ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΩΦΕΛΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ

www.pis.gr

www.iatrikovima.gr

ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2016 - No 135

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΕΙΔΗΣΕΙΣ - ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

- Γενική Συνέλευση Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου. Εισήγηση - Διοικητικός Απολογισμός 2015
- Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ στο Συμπόσιο του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου
- Συνάντηση του Προέδρου του ΠΙΣ με τον Πρωθυπουργό κ. Αλέξη Τσίπρα στο Μέγαρο Μαξίμου
- Τοποθέτηση του Προέδρου του ΠΙΣ στη Βουλή για το ασφαλιστικό
- Θέσεις Προέδρου του ΠΙΣ στην κοινή συνέντευξη τύπου επιστημονικών φορέων
- Συνάντηση Υγειονομικών Φορέων ΤΣΑΥ στα γραφεία του ΠΙΣ
- Επιστήμονες, ελεύθεροι επαγγελματίες και αυτοαπασχολούμενοι αντιστέκονται στην οικονομική, κοινωνική και ηθική τους εξόντωση
- Επιτάχυνση των προσλήψεων ζητεί ο ΠΙΣ. Ζητεί επίσης ισοδύναμα για να μην παγώσουν τα ειδικά μισθολόγια
- Ο ΠΙΣ κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για το ΕΣΥ
- Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών ΠΙΣ - Ξεκίνησε η λειτουργία του

ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Θεραπευτικές ιδιαιτερότητες του σακχαρώδη διαβήτη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο
- Θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα: Παρόν και μέλλον
- Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των συμπτωμάτων κατώτερου ουροποιητικού συστήματος στους άνδρες
- Οξυτενή κονδυλώματα

Ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος στο βήμα της Βουλής εκφράζοντας την αντίθεσή του στο Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο





Αγωνιστικές κινητοποιήσεις των Ιατρών για τα δίκαια αιτήματά τους

ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Ψωρίαση: Τρέχουσα σύντομη προσέγγιση της νόσου και της θεραπευτικής αντιμετώπισης
- Η σημασία της γαστροπροστασίας σε άτομα υπό θεραπεία με Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα
- Ελληνική Εθνοφαρμακολογία του αναπνευστικού συστήματος

Medtronic Micra™

ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ



Ο αόρατος βηματοδότης

Ο Micra είναι ο μικρότερος βηματοδότης του κόσμου. Δεν δημιουργεί εξόγκωμα κάτω από το δέρμα, δεν αφήνει ουλή στο στέρνο και δεν απαιτεί την εμφύτευση ηλεκτροδίου. Είναι μια καρδιοκάψουλα τελείως αυτόνομη στο εσωτερικό της καρδιάς και παρέχει την απαιτούμενη θεραπεία χωρίς τίποτα ορατό ή απτό να υπενθυμίζει την ύπαρξη κάποιας ιατρικής συσκευής.

Medtronic Hellas S.A.
Αγίας Βαρβάρας 5, Χαλάνδρι 152 31, Τηλ.: 210 6779099



Όταν οι άνθρωποι είναι υγιείς και δυνατοί, μια χώρα στέκεται όρθια και **προχωρά μπροστά...**

Ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, **έχοντας μέλη 65 ελληνικές και διεθνείς εταιρίες και αντιπροσωπεύοντας το 90% της αγοράς φαρμάκου στη χώρα μας,** στηρίζει τη Δημόσια Υγεία και την Εθνική Οικονομία, θέτοντας ως στόχους:

> Την ισότιμη και άμεση πρόσβαση όλων των πολιτών σε νέα, καινοτόμα φάρμακα και ελπιδοφόρες θεραπείες.
> **Τον τριπλασιασμό των επενδύσεων στην έρευνα και ανάπτυξη,** τα επόμενα τρία χρόνια, γεγονός που συνεπάγεται νέες θέσεις εργασίας στη χώρα.
> Τη διαφύλαξη και περαιτέρω αύξηση **87.000 θέσεων εργασίας.**
> Την ενίσχυση της Εθνικής Οικονομίας. **Ο φαρμακευτικός κλάδος είναι ο 2ος σε εξαγωγές κλάδος στη χώρα και συμβάλει στο 3,5% του Α.Ε.Π.**

ΣfΕΕ | ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΠΕΝΔΥΟΥΜΕ ΣΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ. ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.



www.sfee.gr

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

www.iatrikovima.gr

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ ΣΤΗ ΒΟΥΛΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ

ΣΤΙΣ 27 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2016





ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟ ΚΛΙΜΑ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

50 ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

108 ΕΙΔΗΣΕΙΣ

109 ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

113 ΤΕΧΝΗ & ΙΑΤΡΙΚΗ

114 ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΧΩΡΟ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΕΥΧΟΣ 135 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2016

7 ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

8 ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

• ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟ ΚΛΙΜΑ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. • ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΙΣΗΓΗΣΗ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2015 • ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ (WMA) • ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟ Κ. ΑΛΕΞΗ ΤΣΙΠΡΑ ΣΤΟ ΜΕΓΑΡΟ ΜΑΞΙΜΟΥ • ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ ΣΤΗ ΒΟΥΛΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ • Ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ • ΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΥΠΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ • ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΤΣΑΥ ΣΤΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ • ΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΤΩΝ ΜΟΝΟΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΤΟΥ ΤΣΑΥ • ΚΛΙΜΑΚΩΣΗ ΤΩΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ Ο Π.Ι.Σ. • ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ, ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΑΝΤΙΣΤΕΚΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΘΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗΣ ΕΞΟΝΤΩΣΗΣ ΤΟΥΣ • ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΕΩΝ ΖΗΤΕΙ Ο ΠΙΣ • Ο ΠΙΣ ΚΡΟΥΕΙ ΤΟΝ ΚΩΔΩΝΑ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΣΥ • ΣΗΜΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ ΣΤΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΦΥ • ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ Η ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ • ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ Κ. ΑΔΩΝΙ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. Κ. ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ • ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΚΛΙΜΑΚΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΤΑΞΗΣ ΣΤΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. • ΣΥΝΔΙΑΣΚΕΨΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ (CEOM) ΣΤΟ ΣΑΝ ΡΕΜΟ - 26-28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2015 • ΣΥΝΟΔΟΣ ΕΘΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΩΝ ΜΟΝΙΜΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (C.P.M.E.) • ΑΝΑΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΝΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ (JDN/WMA) • ΕΠΙΣΦΑΛΗΣ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΚΑΛΥΜΝΟΥ • ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ Π.Ι.Σ.-ΞΕΚΙΝΗΣΕ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ

52 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ Πέτρος Φουντουλάκης, Ευάγγελος Οικονόμου, Κωνσταντίνος Μουρούζης, Γεωργία Βογιατζή, Δημήτριος Τούσουλης ΣΕΛ. 52 • **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ-ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ** Φ. Βλαστός, Ν. Αναγνωστόπουλος ΣΕΛ. 70 • **ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ** Δήμητρα Δημητριάδη, Χρήστος Παπανδρέου ΣΕΛ. 78 • **ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ** Αλέξανδρος Μορτάκης, Γεώργιος Μιχαήλ ΣΕΛ. 84

92 ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

ΨΩΡΙΑΣΗ: ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ Παναγιώτης Γ. Σταυρόπουλος ΣΕΛ. 92 • **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ** Αναστάσιος Σπαντιδέας ΣΕΛ. 96 • **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΘΝΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ** Μανώλης Μιτάκης ΣΕΛ. 104



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 χρειαζόμαστε

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 **3η 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

Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας

GREAT PLACE TO WORK® Best Workplaces 2015 Greece

GREAT PLACE TO WORK® Best Workplaces 2014 Greece

Pfizer | 50 χρόνια 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.



Pfizer

Μαζί για έναν υγιέστερο κόσμο™

www.pfizer.gr

PFI-02-FEB16

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΤΕΥΧΟΣ 135 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2016

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΙΔΡΥΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Πλουτάρχου 3 Αθήνα, 106 75 - Τηλ.: 210 72.58.660-1-2, Fax: 210 72.58.663

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

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

ΜΕΛΗ

ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΘΕΟΔΟΣΗΣ-ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ ΠΑΥΛΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ ΑΝΝΑ ..... Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΜΕΘΟΔΙΟΥ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ..... 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
ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Ωτορινολαρυγγολόγος

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤ. ..... Ψυχίατρος
ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ..... Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ..... Ορθοπαιδικός
ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Οφθαλμίατρος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΒΙΔΑΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ..... Ψυχίατρος, Δ/ντης Ε.Σ.Υ.
ΓΑΡΤΑΓΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Οφθαλμολογίας Πάτρας
ΓΕΡΟΛΟΥΚΑ - ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ ..... Καθ. Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ
ΓΕΤΤΙΜΗΣ ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Παιδίατρος
ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ..... Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Πάτρα
ΔΑΪΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ ..... Αν. Καθηγητής Παθολογίας Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΝΩΛΗΣ ..... Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ..... Πλαστικός Χειρουργός
ΘΕΟΔΟΣΗΣ-ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ ΠΑΥΛΟΣ ..... Χειρουργός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ..... Δ/ντής Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου «ΩΝΑΣΕΙΟ»
ΚΑΣΤΑΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ ..... Δ/ντρια Πλαστικής Χειρουργικής
ΚΟΡΡΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Ορθοπαιδικής ΕΚΠΑ
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ ..... Χειρούργος Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ..... Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ..... Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιωάννινα
ΛΥΣΙΤΣΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ..... Καρδιολόγος
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ ΑΝΝΑ ..... Πυρηνικός Ιατρός
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Ενδοκρινολόγος
ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ ..... Ακτινολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΓΩΝΗ ΣΤΑΜΑΤΑ ..... Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ..... Ακτινολόγος
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Καθηγητής Χειρουργικής
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ - ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ ΛΙΛΑ... Αν. Καθ. Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ ..... Ιατρός Εργασίας
ΠΑΠΑΜΕΘΟΔΙΟΥ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ..... Νευρολόγος
ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤ. ..... Καθ. Χειρουργικής Α.Π.Θ.
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ ..... Δ/ντρια Μ.Ε.Θ.
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ...Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α., «Ο Αγ. Παντελεήμων Νίκαιας»
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ..... Οφθαλμίατρος
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ ..... Καθ. Ακτινολογίας
ΤΣΙΠΡΑΣ ΗΡΑΚΛΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής
ΤΣΙΦΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Χειρουργικής, Ηράκλειο
ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Καθηγητής Χειρουργικής
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 απηχούν τις απόψεις των αρθρογράφων και δεν ταυτίζονται κατ' ανάγκη με την άποψη της συντακτικής επιτροπής του ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS
ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ 4, 15342 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ - ΤΗΛ. & FAX: 210-67.77.590
e-mail: kafkas@otenet.gr, website: kafkas-publications.com

ΕΚΔΟΤΗΣ: ..... Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ..... Έλενα Λαγανά

γράμμα **προέδρου**



Η χώρα μας ευρίσκεται σήμερα στον 6ο χρόνο μεγάλης ύφεσης στην οικονομία, κάτω από τη σκληρή επιτήρηση των δανειστών μας, με δυσάρεστες συνέπειες για όλους τους κλάδους της κοινωνίας.

Το κοινωνικό κράτος είναι τελείως αποδυναμωμένο και το Σύστημα Υγείας στα όρια της κατάρρευσης. Η ανεργία μεγάλη και με τα νέα υφεσιακά μέτρα θα αυξηθεί περισσότερο. Η μετανάστευση 300.000 νέων επιστημόνων έχει αποδυναμώσει τη χώρα από το πιο αξιόμαχο προσωπικό (15.000 ιατροί). Τα συσσίτια και τα κοινωνικά ιατρεία αυξάνονται και εκτός των άλλων το προσφυγικό – μεταναστευτικό επιβαρύνει τις ήδη προβληματικές Δομές Υγείας, με παρενέργειες και για τη Δημόσια Υγεία, αλλά και την κοινωνία, η οποία ασφυκτιά οικονομικά.

Το ασφαλιστικό και φορολογικό, που ψηφίστηκαν ήδη στη Βουλή περιθωριοποιεί τον αυτοαπασχολούμενο ιατρό, πολλά ιατρεία και εργαστήρια θα κλείσουν και τα φαινόμενα παραοικονομίας, ανεργίας και μετανάστευσης θα οξυνθούν. Είναι απαράδεκτο 7 από τα 10 ευρώ κάθε αυτοαπασχολούμενου ιατρού, να πηγαίνουν σε ασφαλιστικές και φορολογικές εισφορές.

Η ΠΦΥ παρά τις διακηρύξεις εξακολουθεί να υπολειτουργεί.

Τα Δημόσια Νοσοκομεία, με αρκετές ελλείψεις σε προσωπικό και υλικό, δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις ολοένα και περισσότερες ανάγκες των πολιτών. 6.000 ελλείψεις μονίμου ιατρικού προσωπικού και 15.000 νοσηλευτικού, δείχνουν τη μεγάλη υποστελέχωση.

Οι δαπάνες υγείας ευρίσκονται στο 4,5% του ΑΕΠ και είναι κατά πολύ κάτω από τα όρια ασφαλείας ενός Συστήματος Υγείας που είναι το 6%. Η χώρα μας ευρίσκεται στις τελευταίες θέσεις από πλευράς Δημόσιων δαπανών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο μέσος όρος της Ε.Ε. είναι 6,9% του ΑΕΠ.

Ο ΕΟΠΥΥ αδυνατεί να πληρώσει τους παρόχους και η ελλιπής χρηματοδότησή του (0,3% του ΑΕΠ) μαζί με τις μειωμένες ασφαλιστικές εισφορές υγείας, λόγω ύφεσης και ανεργίας, προοιωνίζουν δύσκολο μέλλον. Εκτός αυτού, παρά τη νομοθέτηση για απευθείας μεταφορά των εισφορών ασθένειας στον ΕΟΠΥΥ, τα Ασφαλιστικά Ταμεία τις παρακρατούν, οφείλοντας 2,3 δις σήμερα. Παράλληλα ο ΕΟΠΥΥ οφείλει προς παρόχους υγείας 1,7 δις.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, Ιατρεία, Εργαστήρια, Νοσηλευτήρια, Διαγνωστικά Κέντρα, ευρίσκονται σε κρίση, λόγω της μεγάλης ύφεσης και της αδυναμίας πληρωμής από τον ΕΟΠΥΥ. Οι αντιδράσεις του ιατρικού κόσμου για το ασφαλιστικό μαζί με τους άλλους Επιστημονικούς Φορείς, «το κίνημα της γραβάτας», οι αντιδράσεις μας για το φορολογικό, για τις ελλείψεις στις Δημόσιες και Ιδιωτικές δομές υγείας, δεν έτυχαν καμίας μετακίνησης των θέσεων της Κυβερνητικής εξουσίας.

Το μέλλον είναι σκοτεινό και δύσκολο, αλλά πρέπει να κρατήσουμε την αισιοδοξία, παλεύοντας έκαστος από το δικό του «μετερίζι» για ελπιδοφόρο μέλλον της χώρας μας, για να σταματήσουμε τη μετανάστευση των νέων επιστημόνων που αποδυναμώνουν την κοινωνική δομή.

Η συστράτευση όλων κάτω από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, θα δώσει δυνατότητα ισχύος, αποφυγή της περιθωριοποίησης και της βελτίωσης, βαδίζοντας προς το μέλλον της προοπτικής της ιατρικής λειτουργίας και της περίθαλψης των πολιτών.

ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Π.Ι.Σ.

Αγωνιστικό κλίμα στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 6 Φεβρουαρίου 2016

Με τη συμμετοχή 350 Προέδρων και Εκπροσώπων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 6 Φεβρουαρίου 2016 στην Αθήνα η Γενική Συνέλευση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου.
Κύριο θέμα συζήτησης ήταν το ασφαλιστικό σχέδιο που προωθεί η κυβέρνηση.
Επίσης, συζητήθηκαν και άλλα ζητήματα που αφορούν την περίθαλψη των πολιτών.
Ο πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, κατά την εισήγησή του, ενημέρωσε όλους τους εκπροσώπους των ιατρών για τις πρόσφατες συναντήσεις που είχε με τον Πρωθυπουργό και τον Υπουργό Εργασίας για το Ασφαλιστικό.

Η Γενική Συνέλευση έλαβε τις παρακάτω αποφάσεις:

- Απόσυρση του συγκεκριμένου κυβερνητικού σχεδίου για το ασφαλιστικό. Η απόφαση ελήφθη ομόφωνα, καθώς θεωρήθηκε ότι το εν λόγω σχέδιο δεν έχει ασφαλιστικό αλλά δημοσιονομικό χαρακτήρα. Καταστρέφει τον παραγωγικό ιστό της χώρας, το υπάρχον ασφαλιστικό σύστημα και τα Ταμεία. Αντιθέτως, ενισχύει τα ασφαλιστικά συστήματα άλλων χωρών αφού εξαναγκάζει τους επιστήμονες και το σύνολο των επαγγελματιών της χώρας να μεταναστεύσουν. Αν περάσει από τη Βουλή το συγκεκριμένο σχέδιο, η Ελλάδα θα μετατραπεί σε χώρα συνταξιούχων και η σύνταξη σε προνοιακό επίδομα.
- Να μη συνεχιστεί ο διάλογος με το Υπουργείο Εργασίας αν δεν προσκομιστούν οικονομικά στοιχεία που να δείχνουν ότι το σύστημα είναι βιώσιμο. Πεποίθηση των ιατρών είναι ότι αν περάσει από τη Βουλή το συγκεκριμένο σχέδιο θα γίνουν νέες περικοπές στις συντάξεις σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα.
- Να υπάρχει στενή συνεργασία του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. με όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας και του Προέδρου του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους των άλλων Επιστημονικών και Κοινωνικών Φορέων, ώστε να προγραμματιστούν κοινές δράσεις ανάλογες με αυτές της απεργίας της 4ης Φεβρουαρίου, αφού το Ασφαλιστικό αφορά το σύνολο της κοινωνίας.
- Κλιμάκωση των κινητοποιήσεων σε συνεργασία του Π.Ι.Σ. με τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας (αποχή από γραφειοκρατικές διαδικασίες, όπως η έκδοση πιστοποιητικών και γνωματεύσεων, η συμμετοχή σε επιτροπές πλην ΑΜΕΑ και η ηλε-



Φωτογραφία από τη Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ στις 6 Φεβρουαρίου του 2016

κτρονική συνταγογράφηση).

Στη Γενική Συνέλευση εκφράστηκε η αντίθεση των ιατρών στη δημιουργία Ενιαίου Ταμείου. Όπως ειπώθηκε, το ΕΤΑΑ είναι υγιές Ταμείο και μπορεί να διατηρήσει την ανεξαρτησία του στο πλαίσιο της τριμερούς χρηματοδότησης. Το ίδιο ισχύει και για άλλα Ταμεία. Αν αυτά ενσωματωθούν στο Ενιαίο Ταμείο, θα χαθούν τα αποθεματικά τους. Ήδη μέχρι σήμερα έχουν χαθεί μεγάλα ποσά από τις άτοκες καταθέσεις στην Τράπεζα της Ελλάδος, τα δομημένα ομόλογα και το PSI, και παρά ταύτα εξακολουθούν τα συγκεκριμένα Ταμεία να είναι υγιή.

Επίσης, οι ιατροί ζήτησαν μέσα από τη Γενική Συνέλευση την προστασία των νεότερων συναδέλφων τους, με το άνοιγμα των συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ, την πρόσληψή τους στα Δημόσια Νοσοκομεία και την παροχή έκπτωσης στις ασφαλιστικές εισφορές (τουλάχιστον κατά 50%) για τα πρώτα πέντε χρόνια, με στόχο να αποφευχθεί η μετανάστευση των νέων επιστημόνων στο εξωτερικό.

Να σημειωθεί ότι ο Π.Ι.Σ. συντάσσεται με την Ομοσπονδία των Νοσοκομειακών Γιατρών (ΟΕΝΓΕ) και την απόφασή της να διαπραγματευτεί με το Υπουργείο Υγείας την επικαιροποίηση της κλαδικής συμφωνίας, ώστε να προγραμματιστούν προσλήψεις ιατρών και να αποκατασταθεί το Ειδικό Ιατρικό Μισθολόγιο.

Η συντριπτική πλειοψηφία των συνέδρων επιδοκίμασε τη στάση που έχει τηρήσει στο ζήτημα του ασφαλιστικού το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. και το εξουσιοδότησε να προχωρήσει σε κοινές δράσεις με τους άλλους Επιστημονικούς Φορείς.



Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ στις 6 Φεβρουαρίου του 2016



Στο βήμα ο Γενικός Γραμματέας του ΠΙΣ κ. Δημήτρης Βαρνάβας

Γενική Συνέλευση Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου

Η Εισήγηση - Διοικητικός απολογισμός 2015 που εγκρίθηκε από τη Γενική Συνέλευση

Αθήνα, 6 Φεβρουαρίου 2016

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

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου προήλθε από τις αρχαιρεσίες για την ανάδειξη νέου Δ.Σ. στις 7/3/2015.

Συγκροτήθηκε σε σώμα στις 14/3/2015 και σήμερα έχει την ακόλουθη σύνθεση:
Πρόεδρος: Βλασταράκος Μιχαήλ
Α΄ Αντιπρόεδρος: Γιαννακόπουλος Κων/νος
Β Αντιπρόεδρος: Κουτσόπουλος Κων/νος
Γεν. Γραμματέας: Βαρνάβας Δημήτριος
Ταμίας: Παναγιωτίδης Βλαδίμηρος
Μέλη: Βασιάδης Αναστάσιος, Εξαδάκτυλος Αθανάσιος, Καψαμπέλης Θεοδόσης - Παύλος, Μαστοράκου Άννα, Παπάζογλου Χρήστος, Παπανικολάου Παναγιώτης, Ροκαδάκης Γρηγόριος, Χρονόπουλος Ιωάννης, Ψαλτάκος Μιχαήλ, Ψυχάρης Παναγιώτης.

Το Δ.Σ. του ΠΙΣ αποφάσισε τη σύγκληση της σημερινής Γενικής Συνέλευσης, η οποία έχει ως θέματα:

1. Οικονομικός Απολογισμός 2015, Προϋπολογισμός 2016
2. ΠΦΥ - Π.Ε.Δ.Υ. - Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
3. Νοσοκομειακή Περίθαλψη - Πορεία ζητημάτων Νοσοκομειακών Γιατρών
4. Ασφαλιστικό (ΕΤΑΑ - ΤΣΑΥ)
5. Γενική Ενημέρωση & Τρέχοντα Θέματα

Συγκλήθηκαν τρεις Συνδιασκέψεις Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων:

- Η πρώτη στις 18 Απριλίου 2015, στην Αθήνα
- Η δεύτερη στις 26 Σεπτεμβρίου 2015, στη νήσο Κω, στο Ιπποκράτειο Ίδρυμα με θέμα: ΠΦΥ. – Ιατρική Δεοντολογία και Τελετή Απαγγελίας στο Ασκληπιείο από τους πρωτεύσαντες των 7 Ιατρικών Σχολών, παρουσία των Προέδρων τους, και των τοπικών θρησκευτικών και πολιτικών αρχών. Η στόχευση της Συνδιάσκεψης ήταν η Ιπποκρατική Ιδέα και η ενδυνάμωσή της σε κάθε λειτουργό της Υγείας, ιδιαίτερα τη σημερινή εποχή της ανθρωπιστικής κρίσης. Παράλληλα, αναδείχτηκε η ανάγκη για ενίσχυση των δομών υγείας, ειδικότερα της νησιωτικής Ελλάδας.
- Η τρίτη στις 20 Ιανουαρίου 2016, στην Αθήνα με αντικείμενο το ασφαλιστικό και τις κινητοποιήσεις που πραγματοποιούμε.

Η σημερινή Διοίκηση ολοκλήρωσε το έργο της αναθεώρησης της Ιατρικής Νομοθεσίας και παρέδωσε μία σύγχρονη Ιατρι- ⇨

κή Νομοθεσία, συμβατή με τα ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα και υπάρχει δέσμευση από τον Υπουργό Υγείας για προώθησή της στη Βουλή.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τη σημερινή μας Συνέλευση, όπως και την προηγούμενη, σκιάζει η μεγάλη κρίση, κοινωνική και οικονομική, που έχει οδηγήσει σε αδιέξοδο την κοινωνία και το λαό μας, ο οποίος πληρώνει αποτυχημένες πολιτικές δεκαετιών, καθώς και το «ξεθωριασμένο» όραμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αντί να προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη, την ενδυνάμωση των αρχών και των αξιών της Κοινωνίας των λαών, έχει δημιουργήσει ανθρωπιστική κρίση και γενοκτονία στη χώρα μας.

Οι τεράστιες περικοπές έχουν προκαλέσει αποδυνάμωση της ιατρικής λειτουργίας και αδυναμία περίθαλψης των πολιτών.

Οι μεγάλες ελλείψεις σε έμψυχο υλικό και εξοπλισμό, η απομείωση εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων, οι καθυστερήσεις πληρωμών σε παρόχους Υγείας, οι απλήρωτες εφημερίες, δημιουργούν σκηνικό αγανάκτησης με αυξανόμενη ταλαιπωρία γιατρών και πολιτών. Οι μισθοί των γιατρών που εργάζονται στο ΕΣΥ και τις Δημόσιες δομές έχουν μειωθεί σε εξευτελιστικά επίπεδα.

Το προσχέδιο νόμου για το ασφαλιστικό αποδυναμώνει τον παραγωγικό ιστό και επιβάλλει σκληρή εισφοροεπιδρομή, με οδυνηρά αποτελέσματα, όπως ανεργία, υπαλληλοποίηση σε μεγάλες επιχειρήσεις και μετανάστευση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΙΣ

Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΙΣ, σε στενή συνεργασία με τους Ιατρικούς Συλλόγους, κατέβαλε επίμονη προσπάθεια, απέναντι στα διογκούμενα προβλήματα που προκύπτουν από πολιτικές περικοπών που επιβάλλονται από την κυβέρνηση και τους δανειστές. Ασχολήθηκε με τα οικονομικά, εργασιακά, εκπαιδευτικά ζητήματα, καθώς και τα ζητήματα της άκρατης απελευθέρωσης και «πλανοδιακής» ιατρικής και την αντιμετώπιση της συκοφάντησης και της δυσφήμισης του ιατρικού επαγγέλματος.

Επιπλέον, ενισχύσαμε τη συνεργασία μας με τους άλλους Υγειονομικούς φορείς, όπως την Οδοντιατρική Ομοσπονδία, τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, τον Πανελλήνιο Κτηνιατρικό Σύλλογο, το Σύλλογο Συνταξιούχων Υγειονομικών, προκειμένου να κινηθούμε αποτελεσματικά σε θέματα πολιτικής Υγείας, ασφάλισης και σύνταξης. Επίσης, ενισχύθηκε η συνεργασία με κοινωνικούς φορείς, όπως το Τεχνικό Επιμελητήριο, τους Δικηγορικούς και Συμβολαιογραφικούς Συλλόγους, ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΕ, ΓΣΕΒΕ, ΕΣΕΕ, καθώς και με Ενώσεις Συνταξιούχων.

Ακόμη, συνεχής είναι η επικοινωνία και συνεργασία με τις κλαδικές Ομοσπονδίες του χώρου ΟΕΝΓΕ, ΠΟΣΕΥΠ - ΠΕΔΥ καθώς και τις Επαγγελματικές Ενώσεις και Επιστημονικές Εταιρείες, προκειμένου να ενδυναμωθεί η συσπείρωση της ιατρικής κοινότητας.

Η επικοινωνία μας με τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας είναι καθημερινή και παρεμβαίνουμε άμεσα σε κάθε ζήτημα που αναφύεται, προασπίζοντας τους συναδέλφους και τις συλλογικές μας αποφάσεις. Έγιναν επισκέψεις του ΠΙΣ σε πολλές περιοχές της χώρας - Νησιωτικές περιοχές: Κεφαλλονιά, Λέσβο, Κω, Κάλυμνο, Χανιά, Ρέθυμνο, Ηράκλειο, Αγ. Νικόλαο, καθώς και Λακωνία, Ευρυτανία, Φθιώτιδα, κ.λπ. και συζητήθηκαν όλα τα υγειονομικά προβλήματα των Περιφερειών αυτών και έγιναν άμεσες παρεμβάσεις προς το Υπουργείο Υγείας.

Οι συναντήσεις μας με τους Υπουργούς Υγείας και Εργασίας δεν έχουν βρει την αναμενόμενη ανταπόκριση, παρά τις τεκμηριωμένες θέσεις και απόψεις που διατυπώνουμε στις συναντήσεις και την αλληλογραφία μας.

Οι Πρόεδροι του ΠΙΣ κ. Μ. Βλασταράκος, της ΕΟΟ κ. Α. Κατσίκης, του ΠΦΣ. κ. Κ. Λουράντος και του ΠΚΣ κα. Α. Τραχήλη, με τη συμμετοχή και του Προέδρου της νέας Διοικούσας Επιτροπής του ΤΣΑΥ κ. Σ. Τσούκαλου, συναντηθήκαν με τους Υπουργούς κ.κ. Γ. Κατρούγκαλο και Α. Πετρόπουλο και συζήτησαν ζητήματα λειτουργίας του Ταμείου μας, συνταξιοδότησης, ασφαλιστικής ενημερότητας, μηχανοργάνωσης, ανεξαρτησίας του Ταμείου μας, τακτοποίηση του θέματος των μονοσυνταξιούχων.

Τέλος, οι Πρόεδροι των Επιστημονικών φορέων συναντήθηκαν με τον Πρωθυπουργό, με αντικείμενο το ασφαλιστικό.

ΝΟΜΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Η Νομική εκπροσώπηση του ΠΙΣ έχει ενεργοποιηθεί στον μέγιστο βαθμό. Η νομική υπηρεσία του ΠΙΣ παρέχει συμβουλές και γνωμοδοτήσεις σε όλα τα σοβαρά ζητήματα που απασχολούν τους Ιατρικούς Συλλόγους, ενώ υπήρξε προσφυγή του ΠΙΣ στη δικαιοσύνη για μείζονα ζητήματα.

Συγκεκριμένα:

Ο ΠΙΣ άσκησε αίτηση ακύρωσης κατά της Εφαρμοστικής Εγκυκλίου Λοβέρδου και Λυκουρέντζου – Σαλμά για τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας. Το ΣτΕ έκρινε υπέρ της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και ότι δεν αναιρείται η επιστημονική ανεξαρτησία του γιατρού ο οποίος δεν εμποδίζεται να υποδείξει στον ασθενή του συγκεκριμένο φάρμακο αναφοράς που θεωρεί καταλληλότερο.

Με την απόφαση του ΣτΕ 102/2014 απορρίφθηκε το αίτημα του ΠΙΣ για προσβολή των άρθρων 2 και 3 του Ν. 3919/2011 που αφορούν στην απελευθέρωση του ιατρικού επαγγέλματος και παρέχουν τη δυνατότητα άσκησης της ιατρικής, γιατρών σε όλη τη χώρα.

Εκδικάστηκε αίτηση ακύρωσης του ΠΙΣ ενώπιον του ΣτΕ κατά ΕΟΠΥΥ για clawback και rebate την 1η Δεκεμβρίου 2015 και αναμένεται η έκδοση απόφασης.

Εκκρεμεί ενώπιον του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών αγωγή του ΠΙΣ κατά του ΕΟΠΥΥ για 810 εκατ. ευρώ που αφορούν σε ληξιπρόθεσμες οφειλές της περιόδου 2010-2011. Σημειώνεται ότι το ποσόν που οφείλεται σήμερα έχει μειωθεί σημαντικά. Πριν την εκδίκαση της δίκης θα ζητηθεί επίσημη εκκαθάριση του ΕΟΠΥΥ προς τον ΠΙΣ. Έχει οριστεί δικάσιμος μετά από αναβολές η 7.4.2016.

Εκκρεμεί ενώπιον του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών παρέμβαση του ΠΙΣ υπέρ γιατρών για clawback και rebate 2013.

Τέλος, έχει ασκηθεί αίτηση ακύρωσης του ΠΙΣ ενώπιον του ΣτΕ για clawback και rebate των ετών 2016, 2017, 2018, η οποία δεν έχει ακόμη λάβει δικάσιμο.

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ – ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ - ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ

Έχει εκδοθεί νέα Υπουργική απόφαση για την καθιέρωση νέων ελάχιστων ποσοστιαίων στόχων συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων κατά όγκο, αλλά και θέσπιση ορίων στη φαρμακευτική δαπάνη κάθε γιατρού ξεχωριστά, ανάλογα με την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών στους οποίους συνταγογραφεί και την περιφερειακή ενότητα της χώρας στην οποία

ασκεί το επάγγελμά του.

Επίσης, η Υπουργική απόφαση επιβάλλει τη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων σε ποσοστό 20% ως στόχο, ανά θεραπευτική κατηγορία.

Τα Διαγνωστικά Πρωτόκολλα, τα οποία παρέδωσε ο ΠΙΣ στο υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΠΥΥ πριν τρία χρόνια και προέκυψαν μετά από εισήγηση των Επαγγελματικών μας Ενώσεων και Ιατρικών Επιστημονικών Εταιρειών, δεν εφαρμόστηκαν ποτέ. Απεναντίας εφαρμόστηκαν άλλα Διαγνωστικά Πρωτόκολλα, αγνώστου προελεύσεως και αμφίβολης αποτελεσματικότητας, τα οποία καταγγείλαμε σε όλα τα επίπεδα, μέχρι και την Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής.

Σημειώνουμε πως έχει γίνει δεκτή από τον τ. Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ, σε συμφωνία με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, η απόρριψη του Σχεδίου Σύμβασης που προωθούσε η θεσμοθετημένη Επιτροπή Συλλογικής Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ και καθιέρωνε λεόντειες συμβάσεις υπέρ ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον έχουν συμφωνηθεί τα εξής:

1. Συλλογική σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τον ΠΙΣ και τους Ιατρικούς Συλλόγους.
2. Ανοιχτές συμβάσεις με όλους τους γιατρούς, με κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή, χωρίς περιορισμούς.
3. Κάλυψη των πραγματικών αναγκών των ασφαλισμένων σε επισκέψεις. Μέχρι σήμερα, καλύπτονται 8.000.000 επισκέψεις. Εκτιμούμε ότι χρειάζονται 30.000.000 επισκέψεις, λόγω αποδυνάμωσης των δομών του ΠΕΔΥ.
4. Δεν έγινε δεκτή η πρόταση του ΠΙΣ για μεταβολή της επίσκεψης από 10 σε 20 ευρώ, διότι χρειάζεται νομοθετική ρύθμιση, παρότι θεωρήθηκε δίκαιη.

Σε πρόσφατη συζήτηση με τη νέα Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ παρουσιάστηκαν οι δεσμεύσεις της προηγούμενης Διοίκησης και συμφωνήθηκε μέσα από στενή συνεργασία με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο να βρεθούν οι καλύτερες δυνατές λύσεις.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Το μόνο που διαχωρίστηκε από το Νομοσχέδιο της Ιατρικής Νομοθεσίας, μετά από πίεση και έντονη παρέμβασή μας, ήταν το άρθρο για τη δημιουργία του ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ, το οποίο νομοθετήθηκε το Δεκέμβριο του 2015 με το Νόμο ν. 4316/2014 του Υπουργείου Υγείας

Ο εσωτερικός κανονισμός του Ινστιτούτου διαμορφώθηκε και ψηφίστηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο και διορίστηκαν τα Όργανά του τον Ιούνιο του 2015.

Περιλαμβάνει 14 τομείς για όλα τα σημαντικά ζητήματα, περίθαλψης, ιατρικής δεοντολογίας, φαρμάκου, πρωτοκόλλων, ιατρικής εκπαίδευσης, συνταξιοδότησης, ασφαλιστικά, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανώσεων και ζητημάτων, κλπ. Ήδη το Ινστιτούτο άρχισε να λειτουργεί και θα προσφέρει τεχνογνωσία για κάθε ζήτημα, καθώς είναι πλαισιωμένο από τους πλέον ειδικούς σε κάθε τομέα, κορυφαίους της επιστήμης και της κοινωνίας.

ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Μετά την πολιτική μεταβολή τον Ιανουάριο του 2015, έγινε συνάντηση με την νέα πολιτική ηγεσία και τέθηκαν όλα τα σύγχρονα προβλήματα. Η τοποθέτησή μας ήταν η εξής:

Ο θεσμικός ρόλος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου πρέπει να γίνεται σεβαστός από την Πολιτεία και η γνώμη του πρέπει να έχει βαρύνουσα σημασία σε κάθε ζήτημα που αφορά στην υγεία του ελληνικού λαού.

Οι μνημονιακοί νόμοι που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια, με την άκρατη απελευθέρωση του ιατρικού επαγγέλματος μετέτρεψαν την ιατρική λειτουργία σε εμπορεύσιμο είδος και εισήγαγαν την πλανοδιακή άσκηση της ιατρικής στη χώρα μας. Ο γιατρός, σύμβουλος και θεραπευτής της Ιπποκρατικής Ιδέας, μεταβλήθηκε σε «περιφερόμενο» έμπορο της Υγείας. Η ευπρεπής ιατρική λειτουργία πρέπει να επανέλθει, έχοντας σταθερά κατά νου ότι η Υγεία είναι κυρίαρχο κοινωνικό αγαθό.

Επιδιώκουμε το επόμενο νομοθέτημα που θα ψηφιστεί από τη Βουλή να είναι η ιατρική νομοθεσία, η οποία έχει εγκριθεί από τη Γενική Συνέλευση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και έχει παραδοθεί στην πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας. Έτσι θα πάψει ο ΠΙΣ και οι Ιατρικοί Σύλλογοι να λειτουργούν με Βασιλικά Διατάγματα και Αναγκαστικούς Νόμους.

ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Ο κρατικός προϋπολογισμός του 2016 οδηγεί, όπως εξάλλου και οι προηγούμενοι, την υγεία σε επικίνδυνες ατραπούς. Εάν δεν ληφθούν διορθωτικά μέτρα, η μεγάλη ανθρωπιστική κρίση που βιώνουμε δεν πρόκειται να αναταχθεί. Οι κάτω του 4,5% του ΑΕΠ δαπάνες υγείας -όταν ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 7% με πολύ μεγαλύτερο ΑΕΠ- δεν επιτρέπουν την προσδοκία σε κοινωνικό κράτος που παρέχει ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αναβαθμισμένες δημόσιες υπηρεσίες Υγείας.

Οι αριθμοί είναι αδιάψευστοι:

- Η κρατική επιχορήγηση του ΕΟΠΥΥ από τον τακτικό προϋπολογισμό είναι 526 εκ. €.
- Η κρατική επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό για τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι 1,672 δις € το 2016.
- Ο προϋπολογισμός του υπουργείου Υγείας είναι 4,317 δισ. ευρώ, έναντι 4,232 δισ. ευρώ το 2015.
- Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη είναι 2 δισ. € το 2016 (ίδια με αυτή του 2015). Οι υπερβάσεις της φαρμακευτικής δαπάνης θα καλυφθούν με rebate και clawback. Το 2016 ωστόσο, οι ανάγκες θα είναι αυξημένες, αφού θα συμπεριληφθούν περί τους 2,5-3 εκατομμύρια ανασφάλιστων, οι οποίοι μέχρι πέρυσι δεν καλύπτονταν φαρμακευτικά.

Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το ΠΕΔΥ, αποδυναμωμένο μετά την αποχώρηση 2.500 γιατρών και ελλείψεις σε πολλές κλινικές ειδικότητες σε πολλές περιοχές της χώρας, δεν μπορεί πλέον να καλύψει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Υπάρχει άμεση ανάγκη δημιουργίας Αστικών Κέντρων Υγείας τα οποία θα εφημερεύουν σε 24ώρη βάση με γιατρούς βασικών ειδικοτήτων (γενικός γιατρός, παθολόγος παιδίατρος κλπ), πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, όπως συμβαίνει και στα Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου. Πρέπει να υπάρξουν, όμως, δημόσιες δομές σε κάθε δήμο ή περιοχή της χώρας με γιατρούς πλήρους απασχόλησης, ώστε να αξιοποιηθούν γιατροί όλων των ειδικοτήτων που συμβάλουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τέλος, εάν επικρατήσει πολιτική βούληση, θα μπορούσαν να τακτοποιηθούν σε προσωποπαγείς θέσεις οι απομακρυνθέντες γιατροί από τις μονάδες του ΕΟΠΥΥ, αλλά και όσοι παραμένουν με ασφαλιστικά μέτρα.

Ισχυρές δημόσιες δομές είναι απαραίτητες σε κάθε γειτονιά, ώστε να μπορεί να εξυπηρετείται ο πολίτης. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού πρέπει να ενεργοποιηθεί στην βάση του συμβούλου υγεί- ⇨

ας, της αγωγής υγείας, της πρόληψης, της εμβολιαστικής κάλυψης, της διαχείρισης του ιατρικού φακέλου και ενημέρωσης σε συνεργασία με τις δημόσιες μονάδες ΠΕΔΥ και τα Αστικά Κέντρα Υγείας. Σε πρώτη φάση μπορεί να ενεργοποιηθεί ο θεσμός στις νησιωτικές, και ακριτικές περιοχές, στις οποίες πέραν των άλλων υπάρχει σήμερα έντονο το προσφυγικό-μεταναστευτικό πρόβλημα, με όλες τις επιβαρύνσεις στη Δημόσια Υγεία και τη χώρα μας συνολικά.

Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει μέσω των συμβεβλημένων γιατρών το μεγαλύτερο μέρος της ΠΦΥ, αν και οι γιατροί αυτοί ανέρχονται στις 5.000 περίπου, καλύπτοντας το 1/3 των πραγματικών αναγκών.

Στον προϋπολογισμό του 2016 για τον ΕΟΠΥΥ προβλέπονται 108 εκ. ευρώ σε ιατρικές επισκέψεις στην ΠΦΥ, τα οποία αντιστοιχούν σε 10 εκ. επισκέψεις σε συμβεβλημένους ιατρούς, ενώ οι ανάγκες ανέρχονται σε 30 εκ. επισκέψεις.

Αστικά Κέντρα Υγείας, τα οποία θα εφημερεύουν επί 24ωρου βάσεως δεν έχουν ακόμα οργανωθεί, πράγμα που επιβαρύνει κατά 30% τα Νοσοκομεία.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις των ασφαλισμένων περικόπτονται συνεχώς με οριζόντια μέτρα, ενώ οι συμμετοχές των αρρώστων σε φάρμακα και εξετάσεις αυξάνονται δραματικά. Ενδεικτικά, η μέση συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλισμένων από 10% που ήταν το 2008, έφτασε στο 28% το 2015 με τάση να αυξάνεται συνεχώς. Τα ΜΗΣΥΦΑ έχουν αυξηθεί σημαντικά από 800 σε 1.300.

Τα clawback και rebate δημιουργούν προβλήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του ασθενή, οδηγούν στο κλείσιμο μικρομεσαίων εργαστηρίων και διαταράσσουν τη σχέση εμπιστοσύνης ιατρού - ασθενή. Η υποκοστολόγηση των διαγνωστικών εξετάσεων -αιματολογικών και βιοχημικών- στο 43% και των απεικονιστικών στο 10-15%, επιταχύνουν το κλείσιμο, όσων μέχρι σήμερα κατάφεραν να παραμένουν σε λειτουργία, παρά τις αντίξοες συνθήκες.

Το ΕΣΥ αργοπεθαίνει, ενώ η πολιτεία παρατηρεί αμήχανα, χωρίς σχεδιασμό. Περίπου 150 κλίνες εντατικής θεραπείας παραμένουν εδώ και καιρό κλειστές χωρίς στελέχωση, κλίνες στις οποίες θα μπορούσαν να νοσηλευτούν 4.000 πολίτες ετησίως και να σωθούν το 50% εξ αυτών.

Ολοκληρωμένο σύστημα μηχανογράφησης δεν υπάρχει, με αποτέλεσμα πολλά τμήματα των Νοσοκομείων να μην επικοινωνούν μεταξύ τους, ούτε κεντρικά με το Υπουργείο Υγείας και τις ΥΠΕ, με συνέπεια την κατασπατάληση πόρων και την κακοδιαχείριση.

Οι προσλήψεις επικουρικών γιατρών λύνουν μόνον περιστασιακά τα προβλήματα και οι αμοιβές των 800 ευρώ στο νέο γιατρό δεν καλύπτουν τις δαπάνες για στοιχειώδη επιβίωση. Το ΕΣΥ χρειάζεται 6.000 νέους μόνιμους γιατρούς προκειμένου να ανανεωθεί, αλλιώς οδηγείται σε κατάρρευση.

Η χώρα χρειάζεται ισχυρή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας –με δημόσιες δομές σε κάθε δήμο ή κοινότητα και Αστικά Κέντρα Υγείας που εφημερεύουν, ώστε να αντιμετωπίζουν τα περιστατικά χωρίς την ανάγκη παραπομπής στο νοσοκομείο, με γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, ώστε να καλύπτονται οι πραγματικές ανάγκες των πολιτών. Πρέπει να υπάρξει δυνατότητα όλων των γιατρών να συνάπτουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ και δυνατότητα του ασθενούς να επιλέγει τον γιατρό του. Αναγκαία προϋπόθεση είναι η αξιοπρεπής αμοιβή, η οποία πρέπει να προκύψει μετά από συλλογική σύμβαση με τον ΠΙΣ και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.

Υπάρχει ανάγκη εισαγωγής διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, τα οποία θα οδηγούν με επιστημονικό και ασφαλή τρόπο την ιατρική λειτουργία και θα εξορθολογίζουν τις δαπάνες, χωρίς ανάγκη επιβολής οριζόντιων μέτρων. Επίσης, επιβάλλεται η εισαγωγή ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, ώστε να γίνεται πλήρης ενημέρωση του ιστορικού του ασθενούς, καθώς και online παρακολούθηση όλων των υπηρεσιών.

Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να συμβάλλει στη διαχείριση του ιατρικού φακέλου, την πρόληψη και την αγωγή της υγείας και σε συνεργασία με τους εξειδικευμένους ιατρούς και τα αστικά κέντρα υγείας θα μπορέσει να αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία, τα οποία πρέπει να ασχοληθούν με την παροχή υψηλού επιπέδου δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Η συνεχής συνεργασία της Πολιτείας με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο ως ανώτατο θεσμικό εκπρόσωπο των λειτουργών της υγείας, αλλά και το ΚΕΣΥ, μπορεί να δώσει προοπτική για την ανάταξη του συστήματος υγείας.

Ας ελπίσουμε και ας συμβάλλουμε όλοι ώστε το 2016 να είναι ωφέλιμο για το σύστημα υγείας της χώρας μας.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

Η κατάσταση στα Νοσοκομεία και ΚΥ του ΕΣΥ συνεχίζει να παραμένει άκρως ανησυχητική. Τα προβλήματα εντοπίζονται κυρίως στην ελλιπή στελέχωση με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τη χρηματοδότηση που υπολείπεται σημαντικά των αναγκών κάλυψης των ασθενών και το προβληματικό μοντέλο λειτουργίας. Η κατάρρευση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετακύλησε επιπλέον φορτίο στα Νοσοκομεία, ενώ η πίεση που ασκούν τα 2,5 εκατ. ανασφάλιστοι και οι χιλιάδες των προσφύγων είναι τεράστια.

Εξαιτίας των παραπάνω η εφημέρευση των Νοσοκομείων διεξάγεται με τεράστιες δυσκολίες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις το ιατρικό δυναμικό αδυνατεί να καλύψει εφημεριακά τις Κλινικές και τα εργαστήρια. Οι γιατροί εξουθενώνονται, με συνέπεια να αυξάνεται η πιθανότητα ιατρικών λαθών.

Η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας οφείλει να λάβει άμεσα μέτρα ώστε να ανατάξει τη διάλυση και κατάρρευση των Νοσοκομείων. Οι προσλήψεις γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού που έχει ανακοινώσει η κυβέρνηση, δρομολογούν αναστροφή στην πορεία αποψίλωσης του ΕΣΥ, πρέπει όμως να επιταχυνθούν, να αυξηθούν αριθμητικά και να ενταχθούν σ΄ ένα συνολικό σχεδιασμό στοχευμένων και σοβαρών παρεμβάσεων σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας. Η παράταση θητείας των επικουρικών και των παρατασιακών ειδικευόμενων, αποτελεί θετικό μέτρο με προσωρινό όμως χαρακτήρα και γι' αυτό η στελέχωση πρέπει να γίνει με μόνιμο ιατρικό προσωπικό πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

- Πρέπει να υπάρξει άμεση αποκατάσταση στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων μετά τις σφαγιαστικές περικοπές που υπέστησαν τα τελευταία χρόνια, ώστε να δίνεται δυνατότητα να αντεπεξέλθουν με επάρκεια και ποιότητα. Ταυτόχρονα, υπάρχει άμεση ανάγκη για δημιουργία κέντρων αποκατάστασης και τραυματιολογικών κέντρων. 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 τοποθέτηση Διοικητών στα Νοσοκομεία πρέπει να γίνει το συντομότερο και η Επιτροπή Αξιολόγησης πρέπει να αξιολογήσει και να επιλέξει με κριτήριο τις ικανότητες και τα προσόντα των υποψηφίων.
- Η δημιουργία αυτόνομων ΤΕΠ σε όλες τις περιοχές της χώρας θα δώσει τη δυνατότητα άμεσης και σωστής αντιμετώπισης των ασθενών, αλλάζοντας το εφημεριακό πρότυπο, ενώ η στελέχωση και ο εξοπλισμός του ΕΚΑΒ θα συνεισφέρει τα μέγιστα στην ορθή αντιμετώπιση των περιστατικών.
- Η αύξηση του ορίου λειτουργικών δαπανών στα Νοσοκομεία πρέπει να συνοδευτεί από εισροή ανάλογων κονδυλίων από την κρατική χρηματοδότηση, καθώς και τα οφειλόμενα νοσήλια του ΕΟΠΥΥ, ώστε να ορθοποδήσουν οικονομικά. Τα νοσοκομειακά φάρμακα πρέπει να είναι εξασφαλισμένα υπό οποιεσδήποτε συνθήκες και η επανεμφάνιση ελλείψεων σε ακριβά ή μοναδικά φάρμακα πρέπει να αποφευχθεί.

Τέλος, η αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων οφειλών στους προμηθευτές και η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος προμηθειών είναι επιβεβλημένες ενέργειες, προκειμένου να εξυγιανθούν οικονομικά τα Νοσοκομεία της χώρας.

- Τα ζητήματα της εκπαίδευσης των ειδικευομένων και της συνεχιζόμενης μετεκπαίδευσης του ιατρικού δυναμικού οφείλουν να απασχολήσουν 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 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.

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟ ΠΕΔΥ

Προ της ψήφισης και εφαρμογής του Ν.4238, υπηρετούσαν στα ιατρεία του πρώην ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ 5500 γιατροί.

Μετά την ψήφιση και εφαρμογή του νόμου υπηρετούν 2300 πανελλαδικά, ενώ 3000 γιατροί είναι απολυμένοι και περίπου 300 το διάστημα 2014 μέχρι σήμερα έχουν συνταξιοδοτηθεί. Οι μισοί γιατροί εργάζονται με ασφαλιστικά μέτρα -300 από τους οποίους δεν έχουν πληρωθεί ακόμα και μετά από 19-20 μήνες εργασίας. Οι περίπου 1200 συνάδελφοι ΠΑΑ δεν έχουν εξομοιωθεί μισθολογικά και βαθμολογικά με νομική κατοχύρωση.

Το 40% των μονάδων έχουν κλείσει και οι υπόλοιπες υπολειτουργούν, είτε σε επίπεδο στελέχωσης σε ιατρικό προσωπικό ή σε επίπεδο λειτουργίας των εργαστηρίων, λόγω έλλειψης αναλώσιμων υλικών.

Συνέπεια της πολιτικής αυτής στο χώρο της υγείας είναι η ερήμωση των πολυϊατρείων, ειδικότερα στην περιφέρεια. Ενδεικτικά στο πολυϊατρείο της Ξάνθης υπάρχουν σήμερα 2 γιατροί -ένας οδοντίατρος και ένας ακτινολόγος. Χώροι που κάποτε έσφυζαν από ζωή, από ασφαλισμένους, γιατρούς και προσωπικό, σήμερα είναι έρημα τοπία.

Οι ασθενείς έβρισκαν λύση σε υπηρεσίες που διέθεταν όλες τις ειδικότητες. Σήμερα οι ασθενείς εξυπηρετούνται και σε ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Σε πολλές όμως περιπτώσεις το πλαφόν των επισκέψεων συμπληρώνεται την πρώτη εβδομάδα. Το κόστος του γιατρού που εργάζεται μέσα στο σύστημα αλλά εξετάζει υπερτριπλάσιο αριθμό ασθενών, είναι το ίδιο με το κόστος του συμβεβλημένου ιατρού.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται ιδιωτικά. Η πλειονότητα σε μεγάλα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, με συμμετοχή των ασθενών στην καλύτερη περίπτωση 15%. Υπολογίζεται ότι τα παραπεμπτικά που εκτελούνται μέσα στα εργαστήρια του ΠΕΔΥ είναι λιγότερα του 5%. Αυτό έχει δυσανάλογο κόστος για τον κρατικό προϋπολογισμό, με την οικονομική δυνατότητα της χώρας.

Η λύση είναι να σταματήσει άμεσα ο κατήφορος του πρωτοβάθμιου συστήματος. Να στελεχωθεί το σύστημα με ιατρικό προσωπικό αξιοποιώντας πρώτα τους απολυμένους γιατρούς. Να ενισχυθούν τα εργαστήρια-μικροβιολογικά, ακτινολογικά κλπ με στόχο μέσα σε ένα εξάμηνο να εκτελείται το 25% των παραπεμπτικών στο ΠΕΔΥ. Να αξιοποιηθούν τα ιδιόκτητα κτίρια και στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει μείωση των ενοικίων. Να αξιοποιηθεί το φυσικοθεραπευτικό δυναμικό (προσωπικό και μηχανήματα) και τα οδοντοτεχνικά και οδοντοπροσθετικά εργαστήρια. Να δοθεί ειδική μέριμνα για την οδοντιατρική φροντίδα. Να αναβαθμιστεί το σύστημα των ραντεβού, με αξιοποίηση όλων των κενών ραντεβού μέσα στις δομές του συστήματος.

Η διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας των μονάδων στην παρούσα στιγμή δεν έχει πρακτική αξία, λόγω έλλειψης σε πολλές περιπτώσεις των βασικών ιατρικών ειδικοτήτων.

ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ συνιστά μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας, το εγχείρημα όμως δεν συνοδεύτηκε από κατάλληλο επιχειρησιακό σχεδιασμό και αντίστοιχη οικονομική μελέτη. Η σύστασή του έγινε με τον ν.3918/2011 με άναρχη μεταφορά και ένταξη υπηρεσιών, αρμοδιοτήτων και προσωπικού από επιμέρους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι ξεκίνησε με έλλειμμα 2,5 δισ. ευρώ. Το σημαντικότερο είναι ότι δεν υποστηρίχθηκε οργανωτικά, διοικητικά και πολιτικά. Αντιθέτως, επειδή κληρονόμησε όλες τις παθογένειες των επιμέρους φορέων, βρέθηκε από την πρώτη στιγμή στο κέντρο σφοδρής κριτικής και συνεχούς απαξίωσης.

Η καθυστέρηση μεταβίβασης των εισφορών που έχουν εισπραχθεί από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, αλλά δεν αποδίδονται εγκαίρως στον ΕΟΠΥΥ, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους λόγους της αναποτελεσματικής λειτουργίας του Οργανισμού και της αδυναμίας ενεργοποίησης της διαπραγματευτικής του δύναμης. Η λειτουργία του Οργανισμού με υστέρηση περίπου 950 εκ. €, μόνο για το έτος 2015, σηματοδοτεί την αδυναμία πληρωμής των παρόχων. Το σύνολο της υστέρησης των εισφορών από τα ταμεία υπερβαίνει τα 1.650 εκ.

Η συνολική αποτίμηση των ληξιπρόθεσμων και απλήρωτων υποχρεώσεων του Οργανισμού που παρουσιάστηκε τον Αύ-


SPECIFAR
MEET THE EXPERT
Project
ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΥΣ
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΣΤΟ :
https://www.surveymonkey.com/r/meetheexpert

γουστο του 2015 ανέρχεται στα 2,9 δισ. ευρώ. Πρόσφατη καθυστέρηση στην παράταση της σύμβασης του ΕΟΠΥΥ με τους θεράποντες γιατρούς δημιούργησε περαιτέρω στάση πληρωμών των επισκέψεων για το Β΄ εξάμηνο του 2015. Με απόφαση του νέου Προέδρου του ΕΟΠΥΥ δρομολογήθηκε η πληρωμή του Γ' τριμήνου του 2015 για τις ιατρικές επισκέψεις. Τον Φεβρουάριο θα πληρωθεί ένα δίμηνο ακόμη.

Με την έκδοση πράξης νομοθετικού περιεχομένου παρατάθηκαν οι συμβάσεις έως 30/06/2016.

Παραμένει σε εκκρεμότητα από το 2010 η τακτοποίηση των ληξιπρόθεσμων οφειλών των πρώην ταμείων και κινδυνεύουν με παραγραφή. Για την καταβολή του 10% των επισκέψεων, ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων που εκκρεμεί από το 2012, έχουν προκύψει αντικειμενικές δυσκολίες εκκαθάρισης και χρηματοδότησης. Σύντομα πρόκειται να ληφθεί πολιτική απόφαση για τον τρόπο οριστικής περαίωσης όλων των ληξιπροθέσμων οφειλών του ΕΟΠΥΥ που εκκρεμούν από το 2010, συμπεριλαμβανομένου και του υπολειπόμενου 10%, με σχέδιο αποπληρωμής από το πακέτο χρηματοδότησης της χώρας.

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ το 2012 σηματοδότησε την κλιμάκωση μιας μάχης επιβίωσης των ατομικών εργαστηρίων και ιατρείων, μέσω των συνδικαλιστικών τους οργάνων και του ΠΙΣ, απέναντι στο οργανωμένο επιχειρηματικό συμφέρον που προσπάθησε με συνεχή πίεση προς την εκάστοτε ηγεσία του υπουργείου Υγείας και τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ να επιβάλει καθεστώς βαρύνουσας ζημίας στη μικρομεσαία διαγνωστική μονάδα.

Στάση πληρωμών ληξιπρόθεσμων και τρέχουσων δεδουλευμένων αμοιβών

Κατά πάγια τακτική της διοίκησης του Οργανισμού, συνεχίζεται η πολυετής στάση πληρωμών των ληξιπρόθεσμων και τρέχουσων οφειλών προς τους παρόχους. Στις αρχές του 2015, χωρίς προειδοποίηση, και παρά τον δικαστικό αγώνα των παρόχων, η διοίκηση του ΕΟΠΥΥ προέβη σε πράξη συμψηφισμού των οφειλομένων του με τα ποσά του clawback & rebate, επιβάλλοντας αιφνιδιαστικά φορολογικά και οικονομικά βάρη στους παρόχους.

Επιβολή ανώτατου ατομικού ορίου ανά πάροχο (πλαφόν)

Το 2014 ο ΠΙΣ προσέβαλλε στο ΣτΕ τους νόμους για το clawback του 2014 και 2015 και ανέλαβε σημαντικές πρωτοβουλίες μέσω της Πανελλήνιας Επιτροπής Διαπραγμάτευσης (ΠΕΔ) με συμμετοχή της ΠΟΣΙΠΥ και ΠΟΣΚΕ, επιδιώκοντας συνολική διαπραγμάτευση με το Υπουργείο Υγείας και ΕΟΠΥΥ, η οποία κατέληξε στα παρακάτω διορθωτικά μέτρα:

1. Θέσπιση διαγνωστικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων.
2. Αριθμητικοί «κόφτες» στη συνταγογράφηση εξετάσεων και απόδοση του 60% της δαπάνης αυτοπαραπομπής στις ιατρικές πράξεις.
3. Αναδρομική κατανομή και προσδιορισμός ατομικού ανώτατου ορίου ανά πάροχο βάσει του κύκλου εργασιών του 2013 (απόφαση που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 2247 /τ.Β/18-8-2014).
4. Κατανομή 24 εκατομμυρίων σε όλους τους παρόχους για την προμήθεια αντιδραστηρίων -από τα αδιάθετα ποσά του πρώην ΙΚΑ – ΠΕΔΥ.

Δυστυχώς, η υλοποίηση της συμφωνίας από πλευράς υπουργείου Υγείας είχε πολλές δυσάρεστες εκπλήξεις (αυστηρότατοι κόφτες συνταγογράφησης, «αγνώστου ταυτότητας» διαγνωστικά πρωτόκολλα, ανακοίνωση πλαφόν κατά το τέλος του Δεκεμβρίου του 2014 και παράλειψη κατανομής των 24 εκ. που τελικά αποδόθηκαν στον δημόσιο τομέα). Από τα δεδομένα εκτελεσμένων εξετάσεων/ιατρικών πράξεων 2012, 2013 και 2014 διαπιστώνεται η συνεχής αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας ΠΦΥ με ταυτόχρονη μείωση του ύψους του κλειστού προϋπολογισμού.

Από τη διαπραγμάτευση της χώρας για τη δόση τέθηκαν δύο προϋποθέσεις που αφορούσαν στον έλεγχο του ύψους των διαγνωστικών δαπανών

1. Η πληρωμή των ποσών του clawback από τους παρόχους
2. Το τελευταίο σε εκκρεμότητα προαπαιτούμενο από τα 13 για την εκταμίευση του 1 δισ ευρώ αφορούσε την πράξη υποκοστολόγησης των εργαστηριακών εξετάσεων που νομοθετήθηκε με την Υπουργική Απόφαση 2816 Β' 22/12/2015.

Η υποκοστολόγηση αυτή είναι κάτω των ασφαλών ορίων κόστους για πολλές βασικές εργαστηριακές εξετάσεις, θέτοντας δυνητικούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία. Θεωρείται βέβαιη η οικονομική χρεωκοπία των μικρών εργαστηρίων, εάν δεν παρθούν βελτιωτικά και διορθωτικά μέτρα.

Δεδομένης της μνημονιακής πίεσης για περαιτέρω υποκοστολόγηση των εξετάσεων στο 68%, που είναι σαφώς κάτω του κόστους της άρτιας διενέργειας πολλών αναλύσεων, ο ΕΟΠΥΥ οφείλει να προβεί άμεσα σε κοστολογική εκτίμηση και λήψη αποφάσεων σχετικά με την ορθολογική διαχείριση της συνταγογράφησης, ώστε να περιοριστεί η συνολική διαγνωστική δαπάνη με δικαιότερη τιμολογιακή πολιτική που θα εγγυάται τη διασφάλιση της ποιότητας υπηρεσιών και τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης.

Τι διεκδικούμε για τον ΕΟΠΥΥ:

1. **Αύξηση της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ. Άμεση απαίτηση απόδοσης των ασφαλιστικών εισφορών από τα ταμεία προς τον ΕΟΠΥΥ.**
2. **Συλλογική σύμβαση εργασίας με τον ΕΟΠΥΥ βασισμένη σε ένα νέο ισοβαρές κείμενο σύμβασης μετά από διαπραγμάτευση των συνδικαλιστικών οργάνων υπό την αιγίδα του ΠΙΣ. Άνοιγμα του ΕΟΠΥΥ σε νέους ιατρούς.**
3. **Άμεση απόδοση των ληξιπρόθεσμων και τρέχουσων οφειλών του ΕΟΠΥΥ. Καταβολή στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ των οφειλών από νοσήλια και εργαστηριακές εξετάσεις.**
4. **Καθολική εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων και του θεσπισμένου ανώτατου αριθμητικού ορίου στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το οποίο χρήζει βελτιωτικών αναπροσαρμογών από τις επιστημονικές εταιρείες. Δημιουργία διαγνωστικού ιστορικού προφίλ ασθενούς.**
5. **Ηλεκτρονική κάρτα υγείας ασθενούς**
6. **Κατάργηση του ελέγχου από Ι.Ε.Ε. και θέσπιση online - real time - προκλινικού ελέγχου από τον ΕΟΠΥΥ.**
7. **Κατάργηση του clawback και απόδοση στο ακέραιο αμοιβής για κάθε παραπεμπτικό που εκτελείται.**
8. **Όχι στην οριζόντια υποκοστολόγηση των εξετάσεων σε καθεστώς μείωσης της συνταγογραφικής ύλης, καθώς οδηγεί σε χρεοκοπία τις μικρομεσαίες διαγνωστικές μονάδες, ενώ αφήνει αλώβητες τις μεγάλες επιχειρήσεις υγείας που έχουν τη δυνατότητα διαχείρισης της συνταγογράφησης.**
9. **Η επαναφορά των κλιμακωτών εκ-**





DEMO ABEE 50 ΧΡΟΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

- Επενδύουμε στην Ελλάδα..
- Παράγουμε στην Ελλάδα...
- Στηρίζουμε την Ελλάδα...

Ελληνικό Φάρμακο

DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

πτώσεων αποτελεί βάση συζήτησης με ένα βιώσιμο ανέκπτωτο όριο.

10. **Η μνημονιακή απαίτηση για πληρωμές των ποσών clawback για το 2015 δεν είναι αποδεκτές, διότι οδηγούν σε μαζική κατάρρευση του ιδιωτικού διαγνωστικού τομέα της ΠΦΥ, κάτι που θα επιφέρει μαζική απο-ασφάλιση του πληθυσμού λόγω της αδυναμίας αναπλήρωσης από τις δημόσιες δομές.**

Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ

Θεωρούμε επιβεβλημένη:

- Τη στελέχωση των Κέντρων Υγείας με ιατρούς ειδικοτήτων και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και σύγχρονο εξοπλισμό.
- Συστηματικές επισκέψεις κινητών μονάδων με ιατρούς ειδικοτήτων και εργαστήρια και όχι αποσπασματικές όπως γίνεται. Ήδη ο ΠΙΣ έδωσε μέσω ΚΕΣΥ σύγχρονες προδιαγραφές των κινητών αυτών Μονάδων για κάλυψη ιδιαίτερα αυτών των περιοχών. Πρέπει να δοθούν ειδικά κίνητρα (οικονομικά, επαγγελματικά, επιστημονικά) για την προσέλευση γιατρών όλων των ειδικοτήτων στα νησιά.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ

Η δημοσιοποίηση των κυβερνητικών προθέσεων και σχεδιασμών για το ασφαλιστικό έχει προκαλέσει την έντονη και κλιμακούμενη αντίδραση όλων των κοινωνικών και παραγωγικών ομάδων στην χώρα. Ειδικότερα ανέδειξε και αναζωπύρωσε την ανησυχία και αντίδραση του Υγειονομικού Κόσμου που αντιλαμβάνεται την επικείμενη πλήρη εξουθένωση του πάλαι ποτέ «ευγενούς» Ταμείου Σύνταξης και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ), που από το 2008 έχει υποβιβαστεί σε Τομέα Υγειονομικών του ΕΤΑΑ.

Τα βασικά σημεία των κυβερνητικών προθέσεων για το Ασφαλιστικό, για τα οποία εκφράζεται η έντονη αντίδραση των Υγειονομικών είναι, αφ ενός η επικείμενη ενσωμάτωση του ΕΤΑΑ στον ένα και μοναδικό Δημόσιο Ασφαλιστικό Οργανισμό που προβλέπεται, με συνέπεια τη δραματική απομείωση των συντάξεων, αφετέρου η δραματική αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών που οδηγούν απευθείας στη διόγκωση των συνταξιούχων και ανέργων, στην υπαλληλοποίηση των ελευθεροεπαγγελματιών και στη μετανάστευση.

Η θέση που δημοσιοποίησε ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος είναι ότι το προσχέδιο νόμου για το ασφαλιστικό έχει καθαρά εισπρακτικό και φορολογικό χαρακτήρα και καλείται να καλύψει ένα δημοσιονομικό κενό ύψους 1,8 δισ. ευρώ.

Με την εισφοροεισπρακτική επιδρομή που προβλέπεται από το προσχέδιο, προαναγγέλλεται η μαζική έξοδος μεγάλου αριθμού γιατρών από το επάγγελμα. Παράλληλα μηδενίζεται κάθε προϋπόθεση βιωσιμότητας, ενδυναμώνεται η παραοικονομία, μεθοδεύεται η υπαλληλοποίηση του ιατρού και μεθοδεύεται η μετανάστευση αξιόμαχου ενεργού δυναμικού νέων κυρίως επιστημόνων.

Η εισφοροεπιδρομή σε συνδυασμό με τις αυξήσεις της φορολογίας των εισοδημάτων στο 26% από το πρώτο ευρώ καθαρού εισοδήματος, το τέλος επιτηδεύματος (650 ευρώ), την εισφορά αλληλεγγύης και την αυξημένη προκαταβολή φόρου, από το 55% στο 75% για φέτος και 100% για το 2017, επιβαρύνουν κάθε ατομική δραστηριότητα ελεύθερου επαγγελματία γιατρού και οδηγούν σε πραγματική δήμευση του καθαρού εισοδήματος, που ως αποτέλεσμα θα έχει την αδυναμία επιβίωσης των γιατρών και την ασφαλιστική κατάρρευση λόγω αδυναμίας καταβολής των εισφορών.

Το χαρακτηριστικό παράδειγμα του ελεύθερου επαγγελματία που έχει καθαρό εισόδημα 20.000 ευρώ, ο οποίος υποχρεούται να καταβάλει συνολικά σε φόρους και εισφορές περίπου το 70%, μένοντας με ένα χαμηλό ποσό για τη διαβίωσή του που μεταφράζεται σε 6.000 ευρώ, δείχνει τις επικείμενες δραματικές εξελίξεις από την εφαρμογή των προαναγγελλόμενων ασφαλιστικών διατάξεων.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, μαζί με τους άλλους Πανελλήνιους Επιστημονικούς Φορείς που έχουν ως κοινό Ασφαλιστικό Φορέα το ΕΤΑΑ, δημοσιοποίησε με κάθε τρόπο την απόλυτη αντίθεσή του σε αυτήν την εξέλιξη, πραγματοποιώντας επανειλημμένες παραστάσεις στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με κορυφαία παρέμβαση την πρόσφατη συνάντηση με τον Πρωθυπουργό της χώρας.

Κατά τις παραστάσεις αυτές επισημάνθηκε ότι το προσχέδιο της κυβέρνησης για το ασφαλιστικό δεν συνοδεύεται από καμιά αναλογιστική ή οικονομική μελέτη και δεν θεσμοθετηθεί ένα βιώσιμο ασφαλιστικό σύστημα με προοπτική για το μέλλον.

Τονίστηκε ότι το ασφαλιστικό σύστημα πρέπει να στηρίζεται στη βάση της κοινωνικής προστασίας, της ανταποδοτικότητας και της αλληλεγγύης των γενεών, για να μπορεί να προσφέρει προοπτική και βιωσιμότητα.

Υπογραμμίστηκε η αναγκαιότητα να δοθούν κίνητρα στους νέους επιστήμονες και ασφαλιστική προστασία, ώστε να παραμείνουν στο επάγγελμα. Αυτό ισχύει και για τους μεγαλύτερους σε ηλικία ελευθεροεπαγγελματίες, οι οποίοι στην πλειονότητά τους βγαίνουν πολύ αργά στη σύνταξη και το κράτος ωφελείται, τόσο από τις εισφορές που καταβάλουν ως εργαζόμενοι, όσο και από το γεγονός ότι δεν πληρώνει συντάξεις.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, σε συμπόρευση με τους άλλους Επιστημονικούς Φορείς διεκδικεί την ανεξαρτησία του Ταμείου, με το δεδομένο ότι είναι δυνατή η βιωσιμότητά του.

