



www.pis.gr

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ βήμα

www.iatrikovima.gr

ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2025 - Νο 144

100 Χρόνια ΠΙΣ

Με το βλέμμα στο μέλλον



ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Ομόφωνη παραδοχή της πρότασης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου ότι πρέπει να συσταθεί ανεξάρτητο Σώμα Εμπειρογνομώνων



- Εξώδικο ΠΙΣ στον υπουργό Υγείας για ψευδή ανάρτηση
- Η ΕΡΤ προβάλλει ως κοινωνικό μήνυμα το βίντεο του ΠΙΣ για την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας
- Ο ΠΙΣ για την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας: Η υγεία των μπτέρων και των παιδιών συμβάλλει στη διασφάλιση ενός ελπιδοφόρου μέλλοντος για όλους μας
- Έρευνα κοινής γνώμης του ΠΙΣ. Δυσανεστημένοι οι πολίτες από την έλλειψη οργάνωσης και προσωπικού - ικανοποιημένοι από τους γιατρούς
- Παράσταση στη δίκη υπέρ του ιατρού του ΚΥ Τυρνάβου, ο οποίος δέχτηκε άγρια επίθεση, πραγματοποιήσε το Νομικό τμήμα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου



7η Ολομέλεια ΠΙΣ - Ιατρικών Συλλόγων στην Αλεξανδρούπολη: Συμπεράσματα και αποφάσεις



Αυστηρότερες ποινές για αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος

- Ο ΠΙΣ για τη Διεθνή Ημέρα Γυναικών 2025: «Για όλες τις γυναίκες και τα κορίτσια: Δικαιώματα - Ισότητα - Ενδυνάμωση»
- ΠΙΣ: Αναποτελεσματικές οι «μεταρρυθμίσεις», αρνητική η προοπτική του ΕΣΥ
- Συγχαρητήρια επιστολή του Π.Ι.Σ. προς τον Πρόεδρο της Βουλής των Ελλήνων, κ. Νικήτα Κακλαμάνη
- Όλες οι υπηρεσίες του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου στην ψηφιακή πύλη gov.gr
- Παρέμβαση για το clawback: Ο ΠΙΣ εκπέμπει SOS
- Συμμετοχή τριμελούς εκπροσώπησης του ΠΙΣ στη Συνέλευση του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου
- Ενιαία πλατφόρμα ιατρών όλης της χώρας.

ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Η νέα εποχή της Ογκολογίας
- Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία στην Ελλάδα σήμερα
- Ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μηχανική Θρομβεκτομή. Μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις στην ιατρική τα τελευταία έτη
- Φαρμακευτική Αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας. Παρόν & Μέλλον
- Υπέρτασικές Κρίσεις: Κριτήρια Διάγνωσης & Αλγόριθμος Αντιμετώπισης
- Οι μυοκαρδιοπάθειες στη σύγχρονη εποχή. Σημεία κλειδιά για την αναγνώριση και την αντιμετώπισή τους
- Αποτελέσματα από την παρακολούθηση ασθενών με έκζεμα.

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

Επικαιροποιημένες Συστάσεις - Επιστημονική Ενημέρωση

- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ:** • Συστάσεις για τη διάγνωση & τη θεραπεία των λοιμωδών παροξύνσεων της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) • Συστάσεις εμβολιασμού για την πρόληψη σοβαρής λοίμωξης από τον Αναπνευστικό Συγκυτιακό Ιό (RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS - RSV)
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:** Οι Κεφαλαλγίες στους ηλικιωμένους
- **ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ:** Υπερπαραθυρεοπαθία και Καρκίνος Θυρεοειδούς
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:** Προχωρημένη πατρική ηλικία: Επιπτώσεις στη γονιμότητα και κίνδυνοι για τους απογόνους
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:** Λεύκη: Παρόν και μέλλον στην αντιμετώπιση
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ & ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ:** Φάρμακα για τη στυτική δυσλειτουργία. Μήπως τελικά κάνουν καλό στους καρδιαγγειακούς ασθενείς;



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΕΙΩΝ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ - ΣΥΝΟΨΕΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ | Ελλήνων Ιατρών Συγγραφέων σε Διεθνή Επιστημονικά Περιοδικά

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

- Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (ΑΤΥ) και οφέλη από τη χρήση της

ISSN
1106-5249

ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΣΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ - ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΠΙΣ

ΕΚΔΟΣΗ: DOCTORS media

Βγαίνω μία για τσιγάρο κι έρχομαι.

Έρχομαι κι εγώ. Να σου κάνω μια τράκα;

Μα δεν το έχεις κόψει;

Όχι ρε, σιγά, δεν καπνίζω γενικά, απλά έτσι, για την παρέα



Ξέρεις πως πρέπει να κόψεις το κάπνισμα.
Απλά δεν το παραδέχεσαι.

Κόψε τα “όχι ρε, σιγά” Ξεκίνα RECIGAR

Το RECIGAR είναι ο νέος σου σύμμαχος στην προσπάθεια να απαλλαγείς από το κάπνισμα και το άτμισμα. Χάρη στη δραστική ουσία κυτισινικλίνη, μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα, θεραπεύοντας τον εθισμό στη νικοτίνη μέσα σε 25 μέρες.



Κατέβασε δωρεάν το app
για υποστήριξη σε κάθε
βήμα της θεραπείας σου



Pharmaceutical Laboratories S.A.



ΓΙΑ 3^η ΣΥΝΕΧΟΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ



61 χρόνια UNI-PHARMA.
Αξία για τον άνθρωπο.
Ευθύνη για την κοινωνία.

Το Υπουργείο Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων συνιστούν:
ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ.
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ.
Το φάρμακο δεν συνιστάται για χρήση σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών.

ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΙΣ

10



ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ:
ομόφωνη παραδοχή της πρότασης του
Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου ότι πρέπει να
συσταθεί ανεξάρτητο Σώμα Εμπειρογνομόνων

ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΙΣ

10



ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ:
ομόφωνη παραδοχή της πρότασης του
Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου ότι πρέπει να
συσταθεί ανεξάρτητο Σώμα Εμπειρογνομόνων

ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΙΣ

30



Οι Ευρωπαίοι γιατροί σπηρίζουν τον ΠΙΣ
και τους Έλληνες γιατρούς στον αγώνα
τους για την κατάργηση του Clawback

ΤΕΥΧΟΣ 144

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ
βήμα

2025

www.iatrikovima.gr

σελ.: **7 ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ**

σελ.: **10 ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ**

• **10** ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ: ομόφωνη παραδοχή της πρότασης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου ότι πρέπει να συσταθεί ανεξάρτητο Σώμα Εμπειρογνομόνων • **14** Εξώδικο ΠΙΣ στον υπουργό Υγείας για ψευδή ανάρτηση • **14** Η ΕΡΤ προβάλλει ως κοινωνικό μήνυμα το βίντεο του ΠΙΣ για την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας • **14** Ο ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΥΓΕΙΑΣ: Η υγεία των μητέρων και των παιδιών συμβάλλει στη διασφάλιση ενός επιδοφόρου μέλλοντος για όλους μας • **15** ΕΡΕΥΝΑ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΤΟΥ ΠΙΣ. Δυσχερειαί οί πολίτες από την έλλειψη οργάνωσης και προσωπικού - ικανοποιημένοι από τους γιατρούς • **16** Παράσταση στη δίκη υπέρ του ιατρού του ΚΥ Τυρνάβου, ο οποίος δέχτηκε άγρια επίθεση, πραγματοποιήσε το Νομικό τμήμα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου • **16** 7η Ολομέλεια ΠΙΣ- Ιατρικών Συλλόγων στην Αλεξανδρούπολη: Συμπεράσματα και αποφάσεις • **20** ΠΙΣ. Απαντητικό Δελτίο Τύπου για τα στοιχεία που ανάρτησε ο υπουργός Υγείας στην πλατφόρμα Χ (Twitter) • **22** Ο ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΗΜΕΡΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 2025: «Για όλες τις γυναίκες και τα κορίτσια: Δικαιώματα- Ισότητα-Ενδυνάμωση» • **22** ΠΙΣ. Αναποτελεσματικές οι «μεταρρυθμίσεις», αρνητική η προοπτική του ΕΣΥ • **24** Ο ΠΙΣ τιμά τη μνήμη των θυμάτων των Τεμπών: Δωρεάν υπηρεσίες σε νέους 16-30 ετών την Παρασκευή 28/2 • **24** Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου • **26** Συγχαρητήρια επιστολή του Π.Ι.Σ. προς τον Πρόεδρο της Βουλής των Ελλήνων, κ. Νικήτα Κακλαμάνη • **26** Αυστηρότερες ποινές προβλέπει πλέον η νομοθεσία για όσους προβαίνουν σε αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος • **28** Όλες οι υπηρεσίες του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου στην ψηφιακή πύλη gov.gr • **28** Αποτελέσματα της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. της 7/12/2024 • **30** Παρέμβαση για το clawback: Ο ΠΙΣ εκπέμπει SOS. Οι κλινικοεργαστηριακοί ιατροί και τα εργαστήρια σε οικονομική ασφυξία λόγω του εξουθενωτικού clawback • **30** Οι Ευρωπαίοι γιατροί σπηρίζουν τον ΠΙΣ και τους Έλληνες γιατρούς στον αγώνα τους για την κατάργηση του Clawback • **31** Συμμετοχή τριμελούς εκπροσώπησης του ΠΙΣ στη Συνέλευση του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου • **34** Ενισχυμένη πλατφόρμα ιατρών όλης της χώρας • **34** 6η Ολομέλεια των Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων της χώρας με το ΔΣ του ΠΙΣ • **36** Επιστολή του ΠΙΣ στους βουλευτές του Ελληνικού Κοινοβουλίου για το άρθρο 65 του νομοσχεδίου για την Ψυχική Υγεία και τις επιπτώσεις του • **36** ΠΙΣ. Δελτίο Τύπου για τις νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν στην επίταξη ιδιωτών γιατρών και την άρση της συνταγογράφησης • **36** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ: Ανταποκρίνεται στο αίτημα του ΠΙΣ και προσφέρει 39 δωρεάν συμμετοχές σε νέους Παθολόγους που συνδράμουν το ΕΣΥ • **36** ΠΙΣ. Εξελίξεις στο χώρο της υγείας και οι αποφάσεις που έλαβε το Δ.Σ. στη συνεδρίαση της Τρίτης 17 Ιουλίου • **37** Επιστολή ΠΙΣ προς τον υπουργό Υγείας: Βραχυπρόθεσμες και μεσοπρόθεσμες προτάσεις για τα μείζονα προβλήματα στο χώρο της υγείας • **37** Ολομέλεια προέδρων Ιατρικών Συλλόγων στην Καλαμάτα. Επί τάπητος το ζήτημα των ιατρικών σμοιών και της συλλογικής σύμβασης εργασίας • **37** Αναφορά εκπροσώπων Π.Ι.Σ. από συνεδριάσεις της CEOM, Ρώμη, Μάιος 2024

σελ.: **40 ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ**

• **40** Η νέα εποχή της Ογκολογίας • **43** Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία στην Ελλάδα σήμερα • **49** Ισχυρικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μηχανική θρομβεκτομή. Μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις στην ιατρική τα τελευταία έτη • **54** Φαρμακευτική Αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας. Παρόν & Μέλλον • **60** Υπέρτασικές Κρίσεις: Κριτήρια Διάγνωσης & Αλγόριθμος Αντιμετώπισης • **68** Οι μυοκαρδιοπάθειες στη σύγχρονη εποχή. Σημεία κλειδιά για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση τους • **74** Αποτελέσματα από την παρακολούθηση ασθενών με έκζεμα

σελ.: **79 ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ - ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

• **78** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ • **90** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ • **94** ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ • **96** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ • **100** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ • **103** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ & ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

σελ.: **105 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΕΙΩΝ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ - ΣΥΝΟΨΕΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**

σελ.: **116 ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ**

• **116** Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (ΑΤΥ) και οφέλη από τη χρήση της

70 ΧΡΟΝΙΑ

Η Ελληνική Φαρμακευτική Εταιρεία
στο πλευρό του Ασθενή



Όραμα με βαθιές ρίζες



Αχαΐας 5 & Τροιζηνίας, Νέα Κηφισιά, Τ.Κ. 145 64
Τ. +30 210 625 4175, F. +30 210 625 4190
info@faran.gr



2025.

100 χρόνια από την ίδρυση του ΠΙΣ διανύουμε μια επετειακή χρονιά με γνωστές και νέες προκλήσεις. Κοινός παρονομαστής τα προβλήματα υγείας μιας ανεπτυγμένης χώρας με ώριμο σύστημα υγείας που αντιμετωπίζει συνήθη διαχρονικά προβλήματα υπό δύο άδικες παραμέτρους.

Πρώτη και κυρίαρχη η χρόνια πεποίθηση της πολιτικής ηγεσίας περί βέλτιστης κατανόησης των προβλημάτων του χώρου της υγείας και η επακόλουθη δρομολόγηση "λύσεων". "Λύσεων" οι οποίες παραγνωρίζουν τις προτάσεις όσων ουσιαστικά βιώνουμε την πρακτική όψη του συστήματος και υποβάλλουμε λειτουργικές προτάσεις.

Δεύτερη η παροιμιώδης αδυναμία διαχείρισης του υπερπληθούς ιατρικού δυναμικού της χώρας. Πολύ κρίμα διαθέτοντας διπλάσιους από τους αναγκαίους ιατρούς εντός και εκτός συνόρων, εκ των οποίων τα τρία τέταρτα εντός, να υπάρχουν κενές θέσεις στα κρατικά νοσοκομεία και περιοχές με ελλιπή ιατρική κάλυψη. Αδυναμία που οδηγεί σε εκνευρισμό των υπευθύνων, σπασμωδικές ενέργειες και άστοχες ρυθμίσεις.

Ρυθμίσεις που συχνά ονοματίζονται μεγαλειωδώς "μεταρρυθμίσεις", χωρίς να διαθέτουν κανένα χαρακτηριστικό από όσα κατά τον ΠΟΥ περιγράφουν μια μεταρρύθμιση. Απώλεια χρόνου και πόρων στο βωμό πολιτικής προσπάθειας για την επίτευξη επιτυχούς 3μηνου κυήσεως!

Οψόμεθα.

Άλλωστε η ιατρική συμβουλή εκτιμάται όταν ζητείται και αποδίδει όταν εφαρμόζεται.

Στην 100χρονη πορεία μας υπήρχαν περίοδοι γόνιμης συνεργασίας αλληλά και άγονες. Στις πρώτες οικοδομήθηκε το ώριμο σύστημα υγείας μας και αντιμετωπίστηκαν μείζονες κρίσεις όπως η πρόσφατη πανδημία.

Δρ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ
Πλαστικός Χειρουργός, ΠΡΟΕΔΡΟΣ Π.Ι.Σ.

One Health

Ενιαία Υγεία.

Άνθρωποι, ζώα και περιβάλλον είμαστε ένα!



Η **MSD**, έχοντας μια μακρόχρονη πορεία και εκτεταμένη εμπειρία στον τομέα της υγείας των ανθρώπων και των ζώων και τηρώντας, παράλληλα, τη δέσμευσή της για την προστασία του περιβάλλοντος, αποτελεί έναν από τους πρωταγωνιστές στην εφαρμογή της «**Ενιαίας Υγείας**» ή αλλιώς «**One Health**». Η «Ενιαία Υγεία» αποτελεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση προκλήσεων υγείας στους ανθρώπους, τα ζώα και το περιβάλλον, προς όφελος όλων.

Η **MSD** εστιάζει στην «Ενιαία Υγεία - One Health» με στόχο να ανακαλύψει και να αναπτύξει λύσεις για τις υπάρχουσες αλλά και αναδυόμενες ασθένειες σε ζώα και ανθρώπους.



ΙΑΤΡΙΚΟ βήμα

ΤΕΥΧΟΣ 144 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2025

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΙΔΡΥΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

Πλουτάρχου 3 Αθήνα, 106 75 - Τηλ.: 210 72.58.660-1-2, email: pisinfo@pis.gr, pismember@pis.gr

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Γεν. Γραμματέας
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Α' Αντιπρόεδρος

ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ, Β' Αντιπρόεδρος
ΨΥΧΟΓΥΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Ταμίας

ΜΕΛΗ

ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ ΧΑΡΗΣ, Μέλος ΔΣ
ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΚΑΛΙΑΜΠΑΚΟΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ ANNA, Μέλος ΔΣ

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ, Μέλος ΔΣ
ΤΖΙΜΑ ΚΟΡΙΝΑ, Μέλος ΔΣ
ΤΖΩΡΤΖΙΝΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΨΑΛΤΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ, Μέλος ΔΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ, Καθηγήτρια Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΜΑΣΤΡΟΝΙΚΟΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗΣ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, Καθηγήτρια Αιματολογίας, ΕΚΠΑ
ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Γενικός Ιατρός, τ. Επιμ Α ΕΣΥ
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Επικ. Καθηγητής Επιδημιολογίας και Πρόληψης Νοσημάτων, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
ΒΑΪΤΣΗ ΒΙΟΛΕΤΤΑ, Μαιευτράς-Γυναικολόγος
ΓΕΡΟΥΛΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, ΕΚΠΑ
ΓΚΙΚΑΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ, Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΓΡΑΒΑΝΗΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ, Καθηγητής Φαρμακολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΓΩΓΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, Ομ. Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
ΔΑΡΑΒΕΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, Καθηγητής Υγιεινής - Κοινωνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Κοσμήτορας Επιστημών Υγείας ΑΠΘ
ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
ΚΑΡΔΑΜΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
ΚΑΤΣΑΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Ακτινοδιαγνώστης
ΝΙΚΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, Παιδιάτρος-Νεογνολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ
ΚΟΝΤΟΓΕΩΡΓΑΚΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Καθηγητής Ορθοπαιδικής, ΕΚΠΑ
ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής-Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, ΕΚΠΑ
ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ, Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡΙΝΑ, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΩΚΡΑΤΗΣ, Καθηγητής Νευρολογίας, ΕΚΠΑ
ΠΕΤΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Ρευματολόγος
ΠΟΛΙΤΟΥ ΜΑΡΙΑΝΝΑ, Καθηγήτρια Εργαστηριακής Αιματολογίας-Ανοσοαιματολογίας, ΕΚΠΑ
ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Καθηγητής Ουρολογίας, ΕΚΠΑ
ΤΖΕΛΕΠΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Διευθυντής Ουρολογίας Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας
ΤΟΥΝΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Ομ. Καθηγ. Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ
ΤΡΑΚΑΔΑ ΓΕΩΡΓΙΑ, Καθηγήτρια Θεραπευτικής-Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ
ΤΣΑΚΡΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Καθηγητής Μικροβιολογίας, ΕΚΠΑ
ΤΣΑΟΥΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος
ΦΕΛΕΚΟΥΡΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, Καθηγητής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ
ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ, Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ

Παρακαλώ μεταβείτε στο www.iatrikovima.gr
για τις οδηγίες προς τους συγγραφείς

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



ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ: ομόφωνη παραδοχή της πρότασης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου ότι πρέπει να συσταθεί ανεξάρτητο Σώμα Εμπειρογνομόνων

Στην ημερίδα που διοργάνωσε την Τετάρτη 30 Απριλίου 2025 ο **Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος** στο αμφιθέατρο της Εθνικής Πινακοθήκης παρέστησαν ο υπουργός Δικαιοσύνης, κ. **Γιώργος Φλωρίδης**, ο υπουργός Ψηφιακής Διακυβέρνησης, κ. **Δημήτρης Παπαστεργίου**, η αναπληρώτρια υπουργός Υγείας, κυρία **Ειρήνη Αγαπηδάκη**, ο υφυπουργός Υγείας κ. **Δημήτρης Βαρτζόπουλος**, η πρόεδρος του Αρείου Πάγου κα **Κλέα-Χριστοδουλέα**, ο Πρόεδρος του Συμβουλίου της Επικρατείας κ. **Μιχαήλ Πικραμένος** και το σύνολο της ηγεσίας των δικαστηρίων της χώρας.

Στις πολύ εύστοχες εισηγήσεις που ακούστηκαν, ξεχώρισε η ομόφωνη παραδοχή της πρότασης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου ότι **πρέπει να συσταθεί ανεξάρτητο Σώμα Εμπειρογνομόνων** (κάτι που πρότειναν όλοι οι δικαστικοί λειτουργοί) για να γνωματεύει επί θεμάτων ιατρικής ευθύνης. Ο υπουργός Δικαιοσύνης, στον οποίο ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει παρουσιάσει εδώ και καιρό την πρόταση, εξέφρασε την πρόθεση δημιουργίας πλέγματος πιο αποτελεσματικής και επιστημονικά τεκμηριωμένης προδικασίας για τις δικαστικές υποθέσεις ιατρικής ευθύνης.

Από τις τοποθετήσεις ανώτατων δικαστικών λειτουργών αναδείχθηκε η προβληματική κατάσταση που επικρατεί στην εκδίκαση υποθέσεων ιατρικής ευθύνης και ταυτόχρονα καταγράφηκε πως το 80% των σχετικών υποθέσεων αφορούν σε περιστατικά που συμβαίνουν στα ΤΕΠ ή κατά τη διάρκεια εφημερίας στα νοσοκομεία.

Οι ομιλητές, αφού τόνισαν τις προκλήσεις των εφαρμογών τεχνητής νοημοσύνης και τις επιπτώσεις της στην ευθύνη των ιατρών, διατύπωσαν αιχμηρή κριτική επί της **νέας Υπουργικής Απόφασης για την Τηλεϊατρική**, η οποία, αντί να θέτει σαφές και αυστηρό πλαίσιο για την εύρυθμη και ασφαλή παροχή υπηρεσιών στον ιδιαίτερα κρίσιμο τομέα της δημόσιας υγείας, φαίνεται να ανοίγει διάπλητα την πόρτα σε μία νέα, ιδιαίτερος "χαστική" και

απορρυθμισμένη αγορά ευκαιριών για κάθε πρόθυμο -ανεξαρτήτως προσόντων. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος κρίνει συνολικά απαράδεκτη την Υπουργική Απόφαση για την Τηλεϊατρική.

Όπως τόνισε ο Πρόεδρος του ΠΙΣ **Αθανάσιος Εξαδάκτυλος**: «*Η τηλεϊατρική είναι και αυτή ιατρική και συνεπώς θα πρέπει να ασκείται με τους ίδιους όρους και δεοντολογικές αρχές*». Επίσης ο πρόεδρος του ΠΙΣ έκανε ιδιαίτερη αναφορά στα μέτρα που έχουν ληφθεί κατά της βίας εναντίον γιατρών και νοσηλευτών, όπως επίσης και στις προστατευτικές διατάξεις για την αποτροπή προσφυγών σε βάρος γιατρών που θεσμοθετήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας από τον πρώην υπουργό Υγείας κ. Θ. Πλεύρη.

Ο πρόεδρος του ΠΙΣ, Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, σημείωσε κατά την ομιλία του ότι «*η συνεργασία μας με τον υπουργό Δικαιοσύνης είναι από αυτές που έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα για τους γιατρούς, οι οποίοι σήμερα είναι από τους πιο προστατευμένους στην Ευρώπη χάρη στις νομοθετικές ρυθμίσεις του κ. Φλωρίδη*».

Ο Γενικός Γραμματέας του ΠΙΣ, **Δημήτρης Βαρνάβας**, συνοψίζοντας τα συμπεράσματα από τις εργασίες της ημερίδας, υπογράμμισε ότι «*έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος σε σχέση με την περσινή αντίστοιχη εκδήλωση όσον αφορά στην ανάγκη καθιέρωσης σαφών κανόνων και την ανάγκη σύστασης γνωμοδοτικών συμβουλίων, τα οποία θα διασφαλίζουν την αποτελεσματική και επιστημονικά τεκμηριωμένη προδικασία για τις δικαστικές υποθέσεις ιατρικής ευθύνης με τη συμμετοχή εκπαιδευμένων εμπειρογνομόνων και την ύπαρξη ενιαίων κανόνων λειτουργίας*». Παράλληλα, επισήμανε ότι κατά τη διάρκεια της ημερίδας διατυπώθηκαν πολλές ενδιαφέρουσες και απολύτως υλοποιήσιμες προτάσεις, ενώ ανακοίνωσε ότι ο Σύλλογος θα αναλάβει πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και πιστοποίησης πραγματογνομόνων, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση της αξιοπιστίας και ποιότητας των διαδικασιών που αφορούν στην ιατρική ευθύνη.



