές συνενυρέσεις με αγνώστους με ταυτόχρονη κατανάλωση διεγερτικών και άλλων ουσιών (“chem sex”) κλπ. Συχνά, οι συμπεριφορές αυτές θεωρούνται από τους συμμετέχοντες «φυσιολογικές» και οι σχετικές αντιλήψεις «σύγχρονες», ενώ η χρήση προφυλακτικού αποτελεί υποθετικό παράδοξο.

Τα ζητήματα της πρόληψης

η αναζωπύρωση και επέκταση της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου και η αύξηση των ΣΜΝ αποδίδονται, μεταξύ των άλλων, και σε ανεπάρκειες και ►



➡ **ατέλειες των προσπαθειών πρόληψης.** Οι εκστρατείες για ασφαλέστερο σεξ επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στον κίνδυνο του AIDS, υποτιμώντας ή αγνοώντας ουσιαστικά τα άλλα αφροδίσια.

Η καθιέρωση της σύγχρονης, πολύ αποτελεσματικής αντιρετροϊκής θεραπείας (Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART), οδήγησε πολλούς σε υπέρμετρη αισιοδοξία (HAART optimism) και επακόλουθη χαλάρωση των μέτρων προφύλαξης. Περαιτέρω, επειδή με τη θεραπεία αυτή το ιικό φορτίο στους πάσχοντες από HIV ρέει καθίσταται συνήθως «μη ανιχνεύσιμο», πολλοί θεωρούν ότι αυτό συνεπάγεται και «μη μεταδόσιμο» και κατά συνέπεια, ότι το απροφύλακτο σεξ είναι ασφαλές. Αν και πράγματι οι πιθανότητες μετάδοσης HIV ελαχιστοποιούνται υπό την προϋπόθεση της επιτυχούς αντι-HIV θεραπείας, ποτέ δεν εκμηδενίζονται. Εκτός αυτού, το απροφύλακτο σεξ προσφέρει ευκαιρίες σε άλλα ΣΜΝ, με τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν.

Οι αδυναμίες των προσπαθειών πρόληψης είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που συνέβαλαν στην αύξηση των αφροδισίων νοσημάτων. Οι αδυναμίες αυτές συμπληρώνονται από τις συνεχώς επιδεινούμενες ανεπάρκειες των κέντρων περίθαλψης, την πενία σε προγράμματα πρώιμης ανίχνευσης και αντιμετώπισης των ΣΜΝ, την ελλιπή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και τις δομικές αδυναμίες των συστημάτων υγείας.

Στην Ελλάδα, η επιδημιολογική επιτήρηση των ΣΜΝ είναι μόνον θεωρητική. Στην πράξη, άρτια καταγραφή και επιδημιολογική επιτήρηση υφίσταται μόνον για τα κρούσματα HIV λοίμωξης. Ακόμη και τα υποχρεωτικώς δηλούμενα ΣΜΝ, όπως η σύφιλη και η γονόρροια, δηλώνονται μόνον από λίγα νοσοκομειακά κέντρα και καθόλου από ιδιωτικά ιατρεία. Παρά ταύτα, η πορεία της σύφιλης είναι ανοδική, υπερβαίνοντας πλέον τα 300 δηλωμένα κρούσματα ετησίως.

Στη χώρα μας υπάρχουν πολλοί πληθυσμοί προσφύγων και μεταναστών, υπάρχει όμως και ευρεία αναλογία ελληνικού πληθυσμού με σοβαρά οικονομικά προβλήματα, σε ανεργία, με μεγάλη δυσχέρεια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, αποτελώντας ευάλωτους δέκτες κάθε νοσηρότητας, και φυσικά και ΣΜΝ.

Παράλληλα, στην Ελλάδα σημειώνεται ουσιαστική απουσία αγωγής υγείας και για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έτσι, στον ελληνικό πληθυσμό, ακόμη και ευρύτατης διασποράς αφροδίσια, όπως η HPV λοίμωξη και ο έρπης των γεννητικών οργάνων, είναι σχεδόν άγνωστα ως έννοιες. Επιπλέον, η μεγάλη πηλοποίηση των νέων, δεν γνωρίζει κατά πόσο έχει εμβολιασθεί αποτελεσματικά για την ηπατίτιδα-Β, παρά το γεγονός ότι ο εμβολιασμός αυτός ήταν υποχρεωτικός από τα 1980.

Στα περισσότερα τουλάχιστον δημόσια νοσοκομεία της χώρας, δεν μπορεί να γίνει εργαστηριακή διερεύνηση των χλαμυ-

διακών λοιμώξεων, λόγω οικονομικής αδυναμίας.

Στη Ελλάδα, αν και το εμβόλιο έναντι των HPV περιλαμβάνεται στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών, δεν υπάρχει εθνική πολιτική προώθησης του εμβολιασμού αυτού. Σε αντίθεση μάλιστα με άλλες χώρες, που επέτυχαν μέσω του εμβολίου σημαντική μείωση της επίπτωσης των κονδυλωμάτων, αλλά και των σχετιζομένων με HPV καρκίνων.

Συμπερασματικά, εφ' όσον οι κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της διασποράς των ΣΜΝ συνεχίζουν να υφίστανται, η πρόγνωση για την πορεία τους δεν είναι ευνοϊκή. Όσο η ανεργία και η οικονομική αδυναμία επιμένουν ή επεκτείνονται, όσο οι ανισότητες διευρύνονται, όσο οι στρεβλές αντιλήψεις κερδίζουν έδαφος, όσο το έλλειμμα παιδείας αναίρει την ευχέρεια αυτοδύναμης σκέψης, τόσο ο κίνδυνος επέκτασης των αφροδισίων παραμένει. Ο κίνδυνος γίνεται πλέον εμφανής στο έδαφος των ανεπαρειών της Ελληνικής πραγματικότητας.

Τελικώς, τα ΣΜΝ αναμένεται να παραμείνουν και στο μέλλον σημαντική προτεραιότητα της Δημόσιας Υγείας

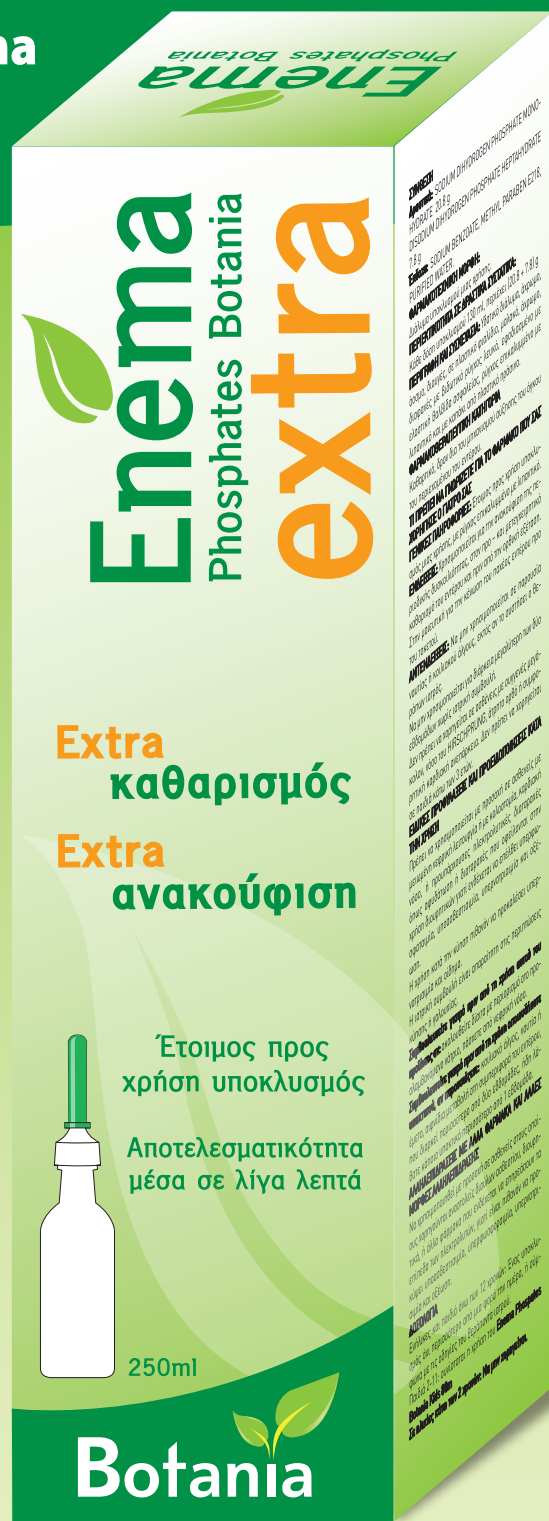
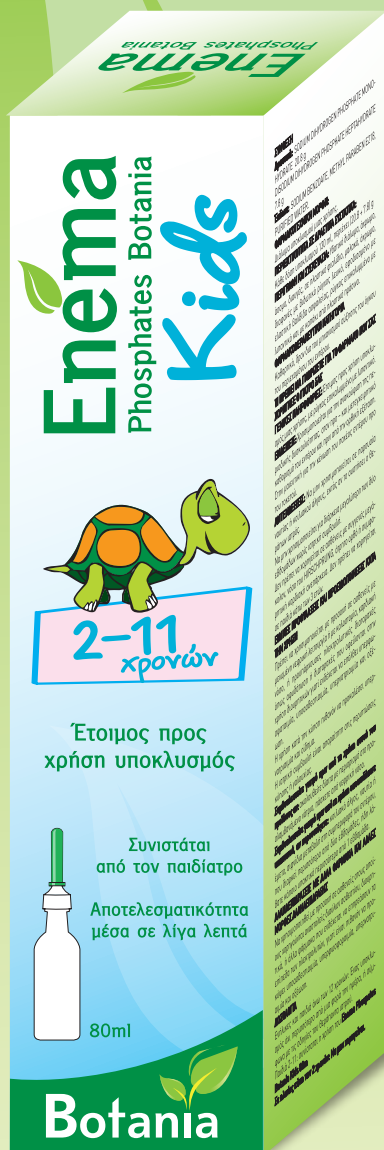
Βιβλιογραφία

1. Aral SO. Drivers of STD/HIV epidemiology and the timing and targets of STD/HIV prevention. *Sex Transm Infect* 2007;83(Suppl 1):i1-i4. doi: 10.1136/sti.2007.027169
2. Beyrer C, Baral SD, Zenilman JM. STDs, HIV/AIDS, and migrant populations. In: KK Holmes, Sexually Transmitted Diseases, 4th edition, McGraw-Hill 2008, p.257-268
3. World Health Organization. [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
4. Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα την εποχή της Παγκοσμιοποίησης
5. Β.Παπαρίζος, Ε.Παπαρίζου, Σ.Κουρκουνή. Ελλ. Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας 2017, τόμος 28, τεύχος 2, σ. 73-84
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis infections on the rise in Europe. 15 May 2016. <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/syphilis-infections-rise-europe>
7. Campbell C. Why HIV prevention programmes fail. *Student BMJ* 2003; 11:437-480. :<http://eprints.lse.ac.uk/2816/> **IB**

Enema

Phosphates Botania

Fleet ready to use Enema



Για τον καθαρισμό του εντέρου
& την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας

Botania ΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πηγάσου 18, 151 25 Παράδεισος Αμαρουσίου, Τηλ.: 210 6822257, Fax: 210 6822348, email: info@botania.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
& αναφέρετε **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες
για **ΟΛΑ** τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Τοπικά προχωρημένο, μη χειρουργήσιμο και μεταστατικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος:

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ ΤΟΥ HEDGEHOG

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΓΟΥΡΟΣ

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων, Νοσ. "Ανδρέας Συγγρός"

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (ΒΚ) του δέρματος αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή δερματικού καρκίνου και κατ'επέκταση αντιστοιχεί στη συχνότερη μορφή κακοήθους νεοπλασίας στον άνθρωπο. Λόγω του εξαιρετικά χαμηλού μεταστατικού του δυναμικού το ΒΚ κατά κανόνα δεν είναι απειλητικό για τη ζωή. Τυπικά εκδηλώνεται ως ένα βραδέως αναπτυσσόμενο ογκίδιο ή πλάκα σε σημεία με χρόνια έκθεση στην υπεριώδη ηλιακή ακτινοβολία, όπως το πρόσωπο, αλλά και σε περιοχές δίχως συνεχή ηλιακή έκθεση, όπως ο κορμός. Επιδημιολογικά, καταγράφεται μια εντυπωσιακή αύξηση στη συχνότητα των περιστατικών του ΒΚ, ιδιαίτερα στην Καυκάσια φυλή.

Συγκεκριμένα, σε μετα-αναλύσεις υπολογίζεται μια συνεχής αυξητική τάση κατά 5% ετησίως των περιστατικών του ΒΚ στην Ευρώπη και αντίστοιχα 3% στις ΗΠΑ, κατά την τελευταία δεκαετία. Κατά προσέγγιση, εκτιμάται πως σχεδόν ο 1 στους 3 λευκούς Αμερικανούς θα εμφανίσει τη νόσο κατά το 70ο έτος της ζωής του και αντίστοιχα ο 1 στους 2 Αυστραλούς. Συνολικά, τα περιστατικά έχουν διπλασιαστεί κατά τις τελευταίες 3 δεκαετίες.

Η παθοφυσιολογία της συντριπτικής πλειοψηφίας των ΒΚ εμπλέκει τη μη φυσιολογική ενεργοποίηση του μονοπατιού σηματοδότησης Hedgehog. Το εν λόγω μονοπάτι λειτουργεί φυσιολογικά στην εμβρυϊκή ζωή ρυθμίζοντας την οργανογένεση και τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου. Κατά την ενήλικη ζωή παραμένει ανενεργό στους περισσότερους ιστούς. Ωστόσο, σε πολλά κακοήγη νεοπλασμάτα και σε >90% των ΒΚ μεταλλάξεις στα βασικά μόρια του μονοπατιού Hedgehog οδηγούν στην παθολογική ενεργοποίησή του.

Αντίστοιχες μεταλλάξεις στα βασικά μόρια του μονοπατιού Hedgehog προκαλούν την εμφάνιση του συνδρόμου Gorlin (σύνδρομο πολλαπλών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων), το οποίο εκδηλώνεται με πολλαπλά ΒΚ στο δέρμα, καλοήθεις και κακοήθεις όγκους εσωτερικών οργάνων (πχ μυελοβλάστωμα) και συγγενείς διαμαρτίες (πχ υπερτελορισμός, ύβωση μετώπου κ.ά).

Θεραπευτικά, το ΒΚ αντιμετωπίζεται με πληθώρα διαθέσιμων επιλογών, όπως η κλασική χειρουργική αφαίρεση, η ακτινοθεραπεία, η κρυοχειρουργική, η ιμικουιμόδη, η φωτοδυναμική θεραπεία κλπ. Η οριστική επιλογή γίνεται με κριτήριο την πιθανότητα υποτροπής του όγκου και ασφαλώς το προφίλ του ασθενούς. Συγκεκριμένα, τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα διακρίνονται σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου για υποτροπή, ανάλογα με το μέγεθος, την ανατομική εντόπιση και τον ιστολογικό τύπο. Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί την πρώτη θεραπευτική επιλογή στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Ωστόσο, υπάρχει μια ομάδα κλινικών περιστατικών ΒΚ, όπου η χειρουργική αντιμετώπιση δεν είναι η ευχερέστερη θεραπευτική επιλογή λόγω ενδεχόμενων συννοσηροτήτων του ασθενούς, πρακτικών ζητημάτων (βλ. σύνδρομο Gorlin) ή ακόμη και δυσμορφιών που μπορεί να προκύψουν μετεγχειρητικά. Επίσης, στην κλινική πράξη δεν είναι σπάνια τα περιστατικά με συνεχείς τοπικές υποτροπές μετά από χειρουργικές επεμβάσεις ή συνδυαστικές τοπικές θεραπείες. Αυτή η κλινική κατηγορία του όγκου αντιστοιχεί περίπου στο 1% του συνόλου των ΒΚ και ορίζεται με τον όρο «τοπικά προχωρημένο - μη χειρουργήσιμο ΒΚ».