Κυρίαρχη απαίτηση είναι η απόσυρση αυτού του προσχεδίου και η έναρξη ενός ουσιαστικού κοινωνικού διαλόγου από μηδενική βάση, ώστε να αποτραπούν παρενέργειες που θα οδηγήσουν στην καταστροφή του ενεργού δυναμικού της χώρας μετατρέποντάς την σε τόπο συνταξιούχων.

ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)

Όποια και αν είναι η εξέλιξη με το γενικότερο Ασφαλιστικό ζήτημα εξακολουθούν να υφίστανται και να επιτείνονται τα προβλήματα που έχουν οξυνθεί μετά τη μεταφορά του Κλάδου Ασθενείας στον ΕΟΠΥΥ, με τη δραματική απομείωση των αποθεματικών του Ταμείου, τη συνεχιζόμενη θεαματική μείωση του προσωπικού, τις λειτουργικές ανεπάρκειες και τα ζητήματα που σχετίζονται με τις μειώσεις των συντάξεων.

Τα σημαντικότερα ζητήματα που υποβαθμίζουν δραματικά το ΤΣΑΥ ως Τομέα του ΕΤΑΑ και υπονομεύουν την ασφαλιστική προοπτική των υγειονομικών της χώρας, προήλθαν από την εφαρμογή συγκεκριμένων πολιτικών εκ μέρους των κυβερνήσεων που μετέτρεψαν το άλλοτε ισχυρό, πλεονασματικό και ευγενές Ταμείο σε ένα εξαιρετικά προβληματικό και επισφαλή Οργανισμό.

Η διεκδίκηση ανάταξης των τρεχόντων προβλημάτων του Ταμείου από την πολιτεία, κωδικοποιείται ως ακολούθως:

Εγγυημένη Βασική Σύνταξη

Με τον Ν.3863/2010 θεσπίστηκε νέος τρόπος υπολογισμού της σύνταξης από

Δελτίο τύπου

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η Proton Pharma A.E και η Sandoz μέλος του ομίλου Novartis, βρίσκονται στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσουν τη συνεργασία τους στο χώρο της Ογκολογίας / Αιματολογίας. Πιο συγκεκριμένα, στα πλαίσια της συνεργασίας με την SANDOZ, η Proton Pharma αναλαμβάνει την προώθηση και διανομή προϊόντος με δραστική ουσία Φιλγραστίμη.

Η συνεργασία αυτή θα ενδυναμώσει την ηγετική θέση της Proton Pharma στο χώρο της Βιοτεχνολογίας, καθώς η Sandoz είναι Παγκόσμιος ηγέτης στην έρευνα, ανάπτυξη και παραγωγή Βιοομοειδών φαρμάκων.

Η Proton Pharma παρότι είναι μία νέα σχετικά εταιρεία, έχει καταφέρει να έχει ήδη ηγετική θέση στο χώρο της Ογκολογίας / Αιματολογίας.
Σε αυτό έχει συμβάλλει η επάνδρωσή της με αναγνωρισμένα στελέχη υψηλού δυναμικού, με μεγάλη τεχνογνωσία και εμπειρία στο χώρο της Βιοτεχνολογίας, καθώς και η μεγάλη της επιχειρηματική κληρονομιά, αφού πρόκειται για το νέο επιχειρηματικό βήμα των πρώην ιδιοκτητών της FARAN, μίας εκ των παλαιότερων και πλέον καθιερωμένων Ελληνικών φαρμακευτικών εταιρειών.

Η έναρξη συνεργασίας με την Sandoz σηματοδοτεί μία νέα σελίδα για την Proton Pharma, βοηθώντας την να υλοποιήσει τη δέσμευσή της προς τον Έλληνα ασθενή και το σύστημα υγείας, προσφέροντας Υψηλής ποιότητας, αξιόπιστα, και οικονομικά Βιοτεχνολογικά φάρμακα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών.

proton pharma

SANDOZ Biopharmaceuticals

1.1.2015. Στο άρθρο 37 προβλέπεται η χρηματοδότηση από το Κράτος όλων των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης πλην ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ και του Συστήματος Ασφάλισης Προσωπικού της Τράπεζας της Ελλάδος.

Αυτή η διάταξη βρίσκεται σε αναντιστοιχία με την εφαρμογή των άρθ. 1-4 του νόμου για το ΕΤΑΑ.

Διεκδικείται η τροποποίηση του άρθρου 37 ώστε να συμπεριληφθεί και το ΕΤΑΑ στη χρηματοδότηση της βασικής σύνταξης.

Ζήτημα Μονοσυνταξιούχων

Μεγάλος αριθμός ασφαλισμένων, (παλαιών και κυρίως νέων) έχει ζητήσει τη διαγραφή του από την κατηγορία των μονοσυνταξιούχων και την επιστροφή των εισφορών που έχουν καταβάλει, μετά τις περικοπές που έχουν επιβληθεί με τους ασφαλιστικούς νόμους. Το Ελεγκτικό Συνέδριο δεν εγκρίνει τα εντάλματα επιστροφής, διότι αμφισβητεί την νομιμότητά τους.

Τεκμηριωμένη πρόταση διεκδίκησης περιλαμβάνει τις ακόλουθες νομοθετικές ρυθμίσεις:

1. Εξαίρεση απόδοσης μονοσυνταξιούχου από τις περικοπές.
2. Δικαίωμα επανεγγραφής με αναδρομική καταβολή εισφορών που ίσχυαν τον χρόνο διαγραφής.
3. Με την συμπλήρωση 39 ετών ασφάλισης, προαιρετική διακοπή μονοσύνταξης ή συνέχιση, με προσαύξηση της σύνταξης 2% ετησίως επί 5 έτη.
4. Δυνητική αναστολή εισφοράς μονοσυνταξιούχου από νέους ασφαλισμένους, σε αλλαγή ασφαλιστικής κατηγορίας και μέχρι την επόμενη αλλαγή. Επιμερισμός και πρόσθεση εισφορών στις δύο επόμενες ασφαλιστικές κατηγορίες. Ισχύς επιλογής για μία μόνο αλλαγή.
5. Δυνητική διακοπή μονοσύνταξης των νέων ασφαλισμένων μετά 15 έτη ασφάλισης, με αναλογική προσαύξηση της σύνταξης. Καταβολή εισφορών 5ετίας.
6. Άτοκη επιστροφή εισφορών μονοσύνταξης κατά την συνταξιοδότηση, όταν δεν πληρούνται προϋποθέσεις του άρθρου 7,παρ.8, εδαφ.β΄Ν.982/1979 (ΦΕΚ 239 Α) ή δεν λαμβάνεται αναλογική προσαύξηση.
7. Δυνητική διατήρηση μονοσύνταξης των νέων ασφαλισμένων και μετά τον διορισμό τους σε έμμισθες θέσεις. Υπολογισμός προσαύξησης βάσει των ασφαλιστικών κατηγοριών με σκοπό τις χαμηλότερες εισφορές.

Προσαύξηση βασικής σύνταξης πέραν της 39ετίας για κάθε έτος κατά 3,22%, προς εναρμόνιση στον Ν. 3863/2010 που ορίζει σύνταξη για όλα τα έτη.

Επισημαίνεται ότι με το ασφαλιστικό προσχέδιο η Κατηγορία Μονοσυνταξιούχων καταργείται από 1.1.2016 και παραμένει έωλη η θέση όλων όσων έχουν ενταχθεί και εξακολουθούν να καταβάλλουν τις εισφορές τους.

Καθυστερήσεις Απόδοσης Συντάξεων

Η μεγάλη μείωση του προσωπικού των Υπηρεσιών του ΤΣΑΥ έχει ως συνέπεια τις υπέρμετρες καθυστερήσεις εκκαθάρισης των συνταξιοδοτικών φακέλων, με αποτέλεσμα η απόδοση της σύνταξης να καθυστερεί πέραν των τριών ετών, με ότι αυτό συνεπάγεται για τους ασφαλισμένους που διακόπτουν το επάγγελμα τους προκειμένου να συνταξιοδοτηθούν.

Διεκδίκηση που πρέπει με κάθε τρόπο να εξακολουθήσει να υποστηρίζεται είναι η άμεση στελέχωση των Υπηρεσιών με το απαραίτητο προσωπικό. Εάν αυτό δεν καθίσταται εφικτό πρέπει να ανατεθεί το έργο στον ιδιωτικό τομέα, μετά από την αναγκαία νομοθετική ρύθμιση.

Προσωρινές Συντάξεις

Από τη νομοθεσία ορίζεται η υποχρεωτική χορήγηση προσωρινής σύνταξης κατά 80% μετά από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο, εν όψει της οριστικής εκκαθάρισης μετά από τρία και πλέον έτη.

Με το άρθρο 38 του Ν.3996/11 έχει απαγορευτεί η χορήγηση προσωρινής σύνταξης στις περιπτώσεις που λαμβάνεται ταυτόχρονα σύνταξη από άλλο Φορέα, οριστική η προσωρινή. Επιβάλλεται να τροποποιηθεί το συγκεκριμένο άρθρο ώστε οι δικαιούχοι υγειονομικοί να λαμβάνουν προσωρινή σύνταξη ανεξάρτητα εάν λαμβάνουν και από άλλη πηγή, καθώς και να ανακαθοριστεί το ποσοστό της προσωρινής σύνταξης στο 95%.

Εκκαθάριση Ασφαλιστικών Λογαριασμών

Με τις διατάξεις του Ν.4052/2013 καταργήθηκαν όλες οι υφιστάμενες μέχρι τη δημοσίευσή του ρυθμίσεις με τους προηγούμενους νόμους και όλες οι παλαιές αιτήσεις πρέπει να ενταχθούν στο καθεστώς της ρύθμισης του νέου νόμου 4052/2013, που έφταναν τις 45.000 περίπου.

Δυναμικά πρέπει να επικαιροποιηθεί η διεκδίκηση διεκπεραίωσης των νέων ρυθμίσεων βάσει των οικονομικών δεδομένων που ίσχυαν τον χρόνο που υπεβλήθησαν οι αρχικές αιτήσεις, δεδομένου ότι η καθυστέρηση οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στην αδυναμία της υπηρεσίας να διεκπεραιώσει έγκαιρα την εκκαθάριση των αιτήσεων αυτών.

Ενημέρωση Φακέλων Ασφαλισμένων

Εκ του Ν.4144/2013 (άρθρο 76) ορίζεται η υποχρέωση του ασφαλισμένου να προσκομίζει στο Ταμείο βεβαίωση του εργοδότη με τις εισφορές που έχει παρακρατήσει για το Ταμείο, ώστε να ενημερώνεται ο φάκελός του.

Διεκδικείται η συμπλήρωση του νομικού πλαισίου κατά τρόπο ώστε να προβλέπεται η υποχρεωτική εκ μέρους των εργοδοτών, αναλυτική ηλεκτρονική υποβολή απόδοσης των παρακρατηθέντων για το Ταμείο ποσών, προκειμένου να ενημερώνονται αυτόματα οι φάκελοι των ασφαλισμένων, με πρόβλεψη ποινής σε περίπτωση παράλειψης της υποβολής.

Ήδη ενεργοποιείται, με περιορισμένα μέχρι στιγμής αποτελέσματα, η ηλεκτρονική εφαρμογή ΑΤΛΑΣ. Εκτιμάται ότι η πλήρης λειτουργική απόδοση της εφαρμογής θα προωθήσει σημαντικά τη διεκδίκηση, η οποία παραμένει ενεργή.

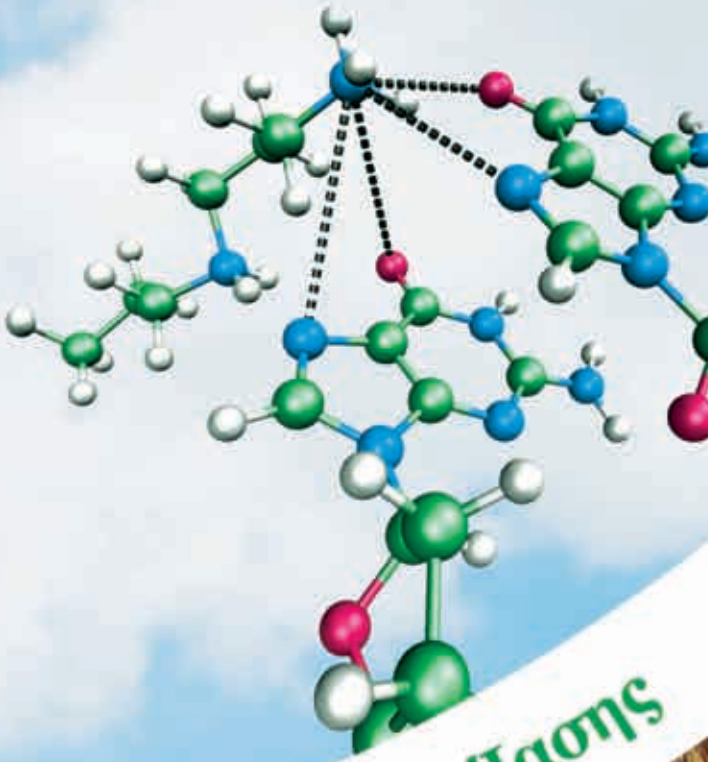
Συμμετοχή του Κράτους στην Κοινωνική Ασφάλιση

Με τις διατάξεις των άρθρων 22 και 35 του Ν.2084/92 θεσπίστηκε η συμμετοχή του Κράτους στην κοινωνική ασφάλιση (τριμερής χρηματοδότηση) των ασφαλιζόμενων από 1.1.93 Υγειονομικών.

Η εκκαθαρισμένη απαίτηση του Ταμείου από την εισφορά αυτή έχει γίνει με βάση τα ανωτέρω μέχρι 31.12.2008. Η συνολική εκκαθαρισμένη απαίτηση από τη συμμετοχή του Κράτους ανέρχεται σε 252.531.170 €. Έναντι της απαίτησης αυτής το Ταμείο έχει εισπράξει το ποσό των 11.894.936,70 €.

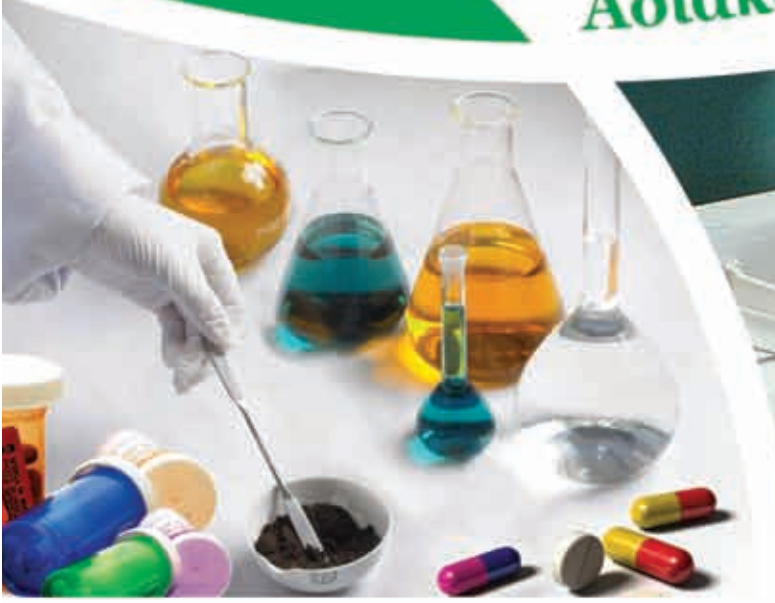
Η επιτροπή που έχει συσταθεί για τον προσδιορισμό της απαίτησης θα κληθεί να καταλογίσει την οφειλή από το 2009 μέχρι και σήμερα. Επιβάλλεται η συνολική διεκδίκηση από τον Υγειονομικό Κόσμο της χώρας, της απόδοσης των αιτουμένων ποσών από τον Κρατικό Προϋπολογισμό όπως ορίζεται από τον Ν.2084, δεδομένου ότι το Ταμείο έχει υποστεί μεγάλες απώλειες στην περιουσία του από την υποχρεωτική συμμετοχή του στο PSI.

Galenica





Αδιάκοπη Αναζήτηση της Ίασης





Galenica a.e.

ΑΘΗΝΑ: Ελευθερίας 4, 145 64 Κηφισιά • Τηλ.: 210 5281700, Fax: 210 5245939 • ΘΕΣ/ΚΗ: Κουντουριώτου & Φαπανού 2 • Τηλ.: 2310 542685 • http://www.galenica.gr

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ

Ο Υγειονομικός Κόσμος εξέφρασε και εκφράζει δια των Πανελλήνιων Φορέων του, την απόλυτη αντίθεσή του απέναντι στην διακηρυχθείσα κυβερνητική πρόθεση να ενσωματωθεί το ΕΤΑΑ και κατά συνέπεια το ΤΣΑΥ στον ένα και μοναδικό Δημόσιο Ασφαλιστικό Οργανισμό (ΕΦΚΑ).

Κεφαλαιώδης διεκδίκηση τόσο για τα ισχύοντα θεσμικά πλαίσια, όσο και στα πλαίσια των όποιων περαιτέρω νομοθετικών κινήσεων, αποτελεί η οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια του ΤΣΑΥ.

Το σύνολο των απαιτούμενων νομοθετικών ρυθμίσεων και παρεμβάσεων εκ μέρους της πολιτείας, προς αποκατάσταση των δυσλειτουργιών του ΤΣΑΥ και προς όφελος των ασφαλισμένων, έχει τεθεί κατ επανάληψη και διεκδικείται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και τους άλλους Πανελλήνιους Υγειονομικούς Φορείς. Αυτό το διεκδικητικό πλαίσιο πρέπει να υποστηριχθεί με κάθε τρόπο από όλους τους Υγειονομικούς Φορείς που εκπροσωπούν ασφαλισμένους του ΤΣΑΥ, ώστε να ασκηθεί συντονισμένη δυναμική πίεση και να υπάρξει αποτέλεσμα. Ο ΠΙΣ πρότεινε τη δημιουργία επαγγελματικού ταμείου με κύριο κορμό τον τομέα υγείας του ΤΣΑΥ. Ήδη ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος σε συντονισμό με αντίστοιχους Πανελλήνιους Φορείς έχει εξαγγείλει γενικότερες κινητοποιήσεις, στις οποίες καλούνται όλοι οι Ιατρικοί Σύλλογοι και όλοι οι Ιατροί να συμμετάσχουν αγωνιστικά. Η Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ, θα δώσει έντονο και δυναμικό το στίγμα της συνολικής διεκδίκησης.

ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος τάσσεται διαχρονικά υπέρ ενός δικαίου, απλού, σταθερού και αποτελεσματικού φορολογικού συστήματος. Ο φορολογικός νόμος 4110/2013 καθιέρωσε φορολόγηση από 0 -50.000 ευρώ εισόδημα στο 26% και το υπερβάλλον ποσό στο 33%. Αύξησε δε το φόρο επιτηδεύματος από 500 σε 650 ευρώ. Η προκαταβολή φόρου του 2016 από 55% γίνεται 75% και το 2017, 100%.

Είναι φανερό που οδηγούν τον ιατρικό κόσμο τα μέτρα αυτά, τα οποία όχι μόνο απομυζούν κάθε ίχνος κέρδους, αλλά και καταστρέφουν κάθε παραγωγική προσπάθεια. Η αξιοποίηση της εμπειρίας των ευρωπαίων εταίρων μας θα μπορούσε να οικοδομήσει φορολογική μεταχείριση, που εντάσσεται αρμονικά στους ρυθμούς μιας ευνομούμενης Πολιτείας, που εμπιστεύεται τους πολίτες της, αναδεικνύει τις ικανότητές τους, στηρίζει τις πρωτοβουλίες τους, σέβεται την προσωπικότητά τους και τονώνει την αξιοπρέπειά τους. Με την άγρια αυτή φορολόγηση των ελεύθερων επαγγελμάτων είναι βέβαιο ότι οδηγούνται στο κλείσιμο, και αρκετά έχουν ήδη κλείσει, τα μικρά και μεσαία ιδιωτικά ιατρεία.

Η σημερινή κρίση έχει οδηγήσει το ιατρικό σώμα να προσφέρει δωρεάν τις υπηρεσίες του, σε μεγάλο μέρος των πολιτών και αυτό θα πρέπει όχι μόνο να το υπολογίζει η Πολιτεία, αλλά να το εκτιμά ιδιαίτερα.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ - ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΙΣ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συμμετείχε παραγωγικά στις εργασίες όλων των Ευρωπαϊκών Οργανώσεων (CPME, UEMS, CEOM, EACME, κ.λπ.). Μεταφέραμε στις Συνδιασκέψεις-Γενικές Συνελεύσεις των Οργανώσεων αυτών τις θέσεις του ιατρικού σώματος σε σημαντικά θέματα όπως η Ιατρική Δεοντολογία, η συνταγογράφηση της δραστικής ουσίας με την περιοριστική πολιτική φαρμάκου, η διασυνοριακή ιατρική περίθαλψη, η αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων κλπ.

Καταθέσαμε ψηφίσματα με την υπογραφή όλων των Προέδρων των Εθνικών Συλλόγων, που μετείχαν στην CPME (Μόνιμη Επιτροπή Ευρωπαίων Ιατρών), στις αντίστοιχες Κυβερνήσεις και τα Όργανα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, για θέματα που αφορούν στην ιατρική εργασία, την περίθαλψη και την ασφάλιση.

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ συμμετείχε στη Σύσκεψη των Προέδρων των Εθνικών Ιατρικών Συλλόγων, που πραγματοποιήθηκε στη Πράγα τον Ιούνιο του 2015. Στη σύσκεψη αυτή υπεγράφη κοινή διακήρυξη από όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους, η Διακήρυξη της Πράγας, στην οποία έγινε ομόφωνα δεκτή η παρέμβασή μας για «εξάλειψη της ανισότητας και αδικίας όσον αφορά την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση σε χώρες που βρίσκονται σε οικονομική και ανθρωπιστική κρίση». Επιπλέον, ομόφωνα έγινε αποδεκτή η αίτηση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου να γίνει μέλος του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου. Έτσι, στη Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου στη Μόσχα στις 15-17.10.2015 ο ΠΙΣ έγινε το 112ο μέλος του Παγκοσμίου Ιατρικού Συλλόγου.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

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

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

Η ιατρική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των γιατρών 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 γιατρών επιτελείται εκ των ενόντων. Αυτή η δυσλειτουργία επιβάλλεται να αποκατασταθεί αμέσως.

ΔΥΣΦΗΜΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, με συνεχείς παρεμβάσεις προς την Δικαιοσύνη, στη Πολιτική Ηγεσία, το ΕΣΡ, τα ΜΜΕ, την ΕΣΗΕΑ, απαίτησε να σταματήσει η συκοφάντηση, οι άδικες επιθέσεις και ο αρνητικός χαρακτηρισμός του συνόλου του ιατρικού κόσμου, που διαταράσσουν τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή-γιατρού και δημιουργούν προβλήματα στην υγεία και περίθαλψη του λαού.

Τα υπαρκτά προβλήματα διαφθοράς και παραοικονομίας πρέπει να αντιμετωπιστούν με τρόπο αποτελεσματικό, μέσα από συλλογική προσπάθεια, ώστε και το ιατρικό λειτούργημα να απαλλαγεί από όλα εκείνα τα στοιχεία που το αμαυρώνουν και το εκθέτουν.

ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ - ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

Από 1.4.2016 ο ΠΙΣ αναλαμβάνει τη σχετική δικαιοδοσία μετά την ολοκλήρωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών από μέρους των Υπουργείων.


Μετατρέποντας τον κώδικα της ζωής σε **καινοτόμα φάρμακα**
Στην Amgen πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις στα πλέον επιτακτικά ιατρικά ζητήματα είναι καταγεγραμμένες στο DNA μας.
Ως ηγέτιδα εταιρεία στο χώρο της βιοτεχνολογίας παγκοσμίως, η Amgen χρησιμοποιεί τη βαθιά κατανόηση του κώδικα του DNA για την ανάπτυξη στοχευμένων θεραπειών που καλύπτουν τις ανάγκες των ανθρώπων με σοβαρές ασθένειες και βελτιώνουν σημαντικά τη ζωή τους.
Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την Amgen, το πρωτοποριακό επιστημονικό της έργο και τα καινοτόμα φάρμακά της, επισκεφθείτε το www.amgen.com και το www.amgen.gr.
AMGEN®
Pioneering science delivers vital medicines™
GREAT PLACE TO WORK Best Workplaces 2014 Greece
©2011 Amgen Inc. All rights reserved.
AH/VAP/03-2014/005

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ - ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ Δ.Σ. ΠΙΣ

Η εισήγηση-απολογισμός που παρουσιάζει το Δ.Σ. του ΠΙΣ είναι αποτέλεσμα ανάλυσης, μελέτης, καταγραφής και συνεργασίας των μελών του, αλλά και μέσα από προτάσεις και παρατηρήσεις συναδέλφων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας. Είναι και πάγιες θέσεις του ιατρικού σώματος όπως έχουν διατυπωθεί μέσα και από τις Γενικές μας Συνελεύσεις. Η εισήγηση αυτή μπορεί να εμπλουτιστεί με την δική σας συμβολή.

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Αν η χώρα μας στην εποχή των μνημονίων καταφέρνει και επιβιώνει, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο λαός της ξεπερνά κατά πολύ τα συνηθισμένα όρια των αντοχών του. Σε κάθε μορφή της κοινωνικής ζωής αυτό είναι ορατό διά γυμνού οφθαλμού. Αλλά ο τομέας που αξίζει ιδιαίτερης μνείας είναι ο δικός μας, η Υγεία.

Γιατί διασφαλίζει την υγεία και τη ζωή των πολιτών, την πρώτη προϋπόθεση στον καθένα ξεχωριστά και σε μια ολόκληρη κοινωνία για να συνεχίζει να επιβιώνει, να παλεύει και να ελπίζει. «Να έχουμε την υγειά μας και τα υπόλοιπα τα βρίσκουμε» συνηθίζουν να λένε οι άνθρωποι.

Τα νοσοκομεία μας είναι η φωτογραφία και η ακτινογραφία της Ελλάδας που δοκιμάζεται σκληρά από την κρίση. Εκεί από όπου περνούν εκατομμύρια ασθενών τον χρόνο. Εκεί όπου εκατοντάδες άνθρωποι στριμώχνονται καθημερινά περιμένοντας να έρθει η σειρά τους για να τους δει γιατρός.

Εκεί που το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό -παρά τις τεράστιες ελλείψεις- για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες εργάζεται μέχρις εξαντλήσεως. Χωρίς ωράριο, χωρίς ρεπό, χωρίς τα αναγκαία οικονομικά μέσα.

Αυτή είναι η σημερινή πραγματικότητα. Τίποτα δεν θυμίζει τη δημόσια, δωρεάν, καθολική και προσβάσιμη υγεία για όλους. Η δημόσια Υγεία στη χώρα μας συρρικνώθηκε και απαξιώθηκε κατά την τελευταία εξαετία. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποβαθμίστηκε από την υποχρηματοδότηση που το άφησε χωρίς πόρους, υλικά και προσωπικό, με εξαθλιωμένους γιατρούς και εργαζομένους.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έκλεισε. Συνάδελφοι βρέθηκαν στον δρόμο ή στην εργασιακή ανασφάλεια. Ο ασθενής αφέθηκε σχεδόν στην τύχη του, να πληρώνει συνεχώς από την τσέπη του για να καλύψει τις υγειονομικές του ανάγκες. Οι υγειονομικοί δείκτες κατέρρευσαν, αφήνοντας πίσω τους την ανθρωπιστική κρίση.

Σε αυτό το βαριά τραυματισμένο πλαίσιο, κάτω από συνθήκες γενικευμένης όξυνσης των προβλημάτων καλούμαστε να αγωνιστούμε ενωμένοι για την ανατροπή των κοινωνικών ερειπίων των πολιτικών των περικοπών. Ως γιατροί ας δώσουμε τη μάχη να ξεκινήσει η μεγάλη προσπάθεια αντιστροφής της πορείας απαξίωσης και διάλυσης από τη «βαριά τραυματισμένη» Υγεία, απαιτώντας την εφαρμογή ενός άλλου πολιτικού σχεδίου με διαφορετικές προτεραιότητες για την επιβίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη χάραξη της αναδιοργάνωσής του.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου με ετοιμότητα και εγρήγορση θα απαιτήσει δυναμικά με την ενεργό συμμετοχή όλου του ιατρικού κόσμου, από την πολιτεία, να επιλύσει τα βασικά ζητήματα που παραθέσαμε με προτεραιότητα τη διασφάλιση ως οφείλει υψηλού επιπέδου υπηρεσιών για τους ανθρώπους και χωρίς κόστος για τους οικονομικά αδύναμους και ανθρώπινες συνθήκες για τους λειτουργούς της υγείας.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο
του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου
Ο Πρόεδρος
ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γεν. Γραμματέας
ΔΗΜΗΤΡΗΣ Γ. ΒΑΡΝΑΒΑΣ

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ ΠΙΣ

Συμπόσιο του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA)

Ο πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκος τόνισε τη συμβολή της Ελλάδας στο μεγάλο προσφυγικό-μεταναστευτικό ζήτημα και στην αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων που προέκυψαν

Αθήνα, 1 Μαρτίου 2016

Στο Συμπόσιο του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA), που πραγματοποιήθηκε στην Κωνσταντινούπολη στις 26-28 Φεβρουαρίου 2016, με θέμα: **«Πόλεμος, Μετανάστευση, Υγεία»**, συμμετείχε ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου **κ. Μιχαήλ Βλασταράκος**.

Μετά το καλωσόρισμα από τον Πρόεδρο του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA), **Sir Michael Marmot**, τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Τουρκίας Dr. **Bayazit Ilhan** και τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Κωνσταντινούπολης Dr **Selçuk Erez**, ακολούθησε ομιλία του Προέδρου του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου *«Το χάσμα στην υγεία: Η πρόκληση ενός άνισου κόσμου»*.

Στη συνέχεια αναπτύχθηκε το προσφυγικό-μεταναστευτικό ζήτημα, με γνώμονα την υγεία και την περίθαλψη των μετακινούμενων πληθυσμών, με κεντρικούς εισηγητές τον Πρόεδρο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκο, την Πρόεδρο της Σουηδίας Heidi Stenmirez, τον Πρόεδρο του Βελγίου André Heirszuelz και τον εκπρόσωπο του Ισραήλ Leonid Eildelmann.

Πρωτόγνωρες μεταναστευτικές ροές δέχεται η Ελλάδα

Ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κατά την ομιλία του τόνισε ότι οι προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές που δέχεται η χώρα μας είναι πρωτόγνωρες. Μέσα από τον τρόμο του πολέμου και του διωγμού –είπε ο κ. Βλασταράκος- η Ελλάδα αποτελεί για τους ανθρώπους αυτούς, το πρώτο ασφαλές

καταφύγιο, διότι παρά τη βαθειά οικονομική κρίση που διέρχεται η χώρα μας, περιθάλπει και βοηθά τους πληθυσμούς αυτούς, με περισσή αλληλεγγύη και αξιοπρέπεια.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. αναφέρθηκε στους αριθμούς των προσφυγικών-μεταναστευτικών εισροών, που έχει καταγράψει το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, καθώς και στις υποχρεώσεις που έχει αναλάβει η Ελλάδα απέναντι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όσον αφορά την ταυτοποίηση, την καταγραφή και φιλοξενία. Συγκεκριμένα, σημείωσε ότι η χώρα υποδέχεται το 95% των προσφύγων και μεταναστών που κατευθύνονται προς την Ευρώπη και μέσα σε ένα χρόνο (1.1.2015 – 15.2.2016), έχουν καταγραφεί 950.000 περίπου πρόσφυγες και μετανάστες.

Επίσης, η καταγραφή διευκολύνθηκε μετά την αποστολή από την Ε.Ε. ικανού αριθμού ειδικών μηχανημάτων (EURODAC). Παράλληλα, τα κέντρα καταγραφής, διαπίστευσης ή ταυτοποίησης (hot spots), που διαθέτει η χώρα στα νησιά Λέσβο, Λέρο, Χίο, Σάμο και Κω, έχουν συνολική χωρητικότητα 7.000 ατόμων, περίπου.

Όπως πρόσθεσε, παρά τη μόνιμη επωδό κάποιων ότι η Ελλάδα δεν μπορεί να διαφυλάξει τα σύνορά της, η Frontex έχει πιστοποιήσει την πολλή και καλή δουλειά που γίνεται στη χώρα.

«Κανείς δεν μπορεί να πράξει κάτι διαφορετικό από το να διασώζει τους πρόσφυγες. Ας μην ξεχνάμε ότι η αντιμετώπιση και η φιλοξενία των προσφύγων στα νησιά οδήγησε σε 3 υποψηφιότητες για το Νόμπελ Ειρήνης», υπερθεμάτισε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ.

Στη συνέχεια σημείωσε ότι οι ροές θα πρέπει να σταματούν στην Τουρκία, να καταγράφονται και στη συνέχεια να προωθούνται στις χώρες της Ευρώπης, που έχουν συμφωνήσει και έχουν ανοίξει θέσεις υποδοχής.

Η Τουρκία θα πρέπει, πρόσθεσε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ., να βοηθηθεί ώστε να συγκρατήσει και να διαχειριστεί τις ροές των προσφύγων, έως ότου ολοκληρωθούν οι εχθροπραξίες στη Μέση Ανατολή και πιο συγκεκριμένα στη Συρία.

«Η Ευρώπη των αξιών της Δημοκρατίας, της Ελευθερίας, της Αλληλεγγύης και του Ανθρωπισμού, οφείλει να διασφαλίσει την κοινή δράση μπροστά στην τραγωδία που εξελίσσεται καθημερινά στο Αιγαίο Πέλαγος, στη Μεσόγειο Θάλασσα και στους χερσαίους δρόμους προς την Κεντρική Ευρώπη», επισήμανε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ.

Για τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο είναι αυτονόητη παράμετρος η κάλυψη των αναγκών περίθαλψης, όλων των ανθρώπων που φτάνουν στη χώρα μας. Δεν υπάρχει ζήτημα υγειονομικής βόμβας και μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων, αλλά ανάγκη ελέγχου και επείγουσας υγειονομικής φροντίδας των ταλαιπωρημένων αυτών ανθρώπων, σε πρωτοβάθμιο ή σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. Για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι αναγκαία η άμεση χρηματοδότηση από ευρωπαϊκούς πόρους, ενός συνολικού στρατηγικού σχεδίου, επαρκούς υγειονομικής φροντίδας που θα περιλαμβάνει:

1) Ενίσχυση με προσωπικό και φάρμακα – εμβόλια – υλικό πρώτης ανάγκης, όλων των δημοσίων δομών στα νησιά του Αιγαίου που αποτελούν πύλες εισόδου.
2) Κάλυψη σε 24ωρη βάση με ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό των ανοικτών Κέντρων Φιλοξενίας στην Αττική και των Προαναχωρησιακών Κέντρων.
3) Προτυποποίηση των διαδικασιών άμεσης φροντίδας, την εφαρμογή πρωτοκόλλων καταγραφής (κάρτα υγείας) και διαχείρισης των συνολικών προβλημάτων υγείας των προσφύγων - μεταναστών, την πιστοποίηση και τον συντονισμό όλων των εμπλεκομένων οργανώσεων και εθελοντών, την παροχή πληροφοριακού υλικού, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τη διαπολιτισμική κουλτούρα και το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των δικαιωμάτων των ασθενών.



Από αριστερά: Dr. Bayazit Ilhan, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Τουρκίας, Dr. Otmar Kloiber, Γεν. Γραμματέας Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου και Μιχαήλ Βλασταράκος, Πρόεδρος ΠΙΣ

Κλείνοντας την ομιλία του, ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος τόνισε, ότι στον τομέα της υγείας, όπως και στους άλλους τομείς του προσφυγικού ζητήματος, δοκιμάζονται οι θεμελιώδεις ανθρώπινες αξίες, ενώ προκύπτουν αλλαγές, που είτε θα οδηγήσουν στην κατεύθυνση του ουμανισμού, της αλληλεγγύης και της συνεργασίας, ή θα επικρατήσουν οι λογικές της περιχαράκωσης, των κλειστών συνόρων και της ξενοφοβίας. Για την Ελλάδα είναι φανερό ποιο δρόμο ακολουθούμε.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. πρότεινε στους συναδέλφους του ιατρούς να προετοιμασθούν και να ενεργήσουν βάσει του καθήκοντος που υπαγορεύει ο Ιπποκράτης «ωφελείν ή μη βλάπτειν», να οδηγήσουν τους πολιτικούς ηγέτες της Ευρώπης και του κόσμου να ταυτίσουν τις αποφάσεις και τις ενέργειές τους στο ζήτημα των προσφύγων με τις ανθρωπιστικές αξίες.

Στη διάρκεια του Συμποσίου μίλησαν οι Πρόεδροι των εθνικών Ιατρικών Συλλόγων της Ευρώπης και Μεσογειακών χωρών (Σουηδία, Ισραήλ, Βέλγιο, Γερμανία, Ελβετία, Γαλλία, Πολωνία, Νορβηγία κ.ά.), καθώς και εκπρόσωποι της τουρκικής κυβέρνησης, τοπικοί φορείς και εκπρόσωποι τοπικών Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, με επικεφαλή τον Πρόεδρο του Εθνικού Ιατρικού Συλλόγου της Τουρκίας, Dr. Bayazit Ilhan.

Κύριο συμπέρασμα του Συμποσίου του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου για το προσφυγικό ζήτημα, είναι ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα και αξίες, είναι εκείνα που πρέπει να κυριαρχούν στις πολιτικές, όχι μόνον της Ευρώπης, αλλά όλου του κόσμου. Βασικός άξονας για την επίτευξη του προαναφερόμενου στόχου είναι το καλωσόρισμα των προσφύγων, των ζητούντων άσυλο και των λοιπών μεταναστών. Η απροθυμία παροχής βοήθειας και στήριξης προς αυτούς τους ανθρώπους καταδικάζεται από πολλές χώρες. Η δημιουργία φραχτών δεν είναι λύση αφού υποβάλλει τους ήδη ταλαιπωρημένους ανθρώπους σε επιπλέον κακουχίες με αβέβαιη εξέλιξη.

Συνάντηση του Προέδρου του ΠΙΣ με τον Πρωθυπουργό κ. Αλέξη Τσίπρα στο Μέγαρο Μαξίμου

Αθήνα, 25 Ιανουαρίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχάλης Βλασταράκος συναντήθηκε στις 25 Φεβρουαρίου, με τον Πρωθυπουργό κ. Αλέξη Τσίπρα, με τη συμμετοχή των Προέδρων του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδος κ. Γεωργίου Στασινού και της Ολομέλειας των Δικηγορικών Συλλόγων Ελλάδος κ. Βασιλείου Αλεξανδρή.



Στιγμιότυπο από τη συνάντηση.

«Ζήτησα από τον Πρωθυπουργό να παραμείνει ανεξάρτητο το Ταμείο μας ΕΤΑΑ, το οποίο παρότι δεν έχει πάρει μέχρι σήμερα από τον Κρατικό Προϋπολογισμό ούτε ένα ευρώ ως χρηματοδότηση, εν τούτοις εξακολουθεί να είναι βιώσιμο, παρά την απομείωση των αποθεματικών του, με διάφορους τρόπους (άτοκες καταθέσεις, δομημένα ομόλογα, PSI, κακοδιαχείριση κ.λπ.).

Το ΕΤΑΑ μπορεί να παραμείνει βιώσιμο για χρόνια στο πλαίσιο όμως της τριμερούς χρηματοδότησης. Τα ήδη υπάρχοντα αποθεματικά του Ενιαίου Ταμείου των Επιστημόνων, τα οποία ανέρχονται περίπου σε 3 δισ. ευρώ (κινητή και ακίνητη περιουσία) εισερχόμενα στη χοάνη ενός ενιαίου Ταμείου, θα χαθούν μαζί με τα υπόλοιπα, που τόσα χρόνια απομυζήθηκαν με κάθε τρόπο.

Ανέφερα στον Πρωθυπουργό ότι το 30% των αυτοαπασχολούμενων ιατρών αδυνατεί σήμερα να καταβάλει τις ήδη ισχύουσες εισφορές. Η αύξηση των εισφορών σε δυσθεώρητα ύψη (συνολικά 32%-34% επί των καθαρών εισοδημάτων), μαζί με την υπερφορολόγηση η οποία για εφέτος αντιστοιχεί στο 35% των καθαρών εισοδημάτων, δημιουργεί μία συνολική επιβάρυνση της τάξεως του 70% επί των καθαρών εισοδημάτων. Ένας ιατρός που δηλώνει ετήσιο εισόδημα 20.000 ευρώ (είναι το δηλούμενο καθαρό εισόδημα του μέσου όρου των αυτοαπασχολούμενων ιατρών σύμφωνα με στοιχεία Υπουργείου Οικονομικών για το έτος 2014) θα πρέπει να καταβάλει σε φόρους και εισφορές 14.000 ευρώ, χωρίς να υπολογίσει τον ΕΝΦΙΑ, τα τέλη κυκλοφορίας και λοιπές φορολογικές υποχρεώσεις. Άρα απομένει ένα μικρό εισόδημα με το οποίο πρέπει να καλύψει τις ανάγκες του. Δεν επιτρέπεται στη Γαλλία, όπου δεν υπάρχει ύφεση όπως στην Ελλάδα, ένας ιατρός με εισοδήματα 40.000 ευρώ, να πληρώνει εισφορές 3.300 ευρώ και στην Ελλάδα να καλείται να πληρώσει 14.000 ευρώ.

Τόνισα στον Πρωθυπουργό ότι το Φορολογικό Νομοσχέδιο δεν συνοδεύεται από καμία μελέτη, αναλογιστική ή οικονομική, δεν αποτελεί μεταρρύθμιση και έχει δημοσιονομικά χαρακτηριστικά.

Αποδυναμώνει το παραγωγικό δυναμικό της χώρας, αυξάνει την παραοικονομία και οδηγεί στην ανεργία, την υπαλληλοποίηση και τη μετανάστευση το πιο αξιόμαχο ιατρικό προσωπικό της χώρας.

Το Σύστημα Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το ασφαλιστικό. Νέοι ιατροί δεν υπάρχουν σε πολλές ειδικότητες για να εργαστούν στην Ελλάδα, φεύγουν στο εξωτερικό όπου και παραμένουν. Έτσι, αυξάνεται δυναμικά ο δείκτης των συνταξιούχων σε σχέση με τους εργαζόμενους ιατρούς. Είναι σχεδόν βέβαια ότι σε μικρό χρονικό διάστημα το ΕΣΥ δεν θα μπορεί να λειτουργήσει, λόγω της «γήρανσής» του (ο μέσος όρος ηλικίας των επιστημόνων είναι 60 ετών) και της μη πρόσληψης μονίμων ιατρών. Το Νοσοκομειακό Σύστημα θα καταρρεύσει και η υγεία των πολιτών θα τεθεί σε κίνδυνο.

Ζήτησα από τον Πρωθυπουργό οι υπάρχουσες εισφορές να διατηρηθούν ως έχουν και μόνο για πολύ ψηλά εισοδήματα να γίνει μία μικρή προσαύξηση προκειμένου να μπορούν να καταβάλλονται.

Θα πρέπει να αναλογιστούμε όλοι τις ευθύνες μας, να δώσουμε ζωτικό χώρο να εργαστούν οι νέοι επιστήμονες στον τόπο τους αξιοπρεπώς, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της χώρας.

Η Κυβέρνηση θα πρέπει να αποσύρει αυτό το Νομοσχέδιο, να αρχίσει έναν ευρύ κοινωνικό διάλογο από μηδενική βάση, προκειμένου να υπάρξει προοπτική, η οποία θα οδηγεί όχι στο κλείσιμο κάθε ατομικής δραστηριότητος, αλλά στην ενδυνάμωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Ο τόπος έχει ανάγκη από μεταρρυθμίσεις, οι οποίες οδηγούν στην αξιοπρεπή διαβίωση και λειτουργία και όχι στην απαξίωση και αποδυνάμωση».

Τοποθέτηση του Προέδρου του ΠΙΣ στη Βουλή για το ασφαλιστικό νομοσχέδιο

Αθήνα, 27 Απριλίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Την αντίθεσή του στο Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο εξέφρασε ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, την Τρίτη 26 Απριλίου 2016, κατά τη συζήτηση στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής.



Ο κ. Βλασταράκος διατύπωσε τη διαφωνία του με την πρόθεση της κυβέρνησης να προωθήσει το συγκεκριμένο Νομοσχέδιο, σύμφωνα και με την απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. του περασμένου Φεβρουαρίου.

Τόνισε, ότι το Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο δεν έχει μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα, αλλά δημοσιονομικό και καλείται να καλύψει τη μείωση των ασφαλιστικών δαπανών που προβλέπονται στον προϋπολογισμό.

Με την εισφοροδοτική επιδρομή που προβλέπει, προαναγγέλλει τη μαζική έξοδο μεγάλου αριθμού ιατρών από το επάγγελμα. Δεν δημιουργεί προϋποθέσεις βιωσιμότητος και θα φέρει την ενδυνάμωση της παραοικονομίας, την υπαλληλοποίηση του ιατρού και τη μετανάστευση μεγάλου και αξιόμαχου ενεργού δυναμικού, ιδίως νέων επιστημόνων.

Θεωρούμε, τόνισε, ότι η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών μέσω του Νομοσχεδίου είναι άδικη, κυρίως όμως αναποτελεσματική, καθώς θα οδηγήσει την πλειοψηφία των αυτοαπασχολούμενων ιατρών στην ανεργία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητος και την απώλεια εσόδων για τα Ασφαλιστικά Ταμεία και τον κρατικό προϋπολογισμό.

Παράλληλα, με το Νομοσχέδιο, εξαλείφεται κάθε στοιχείο αναλογικότητος, εισφορών και συνταξιοδοτικής παροχής, γεγονός που θα αυξήσει περαιτέρω τα φαινόμενα εισφοροδιαφυγής.

Ο κ. Βλασταράκος καταδίκασε το γεγονός ότι το εν λόγω Νομοσχέδιο δεν συνοδεύεται από αναλογιστική ή οικονομική μελέτη και δεν θεσμοθετεί ένα βιώσιμο ασφαλιστικό σύστημα. Αν ψηφιστεί αυτό το Νομοσχέδιο, είπε, πιστεύουμε ότι θα γίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα και νέα παρέμβαση στο ασφαλιστικό ζήτημα.

Πέραν της αύξησης των εισφορών, οι αυτοαπασχολούμενοι ιατροί έχουν να αντιμετωπίσουν την μεγάλη φοροεπιδρομή, η οποία τους δημιουργεί μεγάλα προβλήματα βιωσιμότητας.

Για κάθε 10 ευρώ τα 7 ευρώ, πηγαίνουν σε ασφαλιστικές και φορολογικές υποχρεώσεις. Άρα παραμένουν διαθέσιμα μόλις 3 από τα 10 ευρώ.

Σε ένα καθαρό εισόδημα 20.000 ευρώ, 14.000 ευρώ θα επιστραφούν στο κράτος, μέσω των ασφαλιστικών και φορολογικών υποχρεώσεων. Με τις 6.000 ευρώ που απομένουν, καλείται ένας αυτοαπασχολούμενος ιατρός να ανταπεξέλθει στις άλλες υποχρεώσεις του (διαβίωση, πληρωμή ΕΝΦΙΑ κ.λπ.).

Όσον αφορά το θέμα των συντάξεων, θα προκληθούν στους νέους συνταξιούχους μειώσεις της τάξεως των 15%–30%, μέσα από τα ποσοστά αναπλήρωσης.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. ανέφερε, ότι η υπέρογκη αυτή αύξηση των εισφορών, δεν προβλέπεται σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Στη Γαλλία, όπου τα εισοδήματα είναι κατά πολύ υψηλότερα συγκριτικά με τη χώρας μας, ένας ιατρός με εισόδημα 40.000 ευρώ, πληρώνει για σύνταξη 3.000 ευρώ, ενώ εδώ θα κληθεί να πληρώσει 8.000 ευρώ.

Η πρόταση του Ιατρικού Κόσμου, αλλά και των υπόλοιπων Υγειονομικών Φορέων, είναι:

Η ανεξαρτησία του Ταμείου των Επιστημονικών Φορέων (ΕΤΑΑ), στο πλαίσιο της τριμερούς χρηματοδότησης.

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ επανέλαβε ότι μέχρι σήμερα το Ταμείο είναι βιώσιμο, παρότι δεν έχει πάρει επιχορήγηση ούτε 1 ευρώ από το κρατικό προϋπολογισμό.

Αντιθέτως, έχουν μειωθεί με διάφορους τρόπους τα αποθεματικά του Ταμείου μας.

- Υπολογισμό των ασφαλιστικών και υγειονομικών εισφορών στη βάση του ασφαλίστρου και της παροχής και όχι επί αμιγώς φορολογικού χαρακτήρα ποσοστών επί του εισοδήματος.
- Η κατάργηση του κλάδου των μονοσυνταξιούχων με αναδρομική ισχύ από 1.1.2016, επιφέρει σημαντική ζημία στο κλάδο. Τα χρήματα των ασφαλισμένων θα εξανεμιστούν συρρικνώνοντας περαιτέρω τη σύνταξη των αυτοαπασχολούμενων υγειονομικών.

Καταλήγοντας ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. τόνισε ότι με το Νομοσχέδιο που προωθεί η κυβέρνηση δεν εξασφαλίζεται η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος, που θα προάγει την ανάπτυξη, την αλληλεγγύη και τη μείωση της ανεργίας. Αντιθέτως, θα επιτείνει την ύφεση, τη φοροδιαφυγή και τη μετανάστευση, που για το νέο ιατρό, θα είναι μονόδρομος.

Η Κυβέρνηση, πρέπει να αναλογιστεί τις ευθύνες της, να αποσύρει αυτό το Νομοσχέδιο, όπως τόνισαν και οι υπόλοιποι φορείς, να προωθήσει δε, άλλο σχέδιο για το ασφαλιστικό το οποίο θα προκύψει μέσα από ευρύ κοινωνικό διάλογο με τα κόμματα και τους κοινωνικούς φορείς.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος για το ασφαλιστικό και τον ΕΟΠΥΥ

Αθήνα, 16 Μαΐου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Για την πρόθεση του Υπουργού Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθού να ικανοποιήσει αιτήματα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου ενημέρωσε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκος το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου.

Στη συνάντηση μεταξύ του Υπουργού Υγείας κ. Α. Ξανθού, του Προέδρου του Π.Ι.Σ. κ. Μ. Βλασταράκου και του Γενικού Γραμματέα κ. Δημήτρη Βαρνάβα, τέθηκαν τα εξής θέματα:

- Ιατρική Νομοθεσία. Ο Υπουργός διαβεβαίωσε τους εκπροσώπους των ιατρών ότι η σύγχρονη Ιατρική Νομοθεσία, όπως ακριβώς έχει εγκριθεί από τις Γενικές Συνελεύσεις, θα προωθηθεί στη Βουλή στις αρχές Ιουνίου μαζί με το Νομοσχέδιο για την Π.Φ.Υ., το οποίο βρίσκεται στο στάδιο της διαβούλευσης.
- Εξαίρεση παλαιών ιατρείων και εργαστηρίων. Οι εκπρόσωποι του Π.Ι.Σ. ζήτησαν την εξαίρεση ιατρείων και εργαστηρίων που έχουν αδειοδοτηθεί προ της θεσμοθέτησης του Π.Δ. 84/2001.
- Υπηρεσία υπαίθρου. Ζητήθηκε η εφαρμογή του Νόμου για την ταυτόχρονη υπηρεσία υπαίθρου με την υπηρεσία στρατευσίμων ιατρών, οι οποίοι πλεονάζουν στις Ένοπλες Δυνάμεις.

Επίσης, οι εκπρόσωποι του Π.Ι.Σ. ζήτησαν τη διόρθωση της Υπουργικής Απόφασης, στην οποία αναφέρεται ότι ο ειδικευόμενος ιατρός, κατά την ειδίκευσή του στα Νοσοκομεία της χώρας, πρέπει να προσκομίζει βεβαίωση εγγραφής από Ιατρικό Σύλλογο. Το ορθό είναι να αναγράφεται από τον «οικείο Ιατρικό Σύλλογο», όπως υπήρχε και στο παρελθόν, για να μην δημιουργούνται προβλήματα.

Ο Υπουργός Υγείας ήταν δεκτικός στα αιτήματα του Π.Ι.Σ.

Ασφαλιστικό

Την αντίθεση του Π.Ι.Σ. στον νέο νόμο για το ασφαλιστικό, το οποίο έχει φορολογικό χαρακτήρα, επανέλαβε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχάλης Βλασταράκος.

Το Διοικητικό Συμβούλιο εξουσιοδότησε το Προεδρείο να συνεχίσει τους αγώνες ενάντια στις διατάξεις του νόμου. Επίσης, αποφάσισε να προσβάλλει στο Συμβούλιο της Επικρατείας τις εφαρμοστικές διατάξεις, οι οποίες θα αφορούν το Ταμείο των Υγειονομικών. Σε συνεργασία με τους άλλους Υγειονομικούς Φορείς, το Προεδρείο του Π.Ι.Σ. θα εξετάσει τη δυνατότητα δημιουργίας Επαγγελματικού Ταμείου, με πυρήνα τον Τομέα Πρόνοιας και της Στέγης Υγειονομικών.

Όσον αφορά τον ΕΟΠΥΥ και την συνεχιζόμενη διαπραγμάτευση, ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. ενημέρωσε το Διοικητικό Συμβούλιο ότι μέχρι σήμερα οφείλονται στον Οργανισμό από τα Ασφαλιστικά Ταμεία 2,3 δισ. ευρώ από εισφορές ασθένειας. Οι δε ληξιπρόθεσμες οφειλές του Π.Ι.Σ. προς τους παρόχους, ανέρχονται στο 1,7 δισ. ευρώ. Εάν τα Ασφαλιστικά Ταμεία είχαν εξοφλήσει τις υποχρεώσεις τους προς τον ΕΟΠΥΥ, ο Οργανισμός θα μπορούσε να ανταποκριθεί στην αποπληρωμή των οφειλομένων ποσών προς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Η ομάδα διαπραγμάτευσης, συνεχίζει τη λειτουργία της με τις αντίστοιχες ομάδες του ΕΟΠΥΥ, για να δημιουργηθούν συμβάσεις που θα στηρίζονται στη βάση της ισοτιμίας, της νομιμότητας, της εκπλήρωσης των συμβατικών υποχρεώσεων του ΕΟΠΥΥ στα όρια των οριζομένων προθεσμιών στο 100% των παροχών.

Πληρωμή των παρόχων εντός Μαΐου

Τη διαβεβαίωση του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ για την αποπληρωμή των παρόχων εντός του Μαΐου για το μήνα Ιανουάριο, στο 100% των εκκαθαριζομένων δαπανών, μετά από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο (5% των δαπανών), εισέπραξε ο κ. Βλασταράκος. Επίσης, ενημερώθηκε ότι θα καταβληθεί προσπάθεια ώστε να πληρωθούν γρήγορα οι επόμενοι μήνες.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος επαναλαμβάνει ότι προσπαθεί σε καθημερινή βάση να προωθήσει δίκαια αιτήματα των υγειονομικών με ψυχραιμία, υπομονή, αλλά και διατυπώνοντας την αντίθεσή του με επιχειρήματα όποτε αυτό απαιτείται. Ως θεσμικός σύμβουλος της Πολιτείας σε θέματα Υγείας, θα συνεχίσει τον αγώνα με γνώμονα το συμφέρον των πολιτών και των ιατρών, μακριά από σκοπιμότητες.

Θέσεις Προέδρου Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου στην κοινή συνέντευξη τύπου επιστημονικών φορέων

Αθήνα, 19 Ιανουαρίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Η θέση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου είναι ότι το προσχέδιο νόμου για το ασφαλιστικό έχει καθαρά δημοσιονομικό χαρακτήρα και καλείται να καλύψει τη μείωση των ασφαλιστικών δαπανών που προβλέπονται στον προϋπολογισμό, ύψους 1,8 δισ. ευρώ. Με την εισφοροδοτική επιδρομή που προβλέπει, προαναγγέλλει τη μαζική έξοδο, μεγάλου αριθμού ιατρών από το επάγγελμα. Δεν δημιουργεί προϋποθέσεις βιωσιμότητας και ως αποτέλεσμα θα φέρει την ενδυνάμωση της παραοικονομίας, την υπαλληλοποίηση του ιατρού και τη μετανάστευση μεγάλου και αξιόμαχου ενεργού δυναμικού, ιδίως νέων επιστημόνων.

Οι «τσουχτερές» φορολογικές υποχρεώσεις, με την αύξηση της φορολογίας των εισοδημάτων στο 29% (από το 26% που ήταν προηγουμένως) από το πρώτο ευρώ καθαρού εισοδήματος, το τέλος επιτηδεύματος (650 ευρώ), την εισφορά αλληλεγγύης και την αυξημένη προκαταβολή φόρου, από το 55% στο 75% για φέτος και 100% για το 2017, επιβαρύνουν κάθε ατομική δραστηριότητα ελεύθερου επαγγελματία ιατρού και οδηγούν παράλληλα με την εισφοροεπιδρομή που επιχειρείται σε

mastihatherapy® caps

Chios Mastic Gum 350mg / cap

- Λειτουργική Δυσπεψία
- Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση
- Μείωση Μικροβιακού Φορτίου H. pylori
- Βελτίωση Συμπτωμάτων από τη **Νόσο του Crohn**
- Στοματική Υγιεινή Ξηροστομία, Ουλίτιδα
- Φλεγμονές Δέρματος & Επούλωση Δερματικών Πληγών
- Πρόληψη & Αντιμετώπιση Ήπιων Δυσπεπτικών Διαταραχών

1997 **2014** **2015**

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

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



pharmaQ for health
Εταιρεία της IASIS PHARMA
www.pharmaq.gr

Ελληνικό Φάρμακο

IASIS PHARMA

IASIS PHARMA HELLAS ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΩΝ
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY
Γραφ. Επιστημ. Ενημ.: Λ. Καματερού 2-4, 134 51 Καματερό Αττικής,
Τηλ.: 210 23 11 031, Fax: 210 23 15 889,
e-mail: iasis@iasispharma.gr, **www.iasispharma.gr**

πραγματική δήμευση του καθαρού εισοδήματος, που ως αποτέλεσμα θα έχει την αδυναμία επιβίωσης των ιατρών.

Η καταστροφή κάθε τμήματος του παραγωγικού ιστού της χώρας, βασικό μέρος του οποίου είναι οι ελεύθεροι επαγγελματίες επιστήμονες, δεν δημιουργεί προϋποθέσεις βιώσιμου ασφαλιστικού εισοδήματος.

Είναι αδιανόητο ένας ελεύθερος επαγγελματίας που έχει καθαρό εισόδημα 20.000 ευρώ να καταβάλει συνολικά σε φόρους και εισφορές περίπου το 70%, μένοντας με ένα χαμηλό ποσό για τη διαβίωσή του που μεταφράζεται σε 6.000 ευρώ. Είναι αδιανόητο ένας ελεύθερος επαγγελματίας που δηλώνει καθαρά εισοδήματα 40.000 ευρώ ετησίως να καταβάλει εισφορές στο ασφαλιστικό 20.000 ευρώ.

Το προσχέδιο της κυβέρνησης για το ασφαλιστικό δεν συνοδεύεται από καμιά αναλογιστική ή οικονομική μελέτη και δεν θεσμοθετηθεί ένα βιώσιμο ασφαλιστικό σύστημα με προοπτική για το μέλλον.

Η κυβέρνηση, πρέπει να αποσύρει αυτό το προσχέδιο, να ξεκινήσει έναν ουσιαστικό κοινωνικό διάλογο, από μηδενική βάση, ώστε να μην δημιουργηθούν παρενέργειες που θα οδηγήσουν στην καταστροφή του ενεργού δυναμικού της χώρας μετατρέποντάς την σε τόπο συνταξιούχων.

Πρέπει να δοθούν κίνητρα στους νέους επιστήμονες και ασφαλιστική προστασία ώστε να παραμείνουν στο επάγγελμα. Αυτό ισχύει και για τους μεγαλύτερους σε ηλικία ιατρούς, οι οποίοι στην πλειονότητά τους βγαίνουν πολύ αργά στη σύνταξη και το κράτος ωφελείται, τόσο από τις εισφορές που καταβάλλουν ως εργαζόμενοι, όσο και από το γεγονός ότι δεν πληρώνει συντάξεις μέχρι τα 70, πολλές φορές μέχρι τα 75 έτη.

Το ασφαλιστικό σύστημα πρέπει να στηρίζεται στη βάση της κοινωνικής προστασίας, της ανταποδοτικότητας και της αλληλεγγύης των γενεών, για να μπορεί να προσφέρει προοπτική και βιωσιμότητα.

Ο ιατρικός κόσμος, σε κοινή συμπόρευση με τους άλλους επιστημονικούς φορείς που συμμετέχουν στο ΕΤΑΑ (Ταμείο Επιστημόνων – Ιατροί, Δικηγόροι, Μηχανικοί) ζητά το Ταμείο να παραμείνει ανεξάρτητο, τη στιγμή που είναι δυνατή η βιωσιμότητά του. Να σημειωθεί ότι το συγκεκριμένο Ταμείο δεν έχει λάβει μέχρι σήμερα ούτε 1 ευρώ από το κράτος στο πλαίσιο της τριμερούς χρηματοδότησης του ασφαλιστικού συστήματος.

Συνάντηση Υγειονομικών Φορέων ΤΣΑΥ στα Γραφεία του Π.Ι.Σ. με θέμα τη δημιουργία Επαγγελματικού Ταμείου

Αθήνα, 26 Μαΐου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΤΣΑΥ

Οι Πρόεδροι και Εκπρόσωποι των Δευτεροβάθμιων Υγειονομικών Φορέων κ.κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, Αθανάσιος Κατσίκης, Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, Σεραφείμ Ζήκας, μέλος της Διοίκησης του Πανελλήνιου Φαρμακευτικού Συλλόγου και Μαγδαληνή Βουδούρη εκπρόσωπος του Πανελλήνιου Κτηνιατρικού Συλλόγου στο ΤΣΑΥ συναντήθηκαν, την Τετάρτη 25 Μαΐου 2016 ώρα 13.00, στα γραφεία του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου με τη συμμετοχή του Προέδρου του Τομέα Υγειονομικών του ΤΣΑΥ κ.Στάθη Τσούκαλου και του ειδικού αναλογιστή κ. Β. Μαριού, προκειμένου να διερευνήσουν τη δυνατότητα δημιουργίας Επαγγελματικού Ταμείου.

Το σκεπτικό των Φορέων είναι να μετατραπεί ο Τομέας Πρόνοιας σε Επαγγελματικό Ταμείο, ως καθολικός διάδοχος του Τομέα Πρόνοιας του ΤΣΑΥ, το οποίο με το νέο ασφαλιστικό εντάσσεται στον ΕΦΚΑ, προκειμένου, συμπεριλαμβανομένων και των φορολογικών απαλλαγών που προβλέπονται από τη Νομοθεσία, να αξιοποιηθούν οι συνδρομές του Τομέα αυτού με τον βέλτιστο τρόπο (Σημειώνεται ότι ο Τομέας Στέγης δεν μπορεί να ενταχθεί βάσει της νομοθεσίας σε Επαγγελματικό Ταμείο, αλλά μόνο ως νέο υποταμείο, όπως συνέβη με τις εργοληπτικές εταιρείας του ΤΣΜΕΔΕ). Στην κατεύθυνση αυτή, μέσα από τη κοινή συνεργασία όλων των κλάδων των Υγειονομικών διερευνάται να δοθεί η δυνατότητα ετήσιας εθελουσίας προσαύξησης του ποσού στον ετήσιο λογαριασμό κάθε υγειονομικού, προκειμένου οι μικρές συντάξεις του μέλλοντος να συμπληρωθούν μέσω αυτής της δυνατότητας.

Ήδη για το θέμα αυτό Κυβέρνηση και Αντιπολίτευση έχουν εκφράσει τη συγκατάθεσή τους. Η αναφορά του ειδικού αναλογιστή σε θέματα δημιουργίας επαγγελματικών Ταμείων, ο οποίος έχει πραγματοποιήσει και κατά το παρελθόν αναλογιστικές μελέτες για το ΤΣΑΥ κ. Β. Μαριού, θα δώσει τη δυνατότητα της εμπεριστατωμένης ενημέρωσης καταρχήν των Διοικητικών Συμβουλίων των Υγειονομικών και στη συνέχεια των Γενικών Συνελεύσεων, προκειμένου να επιτευχθεί συμφωνία και να προχωρήσουμε όλοι μαζί προς αυτή την κατεύθυνση. Η συνέργεια και όχι οι μεμονωμένες δράσεις συλλόγων είναι και ο μόνος τρόπος να οδηγηθούμε σε λύσεις αποτελεσματικές και στην επιθυμητή εξέλιξη για πρόσθετη σύνταξη στο μέλλον, η οποία είτε να συμπληρώνει ή να αναπληρώνει τις σημερινές μικρές συντάξεις που μελλοντικά θα μειωθούν περαιτέρω.

Η πρωτοβουλία αυτή εντάσσεται στην συζήτηση και απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. της 20ης Μαΐου καθώς και στις συζητήσεις των Προέδρων των Υγειονομικών Φορέων.

Κοινή πεποίθηση των Φορέων είναι ότι με καλή πίστη και συνεργασία θα βρούμε το δρόμο που θα φέρει τα βέλτιστα αποτελέσματα, ιδιαίτερα για τους νεότερους συναδέλφους μας.

ΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ
ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

NEO

Oral-B®
powered by BRAUN

Η ΤΕΛΕΙΑ ΓΩΝΙΑ

ΑΦΑΙΡΕΙ ΕΩΣ ΚΑΙ 100% ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΠΛΑΚΑ

ΚΑΤΑ ΜΗΚΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ*





#1 Νο.1 ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΙΔΙΟΙ ΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

*σε σχέση με μια κοινή χειροκίνητη

Μειώσεις στις συντάξεις των μονοσυνταξιούχων του ΤΣΑΥ

Αθήνα, 23 Μαΐου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Νέες μειώσεις στην κύρια σύνταξη των μονοσυνταξιούχων του ΤΣΑΥ προβλέπει τροπολογία του Υπουργείου Υγείας που πέρασε την Κυριακή 22 Μαΐου μαζί με την ψήφιση του πολυνομοσχεδίου.

Η τροπολογία αφορά τη θεσμοθέτηση ανταποδοτικής σύνταξης στους μονοσυνταξιούχους, μολονότι αυτός ο κλάδος του ΤΣΑΥ καταργήθηκε με το Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο.

Με τη τροπολογία το ποσοστό αναπλήρωσης της σύνταξης, είναι 0,075 για κάθε 1% προσαύξησης ετήσιων εισφορών. Δηλαδή περίπου 9 ευρώ ετησίως. Για 30 χρόνια παραμονής στον κλάδο των μονοσυνταξιούχων υπολογίζεται η ανταποδοτική σύνταξη σε 270 περίπου ευρώ.

Οι ήδη μειωμένες συντάξεις του ΤΣΑΥ, οι οποίες με τη μονοσύνταξη ανέρχονται περίπου στα 1.400 ευρώ, εκτιμάται ότι θα υποστούν περαιτέρω μειώσεις για τους νέους συνταξιούχους του κλάδου.

Ο Π.Ι.Σ. ενημερώνει επίσης ότι όσοι είχαν και μισθωτή εργασία παράλληλα με την αυτοαπασχόλησή τους, μέχρι τις 12 Μαΐου 2016 οπότε δημοσιεύθηκε το Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο, δεν υφίστανται καμία μείωση στη σύνταξή τους. Όσοι όμως, συνταξιοδοτηθούν μετά την 12η Μαΐου 2016 και θέλουν παράλληλα να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, η σύνταξή τους θα μειώνεται κατά 60%.

Οι συντάξεις των Υγειονομικών μειώθηκαν πολύ τα τελευταία χρόνια και οι ιατροί μετά από τόσα χρόνια προσφοράς με τις μικρές συντάξεις πλέον, δεν θα μπορούν εύκολα να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

Μετά από την καταλήστευση των αποθεματικών των Ταμείων για 60 χρόνια, η κυβέρνηση πρέπει να βρει τις εναλλακτικές λύσεις, προκειμένου αφενός να χρηματοδοτηθεί το σύστημα, αφετέρου να ανέλθουν οι συντάξεις σε επίπεδο τέτοιο που θα επιτρέπουν την αξιοπρεπή διαβίωση των λειτουργών της υγείας.

Κλιμάκωση των κινητοποιήσεων για το ασφαλιστικό αποφάσισε ο Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 21 Ιανουαρίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Κλιμάκωση των κινητοποιήσεων των ιατρών ενάντια στο κυβερνητικό σχέδιο για το ασφαλιστικό, αποφάσισε το βράδυ της Τετάρτης 20 Ιανουαρίου το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου. Προηγήθηκε σύσκεψη του Δ.Σ. με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, οι οποίοι ζήτησαν τη συνέχιση των κινητοποιήσεων και των παρεμβάσεων σε όλα τα επίπεδα, μαζί με τους λοιπούς Επιστημονικούς Φορείς και τους Ελευθεροεπαγγελματίες, προκειμένου να αποσυρθεί αυτό το σχέδιο για το ασφαλιστικό και να ξεκινήσει διάλογος από μηδενική βάση.

Οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων εξέφρασαν στο σύνολό τους την αντίθεσή τους σε αυτό το σχέδιο, το οποίο χαρακτήρισαν καταστροφικό, μη βιώσιμο και αντιαναπτυξιακό, καθώς δεν δίνει προοπτική για το μέλλον και οδηγεί πολλούς επιστήμονες στη μετανάστευση, στην υπαλληλοποίηση, ενώ άλλους τους αναγκάζει ακόμη και να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους.

Το συγκεκριμένο σχέδιο δημιουργεί εισφοροεπιδρομή σε κάθε ατομική δραστηριότητα και δημεύει, ουσιαστικά, το εισόδημα κάθε ελεύθερου επαγγελματία ιατρού, σε συνδυασμό με τη μεγάλη φορολόγηση από εφέτος.

Αποφάσεις

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, μετά και από τις παρατηρήσεις – τοποθετήσεις των Προέδρων, αποφάσισε συμμετοχή σε κάθε είδους επικοινωνιακή τακτική με όλους τους άλλους φορείς, σε γενικό και τοπικό επίπεδο.

Ειδικότερα:

- Σύγκληση Γενικών Συνελεύσεων των Ιατρικών Συλλόγων, ενημέρωση των μελών και κοινές συναντήσεις και κινητοποιήσεις σε τοπικό επίπεδο με τους άλλους Επιστημονικούς Φορείς.
- Συμμετοχή στη Γενική απεργία της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ στις 4 Φεβρουαρίου 2016.
- Προειδοποιητικό κλείσιμο των γραφείων των Ιατρικών Συλλόγων την Πέμπτη 28 Ιανουαρίου 2016.
- Αποχή όλων των ιατρών από γραφειοκρατικές υποχρεώσεις (πιστοποιητικά, γνωματεύσεις, συμμετοχές σε επιτροπές), πλην ΑΜΕΑ, στις 28 και 29 Ιανουαρίου 2016.
- Προειδοποιητική αποχή από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τη Δευτέρα 1 Φεβρουαρίου 2016 και την Τετάρτη 3 Φεβρουαρίου 2016. Κάθε θεραπευτική αγωγή θα αναγράφεται στην ατομική συνταγή του ιατρού, ώστε να μη διακινδυνεύσει η υγεία κανενός ασθενούς.
- Γενική Συνέλευση στις 6 Φεβρουαρίου 2016 όπου το Προεδρείο του Π.Ι.Σ. θα εισηγηθεί κλιμάκωση των κινητοποιήσεων εάν προωθηθεί αυτό το σχέδιο για το ασφαλιστικό.