Ο Γενικός Γραμματέας του ΠΙΣ, Δημήτρης Βαρνάβας, συνοψίζοντας τα συμπεράσματα από τις εργασίες της ημερίδας



Από αριστερά, Ειρήνη Αγαπηδάκη - αναπληρώτρια υπουργός Υγείας, Αθανάσιος Εξαδάκτυλος - Πρόεδρος ΠΙΣ, Γιώργος Φλωρίδης - υπουργός Δικαιοσύνης, Μίνα Γκάγκα - πρώην αναπληρώτρια υπουργός Υγείας



Γιώργος Φλωρίδης,
υπουργός Δικαιοσύνης



Αθανάσιος Πλεύρης,
πρώην υπουργός Υγείας,
Κοινοβουλευτικός εκπρόσωπος ΝΔ



Μιχαήλ Πικραμένος,
Πρόεδρος του Συμβουλίου
της Επικρατείας



Ιωάννα Κλάπα-Χριστοδουλέα,
Πρόεδρος του Αρείου Πάγου



Χάρης Βαθουρανάκης,
Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου



Βλάσιος Πυργάκης, Πρόεδρος
Ανώτατου Πειθαγωγικού Συμβουλίου ΠΙΣ



Δημήτρης Παπαστεργίου,
υπουργός Ψηφιακής Διακυβέρνησης



Αθανάσιος Εξαδάκτυλος,
Πρόεδρος Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου



Ευάγγελος Κασιός,
Νομικός Σύμβουλος ΠΙΣ



Κωνσταντίνος Κουτσόπουλος,
Α' Αντιπρόεδρος ΠΙΣ



PERFECTING THE AIR

Καθαριστής αέρα –
Ιονιστής – Αφυγραντήρας
τελικά πόσο διαφέρουν και
ποιον να διαλέξω;



Η Daikin μας εξηγεί τις διαφορές και μας βοηθάει να επιλέξουμε

Η **Daikin**, πρωτοπόρα στον σχεδιασμό προϊόντων κλιματισμού, που διαθέτει καθαριστές αέρα εδώ και περισσότερα από 45 χρόνια, λύνει κάθε απορία και μας βοηθάει να καταλήξουμε στη βέλτιστη επιλογή για κορυφαία ποιότητα αέρα.

Ας ξεκινήσουμε με το σημαντικότερο ερώτημα: Πόσο καθαρός είναι ο αέρας στον χώρο μας;

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ατμόσφαιρα τόσο στο σπίτι όσο και σε επαγγελματικούς χώρους, είναι έως και **5 φορές πιο μολυσμένη** από την εξωτερική. Αν αναλογιστούμε ότι το 90% του χρόνου μας το περνάμε σε εσωτερικούς χώρους, τότε η ποιότητα του αέρα αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα.

Πολλά **αναπνευστικά και δερματικά προβλήματα, αλλεργίες, ακόμη και πονοκέφαλοι**, οφείλονται στη συσσώρευση ρυπογόνων ουσιών, λόγω κακού εξαερισμού των κλειστών χώρων. Η σκόνη και οι ακαθαρσίες, όταν δεν φιλτράρονται σωστά, μπορούν να προκαλέσουν **μύκητες και αλλεργικές ή άλλες αντιδράσεις**. Διάφορες χημικές ουσίες που αποθηκεύουμε και χρησιμοποιούμε π.χ. για λόγους καθαρισμού, καθώς και το μονοξείδιο του άνθρακα το οποίο εκπέμπουν συσκευές που λειτουργούν με αέριο ή κάρβουνο, **μπορούν να δράσουν σαν δηλητήρια σε έναν κλειστό χώρο**. Ακόμη και η υγρασία από το μαγείρεμα ή από ένα στεγνωτήριο, όταν εγκλωβίζεται ανάμεσα στους τοίχους ενός δωματίου, μπορεί να **ενεργοποιήσει πολλές ευαισθησίες των πνευμόνων και να ευνοήσει την εμφάνιση εντόμων και βακτηρίων**.

Με τον αφυγραντήρα λύνεται το πρόβλημα...

Αυτό είναι το συχνότερο λάθος που κάνουμε: το να συγχέουμε τους καθαριστές αέρα με τους αφυγραντήρες. Στην πραγματικότητα, η ομοιότητά τους σταματά στην όψη και τις εξωτερικές τους διαστάσεις καθώς διαφέρουν ριζικά, στο πόσο δραστικά και ουσιαστικά μπορούν να αλλάξουν τον αέρα ενός κλειστού χώρου. Βασική λειτουργία των αφυγραντήρων είναι η **απομάκρυνση υψηλών επιπέδων υγρασίας** από την ατμόσφαιρα του χώρου μας. Οι καθαριστές, από την άλλη, **εξουδετερώνουν μικρόβια και βλαβερές ουσίες** από τον αέρα.

Ο ιονιστής όμως κάνει την ίδια δουλειά με τον καθαριστή... Σωστά;

Ναι και όχι.

Οι **ιονιστές** είναι συσκευές που παράγουν αρνητικά ή θετικά ιόντα και τα εκπέμπουν στον αέρα. Αυτά τα **ιόντα αλληλεπιδρούν με τις σωματίδια της σκόνης και των αλλεργιογόνων**, καθιστώντας τα βαρύτερα και πιο εύκολα να απομακρυνθούν από τον αέρα ή να προσκολληθούν σε επιφάνειες.

Οι **καθαριστές αέρα** αφαιρούν τα ρύπανση από τον αέρα μέσω **φίλτρων**. Αυτά τα φίλτρα μπορεί να **παγιδεύουν σωματίδια όπως σκόνη, γύρη, αλλεργιογόνα και μικρόβια**, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα του αέρα που αναπνέουμε.

Επομένως, οι καθαριστές υπερτερούν, καλύπτοντας μεγαλύτερο εύρος καθαρισμού του αέρα.



Καθαριστές αέρα DAIKIN

Πολλά περισσότερα από έναν απλό αφυγραντήρα...

Πώς ακριβώς λειτουργεί ένας καθαριστής αέρα Daikin?

Η τεχνολογία είναι απλή και έξυπνη. Ένας πολύ ισχυρός ανεμιστήρας τραβάει τον αέρα από το εσωτερικό του δωματίου και στη συνέχεια **αποσυνθέτει τα ανεπιθύμητα σωματίδια** ενώ ταυτόχρονα τον σπρώχνει να περάσει μέσω ενός **ηλεκτροστατικού φίλτρου HEPA** (High Efficiency Particulate Air).

Το φίλτρο είναι κατασκευασμένο από ένα εξαιρετικά λεπτό πλέγμα με πολύ πυκνές ίνες, οι οποίες φορτίζονται με στατικό ηλεκτρισμό. Με αυτό τον **τρόπο παγιδεύουν το 99,8% των ανεπιθύμητων σωματιδίων**, όπως η σκόνη, η γύρη, η πιτυρίδα κατοικίδιων, οι σπόροι μούχλας και οι πτητικές χημικές ενώσεις (VOC).

Τα **βλαβερά σωματίδια** που συγκρατούνται στο φίλτρο **αποσυντίθενται με οξείδωση**, χάρη στην μοναδική τεχνολογία Streamer της Daikin. Στη συνέχεια, ο καθαρός αέρας επιστρέφει στο εσωτερικό σου δωματίου.



Καθαρός και υγιεινός αέρας

Σύμφωνα με το **Ινστιτούτο Pasteur** στην Λιλ της Γαλλίας, οι καθαριστές αέρα της Daikin εξαλείφουν περισσότερο από το **99,9% των ιών** του αναπνευστικού. Για την ακρίβεια οι καθαριστές αέρα της Daikin μπορούν **να απομακρύνουν το 99,9% του ανθρώπινου κορονοϊού HCoV-229E μέσα σε 2,5 λεπτά**, κανοντάς τους την ιδανική λύση για χώρους όπως:

- > Ιατρεία
- > Παιδικούς Σταθμούς
- > Χώρους που κινούνται ανασοκατεσταλμένα άτομα (πχ αιμοκαθαρόμενοι, καρκινοπαθείς, ηλικιωμένοι)
- > Χώρους όπου συνοστίζονται πολλά άτομα
- > Επαγγελματικούς χώρους όπως κομμωτήρια, εμπορικά καταστήματα κτλ.
- > Το σπίτι μας για να απολαμβάνουμε άφοβα τον αέρα που αναπνέουμε.



Έλεγχος της υγρασίας του χώρου

Η τεχνολογία της Daikin ελέγχει και ρυθμίζει τα επίπεδα υγρασίας στον χώρο σας διατηρώντας τη σε αποδεκτά επίπεδα, προσφέροντας μια αίσθηση φρεσκάδας στον αέρα του χώρου.

Ένα από τα βασικά κριτήρια για την επιλογή του κατάλληλου μοντέλου είναι τα τετραγωνικά του χώρου σου. Η **Daikin** διαθέτει μοντέλα που καλύπτουν από 46m² έως και 124m².

Αποφάσεις λοιπόν να αγοράσεις τον δικό σου καθαριστή;

Σκάνανε εδώ και βρες τον καλύτερο για εσένα.



Λύσεις για κάθε ανάγκη κλιματισμού

Επικοινωνήστε μαζί μας: Tel: 210 8761300 / e-mail: info@daikin.gr / web: www.daikin.gr



Εξώδικο ΠΙΣ στον υπουργό Υγείας για ψευδή ανάρτηση

Αθήνα, 15-05-2025

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος απέστειλε εξώδικο στον υπουργό Υγείας κ. Άδωνι Γεωργιάδη, καταγγέλλοντας ως ψευδή και συκοφαντική δημόσια ανάρτησή του στην πλατφόρμα «X» (πρώην Twitter). Μπορείτε να δείτε το εξώδικο στο: www.pis.gr

Η ΕΡΤ προβάλλει ως κοινωνικό μήνυμα το βίντεο του ΠΙΣ για την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας

Αθήνα, 07-04-25

Ο ΠΙΣ, πέραν του μηνύματος που προβάλλεται στις οθόνες του ΜΕΤΡΟ της Αθήνας, ετοίμασε βίντεο το οποίο θα προβληθεί από τους τηλεοπτικούς σταθμούς της ΕΡΤ ως κοινωνικό μήνυμα για την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας που εορτάζεται σήμερα, Δευτέρα 7 Απριλίου. Ο ΠΙΣ εκφράζει τις ευχαριστίες του στην ΕΡΤ.



Ο ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΥΓΕΙΑΣ: Η υγεία των μητέρων και των παιδιών συμβάλλει στη διασφάλιση ενός ελπιδοφόρου μέλλοντος για όλους μας

Αθήνα, 07-04-25

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος τιμά τη φετινή Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, στις 7 Απριλίου, που σηματοδοτεί την ημέρα ίδρυσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1948 και προωθεί καμπάνια ευαισθητοποίησης της ελληνικής κοινωνίας, υιοθετώντας την αντίστοιχη καμπάνια του ΠΟΥ, ο οποίος προτρέπει τα κράτη να στηρίξουν τις μητέρες και τα παιδιά, βάζοντας γερά θεμέλια για υγιείς οικογένειες, ώστε να υπάρχει ένα ελπιδοφόρο μέλλον για όλους μας.

Ο ΠΙΣ στηρίζει την απόφαση κάθε γυναίκας που επιθυμεί να γίνει μητέρα, ζητώντας από την Πολιτεία να παρέχει καλύτερες συνθήκες

στις εργαζόμενες νέες μητέρες, μεγαλύτερα οικονομικά βοηθήματα σε μονογονεϊκές οικογένειες και σε νέα ζευγάρια που επιλέγουν να μεγαλώσουν την οικογένειά τους, καθώς και καλύτερη ενημέρωση για τα θέματα γονιμότητας και περιγεννητικής

υγείας σε γυναίκες και άνδρες.

Η φετινή Παγκόσμια Ημέρα Υγείας προτρέπει σε καλύτερη υγειονομική περίθαλψη των εγκύων και των νέων μητέρων, αθλά και των βρεφών τους, ώστε η κοινή ζωή τους να ξεκινάει χωρίς προβλήματα υγείας και δυσκολίες που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί.

Ο σωστός προγεννητικός έλεγχος, οι δωρεάν προληπτικές εξετάσεις σε όλες τις φάσεις της κύησης, η ενημέρωση για τα οφέλη από τον φυσιολογικό τοκετό και τον θηλασμό, είναι υποχρεώσεις της Πολιτείας προς όλες τις νέες γυναίκες που διατηρούν το δικαίωμα της επιλογής, αφού πρώτα ενημερωθούν.

Στην Ελλάδα οι τοκετοί είναι ασφαλείς και οι περιγεννητικοί θάνατοι βρεφών εξαιρετικά σπάνιοι, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι -σύμφωνα με τον ΠΟΥ- παγκοσμίως 300.000 γυναίκες χάνουν ετησίως τη ζωή τους ενώ κυοφορούν ή κατά τον τοκετό, και 2 εκατομμύρια έμβρυα ή βρέφη μέχρι έναν μήνα χάνουν τη ζωή τους από κακούς χειρισμούς, αμέλεια, κακή υγιεινή ή φτώχεια.

«Καθήκον όλων μας είναι -βεβητώνοντας περαιτέρω τις δικές μας συνθήκες-, να στρέψουμε το βλέμμα και στους ανθρώπους του Τρίτου Κόσμου που βιώνουν αυτές τις τραγωδίες», αναφέρει ο ΠΙΣ.



ΕΡΕΥΝΑ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΤΟΥ ΠΙΣ.

Δυσανεστημένοι οι πολίτες από την έλλειψη οργάνωσης και προσωπικού - Ικανοποιημένοι από τους γιατρούς

Αθήνα, 02-04-25

Την έρευνα κοινής γνώμης που διεξάγει ετησίως μέσω της εταιρείας GPO, για την ικανοποίηση στο σύστημα Υγείας από πολίτες και ιατρούς, παρουσίασε σήμερα ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος.

Στην έρευνα μεταξύ των πολιτών συμμετείχαν 1.066 άτομα, άνδρες και γυναίκες άνω των 17 ετών, ενώ στην έρευνα μεταξύ ιατρών συμμετείχαν 760 διαφόρων ειδικοτήτων από όλη την επικράτεια.

Στους πολίτες, το πρώτο ερώτημα που τέθηκε ήταν «Είσατε γενικά ικανοποιημένος/η ή δυσανεστημένος/η από τις προσφερόμενες υπηρεσίες Υγείας στη χώρα μας, σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα;»... Στην ερώτηση αυτή «**δυσανεστημένο**» δήλωσε το 48,1%.

Στο επόμενο ερώτημα «Αν εστιάσουμε ειδικότερα στον τομέα της δημόσιας υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κλη) θα λέγατε ότι είσατε γενικά ικανοποιημένος/η ή δυσανεστημένος/η από τις προσφερόμενες υπηρεσίες δημόσιας Υγείας στη χώρα μας;», οι **δυσανεστημένοι εκτοξεύονται στο 61,1%!**

Και όταν ερωτήθηκαν «Η ικανοποίηση σας οφείλεται σε τι...» έδωσαν ψήφο εμπιστοσύνης στους λειτουργούς της Υγείας με το **ιατρικό προσωπικό στο 83%** και το νοσηλευτικό προσωπικό στο 48% των θετικών απαντήσεων.

Στην ερώτηση «Η δυσανεσκειά σας οφείλεται σε τι από τα παρακάτω;» έδωσαν τις ακόλουθες απαντήσεις:

Κακή οργάνωση 73,5%.

Όχι καλή αναλογία προσωπικού ασθενών 68,3%.

Όχι καλές κτιριακές εγκαταστάσεις 53,5%.

Όχι καλός εξοπλισμός 51,1%.

Ενώ στο ερώτημα «Σε σχέση με την ιατρική σας περίθαλψη, τι από τα παρακάτω επισκέπτεστε κυρίως (συχνότερα);» τα νοσοκομεία πήραν την μερίδα του λέοντος με τις θετικές απαντήσεις να φτάνουν στο 64,8% και να ακολουθούνται από κοντά από τα ιδιωτικά ιατρεία στα οποία απάντησαν θετικά το 62,4% των πολιτών.

Σε επόμενο ερώτημα «Είσατε γενικά ικανοποιημένος/η ή δυσανεστημένος/η από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας από τον ιδιώτη ιατρό που επισκεφθήκατε ή την ιδιωτική κλινική;», **οι πιο πολλοί ικανοποιημένοι ήταν από ιδιώτη γιατρό σε ποσοστό 68,2%.**

Ενώ στο ερώτημα «Εδώ και ένα χρόνο περίπου έχουν θεσμοθετηθεί τα απογευματινά επί πληρωμή χειρουργεία. Εσείς πώς κρίνετε (από όσα γνωρίζετε/ έχετε ακούσει) τη λειτουργία τους;» το 43,4% των πολιτών κρίνουν αρνητικά τη λειτουργία τους, έναντι 27,3% που την κρίνουν θετικά. Ομοίως στο ερώτημα «Κατά τα τελευταία δύο – τρία χρόνια, κατά τη γνώμη σας, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει βελτιωθεί ή έχει χειροτερεύσει;», **το 54,7% απάντησε ότι έχει χειροτερεύσει.**

Εξάλλου, στην ερώτηση «Είστε ικανοποιημένος/η ή δυσανεστημένος/η από την εμπειρία σας με τον οικογενειακό σας γιατρό;» ικανοποιημένο δηλώνει το 55,7% ενώ μόλις το 10,9% εί-



να δυσανεστημένο ενώ στην ερώτηση «**Τι άποψη έχετε γενικά για τη δραστηριότητα του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου;**», το 33,1% είχε θετική άποψη, το 27,8% ούτε θετική ούτε αρνητική και το 13,3 αρνητική. Στην έρευνα μεταξύ ιατρών από όλη την επικράτεια, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις στα δύο πρώτα ερωτήματα που είναι σταθερές μεταξύ των ερευνών που διεξήχθησαν το 2024 και 2025:

«Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές αλλαγές στη νομοθεσία για την υγεία. Τις αντιμετωπίζετε;». Στο ερώτημα αυτό το 48,3% απάντησε αρνητικά στην έρευνα του 2024 και φέτος απάντησε αρνητικά το 49%. Στο δεύτερο ερώτημα «Και αντιμετωπίζετε τις ρυθμίσεις που εξήγγειλε το υπουργείο Υγείας για τον προσωπικό γιατρό ...;», το 2024 είχε απαντήσει αρνητικά το 50,4% ενώ φέτος την ίδια απάντηση έδωσε το 49%.

Τέλος **αξιοσημείωτα είναι τα ποσοστά σε γενικό κοινό και γιατρούς στο ερώτημα για την ανάγκη αύξησης των μισθών στους γιατρούς ΕΣΥ, στο οποίο απαντά θετικά το 94,2% των πολιτών και το 90,5% των γιατρών**, με ανάλογα ποσοστά στο ερώτημα για τα κίνητρα που πρέπει να δοθούν για τη στελέχωση των Νοσοκομείων σε νησιά και απομακρυσμένες περιοχές.

Παρουσίαση Έρευνας:

i. Γενικό κοινό - Ιατροί. Δείτε στο www.pis.gr

ii. Έρευνα για το κοινό. Δείτε στο www.pis.gr

iii. Έρευνα για τους ιατρούς. Δείτε στο www.pis.gr



➔ Παράσταση στη δίκη υπέρ του Ιατρού του ΚΥ Τυρνάβου, ο οποίος δέχτηκε άγρια επίθεση, πραγματοποίησε το Νομικό τμήμα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

Παράσταση υπέρ του Ιατρού του ΚΥ Τυρνάβου, ο οποίος δέχτηκε άγρια επίθεση ανήμερα της Παγκόσμιας Ημέρας Κατά της Βίας σε βάρος Υγειονομικών, πραγματοποίησε στις 20 Μαρτίου 2025 το Νομικό τμήμα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου με επικεφαλής τον δικηγόρο Ευάγγελο Κατσίκη.

Το θύμα ξυλοκοπήθηκε άγρια από δεκάδες συγγενείς πάσχοντος, τον οποίο μετέφεραν νύχτα στο ΚΥ και ο εφημερεύον Ιατρός με βαθμό Διευθυντή ΕΣΥ προσπαθούσε να σταθεροποιήσει, ώστε να γίνει η διακομίδή του σε νοσοκομείο.

Οι συγγενείς του πάσχοντος, υπό την επήρεια αλκοόλ και πιθανώς και άλλων ουσιών, και παρά την παρουσία αστυνομικών, κατάφεραν επανειλημμένα χτυπήματα στον Ιατρό, ο οποίος διασώθηκε όταν οι αστυνομικοί έφτασαν στο σημείο απειλώντας με αυστηρότερα μέτρα καταστολής.

Παρότι ούτε ο Ιατρός- θύμα, ούτε και οι

αστυνομικοί προχώρησαν σε μήνυση κατά των επιτιθέμενων, ο πρόσφατα επικαιροποιημένος σχετικός νόμος, προβλέπει την **αυτεπάγγελτη διαδικασία**. Ως εκ τούτου, ο αρμόδιος Εισαγγελέας ενεργοποίησε τις προβλεπόμενες διαδικασίες για την δίωξή τους.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, έστειλε αυτοβούλως δικηγόρους για να υπερασπιστούν τα δικαιώματα του Ιατρού που υπέστη την επίθεση και με τον τρόπο αυτό έκανε πράξη τον καταστατικό σκοπό του για την προστασία του Ιατρικού προσωπικού. Στο εξής, θεωρείται αυτονόητο ότι καλούμε τους Ιατρούς που πέφτουν θύματα βίας, καθώς και τους Ιατρικούς Συλλόγους, να αναφέρουν στον ΠΙΣ τα περιστατικά (όπως έπραξε ο πρόεδρος του ΙΣ Λάρισας) ώστε να διασφαλίζεται ότι κανένας που βιαιοπραγεί σε βάρος Ιατρών δεν θα μένει ατιμώρητος. Ο ΠΙΣ δεσμεύεται ότι κανείς Ιατρός δεν θα μείνει απροστάτευτος απέναντι σε άτομα ή ομάδες ατόμων που πιστεύουν ότι έχουν δι-



καίωμα να εισβάλουν στις μονάδες υγείας και να χειροδικούν κατά των Ιατρών και υγειονομικών ατιμώρητοι.

7η Ολομέλεια ΠΙΣ- Ιατρικών Συλλόγων στην Αλεξανδρούπολη: Συμπεράσματα και αποφάσεις

Αθήνα, 17-03-2025

Αρ. Πρωτ.:6980

ΑΠΟΦΑΣΗ ΟΛΟΜΕΛΕΙΑΣ ΠΙΣ-ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

Η Ολομέλεια του Διοικητικού Συμβουλίου του ΠΙΣ & των Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων που διεξήχθη το Σάββατο 15 Μαρτίου στην Αλεξανδρούπολη, κατέληξε και υπερψήφισε τα παρακάτω συμπεράσματα:

Αναποτελεσματικές οι «μεταρρυθμίσεις», αρνητική η προοπτική του ΕΣΥ

Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι μείζον πρόβλημα για το ΕΣΥ συνιστά η ελάχιστη ελκυστικότητα του ως εργασιακή προοπτική για τους γιατρούς. Πραγματικότητα που επιδρά αρνητικά και εμποδίζει την ανάδειξη και αξιοποίηση τόσο της βελτίωσης των υποδομών και του εξοπλισμού, όσο και ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων, όπως τα Κέντρα Τραύματος και Εγκεφαλικών. Κατάσταση που δυστυχώς κατατάσσει την Ελλάδα στην τελευταία θέση των χωρών του ΟΟΣΑ σε ότι αφορά την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη των πολιτών.

Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης επιχειρήθηκε το

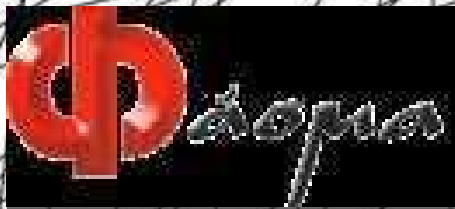
2024 αλλαγή των εργασιακών σχέσεων των Ιατρών του ΕΣΥ που βαφτίστηκαν αμετροεπώς μεταρρυθμίσεις, ενώ ουσιαστικά αποτελούν ρυθμίσεις του ελεύθερου χρόνου του ΕΣΥ και των στελεχών του με την ελπίδα βελτίωσης της ελκυστικότητας του συστήματος.