Τα κριτήρια που τα κατηγοριοποιούνται στην παραπάνω ομάδα είναι τα εξής:

1. Μεγάλου μεγέθους ΒΚ
2. ΒΚ σε δύσκολες ανατομικές εντοπίσεις. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται πως υπάρχει σημαντικό ποσοστό υποτροπών (έως και 40%) σε χειρουργικά εξαιρεθέντα ΒΚ είτε εντοπιζόμενα σε δύσκολες ανατομικές περιοχές, όπως η κεντρική μούρα του προσώπου γύρω από τη μύτη και τα μάτια, είτε διαμέτρου >2cm, είτε επιθετικότερου ιστολογικού τύπου (πχ σκληροδερμοειδές, διηθητικό).
3. Υποτροπιάζοντα ΒΚ μετά από προηγούμενη χειρουργική εκτομή ή ακτινοθεραπεία.
4. ΒΚ η χειρουργική αφαίρεση των οποίων αναμένεται να προκαλέσει σημαντικό αγκρωτηριασμό ή λειτουργική αναπηρία
5. ΒΚ σε ασθενείς με επιβαρυνμένη γενική κατάσταση λόγω προχωρημένης ηλικίας ή άλλων νόσων
6. Πολλαπλά ΒΚ είτε στα πλαίσια συνδρόμου, είτε όχι.

Για όλες αυτές τις κλινικές περιπτώσεις «τοπικά προχωρημένων - μη χειρουργήσιμων» ΒΚ, καθώς και για το εξαιρετικά σπάνιο μεταστατικό ΒΚ, υπάρχει η επίσημα εγκεκριμένη από τον ΕΟΦ (2015) θεραπευτική επιλογή του Vismodegib, ενός εκλεκτικού αναστολέα του μονοπατιού του Hedgehog (Hedgehog Pathway Inhibitor - HPI). Το Vismodegib έχει επίσημη έγκριση από το 2012 στις ΗΠΑ (FDA) και το 2013 στην Ευρώπη (European Medicines Agency), όπου μάλιστα διατίθεται και ένας ακόμη HPI, το Sonidegib, το οποίο ωστόσο δεν έχει ένδειξη για το μεταστατικό ΒΚ. ➡

➡ Το σχήμα χορήγησης του φαρμάκου είναι εξαιρετικά απλό και πρακτικό για τον ασθενή. Το Vismodegib είναι σε μορφή κάψουλας των 150mg και χορηγείται per os σε δόση μιας κάψουλας ημερησίως, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος του ασθενούς ή άλλες συννοσηρότητες μέχρι τον πλήρη έλεγχο της νόσου ή μέχρι μη ανεκτής τοξικότητας.

Η αποτελεσματικότητα του Vismodegib καθώς και η ασφάλειά του έχουν μελετηθεί και κατοχυρωθεί σύμφωνα με τις πολυκεντρικές μελέτες φάσεως II ERIVANCE και STEVIE. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών καταδεικνύεται πως το φάρμακο επιτυγχάνει θεραπευτική ανταπόκριση σε ποσοστό από 60,3% έως 68,5% σε ασθενείς με «τοπικά προχωρημένο – μη χειρουργήσιμο BK» και από 36,9% έως 45,5% σε ασθενείς με μεταστατικό BK, αντίστοιχα. Επίσης φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που δεν έχουν πλήρη ή έστω μερική θεραπευτική ανταπόκριση στο φάρμακο, κατορθώνουν να κρατήσουν σταθερή, χωρίς εξέλιξη τη νόσο. Συγκεκριμένα, η μελέτη STEVIE υπολογίζει πως το Vismodegib ελέγχει τη νόσο είτε του «τοπικά προχωρημένου – μη χειρουργήσιμου» είτε του μεταστατικού BK σε ποσοστό 92,9%.

Επιπλέον σημαντικό εύρημα των μελετών αποτελεί η ταχεία ανταπόκριση των ασθενών σε χρονικό διάστημα κατά μ.ό. 3,7 μηνών.

Τέλος δε, η μελέτη MICKIE επιβεβαιώνει και την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε ασθενείς με πολλαπλά BK είτε στα πλαίσια συνδρόμου Gorlin, είτε εκτός αυτού (πολλαπλά σποραδικά), όπου συγκεκριμένα το Vismodegib δείχνει να ελαττώνει δραστικά τον ολικό αριθμό BK κατά 62,7% και να μην επιτρέπει την έκθεση νέων βλαβών στο 76,6% των ασθενών.

Σε ό,τι αφορά την ασφάλεια του φαρμάκου η κλινική εμπειρία και οι μελέτες (STEVIE) δείχνουν πως πρόκειται για ένα ασφαλές σκεύασμα με διαχειρίσιμες, μη απειλητικές για τη ζωή ανεπιθύμητες ενέργειες συνήθως με ήπια ή/και μέτρια ένταση (Grade 1-2). Οι πιο συχνές ΑΕ είναι μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), αγευσία/δυσγευσία, αλωπεκία, απώλεια βάρους και καταβολή δυνάμεων.

Οι συγκεκριμένες ΑΕ μπορεί μν να μην είναι απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς, ωστόσο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Η ικανοποιητική διαχείριση των ΑΕ είτε με

φαρμακευτικές μεθόδους (πχ αναστολείς διαύλων ασβεστίου για τις κράμπες) ή με απλές προληπτικές μεθόδους (πχ γεύματα με πικαντικές τροφές για τη δυσγευσία) παραμένει σημαίνων στόχος για το θεράποντα ιατρό δεδομένου πως σχεδόν το σύνολο των ασθενών μετά από 2-3 μήνες θεραπείας εμφανίζει τουλάχιστον μία ΑΕ. Σε αυτή τη λογική αρχίζει να επικρατεί το διακοπόμενο σχήμα χορήγησης στην κλινική πράξη με εναλλασσόμενες περιόδους 12 εβδομάδων χορήγησης και 8 εβδομάδων διακοπής, όπου επιτυγχάνεται και η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος αφενός και ο καλύτερος έλεγχος των ΑΕ αφετέρου.

Σε κάθε περίπτωση, οι ΑΕ είναι άμεσα αναστρέψιμες μετά τη διακοπή της θεραπείας. Τέλος μάλιστα, ως αντιστοίχισμα σκεύασμα αντενδείκνυται η χορήγηση του σε εγκύους και θηλάζουσες.

Επίσης, η τεκνοποίηση επιτρέπεται 24 μήνες μετά τη διακοπή του στις γυναίκες και 2 μήνες μετά στους άνδρες, αντίστοιχα, ενώ συνιστάται η αποφυγή δωρεάς αίματος για 24 μήνες μετά τη διακοπή χορήγησής του. Αντίστοιχες ΑΕ καταγράφονται και για τον HPI sonidegib (Μελέτη BOLT), ο οποίος ωστόσο δεν είναι διαθέσιμος στην Ελλάδα.

Εν κατακλείδι, το Vismodegib και γενικότερα οι αναστολείς του μονοπατιού του Hedgehog αποτελούν τη μοναδική θεραπευτική επιλογή για εκείνες τις κλινικές περιπτώσεις βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων που η χειρουργική αντιμετώπιση δεν είναι εφικτή και επιπλέον δεν επιδέχονται ούτε συμπληρωματικής αντιμετώπισης με ακτινοθεραπεία.

Σε γενικές γραμμές πρόκειται για μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή που καλύπτει το κενό στην αντιμετώπιση του συνόλου των περιστατικών των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων, από το τοπικά προχωρημένο, το μεταστατικό και το σύνδρομο Gorlin με τα πολλαπλά BK.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2005;353(21): 2262-2269
2. Verkouteren JA et al. Epidemiology of basal cell carcinoma: scholarly review. *Br J Dermatol* 2017. DOI: 10.1111/bjd.15321
3. Caro I, Low JA. The role of the hedgehog signaling pathway in the development of basal cell carcinoma and opportunities for

treatment. *Clin Cancer Res* 2010;16(13): 3335-3339

4. Sekulic A, Migden MR, Oro AE et al. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2012;366:2171-2179
5. Migden MR, Guminski A, Gutzmer R et al. Treatment with two different doses of sonidegib in patients with locally advanced or metastatic basal cell carcinoma (BOLT): A multicentre, randomised, double-blind phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2015;16: 716-728
6. Sekulic A, Migden MR, Lewis K et al. Pivotal ERIVANCE basal cell carcinoma (BCC) study: 12-month update of efficacy and safety of vismodegib in advanced BCC. *J Am Acad Dermatol* 2015;72: 1021-6.e8.
7. Basset-Seguin N, Hauschild A, Grob J-J et al. Vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma (STEVIE): A pre-planned interim analysis of an international, open-label trial. *Lancet Oncol* 2015;16:729-736.
8. Hansson J, Hauschild A, Kunstfeld R et al. Vismodegib, a hedgehog pathway inhibitor in advanced basal cell carcinoma: STEVIE study primary analysis in 1215 patients. Presented at the 52nd Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology; June 3-7, 2016; Chicago IL. (abstract number 9532)
9. Rogers G, Kunstfeld R, Schadendorf D et al. MICKIE: A randomized, double-blind, regimen-controlled, phase II, multicenter study to assess the efficacy and safety of two different vismodegib regimens in patients with multiple basal cell carcinomas. Presented at the 52nd Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology; June 3-7, 2016; Chicago, IL. (abstract number 9509)
10. Lacouture ME, Dréno B, Ascierto PA et al. Characterization and management of Hedgehog Pathway Inhibitor-related adverse events in patients with advanced basal cell carcinoma. *The Oncologist* 2016;21: 1-12
11. Δ. Σγούρος, Ε. Λαζαρίδου, Α. Λάλλης, Α. Στρατηγός. Αναστολείς του μονοπατιού Hedgehog: μια θεραπευτική επανάσταση για την αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου-μη χειρουργήσιμου και μεταστατικού Βασικοκυτταρικού Καρκινώματος. *The Doctor* 2017, Τεύχος 25.

mastihatherapy[®] caps

Pistacia lentiscus L., resin 350 mg/cap

 Πρόληψη & Αντιμετώπιση
Ήπιων Δυσπεπτικών
Διαταραχών

Λειτουργική
Δυσπεψία

Γαστροοισοφαγική
Παλινδρόμηση

Μείωση Μικροβιακού
Φορτίου *H. pylori*

Βελτίωση Συμπτωμάτων
από τη Νόσο του Crohn



1997



2014



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

2015

Η Μαστίχα Χίου έχει εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA)
ως Παραδοσιακό Φάρμακο Φυτικής Προέλευσης

2-4
ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ



IASIS PHARMA HELLAS ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΥΝΤΙΚΩΝ
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY

Γραφ. Επιστημ. Ενημ.: Λ. Κοματερού 2-4, 134 51 Κοματερό Αττικής,
Τηλ.: 210 23 11 031, Fax: 210 23 15 889,
e-mail: iasis@iasispharma.gr, www.iasispharma.gr

HER2 θετικός καρκίνος του μαστού

ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

ΕΛΕΝΗ ΓΑΛΑΝΗ

Παθολόγος Ογκολόγος MD, PHD, αν. Διευθύντρια, Β Ογκολογική κλινική, Metropolitan Hospital

Γνωρίζουμε σήμερα ότι, περίπου στο ένα πέμπτο των ασθενών με καρκίνο του μαστού στην επιφάνεια των νεοπλασματικών κυττάρων υπερεκφράζεται ο υποδοχέας HER2. Αυτή η υπερέκφραση έχει ως αποτέλεσμα επιθετικότερη βιολογική συμπεριφορά της νόσου, αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης μεταστάσεων και μειωμένη συνολική επιβίωση.

Το 1998 το μονοκλωνικό αντίσωμα εναντίον του υποδοχέα HER2 τραστοζουμάμπη έλαβε έγκριση για τη θεραπεία του HER2 μεταστατικού καρκίνου του μαστού βελτιώνοντας σημαντικά την κλινική έκβαση αυτών ασθενών με την φτωχή έως τότε πρόγνωση, επιπλέον όμως εισήγαγε ένα νέο θεραπευτικό μοντέλο, αυτό των στοχευουσών θεραπειών. Επίσης το 2011 τέσσερις κλινικές δοκιμές έδειξαν ότι η επικουρική χορήγηση του τραστοζουμάμπη για ένα χρόνο σε ασθενείς με πρώιμο HER2 θετικό καρκίνο του μαστού βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση.

Το 2005 η λαπατινίμπη έλαβε επίσης έγκριση για το μεταστατικό HER2 θετικό καρκίνο του μαστού, ενώ πρόσφατα δύο νέες στοχευόμενες θεραπείες η περτουζουμάμπη και το T-DM1 βελτίωσαν περαιτέρω την επιβίωση αυτών των ασθενών κάνοντας το HER2 μεταστατικό καρκίνο του μαστού κυριολεκτικά μία χρόνια νόσο. Αξίζει να σημειωθεί το πολύ καλό προφίλ ασφάλειας αυτών των θεραπειών.

Η περτουζουμάμπη είναι ένα εξανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο συνδέεται σε ένα ξεχωριστό επίτοπο του HER2, αναστέλλοντας το διμερισμό του HER2 υποδοχέα με άλλους HER υποδοχείς, μία διαδικασία, η οποία πιστεύεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και επιβίωση του όγκου. Έχει αποδειχθεί ότι, συνδυάζοντας αναστολείς του διμερισμού του HER2 με άλλες στοχευμένες αντι-HER2 θεραπείες, επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη αναστολή της μεταγωγής του αυξητικού σήματος με αποτέλεσμα καταστροφικά για το καρκινικό κύτταρο.

Η μελέτη CLEOPATRA είναι μία διεθνής, τυχαιοποιημένη φάσης III, διπλή τυφλή

μελέτη η οποία αξιολογεί την προσθήκη περτουζουμάμπης στη θεραπεία με τραστοζουμάμπη και δοσεταξέλη. Συγκεκριμένα, 808 ασθενείς με HER2 θετική νόσο τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε το συνδυασμό περτουζουμάμπη με τραστοζουμάμπη και δοσεταξέλη είτε τραστοζουμάμπη με δοσεταξέλη με εικονικό φάρμακο. Οι ασθενείς αυτοί δεν είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία για τον HER2-θετικό μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Οι ασθενείς που έλαβαν περτουζουμάμπη με τραστοζουμάμπη και δοσεταξέλη, έζησαν 15,7 μήνες περισσότερο από εκείνες που είχαν πάρει μόνο τραστοζουμάμπη και χημιοθεραπεία. Η μελέτη ανέδειξε ότι με το τριπλό αυτό σχήμα η διάμεση συνολική επιβίωση των ασθενών ανήλθε σε 56,5 μήνες, έναντι 40,8 μηνών με το σχήμα τραστοζουμάμπη-δοσεταξέλη, $p < 0.0001$, HR: 0,68, 95% CI=0.58, 0.80. Πρόκειται για τη μεγαλύτερη παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης που έχει ποτέ παρατηρηθεί στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού.

Πρόσφατα η τυχαιοποιημένη μελέτη φάσης III APHINITY έδειξε ότι η επικουρική χορήγηση της περτουζουμάμπης μαζί με την τραστοζουμάμπη βελτιώνει το διάστημα ελεύθερο υποτροπής της νόσου σε σχέση με τη θεραπεία με τραστοζουμάμπη, 3ετές DFS 94.1 vs 93.2, $p = 0.0446$, HR: 0.81 (0.66, 1.00). Με βάση τη μελέτη αυτή η διπλή anti-HER2 θεραπεία με περτουζουμάμπη και τραστοζουμάμπη έλαβε έγκριση από τον FDA και πρόσφατα από τον EMA για 18 συνολικά κύκλους ανεξαρτήτως του χρόνου του χειρουργείου ως θεραπεία ενήλικων ασθενών με HER2-θετικό πρώιμο καρκίνο του μαστού σε υψηλό κίνδυνο υποτρο-

πής, δηλ ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες ή αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, HR: 0.77 & 0.76 αντίστοιχα.

Το trastuzumab emtansine (T-DM1) είναι ένα καινοτόμο φάρμακο το οποίο αποτελείται από το μονοκλωνικό αντίσωμα τραστοζουμάμπη που είναι συνδεδεμένο με το κυταροτοξικό παράγοντα DM1. Το τραστοζουμάμπη συνδέεται με τον υποδοχέα HER2, αναστέλλοντας την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, ενώ το DM1 εισέρχεται στο κυτταρο, συνδέεται με την τουμπουλίνη, αναστέλλοντας τον πολυμερισμό των μικροσωληνίσκων, οδηγώντας το καρκινικό κύτταρο στο θάνατο. Ο μηχανισμός στοχευμένης δράσης του φαρμάκου επιτρέπει την διοχέτευση του χημιοθεραπευτικού παράγοντα κατευθείαν στα καρκινικά κύτταρα κάτι που περιορίζει τις βλαπτικές συνέπειες στους υγιείς ιστούς.

