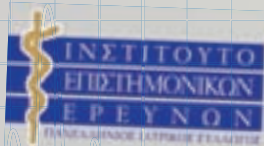




Συζήτηση του προσχεδίου νόμου για την Π.Φ.Υ. στη **Συνδιάσκεψη του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων**



- **Προτάσεις του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ. για τη λειτουργία των Νοσοκομείων**
 - Σε επικίνδυνη τροχιά η Δημόσια Υγεία
 - Μεγάλη η πίεση των Δημοσίων Νοσοκομείων
 - Ανύπαρκτη η Π.Φ.Υ.

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Τοποθέτηση του Προέδρου του Π.Ι.Σ. στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής
- Συνάντηση με τον Υφυπουργό Κοινωνικής Ασφάλισης για τη δημιουργία Επαγγελματικού Ταμείου Υγειονομικών
- Συνάντηση Π.Ι.Σ. με τις Ομοσπονδίες των εργαστηριακών και κλινικοεργαστηριακών ιατρών
- Την αντίθεσή του με τις ρυθμίσεις για τα ληξιπρόθεσμα εξέφρασε στη Βουλή ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ.

ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Ο ρόλος της αντισταθμιστικής θεραπείας στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα
- Το ρόδινο μέλλον της αντιδιαβητικής αγωγής
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ): Η σύγχρονη πανδημία του καπνίσματος
- Δερματολογικές εκδηλώσεις στην ελκώδη κολίτιδα και στη νόσο Crohn
- Αυχενογενής ίλιγγος και σπονδυλοβασική ανεπάρκεια: Παθογενετική Αγγειακή Προσέγγιση



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 στήθος και δεν απαιτεί την εμφύτευση ηλεκτροδίου. Είναι μια καρδιοκάψουλα τελείως αυτόνομη στο εσωτερικό της καρδιάς και παρέχει την απαιτούμενη θεραπεία χωρίς τίποτα ορατό ή από να υπενθυμίζει την ύπαρξη κάποιας ιατρικής συσκευής.



Medtronic Hellas S.A.

Αγίας Βαρβάρας 5, Χαλάνδρι 152 31, Τηλ.: 210 6779099



Η NOVARTIS ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΟΤΑΝ **ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΑΣΤΕ**

ΕΝΑ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΛΛΟΝ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Η Novartis είναι αφοσιωμένη στη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας επιδιώκοντας μια νέα προσέγγιση για την προηγμένη φροντίδα του καρκίνου μαστού. Με μια μακροχρόνια, συνεχή δέσμευση για την πρόοδο της ασθένειας αυτής σε όλες τις πτυχές της -από την κλινική έρευνα στην καθημερινή θεραπεία και στην υποστήριξη - η Novartis είναι πιστή στη συνεργασία μαζί σας σε κάθε βήμα, ευελπιστώντας να βοηθήσει τους ασθενείς σας για ένα καλύτερο σήμερα και ένα ακόμα καλύτερο αύριο.

ΕΝΩΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ
ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, **ΜΑΖΙ**



www.iatrikovima.gr

7 ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

8 ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

• Να συνεχιστούν οι δράσεις ενίσχυσης του ΕΣΥ αποφάσισε η Τακτική Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ. • Τακτική Γενική Συνέλευση Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου: Εισήγηση - Διοικητικός απολογισμός 2016 • Συνδιάσκεψη του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας • Δηλώσεις Προέδρου Π.Ι.Σ. για την Π.Φ.Υ. και τις πληρωμές των Ιατρών • Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. στη συνάντηση με τον Πρόεδρο της Νέας Δημοκρατίας • Τοποθέτηση του Προέδρου του Π.Ι.Σ. στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής • Συνάντηση με τον Υφυπ. Κοινωνικής Ασφάλισης για τη δημιουργία Επαγγελματικού Ταμείου Υγειονομικών • Συνάντηση Π.Ι.Σ. με τις Ομοσπονδίες των εργασιακών και κλινικοεργασιακών Ιατρών • Επίσκεψη του Προέδρου του Π.Ι.Σ. στην Αργολίδα • Ομιλία του Προέδρου του Π.Ι.Σ. στο 13ο Πολυθεματικό Συνέδριο του Ιατρικού Συλλόγου Λακωνίας • Επίσκεψη - ενημέρωση Κοινοβουλευτικών Εκπροσώπων της Νέας Δημοκρατίας στα γραφεία του Π.Ι.Σ. • Την αντίθεσή του με τις ρυθμίσεις για τα ληξιπρόθεσμα εξέφρασε στη Βουλή ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου • Σύσκεψη για το Ινστιτούτο Μελέτης και Ερευνών του Π.Ι.Σ. • Ομιλία του Προέδρου Π.Ι.Σ. στο 12ο Παμπελοποννησιακό Συνέδριο • Επίσκεψη κλιμακίου του Π.Ι.Σ. σε Καβάλα, Σέρρες και Δράμα • Επίσκεψη Π.Ι.Σ. σε Λιβαδειά και Αμφισσα • Ο Π.Ι.Σ. στα Παιδικά Χωριά SOS • Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας: Πεπραγμένα Γενικής Συνέλευσης 2016 • Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών Π.Ι.Σ. - 18 Προτάσεις για τη λειτουργία των νοσοκομείων

66 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

• 66 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ Ευάγγελος Οικονόμου, Γεώργιος Αγγελος Παπαμικρούλης, Γεωργία Βογιατζή, Σωτήρης Τσαλαμανδράκης, Γεράσιμος Σιάσος, Δημήτρης Τούσουλης • 84 ΤΟ ΡΟΔΙΝΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, Παναγιώτης Γ. Χαλβατσιώτης • 92 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ): Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, Γεώργιος Χειλάς • 96 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN, Ζαχαριανίτης Γεώργιος, Προκοπίου Σάββας • 100 ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΙΛΙΓΓΟΣ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΟΒΑΣΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ, Ν. Μαΐση, Δ. Παυλοπούλου, Δ. Γουλές

110 ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

• 110 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΙΑΜΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Κ. Κουσκούκης • 112 ΕΠΙΣΤΗΜΗ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ, Ν. Μακρής

118 ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΧΩΡΟ

120 ΤΕΧΝΗ & ΙΑΤΡΙΚΗ

121 ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ



Novartis Hellas



GR1704630563 NOV_ADV018_Oct2016

Changing the practice of medicine

Στη Novartis, αξιοποιούμε στο έπακρο τη δύναμη της καινοτομίας στην επιστήμη για να αντιμετωπίσουμε ερεθικά από τα σημερινά αντικείμενα ζητήματα που απασχολούν την κοινωνία στο χώρο της υγείας.

Δεν σταμάταμε ποτέ να αναζητούμε νέους τρόπους που θα βοηθούν τους ασθενείς να ζουν περισσότερο και καλύτερα.

ΝΕΑΣ
ΓΕΝΙΑΣ

VISIONLUX[®]

PLUS

Πολυβιταμινούχα Τεχνητά Δάκρυα

ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΠΟΛΥΒΙΤΑΜΙΝΟΥΧΑ ΤΕΧΝΗΤΑ ΔΑΚΡΥΑ ΔΙΕΘΝΩΣ

Η ΑΠΟΛΥΤΗ ΕΝΥΔΑΤΙΚΗ, ΕΠΟΥΛΩΤΙΚΗ, ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ, ΕΡΕΘΙΣΜΩΝ,
ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΞΗΡΟΤΗΤΑΣ & ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

✓ Βέλτιστη αναγέννηση και
εννεύρωση του κερατοειδούς
και του επιπεφυκότα
(Βιταμίνη B12)

✓ Επιτάχυνση της
επούλωσης του κερατοειδούς
(Βιταμίνη B5)

✓ Προστασία των
επιθηλιακών κυττάρων
και Αύξηση του χρόνου
παραμονής στον Οφθαλμό:
(P-PLUS™)

✓ Μέγιστη Ενυδάτωση
(0.3% Υαλουρονικό Νάτριο)

✓ Χωρίς
συντηρητικό στα μάτια
(SCO: Stabilized
Oxychloro Complex)

✓ 10ml
μαλακό φιαλίδιο
για εύκολη χρήση

✓ Συμβατό με όλους
τους Φακούς Επαφής

✓ 8,40€
κόστος θεραπείας
3 μήνες διάρκεια χρήσης



KITE
HELLAS LTD

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

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

ΜΕΛΗ

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

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	
ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ	Οτορινολαρυγγολόγος

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤ.	Ψυχίατρος
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	Καρδιολόγος
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Δ/ντής Παιδιατρικής Παιδών «Αγία Σοφία»
ΒΑΙΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΒΑΣΙΛΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	Ορθοπαιδικός
ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Οφθαλμίατρος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΓΕΡΟΛΟΥΚΑ - ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ	Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ
ΠΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Παιδίατρος
ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Καθηγητής Οτορινολαρυγγολογίας Πανεπιστημίου Πατρών
ΔΑΙΚΟΣ ΠΩΡΓΟΣ	Αν. Καθηγητής Παθολογίας Γ.Ν.Α. «ΛΑΙΚΟ»
ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Πλάστικός Χειρουργός ΕΚΠΑ
ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «ΛΑΙΚΟ»
ΚΑΛΛΙΑΤΣΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Διευθυντής Γ Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Καρδιολόγος
ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ ΘΕΟΔΟΣΗΣ ΠΑΥΛΟΣ	Δ/ντής Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου «ΘΝΑΣΕΙΟ»
ΚΟΥΛΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	Χειρουργός Οφθαλμολογίας
ΚΟΥΜΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Δ/ντής Νευρολογικού Τμήματος Ευαγγελικών Αθηνών
ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Καθηγητής Δερματολογίας ΔΠΘ
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	Χειρουργός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	Καθηγητής Παιδιατρικής ΕΚΠΑ
ΛΥΣΙΤΣΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Καρδιολόγος
ΜΙΧΑΗΛ ΜΙΧΑΗΛ	Πυρηνικός Ιατρός
ΜΙΧΑΗΛ ΜΙΧΑΗΛ	Ακτινολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ	Ακτινολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΜΠΕΚΡΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Καθηγητής Πνευμονολογίας - Εντατικολογίας ΕΚΠΑ
ΠΑΓΩΝΗ ΣΤΑΜΑΤΑ	Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ	Ακτινολόγος
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ	Ιατρός Εργασίας
ΠΑΠΑΠΟΥΛΟΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤ.	Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ	Δ/ντρια Μ.Ε.Θ.
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ	Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Ο Αγ. Παντελεήμων Νίκαιας»
ΠΥΡΓΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΙΟΣ	Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ	Οφθαλμίατρος
ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Καθηγητής Ανατομίας - Χειρουργικής Ανατομίας ΕΚΠΑ
ΣΟΥΜΑΛΕΥΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ	Καθηγητής Ακτινολογίας
ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ	Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Επικ. Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Γενικός Ιατρός
ΨΑΛΤΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ	Ακτινολόγος - Ραδιοβιολόγος
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 ελληνική κοινωνία ζει εδώ και 7 χρόνια μία μεγάλη κρίση που όμοιά της έχει να περάσει από τα χρόνια της κατοχής, προ 75 περίπου χρόνων.

Η καταθλιπτική ατμόσφαιρα που έχει απλωθεί σε όλη την επικράτεια έχει επηρεάσει κάθε παραγωγική και οικονομική δραστηριότητα της χώρας.

Η κρίση έχει απλωθεί σε όλα τα επίπεδα και αυτή τη στιγμή η Ελλάδα προσπαθεί να αναζητήσει σανίδα σωτηρίας μέσα από την αλληλεγγύη των εταίρων μας, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να έχει επιτευχθεί αποτέλεσμα που να δίνει προοπτική για το μέλλον.

Μέσα σε αυτή τη δίνη της κρίσης, η υγεία περνά δραματικές καταστάσεις, με τεράστιες ελλείψεις σε οργάνωση, διοίκηση, στελέχωση και κάλυψη των αναγκών, τις οποίες οι κοινωνία χρειάζεται.

Τα Νοσοκομεία έχουν τρομερές ελλείψεις σε μόνιμο ιατρικό προσωπικό, πολλή δε, ιδιαίτερα της Περιφέρειας, καλύπτουν τις ανάγκες με επικουρικούς ιατρούς.

Η εξάντληση του προσωπικού σωματική, ψυχική και οικονομική, προκειμένου να εξυπηρετήσει τους πολίτες είναι μεγάλη, οι εφημερίες είναι δύσκολο να καλυφθούν και οι πολίτες πολλές φορές απελπισμένοι, εγκαταλείπουν τις θεραπείες τους.

Το ΠΕΔΥ αποστελεωμένο, δεν μπορεί να υποστηρίξει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η στασιμότητα στην οργάνωση σοβαρής Π.Φ.Υ., για την αποσυμφόρμηση των Νοσοκομείων, θα καθυστερήσει όπως φαίνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ο ΕΟΠΥΥ με μεγάλες παθογένειες, απλήρωτους ιατρούς, ληξιπρόθεσμες οφειλές πέραν των 5 ετών, οι οποίες κινδυνεύουν να παραγραφούν, ταλανίζεται μέσα στον κυκεώνα των ελλείψεων, της οργάνωσης και της μη εφαρμογής ορθών κανόνων λειτουργίας για την ιατρική λειτουργία.

Οι ασφαλιστικές επιβαρύνσεις των ιατρών μαζί με τις φορολογικές, δεν αφήνουν περιθώρια κέρδους σε κανένα ιδιωτικό ιατρείο ή εργαστήριο.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των προβλημάτων, είναι το αυξανόμενο «θουκέτο» ιατρείων και εργαστηρίων, η ανεργία, η υπαλληλοποίηση των ιατρών με μισθούς πείνας και η μετανάστευση του πλέον άξιου δυναμικού της χώρας, με δυσάρεστες παρενέργειες σε όλες τις βαθμίδες της περίθαλψης.

Το πολιτικό σύστημα πρέπει να ενεργήσει ταχέως, διότι εκτός της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης, θα αντιμετωπίσουμε και υγειονομική κρίση σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι πολίτες να μην μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε ότι αφορά τη στοιχειώδη περίθαλψη.

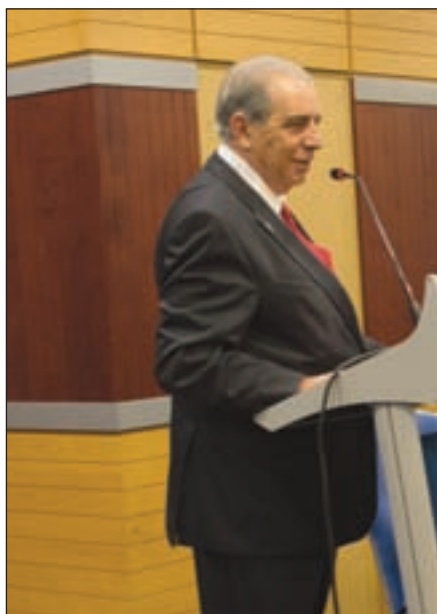
Στο σημείο που βρισκόμαστε, χρειάζεται να βρούμε τη συνισταμένη των ενεργειών μας ως κοινωνία, προκειμένου να αποφύγουμε περισσότερα οδυνηρά στο μέλλον αποτελέσματα.

ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Π.Ι.Σ.



Να συνεχιστούν οι δράσεις ενίσχυσης του ΕΣΥ αποφάσισε η Τακτική Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.

Απόφαση να συνεχιστούν οι ενέργειες του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου που στοχεύουν στην ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έλαβε η Τακτική Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ., η οποία πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή περισσότερων των 300 συνέδρων – εκλεκτόρων. Η Γενική Συνέλευση αποφάσισε, μεταξύ άλλων, τη συμμετοχή στην απεργία των Νοσοκομειακών Ιατρών της 2^{ης} Μαρτίου 2017. Παράλληλα, έδωσε για μία ακόμη φορά στον Π.Ι.Σ. το «πράσινο φως» να συνεχίσει να αντιπαλεύει τις επαχθείς, για τους ιατρούς, διατάξεις του ασφαλιστικού και του φορολογικού νόμου.



Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος

Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος κατά την αρχική του ομιλία έκανε απολογισμό της δράσης του Διοικητικού Συμβουλίου κατά το προηγούμενο έτος και έθεσε όλα τα προβλήματα που αφορούν τους ιατρούς και την υγεία και περίθαλψη συνολικά.

Αναφέρθηκε στις μεγάλες ελλείψεις που παρατηρούνται στα Νοσοκομεία της χώρας και στα Κέντρα Υγείας, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία τους, καθώς πιέζονται από τη μεγάλη προσέλευση των ασθενών, ελλείψει δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι ελλείψεις ανέρχονται σε 6.500 μόνοιμο ιατρικό προσωπικό, περίπου 20.000 νοσηλευτικό προσωπικό και άλλες τόσες διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό. Επίσης, αναφέρθηκε στην υπολειτουργία πολλών τμημάτων και κλινικών, ελλείψει υλικών πρώτης ανάγκης.

Για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τόνισε ότι δεν έχουν γίνει βήματα προς την κατεύθυνση της οργάνωσής της, με αποτέλεσμα το ΠΕΔΥ να υπολειτουργεί. Ο δε Ε-ΟΠΥΥ, με τις λειτουργικές του αδυναμίες και τις ανεπαρκείς συμβάσεις σε ιατρικό προσωπικό, αδυνατεί να ανταποκριθεί στις σημερινές επιτακτικές ανάγκες και απαιτήσεις των πολιτών.

Σύμφωνα με τον κ. Βλασταράκο, ο προϋπολογισμός του 2017 περιορίζει τις προσδοκίες για την ανάταξη της Υγείας που ασφυκτιά λειτουργικά και οργανωτικά.

Σήμερα, σε μία περίοδο που η κρίση βαθαίνει αντί να αμβλύνεται, επιβάλλεται ο σχεδιασμός εθνικής μακρόχρονης πολιτικής, προκειμένου το Εθνικό Σύστημα Υγείας να δημιουργεί προοπτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων της υγείας.

Το 5% του ΑΕΠ, που διατίθεται σήμερα για την υγεία και το οποίο θα ήταν μικρότερο εάν δεν είχαν αυξηθεί οι εισφορές υγείας υπέρ ΕΟΠΥΥ στις κύριες και επικου-

ρικές συντάξεις, είναι πολύ χαμηλό σε σχέση με τις ανάγκες, την ασφάλεια του συστήματος και τον μέσο ευρωπαϊκό όρο (7%).

Οι νέοι ιατροί, τόνισε, βρίσκονται σε απελπιστική κατάσταση, εγκαταλείπουν μαζικά τη χώρα για να μπορέσουν να βρουν εργασία, πολλή ιατρική και εργαστήρια κλείνουν, καθώς το 50% των ασθενών –όπως έχουν δείξει και πρόσφατες έρευνες– δεν προσέρχεται στο ιατρείο για συνέχιση της θεραπείας του.

Το ασφαλιστικό και φορολογικό, το οποίο νομοθετήθηκε το 2016 και εφαρμόζεται από εφέτος, με τα νέα ειδοποιητήρια να καταφθάνουν στους ελεύθερους επαγγελματίες, δημιουργεί συνθήκες αδυναμίας πληρωμών, με αποτέλεσμα το ασφαλιστικό σύστημα να έχει αρνητικές προοπτικές, εάν δεν γίνει νέα παρέμβαση.

Ο Π.Ι.Σ. έχει προσφύγει στο Συμβούλιο της Επικρατείας εναντίον όλων των Υπουργικών Αποφάσεων που αφορούν συντάξεις, εφάπαξ και εισφορές του ασφαλιστικού. Οι προσφυγές θα συνεχιστούν καθώς θεωρούμε ότι οι εν λόγω Αποφάσεις αντίκεινται στα κοινωνικά δικαιώματα και τη συνταγματική λειτουργία.

Η αξιοπρέπεια και το κύρος του ιατρικού κόσμου έχει πληγεί από τις ανεπάρκειες του συστήματος υγείας, οι οποίες οδηγούν τις περισσότερες φορές σε συκοφάντηση του ιατρικού σώματος αδικαιολόγητα.

Οι ιατροί και το υπόλοιπο προσωπικό με τις προσπάθειες που καταβάλλουν, έχουν κρατήσει όρθιο το σύστημα υγείας και θα συνεχίσουν και στο μέλλον, αλλά ζητούν από την Πολιτεία να τους ενισχύσει στο έργο τους, ηθικά και οικονομικά, προκειμένου να μπορούν να εκπληρώνουν την αποστολή τους απρόσκοπτα.

Όλοι οι σύνεδροι, οι οποίοι τοποθετήθηκαν, εξέφρασαν τη μεγάλη αγωνία τους για τα παραπάνω προβλήματα, τη δυνατότητα επιβιώσής τους μέσα στο σύστημα, της α-

σφαλούς ιατρικής περίθαλψη, και της δυνατότητας κάλυψης των αναγκών των πολιτών οι οποίες πολλαπλασιάζονται.

Ζήτησαν από το Διοικητικό Συμβούλιο να καταβάλει, όπως μέχρι και σήμερα, όλες εκείνες τις δυνατές προσπάθειες, προκειμένου να γίνουν οι αναγκαίες παρεμβάσεις προς τη Πολιτεία, να σταματήσει η υποβάθμιση της περίθαλψης των πολιτών και η κατάρρευση των υπηρεσιών υγείας.

Οι αποφάσεις οι οποίες ελήφθησαν έχουν ως ακολούθως:

- Εγρήγορση του ιατρικού κόσμου, ενίσχυση κάθε κινηματικής και παρεμβατικής διαδι-

κασίας, σε θέματα που αφορούν ιατρούς, υγεία, περίθαλψη, ασφαλιστικά, εργασιακά ζητήματα.

- Συμμετοχή στην απεργία των Νοσοκομειακών Ιατρών της 2^{ας} Μαρτίου 2017.
- Σωστά δομημένη -λειτουργικά και οικονομικά- πρόταση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εν όψει και του νέου Νομοσχεδίου που προτίθεται να καταθέσει η Κυβέρνηση.
- Άμεση συνδιάσκεψη του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας, προκειμένου να οριοθετηθούν δράσεις και παρεμβάσεις στις παραπάνω κατευθύνσεις.



Ο κος Δημήτριος Βαρνάβας,
Γενικός Γραμματέας ΠΙΣ

Τακτική Γενική Συνέλευση Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου Εισήγηση - Διοικητικός απολογισμός 2016

ΣΑΒΒΑΤΟ, 18 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017

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

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κατά τη Συνεδρίασή της 13/1/2017 αποφάσισε τη σύγκληση της σημερινής Γενικής Συνέλευσης, η οποία έχει ως θέματα:

1. Οικονομικός Απολογισμός 2016 και Προϋπολογισμός 2017
2. Π.Φ.Υ. - Π.Ε.Δ.Υ. - Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
3. Νοσοκομειακή Περίθαλψη - Πορεία ζητημάτων Νοσοκομειακών Ιατρών
4. Ασφαλιστικό
5. Γενική Ενημέρωση & Τρέχοντα Θέματα

Το 2016 πραγματοποιήθηκαν δύο συνδιασκέψεις Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας με το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Η πρώτη στην Κω στις 24 Σεπτεμβρίου 2016, με κύριο θέμα την ιατρική εκπαίδευση και με ομιλητές τους 7 Προέδρους (ή εκπροσώπους) των 7 Ιατρικών Σχολών της χώρας, τους εκπροσώπους της Γαλλίας, Ιταλίας, Κύπρου, Ισραήλ, Τουρκίας, τον Γεν. Γραμματέα της UEMS, Καθηγητή κ. Βασίλη Παπαδόπουλο, ο οποίος εργάζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο και την αντιπρόεδρο του

Κε.Σ.Υ. Καθηγήτρια κα Χρυσούλα Νικολάου. Συντονιστής, ο Πρόεδρος του Τομέα Εκπαίδευσης του Ινστιτούτου Ερευνών του Π.Ι.Σ. Αναπληρωτής Πρύτανη Καθηγητής κ. Γεώργιος Ζωγράφος. Το απόγευμα της ίδιας ημέρα έγινε η Τελετή Απαγγελίας του όρκου του Ιπποκράτη στο Ασκληπιείο της Κω από τους πρωτεύσαντες των 7 Ιατρικών Σχολών της χώρας και απονομή χρηματικού βραβείου.

Η δεύτερη στην Αθήνα, 10 Δεκεμβρίου 2016, στην οποία συμμετείχε ο υπουργός Υγείας κ. Ξανθός και συζητήθηκαν όλα τα θέματα που αφορούν την περίθαλψη, εκπαίδευση, ΠΕΔΥ, ΕΟΠΥΥ, ελευθεροεπαγγελματίες ιατρούς, ασφαλιστικό, κ.λπ.

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Τη σημερινή Γενική Συνέλευση σκιάζει, όπως και τις προηγούμενες, η μεγάλη οικονομική, κοινωνική και αξιακή κρίση, η κρίση του Υγειονομικού Συστήματος, απόρροια των εξοντωτικών Δημοσιονομικών περιορισμών, η μείωση μισθών και συντάξεων, η ασφαλιστική και φορολογική εξόντωση των ελευθεροεπαγγελματιών, η ανεργία και η μετανάστευση, ιδιαίτερα των νέων, του πιο εκλεκτού δυναμικού της χώρας.

Τα συνεχώς διογκούμενα προβλήματα έχουν δημιουργήσει αποδυνάμωση της ιατρικής λειτουργίας και εγκατάλειψη ή αδυναμία

α επαρκούς περίθαλψης σε πολλούς πολίτες. Οι μεγάλες ελλείψεις σε έμπυχο και άψυχο υλικό, οι καθυστερήσεις πληρωμών σε παρόχους υγείας, οι εξαντλητικές εφημερίες σε συνδυασμό με τη μείωση των αποδοχών των Νοσοκομειακών ιατρών, δημιουργούν οριακή λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας, το οποίο χάρη στις φιλότιμες προσπάθειες του ιατρικού και λοιπού προσωπικού παραμένει όρθιο.

Με το Ασφαλιστικό και Φορολογικό Νομοσχέδιο, τα οποία εφαρμόζονται το 2017, αποδυναμώνεται ο παραγωγικός ιστός και η εισφοροεπιδρομή-φοροεπιδρομή, θα οδηγήσουν στο κλείσιμο πολλών ακόμη ιατρικών και εργαστηρίων, ανεργία, υπηλλήλωση με εξευτελιστικούς όρους και μετανάστευση.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Το 2016 προσπαθήσαμε με όλες μας τις δυνάμεις να ενισχύσουμε δράσεις, προκειμένου να δηλώσουμε την αντίδρασή μας στις οδυνηρές συνέπειες της κρίσης και να αποτρέψουμε δυσμενέστερες επιπτώσεις, είτε μόνοι μας, είτε σε συνεργασία με άλλους Επιστημονικούς και Κοινωνικούς φορείς, με παραστάσεις στα αρμόδια Υπουργεία, στον Πρωθυπουργό, τους Αρχηγούς των Κομμάτων, στη Βουλή και με κινητοποιήσεις ενάντια στα μέτρα που οδηγούν σε

► περαιτέρω κρίση και υποβάθμιση.

Ενισχύσαμε τη συνεργασία μας με όλους τους Υγειονομικούς Φορείς, Επαγγελματικές Ενώσεις και Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες, τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, προκειμένου να κινηθούμε πιο αποτελεσματικά σε θέματα κοινωνικά, υγείας, ασφάλισης και σύνταξης.

Επίσης, συχνή ήταν η συμπόρευση με ΤΕΕ, Ολομέλεια Δικηγορικών Συλλόγων, Συμβολαιογράφων, ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΕ, ΓΣΕΒΕ, ΕΣΕΕ, η συνεργασία με τις Ομοσπονδίες του χώρου ΟΕΝΓΕ, ΠΟΣΕΥΠ-ΠΕΔΥ και η ενίσχυση των δράσεών τους, όπου και όταν μας ζητήθηκε.

Η συνεχής επικοινωνία μας με τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας συμβάλλει στην ενδυνάμωση του ρόλου του Π.Ι.Σ. και η συντεταγμένη πορεία, μπορεί να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Η ενότητα σήμερα είναι αναγκαία περισσότερο από ποτέ, διότι η πολυδιάσπαση οδηγεί σε αποτυχία βελτίωσης των συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Οι συνεχείς συναντήσεις μας με τους Υπουργούς Υγείας και Εργασίας δεν έχουν οδηγήσει σε επιθυμητές λύσεις σε μείζονα ζητήματα, με επίκληση όπως πάντα των μνημονιακών δεσμεύσεων.

Η Νομική Υπηρεσία καταβάλλει κάθε προσπάθεια προκειμένου να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις.

Απορρίφθηκε από το ΣτΕ η προσφυγή μας για το claw-back και rebate. Εκδικάσθηκε η παρέμβαση του Π.Ι.Σ. υπέρ ΟΕΝΓΕ για το Μισθολόγιο των Νοσοκομειακών Ιατρών και αναμένεται τους επόμενους μήνες η απόφαση. Αναβλήθηκε η αγωγή κατά ΕΟΠΥΥ για μη εξόφληση οφειλών προς τους ιατρούς, λόγω Νομοθετικής ρύθμισης - αποπληρωμής, μέχρι τέλους Ιουνίου. Θα εκδικασθεί, εάν δεν υλοποιηθεί η ρύθμιση, το Σεπτέμβριο.

Παρέμβαση του Π.Ι.Σ. στο ΣτΕ υπέρ της ΠΟΣΕΥΠ-ΠΕΔΥ για θέματα που αφορούν το ΠΕΔΥ. Προσφυγή στο ΣτΕ για τη μείωση συντάξεων, κύριων και επικουρικών, εκδικάζεται 7 Απριλίου και προσφυγή για το εφάπαξ εκδικάζεται 8 Μαΐου 2017. Ταυτόχρονα εκδικάζεται η προσφυγή του ΠΙΣ για τις επιπτώσεις του ασφαλιστικού στους γιατρούς ΕΣΥ. Κατατέθηκε προσφυγή του ΠΙΣ στο ΣτΕ κατά της Υπουργικής Απόφασης του Υφυπουργού Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Πετρόπουλου για τις ασφαλιστικές εισφορές σε συνάρτηση με τα καθαρά εισοδήματα των ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών, για την οποία δεν έχει ακόμη προσ-

διοριστεί ημερομηνία εκδίκασης.

Παρέμβαση στο ΣτΕ του Π.Ι.Σ. για την υποκοστολόγηση των 86 διαγνωστικών εξετάσεων χωρίς ανάλογη αύξηση του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ για τις διαγνωστικές εξετάσεις.

Η συνεχής παρουσία και παρέμβασή μας στον ΕΟΠΥΥ, παρά τις υποκοστολογήσεις, τους μειωμένους προϋπολογισμούς, το claw-back και rebate και την καθυστέρηση αποπληρωμής των παρόχων υγείας, έχει βελτιώσει την κατάσταση σε σύγκριση με το 2016.

Η εφαρμογή των Διαγνωστικών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων, η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας, η real-time παρακολούθηση και η πλήρης εφαρμογή επιστημονικών κανόνων ιατρικής λειτουργίας από τον ΕΟΠΥΥ και την ΗΔΙΚΑ και όχι επιβολή οριζόντιων μέτρων, έπρεπε να έχουν γίνει εδώ και καιρό.

Υπάρχουν πρότυπα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν εύκολα και γρήγορα.

Η διαπραγμάτευση με τον ΕΟΠΥΥ για τις συμβάσεις των ιατρών και των εργαστηρίων καθυστερεί ανεπανόρθωτα. Έχει αναβληθεί η υπογραφή νέων συμβάσεων επ' αόριστον.

Οι θέσεις μας είναι σταθερές:

1. Συλλογική σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.
2. Ανοιχτές συμβάσεις με όλους τους ιατρούς, αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, χωρίς περιορισμούς.
3. Κάλυψη των πραγματικών αναγκών σε επισκέψεις ασφαλισμένων. Μέχρι σήμερα καλύπτονται μέχρι 11.000.000 επισκέψεις. Οι πραγματικές ανάγκες υπολογίζονται στις 30.000.000 λόγω αποδυνάμωσης των δομών του ΠΕΔΥ.
4. Αύξηση της ιατρικής επίσκεψης από το εξευτελιστικό ποσό των 10 ευρώ στα 20 ευρώ, που ήταν προ κρίσης.
5. Νομοσχέδια για την υγεία δεν έχουν έρθει στη Βουλή. Κατά τη δέσμευση του Υπουργού Υγείας, και στη συνάντηση Δ.Σ Π.Ι.Σ. - Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων της 10ης Δεκεμβρίου, προωθούνται στη Βουλή δύο Νομοσχέδια, ένα για τη ψυχική υγεία, στο οποίο θα υπάρχει και ρύθμιση για τους ιατρούς του ΠΕΔΥ και το Νομοσχέδιο για τη ΠΦΥ, στο οποίο θα προσαρτηθεί και η σύγχρονη Ιατρική Νομοθεσία, η οποία από τα μέσα του 2014 έχει κατατεθεί στο Υπουργείο, και παρότι δεν έχει δημοσιονομικό κόστος και έχουν δοθεί επανειλημμένες υποσχέσεις, εντούτοις δεν έχει νομοθετηθεί.

6. Το Ινστιτούτο Ερευνών του Π.Ι.Σ. με τους 14 Τομείς του λειτουργεί από τα μέσα του 2016 και έχει σημειωθεί πρόοδος για όλα τα θέματα που αφορούν τους ιατρούς και την υγεία-περίθαλψη. Ο θεσμικός ρόλος του Π.Ι.Σ., και μέσα από την τεχνογνωσία του Ινστιτούτου, πιστεύουμε ότι θα ενδυναμωθεί, ώστε να είναι ανάλογος εκείνου που ισχύει σε όλα τα Ευρωπαϊκά Κράτη.

Οι μνημονιακοί νόμοι που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια οδήγησαν την ιατρική λειτουργία σε εμπορεύσιμο είδος, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, με άκρατη απειλευθέρωση του ιατρικού επαγγέλματος, αλλόλα και της «πληνοδιακής» άσκησης της ιατρικής, στη χώρα μας. Ο Ιατρός, σύμβουλος και θεραπευτής της «Ιπποκρατικής Ιδέας», μετεβλήθη σε «μετακινούμενο» έμπορο υγείας. Η ευγενής ιατρική λειτουργία πρέπει να ταυτιστεί με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, έχοντας όλοι οι λειτουργοί της υγείας κατά νου ότι η Υγεία είναι κυρίαρχο κοινωνικό αγαθό, το οποίο πρέπει να προσφέρεται με αγάπη και συνείδηση του ρόλου μας.

Ο προϋπολογισμός του 2017, όπως και οι προηγούμενοι, οδηγεί την Υγεία σε επικίνδυνη τροχιά. Εάν δεν γίνουν μεταρρυθμίσεις και δεν ληφθούν διαρθρωτικά μέτρα, η μεγάλη ανθρωπιστική κρίση που βιώνουμε, δεν θα μπορέσει εύκολα να αναταχθεί.

Οι δημόσιες δαπάνες Υγείας το 2017 (στο 5% του ΑΕΠ περίπου) από 4,7% το 2016, οφείλονται κατά κύριο λόγο στην αύξηση της παρακράτησης των ασφαλιστικών εισφορών των συντάξεων υπέρ Υγείας του ΕΟΠΥΥ, στις κύριες συντάξεις από το 4% στο 6% και στις επικουρικές στο 6%.

Υπάρχει καθυστέρηση στη στελέχωση των κλινών ΜΕΘ. Σήμερα, βρίσκονται εκτός λειτουργίας 125 κλίνες, ενώ υπάρχει η αναγκαία υποδομή. Θα μπορούσαν να νοσηλευθούν, εάν υπήρχε στελέχωση, πλέον των 3.000 ασθενών και να σωθεί το 50% εξ' αυτών, στατιστικά.

Η προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία, λόγω της έλλειψης ΠΦΥ και της οικονομικής κρίσης, έχει αυξηθεί κατά 70% και οι αυξήσεις των εισαγωγών, λόγω της παραμελημένης υγείας των ασθενών, έχει μεταβιβάσει το κόστος της ΠΦΥ στη νοσοκομειακή περίθαλψη και μάλιστα μεγαλύτερο, λόγω της μειωμένης πρόληψης και φροντίδας.

Εάν τα Νοσοκομεία μας δεν ενδυναμωθούν συστηματικά και γρήγορα, το σύστη-

μα θα καταρρεύσει.

Στην Υγεία απαιτείται όραμα – σχεδιασμός – υλοποίηση, με επιστημονικά κριτήρια και με βάση τις ανάγκες όπως αυτές που έχουν εφαρμόσει χώρες με ασφαλή συστήματα υγείας.

Η Ελλάδα έχει μικτό ασφαλιστικό σύστημα: Beveridge (Αγγλοσαξωνικό - στηρίζεται στη φορολογία των πολιτών) και Bismarck (Γερμανικό - στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση), αλλά και μεγάλες ιδιωτικές δαπάνες υγείας, οι οποίες ανέρχονται στο 40% των συνολικών δαπανών υγείας.

Ο Υγειονομικός Χάρτης έπρεπε να έχει ολοκληρωθεί εδώ και καιρό. Τα Αστικά Κέντρα Υγείας έπρεπε να έχουν δομηθεί και λειτουργήσει και οι δημόσιες δομές, όπου υπάρχουν, να ενισχυθούν και όπου δεν υπάρχουν, να δομηθούν και να λειτουργήσουν.

Ο ΕΟΠΥΥ έπρεπε να έχει προχωρήσει σε νέες συμβάσεις με Ιατρεία και Εργαστήρια, κατά πράξη και περίπτωση, προκειμένου να καθυφθούν οι ανάγκες της Π.Φ.Υ. (Χρησιζόμαστε 15.000 ιατρούς περίπου).

Πρέπει να δοθεί η ευκαιρία στους νέους ιατρούς να παραμείνουν στη χώρα μας και να μην υπάρχει απώλεια σε εκλεκτό και νέο επιστημονικό δυναμικό, στο οποίο έχει επενδύσει το κράτος. Πρέπει να δοθεί η δυνατότητα σε όλους τους ιατρούς που επιθυμούν να συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ μέσα από συλλογικές συμβάσεις με Π.Ι.Σ. και Ιατρικούς Συλλόγους, όχι όμως με το εξευτελιστικό ποσό των 10 Ευρώ.

Πρέπει να εφαρμοστούν σε όλες τις ειδικότητες τα διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα και να ενσωματωθούν στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ, προκειμένου η ιατρική λειτουργία να ασκείται με επιστημονικό τρόπο και να εξορθολογισθούν οι δαπάνες.

Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας πρέπει να είναι στις προτεραιότητες της πολιτικής Υγείας.

Η πλήρης ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος και η σύνδεση όλων των επιπέδων με κεντρικό έλεγχο και σε realtime παρακολούθηση θα οδηγήσει σε εκσυγχρονισμό του συστήματος, εξορθολογισμό δαπανών και αποτροπή προκλητής ζητησης.

Η συνεργασία της Πολιτείας σε συνεχή και παραγωγική διαδικασία με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, τον ανώτατο θεσμικό σύμβουλο της Πολιτείας σε θέματα Υγείας, θα δημιουργήσει προοπτική αισιοδοξίας ώστε να ξεφύγουμε από τη χαώδη κατάσταση που δεν μας τιμά, ως χώρα του πολιτισμού και των αξιών.

Οι συνδιασκέψεις του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με

τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων και οι προηγούμενες Γενικές μας Συνελεύσεις επικαιροποιούν κατ' επανάληψη το δικδικτικό πλαίσιο του Π.Ι.Σ.

Έτσι απαιτούμε:

- Τη δημιουργία Υγειονομικού Χάρτη
- Την καθιέρωση ενός ενιαίου συστήματος Π.Φ.Υ., το οποίο θα εξυπηρετεί ισότιμα όλους τους πολίτες και θα αξιοποιεί το σύνολο του εξωνοσοκομειακού δυναμικού και των ιατροτεχνολογικών υποδομών.
- Τη θεσμοθέτηση Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης του ΕΟΠΥΥ με τον Π.Ι.Σ. και τους Ιατρικούς Συλλόγους, με ελεύθερη ένταξη όλων όσοι επιθυμούν, με κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή, κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων σε επισκέψεις και διατήρηση του δικαιώματος στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση των πιστοποιημένων ιατρών.
- Τη διασφάλιση της νοσοκομειακής υποδομής σε κάθε Νομό, με πλήρη εξοπλισμό, στελέχωση με το αναγκαίο προσωπικό και εφαρμογή αξιόπιστων και ασφαλών προτύπων και προγραμμάτων ασφαλείας εφημέρευσης.
- Την παρέμβαση- συμμετοχή μας σε ζητήματα που αφορούν:
 - τον Τομέα Υγειονομικών του ΕΦΚΑ και τις ανεξόφλητες οφειλές των Ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ,
 - την άγρια φορολόγηση, η οποία εμποδίζει κάθε παραγωγική διαδικασία,
 - τον ιατρικό πληθωρισμό,
 - την ανεργία με αποτέλεσμα την μεταναστευση,
 - τη δυσφήμιση – συκοφάντηση του ιατρικού σώματος και,
 - τη διαρκή επιμόρφωση – εκπαίδευση των ιατρών.

Οι Πρόεδροι του Π.Ι.Σ., κ. Μ. Βλυσταράκος, της Ε.Ο.Ο., κ. Α. Κατσίκης, του Π.Φ.Σ., κ. Κ. Λουράντος και η Πρόεδρος του Π.Κ.Σ., κ. Α. Τραχήλη, συναντήθηκαν κατ' επανάληψη με τον Υπουργό και τον Υφυπουργό Εργασίας – Κοινωνικής Ασφάλισης, κ.κ. Γ. Κατρούγκαλο και Α. Πετρόπουλο και συζητήσαν ζητήματα λειτουργίας του Ταμείου μας, μετά την ένταξή του στον ΕΦΚΑ, θέματα συνταξιοδότησης, ασφαλιστικής ενημερότητας, μηχανοργάνωσης, την κατάργηση του θεσμού των μονοσυνταξιούχων, καθώς και την προοπτική λειτουργίας Επαγγελματικού Ταμείου ως καθολικού διαδόχου του Κλάδου Προνοίας και Στέγης Υγειονομικών.

Πραγματοποιήθηκε συνάντηση του Προ-

έδρου του Π.Ι.Σ. για το ασφαλιστικό, με τον Πρωθυπουργό, μαζί με τον Πρόεδρο του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδος (ΤΕΕ) κ. Γ. Στασινό και τον Πρόεδρο της Ολομέλειας των Δικηγορικών Συλλόγων Ελλάδας, κ. Β. Αλεξανδρή.

Έγιναν επισκέψεις του Π.Ι.Σ. σε πολλές περιοχές της χώρας, Ρόδο – Καστελλόριζο, Κω, Φωκίδα (Αμφισσα), Καβάλα, Σέρρες, Δράμα, Αλεξανδρούπολη, Σπάρτη, κ.λ.π., όπου συζητήθηκαν θέματα σχετικά με την εκπαίδευση, υγεία – περίθαλψη των πολιτών των περιοχών αυτών και την ιατρική λειτουργία, με παρεμβάσεις προς το Υπουργείο Υγείας.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. επισκέφθηκε την Κωνσταντινούπολη, στην οποία ως προσκεκλημένος του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA) συμμετείχε σε συζήτηση για το προσφυγικό, μαζί με εκπροσώπους ευρωπαϊκών Ιατρικών Συλλόγων, Τουρκικού Ιατρικού Συλλόγου και άλλων περιοχών.

ΠΕΔΥ

Προ της ψήφησης και εφαρμογής του Ν.4238/14, υπηρετούσαν στα Ιατρεία του πρώην ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ 5500 ιατροί.

Μετά την ψήφηση και εφαρμογή του νόμου υπηρετούν 2200 πανελλαδικά. 3000 ιατροί είναι απολυμένοι και περίπου 500, το διάστημα 2014 μέχρι σήμερα, έχουν συνταξιοδοτηθεί. Ένα σημαντικό τμήμα του ιατρικού πληθυσμού εργάζεται με ασφαλιστικά μέτρα. Εκκρεμούν πολλές δικαστικές αποφάσεις ιατρών που προσδοκούν την επαναφορά τους στο σύστημα. 200-250 ιατροί έχουν επιστρέψει μετά από δικαστικές αποφάσεις, αλλά δεν έχουν λάβει το μισθό τους από τον Αύγουστο και μετά. Έγινε προσπάθεια το τελευταίο έτος να ενισχυθεί το σύστημα με το διορισμό επικουρικών ιατρών. Είναι μια σημαντική ευκαιρία νέοι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων να μπουν στο σύστημα. Όμως, η επισφαλής εργασιακή σχέση, με συμβάσεις ενός ή δύο ετών, δεν είναι κίνητρο. Πολλοί νέοι γιατροί βρίσκουν τη λύση της μετανάστευσης πιο ελκυστική και σίγουρη.

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

40% των μονάδων έχουν κλείσει και οι υπόλοιπες υπολειτουργούν, είτε σε επίπεδο στελέχωσης σε ιατρικό προσωπικό, είτε σε επίπεδο λειτουργίας των εργαστηρίων.

Συνέπεια του νόμου 4238/14 είναι η ερήμωση των Πολυιατρείων, ειδικά στην Περιφέρεια ➡

■ ρεια. Χώροι που κάποτε έσφυζαν από ζωή, από ασφαλισμένους, γιατρούς και προσωπικό, σήμερα είναι έρημα τοπία, ιδίως τις απογευματινές ώρες. Το τελευταίο έτος είναι γεγονός ότι η προσέλευση ασθενών στις μονάδες υγείας έχει αυξηθεί. Αυτό οφείλεται στην κάλυψη όλων και των ανασφάλιστων, αλλά και στην εμπιστοσύνη που δείχνουν όλο και μεγαλύτερος πληθυσμός στο δημόσιο σύστημα υγείας. Οφείλεται επίσης στην οικονομική ένδεια. Γίνεται περισσότερο από κάθε άλλη χρονική συγκυρία φανερό ότι οι μονάδες χρειάζονται αναβάθμιση. Χρειάζονται όλες τις ειδικότητες και το κυριότερο να έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις. Στόχος πρέπει να είναι, όποιος μπαίνει στη μονάδα ΠΕΔΥ ή σε Κέντρο Υγείας να διεκπεραιώνει όλες τις αναγκαίες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Δεν νοείται μονάδα σήμερα να μην έχει νευρολόγο ή παιδίατρο. Τα εργαστήρια, κυρίως μικροβιολογικά και ακτινολογικά, παρά τις λειτουργικές βελτιώσεις έχουν μακρύ δρόμο ακόμα. Ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να γίνει και στη δυνατότητα να υπάρχουν εργαστήρια για τις υψηλού κόστους εξετάσεις όπως πχ αξονικές τομογραφίες, Dexa, ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος κ.ά. Σε περίοδο οικονομικής κρίσης επιβάλλεται το πρωτόβθμιο σύστημα υγείας να στέκεται στο ύψος των πραγματικών αναγκών και να είναι αποτελεσματικό.

Σήμερα οι ασθενείς εξυπηρετούνται και σε ιδιώτες γιατρούς με σύμβαση ΕΟΠΥΥ. Σε πολλές όμως περιπτώσεις το πηλαφόν των επισκέψεων κλινεί την πρώτη εβδομάδα. Το κόστος για γιατρό, που εργάζεται μέσα στο σύστημα εξετάζοντας υπερτριπλάσιο αριθμό ασθενών είναι το ίδιο με το κόστος του συμβεβλημένου ιατρού.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται ιδιωτικά, το μεγάλο κομμάτι σε μεγάλα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα με 15% συμμετοχή στην καλύτερη των περιπτώσεων. Υπολογίζεται ότι λιγότερο του 5% των παραπεμπτικών εκτελείται μέσα στα εργαστήρια του ΠΕΔΥ. Αυτό έχει κόστος για τον κρατικό προϋπολογισμό δυσανάλογο με την οικονομική δυνατότητα του προϋπολογισμού.

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

Η λύση είναι να στελεχωθεί το σύστημα με ιατρικό προσωπικό με αξιοποίηση πρώ-

τα των απολυμένων γιατρών. Ενίσχυση των εργαστηρίων - μικροβιολογικών, ακτινολογικών, με στόχο σε ένα εξάμηνο το 25% των παραπεμπτικών να εκτελούνται μέσα στο ΠΕΔΥ. Αξιοποίηση των ιδιόκτητων κτιρίων και στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει μείωση των ενοικίων. Αξιοποίηση του φυσιοθεραπευτικού δυναμικού (προσωπικού και μηχανημάτων) των ΠΕΔΥ και των οδοντοτεχνικών και οδοντοπροσθετικών εργαστηρίων. Ειδική μέριμνα για την οδοντιατρική φροντίδα. Αναβάθμιση των ραντεβού, με αξιοποίηση όλων των κενών ραντεβού μέσα στις δομές του συστήματος.

Η διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας των μονάδων στην παρούσα στιγμή δεν έχει πρακτική αξία λόγω έλλειψης σε πολλές περιπτώσεις των βασικών ιατρικών ειδικοτήτων. Η πρόταση για 24ωρη λειτουργία κάποιων αστικών Κέντρων Υγείας ή Μονάδων ΠΕΔΥ είναι πρόταση λειτουργική, είναι δε και πρόταση των συλλογικών οργάνων των ιατρών του ΠΕΔΥ, που πιστεύουμε να ανακόψει το μεγάλο ποσοστό επίσκεψης περιστατικών στα Νοσοκομεία για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ΕΟΠΥΥ

Το 2016, υπό τη νέα διοίκηση του ΕΟΠΥΥ, εγκαινιάστηκαν νέα μέτρα εξορθολογισμού των δαπανών του κλειστού προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ και τελικής εκκαθάρισης κατά 100% των υποβολών των συμβεβλημένων ιατρών, που απαριθμούν 8.000 σημεία ΠΦΥ σε Πανελλήνιο δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η αρχή του έτους 2016 βρήκε τους συμβεβλημένους κλινικούς ιατρούς να έχουν πληρωθεί μόνο 6 από τους 12 μήνες των υποβολών του 2015, και τους κλινικοεργαστηριακούς και εργαστηριακούς ιατρούς να έχουν παρακράτηση 3 μηνών του 2015 για clawback rebate. Για τους κλινικούς ιατρούς, λόγω της μεγάλης στάσης πληρωμών, δημιουργήθηκε εικονικό εισόδημα λόγω της υποχρεωτικής έκδοσης τιμολογίων το 2015 και υπέρογκη φορολογία κατά το 2016.

Εφαρμογή νέων Κανόνων Διαγνωστικών Εξετάσεων και Επισκέψεων για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση με αριθ. πρωτ. Γ3γ/οικ.28501/18-04-2016 (ΦΕΚ 1115Β/19-04-2016), με τους εξής κανόνες:

Ο ιατρός δεν μπορεί να χρεώσει επίσκεψη στον ΕΟΠΥΥ για έναν ασθενή που θα επισκεφθεί σε χρονικό διάστημα 30 ημερών

περισσότερες από 2 φορές ιατρό της ίδιας ειδικότητας ή που θα επισκεφθεί στην ίδια ημέρα περισσότερους από 2 ιατρούς διαφορετικής ειδικότητας.

Η καταχώρηση διαγνωστικών εξετάσεων υψηλού κόστους (άνω των 90€) γίνεται αποκλειστικά ύστερα από ενδελεχή τεκμηρίωση στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

Σε έναν ασθενή επιτρέπεται να συνταγογραφηθεί μια συγκεκριμένη εξέταση μία (1) φορά σε χρονικό διάστημα 20 ημερών ή 4 ημερών για κάποιες εξετάσεις.

Εκκαθάριση 100% με στατιστικό δειγματοληπτικό έλεγχο

Θεσπίστηκε με το άρθρο 90 του Ν.4368 ΦΕΚ 21Α 21/02/2016, κανόνας εκκαθάρισης των δαπανών με έλεγχο ψηφιοποιημένων αρχείων στο 5% του δείγματος υποβολών που αποστέλλονται από τους παρόχους πλέον στις κεντρικές υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ, δημιουργώντας μεγάλο κύμα διαμαρτυριών από ιατρούς, για την αναδρομικότητα του μέτρου, αλλά και τις υπέρογκες και δυσανάλογες περικοπές που περιλαμβάνουν διοικητικές παραλείψεις, απώλεια αρχείων εκ μέρους της υπηρεσίας, τεχνικά προβλήματα του πληροφοριακού συστήματος, διαφορές στην ταυτοποίηση του ασφαλισμένου από τα διαφορετικά πληροφοριακά συστήματα (e-dary, e-syntagografisi), προβλήματα ψηφιοποίησης αρχείων, λάθη στην ένδειξη της ασφαλιστικής ικανότητας, κλπ. Η επιβολή παράβολου 2% επί του συνόλου της υποβολής, για την εξέταση των ενστάσεων ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων όπως και η πίεση των διοικητικών υπηρεσιών των Περιφερειακών Διευθύνσεων για άμεση έκδοση πιστωτικών τιμολογίων και αποδοχή των υπέρογκων «κουρεμάτων» από τους ιατρούς. Οι συμβεβλημένοι ιατροί υπέστησαν πολύ σκληρή δοκιμασία, επιτεινόμενη από τη μεγάλη στάση πληρωμών των επισκέψεων, εξετάσεων και ιατρικών πράξεων, που παρουσιάστηκε κατά το πρώτο εξάμηνο του 2016. Κανένα χρονοδιάγραμμα του ΕΟΠΥΥ δεν συμβάδιζε με την πραγματικότητα, ενώ γιατροί έγιναν αποδέκτες απειλών καταγγελίας της σύμβαςης, σε περίπτωση επισκέψεων.

Κατά το δεύτερο εξάμηνο, υπήρχε μία αργή αποκατάσταση και εξομάλυνση των πληρωμών και των αποτελεσμάτων της τελικής εκκαθάρισης των δαπανών, με διαπίστωση εκ μέρους του ΕΟΠΥΥ, πολύ μικρών ποσοστών περικοπής και παραβατικότητας. Η επιτροπή ενστάσεων λειτούρ-

■ γησε το 2016, διεκπεραιώνοντας γρήγορα τις σχετικές αιτήσεις, χωρίς την επιβολή του παράβολου του 2%.

Υποκοστολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων κατά 43%

Με την έκδοση της υπ'αρ ΦΕΚ 28Β 15/01/2016, εκπληρώθηκε το τελευταίο σε εκκρεμότητα προαπαιτούμενο για την εκταμίευση του 1 δις ευρώ από τους θεσμούς. Η Απόφαση αφορούσε την υποκοστολόγηση στις τιμές 51 διαγνωστικών εξετάσεων οι οποίες έχουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαγνωστική δαπάνη, μεσοσταθμικά σε ποσοστό 43%, ενώ οι υπόλοιπες εργαστηριακές εξετάσεις μειώνονται μεσοσταθμικά κατά 9%. Παράλληλα, μειώθηκε κατά 18% η τιμή αποζημίωσης των μαγνητικών τομογραφιών και κατά 10% του pet-scan.

Εκδόθηκε Υπουργική απόφαση για συμμετοχή του ασφαλισμένου βάσει των νέων μειωμένων τιμών, η οποία αποσύρθηκε μετά από κύμα επισχέσεων και διαμαρτυριών εκ μέρους των εργαστηριακών ιατρών λόγω της στέρησης πολυτιμής ρευστότητας από τα εργαστήρια, τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση οικονομικού στραγγαλισμού, ιδίως τα μικρά εργαστήρια. Αποφασίστηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου η εισήγηση προς τη Γενική Συνέλευση της 18^{ης} Φεβρουαρίου 2017 θεσμοθέτησης της ιατρικής επίσκεψης στους εργαστηριακούς ιατρούς.

Στον κλειστό προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ για τα εργαστήρια το 2016, προστέθηκαν 12 από τα 24 εκ. ευρώ που είχε υποσχεθεί το Υπουργείο Υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων κατά την περίοδο ίδρυσης του ΠΕΔΥ (2014), τηρώντας μερικώς την αρχική δέσμευση.

Το rebate όγκου εφαρμόστηκε απευθείας ως περικοπή στην αρχική υποβολή του παρόχου και το claw-back του έτους περιορίστηκε στο 15%, ενώ υπήρξε δέσμευση της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας ότι θα μηδενιστεί. Οι δαπάνες για εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ σταθερά αποτελούσαν το 60% του εργαστηριακού τομέα, βρέθηκαν να συρρικνώνονται στο 40%. Η υπουργική απόφαση υπ'αριθμόν ΦΕΚ 3458Β που εκδόθηκε στις 26/10/2016, κοστολόγησε και εισήγαγε την κάλυψη άλλων νέων 86 εξετάσεων υπό τον κλειστό προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, χωρίς αντίστοιχη αύξηση της χρηματοδότησης, προκαλώντας νομικές ενέργειες ακύρωσης στο ΣΤΕ από μεγάλους Ιατρικούς Συλλόγους υπό την αιγίδα του ΠΙΣ, καθώς αναμένεται ασύμφορη εκτόξευση του clawback.

Γενικές αρχές Π.Ι.Σ.

στην επιτροπή διαπραγμάτευσης για τα διαγνωστικά

1. Το σχέδιο της σύμβασης να έχει σταθερό πλαίσιο, χωρίς παράθυρο για μεταγενέστερες μεταβολές από νόμους, ΕΚΠΥ, Υπουργικές αποφάσεις, κλπ που θα αλλοιάζουν τη φύση της σύμβασης.
2. Στο σχέδιο της σύμβασης να μην επιτρέπεται η νομολογία, δηλαδή εισαγωγή άρθρων που δεν έχουν νομοθετικό υπόβαθρο.
3. Το σχέδιο της σύμβασης να μην περιέχει άρθρα νομοθετικού πλαισίου, για τα οποία εκκρεμούν προσφυγές των ιατρικών θεσμικών ή συνδικαλιστικών οργάνων στο ΣΤΕ ή στα δικαστήρια.
4. Ανοιχτές συλλογικές συμβάσεις κατά πράξη και περίπτωση: (Από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης - ΕΔ εκφράστηκε η άποψη της πολιτικής ηγεσίας για υπογραφή συλλογικής σύμβασης μόνο για επισκέψεις).
5. Αποκλεισμός όρων που να αφήνουν παράθυρο για ατομική (και όχι συλλογική) διαπραγμάτευση τιμών.
6. Αποκλεισμός σημείων που επιβάλλουν δυσβάσταχτους οικονομικά όρους ποιότητας από τον ΕΟΠΥΥ, χωρίς διαβούλευση με τον Π.Ι.Σ.
7. Γενίκευση της αυτοπαραπομπής του 40% των κλινικοεργαστηριακών ιατρών και στις επιχειρήσεις, Πολυϊατρεία (διαγνωστικά κέντρα) και ιδιωτικές κλινικές.
8. Καθορισμός πλαισίου για τους επιστημονικά υπεύθυνους, ώστε να αποφεύγονται οι διπλές ιδιότητες και οι αυτοπαραπομπές.
9. Πρόταση Π.Ι.Σ.: 60 ημέρες/ΕΔ: 90 ημέρες το χρονικό πλαίσιο της πλήρους εκκαθάρισης των παραστατικών από τον ΕΟΠΥΥ.
10. Προσπάθεια απαλοιφής λεόντειων όρων από τη σύμβαση.

Διαγνωστικά πρωτόκολλα κατά ICD-10

Με υπουργική απόφαση υπ'αριθμόν ΦΕΚ 2221 Β' 18-07-16, νέοι περιορισμοί τέθηκαν στη συνταγογράφηση από τα τέλη του καλοκαιριού. Ανάλογα με το ICD-10, οι εξετάσεις «ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ» επιτρέπονται μόνο μια φορά σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για το ίδιο ΑΜΚΑ, ενώ οι εξετάσεις «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ» της νόσου επιτρέπονται για το διάστημα περιοδικότητας». Σε περίπτωση που ο θεράπων ιατρός κρίνει ως αναγκαία την παραπομπή του ασθενούς για

επιπλέον εξετάσεις, τότε θα πρέπει να αιτιολογεί την απόφαση του και αν υπερβαίνει το όριο τότε, θα καταγράφεται «υπερβαση». Αφορά μόνο το πλήθος των ICD-10 που παράγουν τις μεγαλύτερες δαπάνες. Οι περισσότεροι ιατροί παρακάμπτουν το σύστημα αυτό πολλές φορές, συνταγογραφώντας βάσει εναλλακτικών διαγνώσεων κατά ICD-10, που δεν υφίστανται περιορισμούς, γεγονός που δημιουργεί σύγχυση όσον αφορά την πιστή τήρηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς.

Επαναφορά πληθυσμιακών κριτηρίων για την αδειοδότηση ακτινολογικών και πυρηνικών εργαστηρίων

Επανήλθε με Υπουργική απόφαση η εφαρμογή πληθυσμιακών κριτηρίων στην έκδοση άδειας λειτουργίας ακτινολογικών εργαστηρίων, πλην των περιπτώσεων έναρξης νέων ακτινολόγων ή πυρηνικών ιατρών.

Συμβάσεις ΕΟΠΥΥ

Με το άρθρο 52#4 της υπουργικής απόφασης υπ' αριθμό ΦΕΚ 141 03/08/16, παρατάθηκαν επ' αόριστον οι συμβάσεις των ιατρών του ΕΟΠΥΥ. Και ενώ αναμενόταν η έναρξη διαλόγου για τη νέα σύμβαση των επισκέψεων, μέσω της επιτροπής διαπραγμάτευσης, αυτή η διαδικασία πάγωσε λόγω παραίτησης μελών της επιτροπής. Για τις επισκέψεις, θα υπάρξει νέο νομοσχέδιο για την Π.Φ.Υ. που θα κατατεθεί από το Υπουργείο Υγείας που θα αφορά τα ιατρεία της γειτονιάς με ανάθεση εφεδρικού ρόλου στο δίκτυο των συμβεβλημένων ιατρών του ΕΟΠΥΥ, ανάλογα με τις ανάγκες ανά περιοχή.

Πληρωμές ληξιπρόθεσμων οφειλών πρώην ταμείων και ΕΟΠΥΥ

Ενώ υπήρξε η δέσμευση για πληρωμή του 10% των επισκέψεων που εκκρεμούσαν από το 2012, εντός του Δεκεμβρίου του 2016, τελικά δρομολογείται η ενταξματοποίηση αυτών κατά το πρώτο δίμηνο του 2017 μαζί με την απόδοση του ληξιπρόθεσμου Σεπτεμβρίου του 2016. Ανακοινώθηκε μέσω δελτίο τύπου του ΕΟΠΥΥ, το χρονοδιάγραμμα αποπληρωμής των ληξιπρόθεσμων οφειλών των πρώην ταμείων (ΟΠΑΔ, ΤΑΥΤΕΚΩ, κλπ) το οποίο πρέπει να ολοκληρωθεί έως τον Ιούνιο του 2017, λόγω της κείμενης νομοθεσίας (Ν.4430, ΦΕΚ 205Α'31/10/2016).

Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΓΙΑ ΕΝΙΑΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Εθνικός σχεδιασμός και ενδυνάμωση των Υπηρεσιών Πρόληψης.

**MADE
IN
GREECE**

Παραγωγή στην Ελλάδα... για όλο τον κόσμο!

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

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

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



**Boehringer
Ingelheim**

- α. Καταπολέμηση και προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (πρωτογενής πρόληψη) και πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας (δευτερογενής πρόληψη).
- β. Ιατρό-κοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
- γ. Άσκηση προληπτικής ιατρικής και υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
- δ. Ιατρική εργασίας με βελτίωση των όρων Υγιεινής και ελαχιστοποίησης των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων
- ε. Έλεγχος ρύπανσης του περιβάλλοντος
- στ. Αγωγή υγείας και παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και προστασίας ατόμων, ευπαθών ομάδων πληθυσμού
- ζ. Παροχή υπηρεσιών προσοχητικής και σχολικής υγιεινής και οικογενειακού προγραμματισμού

Στο Υπουργείο Υγείας η Γενική Διεύθυνση Π.Φ.Υ. πρέπει να συνεργάζεται με ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΕΣΔΥ και επιστημονικούς φορείς.

Σε επίπεδο Περιφέρειας Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Πρόληψης.

Όλοι οι ασφαλισμένοι του Ενιαίου Συστήματος Π.Φ.Υ. πρέπει να έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής ιατρού και θεραπευτηρίου. Όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως ασφαλιστικής κάλυψης πρέπει να έχουν δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες δομές ΠΦΥ.

ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ Π.Ι.Σ.

1. Αύξηση της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ και προτάσεις για διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης του Οργανισμού. Άμεση απαίτηση για απόδοση των ασφαλιστικών εισφορών από τα ταμεία προς τον ΕΟΠΥΥ.
2. Συλλογική σύμβαση εργασίας με τον ΕΟΠΥΥ βασισμένο σε ένα νέο ισοβαρές κείμενο σύμβασης με διαπραγμάτευση των συνδικαλιστικών οργάνων υπό την αιγίδα του Π.Ι.Σ. Άνοιγμα του ΕΟΠΥΥ σε νέους ιατρούς.
3. Άμεση απόδοση των πληρωθέντων και τρεχουσών οφειλών του ΕΟΠΥΥ.
4. Καθοδική εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων και του θεσπισμένου ανώτατου αριθμητικού ορίου στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το οποίο χρήζει βελτιωτικών αναπροσαρμογών από τις επιστημονικές εταιρείες και το ΚΕΣΥ. Δημιουργία διαγνωστικού ιστορικού προφίλ ασθενούς με τις εκτελεσθείσες εξετάσεις, με στατιστικό έλεγχο της διαγνωστικής μονάδας σε σχέση με τη χρέωση στο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

5. Ηλεκτρονική κάρτα υγείας ασθενούς με χρήση ειδικού μυστικού αριθμού (pin) μοναδικό για κάθε συναλλαγή για αποφυγή έκδοσης πλασματικών παραπεμπτικών με το ΑΜΚΑ του ασθενούς.
6. Άμεση θέσπιση online –realtime προκλινικού ελέγχου από τον ΕΟΠΥΥ.
7. Κατάργηση του clawback και απόδοση στο ακέραιο αμοιβής για κάθε παραπεμπτικό που εκτελείται.
8. Όχι σε οριζόντια υποκοστολόγηση των εξετάσεων ή άλλης κοστολόγησης χωρίς αύξηση χρηματοδότησης, καθώς οδηγεί σε χρεοκοπία τις μικρομεσαίες διαγνωστικές μονάδες, ενώ αφήνει αλώβητες τις μεγάλες επιχειρήσεις υγείας που έχουν τη δυνατότητα διαχείρισης της συνταγογράφησης. Επομένως, αποτελεί ένα πρόσθετο τελικό μέτρο εξόφλησης των ατομικών ιατρικών.
9. Διαχωρισμός κωδικών για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις.
10. Ανώτατο όριο εκτέλεσης (πληρόν) στον αριθμό των απεικονιστικών εξετάσεων υψηλού κόστους ανά λειτουργικό μηχανήμα και στον κύκλο εργασιών των εργαστηριακών εξετάσεων των βιοπαθολογικών, πυρηνικών και ιστολογικών εργαστηρίων.

ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Δημιουργία Αστικών Κέντρων Υγείας, τα οποία λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως. Αποστολή τους η προσκομιεακή φροντίδα και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

Παροχή υπηρεσιών σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, χρονίως πάσχοντες, απόρους και ανασφάλιστους.

Τα Αστικά Κέντρα Υγείας να αποτελέσουν τα φίλτρα της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Να αναβαθμιστεί Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Τα Αστικά Κέντρα να στελεχωθούν από επαρκές ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, βοηθητικό. Εδώ έχει θέση η ΠΑΑ.