Συγκεκριμένα επετράπη η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος από τους Ιατρούς του ΕΣΥ, προνόμιο που ασκούν το 15% των μορίων και το 3% των ειδικευομένων.

Αναπροσαρμόστηκαν το επίδομα αγónου και τα κίνητρα με τρόπο ανεπαρκή.

Παρατάθηκε ο εργασιακός βίος των γιατρών του ΕΣΥ έως το 70ο έτος εφόσον επιθυμούν. Ρύθμιση η οποία συνοδεύτηκε ταυτοχρόνως με την απολύτως απαράδεκτη διατήρηση των διοικητικών θέσεων τους που οδηγεί σε περαιτέρω απαξία το σύστημα υγείας στα μάτια των νέων γιατρών, βλέποντας το μέλλον τους να φράσσεται και η επιστημονική τους εξέλιξη να ακυρώνεται.

Πρόταση του ΠΙΣ, διατυπωμένη με σαφή και ρητό τρόπο, είναι η τυχόν παράταση του εργασιακού βίου των Διευθυντών ΕΣΥ να ➔



**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΤΙΡΙΩΝ**



Η **ΦΑΣΜΑ Α.Ε.** εγγυάται την παροχή άριστων και ποιοτικών υπηρεσιών, με σεβασμό στον άνθρωπο και τις ανάγκες του πελάτη, χάρη στο έμπειρο και άρτια καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό, τον άρτιο υλικοτεχνικό εξοπλισμό της και την **ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ** της.



Στόχος της **ΦΑΣΜΑ Α.Ε.** είναι η πλήρης και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών των πελατών της, σε όλους τους τομείς δραστηριοποίησης της, καθώς αναγνωρίζει ότι **ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ** σημαίνει **ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΠΕΛΑΤΗΣ**.



ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ...
επειδή και η Καθαριότητα είναι ΕΠΙΣΤΗΜΗ !



ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ...
επειδή η προστασία και η Ασφάλεια είναι ΕΥΘΥΝΗ !



ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ...
επειδή η διασφάλιση της υγιεινής των τροφίμων είναι ΣΚΟΠΟΣ!



Μεταμορφώσεως 17
176 73 Καλλιθέα
Τηλ.: 210 9537550 - 3
Fax: 210 9537554
e-mail: fasmasagr@gmail.com
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ:
Μεγ. Αλεξάνδρου 29Α
546 41 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 841088
Fax: 2310 871022



■ συνοδεύεται από δυο προϋποθέσεις:

1. Την προκήρυξη της θέσης ένα χρόνο πριν την επέλευση του 67ου έτους του συνταξιοδοτούμενου και
2. Την ανάθεση με αξιολογικά κριτήρια της Διεύθυνσης του Τμήματος ή της Κλινικής σε γιατρό εν ενεργεία που κατέχει οργανική θέση στο ΕΣΥ και ταυτόχρονη απαλλοτρία των Διευθυντών που παραμένουν μετά το 67ο έτος από κάθε είδους Διοικητικά καθήκοντα, με μοναδική ενασχόληση το ιατρικό και επιστημονικό τους έργο.

Όπως ήταν αναμενόμενο το ΕΣΥ δεν έγινε ελκυστικότερο με τις παραπάνω «μεταρρυθμίσεις», καθώς μετά τη νομοθέτηση τους από τον Οκτώβριο έως και τον Φεβρουάριο:

- Προσελήφθηκαν 168 ιατροί
- Συνταξιοδοτήθηκαν 126
- Παραιτήθηκαν 87, εκ των οποίων 75 επιμελητές.

Επιπλέον σε άγονες και νησιωτικές περιοχές για 51 θέσεις ιατρών εκδηλώθηκε ενδιαφέρον μόνον για 18 εξ αυτών. Είναι ενδεικτικό πως στο νησί του Ιπποκράτη που πρωταγωνίστησε αρνητικά τον Ιούλιο του 2024 δεν υπάρχει καμία πρόσληψη στις αναγκαίες ειδικότητες.

Από τα παραπάνω στοιχεία, που προέρχονται από τις καθημερινές αναρτήσεις στην Διαύγεια, διαπιστώνουμε αβίαστα ότι οι «μεταρρυθμίσεις» δεν αποδίδουν, γεγονός αναμενόμενο, για το οποίο ο ΠΙΣ προειδοποίησε εγκαίρως.

Επιπλέον η κατάσταση επηρεάζεται και από τη διοικητική εκκρεμότητα που υπάρχει εδώ και περισσότερους από 12 μήνες με την «αξιολόγηση» διοικητών νοσοκομείων, διαδικασία που σε πολλές περιπτώσεις προκαλεί την κοινωνία.

Τέλος, καθοριστικά στη διόγκωση του προβλήματος επιδρά ο σταθερά διχαστικός, αντιιατρικός και απόλυτος λόγος του υπουργού.

Ασφαλώς η κατάσταση είναι πολύπλοκη, με ιδιαίτερη δυσκολία και απαιτεί άμεσες ενέργειες. Ο ΠΙΣ έχει υποβάλει εμπειριστωμένο υπόμνημα 20 σημείων στην ηγεσία του υπουργείου Υγείας πριν ένα έτος χωρίς να λάβει έκτοτε απάντηση και θα συνεχίσει την πρακτική των τεκμηριωμένων ενημερώσεων, διότι πιστεύει ότι ακόμη και στους στραβούς γιαλούς ο περιήλιος είναι εφικτός, πλην όμως με την ανάλογη πλοήγηση.

ΘΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Τον περασμένο Νοέμβριο με το νέο νόμο ο θεσμός του προσωπικού γιατρού ξεκίνησε από την αρχή. Παρόλο που οι περισσότερες ρυθμίσεις κινούνται προς την σωστή κατεύθυνση η πρόβλεψη για καθολική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι καθόλου αισιόδοξη. Κι αυτό γιατί η παράδοση διάταξη που μετατρέπει τον αγροτικό γιατρό σε προσωπικό γιατρό στις πόλεις στην πραγματικότητα μετατρέπει τον γιατρό εμπιστοσύνης του πολίτη – αυτό πρέπει να είναι ο προσωπικός γιατρός – σε προσωπικό γιατρό επί θητεία στα αστικά κέντρα. Έτσι ο πολίτης που θα δηλώσει τον προσωπικό επί θητεία γιατρό, κάθε έτος είναι αναγκασμένος να ψάχνει άλλον γιατρό για να εμπιστευθεί από την αρχή την υγεία του.

Για πρώτη φορά προβλέπεται η συμμετοχή και του ελεύθερου επαγγελματία γιατρού με ιδιωτική αμοιβή στο θεσμό του προσωπικού γιατρού εδραιώνοντας την ελεύθερη επιλογή γιατρού. Ωστόσο η σύμβαση εργασίας δεν έχει ακόμα τεθεί σε διαβούλευση, ενώ αποτελεί ισχυρό αντικίνητρο η αναγκαστική εργασία στο ΕΣΥ (επίταξη) μέσω του άρθρου 65 του νόμου 5129/24.

Στον ίδιο νόμο προβλέπεται οικονομικό κίνητρο ύψους 40.000



ευρώ στους νέους γιατρούς που θα επιλέξουν τις ειδικότητες της Παθολογίας και της Γενικής Ιατρικής, στην προσπάθεια της πολιτείας να καλύψει το έλλειμμα ιατρών στις ειδικότητες αυτές. Όμως το ποσό αυτό θα χορηγηθεί μόνο στους γιατρούς που την ημερομηνία υποβολής της αίτησης τους για ειδικότητα, η οργανική θέση στην οποία αφορά η αίτηση τους είναι κενή ή αδιάθετη και δεν υφίσταται για αυτήν αναμονή στη λίστα προτεραιότητας για το συγκεκριμένο νοσοκομείο (άρθρ.4 παρ. β ΚΥΑ Αριθμ. Γ46/Γ.Π.οικ.66214).

CLAWBACK

Η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών στο χώρο της Υγείας δεν αποτελεί πρωτοποριακό ούτε ριζοσπαστικό μέτρο για τον έλεγχο των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών.

Η σωστή όμως εφαρμογή τους προϋποθέτει λεπτομερή σχεδιασμό των αναγκών, επαρκή χρηματοδότηση, καθορισμό Διαγνωστικών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων και ενδελεχή-συστηματικό έλεγχο.

Τμηματικό εργαλείο του κλειστού προϋπολογισμού αποτέλεσε και το μέτρο του claw-back.

Έχουν περάσει 12 χρόνια μετά την εφαρμογή του και χωρίς να έχει τηρηθεί καμία από τις προαναφερόμενες απαιτήσεις το μέτρο αφενός δεν έχει αποδώσει αφετέρου έχει καταστεί λογιστικό εργαλείο υπαρφαγής δεδουλευμένης εργασίας των Εργαστηριακών Ιατρών.

Όλο αυτό το διάστημα οι παρεμβάσεις του ΠΙΣ υπήρξαν συνεχόμενες, συστηματικές, επίμονες και με πληθώρα προτάσεων, αλλά δυστυχώς η ανταπόκριση της Πολιτείας αποδείχθηκε πενιχρή και εξαντλήθηκε σε επικοινωνιακού τύπου παρεμβάσεις.

Πάγια θέση του ΠΙΣ αποτελεί η πλήρης κατάργηση του claw-back ή η τουλάχιστον η ρύθμισή του στα Ευρωπαϊκά επίπεδα.

Μέσα στο 2023 ο ΠΙΣ συγκρότησε ειδική Επιτροπή διαχείρισης του claw-back και σε συνδυασμό με το γεγονός της δημιουργίας Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαστηριακών Ιατρών (ΠΟΕΡΙ) από κοινού και σε επαφή με την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας συνδιαμόρφωσαν και συναποφάσισαν μία δέσμη μέτρων για την αντιμετώπιση του προβλήματος του claw-back.

Η δέσμη μέτρων αφορά :

- 1) αποζημίωση 1 & 3 euro σε κάθε παραπεμπτικό (μικροβιολογικών & απεικονιστικών εξετάσεων αντίστοιχα) ως πόρο προς τον ΕΟΠΥΥ – νομοθετήθηκε
- 2) εφαρμογή Πρωτογενούς και Δευτερογενούς claw-back – νομοθετήθηκε



athens
spotlighted
be on the spot

powered by
SMARTVISIT

FRANKFAM

Τα Καλύτερα της Αθήνας σε Καλύτερες τιμές!

Μεγάλες προσφορές στο κινητό σου



ΑΠΟΚΤΗΣΕ ΤΗ ΔΩΡΕΑΝ ΚΑΡΤΑ ΣΟΥ!

1. Σκάνανε τον QR κωδικό ή επισκέψου το www.athensspotlighted.gr
2. Κάνε ΔΩΡΕΑΝ εγγραφή
3. Ανακάλυψε και εξαργύρωσε όλες τις εκπτώσεις





- 3) επίσηυση του ηλεκτρονικού αποθετηρίου – σε φάση εφαρμογής
- 4) ενεργοποίηση του ΦΕΚ 2243 τ.Β / 18-8-2014 για την εφαρμογή όλων των Διαγνωστικών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων – σε φάση αναμονής
- 5) κατάργηση του ΦΕΚ 3458 Β / 26-10-2016 με την προσθήκη εξετάσεων χωρίς την αντίστοιχη χρηματοδότηση – σε φάση αναμονής
- 6) εφαρμογή κωδικού ΟΤΡ στην έκδοση και στην εκτέλεση των παραπεμπτικών για τον έλεγχο ταυτοποίησης – σε φάση αναμονής
- 7) real time έλεγχος τριγωνικών συναλλαγών με παρακολούθηση του μέσου όρου χρέωσης ανά ΑΜΚΑ ασφαλισμένου – σε φάση αναμονής
- 8) εφαρμογή μόνιμου πόρου εσόδου (π.χ. σε βλαπτικά προϊόντα) που θα αφορά αποκλειστικά την ελάφρυνση του claw-back – σε φάση αναμονής
- 9) επαναδιεκδίκηση του ποσού των 30.000.000 euro με το οποίο θα ενίσχυε τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ (μετά το πέρας της τουριστικής περιόδου και τον έλεγχο των εσόδων) – σε φάση αναμονής
- 10) υπογραφή Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης με τον ΠΙΣ όπως ορίζει ο νόμος (Ν. 4931/2022, ΦΕΚ 94 Α/13.5.2022) – σε φάση αναμονής

Στην Πολιτική ηγεσία τονίσθηκε πολυάκως ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί η συνθήκη τα μέτρα αυτά να εφαρμοστούν ταυτόχρονα και γρήγορα.

Αυτό όμως που βιώνουμε στην πραγματικότητα είναι συστηματική καθυστέρηση και αποσπασματική εφαρμογή μέτρων.

Η ατομία στην πολιτική του Υπουργείου Υγείας αφενός ακυρώνει το όποιο όφελος προκύπτει από τα ελάχιστα εφαρμοζόμενα μέτρα και αφετέρου επιβεβαιώνει τη συντονισμένη και διαχρονική απόφαση άσκησης κοινωνικής πολιτικής μεταφέροντας το κόστος στον ιδιωτικό διαγνωστικό τομέα.

Είναι επιτακτική ανάγκη για την επιβίωση των εργαστηρίων της περιφέρειας να γίνει κατανομή του προϋπολογισμού ΕΟΠΥΥ ανά περιφέρεια και νομό, όπως προβλέπει το αρ. 2 της Υ9/Οικ. 70521 Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ Β' 2243/2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η σύνοδος των προέδρων εκτιμά ότι ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις στη λειτουργία του ΕΣΥ δεν πρέπει να αναμένονται, όσο οι μέχρι σήμερα πολιτικές μερικής διαχείρισης αποκαλούνται ως τέτοιες.

Κατά συνέπεια το κομβικό πρόβλημα της μειωμένης ελκυστικότητας του συστήματος δύσκολα θα αναστραφεί. Για το λόγο αυτό χρειάζεται διαρκής αποτίμηση της κατάστασης και στενή παρακολούθηση, ώστε αναγκαία μέτρα να ληφθούν έγκαιρα, καθώς το σύστημα λειτουργεί στα όρια του επί μακρόν.

Κάθε επιβάρυνση του ιατρικού προσωπικού με επιπλέον γραφειοκρατικά καθήκοντα πρέπει να αποφευχθεί και πολιτικές να αναθεωρηθούν.

Σε κάθε περίπτωση το πρόβλημα όσο θα επιπλέκεται τόσο θα απαιτείται η συμμετοχή της Ιατρικής Κοινότητας στη λύση του, πράγμα που η πολιτεία θα πρέπει να την επιδιώξει πριν το καταστήσει άλυτο.

Με εκτίμηση

Για τον ΠΙΣ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός Χειρουργός

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Δημήτρης Γρ. Βαρνάβας

Οφθαλμίατρος

ΠΙΣ | Απαντητικό Δελτίο Τύπου για τα στοιχεία που ανάρτησε ο υπουργός Υγείας στην πλατφόρμα X (Twitter)

Αθήνα, 10-03-2025



Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος εξέδωσε στις 4 Μαρτίου Δελτίο Τύπου, στο οποίο παραθέτει στοιχεία από τη

ΔΙΑΥΓΕΙΑ, που αποδεικνύουν πως το τελευταίο πεντάμηνο δημιουργήθηκε έλλειμμα 45 γιατρών στο ΕΣΥ, επειδή υφίσταται αρνητικό ισοζύγιο προσλήψεων-αποχωρήσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Συγκεκριμένα ο ΠΙΣ ανέφερε: Προσελήφθηκαν 168 ιατροί, Συνταξιοδοτήθηκαν 126, Παραιτήθηκαν 87, εκ των οποίων 75 επιμελητές.

Τα εν λόγω στοιχεία καταγράφηκαν ημέρα

προς ημέρα από τις υπηρεσίες του ΠΙΣ, μέσω των αναρτήσεων που διενεργούν στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.

Δύο ημέρες αργότερα ο υπουργός Υγείας κ. Γεωργιάδης δήλωσε στη Βουλή πως «στην ανακοίνωση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, θα απαντήσω αναλυτικά με ονοματεπώνυμα».

Παραδόξως η απάντηση του κ.Γεωργιάδη δε δόθηκε μέσω επίσημης Ανακοίνωσης ή Δελτίου Τύπου του υπουργείου Υγείας, αλλά μέσω ανάρτησης του ίδιου στο X (Twitter), στην οποία παραθέτει στοιχεία από άγνωστη πηγή, προκειμένου να αμφισβητήσει τα στοιχεία του ΠΙΣ (ο σύνδεσμος στο X βρίσκεται στο www.pis.gr). Επειδή τα στοιχεία του ΠΙΣ είναι έγκυρα και

διασταυρωμένα επισυνάπτουμε το **αρχείο Excel** με την ημερήσια καταγραφή προσλήψεων αποχωρήσεων που προαναφέραμε για το συγκεκριμένο πεντάμηνο.

Ταυτόχρονα διερωτόμασε: *είναι δυνατόν υπουργός να μην εμπιστεύεται στοιχεία που αναρτούν οι υπηρεσίες του Υπουργείου του στον κυβερνητικό κόμβο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και να παρουσιάζει ως έγκυρα τα στοιχεία που ανέσυρε από άγνωστη πηγή;*

Ο σύνδεσμος για να ανακτήσετε το αρχείο EXCEL με τις καταγραφές που διαθέτουμε για το εν λόγω ζήτημα είναι www.pis.gr/wp-content/uploads/2025/03/ΔΙΑΥΓΕΙΑ_ΙΑΤΡΟΙ_ΟΚΤ2024-ΦΕΒ2025_ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ_ΠΡΟΣΛΗΨΕΩΝ_ΑΠΟΧΩΡΗΣΕΩΝ.pdf

Επιλογή υπεροχής για την παρασκευή πόσιμου εναιωρήματος ομεπραζόλης.

Για ασθενείς που χρειάζονται διαφορετική δοσολογία φαρμάκου από αυτή που κυκλοφορεί στο εμπόριο, ή που παρουσιάζουν δυσκολία στην κατάποση, η παρασκευή ενός φαρμάκου σε μορφή πόσιμου εναιωρήματος είναι μία συνήθης φαρμακευτική πρακτική που μπορεί να χαρακτηριστεί ως πρόκληση σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν περιορισμένες διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με τη σταθερότητα του παρασκευάσματος. Το Omeprazole & SyrSpend® SF Alka Convenience Pack έχει αποδεδειγμένη χημική, φυσική και μικροβιολογική σταθερότητα της Ομεπραζόλης για 60 ημέρες.¹

Το **Omeprazole & SyrSpend® SF Alka Convenience Pack** είναι ένας γρήγορος, ασφαλής και εύκολος τρόπος παρασκευής σταθερού εναιωρήματος ομεπραζόλης με ευχάριστη γεύση, εξασφαλίζοντας την υψηλή ακρίβεια δοσολογίας σε κάθε παρασκευή και τη συνέπεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Περιέχει συνδυασμό μέσου εναιωρήματος SyrSpend® SF Alka και της κατάλληλης δραστικής ουσίας που **εγγυάται φαρμακοτεχνικά σταθερά αποτελέσματα**. Η ειδική φόρμουλα του SyrSpend® SF Alka χωρίς ζάχαρη και συντηρητικά καθιστά το εξατομικευμένο φάρμακο κατάλληλο ακόμα και για τη θεραπεία των πιο ευάλωτων ομάδων ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των **νεογνών**.

Πλεονεκτήματα

Επιτρέπει την εξατομικευμένη θεραπεία με ακρίβεια δοσολογίας σε κάθε χορηγούμενη δόση και ευχάριστη γεύση.

Εύχρηστο, πλήρες πακέτο που περιέχει όλα όσα χρειάζονται για την παρασκευή γαλνικού σκευάσματος 100 ml ή 200 ml σε μορφή πόσιμου εναιωρήματος χωρίς ανάγκη ζυγίσεων.

Απλή διαδικασία παρασκευής τριών σταδίων απευθείας στο διαβαθμισμένο περιέκτη.

Χαμηλή ωσμωτικότητα που ελαχιστοποιεί τη γαστρεντερική δυσφορία και διάρροια.

Δεν περιέχει αλκοόλ, parabens, σορβιτόλη, σάκχαρα, γλουτένη, λακτόζη, χρωστικές ουσίες και είναι χωρίς συντηρητικά και άλλα επιβλαβή ή αμφιλεγόμενα συστατικά.

Λύση εξοικονόμησης χρόνου.

Δύναται να συνταγογραφηθεί. Για οποιαδήποτε πληροφορία επικοινωνήστε με τη Fagron Hellas.



1. Whaley PA, Voudrie MA, Sorenson B. Stability of omeprazole in SyrSpend SF Alka (reconstituted). International Journal of Pharmaceutical Compounding. 2012;16(2):164-6.

Fagron Hellas

12 χλμ. Ε.Ο. Τρικάλων - Λάρισας
Τ.Κ. 42100, Τ.Θ. 32
Τρίκαλα, Ελλάδα

T +30 24310 83633-5
F +30 24310 83615
www.fagron.gr

Fagron
personalizing
medicine



Ο ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΗΜΕΡΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 2025: «Για όλες τις γυναίκες και τα κορίτσια: Δικαιώματα- Ισότητα-Ενδυνάμωση»

Αθήνα, 08-03-2025

Στις 8 Μαρτίου 2025 εορτάζεται η Διεθνής Ημέρα Γυναικών που έχει για το 2025 ως θέμα: «Για όλες τις γυναίκες και τα κορίτσια: Δικαιώματα. Ισότητα. Ενδυνάμωση».

Ειδικά για τις γυναίκες επιστήμονες τα εμπόδια που ορθώνονται κάθε φορά που τίθεται ζήτημα συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης αποτελούν χαρακτηριστικό πρόβλημα ανισότητας, καθώς ακόμα οι γυναίκες επωμίζονται το μεγαλύτερο μέρος των οικογενειακών υποχρεώσεων και καθώς περνούν τα χρόνια χρειάζονται περισσότερη στήριξη για να ακολουθήσουν τις εξελίξεις στην Επιστήμη τους.

Το 2025 αποτελεί ιδιαίτερη χρονική συγκυρία καθώς σηματοδοτεί την 30ή επέτειο της Διακήρυξης και Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου. Το έγγραφο αυτό είναι ευρέως αποδεκτό ως σχέδιο δράσης για τα δικαιώματα των γυναικών και των κοριτσιών παγκοσμίως, το οποίο μετέβαλε δραστηρίως την ατζέντα των δικαιωμάτων τους σε νομική προστασία, πρόσβαση σε υπηρεσίες, συμμετοχή των νέων και αλληλαγή κοινωνικών στερεοτύπων και αντιλήψεων.

Η Διεθνής Ημέρα Γυναικών αναγνωρίστηκε επίσημα από τα Ηνωμένα Έθνη το 1977 και προέκυψε από τις δραστηριότητες των εργατικών κινημάτων στις αρχές του εικοστού αιώνα στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη.

Πριν το 1995 μόνο 12 χώρες είχαν θεσπίσει νομικές κυρώσεις κατά της ενδοοικογενειακής βίας. Σήμερα, υπάρχουν 1.583 νομοθετικά μέτρα σε 193 χώρες, εκ των οποίων τα 354 αφορούν ειδικά



την ενδοοικογενειακή βία. Μάλιστα, 112 χώρες διαθέτουν πλέον Εθνικά Σχέδια Δράσης για τις γυναίκες, την ειρήνη και την ασφάλεια.

Στην Ελλάδα, οι 15 γυναικοκτονίες που σιγμάτισαν την ελληνική κοινωνία το 2024, δημιουργούν ερωτήματα τόσο για τη θέση όσο και την προστασία της γυναίκας.

Διότι, παρά την αυστηροποίηση των ποινών και την υιοθέτηση κάποιων μέτρων προστασίας, η βία αλλή και οι δολοφονίες δεν μειώνονται σε αριθμό και αριότητα.

Ομοίως, οι γυναίκες γιατροί γίνονται συχνότερα αποδέκτες φραστικών ή και σωματικών επιθέσεων από πολίτες. Η Πολιτεία θέσει σε για το συγκεκριμένο πρόβλημα πιο αυστηρές ποινές, αλλή αυτό που χρειάζεται είναι ν' αλλήξει πρώτα η νοοτροπία.