Ο Π.Ι.Σ. και οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας εμμένουμε στη θέση μας να παραμείνει ανεξάρτητο το ταμείο μας (ΕΤΑΑ), καθώς είναι βιώσιμο στο πλαίσιο της τριμερούς χρηματοδότησης.

Ο ιατρικός κόσμος της χώρας, καλεί όλους τους πολίτες να στηρίξουν αυτή την αντίδραση του ιατρικού κόσμου, γιατί είναι άμεσα συνδεδεμένη με την υγειονομική τους περίθαλψη.

Καλούμε τον Υπουργό Εργασίας και συνολικότερα την Κυβέρνηση να αποσύρουν αυτό το σχέδιο, και να αναλογιστούν ότι με τη καταστροφή κάθε παραγωγικού δυναμικού της χώρας, δεν μπορεί να επιβιώσει η Ελληνική Κοινωνία.

Καλούμε όλα τα Κόμματα να τοποθετηθούν σχετικά, προκειμένου να μη γίνουμε



univadis®
a service from MSD

www.univadis.gr

99/16-UNI-03/16

Η ολοκληρωμένη πηγή πληροφόρησης για τους επαγγελματίες υγείας

ενημερώνομαι
για νέα και επιστημονικές εξελίξεις από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα

μαθαίνω
μέσα από επιμορφωτικά διαδραστικά online σεμινάρια για περισσότερες από 60 ειδικότητες

εξελίσσομαι
αξιοποιώντας χρήσιμα εργαλεία και καινοτόμες υπηρεσίες στην παράδοση του MSD Manual

χώρα συνταξιούχων, όπου δεν θα υπάρχει καμία ενεργή δραστηριότητα.

Οι Επιστημονικοί Φορείς έχουμε ζητήσει συνάντηση με τον Πρωθυπουργό και όλους τους αρχηγούς των Κομμάτων, προκειμένου να τους ενημερώσουμε για τις θέσεις και απόψεις πάνω στο ασφαλιστικό και τις επιπτώσεις του στο κοινωνικό σύνολο.

Θυμίζουμε ότι οι ιατροί συμμετέχουν στο κοινό Συλλαλητήριο των Επιστημονικών Φορέων σήμερα, Πέμπτη, στις 11.30 π.μ., στα Προπύλαια.

Θα ακολουθήσει πορεία προς το Υπουργείο Εργασίας και τη Βουλή.

Επιστήμονες, ελεύθεροι επαγγελματίες και αυτοαπασχολούμενοι αντιστέκονται με σθένος στην προσπάθεια οικονομικής, κοινωνικής και ηθικής εξόντωσής τους

Αθήνα, 15.02.2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Στη συνάντηση των Προέδρων και των Εκπροσώπων των Επιστημονικών και Επαγγελματικών Φορέων της χώρας που έλαβε χώρα σήμερα στα γραφεία της Ένωσης Ελλήνων Χημικών επιβεβαιώθηκε για μία ακόμη φορά η αταλάντευτη στάση μας έναντι ενός σχεδίου «ασφαλιστικού» συστήματος που μπορεί να χαρακτηριστεί φοροεισπρακτικό, πτωχοποιητικό, εκδικητικό έναντι του νέου κυρίως επιστήμονα και ελεύθερου επαγγελματία, αλλά είναι βέβαιο ότι δεν μπορεί να επιλύσει τα προβλήματα του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας. Δεν μπορεί να τα επιλύσει διότι δεν δημιουργεί καλύτερες συνθήκες για κανένα, αντίθετα οδηγεί στη φτώχεια και την εξαθλίωση περισσότερους γιατί:



- Οδηγεί στην εξόντωση τον επιστήμονα – ελεύθερο επαγγελματία και την μικρομεσαία επιχείρηση, αυτούς δηλαδή που μέχρι σήμερα αποτελούν την ατμομηχανή της οικονομίας και τους χρηματοδότες του δημοσίου.
- Ενισχύει την εισφοροδιαφυγή, δηλαδή την αδήλωτη και μαύρη εργασία, και τη φοροδιαφυγή, γιατί αυτός θα είναι ο μόνος τρόπος να μπορέσει ο μέχρι σήμερα συνεπής φορολογούμενος επαγγελματίας να επιβιώσει.
- Οδηγεί σε λουκέτο χιλιάδες μικρές επιχειρήσεις και σε κλείσιμο των βιβλίων πολλών χιλιάδων ελεύθερων επαγγελματιών που δεν έχουν πλέον ούτε κίνητρο να δουλέψουν, αλλά ούτε και τη δυνατότητα να είναι συνεπείς με αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας και τη μείωση των εισφορών στα ταμεία. Εμείς υποστηρίζουμε ότι ένα λογικό ασφαλιστικό, σε συνδυασμό με ένα αποτελεσματικό φορολογικό σύστημα που θα διευρύνει τη φορολογική και ασφαλιστική βάση αποτελεί τη λύση στο πρόβλημα, διότι αυξάνει τον πλούτο, ευνοεί την ανάπτυξη και την παραγωγική ανασυγκρότηση της χώρας που αποτελούν τις μοναδικές προϋποθέσεις για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των ταμείων.

Για το λόγο αυτό ζητούμε, για να ξεκινήσει ένας διάλογος που να έχει ορθολογική και επιστημονική βάση και να μη στηρίζεται σε λαϊκιστικές ρητορικές και προσπάθειες διχασμού της κοινωνίας:

- Την απόσυρση του σχεδίου που έχει κατατεθεί
- Την κατάθεση των στοιχείων και των αναλογιστικών μελετών στις οποίες στηρίζεται η κυβέρνηση
- Την μελέτη των καλών πρακτικών των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών χωρών

Είμαστε αποφασισμένοι, παρά τις προσπάθειες της κυβέρνησης να δημιουργήσει αντιπαλότητες μεταξύ μας και με την κοινωνία, να σταθούμε ακλόνητοι στον κοινό αγώνα για την επιβίωσή μας, αλλά και για να μη στερηθεί η χώρα από την κινητήρια δύναμη της οικονομίας της, βασική συνιστώσα της οποίας είναι το επιστημονικό της δυναμικό. Κλιμακώνουμε τον αγώνα μας με: αποστολή κοινής επιστολής διαμαρτυρίας στον Πρωθυπουργό, στους αρχηγούς των κομμάτων και στην ευρωπαϊκή επιτροπή με καθημερινές συμβολικές δυναμικές παραστάσεις στα παραγωγικά υπουργεία, αρχής γενομένης από την Τετάρτη 17-2-16 στο Υπουργείο Δημοσίων Έργων.

Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, Γεωτεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Ολομέλεια Δικηγορικών Συλλόγων Ελλάδος, Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών,Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος & Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Συντονιστική Επιτροπή Συμβολαιογραφικών Συλλόγων, Συμβολαιογραφικός Σύλλογος Αθηνών, Ομοσπονδία Δικαστικών Επιμελητών, Πανελλήνιος Κτηνιατρικός Σύλλογος, Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών, Πανελλήνια Ομοσπονδία Φοροτεχνικών, Ελεύθερων Επαγγελματιών Ελλάδος, Ένωση Ασφαλιστικών Διαμεσολαβητών Ελλάδος, Πανελλήνια Ένωση Διαιτολόγων Ελλάδας, Ένωση Ελλήνων Χημικών, Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας


ΕΧΩ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΩΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ;
Μάθετε περισσότερα γι' αυτό και ενημερωθείτε για τα δικαιώματα που έχετε στην υγεία ως πολίτης, στο www.dikaiomastinygeia.gr
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΟΡΑΜΑ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ
NOVARTIS
σε συνεργασία με την
Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
GR1511403200

Επιτάχυνση των προσλήψεων ζητεί ο ΠΙΣ

Ζητεί επίσης ισοδύναμα για να μην παγώσουν τα ειδικά μισθολόγια

Αθήνα, 27 Μαΐου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Την επιτάχυνση των προσλήψεων του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, που έχει εξαγγείλει η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, ζητά ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος.

Ο Π.Ι.Σ. υπενθυμίζει ότι έχει αρχίσει η τουριστική περίοδος και το σύστημα υγείας της χώρας μας, ειδικότερα σε περιοχές που κατακλύζονται από επισκέπτες οι οποίοι προσέρχονται στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν έκτακτα προβλήματα υγείας, έχει τρομερές ελλείψεις.

Οι αποχωρήσεις των ιατρών από το σύστημα είναι συνεχείς, χωρίς να αναπληρώνονται. Ο μέσος όρος ιατρών του ΕΣΥ είναι 60 ετών, πολλοί αναμένεται σύντομα να συνταξιοδοτηθούν, και εάν το Σύστημα Υγείας δεν ενδυναμωθεί με νέο προσωπικό, σύντομα θα έχουμε το κλείσιμο αρκετών δομών δημόσιας περίθαλψης. Η άμεση στελέχωση των ΜΕΘ και των δομών ΠΦΥ, καθώς και η ενίσχυση του Δημοσίου Συστήματος Υγείας με επικουρικό προσωπικό (παρά την πάγια θέση μας για προσλήψεις μόνιμου προσωπικού), είναι ενέργειες οι οποίες επιβάλλεται να γίνουν άμεσα.

Για τα ειδικά μισθολόγια ο Π.Ι.Σ. ζητεί επίσης από την Κυβέρνηση και το Υπουργείο Οικονομικών, να βρει εγκαίρως τα ισοδύναμα μέτρα προκειμένου να αποφευχθεί το πάγωμα των ειδικών μισθολογίων. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και οι λειτουργοί της υγείας, οι οποίοι με αξιοθαύμαστες σωματικές και ψυχικές δυνάμεις και παρά τη μείωση των αποδοχών τους κατά 50%, έχουν στηρίξει και συνεχίζουν να στηρίζουν το Σύστημα Υγείας.

Παράλληλα προσφέρουν και εθελοντικά τις υπηρεσίες τους σε κοινωνικές δομές για άνεργους ανασφάλιστους και αναξιοπαθούντες συμπολίτες μας. Ακόμη, ζητεί την άμεση έκδοση της Κοινής Υπουργικής Απόφασης, προκειμένου οι ιατροί του ΕΟΠΥΥ να πληρωθούν (παραμένουν απλήρωτοι για 6 μήνες).

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με αίσθημα ευθύνης απέναντι στον ιατρικό κόσμο και στους πολίτες ζητεί από την Κυβέρνηση να εντείνει τους ρυθμούς έκδοσης αποφάσεων, οι οποίες θα επιτρέψουν να παρασχεθεί τουλάχιστον το minimum των υποχρεώσεων του κράτους προς την κοινωνία.

Σκοπός του Π.Ι.Σ. είναι να ενταθούν οι παρεμβάσεις σε κάθε επίπεδο, προκειμένου να διατηρηθεί όρθια μία κοινωνία που σήμερα βρίσκεται στα όρια των αντοχών της, να αποφευχθεί η καθημερινή μετανάστευση των νέων επιστημόνων και να μην αποδυναμώνεται η χώρα από ενεργό δυναμικό.

Ο ΠΙΣ κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για το ΕΣΥ

Αθήνα, 29 Μαρτίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

- **Ο ΠΙΣ κρούει τον κώδωνα του κινδύνου: το ΕΣΥ αργοπεθαίνει**
- **Χρειάζεται οργανωμένη και άμεση παρέμβαση για τη σωτηρία του Συστήματος Υγείας**
- **Η προστασία της Δημόσιας Υγείας έχει άμεση προτεραιότητα**

Παρά τις διαπιστώσεις και τις συνεχείς παρεμβάσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), προκειμένου το Εθνικό Σύστημα Υγείας να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών και της ασφαλούς περίθαλψης, οι «όποιες» ενέργειες δεν έχουν οδηγήσει σε αποτελέσματα. Έχουμε τονίσει κατ' επανάληψη ότι το ΕΣΥ χρειάζεται ενδυνάμωση, με προσλήψεις μόνιμου ιατρικού και λοιπού προσωπικού, αύξηση του προϋπολογισμού και μάλιστα σήμερα, που οι ανάγκες της περίθαλψης, λόγω και του προσφυγικού - μεταναστευτικού, είναι μεγαλύτερες.

Είναι κοινή πεποίθηση ότι η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχει φθάσει σε οριακό σημείο και απειλείται με κατάρρευση. Πρέπει να κατευθυνθούν οι συνέργειες όλων, στην επίλυση των προβλημάτων με οργάνωση, σχέδιο και στόχευση προς το μέλλον. Τα σοβαρά προβλήματα που ταλανίζουν τα Δημόσια Νοσοκομεία είναι εντονότερα με την κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών και τις χιλιάδες αφίξεις προσφύγων και μεταναστών, καθώς οι ανάγκες δεν καλύπτονται από τους ανάλογους προϋπολογισμούς. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ελλείψεις αναλώσιμων υλικών και φαρμάκων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα εμφανίζονται πλέον από το πρώτο τρίμηνο του έτους.

Οι προσλήψεις προσωπικού γίνονται με το σταγονόμετρο, με αποτέλεσμα οι ελλείψεις να υπερβαίνουν τις 25.000 εκ των οποίων 6.000 μόνιμου ιατρικού προσωπικού.

Κλίνες εντατικής θεραπείας με υποδομή, παραμένουν κλειστές, ενώ είναι απαραίτητες για τη σωτηρία αρκετών χιλιάδων συνανθρώπων μας.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρά τις όποιες εξαγγελίες, εξακολουθεί να βρίσκεται σε πλήρη αποδιοργάνωση. Η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας θα πρέπει, σε συνεργασία με τα συναρμόδια Υπουργεία, να κάνει άμεσες ενέργειες για την αναστήλωση του ΕΣΥ και τη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας, δεδομένων των κρουσμάτων ηπατίτιδας Α και άλλων λοιμωδών νοσημάτων που εμφανίστηκαν τον τελευταίο χρονικό διάστημα, σε χώρους όπου διαμένουν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες.

Η κοινωνία υποφέρει από ελλείψεις και αδυναμίες και η περίθαλψη των πολιτών στη δύσκολη αυτή περίοδο πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα, με κοινές προσπάθειες κυβέρνησης, κομμάτων και κοινωνικών φορέων. Η συνεργασία για επίλυση των προβλημάτων, είναι η μόνη οδός που μπορεί να φέρει αποτελέσματα, ασκώντας πάντοτε κριτική σε λανθασμένους χειρισμούς και αποφάσεις.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, για μία ακόμη φορά, «κρούει τον κώδωνα του κινδύνου», προκειμένου η υγεία και η περίθαλψη των πολιτών να διαφυλαχθούν και η ιατρική λειτουργία με «κανόνες δεοντολογίας και αξιοπρέπειας» να στηρίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Σημεία από την τοποθέτηση του Προέδρου του ΠΙΣ στη διημερίδα για την ΠΦΥ

Αθήνα, 11 Μαΐου 2016

Η οικοδόμηση ενός συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έτσι ώστε να στηρίζει το ΕΣΥ και να καλύπτει τις ανάγκες του συνόλου των πολιτών είναι επιβεβλημένη, τόνισε ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, μιλώντας κατά τη διάρκεια της διημερίδας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρόσθεσε ωστόσο, ότι η ΠΦΥ δεν μπορεί να σχεδιάζεται μεμονωμένα και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η λειτουργία του συστήματος της 2βάθμιας και 3βάθμιας περίθαλψης.

«Το σύστημα μέχρι σήμερα είναι νοσοκομειακοκεντρικό», είπε ο Πρόεδρος του ΠΙΣ, φέροντας ως παράδειγμα νομό όπου λειτουργούν τρία νοσοκομεία με περιορισμένη πληρότητα και χωρίς τις κατάλληλες ιατρικές ειδικότητες. Αποτέλεσμα; Πολλά περιστατικά παραπέμπονται σε μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία. «Όλο το σύστημα πρέπει να ειδωθεί συνολικά για την εξοικονόμηση πόρων», πρόσθεσε. Παράλληλα, χαρακτήρισε ως απαράδεκτο την εποχή της κρίσης και ενώ σχεδιάζεται η ΠΦΥ να μην έχει ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υγείας με την ενοποίηση των συστημάτων του ΕΟΠΥΥ και της ΗΔΙΚΑ, τη δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και κάρτας υγείας, καθώς και την online παρακολούθηση των παροχών και της ζήτησης. Ο κ. Βλασταράκος σχολίασε και τις εισηγήσεις που έγιναν στη διημερίδα περί χρηματοδότησης της ΠΦΥ από τη φορολογία των πολιτών. «Η χώρα μας έχει μικτό σύστημα που εδράζεται στο Beveridge, (φορολογία πολιτών), στο Bismark (κοινωνική ασφάλιση) και στις ιδιωτικές δαπάνες που καλύπτουν πλέον το 40% των δαπανών Υγείας.

Πώς γίνεται λοιπόν, χωρίς να έχει ξεκαθαριστεί το ασφαλιστικό σύστημα που θα ισχύει στη χώρα, να υπάρχουν εισηγήσεις για χρηματοδότηση της ΠΦΥ από την φορολογία των πολιτών;» αναρωτήθηκε.

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ έκανε ιδιαίτερη μνεία στον ΕΟΠΥΥ ο οποίος αν και αποτελεί ισχυρό πυλώνα της περίθαλψης, αδυνατεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του λόγω των ληξιπρόθεσμων οφειλών και της αδυναμίας είσπραξης των εισφορών ασθενείας από τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Τέλος, υπενθύμισε ότι το 2005, ως μέλος της επιτροπής για την ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, είχε εισηγηθεί ένα ολοκληρωμένο σχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τη λειτουργία Κέντρων Υγείας αστικού τύπου ως πυρήνα του ΕΣΥ. «Παρά τις αποφάσεις που είχε λάβει η τότε κυβέρνηση και τις εξαγγελίες των υπουργών, το σχέδιο δεν προχώρησε», σημείωσε και ευχήθηκε αυτή τη φορά το σχέδιο να καρποφορήσει παρά τις δυσκολίες που υπάρχουν.

Επιτακτική η λήψη μέτρων στους χώρους φιλοξενίας προσφύγων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας

Αθήνα, 16 Μαρτίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Παρά την κινητοποίηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, των εθελοντών ιατρών, των Ιατρικών Συλλόγων, ο κίνδυνος εκδήλωσης επιδημιών στους χώρους όπου έχουν εγκλωβιστεί οι χιλιάδες πρόσφυγες και μετανάστες είναι υπαρκτός.

Ήδη, τις τελευταίες ημέρες δύο παιδιά από τη Συρία, 8 και 9 ετών, διαγνώσθηκαν με ηπατίτιδα Α. Δεδομένου ότι η μετάδοση του συγκεκριμένου ιού ευνοείται από τις κακές συνθήκες διαβίωσης, αν δεν ληφθούν μέτρα είναι σχεδόν βέβαιη η εμφάνιση περισσοτέρων κρουσμάτων στους χώρους φιλοξενίας προσφύγων.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος ζητά από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας να ελέγξει τη δυνατότητα και να προχωρήσει στον εμβολιασμό έναντι της ηπατίτιδας Α των προσφύγων και των μεταναστών που διαμένουν στον καταυλισμό της Ειδομένης και σε χώρους προσωρινής φιλοξενίας.

Προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στα παιδιά. Απαραίτητη κρίνεται η εγκατάσταση-μετεγκατάσταση των προσφύγων-μεταναστών σε χώρους όπου υπάρχουν στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής (διαμονής-ύδρευσης-αποχέτευσης). Καθώς ο ιός της ηπατίτιδας Α μεταδίδεται μέσω των κοπράνων και κυρίως με την κατανάλωση μολυσμένης τροφής και νερού, θα πρέπει να τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, όπως είναι το καλό πλύσιμο των χεριών, ιδίως πριν την κατανάλωση της τροφής.

Επίσης, θα πρέπει να καταναλώνεται αποκλειστικά και μόνο εμφιαλωμένο νερό. Η Δημόσια Υγεία πρέπει να προστατευθεί με κάθε τρόπο, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος επιδημιών που μπορούν να δημιουργήσουν καταστάσεις, που δύσκολα θα μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Συνάντηση του κ. Άδωνι Γεωργιάδη με τον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκο για το ασφαλιστικό

Αθήνα, 18 Φεβρουαρίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Συνάντηση με τον Αντιπρόεδρο της Νέας Δημοκρατίας κ. Άδωνι Γεωργιάδη για το Ασφαλιστικό είχε ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος στα γραφεία του Π.Ι.Σ.

Οι δύο άντρες συνομίλησαν για τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει στους ελεύθερους επαγγελματίες και γενικότερα στην κοινωνία το συγκεκριμένο σχέδιο της κυβέρνησης για το ασφαλιστικό. Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. παρουσίασε στον κ. Γεωργιάδη τις θέσεις του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου για το συγκεκριμένο ζήτημα.

Ειδικότερα, ο κ. Βλασταράκος ενημέρωσε τον Αντιπρόεδρο της ΝΔ ότι η αύ-



ξηση των εισφορών σε επίπεδα τα οποία δυσκολεύουν τους επαγγελματίες να τις καταβάλλουν (αύξηση 100% και άνω), όπως προβλέπει το σχέδιο νόμου της κυβέρνησης, θα καταστρέψει το παραγωγικό δυναμικό της χώρας.

Οι επιστημονικοί φορείς στο σύνολό τους τάσσονται κατά του σχεδίου για το ασφαλιστικό, ζητούν την απόσυρσή του και την έναρξη ουσιαστικού διαλόγου από μηδενική βάση. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την έναρξη του διαλόγου αποτελούν η κατάθεση από την πλευρά της κυβέρνησης αναλογιστικής μελέτης και η δέσμευσή της ότι θα διατηρηθεί ανεξάρτητο το ΕΤΑΑ, το οποίο στο πλαίσιο της τριμερούς χρηματοδότησης είναι βιώσιμο.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. ενημέρωσε επίσης τον Αντιπρόεδρο της Ν.Δ. για τα σημερινά οξυμένα προβλήματα υγείας. Ιδιαίτερη μνεία έκανε στην υποκοστολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων, κάτι το οποίο απειλεί τη λειτουργία πολλών μικρομεσαίων εργαστηρίων.

«Οι επισχέσεις εργασίας οι οποίες έχουν ξεκινήσει από τους εργαστηριακούς ιατρούς φέρνουν κάποιες δυσκολίες στην εξυπηρέτηση των πολιτών, όπως άλλωστε συμβαίνει με όλες τις κινητοποιήσεις όλων των κλάδων. Πλην όμως, είναι δίκαιες και έχουν την απόλυτη στήριξη του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου. Οι βιοπαθολόγοι συνάδελφοί μας διεκδικούν αξιοπρεπή εργασία, καθώς και ποιοτική και ασφαλή λειτουργία των εργαστηρίων τους», επισήμανε ο κ. Βλασταράκος.

Αναφερόμενος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τόνισε ότι πρέπει να οργανωθεί εκ νέου, ενώ για τα Νοσοκομεία επανέλαβε ότι επιβάλλεται η άμεση στελέχωσή τους προκειμένου να μπορούν να καλύπτουν τις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες περίθαλψης.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. ζήτησε από τον Αντιπρόεδρο της Ν.Δ. να στηρίξει τη χειμαζόμενη κοινωνία, αλλά και την ιατρική λειτουργία.

Ο Αντιπρόεδρος της Ν.Δ. άκουσε με προσοχή τις θέσεις του Π.Ι.Σ. και ανέφερε στον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. κ. Βλασταράκο, ότι η Νέα Δημοκρατία αξιοποιεί το ρόλο που της επιβάλλει το Σύνταγμα ως Αξιωματική Αντιπολίτευση, κάνοντας τις προτάσεις εκείνες που θεωρεί αναγκαίες σε μεγάλα ζητήματα, όπως είναι το Ασφαλιστικό και η Υγεία.

Ο κ. Βλασταράκος ευχαρίστησε τον κ. Γεωργιάδη, για την επίσκεψή του στα γραφεία του Π.Ι.Σ. και τόνισε για μια ακόμη φορά ότι πρέπει να υπάρχει εποικοδομητική συνεργασία των δύο πλευρών προς όφελος των πολιτών.

Επίσκεψη Κλιμακίου Τομέα Υγείας της Δημοκρατικής Συμπαράταξης στα γραφεία του Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 2 Μαρτίου 2016 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Για τα φλέγοντα ζητήματα που αφορούν στο χώρο της υγείας, αλλά και το προσφυγικό–μεταναστευτικό, συζήτησε αντιπροσωπεία της Δημοκρατικής Συμπαράταξης με τον Πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) κ. **Μιχαήλ Βλασταράκο**. Στη συνάντηση που πραγματοποιήθηκε την Τρίτη 1 Μαρτίου 2016 στα γραφεία του ΠΙΣ, συμμετείχαν εκ μέρους της Δημοκρατικής Συμπαράταξης η κυρία Εύη Χριστοφιλοπούλου, Βουλευτής και Υπεύθυνη Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Υγείας της Κοινοβουλευτικής Ομάδας, ο κ. Συμεών Κεδίκογλου, Γραμματέας του Τομέα Υγείας, ο κ. Δημήτρης Καρύδης, μέλος του Πολιτικού Συμβουλίου του ΠΑΣΟΚ και ο κ. Σωτήρης Ζώτος, Αναπληρωτής Γραμματέας του Τομέα Υγείας. Στη συνάντηση έγινε ιδιαίτερη αναφορά στα συμπεράσματα του Συμποσίου του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA) που πραγματοποιήθηκε στην Κωνσταντινούπολη (26-28 Φεβρουαρίου 2016) με τη συμμετοχή του Προέδρου του ΠΙΣ.

Ο κ. Βλασταράκος ανέλυσε διεξοδικά την κατάσταση που επικρατεί στο χώρο της Υγείας επισημαίνοντας:

- Τις χαμηλές δημόσιες δαπάνες για την υγεία, που βρίσκονται στο 4,5% του ΑΕΠ, πολύ κάτω του ορίου ασφαλείας λειτουργίας του Συστήματος Υγείας που είναι 6% του ΑΕΠ και του μέσου ευρωπαϊκού όρου που είναι 6,9% του ΑΕΠ.
- Την αποδόμηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τους λίγους ιατρούς που υπηρετούν –περίπου 2.500, την απουσία ειδικοτήτων αιχμής στις περισσότερες μονάδες ΠΦΥ, όπως παθολόγων, καρδιολόγων, παιδιάτρων κ.λπ.
- Την απουσία Αστικών Κέντρων Υγείας, τα οποία να εφημερεύουν επί 24ωρης βάσης και ανεξάρτητων Τ.Ε.Π. από τα Νοσοκομεία.
- Την έλλειψη στελέχωσης 150 κλινών ΜΕΘ, οι οποίες θα μπορούσαν να περιθάλψουν 4.000 συμπολίτες μας.
- Τη μεγάλη έλλειψη μόνιμου ιατρικού προσωπικού στα Νοσοκομεία (6.000 ιατρών), υγειονομικού προσωπικού (16.000), διοικητικού προσωπικού (7.000) και λοιπού προσωπικού (παραϊατρικού και βοηθητικού). Συνολικά, λείπουν από το Σύστημα Υγείας 40.000 εργαζόμενοι.
- Την αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να εισπράττει τις εισφορές ασθένειας των Ασφαλιστικών Ταμείων –περίπου 2 δισ. ευρώ για το 2015, καθώς και τον μικρό αριθμό συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών (4.500 - 5.000), που έχει ως αποτέλεσμα την κάλυψη 8–10 εκ. επισκέψεων, τη στιγμή που οι ανάγκες για την ΠΦΥ είναι συνολικά για 40 εκ. επισκέψεις.

Εάν είμαστε τόσο **θαρραλέοι** όσο...



...οι ασθενείς
που βοηθάμε

...οι επιστήμονες
που υπηρετούμε

GR/HGT/10/0003

τότε θα είμαστε πραγματικά
πολύ **θαρραλέοι**.

Shire

SHIRE Ελλάς Α.Ε.
Βασ. Κωνσταντίνου 38, Αθήνα 116 35, Ελλάδα
Τηλ. κέντρο: 216 900 4000, Fax: 216 900 4001
www.shire.com

Ο Πρόεδρος κ. Μιχαήλ Βλασταράκος τόνισε ότι οι θέσεις του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, όπως έχουν τεθεί και στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, είναι οι εξής:

- Δημιουργία ισχυρού Δημόσιου Πρωτοβάθμιου Συστήματος Υγείας, με Δημόσιες δομές σε κάθε δήμο. Αστικά Κέντρα, τα οποία να εφημερεύουν επί 24ωρης βάσεως με ιατρούς, ιδίως των κυρίων ειδικοτήτων και δημιουργία Τ.Ε.Π., ανεξάρτητα από τη λειτουργία των λοιπών υπηρεσιών των Νοσοκομείων.
- Σύναψη συλλογικής σύμβασης του ΕΟΠΥΥ με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, οι οποίες να καλύπτουν τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας.
- Σύναψη ανοιχτών συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με όσους ιατρούς επιθυμούν, δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στους νέους ιατρούς για να σταματήσει το φαινόμενο της μετανάστευσης και της ανεργίας.
- Αναβάθμιση της ιατρικής επίσκεψης (σήμερα είναι στο ευτελές ποσό των 10 ευρώ).
- Ιατρική λειτουργία που να στηρίζεται σε επιστημονικούς κανόνες (Διαγνωστικά-Θεραπευτικά πρωτόκολλα) και όχι σε λογιστικά κριτήρια.
- Στελέχωση του «γερασμένου» πλέον ΕΣΥ με νέους μόνιμους ιατρούς, διότι το Νοσοκομειακό Σύστημα της χώρας μας, βρίσκεται στα όρια της κατάρρευσης και πρέπει να δοθούν κίνητρα για ιατρούς των νησιωτικών-ακριτικών και δυσπρόσιτων περιοχών.
- Στελέχωση των κλινών ΜΕΘ για να μην θρηνούμε άλλα θύματα.
- Αύξηση των Δημόσιων δαπανών για την υγεία στα όρια της ασφάλειας.



Στιγμιότυπο από τη συνάντηση

Αναφερόμενος στο προσφυγικό-μεταναστευτικό ζήτημα ο Πρόεδρος του ΠΙΣ ανέλυσε τις θέσεις που ανέπτυξε ο ίδιος στο Συμπόσιο του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου στην Κωνσταντινούπολη.

Κλείνοντας, ο κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, τόνισε ότι θεωρεί ιδιαιτέρως σημαντική κάθε συνάντηση με τους εκπροσώπους των Πολιτικών Κομμάτων και των Φορέων. Στόχος του Π.Ι.Σ. είναι η συνέργια όλων των Φορέων και της κοινωνίας για την προστασία της Υγείας του ελληνικού λαού, αλλά και την αξιοπρεπή, και μέσα από κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, ιατρική λειτουργία.

ΠΙΣ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Συνδιάσκεψη των Ευρωπαϊκών Ιατρικών Συλλόγων (CEOM) στο Σαν Ρέμο - 26-28 Νοεμβρίου 2015

ΑΝΑΦΟΡΑ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑΣ ΠΙΣ

Με τη συμμετοχή εκπροσώπων Ιατρικών Συλλόγων χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνήλθε στο Σαν Ρέμο στις 26, 27 και 28 Νοεμβρίου η Τακτική Συνδιάσκεψη της CEOM. Ως γλώσσες της Συνόδου χρησιμοποιήθηκαν, με ταυτόχρονο σύστημα μετάφρασης, η αγγλική, η γαλλική και η ιταλική.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος εκπροσωπήθηκε στη Συνδιάσκεψη της CEOM στο Σαν Ρέμο από τα μέλη του Δ.Σ. Αναστάσιο Βασιάδη, Κωνσταντίνο Κουτσόπουλο, Βλαδίμηρο Παναγιωτίδη και Γρηγόριο Ροκαδάκη. Οι εργασίες της Συνδιάσκεψης πραγματοποιήθηκαν στο Επισκοπικό Συνεδριακό Κέντρο Villa Giovanna d' Arco. Περιέλαβαν την Γενική Συνέλευση σύμφωνα με την Ημερήσια Διάταξη και Ειδική Ημερίδα με θέμα «Από το Σαν Ρέμο του 2005 στο Σαν Ρέμο του 2015: Προς ένα Ευρωπαϊκό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας».

Κατά την εναρκτήρια συνεδρίαση της Συνδιάσκεψης, τους Εκπροσώπους καλωσόρισε ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου της Περιφέρειας Imperia, Dr. Francesco Alberti. Ακολούθησε ο Πρόεδρος της CEOM Dr. Nicolino D'Autilia ο οποίος παρουσίασε τα πεπραγμένα του Συμβουλίου και έθεσε προς έγκριση τα πρακτικά της Συνδιάσκεψης που πραγματοποιήθηκε στο Λουξεμβούργο τον Ιούνιο 2015. Τα πρακτικά εγκρίθηκαν ομόφωνα.

Ο νέος Γ. Γραμματέας της CEOM, Dr. X. DEAU, παρουσίασε το πρόγραμμα των εργασιών της συνδιάσκεψης και έκανε ένα σύντομο απολογισμό της θητείας του ως Προέδρου του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου. Στη διάρκεια της Συνδιάσκεψης πραγματοποιήθηκαν κύκλοι εργασιών με θέματα τις Συστάσεις Δεοντολογίας, τη Διατλαντική Εταιρική Σχέση Εμπορίου και Επενδύσεων, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Ιατρικής Δημογραφίας, τους Κοινωνικούς Καθοριστικούς Παράγοντες και το Προσφυγικό Ζήτημα, την ενημέρωση από την Συνάντηση των Προέδρων των Ευρωπαϊκών Ιατρικών Οργανώσεων και την Επίδραση των Κλιματολογικών Αλλαγών στην Υγεία.

Κατά τους κύκλους εργασιών της Συνόδου, τα θέματα παρουσιάστηκαν από τις Ομάδες Εργασίας ως εξής:



ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Παρουσίαση:
Dr. P. HECQUARD (Γαλλία),
Dr. F. ALBERTI (Ιταλία)

Στις Συστάσεις για την Ιατρική Δεοντολογία Ορθή συμπεριλήφθησαν οι ακόλουθες ενότητες:

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

Τονίστηκε ότι κατά τη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών, ο ιατρός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις τελευταίες έγκυρες επιστημονικές ανακαλύψεις και τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων, τηρώντας παράλληλα τις αρχές της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας, της επάρκειας και του ανθρωπισμού.

Η Ελληνική Αντιπροσωπεία επισήμανε την δυσλειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τη δυσχέρεια επιλογής των πλέον καταλλήλων για κάθε θεραπευτική περίπτωση ιδιοσκευασμάτων, δεδομένου ότι η επιλογή τους, δια νόμου, έχει περιέλθει από τους ιατρούς στους φαρμακοποιούς.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Σχολιάστηκε ότι εάν ο ιατρός θεωρεί ότι μπορεί να παρέχει περίθαλψη σε έναν ασθενή μέσω των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, αντί των επιστημονικά επικυρωμένων θεραπειών, θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τις επιπτώσεις και τις συνέπειες αυτών των θεραπειών, προκειμένου να λάβει τη συγκατάθεση του ασθενούς. Ο ιατρός θα πρέπει να αποδείξει ότι έχει αποκτήσει ιδιαίτερη εκπαίδευση στις CAM, παρουσιάζοντας, εάν είναι απαραίτητο, τα έγγραφα που πιστοποιούν το πρόγραμμα εκπαίδευσής του.

Από την Ελληνική Αντιπροσωπεία τονίστηκε ότι η εφαρμογή μεθόδων εναλλακτικής ιατρικής δεν αναγνωρίζεται νομικά και επιστημονικά στην Ελλάδα. Επισημάνθηκε δε ότι σε ανήμπορα άτομα η συγκατάθεση πρέπει να λαμβάνεται και από τους πλησιέστερους συγγενείς. Τέλος δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι αρκετές από τις μεθόδους αυτές ασκούνται από άτομα που δεν έχουν την ιατρική ιδιότητα και ως εκ τούτου δεν εμπίπτουν στην Ιατρική Δεοντολογία.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Τονίστηκε ότι η επαγγελματική ανάπτυξη και η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση αποτελούν ηθικό και δεοντολογικό καθήκον για όλους τους ιατρούς κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής. Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνεται διαρκώς για τις εξελίξεις στον επιστημονικό και δεοντολογικό τομέα, καθώς και στον τομέα της διοίκησης, προκειμένου να διατηρεί και να εμπλουτίζει τις γνώσεις του και να αναπτύσσει νέες δεξιότητες, έτσι ώστε να διασφαλίζει την καλύτερη ποιότητα της περίθαλψης, όσον αφορά τη σχέση εμπιστοσύνης με τους πολίτες.

ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Διατυπώθηκε ότι κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, ο ιατρός δεν πρέπει να υπόκειται στη βούληση Φορέων ή ατόμων που μπορούν να τον αναγκάσουν να υιοθετήσει αντιδεοντολογική συμπεριφορά. Ο ιατρός δεν πρέπει να υιοθετεί αντιδεοντολογικές ενέργειες που προβάλλουν άμεσα ή έμμεσα την επαγγελματική του δραστηριότητα. Να μη δημιουργεί οποιαδήποτε είδους σχέση, άμεση ή έμμεση, με στόχο την απόκτηση παράνομων παροχών, οικονομικών ή άλλων, με φαρμακευτικές εταιρείες, βιομηχανίες και εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού, κοινωνικούς φορείς, εκδότες, οργανισμούς και ιδρύματα. Η Ελληνική Αντιπροσωπεία επισήμανε την αναγκαιότητα διαμόρφωσης ενιαίου νομικού πλαισίου το οποίο θα διαφυλάσσει τους ιατρούς από ηθικούς και επαγγελματικούς κινδύνους.

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επισημάνθηκε ότι ο ιατρός, στο πλαίσιο της επαγγελματικής του δραστηριότητας και λαμβάνοντας υπόψη και τις απόψεις άλλων υγειονομικών, θα πρέπει να διασφαλίζει την ευρύτερη δυνατή συνεργασία και να προάγει την επικοινωνία μεταξύ όλων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, οι οποίοι συμμετέχουν στη διαδικασία παροχής περίθαλψης, έχοντας πρωταρχικό σκοπό το συμφέρον του πολίτη. Η Ελληνική Αντιπροσωπεία επισήμανε την νομοθετική υπονόμευση του κανόνος αυτού με την εκχώρηση αμιγώς ιατρικών αρμοδιοτήτων σε τρίτους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

Αναφέρθηκε ότι σύμφωνα με τη Σύμβαση του Οβιέδο Άρθρο 2, τη Διακήρυξη του WMA και τον Ευρωπαϊκό Χάρτη της Ιατρικής Ηθικής (Κως, 2011) ο ιατρός που ασχολείται με την ιατρική έρευνα θα πρέπει να διασφαλίζει ότι:

- Δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με τον εντολέα του έργου.
- Η έρευνα υπόκειται σε πρωτόκολλο που εξετάσθηκε δεόντως από ανεξάρτητη αρχή.
- Δεν εφαρμόζεται καμία άλλη εναλλακτική τεχνική από την έρευνα.
- Τα προσδοκώμενα οφέλη πρέπει να υπερτερούν των κινδύνων που προκύπτουν.
- Η ελεύθερη και τεκμηριωμένη συναίνεση ακολουθεί τις κείμενες διατάξεις.
- Η ιατρική έρευνα που εμπλέκει άτομα σωματικά ή πνευματικά ανίκανα να δώσουν τη συναίνεσή τους, μπορεί να

ΝΕΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

DOCTOR'S FORMULAS
ΦΟΡΜΟΥΛΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

συνταγές υγείας, φυσικά... χωρίς παρενέργειες

Τα προϊόντα **Doctor's Formulas** είναι αποτέλεσμα πολυετούς συνεργασίας και έρευνας γιατρών και φαρμακοποιών, που δημιούργησαν **φυσικές συνταγές**, οι οποίες βοηθούν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση χρονίων προβλημάτων υγείας.

Η εξαιρετική ποιότητα των πρώτων υλών, καθώς και η σωστή δοσολογία τους, βοηθούν να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Ενημερωθείτε από το γιατρό ή το φαρμακοποιό σας σχετικά με τα νέα προϊόντα των **Doctor's formulas**.



DOCTOR'S FORMULAS

in touch health

Διάθεση - Διανομή: **Ν.Α. Φικιώρης & ΣΙΑ Ε.Π.Ε.**
Μέρλιν 11 & Κανάρη, Κολωνάκι, τ.κ. 106 71, Αθήνα, **τ.:** 210 36 04 223, 210 33 88 229, **f.:** 210 33 88 829

διεξαχθεί μόνο σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι.
- Πάντα ζητείται και η συναίνεση του ατόμου με αναπηρία, εκτός από την συγκατάθεση του νόμιμου εκπροσώπου του.
- Τα αναλυτικά αποτελέσματα της έρευνας κοινοποιούνται και δημοσιεύονται.

ΔΙΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΕΜΠΟΡΙΟΥ ΚΑΙ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ

Παρουσίαση:
Dr. J.R. HUERTA (Ισπανία)

Παρουσιάστηκε το Σχέδιο Δήλωσης της CEOM σύμφωνα με το οποίο, η Διατλαντική Εταιρική Σχέση Εμπορίου και Επενδύσεων (TTIP) αποσκοπεί στην απελευθέρωση του εμπορίου και των επενδύσεων μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σκοπός της συμφωνίας αυτής, η οποία εισήλθε στην τελική φάση των διαπραγματεύσεων είναι η βελτίωση του εμπορίου μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Ηνωμένων Πολιτειών με την άρση των εμποδίων για την εμπορία αγαθών, υπηρεσιών και επενδύσεων κεφαλαίου.

Επισημάνθηκε η θέση της CEOM για τον αντίκτυπο στα δημόσια συστήματα υγείας και στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες, καθώς και τις πιθανές συνέπειες για τη δημόσια υγεία, την υγειονομική περίθαλψη, την ιατρική, την εκπαίδευση και το περιβάλλον.

Στην Δήλωση συμπεριλήφθηκε αναφορά προς τις κυβερνήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με την επισήμανση της υποχρέωσης να εξασφαλίσουν την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών μέσα από την προώθηση και την προστασία της υγείας, χωρίς καμία εξωτερική παρέμβαση.

Τονίστηκε ότι οι εμπορικές συμφωνίες δεν μπορούν να παρεμβαίνουν στην αρμοδιότητα των κυβερνήσεων να ρυθμίζουν τη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Η Υγεία δεν μπορεί να υπόκεινται στους όρους του κέρδους και του εμπορίου, καθώς το δικαίωμα στην προστασία της υγειονομικής περίθαλψης και της υγείας είναι πάνω από τα συμφέροντα της όποιας εμπορικής συμφωνίας.

Η Ελληνική Αντιπροσωπεία επανέλαβε την πάγια θέση της για εξαίρεση του χώρου της Υγείας από τις μνημονιακές πολιτικές που επιβάλλονται από τους Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς Θεσμούς.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Παρουσίαση:
Dr. R. KERZMANN (Βέλγιο),
Dr. P. ROMESTAING (Γαλλία)

Ανακοινώθηκαν επικαιροποιημένα ιατρικά δημογραφικά στοιχεία, με ειδικές αναφορές για τον σχεδιασμό και την πρόβλεψη του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας. Σημαντικό μέρος της παρουσίασης αφορούσε την κατάσταση στο Βέλγιο και την Γαλλία σε ότι αφορά την μετακίνηση και εγκατάσταση ιατρών από άλλες χώρες.

Παρουσιάστηκαν στοιχεία από την έρευνα που πραγματοποίησε η Ομάδα Εργασίας σχετικά με την επαγγελματική κατανομή των ιατρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η Ελληνική Αντιπροσωπεία επισήμανε δημογραφικά στοιχεία με γεωγραφικά δεδομένα και δεδομένα κατανομής, που συγκεντρώθηκαν από τους Τοπικούς Ιατρικούς Συλλόγους της Ελλάδας, την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και τον ΟΟΣΑ, σε σχέση με τους Έλληνες ιατρούς που έχουν εγκατασταθεί σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βάσει στοιχείων των αντιστοίχων Ιατρικών Συλλόγων, στους οποίους δεν περιλαμβάνονται οι Έλληνες Ιατροί που σπούδασαν στις χώρες αυτές.

Εκ των στοιχείων αυτών τονίστηκε ότι για τη διαμόρφωση μιας ενιαίας διαχείρισης της ιατρικής δημογραφίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο επιβάλλεται να ενσωματωθούν όλα τα επιμέρους στοιχεία σε μια ενιαία βάση δεδομένων προκειμένου να γίνουν οι αναγκαίες παρεμβάσεις.

ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ

Παρουσίαση:
Dr. M. GAUTHEY (Ελβετία),
Dr. N. D' AUTILIA (Ιταλία)

Παρατέθηκαν ενημερωτικά στοιχεία από τη πρόσφατη συνάντηση των Ευρωπαϊκών Ιατρικών Οργανώσεων στο Βερολίνο. Τα στοιχεία ετέθησαν στη διάθεση της Συνόδου και των Αντιπροσωπειών για περαιτέρω αξιοποίηση.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ

Παρουσίαση:
Dr. M. CASTALDO (Ιταλία)

Έγινε λεπτομερής ενημερωτική αναφορά που εκπονήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Ιταλίας για την Υγεία, τους Πρόσφυγες και την Ένδεια, για το προσφυγικό ζήτημα όπως εκδηλώνεται και αντιμετωπίζεται στην Ιταλία. Με αφορμή τη συγκεκριμένη αναφορά, η Ελληνική Αντιπροσωπεία έθεσε τη διάσταση του προσφυγικού ζητήματος στην Ελλάδα σε σχέση με τις μνημονιακές πολιτικές που επιβάλλονται στην υγεία.

Ειδικότερα επισημάνθηκε ότι ενώ ο μέσος όρος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις δαπάνες της Υγείας είναι στο 7% επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό έχει πέσει κάτω από το 4% και εξακολουθεί να μειώνεται.

Μεταφέροντας τους αριθμούς αυτούς σε ποσοστά επί του ΑΕΠ, το 2014 ο προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας βρίσκεται στο 2,65%, ενώ για το 2015 στο 2,29% του ΑΕΠ. Αυτή η εξέλιξη μειώνει δραματικά της προσδοκίες για ισότιμο δικαίωμα πρόσβασης όλων των πολιτών σε αναβαθμισμένες δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Οι ανεξέλεγκτες διαστάσεις που λαμβάνει στην Ελλάδα το προσφυγικό ζήτημα έχει ως συνέπεια την περαιτέρω επιβάρυνσή της γενικότερα υποβαθμισμένης κατάστασης της Υγείας.

Επισημάνθηκε ότι ο αριθμός των προσφύγων που φτάνουν στην Ελλάδα μέσω Τουρκίας, έχει αυξηθεί δραματικά και ανέρχεται περίπου στους 600.000 από τις αρχές του 2015, σύμφωνα με στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (HCR).

Αυτή η κατάσταση δημιουργεί ένα επισφαλές υγειονομικό περιβάλλον με εμφανείς τους κινδύνους για τους ίδιους τους πρόσφυγες και τις τοπικές κοινωνίες που τους υποδέχονται.

COP21 ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Παρουσίαση:
Καθηγ. Α. FLAHAULT (Ελβετία)

Παρουσιάστηκε η μελέτη του Ινστιτούτου Παγκόσμιας Υγείας Πανεπιστήμιου Γενεύης, σχετικά με την επίδραση των κλιματολογικών αλλαγών στην Υγεία, που αποτελεί αντικείμενο της 21ης Διεθνούς Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για το Κλίμα που πραγματοποιείται στο Παρίσι με τον τίτλο «COP21» ή «Παρίσι 2015».

PROTOTYPE™ 50+ CE

Πολύ Υψηλή
Αντηλιακή Προστασία

ΠΡΟΦΥΛΑΣΣΕΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΤΟ ΔΕΡΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ

Face Cream 50ml CE

Kids & Family Face & Body Lotion 250ml CE



ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ
Medical Devices

boderm™

BODERM A.E.
Πάνου Γαβαλά 6, Βιομηχ. Πάρκο Αγίου Στεφάνου, 14565, Αττική.
t: +30 210 7707595, f: +30 210 7716680, e: info@boderm.com
www.boderm.com

TÜV AUSTRIA HELLAS TÜV AUSTRIA HELLAS EN ISO 13485

ΠΙΣ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Σύνοδος εθνικών αντιπροσωπειών μόνιμης επιτροπής των Ευρωπαίων Ιατρών (C.P.M.E.)

Βρυξέλλες, 29–31 Οκτωβρίου 2015

Η Σύνοδος πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες, διήρκησε τρείς ημέρες, από 29 έως 31 Οκτωβρίου 2015 και συμμετείχαν Αντιπροσωπείες από τους Εθνικούς Ιατρικούς Συλλόγους των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρητές από Εθνικούς Ιατρικούς Συλλόγους τρίτων χωρών και Εκπρόσωποι από άλλες Ευρωπαϊκές Ιατρικές Οργανώσεις, όπως CEOM, AEMH, UEMS, FEMS, WHO και EANA. Στη Σύνοδο της CPME στις Βρυξέλλες, συμμετείχαν ως Εκπρόσωποι του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου οι Αναστάσιος Βασιάδης, Βλαδίμηρος Παναγιωτίδης και Μαρίλυ Πασακιώτου. Η Ελληνική Αντιπροσωπεία δραστηριοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της Συνόδου της CPME στις διάφορες διαδικασίες ως εξής:

- Στη Γενική Συνέλευση με τεκμηριωμένες τοποθετήσεις στα θέματα της ημερήσιας διάταξης.
- Στις επιμέρους συναντήσεις στο περιθώριο της Συνόδου, με το απερχόμενο και το νεοεκλεγέν Προεδρείο της C.P.M.E., καθώς και τα μέλη των άλλων Εθνικών Αντιπροσωπειών.
- Στις συνεδριάσεις των Ομάδων Εργασίας, όπου προβλήθηκαν οι θέσεις του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, για τα επιμέρους θέματα.
- Στις επίσημες κοινωνικές εκδηλώσεις, όπου προωθήθηκαν οι θέσεις του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου.

ΠΙΣ: ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Αναφορά από την Ετήσια Συνάντηση του Δικτύου Νέων Ιατρών του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (JDN/WMA)

Αθήνα, 7 Νοεμβρίου 2015 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Το διήμερο 12 και 13 Οκτωβρίου 2015 πραγματοποιήθηκε στη Μόσχα και συγκεκριμένα στο χώρο του Διεθνούς Κέντρου Εμπορίου (World Trade Center, WTC) η ετήσια Συνάντηση Νέων Ιατρών του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (World Medical Association, WMA), την οποία διοργάνωσε το Δίκτυο Νέων Ιατρών του WMA (JDN/WMA) και φιλοξένησε η Ρωσική Ιατρική Εταιρεία (Russian Medical Society).

Οι Έλληνες νέοι ιατροί εκπροσωπήθηκαν εκεί –για 4η συνεχόμενη χρονιά (από το 2011) παρόλο που η Ελλάδα δεν αποτελούσε μέχρι σήμερα μέλος του WMA- από 2μελή αποστολή του JDN-Hellas, η οποία αποτελούνταν από τους κ.κ. Κωνσταντίνο Ροδίτη, Πρόεδρο του ΔΣ, και Ιωάννη Κοσμίδη, Μέλος του ΔΣ.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ JDN/WMA 2015-2016

- Πρόεδρος:
  Dr. Ahmet Murt, Τουρκία
- Αντιπρόεδρος:
  Dr. Elizabeth Wiley, ΗΠΑ
- **Γραμματέας:**
  Dr. Konstantinos Roditis, Ελλάδα
- Υπεύθυνος Ιατρικής Εκπαίδευσης:
  Dr. Fadiana Ghaisani, Ινδονησία
- Υπεύθυνος Ιατρικής Ηθικής:
  Dr. Fehim Esen, Τουρκία
- Υπεύθυνος Κοινωνικο-ιατρικών Υποθέσεων:
  Dr. Kimberly Williams, Καναδάς
- Υπεύθυνος Μελών:
  Dr. Chiaki Mishima, Ιαπωνία
- Υπεύθυνος Εκδόσεων:
  Dr. Ricardo Correa, ΗΠΑ
- Υπεύθυνος Επικοινωνιών:
  Dr. Wunna Tun, Μιανμάρ
- Άμεσα πρώην Πρόεδρος:
  Dr. Nivio Moreira, Βραζιλία
- Άμεσα πρώην Αντιπρόεδρος:
  Dr. Patrick Ezie, Νιγηρία

Η συμμετοχή του JDN-Hellas στη διοίκηση του JDN/WMA για την τρέχουσα περίοδο 2015-2016 αποτελεί σημαντικότατη εξέλιξη, τόσο για τη διεθνή εκπροσώπηση των νέων συναδέλφων, όσο και για την προώθηση των σημαντικών θεμάτων που απασχολούν τους νέους ιατρούς της χώρας μας στην παγκόσμια ιατρική κοινότητα με σκοπό την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και την πιθανή εξεύρεση λύσεων.

Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, η πολύ ευχάριστη εξέλιξη πως κατά τη Γενική Συνέλευση του WMA που ακολούθησε (14-17 Οκτωβρίου) στον ίδιο χώρο, ο ΠΙΣ έγινε δεκτός ομόφωνα ως το 112ο μέλος του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου, ανοίγοντας νέους ορίζοντες στη συνολική εκπροσώπηση του ιατρικού λειτουργήματος στο παγκόσμιο ιατρικό γίγνεσθαι.

Επισφαλής η λειτουργία του Νοσοκομείου της Καλύμνου

Αθήνα, 28 Σεπτεμβρίου 2015 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

«Γυμνό» από πλευράς προσωπικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού, είναι το Νοσοκομείο της Καλύμνου. Την οδυνηρή κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει η δομή του ακριτικού νησιού, διαπίστωσε την περασμένη Παρασκευή, αντιπροσωπεία του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ), με επικεφαλής τον Πρόεδρο, Μιχάλη Βλασταράκο.

Το γεγονός αυτό, όπως διαπιστώθηκε, καθιστά επισφαλή τη λειτουργία του Νοσοκομείου. Το πρόβλημα είναι εντονότερο αυτή τη χρονική περίοδο, καθώς υπάρχουν αυξημένες ανάγκες και



λόγω του μεταναστευτικού ζητήματος. Ο κ. Βλασταράκος, επισκέφθηκε το νησί συνοδευόμενος από τον Β΄ Αντιπρόεδρο του ΠΙΣ υπεύθυνο για θέματα Νησιωτικής Πολιτικής για την Υγεία κ. Κωνσταντίνο Κουτσόπουλο, μετά από πρόσκληση του Προέδρου του Ιατρικού Συλλόγου Καλύμνου κ. Γεράσιμου Αποστολάτου και του Δ.Σ. του Συλλόγου. Σε ευρεία σύσκεψη, με τη συμμετοχή του Διοικητή του Νοσοκομείου κ. Ι. Σοροκάκη, του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας κ. Δ. Παρασκευόπουλου, της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κυρίας Μ. Καραφίλη, της Διευθύντριας Διοικητικού κυρίας Ευτ. Μαγριπλή, του Προέδρου του Ιατρικού Συλλόγου κ. Γερ. Αποστολάτου, μελών του Δ.Σ., καθώς και ιατρών του Νοσοκομείου, συζητήθηκαν τα προβλήματα νοσοκομειακής περίθαλψης στο νησί.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τον ΠΙΣ, διαπιστώθηκε ότι η περιορισμένη χρηματοδότηση του νοσοκομείου με τον μειωμένο προϋπολογισμό, δημιουργεί προβλήματα στη περίθαλψη των ασφαλισμένων. Η έλλειψη νέων ιατρών, μονίμων του ΕΣΥ, καθώς και ειδικευομένων, καθιστά επισφαλή τη μελλοντική λειτουργία του.

Η ελλιπής στελέχωση του Νοσοκομείου σε νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό είναι εμφανής. Στο ιατρικό προσωπικό, παρά τις ελλείψεις, αντιμετωπίζονται προς το παρόν οι ανάγκες, μέσα από τις φιλότιμες προσπάθειες του προσωπικού. Από τους συμμετέχοντες στη σύσκεψη θεωρείται αναγκαία η ενδυνάμωση του Νοσοκομείου, οικονομική και στελεχιακή, καθώς και η ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, μέσα και από ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος. Η νησιωτική Ελλάδα με το έντονο προσφυγικό–μεταναστευτικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει σήμερα, ζητά από τη πολιτεία ουσιαστική στήριξη, προκειμένου οι κάτοικοι των περιοχών αυτών να αισθάνονται ασφαλείς και να μην εγκαταλείπουν τον τόπο τους. Ακολούθως, έγινε σύσκεψη στον Ιατρικό Σύλλογο Καλύμνου, όπου εξετάστηκαν προβλήματα σχετικά με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και τη Δημόσια Υγεία. Κατά τη σύσκεψη διαπιστώθηκε η πλήρης αποδόμηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τονίστηκε η ανάγκη να επανέλθουν οι ιατροί που έφυγαν από τη δομή του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), σε προσωποπαγείς θέσεις.

Επίσης τονίστηκε η ανάγκη άμεσης αποπληρωμής όλων των παρόχων υγείας που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να μπορέσουν να επιβιώσουν σε αυτό το δύσκολο οικονομικό περιβάλλον.

Ο Πρόεδρος Μιχάλης Βλασταράκος και ο Αντιπρόεδρος Κωνσταντίνος Κουτσόπουλος, εξέφρασαν την αμέριστη στήριξη του Π.Ι.Σ. στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι της Νησιωτικής Ελλάδας. Δεσμεύτηκαν ότι θα κάνουν παρεμβάσεις στους εκπροσώπους της Πολιτείας προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης των υπηρεσιών περίθαλψης της Νησιωτικής Ελλάδας. Όπως είπαν, η νησιωτική χώρα πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσα από ειδικό πρόγραμμα της Πολιτείας το οποίο θα περιλαμβάνει κίνητρα για την προσέλκυση νέων ιατρών και λοιπών λειτουργών της υγείας.

Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών Π.Ι.Σ. Ξεκίνησε η λειτουργία του

Αθήνα, 22 Δεκεμβρίου 2015 - ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Σε πανηγυρικό κλίμα πραγματοποιήθηκε η Έναρξη των Εργασιών του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, το Σάββατο 19 Δεκεμβρίου 2015, παρουσία του Προέδρου του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκου, του Γενικού Γραμματέα κ. Δημήτρη Βαρνάβα, του Ταμία κ. Βλαδίμηρου Παναγιωτίδη και του κ. Αναστασίου Βασιάδη, Μέλους του Δ.Σ. του ΠΙΣ.

Κατά την 1η Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών, τόσο ο Πρόεδρος του ΠΙΣ, όσο και ο Πρόεδρος του Ινστιτούτου κ. Κώστας Αλεξανδρόπουλος τόνισαν την μεγάλη σημασία της λειτουργίας του, η οποία είχε αποφασιστεί στη Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ. Το Ινστιτούτο, επισημάνθηκε, θα αποτελέσει ένα μεγάλο εργαστήριο επιστημονικής τεκμηρίωσης, σε κάθε Τομέα της Υγείας, θα ενδυναμώσει και θα διευρύνει το κύρος του ΠΙΣ. Σκοπός του είναι η ουσιαστική συμβολή του στη διαμόρφωση των πολιτικών στη χώρα μας. Δηλαδή, εκτός από Όργανο του Ιατρικού Σώματος, να είναι επίσης βασικός εταίρος της Πολιτείας στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας. Το Ινστιτούτο θα παράγει πολιτική μέσα από την Έρευνα Επιστημονικών Θεμάτων που αφορούν όλους τους τομείς της Υγείας, όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας, η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση, η σύγχρονη μορφή και αντίληψη ειδίκευσης των νέων γιατρών, η Ιατρική Δεοντολογία, τα Επαγγελματικά και Ασφαλιστικά θέματα, τα Δικαιώματα των Ασθενών, θέματα του Κλάδου των Ιατρών, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, η ηλεκτρονική υγεία, ο ιατρικός τουρισμός κλπ.

Οι Τομείς του Ινστιτούτου θα στελεχωθούν από επιστήμονες διακεκριμένους για τη γνώση και την εμπειρία τους σε κάθε Τομέα της ιατρικής λειτουργίας, της Οικονομίας της Υγείας , της Ιατρικής Εκπαίδευσης και των Συνταξιοδοτικών ζητημάτων, της Φαρμακευτικής Πολιτικής κλπ., ώστε να δοθεί η δυνατότητα όχι μόνο στον ΠΙΣ αλλά και στην Πολιτεία να διαμορφώνει πολιτικές οι οποίες θα είναι βιώσιμες και συμβατές με την κοινωνική βούληση.

Στο Ινστιτούτο του ΠΙΣ μπορεί να απευθυνθεί και να συμμετάσχει κάθε ενδιαφερόμενος, έχοντας σαν γνώμονα τη διάθεση προσφοράς στο Ιατρικό Σώμα και στο κοινωνικό σύνολο. Τόσο ο Πρόεδρος του ΠΙΣ όσο και ο Πρόεδρος του Ινστιτούτου εξέφρασαν την πεποίθηση ότι η λειτουργία του Ινστιτούτου θα αγκαλιαστεί με ενθουσιασμό προκειμένου να ανταπεξέλθει στη σοβαρότατη αποστολή του.

Η απειλή του ιού Zika

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΩΣΤΑΚΗΣ
Διευθυντής Δερματολογικής Κλινικής ΕΣΥ, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

Ο ιός Zika (ZIKV) είναι RNA αρμποϊός, μέλος της οικογένειας Flaviviridae. Στην ίδια οικογένεια ανήκουν οι ιοί του Δαγγείου πυρετού, του Δυτικού Νείλου, του κιτρίνου πυρετού και της Ιαπωνικής εγκεφαλίτιδας. Ο ιός ανακαλύφθηκε το 1947 στο δάσος Zika στην Ουγκάντα, αλλά το 1953 διαπιστώθηκε η προσβολή του ανθρώπου στη Νιγηρία. Μέχρι το 2007 ελάχιστα περιστατικά είχαν αναφερθεί στη βιβλιογραφία.

Έκτοτε παρατηρείται επιδημιολογική έκρηξη σε περιοχές όπως η Μικρονησία και η Γαλλική Πολυνησία. Το 2015 σημειώθηκαν τα πρώτα κρούσματα στις ΗΠΑ. Σε περιοχές που ενδημεί ο ιός καταγράφηκε αυξημένος αριθμός νεογνών με μικροκεφαλία. Η εξάπλωση του ιού στην Βραζιλία αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας και αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της τέλεσης των Ολυμπιακών Αγώνων το καλοκαίρι.

Ο ιός μεταδίδεται κυρίως από το τσίμπημα των μολυσμένων θηλυκών κουνουπιών των ειδών Aedes aegypti (συχνότερα) και Aedes albopictus. Όταν ο ιός εισέλθει στο δέρμα, μέσω ειδικών υποδοχέων προσβάλλει τους ινοβλάστες του χορίου, τα κερατινοκύτταρα και τα ανώριμα δενδριτικά κύτταρα.

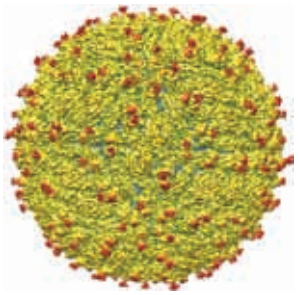
Στη διεύθυνση **www.cdc.gov/zika/geo/active-countries.html** που ανανεώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, διακρίνονται οι περιοχές που ενδημεί η νόσος.

Ο ιός μεταδίδεται επίσης με:
• Μετάγγιση αίματος
• Σεξουαλική επαφή &
• Από την εγκυμονούσα στο έμβρυο

Έχει περιγραφεί η μετάδοση του ιού, από άνδρα πάσχοντα, με την σεξουαλική επαφή πριν την κλινική νόσηση, κατά τη διάρκεια της ασθένειας ή αμέσως μετά.Ο ιός παραμένει στο σπέρμα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με το αίμα. Ο RNA ιός Zika ανιχνεύθηκε στο αμνιακό υγρό εγκύων των οποίων τα έμβρυα παρουσίασαν εγκεφαλικές ανωμαλίες.

Στην ιστοσελίδα του CDC περιγράφεται αναλυτικά το χρονοδιάγραμμα προγραμματισμού μιας εγκυμοσύνης, ανάλογα με τον τόπο που ζει το ζευγάρι, αν κάποιο μέλος έχει νοσήσει ή είχε σεξουαλική επαφή (χωρίς προφυλακτικό) με προσβληθέντα από τον ιό. Ενδεικτικά οι γυναίκες που ασθένησαν πρέπει να περιμένουν τουλάχιστον **οκτώ εβδομάδες**





από την έμφάνιση των συμπτωμάτων, ενώ οι άνδρες τουλάχιστον **έξι μήνες**. Μετά από επώαση 3 έως 12 ημερών προκαλείται αυτοϊάσιμη λοίμωξη με ήπια συμπτώματα που διαρκούν εως μία εβδομάδα. Αξίζει να τονισθεί ότι μόνο το 20% του προσβεβλημένου πληθυσμού θα νοσήσει.

Οι συχνότερες εκδηλώσεις, στους ενήλικες είναι: παροδικός πυρετός (65%), δερματικό εξάνθημα, μυαλγίες (48%), αρθραλγίες (65%), κεφαλαλγία (45%), επιπεφυκίτιδα (55%), οπισθοβολβικός πόνος (39%), έμετος (10%). Οι δερματικές εκδηλώσεις είναι ήπιες και συνίστανται από κηλίδες και βλατίδες που εμφανίζονται την 3η έως 12η ημέρα από τη λοίμωξη. Το ιλαροειδές ή οστρακιοδές εξάνθημα ξεκινά από το πρόσωπο και επεκτείνεται στον θώρακα και τα άκρα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων φείδεται των παλαμών και των πελμάτων. Σπάνια παρατηρούνται αιμορραγικές εκδηλώσεις (πετέχειες ή αιμορραγούντα ούλα). Πιθανόν να συνυπάρχει κνησμός. Η υποχώρηση του εξανθήματος συνοδεύεται από απολέπιση, ξεκινά από τη 2η ημέρα και ολοκληρώνεται εντός μιας εβδομάδος.

Η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με εκείνη που παρατηρείται σε ιώσεις προερχόμενες από τσίμπημα εντόμων, όπως στον δάγγειο πυρετό και δυσχεραίνει την ορθή και έγκαιρη διάγνωση. **Η ελονοσία και η λοίμωξη από αρμποϊούς πρέπει να κατέχουν κυρίαρχη θέση στη σκέψη του γιατρού όταν περιθάλπτει ταξιδιώτη με πυρετό που προέρχεται από τροπικές περιοχές.** Η εργαστηριακή επιβεβαίωση επιτυγχάνεται με την RT PCR (αντίστροφη μεταγραφάση αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης) ή την ενζυμική ανοσοδοκιμασία ELISA την πρώτη εβδομάδα της νόσου και με την ανίχνευση των Zika ειδικών αντισωμάτων IgM ή την δοκιμασία οροεξουδετέρωσης μείωσης της πλάκας από την τέταρτη ημέρα της ασθένειας. Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική. Συνιστάται ανάπαυση, επαρκής ενυδάτωση και αντιμετώπιση του πόνου και του πυρετού

Τα θηλυκά κουνούπια Aedes έχουν ανάγκη να τραφούν με αίμα για την παραγωγή των αυγών τους, τσιμπούν την αυγή και το σούρουπο, εντοπίζουν τον στόχο από απόσταση 50 έως 100 μέτρων και έλκονται από την κίνηση και τα χρώματα και από τα προϊόντα αποδόμησης του ιδρώτα, όπως το γαλακτικό οξύ ή το διοξείδιο του άνθρακα της αναπνοής.

Η πρόληψη, δεδομένης της έλλειψης εμβολίου, επικεντρώνεται στον έλεγχο των φορέων αρθροπόδων, την λήψη μέτρων ατομικής προστασίας από τους νυγμούς των κουνουπιών, την ελαχιστοποίηση του κινδύνου της μετάδοσης μέσω της σεξουαλικής επαφής. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η προστασία των εγκύων, οι οποίες δεν πρέπει να ταξιδεύουν, χωρίς σοβαρό λόγο, σε περιοχές που ενδημεί η νόσος.

Επιλεγμένη βιβλιογραφία

1. Petersen, Lyle R., et al. «Zika virus.» New England Journal of Medicine374.16 (2016): 1552-1563.
2. Haug, Charlotte J., Marie Paule Kieny, and Bernadette Murgue. "The Zika Challenge." New England Journal of Medicine (2016).
3. Wilson, Mary E., and Patricia Schlagenhauf. "Aedes and the triple threat of DENV, CHIKV, ZIKV-Arboviral risks and prevention at the 2016 Rio Olympic games." Travel medicine and infectious disease 14.1 (2016): 1-4
4. Farahnik, Benjamin, et al. "Cutaneous manifestations of the Zika virus." Journal of the American Academy of Dermatology (2016). Article in Press.

Θεραπευτικές ιδιαιτερότητες του σακχαρώδη διαβήτη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο

Diabetes mellitus and Coronary artery disease: Therapeutic implications

ΠΕΤΡΟΣ ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ, ΓΕΩΡΓΙΑ ΒΟΓΙΑΤΖΗ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης και των λιπιδίων με αυξανόμενη επίπτωση στα δυτικά κράτη αλλά και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Καθώς η σχέση της συγκεκριμένης πάθησης με την εμφάνιση αγγειακών επιπλοκών και ειδικά με τη στεφανιαία νόσο είναι τεκμηριωμένη, η προσεκτική ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης ορού, καθώς και όλων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου είναι αναγκαία ειδικά στην ομάδα των ασθενών υψηλού κινδύνου ή σε ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο. Στο παρόν άρθρο ανασκόπησης παρουσιάζονται τα κυριότερα παθοφυσιολογικά δεδομένα που αφορούν στην σχέση σακχαρώδους διαβήτη και στεφανιαίας νόσου, ενώ εστιάζουμε στις θεραπευτικές ιδιαιτερότητες της νόσου όταν ταυτόχρονα συνυπάρχει στεφανιαία νόσος και καρδιοπάθεια.

Abstract

Diabetes mellitus is a disorder of the metabolism of glucose and lipids with an increasing incidence in Western countries and in the developing world. As the relationship of this particular disease with the onset of vascular complications and especially with coronary disease is well documented, careful regulation of serum glucose levels, and all cardiovascular risk factors is necessary especially in the group of high risk patients or in patients with documented coronary artery disease. This review article presents the main pathophysiological data on the relationship between diabetes mellitus and coronary heart disease, while focusing on therapeutic particularities of the disease with concomitant coronary artery disease and heart disease.

Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μία μεταβολική διαταραχή πολλαπλής αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία, μεταβολικές διαταραχές των υδατανθράκων, λιπιδίων και των πρωτεϊνών που οφείλονται σε διαταραχή στην έκκριση ή τη δράση της ινσουλίνης, ή και στον συνδυασμό τους. Ο ΣΔ είναι μια χρόνια ασθένεια που απαιτεί μακροπρόθεσμη ιατρική φροντίδα για να περιορίσει την ανάπτυξη των καταστροφικών επιπλοκών της και για τη διαχείρισή τους, όταν συμβαίνουν.[1]

Σε αυτή την ανασκόπηση θα παρατεθούν τα κυριότερα δεδομένα σχετικά με την παθολογική φυσιολογία της σχέσης του ΣΔ με τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ), καθώς και τις κύριες θεραπευτικές ιδιαιτερότητες που αφορούν στην κατηγορία αυτή των ασθενών.

Διεύθυνση επικοινωνίας:
Ευάγγελος Οικονόμου, MD,
Ά Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Τηλ: +30-210-7782446
Φαξ: +30-210-7784590
email: boikono@gmail.com

Ταξινόμηση του ΣΔ

Ο ΣΔ ταξινομείται με βάση τους αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τα διαφορετικά κλινικά στάδια λόγω της υπεργλυκαιμίας. Ανάμεσα στους διάφορους τύπους, οι συχνότερα εμφανιζόμενοι τύποι είναι ο ΣΔΙΙ και ο Σακχαρώδης Διαβήτης της Κύησης (ΣΔΚ).[1]

α) Ο διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) που αναπτύσσεται συνήθως στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία και η πρόγνωση αυτών των ασθενών εξαρτάται από την έγκαιρη χορήγηση και σωστή ρύθμιση της αγωγής με ινσουλίνη εφόρου ζωής. Οφείλεται σε καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, κατάσταση που προκαλεί αδυναμία παραγωγής ινσουλίνης με πρώιμη έναρξη.[2]

β) Ο διαβήτης τύπου 2 (ΣΔΙΙ), που αναπτύσσεται στην ενήλικη ζωή και συνδέεται με παχυσαρκία, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και κακή διατροφή. Αυτός είναι ο πιο κοινός τύπος διαβήτη (με το 90% των περιπτώσεων σε παγκόσμιο επίπεδο). Οφείλεται σε προοδευτική μείωση της ικανότητας των β-κυττάρων να παράγουν ινσουλίνη ή σε αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης στους περιφερικούς ιστούς. Έχει όψιμη έναρξη και η θεραπεία μπορεί να ποικίλει σε αλλαγή του τρόπου ζωής, απώλεια βάρους ή και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με ή χωρίς ινσουλινοθεραπεία.[3]

γ) Ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης (ΣΔΚ) που διαγιγνώσκεται στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Σε όλες τις εγκύους, συνίσταται έλεγχος διαλογής (screening test) με δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη την 24η-28η εβδομάδα της κύησης.[4]

δ) Ειδικοί τύποι διαβήτη που οφείλονται σε άλλες αιτίες, όπως τα μονογονιδιακά σύνδρομα του διαβήτη μεταξύ των οποίων είναι ο διαβήτης των νεογνών και διαβήτης ώριμης εμφανίσεως των νέων (MODY), παθήσεις της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος (όπως η κυστική ίνωση), και ο φαρμακευτικά ή χημικά επαγόμενος διαβήτης (όπως σε χρήση γλυκοκορτικοειδών, στη θεραπευτική αντιμετώπιση του HIV/AIDS ή μετά από μεταμόσχευση οργάνων.[5,6]

Διαγνωστική προσέγγιση

Η διάγνωση του ΣΔ έχει στηριχθεί σε διάφορες δοκιμασίες στο παρελθόν και σύμφωνα με την τελευταία έκδοση των Κατευθυντήριων Οδηγιών της American Diabetes Association (ADA)[7], για να τεθεί η διάγνωση ΣΔ απαιτείται:

(1) Γλυκόζη πλάσματος νηστείας ≥126 mg/dl μετά από νηστεία τουλάχιστον 8 ω- ⇨

Medtronic

Σύστημα
MiniMed™ 640G



Έξυπνο Σύστημα για Καλύτερο Έλεγχο

Medtronic Hellas SA
Αγ. Βαρβάρας 5, 152 31 - Χαλάνδρι Αττικής
www.medtronic.gr • www.medtronic-diabetes.gr
Τηλ.: +30 210 6779099 • Φαξ: +30 210 6779399

ρών και επανάληψη με νέα μέτρηση την επόμενη ημέρα επί μη διαγνωστικού αποτελέσματος ή,

(2) Θετική δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη [(oral glucose tolerance test OGTT)] με επίπεδα γλυκόζης πλάσματος ≥200 mg/dl, εφόσον έχει προηγηθεί 2 ώρες πριν από του στόματος χορήγηση 75g γλυκόζης αραιωμένης σε 250-300ml νερό και αιμοληψία πριν και 120 λεπτά μετά τη φόρτιση ή,

(3) Σε ασθενή με κλασική συμπτωματολογία της υπεργλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμικής κρίσης, μια τυχαία μέτρηση γλυκόζης πλάσματος ≥200 mg/dl ή

(4) Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ≥6,5% (48 mmol/mol). Η δοκιμή θα πρέπει να εκτελείται σε ένα εργαστήριο χρησιμοποιώντας τη μέθοδο που είναι NGSP πιστοποιημένη και τυποποιημένα για τον προσδιορισμό DCCT. Οι απαιτήσεις αυτές πληρούνται σε λίγα πιστοποιημένα εργαστήρια στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη και σε ελάχιστα στην Ελλάδα.[8]

Εν τούτοις, σε κάθε περίπτωση πρέπει να τονιστεί ότι η πλέον αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης του ΣΔ σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) είναι η θετική δοκιμασίας ανοχής στη γλυκόζη και ειδικά η τιμή της μεταγευματικής γλυκόζης (μετά 2 ώρες).[9]

Σύμφωνα και πάλι με τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες, παρά την κατ' αρχήν αποδοχή της τιμής γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) για τη διάγνωση του ΣΔ (για τιμή ≥6.5%), δεν συνίσταται ως εξέταση εκλογής αφού η εύρεση τιμών <6.5% δεν αποκλείει την πιθανότητα ΣΔ ή διαταραχής στην ανοχή στη γλυκόζη.[10,11] Αντιθέτως, είναι καθολικά αποδεκτός και στις δύο πλευρές του Ατλαντικού, η αξιολόγηση της HbA1c ως αξιόπιστος δείκτης της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αντιμετώπισης της υπεργλυκαιμίας.[12]

«Προ-διαβητικές» καταστάσεις/ Διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης

Η γλυκαιμική κατάσταση ασθενών που είναι μεταξύ νορμογλυκαιμίας και ΣΔ (ή αλλιώς «προ-διαβήτη», όρος που σιγά-σιγά εγκαταλείπεται) χαρακτηρίζεται από:

- Αυξημένη τιμή της γλυκόζης πλάσματος μετά από νηστεία [Impaired Fasting Glucose (IFG)]: Τιμή γλυκόζης νηστείας 110-125 mg/dl ενώ δεν απαιτείται τιμή μεταγευματικής γλυκόζης (αν μετρηθεί πρέπει να είναι <140 mg/dl) και
- Μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη [Impaired Glucose Tolerance (IGT)]: α. Τιμή γλυκόζης νηστείας <126 mg/dl και β. Τιμή μεταγευματικής γλυκόζης στις 2 ώρες ≥140 και <200 mg/dl

Η νορμογλυκαιμία σε κατάσταση νηστείας πρακτικά αποτυπώνει την ακεραιότητα των μηχανισμών έκκρισης ινσουλίνης σε συνδυασμό με επαρκή ευαισθησία του ηπατικού ιστού στη δράση και ρύθμιση της ηπατικής παραγωγής γλυκόζης.

Πρώιμη διάγνωση του ΣΔ και δοκιμασίες διαλογής στην ειδική κατηγορία των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα

Λόγω της μεγάλης επίπτωσης του ΣΔ, έχει τεθεί πολύ έντονα το ερώτημα για το ποιος είναι ο καλύτερος συνδυασμός δοκιμασιών διαλογής για την ανάδειξη των περιπτώσεων εκείνων που θα υποβληθούν σε περαιτέρω εξετάσεις για τη διάγνωση ΣΔ.

Σύμφωνα τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες, για τις δοκιμασίες διαλογής υπάρχουν οι εξής προσεγγίσεις:

- Η χρήση ερωτηματολογίων για την ανεύρεση παραγόντων κινδύνου για την παρουσίαση ΣΔ.
- Η χρήση δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών και προηγούμενων εργαστηριακών μετρήσεων για τον προσδιορισμό της πιθανότητας νόσησης από ΣΔ.
- Η χρήση της δοκιμασίας OGTT ή/και Hb1Ac.

Η χρήση των δύο πρώτων χρησιμεύει στον αποκλεισμό της πλειοψηφίας των ατόμων που δεν χρήζουν περαιτέρω εργαστηριακής διερεύνησης. Στην Ευρώπη χρησιμοποιείται ευρέως ως κλίμακα υπολογισμού του κινδύνου για εκδήλωση ΣΔ, η Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) (www.diabetes.fi/english) καθόσον προβλέπει τον 10ετή κίνδυνο νόσησης από ΣΔ και του ασυμπτωματικού ΣΔ και της IGT με ακρίβεια 85%.[13,14] Έτσι, στα άτομα από το γενικό πληθυσμό και ειδικά σε ασθενείς με προδιαθεσικούς παράγοντες (παχυσαρκία, υπέρταση και οικογενειακό ιστορικό ΣΔ) εφαρμόζεται αρχικά η δοκιμασία FINDRISC και όσοι εξ αυτών συγκεντρώνουν υψηλή βαθμολογία, υποβάλλονται ακολούθως σε OGTT ή HbA1c και γλυκόζη πλάσματος μετά από νηστεία [Fasting Plasma Glucose (FPG)].[15] Σε ασθενείς με γνωστό καρδιαγγειακό νόσημα υπολογίζονται η HbA1c ή/και η FPG ως μια «ενδιάμεση» δοκιμασία διαλογής. Σε άτομα με ασαφή αποτελέσματα γίνεται δοκιμασία OGTT.[16]

Σημειώνεται ότι η τιμή της γλυκόζης πλάσματος σε πλήθος μελετών δεν φάνηκε να επηρεάζει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο εξού και ο αποκλεισμός της από τις αντίστοιχες κλίμακες υπολογισμού του.[17] Παρόλα αυτά, δεδομένα από τη μελέτη ADDITION, έδειξαν ότι ασθενείς με IGT («προδιαβητική κατάσταση») και μικρό υπολογιζόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο, θα μπορούσαν να επωφεληθούν από δοκιμασίες διαλογής εφόσον οι αλλαγές στον τρόπο ζωής που θα προταθούν, θα επιφέρουν τελικά καθυστέρηση της εμφάνισης του ΣΔII και συνεπώς της προόδου της μικροαγγειοπάθειας.[18,19] Κατά αντιστοιχία, στα πλαίσια της μελέτης DETECT-2 αξιολογήθηκε επιπρόσθετα και ο ρόλος της HbA1c ως δοκιμασία διαλογής, όπου τιμές 6.0-6.5% που δεν συνοδεύονταν από παθολογικές τιμές γλυκόζης -συνεπώς μη διαγνωσθής ΣΔ- σχετίστηκαν με την ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής.[20]

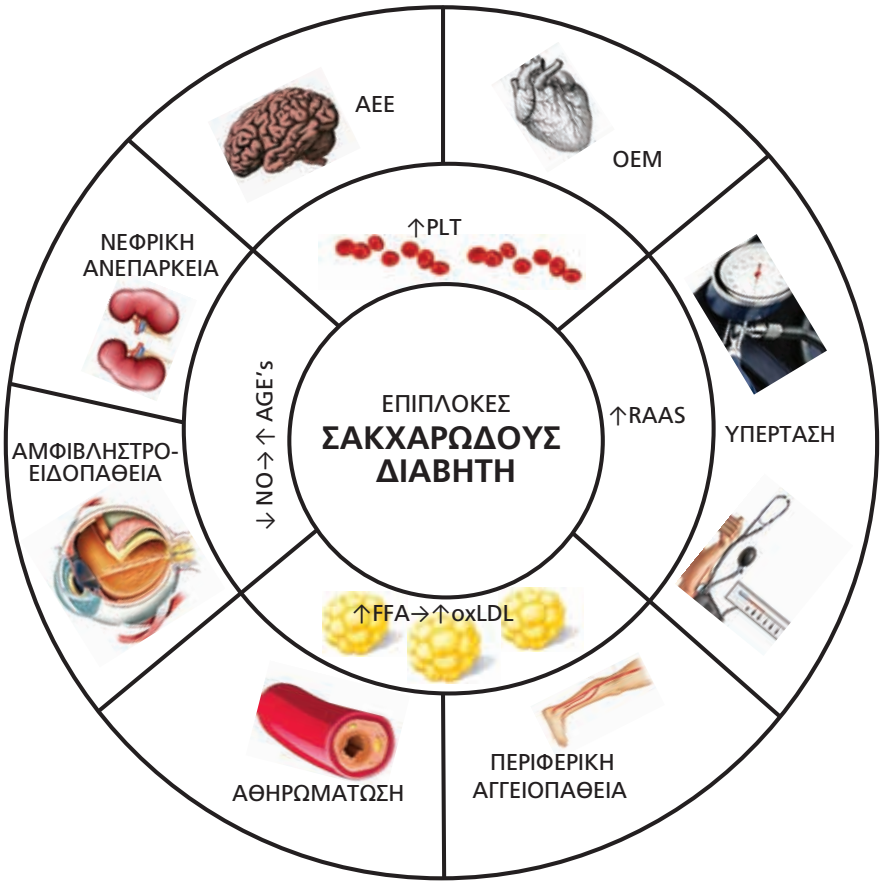
Στεφανιαία νόσος και σακχαρώδης διαβήτης: Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί

Η παθοφυσιολογία της στεφανιαίας νόσου στα πλαίσια ΣΔ περιλαμβάνει διασταυρούμενα βιοχημικά και κυτταρικά μονοπάτια. Η αθηρογόνος διαδικασία προάγεται από την παρουσία παραγόντων όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η παχυσαρκία και η αντίσταση στην ινσουλίνη.[21]

Σε παχύσαρκα άτομα, τα ελεύθερα λιπαρά οξέα προκαλούν απευαισθητοποίηση των περιφερικών ιστών στη δράση της ινσουλίνης. Λόγω αναστολής στην παραγωγή παραγωγής μονοξειδίου του αζώτου (NO), προκύπτει ενδοθηλιακή δυσλειτουργία.[22] Η μείωση του NO προκαλεί αύξηση της παραγωγής ελεύθερων ριζών οξυγόνου τοπικά στους αγγειακούς ιστούς, προάγοντας την παραγωγή προϊόντων προχωρημένης γλυκοζυλίωσης (AGEs)[23] οδηγώντας τελικά στην εκδήλωση μικροαγγειακών βλαβών (π.χ. αμφιβληστροειδοπάθεια)[24]. Το δυσλειτουργικό ενδοθήλιο εκφράζει μόρια προσκόλλησης που διευκολύνουν την πρόσδεση και διαπίδυση φλεγμονωδών κυττάρων τα οποία με τη σειρά τους εκφράζουν κυτοκίνες ή απελευθερώνουν υδρολυτικά ένζυμα, εντείνοντας ακόμα περισσότερο την ήδη υπάρχουσα ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και την οξείδωση, ευνοώντας την αγγειακή αναδιαμόρφωση.[25,26]

Η αντίσταση στη δράση ινσουλίνης ευνοεί τη δημιουργία αθηρογόνων μορφών της LDL-C σε κυτταρικό επίπεδο. Οι μορφές αυτές είναι εξαιρετικά επιρρεπείς σε οξείδωση. Η συνακόλουθη φαγοκυττάρωση της οξειδωμένης LDL-C από τα μακροφάγα διευκολύνει τον σχηματισμό αφρωδών κυττάρων και κατά συνέπεια των αθηρωματικών βλαβών, οι οποίες με τον χρόνο οργανώνονται και λαμβάνουν τη χαρακτηριστική μορφή και δομή τους, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για θρόμβωση.[27,28]

Επιπρόσθετα, η παρατηρούμενη υπεριν-



Σχήμα 1: Επιπλοκές του Σακχαρώδους Διαβήτη και συσχέτισή τους με την παθοφυσιολογία της στεφανιαίας νόσου. ↑PLT: αύξηση συγκέντρωσης και συγκόλλησης αιμοπεταλίων, NO: μονοξείδιο του αζώτου, AGE's: προϊόντα τελικής γλυκοζυλίωσης, RAAS: άξονας ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, FFA: ελεύθερα λιπαρά οξέα, oxLDL: οξειδωμένη LDL-C, ΑΕΕ: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΟΕΜ: οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

σουλιναιμία και η υπεργλυκαιμία σχετίζονται με αυξημένη προδιάθεση για θρόμβωση λόγω αύξησης των παραγόντων θρόμβωσης και διαταραχών στη συσσώρευση και συγκόλληση των αιμοπεταλίων.[29]

Συν αυτώ, η αύξηση της ινσουλίνης επάγει κατακράτηση νατρίου και ύδατος ενώ ο αυξημένος συμπαθητικός τόνος και η ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης προάγει την εμφάνιση υπέρτασης.[30]

Το **Σχήμα 1** συνοψίζει τις επιπλοκές του ΣΔ και την εμπλοκή τους στην παθοφυσιολογία της ΣΝ.

Σχέση Στεφανιαίας Νόσου και Σακχαρώδους Διαβήτη

Ο ΣΔΙΙ αλλά και άλλες διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου και των επιπλοκών της. Για παράδειγμα, δεδομένα από τη μελέτη DECODE έδειξαν αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με ΣΔ ή IGT (διαγνωσθείσες με βάση την τιμή της μεταγευματικής γλυκόζης). Η τιμή της μεταγευματικής γλυκόζης βρέθηκε να έχει σημαντική συσχέτιση με τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και ειδικά με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, τόσο στη μελέτη DECODE[31], όπως και σε άλλες και επιπρόσθετα και με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο[32]. Ανάμεσα στις διάφορες ομάδες πληθυσμού, οι γυναίκες με ΣΔΙΙ παρουσιάζουν μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιαγγειακά αίτια σε σχέση με τους άνδρες που έχουν ΣΔΙΙ[33], ενώ η νόσηση από ΣΔΙΙ φαίνεται να αφαιρεί το «πλεονέκτημα» έναντι των αντρών όσον αφορά στον καρδιαγγειακό κίνδυνο χωρίς να έχει ακόμα διασαφηνιστεί ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που βρίσκεται πίσω από το συγκεκριμένο φαινόμενο. Πιθανολογείται ότι οφείλεται εν μέρει και στο γεγονός ότι για να φτάσουν να νοσήσουν γυναίκες ασθενείς από ΣΔΙΙ πρέπει να αποκτήσουν μεγαλύτερο σωματικό βάρος συγκριτικά με τους άνδρες ασθενείς, κάτι που κατ' επέκταση μεταφράζεται σε μεγαλύτερη περιφερική αντίσταση στην ινσουλίνη.[34]

Οι ανθυγιεινές διαιτητικές συνήθειες και η καθιστική ζωή παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ΣΔΙΙ. Αλλαγές στον τρόπο ζωής όπως η απώλεια βάρους και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας σχετίζονται με καθυστέρηση στην πρόοδο της νόσου. Η σημασία των παρεμβάσεων αυτών αφορά σε πολύ σημαντικό βαθμό τα άτομα με IGT καθώς μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης του ΣΔ, τη συνολική θνησιμότητα αλλά και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά αίτια.[35] Σε μια πρόσφατη μελέτη 214.000 ατόμων στην Σκωτία, φάνηκε ότι η υπο-ομάδα που ωφελείται περισσότερο από τις πρώιμες παρεμβάσεις είναι οι νεότεροι ασθενείς με προδιάθεση για ΣΔ, στους οποίους το όφελος είναι μεγαλύτερο σε σχέση με τους ηλικιακά μεγαλύτερους -λόγω μικρότερης, χρονικά, έκθεσής του στις βλαπτικές δράσεις του ΣΔ.[36] Δυστυχώς, η πλειονότητα των μελετών δεν δείχνει μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά αίτια σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε ήδη πάσχοντες από ΣΔ.[37]

Με βάση τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, οι ασθενείς με ΣΔ ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, ενώ αν παρουσιάζουν ακόμα ένα παράγοντα κινδύνου ή βλάβη σε όργανα-στόχους ταξινομούνται αυτόματα στην ομάδα πολύ υψηλού κινδύνου.[38] Σημειώνεται ότι ο καρδιαγγειακός κίνδυνος εκτιμάται με βάση έτοιμες κλίμακες οι οποίες διατίθενται διαδικτυακά και έχουν προσαρμοστεί στους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς (SCORE, *http://www.escardio.org*). Ο υπολογισμός του καρδιαγγειακού κινδύνου αλλά και άλλες δοκιμασίες που βασίζονται στα ευρήματα μελετών όπως της Framingham, στηρίζονται σε αξιολογήσεις που έχουν διενεργηθεί μόνο στο γενικό πληθυσμό και όχι στον ειδικό υποπληθυσμό των σακχαροδιαβητικών.[39] Η δημιουργία μιας εξειδικευμένης κλίμακας για υπολογισμό καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με ΣΔ αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα, αφού θα μπορεί να οδηγήσει σε ακριβέστερο υπολογισμό αυτού.[40,41]

Διάφοροι βιοδείκτες, όπως η αλβουμινουρία και η ασβέστωση των στεφανιαίων αγγείων, είναι από τους πλέον σημαντικούς που αυξάνουν την προγνωστική ικανότητα των ήδη χρησιμοποιούμενων κλιμάκων για την πρόβλεψη εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων.[42,43] Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το ποσοστό των σακχαροδιαβητικών ασθενών με ασυμπτωματική ΣΝ είναι αρκετά υψηλό, ώστε έως και το 60% των καρδιακών εμφραγμάτων παραμένει «σιωπηρό» και χωρίς συμπτωματολογία.[44] Ο θεράπων ια-

RESPECTS THE FLOW

HeartMate 3™ LVAD with Full MagLev™ Flow Technology



HeartMate 3™
Left Ventricular Assist Device

SJMprofessional.com

ST. JUDE MEDICAL

Brief Summary: Prior to using these devices, please review the Instructions for Use for a complete listing of indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse events and directions for use.

Caution: Product referenced is approved for CE Mark. Device depicted may not be available in all countries. Check with your St. Jude Medical representative for product availability in your country.

Unless otherwise noted, ™ indicates that the name is a trademark of, or licensed to, St. Jude Medical or one of its subsidiaries. ST. JUDE MEDICAL and the nine-squares symbol are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. © 2016 St. Jude Medical, Inc. All Rights Reserved.

EU-HM3-04160482 | Item approved for international use only.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στην **SJM ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ**
Ήρωος Μάτση & Αρχαίου Θεάτρου, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 210-6257130, email: infogr@sjm.com

τρός θα πρέπει πάντως να θορυβείται σε περίπτωση ύπαρξη βλάβης οργάνων-στόχων, προβαίνοντας σε εντατικοποίηση του ελέγχου, όπως π.χ. να θέτει ως στόχο των επιπέδων της LDL-C <70 mg/dl.[45]

Προλαμβάνοντας τη στεφανιαία νόσο σε ασθενείς με ΣΔΙΙ

Παρεμβάσεις και αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες και τον τρόπο ζωής

Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής περιλαμβάνουν τη ρύθμιση του σωματικού βάρους, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, τη διακοπή του καπνίσματος και την υγιεινή διατροφή.[46]

Καταρχήν, οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να ακολουθήσουν προγράμματα διακοπής του καπνίσματος στα πλαίσια μιας ολιστικής αντιμετώπισης της νόσου.[38,47]

Στόχος των διαιτητικών αλλαγών είναι να μειωθεί η ημερήσια θερμιδική πρόσληψη ώστε να επιτευχθεί απώλεια βάρους τουλάχιστον 5% σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα.[48] Γενικά, γίνεται προτροπή περιορισμού του αλκοόλ, των κορεσμένων και τρανς λιπαρών, μείωση στην κατανάλωση υδατανθράκων και αύξησης των προσλαμβανόμενων φυτικών ινών. Από την άλλη, τα άτομα που επιθυμούν να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες λιπαρών στη δίαιτά τους μπορούν να εφαρμόσουν τη μεσογειακή δίαιτα, εφόσον η κύρια πηγή λίπους είναι μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, το ελαιόλαδο, όπως έδειξε η μελέτη PREMEDIDED.[48] Το περιεχόμενο της δίαιτας που προτείνεται απεικονίζεται στον **Πίνακα 1.**

Η πλειονότητα των Ευρωπαίων ασθενών με ΣΔΙΙ είναι παχύσαρκοι, έτσι η επίτευξη απώλειας βάρους αποτελεί κύριο στόχο των παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής. Στη μελέτη Look AHEAD, η μείωση του σωματικού βάρους οδήγησε σε στατιστικώς σημαντική μείωση της HbA1c και άλλων παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Άλλες μελέτες, μεταξύ των οποίων μια σε άτομα μεσογειακών πληθυσμών, έδειξαν ότι οι βαριατρικές επεμβάσεις μπορεί να ωφελήσουν τα πολύ παχύσαρκα άτομα, εφόσον προκαλούν μείωση του βάρους και τη ρύθμιση άλλων παραγόντων κινδύνου, μείωση του υπολογιζόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου και τελικά μείωση της εμφάνισης ΣΔΙΙ.[51,52]

Ο συνδυασμός αεροβικής και ασκήσεων αντοχής παρουσιάζει τα μεγαλύτερα ποσοστά ελέγχου των δράσεων της ινσουλίνης, της αρτηριακής υπέρτασης, των επιπέδων των λιπιδίων, της γλυκόζης πλάσματος.[53] Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με ΣΔ. Όσο αφορά στην HbA1c, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων και της μικροαγγειοπάθειας, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας οδηγεί στη μείωσή της κατά 0.6%.[54] Επιπρόσθετα, η άσκηση για περισσότερα από 150 λεπτά ανά εβδομάδα φαίνεται να μειώνει την HbA1c κατά 0.9%.[54]

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ (46)

Τροφή	Διατροφικές συστάσεις
1. Πρωτεΐνες	10-20% των ολικών προσλαμβανόμενων θερμίδων σε ασθενείς χωρίς νεφροπάθεια
2. Λιπαρά	35% των συνολικών προσλαμβανόμενων θερμίδων
Α. Κορεσμένα και τρανσ λιπαρά	Συνολικά <10% των συνολικών προσλαμβανόμενων θερμίδων
Β. Μονοακόρεστα λιπαρά (πχ ελαιόλαδο)	10-20% των συνολικών θερμίδων υπό την αίρεση ότι οι συνολικές θερμίδες από όλα τα είδη λιπαρών είναι <35%
Γ. Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα	<10% της συνολικής ενέργειας
Σημείωση: Η λήψη των λιπαρών δεν πρέπει να ξεπερνά το 35% των συνολικών προσλαμβανόμενων θερμίδων και μπορεί να είναι και <30% σε υπέρβαρα άτομα. Η κατανάλωση χοληστερόλης δεν πρέπει να ξεπερνά τα 300 mg/dl την ημέρα και η λήψη τρανσ-λιπαρών πρέπει να είναι πιο μικρή.	
3. Υδατάνθρακες	45-60% των συνολικών θερμίδων. Προτιμούνται τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, ειδικά σε ασθενείς με αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων
4. Φυτικές ίνες	Λήψη >40g την ημέρα ή 20gr/1000 kcal/ημέρα, εκ των οποίων οι μισές πρέπει να είναι διαλυτές. Η εβδομαδιαία λήψη 5 μερίδων λαχανικών ή φρούτων πλούσιων σε φυτικές ίνες και 4 μερίδες οσπρίων μπορεί να καλύψει τις παραπάνω ανάγκες
5. Αλκοόλ	Δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 20g/ημέρα για τους άντρες και τα 10g/ημέρα.[38] Η υπερβολική κατανάλωση σχετίζεται με υπετριγλυκεριδαιμία, αρτηριακή υπέρταση και αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου[49]
6. Καφές	Κατανάλωση >4 φλιτζανιών καφέ ημερησίως σχετίζεται με μείωση του κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με ΣΔΙΙ αλλά ο βρασμένος αφιλτράριστος καφές φαίνεται να αυξάνει την LDL-C και πρέπει να αποφεύγεται[50]
7. Φρούτα, Λαχανικά	Ενθαρρύνεται η κατανάλωση τους
8. Δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια	Ενθαρρύνεται η κατανάλωση τους

Γλυκαιμικός έλεγχος

Εκ των πραγμάτων, ο γλυκαιμικός έλεγχος αποτελεί τον κυριότερο στόχο της θεραπείας στα πλαίσια του ΣΔ που συνδυάζεται με τον καλό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και της υπερλιπιδαιμίας. Στόχος του γλυκαιμικού ελέγχου είναι, σε πρώτο στάδιο, η πρόληψη των μικροαγγειακών επιπλοκών (αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια και νευροπάθεια) των οποίων η επίπτωση και η βαρύτητα μειώνεται όταν η θεραπεία πετυχαίνει τιμές HbA1c 6.5-7%, ενώ μείωσή της κατά 2% σχετίζεται με σημαντική μείωση του κινδύνου εμφάνισης αμφιβληστροειδοπάθειας και νεφροπάθειας.[55,56] Δυστυχώς, οι μακροαγγειακές επιπλοκές φαίνεται να αντανακλούν τη μακρά διάρκεια της νόσου που έχει ήδη επιφέρει σημαντικές βλάβες στα αγγεία και σημαντική συννοσηρότητα. Σε αυτό το φαινόμενο έχει αποδοθεί εξάλλου και το γεγονός ότι η βελτίωση των επιπέδων γλυκόζης δεν φαίνεται να επηρεάζει ευμενώς τον υπολογιζόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο.[57]

Η τιμή της HbA1c προτείνεται να ελέγχεται ανά εξάμηνο εφόσον τηρούνται οι θεραπευτικοί στόχοι ή επί αποτυχίας δέον να γίνεται ανά τρίμηνο, με αντίστοιχη προσαρμογή της θεραπείας.

Μεσοπρόθεσμα, ο γλυκαιμικός έλεγχος πετυχαίνει 15-17% μείωση του σχετικού κινδύνου για εμφάνιση μη θανατηφόρων καρδιαγγειακών συμβαμάτων για κάθε 1% μείωση της HbA1c, βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης VADT. Όπως αναμένεται, οι ασθενείς που επωφελούνται περισσότερο από την εντατική θεραπεία είναι εκείνοι που στην έναρξή της έχουν μικρότερη τιμή HbA1c και μικρότερη διάρκεια της νόσου.[58,59]

Μακροπρόθεσμα, ο γλυκαιμικός έλεγχος φαίνεται να προλαμβάνει μικροαγγειακές επιπλοκές και τη βαρύτητα και συχνότητα των μακροαγγειακών βλαβών.[60,61]

Στόχος της θεραπείας είναι η επίτευξη HbA1c 7%, η οποία θεωρείται ότι σχετίζεται με ικανοποιητική πρόληψη των μικροαγγειακών επιπλοκών. Τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος νηστείας ιδανικά πρέπει να διατηρούνται <120 mg/dl και η μεταγευματική τιμή <160-180 mg/dl. Στους νεαρότερους ασθενείς και σε αυτούς με μικρότερη διάρκεια της νόσου πρέπει να επιδιώκονται HbA1c 6-6.5% και να επιδιώκεται εντατικότερα σχήματα θεραπείας.[9] Από την άλλη, επίπεδα HbA1c <7.5-8% γίνονται αποδεκτά σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, με δεδομένο ότι υπάρχει ήδη εξελισσόμενη αθηροσκληρωτική διαδικασία και νεφρική προσβολή.[9]

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του ΣΔ ταξινομούνται σε 3 μεγάλες κατηγορίες, ως εξής:

(α) Τα αυξάνοντα τη διαθέσιμη/εκκρινόμενη ινσουλίνη (σουλφονυρουρίες, μεγλιτινίδες), τα μιμητικά της ινκρετίνης [αγωνιστές του υποδοχέα glycagon-like-peptide 1 (GLP-1)] και οι αναστολείς της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης 4 [DPP-4])

(β) Τα αυξάνοντα την ευαισθησία των ιστών στη δράση της ινσουλίνης (μετφορμίνη, πιογλιταζόνη)

(γ) Αναστολείς πρόσληψης της γλυκόζης από το γαστρεντερικό σύστημα (όπως οι αναστολείς της α-γλυκοζιδάσης και αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (sodium-glucose co-transporter-2 [SGLT2] inhibitors).

Στον Πίνακα 2 παρατίθενται συνοπτικά οι σημαντικότερες δράσεις των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στο γλυκαιμικό έλεγχο, στα πλαίσια του ΣΔ και η ιδιότητά τους να προκαλούν ή όχι υπογλυκαιμία.

Στον ΣΔΙ, η στρατηγική που ακολουθείται περιλαμβάνει τη χορήγηση βασικής δόσης ινσουλίνης και στενότερος έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης με τη χορήγηση εφάπαξ δόσεων κατά τη διάρκεια της ημέρας. Στον ΣΔΙΙ, ως θεραπεία πρώτης γραμμής επιλέγεται η μετφορμίνη, με προσαρμογή της δόσης, αφού προηγουμένως ληφθεί υπόψιν η νεφρική λειτουργία.[9,72] Ανάλογα με την επίτευξη των στόχων όσο αφορά στην τιμή της HbA1c, σταδιακά προστίθενται και άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες.

Επίδραση της αντιδιαβητικής αγωγής στην πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου

Ανάμεσα στα αντιδιαβητικά δισκία, η μετφορμίνη και η πιογλιταζόνη[73] μόνο φαίνονται να συσχετίζονται με τη μείωση της εμφάνισης θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου και ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και τα μεγαλύτερα οφέλη φαίνεται να αφορούν τους νεαρότερους ασθενείς. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν ευρήματα από μεγάλες μελέτες ώστε να επιβεβαιώνεται το όφελος της μείωσης των καρδιαγγειακών συμβαμάτων από τη χρήση άλλων αντιδιαβητικών φαρμάκων, πέραν της μετφορμίνης και της πιογλιταζόνης.[74,75] Ενθαρρυντικά δεδομένα παρουσιάστηκαν πρόσφατα για την εμπαγλαφοζίνη (της οικογένειας των αναστολέων SGLT2), η οποία βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση με την αύξηση στην επιβίωση και τη μείωση των θανάτων που οφείλονται σε καρδιακά αίτια, σε ασθενείς με ΣΔ, σύμφωνα με τη μελέτη EMPA-REG.[71]

Αξίζει να σημειωθεί ότι η επίδραση της θεραπείας με ινσουλίνη στην πρόγνωση της καρδιαγγειακής νόσου είναι αμφιλεγόμενη. Υπάρχουν μελέτες με μικρό αριθμό συμμετεχόντων που η ταυτόχρονη λήψη αγωγής με αντιδιαβητικά δισκία και ινσουλίνη βελτιώνει τον υπολογιζόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο.[76] Από την άλλη, αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στη μελέτη FREEDOM, στην οποία ασθενείς που είχαν υποβληθεί προηγουμένως σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) ή σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) και που ελάμβαναν ινσουλίνη είχαν αυξημένο αριθμό καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε σχέση με αυτούς που δεν ελάμβαναν.[77] Στη μελέτη TERISA, φάνηκε ότι οι ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο που ελάμβαναν ινσουλινοθεραπεία είχαν 0.83 φορές πιο συχνά επεισόδια στηθάγχης και έκαναν 1.40 φορές περισσότερο χρήση νιτρωδών, ως αντιστηθαγχικά φάρμακα, σε σχέση με τις άλλες ομάδες του πληθυσμού της μελέτης που ελάμβαναν ως θεραπεία αντιδιαβητικά δισκία.[78]

Πριν τη χορήγηση της αγωγής, πρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν τις πιθανές παρενέργειες και να προσαρμόζουμε ανάλογα τη θεραπεία. Για παράδειγμα, η χρήση της πιογλιταζόνης οδηγεί σε ορισμένες περιπτώσεις σε κατακράτηση υγρών και σε οίδημα. Συνεπώς, μπορεί να απαιτηθεί επιπλέον διουρητική αγωγή.[9] Η υπογλυκαιμία είναι πιο συχνή με τη χρήση ινσουλίνης, μεγλιτινίδων και σουλφονυλουριών. Παρόλο που η καλή ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης δεν έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την εμφάνιση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων, η υπογλυκαιμία έχει συσχετιστεί με αύξησή τους.[79] Συν τοις άλλοις, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με ΣΔΙΙ εμφανίζουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), η οποία αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η χορήγηση μετφορμίνης, ακαρβόζης και σουλφονυλουριών αποφεύγεται σε ασθενείς με ΧΝΑ σταδίου 3-4 και προτιμάται η χορήγηση αναστολέων DDP-4 ή ινσουλίνης.[9]

Αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας στα πλαίσια ΣΔ

Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Στην περίπτωση του ΣΔΙ, η ινσουλίνη διατηρεί τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και της HDL-C εντός φυσιολογικών ορίων. Στην περίπτωση του ΣΔΙΙ η αυξημένη έκκριση μεγάλων σωματιδίων VLDL, Apo B και τριγλυκεριδίων, οδηγεί στην αύξηση της LDL-C και τη μείωση της HDL-C. Χαρακτηριστικά παρατηρείται αύξηση της Apo B, και των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL-C[80] παρά το γεγονός ότι ο συνήθης λιπιδαιμικός έλεγχος μπορεί να είναι φυσιολογικός[88].

Η καλή ρύθμιση του λιπιδαιμικου προφίλ έχει ευνοϊκές επιδράσεις στην πρόγνωση της νόσου σε ασθενείς με ΣΝ και ΣΔ. Για παράδειγμα, η αύξηση της HDL-C κατά 15 mg/dl σχετίζεται με 22% μείωση του κινδύνου για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου[81], ενώ μείωση των επιπέδων LDL-C κατά 40 mg/dl με 9% μείωση της συνολικής θνησιμότητας και 21% μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων[82].

Οι στατίνες χορηγούνται σε ασθενείς με ΣΔΙΙ με στόχο τα επίπεδα LDL-C να κατέλθουν <100 mg/dl. Σε ασθενείς με ΣΔΙ ή ΙΙ που έχουν έναν τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου μεταξύ του καπνίσματος, πρωτεϊνουρίας, αμφιβληστροειδοπάθειας ή υπέρτασης[83], ο στόχος για την LDL-C είναι ακόμα αυστηρότερος, <70 mg/dl ή 50% μείωση αν αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί[9]. Σε αρκετές μελέτες, η χρήση στατινών μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου ή καρδιαγγειακών συμβαμάτων.[83,84] Η εντατική αγωγή με στατίνες (ατορβαστατίνη ή σιμβαστατίνη 80mg ανά ημέρα) προάγει τον ΣΔ, αλλά μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων[85], που είναι και το κύριο ζητούμενο. Στην περίπτωση εντατικοποίησης της αγωγής, συστήνεται αύξηση της δοσολογίας της στατίνης με την προσθήκη εζετιμίμπης να αποτελεί, επίσης, καλή εναλλακτική πρακτική. Κατά την μελέτη IMPROVE-IT, όσον αφορά στους ασθενείς με ΣΔ, ο ανωτέρω συνδυασμός φάνηκε να πετυχαίνει σημαντική μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων.[86] Δυστυχώς, δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες για τους ασθενείς με ΣΔΙ.

Έχει προταθεί η ρύθμιση των επιπέδων τριγλυκεριδίων νηστείας όταν αυτά ξεπερνούν τα 195 mg/dl και της HDL-C όταν είναι κάτω από 40 mg/dl, αφού ακόμα και αν επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι, οι ασθενείς με ΣΔ συνεχίζουν να ταξινομούνται στην ομάδα υψη-

Πίνακας 2. Παράγοντες που χορηγούνται ως per-os αντιδιαβητική αγωγή

Κατηγορία	Πλεονεκτήματα	Υπογλυκαιμία
Σουλφονυλουρίες[62]	Χαμηλό κόστος	+
Μεγλιτινίδες[63,64]	Ευνοϊκή μείωση της μεταγευματικής τιμής της γλυκόζης Ασφάλεια στη χορήγηση σε νεφροπαθείς	+
Αγωνιστές του υποδοχέα GLP-165	Μείωση σωματικού βάρους Μείωση αρτηριακής πίεσης Μείωση τριγλυκεριδίων	-
Αναστολείς DPP-4[62]	Δεν επηρεάζει το σωματικό βάρος	-
Μετφορμίνη[66]	Σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση της νόσου	-
Πιογλιταζόνη[67,68]	Μείωση τριγλυκεριδίων και αύξηση HDL-C Μείωση CRP Μείωση πρωτεϊνουρίας Σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση της νόσου	-
Αναστολείς α-γλυκοσιδασών[69]	Δεν επηρεάζει το σωματικό βάρος	-
Αναστολείς SGLT2[70,71]	Μείωση σωματικού βάρους και αρτηριακής πίεσης Μείωση πρωτεϊνουρίας Η εμπαγλιφοζίνη σχετίστηκε με αύξηση της επιβίωσης	-

ΧΝΑ: Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια GLP-1: glucagon-like-peptide-1 DPP-4: Dipeptidyl peptidase-4 SGLT-2: sodium/glucose cotransporter 2

λού καρδιαγγειακού κινδύνου. Η χορήγηση φιμπράτης για τον έλεγχο των τριγλυκεριδίων μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τα καρδιαγγειακά συμβάματα, αλλά δεν έχει συσχετιστεί, κατά τις μελέτες ACCORD και FIELD, με μείωση και της θνητότητας.[87,88] Σε ασθενείς που έχουν επίπεδα τριγλυκεριδίων >480 mg/dl γίνεται διακοπή αλκοόλ, ρύθμιση σακχάρου, διότι τα πολύ αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα για οξεία παγκρεατίτιδα και πολυνευροπάθεια.[89] Τα ω-3 λιπαρά οξέα (2-4 g/ημέρα) είναι επίσης δραστικός παράγοντας για τη μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων.[90]

Κατά αντιστοιχία, η στόχευση στην αύξηση της HDL-C με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. νιασίνη) δεν μειώνει τη θνησιμότητα και τα συμβάματα, ενώ σχετίζεται και με αυξημένες επιπλοκές στον ΣΔ.[91,92] Αντίθετα, προτείνεται η αύξηση της HDL-C με αλλαγές στον τρόπο ζωής με σημαντικότερες εξ αυτών τη διακοπή του καπνίσματος και την απώλεια σωματικού βάρους μέσω αύξησης της σωματικής δραστηριότητας.

Ρυθμίζοντας την αρτηριακή πίεση

Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης σε ασθενείς με ΣΔΙ και ΣΔΙΙ είναι αυξημένος (49% και 60% αντίστοιχα) σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης γίνεται αναγκαίος προς πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων και στην αντιμετώπιση του ΣΔ, αφού η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης αυξάνει έως και 4 φορές τον καρδιαγγειακό κίνδυνο σε ασθενείς με ΣΔ.[30,93]

Στόχος της αντιυπερτασικής αγωγής είναι η συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) να είναι μικρότερη από 140mmHg και η διαστολική αρτηριακή πίεση μικρότερη από 85mmHg.[9,94] Η στενή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης έχει σαν απότοκο τη μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων έως και 24%, ενώ για κάθε 10mmHg μείωση της ΣΑΠ υπάρχει μείωση της (σχετιζόμενης με τη νόσο) θνητότητας κατά 15%[95,96], ενώ η μείωση της ΣΑΠ κάτω από 135mmHg δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά οφέλη όσον αφορά στη θνητότητα[97]. Σημειωτέον, ότι η επιθετική αγωγή στη ρύθμιση της ΣΑΠ πρέπει να αποφεύγεται λόγω του κινδύνου πρόκλησης υπότασης και μειωμένης νεφρικής λειτουργίας.

Οι ασθενείς προτρέπονται για συγκεκριμένες αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως ο περιορισμός στη λήψη άλατος και η απώλεια βάρους.

Οι αναστολείς του άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης [renin-aldosterone-angiotensin system (RAAS)] υπερέχουν των υπολοίπων και ειδικά σε ασθενείς με ΣΔ με πρωτεϊνουρία ή στην κατηγορία αυτών με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.[98] Απαιτείται συχνά ο συνδυασμός φαρμάκων, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της θεραπείας.

Ο συνδυασμός ενός αναστολέα του RAAS και ενός αναστολέα διαύλων ασβεστίου (όπως αμλοδιπίνη), επιτυγχάνει τον σκοπό της θεραπείας και υπερέχει του συνδυασμού αναστολέα RAAS και διουρητικού, σύμφωνα με τη μελέτη ACCOMPLISH.[98] Η ταυτόχρονη χορήγηση δύο φαρμάκων που αναστέλλουν τον RAAS προάγει την εκδήλωση παρενεργειών[99] και δεν προτιμάται. Η χρήση β-αναστολέων δεν ενδείκνυται σαν πρώτη επιλογή αντιυπερτασικής αγωγής, όταν δεν υπάρχει καρδιακή συννοσηρότητα.[100] Αξίζει να σημειωθεί ότι ο συνδυασμός χρήσης β-αναστολέων και θειαζιδικών διουρητικών μεγαλώνει την πιθανότητα νόσησης από ΣΔΙΙ και για αυτό δέον να αποφεύγεται σε ασθενείς με διαταραχή στην ανοχή της γλυκόζης. Σε περίπτωση θεραπευτικού διλήμματος, πρέπει να θυμόμαστε ότι σε βάθος χρόνου δίδεται βαρύτητα πρώτιστα στη ρύθμιση της πίεσης και μετά στον γλυκαιμικό έλεγχο.[101]

Το γεγονός ότι οι υψηλότερες τιμές ΣΑΠ σε ασθενείς με ΣΔ εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της νύχτας[102] μπορεί να μεταβάλλει τον σχεδιασμό του σχήματος της αγωγής, ώστε να λαμβάνεται υπόψιν και αυτό το στοιχείο.

Αντιθρομβωτική αγωγή στα πλαίσια πρωτογενούς πρόληψης της στεφανιαίας νόσου

Η παθοφυσιολογία του ΣΔ συνδέεται με διαταραχές της συσσώρευσης, ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και αύξηση του αριθμού τους.[103] Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες, στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης, η χορήγηση ασπιρίνης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, με βάση τον υπολογιζόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο, δεν φαίνεται να έχει προς το παρόν τεκμηριωθεί.[104] Αντιθέτως, η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία και το Αμερικάνικο Κολλέγιο Καρδιολογίας προτείνουν τη χορήγηση ασπιρίνης σε ασθενείς με ΣΔ, όταν ο υπολογιζόμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι >10%.[105]

Ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο και σακχαρώδη διαβήτη

Οι ασθενείς με ΣΝ και ΣΔ ανήκουν εξ ορισμού στην κατηγορία ασθενών υψηλού καρδιαγγειακού κίνδυνου, επειδή τείνουν να εμφανίσουν πολλές επιπλοκές σε μικρο- και μακροαγγειακό επίπεδο.[106] Οι ασθενείς με ΣΔ έχουν γενικά χειρότερη πρόγνωση στα πλαίσια σταθερής στεφανιαίας νόσου, σε σχέση με ασθενείς που δεν πάσχουν από ΣΔ. Η τακτική των θεραπευτικών επιλογών που ακολουθείται μιμείται αυτή των πληθυσμών ασθενών που δεν πάσχουν από ΣΔ, λόγω απουσίας επαρκών δεδομένων από μεγάλες κλινικές έρευνες που να έχουν σχεδιαστεί αποκλειστικά για ασθενείς με ΣΔ και ΣΝ.

Στην πρώτη επαφή με ασθενή με ΣΝ ή άλλο καρδιαγγειακό νόσημα διερευνάται το γλυκαιμικό του προφίλ με πιο έγκυρη διαγνωστική επιλογή, τη δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης (OGTT). Με βάση τα αποτελέσμα-

τα της δοκιμασίας, γίνεται η ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες κινδύνου σχετικά με τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα.[107]

Ασθενείς με ΣΝ προτείνεται να λάβουν αγωγή με αναστολέα του RAAS. Στη μελέτη HOPE, τα καρδιαγγειακά συμβάματα και η θνητότητα από ΣΝ μειώθηκαν στους ασθενείς με ΣΝ και ΣΔ που ελάμβαναν ραμιπρίλη έναντι αυτών που δεν ελάμβαναν. Η συγχορήγηση δύο παραγόντων που αναστέλλουν τον RAAS πρέπει να αποφεύγεται λόγω αύξησης της πιθανότητας παρενεργειών.[99]

Η χορήγηση β-αναστολέων αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπείας στη ΣΝ λόγω της αντιστηθαγχικής δράσης τους και της συσχέτισής τους με καλύτερη πρόγνωση της νόσου.[108] Όσον αφορά στο ΣΔ, οι β-αναστολείς έχουν αρνητική μεταβολική επίδραση, αυξάνοντας την αντίσταση στην ινσουλίνη και συγκαλύπτοντας υπογλυκαιμικά συμπτώματα. Η χρήση β-αναστολέων που έχουν και αγγειοδιασταλτικές ιδιότητες (π.χ. καρβεδιλόλη, λαβεταλόλη) προτιμάται έναντι άλλων β-αναστολέων που δεν έχουν (π.χ. ατενολόλη) λόγω ακριβώς των μικρότερων μεταβολικών επιδράσεων σε ασθενείς με ΣΔ.[109]

Η χορήγηση αντιλιπιδαιμικών παραγόντων στους ασθενείς με ΣΝ και ΣΔ αποσκοπεί στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου με στόχους α) επίπεδα LDL-C <100 mg/dl σε ασθενείς με ΣΝ και ΣΔ και β) επίπεδα LDL <70 md/dl σε ασθενείς με ΣΝ, ΣΔ και βλάβη σε τουλάχιστον ένα όργανο στόχο, όπως έχει ήδη αναφερθεί.[109]

Η χρήση νιτρωδών γίνεται για να υφεθεί η στηθαγχική συμπτωματολογία, χωρίς να επηρεάζει την πρόγνωση της ΣΝ.[110] Σε ασθενείς με σταθερή στηθάγχη και ΣΔ μπορεί να χορηγηθεί η ιβαμπραδίνη, η οποία υπερτερεί όταν αντενδείκνυται η χορήγηση β-αναστολέων (όπως π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) ή για να ρυθμιστεί περαιτέρω η καρδιακή συχνότητα.[111] Σε μια πρόσφατη μελέτη στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με ΣΔ, η συγχορήγηση ρανολαζίνης και υπογλώσσιου νιτρώδους παράγοντα υπερείχε στον αριθμό επεμβάσεων επαναιμάτωσης και άλλων καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε σχέση με παραδοσιακά αντιστηθαγχικά.[110]

Όσο αφορά στη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων, η χορήγηση χαμηλής δόσης ασπιρίνης 75-160 mg/dl προτείνεται σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο με ή χωρίς ΣΔ, ως αντιθρομβωτική αγωγή. Υπάρχουν μελέτες στις οποίες υποδεικνύεται ότι η χορήγηση ασπιρίνης δύο φορές ημερησίως πιθανώς να ωφελεί ειδικά τους ασθενείς με ΣΔ, οι οποίοι έχουν ούτως ή άλλως αυξημένα επίπεδα των αιμοπεταλίων. Η χορήγηση κλοπιδογρέλης, αναστολέα του υποδοχέα της αδενοσίνης, σε δόση 75 mg/ημέρα συστήνεται ως εναλλακτική θεραπεία στην περίπτωση δυσανεξίας στην ασπιρίνη.[103,112]

Ιδιαιτερότητες των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη στα Οξέα Στεφανιαία Σύνδρομα και στις Επεμβάσεις Επαναιμάτωσης

Οι ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) και ασαφές γλυκαιμικό προφίλ, πρέπει να ελέγχονται για τη διάγνωση ΣΔ όσο το δυνατόν συντομότερα. Λόγω της αυξημένης έκκρισης κατεχολαμινών και του στρες από το ΟΣΣ, πρέπει να επιδιώκεται η OGTT 4-5 ημέρες μετά την εκδήλωση του ΟΣΣ.[113]

Γενικά, τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης κατά τη διάρκεια ενός ΟΣΣ προμηνύουν χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με νορμογλυκαιμικούς ασθενείς.[114] Πρέπει να επιτυγχάνεται η όσο το δυνατόν καλύτερη επίτευξη επιπέδων γλυκόζης ορού κοντά στη νορμογλυκαιμία με τα ιδεατά επίπεδα να κυμαίνονται μεταξύ 120 και 180 mg/dl.[115] Στα διάφορα σχήματα έχουν εξεταστεί η χορήγηση ινσουλίνης έναντι συνήθους αντιδιαβητικής αγωγής[115,116] ή η χορήγηση βασικής ινσουλίνης έναντι της λεπτής ρύθμισης επιπέδων σακχάρου με τη χορήγηση προγευματικά ινσουλίνης ταχείας δράσης[117], χωρίς να υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς την επίτευξη των στόχων.

Οι ίδιες αρχές που διέπουν την περίπτωση ΟΣΣ, ισχύουν και σε επεμβάσεις επαναιμάτωσης, είτε αφορά PCI είτε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG).[9] Σε ασθενείς υποβληθέντες σε CABG βρέθηκε ότι η ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου μεταξύ 120 και 180 mg/dl σχετίζεται με μικρότερη θνησιμότητα και λιγότερες επιπλοκές, σε σχέση με τιμές <120 mg/dl ή >180 mg/dl.[118] Παρενέργειες από τη δράση της μετφορμίνης που σχετίζονται με την πιθανότητα πρόκλησης γαλακτικής οξέωσης και νεφρικής βλάβης μετά από στεφανιογραφικό έλεγχο ή αγγειοπλαστική υποβάλλουν την ανάγκη για παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας και σε περίπτωση παρεκτροπής, διακοπή του φαρμάκου για 48 ώρες και επανέναρξή του επί αποκατάστασης ομαλούς νεφρικής λειτουργίας.[119]

Ειδικά στην περίπτωση ΟΣΣ, όπως και όλοι οι ασθενείς, έτσι και η υπο-ομάδα των ασθενών με ΣΔ, επωφελούνται από την άμεση έναρξη χορήγησης β-αναστολέων, καθώς πέρα από την ύφεση της συμπτωματολογίας, φαίνεται να μειώνουν τη συχνότητα των επεισοδίων επανισχαιμίας, αιφνίδιου θανάτου και επικίνδυνων αρρυθμιών.[120] Αν υπάρχει αντένδειξη των β-αναστολέων (π.χ. σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), μπορεί να χορηγηθούν αναστολείς διαύλων ασβεστίου.[121] Η χορήγηση ενός αναστολέα RAAS (ανεξάρτητα από την κατηγορία του φαρμάκου) προτείνεται σε ασθενείς με ΣΝ και η έναρξη της αγωγής γίνεται ήδη κατά τη νοσηλεία μετά το ΟΣΣ, κάτι που βελτιώνει μακροπρόθεσμα και την πρόγνωση.[122]

Για τη μείωση των στηθαγχικών ενοχλημάτων μπορεί να χορηγηθούν νιτρώδη.[121]

Η χορήγηση κλοπιδογρέλης (δόση φόρτισης 300-600mg, ακολούθως 75mg ημερησίως) έχει επιπρόσθετη καρδιοπροστατευτική δράση σε συνδυασμό με δόση ασπιρίνης 75-160 mg/ημέρα σε ασθενείς με ΟΣΣ ή που υποβάλλονται σε PCI.[123] Η πρασουγρέλη, υπερέχει της κλοπιδογρέλης όσον αφορά στην αποτροπή επανισχαιμίας μετά από ΟΣΣ και ειδικά για ασθενείς ΣΔ δεν παρατηρούνται τα σημαντικά ποσοστά αιμορραγίας που παρατηρούνται σε άλλους ασθενείς.[124] Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η τικαγρελόρη, η οποία υπερέχει της κλοπιδογρέλης σε ασθενείς με νεφρική βλάβη.[125] Και τα 3 φάρμακα αυτής της κατηγορίας χορηγούνται για 1 χρόνο μετά από ΟΣΣ και σε ασθενείς μετά από PCI προτιμούνται τικαγρελόρη ή πρασουγρέλη και το χρονικό διάστημα χορήγησης προσαρμόζεται ανάλογα με το είδος της ενδοπρόσθεσης.[123,124]

Πολύπλευρη και εξατομικευμένη θεραπεία των ασθενών με ΣΔ

Οι ασθενείς με ΣΔ ζουν μια μεγάλη περίοδο στην οποία η μεταβολική τους κατάσταση μεταπίπτει από το στάδιο της διαταραγμένης ανοχής της γλυκόζης στο στάδιο της πλήρους απορρύθμισης, όταν πλέον προκύπτει η ανάγκη για τη φαρμακευτική τους αντιμετώπιση. Κατά τη μακρά αυτή περίοδο προκαλούνται διαδοχικά οι μικροαγγειακές επιπλοκές και μεταγενέστερα οι βλάβες στα μεγαλύτερα αγγεία. Μεγάλη βαρύτητα πρέπει να δίνεται στην αντιμετώπιση των λοιπών παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, μεταξύ των οποίων προεξάρχουν η δυσλιπιδαιμία και η υπέρταση.

Οι ασθενείς με ΣΔ χρειάζονται πολύπλευρη αντιμετώπιση. Οι επιπλοκές της και η αυξημένη επίπτωση της νόσου δεν πρέπει να μας κάνουν να λησμονούμε ότι ο κάθε ασθενής με ΣΔ έχει συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες οι οποίες θα οδηγήσουν σε συνεχή έλεγχο και προσαρμογή της αγωγής, αλλά και θα χρειαστούν αυξημένη μέριμνα από την πλευρά του θεράποντος ιατρού για την τήρηση των παρεχόμενων οδηγιών. Οι ανανεωμένες Κατευθυντήριες Οδηγίες της Αμερικάνικης Διαβητολογικής Εταιρείας και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Μελέτη του Διαβήτη λαμβάνουν πολύ σοβαρά υπόψιν τους αυτή ακριβώς την πραγματικότητα και συστή-

νουν να δίνεται μεγάλη σημασία στη σχεδίαση των στόχων της θεραπείας από κοινού με τον ασθενή, στην επεξήγηση των δυσκολιών και στη σημασία της τήρησης της αγωγής μαζί με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Είναι βασικό να τίθενται ρεαλιστικοί στόχοι με βάση τις εμπειρίες και το γνωστικό επίπεδο του κάθε ασθενούς, πρέπει να παρέχεται κατάλληλη υποστήριξη από ομάδα επιστημόνων, ενώ η επιτυχία της θεραπείας θα βασιστεί πάνω από όλα στην καλή συνεργασία θεράποντος και θεραπευόμενου, που θα έχει ως κατάληξη το μέγιστο θεραπευτικό όφελος και τη βελτίωση του επιπέδου της υγείας και της ζωής του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

1. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 1998;15(7):539-53.
2. Gallagher MP, Goland RS, Greenbaum CJ. Making progress: preserving beta cells in type 1 diabetes. Annals of the New York Academy of Sciences. 2011;1243:119-34.
3. Shpakov AO. [Functional Activity of the Brain Insulin Signaling Sys Tem in Norm and in Type 2 Diabetes Mellitus]. Rossiiskii fiziologicheskii zhurnal imeni IM Sechenova / Rossiiskaia akademiia nauk. 2015;101(10):1103-27.
4. Schwartz N, Nachum Z, Green MS. Risk factors of gestational diabetes mellitus recurrence: a meta-analysis. Endocrine. 2016.
5. Kwak SH, Park KS. Recent progress in genetic and epigenetic research on type 2 diabetes. Experimental & molecular medicine. 2016;48:e220.
6. Turcotte LM, Yingst A, Verneris MR. Metabolic Syndrome After Hematopoietic Cell Transplantation: At the Intersection of Treatment Toxicity and Immune Dysfunction. Biology of blood and marrow transplantation : journal of the American Society for Blood and Marrow Transplantation. 2016.
7. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes care. 2012;35(6):1364-79.
8. Fox CS, Golden SH, Anderson C, Bray GA, Burke LE, de Boer IH, et al. Update on Prevention of Cardiovascular Disease in Adults With Type 2 Diabetes Mellitus in Light of Recent Evidence: A Scientific Statement From the American Heart Association and the American Diabetes Association. Circulation. 2015;132(8):691-718.
9. Authors/Task Force M, Ryden L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). European heart journal. 2013;34(39):3035-87.
10. Oikonomou E, Chrysohoou C, Tsiachris D, Vogiatzi G, Gialafos E, Marinos G, et al. Gender variation of exercise-induced anti-arrhythmic protection: the Ikaria Study. Qjm-an International Journal of Medicine. 2011;104(12):1035-43.
11. Pajunen P, Peltonen M, Eriksson JG, Ilanne-Parikka P, Aunola S, Keinanen-Kiukaanniemi S, et al. HbA(1c) in diagnosing and predicting Type 2 diabetes in impaired glucose tolerance: the Finnish Diabetes Prevention Study. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 2011;28(1):36-42.
12. Costa B, Barrio F, Cabre JJ, Pinol JL, Cos FX, Sole C, et al. Shifting from glucose diagnostic criteria to the new HbA(1c) criteria would have a profound impact on prevalence of diabetes among a high-risk Spanish population. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 2011;28(10):1234-7.
13. Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes care. 2003;26(3):725-31.
14. Schwarz PE, Li J, Reimann M, Schutte AE, Bergmann A, Hanefeld M, et al. The Finnish Diabetes Risk Score is associated with insulin resistance and progression towards type 2 diabetes. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2009;94(3):920-6.
15. Bartnik M, Ryden L, Malmberg K, Ohrvik J, Pyorala K, Standl E, et al. Oral glucose tolerance test is needed for appropriate classification of glucose regulation in patients with coronary artery disease: a report from the Euro Heart Survey on Diabetes and the Heart. Heart. 2007;93(1):72-7.
16. de Mulder M, Oemrawsingh RM, Stam F, Boersma E, Umans VA. Comparison of diagnostic criteria to detect undiagnosed diabetes in hyperglycaemic patients with acute coronary syndrome. Heart. 2012;98(1):37-41.
17. Engelgau MM, Colagiuri S, Ramachandran A, Borch-Johnsen K, Narayan KM, Atlanta Meeting G. Prevention of type 2 diabetes: issues and strategies for identifying persons for interventions. Diabetes technology & therapeutics. 2004;6(6):874-82.
18. Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2007;334(7588):299.
19. Griffin SJ, Borch-Johnsen K, Davies MJ, Khunti K, Rutten GE, Sandbaek A, et al. Effect of early intensive multifactorial therapy on 5-year cardiovascular outcomes in individuals with type 2 diabetes detected by screening (ADDITION-Europe): a cluster-randomised trial. Lancet. 2011;378(9786):156-67.
20. Colagiuri S, Lee CM, Wong TY, Balkau B, Shaw JE, Borch-Johnsen K, et al. Glycemic thresholds for diabetes-specific retinopathy: implications for diagnostic criteria for diabetes. Diabetes care. 2011;34(1):145-50.
21. Trachanas K, Sideris S, Aggeli C, Poulidakis E, Gatzoulis K, Tousoulis D, et al. Diabetic cardiomyopathy: from pathophysiology to treatment. Hellenic J Cardiol. 2014;55(5):411-21.
22. Antonopoulos AS, Tousoulis D, Antoniades C, Miliou A, Hatzis G, Papageorgiou N, et al. Genetic variability on adiponectin gene affects myocardial infarction risk: the role of endothelial dysfunction. Int J Cardiol. 2013;168(1):326-30.
23. Tousoulis D, Kampoli AM, Stefanadis C. Diabetes mellitus and vascular endothelial dysfunction: current perspectives. Current vascular pharmacology. 2012;10(1):19-32.
24. Siasos G, Gouliopoulos N, Moschos MM, Oikonomou E, Kollia C, Konsola T, et al. Role of endothelial dysfunction and arterial stiffness in the development of diabetic retinopathy. Diabetes care. 2015;38(1):e9-e10.
25. Tousoulis D, Kampoli AM, Papageorgiou N, Androulakis E, Antoniades C, Toutouzas K, et al. Pathophysiology of atherosclerosis: the role of inflammation. Current pharmaceutical design. 2011;17(37):4089-110.
26. Antonopoulos AS, Siasos G, Konsola T, Oikonomou E, Tentolouris N, Kollia C, et al. Arterial Wall Elastic Properties and Endothelial Dysfunction in the Diabetic Foot Syndrome in Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes care. 2015;38(11):e180-1.
27. Ekici B, Erkan AF, Alhan A, Sayin I, Ayli M, Tore HF. Is mean platelet volume associated with the angiographic severity of coronary artery disease? Kardiologia polska. 2013;71(8):832-8.
28. Kampoli AM, Tousoulis D, Briasoulis A, Latsios G, Papageorgiou N, Stefanadis C. Potential pathogenic inflammatory mechanisms of endothelial dysfunction induced by type 2 diabetes mellitus. Current pharmaceutical design. 2011;17(37):4147-58.
29. Siasos G, Oikonomou E, Zaromitidou M, Kioufis S, Kokkou E, Mourouzis K, et al. Clopidogrel response variability is associated with endothelial dysfunction in coronary artery disease patients receiving dual antiplatelet therapy. Atherosclerosis. 2015;242(1):102-8.
30. Nilsson PM, Cederholm J, Zethelius BR, Eliasson BR, Eeg-Olofsson K, Gudbj Rnsdottir S. Trends in blood pressure control in patients with type 2 diabetes: data from the Swedish National Diabetes Register (NDR). Blood pressure. 2011;20(6):348-54.
31. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. The DECODE study group. European Diabetes Epidemiology Group. Diabetes Epidemiology: Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe. Lancet. 1999;354(9179):617-21.
32. Qiao Q, Dekker JM, de Vegt F, Nijpels G, Nissinen A, Stehouwer CD, et al. Two prospective studies found that elevated 2-hr glucose predicted male mortality independent of fasting glucose and HbA1c. Journal of clinical epidemiology. 2004;57(6):590-6.
33. Hu G, Jousilahti P, Qiao Q, Peltonen M, Katoh S, Tuomilehto J. The gender-specific impact of diabetes and myocardial infarction at baseline and during follow-up on mortality from all causes and coronary heart disease. J Am Coll Cardiol. 2005;45(9):1413-8.
34. Logue J, Walker JJ, Colhoun HM, Leese GP, Lindsay RS, McKnight JA, et al. Do men develop type 2 diabetes at lower body mass indices than women? Diabetologia. 2011;54(12):3003-6.
35. Uusitupa M, Peltonen M, Lindstrom J, Aunola S, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, et al. Ten-year mortality and cardiovascular morbidity in the Finnish Diabetes Prevention Study--secondary analysis of the randomized trial. PloS one. 2009;4(5):e5656.
36. Evans JM, Eades CE, Leese GP. The risk of total mortality and cardiovascular mortality associated with impaired glucose regulation in Tayside, Scotland, UK: a record-linkage study in 214 094 people. BMJ open diabetes research & care. 2015;3(1):e000102.
37. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. The New England journal of medicine. 2001;344(18):1343-50.
38. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European heart journal. 2012;33(13):1635-701.