Η κλινική μελέτη EMILIA είναι μία διεθνής, τυχαιοποιημένη φάσης III μελέτη, η οποία αξιολογεί το T-DM1 συγκρίνοντας το με τη σταANDARD θεραπεία λαπατινίμπη και καπεσιταμίνη σε 991 ασθενείς με προθεραπευμένο μεταστατικό HER2 θετικό καρκίνο του μαστού οι οποίες έχουν υποτροπιάσει ενώ λαμβάνουν τραστοζουμάμπη για τη μεταστατική νόσο, η έχουν υποτροπιάσει σε διάστημα λιγότερο από 6 μήνες από το τέλος της επικουρικής θεραπείας με τραστοζουμάμπη. Οι ασθενείς που έλαβαν το T-DM1 είχαν επιβίωση κατά σχεδόν έξι μήνες μεγαλύτερη σε σχέση με ασθενείς που λάμβαναν την καθιερωμένη αγωγή, με το T-DM1 η διάμεση συνολική επιβίωση των ασθενών ανήλθε σε 30,9 μήνες, έναντι 25,1 μηνών με το σχήμα lapatinib και capecitabine HR = 0.682 (95% CI = 0.55–0.85); $p = 0.0006$.

Βιβλιογραφία

1. Rosen LS, et al. Targeting signal transduction pathways in metastatic breast cancer: a comprehensive review. *Oncologist* 2010; 15(3):216-235.
2. De Mattos-Arruda L and Cortes J. Use of pertuzumab for the treatment of HER2-positive metastatic breast cancer. *Adv Ther* 2013; 30: 645-658.
3. Baselga J, et al for the CLEOPATRA Study Group. Pertuzumab plus trastuzumab plus docetaxel for metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2012; 366:109-111.
4. Swain SM, et al. Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel for HER2-positive metastatic breast cancer (CLEOPATRA study): overall survival results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet Oncol* 2013; 14: 461-471.
5. Minckwitz G et al. Adjuvant pertuzumab and trastuzumab in early HER2 positive breast cancer. *N Engl J Med* 2017; 377: 122-31
6. Verma S, et al. Trastuzumab Emtansine for HER2-Positive Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med* 2012; 367: 1783-1791

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ Στην αληθή πολυκυτταραιμία και την πρωτοπαθή μυελοϊνωση

ΝΕΦΕΛΗ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Αιματολόγος, Υπότροφος του Ιδρύματος της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας
στην Α παθολογική κλινική του ΓΝΑ Λαϊκό

Η αληθής πολυκυτταραιμία και η πρωτοπαθής μυελοϊνωση αποτελούν κλινικές διαταραχές του αρχέγονου πολυδύναμου αιμοποιητικού κυττάρου. Σύμφωνα με την τελευταία κατάταξη του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (WHO 2016) ανήκουν στην ομάδα των μυελοϊπερπλαστικών νεοπλασμάτων. Παρά την σημαντική ανακάλυψη της σημειακής ανακάλυψης του γονιδίου JAK2 το 2005 και των επακόλουθων νέων θεραπευτικών επιλογών, η θεραπεία εξατομικεύεται στην πλειοψηφία των ασθενών.

Αληθής πολυκυτταραιμία

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση θρομβοαιμορραγικών επιπλοκών, την παρουσία συστηματικών συμπτωμάτων και την μειωμένη επιβίωση σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό λόγω των θρομβωτικών επεισοδίων και της πιθανής εξέλιξης σε μυελοϊνωση και οξεία ληυχαιμία. Ο προφανής στόχος της θεραπείας στην αληθή πολυκυτταραιμία θα ήταν η ίαση, ο οποίος όμως δεν είναι ρεαλιστικός με τις τρέχουσες θεραπείες, ή τουλάχιστον η παράταση της επιβίωσης. Σύμφωνα με τις συστάσεις του European Leukemia Net (ELN) στόχοι της θεραπείας στο νόσημα αυτό αποτελούν η πρόληψη των θρομβωτικών και αιμορραγικών επιπλοκών, η ελαχιστοποίηση του κινδύνου εξέλιξης σε μυελοϊνωση και ο-

ξεία ληυχαιμία και ο έλεγχος των συστηματικών συμπτωμάτων και κυρίως των αγγειοκινητικών εκδηλώσεων.

Οι ασθενείς στην αληθή πολυκυτταραιμία κατατάσσονται σε δύο ομάδες κινδύνου. Χαμηλού κινδύνου θεωρούνται οι ασθενείς κάτω των 60 ετών χωρίς ιστορικό θρομβώσεων και υψηλού κινδύνου οι ασθενείς άνω των 60 ετών με ή χωρίς ιστορικό θρομβώσεων. Ο θεραπευτικός αλγόριθμος στους χαμηλού κινδύνου ασθενείς περιλαμβάνει την διόρθωση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, υπέρταση, διαβήτης, παχυσαρκία), την εξασφάλιση αιματοκρίτη κάτω από 45% με τη διενέργεια αφαιμάξεων και την χορήγηση χαμηλών δόσεων ασπιρίνης (81-100mg/ημέρα). Στους υψηλού κινδύνου ασθενείς

εκτός από τα προαναφερθέντα, απαραίτητη είναι και η προσθήκη κυτταροστατικής αγωγής στην θεραπεία. Σαν πρώτης γραμμής θεραπείας χρησιμοποιούνται ο αλκυλιούντας παράγοντας υδροξυουρία και η ιντερφερόνη. Η υδροξυουρία είναι η θεραπεία εκλογής και αποτελεί αποτελεσματικό παράγοντα όσον αφορά τον έλεγχο του αιματοκρίτη, των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων ενώ επιτυγχάνει επίσης ελάττωση των αναγκών για αφαιμάξεις με βελτίωση της σπληνομεγαλίας και των συστηματικών συμπτωμάτων. Παρόλα αυτά 10-15% των ασθενών υπό υδροξυουρία θα αναπτύξουν κάποια αιματολογική ή μη παρενέργεια (έληκη κνημών, δερματίτιδα, εμπίρετο) και θα αναγκαστούν να διακόψουν την αγωγή. Οι συστάσεις του European Leukemia Net προτείνουν την ανασυνδυασμένη ιντερφερόνη-α ως αναλγητική θεραπεία πρώτης γραμμής έναντι της υδροξυουρίας αν και το φάρμακο αυτό δεν έχει λάβει ακόμα επίσημη ένδειξη για το νόσημα της αληθούς πολυκυτταραιμίας. Η ιντερφερόνη χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς κάτω των 60 ετών και σε εγκυμονούσες. Σαν δεύτερης γραμμής θεραπείας χρησιμοποιούνται ο αλκυλιούντας παράγοντας βουσουλιφάν και ο αναστολέας JAK κινασών Ruxolitinib (Jakavi), ο οποίος έχει λάβει ένδειξη το 2014 για τους ασθενείς με αληθή πολυκυτταραιμία που είναι ανθεκτικοί ή εμφανίζουν δυσανεξία στην υδροξυουρία.

Στο τελευταίο συνέδριο της Αμερικάνικης Αιματολογικής Εταιρείας στην Ατλάντα (ASH 2017) ανακοινώθηκαν για πρώτη φορά τα αποτελέσματα της τετραετούς παρακολούθησης της μελέτης Response, μελέτη έγκρισης του Ruxolitinib για την αληθή πολυκυτταραιμία, η οποία σύγκρινε το Ruxolitinib με οποιαδήποτε άλλη μορφή θεραπείας λάμβανε ο ασθενής. Το πρωταρχικό τελικό σημείο της μελέτης που ήταν ο έλεγχος του αιματοκρίτη χωρίς αφαιμάξεις και η μείωση πάνω από 45% του μεγέθους του σπληνός στην 32η βδομάδα, επιτεύχθηκε στο 21% των ασθενών που λάμβανε Ruxolitinib έναντι 1% των ασθενών που λάμβανε κάποια άλλη μορφή θεραπείας. Πλήρεις αιματολογικές ανταποκρίσεις παρατηρήθηκαν στο 24% των ασθενών με Ruxolitinib ενώ σημαντική βελτίωση των συστηματικών συμπτωμάτων στο 49% των ασθενών. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής ανέδειξαν επίσης 73% πιθανότητα διατήρησης της αρχικής ανταπόκρισης στα 4 χρόνια και παραμονή πλήρους αιματολογικής ανταπόκρι-



■ σης στο 54% των ασθενών που λάμβαναν Ruxolitinib. Στο ίδιο συνέδριο ανακοινώθηκαν επίσης για πρώτη φορά τα αποτελέσματα 2 ετών της πρώτης προοπτικής τυχαιοποιημένης μελέτης σύγκρισης της ιντερφερόνης έναντι της υδροξυουρίας σαν πρώτης γραμμής θεραπείας στην αληθή πολυκυτταραιμία. Το πιο σημαντικό αποτέλεσμα της μελέτης αυτής ήταν η επίτευξη πλήρους αιματολογικής ανταπόκρισης στο 70,5% των ασθενών που λάμβαναν ιντερφερόνη έναντι του 49,3% που λάμβανε υδροξυουρία στα 2 έτη παρακολούθησης.

Σαν δεύτερης γραμμής θεραπεία για την αληθή πολυκυτταραιμία υπό μελέτη βρίσκεται ο αναστολέας αποακετυλάσης ισονών Givinostat, ο οποίος οδήγησε σε ποσοστά συνολικών ανταποκρίσεων στους 3 μήνες παρακολούθησης στο 81% των ασθενών και στους 6 μήνες στο 83% των ασθενών με την πιο σοβαρή παρενέργεια την ανάπτυξη διάρροιας grade 3 στο 11% των ασθενών. Τέλος υπό μελέτη βρίσκεται και το Idasanutlin- ανταγωνιστής του μορίου MDM2 που υπερεκφράζεται στα κύτταρα των μυελοϋπερπλαστικών νεοπλασμάτων και αποτελεί αρνητικό ρυθμιστή του p53. Φάρμακο καλώς ανεκτό με μη αιματολογικές παρενέργειες και βελτίωση των συμπτωμάτων.

Πρωτοπαθής μυελοϊνωση

Η πρωτοπαθής μυελοϊνωση είναι ετερογενές νόσημα. Αποτελεί το πιο επιθετικό από όλα τα άλλα μυελοϋπερπλαστικά νεοπλασμάτα, με μεγαλύτερο φορτίο συμπτωμάτων, μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής και χειρότερη πρόγνωση. Πριν το 2011, χρονολογία έγκρισης του Ruxolitinib για την μυελοϊνωση, οι θεραπευτικές επιλογές περιορίζονταν στην παρηγορητική θεραπεία ή στην αληθογενή μεταμόσχευση του μυελού των οστών.

Η λήψη θεραπευτικών αποφάσεων για τους ασθενείς με μυελοϊνωση κατευθύνεται από τα συμπτώματα των ασθενών, τον κίνδυνο εξέλιξης του νοσήματος ή θανάτου του ασθενούς. Το ρίσκο αυτό εκτιμάται από τα υπάρχοντα συστήματα ταξινόμησης (IPSS, DIPSS και DIPSS-Plus) που ταξινομούν τους ασθενείς σε χαμηλού κινδύνου, ενδιάμεσου 1, ενδιάμεσου 2 και υψηλού κινδύνου.

Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς χαμηλού και ενδιάμεσου 1 κινδύνου με μυελοϊνωση, καθώς δεν υπάρχουν αποδείξεις που να υποστηρίζουν ότι η πρόωπη έναρξη θεραπείας παρατείνει την επιβίωση, ακολουθεί-

ται η τακτική του <watch and wait>. Στους συμπτωματικούς ασθενείς της ίδιας κατηγορίας εφαρμόζεται θεραπεία κατευθυνόμενη από τα συμπτώματα ενώ υπό μελέτη βρίσκεται η χορήγηση ιντερφερόνης και Ruxolitinib. Στους ενδιάμεσους 2 και υψηλού κινδύνου ασθενείς η θεραπεία εκλογής είναι η αληθογενής μεταμόσχευση του μυελού των οστών που αποτελεί και την μοναδική δυναμική ιάσιμη μορφή θεραπείας για το νόσημα. Συνοδεύεται όμως από υψηλή ποσοστά θνητότητας που φτάνουν έως και το 40%. Για την αντιμετώπιση της αναιμίας που απαντάται στο 1/3 των ασθενών κατά την διάγνωση, χρησιμοποιούνται κορτικοστεροειδή, ανδρογόνα, ερυθροποιητίνες, μεταγγίσεις και ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες όπως η θαλιδομίδα, με παροδική όμως βελτίωση.

Ο αναστολέας JAK1/2 Ruxolitinib είναι το πρώτο φάρμακο που έλαβε ένδειξη για την πρωτοπαθή μυελοϊνωση το 2011 σε ασθενείς με σπληνομεγαλία και συστηματικά συμπτώματα λόγω νοσήματος. Η χορήγηση Ruxolitinib ανέδειξε πλεονέκτημα επιβίωσης σε σύγκριση με placebo και συμβατική θεραπεία ακόμα και σε ασθενείς με υψηλό ποσοστό βλαστών (5-9%). Μεγάλο μειονέκτημα του φαρμάκου αποτελεί το γεγονός ότι προκαλεί μυελοκαταστολή, με προεξάρχουσα την αναιμία ειδικά κατά το πρώτο τρίμηνο θεραπείας. Έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων, έχει ελάχιστη επίδραση στο νεοπλασματικό κλώνο με μικρού βαθμού μόνο πλήρεις ιστοπαθολογικές ή και μοριακές υφέσεις ενώ η ανάπτυξη αντοχής σε αυτό αποτελεί θεραπευτική πρόκληση για τον ιατρό.

Για τον λόγο αυτό εκτός από το Ruxolitinib, υπάρχουν και άλλοι JAK αναστολείς που μελετώνται σαν δεύτερης γραμμής θεραπεία για τη μυελοϊνωση. Το Pacritinib είναι JAK2/FLT3 αναστολέας, φάρμακο ελκυστικό για παγκυτταροπενικούς ασθενείς καθώς προκαλεί ελάχιστη μυελοκαταστολή. Το Momelotinib είναι JAK 1/2 αναστολέας που βελτιώνει την αναιμία σε σημαντικό βαθμό αλλά μεγάλο μειονέκτημά του αποτελεί η ανάπτυξη περιφερικής νευροπάθειας στο 11% των ασθενών.

Την χρονική αυτή στιγμή υπάρχουν πολλές τρέχουσες κλινικές μελέτες που δοκιμάζουν νέους θεραπευτικούς παράγοντες κυρίως σε συνδυασμό με το Ruxolitinib. Συνοπτικά κάποιοι από αυτούς είναι οι υπομεθυλιωτικοί παράγοντες όπως η 5-αζακυτιδίνη, οι

αναστολείς αποακετυλάσης ισονών όπως το Panobinostat, οι αναστολείς του μονοπατιού PI3K/mTOR (Buparlisib), οι αναστολείς του Hedgehog μονοπατιού (Glasdegib), οι αναστολείς των ανοσοϋποδοχέων PD1 και PDL1 (Nivolumab, Ipilimumab) και διάφορα άλλα μόρια όπως το Sotatercept. Πιο συγκεκριμένα το Sotatercept αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο φάρμακο σε ασθενείς με πρωτοπαθή μυελοϊνωση και αναιμία καθώς από ότι έχει αποδειχθεί βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό την αναιμία. Είναι ένας πρώτης τάξεως υποδοχέας ακτιβίνης IIA και λειτουργεί σαν ligand trap. Η σύνδεσή του με τους συνδέτες της υπερικογένειας των αυξητικών παραγόντων TGFβ αποτρέπει την παρεμπόδιση της τελικής διαφοροποίησης των ερυθρών βελτιώνοντας έτσι την αναιμία.

Συμπερασματικά, τα μυελοϋπερπλαστικά νεοπλασμάτα αποτελούν ετερογενή ομάδα νοσημάτων με πολλές τρέχουσες κλινικές μελέτες στην παρούσα φάση- μόλις 131 μόνο για την πρωτοπαθή μυελοϊνωση. Στόχος μας πρέπει να είναι η καλύτερη κατανόηση του ρόλου της ανοσολογικής απορρύθμισης και του μικροπεριβάλλοντος των νοσημάτων αυτών για την ανεύρεση της καλύτερης θεραπείας και απόδειξη της υπεροχής της.