ΠΙΣ: Αναποτελεσματικές οι «μεταρρυθμίσεις», αρνητική η προοπτική του ΕΣΥ

Αθήνα, 04-03-2025

Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι μείζον πρόβλημα για το ΕΣΥ συνιστά η ελάχιστη ελκυστικότητα του ως εργασιακή προοπτική για τους γιατρούς. Πραγματικότητα που επιδρά αρνητικά και εμποδίζει την ανάδειξη και αξιοποίηση τόσο της θετικότητας των υποδομών και του εξοπλισμού, όσο και ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων, όπως τα Κέντρα Τραύματος και Εγκεφαλικών. Κατάσταση που δυστυχώς κατατάσσει την Ελλάδα στην τελευταία θέση των χωρών του ΟΟΣΑ σε ότι αφορά την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη των πολιτών.

Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης επιχειρήθηκε το 2024 αλληλαγή των εργασιακών σχέσεων των ιατρών του ΕΣΥ που

βαφτίστηκαν αμετροεπώς μεταρρυθμίσεις, ενώ ουσιαστικά αποτελούν ρυθμίσεις του ελεύθερου χρόνου του ΕΣΥ και των στελεχών του με την ελπίδα βελτίωσης της ελκυστικότητας του συστήματος.

Συγκεκριμένα επετράπη η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος από τους ιατρούς του ΕΣΥ, προνόμιο που ασκούν το 15% των μονίμων και το 3% των ειδικευομένων.

Αναπροσαρμόστηκαν το επίδομα αγόνου και τα κίνητρα με τρόπο ανεπαρκή.

Παρατάθηκε ο εργασιακός βίος των γιατρών του ΕΣΥ έως το 70ο έτος εφόσον επιθυμούν. Ρύθμιση η οποία συνοδεύτηκε ταυτοχρόνως με την απολύτως απαράδεκτη διατήρηση των διοικητικών θέσεων

τους (προσωπικό ρουσφέτι του υπουργού σε συνδικαλιστριά του ΕΣΥ) που οδηγεί σε περαιτέρω απαξία το σύστημα υγείας στα μάτια των νέων γιατρών, βλέποντας το μέλλον τους να φράσσεται και η επιστημονική τους εξέλιξη να ακυρώνεται.

Όπως ήταν αναμενόμενο το ΕΣΥ δεν έγινε ελκυστικότερο με τα παραπάνω, καθώς μετά τη νομοθέτηση τους από τον Οκτώβριο έως και τον Φεβρουάριο:

- Προσελήφθησαν 168 ιατροί
- Συνταξιοδοτήθηκαν 126
- Παραιτήθηκαν 87, εκ των οποίων 75 επιμελητές.

Επιπλέον σε άγονες και νησιωτικές περι-

mastiha var. Chia

ΑΝΑΠΛΑΣΤΙΚΟ & ΚΑΤΑΠΡΑΪΝΤΙΚΟ GEL



Για μικρές φλεγμονές του δέρματος και ως βοήθημα στην επούλωση μικροτραυμάτων



- Για χρήση μετά από ήπια εγκαύματα, τραύματα, laser και ουλές.
- Για δέρματα με ερυθρότητα και φλόγωση, με έλλειψη ελαστικότητας & βαθιές ρυτίδες.

Gel 30ml


Προϊόν Έρευνας
& Ανάπτυξης R&D
του Κέντρου Έρευνας
Μαστίχας Χίου (KEM)

✓ Απλώστε ομοιόμορφα πάνω στο ευάλωτο δέρμα έως και 3 φορές την ημέρα και αφήστε μέχρι να απορροφηθεί πλήρως σχηματίζοντας ένα φιλμ ρητίνης μαστίχας

✓ Κατάλληλο για πρόσωπο & σώμα

Για περισσότερες πληροφορίες σκανάρετε το QR code



Αποκλειστικός Διανομέας:
PHARMA Q A.E.
www.pharmaq.gr
Εταιρεία της **IASIS PHARMA**



IASIS PHARMACEUTICALS HELLAS ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΩΝ
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY

Έδρα – Εργοστάσιο 1: Λεωφ. Φυλής 137, 134 51 Καματερό Αττικής
Εργοστάσιο 2: Αρχιμήδους 8-10, 194 41 ΒΙ.ΠΕ. Κορωπί Αττικής

Γραφ. Επιστημ. Ενσημ.: Αρχιμήδους 8-10, 194 41 ΒΙ.ΠΕ. Κορωπί Αττικής
Τηλ.: 210 23 11 031, Fax: 210 23 15 889
e-mail: iasis@iasispharma.gr, www.iasispharma.gr



οχές για 51 θέσεις ιατρών εκδηλώθηκε ενδιαφέρον μόνον για 18 εξ αυτών. Είναι ενδεικτικό πως στο νησί του Ιπποκράτη που πρωταγωνίστησε αρνητικά τον Ιούλιο του 2024 δεν υπάρχει καμία πρόσληψη στις αναγκαίες ειδικότητες.

Από τα παραπάνω στοιχεία, που προέρχονται από τις καθημερινές αναρτήσεις στην Διαύγεια, διαπιστώνουμε αβίαστα ότι οι "μεταρρυθμίσεις" δεν αποδίδουν, γεγονός αναμενόμενο, για το οποίο ο ΠΙΣ προειδοποίησε εγκαίρως.

Επιπλέον η κατάσταση επηρεάζεται και από τη διοικητική εκκρεμότητα που υπάρ-

χει εδώ και περισσότερους από 12 μήνες με την "αξιολόγηση" διοικητών νοσοκομείων, διαδικασία που σε πολλές περιπτώσεις προκαλεί την κοινωνία.

Τέλος, καθοριστικά στη διόγκωση του προβλήματος επιδρά ο σταθερά διχαστικός, αντιιατρικός και απόλυτος λόγος του υπουργού.

Ασφαλώς η κατάσταση είναι πολύπλοκη, με ιδιαίτερη δυσκολία και απαιτεί άμεσες ενέργειες.

Εντούτοις, ακόμη και στους στραβούς για-
λούς ο περίπλοκος είναι εφικτός, πλην όμως με την ανάλογη πλοήγηση.

Ο ΠΙΣ τιμά τη μνήμη των θυμάτων των Τεμπών: Δωρεάν υπηρεσίες σε νέους 16-30 ετών την Παρασκευή 28/2

Αθήνα, 21-02-2025

Στις 28 Φεβρουαρίου συμπληρώνονται 2 χρόνια από την τραγωδία των Τεμπών, του φονικότερου σιδηροδρομικού δυστυχήματος της χώρας με δεκάδες θύματα, κυρίως νέους ανθρώπους. Την ημέρα αυτή ο Π.Ι.Σ., τιμώντας τη μνήμη τους με αίτημα για α-



πόδοση δικαιοσύνης και δημιουργία ασφαλούς σιδηροδρόμου, καλεί μέσω των Ιατρικών Συλλόγων τους γιατρούς της χώρας, εντός του αυτονόητου καθήκοντος μας να προσφέρουμε δωρεάν τις υπηρεσίες μας σε νέους 16 έως 30 ετών.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου

Αθήνα, 03-02-2025



Η Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου εορτάζεται κάθε χρόνο στις 4 Φεβρουαρίου με πρωτοβουλία της Διεθνούς Ένωσης κατά του Καρκίνου (Union for International Cancer Control, U.I.C.C.), η οποία αναδεικνύει ως βασικό μήνυμα για το 2025 το «Ενωμένοι, αλλά και μοναδικοί», ζητώντας από όλους μας να στηρίξουμε ενεργά τα άτομα με καρκίνο.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος γνωρίζει ότι ο καρκίνος σημαίνει είσοδο στο σύστημα υγείας, υψηλά κόστη, απώλεια εργασίας, μοναξιά και φόβο. Γι αυτό συμμετέχει ενεργά στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ελληνικής κοινωνίας, δημιουργώντας **βίντεο που θα προβάλονται στους**

σταθμούς του Μετρό της Αθήνας από 3 ως και 8 Φεβρουαρίου και στο οποίο τονίζεται η μοναδικότητα του κάθε ασθενούς, καθώς και ο ρόλος του θεράποντα ιατρού.

Στην ΕΕ έχουμε ετησίως περί τις 450 νέες διαγνώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Τα θλιβερά πρωτεία στους θανάτους από καρκίνο στη χώρα μας διατηρεί ο καρκίνος του πνεύμονα, εξαιτίας κυρίως της καπνιστικής συνήθειας.

Η Πολιτεία, αντιλαμβανόμενη έστω και τώρα την μεγάλη ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης, υλοποιεί προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου στο πλαίσιο του Προγράμματος Δοξιάδη και μέσω κονδυλίων από το Ταμείο Ανάκαμψης. Παρά ταύτα μένουν ακόμη πολλά να γίνουν, με σημαντικότερο



► την κάλυψη όλης της χώρας με Ογκολογικές Κλινικές, ώστε το 50% των καρκινοπαθών που μετακινείται σήμερα σε άλλο νομό για να λάβει την απαραίτητη θεραπεία να μετακινούνται οι ελάχιστοι αναγκαίοι. Επίσης πρέπει να δοθεί τέλος στην απίστευτη ταλαιπωρία αναμονής των ασθενών στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ για την προμήθεια των απαραίτητων σκευασμάτων.

Επιπλέον, η πρόσβαση των ασθενών σε νέες καινοτόμες θεραπείες αποτελεί αυτονόητο δικαίωμα των συνανθρώπων μας που πάσχουν χωρίς να υποβάλλονται σε χρονοβόρες και κοστοβόρες διαδικασίες. Τέ-

λος η πολιτεία οφείλει να αποζημιώνει και τις προληπτικές επεμβάσεις για τον καρκίνο του μαστού τις οποίες σήμερα θεωρεί αισθητικής φύσεως.

Η ανάγκη ευαισθητοποίησης όλων μας είναι ωστόσο που θα κάνει τη διαφορά, καθώς η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο σώζει σήμερα κυριολεκτικά τη ζωή.

Ετήσια μαστογραφία για τις γυναίκες άνω των 40, PAP test για τις ενήλικες και όλες τις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, PSA εξέταση επείσως για τους άνδρες άνω των 50 ή άνω των 40 αν υπάρχει κληρονομικότητα, κολονοσκόπηση από τα 50 και μετά και

ανά 5 έτη για άνδρες και γυναίκες και εξέταση από πνευμονολόγο για τους καπνιστές σε ετήσια βάση, είναι το λιγότερο που οφείλουμε στον εαυτό μας.

Παρά ταύτα, ακόμα κι αν ασθενήσουμε από κάποιο είδος καρκίνου, η γνώση ότι στις μέρες μας υπάρχουν βιολογικοί παράγοντες και καινοτόμες, εξατομικευμένες θεραπείες οι οποίες μετέτρεψαν πολλή είδη καρκίνου σε χρόνιες νόσους, **πρέπει να διατηρήσουμε το ηθικό μας ακμαίο και την ελπίδα της ίασης ζωντανή, γνωρίζοντας ότι το ιατρικό προσωπικό της χώρας με επιστημονική επάρκεια και ανθρωπιά είναι εδώ.**

Συγχαρητήρια επιστολή του Π.Ι.Σ. προς τον Πρόεδρο της Βουλής των Ελλήνων, κ. Νικήτα Κακλαμάνη

Αθήνα, 23-1-2025
Αρ. Πρωτ.: 6549

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε,

Η εκλογή σας στην Προεδρία της Βουλής γέμισε όλο τον ιατρικό κόσμο της χώρας με χαρά και υπερηφάνεια, την οποία επιθυμούμε να εκφράσουμε και παρακαλούμε να δεχθείτε.

Σας ευχόμαστε από καρδιάς κάθε επιτυχία στο έργο σας, υγεία και κάθε προσωπική ευτυχία.

Επιτρέψτε μας να θεωρούμε ότι η εκλογή σας, καθώς συμπίπτει και με τον εορτασμό των 100 χρόνων από την ίδρυση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, τον οποίο και σεις έχετε υπηρετήσει στο παρελθόν από τη θέση του Γενικού Γραμματέα του ΠΙΣ, συνιστά έναν εξαιρετικό οίονο.



Αυστηρότερες ποινές προβλέπει πλέον η νομοθεσία για όσους προβαίνουν σε αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος

Αθήνα, 28-01-2025



Ένα βασικό αίτημα του **Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου**, που στόχο έχει την προστασία των πολιτών και του ιατρικού επαγγέλματος, ικανοποιήθηκε στο τελευταίο ψηφισθέν νομοσχέδιο του υπουργείου Δικαιοσύνης.

Σύμφωνα με το **άρθρο 66** του νομοσχεδίου που ψηφίστηκε την περασμένη εβδομάδα, «**όποιος χρησιμοποιεί τον τίτλο του ιατρού χωρίς να έχει πτυχίο Ιατρικής Σχολής ημεδαπού πανεπιστημίου ή αναγνωρισμένο**

πτυχίο αλλοδαπού πανεπιστημίου ή/και χωρίς να διαθέτει τα προβλεπόμενα προσόντα προς άσκηση της Ιατρικής... τιμωρείται με ποινή φυλάκισης έως 3 έτη και χρηματική ποινή έως 60.000 ευρώ. Η επανειλημμένη τέλεση του αδικήματος θεωρείται επιβαρυντική πράξη».

Επίσης, σε άλλη παράγραφο του εν λόγω άρθρου, αναφέρεται ότι «**όποιος πτυχιούχος Ιατρικής Σχολής... ασκεί Ιατρική χωρίς την απαιτούμενη άδεια ή ασκεί την Ιατρική ενώ η χορηγηθείσα σε αυτόν άδεια ανα-**



➡ κλήθηκε ή βρίσκεται υπό αναστολή ή αυτός είναι συνταξιούχος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης έως 1 έτος και χρηματική ποινή έως 10.000 ευρώ».

Ομοίως με τους παραπάνω τιμωρείται κι όποιος χρησιμοποιεί το επίθετο «ιατρικός» και οποιοδήποτε άλλο παράγωγο ή σύνθετο

της λέξης αυτής σε κέντρο που δεν έχει ανάλογη βεβαίωση λειτουργίας.

Ο ΠΙΣ εκφράζει την ικανοποίησή του για την ηγεσία του υπουργείου Δικαιοσύνης που επέδειξε ιδιαίτερη ευαισθησία στο αίτημα για προστασία των ιατρών της χώρας που διαθέτουν έγκυρη άδεια άσκησης ε-

παγγέλιματος με την αυστηροποίηση των ποινών για όσους παρανομούν.

Με τον τρόπο αυτό άλληλωςτε, προστατεύονται πιο αποτελεσματικά και οι πολίτες της χώρας από «ταρλατάνους και κομπογιαννίτες» που ιδιοποιούνται τον τίτλο του ιατρού.

Όλες οι υπηρεσίες του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου στην ψηφιακή πύλη gov.gr



Στην ενιαία ψηφιακή πύλη της Δημόσιας Διοίκησης gov.gr και στις ενότητες «Πολίτης και καθημερινότητα», «Εργασία και Ασφάλιση» καθώς και «Υγεία και Πρόνοια» είναι πλέον το σύνολο των υπηρεσιών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.

Πρόκειται για ένα κολλοσοϊκό έργο που θα διευκολύνει πολίτες και γιατρούς σε κάθε επαφή τους με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Για να επιτευχθεί το εγχείρημα, ο ΠΙΣ εργάστηκε συστηματικά επί τουλάχιστον ένα 7μηνο με στελέχη του gov.gr της ΓΓΠΣ του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης.

Σκοπός του ήταν να περάσει τις υπηρεσίες του στην πραγματικότητα του 21ου αιώνα που απαιτεί ψηφιοποίηση και διαφάνεια.



Αποτελέσματα της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. της 7/12/2024

Αθήνα, 09-12-24



Πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 7 Δεκεμβρίου η Γενική Συνέλευση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Η Συνέλευση είχε μεγάλη συμμετοχή, αφού στις ψηφοφορίες ψήφισε το 83% των μελών της Γενικής Συνέλευσης..

Μετά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων από το Ηλεκτρονικό Σύστημα «ΖΕΥΣ» προέκυ-



► Ψε πως ο Οικονομικός Απολογισμός του Διοικητικού Συμβουλίου υπερψηφίστηκε από το 60,2% των εκλεκτόρων, ενώ ο Διοικητι-

κός Απολογισμός από το 66,2%. Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΙΣ, έχοντας τη στήριξη της μεγάλης πλειοψηφίας των συναδέλφων,

θα συνεχίσει να εργάζεται υπερασπίζοντας την υγεία των πολιτών και την επιστημονική και εργασιακή υπόσταση των γιατρών της χώρας.

Παρέμβαση για το clawback: Ο ΠΙΣ εκπέμπει SOS. Οι κλινικοεργαστηριακοί ιατροί και τα εργαστήρια σε οικονομική ασφυξία λόγω του εξουθενωτικού clawback

Αθήνα, 08-11-2024

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ), μετά από συναντήσεις με όλους τους εκπροσώπους του κλάδου, εκφράζει έντονη ανησυχία και οργή για τις ασφυκτικές συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί για τους κλινικοεργαστηριακούς ιατρούς και τα εργαστήρια της χώρας λόγω της υπέρογκης αύξησης του ποσοστού clawback.

Οι οικονομικές επιβαρύνσεις από τις αναδρομικές οφειλές των προηγούμενων ετών και τις τρέχουσες παρακρατήσεις απειλούν την επιβίωση όλων. Ο ΠΙΣ καλεί την ηγεσία του υπουργείου Υγείας να λάβει άμεσα μέτρα για να προστατεύσει τη βιωσιμότητα του κλάδου, προτείνοντας συγκεκριμένες δράσεις ανακούφισης και μακροπρόθεσμες λύσεις για την ανασυγκρότηση του συστήματος. Για το λόγο αυτό απέστειλε επιστολή προς τον υπουργό Υγείας κ. Άδωνι Γεωργιάδη, στην οποία του επισημαίνει τη δεινή κατάσταση, ζητώντας διάλογο για να εξασφαλιστεί ένα βιώσιμο μέλλον για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.

Οι κύριες προτάσεις για άμεση ανακούφιση περιλαμβάνουν:

1. **Αύξηση** των τιμών των διαγνωστικών εξετάσεων σύμφωνα με τις τρέχουσες ανάγκες, δεδομένου ότι οι τιμές παραμένουν αμετάβλητες από το 1991 παρά τις σχετικές αποφάσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας.
2. **Θέσπιση ειδικού πόρου χρηματοδότησης** από προϊόντα που επιβαρύνουν την υγεία, όπως τα καπνικά προϊόντα, ώστε τα έσοδα να υποστηρίζουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
3. **Επαρκή χρηματοδότηση** για όλες τις εξετάσεις που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, με επανεξέταση της σκοπιμότητάς τους, αν δεν είναι άμεσα διαθέσιμα τα αναγκαία κονδύλια.
4. **Εκσυγχρονισμό του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**, ώστε να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες των πολιτών και τις πραγματικές οικονομικές συνθήκες.

Ο ΠΙΣ μεταφέρει την αγανάκτηση του Ιατρικού κόσμου στη συνεχιζόμενη κατάσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε δυναμικές αντιδράσεις.

Απαιτεί άμεσα μέτρα, προκειμένου να μην οδηγηθούμε σε καταρρεύσεις που θα επηρεάσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες.

Οι Ευρωπαίοι γιατροί στηρίζουν τον ΠΙΣ και τους Έλληνες γιατρούς στον αγώνα τους για την κατάργηση του Clawback

Αθήνα, 30-4-2024

Η Μόνιμη Επιτροπή των Ευρωπαίων Ιατρών (Committee Permanente Medecins Europeen - C.P.M.E.) στη Γενική της Συνέλευση 22-23 Μαρτίου 2024 στη Λιουμπλιάνα, υιοθέτησε ομόφωνα Ψήφισμα για την στήριξη του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και των Ελλήνων Ιατρών, στον αγώνα τους για την κατάργηση του απαράδεκτου και εξοντωτικού μέτρου του Rebate και clawback, μέσω του οποίου ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φθάνει να αμείβει τελικά λιγότερες από τις μισές υπηρεσίες οι οποίες πασχέθηκαν στους Έλληνες ασφαλισμένους.

Ο Π.Ι.Σ., με συγκεκριμένες και μεθοδικές ενέργειες, δια των εκπροσώπων του στη Γενική Συνέλευση της C.P.M.E., κ.κ. Ανδρέ-



α Παπανδρούδη και Κων/νου Κουμάκη, έθεσε κατάρχην το ζήτημα του εξοντωτικού Clawback στη διάρκεια της Γ.Σ. στο Ταϊλίν (Νοέμβριος 2023), στα πλαίσια της Εθνικής Αναφοράς του Π.Ι.Σ. Στη συνέχεια, παραστέθηκαν στη C.P.M.E. όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την κατανόηση του προβλήματος με τη δέσμευση των Ευρωπαίων γιατρών να εξετάσουν προσεκτικά το ζήτημα και να στηρίξουν με οποιοδήποτε πρόσφορο μέσο τους Ελληνες γιατρούς.

Το αποτέλεσμα, με την ολοκλήρωση των διαβουλεύσεων, ήρθε προ μηνός στη Γ.Σ. στη Λιουμπλιάνα, με το ομόφωνο ψήφισμα που αναφέρθηκε.

Ο Π.Ι.Σ. διεθνοποιεί το ζήτημα αυτό, πετυχαίνοντας τη στήριξη κορυφαίων ευρωπαϊκών ιατρικών οργανισμών, με εκπροσώπους από όλες τις Εθνικές αντιπροσωπείες των κρατών μελών.

Οι ενέργειες αυτές του Π.Ι.Σ., συμπληρώνουν όλες τις υπόλοιπες δράσεις, οι οποίες έχουν ως τελικό στόχο την κατάργηση του καταστροφικού Clawback και Rebate και την υπογραφή Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης μεταξύ των Ελλήνων ελευθεροεπαγγελματιών Ιατρών (μέσω του Π.Ι.Σ. και των Ιατρικών Συλλόγων) και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η οποία θα βασίζεται σε κανόνες έντιμης συνεργασίας, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια τόσο των γιατρών όσο και των ασθενών.

Επισυνάπτεται το ομόφωνο ψήφισμα των Ευρωπαίων ιατρών.



Οι εκπρόσωποι του ΠΙΣ, στην Γενική Συνέλευση CPME, κ. Ανδρέας Παπανδρούδης & κ. Κώστας Κουμάκης.

CPME

Η Μόνιμη Επιτροπή Ευρωπαίων Ιατρών (CPME) εκπροσωπεί τους εθνικούς συλλόγους σε όλη την Ευρώπη. Δεσμευόμαστε να συνεισφέρουμε με την άποψη του ιατρικού επαγγέλματος στη χάραξη πολιτικής της ΕΕ και της Ευρώπης μέσω της ενεργητικής συνεργασίας σε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

Δήλωση για τη δίκαιη αμοιβή των Ελλήνων ιατρών

Η CPME ενημερώθηκε για τις ανησυχτικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα ως προς την αμοιβή των ιατρικών υπηρεσιών. Οι οποίες περιλαμβάνουν το "clawback" και το υποχρεωτικό rebate, όπως αναφέρθηκαν από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Επιστημαίνουμε ότι οι γιατροί δικαιούνται δίκαιη, επαρκή και προβλέψιμη αμοιβή. Τα πα-

ραπάνω, περιλαμβάνουν αμοιβή για τις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες, πέραν του κόστους της εξέτασης, π.χ. για τα χρησιμοποιούμενα ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Οι αυθαίρετες μεταρρυθμίσεις στην αποζημίωση, χωρίς διαβούλευση με την ιατρική κοινότητα, δεν είναι αποδεκτές.

Η δίκαιη αμοιβή είναι ένα από τα στοιχεία των συνθηκών εργασίας μεταξύ πολλών άλλων, που διασφαλίζουν ότι το ιατρικό επάγγελμα παραμένει ελκυστικό.

Σε περιόδους έλλειψης υγειονομικού προσωπικού, είναι προς το κοινωνικό συμφέρον να διασφαλιστεί η πρόσβαση στο σύστημα υγείας με τη διαφύλαξη των ιατρικών υπηρεσιών.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, οι κυβερνήσεις πρέπει να αναλάβουν μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις για επενδύσεις στην υγεία, ώστε να προστατέψουν τη βιωσιμότητα της υψηλής ποιότητας περίθαλψης των ασθενών.

Συμμετοχή τριμελούς εκπροσώπησης του ΠΙΣ στη Συνέλευση του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου

Στη Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA), η οποία διεξήχθη στο Ελσίνκι τον Οκτώβριο 2024, συμμετείχε τριμελής εκπροσώπηση του ΠΙΣ από τους Εξαδάκτυλο Αθ., Πρόεδρο του ΠΙΣ, Βαρνάβα Δημ., Γεν. Γραμματέα του ΠΙΣ και Κατσιγιαννόπουλο Κων., εκλέκτορα του ΠΙΣ από τον Ιατρικό Σύλλογο Λήμνου.