ASCENSIA
Diabetes Care

Contour
diabetes solutions

Η Επόμενη Γενιά στην παρακολούθηση γλυκόζης αίματος



Second-Chance Sampling

multi pulse
Accuracy Technology

NO CODING

L.GR.ADC.01.2016.0017

Με τη σειρά μετρητών Contour™Next υπάρχει ένας εύκολος στη χρήση και υψηλής ακρίβειας μετρητής για να καλύψει πολλές από τις ανάγκες των ατόμων με διαβήτη[1-4]



Όλοι οι μετρητές της οικογένειας Contour™Next χρησιμοποιούν τις ταινίες μέτρησης Contour™Next, προσφέροντας υψηλή απόδοση που ξεπερνάει τα νέα πιο αυστηρά κριτήρια ακρίβειας ISO 15197:2013[1-4]

Παραπομπές: 1. Bernstein R. et al., J Diab Sci Tech 2013;7(5):1386-1399, 2. Οδηγός Χρήστη CONTOUR™XT, 3. Οδηγός Χρήστη CONTOUR™NEXT, 4. Οδηγός Χρήστη CONTOUR™NEXT USB

ASCENSIA
Diabetes Care

Ascensia Diabetes Care Ελλάς Α.Ε., Λ. Βουλιαγμένης 114, 166 74 – Γλυφάδα, diabetescare.gr@ascensia.com

www.diabetes.ascensia.gr

Contour
next

39. Coleman RL, Stevens RJ, Retnakaran R, Holman RR. Framingham, SCORE, and DECODE risk equations do not provide reliable cardiovascular risk estimates in type 2 diabetes. Diabetes care. 2007;30(5):1292-3.
40. Stevens RJ, Kothari V, Adler AI, Stratton IM, United Kingdom Prospective Diabetes Study G. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in Type II diabetes (UKPDS 56). Clinical science. 2001;101(6):671-9.
41. Protopsaltis ID, Konstantinopoulos PA, Kamaratos AV, Melidonis AI. Comparative study of prognostic value for coronary disease risk between the U.K. prospective diabetes study and Framingham models. Diabetes care. 2004;27(1):277-8.
42. Anand DV, Lim E, Hopkins D, Corder R, Shaw LJ, Sharp P, et al. Risk stratification in uncomplicated type 2 diabetes: prospective evaluation of the combined use of coronary artery calcium imaging and selective myocardial perfusion scintigraphy. European heart journal. 2006;27(6):713-21.
43. Gerstein HC, Mann JF, Yi Q, Zinman B, Dinneen SF, Hoogwerf B, et al. Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and nondiabetic individuals. Jama. 2001;286(4):421-6.
44. Valensi P, Lorgis L, Cottin Y. Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction: a review of the literature. Archives of cardiovascular diseases. 2011;104(3):178-88.
45. Catapano AL, Reiner Z, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Atherosclerosis. 2011;217(1):3-46.
46. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2012;55(6):1577-96.
47. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet. 2003;362(9387):847-52.
48. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. The New England journal of medicine. 2013;368(14):1279-90.
49. Nothlings U, Ford ES, Kroger J, Boeing H. Lifestyle factors and mortality among adults with diabetes: findings from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Potsdam study*. Journal of diabetes. 2010;2(2):112-7.
50. Wei M. Re: "Coffee consumption and serum lipids: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials". American journal of epidemiology. 2002;155(8):778.
51. Sanchis P, Frances C, Nicolau J, Rivera R, Fortuny R, Julian X, et al. Cardiovascular risk profile in Mediterranean patients submitted to bariatric surgery and intensive lifestyle intervention: impact of both interventions after 1 year of follow-up. Obesity surgery. 2015;25(1):97-108.
52. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. The New England journal of medicine. 2004;351(26):2683-93.
53. Snowling NJ, Hopkins WG. Effects of different modes of exercise training on glucose control and risk factors for complications in type 2 diabetic patients: a meta-analysis. Diabetes care. 2006;29(11):2518-27.
54. Umpierre D, Ribeiro PA, Kramer CK, Leitao CB, Zucatti AT, Azevedo MJ, et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Jama. 2011;305(17):1790-9.
55. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The Journal of pediatrics. 1994;125(2):177-88.
56. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet. 1998;352(9131):837-53.
57. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. The New England journal of medicine. 2009;360(2):129-39.
58. Hayward RA, Reaven PD, Wiitala WL, Bahn GD, Reda DJ, Ge L, et al. Follow-up of glycemic control and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. The New England journal of medicine. 2015;372(23):2197-206.
59. Investigators OT, Gerstein HC, Bosch J, Dagenais GR, Diaz R, Jung H, et al. Basal insulin and cardiovascular and other outcomes in dysglycemia. N Engl J Med. 2012;367(4):319-28.
60. Lachin JM, Orchard TJ, Nathan DM, Group DER. Update on cardiovascular outcomes at 30 years of the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study. Diabetes care. 2014;37(1):39-43.
61. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. The New England journal of medicine. 2008;359(15):1577-89.
62. Deacon CF, Lebovitz HE. A Comparative Review of DPP-4 Inhibitors and Sulphonylureas. Diabetes, obesity & metabolism. 2015.
63. Tran L, Zielinski A, Roach AH, Jende JA, Householder AM, Cole EE, et al. Pharmacologic treatment of type 2 diabetes: injectable medications. The Annals of pharmacotherapy. 2015;49(6):700-14.
64. Lamos EL, Stein SA, Davis SN. Sulfonylureas and meglitinides: historical and contemporary issues. Panminerva medica. 2013;55(3):239-51.
65. Lau DC, Teoh H. Current and Emerging Pharmacotherapies for Weight Management in Prediabetes and Diabetes. Canadian journal of diabetes. 2015;39 Suppl 5:S134-41.
66. Hur KY, Lee MS. New mechanisms of metformin action: Focusing on mitochondria and the gut. Journal of diabetes investigation. 2015;6(6):600-9.
67. Hypoglycaemic therapy in type 2 diabetes. Part I. Metformin is the only glucose-lowering drug known to prevent complications of diabetes. Prescrire international. 2015;24(159):103-6.
68. Radenkovic M. Pioglitazone and Endothelial Dysfunction: Pleiotropic Effects and Possible Therapeutic Implications. Scientia pharmaceutica. 2014;82(4):709-21.
69. DiNicolantonio JJ, Bhutani J, O'Keefe JH. Acarbose: safe and effective for lowering postprandial hyperglycaemia and improving cardiovascular outcomes. Open heart. 2015;2(1):e000327.
70. Inzucchi SE, Zinman B, Wanner C, Ferrari R, Fitchett D, Hantel S, et al. SGLT-2 inhibitors and cardiovascular risk: proposed pathways and review of ongoing outcome trials. Diabetes & vascular disease research. 2015;12(2):90-100.
71. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-28.
72. Muller-Wieland D. [Modern management with oral antihyperglycemic agents in type 2 diabetes]. MMW Fortschritte der Medizin. 2015;157 Suppl 1:69-74.
73. DeFronzo RA, Chilton R, Norton L, Clarke G, Ryder RE, Abdul-Ghani M. Revitalization of Pioglitazone: The Optimal Agent to be Combined with an SGLT2 Inhibitor. Diabetes, obesity & metabolism. 2016.
74. Lamanna C, Monami M, Marchionni N, Mannucci E. Effect of metformin on cardiovascular events and mortality: a meta-analysis of randomized clinical trials. Diabetes, obesity & metabolism. 2011;13(3):221-8.
75. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. Lancet. 2005;366(9493):1279-89.
76. Ametov AS, Kochergina, II, Ulanova KA. [Effect of insulin therapy on insulin resistance and risk for ischemic heart disease and death from cardiovascular pathology in patients with diabetes mellitus, type 2]. Terapevticheskii arkhiv. 2010;82(3):42-6.
77. Dangas GD, Farkouh ME, Sleeper LA, Yang M, Schoos MM, Macaya C, et al. Long-term outcome of PCI versus CABG in insulin and non-insulin-treated diabetic patients: results from the FREEDOM trial. Journal of the American College of Cardiology. 2014;64(12):1189-97.
78. Arnold SV, McGuire DK, Spertus JA, Tang F, Yue P, Inzucchi SE, et al. Glucose-Lowering Medications and Angina Burden in Patients with Stable Coronary Disease: results from the Type 2 Diabetes Evaluation of Ranolazine in Subjects With Chronic Stable Angina (TERISA) Trial. American heart journal. 2015;170(4):753-9 e2.
79. Frier BM, Schernthaner G, Heller SR. Hypoglycemia and cardiovascular risks. Diabetes care. 2011;34 Suppl 2:S132-7.
80. Adiels M, Olofsson SO, Taskinen MR, Boren J. Overproduction of very low-density lipoproteins is the hallmark of the dyslipidemia in the metabolic syndrome. Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology. 2008;28(7):1225-36.
81. Emerging Risk Factors C, Di Angelantonio E, Sarwar N, Perry P, Kaptoge S, Ray KK, et al. Major lipids, apolipoproteins, and risk of vascular disease. Jama. 2009;302(18):1993-2000.
82. Nicholls SJ, Tuzcu EM, Kalidindi S, Wolski K, Moon KW, Sipahi I, et al. Effect of diabetes on progression of coronary atherosclerosis and arterial remodeling: a pooled analysis of 5 intravascular ultrasound trials. Journal of the American College of Cardiology. 2008;52(4):255-62.
83. Raikou M, McGuire A, Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, et al. Cost-effectiveness of primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes: results from the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS). Diabetologia. 2007;50(4):733-40.
84. Sever PS, Poulter NR, Dahlof B, Wedel H, Collins R, Beevers G, et al. Reduction in cardiovascular events with atorvastatin in 2,532 patients with type 2 diabetes: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial--lipid-lowering arm (ASCOT-LLA). Diabetes care. 2005;28(5):1151-7.
85. Preiss D, Seshasai SR, Welsh P, Murphy SA, Ho JE, Waters DD, et al. Risk of incident diabetes with intensive-dose compared with moderate-dose statin therapy: a meta-analysis. Jama. 2011;305(24):2556-64.
86. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg

A, White JA, Theroux P, et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. The New England journal of medicine. 2015;372(25):2387-97.
87. Rajamani K, Colman PG, Li LP, Best JD, Voysey M, D'Emden MC, et al. Effect of fenofibrate on amputation events in people with type 2 diabetes mellitus (FIELD study): a prespecified analysis of a randomised controlled trial. Lancet. 2009;373(9677):1780-8.
88. Cholesterol Treatment Trialists C, Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, Simes J, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet. 2012;380(9841):581-90.
89. Valdivielso P, Ramirez-Bueno A, Ewald N. Current knowledge of hypertriglyceridemic pancreatitis. European journal of internal medicine. 2014;25(8):689-94.
90. Sando KR, Knight M. Nonstatin Therapies for Management of Dyslipidemia: A Review. Clinical therapeutics. 2015;37(10):2153-79.
91. Group HTC, Landray MJ, Haynes R, Hopewell JC, Parish S, Aung T, et al. Effects of extended-release niacin with laropiprant in high-risk patients. The New England journal of medicine. 2014;371(3):203-12.
92. Guyton JR, Slee AE, Anderson T, Fleg JL, Goldberg RB, Kashyap ML, et al. Relationship of lipoproteins to cardiovascular events: the AIM-HIGH Trial (Atherothrombosis Intervention in Metabolic Syndrome With Low HDL/High Triglycerides and Impact on Global Health Outcomes). Journal of the American College of Cardiology. 2013;62(17):1580-4.
93. Writing Group for the DERG, Orchard TJ, Nathan DM, Zinman B, Cleary P, Brillon D, et al. Association between 7 years of intensive treatment of type 1 diabetes and long-term mortality. Jama. 2015;313(1):45-53.
94. Mancia G. Effects of intensive blood pressure control in the management of patients with type 2 diabetes mellitus in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial. Circulation. 2010;122(8):847-9.
95. Adler AI, Stratton IM, Neil HA, Yudkin JS, Matthews DR, Cull CA, et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. Bmj. 2000;321(7258):412-9.
96. Margolis KL, O'Connor PJ, Morgan TM, Buse JB, Cohen RM, Cushman WC, et al. Outcomes of combined cardiovascular risk factor management strategies in type 2 diabetes: the ACCORD randomized trial. Diabetes care. 2014;37(6):1721-8.
97. Group AS, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC, Jr., Grimm RH, Jr., et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. The New England journal of medicine. 2010;362(17):1575-85.
98. Weber MA, Bakris GL, Jamerson K, Weir M, Kjeldsen SE, Devereux RB, et al. Cardiovascular events during differing hypertension therapies in patients with diabetes. Journal of the American College of Cardiology. 2010;56(1):77-85.
99. Parving HH, Brenner BM, McMurray JJ, de Zeeuw D, Haffner SM, Solomon SD, et al. Cardiorenal end points in a trial of aliskiren for type 2 diabetes. The New England journal of medicine. 2012;367(23):2204-13.
100. Ostergren J, Poulter NR, Sever PS, Dahlof B, Wedel H, Beevers G, et al. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: blood pressure-lowering limb: effects in patients with type II diabetes. Journal of hypertension. 2008;26(11):2103-11.
101. Turnbull F, Neal B, Algert C, Chalmers J, Chapman N, Cutler J, et al. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Archives of internal medicine. 2005;165(12):1410-9.
102. Oh SW, Han SY, Han KH, Cha RH, Kim S, Yoon SA, et al. Morning hypertension and night non-dipping in patients with diabetes and chronic kidney disease. Hypertension research : official journal of the Japanese Society of Hypertension. 2015;38(12):889-94.
103. Rocca B, Santilli F, Pitocco D, Mucci L, Petrucci G, Vitacolonna E, et al. The recovery of platelet cyclooxygenase activity explains interindividual variability in responsiveness to low-dose aspirin in patients with and without diabetes. Journal of thrombosis and haemostasis : JTH. 2012;10(7):1220-30.
104. Belch J, MacCuish A, Campbell I, Cobbe S, Taylor R, Prescott R, 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:a1840.
105. Pignone M, Alberts MJ, Colwell JA, Cushman M, Inzucchi SE, Mukherjee D, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association, a scientific statement of the American Heart Association, and an expert consensus document of the American College of Cardiology Foundation. Diabetes care. 2010;33(6):1395-402.
106. Franklin K, Goldberg RJ, Spencer F, Klein W, Budaj A, Brieger D, et al. Implications of diabetes in patients with acute coronary syndromes. The Global Registry of Acute Coronary Events. Archives of internal medicine. 2004;164(13):1457-63.
107. Rana JS, Venkitachalam L, Selzer F, Mulukutla SR, Marroquin OC, Laskey WK, et al. Evolution of percutaneous coronary intervention in patients with diabetes: a report from the National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored PTCA (1985-1986) and Dynamic (1997-2006) Registries. Diabetes care. 2010;33(9):1976-82.
108. Kolh P, Windecker S, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: the Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery. 2014;46(4):517-92.
109. Fonseca VA. Effects of beta-blockers on glucose and lipid metabolism. Current medical research and opinion. 2010;26(3):615-29.
110. Page RL, 2nd, Ghushchyan V, Read RA, Hartsfield CL, Koch BR, 2nd, Nair KV. Comparative Effectiveness of Ranolazine Versus Traditional Therapies in Chronic Stable Angina Pectoris and Concomitant Diabetes Mellitus and Impact on Health Care Resource Utilization and Cardiac Interventions. The American journal of cardiology. 2015;116(9):1321-8.
111. Borer JS, Tardif JC. Efficacy of ivabradine, a selective I(f) inhibitor, in patients with chronic stable angina pectoris and diabetes mellitus. The American journal of cardiology. 2010;105(1):29-35.
112. Patrono C, Garcia Rodriguez LA, Landolfi R, Baigent C. Low-dose aspirin for the prevention of atherothrombosis. The New England journal of medicine. 2005;353(22):2373-83.
113. Opie LH. Metabolic management of acute myocardial infarction comes to the fore and extends beyond control of hyperglycemia. Circulation. 2008;117(17):2172-7.
114. Chen JH, Tseng CL, Tsai SH, Chiu WT. Initial serum glucose level and white blood cell predict ventricular arrhythmia after first acute myocardial infarction. The American journal of emergency medicine. 2010;28(4):418-23.
115. Ritsinger V, Malmberg K, Martensson A, Ryden L, Wedel H, Norhammar A. Intensified insulin-based glycaemic control after myocardial infarction: mortality during 20 year follow-up of the randomised Diabetes Mellitus Insulin Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction (DIGAMI 1) trial. The lancet Diabetes & endocrinology. 2014;2(8):627-33.
116. Cheung NW, Wong VW, McLean M. The Hyperglycemia: Intensive Insulin Infusion in Infarction (HI-5) study: a randomized controlled trial of insulin infusion therapy for myocardial infarction. Diabetes care. 2006;29(4):765-70.
117. Raz I, Ceriello A, Wilson PW, Battioui C, Su EW, Kerr L, et al. Post hoc subgroup analysis of the HEART2D trial demonstrates lower cardiovascular risk in older patients targeting postprandial versus fasting/premeal glycemia. Diabetes care. 2011;34(7):1511-3.
118. Bhamidipati CM, LaPar DJ, Stukenborg GJ, Morrison CC, Kern JA, Kron IL, et al. Superiority of moderate control of hyperglycemia to tight control in patients undergoing coronary artery bypass grafting. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2011;141(2):543-51.
119. Claeys MJ, Legrand V, Mairesse GH, Pasquet A, De Pauw M, Van Camp G. Summary 2014 ESC guidelines. Acta cardiologica. 2015;70(1):73-9.
120. Malmberg K, Herlitz J, Hjalmarson A, Ryden L. Effects of metoprolol on mortality and late infarction in diabetics with suspected acute myocardial infarction. Retrospective data from two large studies. European heart journal. 1989;10(5):423-8.
121. Task Force on the management of STseamiotESoC, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European heart journal. 2012;33(20):2569-619.
122. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. The New England journal of medicine. 2000;342(3):145-53.
123. Committee CS. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. Lancet. 1996;348(9038):1329-39.
124. Wiviott SD, Braunwald E, Angiolillo DJ, Meisel S, Dalby AJ, Verheugt FW, et al. Greater clinical benefit of more intensive oral antiplatelet therapy with prasugrel in patients with diabetes mellitus in the trial to assess improvement in therapeutic outcomes by optimizing platelet inhibition with prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction 38. Circulation. 2008;118(16):1626-36.
125. James S, Budaj A, Aylward P, Buck KK, Cannon CP, Cornel JH, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in acute coronary syndromes in relation to renal function: results from the Platelet Inhibition and Patient Outcomes (PLATO) trial. Circulation. 2010;122(11):1056-67.

Θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα Παρόν και μέλλον

Φ. ΒΛΑΣΤΟΣ[1], Ν. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ[2]
[1]Πνευμονολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, [2]Ειδικευόμενος Πνευμονολόγος
Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Σωτηρία»

Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται στη γνώση της έκτασης της νόσου, αλλά και του ιστολογικού του τύπου (μικροκυτταρικός - μη μικροκυτταρικός). Η χειρουργική αντιμετώπιση για τον μικροκυτταρικό καρκίνο είναι για πολύ επιλεγμένους ασθενείς με πολύ περιορισμένη νόσο οι οποίοι απαντούν στη χημειοθεραπεία, αλλά είναι η καλύτερη επιλογή για ασθενείς με μη μικροκυτταρικό σε αρχόμενο στάδιο και για εκείνους που δεν έχουν εμφανείς μεταστάσεις.

Λέξεις Κλειδιά: *Χημειοθεραπεία, υποτροπιάζων καρκίνος πνεύμονα, μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα, μη μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα, μεταστάσεις, ακτινοθεραπεία*

Η χημειοθεραπεία είναι η αρχική θεραπεία εκλογής για ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, με τη μεγαλύτερη δόση και με συνδυασμούς διαφόρων φαρμάκων. Επίσης προτείνεται για τον μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα σε μερικούς ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, αλλά και σε κλινικές έρευνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Επίσης χρησιμοποιείται και ως παρηγορητική θεραπεία για απαλλαγή από τα συμπτώματα όπως και η χειρουργική αντιμετώπιση, άλλα όχι ως λύση εναλλακτική για τον έλεγχο της τοπικής νόσου, ενώ δίδεται και μετά το χειρουργείο για μείωση της τοπικής υποτροπής, αλλά και προεγχειρητικά μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία πειραματικά. Νέα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, ογκογονίδια, μονοκλωνικά αντισώματα κ.ά. χρησιμοποιούνται σε κλινικές μελέτες σε σχέση με τον καρκίνο του πνεύμονα.

Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα, ενός από τους πιο δύσκολους καρκίνους στην αντιμετώπισή τους, αλλά και από τους πιο διαδεδομένους κυρίως μεταξύ των ανδρών, βασίζεται στη γνώση της έκτασης της νόσου και του ιστολογικού τύπου του. Η θεραπεία διαφέρει μεταξύ του μικροκυτταρικού (SCLC) και του μη μικροκυτταρικού (NSCLC) καρκίνου του πνεύμονα. Έτσι γενικά μπορούμε να αναφέρουμε οτι ενώ η αρχική θεραπεία για τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο είναι η χειρουργική, για τον μικροκυτταρικό είναι συνήθως η μέγιστη δόση συνδυασμένης χημειοθεραπείας με διάφορα φάρμακα. Η χειρουργική για τον μικροκυτταρικό καρκίνο είναι μόνο για πολύ ειδικές περιπτώσεις ασθενών των οποίων η ασθένεια δεν έχει καθόλου εξαπλωθεί και πιθανόν για εκείνους που απαντούν σε μία αρχική δόση χημειοθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία εξάλλου εφαρμόζονται συχνά και για τον μικροκυτταρικό αλλά και για τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Μικροκυτταρικος καρκίνος

Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονος, που αποτελεί περίπου το 20-25% του συνόλου των καρκίνων του πνεύμονος, έχει την πιο επιθετική διαδρομή όλων των άλλων πνευμονικών όγκων, με μέση επιβίωση από τη διάγνωση 2-4 μηνών χωρίς θεραπεία. Συγκρινόμενος με τους άλλους τύπους του πνευμονικού καρκίνου έχει τη μεγαλύτερη τάση για εξάπλωση, αλλά και την καλύτερη ανταπόκριση σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία γενικά. Επειδή οι ασθενείς με αυτόν τον τύπο έχουν την τάση για μακρινές μεταστάσεις, εντοπισμένη θεραπεία, χειρουργική ή ακτινοθεραπεία, σπάνια έχει ως αποτέλεσμα μακρά επιβίωση. Με την τρέχουσα χημειοθεραπεία η μέση επιβίωση αυξήθηκε κατά 4-5 φορές, σε σύγκριση με αυτούς που δεν έλαβαν θεραπεία. Επίσης το 10% περίπου των ασθενών παραμένει ελεύθερο νόσου μέχρι και 2 χρόνια από την αρχή της θεραπείας, με τη συνολική επιβίωση των 5 χρόνων στο 5-10%. Χωρίζεται σε σχέση με την έκταση των βλαβών σε περιορισμένη νόσο (που μπορεί να περιληφθεί σε ένα ακτινοθεραπευτικό πεδίο) και εκτεταμένη νόσο (πέραν αυτού), όμως κατά τη διάγνωση το 30% περίπου με μικροκυτταρικό καρκίνο έχουν περιορισμένη νόσο. Στην περιορισμένη νόσο έχουμε 50-60% πλήρη ανταπόκριση με μέση επιβίωση με χημειοθεραπεία 15-24 μήνες. Στην εκτεταμένη νόσο η πλήρης ανταπόκριση είναι <20% με μέση επιβίωση 6-12 μήνες με χημειοθεραπεία, αλλά η μακρά επιβίωση είναι σπάνια. Καλοί προγνωστικοί παράγοντες για μακρά επιβίωση είναι η καλή φυσική κατάσταση, το θηλυκό γένος και η περιορισμένη νόσος.

Περιορισμένη νόσος (Limited disease)

Σε ασθενείς με περιορισμένη νόσο η συνδυασμένη χημειοθεραπεία με 2 ή περισσότερα φάρμακα, όπως και οι εντατικές δόσεις, έχουν καλύτερα αποτελέσματα παρά τα τοξικά επακόλουθα.

Επίσης, ο συνδυασμός χημειοθεραπείας με ακτινοθεραπεία υπερτερεί με 3ετή επιβίωση στο 5% περίπου απο εκείνους που έλαβαν μόνο χημειοθεραπεία. Εν τούτοις, οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι τα καλύτερα αποτελέσματα σε συνδυασμένες θεραπείες τα έχουμε όταν η ακτινοβολία στον θώρακα εφαρμόζεται νωρίς κατά την έναρξη της θεραπείας μαζί με τη χημειοθεραπεία. Το πιο, εν χρήσει, θεραπευτικό σχήμα είναι ο συνδυασμός ετοποσίδης με πλατίνη μαζί με ακτινοβολία κατά τον πρώτο ή δεύτερο κύκλο της χημειοθεραπείας. Η εφαρμογή ακτινοβολίας δις ημερησίως υπερτερεί ελαφρώς της μιας ημερησίως, αλλά με επιδείνωση της οισοφαγίτιδας.

Επίσης, η εναλλαγή σχημάτων δεν απεδείχθη πιο δραστική από την εφαρμογή ενός χημειοθεραπευτικού σχήματος μόνον. Η διάρκεια της χημειοθεραπείας δεν είναι καθορισμένη, αλλά δεν φαίνεται να υπάρχει βελτίωση μετά χορήγηση πέραν των 3 με 6 μηνών. Ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλεβός λαμβάνουν συνδυασμό χημειοθε-

ραπείας με ή χωρίς ακτινοβολία.

Ένα μικρό ποσοστό ασθενών του σταδίου αυτού με καλή πνευμονική λειτουργία και όγκο στον ένα πνεύμονα ή και σε ομόπλευρους πυλαίους αδένες μπορούν να ωφεληθούν από τη χειρουργική αφαίρεση με ή χωρίς συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Ασθενείς υπό χημειοθεραπεία με ή χωρίς ακτινοβολία θώρακος πού παρουσιάζουν πλήρη ύφεση μπορούν να λάβουν προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολία (PCI), ενώ ο κίνδυνος να παρουσιάσουν μεταστάσεις στο ΚΝΣ, μπορεί να μειωθεί περισσότερο από 50% με αυτήν σε δόσεις 2400cGy. Οι ασθενείς όμως με νευροφυσιολογικές ανωμαλίες πριν την εφαρμογή της κρανιακής ακτινοβολίας, δεν εμφανίζουν εμφανή νευρολογική επιδείνωση μέχρι και 2 χρόνια μετά την εφαρμογή της.

Καθιερωμένη θεραπεία

- Συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας θώρακος (με ή χωρίς κρανιακή ακτινοβολία)
- Συνδυασμός χημειοθεραπείας με ή χωρίς κρανιακή ακτινοβολία, ειδικά σε ασθενείς με κακή πνευμονική λειτουργία ή κακή βιολογική κατάσταση
- Χειρουργική αφαίρεση με χημειοθεραπεία ή χημειοθεραπεία με ακτινοβολία θώρακος (με ή χωρίς κρανιακή ακτινοβολία) σε ασθενείς σταδίου Ι

Εκτεταμένη νόσος (Extensive disease)

Όπως και στην περιορισμένη νόσο, η χημειοθεραπεία πρέπει να χορηγείται και εδώ με πολλαπλά φάρμακα και σε δόσεις με τουλάχιστον μέτρια τοξικότητα, έτσι ώστε να έχουμε τα καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς αυτούς με πλήρη ανταπόκριση περίπου στο 20-30% αυτών. Τα διάφορα αυτά σχήματα των 2-4 φαρμάκων σε διάφορους συνδυασμούς ή σε εναλασσόμενο σχήμα δεν φαίνεται να έχουν βασικές διαφορές ούτε στο αποτέλεσμα, ούτε και στην επιβίωση. Η καλύτερη διάρκεια της χημειοθεραπείας δεν είναι πλήρως καθορισμένη, αλλά δεν υπάρχει εμφανής βελτίωση της επιβίωσης όταν η διάρκεια χορήγησης αυτής περάσει τους 6 μήνες. Ο συνδυασμός χημειοθεραπείας με ακτινοβολία του θώρακα δεν φαίνεται να βελτιώνει την επιβίωση σε σύγκριση με μόνο χημειοθεραπεία σε ασθενείς του σταδίου αυτού, αν και η ακτινοθεραπεία παίζει ένα μεγάλο ρόλο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων κύρια από τις μεταστάσεις. Η ακτινοβολία δίνεται συχνά για το σύνδρομο άνω κοίλης, όπου η χημειοθεραπεία αποτελεί την αρχική θεραπεία, αλλά και για τις εγκεφαλικές μεταστάσεις που αντιμετωπίζονται με ακτινοβολία ολόκληρου του εγκεφάλου, απαντούν όμως και στη χημειοθεραπεία όπως και οι μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Οι ασθενείς του σταδίου αυτού υπό χημειοθεραπεία με ή χωρίς ακτινοβολία, με πλήρη ύφεση της νόσου, μπορούν να λάβουν προφυλακτική ακτινοβόληση εγκεφάλου (pci), διότι ο κίνδυνος για εμφάνιση μεταστάσεων στο ΚΝΣ, μπορεί να μειωθεί περισσότερο από 50% με αυτήν σε δόσεις των 2400cGy. Αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι οι επί μακρόν επιβιούντες (>2 χρόνων), έχουν μεγάλο ποσοστό βλάβης του ΚΝΣ, αλλά αυτοί που έλαβαν προφυλακτική ακτινοβολία του εγκεφάλου δεν έχουν διαφορά σε νευροφυσιολογικές λειτουργίες από αυτούς που δεν έλαβαν. Οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο υπό θεραπεία συνεχίζουν να έχουν επιδείνωση της νευροφυσιολογικής τους λειτουργίας μετά 2 χρόνια από την αρχή της θεραπείας και η κρανιακή ακτινοβόληση δεν συμμετέχει σε αυτήν. Πολλοί ασθενείς με εκτεταμένο στάδιο έχουν κακή βιολογική κατάσταση κατά τη διάγνωση και έτσι κακή πρόγνωση, με πτωχή ανοχή στην επιθετική χημειοθεραπεία. Αυτοί δύνανται να λάβουν από το στόμα χημειοθεραπεία με ένα μόνο φάρμακο και σε χαμηλή δοσολογία με καλή σχετική ανταπόκριση.

Καθιερωμένη θεραπεία

Συνδυασμένη χημειοθεραπεία με τα κάτωθι σχήματα με ή χωρίς κρανιακή ακτινοβολία με παρόμοια αποτελέσματα στην επιβίωση:

- CAV: κυκλοφωσφαμίδη με δοξορουβικίνη και βινκριστίνη
- CAE: κυκλοφωσφαμίδη με δοξορουβικίνη και ετοποσίδη
- EP or EC: ετοποσίδη με πλατίνα ή καρβοπλατίνα
- ICE: ιφωσφαμίδη με καρβοπλατίνα και ετοποσίδη
- Κυκλοφωσφαμίδη με δοξορουβικίνη και ετοποσίδη με βινκριστίνη
- CEV: κυκλοφωσφαμίδη με ετοποσίδη και βινκριστίνη
- Ετοποσίδη μόνον
- PET: πλατίνα με ετοποσίδη και πακλιταξέλη
- Ακτινοθεραπεία σε μεταστατικές εστίες, ανεξάρτητα αν η χημειοθεραπεία προσφέρει άμεση ανακούφιση αυτών (εγκέφαλο,οστά κ.λπ.)

Υποτροπιάζουσα νόσος (Recurrent disease)

Η πρόγνωση των ασθενών με μικροκυτταρικό καρκίνο που εμφάνισαν πρόοδο νόσου, παρά τη χημειοθεραπεία, είναι εξαιρετικά πτωχή, με αναμενόμενη μέση επιβίωση 2-3 μήνες. Αυτοί οι ασθενείς είναι υποψήφιοι για ανακουφιστική θεραπεία ή για κλινικές ερευνητικές εργασίες. Οι ασθενείς όμως που ήσαν ανθεκτικοί στη χημειοθεραπεία, σπάνια απαντούν σε πρόσθετη θεραπεία, ενώ αυτοί που ανταποκρίθηκαν και υποτροπίασαν μετά από 6 μήνες είναι πιο πιθανόν να απαντήσουν στην πρόσθετη θεραπεία. Ενώ κανένα σχήμα δεν θεωρείται καθιερωμένη θεραπεία, τα πλέον εν χρήσει είναι η ετοποσίδη - πλατίνα, κυκλοφωσφαμίδη – δοξορουβικίνη - βινκριστίνη (CAV), καθώς και τα νεότερα πακλιταξέλη, τοποτεκάνη. Μερικοί ασθενείς με ενδοβρογχικούς αποφρακτικούς όγκους ή εξωτερική πίεση από όγκο είχαν μεγάλη ανακούφιση από ενδοβρογχικά laser και βραχυθεραπεία. Μεταλλικές προθέσεις (stents) μπορούν να εισαχθούν με τοπική αναισθησία με το βρογχοσκόπιο, ασφαλώς, σε ασθενείς με κακοήθη απόφραξη των αεραγωγών και να βελτιώσουν τα συμπτώματα και την πνευμονική λειτουργία των ασθενών αυτών. Ασθενείς με επιδεινούμενο ενδοθωρακικό όγκο, μετά από αποτυχία της αρχικής χημειοθεραπείας, μπορούν να έχουν σημαντική ανακούφιση των συμπτωμάτων τους και τοπικό έλεγχο των υποτροπών τους για μικρό χρονικό διάστημα με ακτινοθεραπεία. Ωστόσο, λίγοι μόνο ασθενείς θα έχουν μακρά επιβίωση μετά από ακτινοθεραπεία διάσωσης. Ασθενείς με υποτροπές στο ΚΝΣ, μπορούν να έχουν ανακούφιση από τα συμπτώματά τους με ακτινοθεραπεία με ή πρόσθετη χημειοθεραπεία. Μετά από αυτήν, η πλειοψηφία των ασθενών αυτών που έλαβαν ακτινοθεραπεία παρουσιάζει αντικειμενική βελτίωση.

Καθιερωμένη θεραπεία

- Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία διάσωσης που μπορεί να έχει κάποιο ανακουφιστικό αποτέλεσμα σε ασθενείς ευαίσθητους στη βασική χημειοθεραπεία
- Τοπική ανακούφιση με ενδοβρογχικά laser, ενδοβρογχικά ελάσματα (stents) και βρα- ⇨

χυθεραπεία
- Κλινικές ερευνητικές μελέτες φάσης Ι ή φάσης ΙΙ

Νέα κυτταροτοξικά φάρμακα

Την τελευταία δεκαετία διάφορα νέα φάρμακα δοκιμάζονται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Σε αυτά περιλαμβάνονται η τοποτεκάνη και η ιρινοτεκάνη, οι ταξάνες (δοξεταξέλη, πακλιταξέλη), η βινορελμπίνη και η γεμσιταμπίνη. Η τοποτεκάνη ένας αναστολέας της τοποϊσομεράσης Ι, έχει μελετηθεί θεραπευτικά στο μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και ως θεραπεία πρώτης γραμμής και δεύτερης γραμμής μετά από υποτροπή. Στη φάση Ι η κύρια τοξικότητά του είναι η μυελοκαταστολή. Σε 2 μελέτες με ανθεκτική νόσο και πρόοδο νόσο υπό θεραπεία, οι ανταποκρίσεις των ασθενών ήταν αρκετά χαμηλές (2-6%), ενώ με ευαίσθητη νόσο ήταν αρκετά καλές με τοξικότητα την ουδετεροπενία. Με αυτά τα αποτελέσματα πραγματοποιήθηκε μία μελέτη φάσης ΙΙΙ που συνέκρινε την τοποτεκάνη με τον συνδυασμό CAV (κυκλο-δοξο-βινκρι), σε ασθενείς που υποτροπίασαν μετά τη θεραπεία 1ης γραμμής. Οι ανταποκρίσεις και η μέση επιβίωση δεν είχαν διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων. Η τοποτεκάνη είχε όμως υψηλότερα ποσοστά τοξικότητας, αλλά και καλύτερη βελτίωση των συμπτωμάτων. Σε 2 μελέτες φάσης ΙΙ με πακλιταξέλη πέτυχαν ανταποκρίσεις στο 53% των ασθενών με μέση επιβίωση 11 μηνών. Επίσης η Nair *και συν*., σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο χωρίς προηγούμενη θεραπεία, έδωσαν συνδυασμό πακλιταξέλη με πλατίνα και οι ανταποκρίσεις ήταν καλύτερες σε υψηλότερες δόσεις (89%). Σε άλλες 4 μελέτες μαζί με πακλιταξέλη δόθηκε ο συνδυασμός PE (πλατίνα - ετοποσίδη). Οι ανταποκρίσεις ήταν πολύ υψηλές από 80-100% περίπου με αποδεκτή τοξικότητα και μέση επιβίωση 10-15 μήνες. Άλλες θεραπείες συνδυασμού πακλιταξέλη με CE (καρβοπλατίνα - ετοποσίδη), σχεδιάσθηκαν σε ασθενείς με περιορισμένη (συν ακτινοβολία) και εκτεταμένη νόσο. Τα ποσοστά ανταπόκρισης ήσαν 93% (ΠΝ) και 65% (ΕΝ), ενώ η μέση επιβίωση 17 και 7 μήνες αντίστοιχα. Όμως ο συνδυασμός πακλιταξέλη πλατίνα και ετοποσίδη απεδείχθει πολύ τοξικός με θανάτους και διακοπή μιας μελέτης πρώτης γραμμής.

Γενικά πάντως η πακλιταξέλη, σε συνδυασμό με άλλα σχήματα με την πλατίνα, συνοδεύεται από υψηλότερες ανταποκρίσεις των γνωστών συνδυασμών μέχρι τώρα.

Οι μελέτες με τη δοσεταξέλη είναι περιορισμένες ως μονοθεραπεία με μάλλον χαμηλές ανταποκρίσεις. Η γεμσιταμπίνη ένας ισχυρός αντιμεταβολίτης ως μονοθεραπεία με ήπια τοξικότητα και μικρές ανταποκρίσεις. Η βινορελμπίνη, ένα αλκαλοειδές της βίνκα, έχει εκτιμηθεί σε μελέτες φάσης Ι και ΙΙ ως μονοθεραπεία με χαμηλές ανταποκρίσεις, αλλά με περιορισμένο αριθμό ασθενών.

Τέλος, η ιρινοτεκάνη, μία δραστική καμπτοθεκίνη, εδόθη ως μονοθεραπεία στον μικροκυτταρικό καρκίνο με ανταπόκριση 14 έως 50%. Ο συνδυασμός με πλατίνα απεδείχθη ο καλύτερος με ανταποκρίσεις γύρω στο 86% και με μέση επιβίωση 13 μηνών. Αναμένονται αποτελέσματα και από άλλες μελέτες με άλλα φάρμακα.

ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Γενική θεραπευτική επιλογή

Στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα τα αποτελέσματα της βασικής θεραπείας είναι συνήθως πτωχά στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών.

Αν και η χειρουργική είναι η κύρια θεραπευτική επιλογή στους ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο, η χημειοθεραπεία μαζί με την ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε πολύ λίγους ως ανακουφιστική επιλογή. Σε προχωρημένο στάδιο νόσου, η χημειοθεραπεία προσφέρει μέτρια βελτίωση στη μέση επιβίωση, η συνολική επιβίωση είναι πτωχή, ενώ έχει αναφερθεί οτι προσφέρει μικρής διάρκειας βελτίωση των συμπτωμάτων της νόσου.

Τελευταία ευρίσκονται υπό εκτίμηση συνδυασμοί τοπικής χειρουργικής και ακτινοβολίας με συστηματική χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία. Τέλος, νέα φάρμακα όπως πακλιταξέλη, δοσεταξέλη, τοποτεκάνη, ιρινοτεκάνη, βινορελμπίνη και, γεμσιταμπίνη αποδείχθησαν δραστικά στη θεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα.

Λανθάνων (occult) μη μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα (TX, NOMO)

Οι όγκοι πού ανακαλύπτονται και ανήκουν στην κατηγορία αυτή, είναι συνήθως πρώιμου σταδίου και θεραπεύονται με τη χειρουργική αφαίρεση. Η θεραπεία αποφασίζεται μετά τον καθορισμό του σταδίου και είναι παρόμοια με αυτή των άλλων μη μικροκυτταρικών καρκίνων ομοίου σταδίου.

Σταδιο 0 μη μικροκυτταρικού καρκίνου (Tis, NO, MO)

Σε αυτό το στάδιο ανήκουν τα καρκινώματα in situ, τα οποία είναι μη διηθητικά και δεν μεθίστανται, και αντιμετωπίζονται δε με χειρουργική εξαίρεση. Εν τούτοις, υπάρχουν δευτερα-πρωτοπαθή καρκινώματα, πολλά των οποίων είναι μη εξαιρέσιμα. Η ενδοσκοπική φωτοθεραπεία αναφέρθηκε ως εναλλακτική λύση στη χειρουργική εξαίρεση σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς, η οποία, αν και ευρίσκεται υπό κλινική αξιολόγηση, μοιάζει να είναι πιο δραστική για πολύ πρώιμους κεντρικούς όγκους.

Θεραπευτικές επιλογές

- Χειρουργική εξαίρεση με τη μικρότερη σε έκταση δυνατή (τμηματεκτομή - σφηνοειδής) τεχνική, για να αφήνει το περισσότερο δυνατό πνευμονικό παρέγχυμα λόγω κινδύνου εμφάνισης δευτεροπαθών καρκίνων
- Ενδοσκοπική φωτοδυναμική θεραπεία

Στάδιο Ι μη μικροκυτταρικού καρκίνου (T1NOMO, T2NOMO)

Η χειρουργική αφαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής των ασθενών με καρκίνο αυτού του σταδίου μετά βέβαια από προσεχτική προεπεμβατική εκτίμηση της συνολικής κατάστασης του ασθενή, κυρίως της πνευμονικής του εφεδρείας. Η άμεση μεταχειρουργική θνησιμότητα είναι ανάλογη με την ηλικία, αλλά ένα 3-5% μετά από λοβεκτομή είναι αναμενόμενο. Ασθενείς με ελαττωμένη πνευμονική λειτουργία μπορούν να υποβληθούν σε τμηματική ή σφηνοειδή εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου, σε μια όμως μελέτη της ομάδας μελέτης του καρκίνου του πνεύμονα (Lung cancer study group), οι ασθενείς με λοβεκτομή είχαν μείωση της τοπικής υποτροπής, σε σχέση με αυτούς που έκαναν τμηματεκτομή ή σφηνοειδή εκτομή, αλλά καμία σημαντική διαφορά στη συνολική επιβίωση. Παρόμοια αποτελέσματα ανακοινώθηκαν από μια άλλη συγκριτική μελέτη τμηματεκτομής και λοβεκτομής. Άλλη μελέτη με ασθενείς σταδίου Ι που έτυχαν σφηνοειδούς ή τμηματεκτομής είχαν συχνότητα τοπικής υποτροπής κατά 50%. Η διαθεσιμότητα της σφηνοειδούς εκτομής με βιντεοσκόπηση (VAT), επιτρέπει περιορισμένης εκτάσεως επέμβαση σε ασθενείς με πτωχή πνευμονική λειτουργία που δεν ανέχονται λοβεκτομή. Ασθενείς με καρκίνωμα σταδίου Ι, ανεγχείρητο και επαρκή πνευμονική εφεδρεία μπορούν να ληφθούν υπόψιν για ακτινοθεραπεία με θεραπευτική πρόθεση. Σε



Απόζμικροί ήμαστανζπερίεργοιζπτ

πναζανακαλύψουμεζποιοζείναιζτοζπιο σημαντικόζ πράγμαζ στονζ κόσμοτ Όταν ζτοζβρήκαμεζαποφασίσαμεζνα κάνουμεζέργοζζωήςζτηνζπροάσπιση καιζεξασφάλισήζτουΕζτηςζυγείαςτ

Είμαστεζ στοζ πλευρόζ τηςζ ιατρικής κοινότηταςζπαρέχονταςζφαρμακευΕ τικάζ προϊόνταζ υψηλήςζ ποιότητας προσπαθώνταςζναζέχουνζπρόσβαση σεζαυτά ζόλοιζοιζσυνάνθρωποίζμαςτ

Παραμένουμεζ περίεργοι ζ παραμέΕ νουμεζαποφασισμένοι ζπαραμένουμε στοζπλευρόζσαςζμεζτονζενθουσιασμό καιζτηνζεπιμονήζμικρούζπαιδιούτ

www.busybeedesign.gr

FarmaSyn SA

PHARMACEUTICALS

Αθήνα Μονής Δαύάστας δλπΤέΤι ι πΠεριστέρι •πΤπή πέΤvπoΜΜΤπvπ•π πέΤvπoΜ Μ Τπ•πδ ήπ λ έ vΤδέδΤά π•π **sδ á**

Γραφείο Β Ελλάδος Μαιάνδρουπδ πΑδύήτουπέΜπoδέ έπεΕύοσύοsπ•πΤπλήπέ ι ΤvπΜvι oδπ•π πέ ΤvπΜvι ΤΜ π•πδ ήπΤήδλλ λ έά

δυο μεγάλες αναδρομικές σειρές ακτινοθεραπείας ασθενείς με ανεγχείρητη νόσο, θεραπευθέντες με ακτινοβολία είχαν πενταετή επιβίωση σε ποσοστό 10-27%. Αρκετοί ασθενείς, οι οποίοι χειρουργήθηκαν, παρουσίασαν τοπικές ή μακρινές μεταστάσεις και έτσι οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να θεωρηθούν υποψήφιοι για κλινικές έρευνες οι οποίες θα αξιολογούν τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία μετά χειρουργική εξαίρεση. Μία ανάλυση με 9 τυχαιοποιημένες μελέτες, εκτιμώντας τη μετεγχειρητική ακτινοβολία σε σύγκριση με τη χειρουργική θεραπεία μόνο, εμφάνισε 7% μείωση της ολικής επιβίωσης με τη συμπληρωματική ακτινοβολία σε ασθενείς σταδίου I ή II. Κλινικές μελέτες με συμπληρωματική χημειοθεραπεία απέτυχαν να εμφανίσουν σταθερό όφελος.

Σύμφωνα με την Ομάδα μελέτης του Καρκίνου του Πνεύμονα από 907 ασθενείς σταδίου T1No μετά επέμβαση, η συχνότητα των μη πνευμονικών δευτεροπαθών καρκίνων ήταν 1,8% το χρόνο και 1,6% για νεοεμφανιζόμενους καρκίνους του πνεύμονα. Άλλοι ερευνητές ανέφεραν ακόμη υψηλότερα ποσοστά δευτεροπαθών καρκίνων, όπως 10% για τους πνευμονικούς και 20% για όλους τους άλλους.

Καθιερωμένη θεραπεία

- Λοβεκτομή ή τμηματεκτομή, σφηνοειδής εκτομή ή δίκην περιχειρίδος
- Θεραπευτική ακτινοβολία (για δυνητικά χειρουργήσιμους ασθενείς με ιατρικές αντενδείξεις για χειρουργείο)
- Κλινικές μελέτες συμπληρωματικής χημειοθεραπείας μετά από χειρουργική αφαίρεση
- Μελέτες συμπληρωματικής χημειοπροφύλαξης
- Ενδοσκοπική φωτοδυναμική θεραπεία (σε επιλεγμένους ασθενείς σταδίου T1N0M0)

Στάδιο II μη μικροκυτταρικού καρκίνου (T1N1M0) (T2N1M0) (T3N0M0)

Η χειρουργική είναι η θεραπεία εκλογής ασθενών με στάδιο II μη μικροκυτταρικού καρκίνου μετά από προσεκτική εκτίμηση της κατάστασής τους, κυρίως δε των πνευμονικών τους εφεδρειών. Η άμεση μεταχειρουργική θνητότητα είναι ανάλογη της ηλικίας, εντούτοις σε πνευμονεκτομή είναι περίπου 5-6% και 3-5% σε λοβεκτομή. Ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο σταδίου II, αλλά επαρκή πνευμονική εφεδρεία, πρέπει να υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Μεταξύ αυτών με πολύ καλή φυσική κατάσταση, τριετής επιβίωση γύρω στο 20% πρέπει να αναμένεται με τη συμπλήρωση ακτινοθεραπείας. Σε μεγάλες αναδρομικές μελέτες, 152 ασθενείς με ανεγχείρητο ΜΜΚΠ μετά από ακτινοθεραπεία, παρουσίασαν πενταετή επιβίωση σε ποσοστό 10%, ενώ 44 ασθενείς με T1 όγκους είχαν επιβίωση χωρίς νόσο στο 60%. Αυτή η μελέτη πρότεινε επιβίωση άνευ νόσου με θεραπευτικές δόσεις ακτινοθεραπείας μεγαλύτερες από 6000cGy. Πολλοί ασθενείς, μετά από χειρουργική θεραπεία, εμφανίζουν τοπικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να ληφθούν υπόψη προκειμένου να λάβουν μέρος σε κλινικές μελέτες με συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία μετά από το χειρουργείο. Μια μετα-ανάλυση 9 τυχαιοποιημένων μελετών αξιολογώντας τη μεταχειρουργική ακτινοβολία έναντι της χειρουργικής θεραπείας μόνο, έδειξε μείωση κατά 7% της ολικής επιβίωσης σε ασθενείς σταδίου I, II με τη συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Σε άλλη κλινική μελέτη συγκρίνουσα τη μεταχειρουργική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό αυτής με πλατίνα και ετοποσίδη, δεν έδειξε ούτε ελεύθερο νόσου ούτε πλεονέκτημα στη συνολική επιβίωση της τελευταίας. Κατόπιν τούτων, η συμπληρωματική θεραπεία πρέπει να θεωρείται ότι εφαρμόζεται κάτω από κλινική αξιολόγηση και συμμετοχή σε κλινικές μελέτες.

Καθιερωμένη θεραπεία

- Λοβεκτομή, πνευμονεκτομή ή τμηματεκτομή ή σφηνοειδής ή δίκην περιχειρίδος
- Ακτινοθεραπεία (για δυνητικά χειρουργήσιμους ασθενείς με ιατρικές αντενδείξεις για χειρουργείο)
- Κλινικές μελέτες συμπληρωματικής χημειοθεραπείας μετά από χειρουργική θεραπεία
- Κλινικές μελέτες ακτινοθεραπείας μετά από χειρουργική θεραπεία

Στάδιο IIIA μη μικροκυτταρικού καρκίνου (T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0)

Ασθενείς με κλινικό στάδιο IIIA N2 έχουν πενταετή επιβίωση κατά 10-15% συνολικά, αλλά εκείνοι με επινέμηση μεσοθωρακίου ορατή και στην απλή α/α θώρακος έχουν πενταετή επιβίωση 2-5%. Οι βασικότεροι τύποι θεραπείας για τον τύπο IIIa, είναι η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η χειρουργική καθώς και συνδυασμοί αυτών. Ασθενείς με καλή βιολογική κατάσταση και εκείνοι που χρειάζονται θωρακοτομή για να αποδειχθεί ότι υπάρχει μη χειρουργήσιμος όγκος έχουν όφελος από την ακτινοθεραπεία. Λόγω των κακών μακροπρόθεσμων, αποτελεσμάτων όλοι οι ασθενείς σταδίου IIIa με μη μικροκυτταρικό καρκίνο, πρέπει να θεωρούνται υποψήφιοι για θεραπεία σε κλινικά ερευνητικά πρωτόκολλα. Μία μεγάλη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη έδειξε ότι ακτινοθεραπεία σε 3 ημερήσια κλάσματα βελτίωσε τη συνολική επιβίωση σε σχέση με 1 ημερήσιο κλάσμα. Η προσθήκη χημειοθεραπείας στην ακτινοθεραπεία αποδείχθηκε οτι βελτιώνει την επιβίωση σε προοπτικές κλινικές μελέτες με νέα χημειοθεραπευτικά σχήματα βασισμένα στην πλατίνα. Αποτελέσματα από 11 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η χημειοθεραπεία με πλατίνα μαζί με ακτινοθεραπεία μειώνει περίπου κατά 10% την πιθανότητα θανάτου σε σύγκριση με την ακτινοθεραπεία μόνο. Η χρήση προεγχειρητικής χημειοθεραπείας (neo-adjuvant) έδειξε ότι είναι αποτελεσματική σε 2 τυχαιοποιημένες μελέτες 120 ατόμων σταδίου IIIA. Τρεις κύκλοι με βάση την πλατίνα, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση της μέσης επιβίωσης τρεις φορές περισσότερο σε σχέση με τη χειρουργική αντιμετώπιση μόνο. Παρόλο που οι περισσότερες αναδρομικές μελέτες δείχνουν ότι η μετεγχειρητική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει την τοπική εξέλιξη ασθενών των οποίων ο όγκος αφαιρέθηκε, είναι αμφίβολο αν μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση. Σε μία μελέτη από το 1986 μέχρι το 1994, σε ασθενείς σταδίου I, II, IIIA με πλήρη αφαίρεση όγκου, η προσθήκη ακτινοβολίας μετά την επέμβαση δεν έδειξε βελτίωση της συνολικής επιβίωσης ή της τοπικής υποτροπής. Επίσης, η μεταχειρουργική ακτινοθεραπεία μόνον σε σύγκριση με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία με ετοποσίδη και πλατίνα δεν παρουσίασε διαφορά στη συνολική επιβίωση ή στο διάστημα χωρίς νόσο με τη συνδυασμένη θεραπεία. Βάσει αυτών των δεδομένων, η συμπληρωματική θεραπεία πρέπει να εκτιμηθεί κλινικά περαιτέρω σε κλινικές μελέτες μετά τη χειρουργική εξαίρεση.

Τέλος, κανένα όφελος από οποιαδήποτε μορφή ανοσοθεραπείας δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα στη θεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου.

Καθιερωμένη θεραπεία

- Χειρουργική εξαίρεση μόνο σε χειρουργήσιμους ασθενείς χωρίς ογκώδη λεμφαδενοπάθεια

- Μόνο ακτινοθεραπεία για ασθενείς με μη δυνατότητα νεο-συμπληρωματικής χημειοθεραπείας συν χειρουργική
- Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες

Όγκοι κορυφής του πνεύμονος (superior sulcus tumors) (T3NO ή NIMO)

Αυτοί είναι όγκοι τοπικά διεισδυτικοί με μειωμένη τάση για μακρινές μεταστάσεις και η τοπική θεραπεία έχει θεραπευτικές δυνατότητες ειδικά για T3NO. Η ακτινοθεραπεία προ η μετά χειρουργική ή χειρουργική θεραπεία μόνο (σε πολύ εκλεκτικές περιπτώσεις), μπορεί να είναι θεραπευτική σε μερικούς ασθενείς, με 5ετή επιβίωση περίπου στο 20% και περισσότερο. Ασθενείς με πιο διεισδυτικούς όγκους αυτής της περιοχής ή πραγματικούς Pancoast, έχουν χειρότερη πρόγνωση και ωφελούνται από το χειρουργείο.

Στους ασθενείς αυτούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί χειρουργική επέμβαση επανελέγχου για επιβεβαίωση της απάντησης στην ακτινοθεραπεία και αφαίρεση νεκρωτικού ιστού. Χημειοθεραπεία με ακτινοθεραπεία συνοδευομένη από χειρουργική θεραπεία μπορεί να έχει την καλύτερη εξέλιξη ιδίως για T4NO ή NI νόσο.

Καθιερωμένη θεραπεία
- Ακτινοθεραπεία και χειρουργική
- Ακτινοθεραπεία μόνο
- Χειρουργική μόνο (επιλεγμένες περιπτώσεις)
- Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες
- Κλινικές ερευνητικές εργασίες σε συνδυασμούς

Όγκοι θωρακικού τοιχώματος (T3NO ή NIMO)

Επιλεγμένοι ασθενείς, με πρωτοπαθείς όγκους με διείσδυση στο θωρακικό τοίχωμα, μπορεί να έχουν μακρά επιβίωση με χειρουργική θεραπεία με την προϋπόθεση ότι ο όγκος τους έχει πλήρως αφαιρεθεί.

Καθιερωμένη θεραπεία
- Χειρουργική
- Χειρουργική με ακτινοβολία
- Ακτινοβολία μόνο
- Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες

Στάδιο IIIβ μη μικροκυτταρικού καρκίνου (οποιο T, N3 MO, T4 οποιο N, MO)

Ασθενείς σταδίου IIIβ δεν ωφελούνται από τη χειρουργική θεραπεία, αλλά με τη χημειοθεραπεία, ή καλύτερα με χημειοθεραπεία μαζί με ακτινοθεραπεία, ή και ακτινοθεραπεία μόνο, ανάλογα με τις θέσεις που έχει καταλάβει ο καρκίνος και τη βιολογική κατάσταση του ασθενούς. Έτσι ασθενείς με πολύ καλή βιολογική κατάσταση, μπορούν να λάβουν συνδυασμένη θεραπεία. Εν τούτοις, ασθενείς με κακοήθη πλευριτική συλλογή είναι σπάνια υποψήφιοι για ακτινοθεραπεία και θα πρέπει να αντιμετωπισθούν ως τους ασθενείς του σταδίου IV. Αρκετές τυχαιοποιημένες μελέτες ασθενών με ανεγχείρητο καρκίνο σταδίου III δείχνουν ότι συμπληρωματική ή σύγχρονη χημειοθεραπεία με πλατίνα και ακτινοβολία του θώρακα, έχει ως αποτέλεσμα βελτίωση της επιβίωσης σε σύγκριση με ακτινοθεραπεία μόνο. Μια ανάλυση στοιχείων από 11 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έδειξε οτι τα σχήματα με πλατίνα, σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, είχαν ως αποτέλεσμα στο 10% περίπου μείωση του κινδύνου θανάτου σε σύγκριση με την ακτινοθεραπεία μόνον. Ασθενείς με στάδιο IIIβ και κακή βιολογική κατάσταση είναι υποψήφιοι για ακτινοβολία του θώρακα για ανακούφιση των πνευμονικών συμπτωμάτων (βήχας, δύσπνοια, αιμόπτυση ή πόνος).

T4 ή N3, MO

Ενας τυχαίος ασθενής με επινέμηση υπερκλειδίων αδένων, που είναι ένας καλός υποψήφιος για θεραπευτική ακτινοβολία, θα επιζήσει 3 χρόνια, αν και η πλειοψηφία αυτών των ασθενών δεν απαντά πλήρως στην ακτινοθεραπεία αν και έχει σημαντική ανακούφιση των συμπτωμάτων. Συνήθως οι ασθενείς με πολύ καλή βιολογική κατάσταση και εκείνοι με προχωρημένου σταδίου νόσο κατά την αφαίρεση είναι πολύ πιθανόν να οφεληθούν από την ακτινοθεραπεία. Η συμπληρωματική συστηματική χημειοθεραπεία με ακτινοθεραπεία δοκιμάστηκε σε τυχαιοποιημένες μελέτες σε ασθενείς με ανεγχείρητο μη μικροκυτταρικό καρκίνο. Μερικές μελέτες έδειξαν μέτριο πλεονέκτημα στην επιβίωση με συμπληρωματική χημειοθεραπεία, η προσθήκη δε χημειοθεραπείας στην ακτινοθεραπεία αναφέρθηκε ότι βελτιώνει ενίοτε τη μακροπρόθεσμη επιβίωση. Μία ανάλυση από 54 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έδειξε ένα απόλυτο όφελος επιβίωσης διετίας σε ποσοστό περίπου 4%, με την προσθήκη της χημειοθεραπείας με πλατίνα στην ακτινοθεραπεία. Επειδή τα συνολικά αποτελέσματα είναι πτωχά, αυτοί οι ασθενείς πρέπει να λάβουν μέρος σε κλινικές μελέτες. Επίσης ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο μπορουν να εμφανίσουν σύνδρομο απόφραξης άνω κοίλης φλεβός (superior vena cava syndrome). Ασχετα με το στάδιο, αυτό το πρόβλημα πρέπει γενικά να αντιμετωπιστεί με ακτινοθεραπεία με ή χωρίς χημειοθεραπεία.

Καθιερωμένη θεραπεία
- Μόνο ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία μαζί με ακτινοθεραπεία και κατόπιν χειρουργική εξαίρεση
- Μόνο χημειοθεραπεία

Στάδιο IV μη μικροκυτταρικού καρκίνου (κάθε T, κάθε N, M1)

Ανακουφιστική θεραπεία με σχήματα με βάση την πλατίνα ή καρβοπλατίνα, έχουν αντικειμενική ή υποκειμενική απάντηση σε ασθενείς με μεταστατικό μη μικροκυτταρικό καρκίνο. Διάφορες μελέτες έδειξαν οτι σχήματα με βάση την πλατίνα έχουν μέτρια οφέλη στη βραχυπρόθεσμη επιβίωση σε σύγκριση με την υποστηρικτική αγωγή σε ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο σταδίου IIIβ ή IV. Συγκρίνοντας 5 παλαιά σχήματα με βάση την πλατίνα δεν υπήρξαν διαφορές στην απάντηση ή στην επιβίωση μεταξύ τους.

Ασθενείς με καλή βιολογική κατάσταση και περιορισμένες μεταστάσεις σε σύγκριση με άλλους ασθενείς έχουν καλύτερη απάντηση και επιβίωση όταν λαμβάνουν χημειοθεραπεία.

Μια αναδρομική τυχαιοποιημένη συγκριτική μελέτη βινορελμπίνης με πλατίνα έναντι βιντεσίνης με πλατίνα έναντι βινορελμίνης μόνο, έδειξε καλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης (30%) και μέσης επιβίωσης 40 εβδομάδες με το σχήμα βινορελμπίνη με πλατίνα σε σύγκριση με τα άλλα 2 σχήματα. Αναφορές σε συνδυασμούς ταξάνης-πλατίνας έδειξαν καλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης, ενός έτους επιβίωση και ανακούφιση από τα συμπτώματα του καρκίνου. Επίσης συνδυασμοί πακλιταξέλης με καρβοπλατίνα (φάση II) και πλατίνας με πακλιταξέλη (φάση III) έδειξαν να έχουν υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης από τον παλαιότερο συνδυασμό πλατίνας με ετοποσίδη.

Παρόμοια ποσοστά ανταπόκρισης, επιβίωσης και ποιότητας ζωής βρέθηκαν σε ασθενείς 70 ετών και άνω σε σύγκριση με νεότερους, παρόλο που εμφάνισαν σε μεγαλύτερη συχνότητα τοξικότητα εκ της χημειοθεραπείας. Μια συγκριτική προοπτική ⇨

τυχαιοποιημένη μελέτη μεταξύ 4 σχημάτων με πλατίνα δεν έδειξε διαφορά μεταξύ τους σε ανταπόκριση και επιβίωση με ποσοστά ανταπόκρισης στο 19% περίπου και με μέση επιβίωση στους 7.9 μήνες. Η κακή βιολογική κατάσταση είχε τη χειρότερη τοξικότητα και επιβίωση. Αν και ο ρόλος των χημειοθεραπευτικών σχημάτων με βάση την πλατίνα είναι εμφανής, η αποτελεσματικότητα αυτών των σχημάτων είναι τέτοια ώστε κανένα απ' αυτά να μη θεωρείται καθιερωμένη θεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματική για συμπτωματική ανακούφιση τοπικής προσβολής στο μη μικροκυτταρικό καρκίνο, όπως στην τραχεία, τον οισοφάγο, οστικές και εγκεφαλικές μεταστάσεις, σε πόνο, αιμόπτυση, παράλυση φωνητικής χορδής και σε σύνδρομο άνω κοίλης φλεβός. Σε μερικές περιπτώσεις ενδοβρογχικά laser και/ή βραχυθεραπεία χρησιμοποιήθηκαν για ανακούφιση των αποφρακτικών βλαβών. Στη σχετικά σπάνια περίπτωση ασθενούς με σύγχρονη εμφάνιση ενός πρωτοπαθούς όγκου στον πνεύμονα που εξαιρείται και μιας μοναδικής μεταστατικής εστίας στον εγκέφαλο, εφαρμόζεται χειρουργική αφαίρεση και των δύο και μετά κατάλληλη μετεγχειρητική χημειοθεραπεία με ή ακτινοβολία της πρωτοπαθούς εστίας και με μετεγχειρητική ακτινοβολία όλου του εγκεφάλου σε ημερήσια κλάσματα των 180-200cGy, προς αποφυγή τοξικότητας στον υγιή εγκεφαλικό ιστό.

Καθιερωμένη θεραπεία

- Ακτινοθεραπεία αρχικά για ανακούφιση από τα συμπτώματα της ανάπτυξης τοπικά του καρκίνου
- Χημειοθεραπεία. Τα επόμενα σχήματα έχουν παρόμοια αποτελέσματα επιβίωσης:
  - Πλατίνα με βινορελμπίνη
  - Πλατίνα με πακλιταξέλη
  - Πλατίνα με δοσεταξέλη
  - Πλατίνα με γεμσιταμπίνη
  - Καρβοπλατίνα με πακλιταξέλη
- Πρόωρα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι νεότερα χημειοθεραπευτικά σχήματα χωρίς πλατίνα μπορούν να έχουν το ίδιο ποσοστό ανταπόκρισης και επιβίωσης με τα πλατινούχα
- Ενδοβρογχική θεραπεία με laser και/ή βραχυθεραπεία για αποφρακτικές βλάβες

Υποτροπιάζων μη μικροκυτταρικός καρκίνος

Πολλοί ασθενείς με υποτροπιάζοντα μη μικροκυτταρικό καρκίνο είναι κατάλληλοι για κλινικές μελέτες. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να δώσει εξαιρετική ανακούφιση από εντοπισμένη θωρακική μάζα. Ασθενείς με μια εγκεφαλική μετάσταση μετά αφαίρεση μιας πρωτοπαθούς μη μικροκυτταρικής αλλοίωσης χωρίς σημεία εξωεγκεφαλικού όγκου, μπορούν να έχουν παράταση της χωρίς νόσου επιβίωσης με αφαίρεση της εγκεφαλικής μετάστασης και μετεγχειρητικής ακτινοβολίας όλου του εγκεφάλου. Ανεγχείρητη εγκεφαλική μετάσταση μπορεί να αντιμετωπισθεί ραδιοχειρουργικά. Λόγω των μικρών δυνατοτήτων για μακρά επιβίωση, η ακτινοθεραπεία θα δοθεί με συμβατικά μέσα σε καθημερινές δόσεις των 180-200cGy, με αποφυγή υψηλότερων δόσεων σε μικρή χρονική περίοδο λόγω μεγάλων τοξικών ακολούθων. Ασθενείς με μη χειρουργήσιμους όγκους εγκεφάλου θα λάβουν συμβατική ακτινοβολία όλου του εγκεφάλου. Επιλεγμένοι ασθενείς με καλή βιολογική κατάσταση και μικρές μεταστάσεις μπορούν να υπολογισθούν για ραδιοχειρουργική. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς μετά χειρουργική αφαίρεση και μετεγχειρητική ακτινοβολία θα εμφανίσουν υποτροπή στον εγκέφαλο, μερικοί δε από αυτούς θα είναι υποψήφιοι για πρόσθετη θεραπεία. Σε αυτούς με καλή φυσική κατάσταση και χωρίς μεταστάσεις εκτός εγκεφάλου, η θεραπευτική επιλογή είναι εκ νέου επέμβαση ή ραδιοχειρουργική. Για τους περισσότερους ασθενείς μπορεί να εφαρμοσθεί η ακτινοθεραπεία, αλλά τα ανακουφιστικά οφέλη αυτής της θεραπείας είναι περιορισμένα. Μία συμπαγής πνευμονική μετάσταση από ένα εξαιρεθέν βρογχογενές καρκίνωμα είναι ασυνήθης, ο δε πνεύμων είναι συχνά η θέση δευτερο-πρωτοπαθών καρκινωμάτων. Ο καθορισμός του αν μία νέα αλλοίωση είναι ένας νέος πρωτοπαθής καρκίνος ή μία μετάσταση μπορεί να είναι δύσκολος. Οι μελέτες δείχνουν ότι στην πλειοψηφία των ασθενών η νέα αλλοίωση είναι ένας δευτερος πρωτοπαθής όγκος και μετά τη χειρουργική αφαίρεση μερικοί ασθενείς μπορούν να τύχουν μακράς επιβίωσης. Θεωρείται ότι αν ο πρωτοπαθής καρκίνος ελέγχθηκε, ο δευτερος πρωτοπαθής πρέπει να αφαιρεθεί εάν είναι δυνατόν. Η χρήση της χημειοθεραπείας έδωσε αντικειμενικά αποτελέσματα και μικρή βελτίωση στην επιβίωση σε ασθενείς με μεταστατική νόσο. Σε μελέτες πού εξετάστηκε η συμπτωματική ανταπόκριση, βελτίωση σε υποκειμενικά συμπτώματα εμφανίσθηκε συχνότερα από την αντικειμενική ανταπόκριση. Σε ασθενείς με καλή φυσική κατάσταση πού χορηγήθηκε χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα και υποτροπίασαν, μπορεί να δοθεί δευτέρας γραμμής θεραπεία. Δύο προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες χημειοθεραπείας έδειξαν βελτίωση στην επιβίωση με τη χρήση της δοσεταξέλη σε σύγκριση με τη βινορελμπίνη και ιφωσφαμίδη. Εν τούτοις, τα κριτήρια για την επιλογή των ασθενών για θεραπεία δεύτερης γραμμής δεν είναι πλήρως καθορισμένα.

Καθιερωμένη θεραπεία

- Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία με τα κάτωθι πλέον εν χρήσει σχήματα:
  - Πλατίνα με πακλιταξέλη
  - Πλατίνα με βινορελμπίνη
  - Πλατίνα με γεμσιταμπίνη
  - Πλατίνα με δοσεταξέλη
  - Καρβοπλατίνα με πακλιταξέλη
- Χειρουργική αφαίρεση σε απομονωμένες εγκεφαλικές μεταστάσεις (επιλεγμένοι ασθενείς)
- Θεραπεία με laser ή ακτινοθεραπεία για ενδοβρογχικές αλλοιώσεις
- Ραδιοχειρουργική (επιλεγμένοι ασθενείς)

ΝΕΟΤΕΡΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Αναστολείς τυροσινικής κινάσης (TKIs)

Τον Μάιο του 2003, ένα νέο κυτταροστατικό φάρμακο πήρε την αποδοχή του FDA με τη χημική ονομασία Gefitinib (Iressa), για προχωρημένο στάδιο μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα. Ήταν η αρχή της στοχεύουσας θεραπείας του καρκίνου πνεύμονα, η οποία βασίστηκε στην αναστολή μοριακών 'μονοπατιών' που εξυπηρετούν τη μεταβίβαση σημάτων από την κυτταρική μεμβράνη στον πυρήνα, και των οποίων η «ανώμαλη» ενεργοποίηση πιστεύεται ότι συνεισφέρει σε πολλές νεοπλασματικές διαδικασίες, όπως η ανεξέλεγκτη κυτταρική μίτωση, η προστασία του καρκινικού κυττάρου από τους αποπτωτικούς μηχανισμούς, καθώς και η τοπική διήθηση και μετάσταση του όγκου. Η απρόσφορη αυτή ενεργοποίηση έχει φανεί ότι προκαλείται από μεταλλάξεις γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεϊνικά διαμεμβρανικά συμπλέγματα, τα οποία λειτουργούν ως υποδοχείς σημάτων από το εξωκυττάριο περιβάλλον, εμφανίζουν ενζυμική δραστικότητα ενδοκυτταρικά και ονομάζονται υποδοχείς των κινασών της τυροσίνης (RTKs). Τα συμπλέγματα αυτά αποτελούν το σημείο έναρξης του ενδοκυττάριου καταρράκτη μετά την πρόσδεσή τους με διαβιβαστικά μόρια (π.χ. TGF-a). Η πιο γνω-

στή, ήδη από το 1987, και καλά μελετημένη οικογένεια RTKs, καθώς και των μεταλλάξεων του γονιδίου που τους κωδικοποιεί, είναι αυτή των υποδοχέων του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (Epidermal Growth Factor). Το Gefitinib αποτέλεσε τον πρώτο μόριο-αναστολέα του EGFR και έδειξε σημαντική αντινεοπλασματική δραστηριότητα σε ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα προχωρημένου σταδίου, οι οποίοι έφεραν μεταλλάξεις του γονιδίου EGFR. Ακολούθησαν μελέτες φάσης ΙΙΙ, οι οποίες αρχικά ανέδειξαν σημαντική ανταπόκριση σε ασθενείς EGFR (+) με προχωρημένο μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα, με παράταση του χρόνου μη προόδου της νόσου (progress free survival), ενώ νέα μόρια όπως το Erlotinib (Tarceva) και το Afatinib (Giotrif) πήραν έγκριση. Ακολούθησε η μελέτη και άλλων μοριακών μονοπατιών και παρατηρήθηκαν ασθενείς που έφεραν μεταλλάξεις σε άλλους υποδοχείς τυροσινικής κινάσης όπως οι ALK, HER2, MET, γεγονός που προκάλεσε την ανάπτυξη μορίων-αναστολέων όπως το Crizotinib (Xalkori). Τα μόρια αυτά παρουσιάζουν ως πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες το δερματικό εξάνθημα και τις διάρροιες. Τα ποσοστά των ασθενών που φέρουν μεταλλάξεις των γονιδίων για τους RTKs είναι χαμηλά, με συχνότερη μετάλλαξη αυτή του EGFR σε ποσοστό 10-15%, ενώ παρατηρείται πιο συχνά σε γυναίκες, σε μη καπνιστές και σε ασθενείς ασιατικής φυλής. Το ποσοστό μεταλλάξεων του ALK κυμαίνεται στο 5-8%, ενώ των λοιπών υποδοχέων <2%. Τα φάρμακα αυτά πλέον χρησιμοποιούνται ως πρώτης γραμμής χημειοθεραπεία σε ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο σταδίου ΙΙΙ και IV που φέρουν τις συγκεκριμένες μεταλλάξεις, καθώς και ως δεύτερης γραμμής θεραπεία σε ασθενείς που δεν φέρουν μεταλλάξεις και παρουσιάζουν πρόοδο νόσου. Το μοριακό screening έχει περάσει πλέον στην καθημερινή κλινική πρακτική για αναζήτηση EGFR και ALK μεταλλάξεων σε όλους τους ασθενείς με νεοδιαγνωσθέν μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα. Δυστυχώς τα φάρμακα αυτά απέτυχαν να επιδείξουν στατιστικά σημαντική αύξηση της μέσης επιβίωσης, γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε μηχανισμούς αντοχής που αναπτύσσονται στα κύτταρα-στόχους, καθώς και στην ενεργοποίηση άλλων μηχανισμών και αλλαγής μοριακού προφίλ του πρωτοπαθούς όγκου, αλλά και στην ετερογένεια του νεοπλασματικού κυτταρικού πληθυσμού.