Βιβλιογραφία

1. Clinical advances in Hematology and Oncology, February 2018, volume 16, issue 2, supplement 4
2. Alessandro M. Vannucchi and Claire N. Harrison, Emerging treatments for classical myeloproliferative neoplasms, BLOOD, 9 FEBRUARY 2017, VOLUME 129, NUMBER 6
3. Kristen Pettit, Olatoyosi Odenike, Novel Therapies for Myelofibrosis, Curr Hematol Malig Rep (2017) 12:611-624
4. Ayalew Tefferi, Tiziano Barbui, Polycythemia vera and essential thrombocythemia: 2017 update on diagnosis, risk-stratification, and management, Am J Hematol 2017;92:95-108
5. Ayalew Tefferi, Alessandro M. Vanucchi and Tiziano Barbui, Polycythemia vera treatment algorithm 2018, Blood Cancer Journal (2018) 8:3
6. Florian H. Heidel, Robert Peter Gale, Andreas Hochhaus, Managing myeloproliferative neoplasms evidence based on the ELN treatment recommendations 2018, Leukemia, Published online: 27 February 2018



YOUTH LAB.

DERMOCOSMETICS

ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ
ΓΙΑ ΟΡΑΤΑ ΠΙΟ ΝΕΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΙΗ ΟΨΗ



Τα YOUTH LAB. είναι μία καινοτόμα σειρά δερμοκαλλυντικών με το όνομά τους να εμπεριέχει όλη τη φιλοσοφία που οδήγησε στη δημιουργία τους. Αποτέλεσμα μίας πολύχρονης και σε βάθος έρευνας σχετικά με τη βιολογία του δέρματος έδειξε ότι το «κλειδί» για την ανάδειξη της νεανικότητας της επιδερμίδας είναι η ενεργοποίηση των μεταβολικών λειτουργιών της. Έτσι, όλα τα προϊόντα YOUTH LAB. βασίζονται σε προηγμένες φόρμουλες από φυσικά, φυτικά και βιο-τεχνολογικά ή συνθετικά ενεργά συστατικά, που αντιμετωπίζουν τις ανάγκες του δέρματος μέσα από μια σύγχρονη οπτική: την ενίσχυση των μεταβολικών λειτουργιών των ζωντανών στοιβάδων της επιδερμίδας! Η σειρά της YOUTH LAB. αποτελείται από προϊόντα καθαρισμού και ενυδάτωσης, αντιγήρανσης, περιποίησης σώματος και αντιηλιακής προστασίας. Είναι δερματολογικά ελεγμένα, χωρίς parabens, γλυτένη, παράγωγα πετρελαίου ή άλλους επιθετικούς καθαριστικούς παράγοντες, όπως SLES και SLS, με βιοσυμβατά ενεργά συστατικά, υφές που απορροφώνται εύκολα και με διακριτικό ευχάριστο άρωμα. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά τους έχουν αναγνωριστεί διεθνώς μέσα από σημαντικές διακρίσεις και βραβεία, γεγονός που συνετέλεσε στην εξάπλωση του brand στις διεθνείς αγορές.

YOUTH LAB. A.B.E.E.: Δελφών 5 & Κηφισίας 152 33 Αθήνα, Τ. 216 9000060
S. www.youthlab.com E. youthlab@youthlab.com



Η σημασία της ικανοποίησης των ασθενών με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα

ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΙΣΠΝΟΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΑΜΙΤΑΣ, MD, PhD

Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος, 6η Πνευμονολογική Κλινική και Κέντρο Άσθματος, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Επισκέπτης Ερευνητής, Εργαστήριο Κυτταρικής Ανοσολογίας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

Το Βρογχικό Άσθμα και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αποτελούν τους πιο σημαντικούς αντιπροσώπους των χρόνιων αποφρακτικών αναπνευστικών νοσημάτων, επιβαρύνοντας σημαντικά τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο.



Αν και παθοφυσιολογικά διακριτές νόσοι, το άσθμα και η ΧΑΠ έχουν αρκετά κοινά στοιχεία, αφού και οι δύο νόσοι χαρακτηρίζονται από χρόνια φλεγμονή και απόφραξη των αεραγωγών και οδηγούν σε επεισόδια δύσπνοιας, βάρους στο στήθος και βήχα. Σε ότι αφορά την αντιμετώπισή τους, τόσο στο άσθμα όσο και στη ΧΑΠ χρησιμοποιούνται κατά βάση εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά (β-αγωνιστές και αντιχολινεργικά μακράς δράσης) και κορτικοστεροειδή, ενίοτε ακόμα και μέσω των ιδίων συσκευών εισπνοής.

Η συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή τους με εισπνεόμενα φάρμακα είναι αποφασιστικής σημασίας για την επίτευξη του ελέγχου της νόσου τους και την αποφυγή σοβαρών παροξύνσεων. Δυστυχώς, είναι γνωστό από πολυάριθμες μελέτες ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με άσθμα και ΧΑΠ δεν λαμβάνει σωστά την αγωγή του, είτε λόγω αμέλειας είτε λόγω κακής τεχνικής λήψης του φαρμάκου. Η συμμόρφωση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από την συχνότητα που πρέπει να λαμβάνουν τα εισπνεόμενά τους (μία, δύο ή περισσότε-

ρες φορές την ημέρα), τις προσδοκίες που έχουν από τη θεραπεία καθώς επίσης και από την ποιότητα και την ευκολία χρήσης της συσκευής που τους έχει χορηγηθεί. Έχει προταθεί από διάφορες μελέτες ότι το να συμμετέχει ο ασθενής στη διαδικασία επιλογής της συσκευής που θα του χορηγηθεί από τον θεράποντα ιατρό, μπορεί να αυξήσει την ικανοποίηση του ασθενούς από την χορηγούμενη συσκευή και να βοηθήσει τελικά στη συμμόρφωσή του και κατ' επέκταση στον έλεγχο της νόσου του.

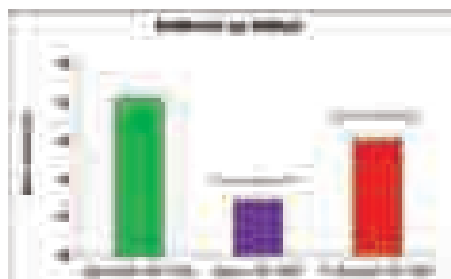
Για το λόγο αυτό σχεδιάστηκε η μελέτη ANASA, μια ανοικτή πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης διάρκειας 4 εβδομάδων, με σκοπό να εκτιμηθεί η ικανοποίηση των ασθενών με άσθμα και ΧΑΠ από τρεις διαφορετικές συσκευές εισπνοών που χρησιμοποιούν ευρέως οι Έλληνες ασθενείς (Diskus®, Elpenhaler®, Turbuhaler®) μέσω ενός ειδικού έγκυρου ερωτηματολογίου. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί την πρώτη μεγάλη έρευνα αξιολόγησης της ικανοποίησης από εισπνευστικές συσκευές ξηράς σκόνης σε 79 κέντρα ανά την Ελλάδα και σε συνολικά 1121 ασθενείς (561 με

ΧΑΠ και 560 με άσθμα). Τα αποτελέσματα και τα στοιχεία της μελέτης έχουν ήδη παρουσιαστεί στο Πανελλήνιο και στο Ευρωπαϊκό Πνευμονολογικό Συνέδριο και είναι δημοσιευμένα και διαθέσιμα σε έγκυρο διεθνές ιατρικό περιοδικό¹.

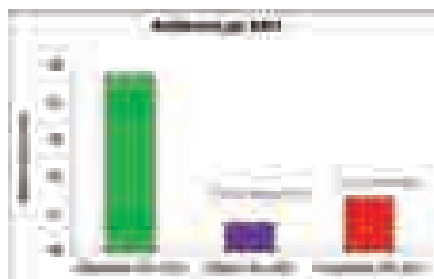
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η εισπνευστική συσκευή Elpenhaler®, προϊόν έρευνας και ανάπτυξης της ελληνικής φαρμακευτικής εταιρείας Elpen, αναδείχθηκε ως η συσκευή με το μεγαλύτερο δείκτη ικανοποίησης τόσο στους ασθενείς με άσθμα όσο και με ΧΑΠ, ανεξάρτητα από την ηλικία των ασθενών και τη σοβαρότητα της νόσου τους (Εικόνα 1). Οι ασθενείς επέδειξαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τη χρήση της συσκευής Elpenhaler® σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών στις άλλες εισπνευστικές συσκευές στην πλειοψηφία των χαρακτηριστικών για τα οποία ερωτήθηκαν. Σημαντικά στοιχεία για την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών από τη συσκευή Elpenhaler® με βάση το ερωτηματολόγιο της μελέτης είναι η ευχέρεια στη χρήση της συσκευής και στη διατήρησή της σε καλή κατάσταση καθώς επίσης και το πόσο εύκολο είναι για τον ασθενή να επιβεβαιώσει ότι έλαβε σωστά τη δόση του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Zervas E, Samitas K and Gaga M. Assessment of satisfaction with different dry powder inhalation devices in Greek patients with COPD and asthma: the ANASA study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016 Aug 5;11:1845-55. doi: 10.2147/COPD.S113870



ΕΙΚΟΝΑ 1



Η φαρμακευτική πολιτική στα χρόνια του μνημονίου

του Μάρκου Ολλανδέζου,
Επιστημονικού Διευθυντή της ΠΕΦ

Ο χώρος του φαρμάκου έχει δεχτεί τεράστιες αλλαγές τα τελευταία χρόνια μέσω ενός καταιγισμού μέτρων και ρυθμίσεων που είχαν σαν κυρίαρχο στόχο τον περιορισμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, έπειτα από τις υπερβολές της δεκαετίας 2000-2009.

Δυστυχώς, η μονομερής εστίαση στην επίτευξη των μνημονιακών δημοσιονομικών στόχων για τη φαρμακευτική δαπάνη, δεν έχει οδηγήσει στον τόσο αναγκαίο εξορθολογισμό της φαρμακευτικής αγοράς. Τα δε μέτρα φαρμακευτικής πολιτικής που έχουν μέχρι σήμερα ληφθεί είχαν συχνά αποσπασματικό χαρακτήρα ενώ ουδέποτε κατάφεραν να υπερβούν το όριο των συγκυριακών διευθετήσεων και να συγκροτήσουν μια συνολική φαρμακευτική πολιτική με εσωτερική συνοχή και συνέπεια.

Το αποτέλεσμα είναι σήμερα, έπειτα από μια οκταετία μνημονιακών «μεταρρυθμίσεων», η δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη καθώς και η φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων, να συγκροτούνται τεχνητά μέσω ενός μίγματος μέτρων που συνδυάζει συνεχείς μειώσεις τιμών, υποχρεωτικές εκπτώσεις (rebate), επιστροφές τεράστιων ποσών από τη βιομηχανία στο κράτος (clawback), καθώς και αυξημένες συμμετοχές των ασθενών στο κόστος.

Εκτιμάται ότι οι συνολικές υποχρεωτικές εκπτώσεις και επιστροφές της φαρμακοβιομηχανίας το 2017 ανήλθαν σε 1,2 δισ. ευρώ, αυξημένες κατά 340% από το 2012 αναδεικνύοντας τα rebate και clawback, από έκτακτα δημοσιονομικά μέτρα με προκαθορισμένη χρονική διάρκεια σε δομικό πάγιο συστατικό της φαρμακευτικής πολιτικής. Αυτό άλλωστε υποδηλώνει και η πρόσφατη επέκταση της εφαρμογής τους τουλάχιστον μέχρι το 2022.

Ο καθορισμός των ορίων φαρμακευτικής δαπάνης σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα χωρίς αναφορά στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, έχει οδηγήσει σήμερα το 1 στα 4 φάρμακα στην εξωνοσοκομειακή αγορά -και το 1 στα 3 στη νοσοκο-

μειακή-, να διατίθενται ουσιαστικά δωρεάν από τη βιομηχανία, μέσω των υποχρεωτικών επιστροφών.

Όσο δε η Πολιτεία αδυνατεί να ελέγξει το αυξανόμενο κόστος των νέων θεραπειών, αλλήλ και την συχνά αναίτια υποκατάσταση των οικονομικών δοκιμασμένων επιλογών από νεότερα ακριβότερα φάρμακα, το clawback θα εξακολουθεί να αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς, απειλώντας την βιωσιμότητα φαρμάκων, φαρμακευτικών επιχειρήσεων και εντέλει της ίδιας της φαρμακευτικής αγοράς.

Η εικόνα ολοληρώνεται με τις δραματικές μειώσεις τιμών, που κατά κύριο λόγο εστιάζονται στα γενόσημα φάρμακα, παρά τη μικρή συμμετοχή τους στη διαμόρφωση της δαπάνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι από το 2015 μέχρι σήμερα, μέσα από δι-αδοχικές εξαμηνιαίες ανατιμολογήσεις, οι τιμές των γενοσήμων μειώθηκαν κατά μέσο όρο κατά 37,6%. Στην ίδια περίοδο, τα φάρμακα εκτός πατέντου μειώθηκαν κατά 8,5%, τα εντός πατέντου κατά 3,2%, ενώ τα Φάρμακα Υψηλού Κόστους μειώθηκαν κατά μόλις 2,9%.

Η υπερβολική χρήση του εργαλείου της τιμολόγησης έχει δημιουργήσει σημαντικές στρεβλώσεις στη φαρμακευτική αγορά. Είναι χαρακτηριστικό ότι στο πρόσφατο Δελτίο Τιμών του Μαΐου, 207 φάρμακα έχουν τιμή παραγωγού -ex-factory- έως 1 ευρώ, ενώ 1.372 φάρμακα έχουν τιμή ex-factory έως 3 ευρώ. Σημειώνεται ότι οι τιμές αυτές μειώνονται περαιτέρω κατά 30-35% μέσω των rebate & clawback. Αντιλαμβάνεται κανείς ότι η βιωσιμότητα των φαρμακευτικών αυτών προϊόντων κρίνεται εξαιρετικά αμφίβολη.

Η νέα αυτή ανατιμολόγηση θα παράγει μια θεωρητική εξοικονόμηση της τάξης του 1,7%, ένα πραγματικά πενιχρό αποτέλεσμα, αφού οι μειώσεις για μια ακόμη φορά επικεντρώνονται στα γενόσημα και στα παλαιότερα καταξιωμένα φάρμακα, αφήνοντας πρακτικά στο απυρόβλητο τα νεότερα ακριβότερα. Στην πράξη όμως, η εξοικονόμηση αυτή, εξανεμίζεται γρήγορα υπό την επίδραση της υποκατάστασης. Η συνεχιζόμενη τιμολογιακή απαξίωση μιας σειράς παλαιότερων καταξιωμένων φαρμάκων, τα οδηγεί σε αναγκαστική διακοπή

της κυκλοφορίας τους, ενώ τη θέση τους παίρνουν τα νεότερα ακριβότερα με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση της δαπάνης.

Τέλος, η αύξηση της μέσης συμμετοχής των ασθενών από 16% το 2012 σε ~23% το 2017, την ίδια περίοδο που και οι τιμές των φαρμάκων κατακρημνίζονται και τα εισοδήματα καταρρέουν, αποτελεί αδιάνθευο τεκμήριο της λανθασμένης κατεύθυνσης της φαρμακευτικής πολιτικής των Μνημονίων, που καταφέρνει το οξύμωρο από τη μια να ισοπεδώνει τις τιμές των φαρμάκων αλλήλ ταυτόχρονα να καθιστά ακριβότερη τη φαρμακευτική θεραπεία για τους ασθενείς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά τις βίαιες μειώσεις τιμών, ιδιαίτερα στα γενόσημα φάρμακα που αποτελούν βασικό αντικείμενο της δραστηριότητας των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών, η διείσδυση τους παραμένει καθηλωμένη σήμερα μόλις στο 23-24%, το χαμηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη και πολύ μακριά από τον μνημονιακό στόχο του 40% σε όγκο.

Οι ατελείωτες συνεχείς μειώσεις στα ελληνικά φάρμακα σε συνδυασμό με τις δυσβάστακτες υποχρεωτικές εκπτώσεις και επιστροφές, πλήττουν την εγχώρια φαρμακοπαραγωγική βάση και υποσκάπτουν τις σημαντικές αναπτυξιακές της προοπτικές ενός κατεξοχήν εξωστρεφούς κλάδου της εθνικής οικονομίας με στρατηγική σημασία, με μεγάλη προστιθέμενη αξία, με διεθνή αναγνώριση και σημαντική προσφορά σε επενδύσεις, απασχόληση, εξαγωγές, έρευνα, τεχνογνωσία και έσοδα για το Δημόσιο Ταμείο.