Οι εκπρόσωποι συμμετείχαν στις εργασίες της Συνέλευσης και πραγματοποίησαν επαφές με εκπροσώπους από εθνικούς Ιατρικούς Συλλόγους πολλών χωρών. Σημειωτέον η Συνέλευση τιμούσε τα 60 χρόνια από τη διακήρυξη του Ελσίνκι.

Το Σάββατο 19 Οκτωβρίου, τελευταία μέρα της Συνέλευσης, διεξήχθησαν εκλογές για ανάδειξη νέου Προέδρου του WMA. Πρόεδρος εκλέχθηκε η Jacqueline Kitulu, από τον Ιατρικό Σύλλογο της Κένυας.

Η νέα Πρόεδρος προσκλήθηκε από την ελληνική αντιπροσωπία να συμμετάσχει στον εορτασμό των 100 χρόνων του ΠΙΣ που θα πραγματοποιηθεί το 2025.

Να σημειώσουμε πως τις προηγούμενες ημέρες, στη Συνέλευση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ιατρικών Συλλόγων (CEOM), εξελέγη Αντιπρόεδρος ο κ. Κουτσοπουλός Κων., ο οποίος είναι Αντιπρόεδρος του ΠΙΣ.

ΝΙΚΟΣ ΜΠΕΗΣ
CEO Tikun Olam Ελλάδος

Η φαρμακευτική κάνναβη & η συμβολή της Tikun Olam Ελλάδος στην ανάπτυξη του κλάδου



Η Tikun Olam Ελλάδος, είναι η πρώτη εταιρεία φαρμακευτικής κάνναβης που αδειοδοτήθηκε από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) στην Ελλάδα και διαθέτει τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης κατόπιν συνταγογράφησης στην ελληνική αγορά από τον Μάρτιο του 2024, θέτοντας στο επίκεντρο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Αξιοποιώντας την εμπειρία και την τεχνολογία της Tikun Olam Israel από το 2005, με περισσότερα από 20 χρόνια μελετών, η Tikun Olam Ελλάδα έχει συμβάλει καθοριστικά στην ανάπτυξη του κλάδου της φαρμακευτικής κάνναβης, τόσο στην Ελλάδα μέσω της εγχώριας αγοράς όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μέσω της εξαγωγικής της δραστηριότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία και την Ελβετία.

Στην Ελλάδα, το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τη φαρμακευτική κάνναβη τέθηκε σε ισχύ τον Μάρτιο του 2018, μέσω του οποίου επιτράπη η συνταγογράφηση τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης για τις εξής εγκεκριμένες ενδείξεις: πρόληψη και αντιμετώπιση σοβαρής ναυτίας ή εμέτου από χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και συνδυαστική θεραπεία έναντι HIV ή ηπατίτιδας C, αντιμετώπιση χρόνιου πόνου που σχετίζεται με καρκίνο ή παθήσεις του κεντρικού ή περιφερικού νευρικού συστήματος.

Ακόμη, εγκεκριμένες ενδείξεις αποτελούν η αντιμετώπιση της σπαστικότητας που σχετίζεται με σκλήρυνση κατά πλάκας ή βλάβες του νωτιαίου μυελού όπως και ως ορεξιογόνο στην παρηγορική (ανακουφιστική) φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπείες για καρκίνο ή επίκτητη ανο-

σολογική ανεπάρκεια (AIDS).

Σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, παρατηρείται διεύρυνση του θεσμικού πλαισίου καθώς ολόένα και περισσότερες χώρες θεσπίζουν ευέλικτες νομοθεσίες για τη παραγωγή και την κυκλοφορία της φαρμακευτικής κάνναβης, συμβάλλοντας έτσι στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η συνεχώς αυξανόμενη επιστημονική τεκμηρίωση για τα οφέλη της φαρμακευτικής κάνναβης, έχει ενισχύσει σημαντικά την εμπιστοσύνη των ιατρών σχετικά με την ένταξη της στο πλάνο τους. Παράλληλα, ολόένα και περισσότεροι ασθενείς έχουν αναζητήσει από μόνοι τους τις ιδιότητες της φαρμακευτικής κάνναβης και έχουν έπειτα απευθυνθεί στον ιατρό τους, για να συζητήσουν από κοινού, εάν μπορεί να συμβάλει θετικά στα συμπτώματα της ασθένειάς τους. Η προσέγγιση αυτή, τόσο από την ιατρική κοινότητα όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς, έχει ως αποτέλεσμα τη διαρκή διεύρυνση των εγκεκριμένων ενδείξεων για τις οποίες συνιστάται η λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η Tikun Olam Ελλάδα διαθέτει υπεσύγχρονες state-of-the-art εγκαταστάσεις στην Κόρινθο, οι οποίες εκτείνονται σε μια περιοχή 56.000 τ.μ., με συνολική επένδυση που ξεπερνά τα 50 εκατομμύρια ευρώ. Η εταιρεία είναι πιστοποιημένη σύμφωνα

με τα αυστηρά πρότυπα EU-GMP (Good Manufacturing Practices) και GACP (Good Agricultural and Collection Practices). Οι πιστοποιήσεις αυτές, που έχουν χορηγηθεί από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και την Q-CERT αντίστοιχα, επιβεβαιώνουν τη δέσμευση της εταιρείας για άριστη ποιότητα και ασφάλεια σε όλα τα στάδια παραγωγής.

Τα συνταγογραφούμενα τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης της εταιρείας διατίθενται σε μορφή ξηρού ανθού και χορηγούνται δια εισπνοής κατόπιν ατμοποίησης μέσω προτεινόμενης πιστοποιημένης ιατροτεχνολογικής συσκευής. Η διάθεση και προώθηση των τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης γίνεται μέσα από τις στρατηγικές συνεργασίες της Tikun Olam Ελλάδα με δύο καταξιωμένες εταιρείες στον φαρμακευτικό κλάδο, την FARMASERB ΕΛΛΑΣ και τη LAVIPHARM.

Η εταιρεία βρίσκεται ήδη σε στάδιο παραγωγής και καλλιέργειας νέων ποικιλιών φαρμακευτικής κάνναβης με στόχο τη διεύρυνση του χαρτοφυλακίου των τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης σε μορφή ξηρού ανθού καθώς και σε μορφή στοματικών σταγόνων που χορηγούνται υπογλώσσια, ενισχύοντας έτσι τις διαθέσιμες μορφές τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης στην αγορά.



TIKUN OLAM

**Η 1^η εταιρεία* που αναπτύσσει
και κυκλοφορεί συνταγογραφούμενα τελικά προϊόντα
Φαρμακευτικής Κάνναβης στην Ελλάδα.**

Η Tikun Olam Ελλάδος με πιστοποιημένες EU-GMP, state-of-the art εγκαταστάσεις 56.000m², έρχεται να αλλάξει το τοπίο στον τομέα της υγείας με τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης στην Ελλάδα.



TIKUN OLAM

REPAIR THE WORLD

www.tikuneurope.com

* Η 1^η εταιρεία Φαρμακευτικής Κάνναβης που αδειοδοτήθηκε από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) στην Ελλάδα

Ενιαία πλατφόρμα ιατρών όλης της χώρας

Αθήνα, 11-10-2024



Νέα εποχή, διαφάνειας, διευκόλυνσης του πολίτη και πάταξης παράνομων ενεργειών, αποτελεί η ολοκλήρωση του τελευταίου έργου ψηφιακής ανασυγκρότησης και προόδου εκ μέρους του **Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου**.

Ο ΠΙΣ στο πλαίσιο του ψηφιακού εκσυγχρονισμού του, που ξεκίνησε τα τελευταία χρόνια και προχωράει με γοργούς ρυθ-

μούς, έκανε πράξη τον σημαντικό στόχο της ψηφιακής διασύνδεσης των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας σε μία **ενιαία πλατφόρμα-πληροφοριακό σύστημα**.

Με τον τρόπο αυτό συστάθηκε **ΕΘΝΙΚΟ ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΑΤΡΩΝ** που είναι συνδεδεμένο σε πραγματικό χρόνο με το παραπάνω λογισμικό διασύνδεσης.

Σήμερα, κάθε πολίτης και οι υπεύθυνοι των κρατικών φορέων μπορούν από τον ι-

στότοπο του Π.Ι.Σ (www.pis.gr) να διαπιστώσουν με την ηλεκτρολόγηση απλά του επωνύμου του ιατρού και της ειδικότητάς του, αν εμφανίζεται ως ιατρός εγγεγραμμένος σε κάποιο ιατρικό σύλλογο της χώρας ή όχι!

Ο **Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος** περνάει με τον τρόπο αυτό, σε μία νέα εποχή υπηρεσιών προς τους πολίτες και την Πολιτεία, απλοποιώντας διαδικασίες που αποτέλεσαν αντικείμενο ταλαιπωρίας και όχι μόνο, επί σειρά δεκαετιών... Τα περιστατικά αποποίησης επαγγέλματος, ανακρίβειες ως προς την λήψη ειδικότητας, οι παραπληντικοί ιατρικοί τίτλοι και άλλες προσπάθειες παραπλάνησης των πολιτών, λαμβάνουν οριστικά τέλος, αφού ο κάθε ενδιαφερόμενος, με απλό τρόπο, θα διαπιστώνει αν κάποιος είναι γιατρός, ποια ειδικότητα έχει λάβει και που δραστηριοποιείται. Σύντομα δε, έπεται συνέχεια με περαιτέρω διασύνδεση του συνόλου των υπηρεσιών του ΠΙΣ με την Πολιτεία.

6η Ολομέλεια των Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων της χώρας με το ΔΣ του ΠΙΣ

Αθήνα, 11-10-2024

Πραγματοποιήθηκε στις 28 Σεπτεμβρίου στη Καρδίτσα η 6η Ολομέλεια των Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων της χώρας με το ΔΣ του ΠΙΣ.

Η **αποτίμηση της κατάστασης του ΕΣΥ**, όπως περιγράφεται στην απόφαση της Συνόδου, είναι προβληματική με αμφίβολη έως αρνητική προοπτική, καθώς οι πρόσφατες ρυθμίσεις ούτε ικανές να μεταρρυθμίσουν το σύστημα είναι, ούτε να το ενισχύσουν στον αναγκαίο βαθμό. Είναι δε πολύ πιθανό να αποτελέσουν προθάλα-

μο εξόδου επιπλέον ιατρών από το ΕΣΥ προς τον ιδιωτικό τομέα. Ταυτόχρονα η παράταση του εργασιακού βίου των διευθυντών του ΕΣΥ έως το 70ο έτος ηλικίας με διατήρηση των διευθυντικών τους καθηκόντων λειτουργεί αποτρεπτικά στη προσέλκυση νέων ιατρών, που αποτελεί το κυρίαρχο ζητούμενο.

Αντίθετα, το προς διαβούλευση **νομοσχέδιο για τον προσωπικό ιατρό**, καίτοι περιέχει την παράδοση και ακατάλληλη συμμετοχή αγροτικών ιατρών, συνολικά κινείται προς την ολοκλήρωση του θεσμού. Επιμέρους βελτιώσεις, όπως θα αναπτυχθούν στη διαβούλευση, είναι βέβαιο ότι μπορούν να ενισχύσουν την προσπάθεια. Στο πλαίσιο αυτό η **εξάλειψη του ισχυρότερου αντικινήτρου της αναγκαστικής εργασίας στο ΕΣΥ** μέσω του άρθρου 65 του νόμου 5129/24 είναι καθοριστικής σημασίας.

Η **διατήρηση και διαρκής επιβάρυνση του clawback** που οδηγεί τους εργαστηριακούς ιατρούς στον αφανισμό, καθώς δεν προχωρά η υλοποίηση των υποργικών εξαγγελιών, θέτει την **προοπτική κινητοποιήσεων** με επιτακτικό τρόπο. Προοπτική που ενισχύεται και από την επιθετική προς τους ιατρούς επικοινωνιακή διαχείριση του κ. Υπουργού.

Σε κάθε περίπτωση είναι απορίας άξια η έλλειψη κάθε αυτοκριτικής και προβληματισμού για την παντελή απουσία στήριξης από τον ιατρικό κόσμο των ρυθμίσεων στο χώρο της υγείας.

Αποτέλεσμα της όλης κατάστασης είναι οι μισοί νέοι γιατροί της χώρας να βλέπουν το μέλλον τους εκτός Ελλάδας σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης.



$\frac{A}{A}$ Signature

Δημιουργήστε το Signature look τους

Διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές.
Μοναδικοί στόχοι.
Ένα look με την υπογραφή τους.

Ανακαλύψτε μια πολυεπίπεδη
θεραπευτική προσέγγιση με προϊόντα
σχεδιασμένα για τις εξειδικευμένες
ανάγκες των θεραπευομένων σας.^{1-4,*}

Juvederm®

HA HarmonyCa™

Allergan Aesthetics
a division of AbbVie

*Μια προσέγγιση με συνδυαστικές θεραπείες πρέπει να αξιολογείται ως μέρος της συμβουλευτικής επίσκεψης μεταξύ ιατρού και θεραπευομένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: 1. Juvederm® VOLIFT with lidocaine DFU. 73652JT10. Revision 2019-09-09. 2. Juvederm® VOLUMA with lidocaine DFU. 73650JT10. Revision 2019-09-09. 3. Juvederm® VOLUX DFU. 73651JT10. Revision 2019-09-09. 4. HA HarmonyCa™ Lidocaine_ IFU_F206_20082808_June2024.

Οι Ανεπιθύμητες Ενέργειες πρέπει να αναφέρονται στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων στα τηλέφωνα: 2132040528/542 ή στην ιστοσελίδα: <https://www.eof.gr/web/guest/whitegeneral> ή μέσω email στο: vigilancematerial@eof.gr ή στην AbbVie (τηλ.: 2144165555, email: greekpv@abbvie.com).

© 2025 AbbVie. All rights reserved. GR-AGNA-250011 | MAR 2025



Επιστολή του ΠΙΣ
στους βουλευτές
του Ελληνικού Κοινοβουλίου
για το άρθρο 65 του νομοσχεδίου
για την Ψυχική Υγεία
και τις επιπτώσεις του
Αθήνα, 29-7-2024

Μπορείτε να δείτε την επιστολή στο www.pis.gr



ΠΙΣ. Δελτίο Τύπου
για τις νομοθετικές ρυθμίσεις
που αφορούν
στην επίταξη ιδιωτών γιατρών
και την άρση
της συνταγογράφησης
Αθήνα, 23-7-2024

Μπορείτε να δείτε το Δελτίο Τύπου στο www.pis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ:
Ανταποκρίνεται στο αίτημα
του ΠΙΣ και προσφέρει
39 δωρεάν συμμετοχές
σε νέους Παθολόγους
που συνδράμουν το ΕΣΥ
20-7-2024

Μπορείτε να δείτε την σχετική επιστολή στο: www.pis.gr



ΠΙΣ. Εξελίξεις
στο χώρο της υγείας
και οι αποφάσεις που έλαβε
το Δ.Σ. στη συνεδρίαση
της Τρίτης 17 Ιουλίου
Αθήνα, 18-7-2024

Μπορείτε να δείτε το σχετικό Δελτίο Τύπου στο www.pis.gr

Επιστολή ΠΙΣ προς τον υπουργό Υγείας: Βραχυπρόθεσμες και μεσοπρόθεσμες προτάσεις για τα μείζονα προβλήματα στο χώρο της υγείας

Αθήνα, 15-7-2024

Μπορείτε να δείτε την επιστολή στο www.pis.gr



Ολομέλεια προέδρων Ιατρικών Συλλόγων στην Καλαμάτα. Επί τάπητος το ζήτημα των ιατρικών αμοιβών και της συλλογικής σύμβασης εργασίας

Αθήνα, 26-06-24



Το Σάββατο 22 Ιουνίου έλαβε χώρα για πρώτη φορά στη πόλη της Καλαμάτας η Σύνοδος των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας και του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, παρουσία του υφυπουργού Υγείας, Δημήτρη Βαρτζόπουλου, που εκπροσώπησε την ηγεσία του Υ.Υ.Κ.Α. και απύθηνε πρόταση πολυεπίπεδης συνεργασίας για την ψυχική υγεία.

Η αποτίμηση της κατάστασης στο Ε.Σ.Υ., όπως περιγράφεται στην απόφαση της Συνόδου, απαιτεί άμεσες παρεμβάσεις καθώς διαπιστώνεται σημαντική επιδείνωση. Επιπλέον οι ρυθμίσεις του τελευταίου δμήνου που αφορούν στον χρόνο των νοσοκομειακών

ιατρών πέραν του εργάσιμου ωραρίου, ούτε μεταρρύθμιση συνιστούν, ούτε σημαντική επίδραση θα έχουν. Και για το λόγο αυτό, η ηγεσία του Υ.Υ.Κ.Α. οφείλει να ασχοληθεί με την κύρια λειτούργεια των Νοσοκομείων, στα οποία εδώ και 4 μήνες έχει προστεθεί και διοικητική αβεβαιότητα.

Οι **απολαβές των ιατρών του Ε.Σ.Υ.** είναι υποδιπλάσιες των Ευρωπαίων συναδέλφων τους, ενώ και τα κίνητρα για τις άγονες και νησιωτικές περιοχές που εξαγγέλλει κάθε τόσο το υπουργείο Υγείας, δεν συνάδουν με όσα ο Π.Ι.Σ. υποδεικνύει ως προτεραιότητες. Σημαντική εκκρεμότητα αποτελεί η από έτους υποχρέωση της Πολιτείας να αναπροσαρμόσει το επίδομα των ιατρών που υπηρετούν στις άγονες και νησιωτικές περιοχές της χώρας. Όπως τόνισε χαρακτηριστικά ο **Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος**, «το Ε.Σ.Υ. δεν είναι ελκυστικό για τους ιατρούς λόγω των χαμηλών αμοιβών, των συνθηκών εργασίας και του διοικητικού του μοντέλου». Κατά τις εργασίες της Ολομέλειας διεξήχθη εκτενής συζήτηση για τα προβλήματα που υπάρχουν σε υγειονομικές δομές της χώρας, αλλήλ και αναφορά στις επανειλημμένες αποφάσεις των Ανώτατων Δικαστηρίων, τονίζοντας ότι η Πολιτεία οφείλει να αποκαταστήσει το **Ειδικό Ιατρικό Μισθολόγιο**, ώστε οι απολαβές των ιατρών να ανέλθουν σε αξιοπρεπή επίπεδα, αλλιώς οι προκλήσεις γιατρών θα συνεχίσουν να αποβαίνουν άγονες.

Αναφορά εκπροσώπων Π.Ι.Σ. από συνεδριάσεις της CEOM, Ρώμη, Μάιος 2024

18-6-2024

Μπορείτε να δείτε την αναφορά στο www.pis.gr





ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ

Παρακεταμόλης & Ιβουπροφαίνης

Ο πόνος είναι μια αντικειμενική αλλά και υποκειμενική εμπειρία, που επηρεάζεται από ένα εύρος προσωπικών παραγόντων.

Η μετάδοση και η διαμόρφωσή του περιλαμβάνουν συγκεκριμένες ανατομικές δομές και οδούς¹⁻².



ΙΣΤΙΝΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Η παρακεταμόλη (δόση 500-1000 mg), συχνά συνδυάζεται με άλλα φάρμακα για καλύτερη αναλγητική αποτελεσματικότητα. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός παρακεταμόλης και ιβουπροφαίνης παρέχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και καλύτερο προφίλ ασφάλειας από ότι οι δραστικές ουσίες μεμονωμένα^{1,3-4}.

Το Panadol Plus, συνδυάζει τις δύο δραστικές ουσίες στο δισκίο σταθερής δόσης συνδυασμού παρακεταμόλης 500mg και ιβουπροφαίνης 200mg. Ενδείκνυται για τη βραχυχρόνια συμπτωματική θεραπεία του ήπιου έως μέτριας έντασης πόνου που σχετίζεται με ημικρανία, κεφαλαλγία, οσφυαλγία, πόνο περιόδου, οδοντικό πόνο, ρευματικό και μυϊκό πόνο, πόνο σε μη σοβαρή αρθρίτιδα, συμπτώματα κρυο λοίμωξης και γρίπης, πονόλαιμο και πυρετό, για ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω. Ο συνδυασμός παρακεταμόλης και ιβουπροφαίνης, έχει ως αποτέλεσμα την κεντρική αναλγητική και περιφερική αντιφλεγμονώδη δράση.

Σύμφωνα με κλινικά δεδομένα 2 δισκίων, το Panadol Plus:

- παρέχει ισχυρότερη ανακούφιση από τον πόνο συγκριτικά με την παρακεταμόλη 1000mg και την ιβουπροφαίνη 400mg, που είναι κλινικά και στατιστικά σημαντική⁴.
- έχει ταχύτερη ανακούφιση από αυτή που επιτυγχάνεται μόνο με την ιβουπροφαίνη⁴.
- η απορρόφηση ξεκινά σε 5 λεπτά⁴
- προσφέρει 9 ώρες διάρκεια αναλγησίας⁴.

Επιπλέον, το δισκίο σταθερής δόσης συνδυασμού παρακεταμόλης 500mg και ιβουπροφαίνης 200mg, είχε κλινικά αποδειχθεί ως μία αποτελεσματική εναλλακτική των οπιοειδών με συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα⁵⁻⁶.

Βιβλιογραφία

1. Gervasoni F. Medical Academy Journal 2022;1: 26-33
2. Patapoutian A, Tate S, and Woolf CJ. Transient receptor potential channels: targeting pain at the source. Nature Reviews Drug Discovery 2009;8:55-68. doi: 10.1038/nrd2757.
3. Gigliotti S, Sante G, Putaggio G, Di Bisceglie L, Grimaldi G, Gentile F et al. Management of musculoskeletal pain in the setting of territorial orthopedics. Minerva Ortopedica e Traumatologica 2020;71(1):23-31
4. Panadol Plus, ΠΧΠ 16/07/2024.
5. Οξυκωδόνη 5 mg, κωδεΐνη 60 mg και τραμαδόλη 37,5 mg με ακεταμινοφαίνη 325 mg.
6. Moore PA & Hersh EV. J Am Dent Assoc 2013;144(8):898-908.

Haleon Hellas

Η νέα εποχή της Ογκολογίας

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΜΑΤΘΑΙΟΣ

Αν. Καθηγητής Ογκολογίας Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Είναι γεγονός ότι η ειδικότητα της Ογκολογίας τα τελευταία χρόνια γνωρίζει μια πρωτοφανή ανάπτυξη. Καταιγιστικές εξελίξεις στην Μοριακή Βιολογία και την έρευνα, διαρκής ανάπτυξη νέων φαρμάκων καθιστούν τον κλάδο της Ογκολογίας ως έναν από τους πιο αναπτυσσόμενους τομείς της Ιατρικής.

Ευελπιστώντας ότι ως χώρα θα έχουμε σύντομα και εμείς τα δικά μας στοιχεία με το μητρώο νεοπλασιών που ήδη τίθεται σε λειτουργία και στην χώρα μας, θα δανειστούμε τα στοιχεία από τις ΗΠΑ που καταδεικνύουν για το 2025 μια συνεχιζόμενη πτώση της θνητότητας από καρκίνο γεγονός που αποδίδεται στην έγκαι-

ρη ανίχνευση των καρκίνων, στις νέες θεραπείες και στην αντικαταρκτική εκστρατεία.