Πρέπει να αξιοποιηθούν όλοι οι ειδικευμένοι ιατροί που υπηρετούν σήμερα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, σε δημόσιες δομές σε κάθε Δήμο, διότι προσφέρουν εξειδικευμένη υπηρεσία και αποφεύγονται επιπλοκές στους ασθενείς.

Σε κάθε Καθлиκратικό Δήμο διατηρούνται υπάρχουσες Δημόσιες Δομές ή δημιουργούνται νέες, για κάλυψη του πληθυσμού στους τόπους κατοικίας με στελέχωση

ση όλων των βασικών ιατρικών ειδικοτήτων με την ίδια εργασιακή σχέση των υπηρετούντων ιατρών και επαναπρόσληψη όσων αποχώρησαν και επιθυμούν να ενταχθούν πάλι στο ΠΕΔΥ με πλήρη απασχόληση σε προσωποπαγείς θέσεις.

Οι δομές Π.Φ.Υ. διασυνδέονται με τα Αστικά Κέντρα και υπάγονται σε αυτά για αλληλοκάλυψη αναγκών και υπηρεσιών.

Με κάθε Αστικό Κέντρο συνεργάζονται – διασυνδέονται και οι ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή, με τον ΕΟΠΥΥ, καλύπτοντας τον πληθυσμό.

Πρέπει να δημιουργηθεί σύμφωνα με τις θέσεις του Π.Ι.Σ. ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολόγου και παιδιάτρου για τη διαχείριση της υγείας και του πληθυσμού. Η επίσκεψη στον ειδικό ιατρό ή παραπομπή δεν πρέπει να απαιτεί προηγούμενη υποχρεωτική επίσκεψη στον οικογενειακό ιατρό. Η μελέτη των αποτελεσμάτων εφαρμογής με όποιες διαρθρωτικές αλλαγές κριθούν αναγκαίες θα συντελέσει στην ορθολογική εφαρμογή του Συστήματος. Θα δημιουργήσει επίσης συγκεκριμένα κίνητρα-αντικίνητρα για ασθενείς και ιατρούς, ώστε να αποφευχθεί η κατάχρηση υπηρεσιών.

Η επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό στον ΕΟΠΥΥ πρέπει να αυξηθεί τουλάχιστον στο 1% του ΑΕΠ, από 0,35% που ήταν το 2014, και 0,28% του ΑΕΠ, που περιλαμβάνονται στον προϋπολογισμό του 2015, και 2016, 0,18% του ΑΕΠ το 2017, δηλαδή κατά 1.500 εκατ. ευρώ.

Χωρίς κρατική επιχορήγηση παραδεκτή, η χώρα μας δεν θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την ανθρωπιστική κρίση και το Σύστημα Υγείας θα καταρρεύσει, με όλα τα επακόλουθα για την υγεία, την περίθαλψη και την ζωή των πολιτών.

Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ

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 Π.Ι.Σ. έδωσε σύγχρονες προδιαγραφές, μέσω Κε.Σ.Υ., των κινητών αυτών Μονάδων για κάλυψη ιδιαίτερα αυτών των περιοχών.

Ειδικά κίνητρα (οικονομικά, επαγγελματικά, επιστημονικά) και την προσέλευση ιατρών ειδικοτήτων.



«Αναπτύσσουμε, Επενδύουμε, Στηρίζουμε»

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



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

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

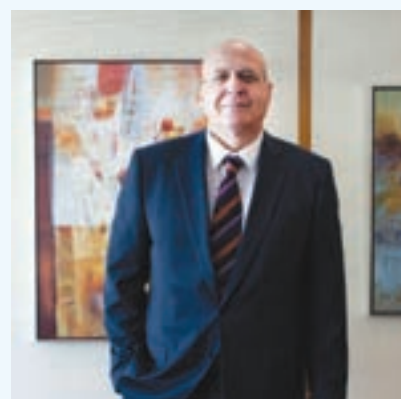
δη Διαβήτη, συμπεριλαμβανομένης και της αγοράς των Η.Π.Α.

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

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

Το εργοστάσιο αποτελεί εξαγωγικό κέντρο για 68 χώρες παγκοσμίως.

Η **Boehringer Ingelheim** είναι ηγέτης στις εξαγωγές φαρμάκων ενώ αντιπροσωπεύει το 1% των συνολικών εξα-



γωγών της χώρας. Ο δείκτης αυτός, σύμφωνα με τα πλάνο της εταιρείας αναμένεται να αυξηθεί στο 2,5% των συνολικών εξαγωγών της χώρας με το πέρας της επέκτασης του εργοστασίου, λόγω ακριβώς της ανάληψης της παραγωγής των καινοτόμων αντιδιαβητικών της φαρμάκων. Η επένδυση αυτή, αναμένεται να αυξήσει τις θέσεις εργασίας στο εργοστάσιο από 170 σε 220, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό και στην ελαχιστοποίηση της διαφυγής πολύτιμου εργατικού δυναμικού στο εξωτερικό.

**«Αναπτύσσουμε,
Επενδύουμε, Στηρίζουμε»**

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

➡ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Η κατάσταση στα νοσοκομεία του ΕΣΥ βρίσκεται σε οριακό σημείο. Οι προσλήψεις που έχουν προκληθεί ή εξαγγελθεί, για μόνιμο ιατρικό προσωπικό, θα πρέπει να υλοποιηθούν με ταχύτατους ρυθμούς ώστε να δώσουν ανάσα στο σύστημα, χωρίς και πάλι να καλύπτουν τα τεράστια κενά σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό.

Η αύξηση του αριθμού και η παράταση θητείας των επικουρικών βοηθά τη λειτουργία των Νοσοκομείων, έχει όμως προσωρινό χαρακτήρα, για αυτό η στελέχωση πρέπει να γίνει με μόνιμο ιατρικό προσωπικό με σχέση εργασίας πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

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

Η υγειονομική κάλυψη των ανασφαλισμένων αποτελεί θετικό μέτρο, εντούτοις μαζί με την αποδιοργανωμένη ΠΦΥ έχει επιβαρύνει σημαντικά τη λειτουργία των Νοσοκομείων της χώρας.

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

Η κατάρρευση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετακύλησε επιπλέον φορτίο στα Νοσοκομεία και προσδοκούμε η εξαγγελθείσα από την κυβέρνηση μεταρρύθμιση της ΠΦΥ να υλοποιηθεί, προκειμένου οι πολίτες να τυχάνουν αξιοπρεπώς περίθαλψης και τα Νοσοκομεία να αφοσιωθούν στο ρόλο τους απερίσπαστα.

Εξαιτίας των παραπάνω η εφημέρευση των Νοσοκομείων συνεχίζει να διεξάγεται με δυσκολίες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις το ιατρικό δυναμικό αδυνατεί να καλύψει εφημεριακά τις κλινικές και τα εργαστηρι-

α. Η έλλειψη ΤΕΠ στα Νοσοκομεία της χώρας αποτελεί αιτία μη ικανοποιητικής αντιμετώπισης των επείγοντων περιστατικών, ενώ οι γιατροί εξουθενώνονται, με συνέπεια να αυξάνεται η πιθανότητα ιατρικών λαθών.

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

Τα ζητήματα της εκπαίδευσης των ειδικευομένων και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρικού δυναμικού απασχολούν ήδη σοβαρά το Κε.Σ.Υ. και το Ινστιτούτο Ερευνών του Π.Ι.Σ., ώστε να αναμορφωθεί το σημερινό εκπαιδευτικό πλέγμα, το οποίο πάσχει σοβαρά σε επάρκεια και αποτελεσματικότητα.

Η δημιουργία αυτόνομων ΤΕΠ σε όλες τις περιοχές της χώρας θα δώσει τη δυνατότητα άμεσης και σωστής αντιμετώπισης των ασθενών, αλληλίζοντας 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 συνοδεύεται από εισροή ανάλογων κονδυλίων από την Κρατική χρηματοδότηση, καθώς και τα νοσήλια που οφείλει ο ΕΟΠΥΥ, ώστε να ορθοποδήσουν οικονομικά τα Νοσοκομεία.

Τα νοσοκομειακά φάρμακα πρέπει να είναι εξασφαλισμένα υπό οποιεσδήποτε συνθήκες και η επανεμφάνιση ελλείψεων σε ακριβά ή μοναδικά φάρμακα, πρέπει να αποφευχθεί.

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 κληδικής σύμβασης αποτελεί ευκαιρία να τεθούν στο τραπέζι όλα τα σοβαρά ζητήματα και να συμφωνηθεί ένα πρόγραμμα παρεμβάσεων σε βάθος τριετίας. Ο Π.Ι.Σ. θα σταθεί αρωγός στην προσπάθεια, όπως έπραξε και στο ζήτημα της προσφυγής της ΟΕΝΓΕ στο ΣτΕ για την αποκατάσταση του ειδικού ιατρικού μισθολογίου.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ

Με τον Ν.4387 της 12 Μαΐου 2016 νομοθετήθηκε η εφαρμογή του νέου ασφαλιστικού συστήματος, το οποίο περιλαμβάνει την ένταξη όλων των Ταμείων.

Με τον Ν.4387 (άρθρο 51):

1. Συνιστάται Νομικό Πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ) με την επωνυμία «Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης», αποκαλούμενο στο εξής «Ε.Φ.Κ.Α.», το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει έδρα του στην Αθήνα.

Από 1.1.2017 οπότε και αρχίζει η λειτουργία του, εντάσσονται στον Ε.Φ.Κ.Α., αυτοδίκαια οι υφιστάμενοι φορείς κύριας κοινωνικής ασφάλισης και ο Ε.Φ.Κ.Α. καθίσταται οιοονεί, καθολικός διάδοχος αυτών. Το ΝΑΤ και ο ΟΓΑ εξακολουθούν και μετά την κατά τα ως άνω ένταξή τους, να διατηρούν αυτοτελή νομική προσωπικότητα, για την άσκηση των μη ασφαλιστικών τους αρμοδιοτήτων. Ειδικά ως προς το Δημόσιο, περιέχονται στον ΕΦΚΑ, οι εν γένει αρμοδιότητες που αφορούν τις συντάξεις του Δημοσίου.

2. Σκοπός του Ε.Φ.Κ.Α. είναι η κάλυψη των υπαχθέντων στην ασφάλιση του Ε.Φ.Κ.Α. προσώπων για τους ασφαλιστικούς κινδύνους που προβλέπονται από την οικεία νομοθεσία, με την προβλεπόμενη στο νόμο αυτό χορήγηση.

α) Μηνιαίας κύριας σύνταξης, λόγω γήρατος, αναπηρίας και θανάτου στους ασφαλισμένους ή/και στα μέλη της οικογενείας τους.

β) Η χορήγηση προσυνταξιοδοτικών και άλλων παροχών στους συνταξιούχους και στους μέχρι της 31.12.1992 ασφαλισμένους του Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ), οι οποίοι, έως την έναρξη ισχύος του παρόντος, έχουν θεμελιώσει δικαίωμα λήψης της παροχής, καθώς και στους συνταξιούχους προσυνταξιοδοτικού καθεστώτος του ΕΤΕΑ (τ.ΕΤΕΑΜ) σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 26 του Ν.3455/2006 (Α 84).

γ) Παροχών ασθένειας σε χρήμα.

δ) Ειδικών προνοιακών επιδομάτων και

ε) Κάθε άλλης παροχής σε χρήμα ή υπηρεσιών, για τις οποίες καθίσταται αρμόδιος ο Ε.Φ.Κ.Α.

ΤΑΜΕΙΑ ΠΟΥ ΕΝΤΑΣΣΟΝΤΑΙ:

ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, Ε.Τ.Α.Α, ΟΑ-ΕΕ, ΟΓΑ, ΝΑΤ, ΤΑΥΤΕΚΩ

Για τους υγειονομικούς περιλαμβάνονται:

α) ο Τομέας Σύνταξης και Ασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ) και ο κλάδος των μονοσυνταξιούχων (καταργήθηκε από 1.1.2016)

β) Ο Τομέας Υγείας Υγειονομικών



Νέο Όνομα, Ίδιες Αξίες

Βρισκόμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσουμε ότι από 17 Μαρτίου 2017, η **Proton Pharma ΑΕ** αλλάζει επωνυμία και γίνεται **FARAN A.B.E.E.**

Η **FARAN A.B.E.E.**, μία εκ των παλαιότερων και πλέον καθιερωμένων Ελληνικών φαρμακευτικών εταιρειών, με μεγάλη επιχειρηματική κληρονομιά, πρωτοστάτησε στην Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία για περισσότερο από 65 χρόνια.

Συνεχίζοντας την επιτυχημένη πορεία, επαναφέρουμε την επωνυμία **FARAN A.B.E.E.**, η οποία συμβολίζει το πνεύμα της δημιουργίας και της ανάπτυξης, τα οποία σήμερα είναι περισσότερο από επίκαιρα.

Η **FARAN A.B.E.E.** συνεχίζει με την ίδια δημιουργική διάθεση, προσφέροντας θεραπευτικές προτάσεις Υψηλής Ποιότητας, Θεραπευτικής Αξίας και Τεκμηριωμένης Ασφάλειας, εγκαινιάζοντάς παράλληλα συνεργασίες με μεγάλους διεθνείς ερευνητικούς οίκους και σε Βιοτεχνολογικά φάρμακα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών με το μικρότερο δυνατό κόστος. Συμβάλλει έτσι ενεργά στην ανάπτυξη ενός σύγχρονου περιβάλλοντος υγείας, σε συνεργασία πάντα με τους Επαγγελματίες Υγείας και τις Αρχές, βοηθώντας τελικά τον Έλληνα Ασθενή, αλλά και το Κοινωνικό Σύνολο.



FARAN A.B.E.E.
Αχαΐας 5 & Τροιζηνίας
145 64 Ν. Κηφισιά, Αττική
Τ 210 62 54 175
F 210 62 54 190
E faran@faran.gr

➡ Στον κλάδο κύριας ασφάλισης και λοιπών παροχών του Ε.Φ.Κ.Α. περιέχονται και οι αρμοδιότητες των φορέων, κλάδων, τομέων και λογαριασμών πρόνοιας, που δεν εντάσσονται σε αυτόν και αφορούν σε παροχές σε χρήμα.

Η σύνταξη κάθε ασφαλισμένου, περιλαμβάνει την εθνική σύνταξη, η οποία με 20 χρόνια ασφάλισης ανέρχεται στα 384 Ευρώ και το αναλογικό τμήμα, ανάλογα με τα χρόνια ασφάλισης.

Σε περίπτωση συνταξιοδότησης πριν την 20ετία, η εθνική σύνταξη μειώνεται, με κατώτατο χρόνο θεμελίωσης συνταξιοδοτικού δικαιώματος, τα 15 χρόνια. Σε περίπτωση θεμελίωσης περισσότερων της μίας σύνταξης, λαμβάνεται μία εθνική σύνταξη.

Το ποσοστό μείωσης της εθνικής σύνταξης, κάτω των 20 χρόνων και μέχρι τα 15, είναι 2% κατ' έτος, δηλαδή στα 15 χρόνια μείωση 10%.

Ανταποδοτική σύνταξη

Ως συντάξιμες αποδοχές, λογίζονται ο μέσος όρος των μηνιαίων αποδοχών του ασφαλισμένου, καθ' όλη τη διάρκεια του ασφαλιστικού βίου και όχι των 5 τελευταίων ετών, όπως ήταν μέχρι της ισχύος του Ν.4387.

Ο μέσος όρος υπολογίζεται ως το ημίτις της διαίρεσης του συνόλου των μηνιαίων αποδοχών, που υπόκεινται σε εισφορές, δια του συνολικού χρόνου ασφάλισής του. Το τελικό ποσό του ανταποδοτικού μέρους της σύνταξης υπολογίζεται για το σύνολο του χρόνου ασφάλισης, με βάση το ποσοστό αναπλήρωσης του κάτωθι πίνακα:

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΕΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΗΣ
ΑΠΟ	ΕΩΣ	
0	15	0,77%
15,01	18	0,84%
18,01	21	0,90%
21,01	24	0,96%
24,01	27	1,03%
27,01	30	1,21%
30,01	33	1,42%
33,01	36	1,59%
36,01	39	1,80%
39,01	42 και περισσότερα	2,00%

Για τους αυτοαπασχολούμενους, το εισόδημα το οποίο υπόκειται σε εισφορές για τη λήψη της ανταποδοτικής σύνταξης, είναι το εισόδημα που προκύπτει καθ' όλη τη διάρκεια του ασφαλιστικού βίου. Για το διάστημα μέχρι την έναρξη της ισχύος του νόμου αυτού, εισόδημα νοείται το ποσό που θα αποτελούσε το ασφαλιστέο μηνιαίο εισόδημα, αν εκλαμβανόταν ως μηνιαία εισφορά το ποσό, που πράγματι καταβλήθηκε για κάθε μήνα ασφάλισης.

Στο ποσό της ασφαλιστικής εισφοράς που πράγματι καταβλήθηκε για κάθε ασφαλισμένο συνυπολογίζεται, όπου υπήρχε, και η ασφαλιστική εισφορά που είχε καταβληθεί από τον εργοδότη.

Προσωρινή σύνταξη

Μέχρι την έκδοση της οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης λόγω γήρατος, καταβάλλεται στους δικαιούχους προσωρινή σύνταξη, το ύψος της οποίας υπολογίζεται ως εξής:

- Για τους μισθωτούς, το 50% του μέσου όρου των μηνιαίων αποδοχών του ασφαλισμένου, κατά τους δώδεκα (12) μήνες ασφάλισης, που προηγούνται της υποβολής αίτησης συνταξιοδότησης.
- Για τους αυτοαπασχολούμενους, το 50% του μέσου μηνιαίου εισοδήματος των δώδεκα (12) τελευταίων μηνών ασφάλισης που προηγούνται της υποβολής της αίτησης συνταξιοδότησης.

Η προσωρινή σύνταξη δεν μπορεί να υπολείπεται του ποσού της εθνικής σύνταξης με 20 έτη ασφάλισης (384 €), ούτε να υπερβαίνει το διπλάσιο αυτής στο ύψος που διαμορφώνεται κάθε φορά.

ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Το συνολικό ποσοστό εισφοράς κύριας σύνταξης ασφαλισμένου μισθωτού και εργοδότη, ορίζεται σε 20% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των εργαζομένων και κατανέμεται κατά 6,67% σε βάρος των ασφαλισμένων και κατά 13,33% σε βάρος των εργοδοτών, συμπεριλαμβανομένων από 1.1.2017 και του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ.

Για τους αυτοαπασχολούμενους, το ποσό των εισφορών κύριας σύνταξης καθορίζεται με βάση τα καθαρά εισοδήματα του προηγούμενου έτους στο 20% για το ανώτατο όριο 70.000 Ευρώ και κατώτατο 7.000 Ευρώ.

Για τα 5 πρώτα χρόνια, υπάρχει μειωμένη εισφορά στο 14% για τα 2 πρώτα χρόνια και 17% για τα επόμενα 3. Μετά το 5^ο έτος της υπαγωγής στην ασφάλιση, ποσοστό 20%.

Εξοφλείται, όμως, από τους ασφαλισμένους κατά 1/5 κατ' έτος, για τα έτη κατά τα οποία, τα καθαρά έσοδα από την άσκηση δραστηριότητας κατά το προηγούμενο φορολογικό έτος >18.000 €, μέχρι τη συμπλήρωση 15 ετών ασφάλισης.

ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΚΛΑΔΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ 6,95% ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ 4% ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΣΤΕΓΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ 2€/το μήνα ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΟΑΕΔ 10€/μήνα

Για τους μισθωτούς, η ασφαλιστική εισφορά υπέρ υγειονομικής περίθαλψης των μισθωτών και των λοιπών κατηγοριών που υπάγονται στον ΕΟΠΥΥ ορίζεται σε ποσοστό 7,10%, επί πάσης φύσεως αποδοχών και κατανέμεται κατά ποσοστό 6,45% για παροχές σε είδος, εκ του οποίου 2,15% βαρύνει τον ασφαλισμένο και 4,3% βαρύνει τον εργοδότη και ποσοστό 0,65% για παροχές σε χρήμα, εκ του οποίου 0,40% βαρύνει τον ασφαλισμένο και 0,25 βαρύνει τον εργοδότη.

Για ασφαλισμένους, οι οποίοι έχουν συμπληρώσει 40 χρόνια ασφάλισης στην Ασφάλιση του ΤΣΑΥ, δικαιούνται μειωμένες καταβολές εισφορών κύριας σύνταξης κατά 50%.

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Μετονομασία Ε.Τ.Ε.Α. σε «Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Εφάπαξ Παροχών» («Ε.Τ.Ε.Α.Π.»).

Το Ταμείο Πρόνοιας Υγειονομικών εντάσσεται στο «Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π.».

Οι εισφορές επικουρικής ασφάλισης μισθωτών υπολογίζονται σε ποσοστό 3,5% για τον ασφαλισμένο και 3,5% για τον εργοδότη, επί των ασφαλιστέων αποδοχών του εργαζομένου από 1.6.2016, μέχρι 31.5.2019. Από 1.6.2019 μέχρι 31.5.2022, το ποσοστό υπολογίζεται σε 3,25% για τον ασφαλισμένο και 3,25% για τον εργοδότη.

Μετά το πέρας της εξατίας, το ποσοστό της μηνιαίας εισφοράς επανέρχεται στο ύψος που ίσχυε κατά τις 31.12.2015.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ-ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ

Εισόδημα από 0,00 έως 7.033,00 Ευρώ → ασφαλιστικές εισφορές 32% περίπου από 7.033,01 μέχρι 13.000 Ευρώ → έκπτωση 50% από 13.000,01 μέχρι 57.000,01 Ευρώ → η έκπτωση του 50% μειώνεται κατά 1% ανά 1.000€

από 57.000,01 μέχρι 58.000,00 → έκπτωση 5% και

από 58.000,01 και πάνω → καμία έκπτωση

Η μεταβατική ρύθμιση για τις εκπτώσεις ισχύει από 1/1/2017 έως και 31/12/2020.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Πληρόν για την κύρια σύνταξη 2.000 € μεικτά

Πληρόν για πλέον της μίας σύνταξης τα 3.000 € μεικτά

Από τη δημοσίευση του νόμου 4387/12 Μαΐου 2016, σε περίπτωση απασχόλησης συνταξιούχου, η κύρια και επικουρική σύνταξη περικλύονται κατά 60%.

Ο κλάδος μονοσυνταξιούχων του ΤΣΑΥ καταργείται από 1/1/2016.

Καταβληθέντα ποσά μέχρι 31/12/2015, δεν επιστρέφονται.

Η επιπλέον παροχή στον Κλάδο Ασφάλισης Μονοσυνταξιούχων υπολογίζεται, για κάθε έτος καταβολής, με ετήσιο συντελεστή αναπλήρωσης 0,075% για κάθε ποσοστιαία μονάδα 1% επιπλέον εισφοράς.

Υπολογίζεται μείωση έως 30% στις νέες συντάξεις από τα μειωμένα ποσοστά αναπλήρωσης, λόγω υπολογισμού των αποδοχών όλου του εργασιακού βίου, αντί των 5 τελευταίων ετών.

Υπάρχουν και απώλειες και από τον Κλάδο Μονοσυνταξιούχων:

Το Ασφαλιστικό αυτό Σύστημα έχει το χαρακτήρα πρόσθετου φορολογικού, λόγω σύνδεσής του με τα καθαρά εισοδήματα.

Οι εισφορές 32% περίπου, μαζί με το 35% της φορολόγησης για το 2017, οδηγούν σε ουσιαστική δήμευση περιουσιακών στοιχείων και σε αντιπαραγωγική τροχιά, αδυναμία καταβολής, ανεργία, μετανάστευση.

Θίγονται τα κοινωνικά δικαιώματα και η μη ανταποδοτικότητα, θίγει τα ελάχιστα όρια αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Δεν υπάρχει αναλογιστική μελέτη βιωσιμότητας του συστήματος.

Τα μικρά ιατρεία και εργαστήρια κάτω από το καθεστώς αυτό, αδυνατούν να επιβιώσουν.

Σε λίγο καιρό, είναι βέβαιο, ότι θα χρειασθεί νέα παρέμβαση στο ασφαλιστικό.

ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος τάσσειται διαχρονικά υπέρ ενός δικαίου και σταθερού φορολογικού συστήματος, χωρίς τη Νομοθέτηση αλληλεπλήρων φορολογικών Νόμων, οι οποίοι δημιουργούν συνθήκες αποσταθεροποίησης και έλλειψης βιωσιμότητας κάθε φυσικού προσώπου, ιδιωτικού

ατομικού ιατρείου ή εργαστηρίου ή ιατρικής εταιρείας.

Ο νέος φορολογικός Νόμος 4387/2016, Άρθρο 112, όπως και ο προηγούμενος 4110/2013 καθιέρωσε τη φορολόγηση στους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς, από 0 ευρώ με κλιμάκωση της φορολογικής κλίμακας, όπως παρακάτω παρατίθεται. Ο φόρος επιτηδεύματος διατηρείται στα 650 ευρώ και ο φόρος προκαταβολής αυξάνεται για τα εισοδήματα 2016 στο 75% και τα εισοδήματα του 2017 στο 100%.

Είναι πλέον φανερό ότι μαζί με το φοροδοτικό χαρακτήρα του νέου ασφαλιστικού Ν.4387/2016 καταστρέφεται κάθε παραγωγική προσπάθεια και απομυζείται κάθε ίχνος κέρδους.

Η αξιοποίηση της εμπειρίας των Ευρωπαϊκών χωρών θα μπορούσε να οικοδομήσει φορολογική συνείδηση και μεταχείριση, που εναρμονίζεται με τους ρυθμούς μιας ευνομούμενης Πολιτείας, η οποία εμπιστεύεται τους Πολίτες της, αναδεικνύοντας τις ικανότητές τους, σέβεται τη προσωπικότητά τους και τονώνει την αξιοπρέπειά τους.

Με την άγρια φορολόγηση των ελευθέρων επαγγελματιών ιατρών, είναι βέβαιο ότι οδηγούνται στο κλείσιμο αρκετά ακόμη μικρά και μεσαία ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια, πέραν των όσων ήδη έχουν κλείσει.

Η σημερινή κρίση έχει οδηγήσει το ιατρικό σώμα σε δωρεάν περίθαλψη μεγάλου μέρους της κοινωνίας μας και αυτό η Πολιτεία πρέπει να το εκτιμά ιδιαίτερα.

ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Εισόδημα (Μισθοί, συντάξεις, επιχειρηματική δραστηριότητα) σε Ευρώ	
0 - 20.000	22%
20.001 - 30.000	29%
30.001 - 40.000	37%
40.001 -	45%

Επιβολή ειδικής εισφοράς αλληλεγγύης στα φυσικά πρόσωπα

Επιβάλλεται ειδική εισφορά αλληλεγγύης στα εισοδήματα άνω των 12.000 Ευρώ των φυσικών προσώπων ή σχολάζουσας κληρονομίας.

Για την επιβολή της εισφοράς λαμβάνεται υπόψη το σύνολο του εισοδήματος, ό-

πως αυτό προκύπτει από την άθροιση των εισοδημάτων από μισθωτή εργασία και σύνταξη από επιχειρηματική δραστηριότητα, από κεφάλαιο, από υπεραξία μεταβίβασης κεφαλαίων, φορολογούμενο ή απαλλασσόμενο, πραγματικό ή τεκμαρτό.

Εισόδημα σε Ευρώ	Εισφορά αλληλεγγύης
0 - 12.000	0%
12.001 - 20.000	2,2%
20.001 - 30.000	5,00%
30.001 - 40.000	6,5%
40.001 - 65.000	7,5%
65.001 - 220.000	9%
>220.000	10%

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ

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

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

Συλλογική αντιμετώπιση του προβλήματος ποτέ δεν είναι αργά, προκειμένου η περίθαλψη να υπηρετήσει με αξιοπρέπεια, υψηλό κύρος και ηθική και κοινωνική αναγνώριση του ρόλου.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΙΑΤΡΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

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

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

Η ιατρική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών δυστυχώς επηρεάζεται από ιδιαίτερες σχέσεις και απόψεις, επιδοτήσεις ι-

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΜΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΜΒΕΛΕΙΑ



50 ΧΡΟΝΙΑ

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



DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

διωτικών και ειδικότερα φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ενώ η παρουσία του Κράτους είναι μηδαμινή.

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

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 την σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή-ιατρού και δημιουργούν προβλήματα στην υγεία και περιθαλψη 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-ΤΙΤΛΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο Ν.4025/2011 έδωσε την αρμοδιότητα στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο για έκδοση της άδειας ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και του τίτλου ειδικότητας μεταφέροντάς την από τις Περιφέρειες.

Ο Ν. 4025/2011 προβλέπει όμως και την έκδοση Υπουργικής Απόφασης ΚΥΑ, η οποία θα καθορίζει τους όρους, προϋποθέσεις, χαρακτηριστικά (παράβολα κ.λπ.) για τις αρμοδιότητες αυτές.

Προς το σκοπό αυτό ο Π.Ι.Σ. δημιούργησε υποδομή όπως:

Δημιουργία επιπλέον γραφείων, προσέλαβε υπαλλήλους, απέσπασε αρμόδιο υπάλληλο από την Περιφέρεια Αττικής και ηλεκτρονικοποίησε το σύστημα για την διευκόλυνση κατάθεσης δικαιολογητικών από όλες τις περιοχές της χώρας (χωρίς τη φυσική παρουσία).

Παρά ταύτα και παρά την έκδοση της Υπουργικής απόφασης από το Υπουργείο Υγείας, το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, αρνείται ή καθυστερεί την υπογραφή μέ-

σω του αρμόδιου Υπουργού με το αιτιολογικό της απώλειας εσόδων του Κράτους (Περιφέρειες).

Αυτά δεν τιμούν μία ευνομούμενη Πολιτεία, η οποία δεν εφαρμόζει το Νόμο, ο οποίος εδώ και καιρό έχει ψηφιστεί από τη Βουλή των Ελλήνων.

Πιστεύουμε τελικά να πειστούν για την αναγκαιότητα και η αρμοδιότητα να δοθεί στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, όπως συμβαίνει στα σύγχρονα Ευρωπαϊκά Κράτη.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ - ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος προχώρησε σε κατάθεση προτάσεων υπό την μορφή ψηφισμάτων για όλα τα κρίσιμα ζητήματα, τα οποία έγιναν ομόφωνα δεκτά και προωθήθηκαν από τις Οργανώσεις προς τα πολιτικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,
Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου καλεί όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους και μέσω αυτών όλους τους ιατρούς της χώρας σε συμμετοχή, εγρήγορση και ετοιμότητα, προκειμένου να κρατήσουμε όρθιο το σύστημα υγείας της χώρας. Οφείλουμε να προσπαθήσουμε με ενότητα να ενισχύσουμε το ρόλο του Π.Ι.Σ., ώστε να προωθήσουμε την επίλυση βασικών αιτημάτων που μας αφορούν, αλλά και την αξιοπρεπή περίθαλψη των πολιτών.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Γ. ΒΑΡΝΑΒΑΣ

Συνδιάσκεψη του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας

Συζήτηση του προσχεδίου νόμου για την Π.Φ.Υ.

Αθήνα, 24 Απριλίου 2017

Το προσχέδιο νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συζητήθηκε στη συνδιάσκεψη του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου με τους Προέδρους όλων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας το Σάββατο 22 Απριλίου 2017.

Στη συνδιάσκεψη τέθηκαν, επίσης, προς συζήτηση τα σχέδια που πρότειναν ο Τομέας Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης του Ινστιτούτου Μελετών του Π.Ι.Σ., οι Σύλλογοι των 5 Ιατρικών Συλλόγων της Κρήτης, ο Ιατρικός Σύλλογος Χαλκιδικής, καθώς και άλλες μεμονωμένες προτάσεις στο πλαίσιο των αποφάσεων της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. της 18^{ης} Φεβρουαρίου 2017, που είναι δεσμευτικές για τον Π.Ι.Σ.

Οι άξονες του σχεδίου που θα προταθούν από τον Π.Ι.Σ., λαμβάνοντας υπόψη όλα τα προτεινόμενα σχέδια και τις παρατηρήσεις των συνέδρων, είναι οι κάτωθι:

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ισότιμη και προσβάσιμη για όλους τους πολίτες.
- Συλλογική σύμβαση με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.
- Ελεύθερη επιλογή ιατρού.
- Κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή με κάθε συμβεβλημένο ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ.
- Οικογενειακός ιατρός σύμβουλος της υγείας, διαμορφωτής του ιατρικού φακέλου του ασθενούς και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων, υπεύθυνος για την πρόληψη και αγωγή της υγείας κλπ. και όχι gatekeeping.
- Κανένα περιστατικό δεν θα προσέρχεται στο Νοσοκομείο, χωρίς παραπεμπτικό από ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα υγείας.
- Δημόσιες δομές - Αστικά Κέντρα Υγείας.
- Ανεξάρτητα ΤΕΠ Νοσοκομείων με όλες τις ειδικότητες που θα εφημερεύουν επί 24ωρου, για να αποσυμφορηθούν τα Νοσοκομεία.
- Ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος, με τον ηλεκτρονικό φάκελο και την ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς, προκειμένου να υπάρχει πλήρης ενημέρωση όλου του συστήματος και της καταγραφής όλων των υπηρεσιών για την τήρηση ορθών κανόνων ιατρικής λειτουργίας και την αποφυγή προκλητής ζήτησης υπηρεσιών.
- Κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης και θεραπευτικά - διαγνωστικά πρωτόκολλα, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα και η ασφαλής περίθαλψη της ασφάλισης.
- Καμία εκχώρηση ιατρικής υπηρεσίας σε άλλους επαγγελματίες υγείας (όπως συνταγογράφηση από μαιές, προληπτικές εξετάσεις από φαρμακοποιούς κ.λπ.) και να εφαρμοστεί ο Νόμος, **κανένα φάρμακο να χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή.**
- Ιδιαίτερη μέριμνα στις νησιωτικές-δυσπρόσιτες-ακριτικές περιοχές, με αυξημένα κίνητρα προς τους ιατρούς.
- Οικονομικά στοιχεία και δεδομένα και μέσα από τον υγειονομικό χάρτη, ώστε να είναι σίγουρο ότι θα στηριχτεί το σύστημα στο μέλλον και όχι να μείνει κι αυτό σαν τα προηγούμενα συστήματα υγείας, χωρίς εφαρμογή.



Αποφασίστηκε να ζητηθεί από το Υπουργείο Υγείας:

Πριν το Νομοσχέδιο προωθηθεί στη Βουλή, να τύχει ευρείας επεξεργασίας και διαβούλευσης με τα θεσμικά όργανα των ιατρών και των κοινωνικών φορέων Π.Ι.Σ., ΚΕΣΥ, ΚΕΔΕ, Ομοσπονδίες Ιατρών, καθώς και άλλους χρήστες υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που θα προσφέρει ποιοτική και ασφαλή περίθαλψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποσυμφόρση των Νοσοκομείων από περιστατικά Π.Φ.Υ και κανόνες ιατρικής λειτουργίας, στο πλαίσιο της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας και του σεβασμού της προσωπικότητας κάθε πολίτη.

Οι ιδιαιτερότητες των διαφόρων περιοχών της χώρας επιβάλλουν ειδικότερες λύσεις, καθώς οι γεωγραφικές ανισότητες πληθυσμού και υπηρεσιών υγείας, δημιουργούν προβλήματα, τα οποία στοιχίζουν σε ανθρώπινες ζωές, αλλά και σε οικονομικούς πόρους.

Να τηρηθεί η υπόσχεση του Υπουργού στη Συνδιάσκεψη του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους της 12^{ης} Δεκεμβρίου 2016, να συμπεριληφθεί στο Νομοσχέδιο της Π.Φ.Υ. η σύγχρονη ιατρική νομοθεσία, η οποία έχει δοθεί στο Υπουργείο από τον Ιούνιο του 2014 και έχει εγκριθεί ομόφωνα από τη Γενική Συνέλευση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου τον Μάιο του 2014.

Η Συνδιάσκεψη του Διοικητικού Συμβουλίου και των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων, ομόφωνα, ζητεί να ακουστεί η θέση της, ώστε ο ιατρικός κόσμος, αλλά και οι κοινωνικοί φορείς, να αναλάβουν το ρόλο που τους ανήκει μαζί με την Κυβέρνηση και τα κόμματα, προκειμένου να προσφερθούν στον πολίτη οι υπηρεσίες που έχει ανάγκη.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.



Δηλώσεις Προέδρου Π.Ι.Σ. για την Π.Φ.Υ. και τις πληρωμές των Ιατρών

Αθήνα, 11 Απριλίου 2017

Με αφορμή την ανάρτηση του προσχεδίου νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην ιστοσελίδα της Ανοικτής Διακυβέρνησης προκειμένου να τεθεί σε δημόσια διαβούλευση, καθώς και τη συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ όπου συζητήθηκαν θέματα πληρωμών των ιατρών, ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος έκανε τις ακόλουθες δηλώσεις:



Για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το Σχέδιο Νόμου που ετέθη σε ηλεκτρονική διαβούλευση την Τρίτη 11 Απριλίου 2017, είναι αντίθετο με τις διαχρονικές πάγιες θέσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Όσα νομοσχέδια για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν θεσμοθετηθεί μέχρι σήμερα, έχουν μείνει Νομοσχέδια χωρίς εφαρμογή. Ουδέποτε εφαρμόστηκαν κυρίως ελλείψει οράματος και άμεσα υλοποιήσιμων ενεργειών.

Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο πρέπει να αποσυρθεί από την ηλεκτρονική διαβούλευση, να τύχει επεξεργασίας και ευρείας διαβούλευσης με τους θεσμικούς φορείς (Π.Ι.Σ., ΚΕΣΥ, κ.λπ.) και με τους φορείς που θα κριθούν να το υλοποιήσουν, προκειμένου να συμβάλει στην αποσυμφόρση των Δημοσίων Νοσοκομείων και στην αξιοποίηση των εξαιρετικών επιστημόνων που διαθέτει η χώρα μας, ιδιαίτερα εξειδικευμένων και νέων, οι οποίοι τα τελευταία

χρόνια μεταναστεύουν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και όχι μόνο.

Το Σχέδιο Νόμου είναι αντίθετο με τις διαχρονικές και πάγιες θέσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου βάσει και των οποίων αντιδράσαμε και σε άλλες μεταρρυθμίσεις τα προηγούμενα χρόνια, οι οποίες έχουν ως άξονες τις κάτωθι:

- * Συλλογικές συμβάσεις με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους.
- * Κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή του συμβεβλημένου ιατρού με τον ΕΟΠΥΥ.
- * Κάλυψη των αναγκών της χώρας σε Πρωτοβάθμια Περιθαλψη με τις δημόσιες δομές και τους συμβεβλημένους ιατρούς με τον ΕΟΠΥΥ.
- * Οικογενειακός ιατρός ως σύμβουλος της υγείας, διαχειριστής της υγείας του φακέλου του ασθενούς, πρόληψης αγωγής της υγείας του πληθυσμού και όχι ως gatekeeping.

Το μοντέλο που πρέπει να εφαρμοστεί είναι ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. με συνεργασία του Δημοσίου και του Ιδιωτικού Τομέα.

Στο Νομοσχέδιο γίνεται ιδιαίτερη μνεία στον οικογενειακό ιατρό, ο οποίος έχει θεσμοθετηθεί εδώ και χρόνια, αλλά δεν έχει εφαρμοστεί. Ο οικογενειακός (προσωπικός) ιατρός όπως προανέφερα θα πρέπει να αποτελέσει τον σύμβουλο υγείας κάθε πολίτη, να ενημερώνει τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο του ασθενή, να παρέχει αγωγή υγείας και προληπτική ιατρική. Ωστόσο, για να καλυφθούν οι ανάγκες σε όλη τη χώρα και ιδίως στις άγονες και δυσπρόσιτες περιοχές, θα πρέπει να δοθούν κίνητρα στους ιατρούς.

Τα αστικά κέντρα υγείας –ως μετεξέλιξη των σημερινών μονάδων ΠΕΔΥ ή με τη δημιουργία νέων- τα οποία θα διαθέτουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες και τα, ανεξάρτητα από τη λειτουργία των Νοσοκομείων, Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) πρέπει να αποτελούν το βασικό κορμό των δημοσίων δομών στην ΠΦΥ.

Παράλληλα, η ενίσχυση του συστήματος με συνεργαζόμενους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς, που θα αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση ικανοποιητικά και όχι με εξευτελιστικά ποσά, με συμβάσεις που θα καλύπτουν τις ανάγκες της χώρας και για τις οποί-

ες απαιτούνται πέραν των σημερινών 5.000 συμβεβλημένων ιατρών άλλοι 10.000, θα συμβάλει στην σημαντική αποσυμφόρση των Νοσοκομείων.

Ουδείς ασθενής –πλην των επειγόντων περιστατικών που διακομίζονται με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ- πρέπει να επισκέπτεται τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων χωρίς προηγούμενο παραπεμπτικό από ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα της Π.Φ.Υ.

Να αποσυρθεί κάθε διάταξη που θυμίζει ξεπερασμένες εποχές, επιβάλλει τη δυνατότητα του οικογενειακού ιατρού να παραπέμψει για εξέταση στον ιατρό ειδικότητας, συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ και μάλιστα όχι κατά πράξη και περίπτωση, αλλά με πάγια αντιμισθία.

Πρέπει άμεσα επίσης να απαλειφθεί κάθε διάταξη που δίνει τη δυνατότητα ιατρικής εξέτασης από μη ιατρικό προσωπικό.

Είναι απαράδεκτο να γίνεται συνταγογράφηση από τις μαιές, οι οποίες είναι συνεργάτες των ιατρών, και όχι αυτενεργούσες, καθώς επίσης και είναι απαράδεκτο, ιατρικές προληπτικές εξετάσεις να συστήνονται από φαρμακοποιούς.

Κανένα φάρμακο δεν πρέπει να χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή, για να αποφευχθούν οι παρενέργειες που δημιουργούν προβλήματα στη περιθαλψη των πολιτών και στο Σύστημα Υγείας.

Το θέμα της ανάπτυξης της ΠΦΥ θα απασχολήσει τη συνδιάσκεψη των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας με το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. στις 22 Απριλίου 2017. Οι εκπρόσωποι των ιατρών όλης της χώρας θα καταλήξουν σε μία πρόταση για τη σωστή ανάπτυξη της ΠΦΥ, σύμφωνα με τα δημοσιονομικά δεδομένα της χώρας μας, την οποία θα παραδώσουν στο Υπουργείο Υγείας, τα Κόμματα και τους Φορείς.

Για τη συνεδρίαση Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ

Κατά τη συνεδρίαση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ την Τετάρτη 12 Απριλίου 2017, ζήτησα να δοθεί η δυνατότητα ισχύος της ασφαλιστικής ενημερότητας (η οποία λήγει την 30.4.2017) από τον ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να μπορέσουν να πληρωθούν οι πάροχοι υγείας και πέραν της ημερομηνίας αυτής. Το

αίτημα του Π.Ι.Σ. έγινε δεκτό από τη Διοίκηση και τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ.

Επίσης, ενημερώθηκε από τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ για την πορεία των πληρωμών των ιατρών.

Η ενημέρωση που έγινε έχει ως εξής:

Οι πληρωμές του Οκτωβρίου έχουν ολοκληρωθεί (πλην ελάχιστων εξαιρέσεων με προβλήματα), ενώ του Νοεμβρίου έχουν οριστικοποιηθεί στο σύνολό τους και θα καταβληθούν εντός των επόμενων ημερών. Να σημειωθεί ότι από τον μήνα Δεκέμβριο και μετά, θα αφαιρείται το αναλογούν clawback των παρόχων.

Η παρακράτηση του 10% των ετών 2012-2015 έχει αποδοθεί στους παρόχους της περιφέρειας. Απομένουν οι περιφέρειες Αθηνών, Πειραιώς, Θεσσαλονίκης, λόγω εγγε-

νών δυσκολιών οι οποίες σύντομα θα αποκατασταθούν.

Οι εκκαθαρίσεις των πληρωμένων οφελών προχωρούν σε ότι αφορά τον ΟΠΑΔ (έχουν φτάσει στο 20%), ενώ έχουν ολοκληρωθεί του ΝΑΤ. Παραμένουν, ωστόσο, σημαντικά προβλήματα σε ότι αφορά το ΙΚΑ, τον ΟΑΕΕ και το ΕΤΑΑ. Είναι αμφίβολο εάν θα καταφέρουν να εκκαθαριστούν οι οφειλές μέχρι τις 30/6/2017, σύμφωνα με τη νομοθετική ρύθμιση, καθώς ο χρόνος πιέζει.

Ο Π.Ι.Σ. θα προβεί σε όλες τις απαιτούμενες ενέργειες για την εφαρμογή του νόμου, την πληρωμή των παρόχων υπηρεσιών υγείας, που σήμερα αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες με τις μεγάλες επιβαρύνσεις που υφίστανται. Ο Π.Ι.Σ. θα παρεμβαίνει **άμεσα** σε όλα τα κρίσιμα ζητήματα, όπως πράττει μέχρι σήμερα, προκειμένου να δίδονται λύσεις στα προβλήματα που τα-

λαιπωρούν τους ιατρούς, αλλά και το σύνολο της κοινωνίας.

Ζητούμε από το Υπουργείο Υγείας να τηρήσει την υπόσχεσή του για τη προώθηση στη Βουλή της σύγχρονης Ιατρικής Νομοθεσίας, η οποία έχει κατατεθεί από τον Ιούνιο του 2014 στο Υπουργείο Υγείας, είναι πρόιον ομόφωνης απόφασης της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. του Μαΐου του 2014 και είχε δοθεί δημόσια υπόσχεση του Υπουργού στη Συνάντηση των Προέδρων με το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. το Δεκέμβριο 2016, ότι άμεσα θα προωθηθεί στη Βουλή για νομοθέτηση.

Οι πράξεις είναι εκείνες που έχουν σημασία και όχι οι υποσχέσεις και τα λόγια χωρίς αντίκρισμα.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. στη συνάντηση με τον Πρόεδρο της Νέας Δημοκρατίας

Αθήνα, 12 Απριλίου 2017

Τον αντιαναπτυξιακό και ισοπεδωτικό χαρακτήρα του ασφαλιστικού και φορολογικού νόμου ανέλυσε στον Πρόεδρο της Νέας Δημοκρατίας κ. Κυριάκο Μητσοτάκη ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος κατά τη διάρκεια συνάντησης το μεσημέρι της Τρίτης 11 Απριλίου.

Στη συνάντηση, η οποία πραγματοποιήθηκε μετά από πρόσκληση του Προέδρου της Ν.Δ. για να συζητηθούν τα φλέγοντα ζητήματα στο ασφαλιστικό και φορολογικό, συμμετείχαν ο Πρόεδρος του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδος κ. Γεώργιος Στασινός, ο Πρόεδρος του Οικονομικού Επιμελητηρίου Ελλάδος κ. Κωνσταντίνος Κόλληας και ο εκπρόσωπος του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών - Δικηγόρων Ελλάδος κ. Γ. Παπαδόπουλος.

Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος τόνισε ότι ο νέος ασφαλιστικός νόμος (Ν.4387/2016) ο οποίος έχει εφαρμογή από 1/1/2017, έχει φοροδοτικό και εισπρακτικό χαρακτήρα και έχει ως αποτέλεσμα το κλείσιμο των μικρών και μεσαίων ιατρείων και άλλες συνέπειες, όπως την ανεργία, τη μαύρη εργασία, τη φοροδιαφυγή, την εισφοροαποφυγή και τη μετανάστευση.

Το ασφαλιστικό Νομοσχέδιο νομοθετήθηκε χωρίς να υπάρξει καμία αναλογιστική μελέτη για τη βιωσιμότητά του. Επίσης, είναι απαράδεκτο να υπολογίζονται για τις ασφαλιστικές εισφορές τα καθαρά εισοδήματα του 2015, τη στιγμή που το 2016 έχουν μειωθεί κατά πολύ.

Τα τελευταία 7 χρόνια έχουν μεταναστεύσει 16.000 ιατροί στις χώρες της Ευρώπης, ιδιαίτερα «τα πιο καλά μυαλά», με σοβαρές επιπτώσεις στο Υγειονομικό Σύστημα της χώρας μας.



Παράλληλα, κλονίζεται η βιωσιμότητα μεγάλων και μεσαίων επιχειρήσεων υγείας, με αποτέλεσμα πολλές εξ αυτών να αλληλίζουν χέρια και να απειλούνται οι θέσεις εργασίας πάρα πολλών εργαζομένων, ιατρών και λοιπών κλάδων υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού.

Την ίδια στιγμή, η σημαντική φορολογική επιβάρυνση που φτάνει για τα μεγαλύτερα εισοδήματα άνω των 40.000 ευρώ σε συνδυασμό με τη προκαταβολή του φόρου ποσού ίσου με το 100% και τη μεγάλη εισφορά αλληλεγγύης 7,5%, μετατρέπουν την εργασία σε «χόμπι» αφού θα είναι μία δραστηριότητα χωρίς κανένα κέρδος.

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Οικονομικών, οι αυτοαπασχολούμενοι ιατροί δήλωσαν για το 2014 μέσο ετήσιο εισόδημα 19.000 ευρώ και σύμφωνα με τον Ν.4387 θα έχουν τις ε-

Ξίς επιβαρύνσεις:

- ασφαλιστικές εισφορές συνολικά 31% (σύνταξη 20%, περίθαλψη 6,95%, πρόνοια 4%), και
- φορολογικές επιβαρύνσεις 22%, από μηδέν ευρώ έως 20.000 ευρώ, φόρο επιτηδεύματος 650 ευρώ, προκαταβολή φόρου 100% και εισφορά αλληλεγγύης 2,20% (από 12.000 ευρώ έως 20.000 ευρώ).

Συμπερασματικά, ο ιατρός που ασκεί εφέτος και για πρώτη φορά ατομική δραστηριότητα θα έχει -επί των 19.000 ευρώ- 6.000 ευρώ ασφαλιστικές εισφορές, φορολογικές επιβαρύνσεις 4.650 ευρώ (2.000 φορολογία, 2.000 προκαταβολή επί του φόρου και 650 τέλη επιτηδεύματος). Επίσης, εισφορά αλληλεγγύης 170 ευρώ. Σύνολο ασφαλιστικών και φορολογικών επιβαρύνσεων 10.720, επί των 19.000 ευρώ. Καθαρά δηλαδή, θα του απομείνουν 8.000 ευρώ.

Εν ολίγοις, σήμερα, το ετήσιο ποσόν των 19.000 ευρώ ως καθαρό κέρδος με την υποανάπτυξη που υπάρχει, είναι ένα άπιαστο όνειρο για τους περισσότερους ιατρούς. Μετά τις επιβαρύνσεις δεν θα τους μένουν στην τσέπη μηνιαίως περισσότερα από 700 ευρώ.

Η θέση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου είναι ότι η ανάπτυξη της οικονομίας θα φέρει και την αύξηση των δαπανών υγείας και τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη διατήρηση σε λειτουργία ατομικών και άλλης μορφής επιχειρήσεων, με θετικό πρόσημο πρωτίστως για το υγειονομικό και ασφαλιστικό σύστημα.

Η ανάπτυξη και η αύξηση του ΑΕΠ είναι οι μόνες λύσεις που θα οδηγήσουν τη χώρα μας σε ασφαλή μονοπάτια και έξοδο από τη κρίση.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής Τοποθέτηση του Προέδρου του Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 8 Μαρτίου 2017

Τις θέσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για το νομοσχέδιο «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων και Πολύπλοκων Νοσημάτων και άλλες διατάξεις», διατύπωσε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκος στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής.

Ανέφερε ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα μας, στο σημερινό περιβάλλον των κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που επηρεάζουν τη ψυχική λειτουργία και προκαλούν ψυχικές διαταραχές σε ένα ευρύ φάσμα πολιτών, αποτελεί φιλόδοξη προοπτική. Όπως και οι προηγούμενες μεταρρυθμίσεις του Ν.2716/1999 και του Ν.4272/2014, έχουν προϋποθέσεις οι οποίες απαιτούν οργάνωση σύγχρονου και

ολοκληρωμένου συστήματος υγείας με αποφασιστική αρμοδιότητα και όχι γνωμοδοτική των τομεακών επιτροπών, με ευρεία γραμματειακή στήριξη των τομεακών επιτροπών ψυχικής υγείας και προσωπικό το οποίο αναλίσκοντας μεγάλο χρόνο λειτουργίας, χρειάζεται και τα ανάλογα κίνητρα.

Η συμμετοχή των ληπτών υπηρεσιών υγείας και των οικογενειών τους, είναι σημαντική, αλλά υπάρχουν ερωτηματικά ως προς την πραγματικότητα συμμετοχής για τη προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, καθώς είναι αμφίβολο εάν υπάρχουν αρκετοί πιστοποιημένοι φορείς ληπτών ψυχικής υγείας.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θεωρεί ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία πρέπει να αποτελεί μέρος ενός καλά δομημένου και ασφαλούς συστήματος υγείας, προέρχεται μέσα από ευρεία συνεννόηση κυβέρνησης, κομμάτων, φορέων για τη χάραξη εθνικής στρατηγικής σε αυτόν τον τομέα.

Για την Π.Φ.Υ.

Όσον αφορά τις άλλες διατάξεις σχετικά με την παραμονή των ιατρών του ΠΕΔΥ, μέσα από δικαστικές αποφάσεις με την εργασιακή σχέση της μη αποκλειστικής απασχόλησης μέχρι 31/3/2018, η απόφαση των οργάνων του Π.Ι.Σ. θεωρεί ότι η έλλειψη ιατρών στις Μονάδες του ΠΕΔΥ έχει δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα στην υγεία και την περίθαλψη. Ως εκ τούτου, οι ιατροί του ΠΕΔΥ

-όσοι υπηρετούν με το καθεστώς των εργασιακών σχέσεων μέσα από δικαστικές αποφάσεις- πρέπει να παραμείνουν σε προσωποπαγείς θέσεις. Παράλληλα, πρέπει να επανέλθουν και όσοι αποχώρησαν (λόγω της μεταβολής του εργασιακού καθεστώτος τους) και το επιθυμούν, με την εργασιακή θέση την οποία οι ίδιοι θα επιλέξουν.

Η χώρα μας έχει το προνόμιο να έχει ειδικούς ιατρούς, οι οποίοι προσέφεραν επί χρόνια και συνεχίζουν να προσφέρουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Αποτελεί αναγκαιότητα η αξιοποίηση των ειδικών αυτών ιατρών, μέχρις ότου οργανώσουμε ένα Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που θα ανταποκρίνεται στα διεθνή πρότυπα και τις ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας της χώρας μας.

Υποστήριξε, επίσης, ότι είναι θετική η διάταξη -ικανοποιώντας παλιό αίτημα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου- για εξαίρεση των παιδιών ιατρικών και εργαστηρίων από τις προϋποθέσεις του Π.Δ. 84/2001 για έκδοση βεβαίωσης λειτουργίας και παραμονή τους στο χώρο εγκατάστασης στον οποίο λειτουργούν.

Οι επανειλημμένες παρατάσεις που δίδονταν μέχρι πρότινος, λόγω των προϋποθέσεων του Π.Δ. 84/2001, εξανάγκαζαν σε μετεγκατάσταση πολλούς ιατρούς, με αποτέλεσμα να απειλούνται ιατροί με μεγάλα διοικητικά πρόστιμα, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα της έκδοσης άδειας λειτουργίας στον τόπο εγκατάστασης και λειτουργίας τους.

Έστω και καθυστερημένα, μετά από πολ-





GE Healthcare

Partners for better health

Η GE Healthcare παρέχει πρωτοπόρες ιατρικές τεχνολογίες και υπηρεσίες που διαμορφώνουν μια νέα εποχή στη φροντίδα του ασθενούς. Η μεγάλη εξειδίκευση μας στη διαγνωστική απεικόνιση και στα συστήματα ιατρικής πληροφορικής, στα ιατρικά διαγνωστικά μέσα, στα εξελιγμένα συστήματα παρακολούθησης της υγείας των ασθενών, στην ανακάλυψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, στις τεχνολογίες παραγωγής βιοφαρμάκων και των υπηρεσιών βελτίωσης και εξέλιξης της παραγωγικότητας βοηθά τους πελάτες μας ανά τον κόσμο να προσφέρουν σε περισσότερους ασθενείς συνεχώς αναβαθμιζόμενη ιατρική φροντίδα με χαμηλότερο κόστος.

Για περισσότερες πληροφορίες για την GE Healthcare επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.gehealthcare.com ή εγγραφείτε σήμερα στο SmartMail της GE (http://sc.ge.com/*SmartMail) για να ενημερώνεστε πρώτοι για όλες τις εξελίξεις που σας ενδιαφέρουν



GE Healthcare A.E

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ, ΕΜΠΟΡΙΚΗ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Σωρού 8-10, ΤΚ 15125, Μαρούσι
Τηλ. 210-8930600, Fax 210-9625931

■ Ιλά χρόνια υποσχέσεων, η διάταξη αυτή αίρει μία δυσλειτουργία ή αδυναμία, η οποία υπήρχε για αρκετά ιατρεία-εργαστήρια και προβλήματα στους Ιατρικούς Συλλόγους, των οποίων οι ιατροί ήταν μέλη.

Θεωρούμε ότι η Πολιτεία οφείλει να αφουγκράζεται τους κοινωνικούς φορείς και να συνεργάζεται στενά με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, που αποτελεί τον Ανώτατο Φορέα στα θέματα της Υγείας, καθώς οι προτάσεις του αποτελούν θέσεις τεκνοκρατικής και όχι συντεχνιακής αντίληψης, χωρίς ιδεολογικές

αγκυλώσεις και πολιτικούς χρωματισμούς.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. συζήτησε και με τον Υπουργό Υγείας για την Ιατρική Νομοθεσία. Ο Υπουργός δεσμεύθηκε ότι στο επόμενο Νομοσχέδιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο ελπίζει να έρθει σε διαβούλευση αμέσως μετά το Πάσχα και εν συνεχεία να κατατεθεί στη Βουλή, θα προστεθεί η πρόταση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για τη σύγχρονη Ιατρική Νομοθεσία, η οποία εδώ και καιρό έχει κατατεθεί στο Υπουργείο και πρέπει σύντο-

μα να νομοθετηθεί.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, με το θεσμικό του ρόλο, προσπαθεί να παρεμβαίνει τόσο σε μείζονα, όσο και σε ελάσσονα προβλήματα υγείας και περίθαλψης των πολιτών, καθώς και της ιατρικής λειτουργίας, μέσα σε ένα περιβάλλον, το οποίο λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών, της μεγάλης ύφεσης και της λιτότητας, δημιουργεί δυσκολίες και εμπόδια.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Συνάντηση με τον Υφυπ. Κοινωνικής Ασφάλισης για τη δημιουργία Επαγγελματικού Ταμείου Υγειονομικών

Αθήνα, 8 Νοεμβρίου 2016

Συνάντηση με τον Υφυπουργό Κοινωνικής Ασφάλισης κ. Αναστάσιο Πετρόπουλο και τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου κ. Νικόλαο Φράγκο είχαν τη Δευτέρα 7 Νοεμβρίου 2016, στις 3 μ.μ., οι εκπρόσωποι των Υγειονομικών Φορέων με θέμα τη δημιουργία Επαγγελματικού Ταμείου ως καθολικού διαδόχου του Ταμείου Πρόνοιας και της Στέγης Υγειονομικών.

Στη συνάντηση, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, συμμετείχαν ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Αθανάσιος Κατσίκης, ο κ. Σεραφείμ Ζήκας μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, η κυρία Μαγδαληνή Βουδούρη, μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Κτηνιατρικού Συλλόγου και υπηρεσιακοί παράγοντες του Υπουργείου.

Οι εκπρόσωποι των Υγειονομικών Φορέων ζήτησαν από τον Υφυπουργό να τους απαντήσει εάν έγινε συζήτηση με τους Θεσμούς για το θέμα της δημιουργίας Επαγγελματικού Ταμείου ως καθολικού διαδόχου του Ταμείου Πρόνοιας και της Στέγης Υγειονομικών με υποχρεωτικότητα και μεταβίβαση σε αυτό της περιουσίας των εν

λόγω κλάδων (περίπου 136 εκατομμύρια ευρώ) και ενός μέρους της ακίνητης περιουσίας, προκειμένου το Ταμείο να είναι βιώσιμο.

Ο Υφυπουργός άφησε ανοιχτό το θέμα της υποχρεωτικότητας συμμετοχής. Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. και οι άλλοι εκπρόσωποι των Υγειονομικών Φορέων τόνισαν ότι εμμένουν στην απόφαση των Συλλόγων τους για δημιουργία Επαγγελματικού Ταμείου ως καθολικού διαδόχου του Ταμείου Πρόνοιας και της Στέγης των Υγειονομικών με υποχρεωτικότητα συμμετοχής. Όπως είπαν, η προαιρετικότητα δύσκολα θα δημιουργήσει προοπτικές βιωσιμότητας του Επαγγελματικού Ταμείου.

Ο κλάδος του ΤΣΑΥ έχει υποστεί μέχρι σήμερα σοβαρές ζημιές. Παρότι όλα αυτά τα χρόνια οι υγειονομικοί κατέβαλαν κανονικά τις εισφορές τους, τα ποσά αυτά εξαυλώθηκαν λόγω των πολιτικών που εφαρμόστηκαν. Ως εκ τούτου, η προαιρετικότητα θα επιφέρει καχυποψία η οποία θα υπερνικήσει τη συμμετοχή.

Ο Υφυπουργός ζήτησε να του προσκομίσουμε στοιχεία των συγκεκριμένων κλάδων, που να δείχνουν προοπτικές βιωσιμότητας Επαγγελματικού Ταμείου σύμφωνα με τις θέσεις των Συλλόγων, και στη συνέχεια να συζητήσει ξανά το θέμα τους Θεσμούς, οι οποίοι ήδη έχουν εκφράσει επιφυλάξεις.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Συνάντηση Π.Ι.Σ. με τις Ομοσπονδίες των εργαστηριακών και κλινικοεργαστηριακών ιατρών

Αθήνα, 21 Νοεμβρίου 2016

Τη Παρασκευή 18 Νοεμβρίου 2016 και ώρα 13.00 πραγματοποιήθηκε 3ωρη συνάντηση στα γραφεία του Π.Ι.Σ. μετά από πρόσκληση του Προέδρου κ. Μιχαήλ Βλασταράκου.

Στη συνάντηση, στην οποία συμμετείχαν ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ., το μέλος του Δ.Σ. και εργαστηριακός ιατρός κ. Μιχαήλ Ψαλτάκος, οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων Αθηνών κ. Γεώργιος Πατούλης, Πειραιώς κ. Νικόλαος Πλατανσιώτης, Πατρών κ. Άννα Μαστοράκου και μέλος Δ.Σ. Π.Ι.Σ., Ηρακλείου

Κρήτης κ. Χάρης Βαβουρανάκης και οι Πρόεδροι και εκπρόσωποι των εργαστηριακών και κλινικοεργαστηριακών Ομοσπονδιών από την ΠΑΣΙΔΙΚ ο κ. Γεώργιος Βουγιούκας και ο κ. Αναστάσιος Κρεμμύδας από τα λοιπά μεγάλα διαγνωστικά κέντρα, ο Πρόεδρος της ΠΟΣΙΠΥ κ. Θεόδωρος Χατζηπαναγιώτου και

➡ ο Πρόεδρος της ΠΟΣΚΕ (κλινικοεργαστηριακών ιατρών) κ. Φώτης Πατσουράκος.

Η συνάντηση υπήρξε θετική και παραγωγική, διατυπώθηκαν από τους παρισταμένους όλα τα προβλήματα που συνδέονται με την παραπεμπτικογραφία των διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων, τον προϋπολογισμό για τις συγκεκριμένες εξετάσεις του ΕΟΠΥΥ και τις αποφάσεις των αρμοδίων



οργάνων της Πολιτείας, ως προς την συνταγογράφηση των ανωτέρω εξετάσεων και την ενσωμάτωση στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ Α.Ε.

Το συμπέρασμα της συνάντησης υπήρξε η καθολική ομοθυμία για την ενότητα του κλάδου κάτω από τον κυρίαρχο και θεσμικό ρόλο του Π.Ι.Σ. και οι παρεμβάσεις προς

την Πολιτεία, προκειμένου να αρθούν αδικίες και αποφάσεις, ώστε να καταστεί δυνατή η συνέχιση της λειτουργίας μικρότερων και μεγαλύτερων εργαστηρίων και να μην διογκωθεί το κύμα της ανεργίας, μετανάστευσης και υποαπασχόλησης.

Σε σχέση με τις τελευταίες αποφάσεις για την ενσωμάτωση στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ των 86 κοστολογημένων εργαστηριακών εξετάσεων και παροχή στους ασφαλισμένους των εξετάσεων αυτών στα όρια του ήδη προϋπάρχοντος προϋπολογισμού των 302 εκατομμυρίων ευρώ, όλοι οι συμμετέχοντες διατύπωσαν την αντίθεση στην απόφαση αυτή, χωρίς ανάλογη αύξηση του προϋπολογισμού.

Διατύπωσαν δε την άποψη ότι ή πρέπει να αυξηθεί αναλόγως ο ήδη υπάρχων προϋπολογισμός των εργαστηριακών εξετάσεων ή η αποπληρωμή αυτών πρέπει να γίνει από έτερο κωδικό του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ.

Ως προς την αναγραφή παραπεμπτικού που να μην υπερβαίνει τον μέσο όρο του κόστους ανά ειδικότητα, ομόφωνα διατύπωσαν την άποψη ότι θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός των εξετάσεων αιματολογικών-βιοχημικών-βιολογικών υγρών από τις απεικονιστικές εξετάσεις, ώστε να μπορεί κάθε ιατρός να εκτελεί με ορθούς κανόνες λειτουργίας την ιατρική του επιστήμη χωρίς λογιστικά κριτήρια και οριζόντια μέτρα.

Ζητούμε άμεσα την ενσωμάτωση στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ θεραπευτικών και διαγνω-

στικών πρωτοκόλλων, ώστε ο κάθε ιατρός να αναγράφει με κανόνες ιατρικής δεοντολογίας κάθε εξέταση που χρειάζεται ο ασθενής του χωρίς τη δαμόκλειο σπάθη των «λογιστικού τύπου» αποφάσεων, με κατάργηση του απαράδεκτου claw back και rebate.

Η ενότητα του χώρου των ιατρών σε κάθε επίπεδο είναι δεδομένη και τα αρμόδια όργανα της Πολιτείας καλούνται πριν οδηγηθούν σε αποφάσεις να συζητούν με τους θεσμικούς φορείς, προκειμένου να εξευρίσκονται οι λύσεις εκείνες, οι οποίες θα βοηθούν τόσο στον εξορθολογισμό των δαπανών, όσο και στην αξιοπρεπή και με σεβασμό στη προσωπικότητα του κάθε πολίτη, ιατρική λειτουργία.

Η ηλεκτρονική κάρτα θα πρέπει να προχωρήσει και όχι μόνο ο ιατρός, αλλά και ο ασθενής θα πρέπει να κληθεί να διαφυλάξει την ορθή χρησιμοποίησή της.

Η μετανάστευση των ιατρών συνεχίζεται -απώλεια επένδυσης του κράτους χρόνων, η ανεργία και η απασχόληση οδηγούν σε απόγνωση τους νέους ιατρούς και οι νέες συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ δεν φαίνονται στον ορίζοντα να πραγματοποιούνται, ώστε να έχει πρόσβαση και ο νέος ιατρός σε αυτές.