Τα παραπάνω καθιστούν σαφές ότι η βιωσιμότητα του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης απαιτεί την αναθεώρηση του πλαισίου της φαρμακευτικής πολιτικής σε νέες βάσεις, με έμφαση στον έλεγχο του όγκου, στον εξορθολογισμό της αποζημίωσης, στην παροχή κινήτρων σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς για την ελεγχόμενη συνειδητή προτίμηση των οικονομικότερων θεραπειών αλλήλ και με μέτρα για την αξιοποίηση των ευκαιριών και των δυνατοτήτων της ελληνικής παραγωγικής φαρμακοβιομηχανίας. Διότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία αποτελεί τον ασφαλή δρόμο οικονομικής ανάπτυξης και ανάκαμψης της εθνικής οικονομίας.

Το ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας της δαβιγατράνης επιβεβαιώθηκε ΣΕ ΜΙΑ ΜΕΓΑΛΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ



ΙΝΓΚΕΛΧΑΙΜ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Στο ετήσιο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιακού Ρυθμού (EHRA 2018) παρουσιάστηκαν νέα δεδομένα από την GLORIA™-AF, μία από τις μεγαλύτερες προοπτικές, παγκόσμιες, υπό εξέλιξη μελέτες που εξετάζει τη χρήση αντιθρομβωτικών από το στόμα για την πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στην κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής.

Στην μελέτη καταγραφής εξετάστηκαν οι διετείς εκβάσεις ασφάλειας και αποτελεσματικότητας σχεδόν 5.000 ασθενών με ΚΜ στους οποίους χορηγήθηκε δαβιγατράνη. Τα αποτελέσματα της ολοκληρωμένης μελέτης Φάσης II GLORIA™-AF, που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας 'Τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις: μελέτες καταγραφής', έδειξαν χαμηλά ποσοστά μείζονος αιμορραγίας (0,97%) και εγκεφαλικών επεισοδίων (0,65%).

Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την παρατεταμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της δαβιγατράνης και είναι απολύτως συμβατά με το προφίλ μακροχρόνιας

ασφάλειας που παρατηρήθηκε σε άλλα στοιχεία από πραγματικές συνθήκες, καθώς και σε τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές.

Σε μία συμπληρωματική ανάλυση από τη μελέτη GLORIA™-AF2, αξιολογήθηκε η ασφάλεια της συνεχιζόμενης θεραπείας με δαβιγατράνη σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιαγγειακές (ΚΑ) επεμβάσεις.

Τα ποσοστά μείζονος αιμορραγίας και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου / συστηματικής εμβολής ήταν πολύ χαμηλά, δηλ. σημειώθηκε ένα επεισόδιο μείζονος αιμορραγίας και ένα συστηματικό εμβολικό επεισόδιο σε 412 ΚΑ επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τη συνεχιζόμενη θεραπεία με δαβιγατράνη.

"Από τις πρώτες κλινικές δοκιμές, όπως η RE-LY® και η RELY-ABLE®, έως και πολυάριθμες μελέτες σε πραγματικές συνθήκες, που και μεν υποστηρίχθηκαν αλληλά ήταν ανεξάρτητες από την Boehringer Ingelheim, αποκτούμε μια απόλυτη, συνεκτική εικόνα του ευνοϊκού προφίλ ασφαλείας της δαβιγατράνης", σχολίασε ο Καθηγητής Jörg Kreuzer, Αντιπρόεδρος Ιατρικού Τμήματος, Θεραπευτικός Τομέας Καρδιαγγειακών Νοσημάτων, της Boehringer Ingelheim. "Πρόσφατες κλινικές δοκιμές σε συγκεκριμένα

περιβάλλοντα όπως η RE-CIRCUIT™, όπου χορηγήθηκε δαβιγατράνη σε ασθενείς με ΚΜ που υποβλήθηκαν σε κατάλυση, έδειξαν και πάλι την ανώτερη ασφάλεια της δαβιγατράνης σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία.

Τα προοπτικά, μακροχρόνια δεδομένα για τη δαβιγατράνη από τη μελέτη GLORIA™-AF προσθέτουν ένα ακόμα κομμάτι για να συμπληρωθεί αυτή η εικόνα με ουσιαστικά στοιχεία υπό πραγματικές συνθήκες".

Η ΚΜ είναι η συχνότερη διαταραχή του καρδιακού ρυθμού παγκοσμίως, με ποσοστά που αναμένεται να αυξηθούν τα επόμενα χρόνια.

Συνολικά, τα άτομα που διαγιγνώσκονται με ΚΜ διατρέχουν πενταπλάσιο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, που εμφανίζεται όταν ένας θρόμβος αποφράσσει ένα αγγείο του εγκεφάλου.

Κάθε χρόνο τρία εκατομμύρια ασθενείς υφίστανται εγκεφαλικά επεισόδια σχετιζόμενα με ΚΜ.

Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: <https://www.gloria-af.com/public/about.html>

Νικήστε το στρες!

Το **Stressveda** στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του στρες και τη βελτίωση της γνωστικής υγείας. Περιέχει το πατενταρισμένο, οργανικό, υδατικό εκχύλισμα KSM-66® Ashwagandha καθώς κι ένα φάσμα από Βιταμίνες Β1,2,3,5,6 & φυλλικό οξύ προερχόμενες από οργανικό γκουάβα, βασιλικό (holy basil) και λεμόνια και τα φυσικά ευρισκόμενα θρεπτικά τους συστατικά: χολίνη, ινositόλη και βιοτίνη.

- Βοηθά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του άγχους, της νευρικής και της ψυχικής κόπωσης
- Υποστηρίζει τη νυχτική υγεία, την ψυχική εστίαση και τη μνήμη

- Υποστηρίζει τη σεξουαλική υγεία, τη λίμπιντο και τη γονιμότητα
- Κατάλληλο για χορτοφάγους, non GMO, χωρίς γλυuten

Παράγεται από τη **Flora Ltd.**

Εισάγεται και διανέμεται αποκλειστικά από τη MedMelon
τηλ. 2310 449 441
www.medmelon.gr



ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΘΕΡΜΟΚΗΠΙΟΥ Μπορεί η υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής να επιβραδύνει την εξέλιξή του;

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας & Διαβήτη Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν", Γενικός Γραμματέας Ινστιτούτου Ερευνών, Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Οι αυξημένες εκπομπές καυσαερίων απελευθερώνουν στην ατμόσφαιρα αυξημένους ρύπους, όπως το διοξείδιο του άνθρακα και το μεθάνιο, οι οποίοι με τη σειρά τους παγιδεύουν την παραγόμενη θερμότητα στη επιφάνεια της γης, αλλά και δεν επιτρέπουν την ηλιακή ακτινοβολία με το θερμικό της φορτίο να γυρίσει πίσω στο διάστημα αφού έχει υποστεί αντανάκλαση στη γη. Έτσι αυξάνεται η θερμοκρασία στην επιφάνεια της γης, που οδηγεί σε αύξηση του ρυθμού εξάτμισης των επίγειων υδάτων στις λίμνες και τις θάλασσες οδηγώντας σε αυξημένες βροχοπτώσεις και πλημμύρες

Παράλληλα, η αύξηση της θερμοκρασίας πάνω από τους ωκεανούς οδηγεί στη γένεση ανέμων με μεγάλη ορμή και υψηλές ταχύτητες του αέρα που μετατρέπει τις απλές βροχοπτώσεις σε ισχυρές καταιγίδες. Η επιστημονική κοινότητα αναμένει επίταση αυτών των φαινομένων αν δεν ληφθούν μέτρα, μια που ο βαθμός εκβιομηχάνισης αυξάνεται με ραγδαίο ρυθμό παγκόσμια.

Στις ΗΠΑ η Υπηρεσία Περιβαλλοντικής Προστασίας (US Environmental Protection Agency) προσδιορίζει ότι η παραγωγή ρύπων που συμβάλλουν στο φαινόμενο του θερμοκηπίου από τις ανθρώπινες δραστη-

ριότητες αυξήθηκε κατά 30% από το 1990 έως το 2010 με το διοξείδιο του άνθρακα να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα με αύξηση της τάξης του 42%. Η παραγωγή ηλεκτρικής ενέργειας και οι κινητήρες των κάθε φύσεως οχημάτων ήταν οι κυριότεροι υπόλογοι αυτής της ανόδου των ρύπων όπως επίσης η καύση των σκουπιδιών, οι δασικές πυρκαγιές και η καύση της ξυλείας γενικότερα. Παράλληλα η μείωση της έκτασης των δασών που ανακυκλώνουν το διοξείδιο του άνθρακα παράγοντας το πολύτιμο οξυγόνο μας επιτείνει το φαινόμενο.

Για τα επίπεδα του μεθανίου στην ατμόσφαιρα, υπόλογος είναι και η ζωική παραγωγή και επομένως όσο αυξάνεται η κατανάλωση του κρέατος στην διατροφή μας τόσο θα αυξάνονται και οι ρύποι. Η διαφύλαξη του πλανήτη μας από τις κλιματικές αλλαγές απαιτεί έτσι και τροποποιήσεις στο ...καθημερινό μας διαιτολόγιο. Μικρές μειώσεις των διαιτητικών μας αναγκών σε ζωικής προέλευσης τρόφιμα κατά μερικά μόνο γραμμάρια θα έχει ως συνέπεια όχι μόνο τη βελτίωση της υγείας μας (παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, κλπ), αλλά και μείωση των απαιτήσεων σε νερό που απαιτείται για να αρδεύονται οι καλλιερ-

γήσιμες εκτάσεις για την παραγωγή τροφής των ζώων, αλλά με λιγότερα ζώα θα μειώνεται και η παραγωγή μεθανίου (κόπρανα) από τις ζωικές μονάδες παραγωγής. Προτείνεται από μελέτες ότι η αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών κατά 17,5 γραμμαρίων και φρούτων κατά 51,5 γραμμαρίων που αποτελούν το θεμέλιο της υγιεινής Μεσογειακής διατροφής εις βάρος του κόκκινου κρέατος ή πουλερικών κατά 6,8 γραμμάρια, θα μειώσει κατά 30% τις απαιτήσεις σε ποτιστικό νερό και θα επιβραδύνει το φαινόμενο του θερμοκηπίου γιατί θα μειώσει τις εκπομπές των αερίων κατά 13%. Έχει προσμετρηθεί ότι στις ΗΠΑ οι διαδικασίες παραγωγής τροφίμων ευθύνονται για το 30% της παραγωγής αερίων θερμοκηπίου την ώρα που το Αμερικανικές Υπηρεσίας υγείας δαπανούν 3 τρισεκατομμύρια δολάρια ετησίως που τα περισσότερα χορηγούνται για την αντιμετώπιση ασθενειών που σχετίζονται με τις επιπτώσεις των κακών διατροφικών προτύπων. Η υιοθέτηση των μεσογειακών προτύπων διατροφής στις ΗΠΑ θα μειώσει τον σχετικό κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, καρκίνου του παχέος εντέρου και του σακχαρώδη διαβήτη μέχρι και 40%, με αντίστοιχη πτώση του κόστους αντιμετώπισής τους μέχρι και 93 εκατομμύρια δολάρια ετησίως. Παράλληλα υπολογίζεται ότι θα μειωθεί και η εκπομπή αερίων θερμοκηπίου μέχρι και κατά 826 κιλά για κάθε άτομο σε ετήσια βάση.

Επομένως η μεσογειακή διατροφή δεν θα διαφυλάξει μόνο την υγεία μας από τα μεταβολικά νοσήματα αλλά θα μειώσει και την εκπομπή των αερίων του θερμοκηπίου. Οι διαιτητικές λοιπόν τροποποιήσεις εκτός από την υγεία μας θα προστατεύσουν και την "υγεία" της φύσης.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Giovanni Forzieri, et al Increasing risk over time of weather-related hazards to the European population: a data-driven prognostic study. The Lancet Planetary Health, 2017; 1 (5): e200 DOI: 10.1016/S2542-5196(17)30082-7
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>
3. Elinor Hallström, Quentin Gee, Peter Scarborough, David A. Cleveland. A healthier US diet could reduce greenhouse gas emissions from both the food and health care systems. Climatic Change, 2017; DOI: 10.1007/s10584-017-1912-5

IB



Forum Γενικής Ιατρικής 2017

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Γενικός Γραμματέας, Ινστιτούτο Μελετών Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, Υπεύθυνος Διοργάνωσης των Forum

Στο σύγχρονο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης που βιώνει η πατρίδα μας, η παρεχόμενη από την Πολιτεία κοινωνική φροντίδα έχει συρρικνωθεί. Απεναντίας οι διαρκείς υγειονομικές ανάγκες ενός πληθυσμού με αυξανόμενο τον επιπολασμό ποικίλων χρόνιων νοσημάτων, αλλά και με μια συνεχιζόμενη πληθυσμιακή γήρανση που οδηγεί σε μια συνεχή αύξηση των «εύθραυστων» ηλικιακά ατόμων που όπως είναι λογικό παρουσιάζουν υψηλή νοσηρότητα, απαιτεί τουναντίον ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που στηρίζεται διεθνώς και στις υπηρεσίες της Γενικής Ιατρικής. Παράλληλα οι απαιτήσεις της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης οδηγούν στην αναγκαιότητα μιας συνεχούς ενημέρωσης ως προς τη νέα γνώση και εκπαίδευση σε νέες δεξιότητες που σαν τελικό στόχο έχουν την αναβάθμιση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στον ασθενή στη Χώρα μας

Το Ινστιτούτο Μελετών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου με το συνέδριο αυτό ήθελε να δώσει ένα ελεύθερο βήμα κατάθεσης απόψεων και διαλόγου σε όλα τα θέματα που άπτονται της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής. Στο πλαίσιο αυτό θα ακολουθήσουν και άλλα συνέδρια και για τις άλλες ειδικότητες, ενώ την περσινή χρονιά είχε διεξαχθεί το αντίστοιχο Forum για την ειδικότητα της Ειδικής Παθολογίας που μαζί με την Παιδιατρική αποτελούν τους 3 κύριους πυλώνες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το πρόγραμμα ήταν πλούσιο, επίκαιρο και η αποτύπωση των θέσεων ελπίζουμε να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για τους Τομείς του Ινστιτούτου που προετοιμάζουν την Εθνική πρόταση για την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος στη Χώρα μας. Η συμμετοχή των συναδέλφων ήταν πολύτιμη γιατί με την ενδυνάμωση του ρόλου του συνεδρίου αυτού ισχυροποιούνται και οι θέσεις που παρουσιάστηκαν.

Σημαντικό ρόλο στην επιτυχία του συνεδρίου είχε η συμμετοχή στο επιστημονικό πρόγραμμα γιατρών από το νομό Μεσσηνίας, τους όμορους νομούς αλλά και υπηρετούντες γενικοί ιατροί σε διάφορα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Χώρα μας. Είχαν προσκληθεί να συμμετάσχουν ο Αντιπρόεδρος του ΕΟΠΥΥ Π.Γεωργακόπουλος, ο κ. Α. Τάγαρης Πρόεδρος Δ.Σ. & Διευθύνων Σύμβουλος της Η.Δι.Κ.Α. Α.Ε., ο τ. Πρόεδρος του ΕΟΦ κ.Β.Κοντοζαμάνης, ο Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας (ΕΣΔΥ) Ι.Κυριόπουλος, τα Μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας του Ινστιτούτου Μελετών με τον Πρόεδρο κ.Κ.Αλεξανδρόπουλο, η Πρόεδρος του Τομέα Πρωτοβάθμιας Υγείας Καθηγήτρια Μ.Τσιρώνη που παράλληλα εκπροσωπούσε το ΔΕΠ του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου μαζί με τον Λέκτορα Επιδημιολογίας Δρ.Π.Ανδριόπουλο, Ο Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών Γ.Δημητριάδης που υπηρετεί και ως Πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, οι Επ.Καθηγήτριες Γενικής Ιατρικής Α.Τασιώνη από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και Ι.Τσιλιγιάννη από το Πανεπιστήμιο Κρήτης και τέλος ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Π.Φ.Υ. Ε.Σκλήρως. Ο Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης Χ.Λιονής μαζί με το ΔΣ της Ε.Λ.Ε.ΓΕ.ΙΑ. (Ελληνική Εταιρεία Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής) και πιο συγκεκριμένα τον Επίτιμο Πρόεδρο Π.Μερκούρη-Μποδοσάκη τον Πρόεδρο Α.Μαριόδη, τον



The poster features the title 'FORUM ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ' in large, bold letters. Below the title, it says 'Υπό την Αιγίδα' (Under the patronage of) followed by logos of the Hellenic Medical Association, the Municipality of Kalamata, the Prefecture of Peloponnese, and the University of Peloponnese. The dates '24-26 2017' and the month 'Νοεμβρίου' (November) are prominently displayed, along with the venue 'Horizon Blu Hotel Καλαμάτα'.