Αναστολείς αγγειογένεσης

Το 2005 εγκρίθηκε από τον FDA το πρώτο φάρμακο με αντι-αγγειογενετική δράση το οποίο ονομάζεται Bevacizumab (Avastin). Πρόκειται για ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που στοχεύει στην καταστολή της νεοαγγειογένεσης των όγκων, αναστέλλοντας τον ενδοθηλιακό αυξητικό παράγοντα vascular endothelial growth factor A (VEGF-A) και εμποδίζοντάς τον να συνδεθεί με τον υποδοχέα τυροσινικής κινάσης VEGFR-2. Δύο μεγάλες μελέτες σε ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα τελικού σταδίου έδειξαν ότι το φάρμακο αυτό μπορεί να αποφέρει όφελος στην ολική επιβίωση έως 1,5 με 2 μήνες προστιθέμενο στη συμβατική χημειοθεραπεία με πλατίνα-ταξόλη. Οι σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι οι αιμορραγίες, γι' αυτό και αντενδείκνυται σε ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις ή αιμορραγική διάθεση, ενώ δεν έχει δείξει σημαντικό όφελος σε ασθενείς που πάσχουν από πλακώδες καρκίνωμα. Δύο νέα φάρμακα δοκιμάστηκαν ως επιπρόσθετη θεραπεία δεύτερης γραμμής σε συνδυασμό με τη δοσιταξέλη, σε ασθενείς με προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα και μη ανταπόκριση στον αρχικό πλατινούχο συνδυασμό, το Ramucirumab και το Nintedanib, χωρίς όμως να δείξουν παράταση επιβίωσης. Το κόστος των σκευασμάτων αυτών παραμένει υψηλό.

Ανοσοθεραπεία καρκίνου

Η νεότερη θεραπευτική προσέγγιση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται στους ανοσολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι ενεργοποιούνται φυσιολογικά κατά την ανάπτυξη ενός όγκου και στοχεύουν στην απόπτωση των καρκινικών κυττάρων μέσω ενεργοποίησης λευκοκυττάρων, όπως των φυσικών κυττάρων φονέων (natural killer cells) ή των Τ-κυτταροτοξικών κυττάρων (Cytotoxic T-cells, Tumor specific T cells, CTLs). Τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσουν μηχανισμούς αποφυγής αυτής της αποπτωτικής επίδρασης, παρεμβαίνοντας σε σημεία 'ελέγχου' της διαδικασίας αντιγονοπαρουσίασης. Ένας από αυτούς τους μηχανισμούς είναι η υπερέκφραση διαμεμβρανικών πρωτεϊνών, όπως οι PD-L1, οι οποίες συνδέονται με τους αντίστοιχους συνδέσμους PD1 (Programmed cell Death) της επιφανείας των λευκοκυττάρων, αναστέλλοντας τους ενδοκυττάριους αποπτωτικούς μηχανισμούς των καρκινικών κυττάρων. Δύο φάρμακα έχουν ως τώρα πάρει έγκριση από τον FDA, το Nivolumab (Opdivo) και το Pembrolizumab (Keytruda), τα οποία είναι μονοκλωνικά αντισώματα έναντι του υποδοχέα PD1. Οι ως τώρα μελέτες φάσης Ι έχουν δείξει μια απάντηση της τάξης του 18%, σε ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα, οι οποίοι έχουν λάβει ήδη πρώτης γραμμής χημειοθεραπεία. Επίσης, υπό μελέτη βρίσκεται ο συνδυασμός χημειοθεραπευτικού σχήματος πρώτης γραμμής με συνδυασμό Nivolumab – πλατίνα, τα πρώτα αποτελέσματα του οποίου δείχνουν ανταπόκριση ως και 33%. Οι βασικότερες παρενέργειες των φαρμάκων είναι η διάρροια και το δερματικό εξάνθημα.

Βιβλιογραφία

1. (Πνεύμων 2004, 17(3):272-288)
2. ESMO Consensus Guidelines: Locally-advanced stage III non-small-cell lung cancer (NSCLC) Ann Oncol (2015) 26 (8): 1573-1588
3. Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines Ann Oncol (2014) 25 (suppl 3): 27-39.
4. ESMO Consensus Guidelines: Non-small-cell lung cancer first-line/second and further lines in advanced disease Ann Oncol (2014)
5. Molecular Testing for Selection of Lung Cancer Patients for EGFR and ALK Tyrosine Kinase Inhibitors: American Society of Clinical Oncology Endorsement of the CAP/IASLC/AMP Guideline JCO November 10, 2015: 3673-3679
6. Treatment of Small-Cell Lung Cancer: American Society of Clinical Oncology Endorsement of the American College of Chest Physicians Guideline JCO December 1, 2015: 4106-4111
7. Systemic Therapy for Stage IV Non–Small-Cell Lung Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update JCO October 20, 2015: 3488-3515
8. Definitive and Adjuvant Radiotherapy in Locally Advanced Non–Small-Cell Lung Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the American Society for Radiation Oncology Evidence-Based Clinical Practice Guideline JCO June 20, 2015: 2100-2105
9. Molecular Testing for Selection of Patients With Lung Cancer for Epidermal Growth Factor Receptor and Anaplastic Lymphoma Kinase Tyrosine Kinase Inhibitors: American Society of Clinical Oncology Endorsement of the College of American Pathologists/ International Association for the Study of Lung Cancer/Association for Molecular Pathology Guideline JCO November 10, 2014: 3673-3679
10. 2011 Focused Update of 2009 American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Chemotherapy for Stage IV Non–Small-Cell Lung Cancer JCO October 1, 2011: 3825-3831
11. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) Mutation Testing for Patients With Advanced Non–Small-Cell Lung Cancer Considering First-Line EGFR Tyrosine Kinase Inhibitor Therapy JCO May 20, 2011: 2121-2127
12. Cancer Care Ontario and American Society of Clinical Oncology Adjuvant Chemotherapy and Adjuvant Radiation Therapy for Stages I-IIIA Resectable Non-Small-Cell Lung Cancer Guideline JCO December 1, 2007: 5506-5518

Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των συμπτωμάτων κατώτερου ουροποιητικού συστήματος στους άνδρες

ΔΗΜΗΤΡΑ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ[1], ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ[2]

[1]Βιοπαθολόγος, Ιδιωτικό διαγνωστικό εργαστήριο, [2]Ουρολόγος, Επιμελητής Α΄, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

Τα συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος (LUTS) είναι συνήθη στους άνδρες και συχνά επιδεινώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Δεν είναι χαρακτηριστικά της πάθησης ενός συγκεκριμένου οργάνου και μπορεί να οφείλονται σε περισσότερο από ένα αίτια. Η σωστή αντιμετώπιση της υποκείμενης παθοφυσιολογίας προϋποθέτει τη σφαιρική αξιολόγηση αυτών. Τα φάρμακα που στοχεύουν στον προστάτη μόνο δεν είναι πάντα αποτελεσματικά. Τα αντιχολινεργικά φάρμακα, ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με τους ανταγωνιστές των α-αδρενεργικών υποδοχέων, μπορεί να είναι χρήσιμα όταν τα συμπτώματα είναι ενδεικτικά δυσλειτουργίας της ουροδόχου κύστεως. Η χειρουργική παρέμβαση πρέπει να επιλέγεται στις περιπτώσεις σοβαρών συμπτωμάτων ή ανεπιτυχούς συντηρητικής αντιμετώπισης.

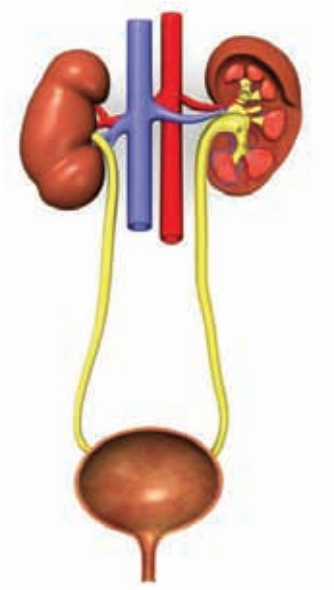
Λέξεις κλειδιά: *Συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, εκτίμηση, αντιμετώπιση*

Εισαγωγή

Ιστορικά τα συμπτώματα διαταραχών της ούρησης στους άνδρες σχετίζονταν με απόφραξη του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος λόγω διόγκωσης του προστάτη. Ωστόσο, σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι τα συμπτώματα αυτά δεν είναι ειδικά μιας συγκεκριμένης πάθησης. Για αυτό το λόγο έχει καθιερωθεί ο όρος "συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού συστήματος" (Lower Urinary Tract Symptoms, LUTS).[1,2]

Ο όρος LUTS είναι σύνθετος και περιλαμβάνει χρόνια συμπτώματα που αφορούν τόσο στην πλήρωση με ούρα της ουροδόχου κύστεως, όσο και στην κένωσή της. Τα συμπτώματα πλήρωσης είναι ενδεικτικά δυσλειτουργίας της ουροδόχου κύστεως και χαρακτηρίζουν την υπερλειτουργική κύστη. Τα συμπτώματα ούρησης είναι ενδεικτικά ύπαρξης υποκυστικού κωλύματος (Πίνακας 1).

Τα LUTS μελετήθηκαν επιδημιολογικά στις ΗΠΑ σε άνδρες ≥40 ετών. Ο επιπολασμός υπολογίστηκε σε 13% για τα συμπτώματα πλήρωσης, σε 6% για τα συμπτώματα ούρησης, ενώ ο επιπολασμός των μικτών συμπτωμάτων ανήλθε στο 9% του πληθυσμού.[3] Η μελέτη Triumph έδειξε ότι η επίπτωση των συμπτωμάτων που είναι ενδεικτικά της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη (ΚΥΠ) αυξάνεται με την ηλικία.[4] Σε αντίστοιχα συμπεράσματα κατέληξε Σουηδική μελέτη, η οποία έδειξε ότι ο επιπολασμός των συμπτωμάτων που είναι ενδεικτικά για υπερλειτουργική κύστη αυξάνεται με την ηλικία, επιδρώντας αρνητικά στην ποιότητα ζωής.[5]



Σε άλλη Σουηδική μελέτη διαπιστώθηκε οτι στους άνδρες ο επιπολασμός των LUTS συνολικά ήταν 20% στις ηλικίες 40-49 ετών, αυξανόμενος σε 28% στις ηλικίες 70-80 ετών. Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι η συχνότητα των συμπτωμάτων δεν σχετίζεται με τον αριθμό των ανθρώπων που αναζητούν θεραπεία. Κύριοι παράγοντες προσέλευσης στους παρόχους υγείας είναι η επίδραση στην ποιότητα ζωής, ενώ θέματα ταμπού, όπως η ακράτεια των ούρων, είναι ανασταλτικοί παράγοντες.[6]

Εκτίμηση LUTS

Η λεπτομερής εκτίμηση των LUTS αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων που μπορεί να τα προκαλούν. Η αρχική εκτίμηση περιλαμβάνει τη λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, την κλινική εξέταση, τη γενική εξέταση ούρων, τη συμπλήρωση ημερολογίου ούρησης και τη μέτρηση του υπολείμματος των ούρων.

Η λήψη του ιστορικού έχει ως σκοπό την αναγνώριση των διαφόρων παθήσεων, φαρμάκων ή συνηθειών τρόπου ζωής που σχετίζονται με τα LUTS (Πίνακας 2). Η κλινική εξέταση εστιάζεται στην υπερηβική χώρα για τον αποκλεισμό διάτασης λόγω χρόνιας επίσχεσης ούρων, στα εξωτερικά γεννητικά όργανα για τον αποκλεισμό φίμωσης, ουρηθρικού εκκρίματος, καρκίνου πέους, στένωσης έξω στομίου ουρήθρας, ενώ η αδρή νευρολογική εξέταση εστιάζεται στην εκτίμηση της αισθητικότητας και κινητικότητας των κάτω άκρων και του περινέου. Με τη δακτυλική εξέταση μπορεί να εκτιμηθεί το μέγεθος και η σύσταση του προστάτη, ο τόνος του σφιγκτήρα του πρωκτού και παθήσεις του ορθού. Με τη γενική εξέταση των ούρων μπορεί να ανιχνευτούν καταστάσεις όπως η αιματουρία, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι ουρολοιμώξεις. Το ημερολόγιο ούρησης χρησιμεύει για την εκτίμηση της συχνότητας και του όγκου ούρησης και τον αποκλεισμό της πολυδιψίας και της νυχτερινής πολυουρίας στους ασθενείς με προεξάρχοντα τα συμπτώματα πλήρωσης. Η μέτρηση του υπολείμματος ούρων μετά την ούρηση επιτρέπει την αναγνώριση ασθενών με αυξημένο κίνδυνο οξείας επίσχεσης ούρων.[7,8]

Το International Prostate Symptom Score (IPSS) είναι ένα χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιείται διεθνώς για την εκτίμηση της σοβαρότητας των LUTS που σχετίζονται με την ΚΥΠ και της επίδρασης αυτών στην ποιότητα ζωής (Πίνακας 3).

Συνολικό σκορ 1-7 υποδηλώνει ήπια συμπτώματα, σκορ 8-19 μέτρια συμπτώματα και σκορ 20-35 σοβαρά συμπτώματα.[9]

Η μέτρηση της κρεατινίνης ορού, του PSA και η μέτρηση της ροής των ούρων δεν απαιτούνται σε περιπτώσεις που τα συμπτώματα δεν είναι ενοχλητικά ή υποχωρούν με απλά συντηρητικά μέτρα. Ειδικότερα, η νεφρική λειτουργία ελέγχεται όταν υπάρχουν ενδείξεις από το ιστορικό ή πριν από χειρουργική θεραπεία, το PSA μετράται όταν τα συμπτώματα είναι ενδεικτικά ΚΥΠ ή όταν η δακτυλική εξέταση του προστάτη είναι ύποπτη για κακοήθεια και η ροή των ούρων υπολογίζεται πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας.[8]

Ο απεικονιστικός έλεγχος εκτελείται σε ασθενείς με ιστορικό υποτροπιαζουσών ουρολοιμώξεων, λιθίασης, αιματουρίας, σημαντικού άλγους και μεγάλου υπολείμματος ούρων. Η ουρηθροκυστεοσκόπηση εκτελείται σε ασθενείς με ιστορικό αιματουρίας, στενωμάτων ουρήθρας, καρκίνου ουροδόχου κύστεως και για την επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής θεραπείας. Ο πλήρης ουροδυναμικός έλεγχος μπορεί να είναι χρήσιμος για ασθενείς υποψήφιους για χειρουργείο και η δοκιμασία πάνας (pad test) για τις περιπτώσεις που πρέπει να εκτιμηθεί η βαρύτητα της ακράτειας.[8,10]

Αντιμετώπιση LUTS

Η τρέχουσα αντιμετώπιση των LUTS καλύπτει ευρύ φάσμα επιλογών, από την απλή παρακολούθηση μέχρι τη χειρουργική θεραπεία. Σε ασθενείς με ήπια συμπτώματα συνήθως συστήνεται παρακολούθηση και αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως περιορισμό λήψης υγρών πριν τη νυχτερινή κατάκλιση, αποφυγή κατανάλωσης καφέ και πικάντικων τροφών, θεραπεία ή πρόληψη της δυσκοιλιότητας, αποφυγή ή έλεγχο στη λήψη διαφόρων φαρμάκων, όπως τα διουρητικά και τα αντικαταθλιπτικά και η κένωση της ουροδόχου κύστεως σε τακτά χρονικά διαστήματα.[11] Στόχος της αντιμετώπισης χρόνιων, δυνητικά επιδεινούμενων συμπτωμάτων πρέπει να είναι η διασφάλιση καλής ποιότητας ζωής, με θεραπείες που έχουν δράση στη φυσική εξέλιξη της νόσου και όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η φαρμακευτική θεραπεία πρέπει να επιλέγεται όταν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής δεν είναι αποτελεσματικές και εφόσον λαμβάνονται υπόψη πιθανές συννοσηρότητες. Τρεις κυρίως ομάδες φαρμάκων έχουν θέση στην αντιμετώπιση των LUTS: οι ανταγωνιστές α-αδρενεργικών υποδοχέων, οι αναστολείς της 5-α ρεδουκτάσης και τα αντιχολινεργικά φάρμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Συμπτώματα πλήρωσης ή αποθήκευσης	Συμπτώματα ούρησης ή κένωσης
Συχνουρία	Καθυστέρηση έναρξης ούρησης
Νυκτουρία	Ελάττωση ακτίνας ούρησης
Επιτακτική ούρηση	Παράταση χρόνου ροής ούρων
Επιτακτική ακράτεια (ακράτεια από έπειξη)	Διακοπτόμενη ούρηση
	Αίσθημα ατελούς κένωσης κύστεως

Ανταγωνιστές α-αδρενεργικών υποδοχέων

Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας (τεραζοσίνη, δοξαζοσίνη, ταμσουλοσίνη, αλφουζοσίνη, σιλοντοσίνη) θεωρούνται πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση των LUTS, λόγω ΚΥΠ. Η αποτελεσματικότητά τους θεωρείται παρόμοια και έχει αποδειχτεί σε μεγάλης διάρκειας τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες. Η δράση τους είναι άμεση και δεν σχετίζεται με το μέγεθος του προστάτη. Είναι πιθανό ότι μειώνουν την επίπτωση της οξείας επίσχεσης ούρων, χωρίς ωστόσο να επηρεάζουν τη φυσική εξέλιξη της ΚΥΠ. Η ταμσουλοσίνη, η αλφουζοσίνη και η σιλοντοσίνη είναι οι περισσότερο ασφαλείς και ανεκτές φαρμακευτικές ουσίες αυτής της κατηγορίας.[11-13]

Αναστολείς 5-α ρεδουκτάσης

Η μακροχρόνια ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτής της κατηγορίας έχει επίσης αποδειχτεί σε αρκετές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες.

Οι αναστολείς της 5-α ρεδουκτάσης μπορεί να χορηγηθούν σε άνδρες με μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα και διόγκωση προστάτη (> 40g ή PSA >1.4 ng/ml) και αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης της νόσου. Μεταξύ των δυο γνωστών ουσιών της φιναστερίδης και της ντουταστερίδης δεν υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα και στην ασφάλεια. Αυτά τα φάρμακα βελτιώνουν τη συμπτωματολογία, μειώνουν το μέγεθος του προστάτη κατά 15-25% και μειώνουν τον κίνδυνο για οξεία επίσχεση ούρων και για χειρουργική επέμβαση. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συνήθως σεξουαλικές, ενώ μειονέκτημα αποτελεί η βραδύτητα έναρξης της δράσης τους, που κυμαίνεται από 3 έως 6 μήνες και ότι αυτή υπολείπεται της αποτελεσματικότητας των ανταγωνιστών των α-αδρενεργικών υποδοχέων. Επίσης, πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη ο προκαλούμενος από τη θεραπεία υποδιπλασιασμός του PSA.[14-17]

Ανταγωνιστές α-αδρενεργικών υποδοχέων + Αναστολείς 5-α ρεδουκτάσης

Ο συνδυασμός ανταγωνιστών α-αδρενεργικών υποδοχέων και αναστολέων 5-α ρεδουκτάσης έχει χορηγηθεί σε ασθενείς με LUTS και διόγκωση προστάτη. Η μελέτη PREDICT δεν έδειξε κάποια υπεροχή του συνδυασμού δοξαζοσίνης και φιναστερίδης έναντι της μονοθεραπείας με δοξαζοσίνη στην αντιμετώπιση ασθενών με LUTS και ΚΥΠ, μετά από ένα χρόνο θεραπείας.[18] Αντίθετα, η μελέτη MTOPS η οποία ⇨

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ LUTS

ΑΙΤΙΑ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ	Καρκίνος προστάτη, κύστεως, πέους
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	Κυστίτιδα, προστατίτιδα, ουρηθρίτιδα
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	Τραύμα νωτιαίου μυελού, Α.Ε.Ε, N. Parkinson, ιπποουριδική συνδρομή, πολλαπλή σκλήρυνση, διαβητική νευροπάθεια, N. Alzheimer
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	Μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης, άποιος διαβήτης, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
ΙΑΤΡΟΓΕΝΗ	Προστατεκτομή, κυστεκτομή, τραυματισμός ουρήθρας, ακτινική κυστίτιδα
ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ	ΚΥΠ, λιθίαση κύστεως/ουρητήρα, στένωμα ουρήθρας
ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ	Πολυδιψία, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, καφεΐνης
ΦΑΡΜΑΚΑ	Διουρητικά, συμπαθομιμητικά, αντιχολινεργικά
ΑΛΛΑ	Υπερλειτουργική κύστη

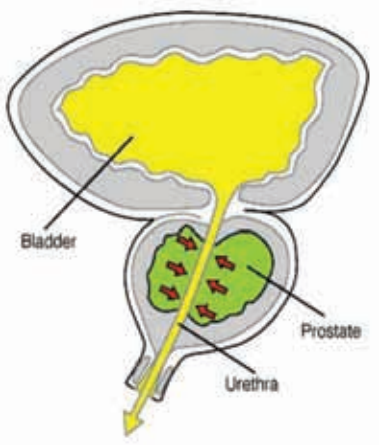
εκτίμησε την αποτελεσματικότητα των παραπάνω φαρμάκων σε συνδυασμό ή ως μονοθεραπεία έδειξε, μετά από τετραετή χορήγηση, σημαντικό όφελος από τη συνδυασμένη θεραπεία όσον αφορά στη βελτίωση των συμπτωμάτων και σημαντικό όφελος από τη συνδυασμένη θεραπεία και από τη μονοθεραπεία με φιναστερίδη όσον αφορά στη μείωση του κινδύνου οξείας επίσχεσης ούρων και ανάγκης για χειρουργική παρέμβαση λόγω διόγκωσης του προστάτη. Ωστόσο, η μελέτη κατέδειξε ως μειονεκτήματα του συνδυασμού τις αυξημένες ανεπιθύμητες ενέργειες και το αυξημένο κόστος θεραπείας.[19] Η μελέτη COMBAT, η οποία σύγκρινε την ταμσουλοσίνη και τη ντουταστερίδη ως μονοθεραπείες και σε συνδυασμό, σε ασθενείς με μέγεθος προστάτη >30g, κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα με την MTOPS αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού και των μονοθεραπειών, το κόστος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες.[20]

Αντιχολινεργικά (μονοθεραπεία ή συνδυασμένη θεραπεία)

Έχει φανεί ότι σε ασθενείς με διόγκωση προστάτη και LUTS η χορήγηση ανταγωνιστών α-αδρενεργικών υποδοχέων αποτυγχάνει να βελτιώσει σημαντικά τα συμπτώματα σε ποσοστό που μπορεί να φτάσει το 65%, κυρίως όταν στα LUTS προεξάρχουν συμπτώματα ενδεικτικά υπερλειτουργικής κύστης. Επίσης, 25-30% των ασθενών που υποβάλλονται σε διουρηθρική προστατεκτομή συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα πλήρωσης. Περιορισμένος αριθμός τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών έχουν εκτιμήσει την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των αντιχολινεργικών σε ασθενείς με ΚΥΠ και συμπτώματα υπερλειτουργικής κύστης. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι αυτά τα φάρμακα είναι ασφαλή, αλλά όχι πάντα αποτελεσματικά στη βελτίωση των συμπτωμάτων. Με τα έως τώρα δεδομένα η μονοθεραπεία με αντιχολινεργικά, όπως η τολτεροδίνη, η φεσοτεροδίνη, η οξυβουτυνίνη και η σολιφενακίνη σε ασθενείς με μικτά LUTS δεν συνιστάται. Ο συνδυασμός όμως αντιχολινεργικών και ανταγωνιστών α-αδρενεργικών υποδοχέων μπορεί να είναι αποτελεσματικός και ασφαλής σε ασθενείς με υποκυστικό κώλυμα και υπερδραστήρια κύστη, με την προϋπόθεση ότι το μετά την ούρηση υπόλειμμα ούρων είναι μικρό.[21-25]

Άλλα φάρμακα

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει σύνδεση των LUTS με τη στυτική δυσλειτουργία. Οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου



5, όπως η σιλδεναφίλη, η βαρδεναφίλη και η τανταλαφίλη έχουν δείξει σε διάφορες τυχαιοποιημένες μελέτες βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής στους άνδρες με LUTS, με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία. Πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε σημαντική βελτίωση στο IPSS, αλλά καμία αλλαγή στη μέγιστη ροή των ούρων σε σχέση με το placebo. Σήμερα, μόνο η ταναλαφίλη 5 mg/d έχει πάρει έγκριση στην Ευρώπη για την αντιμετώπιση ανδρών με LUTS με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία.[26-29]

Η μιραβεγρόνη είναι αγωνιστής των β3-αδρενεργικών υποδοχέων, ο οποίος πήρε πρόσφατα έγκριση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της υπερλειτουργικής κύστης και πιθανόν στο μέλλον να αποτελέσει επιπλέον θεραπευτική επιλογή, σε συνδυασμό με α-αδρενεργικούς υποδοχείς, για τους ασθενείς με LUTS και ΚΥΠ.[30,31]

Τέλος, η δεσμοπρεσσίνη είναι ένα φάρμακο, το οποίο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, λόγω της αντιδιουρητικής της δράσης, στην αντιμετώπιση της νυκτουρίας που αποδίδεται στη νυκτερινή πολυουρία. Η χορήγησή της απαιτεί έλεγχο των επιπέδων νατρίου, ειδικά στους άνδρες >65 ετών και στις περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου υπονατριαιμίας.[32]

Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική παρέμβαση πρέπει να επιλέγεται όταν οι συντηρητικές θεραπείες είναι ανεπιτυχείς ή ακατάλληλες, ή όταν τα συμπτώματα είναι σοβαρά. Η αντιμετώπιση των LUTS που αποδίδονται σε διόγκωση του προστάτη γίνεται με αφαίρεση του προστάτη, συνήθως διουρηθρικά. Η ανοικτή διακυστική προστατεκτομή αποτελεί επιλογή για μεγάλους προστάτες, άνω των 80g. Σε πολύ επιλεγμένες περιπτώσεις, με σοβαρά συμπτώματα αποθήκευσης, έχουν θέση και άλλες χειρουργικές παρεμβάσεις, όπως η κυστεοπλαστική, η ενδοκυστική έγχυση αλλαντικής τοξίνης, η νευροδιέγερση και η εκτροπή των ούρων.[12,13]

Συμπεράσματα

Τα LUTS στους άνδρες είναι συνήθως προοδευτικώς επιδεινούμενα και σχετιζόμενα με την ηλικία. Ωστόσο, δεν θεωρούνται χαρακτηριστικά της πάθησης ενός συγκεκριμένου οργάνου. Η αναλυτική αξιολόγησή αυτών στο σύνολό τους και όχι επιλεκτικά αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι υποκείμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που τα προκαλούν.

Summary

Lower urinary tract symptoms (LUTS) are common in men and often get worse with age. The pathogenesis of LUTS is multifactorial and can include one or more diagnoses. Optimal management requires a broader assessment of the underlying pathophysiology. Medical treatment that targets prostate is not always effective. Anticholinergic drugs may be useful as monotherapy or in combination with a-blockers if the symptoms suggest a urinary bladder dysfunction. Surgery is the preferable treatment option in case of severe problems or conservative treatment failure.

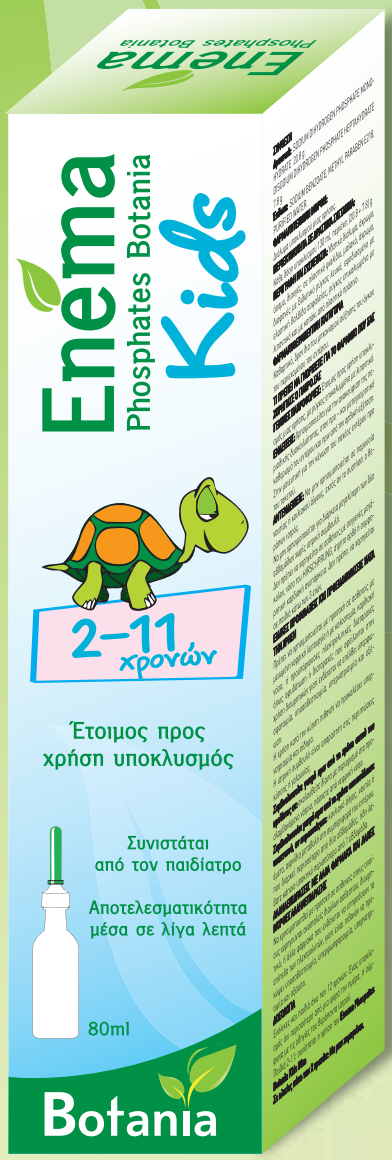
Key words: *Lower urinary tract symptoms, assessment, treatment*

Βιβλιογραφία

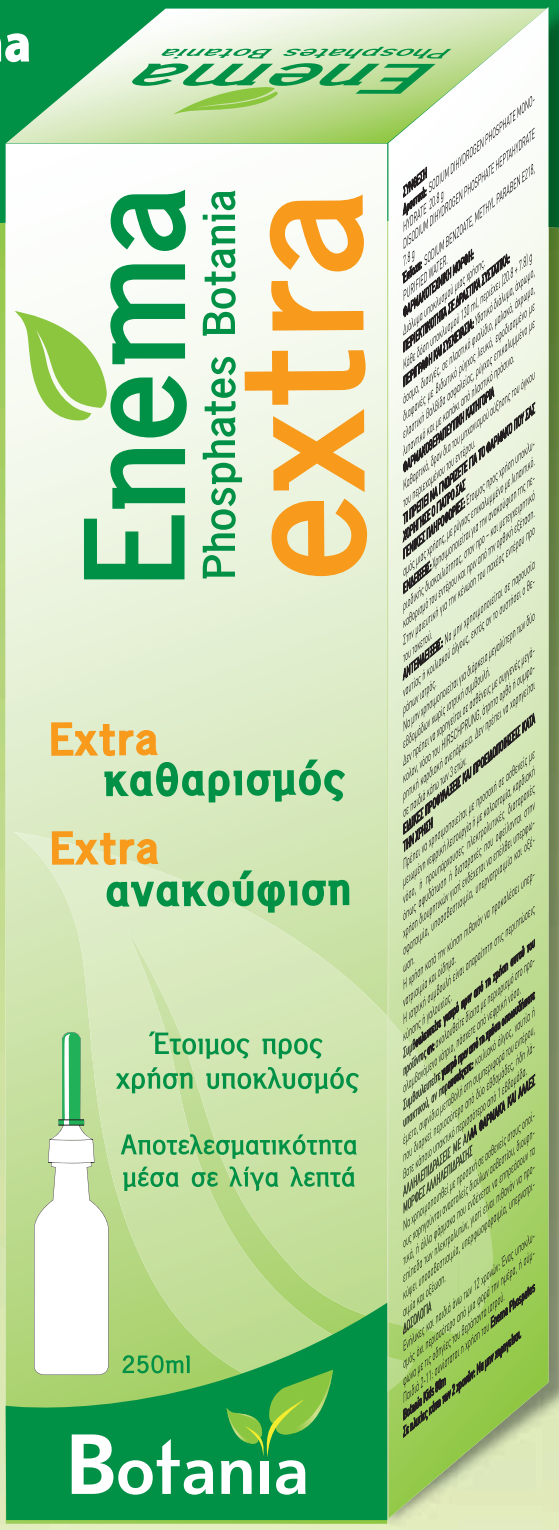
1. Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for "prostatism". BMJ 1994; 308: 929-30.
2. Elsamra S, Ellsworth PS. Lower urinary tract symptoms (LUTS) in men: thinking beyond the prostate. Med Health R I. 2010; 93:53-6.
3. Glasser DB, Carson C, Kang JH, Laumann EO. Prevalence of storage and voiding symptoms among men aged 40 years and older in a US population-based study: results from the Male Attitudes Regarding Sexual Health study. Int J Clin Pract 2007; 61:1294-300.
4. Verhamme KM, Dieleman JP, Bleumink GS, et al. Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care-the Triumph project. Eur Urol. 2002; 42:323-8.
5. Malmsten UG, Molander U, Peeker R, Irwin DE, Milsom I. Urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: a longitudinal population-based survey in men aged 45-103 years. Eur Urol. 2010; 58:149-56.
6. Engström G, Walker-Engström ML, Lööf L, Leppert J. Prevalence of three lower urinary tract symptoms in men-a population-based study. Fam Pract. 2003; 20:7-10.
7. Oelke M1, Burger M, Castro-Diaz D, et al. Diagnosis and medical treatment of lower urinary tract symptoms in adult men: applying specialist guidelines in clinical practice. BJU Int. 2012;110:710-8.
8. Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, et al. EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. Eur Urol. 2015;67:1099-109.
9. Barry MJ, Fowler Jr FJ, O'Leary MP, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol 1992;148:1549–57.
10. Abrams P, Chapple C, Khoury S, Roehrborn C, de la Rosette J; International Consultation on New Develop-

Enema
Phosphates Botania

Fleet ready to use Enema







Για τον καθαρισμό του εντέρου & την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας

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

Botania ΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Πηγάσου 18, 151 25 Παράδεισος Αμαρουσίου, Τηλ.: 210 6822257, Fax: 210 6822348, email: info@botania.gr

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE (IPSS)						
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΜΗΝΑ	Καθόλου	Λιγότερο από 1 στις 5 φορές	Λιγότερο από τις μισές φορές	Περίπου τις μισές φορές	Περισσότερο από τις μισές φορές	Σχεδόν πάντα
1. Πόσο συχνά είχατε την αίσθηση ότι η κύστη σας δεν αδειάζει πλήρως με την ούρηση;	0	1	2	3	4	5
2. Πόσο συχνά αναγκαστήκατε να ουρήσετε πάλι σε διάστημα μικρότερο των 2 ωρών μετά την ούρηση;	0	1	2	3	4	5
3. Πόσο συχνά διαπιστώσατε ότι η ροή των ούρων σταματούσε και ξεκινούσε πάλι αρκετές φορές κατά την διάρκεια της ούρησης;	0	1	2	3	4	5
4. Πόσο συχνά ήταν δύσκολο να αναβάλλετε την ούρηση;	0	1	2	3	4	5
5. Πόσο συχνά παρατηρήσατε αδύναμη ροή ούρων;	0	1	2	3	4	5
6. Πόσο συχνά αναγκαστήκατε να πιεστείτε για να ξεκινήσει η ούρηση;	0	1	2	3	4	5
	Καμία	Μια φορά	Δυο φορές	Τρεις φορές	Τέσσερις φορές	Πέντε ή περισσότερες φορές
7. Πόσες φορές ξυπνούσατε συνήθως τη νύχτα για να ουρήσετε;	0	1	2	3	4	5
Συνολικό score						

Ποιότητα ζωής λόγω των συμπτωμάτων	Ευτυχής	Ευχαριστημένος	Σχετικά ικανοποιημένος	Ουδέτερα	Μάλλον δυσαρεστημένος	Δυστυχής	Απαίσια
Πώς θα αισθανόσασταν, αν έπρεπε να περάσετε το υπόλοιπο της ζωής σας με την κατάσταση ουρήσεως που παρουσιάζετε τώρα;	0	1	2	3	4	5	6

ments in Prostate Cancer and Prostate Diseases. Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men. J Urol 2013;189(1 Suppl):S93-S101.
11. Nickel JC, Méndez-Probst CE, Whelan TF, Paterson RF, Razvi H. 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. Can Urol Assoc J. 2010; 4:310-6.
12. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. J Urol 2011;185:1793-803.
13. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. Eur Urol 2013;64:118-40.
14. Roehrborn CG, Bruskewitz R, Nickel JC, et al. Sustained decrease in incidence of acute urinary retention and surgery with finasteride for 6 years in men with benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2004; 171:1194-8.
15. Kaplan SA, Roehrborn CG, McConnell JD, et al. Long-term treatment with finasteride results in a clinically significant reduction in total prostate volume compared to placebo over the full range of baseline prostate sizes in men enrolled in the MTOPS trial. J Urol. 2008; 180:1030-2.
16. Gittelman M, Ramsdell J, Young J, McNicholas T. Dutasteride improves objective and subjective disease measures in men with benign prostatic hyperplasia and modest or severe prostate enlargement. J Urol. 2006; 176:1045-50.
17. Hutchison A, Farmer R, Verhamme K, Berges R, Navarrete RV. The efficacy of drugs for the treatment of LUTS/BPH, a study in 6 European countries. Eur Urol. 2007; 51:207-15.
18. Kirby RS, Roehrborn C, Boyle P, et al. Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: the Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial. Urology. 2003; 61:119-26.
19. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, et al. Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. The long-term effect of doxazosin, finasteride and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med. 2003; 349:2387-98.
20. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. Eur Urol. 2010; 57:123-31.
21. Lee JY, Kim HW, Lee SJ, Koh JS, Suh HJ, Chancellor MB. Comparison of doxazosin with or without tolterodine in men with symptomatic bladder outlet obstruction and an overactive bladder. BJU Int. 2004; 94:817-20.
22. Mitterberger M, Pallwein L, Gradl J, et al. Persistent detrusor overactivity after transurethral resection of the prostate is associated with reduced perfusion of the urinary bladder. BJU Int. 2007; 99:831-5.
23. Athanasopoulos A, Gyftopoulos K, Giannitsas K, Fisfis J, Perimenis P, Barbalias G. Combination treatment with an alpha-blocker plus an anticholinergic for bladder outlet obstruction: a prospective, randomized, controlled study. J Urol. 2003; 169:2253-6.
24. Blake-James BT, Rashidian A, Ikeda Y, Emberton M. The role of anticholinergics in men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. BJU Int. 2007; 99:85-96.
25. Chapple C. Antimuscarinics in men with lower urinary tract symptoms suggestive of bladder outlet obstruction due to benign prostatic hyperplasia. Curr Opin Urol. 2010; 20:43-8.
26. Brock G, Broderick G, Roehrborn CG, Xu L, Wong D, Viktrup L. Tadalafil once daily in the treatment of lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH) in men without erectile dysfunction. BJU Int. 2013;112:990-7.
27. McVary KT, Kaufman J, Young JM, Tseng LJ. Sildenafil citrate improves erectile function: a randomised double-blind trial with open-label extension. Int J Clin Pract. 2007;61:1843-9.
28. Tuncel A, Nalcacioglu V, Ener K, Aslan Y, Aydin O, Atan A. Sildenafil citrate and tamsulosin combination is not superior to monotherapy in treating lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. World J Urol. 2010;28:17-22.
29. Gacci M, Corona G, Salvi M et al. A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors alone or in combination with α-blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. Eur Urol 2012;61:994-1003.
30. Nitti VW, Rosenberg S, Mitcheson DH, He W, Fakhoury A, Martin NE. Urodynamics and safety of the β_3-adrenoceptor agonist mirabegron in males with lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction. J Urol. 2013;190:1320-7.
31. Russo A, La Croce G, Capogrosso P, et al. Latest pharmacotherapy options for benign prostatic hyperplasia. Expert Opin Pharmacother 2014;15:2319-28
32. Cornu JN, Abrams P, Chapple CR, et al. A contemporary assessment of nocturia: definition, epidemiology, pathophysiology, and management—a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2012;62:877-90. IB

Για πόδια ξεκούραστα γεμάτα υγεία



VENOLEN *idrogel*

*• Εσκίνη **1%** • Τροξερουτίνη **1%** • Ηπαρινοειδή (GAG) **0,6%***

Ανακουφίζει και αναζωογονεί
τα κουρασμένα και πονεμένα πόδια



Σωληνάριο των 40 mL

Δερμοκαλλυντικό προϊόν



20 ΕΠΙΚΑΛΥΜΜΕΝΑ ΜΕ ΛΕΠΤΟ ΥΜΕΝΙΟ ΔΙΣΚΙΑ

VENOLEN *plus*

*• Διοσμίνη **300mg** • Τροξερουτίνη **300mg***
*• Ξηρό εκχύλισμα ιπποκαστανέας **100mg** • Βιταμίνη C **25mg***

Η λύση στα φλεβικά και
αιμορροϊδικά προβλήματα

Συμπλήρωμα Διατροφής

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 81234/12-09-2014. Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σαν υποκατάστατο μιας ισορροπημένης δίαιτας και δεν προορίζονται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. **Τηλ. Κέντρο Δηλητηριάσεων**: 2107793777

adelco

Βιομηχανία Φαρμάκων & Καλλυντικών
Πειραιώς 37, 183 46 Μοσχάτο, Τηλ. 210 4819311-13
e-mail: info@adelco.gr, www.adelco.gr

PHARMALINE
from life to life

Προϊόν της Pharmaline Italy
Εισαγωγή - διανομή από την Adelco A.E.

Οξυτενή κονδυλώματα

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΟΡΤΑΚΗΣ[1], ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ[2]
[1]Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα
[2]Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών

Τα οξυτενή κονδυλώματα (Condylomata Acuminata - Warts) ορίζονται ως ορατές θηλώδεις ή μισχωτές βλάβες, με κοκκιώδεις εκβλαστήσεις στην επιφάνειά τους που οδηγούν σε ακροχορδονώδη εμφάνιση σε περιοχές του πρωκτογεννητικού βλεννογόνου, ευάλωτες σε μικροτραυματισμούς στην ερωτική επαφή (αιδοίο, πρόδομος, περιπρωκτική περιοχή, περίνεο, ηβική περιοχή, αιδοιομηρικές πτυχές, κλπ).[1] Αποτελούν το συχνότερο ιογενές σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ).

Αν και με την εισαγωγή του το τετραδύναμο (HPV4) εμβόλιο, όπου αυτό εφαρμόστηκε επιτυχώς σαν όχημα της πρωτογενούς πρόληψης, έχει ήδη ανατρέψει την φυσική ιστορία της εξέλιξης των κονδυλωμάτων, εντούτοις τα οξυτενή κονδυλώματα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό λόγο ιατρικών επισκέψεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την γυναικολογία, δερματολογία και ουρολογία. Παράλληλα αντιπροσωπεύουν δυσβάσταχτη επιβάρυνση για το σύστημα υγείας καθώς οι ασθενείς πρέπει να επισκεφτούν επαναληπτικά τον γιατρό τους, ενώ παράλληλα αποτελούν πηγή έντονων αρνητικών ψυχοσωματικών αντιδράσεων.[2]

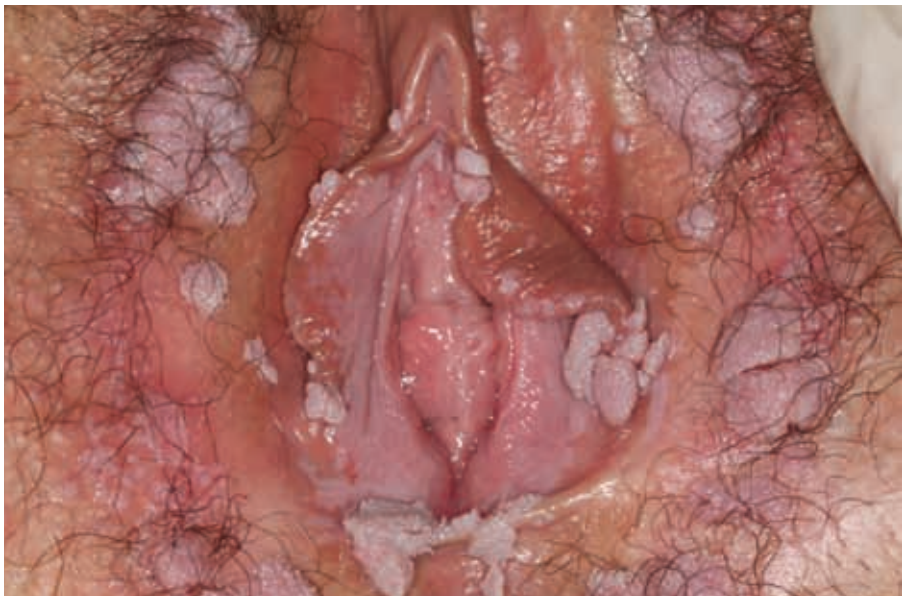
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Δεδομένης της μεγάλης επίπτωσης των κονδυλωμάτων και της ιδιάζουσας φυσικής τους ιστορίας, τα σχετικά βασικά στατιστικά στοιχεία είναι εντυπωσιακά. Αφορούν τουλάχιστον 2% όλων των σεξουαλικά ενεργών ατόμων στις ΗΠΑ, με ετήσια επίπτωση 100 ατόμων ανά 100.000 πληθυσμού. Ο συνολικός δια βίου κίνδυνος εμφάνισης ανέρχεται στο 10%, ενώ η επίπτωσή τους ανέρχεται σταθερά από την δεκαετία του 1950. Στις γυναίκες, τα υψηλότερα ποσοστά λοίμωξης διαπιστώνονται μεταξύ 19 & 22 ετών. Ενδεικτικά είναι στις ΗΠΑ τα σχετιζόμενα ιατρικά κόστη, που ανέρχονται ετήσια σε 288 εκατομμύρια δολάρια.[3,4,5]

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η εμφάνιση του οξυτενούς κονδυλωματώδους ***(Condyloma acuminatum)*** τύπου των γεννητικών κονδυλωμάτων τείνει να αφορά υγρές επιφάνειες, ενώ ο κερατωτικός ***(keratotic)*** και ομαλός θηλωματώδης ***(smooth popular)*** αναπτύσσονται σε πλήρως κερατινοποιημένο δέρμα, ενώ τα επίπεδα ***(flat)*** κονδυλώματα μπορούν να αναπτυχθούν σε οποιαδήποτε επιφάνεια (Εικόνα 1). Οι βλάβες γενικά πρωτοεμφανίζονται σαν μια ή περισσότερες μικρές υπεγέρσεις διαμέτρου 2-5mm, αλλά μπορεί να αναπτυχθούν ώστε να σχηματίσουν ογκώδεις, συρρέουσες ομάδες ή οζίδια διαμέτρου έως και αρκετά εκατοστά. Μπορεί να παραμείνουν ως διακριτές βλάβες ή να συρρέουν σε πλάκες, ενώ είναι συχνά πολυεστιακά (Εικόνα 2).[6] Αν και σε μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων, ειδικά σε άνδρες, οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές, αρκετοί ασθενείς θα αντιμετωπίσουν αίσθημα κνησμού, ήπιου καύσου ή καυσαλγίας, επίσταξης είτε ερεθισμού, σε συνδυασμό με ψυχολογική καταπόνηση, ανησυχία, αίσθημα αμηχανίας, θυμού ή ντροπής. Όταν συμβαίνει αιμορραγία, είτε το κονδύλωμα έχει διαβρώσει μια δερματική θηλή, είτε τραυματίστηκε λόγω τριβής στην συνουσία ή κατά την ένδυση με επακόλουθο κίνδυνο δευτεροπαθούς βακτηριακής λοίμωξης, και πιθανά αυξημένη πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης στους σεξουαλικούς συντρόφους[6].

Από πλευράς ιστοπαθολογίας έχουμε τα ευρήματα της HPV προσβολής, με κλασικά κοιλοκύτταρα στα επιφανειακά στρώματα της επιδερμίδας, διόγκωση των δερματικών θηλών (dermal papillae), επιμήκυνση των σπειροειδών ακρολοφιών (re-



Εικόνα 1. *Οξυτενή κονδυλώματα στο δέρμα του αιδοίου και επίπεδα κονδυλώματα στην έσω επιφάνεια των μικρών χειλέων (έχει προηγηθεί εμβροχή με διάλυμα οξεικού οξέος 5%).*

teridges), παρακεράτωση, ακάνθωση, πυρηνική διόγκωση και παρουσία πολυπύρηνων κυττάρων[7].

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση είναι βασισμένη στην κλινική εξέταση και κυρίως στην επισκόπηση. Τυχόν βιοπτική επιβεβαίωση, χρήση διαλύματος οξικού οξέος ***(aceto white staining)***, είτε αξιολόγηση μοριακών βιοδεικτών δεν είναι αναγκαία στα περιστατικά ρουτίνας. Σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, τυχόν συνύπαρξη υψηλόβαθμου VIN (αιδοιϊκής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας) και οξυτενών κονδυλωμάτων (Εικόνα 3), είτε οξυτενών κονδυλωμάτων και γιγαντιαίων οξυτενών κονδυλωμάτων ***(Giant Condyloma Acuminatum - GCA)*** μπορεί να αντιπροσωπεύουν διαφορετικές βλάβες που έχουν προκληθεί από διαφορετικούς HPV γονότυπους.[6,8]

Ενδείξεις πραγματοποίησης βιοψίας αποτελούν τα ακόλουθα: αβέβαιη διάγνωση με μη τυπικές βλάβες, αποτυχία ανταπόκρισης ή και επιβάρυνση στη διάρκεια της αγωγής, οι σύντομες είτε οι συχνές υποτροπές, άτυπα χαρακτηριστικά όπως ο χρωματισμός, αιμορραγία, εξέλκωση, σκληρία, είτε συνέχεια με υποκείμενες δομές και μεμονωμένα κονδυλώματα με διάμετρο μεγαλύτερη του 1cm (Εικόνα 4).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφοροδιάγνωση είναι εξαιρετικά μεγάλη και περιλαμβάνει την μικροθηλωμάτωση του αιδοίου ***(Labial micropapillomatosis)*** εξαιρετικά συνήθη καλοήθη κατάσταση που αφορά στην είσοδο του κόλπου και τον πρόδρομο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κολπίτιδων, ορμονικών διαταραχών, αλλά και απλών διαταραχών του κολπικού pH, τα πλατέα κονδυλώματα ***(Condyloma Latum)*** της δευτερογόνου συφιλίδας, τη σμηγματορροϊκή κεράτωση, τους δυσπλαστικούς και τους καλοήθεις σπίλους, τη μολυσματική τέρμινθο ***(Molluscum contagiosum)*** ιογενές ΣΜΝ με μεγάλη μεταδοτικότητα, σμηγματογόνες κύστεις, τις ενδοεπιθηλιακές δυσπλασίες του αιδοίου ***(Vulvar Intraepithelial Neoplasias - VIN's)***, το αιδοιϊκό πλακώδες καρκίνωμα ***(Vulvar Squamous Cell Carcinoma - VSCC's)*** και το γιγαντιαίο οξυτενές κονδύλωμα που ονομάζεται και όγκος Buschke-Lowenstein's (GCA – Giant Condyloma Acuminatum = BLT - Buschke-Lowenstein Tumor).

Το GCA ταξινομείται σαν διακριτή οντότητα μεταξύ των καλοήθων κονδυλωμάτων και του VSCC. Αν και ο GCA αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο όγκο, είναι συχνότερος σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Η κλινική του παρουσίαση αφορά παραμορφωτικές, εξωφυτικές ανθοκραμβοειδείς μάζες στο αιδοίο και τον πρωκτό. Τα συμπτώματα προέρχονται από την επεκτατική και βαθειά διηθητική ανάπτυξη με την επακόλουθη καταστροφή των υποκείμενων δομών και ιστών και περιλαμβάνει πόνο, αιμορραγία, κνησμό και δημιουργία συριγγίων.[9,10] Τα GCA's μπορούν να διακριθούν από τα κοινά οξυτενή κονδυλώματα από την προδιάθεση που παρουσιάζουν να διηθούν βαθύτερες ιστικές στιβάδες. Τα GCA's δεν μεθίστανται και έχουν καλοήθη ιστολογία διαθέτουν εντούτοις, όπως προαναφέρθηκε, δυναμικό επεκτατικής και διηθητικής ανάπτυξης. Η κακοήθης εξαλλαγή παρατηρείται σε περισσότερες του 50% των περιπτώσεων GCA, με μέση περίοδο για την εμφάνιση κακοήθους εξαλλαγής τα 5 έτη. Συνολικά, ο κίνδυνος θνησιμότητας υπολογίζεται υψηλός, έως 21%.[10,11]

ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ

Οι μοριακές μελέτες γονοτύπου στα οξυτενή κονδυλώματα έχουν αναδείξει ότι ενώ τουλάχιστον το 70% φιλοξενεί τους HPV 6 & 11, τουλάχιστον 18 επιπλέον γονότυποι έχουν συσχετισθεί με τα οξυτενή κονδυλώματα. Έτσι, αν και ο HPV 6 είναι μακράν ο συχνότερος, έχουν επιπρόσθετα απομονωθεί οι 16, 18, 31, 33, 35, 39, 40-45, 51, 56, 59, 61, 70, 72, 81.[3,4,5]

Αναφορικά με την σύγχρονη λοίμωξη με πολλαπλούς HPV γονότυπους αυτή είναι συνήθης καθώς η ταυτόχρονη μόλυνση-απόκτηση πολλαπλών γονότυπων παρατηρείται συχνότερα απ' ότι θα αναμενόταν μόνο βάσει τυχαίας πιθανότητας. Εντούτοις, δεν υπάρχουν στοιχεία τα οποία να υποστηρίζουν ότι δύο συγκεκριμένοι γονότυποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτηθούν ταυτόχρονα. Αν και είναι ασαφές το εάν η φυσική ιστορία των εξω- ⇨



Εικόνα 2. *Συρρέουσες «κατά πλάκας» ομάδες κονδυλωμάτων αιδοίου*



Εικόνα 3. *Συνύπαρξη οξυτενών κονδυλωμάτων αιδοίου - προκαρκινικών αλλοιώσεων VIN.*



Εικόνα 4. *In situ καρκίνωμα στο δεξί χείλος του αιδοίου (στο μέσον) προσομοιάζον με κονδύλωμα, σε συνύπαρξη με επίπεδα κονδυλώματα αιδοίου (έχει προηγηθεί εμβροχή με διάλυμα οξικού οξέος 5%)*

τερικών κονδυλωμάτων που φιλοξενούν πολλαπλούς HPV γονότυπους διαφέρει από εκείνων με μονήρη λοίμωξη HPV-6 είτε -11, υπάρχουν κάποια δεδομένα που υπαινίσσονται ότι η σύγχρονη λοίμωξη παρατείνει τη διάρκεια της λοίμωξης.[12] Οι Che *et al* διαπίστωσαν ότι η λοίμωξη με πολλαπλούς γονότυπους συνδεόταν με χρονιότητα.[13]

Οι Che *et al*[13] τεκμηρίωσαν σύγχρονη λοίμωξη με HPV-16 είτε -18 στο 11% των περιπτώσεων με εξωτερικά κονδυλώματα. Οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς έχουν συχνότερα υψηλό ιικό φορτίο εντός των κονδυλωματωδών βλαβών τους και υψηλότερη επίπτωση σύγχρονης λοίμωξης με HR-HPV, ειδικά HPV-16. Είναι σημαντικό να καθορισθεί πόσο συχνά ασθενείς με εξωτερικά κονδυλώματα και σύγχρονη λοίμωξη με HR-HPV's παρουσιάζουν εμμονή αυτών των HR μετά αποτελεσματική θεραπεία των εξωτερικών κονδυλωμάτων[13].

Για την κατανόηση της μεταδοτικότητας, το ιικό DNA φορτίο του HPV αυξάνεται από την λανθάνουσα, στην υποκλινική, και περισσότερο στην κλινικά έκδηλη νόσο. Εντούτοις, η επακριβής μολυσματικότητα καθενός από τα στάδια αυτά είναι αβέβαιη και ο κλινικός ιατρός δεν μπορεί να διαβεβαιώσει τον ή την ασθενή με βεβαιότητα εάν είναι περισσότερο μολυσματικοί όταν τα κονδυλώματα είναι παρόντα, είτε εάν η θεραπεία οδηγεί σε ελάττωση του κινδύνου μετάδοσης. Σε κάθε περίπτωση, η μολυσματικότητα-μεταδοτικότητα του HPV είναι συνυφασμένη με ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο και η θεραπεία των κονδυλωμάτων αποδεδειγμένα μειώνει το ιστικό ιικό φορτίο. Είναι αβέβαιο το ποσοστό μεταδοτικότητας σε περίπτωση υποκλινικής λοίμωξης.[14,15]

Αναφορικά με τη μολυσματικότητα και μεταδοτικότητα, οι σχετικές μελέτες έχουν αναδείξει ότι 60% έως 85% των μη προσβεβλημένων σεξουαλικών συντρόφων ασθενών με κονδυλώματα ανέπτυξαν επακόλουθα κονδυλωματώδεις βλάβες εντός 6 εβδομάδων έως 8 μηνών, αποδεικνύοντας την υψηλή μεταδοτικότητα των στελεχών εκείνων του HPV που προκαλούν εξωτερικά οξυτενή κονδυλώματα. Ο προστατευτικός ρόλος των προφυλακτικών στην μετάδοση του HPV δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένος, αν και αρκετά δεδομένα υπαινίσσονται ότι η συνεπής χρήση προφυλακτικών παρέχει κάποιο βαθμό προστασίας έναντι της ανάπτυξης εξωτερικών κονδυλωμάτων. Ο βαθμός προστασίας πιθανά είναι χαμηλότερος για τις γυναίκες απ' ότι για τους άνδρες.[16,17]

Όσον αφορά στην φυσική ιστορία, στις ήπιες ή ασυμπτωματικές περιπτώσεις οι ασθενείς μπορεί να αγνοούν την παρουσία των κονδυλωμάτων –συνακόλουθα οι αυτοαναφορές των ασθενών για την παρουσία εξωτερικών κονδυλωμάτων δεν αποτελούν αξιόπιστο εργαλείο διάγνωσης. Οι Winer *et al* υπολόγισαν τα ποσοστά εξέλιξης των εξωτερικών κονδυλωμάτων κατόπιν νέας λοίμωξης από τα στελέχη HPV- 6 είτε -11 να βρίσκονται περίπου στο 66% εντός 38.8 μηνών, κάτι που μεταφράζεται σε ετήσιο ποσοστό εξέλιξης 28.5%[18,19], ενώ το διάμεσο διάστημα μεταξύ νέας λοίμωξης από τα στελέχη HPV- 6 είτε -11 ήταν περίπου 2,9 μήνες. Εάν αφεθούν άνευ θεραπείας, το 20% έως το 38% των επεισοδίων οξυτενών κονδυλωμάτων θα υποστρέψουν. Μια παλαιότερη ανάλυση που χρησιμοποιούσε μακροχρόνια δεδομένα (20 εβδομάδες παρακολούθησης), αναφορικά με κονδυλώματα που δεν είχαν θεραπευθεί νωρίτερα, διαπίστωσε ότι αυτοϊάθηκαν στο 37,5% των περιπτώσεων, με 12μηνη πιθανότητα κάθαρσης που έφτανε το 71%. Στην μελέτη των Winer, σε παρακολούθηση 8 μηνών, 75% των γυναικών με οξυτενή κονδυλώματα πέτυχαν κάθαρση με θεραπεία, με διάμεσο διάστημα μέχρι την κάθαρση τους 5,9 μήνες.[18,20]

ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ

Αν και τα γεννητικά κονδυλώματα θεωρούνται γενικά καλοήθεις παθήσεις, σε σπάνιες περιπτώσεις έχει περιγραφεί κακοήθης εξαλλαγή με συνακόλουθη ανάπτυξη διηθητικού πλακώδους καρκινώματος ***(squamous cell carcinoma - SCC)***. Αποδεδειγμένη συσχέτιση υφίσταται επίσης μεταξύ αιδοιϊκών και περιπρωκτικών κονδυλωμάτων και ανάπτυξης τραχηλικής δυσπλασίας, καθώς αρκετές μελέτες σε κλινικές ΣΜΝ τεκμηρίωσαν ιστολογικά υψηλά ποσοστά τραχηλικών προκαρκινικών αλλοιώσεων σε γυναίκες με εξωτερικά κονδυλώματα σε ποσοστά που μπορεί να υπερβαίνουν το 30%.[21,22,23]

Παράλληλα, για γυναίκες με εξωτερικά κονδυλώματα, η πιθανότητα ανάπτυξης συγκεκριμένων υπότυπων καρκίνων κεφαλής και τραχήλου, αμυγδαλής και βάσης της γλώσσας με τεκμηριωμένη συσχέτιση με τον HPV φτάνει το 4.8 (Standardized Incidence Ratios - SIR's). Οι κίνδυνοι παραμένουν αυξημένοι για μεγαλύτερο της δεκαετίας διάστημα μετά τη διάγνωση των κονδυλωμάτων.[24]

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΩΚΤΟΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ

Σκοπός της θεραπείας είναι η κάθαρση των ορατών κονδυλωμάτων, με τις περισσότερες διαθέσιμες θεραπείες να αποσκοπούν στη φυσική απομάκρυνση των βλα-

Εξωγενής Δερματίτις - *Δερματίτις εξ επαφής*
Κ.Χ. Μπασιούκας



Σχήμα: 17x24 • Σελίδες: 424 • Τιμή: 60 €
ISBN: 960-6650-07-3

Κρυοχειρουργική - *θεραπεία δερματικών παθήσεων*
Α. Παναγιωτόπουλος



Σχήμα: 21x28 • Σελίδες: 138 • Τιμή: 65 €
ISBN: 960-86966-6-6

Μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος
Ε. Κουμαντάκη-Μαθιουδάκη



Σχήμα: 17x24 • Σελίδες: 362 • Τιμή: 60 €
ISBN: 960-86966-3-1

Δερματικός Ερυθματώδης Λύκος
Γ. Αυγερινού, Π. Σταυρόπουλος, Α. Κατσάμπας



Σχήμα: 17x24 • Σελίδες: 430 • Τιμή: 70 €
ISBN: 978-960-6650-47-5

Δερματοσκόπηση - *Θεωρητικά στοιχεία και εφαρμογή στην Κλινική πράξη*
Γ. Χαϊδεμένος



Σχήμα: 17 x 22,5 • Σελίδες: 252 • Τιμή: 70 €
ISBN: 978-960-6650-27-7

Επιπολής Μυκητιάσεις - *Εργαστηριακή διάγνωση*
Ε. Φραγκούλη



Σχήμα: 21x28 • Σελίδες: 292 • Τιμή: 85 €
ISBN: 978-960-6650-30-7

Δερματικά Εμφυτεύματα
Χ. Ναούμ



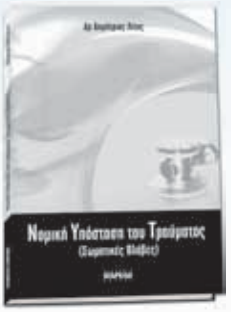
Σχήμα: 17x24 • Σελίδες: 142 • Τιμή: 60 €
ISBN: 978-760-6650-06-2

Ιαματικός Τουρισμός - Θερμαλισμός
Πρακτικές Ανάπτυξης του Θερμαλισμού στην Ελλάδα
Κ. Κουσκούκης



Σχήμα: 13,7x24 • Σελίδες: 290 • Τιμή: 95 €
ISBN: 978-960-6650-59-8

Νομική υπόσταση του τραύματος *(Σωματικές βλάβες)*
Δ. Λίτης



Σχήμα: 17x24 • Σελίδες: 160 • Τιμή: 20 €
ISBN: 978-960-6650-37-6

ΠΩΣ ΝΑ ΠΑΡΑΓΓΕΙΛΕΤΕ ΤΑ ΒΙΒΛΙΑ ΜΑΣ

Επιθυμώ να αγοράσω:

- ◯ Εξωγενής Δερματίτις - Δερματίτις εξ επαφής
- ◯ Κρυοχειρουργική Θεραπεία δερματικών παθήσεων
- ◯ Μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος
- ◯ Δερματικός Ερυθματώδης Λύκος
- ◯ Δερματοσκόπηση - Θεωρητικά στοιχεία και εφαρμογή στην Κλινική πράξη
- ◯ Επιπολής Μυκητιάσεις - Εργαστηριακή διάγνωση
- ◯ Δερματικά Εμφυτεύματα
- ◯ Ιαματικός Τουρισμός - Θερμαλισμός
- ◯ Νομική υπόσταση του τραύματος (Σωματικές βλάβες)

ΤΗΛΕΦΩΝΟ & **FAX:** 210 67 77 590 **E-mail:** kafkas@otenet.gr **ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ:** ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ 4, 153 42 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ..... ΠΟΛΗ: ..... ΤΗΛ.: .....

ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ:
(εξαιρούνται η DINERS και η AMERICAN EXPRESS

☐ Αντικαταβολή ☐ Χρέωση της πιστωτικής σας κάρτας
◯ VISA ◯ MASTERCARD ◯ EUROLINE

Αριθμός Κάρτας: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

CW2: ..... Ημ/νία: ☐☐/☐☐

Υπογραφή

Στην τιμή δεν περιλαμβάνονται τα έξοδα αποστολής 7€

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS
ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ 4
153 42 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ. & Fax: 210-67.77.590
e-mail: kafkas@otenet.gr
website: kafkas-publications.com



Εικόνα 5. *Συνύπαρξη κονδυλωμάτων σε αιδοίο, πρωκτό και πρωκτικό σωλήνα*

βών είτε στη διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος του ξενιστή, παρά να στοχεύουν κατ' ευθείαν στην εξολόθρευση των HPV. Δεν υφίσταται οριστική αγωγή πρώτης γραμμής για τα πρωκτογεννητικά κονδυλώματα, ενώ καμία αγωγή δεν είναι ιδανική για όλους τους ασθενείς. Οι διαθέσιμες θεραπείες διαχωρίζονται αδρά σε δύο κατηγορίες, εκείνες που εφαρμόζονται από τον ιατρό και εκείνες που εφαρμόζονται από τον/την ασθενή. Αν και η αυτόματη υποχώρηση των κλινικά ορατών οξυτενών κονδυλωμάτων μπορεί να επέλθει ακόμη και χωρίς θεραπεία, εντούτοις, δεδομένου ότι η πιθανότητα υποστροφής για μια συγκεκριμένη ασθενή δεν μπορεί να προβλεφθεί, η καθυστέρηση της αφαίρεσης των ορατών κονδυλωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αύξηση του μεγέθους ή σε πολλαπλασιασμό τους, καθιστώντας την θεραπεία περαιτέρω δύσκολη.[25]

Η αγωγή εκλογής καθορίζεται από αρκετούς παράγοντες, περιλαμβάνοντας τον αριθμό, μέγεθος, μορφολογία, βαθμό κερατινοποίησης και την ανατομική εντόπιση των κονδυλωμάτων (Εικόνα 5), την προτίμηση των ασθενών, την εμπειρία του ιατρού, καθώς και πιθανές παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες. Συνολικά, οι τρέχουσες διαθέσιμες θεραπείες παρέχουν ποσοστά κάθαρσης που κυμαίνονται από 60% έως 90%. Οι συμβατικές θεραπείες είναι λιγότερο αποτελεσματικές σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.[25]

Οι θεραπείες περικλείουν κυρίως την ιμικουϊμόδη ***(imiquimod)***, την ποδοφυλοτοξίνη ***(podofiloxgel)***, και την αλοιφή πολυφενόνης ***(polyphenon E)***. Η επιλογή κάποιας αγωγής προϋποθέτει πλήρη και προσεκτική συμβουλευτική των ασθενών ώστε να εξασφαλισθεί αποτελεσματική λήψη και συμμόρφωση, ειδική όμως προϋπόθεση εδώ είναι οι ασθενείς να μπορούν να αναγνωρίζουν και να έχουν πρόσβαση (να φτάνουν) σε όλες τις βλάβες. Καθώς η αυτοαξιολόγηση μπορεί να είναι ανακριβής και να οδηγήσει σε ανεπαρκή κάθαρση με επακόλουθη υποτροπή, οι ασθενείς πρέπει να επαναξιολογούνται ως προς την επιτυχία της αγωγής από έμπειρο ιατρό με επισκόπηση υπό ισχυρό φωτισμό και μεγέθυνση.