Ας αναλογιστούμε όλοι τις ευθύνες μας και ας προχωρήσουμε όλοι μαζί, για να μη βιώσουμε καταστάσεις που δεν θα είναι αναστρέψιμες εις το μέλλον.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Χωρίς Παιδιατρική Κλινική και με ελλείψεις ιατρικού προσωπικού λειτουργούν τα Νοσοκομεία Άργους και Ναυπλίου Επίσκεψη του Προέδρου του Π.Ι.Σ. στην Αργολίδα

Αθήνα, 3 Απριλίου 2017

Χωρίς Παιδιατρική Κλινική λειτουργούν τα Νοσοκομεία του Άργους και του Ναυπλίου, με αποτέλεσμα τα παιδιά που χρειάζονται νοσηλεία να διακομίζονται σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα των γύρω περιοχών ή στην Αθήνα.

Επίσης, σημαντικές είναι οι ελλείψεις μόνιμου ιατρικού προσωπικού, ειδικευομένων, καθώς και υγειονομικού υλικού. Τις παραπάνω διαπιστώσεις έκανε ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, ο οποίος επισκέφθηκε το περασμένο Σαββατοκύριακο (1-2 Απριλίου) τις Υγειονομικές Μονάδες της περιοχής μετά από πρόσκληση της Προέδρου του Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδας, κυρίας Δήμητρας Στεφανοπούλου. Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. συζήτησε με εκπροσώπους των ιατρών τα υ-

γειονομικά προβλήματα της περιοχής, με σκοπό να τα μεταφέρει στους αρμοδίους φορείς της Πολιτείας για να βρεθούν λύσεις.

Ειδικότερα, το πρωί του Σαββάτου ο κ. Βλασταράκος με την Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδας κυρία Δήμητρα Στεφανοπούλου επισκέφθηκαν το Νοσοκομείο του Ναυπλίου, όπου συμμετείχαν σε ευρεία σύσκεψη με τους Διευθυντές της Ιατρικής Υπηρεσίας, τους εκπροσώπους των Ιατρικών Φορέων Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων Ναυπλίου και Άργους, για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα δύο Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Ο Διοικητής και ο Αν. Διοικητής απουσίαζαν, για υπηρεσιακούς λόγους στο Υπουργείο Υγείας.

Κοινή διαπίστωση είναι η έλλειψη μόνιμου ιατρικού προσωπικού, όπως συμβαίνει και σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας (γενικά στα Νοσοκομεία της χώρας, ελλείπουν 6.500 μόνιμο ιατρικό ➡



Ευρωπαϊκό
Πανεπιστήμιο Κύπρου

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES



Το Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου ανήκει στον μεγαλύτερο Διεθνή Πανεπιστημιακό Οργανισμό **Laureate International Universities**.

Ο Διεθνής αυτός Οργανισμός αποτελείται από 70 Πανεπιστήμια που λειτουργούν σε 25 χώρες, με σύνολο 1,000,000 φοιτητές.

Έχει αξιολογηθεί από τον **QS TOP UNIVERSITIES (QS Stars™)** με τον υψηλότερο δείκτη «πέντε Αστέρια» στους τομείς της Διδασκαλίας, των Εγκαταστάσεων, της Κοινωνικής Ευθύνης, της Διεθνοποίησης και της Προσβασιμότητας/Στήριξης των φοιτητών.

Βρείτε μας στο



/EuropeanUniversityCyprus



/EuropeanUniCy



/EUCyprus

Επικοινωνία:

Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Διογένους 6, 2404 Έγκωμη,

Τ.Θ. 22006, 1516 Λευκωσία, Κύπρος

Τηλ: +357 22713000 / 22713001

Φαξ: +357 22713172

Email: admit@euc.ac.cy

www.euc.ac.cy

Ιατρική Σχολή

Προγράμματα Σπουδών

- **Doctor of Medicine** (MD, 6 χρόνια)
- **Οδοντιατρική** (BDS, 5 χρόνια)

Συγκριτικά Πλεονεκτήματα της Ιατρικής Σχολής

Εγκεκριμένη από τον Κυπριακό Φορέα Διασφάλισης και Πιστοποίησης της Ποιότητας της Ανώτερης Εκπαίδευσης

Αναγνωρισμένη από το ΔΟΑΤΑΠ

Περιλαμβάνεται στον Διεθνή Ιατρικό Οδηγό της FAIMER (Foundation for the Advancement of International Medical Education and Research)

Κλινική Άσκηση σε Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Εκπαίδευση σε υπερσύγχρονα εργαστήρια ρομποτικής προσομοίωσης (Robot Simulation)

Βραβευμένη με δύο πρώτα βραβεία από την Creston International Awards, στις κατηγορίες **Best Medical Solution** και **Best Education Installation**

Κάτοχοι Βραβείου Νόμπελ μέλη του Ακαδημαϊκού προσωπικού της Ιατρικής Σχολής



προσωπικό και 20.000 νοσηλευτικό). Επίσης, υπάρχει έλλειψη ειδικευομένων σε μεγάλο αριθμό. Μέρος των αναγκών καλύπτεται από επικουρικούς ιατρούς.

Διαπιστώθηκαν ελλείψεις σε υλικά άμεσης ανάγκης, καθώς και η ανάγκη ανανέωσης του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (π.χ. ο ένας αξονικός τομογράφος του Νοσοκομείου Άργους που λειτουργεί, είναι παλαιάς τεχνολογίας).

Σημαντική είναι η μη ύπαρξη Παιδιατρικής Κλινικής, με αποτέλεσμα όσα παιδιά χρειάζονται νοσηλεία να μετακινούνται σε άλλα Νοσοκομεία των γύρω περιοχών ή των Αθηνών.

Στη συνέχεια ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. μετέβη στα γραφεία του Ιατρικού Συλλόγου στο Ναύπλιο, όπου έγινε συζήτηση με τους ιατρικούς φορείς, Δευτεροβάθμιας και Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, τους Διευθυντές των Ιατρικών Υπηρεσιών και των Κέντρων Υγείας, αλλά και με άλλους ιατρούς, για τις ελλείψεις που παρουσιάζονται τόσο στη Πρωτοβάθμια όσο και στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη, παρουσία μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου της περιοχής.

Εκεί τονίστηκε η αποδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι ελλείψεις συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ και οι μεγάλες συμμετοχές των ασθενών στη ΠΦΥ. Μάλιστα, σημειώθηκε ότι τα Νοσοκομεία επιβαρύνονται σημαντικά με τα περιστατικά Π.Φ.Υ., ελλείψει οργανωμένου συστήματος.

Οι χαμηλοί μισθοί των ιατρών, οι χαμηλές αποδοχές των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ παρόχων υπηρεσιών υγείας, η εξόφληση των εργαστηριακών ιατρών με το απαράδεκτο clawback και rebate και την υποκοστολόγηση των ιατρικών πράξεων, επηρεάζουν αρνητικά τους δείκτες περίθαλψης.

Στη συνέχεια, παραχωρήθηκε συνέντευξη Τύπου από τον Πρόεδρο του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκο και την Πρόεδρο του Ι.Σ. Αργολίδας κυρία Δήμητρα Στεφανοπούλου για τα γενικότερα και ειδικότερα προβλήματα της περίθαλψης. Τονίστηκε ότι οι ιατροί καταβάλλουν φιλότιμες προσπάθειες για να κρατήσουν το σύστημα όρθιο, που οφείλουν να τις συνεχίσουν, πιστοί στην αποστολή τους να προσφέρουν καλές υπηρεσίες στον χειμαζόμενο σήμερα πολίτη.

Το Κράτος από τη πλευρά του οφείλει να αυξήσει τις δαπάνες υγείας και να στελεχωσει τις δομές, για την παροχή στους πολίτες ασφαλών και ποιοτικών υπηρεσιών περίθαλψης.

Στο 4ο Συνέδριο της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος

Το απόγευμα της 31^{ης} Μαρτίου 2017, ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κήρυξε την έναρξη των εργασιών του 4^{ου} Συνεδρίου της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Καρδιολόγων Ελλάδος που πραγματοποιήθηκε στο Ναύπλιο.

Εκεί τόνισε τη μεγάλη σημασία της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, αλλά και της ενημέρωσης των ιατρών στα επαγγελματικά δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους. Σημείωσε ότι η καινοτομία και τεχνολογία, έχουν επηρεάσει θετικά την ιατρική επιστήμη, αλλά κάλεσε τους ιατρούς να μην ξεχνούν ότι πρέπει να διέπει την ιατρική λειτουργία ο κώδικας των ηθικών αξιών, προκειμένου να είναι αποτελεσματικοί τόσο για την ιατρική κοινότητα, όσο και την κοινωνία.

Οι εξελίξεις στην καρδιολογία έχουν επιλύσει μεγάλα προβλήματα, τα οποία στο παρελθόν αντιμετωπίζονταν μόνο με καρδιοχειρουργική επέμβαση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το ισοζύγιο της επεμβατικής καρδιολογίας σήμερα να είναι 75% έναντι 25% της καρδιοχειρουργικής. Επίσης, τα νέα καινοτόμα φάρμακα έχουν μειώσει σημαντικά παρενέργειες και ταλαιπωρίες ασθενών.

Ο κ. Βλασταράκος τόνισε την ανάγκη συνέχισης αυτής της προσπάθειας στην οποία συμμετείχε πλήθος καρδιολόγων από όλη τη χώρα και ευχαρίστησε τον Πρόεδρο της Ένωσης κ. Φώτη Πατσουράκο τόσο για τη δραστηριότητά του αυτή, όσο και για τις δράσεις του μέσω του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, του Ινστιτούτου Μελετών του Π.Ι.Σ., αλλά και ως Πρόεδρου της ΠΟΣΚΕ (Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Κλινικοεργαστηριακών Ιατρών). Ο Π.Ι.Σ. παρακολουθεί συνεχώς τις εξελίξεις και τις δραστηριότητες και ενισχύει κάθε εκπαιδευτική και παραγωγική διαδικασία.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

13^ο Πολυθεματικό Συνέδριο του Ιατρικού Συλλόγου Λακωνίας - Ομιλία του Προέδρου του Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 5 Δεκεμβρίου 2016

«Παρά τις ελλείψεις και αδυναμίες που υπάρχουν στις υγειονομικές μονάδες, οι ιατροί καταβάλλουν φιλότιμες προσπάθειες και κατορθώνουν να κρατήσουν όρθιο το Σύστημα Υγείας».

Αυτό τόνισε ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) κ. **Μιχαήλ Βλασταράκος** μιλώντας στο 13^ο Πολυθεματικό Συνέδριο που διοργάνωσε ο Ιατρικός Σύλλογος Λακωνίας, την Παρασκευή και το Σάββατο 2 & 3 Δεκεμβρίου 2016. Ο κ. Βλασταράκος μετέβη στη Σπάρτη μετά από πρόσκληση της Προέδρου του Ιατρικού Συλλόγου Λακωνίας κας Μαρίας Τσιρώνη και του Διοικητικού Συμβουλίου, προκειμένου να μετάσχει στη Τελετή Έναρξης και να χαιρετήσει τις εργασίες του Συνεδρίου.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ., κατά το χαιρετισμό του και κηρύττοντας τις εργασίες του

Συνεδρίου, συνεχάρη τη Πρόεδρο και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής και του Διοικητικού Συμβουλίου για την άρτια οργάνωση του Συνεδρίου και την προσφορά του στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών, τόσο της τοπικής ιατρικής κοινότητας, όσο και της γενικότερης.

Όπως είπε, τα μηνύματα του Συνεδρίου είναι μηνύματα προσφοράς προς την επιστημονική κοινότητα και στη κοινωνία σήμερα περισσότερο από ποτέ που βρίσκεται σε κρίση και εναγωνίως ζητά ερείσματα αλληλεγγύης.

Ο κ. Βλασταράκος προέτρεψε τον ιατρικό κόσμο να καταβάλει μερίζονα προσπάθεια, προκειμένου να υπερκεράσει τις δυσκολίες και τα προβλήματα, παραμένοντας πιστός στον όρκο και την αποστολή του.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος -τόνισε- ενδιαφέρεται τα μέγιστα για την δια βίου εκπαίδευση των ιατρών και η εκπαίδευ-



ση είναι η καλύτερη απάντηση στην κρίση που βιώνουμε, καθώς αποτελεί πλούτο για τη χώρα μας, παρότι η μετανάστευση καλών επιστημόνων, μας αποστερεί τη δυνατότητα της προσφοράς τους στο τόπο μας.

«Ο ΠΙΣ στηρίζει κάθε Ιατρικό Σύλλογο, ο οποίος αγωνίζεται και προσφέρει στην κοινωνία, αλλά και στην επιστήμη, γιατί μπορεί η κρίση που μας έχει πλήξει να είναι βαθειά, αλλά με την προσπάθεια, την αλληλεγγύη και την εκπαίδευση, μπορούμε να βρούμε δυνατότεροι και ισχυρότεροι, στη μετασχηματική εποχή του αύριο», σημείωσε και πρόσθεσε ότι «η αισιοδοξία για το μέλλον πρέπει να δώσει τη θέση της σε όσους απαισιοδοξούν, προκειμένου η χώρα μας να έχει ελπιδοφόρο μέλλον».

Με την ευκαιρία της επίσκεψής του στη Σπάρτη, ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου συζήτησε με τους αρμόδιους φορείς και τα γενικότερα προβλήματα που απασχολούν την ιατρική περίθαλψη της περιοχής.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Επίσκεψη - ενημέρωση στα γραφεία του Π.Ι.Σ. Κοινοβουλευτικών Εκπροσώπων της Νέας Δημοκρατίας

Αθήνα, 18 Ιανουαρίου 2017



Για την οριακή κατάσταση λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι ιατροί και τις επιπτώσεις από την εφαρμογή του νέου ασφαλιστικού νόμου, ενημέρωσε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλασταράκος τον Βουλευτή Επικρατείας και Τομεάρχη Υγείας της Ν.Δ. κ. Βασίλη Οικονόμου και τον βουλευτή Χίου και Αναπληρωτή Τομεάρχη Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της Νέας Δημοκρατίας, κ. Νότη Μηταράκη, οι οποίοι επισκέφθηκαν την Τετάρτη 18 Ιανουαρίου 2017 τα γραφεία του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Ο κ. Βλασταράκος τους ενημέρωσε ότι ο προϋπολογισμός για το 2017 προβλέπει δημόσιες δαπάνες στο ύψος του 5% του ΑΕΠ (κάτω από το όριο ασφαλείας του συστήματος υγείας που είναι στο 6% του ΑΕΠ), όταν ο μέσος ευρωπαϊκός όρος είναι περίπου

στο 7% του ΑΕΠ. Οι ελλείψεις προσωπικού είναι τεράστιες και εξαιτίας αυτών παραμένουν κλειστές 150 κλίνες ΜΕΘ. Παράλληλα, οι μειωμένες λειτουργικές δαπάνες προκαλούν αδυναμία ανανέωσης του παλαιού τεχνολογικού εξοπλισμού. Προβλήματα παρατηρούνται και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η οποία βρίσκεται στα ίδια επίπεδα με τα αμέσως προηγούμενα χρόνια.

Αναφερόμενος στο ασφαλιστικό ζήτημα, ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. είπε ότι δημιουργούνται συνθήκες ασφυξίας για τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση που εξεδόθη στις 30/12/2016, η οποία καθορίζει το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών για τους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς ανάλογα με τα καθαρά εισοδήματα, σε συνδυασμό με τη μεγάλη επιβάρυνση των φορολογικών εισφορών (η οποία για φέτος φτάνει στο 35%, λόγω και της προσαύξησης της προκαταβολής), δημιουργεί προβλήματα ασφυξίας και επιβίωσης σε κάθε ελεύθερο επαγγελματία και οδηγεί στο κλείσιμο αρκετά ιατρεία και εργαστήρια.

Ο κ. Βλασταράκος ενημέρωσε τους εκπροσώπους της Ν.Δ. ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ. αποφάσισε την άμεση προσφυγή στο Συμβούλιο της Επικρατείας κατά της Υπουργικής Απόφασης (στις 30/12/2016) του Υφυπ. κ. Αν. Πετρόπουλου, για τις ασφαλιστικές εισφορές, τις οποίες θα αρχίσουν να πληρώνουν οι ιατροί τον Φεβρουάριο και κάθε μήνα. Η προσφυγή αυτή στο Σ.τ.Ε έχει το αιτιολογικό ότι οι ασφαλιστικές εισφορές με τον φορολογικό τους χαρακτήρα, προσβάλλουν δικαιώματα (δήμευση ουσιαστικά περιουσιακών στοιχείων) και δημιουργούν εξόντωση κάθε παραγωγικής δραστηριότητας και προσφοράς στο τομέα της υγείας και περίθαλψης.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.



Την αντίθεσή του με τις ρυθμίσεις για τα ληξιπρόθεσμα εξέφρασε στη Βουλή ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Αθήνα, 13 Οκτωβρίου 2016

Την αντίθεσή του με τις ρυθμίσεις για την εκκαθάριση των ληξιπρόθεσμων οφειλών του ΕΟΠΥΥ, εξέφρασε ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος μιλώντας την Τετάρτη στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής.



Ο κ. Βλασταράκος εξέφρασε τις θέσεις του Π.Ι.Σ. στη συζήτηση για το Σχέδιο Νόμου για την Κοινωνική και Αλληλεγγύη Οικονομία και Ανάπτυξη των Φορέων της, στο οποίο προσετέθη το άρθρο 53 για την εκ-

καθάριση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων του ΕΟΠΥΥ, ως καθολικού διαδόχου των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης.

Συγκεκριμένα, ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. τόνισε την αντίθεσή του με τις εκπώσεις που επιβάλλονται, τη στιγμή που το άρθρο αφορά στη ρύθμιση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων των Ασφαλιστικών Ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ την εποχή που δεν εφαρμοζόταν το μέτρο του rebate και του clawback.

«Αντί να υπάρξει και τόκος υπερημερίας στα οφειλόμενα ποσά μετά από τόσα χρόνια, καλούνται οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας να δώσουν σημαντικές εκπώσεις, προκειμένου να πληρωθούν. Είναι αδιανόητο να ζητείται έκπτωση 45% για οφειλές που έχει δοθεί προκαταβολή. Οι οφειλές θα πρέπει να εξοφληθούν στο ακέραιο, χωρίς εκπώσεις και κουρέματα, αν όχι με προσαύξηση λόγω των πολλών χρόνων που έχουν παρέλθει από το 2012», δήλωσε σε έντονο ύφος ο κ. Βλασταράκος, και πρόσθεσε: «Η μη έγκαιρη εκκαθάριση το 2011 των ληξιπρόθεσμων οφειλών και η επιστροφή του αναλογούντος ποσού στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, είναι ευθύνη της Πολιτείας και όχι των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Η Πολιτεία θα πρέ-

πει να ξαναδεί το θέμα της ρύθμισης, με τέτοιο τρόπο ώστε να μην συμβεί τόσο μεγάλη κοινωνική αδικία».

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ., αναφερόμενος στη λειτουργία των κοινωνικών συνεταιριστικών επιχειρήσεων είπε ότι πρέπει να επιδιώκεται η ενίσχυση της αυτο-οργάνωσης του χώρου της κοινωνικής και αλληλεγγύης οικονομίας και όχι η εξάρτησή της από τον κρατικό έλεγχο. Για τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, ανέφερε ότι θα πρέπει να υπάρχουν κίνητρα, φορολογικά και ασφαλιστικά και γενικότερα υποστηρικτικοί μηχανισμοί ελέγχου με κατάλληλες προδιαγραφές για κοινωνικές επιχειρήσεις, ώστε να μην σημειωθούν φαινόμενα απάτης ή διαφθοράς, αλλά και αστοχιών στην επίτευξη του ρόλου τους.

Οι κοινωνικές επιχειρήσεις - τόνισε ο κ. Βλασταράκος - πρέπει να ακολουθούν τις διατάξεις και τις απαιτήσεις των ευρωπαϊκών κανονισμών για τα ευρωπαϊκά διαρθρωτικά και επενδυτικά ταμεία. Σε μία περίοδο βαθιάς κρίσης, για να μην υπάρχουν προβλήματα βιωσιμότητας, πρέπει να υπάρχουν περιθώρια ευελιξίας και δυνατότητες προσαρμογής των κοινωνικών επιχειρήσεων.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Σύσκεψη για το Ινστιτούτο Μελέτης και Ερευνών του ΠΙΣ

Συνάντηση του ΠΙΣ και του Ινστιτούτου Μελέτης και Ερευνών με τους Προέδρους των Τομέων του Ινστιτούτου

Αθήνα, 7 Ιουλίου 2016

Πραγματοποιήθηκε την Τετάρτη στα γραφεία του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου η πρώτη σύσκεψη, διάρκειας δύο ωρών, του Προέδρου του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκου, του Γεν. Γραμματέα κ. Δημήτρη Βαρνάβα, του Προέδρου του Ινστιτούτου Μελέτης και Ερευνών κ. Κων/νου Αλεξανδρόπουλου και του Γεν. Γραμματέα του Ινστιτούτου κ. Παναγιώτη Χαλβατσιώτη, με τους Προέδρους των 14 τομέων που απαρτίζουν το Ινστιτούτο Μελέτης & Ερευνών του Π.Ι.Σ.

Το Ινστιτούτο Μελέτης και Ερευνών, το οποίο θεσμοθετήθηκε με το Ν.4316 (24.12.2014) και άρχισε να λειτουργεί με το διορισμό του Διοικητικού Συμβουλίου και της Εκτελεστικής Γραμματείας, θα αποτελέσει ένα όργανο θεμελιώδους σημασίας για την τεκμηριωμένη άποψη σε όλα τα επίπεδα που αφορούν τη περίθαλψη-εκπαίδευση-ασφάλιση-σύγχρονη ιατρική λειτουργία, ώστε να αξιοποιηθεί από την Πολιτεία, σε συνεργασία με το Κε.Σ.Υ., για την θέσπιση σύγχρονων κανόνων, σύμφωνα και με τα διεθνή πρότυπα, που πρέπει να διέπουν την ιατρική κοινότητα, αλλά και τη πε-



Δείτε αναλυτικά τα
προϊόντα μας
στην ηλεκτρονική
διεύθυνση:
www.itme.gr

ITME PRODUCTS®

ACUPUNCTURE & PHYSIOTHERAPY

Επώνυμα Προϊόντα Εναλλακτικής Ιατρικής

Από το 1991, βρισκόμαστε δίπλα στους Ιατρούς που εξασκούν την κλασική ιατρική σε συνδυασμό με συμπληρωματικές θεραπείες της εναλλακτικής ιατρικής, παρέχοντας προϊόντα υψηλής ποιότητας, απαραίτητα στην καθ' ημέρα ιατρική πράξη.

Συνεργαζόμαστε με τις πιο έγκυρες και επώνυμες εταιρείες και διαθέτουμε στους Έλληνες ιατρούς, ό,τι πιο αξιόπιστο και σύγχρονο κυκλοφορεί παγκοσμίως.



ITME SEMINARS®

Εξειδικευμένα Ιατρικά Σεμινάρια
Εναλλακτική & Παραδοσιακή Ιατρική • Ωτοβελονισμός

Εξειδικευμένα Ιατρικά Σεμινάρια από το 2001

Συνεργαζόμαστε με τις πιο έγκυρες ιατρικές εταιρείες Κλασικής και Εναλλακτικής Ιατρικής παγκοσμίως. Φέρνουμε στην Ελλάδα τους πλέον διακεκριμένους Καθηγητές-Ιατρούς που θεωρούνται οι "ειδικοί" στον τομέα τους και είναι μέλη των δημοφιλέστερων ιατρικών εταιρειών ανά τον κόσμο. Τα σεμινάρια μας απευθύνονται σε ιατρούς που επιθυμούν να τοποθετήσουν δίπλα στην Κλασική Ιατρική, νέα συμπληρωματικά θεραπευτικά σχήματα της Παραδοσιακής και Σύγχρονης Εναλλακτικής Ιατρικής, προκειμένου να ενισχύσουν τα αποτελέσματα της κάθε θεραπείας.

Γνωστικά Αντικείμενα Σεμιναρίων:

- Μεσοθεραπεία
- Αισθητική Ιατρική
- Ιατρικός Βελονισμός
- AURICULAR NEUROMODULATION®
- Οξυγόνο-οζονοθεραπεία

Δείτε αναλυτικά τα
σεμινάρια μας
στην ηλεκτρονική
διεύθυνση:
www.itme-seminaria.gr

ITME PUBLICATIONS®

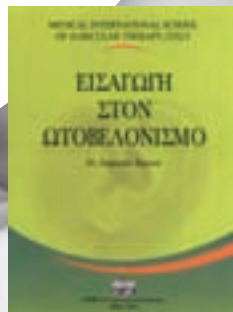
Ειδικές Εκδόσεις



Μεσοθεραπεία - Νέα Εγχειρίδιο
Dr. Marcelli



Ατλαντάς Βελονισμού
Dr. Hempen / Dr. Chow



Εισαγωγή στον Ωτοβελονισμό
Dr. Bazzoni



Ενεργειακές Σχέσεις στον Βελονισμό
Dr. Thambirajah



Θεραπεία με Βεντούζες
Dr. Ilkay Zihni Chirali



► ρίθαιψη των πολιτών.

Στους τομείς του Ινστιτούτου συμμετέχουν 150 καταξιωμένοι επιστήμονες όλων των επιπέδων, που απαιτεί η σύγχρονη τεχνολογία, προκειμένου η ιατρική επιστημονική κοινότητα να οδηγηθεί μέσα από τη κρίση σε μία εποχή, με θεμελιώδεις κανόνες που θα δημιουργούν προϋποθέσεις για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη.

Στη συνάντηση συμμετείχαν κατά αλφαβητική σειρά οι Πρόεδροι των τομέων:

- Γεώργιος Δαΐκος, Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος του Τομέα Θεραπευτικών & Διαγνωστικών Πρωτοκόλλων,
- Γεώργιος Ζωγράφος Καθηγητής Χειρουργικής, Αν.Πρύτανης, Πρόεδρος του Τομέα Ιατρικής Εκπαίδευσης,
- Ιωάννης Λιάπας, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πρόεδρος Ψυχικής Υγείας,
- Παναγιώτης Μπεχράκης, Καθηγητής-Πνευμονολόγος, Πρόεδρος Τομέα Δημόσιας Υγείας,
- Ιωάννης Μπράμης, Καθηγητής Χειρουργικής, Πρόεδρος Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Πρόεδρος Τομέα Ευρωπαϊκών & Διεθνών Θεμάτων,
- Μιλτιάδης Νεκτάριος, Καθηγητής Οικονομικού Πανεπιστημίου Πειραιά, τέως Διοικητής ΙΚΑ, Πρόεδρος Ασφαλιστικού Τομέα,
- Χριστίνα Παπανικολάου, τέως Γεν. Γραμματέας Δημόσιας Υγείας, Πρόεδρος Τομέα Ηλεκτρονικής Υγείας,
- Γεώργιος Πατούλης Πρόεδρος ΚΕΔΕ-Ι.Σ.Α., Πρόεδρος Τομέα Ιατρικού Τουρισμού,
- Βλάσης Πυργάκης, Συντονιστής Δ/ντής ΕΣΥ, Νοσοκομείο «Κρατικό Αθηνών, Γ. Γεννηματάς» Αντιπρόεδρος Πειθαρχικού Ι.Σ.Α., Πρόεδρος Τομέα Νοσοκομειακής Περίθαλψης,
- Παναγιώτης Σκανδαλάκης, Καθηγητής Ανατομίας Πανεπιστημίου Αθηνών, τέως Πρόεδρος Κε.Σ.Υ., Πρόεδρος του Τομέα Εθνικού

Σχεδιασμού Υπηρεσιών Υγείας,

- Αναστάσιος Φιλαλήθης, Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Πρόεδρος Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής-Εργασίας και Περιβάλλοντος,
- Νίκος Χούλης, Καθηγητής Φαρμακολογίας, Πρόεδρος του Τομέα Φαρμάκων.

Κατά τη διάρκεια της σύσκεψης, έγινε εκτενής συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων στο τρόπο λειτουργίας των τομέων, την αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας, τη συνεργασία με τις Διεθνείς Επιστημονικές Οργανώσεις και την έγκαιρη αξιοποίηση της τεχνολογίας εκάστου τομέα, ώστε η λειτουργία του Ανώτατου Υγειονομικού Οργάνου της Πολιτείας, όπως είναι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, να έχει τη δυνατότητα της σύγχρονης αντίληψης, προκειμένου η Πολιτεία μέσα από το θεσμικό ρόλο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου να αξιοποιήσει δυνατότητες που υπάρχουν και χρησιμοποιούν πολλές άλλες χώρες σε όλο τον κόσμο. Η επίσημη παρουσίαση της λειτουργίας του Ινστιτούτου θα γίνει στις αρχές του Σεπτεμβρίου, με τη συμμετοχή του δυναμικού του Ινστιτούτου και τη παρουσία των εκπροσώπων της Πολιτικής, Κοινωνικής, Επιστημονικής κοινότητας και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, προκειμένου να αναδειχθεί η προσπάθεια που γίνεται προς την κατεύθυνση της προώθησης των νέων δεδομένων, αξιοποιώντας την τεχνολογία του αριστερού δυναμικού της επιστήμης, της υγειονομικής περίθαλψης και της οικονομίας της υγείας, ιδίως αυτή τη δύσκολη περίοδο για τη χώρα μας.

Θεωρούμε ότι έτσι θα συμβάλουμε, κατά το καλύτερο τρόπο, στις απαιτήσεις και τις ανάγκες που έχει ο ιατρικός και εν γένει ο επιστημονικός τομέας, αλλά και η κοινωνία.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Γνώση και Καινοτομία η απάντηση στην κρίση

Ομιλία του Προέδρου Π.Ι.Σ. στο 12^ο Παμπελοποννησιακό Συνέδριο

Αθήνα, 24 Οκτωβρίου 2016

Για την αξία της δια βίου εκπαίδευσης των ιατρών μίλησε ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκος στο 12ο Παμπελοποννησιακό Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στα Τρίκαλα Κορινθίας. Το συνέδριο διοργανώθηκε από τον Ιατρικό Σύλλογο Κορινθίας σε συνεργασία με την Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου και τους Ιατρικούς Συλλόγους Πελοποννήσου.

Στους χαιρετισμούς τους κατά την έναρξη των εργασιών του συνεδρίου, το απόγευμα της Παρασκευής 21/10/2016, τόσο ο Πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου, Καθηγητής κ. Ιωάννης Τσοπάκης, όσο και ο Πρό-

εδρος του Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας κ. Σωτήρης Δαμασκηνός, τόνισαν τη σημασία της επιστημονικής εκδήλωσης των Ιατρικών Συλλόγων Πελοποννήσου που συμβάλλει όχι μόνο στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, αλλά και την ευκαιρία προβολής και ανάδειξης της προσπάθειας των ιατρών της περιφέρειας σε επιστημονικό και ερευνητικό επίπεδο.

Ο κ. Βλασταράκος αναφέρθηκε στη σημασία που δίνει ο Π.Ι.Σ. στην εκπαίδευση των ιατρών, η οποία επιτυγχάνεται και μέσω των Συνεδρίων και δήλωσε ότι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος είναι αρωγός σε ανάλογες προσπάθειες εξού και η συμμετοχή του μέσα από την ευγενική πρόσκληση των διοργανωτών του.

«Είναι σημαντικό το γεγονός ότι οι περιφερειακοί Σύλλογοι διοργανώνουν Επιστημονικά

Συνέδρια, δίνοντας έτσι στους ιατρούς της Περιφέρειας τα ερεθίσματα που χρειάζονται, προκειμένου να συνεχίζεται το επιστημονικό και ερευνητικό έργο απ' άκρου εις άκρον της ηπειρωτικής και νησιωτικής Ελλάδας», τόνισε στον χαιρετισμό του.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ., είπε μεταξύ άλλων ότι η προώθηση της Ιατρικής Επιστήμης μέσω της γνώσης, των εξελίξεων της τεχνολογίας και της καινοτομίας, είναι η απάντηση στην κρίση που αντιμετωπίζουμε σήμερα σε κοινωνικό, οικονομικό, αλλά και αξιακό επίπεδο. Η τεχνολογία –πρόσθεσε– αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς συμβάλλοντας τόσο στη πρόληψη όσο και αποκατάσταση παθήσεων που κατά το παρελθόν δημιουργούσαν θανατηφόρα συμβάντα, αλλά και αναπηρίες, που σήμερα έχουν περιοριστεί.

Εάν είμαστε τόσο **θαρραλέοι** όσο...



...οι ασθενείς
που βοηθάμε



...οι επιστήμονες
που υπηρετούμε

ΓΑΤ

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

► Παρά τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει το Σύστημα Υγείας, λόγω της ελλείψης χρηματοδότησής του, αυτό εξακολουθεί να λειτουργεί με τις φιλότιμες προσπάθειες των ιατρών, τόσο μέσα στις Δημόσιες Δομές Υγείας, όσο και στον Ιδιωτικό Τομέα, με τη κοινωνική προσφορά στα ιδιωτικά ιατρεία.

Η Ιατρική Επιστήμη, παρά τις κρίσεις και τους πολέμους, συνεχίζει το έργο της και παρά τις ελλείψεις και δυσλειτουργίες, αναδεικνύει το μεγαλείο της Ιπποκρατικής Ιδέας που έχουν έντονη στη ψυχή τους οι Έλληνες Ιατροί.

Ο κ. Βλασταράκος αναφέρθηκε στην κοινότητα η οποία έχει πληγεί σημαντικά από

την εφαρμογή μέτρων που φέρνουν αλληλεπάλλινες περικοπές και τόνισε ότι η απρόσκοπτη χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας είναι περισσότερο από ποτέ αναγκαία για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής περίθαλψης στους πολίτες.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Υποστελεχωμένα τα Νοσοκομεία σε Τρεις Νομούς της Μακεδονίας

Επίσκεψη κλιμακίου του ΠΙΣ σε Καβάλα, Σέρρες και Δράμα

Αθήνα, 1 Νοεμβρίου 2016

Υποστελεχωμένα κατά 50% σε μόνιμο ιατρικό προσωπικό είναι τα Νοσοκομεία σε τρεις νομούς της Μακεδονίας. Επίσης, υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού τόσο στις Υγειονομικές Μονάδες όσο και στο ΕΚΑΒ.

Οι δε δημόσιες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν επαρκούν για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών.

Τις τραγικές αυτές διαπιστώσεις έκανε κλιμάκιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, με επικεφαλής τον Πρόεδρο κ. Μιχαήλ Βλασταράκο, που επισκέφθηκε τις Υγειονομικές Μονάδες της Καβάλας, των Σερρών και της Δράμας στις 28 – 30 Οκτωβρίου μετά από πρόσκληση και συνεννόηση με τους Ιατρικούς Συλλόγους των περιοχών. Στο κλιμάκιο συμμετείχαν ο Β' Αντιπρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Κωνσταντίνος Κουτσόπουλος, ο Ταμίας κ. Βλαδίμηρος Παναγιωτίδης και κ. Αναστάσιος Βασιάδης, μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης το κλιμάκιο του Π.Ι.Σ. συζητήσε με Προέδρους και μέλη των Διοικητικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων, εκπροσώπους των Νοσοκομειακών Ιατρών, του ΠΕΔΥ και του ΕΟΠΥΥ, Ιδίωτες και Εργαστηριακούς Ιατρούς, Διευθυντές Κέντρων Υγείας, καθώς και Διοικητές των Νοσοκομείων, για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Υποστελέχωση των υγειονομικών μονάδων σε μόνιμο ιατρικό προσωπικό, η οποία μεσοσταθμικά ανέρχεται στο 50%.
- Μεγάλη έλλειψη ειδικευμένων ιατρών σε ορισμένα Νοσοκομεία.
- Έλλειψη λοιπού προσωπικού στα Νοσοκομεία, δυσλειτουργίες στο ΕΚΑΒ και αδυναμία ασφαλούς εφημέρευσης κλινικών και τμημάτων.
- Όσον αφορά τα Κέντρα Υγείας των παραπάνω περιοχών, η αποσύνδεσή τους από τα Νοσοκομεία, έχει δημιουργήσει πολλά και σοβαρά προβλήματα, τα οποία αυξάνουν με τις αποσπάσεις γενικών ιατρών, προκειμένου να καλύπτουν εφημεριακές ανάγκες των Νοσοκομείων, καθώς και τη μεταφορά περιστατικών που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης από τα Κέντρα Υγείας προς τα Νοσοκομεία.
- Οι μονάδες ΠΕΔΥ λειτουργούν υποτυπωδώς και οι συμβεβλημένοι ιατροί του ΕΟΠΥΥ είναι ελάχιστοι.

- Οι δημόσιες δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών.
- Τα ιδιωτικά ιατρεία, λόγω της φτωχοποίησης της κοινωνίας από τα περιοριστικά μέτρα που συνεχώς επιβάλλονται, υπολείπονται. Πολλά κλείνουν και οι ιατροί οδηγούνται στην υπαλληλοποίηση ή στην ανεργία, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να μεταναστεύσουν. Ειδικότερα, οι εργαστηριακοί ιατροί αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα εξαιτίας του χαμηλού προϋπολογισμού για τις διαγνωστικές εξετάσεις και του απαράδεκτου και υπερβολικού clawback, το οποίο επιβάλλεται, πλέον του rebate. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με την κοστολόγηση και κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ 86 νέων εξετάσεων χωρίς την ανάλογη αύξηση του προϋπολογισμού του Οργανισμού, δημιουργούν ένα ασφυκτικό περιβάλλον για αυτή την κατηγορία των ιατρών οι οποίοι καλούνται καθημερινά να καλύψουν τα κενά που δημιουργεί στην περίθαλψη η έλλειψη δημοσίων δομών.

Αυξήθηκε κατά 70% η προσέλευση στα Νοσοκομεία για υπηρεσίες ΠΦΥ

Μετά τις συζητήσεις, οι εκπρόσωποι του Π.Ι.Σ. και των αρμοδίων τοπικών φορέων συμφώνησαν ότι πρέπει να γίνουν τα ακόλουθα βήματα:

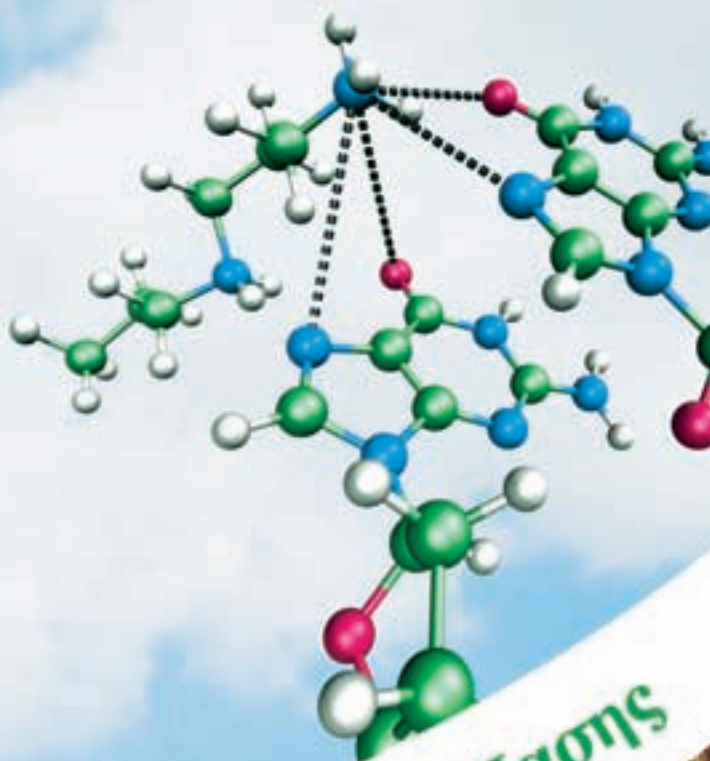
- Δημιουργία υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με δημόσιες δομές, ώστε να αποσυμφορούν τα Νοσοκομεία από έναν ρόλο που δεν τους ανήκει. Να σημειωθεί ότι η προσέλευση των ασθενών στα Νοσοκομεία, για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, έχει αυξηθεί κατά 70%.
- Στελέχωση των Νοσοκομείων με μόνιμο νέο προσωπικό για την ανανέωση του γερασμένου ΕΣΥ (μέσος όρος ηλικίας 60 έτη).
- Ανανέωση της υλικοτεχνικής υποδομής και αντικατάσταση των πεπαλαιωμένων μηχανημάτων.
- Σωστή λειτουργία της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

Αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας

Επίσης, οι εκπρόσωποι των ιατρών τόνισαν ότι πρέπει να προχωρήσουν οι συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ και να λειτουργήσει η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης. Με την επ' αόριστον αναβολή της σύναψης νέων συμβάσεων ουσιαστικά το κράτος δείχνει την πόρτα της εξόδου στους νέους ιατρούς. Τόνισαν ότι πρέπει να αυξηθεί ο ►



Galenica



Αδιάκοπη Αναζήτηση της Τασης



Galenica a.e.

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

► προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για τις διαγνωστικές εξετάσεις ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των πολιτών και με την πρόσθεση των 86 εξετάσεων, αλλά και να μην συνεχιστεί η κλοπή των ιατρών μέσω του απαράδεκτου clawback.

Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να εντείνει τις προσπάθειές του για να αυξηθεί ο προϋπολογισμός των δημόσιων δαπανών υγείας. Η επιχορήγηση του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να ανέλθει στο 1% του ΑΕΠ, αντί του 0,26% που είναι σήμερα, προκειμένου ο Οργανισμός να μπορεί να παράσχει στους ασφαλισμένους αξιοπρεπείς υπηρεσίες υγείας, αλλά και να είναι σε θέση να εκπληρώνει τις συμβατικές του υποχρεώσεις. Πρέπει, παράλληλα, τα Ασφαλιστικά Ταμεία να εφαρμόσουν το Νόμο, ώστε να διοχετεύονται απευθείας οι εισφορές ασθένειας προς τον ΕΟΠΥΥ.

Σε ότι αφορά τα Νοσοκομεία, για τη καλύτερη λειτουργία τους, απαιτείται σωστή οργάνωση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών με ανεξαρτησία από τις υπόλοιπες δομές του Νοσοκομείου,

προκειμένου οι κλινικές και τα τμήματα να λειτουργούν με ορθούς και ασφαλείς κανόνες.

Ακόμη, αναφέρθηκε η αναγκαιότητα ηλεκτρονικοποίησης του συστήματος σε όλα τα επίπεδα με τη δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου, ηλεκτρονικής κάρτας, την ενσωμάτωση των κατευθυντήριων οδηγιών και των διαγνωστικών πρωτοκόλλων στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ, και real time παρακολούθηση των πράξεων.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος ζητεί από τη Κυβέρνηση, το κόμμα της Αξιωματικής Αντιπολίτευσης, τα λοιπά κόμματα της Βουλής και τους αρμόδιους φορείς, να συνεργαστούν με στόχο την ανάταξη μίας κατάστασης για την οποία χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια, ρεαλισμός και αποφασιστικότητα. Ο Π.Ι.Σ. προβαίνει σε όλες τις αναγκαίες παρεμβάσεις, προκειμένου να ανταποκριθεί σε αυτό που η κοινωνία και η ιατρική κοινότητα ζητούν.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Επίσκεψη Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου σε Λιβαδειά και Άμφισσα

Αθήνα, 19 Σεπτεμβρίου 2016

Την αξία της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης και την αμέριστη προσφορά των ιατρών στο κοινωνικό σύνολο, επισήμανε ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. κ. Μιχαήλ Βλυσταράκος μιλώντας την Παρασκευή 16 Σεπτεμβρίου στο Α' Διεταίριο – Ογκολογικό Συμπόσιο που διοργάνωσε η Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία στη Λιβαδειά με τη συνεργασία οκτώ Επιστημονικών Εταιρειών. Ο κ. Βλυσταράκος συμμετείχε στο Συμπόσιο μαζί με τον Β' Αντιπρόεδρο του Π.Ι.Σ. κ. Κωνσταντίνο Κουτσόπουλο.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. ανέφερε ότι οι ιατροί καταβάλλουν φιλότιμες προσπάθειες, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες της κοινωνίας για

περίθαλψη, τόσο λόγω των χαμηλών δημοσίων δαπανών για την Υγεία, όσο και των ελλείψεων που υπάρχουν σε όλα τα επίπεδα του Συστήματος (Π.Φ.Υ., Νοσοκομεία, Ιδιωτικές Δομές). Η κοινωνία μας αναζητεί στηρίγματα αλληλεγγύης και οι ιατροί κάνουν ότι μπορούν για να προσφέρουν υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο με όσα ψυχικά αποθέματα διαθέτουν.

Παρά την κρίση που περνά η χώρα μας, η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται και αναδεικνύει το μεγαλείο των χειρουργών.

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. ευχαρίστησε τον Πρόεδρο της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας κ. Ιωάννη Μπράμη, την Οργανωτική Επιτροπή και όλους τους συμμετέχοντες για τη συμβολή τους στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Στο Νοσοκομείο της Άμφισσας

Το πρωί της ίδιας ημέρας, ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλυσταράκος μαζί με τον Β' Αντιπρόεδρο του Π.Ι.Σ. και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας κ. Κωνσταντίνο Κουτσόπουλο επισκέφθηκαν το Νοσοκομείο της Άμφισσας.

Εκεί, συναντήθηκαν με τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Φωκίδας κ. Φώτη Καλλιλή, την Διοικήτρια του Νοσοκομείου κα Ευφροσύνη Αυγερινού, τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και μέχρι προσφάτως ασκούντα χρέη Διοικητή κ. Ηλία Παπαδό-

σο, και συζητήσαν τα προβλήματα που αφορούν το Νοσοκομείο της Άμφισσας.

Παρά τις ελλείψεις που υπάρχουν, όπως και στα υπόλοιπα Νοσοκομεία της χώρας, οι φιλότιμες προσπάθειες τόσο της νέας Διοικήτριας του Νοσοκομείου όσο και του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, βοηθούν στο να παρέχεται στους κατοίκους, περίθαλψη τέτοια ώστε να μην αναγκάζονται να μεταβαίνουν, πλην ελαχίστων περιπτώσεων, σε μεγαλύτερα Νοσοκομεία εκτός Άμφισσας.

Ακολούθως, οι κ.κ. Βλυσταράκος και Κουτσόπουλος συμμετείχαν σε συζήτηση με τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Φωκίδας κ. Φώτη Καλλιλή και τους ιατρούς του Νοσοκομείου, για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε όλους τους τομείς.

Ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Φωκίδας κ. Φώτης Καλλιλή αναφέρθηκε στο ζήτημα των ελλείψεων του προσωπικού σε όλες τις Δημόσιες δομές Π.Φ.Υ και Νοσοκομειακή καθώς και τα προβλήματα των ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών και ζήτησε τη συνδρομή του Π.Ι.Σ. για την επίλυση των προβλημάτων. Παράλληλα, εξήρε τη συνεργασία του Ιατρικού Συλλόγου Φωκίδας με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Οι ιατροί από τη πλευρά τους, εξέθεσαν τα προβλήματα που βιώνουν καθημερινά και ευχαρίστησαν για την παρουσία του κλημάκιου του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος και ο Β' Αντιπρόεδρος του Π.Ι.Σ. ευχαρίστησαν καταρχήν τον Πρόεδρο ►





ΟΙ ΜΕΓΑΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΑΛΥΨΕΙΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΓΕΝΝΙΟΥΝΤΑΙ ΟΜΩΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΗ ΜΑΣ

Εδώ και πάνω από έναν αιώνα, οι άνθρωποι της MSD μοιραζόμαστε το ίδιο πάθος. Στόχος μας είναι να αναπτύσσουμε καινοτόμα φαρμακευτικά προϊόντα, εμβόλια και κτηνιατρικά φάρμακα που βελτιώνουν τις ζωές εκατομμυρίων ανθρώπων και ζώων.

Γνωρίζουμε πολύ καλά πως έχουμε ακόμα πολλά να προσφέρουμε. Εργαζόμαστε εντατικά, προσηλωμένοι στη μακροχρόνια δέσμευσή μας για συνεχή έρευνα και ανάπτυξη νέων προϊόντων.

Βασικό μας μέλημα είναι να επεκτείνουμε την πρόσβαση των ανθρώπων σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας και συνεργαζόμαστε στενά με όλους όσους μοιράζονται το πάθος μας για έναν υγιέστερο κόσμο. Μια πρόκληση που μαζί μπορούμε να επιτύχουμε. Με όλη μας την ψυχή.

Για να μάθετε περισσότερα για τις προσπάθειές μας, επισκεφτείτε το msd.gr

Στην Ελλάδα, η MSD έχει αναπτύξει τέσσερις πυλώνες Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης στους οποίους επενδύει υλοποιώντας σημαντικές δράσεις με επίκεντρο πάντα τον άνθρωπο. Οι δράσεις αυτές αφορούν στην ενίσχυση της καινοτομίας και της επιχειρηματικότητας, στην επίτευξη αριστείας στην έρευνα για νέες θεραπείες, στην κατάθεση προτάσεων και λύσεων στον τομέα υγειονομικής πολιτικής αλλά και στην ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης για σοβαρές ασθένειες.

του Ιατρικού Συλλόγου Φωκίδας, το σύνολο των ιατρών και του λοιπού προσωπικού για τις φιλότιμες προσπάθειες που καταβάλλουν προκειμένου να κρατήσουν όρθιες τις δομές περίθαλψης του Νομού, παρά την οικονομική, ψυχική, και σωματική εξουθένωση. Δήλωσαν ότι θα καταβάλουν κάθε

δυνατή προσπάθεια, προκειμένου να επιλυθούν προβλήματα, όπως η άμεση πλήρωση των θέσεων της Παθολογικής Κλινικής, αλλά και των υπολοίπων Τομέων που χρειάζονται ενίσχυση, με τις ανάλογες παρεμβάσεις προς την Πολιτεία.

Η συνεργασία του Πανελληνίου Ιατρικού

Συλλόγου με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, αλλά και το σύνολο των ιατρών, συμβάλλει στην επίλυση προβλημάτων με στόχο τη στήριξη του Συστήματος Υγείας και της χειμαζόμενης κοινωνίας.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ

Ο Π.Ι.Σ. στα Παιδικά Χωριά SOS

Αθήνα, 16 Ιανουαρίου 2017

Τη στήριξη τους στα παιδιά που φιλοξενούνται στα Παιδικά Χωριά SOS εξέφρασε ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, κλημάκιό του οποίου, με επικεφαλής τον Πρόεδρο κ. Μιχαήλ Βλυσταράκο, επισκέφθηκε το Σάββατο 14 Ιανουαρίου τις εγκαταστάσεις του Χωριού στη Βάρη.



Ο κ. Βλυσταράκος επισκέπτεται κάθε χρόνο επί μία 12ετία τα Παιδικά Χωριά SOS, τόσο ως Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. όσο και με τις προηγούμενες ιδιότητές του, εκπροσωπώντας πάντα τον ιατρικό κόσμο.

Οι εκπρόσωποι του Π.Ι.Σ. αντήλλαξαν ευχές με της διοίκησης του Χωριού και με τα παιδιά. Παρέδωσαν χρηματική δωρεά για την κάλυψη αναγκών του Ιδρύματος και των παιδιών, μετά από απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., καθώς και πολλά δώρα. Στα παιδιά έδωσαν την υπόσχεση ότι θα είναι πάντα δίπλα τους σε ό,τι χρειάζονται και τους ευχήθηκαν να έχουν πρόοδο στη ζωή τους. Παράλληλα, συζητήσαν με τους εκπροσώπους της διοίκησης για τις ανάγκες των παιδιών, αλλά και τις δράσεις

που προγραμματίζονται μέσα στο χρόνο.

Η διοίκηση ευχαρίστησε τους εκπροσώπους του Π.Ι.Σ. για την πολύχρονη προσφορά του ιατρικού κόσμου στα Παιδικά Χωριά SOS.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ

Δίκτυο Νέων Ιατρών Ελλάδας Πεπραγμένα Γενικής Συνέλευσης 2016

Αθήνα, 26 Σεπτεμβρίου 2016

Την Κυριακή 10 Σεπτεμβρίου 2016, έλαβε χώρα η ετήσια τακτική Γενική Συνέλευση των μελών του Δικτύου Νέων Ιατρών Ελλάδας, στην Αθήνα.

Με συμμετοχή αρκετών μελών, και ευρισκόμενη σε απαρτία, η Γενική Συνέλευση συνεδρίασε, συζήτησε και αποφάσισε για τα εξής θέματα:

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ Δ.Σ. & ΕΛΕΓΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 2015-2016

Κατατέθηκε από τον Πρόεδρο και τον Ταμία του απερχόμενου Δ.Σ. ο ετήσιος απολογισμός δράσεων για το περασμένο έτος 2015-2016, ο οποίος και εγκρίθηκε ομόφωνα από την Γενική Συνέλευση. Επίσης, η Ελεγκτική Επιτροπή κατέθεσε την ετήσια

έκθεση ελέγχου της λειτουργίας του Ταμείου του Δικτύου, μετά από έλεγχο, και η οποία επίσης έγινε ομόφωνα αποδεκτή από την Γενική Συνέλευση.

ΕΚΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ Δ.Σ. & ΕΛΕΓΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 2016-2017

Έλαβαν χώρα οι αρχαιρεσίες για την εκλογή νέου Δ.Σ. και Ελεγκτικής Επιτροπής. Η Γενική Συνέλευση εξέλεξε κατά πλειοψηφία μετά από μυστική ψηφοφορία τους εξής:

- Βελισσάρη Βασίλειο, Κουτσοστάθη Ευστάθιο, Λούνη Κωνσταντίνο, Μυλωνά Μαρία, Ροδίτη Κωνσταντίνο για το Δ.Σ. και
- Μπακοπούλου Σοφία, Μπαμπαλή Βασίλειο, Σαμαρά Ευαγγελία για την Ελεγκτική Επιτροπή.

Το νέο Δ.Σ. συνεδρίασε εκ νέου στις 22

Σεπτεμβρίου 2016, και εξέλεξε ανάμεσα στα μέλη του τους επιμέρους ρόλους ως εξής:

- **ΠΡΟΕΔΡΟΣ:** Ροδίτης Κωνσταντίνος (ειδικευόμενος Αγγειοχειρουργός)
- **ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ & ΤΑΜΙΑΣ:** Λούνη Κωνσταντίνος (Μαιευτήρας-Γυναικολόγος)
- **ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:** Βελισσάρης Βασίλειος (Ειδικός Παθολόγος)
- **ΜΕΛΗ:** Μυλωνά Μαρία & Κουτσοστάθης Ευστάθιος (Ειδικοί Παθολόγοι)

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΔΡΑΣΗΣ 2016-2017

Η Γενική Συνέλευση συζητήσε εκτενώς προτάσεις των παρόντων μελών για δράσεις και πρωτοβουλίες για το επόμενο έτος. Μεταξύ άλλων αναφέρθηκαν:

- *προσέλευση και εγγραφή νέων ιατρών ως*

- **τακτικά μέλη** (αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού του Δικτύου, αλλαγή και της αντιπροσωπευτικότητάς του –μέσω πρωτογενούς φυλλοαδίου/τριπτύχου σε νοσοκομεία κ.α. και μέσω ιστοσελίδας μας/μέσων κοινωνικής δικτύωσης κλπ.),
- **ενίσχυση και εδραίωση** **υπαρχόντων συνεργασιών** (με Ιατρικούς Συλλόγους και τον Π.Ι.Σ., με την Hel MSIC (φοιτητές Ιατρικής), με το Junior Doctors Network του WMA, με τους Ευρωπαίους Νέους Ιατρούς (EJD), με την World Young Doctors Organization, με το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Δήμου Ασπροπύργου),
- **προσέγγιση για συνεργασία με επιπλέον φορείς** (λοιπούς Ιατρικούς Συλλόγους, ιατρικές επιστημονικές εταιρείες, Ομάδα

- Εθελοντικής Αιμοδοσίας Πανεπ. Αθηνών «Αιμοπετάλιο», Σύλλογο Νέων Ιατρών, Συλλόγους Ειδικευομένων Ιατρών μεγάλων Νοσοκομείων, Ιατρικές Σχολές κ.α.),
- **συνέχιση δράσεων για τον ετήσιο εορτασμό της παγκόσμιας ημέρας νέων ιατρών – 24 Ιουνίου** (πχ. διεξαγωγή νέας έρευνας με ερωτηματολόγια),
- **λειτουργία της μεταφραστικής ομάδας** (ολοκλήρωση μετάφρασης “WMA Manual on Medical Ethics” και εξεύρεση χορηγίας για έκδοσή του στα Ελληνικά),
- **έκδοση Δελτίων Τύπου σε τακτική βάση** (για θέματα της επικαιρότητας και όχι μόνο, που αφορούν τους νέους ιατρούς),
- **διοργάνωση ημερίδων/σεμιναρίων για τη μεταπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση** (σε

- συνεργασία με Ιατρικές Σχολές – πχ. με θέμα την Έρευνα/Διδακτορική διατριβή παράλληλα με την ιατρική ειδικότητα),
 - **δράσεις σε τοπικό επίπεδο για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη** (πχ. με αφορμή Παγκόσμιες Ημέρες) και τέλος
 - **ενδυνάμωση της συμμετοχής-εκπροσώπησης σε ευρωπαϊκές και διεθνείς συναντήσεις νέων ιατρών** (έγκαιρη ενημέρωση μελών, καλύτερη προώθηση των διεθνών events/meetings, εξεύρεση χρηματοδότησης).
- Τέλος, η Γενική Συνέλευση ολοκληρώθηκε με την ευχή το νεοεκλεγέν Δ.Σ. να μπορέσει να επιτύχει τους στόχους του μέσα στη διάρκεια του 2016-2017, προς όφελος όλων των μελών του Δικτύου και των νέων ιατρών της χώρας, γενικότερα.

Σε επικίνδυνη τροχιά η Δημόσια Υγεία Μεγάλη η πίεση των Δημόσιων Νοσοκομείων Ανύπαρκτη η Π.Φ.Υ. - Συγκρότηση σε σώμα νέου Δ.Σ.



18 Προτάσεις του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ. για τη λειτουργία των Νοσοκομείων

Αθήνα, 16 Μαρτίου 2017

Σε επικίνδυνη τροχιά κινείται η Υγεία στην Ελλάδα. Οι τεράστιες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, αναλίσσισμα υλικών και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, οι εξαντλητικές εφημερίες των νοσοκομειακών ιατρών σε συνδυασμό με τη μείωση των αποδοχών τους, οι καθυστερήσεις πληρωμών σε παρόχους υπηρεσιών υγείας, δεν επιτρέπουν την ομαλή λειτουργία του δημοσίου συστήματος υγείας, το οποίο παραμένει όρθιο χάρη στις φιλότιμες προσπάθειες του ιατρικού και λοιπού προσωπικού.

Τα παραπάνω ανέφεραν σε Συνέντευξη Τύπου την Πέμπτη 16 Μαρτίου 2017 ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) κ. Μιχαήλ Βλασταράκος, ο Πρόεδρος του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ. κ. Κωνσταντίνος Αλεξανδρόπουλος και ο Γενικός Γραμματέας του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών κ. Παναγιώτης Χαλβατσίου, με αφορμή τους 6 μήνες λειτουργίας του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ.

Το Ινστιτούτο Ερευνών του Π.Ι.Σ. λειτουργεί από τα μέσα του 2016 με 14 Τομείς οι

οποίοι καλύπτουν όλο το φάσμα της Υγείας (περίθαψη, φαρμακευτική πολιτική, ιατρικός τουρισμός, εκπαίδευση κλπ.) και της Κοινωνικής Ασφάλισης. Σε αυτούς απασχολούνται εθελοντικά 150 αξιόλογοι επιστήμονες από το χώρο της Ιατρικής, της Οικονομίας και του Φαρμάκου, οι οποίοι συνεδριάζουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Ο ρόλος του Ινστιτούτου είναι συμβουλευτικός, ανάλογος εκείνου που ισχύει σε όλα τα Ευρωπαϊκά Κράτη και σκοπός του είναι να υποβάλει προτάσεις προς την Πολιτεία για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων.

Ο προϋπολογισμός του 2017 δεν αφήνει περιθώρια αισιοδοξίας

Σύμφωνα με στοιχεία που ανέφεραν οι ομιλητές, οι δημόσιες δαπάνες Υγείας το 2017 ανέρχονται στο 5% του ΑΕΠ, όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 7% και τα όρια ασφαλείας κάθε Συστήματος Υγείας είναι στο 6%.

Η κρατική επιχορήγηση για τον ΕΟΠΥΥ από 526 εκ. το 2016, μειώθηκε στα 326 εκ. το 2017. Έγινε παράλληλα αύξηση, περίπου 700 εκ. ευρώ, της παρακράτησης και απόδοσης στον ΕΟΠΥΥ των εισφορών υγείας από τις κύριες και επικουρικές συντάξεις. Η ενέργεια αυτή όχι μόνο δεν λύνει το πρόβλημα, αλλά αντιθέτως το μεγεθύνει αφού

μετακυλίει στους συνταξιούχους ένα ακόμη δυσβάστακτο βάρος τη στιγμή που υποκινείται συνεχώς μείωση στη σύνταξή τους.

Ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για το 2017 πρέπει να ανέλθει στο 1% του ΑΕΠ (από 0,18% του ΑΕΠ που είναι σήμερα και 0,28% του ΑΕΠ το 2016) προκειμένου να καλύψει την περίθαψη των πολιτών. Με την υφιστάμενη κατάσταση, οι ιδιωτικές δαπάνες εξακολουθούν να απορροφούν το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία (το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α). Ακόμη, η κρατική επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό για τις λειτουργικές δαπάνες των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, προβλέπεται στα 1,301 δις ευρώ, ενώ ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για τα Νοσοκομεία, ανέρχεται στα 888 εκ. ευρώ, για τις ιατρικές επισκέψεις 110 εκ. και για τις διαγνωστικές εξετάσεις Εργαστηρίων – Διαγνωστικών Κέντρων στα 328 εκ. ευρώ.

Τα 60 έτη η μέση ηλικία των νοσοκομειακών ιατρών

Στο ΕΣΥ ο μέσος όρος ηλικίας των ιατρών είναι τα 60 χρόνια. Υπάρχουν 6.500 ελλείψεις σε μόνιμο ιατρικό προσωπικό και είναι επιτακτική ανάγκη ανανέωσης με Επιμελητές Β΄, με αύξηση των προσλήψεων και επιτάχυνση



των διαδικασιών κρίσεων.

«Τα όποια βήματα σε προσλήψεις, ιδιαίτερα επικουρικών ιατρών, δεν λύνουν το μεγάλο πρόβλημα λειτουργίας των Νοσοκομείων», τόνισε ο κ. Βλασταράκος, και εξέφρασε την ανάγκη στήριξης των νοσοκομείων με προσλήψεις νοσηλευτικού, διοικητικού και παραϊατρικού προσωπικού (ελλείψεις Νοσηλευτών 20.000 περίπου).

Υπάρχει καθυστέρηση στη στελέχωση των κλινών ΜΕΘ. Σήμερα, βρίσκονται εκτός λειτουργίας 150 κλίνες, ενώ υπάρχει η αναγκαία υποδομή. Θα μπορούσαν να νοσηλευθούν, εάν υπήρχε στελέχωση, πλέον των 4.000 ασθενών και να σωθεί το 50% εξ' αυτών, στατιστικά.

Επίσης, δεν υπάρχει ολοκληρωμένο ηλεκτρονικό σύστημα, με αποτέλεσμα πολλά τμήματα των νοσοκομείων να μην επικοινωνούν μεταξύ τους, ούτε κεντρικά, ούτε με το Υπουργείο Υγείας και τις ΥΠΕ.

70% αύξηση της προσέλευσης στα νοσοκομεία ελλείψει ΠΦΥ

Η προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία, λόγω της έλλειψης ΠΦΥ και της οικονομικής κρίσης, έχει αυξηθεί κατά 70% και οι αυξήσεις των εισαγωγών, λόγω της παραμεινμένης υγείας των ασθενών, έχει μεταβιβάσει το κόστος της ΠΦΥ στη νοσοκομειακή περίθαλψη και μάλιστα μεγαλύτερο, λόγω της μειωμένης πρόληψης και φροντίδας.

«Εάν τα Νοσοκομεία μας δεν ενδυναμωθούν γρήγορα, το σύστημα θα καταρρεύσει», προέβλεψαν.

Από τα 390 πολυϊατρεία του ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ έχουν μείνει σήμερα 200 μονάδες ΠΕΔΥ και αυτές λειτουργούν υποτυπωδώς.

Προ της ψήφισης και εφαρμογής του Ν.4238/14, υπηρετούσαν στα ιατρεία του πρώην ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ 5.500 ιατροί. Μετά την ψήφιση και εφαρμογή του νόμου, υπηρετούν 2.200 πανελλήνιους. Τρεις χιλιάδες ιατροί είναι απολυμένοι και περίπου 500 το διάστημα 2014 μέχρι σήμερα έχουν συνταξιοδοτηθεί. Ένα σημαντικό τμήμα του ιατρικού πληθυσμού εργάζεται με ασφαλιστικά μέτρα. Εκκρεμούν πολλές δικαστικές αποφάσεις ιατρών που προσδοκούν την επαναφορά τους στο σύστημα. Έως 250 ιατροί έχουν επιστρέψει μετά από δικαστικές αποφάσεις, αλλά δεν έχουν λάβει το μισθό τους από τον Αύγουστο και μετά.

Γίνεται περισσότερο από κάθε άλλη χρονική συγκυρία φανερό ότι οι μονάδες χρειάζονται αναβάθμιση. Χρειάζονται όλες τις ειδικότητες και το κυριότερο να έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις. Στόχος πρέπει να είναι, όποιος μπαίνει στη μονάδα ΠΕΔΥ ή σε Κέντρο Υγείας να διεκπεραιώνει όλες τις αναγκαίες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Δεν νοείται μονάδα σήμερα να μην έχει παιδίατρο.

Προτάσεις του Τομέα Νοσοκομειακής Περίθαλψης του Ινστιτούτου για τη λειτουργία των Νοσοκομείων

Δεκαοχτώ προτάσεις για τη λειτουργία των Δημοσίων Νοσοκομείων κάνει ο Τομέας Νοσοκομειακής Περίθαλψης του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ. Αυτές έχουν ως ακολούθως:

1. Διασφάλισης ισότιμης πρόσβασης και παροχής υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.

2. Συζήτηση για το χαρακτήρα της νομικής μορφής ορισμένων Νοσοκομείων (π.χ. «Νομικά Πρόσωπα Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα» εποπτευόμενων από το κράτος), όπως συμβαίνει στην συντριπτική πλειοψηφία των Νοσοκομείων στην Ε.Ε. (Δημόσια ή Κοινωνική Ιδρύματα). Τα εργασιακά δικαιώματα των ήδη υπηρετούντων σε αυτά πρέπει να διασφαλιστούν.
3. Πρόβλεψη ειδικής διαδικασίας επιλογής των Διοικήσεων των Νοσοκομείων (ενδεχομένως με ανάμειξη του ΑΣΕΠ), με τεchnοκρατικά κριτήρια και αδιάρβητο τρόπο, καθώς και αποκλεισμό των πολιτικών παρεμβάσεων.
4. Πλήρης μηχανοργάνωση των Νοσοκομείων με λειτουργία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων συμβατών μεταξύ τους. Δυνατότητα παρακολούθησης της κίνησης των ασθενών σε πραγματικό χρόνο (on line), εφαρμοζόμενων διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κοστολόγησης αυτών. Ηλεκτρονικό σύστημα παραγγελίας φαρμάκων, αντιδραστηρίων και λοιπών υλικών και των επιμέρους αναλήψεων αυτών. Υποχρεωτική δημοσίευση ιστολογισμών, αποτελεσμάτων χρήσης και λειτουργικών στοιχείων όλων των υπηρεσιών.
5. Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος όλων των πολιτών που με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ και τις δομές του Ιδιωτικού Τομέα με τρόπο που να διασφαλίζονται τα προσωπικά δεδομένα και το ιατρικό απόρρητο.
6. Ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη, με λεπτομερή αποτύπωση των υπάρχουσών δομών, του ανθρώπινου δυναμικού, της υλικοτεχνικής υποδομής σε σχέση με τις



➡ ανάγκες του πληθυσμού.