➡ Αντιπρόεδρο Ε.Φραγκούλη είχαν την ευθύνη της οργάνωσης του Επιστημονικού Προγράμματος.

Η συζήτηση για την συμμετοχή του Γενικού Ιατρού και οι υποχρεώσεις του στο επίπεδο πρόληψης ξεκίνησε το συνέδριο με τις επιτυχημένες εισηγήσεις του κ.Ε.Σκληρού για τον προσυμπτωματικό έλεγχο για κακοήθειες και για την ανosoποίηση του πληθυσμού με τα εμβόλια πάιδων και ενηλίκων από την Ε.Οικονομίδου. Οι σύγχρονες ιατρικές απαιτήσεις προσδιορίζουν την ανάπτυξη της τεταρτογενούς πρόληψης, δηλαδή την έγκαιρη αναγνώριση των ασυμπτωματικών ατόμων με υψηλό όμως κίνδυνο να νοσήσουν από συγκεκριμένο νόσημα. Το ρόλο της Γενικής Ιατρικής στον θέμα αυτό εισηγήθηκε ο Β.Μπαμπαλής. Στο συμπόσιο για το σημερινό ρόλο του Γενικού Ιατρού στην υγεία σήμερα εισηγήθηκαν η Α.Τασιώνη για την Ακαδημαϊκή του υπόσταση, ο Ε.Φραγκούλης για τον ιδιωτικό τομέα και ο Ν.Οικονόμου για το ΕΣΥ. Η εκπαίδευση στην Γενική Ιατρική συζητήθηκε στο στρογγυλό τραπέζι μετά από τις εισηγήσεις της Μ.Βασιλοπούλου για την προπτυχιακή, του Β.Στούκα κατά την διάρκεια της ειδικότητας, του Β.Μπαμπαλή στην διαβίωση και του Β.Γκιζλή για την αναγκαιότητα των εξειδικεύσεων. Η ηλεκτρονική υγεία αποτελεί πλέον προϋπόθεση άσκησης και αναβάθμισης του ιατρικού λειτουργήματος και ο Τ.Τάγαρης παρουσίασε το θέμα "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Information Technology. Που είμαστε, που θέλουμε και που μπορούμε να πάμε," Ο Ι.Κυριόπουλος στη συνέχεια με την διάθεσή του "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ολική Επανάφορα στη Διακήρυξη της Alma-Ata" στοιχειοθέτησε τις αποκλίσεις από τους στόχους της Γενικής Ιατρικής που πρέπει άμεσα να αντιμετωπισθούν. Η σχέση του Γενικού Ιατρού με τον ΕΟΠΥΥ και πιο συγκεκριμένα για το συμβόλαιο οικογενειακού ιατρού, τα θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα και τους ελεγκτικούς μηχανισμούς αποτέλεσε ίσως και το πιο ενδιαφέρον θέμα του συνεδρίου. Το κλινικό φροντιστήριο της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής (ILS) με τους κ.κ. Κ. Μπαχτή, Χ. Δεμπόνερα παρείχε πρακτικές συμβουλές και εκπαίδευση στις απαραίτητες σχετικές τεχνικές. Ο Ν.Οικονόμου με την παρουσίασή του "Πολύπληλη νοσηρότητα. Πρόκληση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ο Χ.Λιονής με το θέμα "Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η Υπέρταση ως παράδειγμα" και τα στρογγυλά τραπέζια "Διαχείριση του συνο-

λικού Καρδιαγγειακού Κινδύνου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" και τη "Διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" εμπλούτισαν το επιστημονικό πρόγραμμα. Τα θέματα εισηγήθηκαν ο Β.Γκιζλής "Συνολικός Καρδιαγγειακός Κίνδυνος", ο Ε.Σκληρός "Διαχείριση της Υπέρτασης", ο Γ.Αλεβιτσοβίτης "Διαχείριση της Δυσλιπιδαιμίας", ο Ν.Γκιούλης "Διαγνωστικές προκλήσεις του Σ.Διαβήτη" ο Ε.Φραγκούλης "Διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη στην κοινότητα. Ο ρόλος του μη ειδικού" και ο Γ.Δημητριάδης "Διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη στην κοινότητα. Ο ρόλος του εξειδικευμένου Ιατρού". Τέλος με το στρογγυλό τραπέζι για την "Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Εισαγωγή. Διαχείριση περιστατικών" με την συμμετοχή των Ι. Τσιλιγιάννη, Ε. Φραγκούλη και Ε. Λιντοβόδη αλληλά και με την εισήγηση για την "Έρευνα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και στον κόσμο" ολοκληρώθηκαν οι εργασίες του συνεδρίου.

Ως κύρια ευθύνη το Ινστιτούτο Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου έχει αναλάβει μια πρωτοβουλία οργάνωσης, επεξεργασίας και σύνταξης της Εθνικής Πρότασης για την Υγεία. Έχει ωριμάσει πλέον η ιδέα, ότι οι λειτουργοί της Υγείας πέρα από πολιτικά χρώματα και συντεχνιακές αγκυλώσεις, θα πρέπει να ομονοήσουν σε μια πρόταση τεχνικά εφαρμόσιμη και ορθολογιστικά σχεδιασμένη προς τα οικονομικά της μεγέθη με όλα τα προβλεπόμενα βέβαια ποιοτικά χαρακτηριστικά. Αφού ολοκληρωθεί ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα την καταθέσει στον Ελληνικό λαό και τα Πολιτικά κόμματα. Αυτή η προσπάθεια έχει ήδη ξεκινήσει με 14 ομάδες εργασίας που επίσημα ονομάζονται Τομείς που έχουν αναλάβει την ευθύνη της εποπτείας των παρακάτω αντικειμένων:

- Τομέας Εθνικού Σχεδιασμού Υγείας
- Τομέας Νοσοκομειακής Περιθαλψής
- Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Τομέας Δημόσιας Υγείας
- Τομέας Παιδιατρικής
- Τομέας Ιατρικής Εκπαίδευσης - Ειδικοτήτων - Επιστημονικών Εταιρειών - Επαγγελματικές Ενώσεις
- Τομέας Θεραπευτικών - Διαγνωστικών Πρωτοκόλλων
- Τομέας Φαρμάκων
- Τομέας Ψυχικής Υγείας
- Τομέας Ηλεκτρονικής Υγείας - Διασυνδριακής Περιθαλψής
- Τομέας Ευρωπαϊκών και Διεθνών Σχέσεων

- Τομέας Ιατρικού Τουρισμού
- Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Εργασίας & Περιβάλλοντος
- Τομέας Ασφάλισης και Συνταξιοδότησης των Ιατρών

Σε κάθε Τομέα συμμετέχουν οι πλέον εξειδικευμένοι επιστήμονες στο αντικείμενο και με την ανάλογη βέβαια εμπειρία. Οι πρώτες εκτιμήσεις, τα συμπεράσματα και ο σχεδιασμός ενεργειών έχουν ήδη κατατεθεί και οι εργασίες έχουν προχωρήσει σημαντικά για την ολοκλήρωση του σημαντικού αυτού έργου.

Παράλληλα και ανεξάρτητα από την λειτουργία των Τομέων, στα πλαίσια της ανάδειξης των προβλημάτων στην άσκηση του λειτουργήματος του Έλληνα γιατρού, αποφασίστηκε η διενέργεια εκδηλώσεων όπως τα Forum παθολογίας στις 15-17 Δεκεμβρίου 2016 στην Αθήνα και το αντίστοιχο της Γενικής Ιατρικής στη Καλαμάτα. Στο ελεύθερο αυτό βήμα που συντόνισαν οι ειδικοί για το κάθε αντικείμενο, είχαν προσκληθεί εκπρόσωποι της Πολιτείας, των Επιστημονικών φορέων και των Επαγγελματικών Ενώσεων να καταθέσουν τις απόψεις τους. Ταυτόχρονα έδωσαν το δικαίωμα σε όσους συμμετείχαν να συνεισφέρουν με την ενεργό τους συμμετοχή στην ολοκλήρωση των προτάσεων. Οι εκδηλώσεις αυτές ονομάστηκαν Forum, επειδή ο όρος αυτός ανταποκρίνεται καλύτερα στο σχεδιασμό ενός ελεύθερου βήματος, όπου στόχος ήταν να περιγραφούν τεκμηριωμένες από την εμπειρία απόψεις που ακούσονται να τύχουν μιας εποικοδομητικής κριτικής συζήτησης.

Ένα συνέδριο που στόχευσε στην ολοκλήρωση ενός σχεδιασμού του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν θα έπρεπε να διεξαχθεί στην Πρωτεύουσα, αλλή στην Περιφέρεια όπου κτυπά η καρδιά της ΠΦΥ για να ήταν δυνατή η συμμετοχή των λειτουργών της από τα Περιφερειακά Ιατρεία και Κέντρα Υγείας της Πελοποννήσου. Η πόλη της Καλαμάτας επελέγη γιατί είναι εύκολα προσπελάσιμη ώστε να επιτρέψει την συμμετοχή συναδέλφων και από τους γειτονικούς νομούς αυτούς σε επίπεδο Περιφερειακό.

Η εγγραφή και συμμετοχή στις εργασίες του Forum ήταν δωρεάν και η παρακολούθηση πάνω από 60% των ωρών του προγράμματος μοριοδοτήθηκε με 15 μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (CME-CPD Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Τα έξοδα διοργάνωσης του Forum δεν επιβάρυναν τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και διοργανώθηκε μετά από την σχετική έγκριση τόσο του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ).

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Σημαντική συνεισφορά στις Τοπικές Οικονομίες και στη μείωση της ανεργίας ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Γενικός Γραμματέας Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Για τη φετινή χρονιά υπολογίζεται ότι ο ρυθμός ανάπτυξη του ΑΕΠ θα ανέλθει στο αναμικό 1.8%, ενώ το δημόσιο χρέος συνεχίζει να αυξάνεται από την έναρξη της κρίσης και να ξεπερνά πλέον το 190%. Είναι λογικό λόγω της οικονομικής στενότητας αλλά και αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η Ελλάδα είναι μακράν πρώτη μεταξύ όλων των Ευρωπαϊκών Χωρών στα ποσοστά ανεργίας, που σύμφωνα με τις ανακοινώσεις της Eurostat τον Απρίλιο του 2018 έφθαναν στο 20.8%. Παράλληλα Οι δυναμικές παραγωγικά ηλικιακές ομάδες κάτω των 45 ετών σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική αρχή έχουν ποσοστά ανεργίας που φθάνουν ως και το 50% του εργασιακά ενεργού πληθυσμού. Τέλος οι μακροχρόνια άνεργοι (πάνω από 12 μήνες) αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία των ανέργων, που η μακρά αποχή από την εργασία φαίνεται σύμφωνα και πάλι με την Ελληνική Στατιστική αρχή να οδηγεί και σε μείωση της παραγωγικότητας όταν εξερευνηθεί μια πολύτιμη θέση εργασίας.



Όπως θα περίμενε κανείς η ανάγκη επίβλεψης οδήγησε μια απειλησιμένη νέα γενιά στην λύση της μετανάστευσης που με τη σειρά της επιδείνωσε και τους δημογραφικούς χάρτες της Χώρας. Η κρίση λοιπόν μέσα σε όλη οδήγησε σε αρνητικό ισοζύγιο των γεννήσεων - θανάτων, επειδή οι Έλληνες που μεταναστεύουν και που υπολογίζονται σε 500.000, ανήκουν στις αναπαραγωγικές ηλικίες. Επομένως έχει αναδυθεί ένα νέο Εθνικό πρόβλημα που επιζητά εναγωνίως λύσεις. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της σύγχρονης μετανάστευσης είναι ότι οι νέοι που φεύγουν για αναζήτηση καλύτερης τύχης στο εξωτερικό χαρακτηρίζονται στην πλειονότητά τους υψηλής μόρφωσης όπως γιατροί, μηχανικοί, οικονομολόγοι, νομικοί, θετικών επιστημών και πιο συγκεκριμένα το 73% α-

πό αυτούς διαθέτει μεταπτυχιακό τίτλο, το 51.2% διδακτορικό δίπλωμα και γενικότερα το 41% πανεπιστημιακό δίπλωμα. Σε αυτούς θα πρέπει να προσθέσουμε και τα 30.000 περίπου Ελληνόπουλα που σπουδάζουν σε πανεπιστήμια του εξωτερικού.

Η ιατρική μετανάστευση αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της φυγής των νέων επιστημόνων στο εξωτερικό. Ενώ η Χώρα έχει επενδύσει εκατομμύρια ευρώ στην προετοιμασία των υποψηφίων για τις ιατρικές σχολές της μια που η είσοδος σε Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα αποτελούν όνειρο για κάθε σχεδόν οικογένεια, αλλά και με χιλιάδες επιπλέον ακόμη ευρώ για την Πανεπιστημιακή τους εκπαίδευσή, αδυνατεί να τους προσφέρει εργασιακές ευκαιρίες.

Κατά δήλωση του Προέδρου της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστρι-

ακού Πανεπιστημίου Αθηνών κατά την πρώτη ορκωμοσία της περσινής ακαδημαϊκής χρονιάς (7/2017), ορκίστηκαν 156 γιατροί, με υψηλότερο μέσο όρο βαθμού πτυχίου (8,2).

Οι μισοί από τους ορκισθέντες αυθημερόν ζήτησαν ειδικό αντίγραφο του πτυχίου τους για χρήση στο εξωτερικό. Τα στοιχεία επίσης μας δείχνουν ότι όλοι οι απόφοιτοί μας βρίσκουν πολύ καλές θέσεις στο εξωτερικό, πράγμα το οποίο υποδηλώνει το πολύ καλό επίπεδο μόρφωσής τους, την αξιοκρατική επιλογή τους κατά την εισαγωγή τους στα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα αλλά και του πολύ καλού εκπαιδευτικού συστήματος.

Το ερώτημα όμως που βασανίζει όλες τις οικογένειες των μεταναστευσάντων, αλλά και τις γενιές που ολοκληρώνουν σύντομα τις σπουδές τους, είναι αν είναι δυνατόν να αναστραφεί το ρεύμα φυγής με την δημιουργία ουσιαστικών εργασιακών συνθηκών παραμονής ή ακόμα και επιστροφής των συναδέλφων.

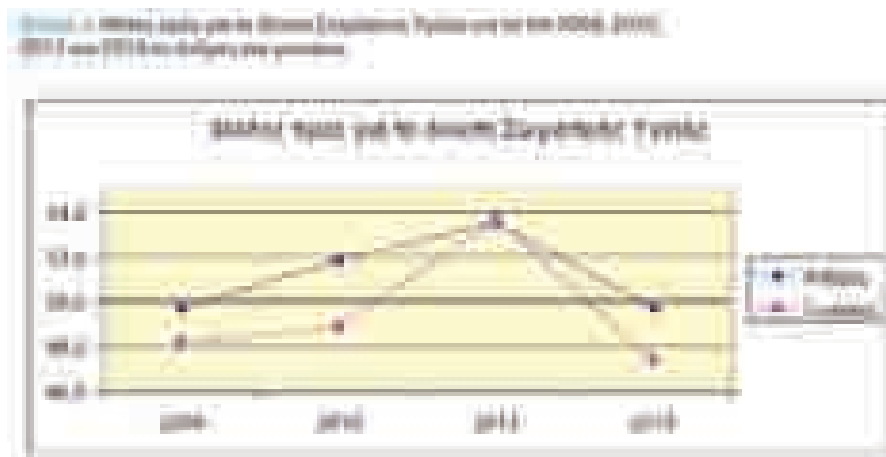
Τα στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών για την απασχόληση των μελών του είναι απογοητευτικά, αφού σε ποσοστό περίπου κατά 30% είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι. Υπολογίζεται επίσης ότι τα τελευταία χρόνια 18.000 γιατροί έχουν εγκαταλείψει την Ελλάδα φεύγοντας στο εξωτερικό σε προορισμούς κύρια στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και σε Χώρες του Αραβικού κόλπου.

Οι συνάδελφοι αυτοί δεν μετώκησαν μόνο προς ειδικότητα αλλά είναι και ειδικευμένοι γιατροί με προϋπηρεσία σε δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της Ελλάδος που αναζητήσαν καλύτερες αμοιβές και ποιοτικές εργασιακές συνθήκες.

Οι περγαμνές και οι γνώσεις των Ελλήνων επιστημόνων υγείας είναι υψηλότερου επιπέδου όπως έχουν «αξιολογηθεί» διεθνώς από τις Χώρες υποδοχής τους, ενώ η κατάρτιση τους και η αφοσίωσή τους στο ιερό καθήκον, προσέφεραν σημαντικά στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες τους.