Παράλληλα καταγράφεται μια αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Η τάση αυτή που εν πολλοίς αντικατοπτρίζεται και στα στοιχεία των Δυτικών αναπτυγμένων χωρών,

έρχεται να επιβεβαιώσει την μεγάλη πρόοδο που ζούμε στην καθημερινότητα της Ογκολογικής πράξης και των νέων δυνατοτήτων που πια έχουμε στους ασθενείς μας και που συνοψίζονται στα εξής:

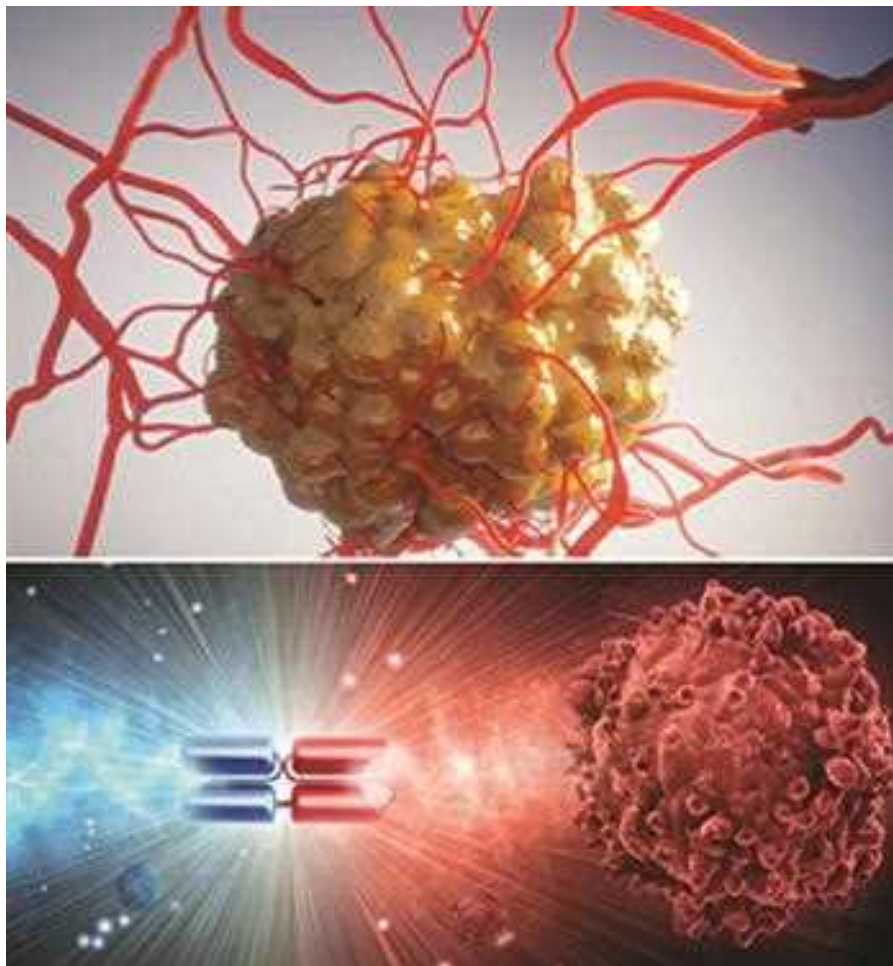
1 Νέα εποχή στην μοριακή ταυτοποίηση της νόσου. Είναι γεγονός ότι δύο δεκαετίες πριν η ογκολογική θεραπεία που ήταν κατά βάση η χημειοθεραπεία, δίδονταν με βάση τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και μόνο.

Στο σημείο αυτό ο καρκίνος του πνεύμονα στάθηκε ένα πραγματικό success story για την Ογκολογία διότι στο όχι πολύ μακρινό 2009 για πρώτη φορά στο New England Journal of Medicine ανακοινώθηκε από την ομάδα του T. Mok ότι για τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα και μεταλλάξεις στον EGFR ένα απλό χάπι (αναστολέας τυροσινικής κινάσης) υπερετερούσε σε αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας, στερούμενο όμως την τοξικότητας που έχει η χημειοθεραπεία.

Έτσι από τότε ξεκίνησε η εποχή της μοριακής Ογκολογίας που ζούμε σήμερα. Από το 2009 μέχρι σήμερα η πρόοδος είναι ραγδαία. Τώρα πια μετά την αρχική βιοψία σε μια πλειάδα συμπαγών όγκων οι Ογκολόγοι ζητούμε πλήρη μοριακό έλεγχο στον όγκο με τη βοήθεια του NGS (Next Generation Sequencing). Έτσι έχουμε στα χέρια μας εξαρχής μια εικόνα της μοριακής βιολογίας του όγκου που θα μας βοηθήσει να καταστρώσουμε το θεραπευτικό μας πλάνο.

Αναλόγως λοιπόν του τι μεταλλάξεις και μοριακά χαρακτηριστικά έχει ένας όγκος μπορεί να επιλέξουμε είτε κλασική χημειοθεραπεία είτε μια μοριακά στοχευμένη θεραπεία που πολλές φορές είναι per os.

Η πρακτική αυτή διαμορφώνει μια νέα εποχή στις θεραπείες μας που ξεφεύγει από την ιστολογία του όγκου και δίνει έμφαση στην μοριακή βιολογία της κακοήθειας (tumor agnostic treatments). Επίσης όλες αυτές οι μοριακά στοχευμένες θεραπείες που δίνουμε στους ασθενείς μας, μας κάνουν να μιλούμε για μια νέα εποχή που βιώνουμε στην Ογκολογία και λέγεται Personalized medicine, δηλαδή θεραπείες «φτιαγμένες και ραμμένες» με γνώμονα τον κάθε ασθενή και όχι μια θεραπεία για όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς. ➡



Το BioBran MGN-3, είναι συντομογραφία του Συμπλέγματος Αραβινοξυλάνης Πίτουρου Ρυζιού (Rice Bran Arabinoxylan Compound: RBAC).

Στην επιστημονική βιβλιογραφία, έχοντας δείξει για τρεις δεκαετίες, την ικανότητά του να **ενεργοποιεί με ασφάλεια τη δράση των κυττάρων -NK**, των T και των B, καθώς επίσης να τροποποιεί τις **κυτοκίνες**, αναγνωρίζεται ως κορυφαίος, τυποποιημένος φυτικός ανοσοτροποποιητής, που χρησιμοποιείται ως διατροφικό συμπλήρωμα από γιατρούς και επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως. Η συνεπής παρασκευή και η διασφάλιση ποιότητάς του, υποστηριζόμενη από ερευνητικές εργασίες με αξιολόγηση από ομοτίμους, το καθιστούν αξιόπιστη επιλογή για ένταξη στα επιστημονικά πρωτόκολλα που μπορούν να συμπληρωθούν από τη συνολική επίδραση που παρέχει:

Παράγοντες Μεταγραφής

Πυρηνικός παράγοντας κάππα-B (NF κB) (↓)

Φωσφορυλίωση RelA (p65) (↓)

Αποικοδόμηση παράγοντα IκBa (↓)

Μεταγραφή Γονιδίων

Σύστημα διαφοροποίησης 14 (CD14) (↓)

Συνθάση νιτρικού οξειδίου-2 (NOS-2) (↓)

Ενεργοποίηση υποδοχέα γάμμα που ενεργοποιείται από πολλαπλασιαστή υπεροξειδωσώματων (↑)

Ένζυμα

Κυκλοοξυγενάση-2 (↓)

Επαγωγή συνθάση νιτρικού οξειδίου (↓)

Μυελοϋπεροξειδάση (↓)

Κυτοκίνες & Φλεγμονώδεις Μεσολαβητές

C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (↓)

Ανοσοσφαιρίνη E (↓)

Μόριο ενδοκυτταρικής προσκόλλησης-1 (↓)

Ιντερφερόνη γάμμα (↓)

Ιντερλευκίνη-1β (↓)

Ιντερλευκίνη-4 (↓)

Ιντερλευκίνη-6 (↓)

Ιντερλευκίνη-8 (↓)

Ιντερλευκίνη-10 (↑)

Ιντερλευκίνη-17 (↓)

Ιντερλευκίνη-18 (↓)

Λευκοτριένιο B4 (↓)

Μονοξειδίο του Αζώτου (↓)

Ρευματοειδής παράγοντας (↓)

Παράγοντας νέκρωσης όγκου-άλφα (↓)

BioBran®



MGN-3 / Σύμπλεγμα Αραβινοξυλάνης
Πίτουρου Ρυζιού

Η διατροφική καινοτομία που
ενεργοποιεί τα NK -κύτταρα



Σάρωση για
Google Scholar



Σάρωση για
PubMed

Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διαίτης. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινου νόσου. Συμβουλευτείτε τον ιατρό σας αν βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Υπεύθυνος κυκλοφορίας: Πάνος Αζακίδης, Πλούτωνος 7, Αθήνα 17562.

210 3617967
www.azakidis.gr

➡ **2 Νέα εποχή με την υγρή βιοψία.** Είναι γεγονός α) ότι πολλές φορές μια εντόπιση της νόσου καθιστά τεχνικά δύσκολη την βιοψία και β) η ίδια η νόσος υπό το βάρος των θεραπειών μεταβάλλεται γεγονός που επιβάλλει πολλές φορές την επανα-βιοψία. Λύση και στα δύο αυτά προβλήματα έρχεται να δώσει η υγρή βιοψία που τα τελευταία έτη είναι διαθέσιμη στην κλινική πράξη.

Η υγρή βιοψία για παράδειγμα έρχεται να απαντήσει στο ερώτημα αν μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού έχει την ESR1 μετάλλαξη και άρα πρόκειται να επωφεληθεί από μια ορμονοθεραπεία με χάπι και όχι να λάβει χημειοθεραπεία για την μετastatic της νόσο.

3 Νέα εποχή στην απεικόνιση. Είναι γεγονός ότι οι πρόοδοι τόσο στην Ακτινολογία όσο και στην Πυρηνική Ιατρική έχουν εξαιρετική επίδραση τόσο στην έγκαιρη διάγνωση όσο και στην έγκαιρη ανίχνευση της υποτροπής.

Το PET SCAN είναι ένα τέτοιο εργαλείο που άλλαξε την καθημερινότητα του ογκολογικού ασθενούς, ενώ παράλληλα ο τομέας των Theranostics δηλαδή της στόχευσης των αναδεικνυόμενων μεταβολικά ενεργών στόχων μέσω της πυρηνικής ιατρικής ανοίγει ένα νέο κεφάλαιο στις θεραπευτικές μας επιλογές.

4 Νέα εποχή της ανοσοθεραπείας. Από τον πατέρα της ανοσοθεραπείας τον Coley το 1891 και τις τοξίνες του φτάσαμε εν έτη 2025 να χρησιμοποιούμε την ανοσοθεραπεία στην καθημέρα κλινική πράξη σε μια πλειάδα συμπαγών όγκων με εξαιρετικά αποτελέσματα. Ειδικά στον καρκίνο του πνεύμονα η πηλοψηφία των ασθενών μας στην 1η γραμμή θεραπείας λαμβάνουν είτε συνδυασμό ανοσοθεραπείας με χημειοθεραπεία είτε ανοσοθεραπεία μόνη της.

Μάλιστα φαίνεται ότι στον καρκίνο του πνεύμονα αλλά και σε άλλους όγκους όπως είναι ο τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού όπου ο συνδυασμός ανοσοθεραπείας και χημειοθεραπείας δίνει εξαιρετικά ψηλά ποσοστά ανταποκρίσεων και παθολογοανατομικών υφέσεων, όταν αυτές οι θεραπείες δοθούν προεγχειρητικά. Μιλάμε επομένως για μια νέα εποχή που δι-



αμορφώνεται με τις προεγχειρητικές νέες συνδυασμένες θεραπείες να εξασφαλίζουν αποτελεσματικότερα χειρουργεία για τους ασθενείς μας και πολλές φορές να έχουμε τη δυνατότητα να καταστήσουμε χειρουργήσιμους όγκους που αρχικά ήταν ανεγχείρητοι.

5 Νέα εποχή των φαρμάκων. Την τελευταία 5ετία στην κλινική πράξη έχουν εισαχθεί φάρμακα με καινοτόμο μηχανισμό δράσης και εντυπωσιακά αποτελέσματα σε πολλούς συμπαγείς όγκους για παράδειγμα τα λεγόμενα ADCs (antibody drug conjugates): μια μορφή φαρμάκων που με έξυπνο τρόπο αναγνωρίζουν ακόμα και σε μικρές ποσότητες ένα αντιγόνο στον όγκο και στην ουρά τους κουβαλούν ένα χημικοθεραπευτικό μόριο που σαν βόμβα απελευθερώνεται όταν το φάρμακο φτάσει στον στόχο του.

Μια άλλη επίσης εξαιρετικά υποσχόμενη κατηγορία νέων φαρμάκων είναι τα φάρμακα με την τεχνολογία BITE (αμφι-ειδικά αντισώματα έναντι επιτόπου στον όγκο και στο T λεμφοκύτταρο). Η εισαγωγή όλων αυτών των νέων φαρμάκων στην κλινική πράξη έχει επιμηνύει το προσδόκιμο της μετastatic νόσου.

6 Τα mRNA εμβόλια ήδη δοκιμάζονται με υποσχόμενα αποτελέσματα κυρίως σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία και ήδη έχουν ανακοινωθεί θετικές μελέτες σε δύσκολους όγκους όπως το μελάνωμα.

7 Η νέα εποχή της τεχνητής νοημοσύνης αναμένεται να βελτιώσει τους

χρόνους που χρειάζεται ένα φάρμακο για να μελετηθεί από τα προκλινικά πειράματα μέχρι τις κλινικές μελέτες στα ζώα και στον άνθρωπο.

Η βοήθεια της θα είναι καταλυτική και στην χαρτογράφηση των μοριακών μονοπατιών της νόσου όσο και στην πρόβλεψη μορίων-θεραπευτικών στόχων που τα προηγούμενα χρόνια ο σχεδιασμός τους απαιτούσε 2-3 έτη.

8 Τεράστια πρόοδος έχει συντελεστεί και στο κομμάτι της ακτινοθεραπείας με νέα μηχανήματα-γραμμικούς επιταχυντές που προσφέρουν ακόμα πιο στοχευμένες θεραπείες με πολύ λιγότερη τοξικότητα και πολλές φορές με πρωτόκολλα που χρειάζονται λιγότερο χρόνο.

9 Όλες αυτές οι τεράστιες πρόοδοι έρχονται να ενισχύσουν την ποιότητα της ογκολογικής φροντίδας που οφείλει να είναι δουλειά της διεπιστημονικής ομάδας.

Ο άψογος και σωστός συντονισμός στην αλληλοϋπόληψη των νέων θεραπευτικών επιλογών μεταξύ παθολόγων ογκολόγων, ακτινοθεραπευτών ογκολόγων, χειρουργών, παθολογοανατόμων, ακτινολόγων, πυρηνικών ιατρών, μοριακών βιολόγων και των λοιπών ειδικοτήτων που εμπλέκονται στην διεπιστημονική ομάδα, είναι αυτός που μαζί με τα νέα όπλα της επιστήμης μεταφράζεται σε περισσότερα και ποιοτικότερα χρόνια ζωής για τους ασθενείς μας, ώστε πια να μιλούμε για μια νέα εποχή με τον καρκίνο να γίνεται μια χρόνια νόσος.

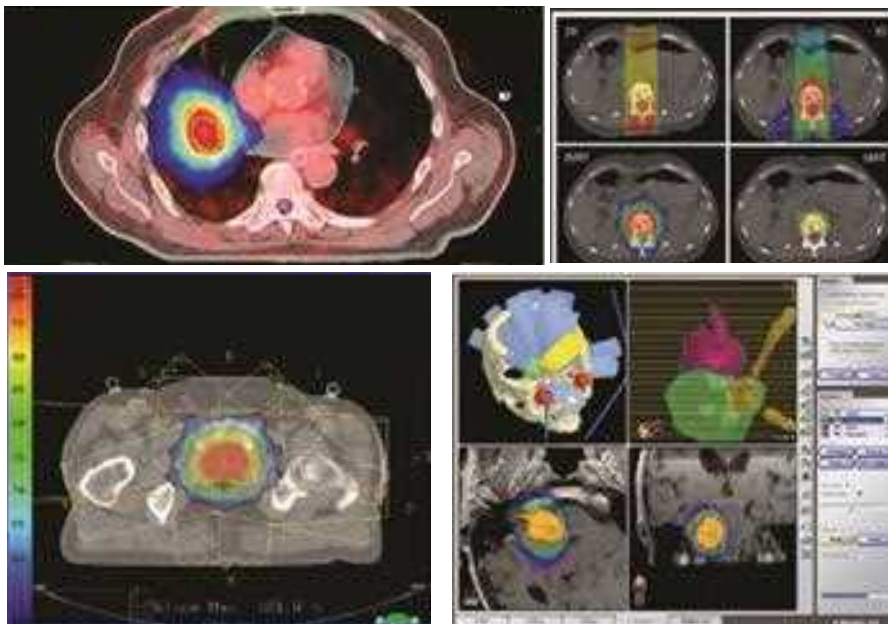
Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία στην Ελλάδα σήμερα

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ι. ΠΙΣΣΑΚΑΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος,

Συντονιστής Διευθυντής Ακτινοθεραπευτικού Ογκολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
Πρώην Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας

Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για τον αριθμό των νέων περιπτώσεων που διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο γιατί ακόμη και σήμερα στην Πατρίδα μας δεν υπάρχει εθνικό αρχείο νεοπλασιών ενώ πρόσφατα αναγγέλθηκε για μια ακόμη φορά η δημιουργία του¹. Ιστορικά, η Ακτινοθεραπεία (ΑΘ) εφαρμόζεται για πάνω από 100 χρόνια, σε μικρό χρονικό διάστημα μετά την ανακάλυψη των ακτίνων-Χ, το 1895, από τον W. Röntgen. Με την ανακάλυψη ραδιενεργών στοιχείων από την M. Curie, στις αρχές του 20 αιώνα, η ΑΘ άρχισε να αναπτύσσεται ουσιαστικά, με τη χρήση Ραδίου ως επί το πλείστον, ώσπου στα μέσα του προηγούμενου αιώνα έκαναν την εμφάνισή τους τα πρώτα ΑΘ μηχανήματα υψηλής ενέργειας, κυρίως οι μονάδες Κοβαλτίου και αργότερα οι Γραμμικοί Επιταχυντές (Γ.Ε)².



Εικόνα 1. 2025... Δημόσια ακτινοθεραπεία στην Ελλάδα, εφαρμόζονται όλες οι σύγχρονες τεχνικές imrt, vmat, sbrt, srs.

Παράλληλα με την εξέλιξη των ακτινοθεραπευτικών μηχανημάτων, ο προηγούμενος αιώνας μας έδωσε ραγδαίες εξελίξεις σε δύο σημαντικούς για την ΑΘ τομείς, την Ακτινοδιάγνωση και την επιστήμη των Η/Υ. Με την ανακάλυψη του Υπολογιστικού Τομογράφου (CT) το 1971 από τον G. Houns-field, η ΑΘ πέρασε από την 2-D στην 3-D εποχή της. Ακολούθησε η ανάπτυξη εξίσου πολύτιμων απεικονιστικών μέσων όπως οι μαγνητικοί τομογράφοι και οι μονάδες ποζιτρονικής τομογραφίας (PET).

Η Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία μαζί με την Παθολογική Ογκολογία και την Χειρουργική Ογκολογία είναι οι τρεις βασικοί πυλώνες στον αγώνα κατά του καρκίνου και για κάθε περίπτωση πρέπει να συνεργάζονται, γιατί από αυτή την συνεργασία βγαίνει ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης για κάθε ένα ασθενή ξεχωριστά. Αυτή στην ουσία είναι η συμβολή του ογκολογικού συμβουλίου, που θα πρέπει να γίνεται για κάθε ασθενή, που βρίσκεται αντιμετώπισης με τον καρκίνο. Το ογκολογικό συμβούλιο είναι θεσμοθετημένο αλλιώς σε ένα μεγάλο βαθμό παραμένει ακόμα κενό γράμμα.

Η Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία, όσο περίεργο και αν ακούγεται, δεν είναι ιδιαίτερα γνωστή στο ευρύ κοινό και στην πράξη πολλοί ασθενείς όταν θα πρέπει να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία δεν γνωρίζουν σε ποια ειδικότητας γιατρό θα πρέπει να απευθυνθούν.

Θα πρέπει να πούμε ότι για πάρα πολύ κόσμο, υπάρχει ακόμα η σύγχυση ανάμεσα στην ακτινοθεραπευτική ογκολογία και στην ακτινολογία και φυσικά ως επακόλουθο ανάμεσα στον Ακτινοθεραπευτή Ογκολόγο και στον Ακτινολόγο.

Η αλήθεια είναι ότι είναι δύο τελείως διαφορετικές ειδικότητες με τελείως διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο.

Όμως και οι δύο ειδικότητες χρησιμοποιούν ακτινοβολία, γι' αυτό έχουν το ακτινο- ως αρχικό και αυτό είναι που δημιουργεί την σύγχυση.

Η Ακτινολογία ως μην ξεχνάμε ότι είναι μία από τις παλαιότερες ιατρικές ειδικότητες και χρησιμοποιεί ακτίνες πολύ χαμηλής ενέργειας για να ανιχνεύσει ο,τιδήποτε θα μπορούσε να βοηθήσει στην διάγνωση οποιασδήποτε ασθένειας.

Από την άλλη η Ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί εστιασμένη ακτινοβολία πολύ μεγάλης ενέργειας με στόχο να καταστρέψει



Εικόνα 2. 2025 ...Δημόσια ακτινοθεραπεία στην Ελλάδα... ήδη από το 2018

έναν όγκο, κυρίως κακοήγη, μόνη ή σε συνδυασμό με χημειο ή ανοσοθεραπεία.

Η Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία είναι κλινική ειδικότητα και ανήκει στον παθολογικό τομέα και ο Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος είναι ο υπεύθυνος γιατρός για την απόφαση, τον σχεδιασμό, τα σχέδια θεραπείας και την παρακολούθηση του ασθενούς κατά την διάρκεια αλλά και μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας.

Δεν θα πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ιώνται.

Ειδικότερα για την Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία, περίπου το 60% των ογκολογικών ασθενών θα χρειαστεί να λάβουν ακτινοθεραπεία κάποια στιγμή στη διάρκεια της νόσου τους.

Η Ακτινοθεραπεία έχει ρόλο σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις που δεν αρκεί από μόνη της η χειρουργική αφαίρεση ενός κακοήθους όγκου. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που αρκεί μόνο η ακτινοθεραπεία για την ίαση όπως π.χ στις περιπτώσεις ενός καρκίνου του λάρυγγα αρχικού σταδίου ή του καρκίνου του προστάτη. Σε άλλες περιπτώσεις αρκεί ο συνδυασμός με την χημειοθεραπεία και δεν είναι απαραίτητο το χειρουργείο, όπως π.χ στον καρκίνο του οισοφάγου ή του πρωκτού.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό κομμάτι της

ακτινοθεραπείας είναι ότι μπορεί να κάνει λιγότερο ακρωτηριαστική μια χειρουργική επέμβαση και έτσι να μπορεί να διατηρηθεί ένα όργανο όπως είναι στις περιπτώσεις του καρκίνου του μαστού.

Αρκεί μια μικρή επέμβαση και μετά ακολουθεί ακτινοθεραπεία και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του όγκου πιθανώς και συστηματική θεραπεία³.

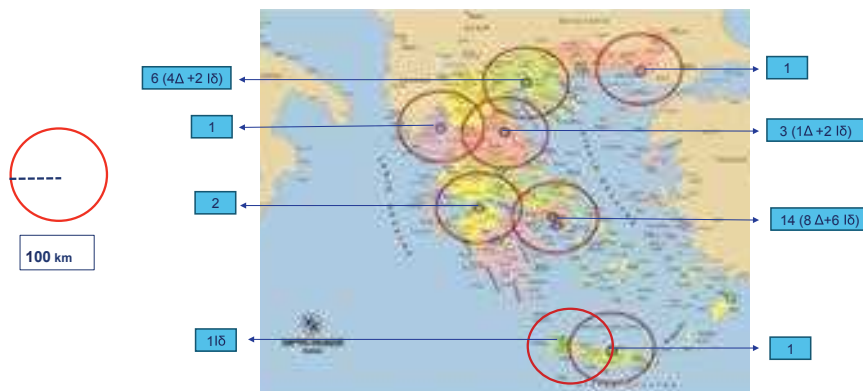
Σημαντική είναι επίσης η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση μεταστάσεων που συμβάλλει πολύ στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ενώ τα τελευταία χρόνια με την πιο δραστητική αντιμετώπιση της ολιγομεταστατικής νόσου γίνεται ακόμη πιο σημαντικός

ο ρόλος της^{4,5}.

Το ποσό της χορηγούμενης ακτινοβολίας για κάθε περίπτωση εξαρτάται από τον τύπο του όγκου, το στάδιο, τον βαθμό επιβάρυνσης των υγιών οργάνων που ενδεχομένως θα προκύψει, από το αν πρόκειται για συμπληρωματική ή ριζική θεραπεία, κ.ά.