7. Με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, της αποδοτικότητας και την εξοικονόμηση πόρων, όταν κρίνεται σκόπιμο να προχωρούν σε:

- Αναδιάρθρωση Μονάδων Υγείας
- Συνδιοίκηση Νοσοκομείων
- Συνένωση ομοειδών τμημάτων, μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου
- Μετατροπή μικρών (γενικών νοσοκομείων

– κέντρων υγείας) σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή Βραχείας, Εξειδικευμένης Νοσηλείας ή Ειδικού Σκοπού Μονάδες, που θα είναι λειτουργικά συνδεδεμένες μέσω του Νοσοκομείου Αναφοράς

- Ίδρυση νέων νοσοκομείων όταν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. Νοσοκομείου Παιδών στη Βόρεια Ελλάδα)
- Ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων στη βάση λειτουργικών δεικτών

8. Λειτουργία επιλεγμένων νοσοκομείων ως εξειδικευμένων κέντρων αναφοράς σε ειδικά θέματα (πχ καρδιοχειρουργικά, μεταμοσχευτικά, παιδοκαρδιολογικά κλπ).

9. Λειτουργία ειδικών νοσοκομείων περίθαλψης χρονίως πασχόντων, κέντρων αποκατάστασης, κέντρων αντιμετώπισης ασθενών τελικού σταδίου, συνδεδεμένων με ομάδα νοσοκομείων.

10. Συγκρότηση ανεξάρτητων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με οργανωτική και διοικητική αυτοτέλεια ανά νοσοκομείο ή ανά ομάδα νοσοκομείων που γειτνιάζουν, με ταυτόχρονη θεσμοθέτηση της εξειδίκευσης της Επείγουσας Ιατρικής. Σταδιακή αλληλαγλή του Συστήματος Εφημεριών, με στόχο τη λειτουργία των ΤΕΠ των μεγάλων πόλεων καθημερινά σε 24ωρη βάση.

11. Ομοειδής αποζημίωση των νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών με βάση τα διεθνώς θεσμοθετημένα DRGs (Diagnostic Related Groups) – Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες, οι οποίες θα επικαιροποιούνται σε ετήσια βάση.

12. Θέσπιση μόνιμης διαδικασίας περιοδικής ➡

ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ			
Πρόεδρος	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	ΑΘΗΝΑ	Ψυχίατρος
Α΄ Αντιπρόεδρος	ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	Χειρουργός
Β΄ Αντιπρόεδρος	ΜΙΧΑΗΛ ΜΙΧΑΗΛ	ΚΑΛΑΜΑΤΑ	Ακτινοδιαγνώστης
Γ΄ Αντιπρόεδρος	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΑΘΗΝΑ	Παιδίατρος
Γεν. Γραμματέας	ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	ΑΘΗΝΑ	Παθολόγος
Αν. Γεν. Γραμματέας	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	ΛΑΜΙΑ	Καρδιολόγος
Ταμίας	ΚΟΥΛΑΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	ΑΘΗΝΑ	Οφθαλμίατρος
Μέλη:	ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ	ΠΡΕΒΕΖΑ	Οφθαλμίατρος
	ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΔΡΑΜΑ	Παιδίατρος
	ΓΚΟΛΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	ΙΩΑΝΝΙΝΑ	Ω.Ρ.Λ
	ΓΟΝΙΔΗ ΜΑΡΙΑ	ΚΕΡΚΥΡΑ	Κυτταρολόγος
	ΖΑΦΕΙΡΑΤΟΥ ΣΟΦΙΑ	ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑ	Παθολόγος
	ΚΑΨΟΚΟΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	ΠΕΙΡΑΙΑΣ	
	ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	ΑΘΗΝΑ	Ενδοκρινολόγος
	ΝΙΚΟΛΑΡΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	ΛΑΣΙΘΙ	Νευρολόγος
	ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ	ΕΒΡΟΣ	Οφθαλμίατρος
	ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΤΡΙΠΟΛΗ	Γενικός Χειρουργός
	ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΔΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ	ΚΙΛΚΙΣ	Γενικός Ιατρός
	ΠΥΡΓΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΡΙΟΣ	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ	Παθολόγος
	ΣΚΡΟΥΜΠΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΠΑΤΡΑ	Χειρουργός
	ΤΣΑΡΙΔΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ	ΚΑΒΑΛΑ	



ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Πρόεδρος Π.Ι.Σ.

του Π.Ι.Σ. ώστε να επεξεργαστούν και να τεθούν προς συζήτηση.

«Είναι καιρός πλέον, μετά από 34 χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ, να ανοίξει ένας ειλικρινής διάλογος μεταξύ όλων των φορέων της Ιατρικής Κοινότητας και της Πολιτείας για την ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τον εκσυγχρονισμό του, μετά από τις αδυναμίες που διαπιστώνονται, σύμφωνα με τα σύγχρονα ευρωπαϊκά πρότυπα και τις κατευθύνσεις του Παγκόσμιου και του Ευρωπαϊκού Ιατρικού Συλλόγου των οποίων ο Π.Ι.Σ. είναι μέλος», δήλωσε ο κ. Μιχαήλ Βλασταράκος.

Αντιγριπικός Εμβολιασμός

Στη Συνέντευξη Τύπου ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. αναφέρθηκε και στην πορεία του αντιγριπικού εμβολιασμού, μετά και τις δράσεις του Τομέα Δημόσιας Υγείας του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ.

«Από τα στοιχεία της ηλεκτρονική συνταγογράφησης γνωρίζουμε ότι έγιναν φέτος 1,2 δόσεις εμβολίου σε σχέση με 900.000 πέρυσι. Επίσης, υπολογίζεται ότι άλλα 600.000 εμβόλια αγοράστηκαν από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Η ενημέρωση που έχουμε από το Υπουργείο Υγείας είναι ότι εμβολιάστηκε φέτος έναντι της γρίπης τριπλάσιος αριθμός ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με πέρυσι. Σε αυτό πιστεύουμε ότι συνετέλεσε και η σύσταση του Π.Ι.Σ. μέσω της καμπάνιας για την προστασία της δημόσιας υγείας με τον αντιγριπικό εμβολιασμό», δήλωσε.

Ο Π.Ι.Σ. δεσμεύεται να συνεχίσει και τις επόμενες χρονιές τις δράσεις του προς την κατεύθυνση της προστασίας των πολιτών από τη γρίπη.

- ➔ αξιολόγησης του ιατρικού δυναμικού και των άλλων επαγγελματιών υγείας των Νοσοκομείων, με βάση διεθνώς ισχύοντα πρωτόκολλα αξιολόγησης. Θέσπιση κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας.
- 13. Υιοθέτηση του ετήσιου κλινικού προϋπολογισμού ανά τμήμα και της ευθύνης διαχείρισής του από τους διευθυντές εκάστου τμήματος.
- 14. Επέκταση του θεσμού της ολοήμερης λειτουργίας των Νοσοκομείων σε διαγνωστικές και επεμβατικές πράξεις και χειρουργεία. Θεσμοθέτηση του δικαιώματος του ασθενή να επιλέγει με διαφανή διαδικασία τον θεράποντα ιατρό του.
- 15. Σύναψη συμβάσεων των Νοσοκομείων με Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες Επιδόσης και εξωτερικού.
- 16. Παροχή ειδικών κινήτρων (οικονομικά, εξέλιξης κλπ) σε ιατρούς και νοσηλευτές που υπηρετούν σε άγονες και

- απομακρυσμένες περιοχές.
 - 17. Παροχή στις δομές του ΕΣΥ της δυνατότητας να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς, μετά από αυστηρή αξιολόγηση και με αμοιβές που θα καθορίζονται από το κράτος, προκειμένου να καλύπτουν επιτακτικές ανάγκες εφόσον το επιβάλλουν οι συνθήκες.
 - 18. Θεσμοθέτηση της δυνατότητας πρόσληψης για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και όταν το επιβάλλουν οι περιστάσεις, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού εις «αναπλήρωσιν» (locum) ελλείποντος (ευρισκομένου σε άδεια, ασθενούντος, συνταξιοδοτηθέντος κλπ) προσωπικού μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας κανονικής πρόσληψης.
- Τα παραπάνω αποτελούν προτάσεις του Τομέα Νοσοκομειακής Περιθαλψής του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του Π.Ι.Σ. Έχουν κοινοποιηθεί στο Διοικητικό Συμβούλιο

ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ			
Πρόεδρος	ΣΟΥΜΑΛΕΥΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	ΠΡΕΒΕΖΑ	Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος
Αντιπρόεδρος	ΚΑΡΑΔΕΔΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	ΞΑΝΘΗ	Νευρολόγος
Μέλη	ΠΑΝΟΗΛΙΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	ΣΥΡΟΣ	Αναισθησιολόγος
	ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΛΥ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	Χειρουργός
	ΠΟΛΙΤΟΥ - ΜΑΛΕΒΙΤΗ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ	ΑΙΓΙΟ	Οφθαλμίατρος
	ΠΙΝΑΚΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	ΛΑΡΙΣΑ	Παθολόγος
	ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ ΠΕΤΡΟΣ	ΛΗΜΝΟΣ	Χειρουργός
Καλεσμένοι	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ	ΑΘΗΝΑ	Δικηγόρος
	ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ ΦΩΤΗΣ	ΑΘΗΝΑ	Καρδιολόγος
	ΚΑΤΣΑΡΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	ΙΩΑΝΝΙΝΑ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γ.	ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ Κ.
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ & ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ & ΙΚΑ) ΑΜΠΑΤΖΟΓΛΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΣ (τ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, τ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΟΑΕΔ) ΖΑΧΑΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (ΙΑΤΡΟΣ & ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) ΚΑΤΣΙΚΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ (ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΔΣ ΕΤΑΑ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΟ) ΜΠΟΥΡΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΟΦΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ, ΕΡΓΑΤΟΛΟΓΟΣ, ΕΚΔΟΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ "ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΙΚΑ") ΡΗΓΑΚΗΣ ΣΩΤΗΡΗΣ (ΕΠΙΤΙΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΣΑ) ΤΣΟΥΚΑΛΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΔΙΟΙΚΟΥΣΑΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΤΣΑΥ)

ΤΟΜΕΑΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΤΣΑΡΙΔΗΣ Σ.	ΜΙΧΑΗΛ Μ.
ΝΙΚΟΛΑΡΑΚΗΣ Κ.	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ.
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ (τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΚΕΣΥ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΕΚΠΑ) ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΟΠΥΥ) ΓΕΙΤΟΝΑ ΜΑΙΡΗ (ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ (ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΩΡΛ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ, τ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΔΥΠΕ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΙΒΥ) ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ (ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΣ, τ. ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΚΑΒ) ΜΗΤΣΑΚΗ ΝΑΓΙΑ (ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ") ΝΗΣΙΩΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ο.Ν.Κ. "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ", ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ) ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ) ΣΙΑΣΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ (ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΚΠΑ) ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΜΑΙΕΥΤΡΑΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΟΜΙΛΟΥ ΙΑΣΩ) ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ/ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΗΣ) ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ & ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΕΚΠΑ) ΦΑΡΜΑΚΗΕΥΑΓΓΕΛΙΑ (ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ & ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ, Α ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΠΘ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ)

ΤΟΜΕΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

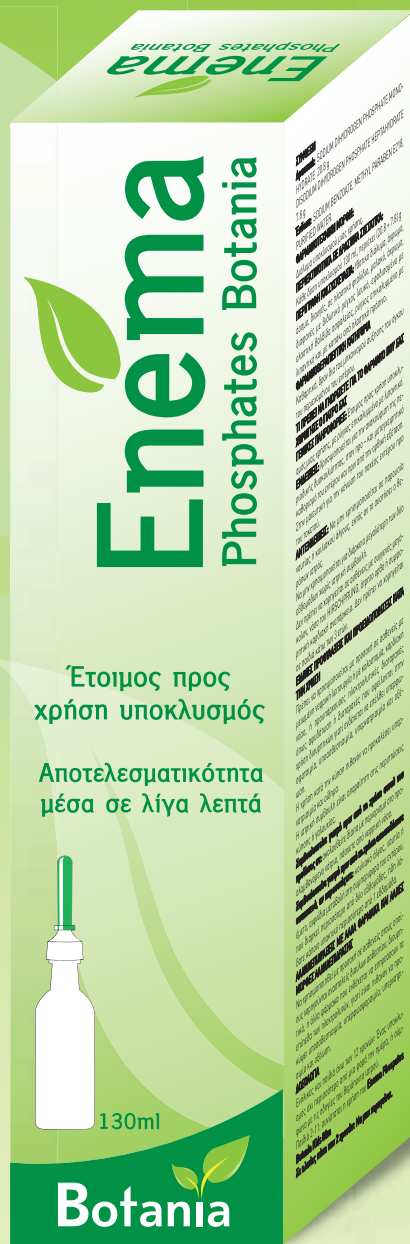
ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΤΣΑΡΙΔΗΣ Σ.	ΜΙΧΑΗΛ Μ.
	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ.
	ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ Κ.

Enema

Phosphates Botania

Fleet ready to use Enema



Για τον καθαρισμό του εντέρου
& την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας

Botania ΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

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

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΠΥΡΓΑΚΗΣ ΒΛΑΣΙΟΣ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Α "Γ. ΓΕΝΗΜΑΤΑΣ", τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ι.Σ.ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ)
ΑΛΑΜΑΝΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΜΕΘ ΚΑΤ)
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ (τ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΠΓΝΑ ΑΤΤΙΚΟΝ, τ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ)
ΒΑΓΙΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ")
ΓΕΩΡΓΟΥΛΙΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ)
ΔΡΟΣΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ, ΓΝΘ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)
ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΠΩΡΓΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Γ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΗΜΑΤΑΣ", ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ)
ΚΥΡΖΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ (ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΜΑΚΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΩΝΑΣΕΙΟ)
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Γ. Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ, τ. ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Π.Ι.Σ.)
ΠΥΡΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΕΚΑΒ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ & ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - WADEM)
ΣΑΡΦ ΠΑΥΛΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΩΡΛ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ", τ. ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ)
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ (ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, Α ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ Γ.Ν.Α "ΛΑΪΚΟ")
ΧΡΟΝΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ (ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΣ, τ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΕΣΥ)

ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.

Ε.Γ.

ΚΑΨΟΚΟΛΗΣ Ι.

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΓΚΟΛΑΣ Ε.

ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΔΗΣ ΣΤ.

ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ (ΑΝΑΠ.ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ι.Σ.ΛΑΚΩΝΙΑΣ)
ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ (τ. ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. ΠΙΣ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΣ ΠΥΡΓΟΥ, τ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΕΔΥ ΠΥΡΓΟΥ ΗΛΕΙΑΣ - ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ)
ΓΚΙΚΑΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠαΓΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ)
ΚΑΤΣΑΡΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ (ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ, ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ)
ΛΥΣΙΤΣΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ (ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ - τ. ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. Π.Ι.Σ.)
ΜΑΡΙΟΛΗΣ ΑΝΑΓΥΡΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΝΩΣΗΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ)
ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ ΦΩΤΗΣ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΟΣΚΕ, ΤΑΜΙΑΣ Ι.Σ.ΑΘΗΝΩΝ)
ΠΟΥΡΤΣΙΔΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ - ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ)
ΠΡΟΒΑΤΑΣ ΣΠΥΡΟΣ (ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ- ΜΑΙΕΥΤΡΑΣ , ΤΑΜΙΑΣ ΠΟΣΕΥΠ ΕΟΠΥΥ -ΠΕΔΥ)
ΡΗΓΑΤΟΣ ΦΑΝΗΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΟΠΥΥ)
ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ (ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΟΛΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΠΑΝ/ ΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ)
ΤΟΥΛΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ EUROMEDICA ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ)
ΧΑΤΖΗΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΣ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΟΣΙΠΥ)



Απόζικροί
ήμασανζπερίεργοιζπ

πναζανακαλύψουμεζποιοξίναιζτοζπιο
σημαντικόζ πράγμαζ στονζ κόσμος
Ότανζτοζβρήκαμεζαποφασίσαμεζνα
κάνουμεζέργοζζωήζτηνζπροάσπιση
καιζεξασφάλισήζτουΕζτηςζυγείαςζ

Είμαστεζ στοζ πλευρόζ τηςζ ιατρικής
κοινότηαςζ παρέχονταςζ φαρμακευΕ
τικάζ προϊόνταζ υψηλήςζ ποιότητας
προσπαθώνταςζ ναζέχουνζ πρόσβαση
σεζαυτά ζόλοιζοιζ συνάνθρωποιζμαςζ

Παραμένουμεζ περίεργοι ζ παραμέΕ
νουμεζαποφασισμένοι ζταραμένουμε
στοζ πλευρόζ σαςζ μεζτονζ ενθουσιασμό
καιζ τηνζ επιμονήζ μικρούζ παιδιούζ

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

Αθήνα: Μονίς Δαυάστας δλπτέ Τι ι ηΠεριστερί • ηΠηλπέ ΤνροΜΜΠ νρη ητέ ΤνροΜ Μ Τρη& ίν ,-. 01& &12 ηηwww.farmassδ.άρ
Γραφείο Β. Ελλάδος: Μαιάνδρου6 ηΑδύητουέ Μροδέέ ηΕυούσοςηΠηλπέι ΤνρηΜι οδρη ητέ ΤνρηΜι ΤΜ ηρη& ήλ: &, ,-. Β

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ Σ.	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ
ΓΟΝΙΔΗ	
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ - ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ HARVARD, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ ΙΙΒΕΑΑ) ΑΛΑΜΑΝΟΣ ΓΙΑΝΝΗΣ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ) ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ) ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΣ ΠΕΤΡΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ ΠΓΝΑ "ΑΤΤΙΚΟΝ") ΚΥΡΛΕΣΗ ΑΘΗΝΑ (ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ) ΜΑΛΙΣΙΟΒΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ Α.Π.Θ.) ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΝ. ΚΟΣΜΗΤΟΡΑΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ) ΜΠΑΜΠΑΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ (ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ) ΝΤΟΥΝΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ ΕΣΔΥ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ) ΟΡΦΑΝΟΥ ΕΙΡΗΝΗ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ") ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ (ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ) ΠΛΑΤΑΝΗΣΙΩΤΗΣ ΝΙΚΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ) ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ (ΟΜΟΤΙΜΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΡΑΣΙΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΝΤΟΜ. & ΤΡΟΠΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ) ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ (ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ & ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ) ΤΣΑΓΚΑΡΗ ΕΛΕΝΑ (ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΕΕΛΠΝΟ) ΑΛΑΜΑΝΟΣ ΓΙΑΝΝΗΣ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ)

ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γ.	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ.
ΖΑΦΕΙΡΑΤΟΥ	
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ (ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΙΡΑ)) ΓΙΑΝΝΟΥΛΙΑ ΛΙΑΝΑ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ) ΒΑΖΑΙΟΥ ΑΝΔΡΙΑΝΗ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΕΣΥ, ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ, Α΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ "Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ") ΒΛΑΧΟΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΠΙΔΑ (ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ) ΓΡΑΦΑΚΟΣ ΣΤΕΛΙΟΣ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ, ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΚΠΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΝΟΣΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ) ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΩΝ Β ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ") ΚΟΣΜΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ (ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ / ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ) ΛΟΥΡΙΔΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ-ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ Π.Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΕΣΥ Α ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ) ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, τ. ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. Π.Ι.Σ.)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

	ΝΤΑΛΟΥΚΑΣ ΚΩΣΤΗΣ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ)
	ΝΤΑΛΟΥΚΑΣ ΚΩΣΤΗΣ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ)
	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ)
	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΕΛΕΝΗ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ, ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ)
	ΣΤΑΜΟΓΙΑΝΝΟΥ ΛΕΛΑ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ Α ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ")
	ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"

ΤΟΜΕΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ - ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΣΚΡΟΥΜΠΗΣ Γ.	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ.
ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Μ.	ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π.
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ Α.	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ.
	ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ Κ.
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΠΡΥΤΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ) ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ) ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ) ΛΕΚΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Β ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ") ΜΙΧΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Μ. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ) ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΦΛΩΡΑ (ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Α ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ) ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΕΣΥ, ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ - ΗΠΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, Α ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ") ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΓΓΕΛΟΣ (ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ, ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΔΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ) ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ ΦΩΤΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν.Θ. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ") ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ & ΜΟΝΑΔΑΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ) ΦΟΥΣΣΑΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΖΑΝΕΙΟΥ)

ΤΟΜΕΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Μ.	ΜΙΧΑΗΛ Μ.
	ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π.
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΔΑΪΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΕΚΠΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Α ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΝ "ΛΑΪΚΟ") ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ (ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ - ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ, ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΕΚΠΑ) ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΟΛΓΑ (ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ) ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ (ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ - ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ) ΘΗΡΡΑΙΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ, ΜΕΛΟΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΚΑΤΤΑΜΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ")
ΚΟΡΩΝΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ, ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΕΛΑΣ)
ΛΙΑΤΣΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ-ΑΝΟΣΟΛΟΓΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΓΝ ΠΑΙΔΩΝ ΑΓ. ΣΟΦΙΑ)
ΜΑΤΣΑΚΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ")
ΜΠΟΥΜΠΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ-ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΙΑΤΡΕΙΟ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΓΝΘΑ "ΣΩΤΗΡΙΑ", ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΑΥΤΟΑΝΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΙΙΒΕΑΑ)
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΗΣ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ-ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ")
ΠΙΣΣΙΜΙΣΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΖΑΝΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ)
ΤΣΙΑΡΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ)

ΤΟΜΕΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ Σ.	
ΚΑΨΟΚΟΛΗΣ Ι.	
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΧΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΣ (ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑ) ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ ΠΑΣΧΑΛΗΣ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ) ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ (Dr. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ ΥΠΟΣΤΡΑΤΗΓΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ, τ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΓΝΑ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ") ΔΕΔΕΖΩΗ (ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ, τ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΕΣΥ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΟ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ "Α. ΣΥΓΓΡΟΣ") ΚΟΛΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ) ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ ΒΑΣΙΛΗΣ (τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΦ) ΚΟΥΒΕΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΘ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Β' ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ) ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΟΛΓΑ (Dr. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΝ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ", τ. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΓΝΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ & ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ) ΣΑΝΟΥΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ (ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ) ΠΕΝΤΑΦΡΑΓΚΑΣ ΒΑΣΙΛΗΣ (ΕΝΤΕΤΑΛΜΕΝΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ (ΠΕΦ)) ΧΑΡΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ (ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ, τ. ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ)

ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΝΙΚΟΛΑΡΑΚΗΣ Κ.	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ.
ΠΥΡΓΙΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Μ.	
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΛΙΑΠΠΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ") ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ") ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ & ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΠ. ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ, Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ) ΚΑΚΑΦΛΙΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΙΔΙΩΤΗΣ) ΚΟΛΑΪΤΗΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ")

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΚΟΝΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ (ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄, ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ, ΨΝΑ ΔΑΦΝΙ)
ΜΟΥΣΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΝΝΘΑ "ΣΩΤΗΡΙΑ")
ΝΕΡΟΥΤΣΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΝ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ)
ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ. (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ)
ΦΩΚΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΘ)
ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΗΣ (ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΝΑ "ΔΡΟΜΟΚΑΙΤΕΙΟ")

ΤΟΜΕΑΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΓΟΝΙΔΗ Μ.	ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ Κ.
ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΔΗΣ	
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΓΝ "ΛΑΪΚΟ") ΑΛΕΤΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΠΘ) ΒΟΝΤΕΤΣΑΝΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΓΝΝΘΑ "ΣΩΤΗΡΙΑ", ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ) ΓΚΡΙΤΖΑΛΗ ΓΕΩΡΓΙΑ (ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΟΣ) ΚΑΡΑΝΑΣΙΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ") ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ. (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ) ΜΠΟΥΜΠΟΥΚΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ (τ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ, ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. ΕΘΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΕΡΕΥΝΩΝ) ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΣ (ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑ) ΠΟΛΙΤΗΣ ΧΑΡΗΣ (ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ ΑΠ, ΣτΕ, ΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ)

ΤΟΜΕΑΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ & ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ	ΚΟΥΛΑΣ Χ.
	ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ Κ.
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΜΠΡΑΜΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ) ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ) ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ) ΚΟΥΜΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ, ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ Π.Ι.Σ. ΎΕΜΣ) ΚΟΥΤΣΙΛΙΕΡΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ, ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ) ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ - ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ, Β΄ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) ΛΙΑΚΑΚΟΣ ΘΟΔΩΡΟΣ (τ. ΑΝΤΙΠΡΥΤΑΝΗΣ ΕΚΠΑ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑ ΓΝΑ "ΛΑΪΚΟ") ΛΙΒΑΔΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ, ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ Π.Ι.Σ. ΑΕΜΗ)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΝΙΧΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ IMPERIAL COLLEGE LONDON, τ. ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΡΙΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, τ. ΜΕΛΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ ΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, τ. ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΠΑΙΔΕΙΑΣ)
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ (ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ UEMS)
ΠΑΠΑΛΟΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ UEMS)
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΓΝΑ "ΑΤΤΙΚΟΝ")
ΣΤΡΑΝΤΖΑΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑ, ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, ΤΑΜΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ)

ΤΟΜΕΑΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΒΕΛΕΝΤΖΑΣ Σ.	ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Λ.
ΓΚΟΛΑΣ Ε.	ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π.
ΖΑΦΕΙΡΑΤΟΥ Σ.	
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΠΑΤΟΥΛΗΣ Γ. (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΚΕΔΕ) ΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (Dr. , ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ) ΔΑΤΣΕΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ (ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ - ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΟΜΑ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΛΕΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ) ΜΠΑΡΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΣ & ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΟΜΙΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ (ΣΕΚ)) ΚΑΤΣΙΒΕΛΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ (ΙΑΤΡΟΣ, ΔΗΜΑΡΧΟΣ ΤΡΙΦΥΛΙΑΣ, τ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ) ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ - ΝΟΜΙΚΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΙΑΜΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ) ΛΙΝΑΡΔΟΣ ΝΙΚΟΣ (ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ - ΜΑΙΕΥΤΡΑΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΝΩΣΗΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ) ΜΕΝΕΝΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ (ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΟ) ΠΑΝΤΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ (ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ - ΜΑΙΕΥΤΡΑΣ - ΕΞΩΣΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ) ΣΚΟΥΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ) ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ CROSS BOARDER MED CARE, ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΕΘΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΜΙΛΟΥ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ)

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΜΕΛΗ ΤΟΜΕΑ Δ.Σ. & Ε.Γ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Δ.Σ.	Ε.Γ.
ΖΑΦΕΙΡΑΤΟΥ Σ.	ΚΟΥΛΑΣ Χ.
ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΦΙΛΑΛΛΗΘΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ (ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ) ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ ΒΑΣΩ (ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΕΚΠΑ, ΜΕΛΟΣ Δ.Σ. ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ, Α ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝΑ "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ" ΚΑΛΑΜΑΡΗ ΜΑΡΙΑ (ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ, ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (ΠΕΕΒΙ), ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ (ΠΟΣΙΠΥ)) ΚΟΥΡΟΥΣΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ (ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ) ΠΑΝΤΑΖΗ ΕΥΓΕΝΙΑ (ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ) ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ (ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ, τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΩΝ, ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΕΝΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ) ΧΑΛΔΟΥΠΗΣ ΛΑΖΑΡΟΣ (ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ)

OTOSAN[®] NASAL WASH

ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΡΙΝΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ
ΜΕ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ



ΡΙΝΙΚΟ ΣΤΟΜΙΟ
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΓΙΑ
ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ

ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ
ΦΙΑΛΙΔΙΟ
ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗΣ
ΠΙΕΣΗΣ & ΡΟΗΣ
ΓΙΑ ΙΔΑΝΙΚΟ
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ

ΤΑΧΕΙΑ
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΟΥΛΩΣΗ

ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΚΑΙ
ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ, ΑΝΩ
ΤΩΝ 4 ΕΤΩΝ

ΙΔΑΝΙΚΟ ΓΙΑ ΟΛΕΣ
ΤΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ
ΤΟΥ ΡΙΝΙΚΟΥ
ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ



KITE
HELLAS LTD

KITE
HELLAS LTD

Ο ρόλος της αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΓΓΕΛΟΣ ΠΑΠΑΜΙΚΡΟΥΛΗΣ, ΓΕΩΡΓΙΑ ΒΟΓΙΑΤΖΗ, ΣΩΤΗΡΗΣ ΤΣΑΛΑΜΑΝΔΡΗΣ, ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΙΑΣΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ

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

Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η κυριότερη αιτία πρόωρης θνησιμότητας παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά δεδομένα, στις ΗΠΑ η καρδιαγγειακή νόσος ευθύνεται για 1 στους 3 θανάτους και η στεφανιαία νόσος καθαυτή για 1 ανά 6 θανάτους. Η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία, η οποία ξεκινά πρώιμα στη ζωή, ενώ ο ρυθμός ανάπτυξης διαφέρει ανάμεσα στους ανθρώπους. Κεντρικό ρόλο στην εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου και την πρόκληση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων έχει η ενεργοποίηση και η συγκόλληση των αιμοπεταλίων, όπου μαζί με τον καταρράκτη της πλάκας, οδηγούν στον σχηματισμό θρόμβων, την αγγειακή απόφραξη και τη μείωση της αιματικής ροής στο στεφανιαίο αρτηριακό δίκτυο, η οποία εκδηλώνεται με μυοκαρδιακή ισχαιμία με ή χωρίς συνοδό μυοκαρδιακή νέκρωση και έμφρακτο.

Η ενεργοποίηση και η συγκόλληση των αιμοπεταλίων συμβαίνουν μέσω ποικίλων βιοχημικών και μοριακών μονοπατιών τα οποία περιλαμβάνουν μια σειρά ενζύμων, όπως η κυκλοοξυγενάση-1 και υποδοχέων, όπως ο υποδοχέας ADP P2Y₁₂ με συνέπεια τον σχηματισμό θρόμβου.

Για το λόγο αυτό, το ενδιαφέρον για την αποτροπή των ΟΣΣ στράφηκε στην αναζήτηση φαρμακευτικών παραγόντων και κατάλληλων δοσολογικών σχημάτων τα οποία αναστέλλουν αποτελεσματικά τη δράση των αιμοπεταλίων. Καθιερώθηκε, έτσι, η χορήγηση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (Dual Antiplatelet Therapy – DAPT), η οποία περιλαμβάνει τη λήψη ασπιρίνης και ενός αναστολέα του υποδοχέα P2Y₁₂ (κλιπιδογρέλη, τικαγρελόρη, πρασουγρέλη), παρά το κόστος του αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου.

Οι πιθανοί θεραπευτικοί στόχοι είναι πολλοί, γεγονός που έχει οδηγήσει στην ανεύρεση νέων ειδικότερων αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων οι οποίοι, παρά την ισχυρότερη δραστηριότητά τους, μειώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων

χωρίς ταυτόχρονη αύξηση του αιμορραγικού κινδύνου.

Στο παρόν άρθρο ανασκόπησης αναλύονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των κυκλοφορούντων, αλλήλα και νέων, αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων και εξετάζονται τα διαφορετικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ομάδων ασθενών που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αντιθρομβωτική θεραπεία μετά από ΟΣΣ στα πλαίσια πάντα της εξατομικευμένης ιατρικής.

Abstract

Cardiovascular disease remains the main cause of early morbidity worldwide. According to recently published statistical data, cardiovascular disease is responsible for 1 out of every 3 deaths from all cause mortality, while coronary artery disease itself is responsible for 1 out of every 6 deaths in the USA. Coronary atherosclerosis is a continuously developing process, the beginning of which is placed early in life, while the severity of progress differs among people.

The combination of platelet activation, aggregation and coagulation result in clot formation, vascular occlusion and decreased coronary blood flow which is manifested as myocardial ischemia with or without myocardial infarction and necrosis. The above process is characterized as Acute Coronary Syndrome (ACS).

Platelet activation and aggregation are mediated by a variety of biochemical and molecular pathways which include many enzymes, such as cyclooxygenase-1, and receptors, such as P2Y₁₂ ADP receptor, resulting in clot formation. For this reason Dual Antiplatelet Therapy (DAPT), including aspirin and a P2Y₁₂ receptor inhibitor (clopidogrel, ticagrelor or prasugrel) was established as the "Gold Standard" therapy for ACS prevention despite the slight increase of bleeding risk.

There are multiple possible therapeutic targets resulting in the use of many new and more elective antiplatelet drugs which decrease the risk of cardiovascular events without increasing the bleeding risk.

In this review article, we focus on the characteristics of currently used and novel antiplatelet drugs and we examine the different clinical and demographic characteristics of patient subgroups which influence the type of antithrombotic treatment in the context of ACS.

Εισαγωγή

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ανήκουν στις πρώτες αιτίες θνησιμότητας. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2008 καταγράφηκαν 17,3 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως από καρδιαγγειακή νόσο, εκ των οποίων 7,3 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονταν στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ). Τα ΟΣΣ αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου ή αναπηρίας με σημαντικές συνεπώς κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις. Στον ελληνικό χώρο, σύμφωνα με τα δεδομένα του 2008, σημειώθηκαν 76 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους από ΟΣΣ. Παρ' όλα αυτά, η θνησιμότητα από ΟΣΣ εμφανίζει πτωτική πορεία τις τελευταίες δύο δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες. Το γεγονός αυτό έχει αποδοθεί αφενός στην τροποποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο (ΣΝ), αφετέρου στην πιο έγκαιρη διάγνωση, αλλά και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ΟΣΣ με την αναβάθμιση των αιμο-

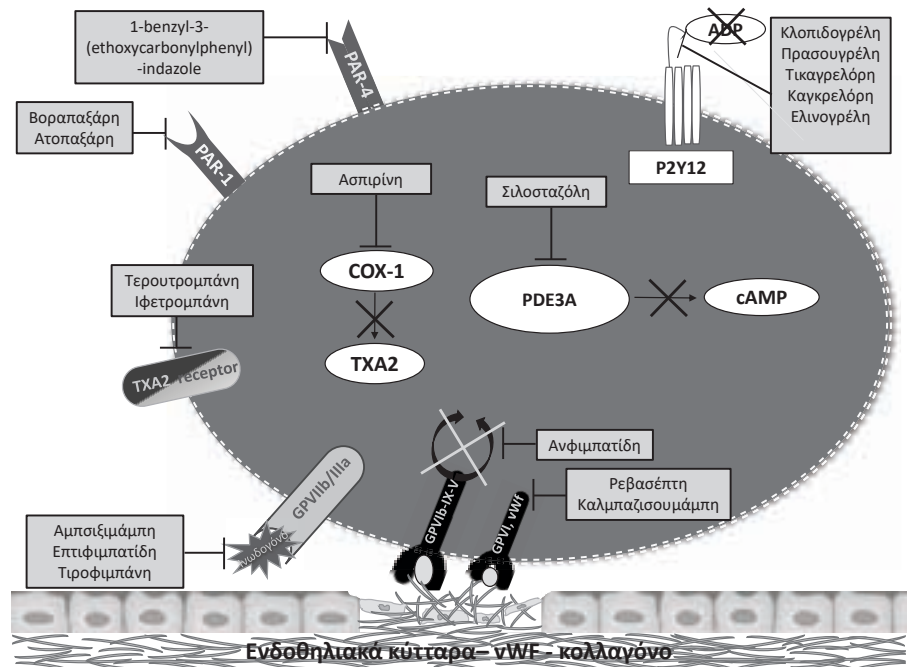
δυναμικών εργαστηρίων, την υιοθέτηση νέων τεχνικών και στρατηγικών επαναιμάτωσης, αλλά και την πρόσφατη κυκλοφορία αποτελεσματικών αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών παραγόντων.

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που οδηγεί στα ΟΣΣ συνίσταται στη ρήξη ή διάβρωση μιας αθηρωματικής πλάκας με την επακόλουθη δημιουργία θρόμβου στο σημείο αυτό. Ο σχηματισμός θρόμβου που αποφράσσει πλήρως το αγγείο έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ΟΣΣ με ανάρπασση του ST (STEMI), ενώ θρόμβος με μερική ή παροδική απόφραξη του αγγείου οδηγεί στην εκδήλωση ΟΣΣ χωρίς ανάρπασση του ST (NSTEMI-ACS).

Η ενεργοποίηση και συσσώρευση των αιμοπεταλίων παίζουν καίριο ρόλο στην παθογένεση των ΟΣΣ και έτσι σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί σε ό,τι αφορά την αναστολή των μονοπατιών αυτών. Πέρα από την ασπιρίνη, νεότεροι, ειδικότεροι και ισχυρότεροι αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες έχουν εισαχθεί και καθιερωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική εδώ και δεκαετίες, όπως οι αναστολείς υποδοχέων P2Y₁₂ της διφωσφορικής αδενοσίνης (ADP), όπως η κλοπιδογρέλη, η τικαγρελόρη και η πρασουγρέλη, οι αναστολείς γλυκοπρωτεΐνης (GP) IIb/IIIa (όπως η αμπιξιμάμπη, η τироφιμπάνη και η επιτιφιμπάτιδη), η σιλοσταζόλη και η βοραπαξάρη, των οποίων ο συνδυασμός επιτυγχάνει αποτελεσματικότερη αναστολή της λειτουργίας των αιμοπεταλίων.

Η επιλογή του βέλτιστου θεραπευτικού σχήματος (συνδυασμός και διάρκεια αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων) στα πλαίσια της εξατομικευμένης ιατρικής πρέπει να βασίζεται στα μοναδικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, καθώς και στην πάθηση του ασθενούς (σταθερή στεφανιαία νόσος, STEMI, NSTEMI-ACS).

Στόχος κάθε φορά είναι η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών, όπως η αιμορραγία. Το είδος και η διάρκεια της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής βρίσκονται στο επίκεντρο ενός συνεχώς εξελισσόμενου πεδίου έρευνας. Στο παρόν άρθρο ανασκόπησης αναλύονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων δίνοντας έμφαση σε πρόσφατα δεδομένα που αφορούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας σε ειδικές υποομάδες του πληθυσμού μετά από ΟΣΣ.



Σχήμα 1: Διάρκεια αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. DAPT: Dual Antiplatelet Treatment – Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή αποτελούμενη από ασπιρίνη κι ένα αναστολέα των υποδοχέων P2Y₁₂

Παθοφυσιολογία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων: ο ρόλος των αιμοπεταλίων και η ανάγκη για αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία

Τα ΟΣΣ προκύπτουν μετά από οξεία μείωση της παροχής οξυγονωμένου αίματος προς τα μυοκαρδιακά κύτταρα επί ενός χρόνιου σταδιακά εξελισσόμενου αθηροθρομβωτικού υποστρώματος. Η παθογενετική διαδικασία της αθηροσκλήρωσης περιλαμβάνει τη δυσλειτουργία και υπερπλησία του έσω χιτώνα των στεφανιαίων αγγείων, τη μετανάστευση και συσσώρευση φλεγμονωδών κυττάρων και την οξείδωση λιπιδίων.

Η αλληλεπίδραση αυτή ευοδώνεται από τη χρόνια φλεγμονή η οποία ωστόσο παραμένει υποκλινική. Ο σχηματισμός θρόμβου στην περιοχή της αθηρωματικής πλάκας θεωρείται ότι ενεργοποιείται από την επαφή των στοιχείων του αίματος με το δυσλειτουργικό και τραυματισμένο ενδοθήλιο, οδηγώντας τελικά σε απόφραξη της πάσχουσας αρτηρίας. Κατά την εκδήλωση ενός ΟΣΣ ενεργοποιείται *in vivo* ο καταρράκτης της πήξης στον οποίο συμμετέχουν ο μηχανισμός της θρόμβωσης και της αιμόστασης.

Τα αιμοπετάλια είναι μικρά (με διάμετρο 2-3 μm), δισκοειδή, διάφανα, απύρνηνα κυτταρικά θραύσματα τα οποία εισέρχονται στην κυκλοφορία ως κυτταροπλασματικά συγκρίματα των μεγακαρυοκυττάρων που εδράζονται στο μυελό των οστών, παραμένοντας στην κυκλοφορία για 7-10 ημέρες, αλληλεπιδρώντας με άλλα στοιχεία του αίματος ή του αγγειακού τοιχώματος. Τα αιμοπετάλια αφενός μεν συμμετέχουν στην αιμόσταση, αφετέρου δε εμπλέκονται στο σχηματισμό θρόμβων στον αυλό των στεφανιαίων αγγείων, γεγονός που είτε επιδεινώνει τον βαθμό της απόφραξης αυτών, είτε προκαλεί οξεία διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και παροχής οξυγονωμένου αίματος και εκδήλωση ΟΣΣ. Στην αθηροθρομβωτική διαδικασία, τα αιμοπετάλια συμμετέχουν με δύο τρόπους μετά την ενεργοποίησή τους, αφενός μέσω της συγκόλλησής τους και αφετέρου μέσω επαγωγής του καταρράκτη της πήξης.

Όταν τα αιμοπετάλια έρχονται σε επαφή με εκτεθειμένα τμήματα επενδοθηλιακού κολλαγόνου, όπως συμβαίνει σε τραυματισμό του αρτηριακού τοιχώματος, ακολουθεί η προσκόλληση και αλληλεπίδραση μια σειράς υποδοχέων των αιμοπεταλίων

► (GP Ia/Ia, GP Ib/IX, GP IIb/IIIa) με τον παράγοντα von Willebrand (vWF) και το ινωδογόνο, επάγοντας τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων.

Η συγκόλληση των αιμοπεταλίων προκύπτει από τη μετατροπή του υποδοχέα GP IIb/IIIa σε μορφή ικανή να προσδεθεί με πρωτεΐνες όπως το ινωδογόνο, η ινική, ο vWF, και η ινωδονεκτίνη. Αυτή η διαδικασία φυσιολογικά καταστέλλεται από την έκκριση νιτρικού οξέος και προστακυκλίνης (PGI₂), ενός άλλου παράγωγου του μεταβολισμού του αραχιδονικού οξέος από το αγγειακό ενδοθήλιο.

Τα αιμοπετάλια μετά την ενεργοποίησή τους απελευθερώνουν πληθώρα παραγόντων οι οποίοι με τη σειρά τους επάγουν περαιτέρω τη συσώρευση και ενεργοποίησή τους, την αγγειοσύσπαση και τη θρόμβωση. Ως απάντηση σε διέγερση από ισχυρούς αγωνιστές, ένας υποπληθυσμός των ενεργοποιημένων αιμοπεταλίων εκφράζουν μόρια φωσφατιδυλιθ-σερίνης στην επιφάνεια της μεμβράνης τους και μεσοπλαβητές πήξης προς σχηματισμό του συμπλέγματος της προθρομβίνης, που συμμετέχει στην παραγωγή της θρομβίνης. Η θρομβίνη, με τη σειρά της, εμπλέκεται στον εντοπισμένο σχηματισμό ινικής στα συγκολλημένα αιμοπετάλια, σταθεροποιώντας έτσι το σχηματιζόμενο θρόμβο.

Επιπρόσθετα, ο αγγειακός τραυματισμός οδηγεί στην έκθεση του υποενδοθηλιακού ιστικού παράγοντα που ενεργοποιεί τον καταρράκτη της πήξης και οδηγεί τελικά στην παραγωγή της θρομβίνης. Σημειώνεται πάντως ότι η κύρια πηγή παραγωγής της θρομβίνης προκύπτει τελικά από διεργασίες που επιτελούνται στην επιφάνεια των ενεργοποιημένων αιμοπεταλίων.

Είναι αξιοσημείωτο ότι ένας από τους μηχανισμούς ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων περιλαμβάνει τη θρομβίνη και συγκεκριμένα τους ενεργοποιούμενους από πρωτεάσες υποδοχείς 1 και 4 [(PAR-1, PAR-4)] της θρομβίνης. Το βιοχημικό μονοπάτι μάλιστα που μεσολαβείται από τον PAR-1 είναι ένα από τα πλέον δραστικά.

Καθώς τα αιμοπετάλια αποτελούν τους κύριους μεσοπλαβητές των αρτηριακών θρομβωτικών φαινομένων, οι πρωταρχικοί στόχοι της αντιθρομβωτικής αγωγής περιλαμβάνουν την αποτροπή της ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων και την αναστολή, με τον τρόπο αυτό, και του καταρράκτη της πήξης. Οι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται προς το πα-

ρόν για την αποτροπή των θρομβωτικών φαινομένων στα ΟΣΣ (πχ. ασπιρίνη, ανταγωνιστές του υποδοχέα P2Y₁₂ του ADP και ανταγωνιστές των GPIIb/IIIa υποδοχέων) στοχεύουν καταρχήν στην αποτροπή της συσώρευσης/συγκόλλησης των αιμοπεταλίων (Σχήμα 1).

Μηχανισμός Δράσης των Αντιαιμοπεταλιακών Παραγόντων Ασπιρίνη

Η ασπιρίνη δρα μέσω μη αντιστρεπτής αναστολής της κυκλοξυγενάσης (COX). Η COX-1 που ανευρίσκεται στα ενδοθηλιακά κύτταρα και τα αιμοπετάλια καταλύει την κυκλοποίηση του αραχιδονικού οξέος, ενώ ταυτόχρονα προσθέτει την 15-υδροξυπεροξυλομάδα στο δακτύλιο, παράγοντας έτσι την προσταγλανδίνη G₂. Η προσταγλανδίνη G₂ ακολουθώντας μετατρέπεται σε προσταγλανδίνη H₂, που αποτελεί προγονικό μόριο για την παραγωγή της TxA₂, η οποία με τη σειρά της επάγει την συσώρευση των αιμοπεταλίων και τον σχηματισμό θρόμβου.

Η χαμηλή δόση ασπιρίνης αναστέλλει εκλεκτικά, μέσα σε λίγα λεπτά, την COX-1 και είναι ασθενώς λιγότερο εκλεκτική και για την ισομορφή COX-2, που σχετίζεται στενότερα με τις φλεγμονώδεις διεργασίες και τον έλεγχο της αναλγησίας. Η ακετυλίωση της υδροξυλομάδας σε μια κριτικής σημασίας θέση σερίνης (Ser 530), εγγύς του καταλυτικού κέντρου της COX-1 οδηγεί σε μη αντιστρεπτή απενεργοποίηση του ενζύμου. Νέες ποσότητες COX-1 είναι διαθέσιμες μόνο όταν νέα αιμοπετάλια απελευθερωθούν από το μυελό των οστών στην κυκλοφορία (αφού τα αιμοπετάλια στερούνται DNA και άρα της δυνατότητας πρωτεϊνοσύνθεσης). Αυτό το γεγονός προκαλεί μείωση της, επαγόμενης από την COX-1, παραγωγής της TxA₂. Σημειώνεται πάντως ότι τα επίπεδα αναστολής της δράσης του ενζύμου δεν ακολουθούν γραμμική σχέση με τη δόση της ασπιρίνης και αυτό φαίνεται έκδηλο στην αναντίστοιχα ταχεία ανάκαμψη της δράσης των αιμοπεταλίων, όπως παρατηρείται σε 3 ημέρες μετά τη διακοπή της αγωγής.

Μέσω αυτών των δράσεων φαίνεται ότι η ασπιρίνη μειώνει έως και 15% τον συνολικό κίνδυνο για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα, ενώ σε άλλες μελέτες φαίνεται να σχετίζεται με έως και 6% μειωμένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και 10%

μείωση των μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία συστήνει τη χορήγηση ασπιρίνης per os στα ΟΣΣ σε αρχική δόση 300mg, ακολουθούμενη από καθημερινή λήψη του φαρμάκου σε δόση 75-100mg διά βίου (Πίνακας 1).

Αξίζει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα της χρόνιας αγωγής με ασπιρίνη πολλές φορές συνοδεύονται από σοβαρές επιπλοκές όπως αυξημένη αιμορραγική διάθεση και συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα. Για την πρόληψη αυτών των φαινομένων έχει προταθεί η προφυλακτική συγχορήγηση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων (proton-pump inhibitor, PPI), που φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο για αιμορραγία όσο και την πιθανότητα νοσηλείας για σοβαρές αιμορραγίες. Η ESC προτείνει τη χορήγηση PPIs μόνο σε ασθενείς με ιστορικό αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σύστημα ή πεπτικού έλκους. Εξάλλου οι οδηγίες του Αμερικανικού Κολλεγίου Καρδιολογίας/Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας (ACC/AHA) προτείνουν τη χορήγηση PPI μόνο στην περίπτωση ασθενών με ιστορικό γαστροπληνίας ή/και που λαμβάνουν τριπλή αντιθρομβωτική αγωγή (ασπιρίνη, αναστολέα του υποδοχέα ADP-P2Y₁₂ και αντιπηκτική αγωγή από του στόματος).

Αναστολείς των υποδοχέων P2Y₁₂ της ADP

Θιενουριδίνες: Κλοπιδογρέλη και Πρασουγρέλη

Η αναστολή της εξαρτώμενης από τη TxA₂ συγκόλλησης των αιμοπεταλίων αφήνει τα υπόλοιπα βιοχημικά μονοπάτια που σχετίζονται ισχυρά με την παθοφυσιολογία θρομβωτικών φαινομένων και την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων ανεπηρέαστα. Ο συνδυασμός λοιπόν της ασπιρίνης με άλλους αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες γνωστός ως διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (dual antipalatelet therapy, DAPT) φαίνεται ότι είναι αναγκαίος σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και στα ΟΣΣ (Πίνακας 1).

Ο υποδοχέας της ADP, P2Y₁₂ (ADP-P2Y₁₂) σχετίζεται με τη δράση G-πρωτεΐνης και εντοπίζεται στην κυτταρική μεμβράνη των αιμοπεταλίων. Η κλοπιδογρέλη είναι μια θιενουριδίνη που εκδηλώνει τις αντιαιμοπεταλιακές της δράσεις αναστέλλοντας μη αντιστρεπτά τον υποδοχέα ADP-P2Y₁₂.

Η κλοπιδογρέλη είναι προ-φάρμακο, που υπόκειται σε οξείδωση στον αυλό του ε-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ – ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ (ESC) ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ασθενείς Με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο
Αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία πριν και κατά τη διάρκεια της PCI
Ασπιρίνη
Συστήνεται χορήγηση ασπιρίνης σε αρχική δόση PO 150–300mg (ή 80–150mg IV) (I/A)
Αναστολείς P2Y12
Η έναρξη αγωγής με ένα αναστολέα P2Y12 πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό ταχύτερα (I/A)
Χορήγηση δόσης φόρτισης με τικαγρελόρη (180mg) σε ασθενείς με μέτριο προς υψηλό βαθμού κίνδυνο για ισχαιμικά συμβάματα (I/B) προτιμάται έναντι της κλοπιδογρέλης (600mg) η οποία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που η πρασσυγρέλη ή η τικαγρελόρη δεν είναι διαθέσιμες ή αντενδείκνυνται (I/B)
Χορήγηση δόσης φόρτισης με πρασσυγρέλη (60mg) σε ασθενείς των οποίων η ανατομία των στεφανιαίων αγγείων είναι γνωστή και υποβάλλονται σε PCI (I/B), προτιμάται έναντι της κλοπιδογρέλης (600mg) η οποία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που η πρασσυγρέλη ή η τικαγρελόρη δεν είναι διαθέσιμες ή αντενδείκνυνται (I/B)
Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μετά την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης
Ασπιρίνη
Ασπιρίνη σε δόση συντήρησης 75–100mg ημερησίως χορηγείται σε μακροχρόνια φάση (I/A)
Αναστολείς P2Y12
Ένας αναστολέας του P2Y12 υποδοχέα πρέπει να χορηγείται επιπρόσθετα της ασπιρίνης και η χορήγηση πρέπει να διατηρείται για διάστημα 12 μηνών (I/A) Οι διαθέσιμες επιλογές είναι:
• Τικαγρελόρη (90mg δόση συντήρησης, δύο φορές την ημέρα) για ασθενείς μετρίου προς υψηλού κινδύνου για ισχαιμικά συμβάματα, ανεξάρτητα από την αρχική στρατηγική θεραπείας και σε απουσία αντενδείξεων (I/B) • Πρασσυγρέλη (10mg ημερησίως), σε περίπτωση απουσίας αντενδείξεων (I/B). Η προθεραπεία με πρασσυγρέλη σε ασθενείς των οποίων η ανατομία δεν είναι γνωστή δεν συστήνεται (III/B) • Κλοπιδογρέλη (75mg δόση συντήρησης ημερησίως) μόνο στην περίπτωση που η πρασσυγρέλη ή η τικαγρελόρη δεν είναι διαθέσιμες ή αντενδείκνυνται (I/B)
Η αγωγή με DAPT πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 1 μήνα μετά την τοποθέτηση BMS σε ασθενείς με STEMI (I/C)
Η ελάχιστη διάρκεια της αγωγής με DAPT πρέπει να είναι τουλάχιστον 6 μήνες μετά την τοποθέτηση DES σε ασθενείς με STEMI (IIb/B). Βράχυση της περιόδου στους 3-6 μήνες πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για ασθενείς με αυξημένο αιμορραγικό κίνδυνο (IIb/A)
Διακοπή της θεραπείας
Η αγωγή με ασπιρίνη δεν πρέπει να διακόπτεται σε ασθενείς που πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση η οποία απαιτεί τη διακοπή DAPT, όταν αυτό είναι δυνατόν
Η αγωγή με DAPT πρέπει να λαμβάνεται αδιάλειπτα για όλο το χρονικό διάστημα το οποίο προβλέπεται από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες (I/C). Στην περίπτωση μη επείγουσας, μείζονος χειρουργικής επέμβασης (με εξαίρεση τους ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για ισχαιμικές επιπλοκές), η επέμβαση πρέπει να αναβληθεί για τουλάχιστον 5 ημέρες μετά τη διακοπή τικαγρελόρης ή κλοπιδογρέλης και για τουλάχιστον 7 ημέρες μετά τη διακοπή της πρασσυγρέλης αν είναι κλινικά σκόπιμο (IIa/C)
Η επανέναρξη της αγωγής με DAPT πρέπει να επιδιώκεται αμέσως μόλις θεωρηθεί ασφαλές, μετά την επέμβαση (IIa/C)
Γενικές Συστάσεις
Οι παράγοντες PPIs πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς που λαμβάνουν DAPT με ιστορικό αιμορραγίας από το ΓΕΣ ή πεπτικό έλκος και σε αυτούς με πολλούς παράγοντες κινδύνου (I/A)
Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν επαρκείς εξηγήσεις σχετικά με τη σημασία της τήρησης της αγωγής με DAPT (I/C)
Σε ασθενείς με δυσανεξία στη δράση της ασπιρίνης, η κλοπιδογρέλη αποτελεί αξιόπιστη εναλλακτική επιλογή (I/B)
ESC: Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία, PCI: διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση, PO: per os, ΣΝ: στεφανιαία νόσος, ΟΣΣ: οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, DAPT: διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, BMS: μεταλλικού τύπου ενδοπροσθέσεις DES: drug-eluting stents, IV: ενδοφλέβιας, NSTEMI-ACS: Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς ανόσωση του ST-διαστήματος, STEMI: οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανόσωση του ST διαστήματος PPI: αναστολείς αντλίας πρωτονίων, PPI: αναστολείς της αντλίας πρωτονίων Στις παρενθέσεις: Τάξη Σύστασης (Class of Recommendation) και Επίπεδο Βεβαιότητας με βάση τα κλινικά δεδομένα (Level of Evidence) για κάθε σύσταση

ντέρου και ακολούθως μέσω του CYP450 στο ήπαρ μετατρέπεται στον ενεργό μεταβολίτη της. Ο ενεργός μεταβολίτης με τη σειρά του, αναστέλλει μη αντιστρεπτά τον αιμοπεταλιακό ADP-P2Y12 υποδοχέα. Είναι σημαντικό ότι ένα μεγάλο ποσοστό της χορηγούμενης κλοπιδογρέλης δεν μετατρέπεται τελικά στη μορφή του ενεργού μετα-

βολίτη, αλλά στην πλειονότητα της υδrolύεται προς έναν ανενεργό παράγοντα που αντιστοιχεί στο 85% των συνοηλικών κυκλοφορούντων επιπέδων της.

Στα πλαίσια ΟΣΣ, η προτεινόμενη αγωγή αφορά δόση φόρτισης 600mg επιπρόσθετης της χορηγούμενης ασπιρίνης, ακολουθούμενη από 75mg ημερησίως ως δό-

ση συντήρησης ιδανικά για 12 μήνες, ενώ η διάρκεια της αγωγής μπορεί να βραχυυνθεί σε 3-6 μήνες για ασθενείς που εκδηλώνουν αιμορραγικές επιπλοκές ή έχουν υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο ή να επεκταθεί πέραν των 12 μηνών για ασθενείς που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο επαναστένωσής/θρόμβωσης.



Η κλοπιδογρέλη μειονεκτεί έναντι της πρασουγρέλης και της τικαγρελόρης όσον αφορά στο χρόνο έναρξης της δράσης της, γεγονός που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη ιδίως στις περιπτώσεις ΟΣΣ όπου απαιτείται επείγουσα παρέμβαση. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει μεταβλητότητα σχετικά με την ικανότητα του φαρμάκου να πετυχαίνει ισχυρή αναστολή των αιμοπεταλίων, κάτι που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως «αντίσταση στη δράση της κλοπιδογρέλης» και υποδηλώνεται πως αφορά στο 23-40% των ασθενών σε διάφορες μελέτες. Το φαινόμενο αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί σε γενετικές διαφορές που αφορούν στα μέλη του CYP450 (κυρίως τα CYP3A5 και CYP2C19 ισοένζυμα) ή σε πολυμορφισμούς των αιμοπεταλιακών υποδοχέων. Η μεταβλητότητα αυτή είναι ακόμα εντονότερη σε ασθενείς με συννοσηρότητες π.χ. σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) ή σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα πολλά φάρμακα και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θρομβώσεων. Όπως φάνηκε μάλιστα από τη μελέτη GRAVITAS, η αύξηση της δοσολογίας της χορηγούμενης κλοπιδογρέλης μπορεί να μειώσει την αντιδραστικότητα των αιμοπεταλίων μεν, αλλά χωρίς να πετυχαίνει στατιστικά σημαντική μείωση των παρατηρούμενων καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ενώ κάποιοι ασθενείς συνέχισαν να μην ανταποκρίνονται στη θεραπεία παρά την αλληλαγή στη δοσολογία. Σημειώνεται ότι η χορήγηση κλοπιδογρέλης ενδοφλεβίως δεν κατέστη δυνατόν να ακυρώσει τα προηγούμενα φαινόμενα (του αυξημένου ποσοστού μη δραστικού μεταβολίτη και της αντίστασης στη δράση της κλοπιδογρέλης), όπως φάνηκε από τη μελέτη AMPHORE.

Η αντίσταση στη δράση της κλοπιδογρέλης οδήγησε στην αναζήτηση και ανεύρεση νέων αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων με καλύτερη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Έτσι, ακολουθώντας την κλοπιδογρέλη, η πρασουγρέλη εισήχθη στην κλινική πρακτική ως μια τρίτης γενιάς θιενοπυριδίνη, η οποία σε αντίθεση με την προκάτοχό της μετασχηματίζεται στον ενεργό μεταβολίτη της σε ένα μόνο στάδιο, μεσοδιαβούμενο από το σύστημα CYP450, εκδηλώνοντας τις αντιαιμοπεταλιακές της ιδιότητες ταχέως, μέσω μη αντιστρεπτής αναστολής του ADP-P2Y12 υποδοχέα.

Η πρασουγρέλη επιτυγχάνει ισχυρή και σταθερή αναστολή του επαγόμενου από τον ADP-P2Y12 υποδοχέα μονοπατιού

ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων, συγκρινόμενη με την κλοπιδογρέλη, λόγω καλύτερης απορρόφησης και κατ'επέκταση ταχύτερου σχηματισμού υψηλών κυκλοφορούντων επιπέδων του ενεργού της μεταβολίτη. Είναι, επίσης, σημαντικό να σημειωθεί ότι τα επίπεδα της πρασουγρέλης είναι λιγότερο επιρρεπή σε διακυμάνσεις οφειλόμενες σε αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, ενώ το φαινόμενο της μη ανταπόκρισης στη δράση της είναι σπάνιο, μάλλον λόγω μικρής γενετικής μεταβλητότητας. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα, η πρασουγρέλη υπερσχύει της κλοπιδογρέλης στην επίτευξη υψηλής και αποδοτικής αναστολής των αιμοπεταλίων σε όλες τις περιπτώσεις, είτε στη βραχυχρόνιο χορήγηση μετά από τη δόση φόρτισης στα πλαίσια ΟΣΣ, είτε σε χρόνια χορήγηση σε δόση συντήρησης στα πλαίσια καθημερινής λήψης ως δευτερογενή πρόληψη.

Το συνιστώμενο σχήμα για την πρασουγρέλη στα πλαίσια ΟΣΣ αφορά στη λήψη δόσης φόρτισης 60mg από του στόματος, ακολουθούμενο από δόση συντήρησης 10mg ημερησίως, επιπρόσθετα της χορήγησης ασπιρίνης ιδανικά για 12 μήνες, ενώ η διάρκεια της αγωγής μπορεί να βραχυυνθεί σε 3-6 μήνες για ασθενείς που εμφανίζουν αιμορραγικές επιπλοκές ή έχουν υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο ή να επεκταθεί πέραν των 12 μηνών για ασθενείς που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο επαπαστένωσης/θρόμβωσης.

Θα πρέπει να τονιστεί όμως ότι η πρασουγρέλη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μείζονα αιμορραγικά συμβάματα, ειδικά αν υπάρχει ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), σωματικού βάρους <60kg ή ηλικίας >75 ετών, σύμφωνα με δεδομένα από τη μελέτη TRITON-TIMI 38 και αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν αντένδειξη για τη χορήγηση της. Για αυτούς τους ασθενείς έχει προταθεί η αγωγή με δόση συντήρησης 5mg ημερησίως, αυτό όμως αποτελεί αντικείμενο διεξαγόμενων μελετών στην παρούσα φάση όπως η HOST-REDUCE-POLYTECH-ACS, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του συγκεκριμένου σχήματος.

Τικαγρελόρη

Η τικαγρελόρη αποτελεί επίσης ένα αναστολέα του υποδοχέα ADP-P2Y12, που ανήκει στην κατηγορία των κυκλοπεντυλ-τριαζολοπυριδινών. Η τικαγρελόρη δεν εί-

ναι προφάρμακο, εκδηλώνει τις δράσεις της ανεξάρτητα από το σύστημα CYP450 οδηγώντας σε ισχυρή, αλλά ταυτόχρονα αντιστρεπτή αναστολή της, επαγόμενης από τον ADP-P2Y12, αιμοπεταλιακής ενεργοποίησης, πιθανώς μέσω αλληλοστερικής ρύθμισης παρά μέσω άμεσης πρόσδεσης στο καταλυτικό κέντρο του υποδοχέα. Οι ιδιότητες αυτές την φέρουν σε πλεονεκτική θέση έναντι των άλλων παραγόντων σε περιπτώσεις που ζητείται ταχεία ανάκτηση της αιμοπεταλιακής λειτουργίας όπως π.χ. πριν από χειρουργική επέμβαση. Σημειώνεται δε ότι η αναστολή που επιτυγχάνεται μέσω της τικαγρελόρης φαίνεται να ακολουθεί δόσοεξαρτώμενη σχέση (Πίνακας 1).

Η τικαγρελόρη δρα μέσω εξαρτώμενων από την αδενοσίνη ενδοκυττάρων μονοπατιών, αλλά και μέσω άλλων μηχανισμών όπως έγινε αντιληπτό από μελέτες που εξέτασαν το φαινόμενο ισχαιμίας-επαισιμότητας, ενώ φαίνεται να σχετίζεται ακόμα και με τη μείωση της ισχαιμίας μυοκαρδιακής μάζας. Πέρα από αυτά, η τικαγρελόρη έχει συσχετιστεί με αύξηση του αριθμού των προγονικών ενδοθηλιακών κυττάρων, κάτι που υποδηλώνει ευνοϊκές επιδράσεις και στην ενδοθηλιακή λειτουργία.

Το θεραπευτικό σχήμα τικαγρελόρης στα πλαίσια ΟΣΣ αφορά δόση φόρτισης 180mg ακολουθούμενη από δόση συντήρησης 90mg δύο φορές ημερησίως, με την τικαγρελόρη να προτιμάται έναντι της πρασουγρέλης και της κλοπιδογρέλης. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της τικαγρελόρης αποτέλεσαν αντικείμενο της γνωστής μελέτης PLATO, στην οποία φάνηκε ότι η DAPT με τικαγρελόρη και ασπιρίνη, έναντι του σχήματος κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης, συσχετίστηκε με 20% μείωση της ολικής θνησιμότητας, με ευνοϊκότερα αποτελέσματα στους ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (percutaneous coronary intervention, PCI). Η υπο-μελέτη PLATO PLATELET κατέδειξε ότι η τικαγρελόρη επιτυγχάνει ισχυρότερη αντιαιμοπεταλιακή δράση σε σχέση με την κλοπιδογρέλη, τόσο στις πρώτες ώρες της θεραπείας, αλλά και κατά το χρονικό διάστημα της θεραπείας συντήρησης, κάτι που συμβαδίζει με το φαρμακολογικό προφίλ που αναφέραμε και υπογραμμίζει τα φαρμακολογικά και κλινικά πλεονεκτήματα της τικαγρελόρης. Επιπρόσθετα, στη μελέτη PEGASUS-TIMI 54,

στην οποία 21162 εμφραγματίες τυχαιοποιήθηκαν σε τικαγρελόρη 90mg δύο φορές την ημέρα ή τικαγρελόρη 60mg δύο φορές την ημέρα ή σε εικονικό φάρμακο, μετά από παρακολούθηση κατά μέσο όρο 33 μηνών φάνηκε μειωμένη επίπτωση καρδιαγγειακού θανάτου, εμφράγματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου στην ομάδα της τικαγρελόρης των 90mg ($p=0,008$) και της τικαγρελόρης των 60mg ($p=0,004$) έναντι του εικονικού φαρμάκου, αλλά με ταυτόχρονη αύξηση των αιμορραγικών συμβαμάτων (2,6% με τα 90mg έναντι 2,3% με τα 60mg έναντι 1,06% με το εικονικό φάρμακο, $p<0,001$). Η ολική θνητότητα δεν διέφερε μεταξύ των τριών ομάδων.

Καγκρελόρη και Ελινγογρέλη

Η καγκρελόρη, ένας ενδοφλεβίως χορηγούμενος αναστρέψιμος αναστολέας του υποδοχέα ADP-P2Y₁₂, που δεν ανήκει στην οικογένεια των θιενοπυριδινών, δρα αναστέλλοντας την δράση των αιμοπεταλίων χωρίς να απαιτείται προηγούμενος ηπατική μετατροπή-ενεργοποίηση. Ο Οργανισμός Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (FDA) επέτρεψε την κυκλοφορία του φαρμάκου τον Ιούνιο του 2015, μετά τη διεξαγωγή και δημοσίευση των αποτελεσμάτων της μελέτης CHAMPION PHOENIX στην οποία η καγκρελόρη βρέθηκε να υπερέχει της κλοπιδογρέλης όσον αφορά την πρόγνωση για τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα στις 48 ώρες και στις 30 ημέρες μετά τις επεμβάσεις επαναιμιάωσης, χωρίς η ευεργετική αυτή δράση να συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική αύξηση των αιμορραγικών επιπλοκών.^{79,80} Ένα ακόμα πλεονέκτημα της καγκρελόρης είναι η ταχεία επαναφορά της αιμοπεταλιακής δράσης όταν αυτό απαιτείται^{81,82} σε σχέση με το εικονικό φάρμακο όπως φάνηκε μέσα από τη μελέτη BRIDGE⁸³.