Η ιμικουϊμόδη είναι πιθανόν η μοναδική θεραπεία η οποία στοχεύει στην καταστολή των HPV. Το φάρμακο, το οποίο εφαρμόζεται τοπικά από τους ασθενείς αποκλειστικά μόνο στην προσβεβλημένη περιοχή τρεις φορές εβδομαδιαία, ενισχύει την κυτταρική ανοσία και την κυτταρολυτική δραστηριότητα έναντι του HPV. Η συνιστώμενη διάρκεια θεραπείας είναι οι 16 εβδομάδες. Η ανταπόκριση των ασθενών ποικίλλει ευρέως και αν οι ασθενείς δεν διαπιστώσουν τοπικό ερεθισμό με τη χρήση, οι εφαρμογές μπορούν να αυξηθούν σε 5 μέρες ανά εβδομάδα. Οι συστηματικές παρενέργειες, περιλαμβανόμενου και του πυρετού, είναι ασυνήθεις.[26,27] Το φάρμακο δεν διαθέτει άμεση αντιϊκή δραστηριότητα ούτε είναι κυτταροτοξικό ή επάγει χημική καταστροφή. Αντίθετα, ο μηχανισμός δράσης πιθανά γίνεται μέσω επαγωγής μιας TH1 ανοσοαντίδρασης. Η ιμικουϊμόδη επάγει την παραγωγή κυτοκινών όπως η IFN και ο TNF-a μέσω ενεργοποίησης του Toll-like receptor 7, ενεργοποιώντας τα δενδριτικά κύτταρα και άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού. Δεδομένων των ιδιοτήτων διέγερσης του ανοσοποιητικού, υπήρξε σκεπτικισμός ότι σε ορισμένες ασθενείς η αγωγή μπορεί να προκαλέσει αυτοάνοσες καταστάσεις όπως το έκζεμα, η ψωρίαση, η λεύκη και λειχηνοειδείς καταστάσεις. Εντούτοις, μελέτες έχουν δείξει ότι η κρέμα ιμικουϊμόδης δεν εμφανίζει συστηματικές αντιδράσεις ανοσοδιέγερσης και δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες σε ανοσοκατεσταλμένους ληπτες μεταμοσχεύσεων.[28,29,30] Οι κλινικές μελέτες έδειξαν ποσοστά κάθαρσης 40% έως 70% με την ιμικουϊμόδη. Η κάθαρση των κονδυλωμάτων αναμένεται σε διάστημα 8 έως 10 εβδομάδων ή και νωρίτερα σε ορισμένες περιπτώσεις, και μπορεί να σχετίζεται με το μέγεθος και την θέση των κονδυλωμάτων, καθώς και την κατάσταση του ανοσοποιητικού του ασθενούς. Η ιμικουϊμόδη φαίνεται να είναι αποτελεσματική ακόμη και σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, ενώ αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει αυξημένη αποτελεσματικότητα και μειωμένες υποτροπές συγκριτικά με την αγωγή placebo είτε άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.[31,32]

Η ποδοφυλοτοξίνη έχει αποδεδειγμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στη θεραπεία των πρωκτογεννητικών κονδυλωμάτων. Τα σκευάσματα δεν είναι ακριβά και δρούν σχετικά γρήγορα. Τα αποτελέσματα προκύπτουν μέσω αναστολής του πολυμερισμού της τουμπουλίνης, σταματώντας τις μιτώσεις. Η εφαρμογή προκαλεί καταστροφή του ιστού του κονδυλώματος εντός λίγων ημερών, μπορεί εντούτοις να επέλθει βλάβη στο περιβάλλον φυσιολογικό δέρμα. Η ποδοφυλοτοξίνη προτιμάται έναντι της ποδοφυλλίνης για την καθαρότητα, σταθερότητα, απουσία συστηματικής τοξικότητας, αποτελεσματικότητα και σχέση κόστους-αποτελέσματος, με την επιπρόσθετη ευκολία της κατ οίκον εφαρμογής.[25,33] Ανεξαρτήτως σκευάσματος, οι οδηγίες στους ασθενείς αφορούν εφαρμογή ποδοφυλοτοξίνης με βαμβακοφόρο στειλεό ή το δάκτυλο στα ορατά κονδυλώματα, δις ημερησίως επί 3 συνεχόμενες ημέρες ακολουθούμενες από 4 μέρες χωρίς θεραπεία, με τον κύκλο αυτό να επαναληφθεί έως 4 φορές εάν χρειασθεί. Η συνολική προσβεβλημένη περιοχή δεν

πρέπει να ξεπερνά τα 10cm^2, και ο συνολικός όγκος του φαρμάκου να περιορίζεται στα 0.5mL ημερήσια. Το φάρμακο αντενδείκνυται για τη θεραπεία των βλεννογονικών βλαβών, καθώς υπάρχουν ανησυχίες για συστηματική απορρόφηση και αυξημένη τοξικότητα. Οι τοπικές παρενέργειες είναι συνήθως ήπιες περιλαμβάνοντας καύσο, ερυθρότητα, πόνο, κνησμό, και οίδημα.[25,33]

Οι συνεκατεχίνες (sinecatechins) έλαβαν έγκριση από το Αμερικανικό FDA το 2006 για τη θεραπεία περιπρωκτικών και γεννητικών κονδυλωμάτων σε ενήλικες ασθενείς. Οι κατεχίνες είναι βιοφλαβονοειδή, πολυφενόλες και ισχυρά αντιοξειδωτικά με αντιϊκές, ανοσοενισχυτικές και αντιαγγειογενετικές ιδιότητες.[25,33] Τα ποσοστά κάθαρσης με χρήση της αλοιφής polyphenon E 15% κυμαίνονται μεταξύ 54% & 65%, με υποτροπές κυμαινόμενες μεταξύ 5.9% & 12%. Τα ποσοστά ίασης (πλήρους κάθαρσης) με χρήση αλοιφής polyphenon E πιθανώς είναι υψηλότερα στις γυναίκες από τους άνδρες, πιθανά λόγω κερατινοποίησης του δέρματος του σώματος του πέους. Η αλοιφή Polyphenon E 15% παρουσιάζει εξαιρετικό προφίλ συγκρινόμενη με άλλα σκευάσματα στην πλήρη κάθαρση όλων των κονδυλωμάτων, ενώ παράλληλα έχει το χαμηλότερο ποσοστό υποτροπών απ' όλες τις τρέχουσες διαθέσιμες θεραπείες [συγκριτικά με την κρέμα imiquimod 5% (έως 19%) είτε podofilox (έως 38%)].[25,27,34,35,36]

Η εφαρμογή γίνεται με βαμβακοφόρο στειλεό ή το δάκτυλο τρεις φορές ημερήσια σε όλα τα εξωτερικά περιγεννητικά ή περιπρωκτικά κονδυλώματα, μέχρι κάθαρσης των κονδυλωμάτων, για χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνά τις 16 εβδομάδες. Οι παρενέργειες της αλοιφής polyphenon E είναι γενικά ήπιες και συνήθως περιλαμβάνουν ερύθημα, κνησμό ή καύσο, άλγος, επιπολής εξέλκωση και οίδημα. Οι διαβρώσεις, το ερύθημα και οι εξελκώσεις, αν και ενοχλητικά για τους ασθενείς έχει δειχθεί ότι συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά κάθαρσης, και συχνά παρατηρούνται νωρίς στην έναρξη της αγωγής.[25,35,37]

Όσον αφορά στις εφαρμοζόμενες από ιατρό αγωγές–θεραπείες, αυτές σχηματικά διακρίνονται σε αγωγές καταστροφής ιστού (destructive therapy), φαρμακευτικές αγωγές εφαρμοζόμενες στο ιατρείο (In-office topicals), ενέσιμες αγωγές (injection therapy), και συνδυασμένες αγωγές (Combination therapy). Οι αγωγές που καταστρέφουν ιστό αποσκοπούν στην αφαίρεση ή την καταστροφή των κονδυλωμάτων και θεραπεύουν είτε ως μονοθεραπείες είτε συνδυαζόμενες με άλλες αγωγές για συνέργεια. Οι αγωγές που καταστρέφουν ιστό προτιμώνται ως μονοθεραπείες, είτε σε συνδυασμό με τοπικές αγωγές, σε περιπτώσεις έντονα κερατινοποιημένων βλαβών ώστε να γίνει διαπερατή η βλάβη. Σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς η αγωγή συνδέεται με περισσότερες επιπλοκές *(καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων, δυνητικός κίνδυνος λοιμώξεων).*[25]

Η χειρουργική εξαίρεση (surgical excision) παρουσιάζει πολλαπλά πλεονεκτήματα επιτυγχάνοντας άμεσα αποτελέσματα, με ασθενείς ελεύθερους κονδυλωμάτων μετά μια και μόνο επίσκεψη συχνά, αποτελεσματική σε ασθενείς με εκτεταμένα κονδυλώματα, και παρέχοντας παρασκεύασμα για ιστοπαθολογική εκτίμηση. Μπορεί να είναι θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με εκτεταμένα κονδυλώματα που προκαλούν απόφραξη (λ.χ. όσα αφορούν τον βλεννογόνο της ουρήθρας). Δυνητικές επιλογές αποτελούν η εξάχνωση με Laser (laser ablation), η ηλεκτροδιαθερμία (electro surgery), και η αφαίρεση με ψαλίδι.[38]

Η χειρουργική εξαίρεση μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία που να απαιτεί αιμόσταση (ειδικά σε μεγάλα κονδυλώματα που είναι αγγειοβριθή), πόνο ο οποίος να απαιτεί την διενέργεια τοπικής αναισθησίας, και σε δεύτερο χρόνο την δημιουργία ουλών. Τα ποσοστά κάθαρσης με τη χειρουργική εξαίρεση ποικίλλουν από 35% έως 72%, με υποτροπές να παρατηρούνται σε περίπου 19% έως 29% των περιστατικών για τον ηλεκτροκαυτηριασμό. Αν και ο χειρουργικός καθαρισμός είναι πιθανά αποτελεσματικότερος από την ποδοφυλίνη, τα μεσομακροπρόθεσμα ποσοστά υποτροπής είναι υψηλά λόγω παραμονής των HPV-μολυσμένων κυττάρων.[34,39]

Η ηλεκτροδιαθερμία και η Laser εξάχνωση είναι εξαιρετικά δημοφιλείς είτε σε εσωτερική ασθενή είτε σε βάση ιατρείου. Ο αριθμός των συνεδριών καθορίζεται από τη βαρύτητα της βλάβης. Το carbondioxide laser είναι χρήσιμο σε ασθενείς με εμμένοντα κονδυλώματα, ενδοουρηθρικά, είτε εκτεταμένη νόσο. Οι ρυθμίσεις του μηχανήματος ποικίλλουν ανάλογα με το μέγεθος, την εντόπιση, και τον βαθμό κερατινοποίησης των βλαβών, ενώ πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για αποτελεσματική απομάκρυνση του καπνού λόγω των τεκμηριωμένων κινδύνων ενοφθαλμισμού του ιού στις αεραγωγούς του ιατρού.[40]

Αναφορικά με την κρυοπηξία, η εφαρμογή υγρού αζώτου (liquid nitrogen) για 10 έως 20sec προκαλεί θερμικά κυτταρόλυση στην επιδερμίδα και το χόριο. Αν και γενικά συνιστώνται δύο κύκλοι ψύξης – απόψυξης, εντούτοις δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν τον βέλτιστο αριθμό κύκλων. Οι εφαρμογές πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 1 έως 2 εβδομάδες *(level IV evidence).* Τα περισσότερα κονδυλώματα θα εξαφανιστούν με λιγότερες από τρεις συνεδρίες, εντούτοις κάποια κονδυλώματα μπορεί να είναι πολύ μεγάλα ώστε να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά με την κρυοπηξία. Η κάθαρση των κονδυλωμάτων επιτυγχάνεται μέσω νέκρωσης των HPV-προσβεβλημένων κερατινοκυττάρων, συνδυασμένη με επαγωγή της τοπικής φλεγμονής, ενεργοποιώντας μια κυτταρο-εξαρτώμενη ανοσοαντίδραση. Η επούλωση συνήθως λαμβάνει χώρα εντός 1 έως 2 εβδομάδων, αλλά μπορεί να χρειασθούν και 8 εβδομάδες σε ορισμένες περιπτώσεις.[37,41,42]

Το χαμηλό κόστος, η ευκολία εφαρμογής *(συσκευή spray είτε κατευθείαν εφαρμογή με βαμβακοφόρο στειλεό)*, η απουσία συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών και η γρήγορη καταστροφή των κονδυλωμάτων, την καθιστούν ελκυστική θεραπεία πρώτης γραμμής. Τα ποσοστά κάθαρσης με κρυοπηξία κυμαίνονται από 27% έως 88%, ταυτόσημα ή και καλύτερα συγκριτικά με την ηλεκτροδιαθερμία. Υποτροπές παρατηρούνται σε 21% έως 39% των περιπτώσεων.[41,42] Δεδομένου ότι η κρυοπηξία προκαλεί ήπιο άλγος, η προετοιμασία με κάποιο τοπικό αναισθητικό μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται ο πόνος και ο σχηματισμός φλυκταινών, διαβρώσεων και ελκών. Τέλος, μπορεί να προκληθεί υποείτε υπερχρωματισμός, ειδικά σε σκουρόχρωμα δέρματα ο οποίος υποστρέφει με τον χρόνο.[27,41]

Σχετικά με τις ενέσιμες αγωγές είτε εκείνες που χορηγούνται εντός του ιατρείου, υπάρχουν επιλογές για ενέσεις ιντερφερόνης στις βλάβες (Intralesional IFN) και τοπική χρήση τριχλωροξικού οξέος (topical trichloroacetic acid), και τα δύο με περιορισμένη χρήση παρά το πιθανό θεραπευτικό δυναμικό, καθώς και τη δυνατότητα ενέσεων στις βλάβες είτε τοπικού cidofovir. Το τελευταίο αναδεικνύεται σαν ένας υποσχόμενος θεραπευτικός παράγοντας για τα οξυτενή κονδυλώματα σε ανοσοεπαρκείς, ανοσοκατασταλμένους, αλλά ακόμη και σε παιδιατρικούς ασθενείς.[34,39]

Αναφορικά με την τοπική έγχυση IFN-α-n3, αυτή εκμεταλλεύεται τις αντιϊκές, ανο- ⇨

σορρυθμιστικές και αντιπολλαπλασιαστικές ιδιότητες του φαρμάκου. Η έγχυση εντός της βλάβης επιτρέπει υψηλότερες τοπικές συγκεντρώσεως, αλλά παρά την πιθανή αποτελεσματικότητα δεν είναι καλά ανεκτή από τις ασθενείς, αν και είναι πιθανά αποτελεσματικότερη σε συνδυασμό με τοπική θεραπεία με ποδοφυλλοτοξίνη. Αντίστοιχα, η ενδοφλέβια χορήγηση ιντερφερόνης δεν συνιστάται *(πιθανή εξαίρεση οι ανθεκτικές περιπτώσεις ανοσοκατασταλμένων ασθενών με HIV)*, και συνολικά οι IFN's δεν συνιστώνται στις περισσότερες περιπτώσεις *(level IB evidence)*.[43,44]

Σχετικά με το τριχλωροξικό οξύ (trichloroacetic acid - TCA), πρόκειται για καυστικό παράγοντα που καταστρέφει τα κονδυλώματα μέσω χημικής πήξης των πρωτεϊνών. Γίνεται τοπική επίθιξη διαλύματος 50% ως 90% TCA. Η εφαρμογή μπορεί να επαναληφθεί εβδομαδιαία εάν χρειασθεί. Εκτός από αίσθημα καύσου στο σημείο εφαρμογής για αρκετά λεπτά, λόγω της λεπτόρρευστης υφής υφίσταται κίνδυνος ραγδαίας επέκτασης και βλάβης γειτονικών δομών, ενίοτε με σχηματισμό ουλών. Πρέπει συνεπώς να χρησιμοποιείται με προσοχή και να συνυπολογίζονται οι αναμενόμενες παρενέργειες.[45]

Το Cidofovir αποτελεί νουκλεοτιδικό ανάλογο το οποίο δρα αδρανοποιώντας εκλεκτικά την DNA πολυμεράση: αναστέλλοντας την, σταματά την σύνθεση και τον διπλασιασμό του ιικού DNA, οδηγώντας σε απόπτωση των ιογενώς προσβεβλημένων κυττάρων. Η τοπική χορήγηση του cidofovir έχει αποδειχθεί αποτελεσματική έναντι του απλού έρπητα, της μολυσματικής τερμίνθου και των HPV αλλοιώσεων. Δεν έχει λάβει επίσημη ένδειξη για τη θεραπεία των κονδυλωμάτων.[46] Κατά την τελευταία 15ετία το φάρμακο χρησιμοποιείται όλο και ευρύτερα *(off-label)* ως θεραπεία σοβαρών υποτροπιαζόντων πρωκτογεννητικών κονδυλωμάτων, τοπικά ή συστηματικά. Ένα αυξανόμενο σώμα ενδείξεων υποστηρίζει την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του τοπικού cidofovir στη θεραπεία πρωκτογεννητικών κονδυλωμάτων. Οι συχνότερες παρενέργειες του τοπικού cidofovir αφορούν ήπιες έως μέσης βαρύτητας τοπικές αντιδράσεις στο σημείο εφαρμογής (άλγος, ερύθημα, κνησμός), τα οποία αναφέρονται από 39% έως 68% των ασθενών, και λιγότερο σπάνια διάβρωση είτε εξέλκωση στο πεδίο εφαρμογής.[47,48,49]

Η γέλη (gel) 15% 5-αμινολεβουλονικού οξέος (amino laevulinic acid - ALA) *(παραματικού προφαρμάκου, το οποίο διεγείρει τη συσσώρευση πορφυρίνης στον ιστό)* εφαρμόζεται στην κονδυλωματώδη βλάβη, καλύπτεται για 3 ώρες και ακολουθείται από τοπική επιφανειακή ακτινοβόληση για 2min με ένα laser μήκους κύματος 630-5nm. Η ALA-PDT κυρίως δρα προκαλώντας βλάβη στα ακανθοκύτταρα στους προσβεβλημένους από ιό ιστούς, κυρίως στο κυτταρόπλασμα των κοιλοκυττάρων. Τα φυσιολογικά κύτταρα που περιβάλλουν την κονδυλωματώδη βλάβη δεν υφίστανται δομική βλάβη. Η ALA-PDT επάγει ταχεία ειδική ανοσολογική ενεργοποίηση στη βλάβη. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αφορούν ήπιο άλγος και πιθανά ελάχιστο οίδημα, ενώ είναι κατάλληλα για εμμένοντα κονδυλώματα, ιδίως περιπρωκτικές βλάβες.[50]

Ο ***συνδυασμός χειρουργικής και φαρμακευτικής αγωγής*** μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να μεγιστοποιήσει την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα, με τις μεθόδους ιατρείου να προηγούνται στην απομάκρυνση της παχύτερης αλλοίωσης και να διαβρώσει το επιφανειακό επιθήλιο, διευκολύνοντας την απορρόφηση των τοπικών παραγόντων που εφαρμόζονται κατ οίκον. Ο συνδυασμός κρυοπηξίας στο ιατρείο με κατ' οίκον εφαρμογή ιμικουϊμόδης είναι αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση. Οι Gilson *et al*[51] διαπίστωσαν γρηγορότερη κάθαρση σε κάποιες ασθενείς θεραπευθείσες με συνδυασμό ποδοφυλλοτοξίνης και κρυοπηξίας, συγκρινόμενες με εκείνες που έλαβαν μόνο κρυοπηξία, σε σχέση με τους πρωτογενείς στόχους της κάθαρσης των κονδυλωμάτων στις 4 και 12 εβδομάδες. Εντούτοις οι διαφορές στα συνολικά ποσοστά κάθαρσης ήταν ασήμαντα.[51,52]

ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η παρουσία ευμεγέθων και πολλαπλών κονδυλωμάτων οδηγεί σε πιο παρατεταμένο χρόνο μέχρι την ύφεση της κατάστασης καθώς ο αριθμός των κονδυλωμάτων κατά την αρχική εξέταση του ασθενούς παρέχει τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη της ανταπόκρισης στην αγωγή και του αριθμού των συνεδριών που θα απαιτηθούν μέχρι να επιτευχθεί κάθαρση. Ασθενείς με λιγότερα των τριών κονδυλωμάτων φαίνεται να απαιτούν σημαντικά λιγότερες θεραπευτικές συνεδρίες με πρωιμότερη κάθαρση. Κάποιες μικρές μελέτες υπαινίσσονται ότι η ίαση είναι περισσότερο ασφαλής όταν πρόκειται για κονδυλώματα σχετιζόμενα με τον HPV-6 παρά τον HPV-11. Το υψηλό ιικό φορτίο του HPV συνδυάζεται με αυξημένη σοβαρότητα, εμμονή και υποτροπές της κονδυλωματώδους νόσου.[3,13,53]

ΤΑ ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ΩΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Επιδημιολογικά, για τις περισσότερες χώρες, η επίπτωση των κονδυλωμάτων μπορεί να υπολογιστεί έμμεσα μέσω του κεντρικού συστήματος συνταγογράφησης (συνταγογράφηση imiquimod ή podophyllotoxin) είτε των βάσεων ασθενών (ICD10) των ασφαλιστικών φορέων υγείας. Για κορίτσια που έλαβαν το εμβόλιο HPV4 η αναμενόμενη και η πραγματική αποτελεσματικότητα έναντι των οξυτενών κονδυλωμάτων ξεπερνά το 90%. Ο εμβολιασμός 12-χρονων κοριτσιών με το HPV4 αναμένεται να μειώσει τη συνολική επίπτωση των εξωτερικών κονδυλωμάτων κατά 76%.[54,55]

Στην Αυστραλία, δεδομένα από τα ιατρεία σεξουαλικής υγείας (sexual health clinics) δείχνουν μείωση κατά 73% των εξετάσεων για εξωτερικά κονδυλώματα στις ηλικίες των κοριτσιών που δικαιούνταν το εμβόλιο ενώ παράλληλα ελαττώθηκαν οι αναφορές σε ετεροσεξουαλικούς άνδρες (-38%) γεγονός που πιθανά αποδίδεται στο φαινόμενο της ανοσίας της αγέλης *(herd-immunity effect)*. Παρόμοια στην Σουηδία, ένας από τους πρωιμότερους δείκτες της πληθυσμιακής επίπτωσης του HPV4 ήταν η πτώση της επίπτωσης των εξωτερικών κονδυλωμάτων. Στο Βέλγιο, η σύγκριση ομάδων κοριτσιών ηλικίας 16-20 έδειξε ότι εκείνες που δεν είχαν εμβολιασθεί με το τετραδύναμο HPV4 εμβόλιο βρίσκονταν σε 8-πλάσιο κίνδυνο για εξωτερικά κονδυλώματα από εκείνες που είχαν εμβολιασθεί. Αποτελέσματα από μια υπομελέτη της μελέτης Patricia υπαινίσσονται ότι και το διδύναμο εμβόλιο HPV2 *(-16/18)* μπορεί να έχει κάποια μικρότερη αποτελεσματικότητα έναντι της εμμένουσας HPV-6/11 λοίμωξης.[56,57,58]

Παρόμοια αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν την ευεργετική επίδραση του HPV4 σε χρονικό ορίζοντα μηνών και ετών. Σε κλίμακα ετών, ανάλογα οφέλη αναμένονται στη μείωση των δυσπλασιών του κατώτερου γεννητικού συστήματος και σε κλίμακα δεκαετιών, η μείωση αναμένεται να αφορά όχι μόνο τις κακοήθειες του κατώτερου γεννητικού, αλλά και νεοπλάσματα

πρωκτού, αμυγδαλής και βάσης γλώσσας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Beutner KR, Wiley DJ, Douglas JM, Tyring SK, Fife K, Trofatter K, Stone KM. Genital warts and their treatment. *Clin Infect Dis*. 1999; 28 Suppl 1:S37-56.
2. Steben M, Garland SM. Genital warts. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28:1063-1073.
3. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*. 2006; 24 Suppl 1:S1-15.
4. Ahmed AM, Madkan V, Tyring SK. Human papillomaviruses and genital disease. *Dermatol Clin* 2006; 24(2):157-65.
5. Chesson HW, Ekwueme DU, Saraiya M, Watson M, Lowy DR, Markowitz LE Estimates of the annual direct medical costs of the prevention and treatment of disease associated with human papillomavirus in the United States. *Vaccine*. 2012; 30(42):6016-9.
6. Adler M et al. ABC of sexually transmitted infections, 5th ed. 2004
7. Steinberg JL, Cibley LJ, Rice PA. Genital warts: diagnosis, treatment, and counseling for the patient. *Curr Clin Topics Infect Dis* 1993; 13:99-122.
8. Maniar KP Ronnett BM, Vang R, Yemelyanova A. Coexisting high-grade vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) and condyloma acuminatum: independent lesions due to different HPV types occurring in immunocompromised patients. *Am J Surg Pathol* 2013; 37(1):53-60.
9. Mudrikova T, Jaspers C, Ellerbroek P, Hoepelman A. HPV-related anogenital disease and HIV infection: not always 'ordinary' condylomata acuminata. *Neth J Med*. 2008; 66(3):98-102.
10. Handisurya A, Schellenbacher C, Kirnbauer R. Diseases caused by human papillomaviruses (HPV). *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7(5):453-66; quiz 466, 467.
11. Steffen C. The men behind the eponym--Abraham Buschke and Ludwig Lowenstein: giant condyloma (Buschke-Loewenstein). *Am J Dermatopathol*. 2006; 28(6):526-36.
12. Thomas KK, Hughes JP, Kuypers et al. Concurrent and sequential acquisition of different genital human papillomavirus types. *J Infect Dis* 2000; 182(4):1097-102.
13. Che YM, Wang JB, Liu YH. Correlation between deoxyribonucleic acid loads of human papillomavirus and recurrence of condylomata acuminata. *Int J STD AIDS* 2005; 16(9):605-7.
14. Goon P, Sonnex C. Frequently asked questions about genital warts in the genitourinary medicine clinic: an update and review of recent literature. *Sex Transm Infect* 2008; 84(1):3-7.
15. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, Koutsky LA. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women.*NEJM* 2006; 354(25):2645-54.
16. Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine* 2006; 24 Suppl 3:S3/52-61
17 Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis* 2002;29(11):725-35.
18. Winer RL Koutsky LA. Human papillomavirus through the ages. *J Infect Dis*2005; 191(11):1787-9.
19. Insinga RP, Dasbach EJ, Elbasha EH. Epidemiologic natural history and clinical management of Human Papillomavirus (HPV) Disease: a critical and systematic review of the literature in the development of an HPV dynamic transmission model. *BMC Infect Dis*. 2009; 9:119.
20. Friedman-Kien A. Management of condylomata acuminata with Alferon N injection, interferon alfa-n3 (human leukocyte derived). *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 172(4 Pt 2):1359-68.
21. Ferenczy A. Epidemiology and clinical pathophysiology of condylomata acuminata. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 172(4 Pt 2):1331-9.
22. Howard M, Sellors J, Lytwyn A .Cervical intraepithelial neoplasia in women presenting with external genital warts *CMAJ* 2002; 166(5):598-9.
23. Milojkovic M, Milojkovic D, Rosso M, Vakanjac BV. High squamous intraepithelial lesion and cancer of lower genital tract in women with anogenital warts. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 284(2):453-7.
24. Blomberg M Friis S, Munk C, Bautz A, Kjaer SK. Genital warts and risk of cancer: a Danish study of nearly 50 000 patients with genital warts. *J Inf Dis* 2012; 205(10):1544-53.
25. Gormley RH, Kovarik CL. Human papillomavirus-related genital disease in the immunocompromised host: Part II. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 66(6):883. e1-17; quiz 899-900.
26. Schofer H. Evaluation of imiquimod for the therapy of external genital and anal warts in comparison with destructive therapies. *Br J Dermatol* 2007; 157 Suppl 2:52-5
27. Maw R. Critical appraisal of commonly used treatment for genital warts. *Int J STD AIDS* 2004; 15(6):357-64.
28. Zalaudek I, Petrillo G, Argenziano G. Aphthous ulcers and imiquimod. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(2):360-1
29. Chakrabarty AK Mraz S, Geisse JK, Anderson NJ. Aphthous ulcers associated with imiquimod and the treatment of actinic cheilitis. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52(2 Suppl 1):35-7.
30. Brown VL, Atkins CL, Ghali L, Cerio R, Harwood CA, Proby CM. Safety and efficacy of 5% imiquimod cream for the treatment of skin dysplasia in high-risk renal transplant recipients: randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Dermatol* 2005; 152(1):122-9.
31. Brown TJ Yen-Moore A, Tyring SK An overview of sexually transmitted diseases. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(5 Pt 1):661-77; quiz 678-80.
32. Sanclemente G , Herrera S, Tyring SK, Rady PL, Zuleta JJ, Correa LA, He Q, Wolff JC.Human papillomavirus (HPV) viral load and HPV type in the clinical outcome of HIV-positive patients treated with imiquimod for anogenital warts and anal intraepithelial neoplasia. *Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21(8):1054-60.
33. Lacey CJ, Goodall RL, Tennvall GR, Maw R, Kinghorn GR, Fisk PG, Barton S, Byren I; PerstopPharma Genital Warts Clinical Trial Group. Randomised controlled trial and economic evaluation of podophyllotoxin solution, podophyllotoxin cream, and podophyllin in the treatment of genital warts. *Sex Transm Infect* 2003; 79(4):270-5.
34. Wiley DJ, Douglas J, Beutner K, Cox T, Fife K, Moscicki AB, Fukumoto L. External genital warts: diagnosis, treatment, and prevention. *Clin Infect Dis* 2002; 35(Suppl 2):S210-24.
35. Stockfleth E, Beti H, Orasan R, Grigorian F, Meschede r A, Tawfik H, Thielert C. Topical Polyphenon E in the treatment of external genital and perianal warts: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008; 158(6):1329-38**.**
36. Meltzer SM, Monk BJ, Tewari KS. Green tea catechins for treatment of external genital warts. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(3):233.e1-7.
37. Tatti S, Stockfleth E, Beutner KR, Tawfik H, Elsasser U, Weyrauch P, Mescheder A. Polyphenon E: a new treatment for external anogenital warts. *Br J Dermatol* 2010; 162(1):176-84.
38. Stone KM, Becker TM, Hadgu A, Kraus SJ. Treatment of external genital warts: a randomised clinical trial comparing podophyllin, cryotherapy, and electrodesiccation. *Genitourin Med* 1990; 66(1):16-9.
39. Jensen SL. Comparison of podophyllin application with simple surgical excision in clearance and recurrence of perianal condylomata acuminata. *Lancet* 1985; 2(8465):1146-8.
40. Beutner KR, Ferenczy A. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997; 102(5A):28-37.
41. Scheinfeld N, Lehman DS. An evidence-based review of medical and surgical treatments of genital warts. *Dermatol Online J*2006 ; 12(3):5.
42. Lipke MM. An armamentarium of wart treatments. *Clin Med Res* 2006; 4(4):273-93.
43. Kwak EJ, Julian K; AST Infectious Diseases Community of Practice. Human papillomavirus infection in solid organ transplant recipients.*Am J Transplant* 2009; 9 Suppl 4:S151-60.
44. Brockmeyer NH, Poffhoff A, Bader A, Hochdorfer B, Schlottmann R, Rasokat H, Altmeyer P, Kreuter A. Treatment of condylomata acuminata with pegylated interferon alfa-2b in HIV-infected patients. *Eur J Med Res* 2006; 11(1):27-32.
45. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010, www.cdc.gov/std/treatment/2010/genital-warts.htm, προσπελάστηκεστις 4-5-2015.
46. Coremans G, Snoeck R. Cidofovir: clinical experience and future perspectives on an acyclic nucleoside phosphonate analog of cytosine in the treatment of refractory and premalignant HPV-associated anal lesions. *Expert Opin Pharmacother*. 2009; 10(8):1343-52.
47. Stragier I, Snoeck R, De Clercq E, Van den OOrd JJ, et al. Local treatment of HPV-induced skin lesions by Cidofovir. *J Med Virol* 2002; 67(2):241-5.
48. Martinelli C, Farese A, Mistro AD, Giorgini S, Ruffino I. Resolution of recurrent perianal condylomata acuminata by topical cidofovir in patients with HIV infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15(6):568-9.
49. Snoeck R, Bossens M, Parent D, Delaere B, Degreef H, Van Ranst M, Noël JC, Wulfsohn MS, Rooney JF, Jaffe HS, De Clercq E. Phase II double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of cidofovir topical gel for the treatment of patients with human papillomavirus infection. *Clin Infect Dis* 2001; 33(5):597-602
50. Giomi B Pagnini F, Cappuccini A, Bianchi B, Tiradritti L, Zuccati G. Immunological activity of photodynamic therapy for genital warts. *Br J Dermatol 2011*; 164(2):448-51.
51. Gilson RJ Gilson RJ, Ross J, Maw R, Rowen D, Sonnex C, Lacey CJ. A multicentre, randomised, double-blind, placebo controlled study of cryotherapy versus cryotherapy and podophyllotoxin cream as treatment for external anogenital warts. *Sex Transm Infect* 2009; 85(7):514-9.
52. Brodell LA, Mercurio MG, Brodell RT. The diagnosis and treatment of human papillomavirus-mediated genital lesions *Cutis* 2007; 79(4 Suppl):5-10.
53. Dede M, Kubar A, Yenen MC et al. Human papillomavirus-type predict the clinical outcome of imiquimod therapy for women with vulvar condylomata acuminata. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(8):968-72.
54. Markowitz LE, Hariri S, Unger ER, Saraiya M, Datta SD, Dunne EF. Post-licensure monitoring of HPV vaccine in the United States. *Vaccine*. 2010; 28(30):4731-7.
55. Hariri S, Markowitz LE, Dunne EF, Unger ER. Population impact of HPV vaccines: summary of early evidence. *J Adolesc Health*. 2013; 53(6):679-82.
56. Garland SM. The Australian experience with the human papillomavirus vaccine. *ClinTher*. 2014; 36(1):17-23.
57. Mariani L, Vici P, Suligoi B, Checcucci-Lisi G, Drury R. Early Direct and Indirect Impact of Quadrivalent HPV (4HPV) Vaccine on Genital Warts: a Systematic Review. *Adv Ther* 2015; 32:10–30.
58. Szarewski A, Skinner SR, Garland SM, Romanowski B, Schwarz TF, Apter D, Chow S-N, Paavonen J, Del Rosario-Raymundo MR, Teixeira JC, De Carvalho NS, Castro-Sanchez M, Castellsagué X, *et al.* Efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against low-risk HPV types (PATRICIA randomized trial): an unexpected observation. *J Infect Dis* 2013; 208:1391–6.

Ψωρίαση: Τρέχουσα σύντομη προσέγγιση της νόσου και της θεραπευτικής αντιμετώπισης

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ
Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

Η ψωρίαση είναι μία συχνή, με ισχυρές ενδείξεις ότι σχετίζεται με ανοσολογική διαταραχή, φλεγμονώδης δερματική νοσολογική οντότητα. Έχει εκτιμηθεί ότι έως και το 3% του γενικού πληθυσμού πάσχει από τη νόσο. Η συχνότερη κλινική μορφή της (η οποία αντιστοιχεί στο 80% περίπου των περιστατικών), είναι η ψωρίαση κατά πλάκας που χαρακτηρίζεται από ροδόχροες πλάκες, καλυπτόμενες από αργυρόχροα λέπια.

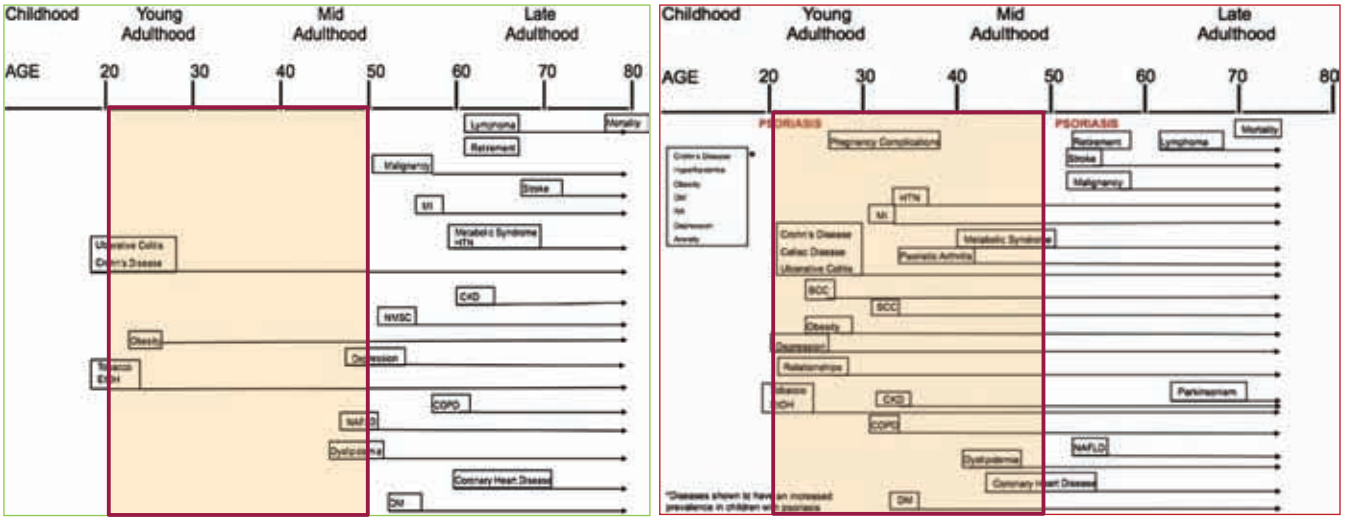
Οι περιοχές του σώματος που επηρεάζονται συχνότερα είναι το τριχωτό της κεφαλής, οι αγκώνες, τα γόνατα και ο κορμός. Τα συχνότερα συμπτώματα της ψωρίασης είναι ο κνησμός, η ερυθρότητα και η απολέπιση. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων ψωρίασης εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40, τις περισσότερες φορές σε ηλικία 20 έως 30 ετών, ενώ παρατηρείται μία ακόμα κορύφωση γύρω από την ηλικία των 50-60 ετών.

Υπάρχει ισχυρή γενετική συνιστώσα, η οποία είναι εμφανής στον κίνδυνο εκδήλωσης της ψωρίασης σε άτομα των οποίων οι γονείς ή τα αδέλφια έχουν προσβληθεί. Ο κίνδυνος ψωρίασης στους απογόνους είναι υψηλός και φτάνει το 50% εάν και οι δύο γονείς πάσχουν, το 16% εάν μόνο ένας γονέας, ή το 8%, εάν καταγράφεται προσβολή του ενός αδελφού. Εκτός από τους γενετικούς, νοσολογικοί παράγοντες και σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής, μπορεί επίσης να διαδραματίζουν ρόλο, είτε αυξάνοντας τον κίνδυνο ενός ατόμου να αναπτύξει τη νόσο, είτε επιδεινώνοντας την υφιστάμενη ψωρίαση (λοιμώξεις, ορισμένα φάρμακα, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η διατροφή). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ψωρίαση δεν είναι μια μεταδοτική νόσος.

Η ψωρίαση θεωρείται σήμερα μία συστηματική φλεγμονώδης νόσος σχετιζόμενη με την καταγραφή αρκετών συννοσηροτήτων. Έτσι, σχετίζεται με στεφανιαία νόσο, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία και σακχαρώδη διαβήτη (μεταβολικό σύνδρομο) και οι ψωριασικοί ασθενείς είναι συχνά παχύσαρκοι, καπνιστές και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως στεφανιαία νόσο ή και έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με ψωρίαση εμφανίζουν πολύ νωρίτερα τις παραπάνω συννοσηρότητες, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Εικόνα 1). Το μεγαλύτερο πρόβλημα αυτών είναι ότι η νόσος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα, τόσο της δικής τους ζωής όσο και των συγγενών τους (Εικόνα 2). Πολλοί από αυτούς πάσχουν από κατάθλιψη, αγχώδη συνδρομή και αυτοκτονικό ιδεασμό. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με ψωρίαση επηρεάζεται αρνητικά πολύ περισσότερο από αυτήν των ασθενών που πάσχουν από π.χ. καρδιοπάθειες, βρογχικό άσθμα ή σακχαρώδη διαβήτη. Αυτό τους δημιουργεί πραγματικό ή φαντασιακό κοινωνικό αποκλεισμό και στιγματισμό. Οι ασθενείς με ψωρίαση δυσκολεύονται στις κοινωνικές, προσωπικές, εργασιακές και σεξουαλικές τους σχέσεις.

Η ψωρίαση είναι μία χρόνια πάθηση που απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Γενικός Πληθυσμός **Ασθενείς με ψωριασική νόσο**



Πρώιμη εμφάνιση συννοσηροτήτων σε ασθενείς με ψωρίαση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό

Η θεραπεία εξατομικεύεται για κάθε ασθενή και συνυπολογίζουμε τη βαρύτητα, την έκταση, τη μορφή της νόσου, την ηλικία και την επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Οι υπάρχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις ταξινομούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- την εφαρμογή φαρμάκων στο δέρμα (τοπική θεραπεία)
- τη χρήση της υπεριώδους ακτινοβολίας (φωτοθεραπεία)
- τη χορήγηση φαρμάκων, είτε από το στόμα είτε σε ενέσιμη μορφή, τα οποία στοχεύουν ευρύτερες ή στοχευμένες φλεγμονώδεις λειτουργίες.

Οι τοπικές θεραπείες συνήθως χρησιμοποιούνται στην ήπια ψωρίαση, ενώ οι συστηματικές θεραπείες (κυκλοσπορίνη, μεθοτρεξάτη, βιολογικές θεραπείες) σε μέτρια και σοβαρή ψωρίαση. Ο συνδυασμός των ανωτέρω θεραπειών αποτελεί συνήθη τακτική.

Σήμερα, υπάρχει ουσιαστική ανάγκη για νέες θεραπευτικές προτάσεις για την μέτρια-σοβαρή ψωρίαση, καθώς περίπου το 50% των ασθενών δεν είναι ικανοποιημένοι με τις υπάρχουσες θεραπείες. Οι προσδοκίες των ασθενών με ψωρίαση έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, καθώς το «καθαρό δέρμα», αποτελεί πλέον τον νέο θεραπευτικό στόχο. Λόγω των συννοσηροτήτων και της συστηματικής φλεγμονής στους ψωριασικούς ασθενείς, υπάρχει ανάγκη για νέες θεραπείες με χρήση από νωρίς που επιτυγχάνουν και διατηρούν μακροπρόθεσμα «καθαρό δέρμα» σε περισσότερους ασθενείς και παράλληλα αναστέλλουν την εξέλιξη των συνοδών νοσημάτων, όπως η ψωριασική αρθρίτιδα.

Πλέον έχουμε στη διάθεσή μας νεότερες στοχευμένες θεραπείες που προσφέρουν ελπίδα και αισιοδοξία στους ασθενείς μας. Μάλιστα, μία από αυτές, η anti-IL17A (σημαντική κυτταροκίνη στο παθογενετικό μηχανισμό της ψωρίασης) βάση της ένδειξης που πήρε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων μας δίνει τη δυνατότητα να ξεκινήσουμε από νωρίς τη νέα αυτή συστηματική θεραπεία, δηλαδή πριν τη χρήση των «κλασικών» συστηματικών θεραπειών (π.χ. κυκλοσπορίνη, μεθοτρεξάτη και ρετινοειδή) στους ψωριασικούς ασθενείς. Η σεκουκινουμάμπη πρόσφατα εγκρίθηκε και για τη θεραπεία των ασθενών με Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα και Ψωριασική Αρθρίτιδα. Είναι πλέον διαθέσιμη και στην Ελλάδα από τις αρχές του έτους.

Σήμερα πλέον οι ασθενείς που ζουν με χρόνια νοσήματα όπως η ψωρίαση και η ψωριασική αρθρίτιδα στην Ελλάδα, έχουν πρόσβαση σε καινοτόμες και ιδιαίτερα αποτελεσματικές θεραπείες. Και η εμπειρία μας η οποία διαρκώς αυξάνεται, επιτρέπει να είμαστε ιδιαίτερα αισιόδοξοι για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών μας.



48% των ασθενών έχουν προβλήματα ύπνου



36% των ασθενών δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τα χέρια τους



94% των ασθενών δηλώνουν προβλήματα στην καθημερινότητα τους λόγω της ψωρίασης



29% των ασθενών δηλώνουν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή



31% των ασθενών δηλώνουν προβλήματα ενώ στέκονται ή κάθονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή περπατούν

Οι ασθενείς με ψωρίαση δυσκολεύονται να επιτελέσουν καθημερινές βασικές λειτουργίες



ΝΕΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ:

Ο φραπέ δεν προκαλεί ενοχλήσεις στο στομάχι!

ΓΕΩΡΓΙΑ ΙΣΑΡΗ
Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Επιστημονική συντάκτης medNutrition.gr

Ο καφές, και περισσότερο ο στιγμιαίος έχει συχνά αυθαίρετα συνδεθεί με ενοχλήσεις του στομάχου λόγω του ότι η καφεΐνη έχει την ιδιότητα να διεγείρει την παραγωγή γαστρικών οξέων. Ωστόσο, την ίδια και μεγαλύτερη παραγωγή γαστρικών οξέων διεγείρει και το κάθε μας γεύμα – είναι μια φυσιολογική διαδικασία ως απάντηση στην κατανάλωση φαγητού ή ποτού/ροφήματος. Επιστημονικά, δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που να συσχετίζουν αιτιολογικά την κατανάλωση καφέ με τις παθήσεις του ανώτερου πεπτικού συστήματος. Αντίστοιχα, δεν υπήρχαν έρευνες πάνω στο στιγμιαίο καφέ και δη, τον κρύο μέχρι την πρόσφατη μελέτη του Γεωπονικού Πανεπιστημίου.



Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) για παράδειγμα είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση των οξέων από το στομάχι πίσω στον οισοφάγο με αποτέλεσμα, οι ασθενείς με ΓΟΠ να αισθάνονται έντονο κάψιμο στο στήθος. Πρόσφατη μετανάλυση 15 μελετών δεν βρήκε καμία αιτιολογική σχέση μεταξύ της ΓΟΠ και της κατανάλωσης καφέ. Σε αντίστοιχο παράδειγμα, το πεπτικό έλκος οφείλεται είτε σε μόλυνση, είτε σε συχνή χρήση φαρμάκων όπως παυσίπονα (ασπιρίνη) και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, είτε στα γονίδια (κληρονομικότητα). Ο κίνδυνος όμως να εμφανίσει κάποιος εξ' αρχής πεπτικό έλκος δεν επηρεάζεται από την κατανάλωση καφέ. Συγκεκριμένα, σε μία μελέτη 5.451 υγιείς ενήλικες που κατανάλωναν καφέ συγκρίθηκαν με 2.562 υγιείς ενήλικες που δεν έπιναν καφέ. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους στο πόσο συχνά εμφάνισαν τελικά προβλήματα στομάχου ή ανώτερου πεπτικού.

Έρευνα του Γεωπονικού Πανεπιστημίου

Ερευνητική ομάδα του Γεωπονικού Πανεπιστημίου μελέτησε την επίδραση διαφορετικών ειδών καφέ συγκεκριμένα στην κατάσταση του στομάχου, εργασία που δημοσιεύθηκε πριν λίγες μόλις μέρες σε διεθνές επιστημονικό περιοδικό (Papakonstantinou et al. Nutrition Journal, 2016). Σε αυτήν, 40 υγιείς ενήλικες, κατανάλωσαν κρύο στιγμιαίο καφέ (φραπέ), ζεστό στιγμιαίο καφέ, ζεστό καφέ φίλτρου και κρύο εσπρέσο για να υποδείξουν ότι σε κανένα καφέ δεν ένιωσαν ενοχλητικά συμπτώματα από το στομάχι τους. Σημειώστε ότι όλοι οι καφέδες είχαν ίδια περιεκτικότητα σε καφεΐνη, έτσι καταρρίπτεται ένας ακόμη μύθος γύρω από τον κρύο στιγμιαίο καφέ (φραπέ) ότι ενοχλεί το στομάχι. Μα ο στιγμιαίος καφές, δεν είναι καν ο καφές με τη μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε καφεΐνη όπως θα δείτε και στον πίνακα που ακολουθεί και η έρευνα του Γεωπονικού Πανεπιστημίου είναι η πρώτη παγκοσμίως που διερευνά τον στιγμιαίο καφέ και το στομάχι, οπότε πλέον μιλάμε με χειροπιαστά στοιχεία.

Συμπερασματικά, ο στιγμιαίος καφές, είτε στην κρύα (φραπέ) είτε στην ζεστή εκδοχή του, δεν φαίνεται να κάνει κακό στο στομάχι, κυρίως όταν καταναλώνεται με μέτρο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να καταναλώνουν ασφαλώς έως και 3 κούπες ή ποτήρια αντίστοιχα με την προτεινόμενη δοσολογία την ημέρα χωρίς προβλήματα. Επειδή όμως ο καθένας φτιάχνει με τον δικό του τρόπο τον καφέ, να γνωρίζετε ότι οι κούπες ή τα ποτήρια που αναφερόμαστε περιέχουν δοσολογία στιγμιαίου καφέ που δεν υπερβαίνει τα 3g στο ζεστό (1,5 κουταλάκι του γλυκού) και 4g στο κρύο (2 κουταλιές του γλυκού).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΡΟΦΗΜΑΤΩΝ ΚΑΦΕ ΣΕ ΚΑΦΕΪΝΗ

Ροφήματα	Ποσότητα (mL)	Καφεΐνη (mg)
Καφές φίλτρου	200	115-175
Στιγμιαίος καφές	180	65-115
Ελληνικός καφές	50	40-50
Εσπρέσο	30	30-65
Ντεκαφεϊνέ	30-200	0-3

Πηγή: Harland et al., and Heckman et al.

Βιβλιογραφία

1. Papakonstantinou E, Kechribari I, Sotirakoglou K, Tarantilis P, Gourdomichali T, Michas G, Kravvariti V, Voumvourakis K, Zampelas A, Acute effects of coffee consumption on self-reported gastrointestinal symptoms, blood pressure and stress indices in healthy individuals. Nutr J. 2016 Mar 15;15(1):26.
2. Boekema P.J. et al. Functional bowel symptoms in a general Dutch population and associations with common stimulants. Netherlands J Med 2001, 59(1): 23-30.
3. Moayyedi P. et al. The Proportion of Upper Gastrointestinal Symptoms in the Community Associated with Helicobacter pylori: Lifestyle Factors, and Non-Steroidal Anti-inflammatory drugs. Am J Gastroenterol 2000, 95 (6): 1448-1455.
4. Kim J. et al. Association between coffee intake and gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. Dis Esophagus 2013. Jun 24.
5. Shimamoto T1, Yamamichi N, Kodashima S, Takahashi Y, Fujishiro M, Oka M, Mitsushima T, Koike K. No association of coffee consumption with gastric ulcer, duodenal ulcer, reflux esophagitis, and non-erosive reflux disease: a cross-sectional study of 8,013 healthy subjects in Japan. PLoS One. 2013 Jun 12;8(6):e65996.
6. Harland B.F. Caffeine and nutrition. Nutrition(2000) , 7/8: 522-526.
7. Heckman M.A. et al. Caffeine (1, 3, 7-trimethylxanthine) in foods: a comprehensive review on consumption, functionality, safety, and regulatory matters. J Food Sci(2010), 75: R77-87

ΞΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Η σημασία της γαστροπροστασίας σε άτομα υπό θεραπεία με Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΠΑΝΤΙΔΕΑΣ MD, PhD, FCCP
Παθολόγος – Κλινικός Φαρμακολόγος

Τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ) ανήκουν στην κατηγορία των πιο συχνά συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αυτό οφείλεται βασικά στο ότι τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση σχεδόν κάθε μορφής πόνου (του συχνότερου συμπτώματος που απαντάται στην καθημερινή ιατρική πράξη) καθώς και της φλεγμονής μιας άλλης εξ ίσου πολύ συχνής παθολογικής κατάστασης που αντιμετωπίζουν σχεδόν όλες οι ειδικότητες.

Για να αντιληφθεί κανείς το μέγεθος της συνταγογραφίας των ΜΣΑΦ αρκεί να αναφερθεί ότι στις ΗΠΑ το 5 % του πληθυσμού λαμβάνει ΜΣΑΦ και ότι ετησίως αναγράφονται 100 εκατομμύρια συνταγές ΜΣΑΦ και καταναλώνονται 16 τόνοι μόνο ασπιρίνης με κόστος 2 δισεκατομμύρια δολάρια. Ο αριθμός των κυκλοφορούντων διεθνώς ιδιοσκευασμάτων ΜΣΑΦ είναι τρομακτικά μεγάλος. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν εν κυκλοφορία περίπου 53.000 ιδιοσκευάσματα, ενώ στην Ελλάδα ο αριθμός των ιδιοσκευασμάτων ξεπερνάει τα 250. Στην Ελλάδα μεταξύ των 20 πρώτων σε πωλήσεις φαρμάκων τα 8 ανήκαν στην κατηγορία των αναλγητικών και εξ αυτών τα 4 στην κατηγορία των ΜΣΑΦ τα οποία το 2015 είχαν και πωλήσεις πάνω από 19 εκατομμύρια κουτιά.[1]

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα ΜΣΑΦ προσφέρουν σημαντικά οφέλη στους χρήστες τους. Έχουν τροποποιήσει ριζικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων από χρόνια βασανιστικά νοσήματα κυρίως του μυοσκελετικού συστήματος και εάν το πρόβλημα των συχνών και σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών δεν απασχολούσε τόσο έντονα γιατρούς και ασθενείς τα φάρμακα αυτά θα είχαν ακόμα εντονότερη χρήση.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν τα ΜΣΑΦ αφορούν πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά στο 90% των περιπτώσεων τους εντοπίζονται στο γαστρεντερικό σωλήνα και μπορεί να κυμαίνονται από απλή επιγαστραλγία μέχρι σοβαρή ή και θανατηφόρα γαστρορραγία ή διάτρηση του στομάχου. Θα πρέπει να τονισθεί ότι οι βλάβες που προκαλούν τα ΜΣΑΦ δεν περιορίζονται μόνο στον βλεννογόνο του στομάχου, αλλά επεκτείνονται και στον βλεννογόνο του λεπτού και του παχέος εντέρου.[2] Πέρα από την προαναφερθείσα αιμορραγία και διάτρηση του στομάχου, τα φάρμακα αυτά μπορούν να προκαλέσουν και μόνιμη στένωση του εντερικού αυλού.

Τα ΜΣΑΦ μπορούν να καταταγούν σε διάφορες ομάδες ανάλογα με τη χημική τους προέλευση, τη διάρκεια δράσης, την αντιφλεγμονώδη τους ισχύ, την εκλεκτικότητα αναστολής της COX-1 και COX-2 κ.ά

Τα ΜΣΑΦ αποτελούν φάρμακα πρώτης επιλογής για την αντιμετώπιση του πόνου και της φλεγμονής σε μια πλειάδα νόσων του μυοσκελετικού μας συστήματος, αλλά και κεφαλαλγιών και πόνων της εμμήνου ρύσεως. Τα εναλλακτικά των ΜΣΑΦ αναλγητικά φάρμακα όπως π.χ. η παρακεταμόλη (ή ακεταμινοφαίνη) συχνά δεν προσφέρουν ικανοποιητική αναλγησία, ιδιαίτερα σε φλεγμονώδεις επώδυνες καταστάσεις[3,4], ενώ τα ναρκωτικά αναλγητικά, πέρα του κινδύνου ανάπτυξης εθισμού, συνοδεύονται και από τον κίνδυνο εκδήλωσης σημαντικών νοητικών ανεπιθύμητων ενεργειών.[5,6]

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 20% των ατόμων άνω των 65 ετών λαμβάνουν με συνταγή κάποιο ΜΣΑΦ, ενώ ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό προμηθεύεται παρόμοια φάρμακα από τα φαρμακεία χωρίς συνταγή.[7]

Δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία ότι τα ΜΣΑΦ προσφέρουν σημαντική ανακούφιση στον πόνο πολλών ασθενών, η ζωή των οποίων θα ήταν αφόρητη χωρίς τη χρήση των φαρμάκων αυτών. Εν τούτοις, η χρήση και αυτών των φαρμάκων συνοδεύεται από σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες κυρίως από τον γαστρεντερικό σωλήνα (ΓΕΣ), μερικές από τις οποίες θέτουν σε κίνδυνο και τη ζωή των ασθενών που τα λαμβάνουν.

Μηχανισμός δράσης των ΜΣΑΦ στο γαστρικό βλεννογόνο

Για πολλά χρόνια σαν βασικός αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός για την πρόκληση των βλαβών του γαστρικού βλεννογόνου εθεωρείτο η αναστολή της σύνθεσης των προσταγλανδινών μέσω της αναστολής της κυκλο-οξυγενάσης (COX), του ενζύμου δηλαδή που είναι υπεύθυνο για τη μετατροπή του αραχιδονικού οξέος σε προσταλγανδίνες. Οι προσταγλανδίνες αναστέλλουν την απελευθέρωση ισταμίνης, ενώ προάγουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του γαστρεντερικού βλεννογόνου. Οι προσταγλανδίνες ασκούν προστατευτική δράση στον γαστρικό βλεννογόνο αυξάνοντας την τοπική μικροκυκλοφορία, καθώς και την έκκριση διττανθρακικών. Η έλλειψη προσταγλανδινών και κυρίως της E_2 οδηγεί σε[8]:

- Ελάττωση έκκρισης διττανθρακικών.
- Ελάττωση έκκρισης βλέννας.
- Μείωση του πάχους και μεταβολή της σύστασης της γαστρικής βλέννας.
- Μείωση της μικροκυκλοφορίας του γαστρικού βλεννογόνου.
- Αύξηση έκκρισης ισταμίνης.
- Μείωση πολλαπλασιασμού κυττάρων βλεννογόνου ΓΕΣ.
- Προσκόλληση πολυμορφοπύρηνων και ηωσινόφιλων στο ενδοθήλιο των τριχοειδών του βλεννογόνου και μετανάστευση σε εστίες φλεγμονής.
- Αναστολή μηχανισμού υδατο-αραιώσεως τοξικών ουσιών εντός του βλεννογόνου.

Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι και άλλοι σημαντικοί παράγοντες εμπλέκονται στο μηχανισμό πρόκλησης βλάβης στον γαστρικό βλεννογόνο από τα ΜΣΑΦ όπως π.χ. η αντισταθμιστική αύξηση λευκοτριενών και ιδιαίτερα της λευκοτριένης B_4 η οποία είναι εξαιρετικά τοξική, η έκλυση ελευθέρων

ριζών οξυγόνου, καθώς και η άμεση επίδραση στις μεμβράνες των μιτοχονδρίων.[9]

Προδιαθεσικοί παράγοντες εκδήλωσης τοξικής δράσης ΜΣΑΦ στον γαστρικό βλεννογόνο

Παρότι οι δράσεις των ΜΣΑΦ ασκούνται σε κάθε άτομο που λαμβάνει τα φάρμακα αυτά, εν τούτοις τόσο τα θεραπευτικά αποτελέσματα, όσο και η εμφάνιση τοξικής δράσης ποικίλει από άτομο σε άτομο. Η μακρόχρονη κλινική εμπειρία καθώς και πλήθος κλινικών μελετών έχουν δείξει ότι υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες ασθενών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ανεπιθύμητων ενεργειών από το γαστρεντερικό όταν λαμβάνουν θεραπευτικά ΜΣΑΦ (Πίνακας 1). Σημαντική υποχρέωση κάθε γιατρού είναι η αναγνώριση των ατόμων αυτών και η προστασία τους.

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν μια ιδιαίτερα ευαίσθητη ομάδα, διότι και μεγάλη χρήση αυτών των φαρμάκων κάνουν αλλά και η ικανότητα παραγωγής προσταγλανδινών είναι μειωμένη.

Η πλειονότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών από τον γαστρεντερικό σωλήνα που οφείλεται σε λήψη ΜΣΑΦ εμφανίζεται σχετικά νωρίς. Οι πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθυμήτων ενεργειών μετά το πρώτο τρίμηνο μειώνονται σημαντικά λόγω προσαρμογής και ανάπτυξης προστατευτικών μηχανισμών από το στομάχι.

Οι γυναίκες, όπως και τα ηλικιωμένα άτομα, εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο διότι εκτός των άλλων έχουν μικρότερη σωματική μάζα που οδηγεί σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις των φαρμάκων αυτών στους ιστούς

Στρατηγικές μείωσης των κινδύνων εμφάνισης επιπλοκών από το ΓΕΣ σε χρήστες ΜΣΑΦ

Προς μείωση των κινδύνων που προκύπτουν από τη χρήση των ΜΣΑΦ έχουν προταθεί διάφορες στρατηγικές όπως π.χ. η χορήγηση των περισσότερο ασφαλών εκλεκτικών COX-2 αναστολέων ή η συγχορήγηση με τα ΜΣΑΦ κάποιου γαστροπροστατευτικού παράγοντα (κυρίως πραζολών ή H_2 αναστολέων). Θα πρέπει όμως να γνωρίζουμε ότι οποιαδήποτε στρατηγική και αν ακολουθήσουμε, ο κίνδυνος εμφάνισης κάποιας σοβαρής ανεπιθύμητης ενέργειας στο ΓΕΣ από ΜΣΑΦ απλώς μειώνεται και ποτέ δεν μηδενίζεται.

Από τις προταθείσες στρατηγικές μείωσης των κινδύνων εμφάνισης επιπλοκών από το ΓΕΣ λόγω χρήσης ΜΣΑΦ αναφέρουμε τη:

1. Χρήση εκλεκτικών αναστολέων της κυκλοοξυγενάσης-2 (εκλεκτικοί COX-2 αναστολείς)

Οι προσπάθειες για ασφαλέστερα ΜΣΑΦ τα τελευταία χρόνια έχουν οδηγήσει στη δημιουργία εκλεκτικών αναστολέων της COX-2. Σχετικά πρόσφατα έχει δειχθεί ότι η COX υφίσταται με τη μορφή δύο ισοενζύμων ήτοι της COX-1 και της COX-2. Η COX-1 βρίσκεται σχεδόν σε όλους τους ιστούς (περιλαμβανομένου του στομάχου, των νεφρών και των αιμοπεταλίων) και συμμετέχει σε φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού μας, καθώς και στην παραγωγή των γαστροπροστατευτικών προσταγλανδινών που εξασφαλίζουν την ακεραιότητα του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου. Αντίθετα η COX-2 δεν ανιχνεύεται υπό φυσιολογικές συνθήκες, βρίσκεται κατά βάση στα φλεγμονώδη κύτταρα και επάγεται από παθολογικά φλεγμονώδη ερεθίσματα όπως π.χ. διάφορες κυτοκίνες και κυρίως την ιντερλευκίνη 1(Πίνακας 2).

Οι εκλεκτικοί COX-2 αναστολείς παρεμβαίνουν στην παραγωγή ουσιών που προκαλούν τη φλεγμονή και τον πόνο αφήνοντας ανεπηρέαστη την παραγωγή των ευεργετικών για τη γαστροπροστατευτική τους δράση προσταγλανδινών, η παραγωγή των οποίων γίνεται μέσω της κυκλοοξυγενάσης 1 (COX-1).

Η αναστολή της COX-1 είναι αυτή που ευθύνεται για την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ η αναστολή της COX-2 είναι αυτή που ευθύνεται για την αναστολή της φλεγμονής. Όλα τα υπάρχοντα σήμερα κλασικά ΜΣΑΦ αναστέλλουν τόσο την COX-1 όσο και την COX-2 σε διαφορετική βέβαια αναλογία που εκφράζεται σαν αναλογία αναστολής COX-2/COX-1. Όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο λόγος τόσο μεγαλύτερη είναι η εκλεκτικότητα και κατά συνέπεια και η ασφάλεια του σκευάσματος.

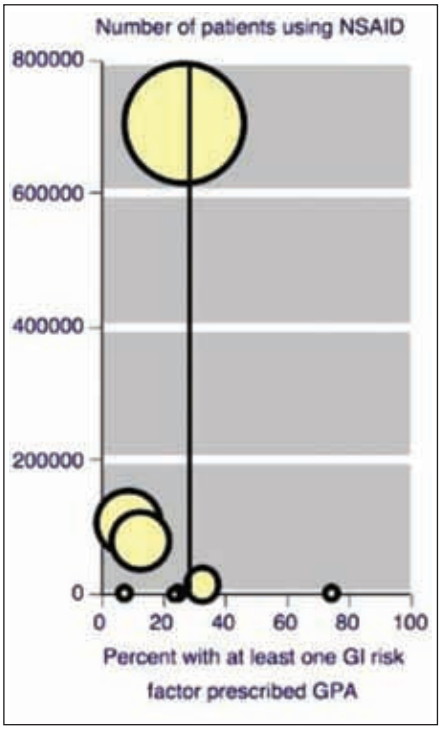
Η κυκλοφορία των εκλεκτικών COX-2 αναστολέων χαιρετίστηκε με ενθουσιασμό, μιας και βελτίωναν σημαντικά τις ανεπιθύμητες ενέργειες από το ΓΕΣ σε σύγκριση με τα κλασικά ΜΣΑΦ.

Όλοι οι εκλεκτικοί COX-2 αναστολείς δεν φαίνεται να μοιράζονται τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών γι΄αυτό και στην κυκλοφορία παρέμειναν οι πιο ασφαλείς. Στην Ελλάδα κυκλοφορούν 3 σκευάσματα εκλεκτικών COX-2 αναστολέων: η Etoricoxib (Arcoxia) και η Celecoxib

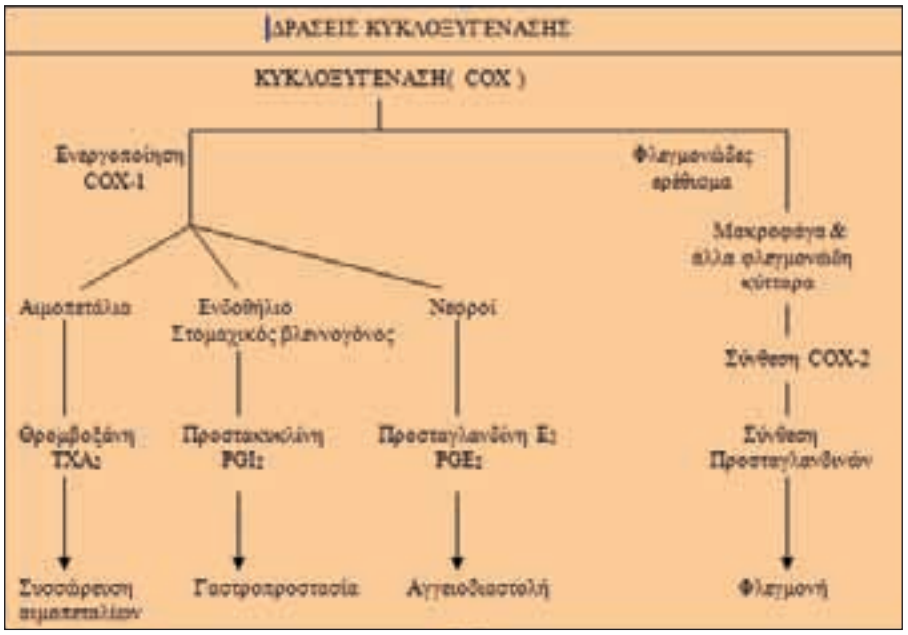
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΣ ΛΟΓΩ ΛΗΨΕΩΣ ΜΣΑΦ

1. Ιστορικό ελκοπάθειας
2. Μεγάλη ηλικία (>65 ετών)
3. Γυναικείο φύλο
4. Ταυτόχρονη χορήγηση κορτικοειδών
5. Υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών
6. Κάπνισμα
7. Υψηλές δόσεις ΜΣΑΦ
8. Συνδυασμός δύο ή περισσοτέρων ΜΣΑΦ
9. Διάρκεια λήψεως ΜΣΑΦ για διάστημα μικρότερο των 3 μηνών
10. Συνύπαρξη άλλης συστηματικής πάθησης όπως π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση κ.ά
11. Παρουσία *H. pylori*

Πίνακας 1. Παράγοντες που προδιαθέτουν σε εμφάνιση επιπλοκής από το ΓΕΣ λόγω λήψης ΜΣΑΦ



Σχήμα 1: Μελέτες στις οποίες φαίνεται η χορήγηση γαστροπροστασίας σε ασθενείς με ένα τουλάχιστον παράγοντα εμφάνισης σοβαρής ανεπιθύμητης ενέργειας από το γαστρεντερικό. Η κάθετη γραμμή δείχνει το μέσο όρο και το μέγεθος του κύκλου είναι ανάλογο του μεγέθους του πληθυσμού που συμμετείχε στη μελέτη[14]



Πίνακας 2. Δράσεις Κυκλοξυγενάσης (COX)

(Celebrex) που χορηγούνται από το στόμα καθώς και η Parecoxib (Dynastat) που χορηγείται ΕΜ ή ΕΦ. Τα φάρμακα αυτά φαίνεται να είναι τα ασφαλέστερα της κατηγορίας μιας και δεν έχουν ενοχοποιηθεί για αύξηση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Παρόλη όμως την ειδικότητα που έχουν τα φάρμακα αυτά στην αναστολή της COX-2, εντούτοις και αυτά έχουν τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους από το ΓΕΣ, έστω και σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από τα κλασικά ΜΣΑΦ, γι΄αυτό άλλωστε και στις οδηγίες χρήσεώς τους αναφέρονται οι ίδιες προφυλάξεις με αυτές των υπολοίπων ΜΣΑΦ.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η αναλγητική δράση των εκλεκτικών COX-2 αναστολέων είναι παρόμοια με αυτή των κλασικών ΜΣΑΦ.[10-12]

Οι εκλεκτικοί COX-2 αναστολείς έχει βρεθεί να είναι σημαντικά πιο ασφαλείς όσον αφορά την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από το ΓΕΣ σε σύγκριση με τα κλασικά ΜΣΑΦ. Σε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η χρήση εκλεκτικών COX-2 αναστολέων έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών από το ΓΕΣ κατά 50-60% σε σύγκριση με τη χρήση κλασικών ΜΣΑΦ.[11,12]

Επίσης οι ασθενείς που χρησιμοποιούν εκλεκτικούς COX-2 αναστολείς εμφανίζουν σημαντικά μικρότερο ποσοστό διακοπής της θεραπείας τους λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών σε σύγκριση με τους ασθενείς που χρησιμοποιούν κλασικά ΜΣΑΦ.[13]

2. Χρήση γαστροπροστασίας

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες για την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη χρήση των ΜΣΑΦ στην καθημερινή θεραπευτική πράξη περιλαμβάνουν αρκετούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ανεπιθύμητης ενέργειας από το γαστρεντερικό σύστημα. Μεταξύ των παραγόντων αυτών περιλαμβάνονται:

- Ηλικία άνω των 65 ετών
- Προϋπάρχον ιστορικό πεπτικού έλκους
- Παρατεταμένη χρήση ΜΣΑΦ
- Χορήγηση αυξημένων δόσεων ΜΣΑΦ
- Συννοσηρότητα με άλλες παθήσεις και λήψη άλλων φαρμάκων όπως ασπιρίνη και αντιπηκτικά

Εάν ο ασθενής έχει τουλάχιστον έναν από τους ανωτέρω παράγοντες και υπάρχει ανάγκη χορήγησης ΜΣΑΦ, τότε θα πρέπει οπωσδήποτε να συγχορηγήσουμε και γαστροπροστασία η οποία περιλαμβάνει κυρίως είτε κάποια πραζόλη (ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, παντοπραζόλη, ραμπεπραζόλη) ή αυξημένη δόση κάποιου H_2 αναστολέα (κατά κύριο λόγο φαμοτιδίνη ή ρανιτιδίνη).

Παρόλες όμως τις επίσημες οδηγίες και τις κατευθύνσεις από αντίστοιχους Ιατρικούς φορείς και Υπηρεσίες, ένα πολύ μικρό ποσοστό από τους ασθενείς που θα έπρεπε να λαμβάνει γαστροπροστασία βρίσκεται υπό την κάλυψη αυτών.

Στη μεγαλύτερη μέχρι τώρα δημοσιευθείσα συστηματική ανασκόπηση που αφορούσε τη γαστροπροστασία διερευνήθηκε ο βαθμός συνταγογράφησης γαστροπροστασίας, σύμφωνα με τις ανωτέρω οδηγίες, σε ασθενείς που ελάμβαναν μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ και οι οποίοι διέθεταν έναν ή περισσότερους από τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση αιμορραγίας από το πεπτικό, καθώς και ο βαθμός συμμόρφωσης των ασθενών.[14]

Στη συστηματική αυτή ανασκόπηση περιελήφθησαν 11 μελέτες που σχετίζονταν με την κατάλληλη χρήση γαστροπροστατευτικών στρατηγικών σε ασθενείς που ελάμβαναν ΜΣΑΦ και είχαν δημοσιευθεί μέχρι το 2002. Το σύνολο των ασθενών που περιελήφθησαν στις 11 μελέτες που ανασκοπήθηκαν ήταν 1,56 εκατομμύρια και εξ αυτών 911.000 ασθενείς ελάμβαναν θεραπεία με κάποιο ΜΣΑΦ. Στις 8 από τα 11 ανασκοπηθείσες μελέτες αναφέρθηκε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με κάποιο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κάποιας ανεπιθύμητης ενέργειας από το πεπτικό, δεν ελάμβανε καμία γαστροπροστασία. Ειδικότερα το ποσοστό αυτό ήταν στις ΗΠΑ 73%-90%, στην Ιταλία 76%, στην Ολλανδία 87%, στον Καναδά 65% και στο Ηνωμένο Βασίλειο 76%. Αθροίζοντας τα ποσοστά αυτών των 11 μελετών καταλήγουμε στο εύρημα ότι το 76% ή αλλιώς 3 στους 4 ασθενείς με κάποιον παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κάποιας σοβαρής ανεπιθύμητης ενέργειας από το γαστρεντερικό, δεν ελάμβανε καμία γαστροπροστατευτική αγωγή.

Μεταξύ των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για γαστροπροστασία είναι οι αναστολείς των H_2 υποδοχέων της ισταμίνης (H_2 αναστολείς), η μισοπροστόλη και οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPIs).

Α. H_2 αναστολείς

Οι H_2 αναστολείς αποτελούν τους πρώτους αντιεκκριτικούς παράγοντες που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση των νοσημάτων εξ υπεροξύτητας του πεπτικού. Βρίσκονται αρκετές δεκαετίες στη θεραπευτική χρήση και χρησιμοποιούνται ευρύτατα και με μεγάλη αποτελεσματικότητα για τη θεραπευτική, αλλά και προληπτική αντιμετώπιση των γαστροδωδεκαδακτυλικών ελκών, της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ) των ελκών από stress, καθώς και για την αντιμετώπιση του συνδρόμου Zollinger-Ellison και την πρόληψη των ελκών που οφείλονται στη δράση των ΜΣΑΦ.

Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν στην κυ-

ΔΡΑΣΗ	ΣΙΜΕΤΙΔΙΝΗ	ΡΑΝΙΤΙΔΙΝΗ	ΦΑΜΟΤΙΔΙΝΗ
Βιοδιαθεσιμότητα	80	50	40
Ισχύς δράσεως	1	5-10	32
Χρόνος ημίσειας ζωής (ώρες)	1,5-2,3	1,6-2,4	2,5-4
Διάρκεια δράσεως (ώρες)	6	8	12
Αναστολή κυτοχρώματος CYP450	1	0,10	0
Δοσολογία	400	150	20

Πίνακας 3. Φαρμακολογικές ιδιότητες Η2 αναστολέων[17]

κλοφορία η σιμετιδίνη, η ρανιτιδίνη και η φαμοτιδίνη που διαφέρουν σημαντικά στις φαρμακολογικές τους δράσεις.(Πίνακας 3)

Η φαμοτιδίνη φαίνεται ότι διαθέτει τις καλύτερες φαρμακολογικές ιδιότητες από τους υπόλοιπους H_2 αναστολείς και ιδιαίτερα της πλέον συχνά χρησιμοποιούμενης ρανιτιδίνης, αφού είναι πολύ πιο ισχυρός αναστολέας των H_2 υποδοχέων της ισταμίνης, (32 έναντι 5-10), έχει ταχύτερη έναρξη δράσης (1,5 έναντι 3 ωρών), μεγαλύτερη διάρκεια δράσεως (12 έναντι 8 ωρών) και καμία αλληλεπίδραση με το κυτόχρωμα P450.[15]

Η χρήση των H_2 αναστολέων περιορίστηκε σημαντικά μετά την είσοδο στην κυκλοφορία των ΑΑΠ, παρά το γεγονός ότι και η αποτελεσματικότητά τους αλλά και το κόστος τους δεν θα δικαιολογούσε τέτοιου βαθμού υποκατάσταση.