Κάθε τύπος όγκου αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην ακτινοθεραπεία, ανάλογα με την ακτινο-ευαισθησία του. Σε νεοπλάσματα υψηλή ακτινοευαισθησία, όπως σε μυελώματα ή σε λεμφώματα, χαμηλές σχετικά δόσεις ακτινοβολίας μπορούν να είναι θεραπευτικές.

Σε ιδιαίτερα ακτινο-άντοχους όγκους, η



Εικόνα 3. Σημερινή κάλυψη. Αριθμός ακτινοθεραπευτικών κέντρων: 29 (18 Δημόσια, 11 Ιδιωτικά)

ΠΡΩΤΕΣ
ΒΟΗΘΕΙΕΣ



ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
& ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ
ΕΙΔΗ



ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
& ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ
ΠΟΔΟΛΟΓΙΑΣ - NAIL - SPA

3 ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ **4** ΕΤΟΜΕΙΣ **60** ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ **70** ΧΡΟΝΙΑ
και ΠΑΝΩ ΑΠΟ **12.000** ΠΡΟΪΟΝΤΑ

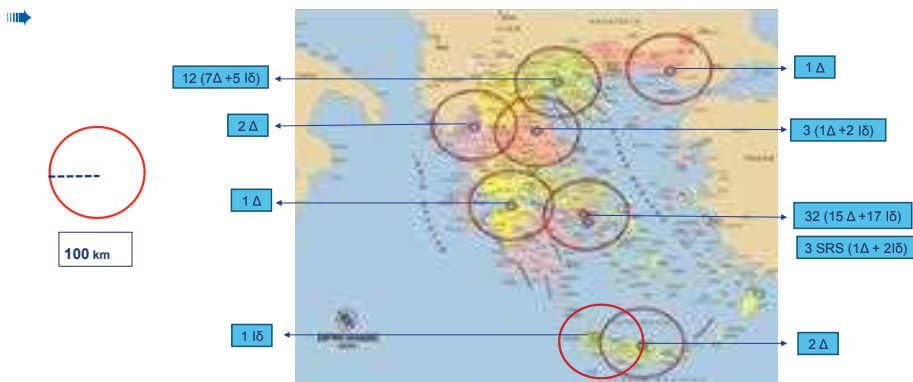
Αθήνα:
Λ. Κηφισίας 354,
Χαλάνδρι Αττικής
Τηλ: 210 6825000, 210
6826000

Θεσσαλονίκη- Κεντρικά:
Τέρμα Καραολή Δημητρίου
& Ειρήνης γωνία,
Φράγμα Θέρμης
Τηλ: 2310 272462,
2310 270425,
2310 221174

Κατάστημα
Θεσσαλονίκη
Κέντρο:
Τσιμισκή 137
Περιοχή ΧΑΝΘ
Τηλ: 2310 225 005
2310 225 025



E-SHOP_www.digas.gr



Εικόνα 4. Σημερινή κάλυψη. Αριθμός ακτινοθεραπευτικών μηχανημάτων:

Συνολικά: 54+3 αμιγώς στερεοτακτικά [srs].

29 Δημόσια (1 όμως υπολειτουργεί λόγω παλαιότητας) + 1srs, 25 Ιδιωτικά +2srs

δόση που απαιτείται για ριζική αντιμετώπιση μπορεί να είναι απαγορευτικά υψηλή.

Η πραγματική δόση της ακτινοθεραπείας δεν καθορίζεται μόνο από την συνολική δόση ακτινοβολίας που πρέπει να λάβει ο ασθενής. Εξίσου σημαντικό για τον Ακτινοθεραπευτή Ογκολόγο είναι να καθορίσει και την «κλινικοποίηση» της δόσης αυτής σε μικρά ημερήσια ποσά.

Η κλινικοποίηση της δόσης επιβάλλεται από ακτινοβιολογικούς λόγους, καθώς επιτρέπει στα υγιή κύτταρα να επιδιορθώνουν τις βλάβες που τους προξενεί η ακτινοβολία.

Αντίθετα, τα καρκινικά κύτταρα είναι λιγότερο αποτελεσματικά στην επιδιόρθωση ανάμεσα στις ημερήσιες δόσεις. Το σκεπτικό αυτό αντικατοπτρίζει και τον κύριο στόχο της Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας που είναι η αντιμετώπιση του όγκου με τη μεγαλύτερη δυνατή προστασία των υγιών ιστών.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει βοηθήσει σημαντικά την Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία στο θέμα αυτό. Με την ανάπτυξη σύγχρονων απεικονιστικών μέσων και υπολογιστικών συστημάτων ο σχεδιασμός και η χορήγηση της ακτινοθεραπείας γίνε-

ται σήμερα με πολύ μεγάλη γεωμετρική ακρίβεια. Το σχήμα της δέσμης ακτινοβολίας διαμορφώνεται με κατάλληλα εξαρτήματα μέσα στην κεφαλή του Γραμμικού Επιταχυντή, σε εξατομικευμένο για κάθε ασθενή σχήμα, ανάλογα με το σχήμα του όγκου και ο/η ασθενής ακτινοβολείται από διαφορετικές κατευθύνσεις ώστε να συγκεντρώνεται μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας στην περιοχή του όγκου με μειωμένη επιβάρυνση των υγιών ιστών τους οποίους διανύει η δέσμη έως ότου φτάσει στον όγκο (Εικόνα 1).

Κοινές ανησυχίες ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία αφορούν στην ασφάλεια από τη χρήση ακτινοβολίας για τους ίδιους ή για το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Όμως θα πρέπει να ξέρουν ότι μετά την θεραπεία δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τα άτομα που έρχονται σε στενή επαφή μαζί τους αφού η δράση της ακτινοβολίας περιορίζεται μόνο στο χρονικό διάστημα της θεραπείας.

Απορροφάται πλήρως από το σώμα τους και δεν εκπέμπουν ακτινοβολία όπως γίνεται όταν κάνουν κάποια εξέταση με ραδιενεργό ισότοπο.

Έτσι δεν υπάρχει κανένα υπόλειμμα στο σώμα τους που θα έβαζε σε κίνδυνο το κοινό και την οικογένειά τους. Με απλά λόγια οι ασθενείς δεν εκπέμπουν κανενός είδους ακτινοβολία όταν τελειώνουν την καθημερινή τους θεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία σήμερα σχεδιάζεται στην ειδική αξονική τομογραφία η οποία γίνεται με παραμέτρους θεραπείας και στην οποία με σύντηξη εικόνων μπορούν να επιπροβληθούν οι εικόνες από άλλες διαγνωστικές εξετάσεις όπως π.χ μαγνητικής ή ποζιτρονικής τομογραφίας⁶.

Μέλημα της ακτινοθεραπείας είναι η χορήγηση πολύ υψηλής δόσης ακτινοβολίας σε έναν όγκο, με ελάχιστη επιβάρυνση των γύρω φυσιολογικών ιστών.

Τώρα πλέον μπορεί να χορηγείται περισσότερη δόση στους όγκους γεγονός που μεταφράζεται σε μεγαλύτερο έλεγχο του όγκου άρα και σε δυνατότητα περισσότερης ζωής.

Παράλληλα είναι δυνατή η μείωση των παρενεργειών, που μεταφράζεται σε καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και κατά την περίοδο της θεραπείας τους αλλά και πολλά χρόνια μετά, αφού το βασικό ζητούμενο είναι η ίαση.

Είναι γνωστό ότι τα τελευταία χρόνια η

TABLE 1. Radiotherapy Equipment Resources by Region

Region	Countries	Countries With RT	RT Centers	Equipment per Million Population
North America	2	2	2,015	10.751
Mexico and Central America	8	7	120	1.167
Tropical South America	10	9	356	1.704
Temperate South America	3	3	119	2.812
Caribbean	20	12	47	1.882
Western Europe	26	20	1,077	6.923

Εικόνα 5. Αριθμός μηχανημάτων ακτινοθεραπείας ανά εκατομμύριο πληθυσμού στα προηγμένα κράτη της Ευρώπης και της Αμερικής

τεχνολογία έχει κάνει τεράστια άλματα με συνέπεια την πολύ μεγάλη βελτίωση της ποιότητας της θεραπείας.

Πολλές είναι οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας όπως:

- η σύμμορφη ακτινοθεραπεία (conformal radiotherapy, CRT) ,
- η ακτινοθεραπεία με πεδία διαμορφωμένης έντασης (intensity modulated radiotherapy) και
- η τοξοειδή ογκομετρική ακτινοθεραπεία διαμορφωμένης έντασης πεδίων (Volumetric modulated arc therapy, VMAT)^{7,8}

Η ανάγκη μεγαλύτερης ακρίβειας στην καθημερινή χορήγηση της δόσης οδήγησε στην ανάπτυξη τεχνικών επιβεβαίωσης της θέσης του όγκου και των γύρω υγιών οργάνων, ως προς την δέσμη ακτινοβολίας με απεικονίσεις ακριβώς πριν ή και στην διάρκεια της ακτινοβολήσης (image-guided radiation therapy, IGRT)⁹.

Επιπλέον οι εξελίξεις αυτές φέρνουν σήμερα την ακτινοθεραπεία από την 3D στην 4D εποχή της.

Με την θεώρηση της τέταρτης διάστασης, αυτής του χρόνου, γίνεται προσπάθεια να προσαρμόζεται η εστίαση της δέσμης στην εκάστοτε θέση του όγκου ανάλογα με τις εσωτερικές κινήσεις των οργάνων λόγω αναπνοής, καρδιακής λειτουργίας, κατάστασης κύστης, ορθού, κ.α.

Εξειδικευμένη μορφή ακτινοθεραπείας για ειδικές ενδείξεις αποτελούν οι στερεοτακτικές μέθοδοι ακτινοβολήσης όπως η Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία και Ακτινοχειρουργική (SRT και SRS) και η Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία σώματος (SBRT).

Κοινό γνώρισμα των μεθόδων αυτών είναι η πολύ υψηλή γεωμετρική ακρίβεια στην χορήγηση της δόσης και τα εφάπαξ ή ολιγόριθμα κλίσματα δόσης.

Παρόλα αυτά, η αποτελεσματικότητα της τεχνικής μειώνεται με την αύξηση του όγκου, περιορίζοντας τις ενδείξεις χρήσης της. Η στερεοτακτική ακτινοβολήση, αρχικά εφαρμόστηκε μόνο σε ενδοκρανιακές βλάβες με μονάδες Κοβαλτίου και αργότερα επεκτάθηκε σε εξωκρανιακούς στόχους με την ανάπτυξη των γραμμικών επιταχυντών¹⁰.

Όλες αυτές οι τεχνικές είναι στην θεραπευτική φαρέτρα του Ακτινοθεραπευτή Ογκολόγου στην μάχη κατά του καρκίνου.

Όμως όλες οι παραπάνω είναι τεχνικές και μπορούν να εφαρμοστούν από τα περισσότερα από τα σύγχρονα μηχανήμα-

ΣΥΝΟΛΙΚΑ

3 ΝΕΑ ΚΕΝΤΡΑ

5 ΝΕΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ

6 ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ



Εικόνα 6. Υπό υλοποίηση στην Ελλάδα.

τα. Τα μηχανήματα, και παλαιότερα και τώρα, παράγουν την ίδια ακτινοβολία και γι' αυτό το σωστό είναι να μιλάμε για τεχνικές ακτινοθεραπείας και όχι για ονομασίες μηχανημάτων.

Δυστυχώς ο Έλληνας ασθενής έως και μία δετία πριν, είχε πρόσβαση σε όλες αυτές τις τεχνικές μόνο στον ιδιωτικό τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας βλέποντας την απόλυτη αδιαφορία του κράτους επένδυσε πολύ στο θέμα της ακτινοθεραπείας. Μόνο που αυτό για τον ασθενή είχε κόστος. Και αυτό το κόστος έγινε δυσβάστακτο για τον πολύ κόσμο, όταν η οικονομική κρίση τον μέσο Έλληνα τον έκανε φτωχό.

Δυστυχώς το ελληνικό κράτος από το 2007 έως 2020 με δικά του κονδύλια εγκατέστησε ένα μόνο μηχανήμα, στην Πάτρα! Τα τελευταία χρόνια αγόρασε και δύο μηχανήματα για την Αθήνα. Όλα αυτά όταν οι αναμονές στον δημόσιο τομέα έφταναν και τους 6 μήνες!!!

Όταν δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ το 2012, είχε την τύχη να έχει δ/ντή Σχεδιασμού έναν άνθρωπο που μπορούσε να ακούσει, να καταλάβει και να δράσει, επιβεβαιώνοντας το ότι στην Ελλάδα το κράτος σώζεται από μονάδες που μπορούν να αλληλίζουν τα δεδομένα.

Έτσι λοιπόν άκουσε και κατανόησε την αγωνία των ασθενών και της Ελληνικής Εταιρείας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας για τη μείωση των αναμονών και ταχύτατα τους έδωσε τη δυνατότητα να απευθύνονται και στα ιδιωτικά κέντρα με μηδενικό ή πολύ μικρό κόστος.

Έτσι με βάση το νόμο (ΦΕΚ Β' 2408/31-08-2012) ο ΕΟΠΥΥ άρχισε να καλύπτει πλήρως και στα ιδιωτικά τις ακτινοθεραπευτικές τεχνικές της στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας/ακτινοχειρουργικής, για δε τις υπόλοιπες ακτινοθεραπευτικές τεχνικές οι ασθενείς όφειλαν να πληρώσουν μόνο την

αμοιβή του γιατρού.

Και ενώ αυτό άρχισε να λειτουργεί εξαιρετικά δίνοντας λύση σε πάρα πολλούς ασθενείς και μειώνοντας τις λίστες αναμονής, σιγά-σιγά άρχισε να καταστρατηγείται και τα Ιδιωτικά Κέντρα άρχισαν να απαιτούν επιπλέον χρήματα από τους ασθενείς.

Μάλιστα για μία θεραπεία που θα έπρεπε να είναι τελείως δωρεάν, όπως η στερεοτακτική ακτινοχειρουργική, έχουν φθάσει να απαιτούν από 2,5 έως 5 χιλιάδες ευρώ!!!

Η Πολιτεία από την πρώτη στιγμή θα όφειλε να παρέμβει και να απαιτήσει την εφαρμογή του νόμου, όμως για έναν «περίεργο» λόγο υπάρχει απόλυτη σιγή.

Το θέμα αυτό κάθε τόσο βγαίνει στη δημοσιότητα τα τελευταία χρόνια.

Μάλιστα, μαζί με τη σωρεία των δημοσιευμάτων, καταγγελιών από συλλόγους καρκινοπαθών κ.λπ., κ.λπ., υπήρχε και έγγραφο από την ΕΛΛΟΚ (Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου) από το 2021 με υπογραφές από τον τότε πρότανη του ΕΚΠΑ και όλες τις επιστημονικές εταιρίες που ασχολούνται με τον καρκίνο προς τους υπουργούς Υγείας για την τήρηση του νόμου, το οποίο ακόμη και σήμερα δεν έχει απαντηθεί!

Το δε υπουργείο σε επερωτήσεις που έχουν γίνει στην Βουλή σε όλους τους υπουργούς όλων των πολιτικών κομμάτων, γιατί οι προσπάθειες αυτές ξεπερνούν τα 12 χρόνια, απαντά ότι «θα διερευνήσει σε βάθος τις καταγγελίες».

Ευτυχώς, μετά από πολλά χρόνια προσπαθειών, από το 2018 τα πράγματα άλλαξαν και στον Δημόσιο τομέα και μπορούμε να πούμε ότι ο Έλληνας ασθενής έχει πλέον πρόσβαση σε όλη αυτή την σύγχρονη τεχνολογία και στον δημόσιο τομέα (Εικόνα 1).

Και αυτό επετεύχθη χάρη στα μηχανήματα που αποκτήθηκαν μέσω των ΕΣΠΑ, αλ-

► Ηλκύει χάρη στις δωρεές, με κορυφαία τη δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος 12 Γραμμικών Επιταχυτών σε 8 δημόσια νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα (εικόνα 2).

Θα πρέπει να σας αναφέρω ότι τα δημόσια νοσοκομεία (ΕΣΥ, πανεπιστημιακά και στρατιωτικά) που διαθέτουν Τμήματα Ακτινοθεραπείας είναι συνολικά σε όλη την Ελλάδα 18 (περιλαμβάνεται και ο Άγιος Ανδρέας της Πάτρας που όμως ο Γραμμικός Επιταχυτής του είναι εκτός λειτουργίας) και διαθέτουν 29 Γραμμικούς Επιταχυτές και όλα πλέον έχουν τη δυνατότητα της εφαρμογής των πιο προηγμένων τεχνικών (εικόνα 3).

Επίσης υπάρχει και ένα σύστημα αποκλειστικά για στερεοτακτικές θεραπείες που όμως είναι εκτός λειτουργίας από τον Αύγουστο!!

Παράλληλα ο Ιδιωτικός τομέας διαθέτει 11 ακτινοθεραπευτικά κέντρα με 25 Γραμμικούς και 2 συστήματα αποκλειστικά στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας

Συνολικά στην Ελλάδα λειτουργούν 54 μηχανήματα εκ των οποίων 29 στο Δημόσιο και 25 στο Ιδιωτικό (εικόνα 4).

Επειδή τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη έχουν περί τους 7 Γραμμικούς ανά εκατομμύριο κατοίκων και η Αμερική περί τους 11, είναι σαφές ότι η Ελλάδα υστερεί κατά πολύ, αφού η αναλογία για μας είναι 5 μηχανήματα ανά εκατομμύριο κατοίκων, εκ των οποίων τα μισά είναι στον Δημόσιο και τα άλλα μισά στον Ιδιωτικό τομέα¹¹ (εικόνα 5).

Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς σε ένα μεγάλο ποσοστό δεν επιλέγουν αλλαγή αναγκάζονται να αναζητήσουν μια θέση στα Ιδιωτικά. Και για τον λόγο αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό να τηρείται ο νόμος από τα Ιδιωτικά.

Παράλληλη εξέλιξη με την κλασική εξωτερική ΑΘ, κατά την οποία δέσμες ακτινοβολίας από διάφορες διευθύνσεις εστιάζονται στον όγκο μέσα στο σώμα του ασθενούς, είχαν και οι τεχνικές χορήγησης δόσης με κλειστές πηγές ακτινοβολίας, μέσα στο σώμα του ασθενούς.

Με την Βραχυθεραπεία, όπως ονομάζεται η μέθοδος, τοποθετούμε τις ραδιενεργές πηγές πλησίον του όγκου, είτε με εμφύτευση (π.χ. βραχυθεραπεία προστάτου, μαστού, κεφαλής-τραχήλου) είτε εκ-

μεταλλευόμενοι την γεινιάσή του με φυσικές κοιλιότητες του σώματος (π.χ. βραχυθεραπεία γυναικολογικών όγκων). Η βραχυθεραπεία χορηγεί υψηλή δόση στον όγκο, ο οποίος βρίσκεται δίπλα στην πηγή και ταχύτητα μειούμενη δόση σε μεγαλύτερες αποστάσεις, όπου βρίσκονται οι υγιείς ιστοί¹².

Τι περιμένουμε στο αμέσως προσεχές μέλλον;

Την δημιουργία 2 νέων Κέντρων Ακτινοθεραπείας στην Λαμία και στο «Σωτηρία» στην Αθήνα με 2 μηχανήματα το κάθε ένα, από τα Ταμεία Ανάκαμψης.

Επίσης μέσω Ταμείου Ανάκαμψης, ΕΣΠΑ και Περιφερειών θα δημιουργηθεί ένα ακόμη νέο Κέντρο (στη Ρόδο) με ένα μηχανήματα και θα αντικατασταθούν 5 παλαιά (εικόνα 6).

Με βάση λοιπόν τα ανωτέρω θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία είναι μία ραγδαία εξελισσόμενη ειδικότητα που συνδυάζει τις εξελίξεις στον χώρο της ακτινοβιολογίας, των απεικονιστικών μέσων και της τεχνολογίας για να επιτύχει ριζικές θεραπείες με παράλληλη ποιότητα ζωής για τον ογκολογικό ασθενή. Η σωστή εφαρμογή της απαιτεί την συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και υψηλού επιπέδου τεχνολογική υποδομή. Η έρευνα και η τεχνολογική εξέλιξη προσφέρουν διαρκώς εξελιγμένα εργαλεία στον ακτινοθεραπευτή ογκολόγο, ευθύνη του οποίου παραμένει η επιλογή των σωστών ενδείξεων και της βέλτιστης μεθόδου ακτινοθεραπείας για τον κάθε ασθενή¹³.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Cancer burden in Europe: a systematic analysis of the GLOBOCAN database (2022) Mohammed Elmadani, Peter Onchuru Mokaya, et al BMC Cancer volume 25, Article number: 447 (2025)
- 2) Gunderson and Tepper's Clinical Radiation Oncology Elsevier-Health Sciences Division 2020
- 3) Quality of Life Outcomes in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy with or without Radiation Therapy Ryan T. Morse, Nathan W. Bean, Jacob Hall et al Clinical Breast Cancer Volume 25, Issue 1, January 2025, Pages e86-e93
- 4) The impact of palliative radiotherapy on health-related quality of life in patients with head and neck cancer –

Results of a multicenter prospective cohort study Marie-Luise Weiss, Justus Domschikowski, David K, et al Clinical and Translational Radiation Oncology 41(1) Volume 41100633 July 2023

- 5) Second Chance for Cure: Stereotactic Ablative Radiotherapy in Oligometastatic Disease Authors: Nidal Salim, MD, PhD, Kristina Tumanova, MD et al Publication: JCO Global Oncology Volume 10 May 16, 2024
- 6) Advances of PET/CT in Target Delineation of Lung Cancer Before Radiation Therapy Cedric Richlitzki, Farkhad Manapov, Adrien Holzgreve, et al Semin Nucl Med 2025 Mar 9
- 7) Intensity-modulated radiation therapy: A review with a physics perspective Byungchul Cho, PhD Department of Radiation Oncology, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea Radiation Oncology Journal March 2018, 36(1):1-10
- 8) Comparison of Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT) and Conventional Intensity-Modulated Radiotherapy (IMRT) for Locally Advanced Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: A Retrospective Cohort Study Arash Algouneh, Ken Schneider, Kitty Huang et al Cureus 2024 May 24;16(5)
- 9) Overview of IGRT Book Principles and Practice of Image-Guided Radiation Therapy of Lung Cancer By Fang-Fang Yin, Yu Yan, Robert Timmerman Edition 1st Edition 2017
- 10) Stereotactic radiotherapy: An educational narrative review Agha Muhammad Hammad Khan, Syed Furqan Ahmad Hashmi, et al Precision Radiation Oncology First published: 21 March 2024
- 11) Global Radiotherapy: Current Status and Future Directions - White Paper May Abdel-Wahab, Soehartati S Gondhowardjo, Arthur Accioly Ros et al JCO Glob Oncol 2021 Jun 8
- 12) The Case for Brachytherapy: Why It Deserves a Renaissance Vionetta M. Williams, Jenna M. Kahn, Nikhil G., et al Advances in Radiation Oncology (2021) 6,
- 13) Global impact of radiotherapy in oncology: Saving one million lives by 2035 Yolande Lievensa · Mary Gospodarowiczb, c · Surbhi Grover et al Radiother Oncol 2017 Nov;125(2):175-177

ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Μηχανική Θρομβεκτομή

Μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις στην ιατρική τα τελευταία έτη

ΜΙΧΑΛΗΣ ΚΑΡΥΓΙΑΝΝΗΣ

Επεμβατικός Ακτινολόγος/Νευροακτινολόγος

Διευθυντής Τμήματος Επεμβατικής Νευροακτινολογίας Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως (11.8%) μετά την ισχαιμική καρδιακή νόσο και την τρίτη συχνότερη αιτία αναπηρίας¹. Στην Ελλάδα, δεδομένα από την μελέτη - καταγραφή του Έβρου² κατέδειξαν επίπτωση εγκεφαλικού 534.1 (95% CI, 494.6 - 573.6) ανά 100,000 άτομα / έτος, που συνιστά ένα από τα πλέον υψηλά ποσοστά στην Ευρώπη. Το 80% των ΑΕΕ είναι τα ισχαιμικά εγκεφαλικά. Τα πλέον σοβαρά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια είναι εκείνα που οφείλονται σε οξεία απόφραξη μεγάλου ενδοκράνιου αγγείου (ΟΑΜΕΑ) και τα οποία αν και αποτελούν το 1/3 του συνόλου, ευθύνονται για το 61% της αναπηρίας και θανάτου³. Οι ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό λόγω ΟΑΜΕΑ αποτελούν τον πληθυσμό ασθενών που είναι δυνατό να ωφεληθούν με την εφαρμογή της μηχανικής θρομβεκτομής (ΜΘ).