Η εναλλαγή μεταξύ των διαφόρων αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων είναι κάτι σύννηθες στην κλινική πρακτική, κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης.⁸⁴ Πιο συγκεκριμένα, η πρόσδεση της καγκρελόρης στον υποδοχέα P2Y₁₂ παρεμποδίζει την πρόσδεση του ενεργού μεταβολίτη της κλοπιδογρέλης και της πρασουγρέλης κατά την εναλλαγή από την ενδοφλέβια αγωγή με καγκρελόρη σε από του στόματος χορήγηση αναστολέων P2Y₁₂. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται πρώτα η διακοπή της αγωγής με καγκρελόρη, ώστε να επέλθει άρση της αιμοπεταλιακής αναστο-

λής και μετά οφείλει να ακολουθήσει η αγωγή με το νέο φάρμακο.⁸⁵

Η ελινγογρέλη, μια επίσης μη θιενοπυριδίνη, αναστέλλει με αναστρέψιμο τρόπο τον υποδοχέα ADP-P2Y₁₂ και μπορεί να χορηγηθεί είτε ενδοφλεβίως είτε από του στόματος.⁸⁶ Παρά το γεγονός ότι αυτός ο παράγοντας φάνηκε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός στους ασθενείς εκείνους με αντίσταση στη δράση της κλοπιδογρέλης ή με αυξημένη αιμοπεταλιακή αντιδραστικότητα παρά την αγωγή με αντιαιμοπεταλιακά⁸⁶, εν τούτοις το φάρμακο αποσύρθηκε λόγω προβληματισμού σχετικά με αιμορραγίες σχετιζόμενες με το έμφραγμα του μυοκαρδίου.⁸⁷

Αναστολείς του υποδοχέα GP IIb/IIIa

Οι αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες που αναφέρθηκαν ως τώρα αναστέλλουν την αιμοπεταλιακή ενεργοποίηση μέσω της αναστολής της COX-1 και της ADP-εξαρτώμενης οδού, αφήνοντας ωστόσο, ανέπαφα άλλα βιοχημικά μονοπάτια. Όλοι οι παράγοντες που προσδένονται στους αιμοπεταλιακούς υποδοχείς ή εμπλέκονται σε άλλες βιοχημικές οδούς επάγουν τελικά τον σχηματισμό του συμπλέγματος γλυκοπρωτεϊνικών υποδοχέων, ώστε αυτοί να δράσουν ως υποδοχείς πρόσδεσης του ινωδογόνου. Η σύνδεση των κυκλοφορούντων μορίων ινωδογόνου με τους υποδοχείς GP IIb/IIIa των αιμοπεταλίων λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ των συγκολληνόμενων αιμοπεταλίων, οδηγώντας έτσι στον σχηματισμό του θρόμβου.⁸⁵ Η ανταγωνιστική αναστολή αυτής της ομάδας υποδοχέων παρεμποδίζει τη δημιουργία αυτών των γεφυρών, αποτρέποντας έτσι τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ACC/AHA, η χορήγηση ανταγωνιστών των GP IIb/IIIa υποδοχέων σε συνδυασμό με τη χορήγηση ασπιρίνης και μη κλάσματοποιημένης ηπαρίνης ενδείκνυται σε ασθενείς με ισχαιμία ή με άλλους παράγοντες υψηλού κινδύνου, καθώς και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε προγραμματισμένη PCI.⁸⁸

Η χορήγηση των αναστολέων GP IIb/IIIa οδήγησε σε βελτίωση της πρόληψης των μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ειδικά σε ασθενείς που υποβάλλονται σε PCI. Οι τρεις GP IIb/IIIa αναστολείς των οποίων η κυκλοφορία έχει εγκριθεί στις ΗΠΑ είναι η αμπικσιμάμη, η τιροφιμπάνη και η

επιτιφιμπάτιδη.^{89,90} Ο κάθε παράγοντας έχει τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά το κοινό όλων είναι η ταχεία έναρξη δράσης.⁹⁰ Η ενδοφλέβια χορήγηση των GP IIb/IIIa αναστολέων φαίνεται να αποτρέπει την εμφάνιση δευτερογενών θρομβωτικών επεισοδίων, ενώ η μακροχρόνια από του στόματος χορήγηση αντίστοιχων παραγόντων (όπως η ορμποφιμπάνη ή η ροξιφιμπάνη⁹¹) δεν φάνηκε να αυξάνει το όφελος για τους ασθενείς, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για ισχαιμικά συμβάντα και αυξημένη θνησιμότητα.⁹²

Η αμπικσιμάμη είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα το οποίο δεσμεύεται εκλεκτικά στον υποδοχέα GP IIb/IIIa. Στη μελέτη EPIC, η οποία ήταν η πρώτη που εξέτασε τη χρήση της αμπικσιμάμης σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα μετά από PCI⁹³, τα ευεργετικά αποτελέσματα στην αποτροπή της εμφάνισης μείζονων καρδιαγγειακών επιπλοκών συνοδεύτηκαν από μια ταυτόχρονη αύξηση των αιμορραγικών φαινομένων. Μετά τη διεξαγωγή της μελέτης EPILOG, η οποία επέτρεψε την καθιέρωση ενός δοσολογικού σχήματος που επιτύχανε αποτελεσματική αντιθρομβωτική δράση και ταυτόχρονα χαμηλά ποσοστά αιμορραγικών επιπλοκών⁹³, η αμπικσιμάμη έλαβε τελικά έγκριση κυκλοφορίας και κλινικής χρήσης.

Παρόλα αυτά, η χρήση της αμπικσιμάμης τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί, κυρίως λόγω της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και του καλύτερου προφίλ ασφαλείας της μπιβαλιρουδίνης και των αναστολέων του ADP-P2Y₁₂ υποδοχέα, καθώς και λόγω των σοβαρών επιπλοκών της στα οποία περιλαμβάνονται σοβαρές αιμορραγικές επιπλοκές (π.χ. ενδοκράνιες αιμορραγίες) και σοβαρού βαθμού θρομβοκυταροπενία.⁹⁴

Η επιτιφιμπάτιδη είναι ένα κυκλικό επταπεπτιδίο με ισχυρή ανασταλτική δράση στον υποδοχέα GP IIb/IIIa.⁹³ Στη μελέτη PURSUIT, φάνηκε ότι η χορήγηση επιτιφιμπάτιδης σε ασθενείς με ΟΣΣ συσχετίστηκε με μείωση της θνητότητας από μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα, ενώ οι αιμορραγικές επιπλοκές, παρά το γεγονός ότι εμφανίζονταν με αυξημένη συχνότητα, σχετίστηκαν τελικά με τεχνικά/διαδικαστικά θέματα της αγγειοπλαστικής.⁹⁵ Άλλες μελέτες που διεξήχθησαν και εξέτασαν την ασφάλεια της επιτιφιμπάτιδης ανάλογα με τη διαδικασία επαναιμιάωσης ήταν η ESPRIT, ►

■ ενώ στην PRIDE εξετάστηκε η ιδανική δοσολογία του φαρμάκου.^{96,97} Ανάμεσα στους ανταγωνιστές GP IIb/IIIa που χρησιμοποιούνται, η επιτιμπατρίνη είναι η πλέον διαδεδομένη, παρά το γεγονός ότι σχετίζεται με σοβαρές επιπλοκές διαμεσοθλαστικές από τα αντισώματα, όπως οξεία και σοβαρού βαθμού θρομβοκυτταροπενία.⁹⁸

Η τιροφιμπάνη, ένας χαμηλού μοριακού βάρους GP IIb/IIIa ανταγωνιστής, που αναστέλλει αναστρέψιμα και με σχετικά χαμηλού βαθμού εκλεκτικότητα τον συγκεκριμένο υποδοχέα, με χρόνο ημιζωής μεταξύ 1,5-2,5 ωρών.⁹³ Στη μελέτη RESTORE, η χρήση της τιροφιμπάνης οδήγησε σε 16% μείωση της μεσοπρόθεσμης θνητότητας στις 30 ημέρες μετά την επέμβαση, με ταυτόχρονη εκδήλωση αυξημένου αριθμού αιμορραγικών επιπλοκών και θρομβοκυτταροπενίας, σε σχέση με το εικονικό φάρμακο.⁹⁹ Συγκρινόμενη με την αμπικιζιμάμη, η τιροφιμπάνη φαίνεται να υπολείπεται στην ικανότητα αποτροπής εμφάνισης μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων¹⁰⁰ κάτι που φαίνεται να αντιστρέφεται με την αύξηση της δοσολογίας της¹⁰¹. Λόγω των αμφιλεγόμενων αποτελεσμάτων σε διάφορες μελέτες (π.χ μελέτη FATA)¹⁰² που εξέτασαν την αποτελεσματική δοσολογία της τιροφιμπάνης, το φάρμακο αρχικά αποσύρθηκε και κυκλοφόρησε εκ νέου με τη σύσταση να χορηγείται σε υψηλή εφάπαξ δοσολογία, με την οποία επιτυγχάνονται αντίστοιχα αποτελέσματα με αυτά των άλλων GP IIb/IIIa ανταγωνιστών.⁹⁰

Οι ισχυρούς κατευθυντήριες οδηγίες της ESC προτείνουν την αγωγή με GP IIb/IIIa ανταγωνιστές στα πλαίσια ΟΣΣ μόνο στις περιπτώσεις με χαμηλό αιμορραγικό κίνδυνο και εμφάνιση θρομβωτικών επιπλοκών στη μη αποκατάσταση της μυοκαρδιακής αιμάτωσης, ενώ έχει αποκατασταθεί η επικαρδιακή ροή στο στεφανιαίο αγγείο (φαινόμενο no reflow) και ως θεραπεία διάσωσης, αλλά όχι σαν τακτική ρουτίνας.⁹⁴

Ανταγωνιστές των PAR-1 και -4

Οι υποδοχείς που ενεργοποιούνται από τη δράση πρωτεάσης (PAR) είναι G-πρωτεΐνες στις οποίες η διάσπαση συγκεκριμένων αμινοξέων οδηγεί στην έναρξη της διαμεμβρανικής μεταφοράς του σήματος προς το εσωτερικό του κυττάρου. Στην περίπτωση των αιμοπεταλίων, η θρομβίνη, όπως έχει αναφερθεί ανωτέρω, συμμετέχει στην ενεργοποίησή τους και μέσω

του βιοχημικού μονοπατιού που περιλαμβάνει την πρόσδεσή της επί των υποδοχέων PAR-1 και PAR-4.¹⁰³ Σε αυτή την περίπτωση, η θρομβίνη διασπά σε ένα μη αντιστρεπτό βήμα το αμινοτελικό άκρο του υποδοχέα, οδηγώντας στην αποκάλυψη μιας νέας αμινοτελικής ομάδας που ενεργοποιεί τη G-πρωτεΐνη PAR-1 (συχνότερα) ή την PAR-4, εκκινώντας την διαμεμβρανική αλληλεπίδραση μεταγωγής του σήματος, με τελικό αποτέλεσμα την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων.¹⁰⁴ Ο τερματισμός αυτής της αλληλεπίδρασης συμβαίνει φυσιολογικά με την ενδοκυττάρωση του υποδοχέα και την ανακύκλωση του στη μεμβράνη, ελεύθερο από τον προσδέτη του.¹⁰⁵ Πρέπει να σημειωθεί πως σύμφωνα με μελέτες η επαγωγή αυτού του μονοπατιού από τη θρομβίνη συμβαίνει κυρίως μέσω του PAR-1 υποδοχέα στα ανθρώπινα αιμοπετάλια, αλλά όχι μέσω του PAR-4, εγείροντας το ερώτημα κατά πόσο θα μπορούσε να αποτελέσει πιθανό στόχο αντιθρομβωτικής θεραπείας.¹⁰⁶

Φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η βοραπαξάρη η οποία έλαβε έγκριση κυκλοφορίας από τον FDA το 2014 και χαρακτηρίζεται από υψηλή βιοδιαθεσιμότητα, μετά την από του στόματος χορήγηση και απορρόφηση από το γαστρεντερικό σύστημα.¹⁰⁷ Η βοραπαξάρη προσδένεται με αναστρέψιμο με τον PAR-1, αλλά την ίδια στιγμή ο μεγάλος χρόνος ημίσειας ζωής της πρακτικά επιτυγχάνει «μη αναστρέψιμη» αναστολή του υποδοχέα. Η βοραπαξάρη φάνηκε να μειώνει την επίπτωση μειζόνων καρδιαγγειακών επιπλοκών σε σχέση με την καθιερωμένη θεραπεία, με τίμημα ωστόσο, την αύξηση των αιμορραγικών συμβαμάτων, όπως καταδείχθηκε μέσα από δεδομένα της μελέτης TRA 2P-TIMI.¹⁰⁸ Ειδικά στην ομάδα εκείνη των ασθενών με ιστορικό ΑΕΕ, η βοραπαξάρη φάνηκε να σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης ενδοκράνιας αιμορραγίας.¹⁰⁹ Παρόλα αυτά, οι προαναφερόμενες μελέτες υπογράμμισαν και ανέδειξαν τη σημασία της αναστολής των βιοχημικών μονοπατιών της θρόμβωσης πέραν αυτών στις οποίες στοχεύει η κ्लाσική DAPT.

Συνεπώς, η βοραπαξάρη δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ, παροδικού ισχαιμικού ΑΕΕ και ενδοκράνιας αιμορραγίας, ενώ η χορήγησή της πρέπει να γίνεται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική δυσλειτουργία ή στις ε-

γκύους, λόγω της αυξημένης πιθανότητας αιμορραγίας, καθώς απουσιάζουν μελέτες στις υποομάδες αυτές των ασθενών.¹¹⁰

Όσον αφορά στην αναστολή του PAR-4, έχει εξεταστεί η αντιαιμοπεταλιακή δράση ενός νέου συνθετικού παράγοντα, του YD-3 [1-benzyl-3-(ethoxycarbonylphenyl)-indazole], ο οποίος μάλιστα φαίνεται να αποτελεί τον πρώτο μη πεπτιδικό ανταγωνιστή του PAR-4. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών, το YD-3 αναστέλλει τη συσσώρευση πηλυσμένων ανθρώπινων αιμοπεταλίων η οποία επάγεται μέσω του PAR-4 αφήνοντας παράλληλα ανεπηρέαστη την οδό του PAR-1. Τα αποτελέσματα αυτά, ωστόσο, είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την επιβεβαίωση της θεραπευτικής δράσης του παραπάνω παράγοντα.^{111,112}

Αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης 3

Η σιλοσταζόλη είναι φάρμακο που δρα αναστέλλοντας εκλεκτικά την ειδική για την κυκλική μονοφωσφορική αδενοσίνη (cAMP), φωσφοδιεστεράση 3 (PDE) -3.¹¹³ Η αναστολή της αιμοπεταλιακής ισομορφής PDE3 από παράγοντες όπως η σιλοσταζόλη και η μιθρινόνη, οδηγεί σε αύξηση των ενδοκυττάρων επιπέδων cAMP και κατά συνέπεια σε αύξηση μιας ομάδας κινασών οι οποίες με τη σειρά τους μηποκάρουν την συγκόλληση των αιμοπεταλίων, αποκτώντας έτσι ρόλο στη θεραπεία των ΟΣΣ. Εκτός από τις αντιαιμοπεταλιακές δράσεις της, η σιλοσταζόλη φαίνεται να επηρεάζει και την ενδοθηλιακή λειτουργία, επάγοντας τον σχηματισμό ενός ισχυρού αγγειοδιασταλτικού παράγοντα, του μονοξειδίου του αζώτου (NO)¹¹⁴, ή μειώνοντας την παραγωγή της αγγειοσυσπαστικής αγγειοτασίνης II¹¹⁵.

Οι ευεργετικές αντιαιμοπεταλιακές, αντιφλεγμονώδεις¹¹⁶ και αγγειοδιασταλτικές δράσεις της σιλοσταζόλης την κατέστησαν αντικείμενο της μελέτης ACCEL-LOADING-ACS¹¹⁷, στην οποία η χορήγηση σιλοσταζόλης σχετίστηκε με θετική επίδραση στη λειτουργία του μυοκαρδίου μετά από ισχαιμική βλάβη. Ευρήματα από πρόσφατες μελέτες όπως η HOST-AS-SURE έδειξαν ότι η συγχορήγηση σιλοσταζόλης επιπρόσθετα της καθιερωμένης DAPT δεν υπολείπεται της DAPT με διπλάσια δοσολογία κλοπιδογρέλης¹¹⁸, ενώ σε μια άλλη μελέτη η προσθήκη σιλοσταζόλης στην αγωγή με ασπιρίνη, μετά το πέ-

ρας της 12-μηνιαίας θεραπείας με DAPT φάνηκε να μειώνει τα καρδιαγγειακά συμβλήματα σε σχέση με τη μονοθεραπεία με ασπιρίνη¹¹⁹, χωρίς η δράση του φαρμάκου να σχετίζεται με σημαντική αύξηση των αιμορραγικών επιπλοκών¹²⁰. Οι παρατηρούμενες ευνοϊκές δράσεις της σιλοσταζόλης την καθιστούν έναν αρκετά υποσχόμενο αντιαιμοπεταλιακό παράγοντα, αλλά για την ακριβέστερη εκτίμηση της ασφάλειας και της κλινικής σημαντικότητάς της απαιτείται η διεξαγωγή περισσότερων τυχαιοποιημένων μελετών.

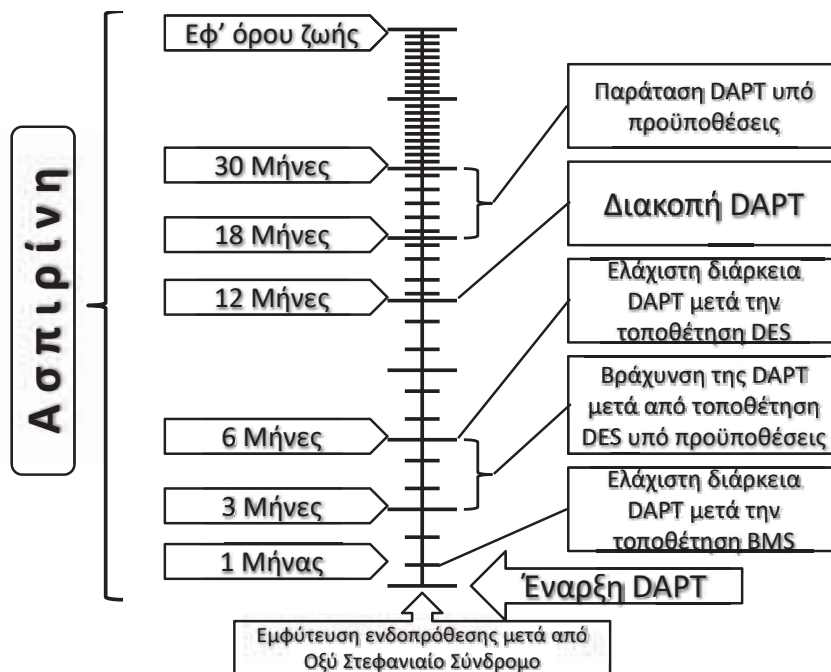
Εξελίξεις στην αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία

Το Σχήμα 2 συνοψίζει τα διάφορα βιοχημικά μονοπάτια και τους υποδοχείς που εμπλέκονται στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και τους φαρμακευτικούς παράγοντες που επιδρούν σε αυτά, υποδεικνύοντας νέους θεραπευτικούς στόχους στην προσπάθεια ανεύρεσης προηγμένων επιλογών στην αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία.

Κλινικές καταστάσεις και ειδική αντιαιμοπεταλιακή αγωγή Βέλτιστη αντιθρομβωτική αγωγή σε ασθενείς μετά από Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο

Τα μακροχρόνια αποτελέσματα της τοποθέτησης στεφανιαίας ενδοπρόθεσης υπονομεύονται από το διπλό πρόβλημα της επαναστένωσης εντός της ενδοπρόθεσης ή της θρόμβωσης αυτής. Οι μεταλλικές ενδοπρόθεσεις [bare metal stents (BMS)] και ειδικότερα οι επικαλυμμένες με φαρμακευτικούς παράγοντες ενδοπροσθέσεις [drug-eluting stents (DES)] απαιτούν την επί μακρόν χορήγηση DAPT, η οποία περιλαμβάνει την ασπιρίνη και ένα αναστολέα ADP-P2Y12 (συχνότερα της κλοπιδογρέλης). Το παραπάνω σχήμα αποτελεί την καθιερωμένη θεραπεία μετά από εμφύτευση ενδοπρόθεσης στα πλαίσια ΟΣΣ. Η διάρκεια και ο συνδυασμός φαρμάκων στην DAPT προσαρμόζεται στα ιδιαίτερα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς επιτυγχάνοντας μείωση του κινδύνου πρώιμης και όψιμης επαναθρόμβωσης της ενδοπρόθεσης, αλλά και των επιπλοκών του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.¹²¹⁻¹²⁵

Η διάρκεια της DAPT μετά την τοποθέτηση στεφανιαίας ενδοπρόθεσης στα πλαίσια ΟΣΣ αποτελεί μείζον αντικείμενο συζήτησης της ιατρικής κοινότητας. Η παράταση της



Σχήμα 2: Φαρμακευτική αναστολή αιμοπεταλιακών υποδοχέων. PAR-1 and -4: ενεργοποιούμενος από πρωτεάση υποδοχέας -1 and -4, ενεργοποιούμενος από τη θρομβίνη; TXA2: θρομβοξάνη A2; GP: γλυκοπρωτεΐνη; COX-1: κυκλοοξυγενάση-1; ADP: διφωσφορική αδενοσίνη; PDE3A: φωσφοδιεστεράση 3A; P2Y12: P2Y12 υποδοχέας; cAMP: κυκλική μονοφωσφορική αδενοσίνη; vWf: παράγοντας von Willebrand

χορήγησης της DAPT πέρα από το χρονική διάρκεια που προτείνεται από τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες φαίνεται ότι σχετίζεται με σταθερά αυξημένη πιθανότητα αιμορραγίας σε κάποιες μελέτες¹²⁶, ενώ σε άλλες όχι^{127,128}. Από την άλλη η πρόωγη διακοπή της DAPT σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα για θρόμβωση της ενδοπρόθεσης^{129,130}, με το φαινόμενο αυτό να σχετίζεται στενότερα και εντονότερα με την εμφύτευση DES (Σχήμα 2).

Ανάμεσα στο πλήθος των κλινικών μελετών που έχουν διεξαχθεί με αντικείμενο τη διάρκεια της DAPT μετά από τοποθέτηση ενδοπρόθεσης, ξεχωρίζουν η μελέτη DAPT (65% των ασθενών ελάμβαναν κλοπιδογρέλη, 35% πρασουγρέλη και ασπιρίνη) και η PEGASUS-TIMI-54 (οι ασθενείς ελάμβαναν τικαγρελίνη και ασπιρίνη) στις οποίες η καταγραφή μείζονων συμβαμάτων έδειξε ότι η επέκταση της DAPT αγωγής πέραν των 12 μηνών αποτρέπει τα φαινόμενα επαναστένωσης/θρόμβωσης με μικρή αύξηση ωστόσο, των αιμορραγικών επιπλοκών.^{131,132} Διάφορες μετα-ανάλυσεις έδειξαν ότι η χρονική επιμήκυνση της DAPT πέραν των 12 μηνών, σε ασθενείς με ΟΣΣ

σχετίζεται επίσης με πολύ μικρή αύξηση των αιμορραγικών συμβαμάτων και της ολικής θνησιμότητας σε σχέση με αυτούς που λαμβάνουν DAPT για διάστημα 6 μηνών, χωρίς να έχει καταδειχθεί στατιστικά σημαντική διαφορά όσο αφορά τα φαινόμενα θρόμβωσης της ενδοπρόθεσης ή τα καρδιαγγειακά συμβλήματα ανάμεσα σε αυτούς τους υποπληθυσμούς.¹³³⁻¹³⁸

Στη μελέτη TRITON-TIMI η οποία συμπεριέλαβε ασθενείς με ιστορικό STEMI ή NSTEMI-ACS που είχαν προγραμματιστεί για PCI, το θεραπευτικό σχήμα της DAPT που περιλάμβανε πρασουγρέλη και ασπιρίνη έναντι κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης, βρέθηκε να πλεονεκτεί όσο αφορά την αποτροπή εμφάνισης ισχαιμικών συμβαμάτων, μεταξύ των οποίων και η θρόμβωση της ενδοπρόθεσης, με ταυτόχρονη αύξηση όμως, του κινδύνου για αιμορραγία και ειδικά των θανατηφόρων περιπτώσεων. Είναι αξιοσημείωτο δε, ότι η θνησιμότητα δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο σκελών της μελέτης.⁶⁶ Από την άλλη, η τικαγρελίνη βρέθηκε να υπερέχει της κλοπιδογρέλης στην πρόληψη εμφάνισης ισχαιμικών εκδηλώσεων και

του καρδιαγγειακού θανάτου, σε ένα ευρύ πληθυσμό ασθενών που παρουσιάστηκαν με ΟΣΣ στη μελέτη PLATO.¹³⁹ Η τικαγρελόρη φάνηκε να προσφέρει ευεργετικές δράσεις μειώνοντας τη συχνότητα του καρδιαγγειακού θανάτου από OEM ή AEE, χωρίς να συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για σοβαρή αιμορραγία, αλλά από σχετικές με τη διαδικασία αιμορραγικές επιπλοκές.¹³⁹

Η παρατήρηση ότι παρά τη χορήγηση της συνιστώμενης DAPT, 15-30% των ασθενών συνεχίζουν να εκδηλώνουν στο μέλλον θρομβωτικές επιπλοκές λόγω της διατηρηθείσας υψηλής αντιδραστικότητας των αιμοπεταλίων^{140,141} έδωσε το έναυσμα να εξεταστούν σχήματα που περιλαμβάνουν και τρίτο αντιαιμοπεταλιακό παράγοντα. Για παράδειγμα, η χορήγηση σιλοσταζόλης μετά από πρωτογενή PCI σε ασθενείς με STEMI, η οποία έχει αντιαιμοπεταλιακή δράση 10-30 φορές ισχυρότερη της ασπιρίνης¹⁴², φάνηκε να μειώνει σημαντικά τόσο την καρδιαγγειακή όσο και την ολική θνησιμότητα, καθώς και τον αριθμό των καρδιαγγειακών συμβαμάτων στους 8 μήνες¹⁴³. Η δράση της έχει επίσης το πλεονέκτημα ότι έχει παρόμοιο προφίλ ασφαλείας με την ασπιρίνη και έτσι η τριπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (TAPT) με σιλοσταζόλη δεν φάνηκε να επιδεινώνει την πιθανότητα για αιμορραγία σε σχέση με την DAPT. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξε ότι η TAPT σχετίζεται με μειωμένη αιμοπεταλιακή αντιδραστικότητα και κατ'επέκταση με μικρότερο κίνδυνο για επαναστένωση/θρόμβωση της ενδοπρόθεσης.¹⁴⁴ Με δεδομένο πάντως ότι τα 2^{ns} γενεάς DES χαρακτηρίζονται από λιγότερες επιπλοκές, το κλινικό όφελος σε ασθενείς με ΟΣΣ που λαμβάνουν θεραπεία με DES από την ευρεία διάδοση της TAPT παραμένει ερώτημα προς διερεύνηση και για αυτό η χορήγηση TAPT δεν πρέπει να είναι υποχρεωτική σε αυτό τον υποπληθυσμό των ασθενών, όπως πρότειναν οι Kim JY και συν.¹⁴⁵ Περισσότερες τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες απαιτούνται για να στοιχειοθετηθεί η ασφάλεια και το κλινικό όφελος από την ευρεία χρήση της TAPT.

Ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και ΟΣΣ: Ποια είναι η κατάλληλη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή;

Η αντιπηκτική αγωγή είναι βασικό συστατικό της θεραπείας των ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή (ΚΜ) μετρίου προς υψηλό

κινδύνου. Περιλαμβάνει τους νεότερους από τους στόματος αντιπηκτικούς παράγοντες (NOAC) και τους ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ (VKA).¹⁴⁶⁻¹⁴⁹

Η πρωτογενής PCI σε ασθενείς που λαμβάνουν ήδη αντιπηκτική αγωγή πρέπει να διενεργείται μέσω κερκιδικής προσπέλασης και να χορηγείται πάντα παρεντερική αντιπηκτική θεραπεία. Δεδομένης της μικρής διάρκειας δράσης της (25 λεπτά), η μπιβαλιρουδίνη υπερτερεί της μη κλινματοποιημένης ηπαρίνης ή της ενοξαπαρίνης και η παρεντερική χορήγηση πρέπει να διακόπτεται αμέσως μετά την επέμβαση, ειδικά σε όσους ελάμβαναν προηγούμενως νταμπικατράνη. Η ενοξαπαρίνη πρέπει να προτιμάται σε ασθενείς που έχουν λάβει αναστολείς του παράγοντα Χα όπως ριβαροξαμπάνη ή απιξαμπάνη, προς αποφυγή του φαινομένου της διασταυρούμενης αντίδρασης. Η χορήγηση ανταγωνιστών GP IIb/IIIa πρέπει να αποφεύγεται αυστηρά.³³

Όσο αφορά την καθιερωμένη κλινική πρακτική γύρω από την εκλεκτική PCI, οι ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες της ESC συστήνουν την τοποθέτηση DES σε ασθενείς με μειωμένο κίνδυνο για αιμορραγία (HAS-BLED score ≤ 2), ενώ σε περίπτωση υψηλού κινδύνου για αιμορραγικές επιπλοκές (HAS-BLED score ≥ 3), η επιλογή μεταξύ DES και BMS πρέπει να γίνεται μετά από εξατομίκευση στα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς.³³

Η προτεινόμενη τριπλή αντιθρομβωτική αγωγή μετά την PCI, αφορά στη χορήγηση ενός από του στόματος αντιπηκτικού (OAC), επιπρόσθετα του συνδυασμού ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης, για τουλάχιστον 6 μήνες μετά την επέμβαση σε ασθενείς με ΚΜ και ΟΣΣ με χαμηλό αιμορραγικό κίνδυνο (HAS-BLED score ≤ 2), η οποία πρέπει να ακολουθείται από χορήγηση OAC και κλοπιδογρέλης ή ασπιρίνης έως και 12 μήνες, ανεξάρτητα από το είδος της ενδοπρόθεσης.³³

Η χρονική διάρκεια υποχρεωτικής χορήγησης της κλοπιδογρέλης επιπρόσθετα του συνδυασμού ασπιρίνης και OAC μειώνεται στην περίπτωση PCI σε ασθενείς με ΟΣΣ και υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο (HAS-BLED score ≥ 3) σε τουλάχιστον 4 εβδομάδες, την οποία ακολουθεί η χορήγηση OAC και κλοπιδογρέλης ή ασπιρίνης, ανεξάρτητα από το είδος της ενδοπρόθεσης ή της κλινικής κατάστασης (ΟΣΣ ή σταθερή στεφανιαία νόσος).³³

Όσο αφορά στους ασθενείς με χαμηλό

αιμορραγικό κίνδυνο (HAS-BLED score ≤ 2) με ΟΣΣ που υποβάλλονται σε PCI και λαμβάνουν τον συνδυασμό ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης, η χορήγηση ριβαροξαμπάνης μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική επιλογή. Σημειώνεται ότι η χορήγηση πρασουγρέλης ή τικαγρελόρης στη θέση της κλοπιδογρέλης δεν ενδείκνυται λόγω απουσίας κλινικών ερευνητικών δεδομένων.³³

Η εύρεση του ιδανικού συνδυασμού φαρμακευτικών παραγόντων στους ασθενείς με ΚΜ και ΟΣΣ μετά την PCI αποτελεί μεγάλη πρόκληση για την ιατρική κοινότητα. Σύμφωνα με τη μέχρι τώρα εμπειρία και τα δεδομένα από τις κλινικές μελέτες, η βαρφαρίνη φαίνεται να υπερτερεί στη μείωση των θρομβοεμβολικών επεισοδίων έναντι του συνδυασμού ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης¹⁵⁰, ενώ η TAPT, εκτός από το ότι συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία, δεν φάνηκε να υπερέχει της αγωγής με βαρφαρίνη και ασπιρίνη σε μετεμφραγματικούς ασθενείς^{151,152} ή της αγωγής με βαρφαρίνη και κλοπιδογρέλη¹⁵³.

Οι ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν τη συγχορήγηση DAPT και από του στόματος χορηγούμενου αντιπηκτικού παράγοντα, αλλά υπάρχουν αρκετά πρόσφατα δεδομένα που δοκιμάζουν τη θεώρηση αυτή προτείνοντας τη χορήγηση VKA και μόνο κλοπιδογρέλης (χωρίς συγχορήγηση ασπιρίνης).¹⁶⁸ Οι Lamberts M και συν. προτείνουν τον συγκεκριμένο συνδυασμό ως εναλλακτική επιλογή που διασφαλίζει ένα ισοδύναμο και ασφαλέστερο κλινικό αποτέλεσμα.¹⁵⁴ Η ισχύουσα πρακτική της DAPT (ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης) μαζί με αντιπηκτικό από του στόματος (συνήθως βαρφαρίνης) φαίνεται να μειώνει ελαφρά τον κίνδυνο για AEE με κόστος την μικρή αύξηση της πιθανότητας για αιμορραγικές επιπλοκές.¹⁵⁵⁻¹⁵⁸ Εν τούτοις, μια μεγάλη μετά-ανάλυση 18 μελετών, κατέδειξε ότι η DAPT είναι πολύ σημαντική στην αποτροπή θρόμβωσης της ενδοπρόθεσης σε ασθενείς μετά από PCI και δεν πρέπει να παραλείπεται.¹⁵⁹

Η μεγάλη ετερογένεια ανάμεσα στις μελέτες που εξετάζουν τα οφέλη από την τριπλή από του στόματος αντιθρομβωτική αγωγή (OAC συν ασπιρίνη συν κλοπιδογρέλη) έναντι της DAPT δεν επιτρέπει την υιοθέτηση ασφαλών συμπερασμάτων. Για παράδειγμα, δεδομένα μιας μετα-ανάλυσης μελετών με σχετικά μικρό πληθυσμό υποστήριξε ότι η τριπλή από του στόματος αντιθρομβωτική αγωγή μείωσε το συνολικό

κό αριθμό των μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων και την ολική θνησιμότητα με υψηλότερη συχνότητα αιμορραγιών¹⁶⁰, ενώ αντίθετα μια μετα-ανάλυση 23 μελετών απέτυχε να αναδείξει στατιστικά σημαντική διαφορά στα θέματα συνολικής θνησιμότητας και στον κίνδυνο εμφάνισης μειζόνων καρδιαγγειακών επιπλοκών ή ΑΕΕ μεταξύ της τριπλής αντιθρομβωτικής αγωγής και της DAPT, ενώ η τριπλή αντιθρομβωτική αγωγή συνδυάστηκε με αυξημένη συχνότητα αιμορραγιών¹⁶¹.

Τέλος, η μελέτη PIONEER AF-PCI είναι η πρώτη τυχαioποιημένη μελέτη σύγκρισης των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ με τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά σε ασθενείς με μη βαλβιδικής αιτιολογίας κοιλιακή μαρμαρυγή οι οποίοι λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μετά από αγγειοπλαστική με στόχο να εκτιμηθεί ο σχετικός κίνδυνος αιμορραγικών επιπλοκών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η χορήγηση είτε χαμηλής δόσης ριβαροξαμπάνης με κλοπιδογρέλη (15mg και 75mg αντίστοιχα ημερησίως) για 12 μήνες είτε πολύ χαμηλής δόσης ριβαροξαμπάνης (2,5mg δυο φορές την ημέρα) συν διπλή DAPT για 1,6 ή 12 μήνες σχετίστηκε με χαμηλότερα ποσοστά κλινικά σημαντικής αιμορραγίας σε σύγκριση με τη θεραπεία με ανταγωνιστή της βιταμίνης Κ συν DAPT για 1,6 ή 12 μήνες.^{162,163}

Ασθενείς προχωρημένης ηλικίας και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή

Ο ακριβής προσδιορισμός της κατηγορίας των ασθενών σε προχωρημένη ηλικία διαφέρει μεταξύ των μελετών, αλλά γενικά προχωρημένης ή μεγάλης ηλικίας ασθενείς θεωρούνται όσοι είναι >75 ετών οι οποίοι ταξινομούνται μάλιστα ως υψηλού κινδύνου.¹⁶⁴ Είναι δεδομένο ότι η ηλικία αποτελεί κλασικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα.¹⁶⁵ Η προχωρημένη ηλικία συνδέεται ιδιαίτερα με διαταραχή της αιμόστασης με προθρομβωτική τάση, λόγω αυξημένης ενεργότητας των ενζύμων που εμπλέκονται στη διαδικασία της πήξης (πχ το ινωδογόνο, ο vWF), ενώ ταυτόχρονα μπορεί να συνδυάζεται με μειωμένη ικανότητα ινωδολύσεως και εξασθένιση της αιμοπεταλιακής δραστηριότητας.^{166,167}

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από διακριτές διαφορές όσο αφορά στην απάντηση στη χορήγηση φαρμακευτικών παραγόντων, και διαφορετικές

φαρμακοδυναμικές και φαρμακοκινητικές απαντήσεις από το αναμενόμενο. Η πολυφαρμακία που χαρακτηρίζει αυτό τον υποπληθυσμό οδηγεί σε αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων και οι συννοσηρότητες οδηγούν σε αδυναμία προσέγγισης του κινδύνου για αιμορραγικές ή θρομβωτικές επιπλοκές.^{166,167}

Οι συστάσεις που ισχύουν γενικά όσο αφορά την DAPT και οι περιορισμοί και οι ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με την κλινική κατάσταση και το είδος της ενδοπρόθεσης ισχύουν σε γενικές γραμμές και για αυτή την υπο-ομάδα.³³ Ταυτόχρονα δεν μπορεί να αγνοηθεί, ότι εκ των πραγμάτων η ομάδα αυτή ισορροπεί επικίνδυνα ανάμεσα στον υψηλό κίνδυνο για θρόμβωση και για αιμορραγία, ενώ οι συνυπάρχουσες συννοσηρότητες τους κάνουν πιο ευπρόσβλητους στις επιπλοκές της DAPT και για αυτό αποτελούν την ομάδα που αναγκάζεται να διακόψει συχνότερα πιο πρώιμα, την αγωγή.¹⁶⁸

Σύμφωνα με δεδομένα της μελέτης TRITON-TIMI 38, η χορήγηση πρασουγρέλης σχετίστηκε με 16% μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς υψηλού ρίσκου, με ταυτόχρονη αύξηση των αιμορραγικών επεισοδίων έως και 32% σε αυτή την κατηγορία, καθιερώνοντας την ηλικία >75 ετών ως αντένδειξη για τη χορήγηση της.⁶⁶ Αντίθετα, στη μελέτη TRILOGY ACS, η μειωμένη δόση πρασουγρέλης 5mg/ημερησίως δεν φάνηκε να μειονεκτεί σε σχέση με την κλοπιδογρέλη όσο αφορά την αποτελεσματικότητα ή τις ισχαιμικές ή αιμορραγικές επιπλοκές.¹⁶⁹ Σε μια άλλη μελέτη με μικρό αριθμό όμως συμμετεχόντων, σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας με ΟΣΣ οι οποίοι εμφάνισαν αντίσταση στη δράση της κλοπιδογρέλης, η χορήγηση πρασουγρέλης σε μειωμένη δόση 5 mg/ημερησίως οδήγησε σε μείωση της παρατηρούμενης αιμοπεταλιακής αντιδραστικότητας, ακόμα και όταν η δόση της κλοπιδογρέλης διπλασιάστηκε.¹⁷⁰

Αξιοσημείωτο είναι ότι δεδομένα από τη μελέτη PLATO¹⁷⁴ ανέδειξαν την τικαγρελόρη ως ιδανική εναλλακτική επιλογή σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας οι οποίοι θα υποβληθούν σε πρώιμη PCI. Η αγωγή με τικαγρελόρη συσχετίστηκε με μείωση του απόλυτου κινδύνου των ισχαιμικών καταληκτικών σημείων, στους μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς (>65 ετών) έναντι των νεότερων (2,8% έναντι 1,3% αντίστοιχα). Αντίστοιχα, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μεί-

ωση του σύνθετου καταληκτικού σημείου (καρδιαγγειακός θάνατος, OEM, αγγειακό επεισόδιο) σε σχέση με την κλοπιδογρέλη (9% έναντι 10,7% αντίστοιχα) χωρίς να παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσο αφορά τη συχνότητα αιμορραγικών επεισοδίων ή σοβαρών/θανατηφόρων αιμορραγιών.¹⁷¹

Η περιεπεμβατική χορήγηση GP IIb/IIIa δεν τροποποιείται στην περίπτωση των ασθενών με μεγάλη ηλικία, παρά το ότι σημειώνεται αυξημένος αιμορραγικός κίνδυνος¹⁷², ενώ δεδομένα από μια μελέτη δείχνουν ότι η χορήγηση αμπασιμάμπης ως πρακτική ρουτίνας σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας δεν φαίνεται να έχει την ίδια καλή αποτελεσματικότητα που παρατηρείται στους νεότερους¹⁷³. Κατά αντιστοιχία, η χορήγηση αμπασιμάμπης σε αυτή την ομάδα ασθενών ως επικουρική θεραπεία στα πλαίσια NSTEMI-ACS¹⁷⁴ φάνηκε να είναι λιγότερο ευεργετική, ενώ η αγωγή με επιπιματίδη συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία σε άτομα >80 ετών¹⁷⁵. Επιπρόσθετα, μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας >70 ετών ίσως να μην ωφελούνται από τη χορήγηση GP IIb/IIIa ανταγωνιστών, αλλά αντίθετα να κινδυνεύουν με 62% αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγίες.¹⁷⁶

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται να εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για αιμορραγικές επιπλοκές και να είναι πιο επιρρεπείς στην αναποτελεσματική αναστολή των αιμοπεταλίων. Είναι σημαντικό, ειδικά για αυτή την κατηγορία, να γίνεται προσεκτικός υπολογισμός των φαρμακολογικών παραγόντων που θα συνιστούν τη θεραπεία περι- και μετα-επεμβατικά, λαμβάνοντας υπόψη τις συννοσηρότητες και το κλινικό προφίλ των ασθενών, μη αγνοώντας την εκτίμηση της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας, το εκτιμώμενο προσδόκιμο ζωής, τις επιθυμίες του ασθενούς, την ποιότητα ζωής και την εκτίμηση του κινδύνου και της ωφέλειας που προκύπτει από τις επεμβάσεις επαναιμάτωσης και τη μετέπειτα αγωγή.

Διαμόρφωση της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής κατά την προεγχειρητική περίοδο

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η DAPT αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας των ΟΣΣ κυρίως κατά την περίοδο της επανενδοθηλιοποίησης μετά την αγγειοπλαστική. ➡

► Για τους ασθενείς, ωστόσο, που υφίστανται κάποια χειρουργική επέμβαση την περίοδο αυτή, οι συνέπειες της θρόμβωσης του stent είναι πολύ πιο καταστροφικές σε σύγκριση με την επιπλοκή της αιμορραγίας, με εξαίρεση βέβαια τις περιπτώσεις ενδοκράνιων επεμβάσεων. Οι συστάσεις για την περιεχειρνητική χορήγηση DAPT έχουν αλλάξει χάρη στην αυξημένη αποτελεσματικότητα που επιδεικνύουν τα νεότερης γενιάς DES, με το αναγκαίο διάστημα από την εμφύτευση του stent μέχρι το χειρουργείο να μειώνεται από ένα 1 έτος σε 6 μήνες ή ακόμα και σε 3 μήνες, για επεμβάσεις που δεν μπορούν να αναβληθούν περαιτέρω. Έτσι σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, το χειρουργείο θα πρέπει να αναβληθεί για 14 μέρες μετά από αγγειοπλαστική με μπαλόνι, για 30 μέρες μετά από την τοποθέτηση BMS και τουλάχιστον 3 μήνες (κατά προτίμηση 6) μετά την τοποθέτηση DES. Μετά το διάστημα αυτό συστήνεται η διακοπή του αναστολέα του P2Y₁₂ (κλιδογρέλη 5-7 μέρες, πρασουγρέλη 7-10 μέρες και τικαγρελόρη 3-5 μέρες) με στόχο την επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας των αιμοπεταλίων, ενώ η χορήγηση της ασπιρίνης διακόπτεται για 3-4 μέρες μόνο σε περιπτώσεις ενδοκράνιων επεμβάσεων. Η διάρκεια διακοπής του αναστολέα P2Y₁₂ μπορεί επίσης να καθοδηγηθεί από δοκιμασίες λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην αποφυγή περιττών καθυστερήσεων του χειρουργείου επιβεβαιώνοντας την επαναφορά της λειτουργικότητάς τους στο φυσιολογικό ανεξάρτητα από την ημερομηνία διακοπής του φαρμάκου. Σε περιπτώσεις υπερεπειγόντων χειρουργικών επεμβάσεων οι οποίες δεν μπορούν να αναβληθούν πέρα των προαναφερθέντων ασφαλών ορίων μετά την αγγειοπλαστική, πρέπει να επιχειρείται η διενέργειά τους υπό DAPT, καθώς οι κλινικές επιπλοκές θρόμβωσης του stent είναι θανατηφόρες σε σύγκριση με την πιθανή διεχειρνητική αιμορραγία. Όσον αφορά τις ενδοκράνιες ή άλλες επιβεβαιωμένες επεμβάσεις στις οποίες η αυξημένη αιμορραγική διάθεση μπορεί να αποβεί θανατηφόρα, διακοπή της DAPT (με συνέχιση ή ελάχιστη διακοπή και της ασπιρίνης για 3-4 μέρες) με πιθανή θεραπεία-γέφυρα μέχρι το χειρουργείο με καγκρελόρη ή αναστολείς GP IIb/IIIa μπορεί να ληφθεί υπόψη. Ανεξάρτητα από το χρόνο που παρήλθε από την αγγειοπλαστική μέχρι το χειρουργείο,

η DAPT πρέπει να επαναχρησιμοποιείται το συντομότερο δυνατό για το αρχικά σχεδιασμένο χρονικό διάστημα.¹⁷⁷

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μετά από ΟΣΣ και Χειρουργική Επέμβαση Στεφανιαίας Παράκαμψης

Στους ασθενείς που υπέστησαν ΟΣΣ και υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης (Coronary Artery Bypass Graft Surgery – CABG) πρέπει να χορηγείται DAPT όπως και στους ασθενείς μετά από πρωτογενή αγγειοπλαστική. Σύμφωνα με 2 μετα-αναστολές και μία συστηματική ανασκόπηση η DAPT σχετίστηκε με μειωμένα ποσοστά απόφραξης των φλεβικών μοσχευμάτων ένα χρόνο μετά το CABG και μείωση της θνητότητας εντός των πρώτων 30 ημερών, σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία με ασπιρίνη.¹⁷⁷⁻¹⁸⁰

Συμπεράσματα

Οι μηχανισμοί ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων και θρόμβωσης αποτελούν τον βασικό παθογενετικό μηχανισμό που προηγείται των ΟΣΣ. Μία σειρά από κλασικούς και νεότερους αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες μπορούν να επιτύχουν ικανοποιητική αναστολή των κυτταρικών και βιοχημικών οδών που εμπλέκονται στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων, ιδιαίτερα όταν χορηγούνται σε συνδυασμούς, επιτυγχάνοντας μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Καθώς η διαχωριστική γραμμή μεταξύ αναστολής της πήξης και αιμορραγίας αποτελεί μια λειψή ισορροπία, η απόφαση για τη χορήγηση και το συνδυασμό των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων πρέπει να βασίζεται στα δεδομένα των μεγάλων κλινικών μελετών που έχουν ελέγξει και αποσαφηνίσει την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των χορηγούμενων αντιαιμοπεταλιακών σχημάτων.

Βιβλιογραφία

1. Widimsky P, Zelizko M, Jansky P, Tousek F, Holm F, Aschermann M, et al. The incidence, treatment strategies and outcomes of acute coronary syndromes in the «reperfusion network» of different hospital types in the Czech Republic: results of the Czech evaluation of acute coronary syndromes in hospitalized patients (CZEC) registry. *Int J Cardiol*. 2007;119(2):212-9.
2. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(1):188-97.
3. Mandelzweig L, Battler A, Boyko V, Bueno H, Danchin N, Filippatos G, et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004. *European heart journal*. 2006;27(19):2285-93.
4. Varnava AM, Mills PG, Davies MJ. Relationship between coronary artery remodeling and plaque vulnerability. *Circulation*. 2002;105(8):939-43.

5. Arbustini E, Dal Bello B, Morbini P, Burke AP, Bocciarelli M, Specchia G, et al. Plaque erosion is a major substrate for coronary thrombosis in acute myocardial infarction. *Heart*. 1999;82(3):269-72.
6. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*. 2011;32(23):2999-3054.
7. Libby P. Inflammation in atherosclerosis. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2012;32(9):2045-51.
8. Mastenbroek TG, van Geffen JP, Heemskerk JW, Cosmans JM. Acute and persistent platelet and coagulant activities in atherothrombosis. *Journal of thrombosis and haemostasis*. 2015;13 Suppl 1:S272-80.
9. Tousoulis D, Oikonomou E, Economou EK, Crea F, Kaski JC. Inflammatory cytokines in atherosclerosis: current therapeutic approaches. *European heart journal*. 2016;37(2):1723-32.
10. Siasos G, Zografos T, Oikonomou E, Papavassiliou AG, Stefanadis C, Tousoulis D. Flow-mediated dilation: is it just a research tool or a useful biomarker for cardiovascular prognosis. *International journal of cardiology*. 2015;180:154-7.
11. Kaushansky K. The molecular mechanisms that control thrombopoiesis. *The Journal of clinical investigation*. 2005;115(12):3339-47.
12. Otsuka F, Finn AV, Yazdani SK, Nakano M, Kolodgie FD, Virmani R. The importance of the endothelium in atherothrombosis and coronary stenting. *Nature reviews Cardiology*. 2012;9(8):439-53.
13. Furie B, Furie BC. Mechanisms of thrombus formation. *The New England journal of medicine*. 2008;359(9):938-49.
14. Sorrentino S, Studt JD, Medalia O, Tanuj Sapra K. Roll, adhere, spread and contract: structural mechanics of platelet function. *European journal of cell biology*. 2015;94(3-4):129-38.
15. Penz S, Reininger AJ, Brandl R, Goyal P, Rabie T, Bernlochner I, et al. Human atheromatous plaques stimulate thrombus formation by activating platelet glycoprotein VI. *FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*. 2005;19(8):898-909.
16. Stein B, Fuster V, Israel DH, Cohen M, Badimon L, Badimon JJ, et al. Platelet inhibitor agents in cardiovascular disease: an update. *Journal of the American College of Cardiology*. 1989;14(4):813-36.
17. Dubois C, Steiner B, Kieffer N, Reigner SC. Thrombin binding to GPIIb/IIIa induces platelet aggregation and fibrin clot retraction supported by resting alphaIIb beta3 interaction with polymerized fibrin. *Thrombosis and haemostasis*. 2003;89(5):853-65.
18. Giri S, Jennings LK. The spectrum of thrombin in acute coronary syndromes. *Thrombosis research*. 2015;135(5):782-7.
19. Saha D, S S, Sergeeva EG, Ionova ZI, Gorbach AV. Tissue factor and atherothrombosis. *Current pharmaceutical design*. 2015;21(9):1152-7.
20. Schror K, Bretschneider E, Fischer K, Fischer JW, Pape R, Rauch BH, et al. Thrombin receptors in vascular smooth muscle cells - function and regulation by vasodilatory prostaglandins. *Thrombosis and haemostasis*. 2010;103(5):884-90.
21. De Caterina R, Goto S. Targeting thrombin long-term after an acute coronary syndrome: Opportunities and challenges. *Vascular pharmacology*. 2016;81:1-14.
22. Jayakumar T, Yang CH, Geraldine P, Yen TL, Sheu JR. The pharmacodynamics of antiplatelet compounds in thrombosis treatment. Expert opinion on drug metabolism & toxicology. 2016.
23. Chandrasekharan NV, Dai H, Roos KL, Evanson NK, Tomsik J, Elton TS, et al. COX-3, a cyclooxygenase-1 variant inhibited by acetaminophen and other analgesic/antipyretic drugs: cloning, structure, and expression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2002;99(21):13926-31.
24. Pergolizzi JV, Jr, Raffa RB, Nalamachu S, Taylor R, Jr. Evolution to low-dose NSAID therapy. *Pain management*. 2016;6(2):175-89.
25. Alvarez-Soria MA, Largo R, Santillana J, Sanchez-Pernaute O, Calvo E, Hernandez M, et al. Long term NSAID treatment inhibits COX-2 synthesis in the knee synovial membrane of patients with osteoarthritis: differential proinflammatory cytokine profile between celecoxib and aceclofenac. *Annals of the rheumatic diseases*. 2006;65(8):998-1005.
26. Salinas G, Rangasetty UC, Uretsky BF, Birnbaum Y. The cyclooxygenase 2 (COX-2) story: it's time to explain, not inflame. *Journal of cardiovascular pharmacology and therapeutics*. 2007;12(2):98-111.

27. Roth GJ, Majerus PW. The mechanism of the effect of aspirin on human platelets. 1. Acetylation of a particulate fraction protein. The Journal of clinical investigation. 1975;56(3):624-32.
28. Lucido MJ, Orlando BJ, Vecchio AJ, Malkowski MG. Crystal Structure of Aspirin-Acetylated Human Cyclooxygenase-2: Insight into the Formation of Products with Reversed Stereochemistry. Biochemistry. 2016;55(8):1226-38.
29. Santilli F, Rocca B, De Cristofaro R, Lattanzio S, Pietrangelo L, Habib A, et al. Platelet cyclooxygenase inhibition by low-dose aspirin is not reflected consistently by platelet function assays: implications for aspirin "resistance". Journal of the American College of Cardiology. 2009;53(8):667-77.
30. Antithrombotic Trialists C. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ. 2002;324(7329):71-86.
31. Sutcliffe P, Connock M, Gurung T, Freeman K, Johnson S, Kandala NB, et al. Aspirin for prophylactic use in the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: a systematic review and overview of reviews. Health technology assessment. 2013;17(43):1-253.
32. Serebruany VL, Pershukov IV. [The differences between the guidelines of the European Society of Cardiology and the American College of Cardiology/ American Heart Association for oral P2Y12 inhibitor therapy in the management of patients with acute coronary syndromes]. Kardiologia. 2013;53(7):70-7.
33. Authors/Task Force m, Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, 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 heart journal. 2014;35(37):2541-619.
34. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European heart journal. 2016;37(3):267-315.
35. Task Force on the management of ST-segment Elevation, 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.
36. Ng FH, Wong SY, Lam KF, Chang CM, Lau YK, Chu WM, et al. Gastrointestinal bleeding in patients receiving a combination of aspirin, clopidogrel, and enoxaparin in acute coronary syndrome. The American journal of gastroenterology. 2008;103(4):865-71.
37. Hsiao FY, Tsai YW, Huang WF, Wen YW, Chen PF, Chang PY, et al. A comparison of aspirin and clopidogrel with or without proton pump inhibitors for the secondary prevention of cardiovascular events in patients at high risk for gastrointestinal bleeding. Clinical therapeutics. 2009;31(9):2038-47.
38. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Jr., Ganiats TG, Holmes DR, Jr., et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology. 2014;64(24):e139-228.
39. Levine GN, Bates ER, Bittl JA, Brindis RG, Finn SD, Fleisher LA, et al. 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention, 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery, 2012 ACC/AHA/ACCPAATS/PCNA/SCA/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease, 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction, 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes, and 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. Circulation. 2016.
40. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, Bailey SR, Bittl JA, Cercek B, et al. 2015 ACC/AHA/SCAI Focused Update on Primary Percutaneous Coronary Intervention for Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention and the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. Journal of the American College of Cardiology. 2016;67(10):1235-50.
41. Bertrand ME, Rupprecht HJ, Urban P, Gershlick AH, Investigators C. Double-blind study of the safety of clopidogrel with and without a loading dose in combination with aspirin compared with ticlopidine in combination with aspirin after coronary stenting: the clopidogrel aspirin stent international cooperative study (CLASSICS). Circulation. 2000;102(6):624-9.
42. Berger PB. Clopidogrel After Coronary Stenting. Current interventional cardiology reports. 1999;1(3):263-9.
43. Cannon CP, Investigators C. Effectiveness of clopidogrel versus aspirin in preventing acute myocardial infarction in patients with symptomatic atherothrombosis (CAPRIE trial). The American journal of cardiology. 2002;90(7):760-2.
44. Clarke TA, Waskell LA. The metabolism of clopidogrel is catalyzed by human cytochrome P450 3A and is inhibited by atorvastatin. Drug metabolism and disposition: the biological fate of chemicals. 2003;31(1):53-9.
45. Caplain H, Donat F, Gaud C, Necciarri J. Pharmacokinetics of clopidogrel. Seminars in thrombosis and hemostasis. 1999;25 Suppl 2:25-8.
46. Bouman HJ, Schomig E, van Werkum JW, Velder J, Hackeng CM, Hirschhauser C, et al. Paraoxonase-1 is a major determinant of clopidogrel efficacy. Nature medicine. 2011;17(1):110-6.
47. Schorr K. Clinical pharmacology of the adenosine diphosphate (ADP) receptor antagonist, clopidogrel. Vascular medicine. 1998;3(3):247-51.
48. Gurbel PA, Tantry US. Clopidogrel resistance? Thrombosis research. 2007;120(3):311-21.
49. Siasos G, Tousoulis D, Stefanadis C. Multiple mechanisms affect the clopidogrel response. Journal of the American College of Cardiology. 2009;53(10):900-1; author reply 1.
50. Tousoulis D, Siasos G, Zoromytidou M, Papageorgiou N, Stefanadi E, Oikonomou E, et al. The role of the cytochrome P450 polymorphisms in clopidogrel efficacy and clinical utility. Current medicinal chemistry. 2011;18(3):427-38.
51. Siasos G, Zoromytidou M, Oikonomou E, Mourouzis K, Tsalamandris S, Kioufis S, et al. Effects of CYP2C19 Polymorphism on Endothelial Function, Arterial Stiffness and Inflammation in Coronary Artery Disease Patients Under Clopidogrel Treatment. Current pharmaceutical design. 2015;21(34):5041-6.
52. Wei YQ, Wang DG, Yang H, Cao H. Cytochrome P450 CYP 2C19*2 Associated with Adverse 1-Year Cardiovascular Events in Patients with Acute Coronary Syndrome. PLoS one. 2015;10(7):e0132561.
53. Siasos G, Kioufis S, Oikonomou E, Zoromytidou M, Maniatis K, Vavuranakis M, et al. Impact of C34T P2Y12 ADP receptor polymorphism and smoking status on cardiovascular outcome in coronary artery disease patients receiving clopidogrel. International journal of cardiology. 2016;210:161-3.
54. Legrand D, Barbato E, Chenu P, Magne J, Vrolix M, Wijns W, et al. The STIB score: a simple clinical test to predict clopidogrel resistance. Acta cardiologica. 2015;70(5):516-21.
55. Erlinge D, Varenhorst C, Braun OO, James S, Winters KJ, Jakubowski JA, et al. Patients with poor responsiveness to thienopyridine treatment or with diabetes have lower levels of circulating active metabolite, but their platelets respond normally to active metabolite added ex vivo. Journal of the American College of Cardiology. 2008;52(24):1968-77.
56. Gurbel PA, Bliden KP, Guyer K, Cho PW, Zaman KA, Kreutz RP, et al. Platelet reactivity in patients and recurrent events post-stenting: results of the PREPARE POST-STENTING Study. J Am Coll Cardiol. 2005;46(10):1820-6.
57. Gurbel PA, Bliden KP, Zaman KA, Yoho JA, Hayes KM, Tantry US. Clopidogrel loading with eptifibatide to arrest the reactivity of platelets: results of the Clopidogrel Loading With Eptifibatide to Arrest the Reactivity of Platelets (CLEAR PLATELETS) study. Circulation. 2005;111(9):1153-9.
58. Price MJ, Berger PB, Teirstein PS, Tangway JF, Angiolillo DJ, Spriggs D, et al. Standard- vs high-dose clopidogrel based on platelet function testing after percutaneous coronary intervention: the GRAVITAS randomized trial. JAMA. 2011;305(11):1097-105.
59. Collet JP, Funck-Brentano C, Prats J, Salem JE, Hulot JS, Guilloix E, et al. Intravenous Clopidogrel (MDCO-157) Compared with Oral Clopidogrel: The Randomized Cross-Over AMPHORE Study. American journal of cardiovascular drugs : drugs, devices, and other interventions. 2016;16(1):43-53.
60. Brandt JT, Payne CD, Wiviott SD, Veerakody G, Farid NA, Small DS, et al. A comparison of prasugrel and clopidogrel loading doses on platelet function: magnitude of platelet inhibition is related to active metabolite formation. American heart journal. 2007;153(1):66 e9-16.
61. Siller-Matula JM, Trenk D, Krahenbuhl S, Michelson AD, Delle-Karth G. Clinical implications of drug-drug interactions with P2Y12 receptor inhibitors. Journal of thrombosis and haemostasis : JTH. 2014;12(1):2-13.
62. Collet JP, Hulot JS, Abtan J, Anzaha G, Kerneis M, Silvain J, et al. Prasugrel but not high dose clopidogrel overcomes the lansoprazole neutralizing effect of P2Y12 inhibition: Results of the randomized DOSAPI study. European journal of clinical pharmacology. 2014;70(9):1049-57.
63. Siasos G, Oikonomou E, Zoromytidou M, Kioufis S, Kakkou 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.
64. Antman EM, Wiviott SD, Murphy SA, Voitek J, Hasin Y, Widimsky P, et al. Early and late benefits of prasugrel in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention: a TRITON-TIMI 38 (TRial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction) analysis. Journal of the American College of Cardiology. 2008;51(21):2028-33.
65. Wiviott SD, Trenk D, Frelinger AL, O'Donoghue M, Neumann FJ, Michelson AD, et al. Prasugrel compared with high loading- and maintenance-dose clopidogrel in patients with planned percutaneous coronary intervention: the Prasugrel in Comparison to Clopidogrel for Inhibition of Platelet Activation and Aggregation-Thrombolysis in Myocardial Infarction 44 trial. Circulation. 2007;116(25):2923-32.
66. Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, Montalescot G, Ruzillo W, Gottlieb S, et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. The New England journal of medicine. 2007;357(20):2001-15.
67. Lee JM, Jung JH, Park KW, Shin ES, Oh SK, Bae JW, et al. Harmonizing Optimal Strategy for Treatment of coronary artery diseases-comparison of REDUCTION of prasugrel dose or POLYmer TECHNOlogy in ACS patients (HOST-REDUCE-POLYTECH-ACS RCT): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015;16:409.
68. Teng R, Butler K. Pharmacokinetics, pharmacodynamics, tolerability and safety of single ascending doses of ticagrelor, a reversibly binding oral P2Y12 receptor antagonist, in healthy subjects. European journal of clinical pharmacology. 2010;66(5):487-96.
69. Husted SE, Storey RF, Bliden K, Tantry US, Hoimark L, Butler K, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of ticagrelor in patients with stable coronary artery disease: results from the ONSET-OFFSET and RESPOND studies. Clinical pharmacokinetics. 2012;51(6):397-409.
70. Husted S, van Giezen JJ. Ticagrelor: the first reversibly binding oral P2Y12 receptor antagonist. Cardiovascular therapeutics. 2009;27(4):259-74.
71. Steg PG, Harrington RA, Emanuelson H, Katus HA, Mahaffey KW, Meier B, et al. Stent thrombosis with ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes: an analysis from the prospective, randomized PLATO trial. Circulation. 2013;128(10):1055-65.
72. Butler K, Teng R. Pharmacokinetics, pharmacodynamics, safety and tolerability of multiple ascending doses of ticagrelor in healthy volunteers. British journal of clinical pharmacology. 2010;70(1):65-77.
73. Nylander S, Femia EA, Scavone M, Bernstsson P, Asztely AK, Nelder K, et al. Ticagrelor inhibits human platelet aggregation via adenosine in addition to P2Y12 antagonism. Journal of thrombosis and haemostasis : JTH. 2013;11(10):1867-76.
74. Singh M, Shah T, Khosla K, Singh P, Molnar J, Khosla S, et al. Safety and efficacy of intracoronary adenosine administration in patients with acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials. Therapeutic advances in cardiovascular disease. 2012;6(3):101-14.
75. Nanhwan MK, Ling S, Kodakandla M, Nylander S, Ye Y, Birnbaum Y. Chronic treatment with ticagrelor limits myocardial infarct size: an adenosine and cyclooxygenase-2-dependent effect. Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology. 2014;34(9):2078-85.
76. Bonello L, Frere C, Cointe S, Laine M, Mancini J, Thuny F, et al. Ticagrelor increases endothelial progenitor cell level compared to clopidogrel in acute coronary syndromes: A prospective randomized study. International journal of cardiology. 2015;187:502-7.
77. Held C, Asenblad N, Bassand JP, Becker RC, Cannon CP, Claeys MJ, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes undergoing coronary artery bypass surgery: results from the PLATO (Platelet Inhibition and Patient Outcomes) trial. Journal of the American Col-