Όπως είναι όμως λογικό θα πρέπει να δώσουμε κίνητρα σε όλους αυτούς τους ανθρώπους για να γυρίσουν πίσω και να μεταδώσουν στη χώρα μας όλα όσα επιπλέον έμαθαν με την παραμονή τους στο εξωτερικό.

Ενώ η ευρωπαϊκή οικονομία ανακάμπτει & οι οικονομικοί της δείκτες καλπάζουν, υποδεικνύοντας ότι η κρίση είναι παρελθόν, ➡



➔ Η Ελλάδα ακόμη σέρνεται σε πολυετή ύφεση. Η Ελλάδα εμφανίζει τον χαμηλότερο ρυθμό ανάπτυξης στην Ευρώπη ενώ η χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας έχουν κατακρημνισθεί τα τελευταία χρόνια που ως επόμενο έχει οδηγήσει σε συρρίκνωση τις δημόσιες κοινωνικές παροχές.

Ο Πρόεδρος Obama όταν σχεδίαζε την αναμόρφωση των υγειονομικών παροχών και του ασφαλιστικού στις ΗΠΑ είχε δηλώσει ότι "οι υγιείς έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προσληφθούν σε εργασία, να είναι πιο παραγωγικοί και να αμείβονται πλουσιοπάροχα. Ενώ εφαρμόζοντας μεθόδους πρόληψης θα απουσιάζουν λιγότερες μέρες από την εργασία τους και δεν θα συνταξιοδοτούνται πρώιμα".

Με μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της Χώρας από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής που δημοσιεύτηκε τον Μάρτιο του 2016, κατεγράφη μια σημαντική πτώση στις μέσες τιμές για τον δείκτη σωματικής υγείας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι οι σημαντικότερες αιτίες που το ανθρώπινο είδος από τα σπήλαια και την μοναχική ζωή οδηγήθηκε στην δημιουργία ομάδων, κοινωνιών, πόλεων, εθνολογικών οντοτήτων, κρατών & συνασπισμών, αποτέλεσε η ανάγκη για ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους, δημιουργία προϋποθέσεων για καλύτερες οικονομικές συνθήκες και ανάπτυξη και τέλος η πρόνοια για τους πάσχοντες και τους αδυνάτους.

Επομένως πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα η υποβάθμιση της κοινωνικής προ-

σφοράς στην Ελλάδα της κρίσης πριν οδηγήσει σε διαβρωτικές και απορριπτικές τάσεις την κοινωνία. Ένας ορθολογικός σχεδιασμός στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού, που υπάρχει σαν θεσμός από την αρχαιότητα, φαίνεται να κερδίζει σήμερα έδαφος.

Με την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού θα προσφερθούν νέες θέσεις εργασίας και μάλιστα όχι μόνο επιστημόνων υγείας, θα εισρεύσουν κεφάλαια και επενδύσεις από το εξωτερικό βοηθώντας την Εθνική Οικονομία και θα αναβαθμισθεί παράλληλα η παροχή των υγειονομικών παροχών στους μόνιμους κατοίκους της Χώρας μας.

Τα φημισμένα Ασκληπιεία της Επιδαύρου και της Κω αποτέλεσαν τόσο παραδείγματα οικονομικής ανάπτυξης των περιοχών που τα φιλοξενούσαν όσο και χώροι εκπαίδευσης, έρευνας και εν γένει προόδου της ιατρικής επιστήμης. Ασθενείς με υψηλές οικονομικές δυνατότητες ταξίδευαν από όλα τα μέρη του τότε γνωστού κόσμου στα φημισμένα Ασκληπιεία της Αρχαίας Ελλάδας, επιζητώντας υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες αφιερώνοντας μεγάλα χρηματικά ποσά. Ένα από τα πιο ξακουστά Ασκληπιεία ήταν και εκείνο της Αρχαίας Μεσσήνης που ιδρύθηκε στους Αρχαίους χρόνους (9ος - 8ος αι. π.Χ.) και αποτελούσε το επισημότερο ιερό και το κέντρο δημόσιας ζωής της πόλης.

Εκεί είδε και περιέγραψε ο αρχαίος περιηγητής Πausanias στο έργο του «Ελλάδος Περιήγησις» (Μεσσηνιακά) τα περισσότερα κολλοσιαία γλυπτά, έργα του ονομαστού Μεσσήνιου γλύπτη Δαμοφώντος. Τα Ασκληπιεία ήταν μεγάλα νοσοκομεία,

όπου οι γιατροί προσλαμβάνοντο μετά από κρίση και η παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν χωρίς διακρίσεις.

Είχαν καθιερωθεί επίσης θεραπευτικά πρωτόκολλα, δηλαδή συγκεκριμένες θεραπείες αναλόγως του νοσήματος, για να μην επιτρέπονται αυτοσχεδιασμοί επικίνδυνοι για την υγεία των ασθενών.

Κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους απέκτησαν παράλληλα μεγάλη αποδοχή και επισκεψιμότητα τα λουτρά ιαματικά και μη. Αυτά είχαν σημαντική συνεισφορά τόσο στην υιοθέτηση κανόνων σωματικής υγιεινής, όσο και σε θεραπεία χρόνιων νοσημάτων με την τακτική επίσκεψη σε ιαματικές πηγές. Μια παράδοση που συνεχίζεται ακόμα και σήμερα και που έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη κέντρων spa και ευεξίας.

Ο ιατρικός τουρισμός την σύγχρονη εποχή αποτελεί παγκοσμίως μια νέα συνεχώς αναπτυσσόμενη οικονομική δραστηριότητα. Είναι η μετάβαση εκτός αλλήλ και εντός συνόρων ασθενών προκειμένου να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα. Οι προσορισμοί αυτοί πρέπει να φροντίζουν να παρέχουν ανταγωνιστικές υπηρεσίες για να επιλεγούν ως ιατρικός προορισμός συνδυάζοντας το χαμηλό κόστος και την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών.

Σημείο υπεροχής θα αποτελεί ένα ελληνικό φυσικό περιβάλλον και οι επιθυγές συμμετοχικής δημιουργικότητας που θα μειώσουν το stress των ταξιδιωτών υγείας. Οι ταξιδιώτες ασθενείς απολαμβάνουν έτσι ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας επιτυγχάνοντας σημαντικές μειώσεις στις υγειονομικές τους δαπάνες, αποφεύγουν τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής, απολαμβάνουν υγειονομικές φροντίδες σε χώρους με εγκατεστημένο σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ενώ τους προσφέρεται μια εξατομικευμένη διοικητική μέριμνα για τις ανάγκες τους μαζί με δυνατότητες επιλογής ποικίλων ταξιδιωτικών υπηρεσιών.

Η συμπίεση του ιατρικού κόστους είναι τόσο σημαντική που ο ιατρικός τουρισμός αναδεικνύεται με χαρακτηριστικά "βαριάς βιομηχανίας" για μια σειρά Χώρες όπως η Ινδία, η Μαλαισία, η Τουρκία και η Βραζιλία που αποτελούν μερικούς από τους κορυφαίους προορισμούς του ιατρικού τουρισμού σήμερα. Ενδεικτικά μια παρακαμπτήριος επέμβαση στεφανιαίων αγγείων κοστίζει στις ΗΠΑ γύρω στις 130.000 \$, ενώ στις Χώρες του ιατρικού τουρισμού γύρω στα 12.000 \$, όπου βέβαια συμπερι-

λαμβάνονται και τα έξοδα ταξιδιού. Ο ιατρικός τουρισμός στην Ευρωπαϊκή ήπειρο αποτελεί το 1/4 της αντίστοιχης παγκόσμιας αγοράς, με την Τουρκία και την Κροατία να αποτελούν τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους προορισμούς ιατρικού τουρισμού. Βέβαια για τα σοβαρά ιατρικά περιστατικά ακόμα κρατούν τα σκήπτρα ως θεραπευτικοί προορισμοί η Γερμανία και η Μεγάλη Βρετανία.

Η Τουρκία διαθέτει 43 πιστοποιημένα θεραπευτήρια και εξυπηρετεί 657.000 ιατρικούς επισκέπτες από 105 χώρες ετησίως. Μια εγχείρηση καταρράκτη στην Τουρκία είναι μειωμένη κατά 55-65% σε σύγκριση με τις τιμές στο Ηνωμένο Βασίλειο και αντίστοιχα ένα οδοντικό εμφύτευμα κατά 70-75%. Οι Τουριστικές Υπηρεσίες της Τουρκίας αναφέρουν ότι οι ιατρικοί επισκέπτες στην Τουρκία ξοδεύουν 10πλάσια χρήματα από ότι οι συνήθεις ταξιδιώτες. Ο οικονομικός απολογισμός για το 2017 αναφέρει ότι τα έσοδα από τον ιατρικό τουρισμό ανήλθαν στα 7 δισ \$, έναντι των 5,8 για το 2016. Εξυπηρετήθηκαν για παράδειγμα 25.000 οφθαλμιατρικά περιστατικά και είχαν 17.325.410 επισκέπτες σε οργανωμένα θερμά λουτρά.

Σημειώνεται ότι οι τουρκικές αερογραμμές στηρίζουν με εκπτώσεις στους ναύλους ακόμα και για τα συνοδά μέλη και με δυνατότητα μεταφοράς επιπλέον αποσκευών. Για την πιστοποίηση διεθνώς ενός κέντρου ως ιατρικός προορισμός είναι υπεύθυνη η αξιολόγηση του από την Διεθνή Επιτροπή Joint Commission of International



Accredited Hospitals.

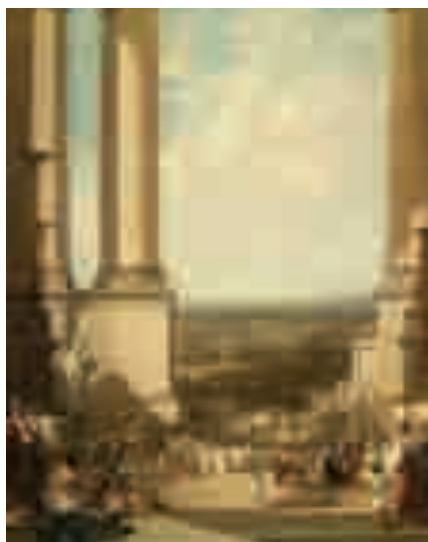
Η Επιτροπή αυτή ελέγχει την ποιότητα αλλήλ και τα προγράμματα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, ώστε να τύχουν της έγκρισής της για να γίνουν στην συνέχεια αποδεκτά από τα διεθνή πρακτορεία ιατρικού τουρισμού.

Η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα είναι εφικτή γιατί μπορεί να συνδυάσει το υψηλό επίπεδο υποδομών με σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Η Χώρα μας διαθέτει ένα διεθνώς αναγνωρισμένο επιστημονικό προσωπικό, που δεν περιορίζεται μόνο στον ιατρικό κλάδο αλλά περιλαμβάνει και όλους τους επιστήμονες υγείας.

Τέλος με τη οικονομική κρίση η Ελλάδα μπορεί να προσφέρει ιδιαίτερα ανταγωνιστικό κόστος υπηρεσιών ενώ μπορεί να

παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες σε όλο το φάσμα των νοσημάτων αλλήλ και των απαιτήσεων των ασθενών. Επιπρόσθετα πλεονεκτήματα που διαθέτει η Χώρα μας ως ένας ανταγωνιστικός προορισμός ιατρικού τουρισμού, αποτελεί η παραδοσιακή φιλοξενία του λαού μας, το ηλιόλουστο ήλιο μεσογειακό κλίμα, οι μεσογειακές γαστρονομικές ιδιότητες της Ελληνικής κουζίνας, η γεωγραφική της πρόσβαση της από όλες τις ηπείρους και η μεγάλη πολιτιστική της κληρονομιά. Υπάρχουν όμως πολλές προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν.

Πρωταρχικής σημασίας κρίνεται η προβολή της Ελλάδας ως προορισμός του ιατρικού τουρισμού στο εξωτερικό. Είναι απαραίτητη η δημιουργία δικτύων εξυπηρέτησης με τον συντονισμό των ταξιδιωτικών υπηρεσιών με την ξενοδοχειακή εξυ-



Ναός του Ασκληπιοῦ, Callcot, Augustus Wall, 1837, ῥάδι σε μουσαμά. Towneley Hall Art Gallery & Museum



► πηρέτηση και τους υγειονομικούς παρόχους. Τέλος η ουσιαστική συνδρομή της Πολιτείας συγκεκριμενοποιείται στη θεσμοθέτηση όλων εκείνων των ρυθμιστικών διατάξεων που θα διέπουν την λειτουργία των ιατρικών κέντρων, στη παροχή επενδυτικών ευκαιριών και στην οργάνωση προωθητικών ενεργειών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση με τη σχετική της ντιρεκτίβα θεωρεί απαραίτητη την παροχή όλων των αναγκαίων πληροφοριών στους ασθενείς για μια τεκμηριωμένη επιλογή, απαιτεί διαφανείς διαδικασίες για την υποβολή παραπόνων και εγγυήσεις ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης. Τέλος αποτελεί απαράβατο όρο η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων των ασθενών αλλιά και η πρόσβαση τους σε κάθε γραπτή ή ηλεκτρονική καταγραφή των ιατρικών τους δεδομένων όταν αναζητηθούν.

Η χρέωση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών θα πρέπει να υπολογίζεται στο ίδιο κόστος που προσφέρεται στους ημεδαπούς. Ένα ιδιαίτερο κεφάλαιο της ταξιδιωτικής ιατρικής αποτελεί η διασυννοριακή ιατρική. Αυτή αφορά την περίθαλψη των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης εκτός της μόνιμης κατοικίας τους, κατά την διάρκεια ενός ταξιδιού τους ως τυχαίο γεγονός ή με προγραμματισμένη εισαγωγή τους σε θεραπευτήριο.

Η οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Μαρτίου 2011, περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης (ΕΕ L 88 της 4.4.2011, σ. 45-65), θεσπίζει τους όρους βάσει των οποίων έ-

νας ασθενής μπορεί να ταξιδέψει σε άλλη χώρα της ΕΕ προκειμένου να λάβει ασφαλή και υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα και να του επιστραφούν τα έξοδα από το δικό του ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας. Επίσης, ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα δεν πρέπει να περιορίζεται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η αποκέντρωση των υπηρεσιών τουρισμού υγείας μπορεί να είναι πιο ελκυστική εκτός μεγάλων αστικών κέντρων μια που το φυσικό περιβάλλον της και τα μνημεία παγκόσμιας κληρονομιάς που είναι διάσπαρτα σε όλη την Ελλάδα μπορεί να αποτελέσουν αναπτυξιακούς μοχλούς. Η καλίγευστος Μεσσηνία προβάλλει για παράδειγμα σαν ένας δυναμικός ιατρικός προορισμός επειδή διαθέτει χαρακτηριστικά που είναι δυνατόν να μαγνητίσουν το ενδιαφέρον των ιατρικών ταξιδιωτών.

Η Μεσσηνία έχει πολλά χαρακτηριστικά υπεροχής στην υποδοχή ασθενών γιατί έχει μια γεωγραφική θέση της που προσπελάζεται άνετα και με ασφάλεια από όλη την Ελλάδα, αλλιά ακόμα και με μικρή διάρκεια πτήσεων από την Ευρώπη, την Κύπρο, την Μέση Ανατολή και από τις Χώρες και τα Εμιράτα του Αραβικού κόλπου. Συνδέεται με κατευθείαν πτήσεις, χωρίς ενδιάμεσους σταθμούς, με την Θεσσαλονίκη και τη Λάρνακα αλλιά και από μια πηλιάδα Ευρωπαϊκών και μη πόλεων όπως London, Manchester, Bristol, Birmingham, Paris, Lyon, Lille, Nantes, Brussels, Amsterdam, Vienna, Innsbruck, Zurich, Munich, Stuttgart, Düsseldorf,

Frankfurt, Milan, Oslo, Bucharest, Prague, Katowice, Bratislava, Moscow και Yerevan.

Παράλληλα διαθέτει ένα γλυκό μεσογειακό κλίμα για το μεγαλύτερο διάστημα του έτους, με μπόλικη ηλιοφάνεια χωρίς πολύ χαμηλές θερμοκρασίες.

Η παροχή ιατρικής φροντίδας στη Μεσσηνία ή σε μια αντίστοιχη πόλη της Ελλάδας, μπορεί να συνδυασθεί με διακοπές λόγω της μεγάλης ακτογραμμής και της ποικιλομορφίας του φυσικού τοπίου, με κρουαζιέρες αλλιά και με δυνατότητα επισκέψεων σε μοναδικούς ιστορικούς και αρχαιολογικούς χώρους της Μεσσηνίας και της Πελοποννήσου που αποτελούν μνημεία της παγκόσμιας πολιτιστικής και ιστορικής κληρονομιάς.