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα των H_2 αναστολέων σε σύγκριση με τους ΑΑΠ και τη μισοπροστόλη, είναι η ασφάλειά τους η οποία είναι συγκρίσιμη με αυτή του Placebo. Ειδικότερα σε σύγκριση με την μισοπροστόλη, οι H_2 αναστολείς δεν προκαλούν τις συχνές και έντονες διάρροιες που προκαλεί η μισοπροστόλη, ενώ σε σύγκριση με τους PPIs, οι H_2 αναστολείς δεν προκαλούν αλληλαντιδράσεις με άλλα φάρμακα όπως π.χ. η κλοπιδογκρέλη, η βαρφαρίνη, η προπανολόλη κ.ά, δεν ενοχοποιούνται για αυξημένη συχνότητα καταγμάτων (ισχίου, καρπού και σπονδύλων) και δεν σχετίζονται με την πρόκληση ή επιδείνωση της άνοιας.

Β. Μισοπροστόλη

Η μισοπροστόλη είναι ένα συνθετικό παράγωγο της προσταγλανδίνης E_1 ουσίας που εκκρίνεται από τον γαστρικό βλεννογόνο τον οποίον και προστατεύει από χημικές βλάβες.[16]

Η χορήγηση 200μg μισοπροστόλης 4 φορές ημερησίως φαίνεται να μειώνει κατά 40% την πιθανότητα εκδήλωσης κάποιας επιπλοκής από το ΓΕΣ σε περίπτωση συγχορήγησης με ΜΣΑΦ.[17] Επίσης η μισοπροστόλη φαίνεται να μειώνει, τα ενδοσκοπικά διαπιστούμενα, έλκη και τις διαβρώσεις του στομάχου σε χρήστες ΜΣΑΦ.[18]

Εν τούτοις φαίνεται ότι η απόλυτη μείωση του κινδύνου από τη χρήση μισοπροστόλης είναι πολύ μικρή, αφού χρειάζεται να λαμβάνουν μισοπροστόλη 266 χρήστες ΜΣΑΦ για να προληφθεί 1 επιπλοκή από το ΓΕΣ που να αποδίδεται στη χρήση ΜΣΑΦ.[19]

Κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια της μισοπροστόλης είναι η διάρροια η οποία εμφανίζεται στο 20% των ατόμων που λαμβάνουν το φάρμακο αυτό και η οποία αναγκάζει πολλά άτομα να διακόπτουν τη θεραπεία.[19] Η μείωση της δοσολογίας της μισοπροστόλης σε 2 ή 3 δόσεις ημερησίως, για να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης των διαρροιών, μειώνει την αποτελεσματικότητά της και γι΄αυτό δεν ενδείκνυται.[20]

Γ. Αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs)

Οι PPIs αποτελούν σήμερα τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα τόσο στην επούλωση των γαστρο-δωδεκαδακτυλικών ελκών, όσο και για την πρόληψη αυτών σε περιπτώσεις χορήγησης ΜΣΑΦ μέσω της μείωσης της έκκρισης του γαστρικού οξέος.[21-24]

Οι PPIs είναι πιο αποτελεσματικοί στην πρόληψη των επιπλοκών από το ΓΕΣ σε χρήστες ΜΣΑΦ τόσο από τη μισοπροστόλη, όσο και από την ρανιτιδίνη.[23-25]

Η συγχορήγηση ενός PPI στη συνήθη δόση ημερησίως έχει δειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής γαστρορραγίας κατά 90% σε ασθενείς με ιστορικό πρόσφατης γαστρορραγίας από λήψη μικρών δόσεων ασπιρίνης ή συνεχή χορήγηση άλλου ΜΣΑΦ.[26,27]

Παρά το γεγονός ότι οι PPIs βρίσκονται σε θεραπευτική χρήση αρκετές δεκαετίες και η ασφάλειά τους έχει αποδειχθεί εν τούτοις τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί έντονος προβληματισμός όσον αφορά μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν έρθει στην επιφάνεια από κάποιες μελέτες. Συγκεκριμένα σε μελέτες παρατήρησης, η χρήση PPIs έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πνευμονίας της κοινότητας[28] και διαρροιών που οφείλονται στην υπερανάπτυξη του *Clostridium difficile*.[29] Επίσης τα τελευταία χρόνια έχει δειχθεί ότι η μακροχρόνια χρήση PPIs αυξάνει τον κίνδυνο οστεοπορωτικών καταγμάτων από το ισχίο, τον καρπό και τους σπονδύλους[30,31], ενώ σε συγχορήγησή της με κλοπιδογκρέλη φαίνεται ότι μειώνεται η αντιαιμοπεταλιακή και αντιθρομβωτική δράση της κλοπιδογκρέλης, αυξάνοντας τα καρδιαγγειακά συμβάματα.[30-33] Οι δύο τελευταίες ανεπιθύμητες ενέργειες οδήγησαν τον Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (το γνωστό FDA) στην έκδοση ειδικής προειδοποίησης για τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπορωτικών καταγμάτων και αλληλεπίδρασης με την κλοπιδογρέλη σε μακροχρόνιους χρήστες PPIs.[34, 35] Προβληματισμός επίσης έχει δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια με τη συσχέτιση της χρόνιας χρήσης PPIs και του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης άνοιας στους ηλικιωμένους.[36,37]

Συμπερασματικά καταλήγουμε ότι :

1. Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που λαμβάνει ΜΣΑΦ διαθέτει έναν ή περισσότερους προδιαθεσικούς παράγοντες εμφάνισης κάποιας ανεπιθύμητης ενέργειας από το ΓΕΣ.

2. Μελέτες δείχνουν σταθερά και διαχρονικά ότι περίπου το 50% ασθενών που λαμβάνουν ΜΣΑΦ θα έπρεπε να λαμβάνει και κάποιον γαστροπροστατευτικό παράγοντα, δηλαδή έναν PPI ή H_2 αναστολέα. Το ποσοστό αυτό δεν φαίνεται να βελτιώνεται με την πάροδο των ετών και την επανειλημμένη υπενθύμιση της ανάγκης αυτής.

3. Παρότι όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες τονίζουν την ανάγκη χορήγησης γαστροπροστασίας σε ασθενείς που λαμβάνουν ΜΣΑΦ και διαθέτουν έναν ή περισσότερους προδιαθεσικούς παράγοντες εκδήλωσης κάποιας επιπλοκής από το ΓΕΣ, εν τούτοις οι οδηγίες αυτές δεν ακολουθούνται.

4. Από τους διαθέσιμους γαστροπροστατευτικούς παράγοντες, οι PPIs και οι H_2 αναστολείς αποτελούν σήμερα τους πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενους παράγοντες, με τους H_2 να υπερτερούν σε ασφάλεια και κόστος.



www.iatrikovima.gr

Καθημερινή επιστημονική και συνεχής ενημέρωση για επίκαιρα θέματα που απασχολούν τον Έλληνα Ιατρό

- Τα τελευταία νέα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου
- Φαρμακευτικές ειδήσεις
- Ενημέρωση για ιατρικά συνέδρια όλων των ειδικοτήτων στην Ελλάδα και τον κόσμο

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βιβλιογραφία

1. IMS Hellas Data December 2015
2. Etienney I, Beaugerie L, Viboud C, Flahault A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs as a risk factor for acute diarrhoea: a case crossover study. Gut. 2003;52:260–2633
3. Boureau F, Schneid H, Zeghari N, Wall R, Bourgeois P. The IPSO study: ibuprofen, paracetamol study in osteoarthritis. A randomised comparative clinical study comparing the efficacy and safety of ibuprofen and paracetamol analgesic treatment of osteoarthritis of the knee or hip. Ann Rheum Dis 2004;63(9):1028-34
4. Bradley JD, Brandt KD, Katz BP, Kalasinski LA, Ryan SI. Comparison of an anti-inflammatory dose of ibuprofen, an analgesic dose of ibuprofen, and acetaminophen in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee. N Engl J Med 1991;325:87-91
5. Kjaersgaard-Andersen P, Nafei A, Skov O, Madsen F, Andersen HM, Kroner K, et al. Codeine plus paracetamol versus paracetamol in longer-term treatment of chronic pain due to osteoarthritis of the hip: a randomised, double-blind, multi-centre study. Pain 1990;43:309-15
6. O'Neill WM. The cognitive and psychomotor effects of opioid drugs in cancer pain management. Cancer Surv 1994;21:67-84)
7. Lanas A, Serrano P, Bajador E, Esteva F, Benito R, Sainz R. Evidence of aspirin use in both upper and lower gastrointestinal perforation. Gastroenterology 1997;112(3):683-9
8. Hoshino T, Tsutsumi S, Tomisato W, Hwang HJ, Tsuchiya T, Mizushima T. Prostaglandin E2 protects gastric mucosal cells from apoptosis via EP2 and EP4 receptor activation. J Biol Chem. 2003 Apr 11;278(15):12752-8. Epub 2003 Jan 29
9. Scarpignato C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: how do they damage gastroduodenal mucosa? Dig Dis. 1995 Jan;13 Suppl 1:9-39
10. Day R, Morrison B, Luza A, Castaneda O, Strusberg A, Nahir M, et al. A randomized trial of the efficacy and tolerability of the COX-2 inhibitor rofecoxib vs ibuprofenin patients with osteoarthritis. Rofecoxib/Ibuprofen Comparator Study Group. Arch Intern Med 2000;160:1781-7
11. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. JAMA 2000;284:1247-55
12. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B, et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR Study Group. N Engl J Med 2000;343:1520-8
13. Lisse JR, Perlman M, Johansson G, Shoemaker JR, Schechtman J, Skalky CS, et al. Gastrointestinal tolerability and effectiveness of rofecoxib versus naproxen in the treatment of osteoarthritis: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med 2003;139(7):539-46
14. Moore RA, Derry S, Phillips CJ, McQuay HJ. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), cyxlooxygenase-2 selective inhibitors (coxibs) and gastrointestinal harm: review of clinical trials and clinical practice. BMC Musculoskelet Disord. 2006 Oct 20;7:79
15. Schunack W. Pharmacology of H2-receptor antagonists: an overview. J Int Med Res. 1989;17 Suppl 1:9A-16A
16. Wilson DE. Antisecretory and mucosal protective actions of misoprostol: potential role in the treatment of peptic ulcer disease. Am J Med 1987;83:2-8
17. Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, Davies HW, Struthers BJ, Bittman RM, et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 1995;123(4):241-9
18. Graham DY, Agrawal NM, Roth SH. Prevention of NSAID-induced gastric ulcer with misoprostol: multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 1988;2(8623):1277-80
19. Rostom A, Wells G, Tugwell P, Welch V, Dube C, McGowan J. The prevention of chronic NSAID induced upper gastrointestinal toxicity: a Cochrane Collaborationmetaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol 2000;27(9):2203-14
20. Raskin JB, White RH, Jackson JE, Weaver AL, Tindall EA, Lies RB, et al. Misoprostol dosage in the prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastric and duodenal ulcers: a comparison of three regimens. Ann Intern Med 1995;123(5):344-50
21. Poynard T, Lemaire M, Agostini H. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. Eur J Gastroenterol Hepatol 1995;7:661-5.
22. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhasz L, Racz I, Howard JM, van Rensburg CJ. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Acid Suppression Trial: Ranitidine Versus Omeprazole for NSAID-Associated Ulcer Treatment (ASTRONAUT) Study Group. N Engl J Med 1998;338:719-26.
23. Agrawal NM, Campbell DR, Safdi MA, Lukasik NL, Huang B, Haber MM, et al. Superiority of lansoprazole vs ranitidine in healing nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastric ulcers: results of a double-blind, randomized, multicenter study. NSAID-Associated Gastric Ulcer Study Group. Arch Intern Med 2000;160:1455-61.
24. Hawkey CJ, Karrasch JA, Szczepanski L, Walker DG, Barkun A, Swannell AJ, et al. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-Induced Ulcer Management (OMNIUM) Study Group. N Engl J Med 1998;338:727-34)
25. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhasz L, Racz I, Howard JM, van Rensburg CJ. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Acid Suppression Trial: Ranitidine Versus Omeprazole for NSAID-Associated Ulcer Treatment (ASTRONAUT) Study Group. N Engl J Med 1998;338:719-26.
26. Lai KC, Lam SK, Chu KM, Wong BC, Hui WM, Hu WH, et al. Lansoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use. N Engl J Med 2002;346(26):2033-8.
27. Chan FK, Chung SC, Suen BY, Lee YT, Leung WK, Leung VK, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with Helicobacter pylori infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. N Engl J Med 2001;344:967-73
28. Laheij RJ, Sturkenboom MC, Hassing RJ, Dieleman J, Stricker BH, Jansen JB. Risk of community-acquired pneumonia and use of gastric acid-suppressive drugs. JAMA 2004;292:1955-60
29. Dial S, Alrasadi K, Manoukian C, Huang A, Menzies D. Risk of Clostridium difficile diarrhea among hospital inpatients prescribed proton pump inhibitors: cohort and case-control studies. CMAJ 2004;171(1):33-8
30. Si-Dong Yang, Qian Chen, Hai-Kun Wei et al. Bone fracture and the interaction between bisphosphonates and proton pump inhibitors: a meta-analysis. Int J Clin Exp Med 2015;8(4):4899-4910
31. Khalili H, Huang E, Jacobson B et al. Use of proton pump inhibitors and risk of hip fracture in relation to dietary and lifestyle factors: a prospective cohort study. BMJ 2012;344:e372 doi:10.1136/bmj.e372
32. Mouli P, Ahuja V. Proton Pump Inhibitors : concerns over prolonged use. Tropical Gastroenterology 2011;32(3):175–184
33. Huang B, Huang Y, Li Y, et al. Adverse cardiovascular effects of concomitant use of proton pump inhibitors and clopidogrel in patients with coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis.
34. Food and Drug Administration. Follow-Up to the January 26, 2009, Early Communication about an Ongoing Safety Review of Clopidogrel Bisulfate (marketed as Plavix) and Omeprazole (marketed as Prilosec and Prilosec OTC) [Internet]. U.S. Food and Drug Administration; 2009 [cited 1 Jan 2015]. Available: http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHeathcareProfessionals/ucm190784.htm.
35. Johnson T. Use of Proton Pump Inhibitors and Risk of Bone Fractures in Adults. http://www.fda.gov/downloads/Drugs/NewsEvents/UCM399631.pdf
36. Haenisch B, von Holt K, Wiese B. Risk of dementia in elderly patients with the use of proton pump inhibitors. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2015;265:419-28.
37. Gomm W, von Holt K, Thomé F. Association of Proton Pump Inhibitors With Risk of Dementia: A Pharmacoepidemiological Claims Data Analysis. JAMA Neurol. 2016 Feb 15. doi: 10.1001/jamaneurol.2015.4791. [Epub ahead of print].

Πιείτε έναν ελληνικό καφέ «στην υγειά σας»

ΤΣΑΚΟΥ ΕΥΑ
Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Επιστημονική συντάκτης medNutrition.gr

Υπάρχουν κάποια τρόφιμα και ροφήματα τα οποία τα έχω στο μυαλό μου ως «παραδοσιακά», που υπάρχουν σε κάθε νοικοκυριό, όσα χρόνια και αν περάσουν. Ένα από αυτά είναι ο ελληνικός καφές, με το ιδιαίτερο άρωμά του. Μάλιστα, τον έχω συνδυάσει με τον πατέρα μου, καθώς κάθε πρωί πίνει, όλα αυτά τα χρόνια, με ιδιαίτερη ευλάβεια έναν «γλυκύ βραστό»! Μεγάλωσα λοιπόν έχοντας ως δεδομένο ότι είναι ένα υγιεινό ρόφημα, μέχρι που έγινα διαιτολόγος και το διαπίστωσα πλέον και από την επιστημονική του πλευρά.

Αναζητώντας τα οφέλη του καφέ στην υγεία, οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται, είτε στον ρόλο της καφεΐνης, είτε στον ρόλο των συστατικών του καφέ, όπως τα αντιοξειδωτικά και το χλωρογενικό οξύ. Μάλιστα, ο καφές έχει **υψηλή περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικές ουσίες**, οι οποίες έχουν αντιφλεγμονώδη δράση και μπορούν να προστατεύσουν τον οργανισμό μας από τις ελεύθερες ρίζες, που ευθύνονται για τις κυτταρικές βλάβες. Ας δούμε όμως πιο συγκεκριμένα κάποιες από τις καταστάσεις υγείας, στις οποίες έχει φανεί η ευεργετική δράση του αγαπημένου ελληνικού καφέ.

Καρδιαγγειακά νοσήματα: Αξιοθαύμαστη είναι η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στους κατοίκους ενός από τα πιο αγαπημένα μου νησιά, της Ικαρίας, που φημίζεται για τη **μακροβιότητα** των κατοίκων του, κατέχοντας από τα μεγαλύτερα ποσοστά παγκοσμίως. Η μελέτης της Ικαρίας έδειξε ότι ο ελληνικός καφές «μιλάει» στην καρδιά μας, καθώς η κατανάλωση συσχετίζεται με την καλύτερη ενδοθηλιακή λειτουργία. Το ενδοθήλιο αφορά τα τοιχώματα των αγγείων που είναι ο σύνδεσμος της καρδιάς, ώστε να τροφοδοτείται όλο μας το σώμα με αίμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν, λοιπόν, προστατευτική δράση στο ενδοθήλιο από την κατανάλωση καφέ, ακόμη και σε άτομα με υπέρταση! Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η κατανάλωση καφέ (ακόμα και πάνω από 4 φλιτζάνια την ημέρα), τόσο καλύτερος ήταν και ο δείκτης της ενδοθηλιακής λειτουργίας. Το αξιοσημείωτο είναι ότι οι συμμετέχοντες που κατανάλωναν κυρίως ελληνικό καφέ, είχαν καλύτερη ενδοθηλιακή λειτουργία από αυτούς που κατανάλωναν άλλους τύπους καφέ.

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2: Άτομα που καταναλώνουν καφέ μακροχρόνια, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Συγκεκριμένα, μελέτη του 2009 έδειξε ότι όσοι έπιναν 3 ή 4 φλιτζάνια καφέ την ημέρα, παρουσίαζαν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη



κατά 20% ή περισσότερο. Για κάθε επιπλέον φλιτζάνι, ο κίνδυνος μειωνόταν κατά 7% περισσότερο!

Μεταβολικό σύνδρομο: Χαρακτηρίζεται από τον συνδυασμό σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης, αυξημένης περιφέρειας μέσης και δυσλιπιδαιμίας. Αν και δεν έχει βρεθεί ακόμη σε ποιες συγκεκριμένα από τις παραπάνω καταστάσεις βοηθά ο καφές, έρευνα του 2009 έδειξε ότι άτομα με συστηματική κατανάλωση καφέ είχαν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου.

Καρκίνος του προστάτη: Είστε άντρας και πίνετε κάθε μέρα ελληνικό καφεδάκι; Συγχαρητήρια, έχετε 21% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσετε καρκίνο του προστάτη! Μετά-ανάλυση προοπτικών μελετών έδειξε ότι τα άτομα που κατανάλωναν τακτικά καφέ είχαν 21% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του προστάτη, σε σχέση με τα άτομα που δεν κατανάλωναν καθόλου ή έπιναν σπάνια καφέ.

Κατάθλιψη: Και όμως, η κατανάλωση καφέ μπορεί να σας προσφέρει περισσότερα χαμόγελα! Έρευνα του 2014, η οποία εξέτασε την επίδραση κατανάλωσης διαφόρων ροφημάτων στον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, έδειξε ότι τα άτομα που κατανάλωναν πάνω από 4 καφέδες την ημέρα, χωρίς κάποια γλυκαντική ουσία, είχαν 9% μειωμένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη, σε σχέση με τα άτομα που δεν κατανάλωναν καθόλου καφέ.

Τελικά, πάντα υπάρχει ένας καλός λόγος για να πίνουμε έναν ελληνικό καφέ! Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι υπάρχει σε κάθε σπίτι και έχει συνδεθεί με την παράδοση. Όσον αφορά στις έρευνες για τις θετικές επιδράσεις του καφέ, αυτές συνεχίζονται και έχουμε διαρκώς δεδομένα που σχετίζονται με διαφορετικές καταστάσεις υγείας και χρόνιες παθήσεις. Πιείτε λοιπόν έναν ελληνικό καφέ «στην υγειά σας»!

Βιβλιογραφία:

1. Yamada-Fowler N, Fredrikson M, Söderkvist P. Caffeine Interaction with Glutamate Receptor Gene GRIN2A: Parkinsons Disease in Swedish Population. PLoS One. 2014 Jun 10;9(6):e99294.
2. Yu X, Bao Z, Zou J, Dong J. Coffee consumption and risk of cancers: a meta-analysis of cohort studies. BMC Cancer. 2011 Mar 15;11:96
3. Grosso G, Marventano S, Galvano F, Pajak A, Mistretta A. Factors associated with metabolic syndrome in a mediterranean population: role of caffeinated beverages. J Epidemiol. 2014 Jul 5;24(4):327-33. Epub 2014 May 3.
4. Van der Mark M, Nijssen PC, Vlaanderen J, Huss A, Mulleners WM, Sas AM, van Laar T, Kromhout H, Vermeulen R.A case-control study of the protective effect of alcohol, coffee, and cigarette consumption on Parkinson disease risk: time-since-cessation modifies the effect of tobacco smoking.PLoS One. 2014 Apr 30;9(4):e95297.
5. Guo X, Park Y, Freedman ND, Sinha R, Hollenbeck AR, Blair A, Chen H.Sweetened beverages, coffee, and tea and depression risk among older US adults.PLoS One. 2014 Apr 17;9(4):e94715.
6. Siasos G, Oikonomou E, Chrysohoou C, Tousoulis D, Panagiotakos D, Zaromitidou M, Zisimos K, Kokkou E, Marinos G, Papavassiliou A, Pitsavos C. and Stefanadis C, Consumption of a boiled Greek type of coffee is associated with improved endothelial function: The Ikaria Study. Vascular Medicine. 2013 Mar 18(2) 55-62

ΞΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Ελληνική εθνοφαρμακολογία του αναπνευστικού συστήματος

ΜΑΝΩΛΗΣ ΜΙΤΑΚΗΣ
Φαρμακοποιός, Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Εθνοφαρμακολογίας

Η Ελλάδα βρίσκεται μέσα στις πρώτες δέκα χώρες παγκοσμίως από πλευράς ερευνητικού ενδιαφέροντος στο πεδίο της Εθνοφαρμακολογίας. Σε ευρωπαϊκό μάλιστα επίπεδο κατέχει την πρώτη θέση.

Οι λόγοι που η πατρίδα μας συγκεντρώνει τέτοιας έκτασης ενδιαφέρον είναι δύο:

- Η τεράστια από πλευράς ποικιλομορφίας χλωρίδα και πανίδα της, που διαθέτει εξαιρετικά υψηλό αριθμό αποδεδειγμένων και υποψήφιων βιολογικά ενεργών ουσιών. Και τούτο διότι η Ελλάδα παρουσιάζει την εξής ιδιαιτερότητα: έχει σταθερό κλίμα αλλά ευμετάβλητο καιρό. Εάν εκφραζόμασταν με μαθηματικούς όρους, θα λέγαμε ότι διαθέτει την άριστη μέση τιμή, αλλά μεγάλη τυπική απόκλιση. Έτσι, μέσα σε ένα περιβάλλον μεσογειακού κλίματος, η συνεχής αλλαγή του ανέμου, της θερμοκρασίας και της υγρασίας, μέσα σε ένα τοπίο που ξεκινά από τα νησιά του Αιγαίου και «εκτονώνεται» στους ορεινούς όγκους της Πίνδου, δημιουργεί την ανάγκη ύπαρξης πολλαπλών μηχανισμών επιβίωσης στα φυτά, μέρος του οποίου είναι και η παραγωγή βιολογικά ενεργών ουσιών.
- Ο πλούτος της ελληνικής ιατρικής λαογραφίας. Οι ιστορικοί δέχονται ότι η γεωλογική διαμόρφωση του ελληνικού τοπίου, με τη συχνή εναλλαγή του βουνού και του κάμπου από τη μια μεριά, καθώς και της ξηράς με τη θάλασσα από την άλλη, συνέβαλαν στη δημιουργία της πόλης-κράτους στην αρχαία Ελλάδα. Έτσι, η Ελλάδα γέμισε από «τόπους». Και κάθε «τόπος» έχει τις δικές του παραδόσεις. Η ιατρική λαογραφία αποτελεί μέρος των παραδόσεων αυτών. Η χώρα που γέννησε τον Ιπποκράτη, τον Διοσκουρίδη, τον Γαληνό, τον Θεόφραστο, τον Αρεταίο, τον Νικόλαο Μυρεψό, αλλά και τον Αγάπιο, καθώς και τον Πύρο τον Θεσσαλό, είναι εξαιρετικά πλούσια σε ιατρικές παραδόσεις. Η Εθνοφαρμακολογία έχει ως σκοπό να προσφέρει στην Ιατρική σύγχρονα και τεκμηριωμένα αποτελεσματικά φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά, τα αναζητά, τα βρίσκει και τα «κλέβει» μέσα από την ιατρική κουλτούρα των λαών που τα χρησιμοποιούσαν για αιώνες. Δεν είναι επομένως τυχαίο ότι η πλούσια ιατρική λαογραφία της Ελλάδας αποτελεί μια πρόκληση για τους Εθνοφαρμακολόγους. Η πρόκληση αυτή έχει χαρίσει μέχρι στιγμής στην ιατρική φαρέτρα φάρμακα όπως το σπασμολυτικό υοσκίνη (Buscopan®) από το φυτό Ντατούρα που φύεται στον Όλυμπο, την γκαλανταμίνη (Reminyl®) για την αντιμετώπιση της νόσου του Alzheimer από ένα είδος ναρκίσσου που φύεται στην Πελοπόννησο και τη Μακεδονία και την ακυκλοβίρη (Zovirax®) από ένα είδος κοραλλιού που φύεται στα ανοιχτά της Ζακύνθου.

Ελληνική Εθνοφαρμακολογία του αναπνευστικού

Ανάμεσα στα συστήματα του ανθρώπινου σώματος, το αναπνευστικό ήταν εκείνο που τράβηξε σύντομα το ενδιαφέρον των αρχαίων Ελλήνων.

Το γεγονός δεν είναι τυχαίο. Το μηχανικό μέρος της αναπνοής αποτελεί μια από τις πιο άμεσα ορατές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Εκείνο που απασχολούσε όμως τους αρχαίους Έλληνες ήταν γιατί να υπάρχει η λειτουργία αυτή. Κι αυτό οφείλεται εν μέρει στην Ινδοευρωπαϊκή τους Ιστορία: τα ελληνικά φύλα έφεραν κατά την εγκατάστασή τους στην Ελλάδα την ανάμνηση της ινδοευρωπαϊκής λέξης "atman". Η λέξη αυτή εμφανίζεται ακόμη και σήμερα στα Ινδουιστικά και Βραχμανικά ιερά κείμενα και σημαίνει ψυχή του σύμπαντος.

Με άλλα λόγια, το atman είναι το πνεύμα όλου του κόσμου (υλικού και άυλου) που μας περιβάλλει και φτάνει μέχρι μέσα μας. Η λέξη "atman" έφτασε στα ελληνικά ως «ατμός», λέξη την οποία δανείστηκαν στη συνέχεια οι Γερμανοί για να παράγουν τη λέξη "atmung" (αναπνοή).

Σύμφωνα λοιπόν με τους γλωσσολόγους, ο «ατμός» των αρχαίων Ελλήνων είχε αρχικά την έννοια του πνεύματος του σύμπαντος. Το «πνεύμα» δεν κάνει τίποτε άλλο από το να «πνέει» και να δίνει «πνοή» στα έμβια σώματα. Το μέρος του σώματος από το οποίο εισέρχεται το πνεύμα στο σώμα ονομάστηκε από τους αρχαίους «πνεύμων». Έτσι, καταλαβαίνουμε ότι οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν την αναπνοή μια λειτουργία που χρήζει φιλοσοφικής προσέγγισης. Γι' αυτό και ασχολήθηκαν εκτεταμένα με την αναπνοή. Ας δούμε, για παράδειγμα, την άποψη του Δημόκριτου, όπως διασώθηκε από τον Αριστοτέλη: Ο Δημόκριτος λέει ότι από την αναπνοή κάτι συμβαίνει στα ζώα που αναπνέουν, ισχυριζόμενος ότι εμποδίζει την ψυχή από το να εκθλιβεί, δεν λέει, όμως, ότι για το σκοπό αυτό έκανε η φύση την αναπνοή συνολικά άλλωστε, όπως και οι άλλοι φυσιοφιλόσοφοι, ποτέ δεν θίγει αιτία τέτοιου είδους.

Ταυτίζει, όμως, την ψυχή με το θερμό, ως πρώτα σχήματα των σφαιροειδών σωματίων.

Έτσι, υποστηρίζει πως, όταν αυτά συμπιέζονται μαζί δια της βίας υπό την πίεση του περιβάλλοντος αέρα, η αναπνοή παρεμβαίνει για να τα βοηθήσει. Στον αέρα, άλλωστε, υπάρχει μεγάλος αριθμός τέτοιων σωματίων, τα οποία εκείνος ονομάζει «νου» και «ψυχή».

Καθώς, λοιπόν, το ζώο αναπνέει και μπαίνει ο αέρας, μπαίνουν κι αυτά μαζί του και, ανακουφίζοντας την πίεση, εμποδίζουν την ψυχή που υπάρχει μέσα στα ζώα να βγει έξω. Για τούτο, η ζωή και ο θάνατος εξαρτώνται από την εισπνοή και την εκπνοή, διότι, όταν επικρατεί η πίεση του περιβάλλοντος αέρα και δεν μπορεί να μπει πια απ' έξω και να την αντισταθμίσει, αφού το ζώο δεν μπορεί να αναπνεύσει, τότε επέρχεται ο θάνατος.


Atropa belladona


Conium


Hyoscyamous Niger

Θεωρεί δηλαδή ότι ο θάνατος είναι η έξοδος από το σώμα σχημάτων όπως αυτά, λόγω της πίεσης του περιβάλλοντος αέρα. Δεν δήλωσε, όμως, τίποτα για την αιτία, λόγω της οποίας όλα τα ζωντανά πλάσματα πρέπει κάποτε να πεθάνουν, όχι ωστόσο, όποτε τύχει, αλλά είτε κατά φύση από γηρατειά ή παρά φύση βίαια… Η αναπνοή ως «ανάσα» πέρασε στη λαϊκή συνείδηση ως μείζονος σημασίας λειτουργία και έτσι έφτασε ως τις ημέρες μας. Η φυματίωση και το άσθμα συνέβαλαν πολύ σε αυτό. Έτσι, το λαϊκό ενδιαφέρον, στις γεωγραφικά απομονωμένες και ιατρικά μη καλυπτόμενες περιοχές της Ελλάδας, επικεντρώθηκε στην ανεύρεση βοτάνων που σταματούν το βήχα, αναστέλλουν την καταρροή, διευκολύνουν την απόχρεμψη και βοτάνων που «δυναμώνουν», κατά τη λαϊκή αντίληψη, το αναπνευστικό σύστημα. Από όλα τα συμπτώματα από το αναπνευστικό, ο βήχας συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Στην ελληνική λαϊκή ιατρική παράδοση, ο βήχας κατάφερε να διακριθεί ως γαϊδουρόβηχας, κορακόβηχας, ξερόβηχας (χωρίς απόχρεμψη), σκυλόβηχας (υλακώδης βήχας), κοκκορόβηχας (βήχας του κοκκύτη) και τσιγαρόβηχας (άφθονη απόχρεμψη). Τέλος, στις ελληνικές λαϊκές παραδόσεις βρίσκουμε και βότανα για εξειδικευμένες παθήσεις του αναπνευστικού, όπως «βότανα για το άσμα» (αντιασθματικό), «βότανα για το φράξιμο και τα βρογχικά» (COPD), «βότανα για τον κακό ξερόβηχα» (κοκκύτη), «βότανα για το κρυολόγημα» και «βότανα για το πόθιασμα» (πνευμονία).

Παρακάτω αναφέρονται νοσήματα του αναπνευστικού και τα βότανα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία ή την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους.

Άσθμα (λαϊκά: άσμα)

- Κρεμαστήρα: Πρόκειται για το φυτό Εφέδρα (***Efedra campulopoda***), είδος κοινό στην Ελλάδα, που το συναντούμε σε βράχους και ερείπια. Το φυτό περιέχει το αλκαλοειδές εφεδρίνη, που έχει βρογχοδιασταλτικές ιδιότητες λόγω της συμπαθομιμητικής του δράσης (β-διέγερση).
- Άγρια δαμασκηνιά: Χρησιμοποιείται ο φλοιός της. Στην Ήπειρο παρασκευάζουν σιρόπι με μέλι στο οποίο προσθέτουν Αχιλλαία (***Achilea millefollium***).
- Ιξός: Το επιστημονικό του όνομα είναι ***Viscum album***, περισσότερο γνωστό όμως είναι στους ανθρώπους των πόλεων με το ξενικό όνομα γκι (Gui). Αναφέρεται επίσης και με τα ονόματα μελάς και ελατένιο. Πρόκειται για παρασιτικό φυτό, που αναπτύσσεται στο έλατο, στη βελανιδιά, στη μηλιά κ.λπ. Με το φυτό αυτό φτιαχνόταν παλιά η ιξόβεργα για τη παγίδευση των πουλιών. Έχει βρογχοσπασμολυτικές και αποχρεμπτικές ιδιότητες.
- Βρομόχορτο: Πρόκειται για το Κώνειο (***Conium maculatum***). Αναφέρεται επίσης ως μαγκούτα ή κιρκούτα. Έγινε γνωστό λόγω του θανάτου του Σωκράτη. Ευδοκιμεί στις άκρες των επαρχιακών δρόμων και σε χαλάσματα σπιτιών. Έχει στέλεχος ευθύ, απλό προς τα κάτω, με διακλάδωση προς τα επάνω. Το κύριό του χαρακτηριστικό είναι τα πολλά μαύρα στίγματα που υπάρχουν στο βλαστό του, που είναι τετραγωνικός. Τα άνθη του είναι μικρά λευκά, πολυάριθμα, σε μορφή σκιαδίου (ομπρέλας). Ανθίζει το καλοκαίρι. Χρησιμοποιούνται τα φρέσκα φύλλα του φυτού κατά της «σπαστικής βρογχίτιδας». Η δράση του φυτού οφείλεται στο αλκαλοειδές κωνεΐνη.
- Φλώμος: Πρόκειται για το φυτό ***Verbascum thapsus***. Το φυτό είναι κοινό στην Ελλάδα, όπου απαντάται και με τα ονόματα γλώσσα, σπλόνος και παλαιότερα μελισσαρού. Είναι χνουδωτό, με χρώμα κιτρινοπράσινο και με λευκά παχιά άνθη. Έχει αποχρεμπτικές ιδιότητες.

COPD (λαϊκά: βρογχικά, φράξιμο, βράσιμο, πλάκωση, κρούψη, φλέματα, τσιγαρόβηχας)

- Ντάτουλα: Πρόκειται για το φυτό ***Datura stramonum*** της οικογένειας των σολανωδών (στην ίδια οικογένεια ανήκει η πατάτα). Ξεχωρίζει για την έντονη και βαριά μυρωδιά του και τα πολύ μεγάλα λευκά άνθη του. Περιέχει τα αλκαλοειδή υοσκυαμίνη και σκοπολαμίνη, που λόγω των ισχυρών αντιχολινεργικών τους ιδιοτήτων έχουν βρογχοδιασταλτική δράση. Στο παρελθόν παρασκευάζονταν από το φυτό τα τσιγάρα στραμωνίου, που δίνονταν για την ανακούφιση των ασθματικών και βρογχιτιδικών.
- Μπελαντόνα: Πρόκειται για το φυτό ⇨

⇨ ***Atropa Belladonna***, που είναι γνωστό από την αρχαιότητα. Χρησιμοποιούνταν από τις γυναίκες για τη διαστολή της κόρης του ματιού τους για αισθητικούς λόγους. Είναι φυτό που μπορεί να φτάσει το 1,5μ. σε ύψος. Όλο το φυτό έχει δυσάρεστη μυρωδιά, γι' αυτό το αποκαλούν σε μερικά μέρη βρομόχορτο. Τα φύλλα του είναι αντικριστά, ωοειδή, μαλακά και πλατιά. Ο καρπός του είναι σαρκώδης, αρχικά πράσινος, έπειτα κόκκινος και στο τέλος μαύρος, μοιάζοντας με κεράσι. Περιέχει το αλκαλοειδές ατροπίνη, που ο πυρήνας του (τροπάνιο) αποτελεί το βασικό σκελετό των αντιχολινεργικών φαρμάκων.

- Θυμάρι: Πρόκειται για το φυτό ***Thymus vulgaris***. Η λέξη προέρχεται από το ρήμα θύω, που σημαίνει θυσιάζω, αρωματίζω. Στη λαϊκή θεραπευτική θεωρείται αντισηπτικό, κατευναστικό στη βρογχίτιδα, τον κοκκύτη και γενικά κατά του επίμονου βήχα. Χρησιμοποιείται είτε με τη μορφή του αιθέριου ελαίου, είτε ως έγχυμα (5-15γρ. σε ένα λίτρο νερό).
- Μηνύανθος: Πρόκειται για το φυτό ***Mynyanthes peltatum*** που το συναντούμε στη λίμνη του Νεζερού και στον Ορχομενό. Το φυτό ανήκει στην οικογένεια των γερανιωδών. Έχει φύλλα τριφυλλοειδή, άνθη κόκκινα και καρπούς σε μέγεθος μπιζελιού. Παίρνεται ως αφέψημα (15-30γρ./λίτρο νερού). Θεωρείται ότι έχει αντιπυρετική και αποχρεμπτική δράση.
- Μολόχα: Πρόκειται για ένα πασίγνωστο φυτό στην Ελλάδα. Η επιστημονική του ονομασία είναι ***Malva silvestris***. Χρησιμοποιούνται τα άνθη της για την αποχρεμπτική τους δράση (10γρ. ανθέων σε 1 λίτρο βραστό νερό).

Φυματίωση (λαϊκά: τιχτικό, χτίκιασμα, φθίση, ζαμπουνιάρισμα)

- Σαμπούκος: Το επιστημονικό του όνομα είναι ***Sambucus nigra***. Η λαϊκή θεραπευτική του έχει αποδώσει ιδιότητες παραπλήσιες με εκείνες της Echinacea.
- Βρώμη: Πρόκειται για το καλλιεργούμενο φυτό ***Avena sativa***. Χρησιμοποιείται στη λαϊκή φαρμακευτική ως αφέψημα: Βράζονται 20 γραμμάρια σπόρων σε 1250γρ. νερό. Το παρασκεύασμα αφήνεται να βράσει μέχρι να μείνουν 1000γρ.
- Ευκάλυπτος: Πρόκειται για το ***Eucalyptus globules***, δένδρο πολύ γνωστό στην Ελλάδα. Στη λαϊκή θεραπευτική θεωρείται «αντισηπτικό» των πνευμόνων. Θεωρείται επίσης ότι τροποποιεί τις βρογχικές εκκρίσεις στις περιπτώσεις της φυματίωσης, καθώς και της χρόνιας βρογχίτιδας. Έχει αντιπυρετικές ιδιότητες στον ελώδη πυρετό. Χρησιμοποιείται με μορφή τσαγιού (20:1000).

Κοκκύτης (λαϊκά: κουκλούς, κοκκορόβηχας)

- Δαφνοκερασιά: Πρόκειται για το φυτό ***Prunus laurocerasus***, που ανήκει στην ίδια οικογένεια (Rosaceae) με τη ροδιά. Στην Ελλάδα φύεται κυρίως στη Θράκη, όπου απαντάται με το όνομα Ροδαφνιά. Περιέχει υδροκυάνιο. Χρησιμοποιείται είτε με τη μορφή τσαγιού (ένα φρέσκο φύλλο σε 200 γραμμάρια βραστό νερό) είτε ως απόσταγμα των φύλλων της με νερό (15-20γρ./ανα δόση).
- Κισσός: Η επιστημονική του ονομασία είναι ***Hedera helix*** και ανήκει στα αναρριχητικά φυτά. Ο κορμός του κισσού σε βάμμα 1:10 έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη λαϊκή θεραπευτική κατά του κοκκύτη σε δόση 10-20 σταγόνες ημερησίως.
- Γλυκύαμος: Πρόκειται για το φυτό ***Hyoscyamus niger***. Στη λαϊκή θεραπευτική αναφέρεται και με τα ονόματα γέρος, γιατρός και μπελελές. Ο υοσκύαμος έχει ύψος 60εκ., στέλεχος όρθιο, βελούδινο στην όψη και φύλλα μακρουλά με λοβούς. Τα άνθη του βγαίνουν σε στάχυ, με χρώμα ελαφριά βιολετί στα άκρα των κλάδων και οι σπόροι του είναι γκριζωποί. Το δραστικό του συστατικό είναι το αλκαλοειδές υοσκυαμίνη που από φαρμακολογικής άποψης ανήκει στα αντιχολινεργικά.

Πνευμονία (λαϊκά: πόθιασμα, χλεμπόνιασμα)

- Έλατο: Πρόκειται για το φυτό ***Abies pectinata*** της οικογένειας των κωνοφόρων. Από το έλατο λαμβάνεται το τερεβινθέλαιο και το κολοφώνιο. Χρησιμοποιείται με τη μορφή τσαγιού (20 νεαρά βλαστάρια που συλλέγονται τον Φεβρουάριο σε 1000γρ. ζεστό νερό.

Πλευρίτιδα (λαϊκά: πλευρίτωμα)

- Παπαρούνα: Πρόκειται για την κοινή κόκκινη παπαρούνα (***Papaver rhoias***). Περιέχει το αλκαλοειδές ροιαδίνη. Τα άνθη της χρησιμοποιούνται ως αντιβηχικά και αποχρεμπτικά. Στην Ελληνική Φαρμακοποιία III αναγράφεται το σιρόπι παπαρούνας για την αντιβηχική του δράση. Στη λαϊκή θεραπευτική χρησιμοποιείται στην πλευρίτιδα.
- Αλθαία: Το επιστημονικό της όνομα είναι ***Althaea officinalis*** και αναφέρεται και ως δενδρομολόχα. Χρησιμοποιούνται τα φύλλα, τα άνθη και οι ρίζες της, για τις αποχρεμπτικές και αντιβηχικές τους ιδιότητες. Η λαϊκή θεραπευτική εκμεταλλεύεται τις ιδιότητες αυτές στην αντιμετώπιση της πλευρίτιδας.

Κρυολόγημα (λαϊκά: κρύωμα, γρίπιασμα)

- Φασκόμηλο: Το επιστημονικό του όνομα είναι ***Salvia officinalis***. Αναφέρεται επίσης ως φασκομηλιά και αλιφασκιά. Το φυτό αναφέρεται από τον Ιπποκράτη, τον Διοσκουρίδη, τον Θεόφραστο και τον Γαληνό. Χρησιμοποιείται ως τσάι και ως έμβρεγμα. Για το τελευταίο αφήνονται να μουσκέψουν 80γρ. φύλλων φασκόμηλου σε 1000γρ. Σαμιώτικου κρασιού. Δίνεται το παραπάνω σε συνδυασμό με ξίδι και κατά της βραχνάδας.
- Στελάρια: Πρόκειται για το φυτό ***Stelaria media***. Ανήκει στις πόες και ζει 1-2 χρόνια. Στην Ελλάδα αποτελεί ζιζάνιο των αγρών. Στη λαϊκή θεραπευτική θεωρείται ότι έχει αντιπυρετική και αποχρεμπτική δράση.
- Ρίκια: Πρόκειται για το φυτό Ερίκη (***Erica cinerea***). Είναι θαμνώδες φυτό που φύεται συχνά στα ελληνικά υψώματα. Έχει μικρά φύλλα όρθια και άνθη ιώδη. Το σχήμα των άνθεων είναι χαρακτηριστικό: μοιάζουν με καμπανάκια. Στη λαϊκή θεραπευτική χρησιμοποιούνται τα άνθη του φυτού σε δόση μια κουταλιά της σούπας σε ένα λίτρο νερό που θα βράσει για δέκα λεπτά. Η ποσότητα αυτή λαμβάνεται τμηματικά σε διάστημα 24 ωρών.

Φαρυγγίτιδα – Λαρυγγίτιδα (λαϊκά: κλείσιμο λαιμού, βράχνιασμα)

- Πουλμονάρια: Πρόκειται για το φυτό ***Pulmonaria officinalis***. Το συγκεκριμένο όνομα τού δόθηκε επειδή τα φύλλα του μοιάζουν πολύ με τη μακροσκοπική εικόνα των πνευμόνων. Θεωρείται ότι έχει έντονη αντιβηχική και ικανή αντιβιοτική δράση. Απαντάται πολύ συχνά στους σκιερούς τόπους στη Β. Ελλάδα.
- Ύσσωπος: Το επιστημονικό του όνομα είναι ***Hyssopus officinalis***. Πρώτος ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε το φυτό κατά

των βρογχικών παθήσεων, λόγω των αντιβηχικών, ήπιων βρογχοδιασταλτικών και αποχρεμπτικών ιδιοτήτων του. Στο Πήλιο χρησιμοποιείται με τη μορφή σιροπιού που παρασκευάζεται από 100γρ. ανθισμένες κορυφές υσσώπου, 1000γρ. βραστό νερό και 1600γρ. ζάχαρης.

Από την Εθνοφαρμακολογία στη φαρμακολογία

Όπως φάνηκε στον παραπάνω πίνακα, η Ελληνική φύση αποτελεί ένα ανεξάντλητο οπλοστάσιο φαρμάκων. Στις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος έχει τροφοδοτήσει τα εργαστήρια με:

- βρογχοδιασταλτικά της κατηγορίας των αντιχολινεργικών (ατροπίνη, υοσκυαμίνη)
- βρογχοδιασταλτικά της κατηγορίας των β-διεγερτών αποχρεμπτικά
- αντιβηχικά
- αντιοξειδωτικά
- ανοσοτροποποιητικά
- ουσίες με βακτηριοστατική και βακτηριοκτόνο δράση

Αρκετές από τις βιολογικά ενεργές αυτές ουσίες έχουν πάρει το δρόμο για τα εργαστήρια. Κάποιες από αυτές κυκλοφορούν ήδη στο εμπόριο, είτε αυτούσιες είτε με την προσθήκη μερικών πλευρικών αλυσίδων. Και όλα αυτά γιατί υπήρξαν. Και υπήρξαν σε αρκετή ποσότητα για να ανιχνευτούν. Υπήρξαν σε αρκετή ποσότητα για να εξαχθούν από τα φυτά, σε μια εποχή που η φαρμακευτική χημεία δεν μπορούσε ακόμη να τα παράγει συνθετικά. Για μερικά από αυτά (αντιχολινεργικά), δεν έχει ακόμα βρεθεί τρόπος de novo χημικής σύνθεσης, ούτε και συστηματικής καλλιέργειας των φυτών.

Τι σημαίνει αυτό για τον πνευμονολόγο; Σημαίνει ότι είναι καθήκον του να συνεισφέρει στην προστασία της φύσης. Η ελληνική φύση χρειάζεται την προστασία όλων μας. Εάν αφανιστεί ένα από τα σπάνια φυτά μας, εξαφανίζεται και η πιθανότητα ανεύρεσης ενός νέου φαρμάκου. Για τις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και κυρίως για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το άσθμα και τα ενδιάμεσα νοσήματα του πνεύμονα, αυτό αποτελεί ένα καίριο πλήγμα στην έρευνα. Και τούτο για τον ακόλουθο λόγο: η φυσιολογία του πνεύμονα, παρόλο το εμφανισιακό «πασιφανές», έχει ακόμη πολύ δρόμο μπροστά της, γεγονός που επηρεάζει την παθοφυσιολογία και επομένως και το Drug design.

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές που χρησιμοποιούνται στη φαρμακευτική χημεία για το modeling των νέων φαρμάκων είναι ανίσχυροι όταν υπάρχει έλλειψη στοιχείων. Έτσι, προς το παρόν, η φύση εξακολουθεί να αποτελεί το μεγαλύτερο σύμμαχο της ιατρικής και της φαρμακευτικής στην ανεύρεση νέων φαρμάκων για τις νόσους του αναπνευστικού.

Τέλος, η φύση μπορεί να γίνει ένας από τους πολυτιμότερους συμμάχους του πνευμονολόγου στον αγώνα του για τη συμμόρφωση του ασθενή: Φανταστείτε τι θα γινόταν στο ιατρείο σας, εάν δίπλα στη συσκευασία με το αντιχολινεργικό φάρμακο με το οποίο εκπαιδεύετε τον ασθενή, είχατε το φυτό από το οποίο προέρχεται, ή ένα παραπλήσιο του. Μήπως κάποιοι ασθενείς θα πείθονταν πιο εύκολα να το πάρουν, επειδή θα το θεωρούσαν «φυσικό φάρμακο»;

Βιβλιογραφία

1. Φωκάς Γ. Φαρμακογνωσία. Εκδ. Αριστοτ. Παν/μίου Θεσ/νίκης.
2. Samuelson. Φαρμακευτικά προϊόντα φυσικής προέλευσης. Παν/μιακές Εκδόσεις Κρήτης, 2003.
3. Ελληνική φαρμακοποιία III, IV. Εκδόσεις ΕΟΦ.
4. Etkins G. Principles of medicinal chemistry. Lillinpott, 2004.
5. Μιτάκης Ε. Σύγχρονα φάρμακα φυσικής προέλευσης. Ημερίδα Ελληνικής Εταιρείας Εθνοφαρμακολογίας 2/2005, www.iama.gr/ethno.
6. Αγαπίου Μοναχού του Κρητός. Γεωπονικόν 1905, ανατ. 1997.
7. Διονυσίου Πύρρου του Θεσσαλού. Φαρμακοποιία 1825, ανατ. 1980.
8. Μιτάκης Ε. Ο ρόλος της Εθνοφαρμακολογίας στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Πρακτικά συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας Εθνοφαρμακολογίας, Salvia officinalis. Πήλιο 6/2005, www.iama.gr/ethno.
9. Βοτανικό λεξικό Γενναδίου, 1907, ανατ. 2005.
10. Ρηγάτος Γ.Α. Λεξικό Ιατρικής Λαογραφίας. Εκδ. Βήτα Medical arts, 2005.
11. Δημόκριτου Άπαντα. Εκδ. Κάκτος, 2001.
12. Κακαγιάννης Σ. Συμπληρωματικές προσεγγίσεις της ΧΑΠ. Φαρμακευτικός κόσμος 1/2005.

IB



Κουσκούκης Κωνσταντίνος
Καθηγητής Δερματολογίας - π. Αντιπρύτανης Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

Τουρισμος Υγειας
ΙΑΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΘΕΡΜΑΛΙΣΜΟΣ
Προοπτικές του Θερμαλισμού στην Ελλάδα

Ο Ιαματικός Τουρισμός – Θερμαλισμός, ως κυρίαρχη μορφή του εναλλακτικού τουρισμού υγείας, είναι ιδιαίτερα σημαντικός όχι μόνο για την πρόληψη, διατήρηση και βελτίωση της υγείας, αλλά και για την αντιμετώπιση διαφόρων παθήσεων, ενώ δρα και συμπληρωματικά στην ιατρική καθώς και στις θεραπείες με φάρμακα. Η ύπαρξη σημαντικών ιαματικών πηγών στον ελλαδικό χώρο μαζί με το εξαιρετικό φυσικό περιβάλλον και κλίμα, παρέχει μεγάλες δυνατότητες ώστε, με την αξιοποίησή τους, να εξελιχτούν από θεραπευτικά κέντρα που είναι σήμερα σε παραθεριστικά κέντρα υγείας κατά το πρότυπο των μεγάλων κέντρων τουρισμού υγείας της Κεντρικής Ευρώπης, δηλαδή κέντρα υποδοχής λουομένων όλων των ηλικιών για θεραπεία, πρόληψη, ξεκούραση και αναψυχή.

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS
Αγ. Γεωργίου 4, 153 42 Αγ. Παρασκευή, Τηλ/Fax: 210 6777590
www.kafkas-publications.com, email: kafkas@otenet.gr

Το νέο ΔΣ της ΕΙΝΑΠ

Στις 9/5/16 στα γραφεία της ΕΙΝΑΠ συνεδρίασε το ΔΣ της Ένωσης με θέμα ημερήσιας διάταξης: Συγκρότηση σε σώμα. Μετά από διαλογική συζήτηση ακολούθησε μυστική ψηφοφορία και εκλέχτηκαν οι:

Πρόεδρος: Ματίνα Παγώνη
Αντιπρόεδρος: Ηλίας Σιώρας
Γεν. Γραμματέας:
Ταμίας: Κώστας Λιβαδάς
Ειδ. Γραμματέας: Δημήτρης Βραχάτης
Μέλη: Αγρογιάννη Μ., Αντύπας Γ., Γέρου Ηλ., Δρίτσας Σπ., Ζάκκα Μ., Κολοκάθης Φ., Κοσμοπούλου Όλγα, Παπανικολάου Π., Σιδέρης Γ., Σωκιανός Μ., Τσιλίκας Κ.

Ορισμός μελών στο Δ.Σ. του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Η σύνθεση του Συμβουλίου διαμορφώνεται ως εξής:

1. Θεόφιλος Ρόζενμπερκ, τακτικό μέλος και πρόεδρος, με αναπληρωτή του τον Αλκιβιάδη Βατόπουλο
2. Αλέξιος Μπένος, τακτικό μέλος και Αντιπρόεδρος, με αναπληρωτή του τον Αντώνιο Κουτή
3. Μαρία Κάντζανου, τακτικό μέλος, με αναπληρωτή της τον Βασίλειο Παπαρίζο
4. Ευσταθία Πανατοπούλου, τακτικό μέλος, με αναπληρωτή της τον Αγάπιο Τερζίδη
5. Ουρανία Δαφνή, τακτικό μέλος, με αναπληρώτριά της την Δήμητρα Καββαθά
6. Άγγελος Δοκόπουλος, τακτικό μέλος, με αναπληρώτρια του την Αθηνά Φαραζή
7. Μαρία Μιχάκου, τακτικό μέλος, εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας, με αναπληρώτριά της την Θεοδώρα Σταύρου
8. Δημήτριος Κουντουράς τακτικό μέλος-εκπρόσωπος της Εκκλησίας της Ελλάδος, με αναπληρωτή του τον Δημήτριο Καραϊσκο του Αντωνίου
9. Κωνσταντίνος Αλεξανδρόπουλος τακτικό μέλος, εκπρόσωπος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), με αναπληρωτή του τον Κωνσταντίνο Κουτσόπουλο

mastihatherapy® caps

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Η Μαστίχα είναι το προϊόν του μαστιχοφόρου σχίνου (*Pistacia lentiscus L.* var. *chia*), ο οποίος φύεται και ευδοκιμεί αποκλειστικά στο νότιο τμήμα της Χίου, στα Μαστιχοχώρια. Οι μοναδικές ευεργετικές και θεραπευτικές ιδιότητες της Μαστίχας Χίου έχουν αναγνωρισθεί από την αρχαιότητα στην Παραδοσιακή Ιατρική για την αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών και είναι σήμερα επιβεβαιωμένες και τεκμηριωμένες από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Με περισσότερα από 80 ήδη αναγνωρισμένα διαφορετικά συστατικά, σύμφωνα με δημοσιευμένη βιβλιογραφία στα εγκυρότερα ιατρικά περιοδικά, η Μαστίχα Χίου έχει θεραπευτικές ιδιότητες στη λειτουργική δυσπεψία, στη μείωση του μικροβιακού φορτίου του *Helicobacter pylori*, στην αντιμετώπιση στομαχικού & επιγάστριου πόνου, στην ανακούφιση οπισθοστερνικού καύσου και στη βελτίωση της κλινικής εικόνας για τη νόσο του Crohn. Είναι πιθανόν να συντελεί στη μείωση της LDL-χοληστερόλης, βελτιώνει τη στοματική υγιεινή (ουλίτιδα, πλάκα) λόγω της αντιμικροβιακής της δράσης και ενισχύει γενικά τον ανθρώπινο οργανισμό λόγω των αντιοξειδωτικών συστατικών της.

Από το **2015** η Μαστίχα Χίου **έχει αναγνωριστεί** από τον **Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων** (EMA/HMPC/46758/2015) ως **Παραδοσιακό Φάρμακο Φυτικής Προέλευσης** με τις ακόλουθες ενδείξεις:

1. Ήπιες Δυσπεπτικές Διαταραχές (από του στόματος λήψη).
2. Φλεγμονές του Δέρματος και Επούλωση Δερματικών Πληγών (δερματική χρήση).



Ο όμιλος της **IASIS PHARMA**, μέσω της εταιρείας της **Pharma Q**, διαθέτει αποκλειστικά στα φαρμακεία το προϊόν **mastihatherapy® caps** σε κουτί των 30 καψουλών και φιαλίδιο των 90 καψουλών.

Το **mastihatherapy® caps** είναι ένα μοναδικό, φυσικό, Ελληνικό προϊόν από 100% καθαρή Μαστίχα Χίου, σε μορφή κάψουλας, με πιστοποιημένη προέλευση.

Ο όμιλος της **IASIS PHARMA** συνεχίζει αδιαλείπτως να υποστηρίζει το μοναδικό αυτό φάρμακο, με συνεπή ιατρική ενημέρωση και παρουσία σε όλα τα σημαντικά Ιατρικά και Φαρμακευτικά Συνέδρια στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Παράλληλα διεξάγει κλινικές μελέτες, προκειμένου να τεκμηριώσει και νέες θεραπευτικές ενδείξεις των **mastihatherapy® caps** και της Μαστίχας Χίου γενικότερα.

Ο όμιλος της **IASIS PHARMA** διαθέτει επίσης μέσω των φαρμακείων προϊόντα που περιέχουν Μαστίχα Χίου και αφορούν τη Στοματική Υγιεινή, την Γηροστομία και Ουλίτιδα.

Τα ενθαρρυντικά νέα δεδομένα που προκύπτουν από τις εργαστηριακές και κλινικές μελέτες αποδεικνύουν τη μοναδικότητα της Μαστίχας Χίου και δεσμεύουν την **IASIS PHARMA** στην εξέλιξη νέων αποτελεσματικών και ασφαλών προϊόντων με βάση τη Μαστίχα.

ΞΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

14ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ & ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
9-11 Ιουνίου 2016
Μαιευτήριο ΙΑΣΩ
(Πρακτικό Μέρος - 9/6)
Ξενοδοχείο Hilton (Θεωρητικό Μέρος - 10&11/6)
Τηλ: +30 210 60 74 205
Email: md@mdcongress.gr

IBUS BREAST IMAGING COURSE
June 9-11, 2016, Eugenides Foundation, Athens
Tel: +30 210 7711673
Email: congress2@prctravel.gr

6η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ - 4η ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ «ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΑΝΤΙ-ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ»
11 Ιουνίου 2016
Ξενοδοχείο Valis, Βόλος
Τηλ: +30 210 68 97 552
Email: info@gk.gr

12ο ΘΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ
16-20 Ιουνίου 2016, Χαλκιδική
Τηλ: 2310 247734-43
Email: info@globalevents.gr

3rd ATHENS INTERNATIONAL SYMPOSIUM 2016 - GASTROINTESTINAL CANCER
July 8-9, 2016, Athens, Greece
www.athens-symposium2016.com

5th MEETING OF THE EAU SECTION OF UROTECHNOLOGY (ESUT)
July 8-10, 2016, Athens, Greece
www.esut16.uroweb.org

THE 10th CONGRESS ON WOMENS H EALTH AND DISEASE
1-3 Σεπτεμβρίου 2016
Hilton Hotel, Αθήνα
Τηλ: 210 60 74 205
www.womenshealth2016.com

3ο ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΩΝ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
24-25 Σεπτεμβρίου 2016
Πολεμικό Μουσείο, Αθήνα
Τηλ: 210 60 74 205
www.3debatesobgyn.mdcongress.gr

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ – ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ 2016
30 Σεπτεμβρίου - 1 Οκτωβρίου 2016, Ξενοδοχείο Porto Palace Θεσσαλονίκη
Email: info@globalevents.gr

GUIDELINES ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ & ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
1 Οκτωβρίου 2016, Ξενοδοχείο Stratos Vassilikos
www.mdcongress.gr

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΗΠΑΤΟΣ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΧΤΗ ΚΑΙ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΟΖΩΑ»
7-8 Οκτωβρίου 2016
Κτηνιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
Email: info@globalevents.gr

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
14–16 Οκτωβρίου 2016,
Ξενοδοχείο Makedonia Palace Hotel, Θεσσαλονίκη
www.6ultrasound.mdcongress.gr

2ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΩΜΟΥ – ΑΓΚΩΝΑ ΣΕ ΠΤΩΜΑΤΙΚΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ (ΜΕ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ & LIVE SURGERY)
20-22 Οκτωβρίου 2016, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
Email: info@globalevents.gr

23ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
20-23 Οκτωβρίου 2016,
Ξενοδοχείο Grecotel Κυλλήνη Ηλείας
Email: hua@huanet.gr

12ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
3-6 Νοεμβρίου, 2016, Αθήνα
www.dermatology2016.gr

ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ - 2ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ CEEA
3-4-5 Νοεμβρίου 2016
Ξενοδοχείο Porto Palace Θεσσαλονίκη
Τηλ: 2310 865-537
Email: thaster@otenet.gr

24ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ
4-6 Νοεμβρίου 2016
Ξενοδοχείο Grand Serai, Ιωάννινα
Email: info@globalevents.gr

2η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ»
5 Νοεμβρίου 2016
ΓΝΘ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη
Email: info@globalevents.gr

30ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ & ΔΙΕΘΝΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΦΟΡΟΥΜ
9-12 Νοεμβρίου 2016
Ξενοδοχείο Makedonia Palace
Email: info@globalevents.gr

36ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ
24-27 Νοεμβρίου, 2016
Ξενοδοχείο Divani Caravel Αθήνα
www.hsg2016congress.gr









Από τον Θεόδωρο Ντόλατζα, Πρόεδρο της Ε.Ε.Ι.Κ.

Έκθεση ζωγραφικής του Dr. Θεόδωρου Ντόλατζα

Στα πλαίσια του διεθνούς Συνεδρίου Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας που έγινε στο Hilton Αθηνών, 19 Μαΐου έως 20 Μαΐου 2016, εκτέθηκαν 15 έργα του Dr. Θεόδωρου Ντόλατζα, Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρών Καλλιτεχνών και συνεργάτη του περιοδικού μας, με θέμα: «Η τραγωδία της Ελλάδας». Στην έκθεση αυτή παρουσιάστηκαν έργα ζωγραφικής που έδειχναν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος Έλληνας από εικαστικής πλευράς.


1

1. Ελλάδα η ατυχήσασα
Η σπονδυλική στήλη είναι η κατεστραμμένη οικονομία της Ελλάδας και τα τρία καρφιά που πληγώνουν το σώμα της είναι οι θεσμοί.
Ελαιογραφία σε καμβά 60cm x 80cm


2

2. Ο Τρόμος
Τι πρόκειται να μας συμβεί.
Ελαιογραφία σε ξύλο 50cm x 50cm


3

3. Το πήδημα της Ελπίδας
Ακρυλικό σε χαρτόνι 30cm x 40cm


4

4. Το δάκρυ του χειρουργού
Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο Έλληνας Ιατρός και δακρύζει.
Ελαιογραφία σε καμβά 80cm x 60cm

Ανακοίνωση

Γνωστοποιούμε ότι 10 και 11 Ιουνίου 2016 στον κήπο Παλαιών Ζωγραφιωτών (Αγ. Γεωργίου και Καζαντζάκη, Ζωγράφου) θα παρουσιαστούν 100 έργα μικρά και μεγάλα με θέμα: «Περπατώντας στους δρόμους του Ζωγράφου».

Επενδυτικά πλάνα της Boehringer Ingelheim

Κορωπί, 8 Απριλίου 2016

Για τα επενδυτικά πλάνα της Boehringer Ingelheim στην Ελλάδα ενημερώθηκε το Ελληνογερμανικό Επιμελητήριο.

Επίσημη επίσκεψη πραγματοποίησαν εκπρόσωποι του Ελληνογερμανικού Επιμελητηρίου στο εργοστάσιο της φαρμακευτικής εταιρείας Boehringer Ingelheim στο Κορωπί, στα πλαίσια του έτους εορτασμού των 40 χρόνων αδιάλειπτης λειτουργίας του, προκειμένου να ενημερωθούν για την πορεία του επενδυτικού πλάνου της εταιρείας στην Ελλάδα.

Ο κ. Αναγνωστάκης, Γενικός Διευθυντής της Boehringer Ingelheim και επικεφαλής της ομάδας Υγείας του Ελληνογερμανικού Επιμελητηρίου δήλωσε: «Παρά την ύφεση που παρατηρείται στον τομέα της υγείας και τη συνεχιζόμενη επιβολή έμμεσης φορορολόγησης μέσω των μηχανισμών claw back & rebates, παραμένει σταθερή η δέσμευση της μητρικής εταιρείας για επέκταση της γραμμής παραγωγής, ούτως ώστε περισσότερα καινοτόμα φάρμακα της εταιρείας να εξάγονται σε περισσότερες χώρες, όπως συμβαίνει με τα αντιδιαβητικά της ιδιοσκευάσματα».

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Boehringer Ingelheim Ελλάς αποτελεί σήμερα τη μοναδική πολυεθνική εταιρεία που παραμένει με μονάδα παραγωγής επί ελληνικού εδάφους. Από το εργοστάσιο αυτό γίνονται σημαντικές εξαγωγικές διεργασίες, οι οποίες αντιστοιχούν περίπου στο 1% των εξαγωγών της χώρας ανεξαρτήτως κλάδου. Για την εξωστρέφειά της αυτή, η εταιρεία βραβεύτηκε πρόσφατα στην εκδήλωση των Active Business Awards 2016.

Ο Όμιλος Boehringer Ingelheim είναι μια από τις 20 μεγαλύτερες φαρμακοβιομηχανίες παγκοσμίως. Με έδρα το Ingelheim της Γερμανίας, δραστηριοποιείται παγκοσμίως με 140 θυγατρικές και περισσότερους από 47.400 εργαζομένους. Από την ίδρυσή της το 1885, η οικογενειακή επιχείρηση είναι αφοσιωμένη στην έρευνα, την ανάπτυξη, την παρασκευή και τη διάθεση καινοτόμων φαρμάκων υψηλής θεραπευτικής αξίας για ιατρική και κτηνιατρική χρήση.

Για περισσότερες πληροφορίες
www.boehringer-ingelheim.com

Συμμετοχή της IASIS PHARMA στο πρόγραμμα HORIZON 2020



Βρυξέλλες, 10 Νοεμβρίου 2015

Με ιδιαίτερη χαρά αλλά και με δημιουργική ευθύνη η **IASIS PHARMA** συμμετέχει στο **πρόγραμμα H2020**. Το πρόγραμμα «**Ορίζοντας 2020**» (**Horizon 2020**) είναι το χρηματοδοτικό πλαίσιο της ΕΕ για την Έρευνα και την Καινοτομία που θα καλύψει την περίοδο **2014-2020**, με προϋπολογισμό περίπου **80 δισ. ευρώ**.

Το πρόγραμμα υποστηρίζει τη στρατηγική «**Ευρώπη 2020**» που αναδεικνύει την **Έρευνα** και την **Καινοτομία** ως κεντρικούς μοχλούς για την έξυπνη, βιώσιμη και ολοκληρωμένη ανάπτυξη, στοχεύοντας παράλληλα στην αποτελεσματική αντιμετώπιση σημαντικών κοινωνικών προκλήσεων. Συγκεκριμένα η **IASIS PHARMA** αποτελεί τη **μοναδική ελληνική φαρμακοβιομηχανία** που συμμετέχει ενεργά στην ερευνητική πρόταση με διακριτικό τίτλο "**EXANDAS**" του προγράμματος **Marie Sklodowska Curie Actions** (**MSCA**) με στόχο την αξιοποίηση των παραπροϊόντων των αρωματικών φυτών στην ανάπτυξη νέων καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων, με αιχμή της έρευνας τη **Μαστίχα Χίου**.

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα το Γενικό Συντονισμό έχει αναλάβει ο **Τομέας Φαρμακογνωσίας** και **Χημείας Φυσικών Προϊόντων** της Φαρμακευτικής Σχολής του **Πανεπιστημίου Αθηνών**.

Στο πρόγραμμα συμμετέχουν **πανεπιστήμια** καθώς και **ακαδημαϊκά ιδρύματα** του **εξωτερικού** όπως της Γαλλίας (Universite Paris Descartes), της Βουλγαρίας (Institute of Organic Chemistry with Centre of Phytochemistry) αλλά και της Τυνησίας, Μαρόκου και Αλγερίας καθώς και εταιρείες ιδιωτικών συμφερόντων από τη Γαλλία, τη Γερμανία, τη Βουλγαρία και η Ένωση Μαστιχοπαραγωγών Χίου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένονται να ανακοινωθούν το καλοκαίρι του 2020.



Value through Innovation



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.

10 Χρόνια
ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Boehringer Ingelheim



“Για εμάς η ποιότητα στην παραγωγή σημαίνει πραγματική φροντίδα για τον άνθρωπο.”

Στα 90 χρόνια λειτουργίας της ΒΙΑΝΕΞ στο κέντρο της φιλοσοφίας μας υπήρξε πάντα η ποιότητα στην παραγωγή. Με πάνω από 1.000 εργαζομένους, στα 4 υψηλών προδιαγραφών εργοστάσια του ομίλου παράγουμε – για τον εαυτό μας ή για λογαριασμό τρίτων – φαρμακευτικά προϊόντα σύμφωνα με τις πιο αυστηρές διεθνείς απαιτήσεις. Μέσα από διαρκείς έρευνες και μελέτες του υψηλής εκπαίδευσης προσωπικού μας και των 440 και πλέον επιστημονικών συνεργατών μας καθιερωθήκαμε στην κορυφή των πιο αξιόπιστων φαρμακευτικών εταιριών στην Ελλάδα και διεθνώς.

Με βάση την αδιαπραγμάτευτη ποιότητα των προϊόντων μας καταφέραμε να δημιουργήσουμε μια μόνιμη σχέση εμπιστοσύνης με τον Ιατρικό και Φαρμακευτικό κόσμο, διανέμοντας τα προϊόντα μας και καλύπτοντας το 100% των νοσοκομείων της Ελλάδας, των φαρμακεμπόρων και των συνεταιρισμών φαρμακοποιών.

www.vianex.gr

BIANEΞ A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

HE15013