- lege of Cardiology. 2011;57(6):672-84.
78. Storey RF, Angiolillo DJ, Patel SB, Desai B, Ecob R, Husted S, et al. Inhibitory effects of ticagrelor compared with clopidogrel on platelet function in patients with acute coronary syndromes: the PLATO (PLAtelet inhibition and patient Outcomes) PLATELET substudy. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010;56(18):1456-62.
 79. Gutierrez JA, Harrington RA, Blankenship JC, Stone GW, Steg PG, Gibson CM, et al. The effect of cangrelor and access site on ischaemic and bleeding events: insights from CHAMPION PHOENIX. *European heart journal*. 2016;37(14):1122-30.
 80. O'Donoghue ML, Bhatt DL, Stone GW, Steg PG, Gibson CM, Hamm CW, et al. Efficacy and Safety of Cangrelor in Women Versus Men During Percutaneous Coronary Intervention: Insights From the Cangrelor versus Standard Therapy to Achieve Optimal Management of Platelet Inhibition (CHAMPION PHOENIX) Trial. *Circulation*. 2016;133(3):248-55.
 81. Ueno M, Ferreira JL, Angiolillo DJ. Update on the clinical development of cangrelor. *Expert review of cardiovascular therapy*. 2010;8(8):1069-77.
 82. Akers WS, Oh JJ, Oestreich JH, Ferraris S, Wethington M, Steinhubl SR. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a bolus and infusion of cangrelor: a direct, parenteral P2Y₁₂ receptor antagonist. *Journal of clinical pharmacology*. 2010;50(1):27-35.
 83. Angiolillo DJ, Firstenberg MS, Price MJ, Tummala PE, Hutyra M, Welsby IJ, et al. Bridging antiplatelet therapy with cangrelor in patients undergoing cardiac surgery: a randomized controlled trial. *Jama*. 2012;307(3):265-74.
 84. Rollini F, Franchi F, Angiolillo DJ. Switching P2Y₁₂-receptor inhibitors in patients with coronary artery disease. *Nature reviews Cardiology*. 2016;13(1):11-27.
 85. Wijeyeratne YD, Heptinstall S. Anti-platelet therapy: ADP receptor antagonists. *British journal of clinical pharmacology*. 2011;72(4):647-57.
 86. Gurbel PA, Bliden KP, Antonino MJ, Stephens G, Gretler DD, Jurek MM, et al. The effect of elinogrel on high platelet reactivity during dual antiplatelet therapy and the relation to CYP2C19*2 genotype: first experience in patients. *Journal of thrombosis and haemostasis*. 2010;8(1):43-53.
 87. Welsh RC, Rao SV, Zeymer U, Thompson VP, Huber K, Kochman J, et al. A randomized, double-blind, active-controlled phase 2 trial to evaluate a novel selective and reversible intravenous and oral P2Y₁₂ inhibitor elinogrel versus clopidogrel in patients undergoing nonurgent percutaneous coronary intervention: the INNOVATE-PCI trial. *Circulation Cardiovascular interventions*. 2012;5(3):336-46.
 88. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: executive summary and recommendations. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (committee on the management of patients with unstable angina). *Circulation*. 2000;102(10):1193-209.
 89. Giordano A, Musumeci G, D'Angelillo A, Rossini R, Zoccai GB, Messina S, et al. Effects Of Glycoprotein IIb/IIIa Antagonists: Anti Platelet Aggregation And Beyond. *Current drug metabolism*. 2016;17(2):194-203.
 90. King S, Short M, Harmon C. Glycoprotein IIb/IIIa inhibitors: The resurgence of tirofiban. *Vascular pharmacology*. 2016;78:10-6.
 91. Serebruany VL, Malinin AI, O'Connor C M, Gurbel PA, Roxifiban Oral Compound Kinetics Evaluation Trial IPS. Effects of roxifiban on platelet aggregation and major receptor expression in patients with coronary artery disease for the Roxifiban Oral Compound Kinetics Evaluation Trial-I (ROCKET-I Platelet Substudy). *American heart journal*. 2003;146(1):91-8.
 92. Varon D, Spectre G. Antiplatelet agents. *Hematology / the Education Program of the American Society of Hematology American Society of Hematology Education Program*. 2009:267-72.
 93. Bledzka K, Smyth SS, Plow EF. Integrin α IIb β 3: from discovery to efficacious integrin-targeted therapy. *Circulation research*. 2013;112(8):1189-200.
 94. Dziewierz A, Rakowski T, Dudek D. Abciximab in the management of acute myocardial infarction with ST-segment elevation: evidence-based treatment, current clinical use, and future perspectives. *Therapeutics and clinical risk management*. 2014;10:567-76.
 95. Lincoff AM, Harrington RA, Califf RM, Hochman JS, Guerci AD, Ohman EM, et al. Management of patients with acute coronary syndromes in the United States by platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibition. Insights from the platelet glycoprotein IIb/IIIa in unstable angina: receptor suppression using integrilin therapy (PURSUIT) trial. *Circulation*. 2000;102(10):1093-100.
 96. Therapy EIESOTPIRwI. Novel dosing regimen of eptifibatide in planned coronary stent implantation (ESPRIT): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2000;356(9247):2037-44.
 97. Tcheng JE, Talley JD, O'Shea JC, Gilchrist IC, Kleiman NS, Grines CL, et al. Clinical pharmacology of higher dose eptifibatide in percutaneous coronary intervention (the PRIDE study). *The American journal of cardiology*. 2001;88(10):1097-102.
 98. Coons JC, Barcelona RA, Freedy T, Hagerty MF. Eptifibatide-associated acute, profound thrombocytopenia. *The Annals of pharmacotherapy*. 2005;39(2):368-72.
 99. Huynh T, Theroux P, Snapinn S, Wan Y, Montreal General Hospital MQCthmcc. Effect of platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor blockade with tirofiban on adverse cardiac events in women with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (PRISM-PLUS Study). *American heart journal*. 2003;146(4):668-73.
 100. Topol EJ, Moliterno DJ, Herrmann HC, Powers ER, Grines CL, Cohen DJ, et al. Comparison of two platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitors, tirofiban and abciximab, for the prevention of ischemic events with percutaneous coronary revascularization. *The New England journal of medicine*. 2001;344(25):1888-94.
 101. Valgimigli M, Campo G, Gambetti S, Bolognese L, Ribichini F, Colangelo S, et al. Three-year follow-up of the MULTICentre evaluation of Single high-dose Bolus Tirofiban versus Abciximab with Sirolimus-eluting STent or Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction Study (MULTISTRATEGY). *International journal of cardiology*. 2013;165(1):134-41.
 102. Taglieri N, Saia F, Guiducci V, Tondi S, Conrotto F, Marrozzini C, et al. Left ventricular function after ST-elevation myocardial infarction in patients treated with primary percutaneous coronary intervention and abciximab or tirofiban (from the Facilitated Angioplasty with Tirofiban or Abciximab [FATA] Trial). *The American journal of cardiology*. 2009;103(6):785-90.
 103. Coughlin SR. Protease-activated receptors in hemostasis, thrombosis and vascular biology. *Journal of thrombosis and haemostasis*. 2005;3(8):1800-14.
 104. Vu TK, Hung DT, Wheaton VI, Coughlin SR. Molecular cloning of a functional thrombin receptor reveals a novel proteolytic mechanism of receptor activation. *Cell*. 1991;64(6):1057-68.
 105. Trejo J, Hammes SR, Coughlin SR. Termination of signaling by protease-activated receptor-1 is linked to lysosomal sorting. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1998;95(23):13698-702.
 106. Kahn ML, Nakanishi-Matsui M, Shapiro MJ, Ishihara H, Coughlin SR. Protease-activated receptors 1 and 4 mediate activation of human platelets by thrombin. *The Journal of clinical investigation*. 1999;103(6):879-87.
 107. Farag M, Patel H, Gorog DA. Adjunctive therapies to reduce thrombotic events in patients with a history of myocardial infarction: role of vorapaxar. *Drug design, development and therapy*. 2015;9:3801-9.
 108. Morrow DA, Braunwald E, Bonaca MP, Ameriso SF, Dalby AJ, Fish MP, et al. Vorapaxar in the secondary prevention of atherothrombotic events. *The New England journal of medicine*. 2012;366(15):1404-13.
 109. Frampton JE. Vorapaxar: a review of its use in the long-term secondary prevention of atherothrombotic events. *Drugs*. 2015;75(7):797-808.
 110. Fala L. Zontivity (Vorapaxar), First-in-Class PAR-1 Antagonist, Receives FDA Approval for Risk Reduction of Heart Attack, Stroke, and Cardiovascular Death. *American health & drug benefits*. 2015;8(Spec Feature):148-51.
 111. Wu CC, Hwang TL, Liao CH, Kuo SC, Lee FY, Lee CY, et al. Selective inhibition of protease-activated receptor 4-dependent platelet activation by YD-3. *Thrombosis and haemostasis*. 2002;87(6):1026-33.
 112. Wu CC, Huang SW, Hwang TL, Kuo SC, Lee FY, Teng CM. YD-3, a novel inhibitor of protease-induced platelet activation. *British journal of pharmacology*. 2000;130(6):1289-96.
 113. Jung WK, Lee DY, Park C, Choi YH, Choi I, Park SG, et al. Cilostazol is anti-inflammatory in BV2 microglial cells by inactivating nuclear factor-kappaB and inhibiting mitogen-activated protein kinases. *British journal of pharmacology*. 2010;159(6):1274-85.
 114. Biscetti F, Ferracoli G, Flex A. New therapeutic effects of cilostazol in patients with ischemic disorders. *Current vascular pharmacology*. 2015;13(3):399-404.
 115. Nishioka K, Nishida M, Ariyoshi M, Jian Z, Saiki S, Hirano M, et al. Cilostazol suppresses angiotensin II-induced vasoconstriction via protein kinase A-mediated phosphorylation of the transient receptor potential canonical 6 channel. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2011;31(10):2278-86.
 116. Takigawa T, Tsurushima H, Suzuki K, Tsuruta W, Nakamura K, Matsumura A. Cilostazol suppression of arterial intimal hyperplasia is associated with decreased expression of sialyl Lewis X homing receptors on mononuclear cells and E-selectin in endothelial cells. *Journal of vascular surgery*. 2012;55(2):506-16.
 117. Lee K, Yoo SY, Suh J, Park KH, Park Y, Tantry US, et al. Efficacy of cilostazol on inhibition of platelet aggregation, inflammation and myonecrosis in acute coronary syndrome patients undergoing percutaneous coronary intervention: The ACCCEL-LOADING-ACS (ACCelerated Inhibition of Platelet Aggregation, Inflammation and Myonecrosis by Adjunctive Cilostazol Loading in Patients With Acute Coronary Syndrome) study. *International journal of cardiology*. 2015;190:370-5.
 118. Park KW, Kang SH, Park JJ, Yang HM, Kang HJ, Koo BK, et al. Adjunctive cilostazol versus double-dose clopidogrel after drug-eluting stent implantation: the HOST-ASSURE randomized trial (Harmonizing Optimal Strategy for Treatment of Coronary Artery Stenosis-Safety & Effectiveness of Drug-Eluting Stents & Anti-platelet Regimen). *JACC Cardiovascular interventions*. 2013;6(9):932-42.
 119. Ueda H, Kido A, Matsuhisa S, Asawa K, Yoshida N, Tsujimoto M, et al. Addition of cilostazol to aspirin therapy for secondary prevention of cardiovascular and cerebrovascular disease in patients undergoing percutaneous coronary intervention: A randomized, open-label trial. *American heart journal*. 2016;173:134-42.
 120. Niu PP, Guo ZN, Jin H, Xing YQ, Yang Y. Antiplatelet regimens in the long-term secondary prevention of transient ischaemic attack and ischaemic stroke: an updated network meta-analysis. *BMJ open*. 2016;6(3):e009013.
 121. Task Force for D. Treatment of Non ST-EACS, Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *European heart journal*. 2007;28(13):1598-660.
 122. Connolly SJ, Pogue J, Eikelboom J, Flaker G, Commerford P, Franzosi MG, et al. Benefit of oral anticoagulant over antiplatelet therapy in atrial fibrillation depends on the quality of international normalized ratio control achieved by centers and countries as measured by time in therapeutic range. *Circulation*. 2008;118(20):2029-37.
 123. Rubboli A, Miliardi M, Castelvetti C, Cosmi B. Meta-analysis of trials comparing oral anticoagulation and aspirin versus dual antiplatelet therapy after coronary stenting. Clues for the management of patients with an indication for long-term anticoagulation undergoing coronary stenting. *Cardiology*. 2005;104(2):101-6.
 124. Singh T, Cuomo L, Cohen M, Ahmad HA, Aronow WS. Use of antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention with bare-metal stents and different types of drug-eluting stents. *Current clinical pharmacology*. 2013;8(1):59-66.
 125. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2008;29(23):2909-45.
 126. Collet JP, Silvain J, Kerneis M, Cuisset T, Meneveau N, Boueri Z, et al. Clinical Outcome of First- vs Second-Generation DES According to DAPT Duration: Results of ARCTIC-Generation. *Clinical cardiology*. 2016;39(4):192-200.
 127. Kim BK, Hong MK, Shin DH, Nam CM, Kim JS, Ko YG, et al. A new strategy for discontinuation of dual antiplatelet therapy: the RESET Trial (Real Safety and Efficacy of 3-month dual antiplatelet Therapy following Endeavor zotarolimus-eluting stent implantation). *Journal of the American College of Cardiology*. 2012;60(15):1340-8.
 128. Lee CW, Ahn JM, Park DW, Kang SJ, Lee SW, Kim YH, et al. Optimal duration of dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation: a randomized, controlled trial. *Circulation*. 2014;129(3):304-12.
 129. Naidu SS, Krucoff MW, Rutledge DR, Mao VW, Zhao W, Zheng Q, et al. Contemporary incidence and predictors of stent thrombosis and other major adverse cardiac events in the year after XIENCE V implantation: results from the 8,061-patient XIENCE V United States study. *JACC Cardiovascular interventions*. 2012;5(6):626-35.
 130. Flores-Rios X, Aldama-Lopez G, Calvino-Santos RA, Vazquez-Gonzalez N, Castro-Beiras A. Stent thrombosis after drug-eluting stent implantation: incidence, timing, and relation to discontinuation of clopidogrel therapy over a 4-year period. *European heart journal*. 2010;31(6):754; author reply 755.
 131. Mauri L, Kereiakes DJ, Yeh RW, Driscoll-Shempp P, Cutlip

- DE, Steg PG, et al. Twelve or 30 months of dual antiplatelet therapy after drug-eluting stents. *The New England journal of medicine*. 2014;371(23):2155-66.
132. Parker WA, Storey RF. Long-term antiplatelet therapy following myocardial infarction: implications of PEGASUS-TIMI 54. *Heart*. 2016;102(10):783-9.
 133. Sheyin O, Perez X, Pierre-Louis B, Kurian D. The OPTimal duration of Dual Anti Platelet Therapy in patients receiving percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents. *Cardiology journal*. 2015.
 134. Palla M, Briasoulis A, Siddiqui F, Alesh I, Afonso L. Long (>12 Months) and Short (<6 Months) Versus Standard Duration of Dual Antiplatelet Therapy After Coronary Stenting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of therapeutics*. 2015.
 135. Yang J, Fan ZX, Yang CJ, Wang HB. A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials Comparing Shorter (Less or Equal Than 6 Months) and Longer (More or Equal Than 12 Months) Dual Anti-Platelet Therapy Following Drug-Eluting Coronary Stents. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2015;17(7):e26904.
 136. Spencer FA, Prasad M, Vandvik PO, Chetan D, Zhou Q, Guyatt G. Longer- Versus Shorter-Duration Dual-Antiplatelet Therapy After Drug-Eluting Stent Placement: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2015;163(2):118-26.
 137. Palmerini T, Benedetto U, Bacchi-Reggiani L, Della Riva D, Biondi-Zoccai G, Feres F, et al. Mortality in patients treated with extended duration dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation: a pairwise and Bayesian network meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2015;385(9885):2371-82.
 138. Pandit A, Giri S, Hakim FA, Fortuin FD. Shorter (<=6 months) versus longer (>=12 months) duration dual antiplatelet therapy after drug eluting stents: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Catheterization and cardiovascular interventions : official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*. 2015;85(1):34-40.
 139. Wallentin L, Becker RC, Budaj A, Cannon CP, Emanuelsson H, Held C, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *The New England journal of medicine*. 2009;361(11):1045-57.
 140. Cuisset T, Frere C, Quilici J, Barbou F, Morange PE, Hovasse T, et al. High post-treatment platelet reactivity identified low-responders to dual antiplatelet therapy at increased risk of recurrent cardiovascular events after stenting for acute coronary syndrome. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*. 2006;4(3):542-9.
 141. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, Lopez-Sendon JL, Montalescot G, Theroux P, et al. Effect of clopidogrel pretreatment before percutaneous coronary intervention in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with fibrinolytics: the PCI-CLARITY study. *Jama*. 2005;294(10):1224-32.
 142. Kimura Y, Tani T, Kanbe T, Watanabe K. Effect of cilostazol on platelet aggregation and experimental thrombosis. *Arzneimittel-Forschung*. 1985;35(7A):1144-9.
 143. Chen KY, Rha SW, Li YJ, Poddar KL, Jin Z, Minami Y, et al. Triple versus dual antiplatelet therapy in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Circulation*. 2009;119(25):3207-14.
 144. Panchal HB, Shah T, Patel P, Albalbissi K, Molnar J, Coffey B, et al. Comparison of on-treatment platelet reactivity between triple antiplatelet therapy with cilostazol and standard dual antiplatelet therapy in patients undergoing coronary interventions: a meta-analysis. *Journal of cardiovascular pharmacology and therapeutics*. 2013;18(6):533-43.
 145. Kim JY, Choi YS, Kwon A, Chung WB, Park CS, Kim HY, et al. Is Not Mandatory to Use Triple Rather Than Dual Anti-Platelet Therapy After a Percutaneous Coronary Intervention With a Second-Generation Drug-Eluting Stent. *Medicine*. 2015;94(46):e2062.
 146. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: anti-thrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Annals of internal medicine*. 2007;146(12):857-67.
 147. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *European heart journal*. 2012;33(21):2719-47.
 148. Leon S, Amigo MC, Casanova JM, Reyes PA. [Primary anti-phospholipid syndrome. Clinical experience at the Ignacio Chavez National Institute of Cardiology]. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*. 1991;61(2):149-55.
 149. Lip GY, Lim HS. Atrial fibrillation and stroke prevention. *The Lancet Neurology*. 2007;6(11):981-93.
 150. Investigators AWGoT, Connolly S, Pogue J, Hart R, Pfeffer M, Hohnloser S, et al. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2006;367(9526):1903-12.
 151. Fosbol EL, Wang TY, Li S, Piccini J, Lopes RD, Mills RM, et al. Warfarin use among older atrial fibrillation patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction managed with coronary stenting and dual antiplatelet therapy. *American heart journal*. 2013;166(5):864-70.
 152. Hansen ML, Sorensen R, Clausen MT, Fog-Petersen ML, Raunso J, Gadsboll N, et al. Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. *Archives of internal medicine*. 2010;170(16):1433-41.
 153. Lamberts M, Gislason GH, Olesen JB, Kristensen SL, Schjerning Olsen AM, Mikkelsen A, et al. Oral anticoagulation and antiplatelets in atrial fibrillation patients after myocardial infarction and coronary intervention. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013;62(11):981-9.
 154. Lamberts M, Dewilde W, Hansen ML. Atrial fibrillation and coronary artery disease: which antithrombotic treatment strategy? *Current opinion in cardiology*. 2014;29(6):595-600.
 155. Gilard M, Blanchard D, Helft G, Carrier D, Elchianoff H, Belle L, et al. Antiplatelet therapy in patients with anticoagulants undergoing percutaneous coronary stenting (from STENTing and oral antiCOagulants [STENTICO]). *The American journal of cardiology*. 2009;104(3):338-42.
 156. Kang DO, Yu CW, Kim HD, Cho JY, Joo HJ, Choi RK, et al. Triple antithrombotic therapy versus dual antiplatelet therapy in patients with atrial fibrillation undergoing drug-eluting stent implantation. *Coronary artery disease*. 2015;26(5):372-80.
 157. Mennuni MG, Halperin JL, Bansil S, Schoos MM, Theodoropoulos KN, Meelu OA, et al. Balancing the Risk of Bleeding and Stroke in Patients With Atrial Fibrillation After Percutaneous Coronary Intervention (from the AVIATOR Registry). *The American journal of cardiology*. 2015;116(1):37-42.
 158. Sarafoff N, Ndrepega G, Mehili J, Dorrler K, Schulz S, Iijima R, et al. Aspirin and clopidogrel with or without phenprocoumon after drug eluting coronary stent placement in patients on chronic oral anticoagulation. *Journal of internal medicine*. 2008;264(5):472-80.
 159. Lip GY, Huber K, Andreotti F, Arnesen H, Airaksinen KJ, Cuisset T, et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary intervention/stenting. *Thrombosis and haemostasis*. 2010;103(1):13-28.
 160. Barry AR, Ackman ML. Triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation who have undergone percutaneous coronary intervention with stent implantation. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2012;69(17):1485-93.
 161. Chen CF, Chen B, Zhu J, Xu YZ. Antithrombotic therapy after percutaneous coronary intervention in patients requiring oral anticoagulant treatment. A meta-analysis. *Herz*. 2015;40(8):1070-83.
 162. Gibson CM, Mehran R, Bode C, Halperin J, Verheugt F, Wildgoose P, et al. An open-label, randomized, controlled, multicenter study exploring two treatment strategies of rivaroxaban and a dose-adjusted oral vitamin K antagonist treatment strategy in subjects with atrial fibrillation who undergo percutaneous coronary intervention (PIONEER AF-PCI). *American heart journal*. 2015;169(4):472-8.e5.
 163. Gibson CM, Mehran R, Bode C, Halperin J, Verheugt FV, Wildgoose P, et al. Prevention of Bleeding in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing PCI. *The New England journal of medicine*. 2016;375(25):2423-34.
 164. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction—2002: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *Circulation*. 2002;106(14):1893-900.
 165. Gleierup G, Winther K. The effect of ageing on platelet function and fibrinolytic activity. *Angiology*. 1995;46(8):715-8.
 166. Mari D, Coppola R, Provenzano R. Hemostasis factors and aging. *Experimental gerontology*. 2008;43(2):66-73.
 167. Wilkerson WR, Sane DC. Aging and thrombosis. *Seminars in thrombosis and hemostasis*. 2002;28(6):555-68.
 168. Ting HH, Roe MT, Gersh BJ, Spertus JA, Rumsfeld JS, Ou FS, et al. Factors associated with off-label use of drug-eluting stents in patients with ST-elevation myocardial infarction. *The American journal of cardiology*. 2008;101(3):286-92.
 169. Roe MT, Goodman SG, Ohman EM, Stevens SR, Hochman JS, Gottlieb S, et al. Elderly patients with acute coronary syndromes managed without revascularization: insights into the safety of long-term dual antiplatelet therapy with reduced-dose prasugrel versus standard-dose clopidogrel. *Circulation*. 2013;128(8):823-33.
 170. Alexopoulos D, Xanthopoulos I, Plakomyti TE, Theodoropoulos KC, Mavronasiou E, Damelou A, et al. Pharmacodynamic effect of prasugrel 5 mg vs clopidogrel 150 mg in elderly patients with high on-clopidogrel platelet reactivity. *American heart journal*. 2013;165(1):73-9.
 171. Cannon CP, Harrington RA, James S, Ardissino D, Becker RC, Emanuelsson H, et al. Comparison of ticagrelor with clopidogrel in patients with prior invasive strategy for acute coronary syndromes (PLATO): a randomised double-blind study. *Lancet*. 2010;375(9711):283-93.
 172. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, Jr, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *Journal of the American College of Cardiology*. 2007;50(7):e1-e157.
 173. Guagliumi G, Stone GW, Cox DA, Stuckey T, Tchong JE, Turco M, et al. Outcome in elderly patients undergoing primary coronary intervention for acute myocardial infarction: results from the Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications (CADILLAC) trial. *Circulation*. 2004;110(12):1598-604.
 174. Hasdai D, Holmes DR, Jr, Criger DA, Topol EJ, Califf RM, Harrington RA. Age and outcome after acute coronary syndromes without persistent ST-segment elevation. *American heart journal*. 2000;139(5):858-66.
 175. Inhibition of the platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor with tirofiban in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. Platelet Receptor Inhibition in Ischemic Syndrome Management in Patients Limited by Unstable Signs and Symptoms (PRISM-PLUS) Study Investigators. *The New England journal of medicine*. 1998;338(21):1488-97.
 176. Boersma E, Harrington RA, Moliterno DJ, White H, Theroux P, Van de Werf F, et al. Platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in acute coronary syndromes: a meta-analysis of all major randomised clinical trials. *Lancet*. 2002;359(9302):189-98.
 177. Levine GN, Bates ER, Bittl JA, Brindis RG, Fihn SD, Fleisher LA, et al. 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention, 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery, 2012 ACC/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease, 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction, 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes, and 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *Circulation*. 2016;134(10):e123-55.
 178. Verma S, Goodman SG, Mehta SR, Latter DA, Ruel M, Gupta M, et al. Should dual antiplatelet therapy be used in patients following coronary artery bypass surgery? A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC surgery*. 2015;15:112.
 179. Deo SV, Dunlay SM, Shah IK, Altarabsheh SE, Erwin PJ, Boilson BA, et al. Dual anti-platelet therapy after coronary artery bypass grafting: is there any benefit? A systematic review and meta-analysis. *Journal of cardiac surgery*. 2013;28(2):109-16.
 180. Nocerino AG, Achenbach S, Taylor AJ. Meta-analysis of effect of single versus dual antiplatelet therapy on early patency of bypass conduits after coronary artery bypass grafting. *The American journal of cardiology*. 2013;112(10):1576-9.

Το ρόδινο μέλλον της αντιδιαβητικής αγωγής

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής με Εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο του
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"

Είναι γνωστό ότι δεν υπάρχουν μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που να διευκρινίζουν το ακριβές ποσοστό του σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα. Μια καλά σχεδιασμένη μικρή μελέτη (Περσέας) διερεύνησε το ποσοστό των διαβητικών μεταξύ των κατοίκων της πανέμορφης Ελαφονήσου που βρίσκεται απέναντι από τη Νεάπολη της Λακωνίας. Το ποσοστό των διαγνωσμένων διαβητικών ήταν 7,7% με ένα ακόμα 4% να διαγιγνώσκεται κατά τη διάρκεια της μελέτης, χωρίς τα άτομα αυτά να το γνωρίζουν από πριν, ανεβάζοντας έτσι το συνολικό ποσοστό στο 11,4% του γενικού πληθυσμού. Η διερεύνηση των καταγεγραμμένων στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση διαβητικών από τη βάση του ΕΟΠΥΥ όπου είναι καταχωρημένα 10,222,779 ΑΜΚΑ, έδειξε να ανέρχονται στο 7%. Αν στον αριθμό αυτό προστεθούν οι διαβητικοί για τους οποίους δεν απαιτείται φαρμακευτική αγωγή και βέβαια όσοι δεν το γνωρίζουν, θα φθάσουμε στα αποτελέσματα της μελέτης Περσέας. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία το ποσοστό των διαβητικών στις απαιτητικές ηλικίες των 67-75 όπως και σε εκείνους άνω των 75 ετών ανέρχεται στο 23% και στο 26,5% αντίστοιχα, όπου επίσης πάνω από τους μισούς πάσχουν από υπέρταση και σχεδόν το 40% από δυσλιπιδαιμία. Αντιλαμβανόμαστε επομένως πόσο υψηλός είναι ο καρδιαγγειακός κίνδυνος για ένα μεγάλο τμήμα του Ελληνικού πληθυσμού. Παράλληλα στη μέση ηλικιακή ομάδα τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μεν χαμηλότερα αλλά εξίσου σημαντικά. Αλλά αν θεωρήσουμε ότι επιδημιολογικά ο πληθυσμός της χώρας μας ποσοστιαία γηράσκει λόγω δραματικής μείωσης των γεννήσεων και της πρόσφατης φυγής στο εξωτερικό πολλών νέων Ελλήνων αναπαραγωγικής ηλικίας, σε συνδυασμό με τα ζοφερά υψηλά ποσοστά της παιδικής παχυσαρκίας, μιας που καταλαμβάνουμε επισήμως την πρώτη θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ, τότε δεν φαίνεται παράξενο που βάσει των προγνώσεων του ΠΟΥ η Ελλάδα το έτος 2030 θα κατέχει την πρώτη θέση Πανευρωπαϊκά στα ποσοστά των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του σακχαρώδη διαβήτη.

ΤΟ ΦΩΤΙΝΟ ΠΑΡΟΝ

Καρδιοπροστασία

Η κύρια αιτία θνητότητας, αλλήλα και νοσηρότητας, των διαβητικών είναι τα νοσήματα του καρδιαγγειακού που εμφανίζονται στα πλαίσια της μακρο- και μικροαγγειοπάθειας ως έκφραση των χρόνιων επιπλοκών στον σακχαρώδη διαβήτη. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη της ομάδας αυτής των νοσημάτων αποτελεί καθήκον και πρέπει να έχει σημαντική προτεραιότητα στην παρακολούθηση ενός διαβητικού ατόμου. Παράλληλα, είναι πλέον διαπίστωση ότι η μειωμένη συμμόρφωση στη λήψη της αντιδιαβητικής αγωγής από τους διαβητικούς οφείλεται σε

ένα μεγάλο βαθμό από τις ανησυχίες τους σχετικά με το πόσο ασφαλή είναι η αντιδιαβητική τους αγωγή. Για αυτούς τους λόγους πολλές μελέτες έχουν ολοκληρωθεί αλλήλα και αρκετές είναι ακόμα σε εξέλιξη με πρωταρχικό καταληκτικό σημείο αν οι νεότερες αντιδιαβητικές θεραπείες είναι ασφαλείς για την καρδιαγγειακή λειτουργία ή υπάρχει περίπτωση να προσφέρουν και κάποιο βαθμό καρδιοπροστασίας πέρα από τη διαπιστωμένη θετική επίδραση του άριστου μεταβολικού ελέγχου. Από το παρελθόν τόσο η ακαρβόζη όσο και η μετφορμίνη και η πιογλιταζόνη έχουν στείλει αισιόδοξα, αλλήλα όχι σημαντικά ηχηρά μηνύματα καρδιοπροστασίας.

Πρόσφατα, όμως, ολοκληρώθηκαν μελέτες (SAVOR-TIMI, TECOS, EXAMINE, ELIXA) που έχουν αποδείξει ότι η νεότερη κατηγορία αντιδιαβητικών δισκίων των αναστολέων της διπεπτιλοπεπτιδάσης (iDPP4) όσο και των αγωνιστών των GLP-1 υποδοχέων είναι απολύτως ασφαλείς απενοχοποιώντας τους από τον κίνδυνο ανάπτυξης ή επιβάρυνσης ενός προϋπάρχοντος καρδιαγγειακού νοσήματος δηλαδή ενός εμφράγματος, ενός Α-ΕΕ ή της περιφερικής αγγειακής νόσου. Αλλήλα ευτυχώς τα στοιχεία δείχνουν ότι έχουμε πάει ένα βήμα ακόμα πιο μπροστά γιατί μια μελέτη έδειξε ότι ένας εκπρόσωπος της ομάδας των αγωνιστών των GLP-1 υποδοχέων μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης και τη θνητότητα νοσημάτων από το καρδιαγγειακό μετά ένα χρόνο θεραπείας (λιραγλουτίδη - σεμαγλουτίδη) αλλήλα και ακόμα πιο σημαντικό η εμπλαγλιφλοζίνη, ένας εκπρόσωπος της πιο πρόσφατης έγκρισης κυκλοφορίας των αναστολέων των διαύλων νατρίου - γλυκόζης (iSGLT-2), επιτυγχάνει τη μείωση αυτή σε διάστημα μόλις 2 μηνών από την έναρξη της θεραπείας. Σημειώνεται ότι ο πληθυσμός των χιλιάδων διαβητικών από όλο τον κόσμο που συμμετείχαν στις μελέτες αυτές είτε είχαν εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (προϋπάρχον έμφραγμα μυοκαρδίου κλπ) ή παρουσίαζαν σε αυξημένο βαθμό όλους τους αρνητικούς προγνωστικούς δείκτες ανάπτυξης καρδιαγγειακού νοσήματος όπως κάπνισμα, δυσλιπιδαιμία και υπέρταση. Το σημαντικό είναι ότι εφόσον τα θετικά αυτά αποτελέσματα παρουσιάστηκαν σε διαβητικούς που ανήκαν στις "εύθραυστες" ομάδες νοσηρότητας του διαβητικού πληθυσμού, τότε η προστασία που οι θεραπείες αυτές έχουν να προσφέρουν στους διαβητικούς χωρίς σημαντικό βαθμό βλάβη του ενδοθηλίου τους και χωρίς αθηρωματικές αλλοιώσεις μπορεί να εκτιμηθεί ως πολύπληθυσία πιο ευεργετική. Θα περιμένουμε τα αποτελέσματα και των άλλων παρόμοιων μελετών που ολοκληρώνονται σύντομα για να πιστοποιηθούν πλήρως οι θετικές επιδράσεις των νέων αντιδιαβητικών θεραπειών στον τύπο 2 σακχαρώδη διαβήτη. Τέλος δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η επιτυγχανόμενη μείωση των επιπέδων ουρικού οξέως, της βελτίωσης της λιπιδαιμικής εικόνας, της σχετικής μείωσης της αρτηριακής πίεσης, του βάρους σώματος, της λιπώδους μάζας, των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και των αυξομειώσεων γλυκόζης, μπορούν με έμμεσους μηχανισμούς να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

■ Νεφροπροστασία

Η μελέτη EMPAREG έδειξε επίσης ότι ο αναστολέας των SGLT-2 υποδοχέων εμπογλιφλοζίνη μειώνει την αναγκαιότητα για νεφρική μεταμόσχευση, την εμφάνιση τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας σε διαβητικούς ασθενείς με ΧΝΑ, ενώ η ηλευκωματουρία μειώθηκε κατά 41%. Βέβαια όλες οι μελέτες και με τους 3 εκπροσώπους στην κατηγορία αυτή μειώνουν δραστικά την μακροηλευκωματουρία που αποτελεί ένα έμμεσο δείκτη βελτίωσης της νεφρικής λειτουργίας, ενώ η eGFR μετά μια μικρή αρχική μείωση επανακάμπτει στα πριν της έναρξης των μελετών επίπεδα χωρίς να μειώνεται τελικά σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική μείωση της στην ολοκλήρωση των μελετών. Επίσης, η μελέτη LEADER έδειξε ότι η χορήγηση του GLP-1 αγωνιστή λιραγλουτίδη μειώνει τα περιστατικά νεφροπάθειας. Επομένως, η εξέλιξη μιας πολύ συχνής χρόνιας επιπλοκής του διαβήτη μπορεί να επιβραδυνθεί ή και να περιοριστεί με τις νεότερες αντιδιαβητικές αγωγές.

Παχυσαρκία

Οι αναστολείς των SGLT-2 υποδοχέων και οι αγωνιστές των GLP-1 υποδοχέων που αποτελούν 2 από τις 3 νεότερες ομάδες των αντιδιαβητικών δισκίων μειώνουν το σωματικό βάρος μέχρι και 6 κιλά. Η μείωση του σωματικού βάρους αδιαμφισβήτητα θα βελτιώσει τις παραμέτρους του μεταβολικού συνδρόμου, θα μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και θα γεμίσει με αισιοδοξία τη θέληση και θα ενισχύσει τις προσπάθειες του διαβητικού να μειώσει ακόμα περισσότερο το σωματικό του βάρος. Η τρίτη κατηγορία των νεότερων αντιδιαβητικών θεραπειών, οι αναστολείς των DPP-4 υποδοχέων, δεν έχει δείχθει ότι μπορούν να προκαλέσουν μείωση του σωματικού βάρους. Σε σύγκριση, όμως, με τις σουλφονυλουρίες, την πιο συχνή θεραπευτική επιλογή από τα παλαιότερα αντιδιαβητικά δισκία, παρουσιάζουν μια σχετική μείωση του βάρους λόγω της αμυντικής διατροφής που αναπτύσσουν οι διαβητικοί όταν λαμβάνουν σουλφονυλουρίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων τους. Τέλος, για συγκεκριμένες κατηγορίες υπέρβαρων διαβητικών μπορεί να συστηθεί η βαριατρική χειρουργική που μετά την γρήγορη και σημαντική απώλεια βάρους παρουσιάζουν βελτίωση των ενδογενών τους επιπέδων GLP-1.

Άλλες πλεονεκτήματα δράσεις

Ενώ η ομάδα των αναστολέων των DDP-4 υποδοχέων δεν έχει καμία δράση στην αρτηριακή πίεση, η ομάδα των αναστολέων των SGLT-2 υποδοχέων φαίνεται ότι μειώνουν, λόγω κύρια της ωσμωτικής διούρησης, τα επίπεδα της συστολικής πίεσης κατά 4-6mmHg. Η θεραπεία αυξάνει την απώλεια θερμίδων μέσω της απώλειας γλυκόζης από την αυξημένη διούρηση και επομένως μειώνεται το επίπεδο της γλυκοτοξικότητας στο β' κύτταρο και τους ιστούς. Αν αυτό συνδυαστεί με τη μείωση των κυκλοφορούντων τριγλυκεριδίων, αλιλά και της μείωσης του σωματικού βάρους, τότε μπορεί να εξηγήσει τη βελτίωση της ινσουλινικής ευαισθησίας που χαρακτηρίζει τη θεραπεία αυτή.

Μείωση κινδύνου υπογλυκαιμίας

Όλες οι νεότερες κατηγορίες αντιδιαβητικών θεραπειών (αναστολείς των DDP-4 υποδοχέων, GLP-1 αγωνιστών και αναστολέων των SGLT-2 υποδοχέων) έχουν αποδεδειγμένα σχεδόν μηδαμινό τον κίνδυνο πρόκλησης υπογλυκαιμικών επεισοδίων, και μάλιστα των σοβαρών, χωρίς να υπολείπονται σε αντιδιαβητική ισχύ. Αντίθετα αυξάνονται σημαντικά τα υπογλυκαιμικά επεισόδια με τη χρήση των παλιότερων ευρείας χρήσης αντιδιαβητικών φαρμάκων, των σουλφονυλουριών, χωρίς εξαιρέσεις. Τα υπογλυκαιμικά επεισόδια έχουν ενοχοποιηθεί για την πυροδότηση αρρυθμολογικών διαταραχών με αποτέλεσμα τη μείωση της αιματικής ροής στο μυοκάρδιο που με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα καρδιακά συμβάματα. Επομένως, η σύγχρονη αντιδιαβητική αγωγή με τη μείωση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων μας δίνει επιλογές που θα προστατεύσουν από την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων άτομα με διαβήτη υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου πέρα από το γεγονός ότι θα βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους όταν δεν θα υπάρχει ο φόβος της επέλευσης μιας υπογλυκαιμίας και της ανεπιθύμητης κλινικής εικόνας.

Νεότερες ινσουλίνες

Κυκλοφόρησαν την τελευταία διετία νεότερα σκευάσματα ινсуλινών που χαρακτηρίζονται από υψηλότερη πυκνότητα αλιλά και μακρύτερης διάρκειας. Η χορήγηση ινсуλίνης αποτελεί μια δραστητική θεραπευτική επιλογή για πολλούς τύπου 2 διαβητικούς και συνήθως χορηγείται κάπως αργότερα στην φυσική πορεία του

συνδρόμου. Επειδή είναι μια ενέσιμη θεραπεία με αυξημένο τον κίνδυνο εμφάνισης υπογλυκαιμίας και αύξησης του σωματικού βάρους δεν αποτελεί μια συχνή θεραπευτική επιλογή στον τύπου 2 διαβήτη. Τα νεότερα σκευάσματα ινсуλινικών αναλόγων σχεδιάζονται πάντοτε με στόχο να μειώσουν αυτές τις παρενέργειες και να προσομοιάσουν κατά το δυνατόν πλησιέστερα την φυσιολογική φαρμακοκινητική της ενδογενούς ινсуλινοπαραγωγής. Έτσι επιτυγχάνεται το ίδιο ή καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα με λιγότερες μονάδες, μικρότερη αύξηση σωματικού βάρους και λιγότερα υπογλυκαιμικά επεισόδια. Παράλληλα τα πυκνότερα σκευάσματα εκτός του ότι βοηθούν στο να κρατήσουν πιο σταθερά τα κυκλοφορούντα επίπεδα των αναλόγων εξυπηρετούν σημαντικά τους διαβητικούς που λαμβάνουν πολλές μονάδες ινсуλίνης σε εφάπαξ δόσεις αφού υποτριπλαιοσάζεται για παράδειγμα το χορηγούμενο υποδόριο ινсуλινικό διάλυμα. Τέλος η κυκλοφορία (όχι ακόμη στη χώρα μας) εισπνεόμενης ινсуλίνης υπερκέρασε για πολλούς το σύνδρομο της βελονοφοβίας.

ΤΟ ΡΟΔΙΝΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η έξυπνη ινсуλίνη

Η "έξυπνη" ινсуλίνη θα είναι έξυπνη γιατί θα δρα όταν είναι απαιτητό, δηλαδή όταν τα σάκχαρα αίματος θα είναι υψηλότερα των φυσιολογικών, ενώ το μόριο της θα είναι ανενεργό όταν τα επίπεδα θα είναι φυσιολογικά. Όλες σχεδόν οι φαρμακευτικές εταιρείες τρέχουν μελέτες σε πειραματικά μοντέλα αλιλά μόνο μιας (Merck's MK-2640) έχει χορηγηθεί σε άνθρωπο. Οι προσπάθειες επικεντρώνονται σε διάφορους μηχανισμούς, όπως έξυπνων patch ή εφαρμογών της ναυτοτεχνολογίας. Η ενθουσίαση της έξυπνης ινсуλίνης σε κάψουλες που θα βρίσκονται στην κυκλοφορία και θα διασπώνται σε υψηλά επίπεδα σακχάρου αποτελεί μια αληθή ερευνητική προσπάθεια. Με την έξυπνη ινсуλίνη δεν θα χρειάζεται ο διαβητικός να ελέγχει το επίπεδο σακχάρου αίματος με σκοπό να υπολογίσει την ποσότητα ινсуλίνης που θα πρέπει να χορηγήσει στον εαυτό του, αποσυνδέοντάς τον επομένως από κάθε έγνοια και φόβο για την επέλευση των άμεσων και χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη.

Χορήγηση βλαστοκυττάρων

Οι προσπάθειες μεταμόσχευσης παγκρέατος και νησιδίων που εφαρμόζονται εδώ και χρόνια δεν έχουν υιοθετηθεί ως η πλέ-

■ **ον πρόσφορη θεραπευτική λύση** γιατί προσκρούουν στις σημαντικές παρενέργειες της υποχρεωτικής χρονίως χορηγουμένης ανοσοκατασταλτικής αγωγής και στην έλλειψη δοτών. Μια προτεινόμενη από το MIT της Βοστώνης των ΗΠΑ λύση είναι τα βλαστοκύτταρα που μπορεί να εξελιχθούν πρώτα στο εργαστήριο σε ινσουλινοπαραγωγή και στη συνέχεια να χορηγηθούν προστατευμένα σε κάψουλες με τοιχώματα από βιο-υλικό που θα έχει μεν πόρους για να εξέρχεται η ινсуλίνη, αλλά θα παρέχει και προστασία από τα αντι σώματα και την εν γένει ανοσολογική απάντηση του οργανισμού.

Εξυπνο δερματικό επίθεμα (patch) με μικροβελόνες

Το επίθεμα αυτό παρακολουθεί τα επίπεδα γλυκόζης στον υποδόριο ιστό και αυτόματα χορηγεί ινсуλίνη από τις εκατοντάδες από μικρο-βελόνες του. Το υψηλό αυτό τεχνολογικό επίτευγμα που εφαρμόζεται στο δέρμα ως αυτοκόλλητο όχι μεγαλύτερο από ένα γραμματόσημο και είναι προσκολλημένο στο δέρμα με εκατοντάδες μικρο-βελόνες σαν βλεφαρίδες δεν έχει ακόμα εφαρμοσθεί σε μελέτες στον άνθρωπο. Το επίθεμα είναι κατασκευασμένο από βιοσυμβατά υλικά και οι μικρο-βελόνες έχουν αποθηκευμένη ινсуλίνη αλλά και γλυκοζο-ευαίσθητα ένζυμα για την ανίχνευση των επιπέδων γλυκόζης, ενώ ο στόχος είναι να καλύπτει τις ανάγκες των διαβητικών αλληλάζοντας τα σε εβδομαδιαία βάση.

Γονιδιακή θεραπεία

Η γονιδιακή θεραπεία θεράπευσε τον διαβήτη σε πειραματικά μοντέλα με ποντικούς και οι μελέτες πολλαπλασιάζονται με απώτερο στόχο να απελευθερώσουν το ανθρώπινο γένος από το φορτίο του διαβήτη. Οι προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί στο να μετατρέψουν διάφορα κύτταρα όπως τα ηπατοκύτταρα σε ινσουλινοπαραγωγά μέσω της γενετικής "μόλυνσης" του DNA τους με τα κατάλληλα γονίδια. Τα νέα λοιπόν ενδοκρινικά κύτταρα μπορούν εκτός της ινсуλίνης να παράγουν γλυκαγόνη, σωματοστατίνη και παγκρεατικό πολυπεπτίδιο για να εξασφαλιστεί η ορμονική ομοιοστασία και να μη κινδυνεύουν τα ποντίκια να πεθάνουν από βαριά και ανεξέλεγκτη υπογλυκαιμία. Παραμένει πολλός δρόμος όμως ακόμα για να εφαρμοσθεί σε εθελοντές και η εξασφάλιση από το μολυσματικό μέσο των γονιδίων που είναι πάντα ένα ιός δεν έχει ακόμα αποδειχθεί.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Εντερικό μικροβίωμα

Τα άτομα με τύπου 1 διαβήτη παρουσιάζουν διαφορετικό μικροβίωμα και φλεγμονώδεις περιβάλλον στο εντερικό τους ενδοθήλιο σε σχέση με άλλα αυτοάνοσα σύνδρομα όπως η κοιλιοκάκη. Επομένως, η εξακρίβωση της εντερικής μικροβιακής ποικιλομορφίας αλλά και των πολυμορφισμών σε συγκεκριμένες θέσεις του γονιδιώματος των σαπροφύτων θα δώσει γενεση σε ερευνητικές προσπάθειες γονιδιακής διόρθωσης με σκοπό την πρόληψη και θεραπεία του τύπου 1 σακχαρώδη διαβήτη.

Μόλυνση της ατμόσφαιρας και τύπου 2 σακχαρώδης διαβήτης

Η έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους κατά την παιδική ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας και του τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη. Επομένως, η διαβίωση σε μεγάλα αστικά κέντρα δεν επιβαρύνει τον μεταβολισμό μόνο από τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας και της μη υγιεινής διατροφής, αλλά και από την ατμοσφαιρική ρύπανση λόγω της αυξημένης συγκέντρωσής τους από βιομηχανικές μονάδες και την πληθώρα των κυκλοφορούντων οχημάτων.

Υποσχόμενες θεραπείες στον τύπου 1 διαβήτη

Το ενέσιμο σκεύασμα DiaPep277 που βρίσκεται σε φάση 3 κλινικών δοκιμών και είναι ένα συνθετικό παράγωγο της ανθρώπινης heat shock protein 60 τροποποιώντας την ανοσολογική απάντηση μειώνει ή εξαλείφει το κίνδυνο καταστροφής των β' κυττάρων στον νεοεμφανιζόμενο τύπου 1 διαβήτη. Το ενδοφλέβιο σκεύασμα MGA031/hOKT3γ1/teplizumab που βρίσκεται και αυτό στην φάση 3 των κλινικών δοκιμών αποτελεί έναν εξανθρωποποιημένο anti-CD3 MAb που επίσης αναστέλλει την αυτοάνοση απάντηση προστατεύοντας τα β' κύτταρα σε τύπου 1 διαβήτη προσφάτου ενάρξεως.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Ο φάκελος του σκευάσματος Arxxant (ruboxistaurin) έχει κατατεθεί για έγκριση κυκλοφορίας στις αρμόδιες επιτροπές του FDA (Food and Drug Administration) των ΗΠΑ. Το σκεύασμα αποδεδιγμένα περιορίζει την ανάπτυξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Συστήματα αυτομετρήσεως σακχάρου

Οι συσκευές αυτομέτρησης γλυκόζης μειώνουν το μέγεθός τους, γίνονται πιο χρηστικές για το μέσο ασθενή, επικοινωνούν ασύρματα με εφαρμογές της κινητής τηλεφωνίας ή με συγκεκριμένα προγράμματα στον υπολογιστή για την επεξεργασία των μετρήσεων. Οι αισθητήρες συνεχούς μετρήσεως κερδίζουν έδαφος γιατί δίνουν για επεξεργασία μεγαλύτερο όγκο δεδομένων που αποτυπώνουν πιο επακριβώς τη γλυκαιμική εικόνα του διαβητικού. Η ανάπτυξη των ψηφιακών φακών επαφής από τη Google έδωσε τη δυνατότητα μέτρησης των επιπέδων γλυκόζης στα δάκρυα. Τέλος, το δερματικό ψηφιακό tattoo μπορεί να μετρήσει τα επίπεδα σακχάρου με μικρο-ρεύματα που "τρέχουν" στην επιδερμίδα και να στείλει την μέτρηση σε μια εφαρμογή της κινητής τηλεφωνίας.

Συστήματα χορήγησης ινсуλίνης

Το σύστημα του δερματικού επιθέματος με αποθηκευμένες 200 μονάδες ινсуλίνης φαίνεται να καλύπτει τις ινсуλινικές ανάγκες 3 ημερών. Κάθε εντολή με το πάτημα κουμπιού απελευθερώνει 2 μονάδες ταχέως δρώντος ινсуλινικού αναλόγου. Οι αντλίες συνεχούς χορήγησης ινсуλίνης μικραίνουν σε μέγεθος, είναι αδιάβροχες και επικοινωνούν μέσω της κινητής τηλεφωνίας και με απομακρυσμένες μονάδες υποστήριξης του διαβητικού. Οι έξυπνες πένες χορήγησης ινсуλίνης BD μπορούν και αυτές να επικοινωνούν με τη κινητή τηλεφωνία καταχωρώντας τις χορηγηθείσες ινсуλινικές δόσεις. Διαθέτουν επίσης αισθητήρα θερμοκρασίας, προειδοποιώντας για έκθεση της πένας σε μη επιτρεπτές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες.

Τεχνητό πάγκρεας

Το σύστημα της εταιρείας Medtronic s Minimed 670G έχει την δυνατότητα να προσαρμόζει την χορήγηση της ινсуλίνης από την αντλία συνεχούς έγχυσης σύμφωνα με τις μετρήσεις που λαμβάνει από τον αισθητήρα συνεχούς μέτρησης ή συσκευή αυτομετρήσεως, ώστε να επιτυγχάνει τιμές γλυκόζης αίματος κοντά στο επίπεδο του 120 mg/dL. Το αυτόματο σύστημα Tandem s First-Gen αποτελεί ένα ακόμα κλειστό κύκλωμα. Το βιονικό πάγκρεας που αναπτύχθηκε στο Πανεπιστήμιο της Βοστώνης, είναι ένα κλειστό κύκλωμα που μετρά συνεχώς τα ε-

πίπεδα γλυκόζης και αποφασίζει μόνο του, με τη βοήθεια αλγορίθμων, την ινσουλινική δόση που πρέπει να χορηγηθεί ή της γλυκαινόνος για την πρόληψη της υπογλυκαιμίας.

Εφαρμογές κινητής τηλεφωνίας

Η οθόνη του κινητού μπορεί μέσω των εφαρμογών να αποτελεί την οθόνη μια μικροσκοπικής αντλίας συνεχούς χορήγησης ινσουλίνης ή μιας αντίστοιχα μικρού μεγέθους συσκευής συνεχούς μετρήσεως γλυκόζης. Τόσο τα συστήματα χορήγησης ινσουλίνης όσο και οι συσκευές αυτομέτρησης σακχάρου μπορούν να επικοινωνούν με τα κινητά τηλέφωνα, όπου με τις εγκατεστημένες εφαρμογές ο διαβητικός μπορεί να επεξεργάζεται τα δεδομένα. Μπορεί να λάβει πληροφορίες ή και να προειδοποιείται με επείγον μήνυμα για αναμενόμενη υπογλυκαιμία ή για να πάρει τις κατάλληλες αποφάσεις για τη μεταβολική του ρύθμιση. Υπάρχουν εφαρμογές που μπορεί να προσφέρουν σημαντική βοήθεια, ιδίως στα παιδιά αφού συνδυάζουν την εκπαίδευση με ηλεκτρονικά παι-

χνίδια. Άλλες εφαρμογές με τις κατάλληλες προσαρμογές μπορούν να υπολογίσουν τις θερμίδες που καταναλώνονται (βηματομετρητής) για να βοηθήσουν στον ορθό υπολογισμό των ινσουλινικών δόσεων. Τέλος, με την ανάγνωση των barcodes στην συσκευασία μπορεί μια εφαρμογή να λάβει όλες τις πληροφορίες για την διατροφική και θερμιδική αξία του τροφίμου.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Έχουμε πλέον αρκετές δραστικές θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση του διαβήτη με πολλές και σημαντικές πλειοτροπικές δράσεις. Δεν είναι σωστό να εφαρμόζουμε την ίδια αγωγή σε κάθε διαβητικό, αλλά θα επιλέγουμε την κατάλληλη θεραπεία με βάση τους θεραπευτικούς στόχους, την ηλικία, το σωματικό βάρος, τη διάρκεια του διαβήτη, τη δευτερογενή πρόληψη, την παρουσία νεφροπάθειας, τις συνήθειες, την ψυχολογία και τον βαθμό συνεργασίας του διαβητικού. Ο αυστηρός γλυκαι-

μικός έλεγχος δεν αποτελεί πάντα τον κανόνα γιατί μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες καταστάσεις με τον υψηλό δείκτη υπογλυκαιμιών που μπορεί να υποκρύπτει. Θα πρέπει επομένως να επιλέγουμε την θεραπεία αφού αναγνωρίσουμε τον ασθενή και όχι διαγιγνώσκοντας απλά το νόσημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Webber L et al. : Interventions: a modelling study countries and the impact of effective diseases in the 53 WHO Europe doi: 10.1136/bmjopen-2014-004787BMJ Open 2014 4:
- Chris J. Kapelios, et al (The PERSEAS Study Group) Diet, life-style and cardiovascular morbidity in the rural, free living population of Elafonisos island BMC Public HealthBMC series –201717:147 DOI: 10.1186/s12889-017-4053-x
- Liatis et al: The prevalence and treatment patterns of diabetes in the Greek population based on real-world data from the nation-wide prescription database Diabetes Res Clin Pract. 2016;118:162–7
- James Flory: Will Cardiovascular Outcomes Data on Newer Diabetes Drugs Bury the Older Agents? JAMA Intern Med. Published online January 17, 2017. doi:10.1001/jamainternmed.2016.8284
- Singh AK et al : SAVOR-TIMI to SUSTAIN-6: a critical comparison of cardiovascular outcome trials of antidiabetic drugs. Expert Rev Clin Pharmacol. 2017 Feb 6:1-14.

IB



Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ): Η σύγχρονη πανδημία του καπνίσματος

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΕΙΛΑΣ

Πνευμονολόγος-Φυματιολόγος,
Επικουρικός Επιμελητής Πνευμονολογικής Μονάδας Α' ΚΕΘ - ΕΚΠΑ
Συντονιστής Ομάδας ΧΑΠ, Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία

Η ΧΑΠ αποτελεί μία σύγχρονη πανδημία που οφείλεται στο κάπνισμα και οδηγεί στο θάνατο 3.000.000 ασθενείς παγκοσμίως κάθε έτος. Αποτελεί την 3η αιτία θανάτου παγκοσμίως. Η νόσος εκτιμάται ότι μπορεί να οδηγήσει σε χρεοκοπία ακόμη και τα πιο εύρωστα και οργανωμένα συστήματα υγείας.



Επιδημιολογικά στοιχεία

Η ΧΑΠ είναι η 3^η αιτία θανάτου από το 2012 σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ευθύνεται κάθε χρόνο για περισσότερους από τρία εκατομμύρια θανάτους στον πλανήτη μας (5,6% των θανάτων παγκοσμίως).

Ο αριθμός των θανάτων από τη ΧΑΠ αυξάνεται να αυξηθεί δραματικά τις επόμενες δεκαετίες και θα οδηγήσει 1 δισεκατομμύριο ανθρώπους να νοσήσουν και περί-

που σε 7 εκατομμύρια θανάτους ετησίως.

Περισσότεροι από τους μισούς πάσχοντες από ΧΑΠ δεν το γνωρίζουν (η νόσος υποδιαγιγνώσκεται). Εκτιμάται ότι η ΧΑΠ ευθύνεται παγκοσμίως για περισσότερα από 29 εκατομμύρια χρόνια ζωής σε συνθήκες αναπηρίας. Το συνολικό κόστος σε φάρμακα, νοσηλείες και για την όλη αντιμετώπιση της νόσου είναι τεράστιο. Η «συμβολή» της ΧΑΠ στις δαπάνες υγείας για τα αναπνευστικά νοσήματα στην Ευρώπη α-

νέρχεται στο 56% και το ετήσιο κόστος αγγίζει τα 39 δις ευρώ.

Περισσότεροι από το 36% των ασθενών με ΧΑΠ αναφέρουν ότι η πάθησή τους τους αναγκάζει να απέχουν από την εργασία, περιορίζει την ικανότητά τους για εργασία ή τους ανάγκασε να πάρουν άδεια από την εργασία τους το περασμένο έτος. Το 45% των ασθενών με ΧΑΠ και ηλικία <65 ετών ανέφεραν απώλεια εργασίας το περασμένο έτος.

Ορισμός-συμπτώματα-παράγοντες κινδύνου-διάγνωση

Η ΧΑΠ είναι μία συχνή νόσος που μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί και χαρακτηρίζεται από επίμονα συμπτώματα και επίμονο περιορισμό της ροής του αέρα που οφείλονται σε ανωμαλίες των αεραγωγών ή/και των κυψελίδων που συνήθως προκαλούνται από σημαντική έκθεση σε βλαπτικά σωματίδια ή αέρια (κυρίως κάπνισμα).

Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι η δύσπνοια, ο βήχας και/ή αυξημένη απόχρεμψη. Τα συμπτώματα συνήθως υποεκτιμώνται από τους ασθενείς.

Ο κύριος παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου

1. Επαγγελματική έκθεση, όπως έκθεση σε καύση βιομάζας ή μόλυνση του αέρα.
2. Ενδογενείς παράγοντες: Γενετικές ανωμαλίες, ανώμαλη ανάπτυξη πνευμόνων, επιταχυνόμενη γήρανση. Η κλινική διάγνωση της ΧΑΠ θα πρέπει να θεωρείται πιθανή σε κάθε ασθενή που εμφανίζει δύσπνοια, χρόνιο βήχα ή απόχρεμψη και ιστορικό έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου της νόσου (κυρίως κάπνισμα).

Ενδείξεις-κλειδιά για να τεθεί η υποψία της ΧΑΠ

- Δύσπνοια: Επίμονη, επιδεινούμενη με το χρόνο και την άσκηση
- Χρόνιος βήχας: Συχνά διαλείπων και ξηρός
- Υποτροπιάζων συριγμός
- Χρόνια παραγωγή πτυέλων: οποιοδήποτε πρότυπο χρόνιας απόχρεμψης μπορεί να είναι ένδειξη ΧΑΠ
- Παραγωγικός βήχας: 30% των ασθενών με ΧΑΠ
- Υποτροπιάζουσες πτωμένες κατώτερου αναπνευστικού
- Ιστορικό έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου της νόσου (κάπνισμα)

- Οικογενειακό ιστορικό ΧΑΠ ή παραγόντων που σχετίζονται με την παιδική ηλικία (βάρος γέννησης, λοιμώξεις αναπνευστικού, κτλ).

Οι προαναφερθείσες ενδείξεις δεν είναι διαγνωστικές, αλλά η παρουσία πολλών ενδείξεων πολλαπλασιάζει την πιθανότητα της ΧΑΠ. Απαραίτητη για τη διάγνωση είναι η σπιρομέτρηση (προ/μετά βροχοδιαστολή).

Η σπιρομέτρηση είναι μία μέθοδος εκτίμησης της αναπνευστικής λειτουργίας με τη μέτρηση της ροής και του όγκου του αέρα που το άτομο μπορεί να εκπνεύσει βίαια μετά από μια μέγιστη εισπνοή. Πρόκειται για μία απλή εξέταση που μπορεί εύκολα να πραγματοποιηθεί σε ένα πνευμονολογικό ιατρείο. Όλοι οι καπνιστές άνω των 40 ετών θα πρέπει να υποβληθούν σε σπιρομέτρηση.

Θεραπεία

Η νόσος μπορεί να ελεγχθεί γιατί το βασικό της αίτιο που είναι το κάπνισμα μπορεί να μειωθεί ή να διακοπεί.

Η ΧΑΠ θεωρείται σήμερα θεραπεύσιμη με τη χρήση θεραπευτικών μεθόδων που βελτιώνουν την αναπνευστική λειτουργία και επιβραδύνουν ή ανακόπτουν την εξέλιξη της νόσου.

Σήμερα, η φαρμακευτική (εισπνεόμενα φάρμακα, φάρμακα διακοπής καπνίσματος, αντιγριπικό και αντιπνευμονιοκοκκικό εμβόλιο), αλλά και η μη φαρμακευτική θεραπεία της ΧΑΠ (πνευμονική αποκατάσταση, δηλαδή πρόγραμμα εκπαίδευσης ασθενών, φυσιοθεραπείας, άσκησης, διατροφικής παρέμβασης και ψυχολογικής υποστήριξης, η οξυγονοθεραπεία, ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός και η χειρουργική αντιμετώπιση) έχουν παρουσιάσει μέσα από πρόσφατες μεγάλες πολυεθνικές κλινικές μελέτες χιλιάδων ασθενών σπουδαία αποτελέσματα όσον αφορά την ανακούφιση από τα συμπτώματα, την αύξηση της ικανότητας των ασθενών για σωματική δραστηριότητα, την επιβράδυνση της επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας, τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασής τους, την αποφυγή των λοιμώξεων-παροξύνσεων-νοσηλείων, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την ελάττωση της θνησιμότητας.

Απαραίτητο στοιχείο της σωστής και αποτελεσματικής θεραπείας είναι και η τακτική παρακολούθηση των ασθενών από τον κατάλληλο γιατρό που είναι ο πνευμονολόγος.

Παροξύνσεις της νόσου

Μια ιδιαίτερα δυσμενής παράμετρος της νόσου είναι οι παροξύνσεις, δηλαδή οι παροδικές ή θανατηφόρες καταστάσεις επιδείνωσης της νόσου που σε ένα ποσοστό στις πιο προχωρημένες καταστάσεις οδηγούν σε εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Οι πιο βαριές δε περιπτώσεις νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Σύμφωνα με το πρόγραμμα καταγραφής των παροξύνσεων της ΧΑΠ της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας (ERS COPD Audit Project) το 30% των ασθενών που νοσηλεύονται με παρόξυνση ΧΑΠ, επανεισάγονται εντός τριμήνου, ενώ το 7% που θα νοσηλευτεί με παρόξυνση θα πεθάνει εντός 90 ημερών από την εισαγωγή του. Οι παροξύνσεις εκτός των αυξημένων αναγκών σε νοσηλευτική φροντίδα, αναγνωρίζεται σαν τον πιο κοστοβόρο παράγοντα της νόσου, καθώς αντιπροσωπεύει το 45% του συνολικού κόστους της νόσου

Δεδομένα από την χώρα μας

Το 2004 καταγράφηκε ότι 9 ενήλικες καπνιστές στους 100 στην χώρα μας πάσχουν από τη νόσο (8,4%), δηλαδή περίπου 700.000 Έλληνες νοσούσαν. Νεότερα δεδομένα του 2015 δείχνουν ότι το ποσοστό της ΧΑΠ ανέβηκε στο 10,6% στον αντίστοιχο πληθυσμό.

Το 56% των ασθενών δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν.

Οι μισοί πάσχοντες συνεχίζουν να καπνίζουν.

Οι άνδρες πάσχουν 2,5 φορές περισσότερο από τις γυναίκες (11,6% έναντι 4,8%) και ο ανδρικός αγροτικός πληθυσμός καπνίζει 2 φορές περισσότερα τσιγάρα από ότι ο αστικός.

Η ΧΑΠ οδηγεί από μόνη της σε απώλεια τουλάχιστον του 50% της ποιότητας ζωής.

Ο μέσος αριθμός ημερών απουσίας από την εργασία κατ' έτος λόγω της ΧΑΠ καταγράφηκε στο 16,9. Έμμεσο κόστος ανά ασθενή (κόστος απώλειας παραγωγικότητας): €1.398,3.

Το άμεσο κόστος ανέρχεται στα € 2.809, ενώ το άμεσο μη ιατρικό (χρόνος ασθενών, χρόνος φροντιστών) στα €1.374 ανά έτος.

Το ετήσιο συνολικό οικονομικό φορτίο της ΧΑΠ ανά ασθενή ανέρχεται στα €5.582.

Με βάση την εκτίμηση ότι οι διαγνωσμένοι ασθενείς με ΧΑΠ σήμερα στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου στους 250.000, η συνολική επιβάρυνση της νόσου για το σύστημα υγείας και τα Ασφαλιστικά Ταμεία (ά-

μεσο ιατρικό κόστος) ανέρχεται στα €702 εκατ. κατ' έτος, ενώ το φορτίο για την κοινωνία συνολικά ανέρχεται στα €1,4 δισ.

Τι πρέπει να γίνει

Πάνω και πριν από όλα άμεση εφαρμογή από την πολιτεία του νόμου της απαγόρευσης τους καπνίσματος σε όλους του δημόσιους χώρους.

Όλοι οι καπνιστές ή πρώην καπνιστές πάνω από τα 40 έτη πρέπει να σπιρομετρηθούν.

Η διάγνωση και η σταδιοποίηση της νόσου πρέπει να ακολουθεί αυστηρά πρότυπα με απαραίτητη την πνευμονολογική εκτίμηση αρχικώς και εν συνεχεία τουλάχιστον την ανά εξάμηνο εξέταση από τον πνευμονολόγο.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization: The top 10 causes of death -Fact Sheet 310, Updated May 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/2014>.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. <http://www.goldcopd.org/>.
3. Punekar YS, Shukla A, Müllerova H: COPD management costs according to the frequency of COPD exacerbations in UK primary care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014, 9:65-73.
4. Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman Sanchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005; 60: 925-31.
5. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2010; 363: 1128-38.
6. Hillas G, Perlikos F, Tsiligianni I, Tzanakis N. Managing comorbidities in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015; 10: 95-109.
7. Kourlaba G, Hillas G, Vassilakopoulos T, Maniadakis N. The disease burden of chronic obstructive pulmonary disease in Greece. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016; 11: 2179-2189.
8. Hillas G, Perlikos F, Tzanakis N. Acute exacerbation of COPD: is it the "stroke of the lungs"? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016; 11: 1579-86

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Στην ελκώδη κολίτιδα και στη νόσο Crohn

ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Επιμελητής Α', ΓΣΝΑ «Αγία Σοφία»

ΠΡΟΚΟΠΙΟΥ ΣΑΒΒΑΣ

Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Πύργου

Δερματικά προβλήματα απαντώνται συχνά στα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου.

Το 10% περίπου των ασθενών πρώτα παρουσιάζουν προβλήματα από το δέρμα.

Τα προβλήματα αυτά διακρίνονται σε ειδικά και μη ειδικά, και δύναται να αφορούν όλα τα στάδια των ΙΦΝΕ, όμως κυρίως απαντούν στην έξερση της νόσου του ΓΕΣ. Οι λεπτομερείς μηχανισμοί της παθογένειας δεν έχουν διευκρινιστεί, αλλά επικρατεί η ανοσολογική άποψη των διασταυρούμενων αντιδράσεων με γενετικούς τόπους.

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων (ΙΦΝΕ) είναι συχνές. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ στη διάρκεια του νοσήματός τους εμφανίζουν εκδηλώσεις από το σύστημα ΔΕΡΜΑ και ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΙ και μάλιστα σε ποσοστό που είναι κοντά στο 20%.

Το δέρμα ως σύστημα αλληλεπιδρά με το γαστρεντερικό σύστημα (ΓΕΣ) με δύο βασικούς τρόπους. Ο ένας τρόπος είναι όταν εμφανίζονται μη ειδικές αλλοιώσεις στο ένα από τα δύο συστήματα όταν πάσχει το άλλο. Σε αυτή την ομάδα περιλαμβάνονται α) δερματικά νοσήματα που σχετίζονται με την ενεργή φάση του νοσήματος ΙΦΝΕ και β) δερματικά νοσήματα που έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης σε νοσήματα ΙΦΝΕ. Ο δεύτερος τρόπος είναι όταν ένα δερματικό νόσημα εμφανίζει συγκεκριμένα ευρήματα από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Εδώ αναφέρονται νοσήματα συστηματικά που προσβάλλουν τόσο το δέρμα σαν σύστημα, όσο και το ΓΕΣ. Επιπλέον, ασθενείς με φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου εκδηλώνουν ανεπιθύμητες φαρμακευτικές αντιδράσεις.