Σαν υπάρχουσες υποδομές στην Μεσσηνία που μπορεί άμεσα να στηρίξουν το εγχείρημα της ανάπτυξης ενός νέου προορισμού ταξιδιωτικής ιατρικής αποτελεί ένα κέντρο ρομποτικής αποκατάστασης και αποθεραπείας και ένα σύγχρονο νεφρολογικό Κέντρο.

Το κέντρο αποκατάστασης είναι μια υπεσύγχρονη νοσηλευτική μονάδα πιστοποιημένη στα διεθνή πρότυπα και εφάμιλλη των πιο εξελιγμένων κέντρων διεθνώς, εξειδικευμένη στην αποκατάσταση ατόμων με κινητικά και λειτουργικά ελλείμματα. Το κόστος Νοσηλείας σε Κέντρο Αποκατάστασης στην Ελλάδα αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ με ημερήσιο νοσήλιο των 150 ευρώ/ημέρα και περιλαμβάνει διαμονή, διατροφή, θεραπείες αποκατάστασης από διεπιστημονική ομάδα ενώ αντίστοιχα στην Κεντρική Ευρώπη κοστίζει 348 ευρώ/ημέρα και στις ΗΠΑ 848 δολάρια/ημέρα.

Η σύγκριση του κοστολογίου προφανώς

επιτρέπει όχι μόνο και την κάλυψη της ταξιδιωτικής δαπάνης αλλά και την αγορά υπηρεσιών πολιτισμικού ενδιαφέροντος αφήνοντας και ένα θετικό υπόλοιπο στον ασθενή. Η πρότυπη νεφρολογική μονάδα νοσηλείας έχει στόχο την απόλυτη κάλυψη των αναγκών του αιμοκαθαιρόμενου ασθενή με προδιαγραφές να καλύπτουν όλες του τις προσδοκίες με την ταυτόχρονη αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του νεφρολογικού ασθενή. Ενώ του προσφέρει ιατρικές συνθήκες απόλυτης ασφάλειας και ποιότητας διευκολύνει τον νεφρολογικό ασθενή ταξιδευτή της Μεσσηνίας να απολαμβάνει τις διακοπές του.

Τέλος η δημιουργία πρότυπων ιατρικών δομών που θα μπορούν να αναλάβουν καρδιολογικά περιστατικά για διαδερμική τοποθέτηση βηματοδοτών, βαλβιδίων απινιδωτών, να εξυπηρετήσουν ασθενείς με απαιτήσεις κοσμητικής δερματολογικής και πλαστικής χειρουργικής ή και τοποθέτησης οδοντικών εμφυτευμάτων, την στήριξη ζευγαριών που επιθυμούν νατύχουν τη φροντίδα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, να καλύψουν ανάγκες για οφθαλμολογικές επεμβάσεις που απαιτούν τουλάχιστον αποκλειστικά ημερήσια νοσηλεία, την αντιμετώπιση ορθοπεδικών περιστατικών σε συνεργασία με την υπάρχουσα πρότυπη δομή της φυσικής αποκατάστασης, αλλά και για μια σειρά ακόμα άλλων ιατρικο-νοσηλευτικών απαιτήσεων η Μεσσηνία όχι μόνο προσφέρεται αλλά μπορεί να αποτελέσει μια ιδανική έδρα.

Οι τοπική αυτοδιοίκηση συνδράμει στις ανάγκες των υποβοηθούμενων ατόμων μαζί με τις οικογένειες τους, με την εγκατάσταση των seatracs σε αρκετές παραλίες κάνοντας εφικτή την κολύμβηση στην θάλασσα ατόμων με κινητικές δυσκολίες.

Η γεωμετρική αύξησης της χρήσης δωρεάν χρήσης τους την τελευταία διετία και ειδικότερα για πάνω από 120 ημέρες την περσινή περίοδο μαζί βέβαια και με την προβλεπόμενη αναβάθμισή τους, αποδεικνύει το πόσο φιλική περιοχή αποτελεί ήδη η Μεσσηνία για αυτούς τους συνανθρώπους μας.

Στο φημισμένο Ασκληπιείο της Αρχαίας Μεσσήνης θεράπευαν τους ασθενείς με βάση την ολιστική ιατρική, γιατί οι ιερείς-θεραπευτές πίστευαν ότι έπρεπε ο άνθρωπος να επιδιώκει την βοήθεια της φύσης. Επομένως η δημιουργία πρότυπων κέντρων ευεξίας για ανανέωση τωνσωματικών κυττάρων αλλά και του πνεύμα-



τος με την ισορροπημένη μεσογειακή διατροφή, την άσκηση σε φυσικό περιβάλλον, τις ειδικές θεραπείες και τον διαλογισμό σε χώρους με ειδική πολιτισμική βαρύτητα είναι ένα παλιό μυστικό της Μεσσηνίας. Τέλος η ανάπτυξη μιας δημιουργικής απασχόλησης σε συνεργασία με τα Ανώτατα εκπαιδευτικά Κέντρα της Μεσσηνίας, όπως με το Τμήμα της Αρχαιομετρίας, μπορεί να παρέχει για παράδειγμα μια πιστοποιημένη συμμετοχή σε σεμινάρια για την χρονολόγηση αντικειμένων και πολιτισμικών φάσεων, τον έλεγχο αυθεντικότητας μνημείων και έργων τέχνης αλλά και την διερεύνηση των διατροφικών συνθηκών του ανθρώπου.

Ο Ασκληπιός αποτελούσε τον Αρχαίο Θεό της Ιατρικής και της Υγείας, ενώ θεωρείται ως η μυθική μορφή από όπου ξεκινά η σύγχρονη Ιατρική. Ο Ασκληπιός είχε πολλή παιδιά αλλά και 2 γιους γιατρούς τον Μαχάονα και τον Ποδαλείριο που αναφέρονται να συμμετέχουν στον Τρωικό πόλεμο και τάφοι τους βρίσκονται στη Μεσσηνιακή Μάνη. Επειδή η φήμη του Ασκληπιού ήταν μεγάλη, πολλοί πόλεις διεκδίκησαν τον τίτλο της γενέτειρας του λόγω των παραλλήλων της μυθολογίας. Στην Ιλίουδα διαβάζουμε στη ραψωδία Β' ότι οι 2 γιοί του Ασκληπιού συμμετείχαν στην εκστρατεία εναντίον της Τροίας ως γιατροί αλλά και με 30 καράβια από τις πόλεις Τρίκκη, Ιθώμη και Οίχαλια. Ο μεγάλος αρχαίος περιηγητής και γεωγράφος Παυσανίας στην Ελλάδα Περιήγησις, Μεσσηνιακά, III,2, παραθέτει ότι τα παραπάνω αναφερόμενα στην Ιλίουδα, δεν αφορούν την Θεσσαλία, αλλά τις Μεσσηνιακές πόλεις Τρίκκη, Ιθώμη και Οίχαλια. Διερωτάται λοιπόν κανείς γιατί η Μεσσηνία που έχει πλέον καθιερωθεί ως ένας άριστος τουριστικός προορισμός να μην αναδειχθεί και να καθιερωθεί και ως ένας Εθνικός πυλώνας του ιατρικού τουρισμού, εφόσον η αρχαία της κληρονομιά ως πατρίδα του Ασκληπιού και των υιών του το απαιτεί και στηρίζει. Η Μεσσηνία επομένως έχει τις δυνατότητες αλλά και τη δυναμική ώστε να πι-

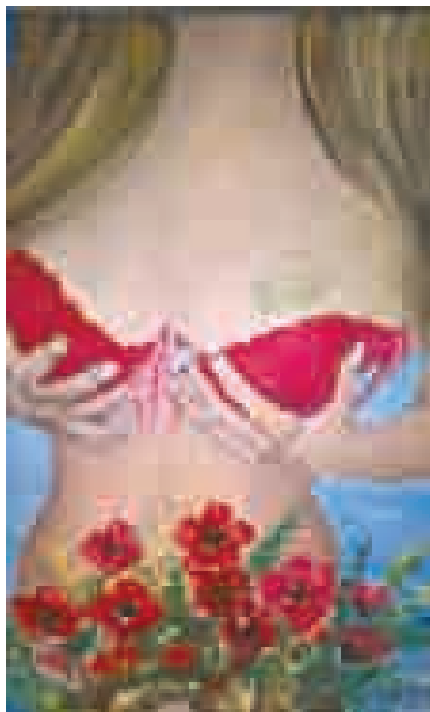
στοποιηθεί ως ένας Ιατρικός προορισμός με πολύτιμη προσφορά στην τοπική αλλά και στην Εθνική οικονομία. Διαθέτει τέλειος ξενοδοχειακός υποδομές υψηλότερου επιπέδου που μπορούν να προσελκύσουν τον απαιτητικό τουρισμό.

Επομένως υπάρχει πλέον απαίτηση για μια Εθνική στρατηγική οργάνωσης του ιατρικού τουρισμού με εύχυστικές συνθήκες που θα συνεισφέρει στην ανάπτυξη της εθνικής οικονομίας με εισροές κεφαλαίων, τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, θα προσφέρει προοπτικές επιστροφής των νέων πίσω στην πατρίδα τους και παράλληλα θα αναβαθμίσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στον Έλληνα ασθενή. Η γεωγραφική θέση της Χώρας, οι ιδανικές κλιματολογικές συνθήκες, ο ιστορικός πλούτος της Ελλάδας, η ποικιλομορφία του τοπίου, το υψηλότερο επίπεδο γνώσεων και επιστημονικής κατάρτισης των επιστημόνων υγείας της Χώρας, αποτελούν τη βάση και αναμένουν τους οραματιστές που θα οργανώσουν το ρόδινο μέλλον της Πατρίδας μας. Αλλά και για το δημογραφικό πρόβλημα της Χώρας, η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού ίσως αποτελέσει ένα εργαλείο που θα κάνει ελκυστική για τους επιστήμονες μας που μετανάστευσαν να σχεδιάσουν την επιστροφή τους στην πατρίδα. Θα πρέπει όμως να θεσπιστούν κανόνες παροχής ποιοτικών και ασφαλών ιατρικών υπηρεσιών στον ιατρικό ταξιδιώτη, καθώς και να περιγραφεί λεπτομερώς η απαιτούμενη εξειδίκευση των εμπλεκόμενων φορέων. Θα πρέπει να διασφαλιστεί το επιστημονικό κύρος, η θέσπιση των όρων πιστοποίησης των παρόχων υπηρεσιών ιατρικού τουρισμού και να εκκινήσουν οι κατάλληλες στρατηγικές για να αναδειχθεί η Ελλάδα ως πρότυπος προορισμός ιατρικού τουρισμού. Η είσοδος της Ελλάδας στην διεθνή αγορά του Ιατρικού Τουρισμού με την ανάδειξη της ως μια ισχυρή και προσοδοφόρα υπηρεσία με τη δημιουργία θέσεων εργασίας, θα ενεργοποιήσει έναν αναξιοποίητο μέχρι σήμερα προσοδοφόρο τομέα.

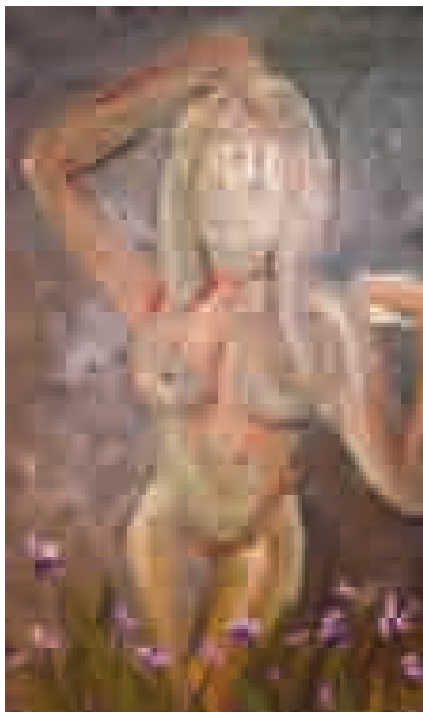
ΕΚΘΕΣΗ ΖΩΓΡΑΦΙΚΗΣ

ιατρική και
ζωγραφική

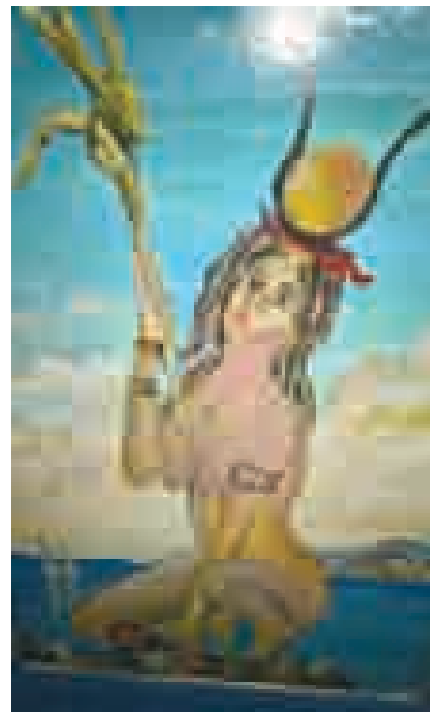
Στις 15 Μαρτίου 2018 στο Συνεδριακό Κέντρο στα Οινόφυτα οργανώθηκε Ημερίδα με θέμα: Ο Καρκίνος του Μαστού. Στα πλαίσια του συνεδρίου έγιναν 2 ενδιαφέρουσες ομιλίες: α) από την Ογκολόγο - Χειρουργό μαστού Κατερίνα Μανίκα με θέμα: "Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού" και β) από τον Δρ. Ντόλατζα με θέμα: "Το Γυναικείο Στήθος στην Τέχνη (ιστορική και εικαστική μελέτη)". Στα πλαίσια της Ημερίδας έγινε έκθεση ζωγραφικής με σχετικό θέμα και η παρουσίαση του βιβλίου του Θ. Ντόλατζα "Το Γυναικείο Στήθος στην Τέχνη".



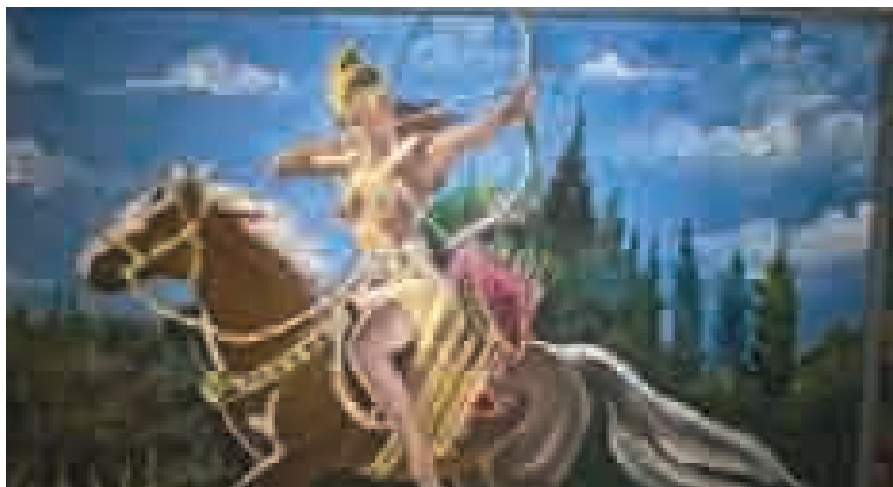
Ο καρκίνος του στήθους (καβούρι - cancer). Ακρυλικό



Πλούσιο γυναικείο στήθος με κυκλάμινα (Λάδι)



Η Αιγύπτια θεά της γονιμότητας (Ακρυλικό)



Η Αμαζόνα Ιππολύτη (Ακρυλικό)



Η Ογκολόγος - Χειρουργός Μαστού κα. Κατερίνα Μανίκα στην έκθεση

Από τις 20 Ιουλίου - 5 Αυγούστου 2018 στον πολιτιστικό χώρο "Δρυόπες" στα Ν. Στύρα Ευβοίας θα γίνει έκθεση ζωγραφικής του Δρ. Θ. Ντόλατζα με θέμα "Τα Στύρα και ο θυθός του Ευβοϊκού". Παράλληλα θα γίνει η παρουσίαση του νέου βιβλίου του Δρ. Θ. Ντόλατζα "Στύρια Λίθος" (ιστορική και εικαστική μελέτη). Εγκαίνια 20 Ιουλίου 2018, ώρα 8 μ.μ.