Η πρακτική ανάλυση του θέματος επιβάλλει να διακρίνουμε τις δερματικές εκδηλώσεις που παρουσιάζει μια ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του ΓΕΣ σε «μη ειδικές» και «ειδικές». Η ακριβής παθογένεια των «ειδικών» εκδηλώσεων του δέρματος δεν είναι γνωστή. Έχει προταθεί η θεωρία της διασταυρούμενης ανοσοαπάντησης σε συνδυασμό με γενετικό πολυμορφισμό.

Οζώδες Ερύθημα

Ανήκει στις «μη ειδικές» δερματοπάθει-

ες προσβάλλοντας το 10% περίπου ασθενών με ΙΦΠΕ. Συνοδεύει κατά κύριο λόγο την έναρξη του νοσήματος και παθογενετικά είναι αντίδραση επιβραδυνόμενου τύπου. Βέβαια, το οζώδες ερύθημα σε ένα ποσοστό 50% είναι ιδιοπαθές και στις υπόλοιπες περιπτώσεις συνοδεύει λοιμώξεις, σαρκοειδωση, λεμφώματα, φάρμακα. Το νόσημα παρουσιάζει γενικά συμπτώματα και μετά εμφανίζει επώδυνα οζίδια στο δέρμα, κυρίως στις κνήμες που έχουν την τάση να απορροφώνται αργά στο επόμενο 2μηνο. Η ιστολογική εικόνα επιτρέπει τη διαφορική διάγνωση από άλλες υποδερματίτιδες, αγγειίτιδες, λεμφώματα κλπ. Επειδή το νόσημα υποχωρεί με τοπικά μέσα, δεν απαιτείται ειδική θεραπεία. Σε ασθενείς όπου το νόσημα δεν υποχωρεί μπορεί να χορηγήσουμε ασπιρίνη ή κορτικοστεροειδή. Η θεραπεία του νοσήματος του ΓΕΣ συνεπάγεται και τη βελτίωση – ίσως του οζώδους ερυθήματος. Εάν το οζώδες ερύθημα συνδυάζεται με ν. Crohn δύναται να χορηγηθεί ιωδιούχο κάλιο από το στόμα.

Γαγγραινώδες πυόδερμα

Το νόσημα αυτό αρχίζει σαν μια μικρή φλύκταινα, εξελκώνεται ταχέως και εξελίσσεται σαν επώδυνο έλκος δέρματος με νεκρωτικά χείλη. Χαρακτηριστικά γύρω-γύρω από το έλκος αναπτύσσεται ιδιαίτερη επώδυνη παρυφή ιώδους απόχρωσης. Εκτός από την ανωτέρω κλασική μορφή, άλλες μορφές είναι το φλυκταινώδες γαγγραινώδες πυόδερμα και το πομφολυγώδες γαγγραινώδες πυόδερμα. Επίσης, εμφανίζεται το φαινόμενο της παθεργίας. Το νόσημα

προτιμά ομάδα 30-50 ετών και πιο συχνά τις γυναίκες. Το 5% των περιστατικών αφορά σε άτομα βρεφικής και παιδικής ηλικίας με συχνές εντοπίσεις βλαβών στην κεφαλή και στην περινεογεννητική περιοχή. Η παθοφυσιολογία του γαγγραινώδους πυοδέρματος δεν είναι ξεκάθαρη. Το νόσημα απαντά στο 20-30% σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, αλλά συνοδεύει και άλλα νοσήματα όπως χρόνια ηπατίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, χρόνια μυελογενή λευχαιμία, ποληλαπλούν μυέλωμα. Στο πρώιμο στάδιο της φλύκταινας, η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει δοθιήνα, ερυσίπελας, νόσος Behcet, σύνδρομο Sweet. Η αρχική προσέγγιση περιλαμβάνει: ιστορικό και φυσική εξέταση, βιοψία δέρματος, διερεύνηση ΓΕΣ, διερεύνηση αιματολογική, ορολογικές εξετάσεις, x-ray θώρακος, γενική ούρων. Η θεραπεία είναι αρκετά δύσκολη. Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή σε υψηλή δόση είναι πρώτης γραμμής θεραπεία. Εάν δεν υπάρξει ανταπόκριση χορηγείται κυκλοσπορίνη ή δαψόνη. Επίσης, έχει δοκιμαστεί με καλά αποτελέσματα η ινφλιξimάμπη (5mg/kg) για διάστημα 5-6 μηνών.

Μια ιδιαίτερη μορφή γαγγραινώδους πυοδέρματος είναι το περιτοματικό που έχει κατά κύριο λόγο παρατηρηθεί σε ν. Crohn. Επίσης, το νόσημα εμφανίζει το φαινόμενο της παθεργίας.

Σύνδρομο Sweet

Ονομάζεται και εμπύρετη ουδετεροφιλική δερματοπάθεια. Κλινικά χαρακτηρίζεται από βλατίδες ή πλάκες ερυθρινωδείς με διήθηση στο πρόσωπο και στον κορμό. Υπάρχει άλγος και κνησμός, ενώ συνυπάρχουν και γενικά συμπτώματα όπως κακουχία, πυρετός, αρθραλγίες. Επίσης, προσβάλλει όργανα όπως πνεύμονες, ήπαρ, οφθαλμούς. Όταν υπάρχει έξαρση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου μπορεί να εμφανιστεί (10% περιστατικών) πριν ή ταυτόχρονα. Το σύνδρομο Sweet μπορεί να συνυπάρχει και με άλλα νοσήματα όπως αιματολογικά, νεοπλασίες, αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε φάρμακα, καθώς και στην κύηση. Εργαστηριακά απαντάται αυξημένη CRP και TKE και αύξηση τρανσαμινασών. Η κλινική εικόνα και βιοψία βοηθά στη διάγνωση του συνδρόμου. Το νόσημα έχει διάρκεια που ποικίλλει και εμφανίζει υποτροπές. Συνήθως, η θεραπεία περιλαμβάνει τα συστηματικά κορτικοστεροειδή, την αζαθειοπρίνη, την κολχικίνη και τη δαψόνη.

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



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

2015

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

2-4
ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ





Γαγγραινώδες πυόδερμα



Σύνδρομο Sweet



Αφθώδης στοματίτις



Επίμονο επηρμένο ερύθημα

ΜΗ ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΙΦΝΕ

- Οζώδες ερύθημα
- Γαγγραινώδες πυόδερμα (πυοδερμία)
- Σύνδρομο Sweet
- Υποτροπιάζουσα αφθώδης στοματίτιδα
- Παθήσεις δέρματος σε θέσεις κολλοστομίας και ειλεοστομίας
- Ουδετερόφιλες δερματοπάθειες

ΜΗ ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΙΦΝΕ

- Παθογενετικές εκδηλώσεις ηλικώδους κοιλίτιδας
Φλυκταινώδης δερματοπάθεια Ε.Κ.
Βήλστική πυοστοματίτιδα
- Παθογενετικές εκδηλώσεις νόσου Crohn
 - Ραγάδες, αποστήματα, συρίγγια περιπρωκτικής περιοχής
 - «Μεταστατική νόσος Crohn»
 - Στοματο-προσωπική νόσος Crohn και κοκκιωματώδης χειλίτιδα

Αφθώδης δερματίτιδα

Πολλές φορές στις ΙΦΝΕ συνυπάρχει αφθώδης στοματίτιδα όπου οι ηλικώδεις βλάβες ομοιάζουν με τις κοινές άφθες, αλλά εμφανίζουν συχνότερες υποτροπές. Ανάλογα με το μέγεθος διακρίνονται ελάσσονες (μέχρι 1cm) και στις μείζονες. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει ιώσεις από έρπητα, αδενοϊούς και κυτταρομεγαλοϊούς. Ο παθογενετικός μηχανισμός είναι άγνωστος. Χορηγούμε τοπικά διαλύματα κορτικοστεροειδών με αναισθητικό.

Ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες

Συχνά σε ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφανίζονται νοσήματα που χαρακτηρίζονται από την παρουσία ουδετερόφιλων και τη συμμετοχή τους στην παθογένεια δερματικών νοσημάτων που απαντούν στις ΙΦΝΕ. Τέτοια νοσήματα που περιλαμβάνονται στην ομάδα των ουδετερόφιλων δερματοπαθειών είναι η ηευκοκυτταροκλιματική αγγειίτιδα, η οζώδης πολυαρτηρίτιδα και το επίμονο επηρμένο ερύθημα. Σπάνιο σύνδρομο στην ανωτέρω ομάδα είναι το σύνδρο-

μο SAPHO (ορογονίτις, ακμή, δερματική φλυκταινώση, υπερόστωσις και οστείτις).

Ειδικές εκδηλώσεις ηλικώδους κοιλίτιδας

Στις ειδικές εκδηλώσεις της ηλικώδους κοιλίτιδας περιλαμβάνονται κυρίως η βήλστική πυοστοματίτιδα και η φλυκταινώδης δερματοπάθεια.

α) Βήλστική πυοδερματίτιδα: Το νόσημα αυτό παθογενετικά απαντάται στην ηλικώδη κοιλίτιδα και χαρακτηρίζεται από την έκχυση φλυκταινιδίων στα χείλη και στο στοματικό βλεννογόνο. Τα φλυκταινίδια σε μετέπειτα φάση συρρέουν και δημιουργούν μικροελκώσεις και διαβρώσεις. Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται νοσήματα όπως η κοινή πέμφιγα και λοιμώξεις. Η βήλστική πυοστοματίτιδα είναι δυσίατη και ανθεκτική στην τοπική θεραπεία. Αποτελεσματικά είναι τα συστηματικά κορτικοστεροειδή και η χρήση βιολογικών παραγόντων που ελέγχουν και τη βασική νόσο του ΓΕΣ.

β) Φλυκταινώδης δερματοπάθεια. Με τον όρο αυτό παρουσιάζεται ένα φάσμα δερματολογικών βλαβών με φλυκταινώση που περιλαμβάνει οζίδια, πλάκες, πομφόλυγες και φλύκταινες που προσβάλλουν δέρμα, αλλήλα και βλεννογόνους. Όσον αφορά στην εντόπιση υπάρχει ιδιαίτερη προτίμηση για τον κορμό και τις πτυχές του σώματος. Επίσης, εμφανίζονται συχνά ακολουθώντας τον νόμο της παθεργίας.

Ειδικές εκδηλώσεις της Νόσου Crohn

Στις ειδικές χαρακτηριστικές δερματολογικές εκδηλώσεις της v. Crohn περιλαμβάνονται βλάβες που αφορούν τον πρωκτό, το στόμα και τα χείλη. Περιπρωκτικά στη v. Crohn εμφανίζονται ραγάδες, συρίγγια, αποστήματα, αλλήλα ταυτόχρονα δύναται να εμφανίζονται και ερυθηματώδεις πλάκες στους γλουτούς και στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Συχνά, οι βλάβες αυτές αντιμετωπίζονται συστηματικά με αντιβιοτικά και εάν δεν απαντούν συνδυάζε-

ται η χειρουργική αντιμετώπιση. Η νόσος Crohn προσβάλλει χαρακτηριστικά το στόμα και τα χείλη.

Σε ότι αφορά τα χείλη δύναται να εμφανίζεται κοκκιωματώδης χειλίτιδα, φαίνεται δε να συμμετέχει στην παθογένεια αντίδραση υπερευαισθησίας από Τ-λεμφοκύτταρα με άγνωστα αντιγόνα του δέρματος. Η νόσος Crohn προσβάλλει συχνά σε ένα 10% των ασθενών τη στοματική κοιλότητα με άφθες, καθώς και με ραγάδες και ελκώσεις που με την πάροδο του χρόνου δίνουν την εικόνα «λιθόστρωτου» στον στοματικό βλεννογόνο.

Η θεραπεία της νόσου του εντέρου συνήθως αρκεί για τις εκδηλώσεις της ν. Crohn στο στόμα.

Στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου υπάρχουν προβλήματα θρέψης και δυσαπορρόφησης που αυτές προκαλούν δερματικές νόσους. Είναι γνωστή η εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα που οφείλεται σε έλλειψη Zn. Κάθε άτομο χρειάζεται καθημερινά 3-25mg Zn, η έλλειψή του προκαλεί διάρροια, αλωπεκία, δερματίτιδα, εξάνθημα σαν τη σηγματορορική δερματίτιδα. Επίσης, διαταραχές θρέψης προκαλούν γενικευμένο κνησμό, αύξηση της μελάγχρωσης του

ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΕΣ ΠΥΟΔΕΡΜΑ	ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWEET
• Ελκώδης κοιλίτιδα • N. Crohn • Εκκοιλνωματίτιδα • Ρευματοειδής αρθρίτιδα • Νόσος Behcet • Συστηματικός ερυθηματώδης θύκος (ΣΕΛ) • Λέμφωμα ή λευχαιμία • Μυελοϋπερπλαστικές διαταραχές • Καρκίνος μαστού, πνευμόνων, εντέρου, προστάτη • AIDS	• Ελκώδης κοιλίτιδα • N. Crohn • Εκκοιλνωματίτιδα • Λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο πυλωρού • Εντεροκοιλίτιδα από Yersinia • Νόσος Behcet • Ρευματοειδής αρθρίτιδα • Λέμφωμα ή λευχαιμία • Μυελοϋπερπλαστικές διαταραχές • Καρκίνος μαστού, πνευμόνων, εντέρου, προστάτη • AIDS • Αυτοάνοσες διαταραχές • Κύηση

δέρματος και ιχθύαση. Το δέρμα ατροφεί με την πάροδο των ετών και υπάρχει απώλεια ελαστικότητας. Τέλος, οξεία τελογενής τριχόπτωση απαντάται συχνά σε φλεγμονώδη νοσήματα του ΓΕΣ όταν αυτά εμφανίζουν έξαρση.

Βιβλιογραφία

Christodoulou DK, Katsanos KH, Kitsanou Met al. Frequency of extraintestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease in Northwest Greece. Dig Liver Dis 2002,34:781-786.

Yuksel I, Basar O, Ataseven H et al. Mucocutaneous manifestations in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2009,15:546-550.

Das KM. Relationship of extraintestinal involvements in inflammatory bowel disease. Dig Dis Sci 1999,44:1-13.

Burral B. Sweet's syndrome. Dermatol Online J 199,5:8

Quimby SR, Gibson LE, Winkelmann RK. Superficial granulomatous pyoderma: Clinicopathologic spectrum. Mayo Clin Proc 1989,64-73

IB

Πολύτιμα βιβλία για τον κλινικό ιατρό

ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ στην κλινική πράξη

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ Μυρσίνη και Μιχαήλ Βασιλ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Έντονη Θεραπευτική

Τα βιβλία που σέβονται τον αναγνώστη

Πληροφορίες 210 6776167

Αυχενογενής ίλιγγος και σπονδυλοβασική ανεπάρκεια

Παθογενετική Αγγειακή Προσέγγιση

Ν. ΜΑΪΣΗ¹, Δ. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ², Δ. ΓΟΥΛΕΣ³

¹Ιατρός, ²Ειδικός Παθολογίας, ³Ρευματολόγος
Ιατρείο Σπονδυλικής Στήλης, Αθήνα

Ανασκοπείται για πρώτη φορά στην ελληνική βιβλιογραφία η παθογένεια του αυχενογενούς ίλιγγου, μιας όλο και λιγότερο αμφισβητούμενης κλινικής οντότητας.

Οφείλεται σε παθολογία του αυχένα και χαρακτηρίζεται από αυχεναλγία, αυχενογενή κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγο ή αστάθεια.

Πολλά αίτια και πέντε υποθέσεις προτείνονται για να ερμηνεύσουν την παθογένειά του, συμπεριλαμβανομένου του στροφικού ίλιγγου σπονδυλικών αρτηριών, του συνδρόμου Barré-Liéou, του σχετιζόμενου με την ημικρανία αυχενογενούς ίλιγγου, του ιδιοδεκτικού αυχενογενούς ίλιγγου και του ριζο-μυελοπαθητικού ίλιγγου.

Οι τρεις πρώτες οντότητες συνιστούν κατά τη γνώμη μας την αγγειακή υπόθεση (ανεπάρκεια σπονδυλοβασικής αρτηρίας) και οι δύο τελευταίες καταστάσεις τη νευρολογική υπόθεση (ιδιοδεκτικότητα, μυελοπάθεια).

Στο πρώτο μέρος αυτής της ανασκόπησης αναπτύσσουμε την αγγειακή υπόθεση, παραθέτοντας τα τρέχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Summary

The pathogenesis of cervicogenic vertigo, a decreasingly controversial clinical entity, is being reviewed in this article for the first time in the Greek literature. Cervicogenic vertigo is due to the pathology of the neck and is characterized by neck pain, cervicogenic headache, dizziness, vertigo or unsteadiness. Many causes and five hypotheses are proposed to explain its pathogenesis, including rotational vertebral artery vertigo, Barré-Liéou syndrome, migraine-associated cervicogenic vertigo, proprioceptive cervical vertigo and cervicomyelopathic vertigo. The first three conditions constitute, in our opinion, the vascular hypothesis (vertebrobasilar insufficiency) and the latter two the neurological hypothesis (proprioception, myelopathy). In the first part of this review we analyze the vascular hypothesis, reporting the current evidence from the literature. The vertebrobasilar insufficiency is due to intraluminal, mural and perivascular osteophyte or extrinsic soft tissue causes or spasm of the arteries

due to sympathetic stimulation.

Key-words: Cervicogenic vertigo, vertebrobasilar insufficiency, neck pain, dizziness

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τον όρο αυχενογενής ίλιγγος (ΑΞ) εισήγαγαν για πρώτη φορά το 1955 οι Ryan και Cope.¹ Σύμφωνα με τον ορισμό τους, οφείλεται σε παθολογία της αυχενικής μοίρας της ΣΣ², η οποία προκαλεί αυχεναλγία, δυσκαμψία ή αυχενογενή κεφαλαλγία και συνοδεύεται από ζάλη, ίλιγγο ή αστάθεια. Ο αποκλεισμός εξωσπονδυλικών αιτιών του ίλιγγου θεωρείται ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για τη διάγνωση.

Ο ίλιγγος, γενικότερα, έχει ποικίλες αιτίες, συμπεριλαμβανομένων αυτών που προέρχονται από ΩΡΛ, νευρολογικές, ψυχοσωματικές ή καρδιαγγειακές παθήσεις, από φαρμακογενείς επιπλοκές, καθώς και από τον καλοήγη παροξυσμικό ίλιγγο θέσης (BPPV).

Ορισμένοι ελλειπώς ενημερωμένοι επιστήμονες διατείνονται ότι ο αυχενογενής ίλιγγος δεν υπάρχει, ακόμη και σε δικα-

στικές γνωματεύσεις ειδικών εμπειρογνομόνων. Αυτή είναι μια αστήριχτη θέση. Ο αυχενογενής ίλιγγος είναι θέμα σημαντικής ανησυχίας λόγω του υψηλού κόστους διακαστικών υποθέσεων που σχετίζονται με κακώσεις δίκην μαστιγίου καθώς και ότι η συχνότητά του είναι αυξανόμενη.³

Ο ίλιγγος ή ζάλη ως σύμπτωμα εμφανίζεται στο 20-30% του γενικού πληθυσμού.^{4,5} Ο αυχενογενής ίλιγγος πιστεύεται (από τους υποστηρικτές του) ότι αποτελεί το πιο συχνό σύνδρομο ίλιγγου, παρά το γεγονός ότι θεωρείται μια αμφιλεγόμενη ανεξάρτητη οντότητα.^{6,7} Πιο συγκεκριμένα, οι Colledge *et al*⁸ απέδωσαν τη ζάλη των ηλικιωμένων στην αυχενική σπονδυλωση στο 65% των περιπτώσεων.

Ο όρος «ζάλη» αναφέρεται στο δυσάρεστο συναίσθημα διαταραγμένου προσανατολισμού στο χώρο, ενώ ο όρος «ίλιγγος» αναφέρεται στην εσφαλμένη αντίληψη κίνησης του ίδιου του σώματος (ταλάντευση, περιστροφή), είτε του περιβάλλοντος ή και των δύο.^{9,10}

Παραμένει αμφιλεγόμενο εάν ο αυχενογενής ίλιγγος είναι ανεξάρτητη οντότητα, προφανώς λόγω έλλειψης αξιόπιστων ή παθογνωμονικών δοκιμασιών.^{6,7} Την ίδια στιγμή, μελέτες έχουν καταδείξει ότι, η ηλεκτρική διέγερση των αυχενικών μυών¹¹, ακόμη και με απλά θεραπευτικά ρεύματα (υψηλής έντασης, σύμφωνα με τη πείρα μας), επιτείνουν τη ζάλη και την αστάθεια του ασθενούς. Επιπλέον, η ένεση αναισθητικού στις οπίσθιες ρίζες των άνω αυχενικών σπονδυλίων μπορεί να προκαλέσει ζάλη και νυσταγμό¹²⁻¹⁴, ενώ υπάρχουν επιβεβαιωτικοί εξεταστικοί χειρισμοί του συνδρόμου.

Λέξεις κλειδιά: Αυχενογενής ίλιγγος, σπονδυλοβασική ανεπάρκεια, αυχεναλγία, ζάλη

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ – ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΒΑΣΗ Εισαγωγή στη Παθογένεια

Η παθογένεια του αυχενογενούς ίλιγγου δεν είναι σαφής. Υπάρχει γενικότερα έλλειψη συναίνεσης σχετικά με την παθοφυσιολογία, τα διαγνωστικά κριτήρια και τη βέλτιστη θεραπεία.¹⁵ Πολλές αιτίες, με πέντε διαφορετικές υποθέσεις^{1,3,16} προσπαθούν να εξηγήσουν τον ίλιγγο αυχενογενούς προέλευσης, συμπεριλαμβανομένου του ιδιοδεκτικού αυχενογενούς ίλιγγου, του στροφικού ίλιγγου σπονδυλικών αρτηριών, του συνδρόμου Barré-Liéou, του σχετιζόμενου με την ημικρανία

αυχενογενούς ίλιγγου, καθώς και του ριζο-μυελοπαθητικού ίλιγγου (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΟΥΣ ΙΛΙΓΓΟΥ

1	Στροφικός ίλιγγος σπονδυλικών αρτηριών
2	Σύνδρομο Barré-Liéou
3	Ίλιγγος σχετιζόμενος με ημικρανία
4	Ιδιοδεκτικός αυχενογενής ίλιγγος
5	Ριζο-μυελοπαθητικός ίλιγγος

Ο ιδιοδεκτικός αυχενογενής ίλιγγος και ο στροφικός ίλιγγος σπονδυλικών αρτηριών έχουν διασωθεί με το χρόνο. Το σύνδρομο Barré-Liéou, άλλοτε αμφισβητούμενο, αναβίωθηκε πρόσφατα λόγω νεότερων επιστημονικών δεδομένων. Στην αυχενική συμπιεστική μυελοπάθεια (Εικόνα 1), τα ανιόντα ή κατιόντα δεμάτια στονωτικό μυελό, που αλληλεπιδρούν με την παρεγκεφαλίδα, αιθουσαίο πυρήνα ή αιθουσαίο-σπονδυλικές προβολές είναι η αιτία, σπάνια και ανώδυνη.¹⁷⁻¹⁸

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα, θα μπορούσαμε συνοπτικά να ταξινομήσουμε την παθογένεια σε νευρολογική (ιδιοδεκτική) και αγγειακή (σπονδυλοβασική ανεπάρκεια).

Διαταραχές ιδιοδεκτικότητας

Ο αυχένος έχει πυκνό δίκτυο ιδιοδεκτικών υποδοχέων. Η μεταβίβαση ιδιοδεκτικών ερεθισμάτων από τον αυχένα βοηθά στο συντονισμό των ματιών, της κεφαλής και της θέσης του σώματος καθώς και στον προσανατολισμό στο χώρο. Με τα δεδομένα αυτά, έχει διατυπωθεί ο ισχυρισμός ότι μπορεί να υπάρχει ένα σύνδρομο αυχενογενούς ίλιγγου.^{18,19} Σε μελέτες χρησιμοποιώντας αυχενικά ερεθίσματα, όπως ενδογενής πόνος²⁰, εξωτερικούς χημικούς παράγοντες (τοπική αναισθησία)¹² και γαλιβανική διέγερση¹¹, ήταν δυνατή η πρόκληση διαταραχής της ισορροπίας, νυσταγμού και ίλιγγου. Επιπλέον, η χειρουργική θεραπεία παρέχει έμμεσα δεδομένα υπέρ της ύπαρξης του αυχενογενούς ίλιγγου.^{2,21-23}

Το παρόν άρθρο παρουσιάζει την αγγειακή παθογένεια του αυχενογενούς ίλιγγου σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία.

Ανεπάρκεια και βλάβη σπονδυλικών αρτηριών (σύνδρομο Bow-Hunter)

Υπάρχουν τουλάχιστον 4 διακριτοί μηχανισμοί που προτείνονται για την σπονδυ-

λοβασική ισχαιμία: η στένωση, η συμπίεση, ο σπασμός και ο διαχωρισμός του αρτηριακού τοιχώματος (Εικόνα 2).

Οι πιο συχνές αιτίες της σπονδυλοβασικής ανεπάρκειας (ΣΒΑ) είναι η ενδοαυλική αθηροσκληρωτική στένωση, τα θρομβοέμβολα, αλλήλα και η εξωγενής συμπίεση από μαλακούς ιστούς και οστεόφυτα.²⁴ Πιο συγκεκριμένα, μηχανική συμπίεση μπορεί να προκληθεί από στένωση των εγκάρσιων τρημάτων, αυχενικά οστεόφυτα, ινώδεις ταινίες και άλλες εκφυλιστικές διεργασίες συμπεριλαμβανομένης της σπονδυλικής αστάθειας (σπονδυλολίσηση) κατά τις κινήσεις του αυχένα.²⁵

Σημαντική στένωση ή ανεπάρκεια της μιας σπονδυλικής αρτηρίας δεν προκαλεί συμπτώματα γιατί υπάρχει επαρκής παράπλευρη κυκλοφορία. Η ανεπάρκεια - ισχαιμία της σπονδυλοβασικής αρτηρίας προκαλεί μια ποικιλία συμπτωμάτων. Εμφανίζονται συχνά ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς αιματικής ροής στο τελικό αγγείο και εκδηλώνονται από το αιθουσαίοκοχλιακό όργανο και από το ΚΝΣ (ισχαιμία, έμφρακτα).

Αιθουσαίοκοχλιακό όργανο

Η σπονδυλοβασική ανεπάρκεια θίγει την τελική αρτηρία του αιθουσαίο-κοχλιακού οργάνου, καθιστά το όργανο αυτό πιο επιρρεπές σε ισχαιμία. Οι νευρώνες, άξονες και τα τριχωτά κύτταρα του αιθουσαίο-κοχλιακού συστήματος είναι γνωστό ότι απαντούν στην ισχαιμία με εκπόλωση, υπερδιεγερσιμότητα και έκτοπες αποφορτίσεις, που εκδηλώνονται ως εμβοές, ίλιγγος και ζάλη.

Σύμφωνα με ανατομικές και ιστοπαθολογικές μελέτες, ο λαβύρινθος είναι ευάλωτος στην ισχαιμία.²⁶ Η λαβυρινθική αρτηρία, μια τελική αρτηρία με ελάχιστες παράπλευρες, είναι υπεύθυνη για την παροχή αρτηριακού αίματος στο μεμβρανώδη λαβύρινθο.²⁷

Πειράματα σε ζώα έδειξαν ότι οι αιθουσαίες και οι κοχλιακές νευρικές ίνες μετατρέπονται σε μη διέγερσιμες μέσα σε 20 δευτερόλεπτα έως αρκετά λεπτά μετά από πλήρη διακοπή της ροής αίματος.²⁸ Ως εκ τούτου, συμπεράναν ότι ο ίλιγγος, νυσταγμός και οι εμβοές σε ασθενείς με σπονδυλοβασική ανεπάρκεια (χωρίς άλλα σημεία και συμπτώματα από το εγκεφαλικό στέλεχος) οφείλονται σε ισχαιμία του λαβυρίνθου και όχι του κεντρικού εγκεφαλικού στελέχους.^{29,30}



Εικόνα 1. MRI ασθενή με αυχενογενή ίλιγγο που σχετίζεται με σπονδυλική μυελοπάθεια. Το βέλος δείχνει τη στένωση μυελικού σωλήνα.

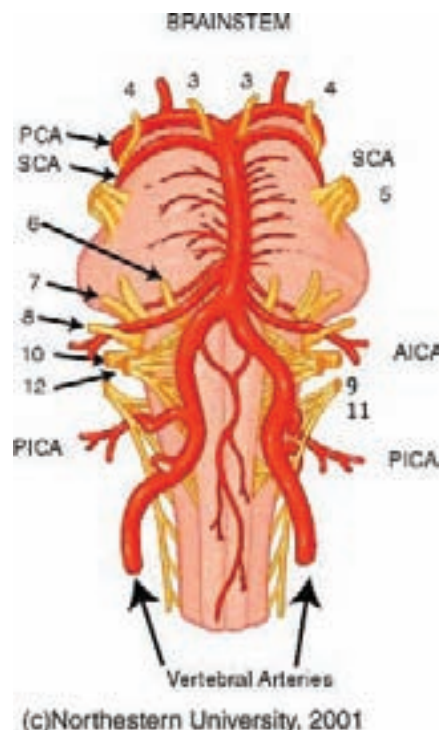
(Hain TC, Cervical vertigo, 2016)

ΚΝΣ

Ειδικότερα, ο ίλιγγος που προκαλείται από αναστρέψιμη απόφραξη ή στένωση της σπονδυλικής αρτηρίας στο ατλαντοαξονικό επίπεδο κατά την στροφή της κεφαλής ονομάζεται «στροφικός ίλιγγος σπονδυλικών αρτηριών». Ονομάστηκε επίσης «σύνδρομο τόξου-κυνηγού» από τον Sorenson³¹ το 1978 για να περιγράψει έναν ασθενή ο οποίος υπέστη εγκεφαλικό επεισόδιο του στελέχους κατά τη διάρκεια τοξοβολίας και βίωσε αυτό τον αστερισμό των συμπτωμάτων.

Αρχικά η ΣΒΑ διαπιστώθηκε αιμοδυναμικά σε πτωματικές μελέτες στροφής της κεφαλής.³³ Οι Noh et al³² υποστήριξαν ότι ο ίλιγγος και ο νυσταγμός σε ασθενείς με στροφικό ίλιγγο σπονδυλικών αρτηριών (RVAO) μπορεί να οφείλεται σε παροδική ισχαιμία της κάτω παρεγκεφαλίδας ή έξω μοίρας του προμήκους μυελού απεικονιζόμενων με εγκεφαλική αγγειογραφία και διακρανιακό doppler, δεδομένου ότι οι περιοχές αυτές αιματώνονται από τις σπονδυλικές αρτηρίες.

Ωστόσο, κάποιες άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι στους περισσότερους ασθενείς με RVAO, τα συμπτώματα μπορεί να αποδοθούν σε ασύμμετρη διέγερση αμφοτέρων των λαβυρίνθων επαγόμενη από παροδική ισχαιμία ή αγγειοσύσπαση λόγω υπο-



Εικόνα 2α. Καλλιτεχνική απόδοση των σπονδυλικών αρτηριών, καθώς και των κρανιακών νεύρων (Hain TC, Cervical vertigo, 2016)



Εικόνα 2β. Φυσιολογική CTA (CT αγγειογραφία) δείχνει πως οι σπονδυλικές αρτηρίες διασχίζουν τους σπονδύλους στον αυχένα στην πορεία τους μέχρι το εγκεφαλικό στέλεχος



Εικόνα 2γ. Άλλη όψη της φυσιολογικής ανατομίας. Πρόκειται για ανακατασκευή από τη CTA ενός άλλου ασθενούς

■ αιμάτωσης της κάτω παρεγκεφαλίδας.^{34,35}

Πρόσφατα, οι Sarkar *et al*²⁴ μετά από μελέτη της τρέχουσας βιβλιογραφίας, διαπίστωσαν ότι το σύνδρομο τόξου-κυνηγού είχε συχνά αναφερθεί στο επίπεδο A1-2, και η πλειονότητα των περιπτώσεων παρουσιάζονταν σε ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών εξαιτίας εκφυλιστικών οστεοφύτων και ετερόπλευρης αθηροσκλήρωσης. Παρομοίως, με το σύνδρομο τόξου-κυνηγού το 1992 ο Weintraub³⁶ ανέφερε 2 περιστατικά με αυχενογενή ίλιγγο που εκδηλώθηκε μετά από λούσιμο σε κομμωτήριο και αρχικά ονομάστηκε «εγκεφαλικό σύνδρομο κομμωτηρίου». Η μελέτη διαπίστωσε ότι ο πιθανότερος παθοφυσιολογικός μηχανισμός του συνδρόμου ήταν η στένωση της σπονδυλικής αρτηρίας που προκλήθηκε από συμπίεση της ατλαντοϊνιακής διάρθρωσης.³⁷

Οι Endo *et al*³⁷ κατέδειξαν επίσης ότι η υπερέκταση του αυχένα με την κεφαλή να κρέμεται κατά το λούσιμο μαλλιών στο κομμωτήριο είναι ένας παράγοντας κινδύνου για ΣΒΑ και διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με εγκεφαλικό σύνδρομο κομμω-

τηρίου είναι παρόμοιοι με αυτούς που παρατηρήθηκαν σε τροχαία ατυχήματα και εμπίπτουν στην κατηγορία των κρανιοαυχενικών κακώσεων.

Πρόσφατα, μελέτες έδειξαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές αλλαγές στη ροή αίματος ή την ταχύτητα των σπονδυλικών αρτηριών υγιών νεαρών ενήλικων ανδρών μετά από διάφορες θέσεις της κεφαλής και χειρισμούς της αυχενικής μοίρας της ΣΣ.³⁸ Ωστόσο, πολλοί άλλοι επιστήμονες κατέδειξαν ότι η μείωση της ταχύτητας της σπονδυλικής αρτηρίας σχετιζόταν με τον ίλιγγο κατά τη διάρκεια στροφής της κεφαλής.

Οι Machaly *et al*³⁹ διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με αυχενική σπονδύλωση που διαμαρτύρονταν για ίλιγγο (71,4%) είχαν σημαντικά χαμηλότερες παραμέτρους ροής αίματος από ό,τι οι ασθενείς χωρίς ίλιγγο με αυχενική σπονδύλωση (32,9%) κατά τη διάρκεια στροφής της κεφαλής με τη χρήση έγχρωμου υπερηχογραφήματος duplex.

Μία άλλη μελέτη έδειξε παθολογική μείωση της ταχύτητας ροής των σπονδυλικών αρτηριών σε ασθενείς με εκφυλιστικές αλλοιώσεις της αυχενικής μοίρας της

ΣΣ.⁴⁰ Μία μετα-ανάλυση 9 μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ταχύτητα ροής αίματος της σπονδυλικής αρτηρίας είχε μεγαλύτερη καταστολή σε ασθενείς με ΣΒΑ από ό,τι σε υγιή άτομα κατά την στροφή της κεφαλής αντίπλευρα.⁴¹

Σπασμός σπονδυλικών αρτηριών Σύνδρομο Barré - Liéou (δυσλειτουργία του συμπαθητικού)

Ο γνωστός Νευρολόγος Barré που ανακάλυψε το σύνδρομο Guillain-Barré, το 1926 υποστήριξε πρώτος⁴² και αργότερα ο Liéou, ότι οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις της ΑΜΣΣ μπορεί να διεγείρουν τις συμπαθητικές περιγαιγειακές νευρικές ίνες και να προκαλέσουν σπασμό της σπονδυλικής αρτηρίας. Στη συνέχεια, μαζί περιέγραψαν το αποκαλούμενο «σύνδρομο Barré-Liéou», το οποίο χαρακτηριζόταν από ίλιγγο, εμβοές, πονοκέφαλο, θολή όραση, διαστολή κόρης, ναυτία, έμετο κλπ.⁴³ Πρότειναν ότι το συμπαθητικό πλέγμα γύρω από τις σπονδυλικές αρτηρίες θα μπορούσε να διεγερθεί από την εκφυλιστική νόσο του αυχένα και αυτή η διέγερση θα μπορούσε να συμ-

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΒΟΗΘΩΝΤΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Η θεραπεία ραδιοσυχνότητων (RF) χρησιμοποιείται για δεκαετίες και έχει βοηθήσει χιλιάδες άτομα να ζουν με μειωμένο πόνο.

Κατά τη διαδικασία της θεραπείας η ενέργεια ραδιοσυχνότητας εφαρμόζεται με ακρίβεια σε αυτά τα ερεθισμένα νεύρα που μεταδίδουν πόνο προκειμένου να δημιουργηθεί ένας αποκλεισμός, που ορισμένες φορές αποκαλείται αλλοίωση. Ο αποκλεισμός αυτός μειώνει την ικανότητα των νεύρων να στέλνουν σήματα πόνου στον εγκέφαλο, μειώνοντας έτσι τα συμπτώματα και φέρνοντας ανακούφιση.

Σήματα πόνου που ταξιδεύουν προς στον εγκέφαλο



ΕΠΩΔΥΝΟ ΝΕΥΡΟ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Περιοχή θεραπείας με ραδιοσυχνότητα που μπλοκάρει τα σήματα πόνου



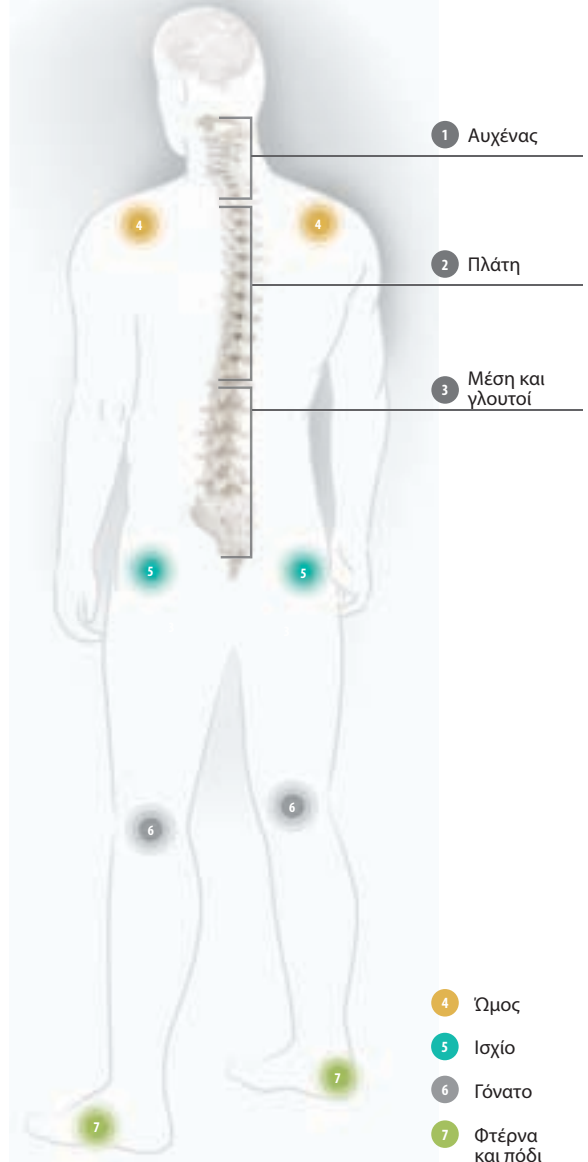
ΕΠΩΔΥΝΟ ΝΕΥΡΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΡΑΔΙΟΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Σε κλινικές μελέτες, οι ασθενείς έχουν αναφέρει ανακούφιση από τον πόνο για έξι έως δώδεκα μήνες, και σε ορισμένες περιπτώσεις έως και δύο έτη.¹ Η θεραπεία με ραδιοσυχνότητα δύναται να επαναληφθεί εάν επιστρέψουν τα συμπτώματα.

Πολλά άτομα που λαμβάνουν θεραπεία με ραδιοσυχνότητα, έχουν:

- Μακροχρόνια ανακούφιση από τον πόνο
- Αυξημένη λειτουργικότητα
- Μείωση της χρήσης αναλγητικών φαρμάκων
- Βελτιωμένη ποιότητα ζωής

Η ραδιοσυχνότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία χρόνιου πόνου σε διάφορες περιοχές του σώματος

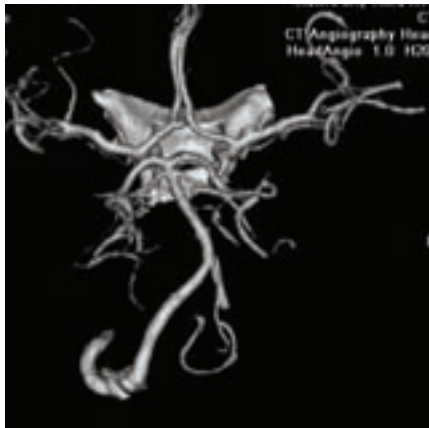


1. Bogduk, N., Dreyfuss, P., & Govind, J. (2009). Μια αφηγηματική ανασκόπηση νευροτομίας του έσω οσφυϊκού κλάδου για τη θεραπεία πόνου στην πλάτη. *Pain Medicine*, 10(6), 1036-1045.

Μόνο με συνταγή

Σύντομη σύνοψη: Προτού χρησιμοποιήσετε αυτές τις συσκευές, παρακαλούμε όπως μελετήσετε τις Οδηγίες Χρήσης για πλήρη κατάλογο των ενδείξεων, αντενδείξεων, προειδοποιήσεων, προφυλάξεων, πιθανών παρενεργειών και οδηγιών χρήσης.

Εκτός και αν υποδεικνύεται διαφορετικά, το σύμβολο ™ υποδεικνύει ότι το όνομα αποτελεί εμπορικό σήμα της St. Jude Medical, ή έχει παραχωρηθεί άδεια στην St. Jude Medical, LLC ή σε μία από τις θυγατρικές της εταιρείες. Η επωνυμία ST. JUDE MEDICAL και το σύμβολο των εννέα τετραγωνιδίων είναι εμπορικά σήματα και σήματα υπηρεσιών της St. Jude Medical, LLC και των σχετικών εταιρειών. © 2017 St. Jude Medical, LLC. Με την επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματος.



Εικόνα 3.

CT αγγειογραφία με τρισιδιάστατη ανακατασκευή. Η αριστερή σπονδυλική αρτηρία (κάτω αριστερά) είναι μεγάλη και κυρίαρχη. Η δεξιά σπονδυλική αρτηρία (δεξιά κάτω) είναι μικρή και υποπλαστική. Σημειώστε ότι οι ανακατασκευές δεν είναι σχεδόν τόσο αξιόπιστες όσο οι απλές εικόνες, καθώς γίνονται από υπολογιστές που μπορεί να έχουν τις δικές τους παραμέτρους για το τι είναι ένα αιμοφόρο αγγείο και τι θόρυβος (Hain TC, Cervical vertigo, 2016)

➔ βάλει σε αντανakλαστική αγγειοσύσπαση του σπονδυλοβασικού συστήματος, εξηγώντας έτσι τα παραπάνω συμπτώματα.

Πειράματα σε ζώα στη συνέχεια δεν επιβεβαίωσαν αυτή την θεωρία^{44,45} η οποία περιέπεσε σε αδράνεια. Ο ίλιγγος, οι εμβοές και ο πονοκέφαλος συσχετίστηκαν με διάφορες παθήσεις του αιθουσαίου συστήματος, όπως προτάθηκε από τον Ménière 60 χρόνια πριν τον Barré.⁴⁵

Πρόσφατα με τις μελέτες των Li *et al* το σύνδρομο έχει αναβιώσει. Διαπίστωσαν ότι ένας μεγάλος αριθμός συμπαθητικών μεταγαγγλιακών ινών κατανέμονται στον οπίσθιο επιμήκη αυχενικό σύνδεσμο (PLL) σε κουνέλια.⁴⁶ Η πυκνότητα των συμπαθητικών ινών που κατανέμονται στη μεσοσπονδυλία μοίρα του PLL είναι μεγαλύτερη από αυτή της σπονδυλικής μοίρας. Η ύπαρξη συμπαθητικών μεταγαγγλιακών ινών επιβεβαιώθηκε επίσης σε ανθρώπους. Έχει επίσης αναφερθεί ότι στους θύλακες των αυχενικών αγκιστροειδών αρθρώσεων, το PLL, την οπίσθια μοίρα του ινώδους δακτυλίου, τα νωτιαία γάγγλια και το σκληρό μηνιγγικό σάκο κατανέμονται συμπα-

θητικές ίνες στον άνθρωπο.⁴⁷ Αυτές οι παρατηρήσεις μπορεί να παρέχουν μια πιθανή νευροανατομική βάση της παθογένειας του αυχενογενούς ίλιγγου.⁴⁶⁻⁴⁸

Πιθανολογείται ότι μπορεί να είναι η συμπίεση ή διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, (εκτός της σπονδυλικής αρτηρίας), η οποία ευθύνεται για συμπτώματα όπως ίλιγγος, ζάλη, κεφαλαλγία, εμβοές, ναυτία και εμετό, καρδιακό σφυγμό, υπαμνησία, και γαστρεντερική δυσφορία.

Η συμπίεση της σκληρής μήνιγγας και του PLL της αυχενικής μοίρας της ΣΣ μπορεί να επάγει ένα συμπαθητικό αντανakλαστικό. Η δραστηριότητα μπορεί να περάσει μέσα από τα γάγγλια και το συμπαθητικό στέλεχος στις μεταγαγγλιακές ίνες που φθάνουν στο όργανο στόχο, όπως η σπονδυλική αρτηρία, και στη συνέχεια να προκαλέσει συμπτώματα όπως ο ίλιγγος. Μετά την πρόσθια αυχενική δισκεκτομή και σπονδυλοδεσία (ACDF), η αποσυμπίεση της σκληρής μήνιγγας και του PLL ήταν σαφής και έτσι τα συμπτώματα από το συμπαθητικό μετριάστηκαν. Οι Wang *et al*⁴⁹ υποθέτουν ότι: (1) υπάρχουν συμπαθητικές μεταγαγγλιακές ίνες που κατανέμονται στο PLL ή τους δίσκους, (2) παθολογικές αλλοιώσεις δευτερογενείς της εκφύλισης του μεσοσπονδυλίου δίσκου που μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό των συμπαθητικών νευρικών ινών του PLL ή δίσκων, οδηγώντας σε συμπτώματα του συμπαθητικού μέσω ορισμένων οδών, και (3) η αφαίρεση του PLL ή η σταθεροποίηση του τμήματος που μειώνει τον ερεθισμό στο PLL θα βοηθούσε στην εξάλειψη των συμπτωμάτων από το συμπαθητικό.

Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από τους Hong και Kawaguchi⁵⁰, 39 ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με αυχενική σπονδυλωση και συμπτώματα από το συμπαθητικό, υποβλήθηκαν σε πρόσθια αυχενική δισκεκτομή και σύντηξη. Μετά την επέμβαση επιτεύχθηκαν καλά έως εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα στο 95% αυτών των ασθενών.

Οι παραπάνω απόψεις είναι ελκυστικές, αλλά φαίνεται αρκετά δύσκολο να τεκμηριωθούν και παραμένουν υποθετικές μη έχοντας μια μέθοδο εξέτασής τους. Ο καθηγητής Bogduk το 1986⁵¹, γνωστός κλινικός και ερευνητής, πιστεύει ότι ο σπασμός των σπονδυλικών αρτηριών μπορεί να συμβεί εξαιτίας της στενής σχέσης μεταξύ του συμπαθητικού στελέχους και των σπονδυλικών αρτηριών.

Διαχωρισμός των σπονδυλικών αρτηριών

Ο διαχωρισμός της αρτηρίας ή το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα αποτελούν οξεία αγγειακά συμβάντα. Ο διαχωρισμός σημαίνει ότι το τοίχωμα της αρτηρίας σκίζεται και αίμα εισέρχεται μεταξύ των δύο χιτώνων της αρτηρίας, προκαλώντας συχνά απόφραξη. Υποστηρίζεται ότι οι σπονδυλικές αρτηρίες μπορεί να υποστούν βλάβη στα σημεία αγκίστρωσής τους στην άνω αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης μέσω μηχανισμού που ενέχει διάταση. Για αυτό το λόγο, τροχαία ατυχήματα ή χειροπρακτικοί χειρισμοί στον αυχένα συσχετίζονται με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σπονδυλοβασικής αιτιολογίας.^{52,53,54} Πρόσφατη μελέτη που αφορούσε σχεδόν 1000 άτομα, διαπιστώθηκε ότι οι «χειρισμοί του αυχένα» προηγήθηκαν στο 7% των εγκεφαλικών επεισοδίων που προκλήθηκαν από διαχωρισμό αυχενικών αρτηριών.⁵⁵

Στις κακώσεις δίκην μαστιγίου από τροχαία μπορεί περιστασιακά να συμβεί διαχωρισμός σπονδυλικών αρτηριών. Ο προτεινόμενος μηχανισμός είναι διάταση των άνω τμημάτων των σπονδυλικών αρτηριών. Οι κακώσεις του αυχένα έχουν αυξηθεί διεθνώς τα τελευταία χρόνια από τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, πιθανώς λόγω της αλληλεπίδρασης μεταξύ της χρήσης των ζωνών ασφαλείας και των θωρακικών αερόσακων. Ενώ οι αερόσακοι μειώνουν τον κίνδυνο θανάτου, μηχανικά με την συγκράτηση του κορμού, μπορούν να σχετίζονται με μεγαλύτερη σχετική κίνηση της μη συγκρατημένης κεφαλής στον αυχένα λόγω της ορμής.

Σχετιζόμενος με ημικρανία αυχενογενής ίλιγγος

Υπάρχει κλινικά εμφανής σχέση μεταξύ ημικρανίας, αυχεναλγίας και ίλιγγου που απαιτεί ερευνητική επιβεβαίωση.

Το ένα τρίτο των ασθενών με ημικρανία βιώνουν ίλιγγο.⁵⁶ Από την άλλη πλευρά, ο αυχενικός πόνος και η δυσκαμψία είναι τυπικά συμπτώματα της ημικρανίας. Οι Blaschek *et al*⁵⁷ διαπίστωσαν ότι ο πόνος στον αυχένα και στον ώμο ήταν στενά συνδεδεμένα με την ημικρανία σε εφήβους και το 63% της ομάδας ασθενών με ημικρανία ανέφεραν πόνο στον αυχένα και ώμο. Ωστόσο, ο Kelman⁵⁸ διαπίστωσε ότι το 40% των ασθενών με ημικρανία έπαυσε από αυχενικό πόνο.

Η ημικρανία θα μπορούσε να είναι ένας σύνδεσμος μεταξύ του αυχενικού πόνου και του αυχενογενούς ιλιγγίου.¹⁶ Από τη μία πλευρά, η σχέση μεταξύ ημικρανίας και ιλιγγίου έχει τεκμηριωθεί επαρκώς στη βιβλιογραφία και ο όρος «σχετιζόμενος με ημικρανία ίλιγγος» έχει αναγνωριστεί ευρέως από την διεθνή επιστημονική κοινότητα.⁵⁹⁻⁶² Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Selby και Lance βρήκε ότι σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών με ημικρανία, ο πόνος στον αυχένα συσχετιζόταν συχνότερα με ημικρανία παρά με ναυτία, ένα εγγενές χαρακτηριστικό της διαταραχής.⁶³ Στη συνέχεια, οι Yacovino και Hain¹⁶ διαπίστωσαν ότι υπήρχε ευρεία επικάλυψη μεταξύ του ιλιγγίου που σχετίζεται με την ημικρανία και του αυχενικού πόνου ή δυσκαμψίας που σχετίζονται με την ημικρανία και του συμπτωματικού ορισμού του αυχενογενούς ιλιγγίου. Υποστήριξαν ότι ένας πιθανός μηχανισμός συσχέτισης των δύο οντοτήτων με αμφίδρομο τρόπο θα ήταν η αυχενική τριδυμο-αιθουσαία πορεία. Οι αμφίδρομες συνδέσεις μεταξύ των αισθησαίων πυρήνων και του ουραίου πυρήνα του τριδύμου θα μπορούσαν να παρέχουν ένα μηχανισμό κατά τον οποίο τα αισθησαία σήματα θα επηρέαζαν την αγγειακή πορεία του τριδύμου, η οποία σχετίζεται ευρέως με την επεξεργασία των αισθησαίων και τριδυμικών πληροφοριών κατά τη διάρκεια των επεισοδίων ημικρανίας.¹⁶ Παρόμοια ενεργοποίηση της αυχενικής οδού του τριδύμου θα προκαλούσε ημικρανία και στη συνέχεια θα οδηγούσε σε αυχενογενή ιλιγγίο. Αυτή η υπόθεση του αυχενογενούς ιλιγγίου που σχετίζεται με την ημικρανία, όμως, απαιτεί περαιτέρω έρευνα για επιβεβαίωση.

Απεικονιστικός έλεγχος

Για τη διαφοροδιάγνωση του ιλιγγίου και την ανεπάρκεια των σπονδυλικών αρτηριών, η χρήση MRI ή αξονικής τομογραφικής αγγειογραφίας (CTA) (Εικόνα 3) είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στον προσδιορισμό της παθολογίας από τη συμπίεση της σπονδυλικής αρτηρίας (π.χ. το σύνδρομο τόξου-κυνηγού).

Η πιο αξιόπιστη και ουσιαστική εξέταση για τον προσδιορισμό της ακριβούς περιοχής της μηχανικής συμπίεσης της σπονδυλικής αρτηρίας προκειμένου να ληφθεί απόφαση για χειρουργική επέμβαση είναι η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία (DSA), ειδικά σε θέση στροφής της κεφα-

λής (στροφή και έκταση). Ωστόσο, δεδομένου ότι η DSA είναι μια επεμβατική μέθοδος που απαιτεί σκιαγραφικό ιωδίου υψηλής αντίθεσης, θα πρέπει να προορίζεται για καταστάσεις όπου η υποψία είναι υψηλή, και όχι ως μία εξέταση ρουτίνας.¹⁶

Μη-επεμβατικές τεχνικές όπως η αυχενική MRI, αποφεύγουν τους κινδύνους της αγγειογραφίας και επίσης τον κίνδυνο ακτινοβολίας από την CTA. Η δυναμική MRI ή CTA μπορεί να είναι προβληματικές, επειδή απαιτούν τη διατήρηση της συμπτωματικής θέσης από τους ασθενείς για μερικά λεπτά, το οποίο μπορεί να είναι πολύ δύσκολο και μπορεί ακόμη να προκαλέσει απώλεια συνείδησης, παρόλο που και οι δύο μέθοδοι μπορούν να απεικονίσουν τη στενωτική περιοχή ακόμα και χωρίς στροφή.^{64,65}

Επομένως, όταν υποστηρίζεται η διάγνωση του αυχενογενούς ιλιγγίου, οι ακόλουθοι σχετικοί παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη: στενή χρονική σχέση μεταξύ αυχενικού πόνου και συμπτωμάτων ιλιγγίου, προηγούμενος τραυματισμός αυχένα ή παθολογία και εξάλειψη άλλων αιτιών ιλιγγίου.⁹

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος σε στροφή ή διακρανικό doppler είναι μια απλή εξέταση πρώτης επιλογής που διαπιστώνει παθολογικά μειωμένη ροή αίματος στη σπονδυλική αρτηρία.^{41,66}

Βιβλιογραφία

1. Ryan MS, Cope S. Cervical vertigo. *Lancet* 1955; 2:1355-1358.
2. Γουλές Δ. Αυχενογενής ίλιγγος στο «Αυχενικό Σύνδρομο», εκδόσεις ΕΕΛΙΑ, 2015
3. Hain TC, Cervical vertigo, 2016, <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/cervical/cervical.html>
4. Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L. Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. *Br J Gen Pract* 1998; 48:1131-1135.
5. Hannaford PC, Simpson JA, Bisset AF, Davis A, McKerrow W, Mills R. The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: Results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Fam Pract* 2005; 22:227-233.
6. Brandt T. Cervical vertigo: Reality or fiction? *Audiol Neurotol* 1996; 1:187-196.
7. Yacovino DA. Cervical vertigo: Myths, facts, and scientific evidence. *Neurologia* 2012; 13:211-213.
8. Colledge NR, Barr-Hamilton RM, Lewis SJ, Sellar RJ, Wilson JA. Evaluation of investiga-

tions to diagnose the cause of dizziness in elderly people: A community based controlled study. *BMJ* 1996; 313:788-793.

9. Wrisley D, Sparto P, Whitney S, Furman J. Cervicogenic dizziness: A review of diagnosis and treatment. *J Orthop Sports Phys Ther* 2000; 30:755-766.
10. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. *Dtsch Arztebl Int* 2008; 105:173-180.
11. Wapner S, Werner H, Morant RB. Experiments on sensory-tonic field theory of perception. Effect of body rotation on the visual perception of verticality. *J Exp Psychol* 1951; 42:351-357.
12. de Jong PT, de Jong JM, Cohen B, Jongkees LB. Ataxia and nystagmus induced by injection of local anesthetics in the neck. *Ann Neurol* 1977; 1:240-246.
13. Biemond A, de Jong JMBV. On cervical nystagmus and related disorders. *Brain* 1969; 92:437-458.
14. Cohen LA. Role of eye and neck proprioceptive mechanisms in body orientation and motor coordination. *J Neurophysiol* 1961; 24:1-11.
15. Heidenreich KD, Beaudoin K, White JA. Cervicogenic dizziness as a cause of vertigo while swimming: An unusual case report. *Am J Otolaryngol* 2008; 29:429-431.
16. Yacovino DA, Hain TC. Clinical characteristics of cervicogenic-related dizziness and vertigo. *Semin Neurol* 2013; 33:244-255.
17. Benito-Leon J, Diaz-Guzman S, Madero, et al. (1996). «[Vertigo as an atypical symptom of intraspinal cord tumor].» *Rev Neurol* 24(129): 564-6.
18. Brandt T, and A. M. Bronstein (2001). «Cervical vertigo.» *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 71(1): 8-12.
19. Brown JJ. Cervical contributions to balance: Cervical vertigo. In: Berthoz A, Vidal PP, Graf W (eds). *The Head Neck Sensory Motor System*. Oxford University Press, New York, 1992, pp 644-647.
20. Koskimies K, Sutinen P, Aalto H, Starck J, Toppila E, Hirvonen T, Kaksonen R, Ishizaki H, Alaranta H, Pykko I. Postural stability, neck proprioception and tension neck. *Acta Otolaryngol Suppl* 1997; 529:95-97.
21. Reid SA, Rivett DA, Katekar MG, Callister R. Sustained natural apophyseal glides (SNAGs) are an effective treatment for cervicogenic dizziness. *Man Ther* 2008; 13:357-366.
22. Reid SA, Rivett DA, Katekar MG, Callister R. Comparison of mulligan sustained natural apophyseal glides and maitland mobilizations for treatment of cervicogenic dizziness: A randomized controlled trial. 2014; 94:466-476.
23. Lystad RP, Bell G, Bonnevie Svendsen M, Carter CV. Manual therapy with and without vestibular rehabilitation for cervicogenic dizziness. 

- ziness: A systematic review. *Chiropr Man Therap* 2011; 19:21.
24. Sarkar J, Wolfe SQ, Ching BH, Kellicut DC. Bow hunter's syndrome causing vertebrobasilar insufficiency in a young man with neck muscle hypertrophy. *Ann Vasc Surg* 2014; 28:1032. e1-1032.e10.
 25. Healy AT, Lee BS, Walsh K, Bain MD, Krishnaney AA. Bow hunter's syndrome secondary to bilateral dynamic vertebral artery compression. *J Clin Neurosci*. 2014 2015;22:209-212. pii: S0967-5868(14)00358-0. doi: 10.1016/j.jocn.2014.05.027.
 26. Strupp M, Planck JH, Arbusow V, Steiger HJ, Brückmann H, Brandt T. Rotational vertebral artery occlusion syndrome with vertigo due to "labyrinthine excitation." *Neurology* 2000; 54:1376-1379.
 27. Mazzoni A. The vascular anatomy of the vestibular labyrinth in man. *Acta Otolaryngol Suppl* 1990; 472:1-83.
 28. Sitko S, Honrubia V. Differential effect of ischemia on spontaneous and sinusoidal-evoked activity in semicircular canal afferents in the bullfrog. *Acta Otolaryngol* 1986; 102:179-185.
 29. Choi KD, Shin HY, Kim JS, Kim SH, Kwon OK, Koo JW, Park SH, Yoon BW, Roh JK. Rotational vertebral artery syndrome: oculographic analysis of nystagmus. *Neurology* 2005; 65:1287-1290.
 30. Brandt T, Baloh RW. Rotational vertebral artery occlusion: a clinical entity or various syndromes? *Neurology* 2005; 65:1156-1157.
 31. Sorensen BF. Bow hunter's stroke. *Neurosurgery*, 1978; 2:259-261.
 32. Toole JF, Tucker SH. Influence of head position on cerebral circulation. *Arch Neurol* 1960; 2:616-623.
 33. Noh Y, Kwon OK, Kim HJ, Kim JS. Rotational vertebral artery syndrome due to compression of nondominant vertebral artery terminating in posterior inferior cerebellar artery. *J Neurol* 2011; 258:1775-1780.
 34. Choi KD, Choi JH, Kim JS, Kim HJ, Kim MJ, Lee TH, Lee H, Moon IS, Oh HJ, Kim JI. Rotational vertebral artery occlusion: mechanisms and long-term outcome. *Stroke* 2013; 44:1817-1824.
 35. Kim HA, Yi HA, Lee CY, Lee H. Origin of isolated vertigo in rotational vertebral artery syndrome. *Neurol Sci* 2011; 32:1203-1207.
 36. Weintraub MI. Beauty parlor stroke syndrome: report of two cases. *Neurology* 1992; 42:340.
 37. Endo K, Ichimaru K, Shimura H, Imakiire A. Cervical vertigo after hair shampoo treatment at a hairdressing salon: A case report. *Spine* 2000; 25:632-634.
 38. Quesnele JJ, Triano JJ, Noseworthy MD, Wells GD. Changes in vertebral artery blood flow following various head positions and cervical spine manipulation. *J Manipulative Physiol Ther* 2014; 37:22-31.
 39. Machaly SA, Senna MK, Sadek AG. Vertigo is associated with advanced degenerative changes in patients with cervical spondylosis. *Clin Rheumatol* 2011; 12:1527-1534.
 40. Sterk P, Reron E, Maga P, Modrzejewski M, Szybist N. A possible correlation between vertebral artery insufficiency and degenerative changes in the cervical spine. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255:437-440.
 41. Mitchell J. Vertebral artery blood velocity changes associated with cervical spine rotation: A meta-analysis of the evidence with implications for professional practice. *J Manual Manip Ther* 2009; 17:46-57.
 42. Barre JA. Sur un syndrome sympathique cervical postérieur et sa cause fréquente, l'arthrite cervicale. *Rev Neurol (Paris)* 1926; 45:1246-1248.
 43. Pearce JMS. Barré-Liéou syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:319.
 44. Mueller SM, Heistad DD, Marcus ML. Total and regional cerebral blood flow during hypotension, hypertension, and hypocapnia. Effect of sympathetic denervation in dogs. *Circ Res* 1977; 41:350-356.
 45. Sadoshima S, Heistad DD. Regional cerebral blood flow during hypotension in normotensive and stroke-prone spontaneously hypertensive rats: Effect of sympathetic denervation. *Stroke* 1983; 14:575-579.
 46. Li J, Gu T, Yang H, Liang L, Jiang DJ, Wang ZC, Yuan W, Wang XW. Sympathetic nerve innervation in cervical posterior longitudinal ligament as a potential causative factor in cervical spondylosis with sympathetic symptoms and preliminary evidence. *Med Hypotheses* 2014; 82:631-635.
 47. Nathan PW, Smith MC. The location of descending fibres to sympathetic preganglionic vasomotor and sudomotor neurones in man. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50:1253-1262.
 48. Zuo J, Han J, Qiu S, Luan F, Zhu X, Gao H, Chen A. Neural reflex pathway between cervical spinal and sympathetic ganglia in rabbit: implication for pathogenesis of cervical vertigo. *Spine J* 2013; doi: 10.1016/j.spinee.2013.11.031.
 49. Wang ZC, Wang XW, Yuan W, Jiang DJ. Degenerative pathological irritations to cervical PLL may play a role in presenting sympathetic symptoms. *Med Hypotheses* 2011; 77:921-923.
 50. Hong L, Kawaguchi Y. Anterior cervical discectomy and fusion to treat cervical spondylosis with sympathetic symptoms. *J Spinal Disord Tech* 2011; 24:11-14.
 51. Bogduk N. Cervical causes of headache and dizziness. In: Grieve G (eds) *Modern Manual therapy of the vertebral column*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 289-302.
 52. Rothwell, D. M., S. J. Bondy and J. I. Williams (2001). «Chiropractic manipulation and stroke: a population-based case-control study.» *Stroke* 32(5): 1054-60.
 53. Smith, W. S., S. C. Johnston, E. J. Skalabrin, et al. (2003). «Spinal manipulative therapy is an independent risk factor for vertebral artery dissection.» *Neurology* 60(9): 1424-8.
 54. Vibert D, Rocherle J, Gauthier G. Vertigo as manifestation of vertebral artery dissection after chiropractic neck manipulations. *ORL* 1993; 55:140-142.
 55. Engelter, S. T., C. Grond-Ginsbach, et al. (2013). «Cervical artery dissection: Trauma and other potential mechanical trigger events.» *Neurology* 80(21): 1950-1957.
 56. Selby G, Lance JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:23-32.
 57. Blaschek A, Milde-Busch A, Straube A, Schankin C, Langhagen T, Jahn K, Schröder SA, Reiter K, von Kries R, Heinen F. Self-reported muscle pain in adolescents with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia* 2012; 32:241-249.
 58. Kelm L. Migraine pain location: A tertiary care study of 1283 migraineurs. *Headache* 2005; 45:1038-1047.
 59. Replogue MD, Goebel JA. Migraine-associated dizziness: Patient characteristics and management options. *Otol Neurotol* 2002; 23:364-371.
 60. Maione A. Migraine-related vertigo: diagnostic criteria and prophylactic treatment. *Laryngoscope* 2006; 116:1782-1786.
 61. Fasunla AJ, Ibekwe TS, Nwaorgu OG. Migraine-associated vertigo: A review of the pathophysiology and differential diagnosis. *Int J Neurosci* 2012; 122:107-113.
 62. Cha YH. Migraine-associated vertigo: Diagnosis and treatment. *Semin Neurol* 2010; 30:167-174.
 63. Calhoun AH, Ford S, Millen C, Finkel AG, Truong Y, Nie Y. The prevalence of neck pain in migraine. *Headache* 2010; 50:1273-1277.
 64. Ogino M, Kawamoto T, Asakuno K, Maeda Y, Kim P. Proper management of the rotational vertebral artery occlusion secondary to spondylosis. *Clin Neurol Neurosurg* 2001; 103:250-253.
 65. Petridis AK, Barth H, Buhl R, Mehdorn HM. Vertebral artery decompression in a patient with rotational occlusion. *Acta Neurochir (Wien)* 2008; 150:391-394.
 66. Γουλιές Δ, Μαϊών Ν, Παναγιώτης ΕΔ. Σπονδυλοβασική ανεπάρκεια και αυχενική σπονδυλωση (Υπό δημοσίευση). 2017

Ελληνικός καφές

ο κατάλληλος καφές για μια «ενδιαφέρουσα» κατάσταση

γράφει η **ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΟΥΣΤΟΥΡΑΚΗ**

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Επιστημονική συντάκτρια medNutrition.gr



“ΠΑΜΕ ΓΙΑ ΚΑΝΕΝΑ ΚΑΦΕ;” Σκεφτείτε πόσες φορές την ημέρα τυχαίνει να ακούσετε αυτή τη φράση... Πρωί, μεσημέρι, απόγευμα, βράδυ, καθημερινή ή σαββατοκύριακο, για επαγγελματικό ραντεβού ή για διασκέδαση, ένα “καφεδάκι” μπορεί να προταθεί οποιαδήποτε ώρα της ημέρας. Ακόμη κι αν έχετε ήδη καταναλώσει καφέ στο σπίτι ή στη δουλειά, ένας ακόμη, στην ηλιόλουστη χώρα μας, αποτελεί πειρασμό.

Υπάρχουν φορές, ωστόσο, όπως η “ενδιαφέρουσα κατάσταση” της φάσης της εγκυμοσύνης όπου οι συστάσεις για καφεΐνη δεν αφήνουν τελείως ελεύθερη την πρόσληψη του αγαπημένου μας ροφήματος. Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο γυναικείο σώμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολυάριθμες και ανάμεσα σε αυτές περιλαμβάνεται και η αλληλαγία του μεταβολισμού της καφεΐνης, βασικού συστατικού του καφέ. Αυτό σημαίνει ότι η διαδικασία πέψης και απορρόφησης της γίνεται πιο αργή, με αποτέλεσμα η δράση της να παρατείνεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και η μητέρα να είναι σε εγρήγορση και αυξημένα αντανάκλαστικά ακόμη και σε στιγμές που το μωρό της χρειάζεται περισσότερο την ηρεμία της.

Έτσι, για να είναι απολύτως ασφαλής η πρόσληψη καφεΐνης από τις εγκυμονούσες και θηλάζουσες μητέρες, η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων, στην πολύ πρόσφατη έκθεσή της το 2015 για την ασφάλεια της καφεΐνης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πρόσληψη 200mg καφεΐνης ημερησίως θεωρείται ασφαλής για μια εγκυμονούσα. Οποιαδήποτε λοιπόν μορφή και ποσότητα καφέ, που η καφεΐνη του δεν υπερβαίνει την ποσότητα αυτή, μπορεί να καταναλωθεί με ασφάλεια από τη μέλλουσα μανούλα. Ένα φλιτζάνι για παράδειγμα ελληνικού καφέ περιέχει συνήθως, ανάλογα με το τρόπο καβουρντισματος και την ποσότητα καφέ που χρησιμοποιήθηκε για την παρασκευή ή αυτού του φλιτζανιού καφέ, 40-50mg καφεΐνης, οπότε περίπου 3-4 φλιτζάνια ελληνικού καφέ μπορούν να καταναλωθούν με ασφάλεια κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης. Έχετε υπόψη σας ότι ο καφές φίλτρου περιέχει 115-175mg καφεΐνης αντίστοιχα ανά μερίδα, συνεπώς εκεί πρέπει να είστε ακόμη πιο περιοριστικές.

Ο καφές όμως δεν αποτελεί την μοναδική πηγή καφεΐνης. Σοκολάτα, τσάι, αναψυκτικά, και ενεργειακά ποτά πρέπει να προσμετρώνται και αυτά στην πρόσληψη των 200mg καφεΐνης ημερησίως. Για να μπορέσει λοιπόν μια εγκυμονούσα να είναι σίγουρη ότι δεν ξεπερνά τα ασφαλή όρια πρόσληψης, είναι απαραίτητο να υπολογίζει τη συνολική της πρόσληψη από όλες τις πηγές της. Αν, για παράδειγμα, καταναλώσει 100gr μαύρης σοκολάτας, τα οποία περιέχουν 50mg καφεΐνης, έχει υπόλοιπο ημερήσιας πρόσληψης 150mg καφεΐνης. Η ποσότητα αυτή αντιστοιχεί σε 2 περίπου φλιτζάνια ελληνικού καφέ (60ml το ένα). Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ο τρόπος που παρασκευάζεται ο καφές αλλά και η ποσότητα του καφέ που χρησιμοποιούμε για τη παρασκευή του κάθε φλιτζανιού επηρεάζει την περιεκτικότητα σε καφεΐνη.

Στον παρακάτω πίνακα θα δείτε τις περιεκτικότητες σε καφεΐνη διαφόρων ροφημάτων και τροφίμων.

Τρόφιμα/Ροφήματα	Ποσότητα καφεΐνης (mg)
Μαύρη σοκολάτα (50g)	25
Σοκολάτα γάλακτος (50g)	10
Αναψυκτικά τύπου cola (330ml)	37
Τσάι (220ml)	50
Ενεργειακά ποτά (250ml)	80
Καφές φίλτρου (200ml)	115-175
Καφές στιγμιαίος (180ml)	65-100
Καφές εσπρέσο (60ml)	80
Καφές ελληνικός (60ml)	40-50

Αν τώρα, όλα αυτά σας προκαλούν πονοκέφαλο και δεν θέλετε ούτε με υπολογισμούς να μπλέξετε, ούτε να στερηθείτε το αγαπημένο σας ρόφημα, υπάρχει λύση: ελληνικός καφές χωρίς καφεΐνη!

Μπορεί να καταναλωθεί χωρίς να σας προβληματίσει ενώ ταυτόχρονα είναι απολαυστικός, διατηρεί αναλλοίωτη τη γεύση και την επίγευσή του και περιέχει όλα τα αντιοξειδωτικά και μεταλλικά στοιχεία του καφέ.

Η επιλογή λοιπόν είναι στο χέρι σας. Εάν είστε λάτρης του καφέ έχετε τη δυνατότητα να συνδυάσετε τη χαρά της εγκυμοσύνης σας με την απόλαυση του αγαπημένου σας ροφήματος.

Προτιμήστε εκείνο που η αποκαφεΐνοποίηση έχει γίνει με φυσική διαδικασία, δηλ. με νερό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bakker R. et al., “Maternal caffeine intake from coffee and tea, fetal growth, and the risks of adverse birth outcomes: the Generation R Study”, Am J Clin Nutr 2010;91:1691–8
- Chen LW et al., “Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies.” Public Health Nutr. 2015 Sep 2:1-12
- European Food Safety Authority. (2015). Scientific Opinion on the safety of caffeine. EFSA Journal 13(5):4120. <http://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/doc/4102.pdf>
- European Food Safety Authority. (2015). EFSA explains risk assessment: Caffeine. This fact sheet is available from EFSA <http://www.efsa.europa.eu/en/corporate/pub/efsaexplainscaffeine150527.htm>
- Li J. et al., “A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy” Int J Gynaecol Obstet. 2015 Aug;130(2): 116-22. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.033. Epub 2015 May 14.
- Morgan S. et al., “Is caffeine consumption safe during pregnancy?” Vol 59: APRIL • AVRIL 2013 | Canadian Family Physician

Forum Παθολογίας 2016

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, Γενικός Γραμματέας Ινστιτούτου Μελετών Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, Υπεύθυνος Οργανωτικού του Forum

Το Ινστιτούτο Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου έχει αναλάβει μια πρωτοβουλία οργάνωσης, επεξεργασίας και σύνταξης της Εθνικής Πρότασης για την Υγεία. Έχει ωριμάσει πλέον η ιδέα ότι οι λειτουργοί της Υγείας πέρα από πολιτικά χρώματα και συντεχνιακές αγκυλώσεις, θα πρέπει να ομονοήσουν σε μια πρόταση τεχνικά εφαρμόσιμη, ορθολογιστικά σχεδιασμένη προς τα οικονομικά της μεγέθη. Επίσης, θα έχει όλα τα προβλεπόμενα ποιοτικά χαρακτηριστικά και αφού ολοκληρωθεί θα κατατεθεί στον Ελληνικό λαό και τις Πολιτικές Ηγεσίες.

Αυτή η προσπάθεια που ήδη έχει ξεκινήσει από το Φθινόπωρο, με 14 ομάδες εργασίας να εργάζονται πυρετωδώς, ήταν μια έμπνευση του Προέδρου του ΠΙΣ Μ. Βήλασταράκου. Ο Πρόεδρος με τις άοκνες ενέργειές του κατάφερε και ίδρυσε το Ινστιτούτο, ως ένα όργανο ευέλικτο με συμβουλευτικό ρόλο στον ΠΙΣ, που μία από τις πρωταρχικές του δράσεις θα ήταν η οργάνωση, η υποστήριξη και ο συντονισμός των ομάδων εργασίας της Εθνικής Πρότασης για την Υγεία. Οι ομάδες αυτές εργασίας που επίσημα ονομάζονται Τομείς έχουν αναλάβει την ευθύνη της εποπτείας των παρακάτω αντικειμένων:

- Τομέας Εθνικού Σχεδιασμού Υγείας
- Τομέας Νοσοκομειακής Περίθαλψης
- Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Τομέας Δημόσιας Υγείας
- Τομέας Παιδιατρικής
- Τομέας Ιατρικής Εκπαίδευσης - Ειδικότητων - Επιστημονικών Εταιρειών - Επαγγελματικές Ενώσεις
- Τομέας Θεραπευτικών - Διαγνωστικών Πρωτοκόλλων
- Τομέας Φαρμάκων
- Τομέας Ψυχικής Υγείας
- Τομέας Ηλεκτρονικής Υγείας - Διασυνοριακής Περίθαλψης
- Τομέας Ευρωπαϊκών και Διεθνών Σχέσεων
- Τομέας Ιατρικού Τουρισμού
- Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Εργασίας & Περιβάλλοντος
- Τομέας Ασφάλισης και Συνταξιοδότησης των Ιατρών

Οι πρώτες εκτιμήσεις, τα συμπεράσματα και ο σχεδιασμός ενεργειών έχουν ήδη κατατεθεί και οι εργασίες έχουν προχωρήσει για την ολοκλήρωση του σημαντικού αυτού έργου, καθώς η παραγωγική διαδικασία εξελίσσεται δημιουργικά. Σε κάθε Τομέα συμμετέχουν οι πλέον εξειδικευμένοι στο αντικείμενο με την ανάλογη εμπειρία. Παράλληλα και ανεξάρτητα από την λειτουργία των Τομέων, στα πλαίσια της ανάδειξης των προβλημάτων στην άσκηση του λειτουργήματος του Έλληνα γιατρού, αποφασίστηκε η διενέργεια εκδηλώσεων που θα αφορούν κάθε μια ειδικότητα ξεχωριστά. Στο ελεύθερο βήμα που θα δημιουργείται και που θα συντονίζουν ειδικοί για το κάθε αντικείμενο που θα συζητείται, θα προσκαλούνται εκπρόσωποι της Πολιτείας, των Ιατρικών Σχολών και των συνδικαλιστικών φορέων. Οι εισηγητές θα γίνει προσπάθεια να εκπροσωπούν τόσο γεωγραφικά όσο και εργασιακά το θέμα της

www.forumpathologias2016.gr



ΩΦΕΛΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ

FORUM Παθολογίας Δυνατότητες και όρια του παθολόγου 2016

ΕΓΓΡΑΦΗ ΔΩΡΕΑΝ

15-17 Δεκεμβρίου 2016



**Αίγλη
Ζαππείου**

Αίθουσα
«Οδύμπια»

ΑΘΗΝΑ

Υπό την αιγίδα



της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου
Αθηνών



της Ιατρικής Σχολής
του Αριστοτέλειου
Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης



της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας



της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου
Κρήτης



της Ιατρικής Σχολής
Θράκης



του Ιατρικού Συλλόγου
Αθηνών



του Ιατρικού Συλλόγου
Πειραιά

παρουσίασής τους. Με τις εκδηλώσεις αυτές θα δίνεται το δικαίωμα σε όσους συμμετέχουν να συνεισφέρουν στην κατάθεση προτάσεων για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Οι εκδηλώσεις αυτές ονομάστηκαν Forum, επειδή ο όρος αυτός ανταποκρίνεται καλύτερα στο σχεδιασμό ενός ελεύθερου βήματος, όπου θα περιγραφούν τεκμηριωμένες από την εμπειρία απόψεις που ακολούθως θα τύχουν εποικοδομητικής κριτικής συζήτησης.

Η πρώτη εκδήλωση έλαβε χώρα στην Αίγλη Ζαππείου της Αθήνας 15-17 Δεκεμβρίου του 2016 και ήταν το Forum Παθολογίας 2016 (<http://forumpathologias2016.gr/>). Οι κατέχοντες τον τίτλο του Ειδικού Παθολόγου αποτελούν μια σημαντική πλειοψηφία του ιατρικού σώματος και δεν θα ήταν υπερβολή να ισχυρισθεί κανείς ότι οι παθολόγοι αποτελούν τους στυλοβάτες του συστήματος υγείας.

“.....Καιρός είναι να καταλάβουμε ότι ο άνθρωπος δεν χωρίζεται, και να θυμηθούμε την θεωρία της ολότητας του Αριστοτέλη: «Το γαρ όλον πρότερον αναγκαίον είναι του μέρους, αναιρουμένου γαρ του όλου, ουκ έστι πους, ουδέ χείρ». Τα μέρη είναι υποτεταγμένα εις το όλον. Να θυμηθούμε επίσης τον Αριστοτέλειο Wertheimer, πρωτόπορο της θεωρίας της Gestalt: Ο, τι συμβαίνει εις τον όλον δεν προέρχεται από τη σύνθεση των μερών, αλλ’ αντίστροφα ό, τι συμβαίνει σε ένα μέρος αυτού, ορίζεται από την εσωτερική σύσταση του όλου. «

«Ας προσπαθήσουμε λοιπόν εμείς οι παθολόγοι με καλύτερη άσκηση, περισσότερη προσπάθεια και περισσότερη αυτοπεποίθηση να ξαναποκτήσουμε μέρος του χαμένου μας κύρους. Και αυτό όχι για μας, αλλά για το καλό της ιατρικής, για το καλό των αρρώστων.»

Να καταργήσουμε την Παθολογία;

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Δ. ΓΑΡΔΙΚΑΣ

Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΠΗΓΗ: Επιθεώρηση Υγείας Ιανουάριος
Φεβρουάριος 1993

Ο Καθηγητής Κ. Γαρδίκας, που είχα την τιμή να τον γνωρίσω ως φοιτητής την τελευταία χρονιά πριν την αφυπηρέτησή του, περιγράφει στο κείμενό του τόσο γλαφυρά την ιδιαίτερη ευθύνη που έχει κάθε παθολόγος ασκώντας το λειτούργημά του αλλά και καταλήγοντας σημειώνει ότι είναι υποχρέωση των παθολόγων να δώσουν αίγιη

ξανά στην ειδικότητά τους. Η εξέλιξη της τεχνολογίας, η πολύ σημαντική νέα γνώση, αλλιά και η ευκολία να γίνεις κοινωνός της, έχει οδηγήσει στην κατάτμηση της ιατρικής τέχνης σε επιμέρους γνωστικά αντικείμενα και αναγκαίες εξειδικεύσεις. Ο λόγος της πολυδιάσπασης της ιατρικής ήταν και είναι η βέλτιστη παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας και βοήθειας στον ασθενή. Εντούτοις, όσο άριστοι και παγκοσμίου φήμης και να είναι οι σοφίσι, η παρουσία του μαέστρου είναι καταλυτική για το τελικό αποτέλεσμα της παραγωγής μελωδίας και της ηχητικής απόλαυσης των θεατών. Συνάμα, ο μαέστρος είναι αυτός που μπορεί να αναδείξει και τις δεξιότητες των εξαιρετών προσκεκλημένων καλλιτεχνών της ορχήστρας. Στην ιατρική αδιαμφισβήτητο το ρόλο του μαέστρου τον επωμίζεται ο παθολόγος, όποτε όταν αποκλείεται από την προσφορά των υπηρεσιών του, το θεραπευτικό αποτέλεσμα συχνά υποβαθμίζεται λόγω των αλληλοσυγκρουόμενων απόψεων και εκτιμήσεων των διαφόρων ειδικών. Το Ινστιτούτο Μελετών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου με το συνέδριο αυτό θέλησε να δώσει ένα ελεύθερο βήμα κατάθεσης απόψεων και διαλόγου σε όλα τα θέματα που άπτονται της ειδικότητας της Παθολογίας. Το πρόγραμμα επιχειρήθηκε να είναι ηλούσιο και επίκαιρο στη θεματολογία του και η τελική αποτύπωση των θέσεων να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για τους Τομείς του Ινστιτούτου.

Πιο συγκεκριμένα συζητήθηκαν θέματα ηλεκτρονικής υγείας (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ΗΔΙΚΑ, ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς) με τη συμμετοχή της Προέδρου του Τομέα Ηλεκτρονικής Υγείας του Ινστιτούτου κ. Χ. Παπανικολάου και του Γενικού Διευθυντή του ΕΟΠΥΥ κ. Ι. Βαφειάδη. Τα θεραπευτικά και τα διαγνωστικά πρωτόκολλα συζητήθηκαν με την προεδρία του Προέδρου του αντίστοιχου Τομέα του Ινστιτούτου Καθηγητή Γ. Δαΐκου και συναδέλφων που συμμετείχαν ενεργά στην οργάνωση των πρωτοκόλλων από το Υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΦ. Παθολόγοι από την Κεφαλονιά, Ρόδο, Μάνη και Αθήνα συζητήσαν για τα προβλήματα και τις λύσεις για τη συμμετοχή των παθολόγων στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Στην συζήτηση συμμετείχε και εκπρόσωπος της Ένωσης Ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών. Στη συζήτηση για την εκπαίδευση στην παθολογία (προπτυχιακή, μεταπτυχιακή και στην δια βί-

ου συνεχιζόμενη) συμμετείχαν οι παθολόγοι Πρόεδροι των Ιατρικών Σχολών Αθήνας και Θεσσαλονίκης Καθηγητές Π. Σφηκιάκης και Α. Γαρυφαλλίος αντίστοιχα και η επίσης παθολόγος Πρόεδρος της ΕΙΝΑΠ κ. Σ. Παγώνη. Παθολόγοι από Νομαρχιακό, Γενικό, Ειδικό και Πανεπιστημιακό νοσοκομείο συζητήσαν για τα προβλήματα του παθολόγου που εργάζεται στο δημόσιο σύστημα νοσοκομειακής υγείας και τις απαραίτητες αναμορφώσεις που πρέπει να σχεδιασθούν Η Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων με τον Πρόεδρό της κ. Ε. Τούλη περιέγραψε το γνωστικό αντικείμενο του παθολόγου και τις σχετικές συστάσεις της UEMS. Διεξήχθησαν συμπόσια για τις εξειδικεύσεις της παθολογίας, για το ρόλο τους στη προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών, τις αναγκαιότητες ύπαρξής τους, τις βελτιώσεις που απαιτούνται για τις ήδη θεσμοθετημένες και προτάσεις για ανακήρυξη νέων. Έγινε αναλυτική συζήτηση για τη λοιμωξιολογία, την κλινική ηπατολογία, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη, τους υπέρηχους στην παθολογία, την αγγειολογία, την γυναικεία και την εντατική θεραπεία. Τέλος, υπήρξαν διαλέξεις για χρόνια νοσήματα του παθολογικού τομέα που παρακολουθούνται και αντιμετωπίζονται από τον παθολόγο σε συνεργασία με τον ειδικό. Τα θέματα που αναπτύχθηκαν ήταν τα νοσήματα του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, τα ογκολογικά και η κατάθλιψη.

Το συνέδριο αυτό ίσως ήταν το μοναδικό που έχει διεξαχθεί στη Χώρα μας που τελούσε υπό τον αιγίδα και των 7 Ιατρικών Σχολών, εφόσον συμμετείχαν εκπρόσωποι από το διδακτικό προσωπικό τους, ενώ ο Πρόεδρος του ΚΕΣΥ έδωσε πριν την έναρκτήριο τελετή διάλεξη «Μεταπτυχιακή εκπαίδευση: η ώρα των ώριμων αλληλαγών» παρουσιάζοντας τον σχεδιασμό που εκπονείται σχετικά με την εκπαίδευση και τις εξετάσεις πιστοποίησης των ειδικοτήτων στην πατρίδα μας. Η συμμετοχή στην αίθουσα αν και πολύτιμη δεν ήταν η αναμενόμενη. Θα πρέπει ίσως να γίνει πιο πολυπληθής στις επόμενες εκδηλώσεις, γιατί μόνο έτσι θα ενδυναμωθεί ο ρόλος αυτών των συνεδρίων και θα ισχυροποιηθούν οι θέσεις που θα συμφωνηθούν.

Τα επόμενα Forum 2017 θα αφορούν τους έτερους στυλοβάτες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη γενική ιατρική και την παιδιατρική. Σε σύντομο χρονικό διάστημα θα ξεκινήσουν οι οργανωτικές τους προσπάθειες και όλοι θα λάβετε επαρκή σχετική ενημέρωση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ

Ανάπτυξη της Ιαματικής Ιατρικής

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ

Καθηγητής Δερματολογίας - Νομικός
Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας
Ιαματικής Ιατρικής
τ. Αντιπρύτανης - Γεν. Γραμ. ΥΠΕΠΘ
Επιστημονικός Σύμβουλος
Τουρισμού Υγείας ΚΕΔΕ



Η ιαματική ιατρική μέχρι σήμερα είχε εμπειρική υπόσταση, με τη βοήθεια, όμως, της επιστημονικής τεκμηρίωσης της θερμικής, μηχανικής και ειδικότερα της χημικής δράσης των ιαματικών φυσικών πόρων, αναδείχθηκε ως μία συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος στη θεραπευτική γκάμα της κλασικής ιατρικής. Οι θεραπευτικές δράσεις αφορούν παθήσεις του μυοσκελετικού, νευρικού, αναπνευστικού, καρδιαγγειακού, αιμοποιητικού, γαστρεντερικού, ουρολογικού και ενδοκρινολογικού συστήματος, καθώς και σε δερματολογικές, ωτορινολαρυγγολογικές, γυναικολογικές, αλλεργικές και περιοδοντικές παθήσεις.

Η ίδρυση της Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής είναι αποτέλεσμα του 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ιαματικής Ιατρικής στα Καμένα Βούρλα το 2015 με ιδρυτικά μέλη τον Πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μιχαήλ Βλασταράκο, τον Πρόεδρο της ΚΕΔΕ και ΙΣΑ κ. Γεώργιο Πατούλη, καθώς και πλήθος καταξιωμένων ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων. Στόχος της Ακαδημίας είναι η προώθηση και ανάπτυξη του ιαματικού τουρισμού με επιστημονικές τεκμηριωμένες μεθόδους και η προβολή στον διεθνή χώρο των ευεργετικών ιδιοτήτων των ιαματικών πηγών.

Η καθιέρωση και επικαιροποίηση της Ιαματικής Ιατρικής είναι ο βασικός σκοπός της Ακαδημίας και επιβάλλεται αφενός από την απαίτηση των ασθενών σε διεθνές επίπεδο για εφαρμογή εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών, αφετέρου από την ένταξη των Μονάδων Ιαματικής Θεραπείας και Κέντρων Θαλασσοθεραπείας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Χωρίς αμφιβολία, ένας υγιεινός τρόπος ζωής με τη βοήθεια της Προληπτικής Ιατρικής

και της Ιαματικής Ιατρικής μπορεί να αποτρέψει πλήθος προβλημάτων, που αφορούν όχι μόνο στην υγεία του ατόμου που νοσεί, αλλά και στην οικονομία της χώρας του, που επιβαρύνεται με δαπάνες για την αποκατάσταση της υγείας του.

Η Ελλάδα με πλούσια πολιτιστική και ιστορική κληρονομιά, καθώς και τη φημισμένη μεσογειακή διατροφή, είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη με ποιότητα και μοναδικότητα των ιαματικών φυσικών πόρων.

Ο ιαματικός τουρισμός αναφέρεται στην πρόληψη, διατήρηση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας με σύγχρονες ιατρικές μεθόδους και συμπληρωματικές εφαρμογές της Ιαματικής Ιατρικής, συνδυάζοντας παράλληλα την ξεκούραση, τη χαλάρωση και την ευεξία.

Οι θεραπευτικές εφαρμογές της ιαματικής ιατρικής με ιαματικούς φυσικούς πόρους είναι η Λουτροθεραπεία, η Ποσιθεραπεία, η Εισπνοθεραπεία, η Πηλοθεραπεία, η Θαλασσοθεραπεία, η Κλιματοθεραπεία και Σπηλαιοθεραπεία. Οι εφαρμογές αυτές δύνανται να γίνονται εντός των πηλίων σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους όπου κυριαρχεί η θαλασ-

σοθεραπεία με τη θέρμανση στους 34-37 °C του θαλάσσιου ύδατος, με τη σύγχρονη παροχή υπηρεσιών αντιγήρανσης, αποτοξίνωσης, αναζωογόνησης, αισθητικής ονύχων και μαλλιών, εφαρμογής botox, ομορφιάς και ευεξίας. Το νέο σύνθετο αυτό τουριστικό προϊόν μπορεί να εφαρμοσθεί και σε υποδομές της νησιωτικής και ηπειρωτικής Ελλάδας, ως μία συνέργεια των ειδικών κι εναλλακτικών μορφών τουρισμού, όπως θαλάσσιος, θρησκευτικός, πολιτιστικός, αγροτουρισμός, οικοτουρισμός, θεματικός, αστικός, πολιτείας, τρίτης ηλικίας, τεχνολογικός, γεωτουρισμός, τουρισμός story telling και γαστρονομικός, δηλαδή παρασκευή πρωινών και γευμάτων τοπικής κουζίνας ανά περιοχή.

Η βασική ιδέα είναι η αξιοποίηση των πηλών σημαντικών πηγών, δυναμένων να εξελιχθούν από Θερμαλιστικά Κέντρα που είναι σήμερα σε Κέντρα Ιαματικής Ιατρικής (Health Resorts και MediSpa), σε συνδυασμό πάντα με όλες τις εναλλακτικές μορφές τουρισμού που συνάδουν με το πνεύμα της βιώσιμης και αειφόρου ανάπτυξης, δίνοντας προστιθέμενη αξία στο τουριστικό προϊόν και στην ανδειξη των αντίστοιχων περιοχών ως τόπους προορισμού των απαιτητικών πλέον και ποιολογικών τουριστών.

Τα παραπάνω πακέτα διακοπών προορισμού σε αυτά τα κέντρα απευθύνονται όχι μόνο σε ασθενείς και αλλήλ και στους συνοδούς των ασθενών, καθώς και σε άλλους επισκέπτες συνήθως ανώτερου εισοδηματικού επιπέδου. Εξάλλου απαιτείται η μακρά παραμονή των ατόμων σε αυτά τα θέρετρα, μεγαλύτερη από τα συνήθη τουριστικά πάρκα, προκειμένου να φανούν τα αποτελέσματα μιας ιαματικής θεραπείας στην οποία υποβάλλονται σε συνδυασμό και με άλλες ειδικές θεραπείες, όπως αποτοξίνωση, αντιγήρανση, αντικαπνιστική θεραπεία, θεραπεία άγχους, ψυχοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, διατροφολογία, εκμάθηση ύπνου, έρευνα της σωστής γραμμής-στάσης του σώματος, αισθητική και διαλογισμός, πάντα με ολιστική προσέγγιση και με το πνεύμα της Ιησοκράτειας Ιατρικής.

Επομένως η αναγκαστική παραμονή, 21 ημερών, των επισκεπτών στα Κέντρα του Τουρισμού Υγείας, απαιτεί όχι μόνο κατάλληλη ατμόσφαιρα για την χαλάρωση και την αναζωογόνηση του οργανισμού, αλλά και παροχή άλλων δραστηριοτήτων για την απασχόληση των τουριστών κατά τις ελεύθερες ώρες.

Επιπλέον, τα συγκροτήματα αυτά πρέπει να διαθέτουν εκτός από όλη τη γενική και ειδική υποδομή και το κατάλληλο περιβάλλον που απαιτείται για τον τουρισμό μακράς παραμο-



νής όπως πάρκα πρασίνου, κήπους, λίμνες, κλινικές, κέντρα θεραπείας, κατάλληλο εξοπλισμό και ειδικευμένους γιατρούς.

Η στρατηγική ανάπτυξης των υποδομών των ιαματικών πηγών για την παροχή των παραπάνω υπηρεσιών υγείας και ευεξίας προσδίδει προστιθέμενη αξία στα κέντρα ιαματικής θεραπείας, καθώς έχουν μεγάλο περιθώριο κέρδους σε σύγκριση πάντα με την απόδοση των κτιριακών υποδομών. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται όχι μόνο στους ασθενείς-πελάτες, αλλά και στους συνοδούς τους εξασφαλίζοντας μεγαλύτερη επισκεψιμότητα και οικονομικά οφέλη, δοθέντος ότι η παροχή υπηρεσιών και το εξαιρετικό κλίμα της Ελλάδος καθιστούν τους ασθενείς repeaters.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αυξανόμενη τάση επιστροφής στα φυσικά θεραπευτικά μέσα σε συνδυασμό με τη φροντίδα της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η τάση αυτή, στάση ζωής στις βιομηχανικές μεγαλουπόλεις, οδηγεί σε μία στροφή προς τον θεραπευτικό τουρισμό όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, όπου εκσυγχρονίζονται και αναπτύσσονται σημαντικές τουροπόλεις και όπου υλοποιούνται ειδικευμένες θεραπείες ιαματικής ιατρικής. Η νέα άνθηση του ιαματικού τουρισμού διεθνώς έχει οδηγήσει και τη χώρα μας στη δημιουργία της αναγκαίας εξειδικευμένης τουριστικής προσφοράς, καθώς η χώρα μας διαθέτει σημα-

ντικά συγκριτικά πλεονεκτήματα, όπως πλήθος ιαματικών πηγών με εξαιρετικές φυσικοχημικές ιδιότητες και ευνοϊκότερες κλιματολογικές συνθήκες που συνδυάζονται άνετα με διακοπές.

Οι ιαματικές πηγές στην Ελλάδα είναι 750 και από αυτές οι 84 διαθέτουν υδροθεραπευτικές εγκαταστάσεις σε λειτουργική φάση και ανήκουν οι 54 στους Δήμους, οι 23 σε ιδιώτες και οι 7 στο Κράτος, ενώ μόνο 38 έχουν ΦΕΚ αναγνώρισης.

Σήμερα, διαθέτουμε έξι (6) βασικά αναπτυξιακά εργαλεία για την Ιαματική Ιατρική και τον Θερμαλισμό:

- 1) Νόμος 3498/2006, για την «ανάπτυξη του Ιαματικού Τουρισμού».
- 2) Νόμος 4179/2013, για την «απλοποίηση των διαδικασιών και την ενίσχυση της Επιχειρηματικότητας στον Τουρισμό».
- 3) Νόμος 4213/2013 (Ευρωπαϊκή Οδηγία) 2011/24/ΕΕ, «Περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης».
- 4) Νόμος 4272/2014, για την «αναγνώριση των μονάδων Ιαματικής Θεραπείας, Κέντρων Ιαματικού Τουρισμού και Κέντρων Θαλασσοθεραπείας ως μονάδων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας», που επιτρέπει την παροχή Ιαματικών Υπηρεσιών σε πολίτες των Ευρωπαϊκών Κρατών.

5) Νέο ΕΣΠΑ που αποτελεί χρηματοδοτικό εργαλείο για τη στήριξη αυτής της στρατηγικής.

6) Νέος αναπτυξιακός Ν.4399/2016.

Οι γνώστες της τουριστικής αγοράς αναφέρουν ότι τουλάχιστον 150.000 ασφαλισμένοι μπορούν να επισκεφθούν τις ιαματικές πηγές της χώρας μας, με τζίρο ανερχόμενο σε 300.000.000€, δεδομένης της χρηματοδότησης των ταξιδιών των αλλοδαπών από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Επιβάλλεται, επομένως, η χάραξη νέας στρατηγικής από την πολιτεία για την επίτευξη των διαδικασιών εφαρμογής των νόμων αφενός και αφετέρου επιβάλλεται η δημιουργία των κατάλληλων υποδομών παροχής πιστοποιημένων υπηρεσιών υγείας, ευεξίας και αντιγήρανσης.

Ο συνδυασμός των ανωτέρω προσδίδει στην Ελλάδα κυρίαρχο ρόλο στον τομέα του τουρισμού υγείας και ειδικότερα του ιαματικού τουρισμού, και επιβάλλει τη χάραξη νέας αναπτυξιακής στρατηγικής για τον ιαματικό τουρισμό που στοχεύει στην προώθηση και καθιέρωση του «Τουρισμού των Τεσσάρων Εποχών».

Ευοίωνες προοπτικές αποτελούν η ίδρυση του Παγκόσμιου Ινστιτούτου Ελλήνων Ιατρών και του Διεθνούς Κέντρου Τουρισμού Υγείας με την πρωτοβουλία του κ. Πατούλη και στις οποίες η Ακαδημία συμμετέχει ενεργά και προωθεί.

Επιστήμη, Ιατρική και Φιλοσοφία

N. ΜΑΚΡΗΣ

Διδάκτωρ Φιλοσοφίας, Συγγραφέας
Υπεύθυνος Φιλοσοφικού Καφενείου, Αθήνα
Επιμέλεια: Δ. Πικάζης, Ιατρός

Είναι γνωστή η “διαίρεση” των επιστημών σε θετικές και σε θεωρητικές. Θετικές επιστήμες θεωρούνται εκείνες οι οποίες εξετάζουν τον φυσικό κόσμο στις, απεράντων προοπτικών, διαστάσεις του (όλες οι φυσικές επιστήμες με απλά λόγια), ενώ θεωρητικές επιστήμες (επιστήμες του πνεύματος παλαιότερα) είναι οι επιστήμες οι οποίες εξετάζουν τον άνθρωπο και τα επιτεύγματά του στην ιστορική του διαδρομή.

Αν επομένως η Αστρονομία, η Παλαιοντολογία, η Φυτολογία, η Αστροφυσική κ.ο.κ. είναι “καθαρές” επιστήμες, η Γλωσσολογία, η σπουδή των μύθων (Μυθολογία), Αρχαιολογία, η Θρησκευτολογία, η Πολιτική Οικονομία, η Ιστορία κ.ο.κ. εξετάζουν τις επιτεύξεις και ενασχολήσεις του ανθρώπου. Έτσι μας λένε πολλοί ιστορικοί των πολιτισμών και σπουδαίο επιχείρημα είναι το ακόλουθο: Τα πορίσματα και οι θεωρήσεις των φυσικών επιστημών καταγράφονται κυρίως με τη γλώσσα των μαθηματικών, δεδομένου ότι με τη μαθηματικοποίηση της έρευνας δημιουργήθηκε η νεότερη και η σύγχρονη επιστήμη με την επική της πρόοδο.

Οι επιστήμες του ανθρώπου, αντίθετα, αρέσκονται σε περιγραφές οι οποίες σπάνια προσφεύγουν στο μαθηματικό λόγισμό, γιατί, υποστηρίζεται, υποκείμενό τους είναι η ανάδυση του ίδιου του ανθρώπου διαμέσου των έργων του.

Θα μπορούσαμε να πούμε πως αυτός ο διαχωρισμός είναι κατά βάση “σωστός”, αλλά η σχηματικότητά του απαιτεί σημαντικές παρατηρήσεις οι οποίες αμβλύνουν την “απόσταση” και κατευθύνουν προς μια ενίζουσα θεώρηση.



Η Ιατρική είναι, νομίζουμε, η επιστήμη η οποία αποκαλύπτει την ενότητα ανθρώπου και κόσμου και αυτό δεν προκύπτει μόνο από το πλήθος των ιατρών που διέπρεψαν ως ποιητές (αναφέρω μεταξύ πολλών άλλων, χαρακτηριστικά, τους André Breton, πατέρα του υπερρεαλισμού, Δ.Π. Παπαδίτσα, Σιμόπουλο, Μ. Αναγνωστάκη), ως

φιλόσοφοι (Γαληνός, John Locke, William James, Arthur Schopenhauer, ο οποίος παρακολουθούσε μαθήματα ιατρικής), πλήθος ιατροφιλοσόφων, επίσης.

Θα μπορούσαμε να πούμε πως η Ιατρική θεωρείται φυσική επιστήμη, αφού ο ανθρώπινος οργανισμός ανήκει στον αισθητό κόσμο και τον ακολουθεί σε πλείστες όσες λειτουργίες του. Αν μάλιστα λάβουμε υπόψη μας όλο και νέα πεδία έρευνας με αφετηρία την Ιατρική, όπως π.χ. η Μοριακή Βιολογία, η Βιοχημεία, φαίνεται καθαρά η “διακοινωνία” των φυσικών επιστημών, η οποία πραγματώνεται θαυμάσια στον κόσμο της Ιατρικής, με σκοπό την υγεία και τη θεραπεία του ανθρώπου.

Αν μάλιστα θεωρήσουμε πόσο η σύζευξη της επιστήμης με την τεχνική, η συμπληρωματικότητά τους, θα λέγαμε, προσφέρει θαυμάσια, παρά τις αρνητικές συνέπειες οι οποίες οφείλονται στον άνθρωπο, διαγιγνώσκουμε την ευεργετική επίδραση αυτής της σύζευξης σε όλους τους κλάδους της ιατρικής.

Περιτεύει να τονίζουμε πόσο η ψυχιατρική, με τις ποικίλες τάσεις και σχολές της, ανοίγει τη θύρα ουσιαστικής προσέγγισης του φυσικού-βιολογικού με το πνευματικό, με την πνευματική φύση του ανθρώπου.



Γίνεται σαφές πως η Ιατρική “θραύει” τα όρια του διαχωρισμού των επιστημών σε φυσικές και σε θεωρητικές και αυτό φαίνεται καθαρά και σε κάθε μεγάλη επιστημονική επίτευξη, η οποία διαμορφώνεται ως θεωρία, ως επιστημονική θεωρία με ανοιχτούς ορίζοντες περαιτέρω ανέλιξης ή



Κάνε την τροφή
το φάρμακό σου,
και το φάρμακό σου
την τροφή σου

και αναθεώρησης.

Αυτό οφείλεται πως υποκείμενο οποιασδήποτε επιστημονικής αναζήτησης δεν είναι ο αισθητός κόσμος εκλαμβανόμενος αυτός καθεαυτόν, αλλά το ανθρώπινο πνεύμα το οποίο “συνεργάζεται” με την τάξη του αισθητού.

Η Ιατρική, εμβαθύνοντας στο είναι της έρευνάς της, είτε ως παθολογία, είτε ως στοματολογία, είτε ως ορθοπαιδική, είτε ως καρδιολογία, είτε ως νευρολογία κ.ο.κ., δεν μπορεί να ερευνά αποκλειστικά τη δομή των οργάνων, πιθανές αδυναμίες και ασθένειες, παρά υπό την προϋπόθεση του ζώντος ανθρώπου, του ασθενούς και των πιθανών ψυχολογικών του προβλημάτων. Είναι η εγγύτητα ανθρώπινου πνεύματος και οργανικού-αισθητού φορέα του και σε αυτό έγκειται το μεγαλείο της και η ανεξαγόραστη τιμή της: ενώ η έρευνα, η επιστημονική έρευνα, είναι σχετικά “τυφλή” και μπορεί να δίδει δυνατότητες καταστροφής του ανθρώπου, η Ιατρική ενεργεί μόνο θεραπευτικά, είναι ύψιστη δικαιοσύνη του ανθρώπου και γι’ αυτό οι θεράποντες της υγείας είναι και υπουργοί της σύνολης ψυχοσωματικής μας φύσης. Μόνο ο ιατρός και ο φιλόσοφος είναι σε θέση να ενατενίσουν τον πόνο, τον οριακό του θανάτου, το άλγος των ψυχών...



Ήδη, οδηγούμαστε στη σχέση Ιατρικής και Φιλοσοφίας. Θα ήμασταν μάλιστα ακριβέστεροι αν λέγαμε πως η Ιατρική είναι το κέντρο βάρους των φυσικών επιστημών στην προσπάθεια διερεύνησης των σχέσεων Επιστήμης και Φιλοσοφίας, δεδομένου

ότι συνάγει και τις φυσικές επιστήμες, χωρίς βέβαια να ταυτίζεται με όλες.

Αναδύονται μέγιστα προβλήματα υπαρκτής φοράς τα οποία ο Ιατρός οφείλει να θεωρεί με φιλοσοφημένο τρόπο με πλήρη σεβασμό στις ηθικές, θρησκευτικές, πολιτισμικές αξίες υπό τις οποίες διαβιώνει ο σύγχρονος άνθρωπος και κυρίως οι ασθενείς του. Αν μάλιστα λάβουμε υπόψη μας πως η Ιατρική δημιουργήθηκε απ' τη διανθρώπινη μέριμνα και την πάλη ενάντια στον πόνο, την ασθένεια και τις δοκιμασίες με τις πρώτες πρακτικές επινοήσεις μέχρι να τροχοδρομηθεί ως επιστήμη απ' τους μεγάλους μύστες της, εύκολα διαπιστώνουμε πόσο οι μουσικές, θα λέγαμε, αφετηρίες των λειτουργιών της υγείας βρίσκονται κοντά στον πανανθρώπινο και διαπολιτισμικό πόνο, μέριμνα και ανάγκη, καρπός των οποίων είναι το εκπληκτικό έπος αυτής της επιστήμης.

Βέβαια, οι προκείμενες τις οποίες αναφέρουμε δεν δημιουργούν συγκεκριμένη μεταφυσική ή ευρύτερη φιλοσοφική δέσμευση, αλλά σημαντικό προηγούμενο το οποίο οφείλει να λαμβάνεται υπόψη.



Μπορούμε, όμως, να συγκεκριμενοποιήσουμε περισσότερο τις σκέψεις μας και να προχωρήσουμε πιο συγκεκριμένα, δεδομένης, όπως είπαμε, της φοράς της Ιατρικής και της σχέσης της τόσο με τις άλλες φυσικές επιστήμες, όσο και με τη φιλοσοφική ανθρωπολογία. Τρεις θα μπορούσαμε να πούμε, είναι οι τομείς που προσεγγίζουν αποφασιστικά Ιατρική και Φιλοσοφία.

i. Και ο Ιατρός και ο Φιλόσοφος αντιμετωπίζουν με εντονότερο τρόπο τις σχέσεις της αίσθησης με την αντίληψη, την αίσθηση, οι διαπλοκές και λειτουργικοί τρόποι της οποίας δημιουργούν τις βιολογικές λειτουργίες, οι οποίες όμως είναι αδιανόητες χωρίς την αντιληπτική φορά του υποκειμένου, απαραίτητη προϋπόθεση γνώσης. Βεβαίως, η ίδια προβληματική απασχολεί κάθε επιστήμονα, αλλά στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ιατρός αντιμετωπίζει αίσθηση και αντίληψη σε συγκεκριμένες, αλλά και πολυδιάσπαστες διακρίσεις του ανθρώπινου οργανισμού και κυρίως σε στιγμές δυσλειτουργιών, πόνου, ασθενειών, θανάτων. Πρόκειται για δημιουργικό εφιαλτήριο το οποίο κεντρίζει με πάθος τόσο το πνεύμα του Ιατρού, όσο και αυτό του φιλοσοφούντος. Δημιουργούνται έτσι τομήνιοι και γόνι-

μοι προβληματισμοί οι οποίοι εξάπτουν δημιουργικά τη φαντασία και ανοίγουν ορίζοντες. Στρεφόμεστε στο είναι της νόησης διαμέσου της αίσθησης και της αντίληψης, συνθεώμεθα ενιαία το ανθρωπίνως υπάρχειν σε στιγμές δοκιμασίας και πόνου, αναφωτισζόμαστε και αυτό είναι η σημαντικότερη αφετηρία περαιτέρω έρευνας. Οι σκαπανείς της Ιατρικής το επιμαρτυρούν.

ii. Το σημαντικότερο, όμως, πέρα απ' τις προαναφερθείσες αφετηρίες, είναι η βιωματική εμπειρία του συμβαίνοντος, εμπειρία η οποία αποκαλύπτει το ηθικό αίσθημα της ζωής. Πολλοί φιλόσοφοι διακήρυξαν, μερικοί με κατηγορηματικό τρόπο, άλλοι υποδήλως, πως η ηθική διάσταση της ζωής είναι ανώτερη απ' τη διανοητική, αλλά το ουσιαστικό είναι άλλο: Μόνο ηθικά νοείται και εμπεδώνεται η γνώση η οποία και φωτίζει το δραν της διανοίας. Το ηθικό αίσθημα της ζωής επομένως προσεγγίζει αποφασιστικότερα Ιατρική και Φιλοσοφία και αγγίζει το μήνυμα ανθρωπιστικής (φιλήνθρωπος θα λέγαμε) παιδείας και αγωγής με σημαντικότητες συνέπειες τόσο στην ενάσκηση αυτών των λειτουργιών του ανθρωπίνου πνεύματος, όσο και για την καρποφόρο συνέχιση της έρευνάς τους.

iii. Πιο πρακτικά, ιδέες και αξίες όπως η αλληλεγγύη, η προσφορά, η αλληλεβοήθεια, η φιλαλήθεια, η εντιμότητα, η καρτερία, η υπομονή, η επιμονή διδάσκονται συγκεκριμένα κι αποτελούν πυλώνες δημιουργικής επέκτασης όλων των προσφορών του παρελθόντος. Επιμένουμε ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των ψυχικών παθήσεων, όπου οι κίνδυνοι εξαπλούστευσης ελλοχεύουν, δεδομένου ότι τόσο οι φιλόσοφοι, όσο και οι ιατροί είναι άνθρωποι με όλες τις δυνατός αδυναμίες και πειρασμούς της ανθρωπίνης φύσης. Είναι όμως απολύτως βέβαιο πως οι ηθικές αλήθειες οι οποίες αναδύονται απ' την κατά μέτωπο αντιμετώπιση του ανθρωποκοσμικού συμβαίνοντος αποτελούν προϋποθέσεις συνανάπτυξης των ανθρωπίνων δυνατοτήτων και δημιουργικού διαλόγου όλων γενικότερα των πνευματικών και επιστημονικών προσπαθειών της φύσης μας.

iv. Δεδομένων όσων προηγούνται, δημιουργούνται ευσύνετες προοπτικές πε-

ραιτέρω εμβάθυνσης στο ανθρώπινο πεπρωμένο. Η Ιατρική πασχίζει και προσφέρει στον άνθρωπο ανυπολόγιστα δώρα, αλλά, ταυτόχρονα, ομολογεί πως, παρά τις προόδους της, υπάρχουν και θα υπάρχουν πάντα προβλήματα, νέα προβλήματα και δυσκολίες, προς δημιουργική αντιμετώπιση. Και η Φιλοσοφία, διορώντας όχι μόνο την Ιατρική, αλλά και τις άλλες επιστήμες τις οποίες δημιουργεί ή διαλαμβάνει, ευρύνει την προβληματική της, αγκαλιάζει τον ανθρώπινο μόχθο και τις προσφορές της επιστήμης, αισθανόμενη "φτωχή" απ' τη στιγμή που τις αγνοεί. Προκύπτει η συμπληρωματικότητα, η δημιουργική συμπληρωματικότητα με διάρκεια, συνέχεια και αναδημιουργικές προοπτικές.



Αναλογιζόμενοι το έργο των Επιστημών και, στην περίπτωση μας, της Ιατρικής, νοιώθουμε *πόνησιν μεθ' ηδονής*, όπως έλεγε ο Πλωτίνος. Απορούμε, εκπληττόμεθα, αναζωογονούμαστε, θαυμάζουμε την ηρωική προσπάθεια του ανθρώπου, προσπάθεια στην οποία άμεσα ή έμμεσα μετέχουμε, όποια και αν είναι η συγκεκριμένη μας ενασχόληση και αναλογιζόμαστε τις ευθύνες μας, δεδομένων των διακινδυνεύσεων της φύσης μας η οποία μετέχει παράδοξα του θεϊκού και του δαιμονίου.

Σε αυτό το στάδιο της σκέψης Ιατρική και Φιλοσοφία όχι μόνο προσεγγίζονται, αλλά διαχέονται στην ανθρώπινη φύση, στο πανανθρώπινο, στο οικουμενικό, σε ό,τι καθιστά τον άνθρωπο δημιουργό του Ωραίου και του Αληθινού. Διοράται ότι οι φιλόσοφοι αποκαλούν Αιώνια Φύση των Πραγμάτων, η αιώνια στάση τους θα λέγαμε, η ολοφάνερση όχι μόνο των λειτουργιών και των διαπλοκών του αισθητού, αλλά και η ανθρώπινη εννόσή τους η οποία ενεργώντας με υπομονή, γνώση και φρόνηση, οικοδομεί το Ναό της Επιστήμης με όλες τις ευεργετικές συνέπειες, αλλά και τις οδυνηρές διακινδυνεύσεις.

Ήδη, επιστρέφουμε σε ένα βασικό αξίωμα όλων των πολιτισμών ανεξαρτήτως μεταφυσικών προϋποθέσεων: Το ήθος της επιστήμης δεν είναι παρά η ελευθερία του ανθρώπου, η καθαρή ελευθερία και όχι οι εθελοδουλίες προτιμήσεις του πονηρευόμενου λόγου, η συνέκφραση δηλαδή όλων των προσπαθειών υπό την αιθουργίδα του πανανθρώπινου πνεύματος που είναι απ' τη φύση του οικουμενικό.

Σχετικά με την υποχρέωση αποδοχής μέσω πληρωμής με κάρτα

Μετά από συνεχή ερωτήματα των μελών του Ι.Σ.Α. θέλουμε να ενημερώσουμε όσων αφορά την υποχρεωτική χρήση POS από τους γιατρούς τα εξής:

1. Σύμφωνα με το άρθρο 65 του Ν. 4446/2016 οι δικαιούχοι πληρωμής στο πλαίσιο των συναλλαγών τους με καταναλωτές υποχρεούνται να αποδέχονται μέσα πληρωμής με κάρτα για την ολοκλήρωση των πράξεων πληρωμής, εντός ορισμένης προθεσμίας και ανάλογα με τον κωδικό αριθμό δραστηριότητας (ΚΑΔ).

Έτσι με απόφαση των υπουργών Οικονομίας, Ανάπτυξης και Οικονομικών θα ορίζονται οι υπόχρεοι συμμόρφωσης βάσει ΚΑΔ, η προθεσμία συμμόρφωσης, οι κυρώσεις κτλ

2. Σύμφωνα με το άρθρο 66 του ίδιου νόμου, οι δικαιούχοι πληρωμής, οι οποίοι αποδέχονται κάρτες πληρωμών, θα πρέπει να ενημερώνουν τους καταναλωτές για τον τρόπο αποδοχής με σαφήνεια και οι πληροφορίες θα αναγράφονται ευκρινώς στην είσοδο και στο ταμείο

3. Σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ν. 4446/2016 για φορολογικές αξίας πε-

ντακοσίων (500) ευρώ και άνω, που εκδίδονται προς ιδιώτες, εξοφλούνται από τους λήπτες με τη χρήση καρτών ή άλλων ηλεκτρονικών μέσων πληρωμής και δεν επιτρέπεται πλέον η εξόφληση με μετρητά

Κατόπιν τούτων, τονίζουμε ότι αυτή τη στιγμή οι ιατροί δεν έχουν υποχρέωση χρήσης POS μέχρι να εκδοθεί η σχετική Υπουργική Απόφαση η οποία θα εντάξει τους ιατρούς στην υποχρεωτική αποδοχή καρτών μέσω Ρ.Ο.Σ. Η μόνη υποχρέωση που υπάρχει από 1 Φεβρουαρίου 2017 είναι η ενημέρωση των ασθενών για την αποδοχή ή μη των καρτών με ευκρινή και σαφή τρόπο.

ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Το Μέλλον της Ελληνικής Παραγωγής Φαρμάκου

Σε κομβικό αναπτυξιακό κλάδο αναδεικνύεται η παραγωγή φαρμάκου στη χώρα μας. Επιδεικνύοντας αξιοσημείωτη δυναμικότητα, η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία αναπτύσσει και παράγει γενόσημα και καινοτόμα φάρμακα.

Οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες παράγουν το 25% του όγκου των φαρμάκων πολυεθνικών εταιρειών που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά, ενώ πραγματοποιούν εξαγωγές σε 85 χώρες.

Αναποκρινόμενες στα νέα δεδομένα,

οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες δραστηριοποιούνται με εξωστρέφεια επενδύοντας 30 εκατ. ευρώ σε έρευνα ετησίως με στόχο την ανάπτυξη και παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων υψηλής προστιθέμενης αξίας.

Σε πρόσφατη μελέτη της Γενικής Γραμματείας Βιομηχανίας περιγράφονται οι άξονες ενός τετραετούς πλάνου ανάπτυξης του κλάδου της παραγωγής φαρμάκων με στόχο τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητάς του και την πλήρη αξιοποίηση των σημαντικών του δυνατοτήτων.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην ενίσχυση

της έρευνας, την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, στη δημιουργία των κατάλληλων υποστηρικτικών δομών και στη διευκόλυνση της πρόσβασης στην αναγκαία χρηματοδότηση.

Σε πρόσφατη εισήγησή του στο Οικονομικό Φόρουμ των Δελφών, ο Πρόεδρος της ΠΕΦ κ. Θεόδωρος Τρύφων σημείωσε πως οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες βρίσκονται σε διαρκή διάλογο με την Πολιτεία καταθέτοντας συγκεκριμένες προτάσεις φαρμακευτικής πολιτικής με αναπτυξιακό πρόσημο που οδηγούν στην παραγωγή προστιθέμενης αξίας για την εθνική οικονομία, τονίζοντας ότι η στήριξη του ελληνικού φαρμάκου μεταφράζεται σε τριπλό όφελος για την οικονομία, το σύστημα υγείας και τους ασθενείς.

Καμπάνια ΠΙΣ για την γρίπη

Αθήνα, 7 Νοεμβρίου 2016

Κατά τη συνεδρίαση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου έγινε αποτίμηση της απήχησης της ενημερωτικής καμπάνιας για τη γρίπη και τον αντιγριπικό εμβολιασμό και τονίστηκε η θετική ανταπόκριση των Μ.Μ.Ε. και η αποδοχή των πολιτών.

Το υλικό της καμπάνιας εστάλη στους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας, ώστε να διακινηθεί προς τα τοπικά Μέσα Ενημέρωσης με στόχο την προστασία των πολιτών στην περιοχή ευθύνης τους.





Τα πρώτα πολυβιταμινούχα τεχνητά δάκρυα διεθνώς αναβαθμίζουν ολόκληρη την αγορά

Η KITE HELLAS Ltd, κολλοσσός εμπειρίας & γνώσης για πάνω από 25 χρόνια στην επιστήμη της οφθαλμολογίας, κατά τη διάρκεια της πορείας της έχει συνεργαστεί με κορυφαίους οίκους του εξωτερικού όπως η Bausch & Lomb pharmaceuticals κ.α, οδηγήθηκε στη δημιουργία των πιο πρωτοποριακών τεχνητών δακρύων στον κόσμο, που δεν είναι άλλα από τα τεχνητά δάκρυα με την προσθήκη θαυματουργών βιταμινών για τα μάτια.

Η σύμπραξη της KITE HELLAS Ltd με την NOVAX PHARMA MONACO, ειδικό

στα οφθαλμολογικά προϊόντα καταπολέμησης των παθήσεων της οφθαλμικής επιφάνειας όπως είναι η ξηροφθαλμία, αλλεργίες, βλεφαρίτιδα, χαλάζιο, κριθαράκι, επιπεφυκίτιδα με ενοχλητικά συμπτώματα όπως κόκκινα μάτια, ξηρά μάτια που κόβουν, αίσθηση ξένου σώματος, αίσθηση άμμου και φαγούρας, πόνου, φωτοφοβίας, κατέληξε στη γέννηση των πρώτων πολυβιταμινούχων τεχνητών δακρύων στον κόσμο.

Τα πρωτοποριακά τεχνητά δάκρυα VISIONLUX PLUS με βιταμίνη B12 & βιταμίνη B5 (Δεξανθενόλη) δημιούργησαν την πιο νέα και αναβαθμισμένη κατηγορία πολυβιταμινούχων τεχνητών δακρύων με ευεργετικές ιδιότητες στα μάτια. Το VISIONLUX PLUS παρέχει ασύγκριτη ενυδάτωση, επιταχύνει την επούλωση της οφθαλμικής επιφάνειας και θρέφει τα μάτια καθημερινά. Η χρήση του VISIONLUX PLUS, 3 φορές ημερησίως για 1 μήνα σε περίπτωση οποιουδήποτε οφθαλμικού τραυματισμού, σε τραύμα ηλεκτροκόλλησης, έγκαυμα κερατοειδούς, κόκκινου ματιού ανεξαρτήτου αιτιολογίας, αλλεργικής αντίδρασης, επιταχύνει ταχεία ενυδάτωση, αναδόμηση και επούλωση του κερατοειδούς με αποτέλεσμα να σας βγάλει ασπροπρόσωπους. Το VISIONLUX PLUS ενδείκνυται για χρήση πριν την τοποθέτηση και κατά τη διάρκεια χρήσης των φακών επαφής, για την ενδυνάμωση του δακρυϊκού φιλμ και την επιμήκυνση του χρόνου παραμονής των φακών στα μάτια.

Το Νέας γενιάς πολυβιταμινούχο τεχν-



τό δάκρυ καθημερινής χρήσης VISIONLUX PLUS έχει ενθουσιάσει την επιστημονική κοινότητα διεθνώς, δημιουργώντας μια ανώτερη κατηγορία τεχνητών δακρύων η οποία καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών καλύτερα από ποτέ. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι 8 στους 10 χρήστες τεχνητών δακρύων και γενικότερα σταγόνων για τα μάτια εκφράζουν την ιδιαίτερα ευχάριστη και ανακουφιστική αίσθηση που προσδίδουν οι πολυβιταμινούχες σταγόνες και την προτίμησή τους σε αυτές, λέγοντας ότι "Το VISIONLUX PLUS όχι μόνο δεν τσούζει στα μάτια, αλλά δεν τσούζει και στη τσέπη".



Η MENARINI Hellas δημιουργεί νέο τμήμα Consumer Healthcare

Η MENARINI HELLAS επισφραγίζει τα 27 χρόνια επιτυχημένης λειτουργίας της στην ελληνική αγορά, με τη δημιουργία του νέου Τμήματος Consumer HealthCare, με στόχο να προσφέρει καινοτόμες λύσεις για την διατήρηση της υγείας και ευεξίας του σύγχρονου ανθρώπου.

Ο όμιλος Menarini με έδρα την Φλωρεντία Ιταλίας και με παράδοση στην καινοτομία και στην ανάπτυξη μοναδικών προϊόντων υψηλής ποιότητας και ασφάλειας, μέσα από τις 14 παραγωγικές της εγκατα-

στάσεις και τα 6 υπερσύγχρονα κέντρα Έρευνας & Ανάπτυξης στις 100 χώρες δραστηριοποίησής της, εργάζεται αδιάκοπα με μοναδική αποστολή της την ευημερία του ανθρώπου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ο Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της MENARINI HELLAS, κ. Γεώργιος Συκιανάκης, επισημαίνει:

«Η MENARINI HELLAS συνεχίζει με σταθερά βήματα την αναπτυξιακή της πορεία και μετά την επιτυχή κυκλοφορία σειράς καινοτόμων φαρμάκων στον καρδιαγγειακό, αναπνευστικό αλλά και σε άλλους

θεραπευτικούς τομείς, επεκτείνει την επιχειρηματική της δραστηριότητα και στον τομέα της αυτοθεραπείας με την κυκλοφορία ενός ιδιαίτερα πλεονεκτικού και καινοτόμου χαρτοφυλακίου προϊόντων.

Το νέο μας Τμήμα Consumer HealthCare συγκροτήθηκε και επανδρώθηκε με ιδιαίτερα υψηλό ανθρώπινο δυναμικό, έχοντας στόχο σε συνεργασία με τον Έλληνα φαρμακοποιό να προσφέρει στον καταναλωτή αξιόπιστες επιλογές που βελτιώνουν το επίπεδο ζωής, την υγεία κι ευεξία του».

Τα πρώτα προϊόντα που ήδη τέθηκαν σε κυκλοφορία και αναφέρονται παρακάτω περιλαμβάνουν 4 σειρές εξειδικευμένων σκευασμάτων που ανταποκρίνονται σε διαφορετικές πτυχές της υγείας του σύγχρονου ανθρώπου.

ΕΚΘΕΣΗ ΖΩΓΡΑΦΙΚΗΣ ποίηση και ζωγραφική

Στις 11 Μαρτίου, στο μεγάλο αμφιθέατρο του ΝΙΜΙΤΣ έγινε το Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρών Λογοτεχνών με ενδιαφέροντα θέματα ποιητικού λόγου, φιλοσοφίας και τέχνης. Στο φουαγιέ του Αμφιθεάτρου έγινε έκθεση ζωγραφικής του Δρ. Θεοδώρου Ντόλατζα με θέμα: «Ποίηση και Ζωγραφική» (ποιήματα ιατρών Λογοτεχνών) και εικαστική απεικόνιση του Θ. Ντόλατζα. Ακολούθησε μεγάλη έκθεση στη βίβλα Κοτοπούλη του Ζωγράφου με θέμα «Ιστορία - Δρόμοι Ζωγράφου», 15-31 Μαΐου 2017.



Ακρόπολις (Ελαιογραφία)
Ποίημα Γ. Μουτάφη «Στο ναό της Αθηνάς»



Αρχαία Ελλάδα (Αφροδίτη) (Λάδι)
Ποίημα Φ. Παυλίτου «Πορεία»



Σαντορίνη (Ελαιογραφία) Ποίημα Μ. Σωτηροπούλου «Μεγαλιυνάρι Σαντορίνης»



Έκθεση «Ιστορία - Δρόμοι Ζωγράφου»



Έκθεση «Ιστορία - Δρόμοι Ζωγράφου»



Έκθεση «Ιστορία - Δρόμοι Ζωγράφου»



Έκθεση «Ιστορία - Δρόμοι Ζωγράφου»



Κωνσταντινούπολη (Ακρυλλικό)
Ποίημα Στελ. Αντωνιάδης «Ωρες»



**17th GREEK-GERMAN
UROLOGICAL SYMPOSIUM**
29 Ιουνίου - 2 Ιουλίου 2017
www.voyagertravel.gr

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ
8-9 Σεπτεμβρίου 2017
Ηράκλειο, Κρήτη
www.hsg.gr

**8^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟ-
ΓΙΑΣ**
15-16 Σεπτεμβρίου 2017
Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα
Τηλ: +30 210 6074205
www.gynecancer2017.mdcongress.gr
email: s.diakopoulou@mdcongress.gr

**9^η ΗΠΑΤΟΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ**
22-24 Σεπτεμβρίου 2017
Μέτσοβο, Ήπειρος
www.conferre.gr

**3rd ACTC ADVANCES IN
CIRCULATING TUMOUR CELLS:
LIQUID BIOPSY IN CLINICAL
PRACTICE**
October 4-7, 2017
Rhodes, Greece
www.actc2017.org

**37^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ**
5-7 Οκτωβρίου 2017
Θεσσαλονίκη, www.globalevents.gr

**5^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΑΙΔΙΚΗΣ & ΕΦΗΒΙΚΗΣ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ**
6-8 Οκτωβρίου 2017
Αίγινα Ζαπφείου, Αθήνα

Τηλ: +30 210 6074205
www.efiviki2017.mdcongress.gr
email: s.diakopoulou@mdcongress.gr

**GUIDELINES ΣΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ &
ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**
7 Οκτωβρίου 2017
Ξενοδοχείο Crowne Plaza, Αθήνα
Τηλ: +30 210 6074205
www.mdcongress.gr
email: s.diakopoulou@mdcongress.gr

**EUROPEAN SOCIETY FOR
MEDICAL RESEARCH ON
ALCOHOLISM 2017**
October 8-11, 2017
Hersonissos, Greece
www.esbra2017.com

**19^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**
13-15 Οκτωβρίου 2017
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Τηλ: +30 210 6074205
www.19perinatal.mdcongress.gr
email: s.diakopoulou@mdcongress.gr

**AMERICAN COLLEGE OF
GASTROENTEROLOGY (ACG)
- WORLD CONGRESS OF
GASTROENTEROLOGY (WGO)
2017**
October 13-18, 2017
Orlando, USA
www.worldgastroenterology.org

25th UEGW
October 28 - November 1, 2017
Barcelona, Spain, www.ueg.eu

**11^ο ΜΑΚΕΔΟΝΙΚΟ
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
2-5 Νοεμβρίου 2017

Grand Hotel, Θεσσαλονίκη
www.voyagertravel.gr

**5^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΟΥΡΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΥΕΛΙΚΟΥ
ΕΔΑΦΟΥΣ**
23 Νοεμβρίου 2017, Πειραματικό
Εργαστήριο «Αρεταίο»
24-25 Νοεμβρίου 2017, Πολεμι-
κό Μουσείο Αθηνών
Τηλ: +30 210 6074205
www.urogyn2017.mdcongress.gr
email: s.diakopoulou@mdcongress.gr

**6^ο ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
"ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ
- ΛΙΘΙΑΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ"**
24-26 Νοεμβρίου 2017
Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη
www.voyagertravel.gr

**AMERICAN ASSOCIATION
FOR THE STUDY OF LIVER
DISEASES 2017**
25 Νοεμβρίου 2017
Ζωντανή Αναμετάδοση, Αμφιθέ-
ατρο «Φ. Φέσσας», Γ.Ν.Α. «Λα-
ϊκό», www.eligast.gr

**2^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ:
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΑ
ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
27-28 Νοεμβρίου 2017
Μέγαρο Μουσικής, Αθήνα
Τηλ: 210 3634944
www.era.gr
email: info@era.gr

**15^η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΕΠΕΓΕ
«ΣΤΟΜΑΧΟΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΔΗΜΑΤΑ»**
1-3 Δεκεμβρίου 2017
Hotel Divani Caravel, Αθήνα
www.congressworld.gr

**3^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΝΘ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ**
8-9 Δεκεμβρίου 2017
Electra Palace
Θεσσαλονίκη
www.voyagertravel.gr

**7^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
ΚΑΙ ΠΡΩΚΤΟΥ**
15-17 Δεκεμβρίου 2017
Ξενοδοχείο Larissa Imperial,
Λάρισα, www.globalevents.gr

**5th CONGRESS OF
DERMOSCOPY**
June 14-16, 2018
Thessaloniki, Greece
www.dermoscopy-congress2018.com

**4th ATHENS
INTERNATIONAL
SYMPOSIUM
AN INTERDISCIPLINARY
UPDATE IN
GASTROENTEROLOGY
& GASTROINTESTINAL
CANCER PREVENTION**
July 6-7, 2018
Athens Hilton Hotel
Athens
www.athens-symposium.com





www.iatrikovima.gr

Καθημερινή επιστημονική και συνεχής ενημέρωση για επίκαιρα θέματα που απασχολούν τον Έλληνα Ιατρό

- Τα τελευταία νέα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου
- Φαρμακευτικές ειδήσεις
- Ενημέρωση για ιατρικά συνέδρια όλων των ειδικοτήτων στην Ελλάδα και τον κόσμο

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ
βήμα

Α Π Ε Υ Θ Υ Ν Ε Τ Α Ι Σ Ε Ε Π Α Γ Γ Ε Λ Μ Α Τ Ι Ε Σ Υ Γ Ε Ι Α Σ

ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΔΙΑΒΑΣΕΙΣ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ **ΟΙ ΖΩΕΣ 6 ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΑΛΛΑΞΑΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΑΛΥΤΕΡΟ**

Κάθε χρόνο, η **Medtronic** βοηθάει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο ανακουφίζοντάς τους από τον πόνο, αποκαθιστώντας την υγεία τους και αυξάνοντας το προσδόκιμο ζωής τους. Στην πραγματικότητα, 2 άνθρωποι κάθε δευτερόλεπτο επωφελούνται από το εύρος των ιατρικών τεχνολογιών και θεραπειών μας.

Επειδή κάθε δευτερόλεπτο μετράει.

Μάθε περισσότερα στο

www.medtronic.com/furthertogether

Medtronic
Further. Together

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** υπεράσύγχρονα 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



Αποτελεσματικό | Ασφαλές | Προσιτό