Ισχαιμικό ΑΕΕ συμβαίνει όταν διακόπτεται η παροχή αίματος σε ένα τμήμα του εγκεφάλου, λόγω απόφραξης της αρτηρίας που το τροφοδοτεί, με αποτέλεσμα τη διαταραχή στη λειτουργία των εγκεφαλικών κυττάρων σε αυτό το τμήμα και στη συνέχεια τη νέκρωση τους. Το έμφρακτο του κεντρικού νευρικού συστήματος ορίζεται ως οξεία νέκρωση νευρώνων στον εγκέφαλο, το νωτιαίο μυελό ή τον αμφιβληστροειδή λόγω της αιφνίδιας απόφραξης μιας αρτηρίας του εγκεφάλου, του αμφιβληστροειδούς ή του νωτιαίου μυελού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αιφνίδιο νευρολογικό έλλειμμα και απεικονιστικά /παθολογοανατομικά ευρήματα εστιακής ισχαιμικής βλάβης⁴.

Η απόφραξη προκαλείται συνήθως από θρόμβο αίματος που σχηματίστηκε στη καρδιά ή σε μία μεγάλη αρτηρία, όπως η καρωτίδα αρτηρία και μετακινήθηκε στις ενδοκράνιες αρτηρίες του εγκεφάλου με την αιματική ροή.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από την περιοχή του εγκεφάλου, που έχει επηρεαστεί, και την έκταση της βλάβης. Πρέπει να α-

ναζητηθεί άμεσα ιατρική βοήθεια εάν ένα από τα ακόλουθα συμπτώματα εμφανιστούν ξαφνικά:

- Μούδιασμα ή αδυναμία του προσώπου, του χεριού ή του ποδιού, ιδιαίτερα από τη μία πλευρά του σώματος
- Σύγχυση ή δυσκολία στην ομιλία ή στην κατανόηση



- Δυσκολία στην όραση από το ένα ή και τα δύο μάτια
- Ζάλη, η απώλεια της ισορροπίας ή του συντονισμού των κινήσεων.

Το κλειδί για τη θεραπεία του οξέος ισχαιμικού εγκεφαλικού είναι η έγκαιρη διάνοιξη της αποφραγμένης αρτηρίας ώστε να επέλθει επαναιμάτωση της ισχαιμικής, αλλά βιώσιμης ακόμα περιοχής, προτού η ισχαιμία καταστεί μη αναστρέψιμη (έμφρακτο) και οδηγήσει σε μόνιμη νέκρωση του εγκεφαλικού ιστού⁵.

Το οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί **επείγον περιστατικό** για το οποίο απαιτείται άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση σε οργανωμένη «Μονάδα Εγκεφαλικών». Καθώς ο εγκέφαλος είναι πολύ ευαίσθητος στη διαταραχή της αιμάτωσής του, **η θεραπεία πρέπει να πραγματοποιηθεί όσο το δυνατό νωρίτερα, εντός των πρώτων ωρών** μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

Η ενδοφλέβια θρομβόλυση (ΕΘ) αποτέλεσε για χρόνια τη μόνη διαθέσιμη θεραπεία επαναιμάτωσης σε ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ⁶ από το 1996 που δημοσιεύθηκε η μελέτη του Εθνικού Ινστιτούτου Νευρολογικών Νοσημάτων και Εγκεφαλικού (NINDS) και ακολούθησε η έγκριση της Υπηρεσίας Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Η ΕΘ εξακολουθεί να συνιστάται ως θεραπεία πρώτης γραμμής σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό όταν πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια. Η χρήση της περιορίζεται χρονικά εντός 4.5 ωρών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων⁷, αν και τα τελευταία χρόνια, σε ασθενείς που πληρούν ειδικά απεικονιστικά κριτήρια, η θεραπεία μπορεί να χορηγηθεί έως και 9 ώρες μετά. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητά της είναι περιορισμένη σε ισχαιμικά εγκεφαλικά από ΟΑΜΕΑ^{8,9}. Επιπλέον, σε 15-34% των επιτυχημένων περιπτώσεων επαναστραγγισμένης με ΕΘ, επέρχεται επαναθρόμβωση του αγγείου και νευρολογική επιδείνωση¹⁰.

Η ανάγκη τόσο της επέκτασης του χρόνου εφαρμογής θεραπείας από την έναρξη των συμπτωμάτων, όσο και της δυνατότητας θεραπείας ασθενών με ΟΑΜΕΑ, οδήγησαν στην ανάπτυξη της μηχανικής θρομβεκτομής (ΜΘ).

Η μηχανική θρομβεκτομή έχει πλέον αναγνωριστεί ως η πλέον κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία των ισχαιμικών εγκεφαλικών από ΟΑΜΕΑ και ως η μόνη θεραπεία σε ασθενείς που για οποιαδήποτε

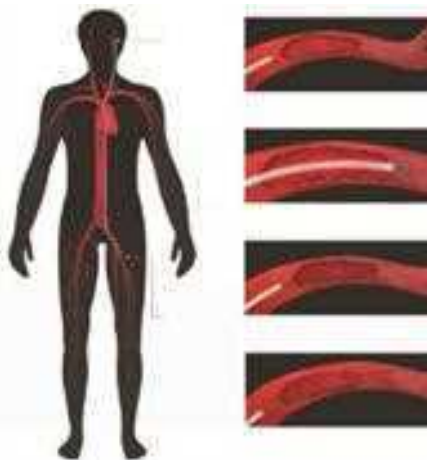
► τε λόγω δεν μπορούν να υποβληθούν σε ΕΘ¹¹. Εκτελείται από εξειδικευμένους επεμβατικούς νευροακτινολόγους ως επείγουσα ενδαγγειακή επέμβαση. Μετά από παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας, υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση, ένας μικροκαθετήρας προωθείται μέχρι την εγκεφαλική αρτηρία όπου βρίσκεται ο θρόμβος, ο οποίος στη συνέχεια, με ειδικές συσκευές, αφαιρείται, ώστε να αποκατασταθεί η αιματική κυκλοφορία στη προσβεβλημένη περιοχή του εγκεφάλου.

Η μηχανική θρομβεκτομή έφερε μια επανάσταση στη θεραπεία του οξέος ισχαιμικού εγκεφαλικού, όταν και ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα πέντε τυχαιοποιημένων πολυκεντρικών μελετών¹²⁻¹⁶, οι οποίες επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητά της. Για το λόγο αυτό, οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης Εταιρείας Καρδιολογίας και της Αμερικάνικης Εταιρείας ΑΕΕ¹⁷ συνιστούν ήδη από το 2015 τη χρήση ΜΘ σε επιλεγμένους ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό από ΟΑΜΕΑ ως και 6 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Οι μελέτες ανέδειξαν ότι η ΜΘ βελτιώνει σημαντικά, τη νευρολογική δυσλειτουργία, τη λειτουργικότητα, την έκβαση και εν γένει την ποιότητα ζωής των ασθενών που υφίστανται οξύ ΙΑΕΕ σε έδαφος ΟΑΜΕΑ της πρόσθιας κυκλοφορίας και είναι επιλέξιμοι για μηχανική θρομβεκτομή έναντι της συντηρητικής αγωγής. Για κάθε 3 ασθενείς με ΟΑΜΕΑ που υποβάλλονται σε ΜΘ, 1 περισσότερος θα έχει βελτίωση στη λειτουργική του έκβαση σε 3 μήνες¹⁸.

Η επέμβαση όσο νωρίτερα πραγματοποιηθεί τόσο πιο αποτελεσματική είναι. Μετά την έναρξη των συμπτωμάτων ο εγκεφαλος υπολειτουργεί αλλά δεν έχει ακόμη νεκρωθεί. Το 2018 δύο μελέτες απέδειξαν σημαντική αποτελεσματικότητα της επέμβασης και σε ασθενείς που προσέρχονται 16 ή και 24 ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και πληρούν συγκεκριμένα απεικονιστικά κριτήρια^{19,20}.

Η μηχανική θρομβεκτομή επιτρέπει σε εξειδικευμένους ιατρούς να αφαιρούν θρόμβους στο 80-90% των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω ΟΑΜΕΑ και μειώνει σημαντικά το ποσοστό νευρολογικής αναπηρίας κατά 40-60% όταν επιλέγονται οι ασθενείς για θεραπεία σύμφωνα με τις οδηγίες και εφόσον αντιμετωπίζονται εντός 24 ωρών²¹.

Πρόσφατα, μετά από σειρά τυχαιοποιημένων πολυκεντρικών μελετών²²⁻²⁸, οι εν-



δείξεις της μηχανικής θρομβεκτομής διευρύνθηκαν περαιτέρω, περιλαμβάνοντας ασθενείς με απόφραξη αρτηρίας της οπίσθιας κυκλοφορίας του εγκεφάλου και επιλεγμένους ασθενείς με εκτεταμένα εξαρχής εγκεφαλικά έμφρακτα.

Λόγω της απόλυτης συνάρτησης του αποτελέσματος με το χρόνο εφαρμογής της θεραπείας, οι ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ πρέπει να αντιμετωπίζονται σε οργανωμένες μονάδες εγκεφαλικών, οι οποίες να καλύπτονται σε 24ωρη βάση από εξειδικευμένο προσωπικό, και να έχουν άμεση πρόσβαση σε σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (αξονικό/μαγνητικό τομογράφο, ψηφιακό αγγειογράφο). Η νοσηλεία ασθενών με εγκεφαλικό σε ειδικές μονάδες έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τους θανάτους κατά 18-28% και τη βαριά αναπηρία κατά 29%.

Είναι ιδιαίτερα κρίσιμο λοιπόν να διασφαλισθεί άμεσα η δυνατότητα πρόσβασης στη μηχανική θρομβεκτομή για τους ασθενείς και στην Ελλάδα, η οποία συνεπάγεται σημαντική βελτίωση τόσο στην επιβίωση και τη λειτουργικότητα των ασθενών όσο και στην οικονομία του συστήματος υγείας. Η ανάπτυξη ενός δικτύου μονάδων εγκεφαλικών στην ελληνική επικράτεια είναι επιβεβλημένη, ενώ είναι άμεσα αναγκαία η κοστολόγηση της μηχανικής θρομβεκτομής ως πράξης που αποζημιώνεται με Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021 Oct;20(10):795-820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0. Epub 2021 Sep 3. PMID:

- 34487721; PMID: PMC8443449
2. Tsvigoulis G, Patousi A., Pikilidou M, et al (2018a). Stroke incidence and outcomes in Northeastern Greece: the Evros Stroke Registry. *Stroke*;49:288-295.
3. Malhotra K, Gornbein J, Saver JL (2017). Ischemic Strokes Due to Large-Vessel Occlusions Contribute Disproportionately to Stroke-Related Dependence and Death: A Review. *Front Neurol*;8:651.
4. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for health-care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*;44:2064-89.
5. Hankey, G.J. (2011). Stroke: Fresh insights into causes, prevention, and treatment. *Lancet Neurol*;10:2-3.
6. Adams HP, Del Zoppo G, Alberts MJ, et al. (2017). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: A guideline from the American heart association/American stroke association stroke council, clinical cardiology council, cardiovascular radiology and intervention council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke*;38:1655-1711.
7. Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, et al. (2010). Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet*;375:1695-703.
8. Pacioni M, Balucani, C, Agnelli G, et al. Systemic thrombolysis in patients with acute ischemic stroke and Internal Carotid Artery Occlusion: the ICARO study. (2012). *Stroke*;43:125-30.
9. Τσιγγούλης Γ, Μήτσογλου Α, Φλαμουρίδου Μ, και συνεργάτες (2012). Ενδοφλέβια θρομβόλυση στο οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ: από τη θεωρία στην πράξη. *Νευρολογία*;21:17-35.
10. Tsvigoulis G, Kargiotis O, Alexandrov AV (2017). Intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke: a bridge between two centuries. *Expert Rev Neurother*;17:819-837
11. Fischer U, Kaesmacher J, Molina CA, Selim MH, Alexandrov AV, Tsvigoulis G. (2018). Primary Thrombectomy in tPA (Tissue-Type Plasminogen Activator) Eligible Stroke Patients With Proximal Intracranial Occlusions. *Stroke*;49:265-26.
12. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015 Jan 1;372(1):11-20. doi: 10.1056/NEJMoa1411587. Epub 2014 Dec 17. Erratum

- in: N Engl J Med. 2015 Jan 22;372(4):394. PMID: 25517348.
13. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med. 2015 Mar 12;372(11):1019-30. doi: 10.1056/NEJMoa1414905. Epub 2015 Feb 11. PMID: 25671798.
 14. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. N Engl J Med. 2015 Mar 12;372(11):1009-18. doi: 10.1056/NEJMoa1414792. Epub 2015 Feb 11. PMID: 25671797.
 15. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. N Engl J Med. 2015 Jun 11;372(24):2285-95. doi: 10.1056/NEJMoa1415061. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25882376.
 16. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. N Engl J Med. 2015 Jun 11;372(24):2296-306. doi: 10.1056/NEJMoa1503780. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25882510.
 17. Powers WJ, Derdeyn, CP, Biller J, et al. (2015). 2015 AHA/ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment. Stroke;46:3020-35.
 18. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al.; HERMES collaborators. (2016). Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. Lancet;387:1723-1731
 19. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. (2018). Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. N Engl J Med; 378:708-718
 20. Nogueira RG, Jadhav A.P, Haussen D.C, et al. (2018). Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. N Engl J Med; 378:11-21
 21. Alawieh A, Vargas J, Fargen KM, et al. Impact of Procedure Time on Outcomes of Thrombectomy for Stroke. J Am Coll Cardiol.2019;73(8):879-890.
 22. Nogueira RG, Jovin TG, Liu X, et al.: a systematic review and individual patient data meta-analysis. Lancet. 2025 Jan 4;405(10472):61-69. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01820-8. Epub 2024 Dec 12. PMID: 39674187.
 23. Yoshimura S, Sakai N, Yamagami H, et al. Endovascular Therapy for Acute Stroke with a Large Ischemic Region. N Engl J Med. 2022 Apr 7;386(14):1303-1313. doi: 10.1056/NEJMoa2118191. Epub 2022 Feb 9. PMID: 35138767.
 24. Huo X, Ma G, Tong X, et al. Trial of Endovascular Therapy for Acute Ischemic Stroke with Large Infarct. N Engl J Med. 2023 Apr 6;388(14):1272-1283. doi: 10.1056/NEJMoa2213379. Epub 2023 Feb 10. PMID: 36762852.
 25. Sarraj A, Hassan AE, Abraham MG, et al. Trial of Endovascular Thrombectomy for Large Ischemic Strokes. N Engl J Med. 2023 Apr 6;388(14):1259-1271. doi: 10.1056/NEJMoa2214403. Epub 2023 Feb 10. Erratum in: N Engl J Med. 2024 Jan 25;390(4):388. doi: 10.1056/NEJMx230009. PMID: 36762865.
 26. Yoo AJ, Zaidat OO, Al Kasab S, et al. Intraarterial Treatment Versus No Intraarterial Treatment Within 24 Hours in Patients With Ischaemic Stroke and Large Infarct on Noncontrast CT (Tesla): a Multicentre, Open-Label, Blinded-Endpoint, Randomised, Controlled, Phase 3 Trial. Rochester, NY: Social Science Research Network, 2023
 27. Bendszus M, Fiehler J, Subtil F, et al. Endovascular thrombectomy for acute ischaemic stroke with established large infarct: multicentre, open-label, randomised trial. Lancet. 2023 Nov 11;402(10414):1753-1763. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02032-9. Epub 2023 Oct 11. PMID: 37837989
 28. Costalat V, Lapergue B, Albucher JF, et al. Evaluation of acute mechanical revascularization in large stroke (ASPECTS $\leq$ 5) and large vessel occlusion within 7 h of last-seen-well: The LASTE multicenter, randomized, clinical trial protocol. Int J Stroke. 2024 Jan;19(1):114-119. doi: 10.1177/17474930231191033. Epub 2023 Jul 31. PMID: 37462028.



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μεσογείων 256
15561, Χολαργός
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Β Ι Β Λ Ι Ο Π Α Ρ Ο Υ Σ Ι Α Σ Η

Ακτινική χειλίτις

Γενικά στοιχεία - Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

ΑΝΤΩΝΙΟΣ Κ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ν. ΛΟΥΜΟΥ - ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ

Το βιβλίο «Ακτινική χειλίτις - Γενικά στοιχεία - Θεραπευτικές Προσεγγίσεις» είναι μια προσπάθεια λεπτομερούς καταγραφής και προσεγγίσεως στοιχείων για την Ακτινική χειλίτιδα.

Παρουσιάζει με πολλές κλινικές εικόνες την πολυμορφία της προκαρκινικής αυτής χειλιτίδας. Τονίζει με λεπτομέρειες τα διάφορα κλινικά και ιστολογικά ευρήματα του νοσήματος. Επίσης αναφέρει και προτείνει διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Αποτελείται από το Γενικό μέρος και το Παράρτημα.

Στο Γενικό μέρος παρατίθενται με λεπτομέρεια στοιχεία της ειδικής αυτής χειλιτίδας, ενώ το Παράρτημα μπορεί να χρησιμεύσει ως πρακτικός οδηγός στη διάγνωση και θεραπεία. Οι πολλές κλινικές εικόνες και οι πρακτικοί πίνακες που υπάρχουν, μπορεί να βοηθήσουν το γιατρό στην καθημερινή κλινική πράξη. Απευθύνεται κυρίως σε Δερματολόγους, αλλά μπορεί να είναι χρήσιμο και σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (στοματολόγους, οδοντιάτρους, πλαστικούς χειρουργούς, γναθοχειρουργούς).

Επίσης θεωρούμε ότι θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο στους ειδικευόμενους Δερματολόγους.

Καρδιονεφρομεταβολικό Σύνδρομο (CRM): ΜΙΑ ΠΟΛΛΑ ΥΠΟΣΧΟΜΕΝΗ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΜΙΑ «ΑΓΝΩΣΤΗ» ΝΟΣΟ

Το καρδιονεφρομεταβολικό σύνδρομο (Cardio-Renal-Metabolic, ή CRM) είναι μια περίπλοκη κατάσταση που περιλαμβάνει προβλήματα στην καρδιά, τους νεφρούς και τον μεταβολισμό. Αναγνωρίζεται ως σύνδρομο και έχει καθιερωθεί ως ξεχωριστή κλινική οντότητα από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA) και άλλους επιστημονικούς φορείς. Οι ειδικοί διαφωνούν σχετικά με το αν αποτελεί πραγματικά σύνδρομο ή αν είναι απλώς ένα σύνολο των επιμέρους προβλημάτων του. Η ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων που πάσχουν από αυτό και η αποφυγή αποσπασματικής αντιμετώπισης από το σύστημα υγείας, οδηγούν προς τον χαρακτηρισμό του ως σύνδρομο.

Το σύνδρομο αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία, καθώς επηρεάζει σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού και επιβαρύνει τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Χαρακτηρίζεται από τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ καρδιαγγειακών νοσημάτων, μεταβολικών διαταραχών (όπως ο διαβήτης και η παχυσαρκία) και της χρόνιας νεφρικής νό-

σου. Αυτές οι παθήσεις συνδέονται στενά, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο που οδηγεί σε σοβαρές επιπλοκές, όπως νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή ανεπάρκεια.

Σύμφωνα με πρόσφατη δημοσίευση στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου το 90% του ενήλικου πληθυσμού πληροί τα κριτήρια για το CRM, ενώ το 15% βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια του

συνδρόμου.

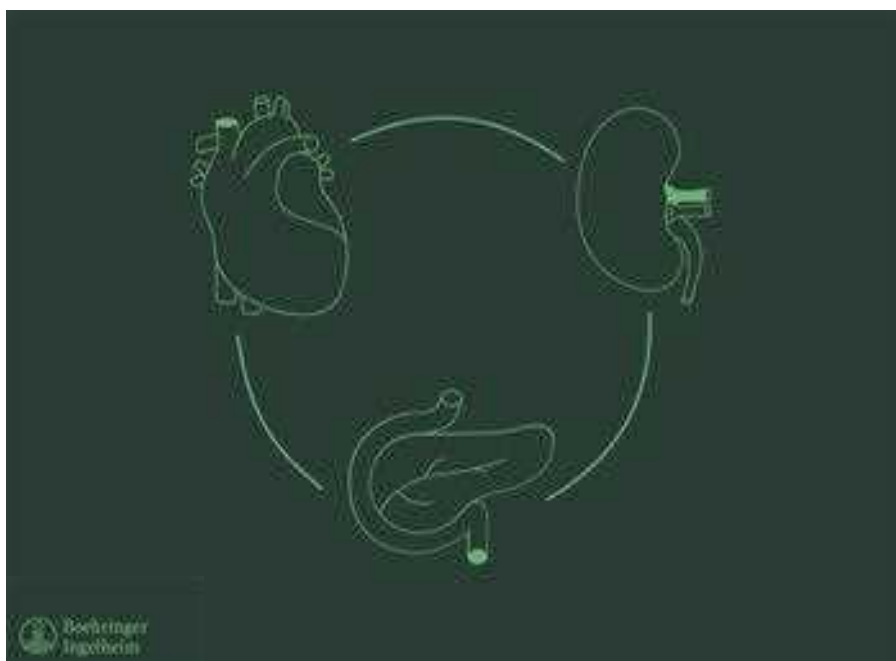
Αυτά τα ποσοστά καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του και την ανάγκη για το σχεδιασμό μίας αποτελεσματικής στρατηγικής πρόληψης και διαχείρισης.

Οι ασθενείς που πάσχουν από υπέρταση, διαβήτη, δυσλιπιδαιμία ή καρδιοπάθεια, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας νεφρικής νόσου.

Επιπλέον, άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οικογενειακό ιστορικό χρόνιας νεφρικής ή καρδιαγγειακής νόσου, διαταραχές ύπνου, ψυχικής υγείας, χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις, όπως αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς και άλλοι παράγοντες όπως το αρσενικό φύλο, η πρόωγη εμμηνόπαυση και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, προστίθενται στους κλασικούς παράγοντες κινδύνου πέρα από την παχυσαρκία.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι καθοριστική για τη μείωση των επιπλοκών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Τα καλά νέα, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στην Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, είναι ότι στο οπλοστάσιο της ιατρικής έχουν προστεθεί φάρμακα με θετική επίδραση σε όλες τις συνιστώσες του καρδιονεφρο-





μεταβολικού συνδρόμου.

Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι οι θεραπείες αυτές χρησιμοποιούνται σε ποσοστό δυσανάλογα μικρό για τα σημαντικά οφέλη που προσφέρουν. Έτσι, η ευαισθητοποίηση για την πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση και τη διαχείριση του καρδιονεφρομεταβολικού συνδρόμου είναι επιτακτική.

Αντιμετωπίζοντας το Καρδιονεφρομεταβολικό Σύνδρομο

Η στρατηγική για την αντιμετώπιση του CRM πρέπει να βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση, με έμφαση στην πρόληψη και στην πρώιμη διάγνωση. Κεντρικό ρόλο σε αυτή τη στρατηγική διαδραματίζουν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίοι καλούνται να παρακολουθούν συστηματικά τη νεφρική λειτουργία των ασθενών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο.

Βασικοί διαγνωστικοί έλεγχοι που πρέπει να γίνονται τακτικά:

- Εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νεφρών.
- Λόγος ηλευκωματίνης προς κρεατινίνη στα ούρα (uACR) για τον εντοπισμό πρώιμης νεφρικής βλάβης.
- Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης για την παρακολούθηση της υπέρτασης, που είναι βασικός παράγοντας κινδύνου τόσο της χρόνιας νεφρικής νόσου όσο και της καρδιακής ανεπάρκειας.

Ο συνδυασμός των παραπάνω εξετάσεων βοηθά στον εντοπισμό των ατόμων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών, καθορίζει τη συχνότητα των επανεξετάσεων και την ανάγκη για παραπομπή σε ειδικό νεφρολόγο.

Η Σημασία της Έγκαιρης Παρέμβασης

Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει την πρώιμη έναρξη θεραπευτικών παρεμβάσεων που μπορούν να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας

και να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Επιπλέον, μειώνεται το οικονομικό βάρος για τα συστήματα υγείας, καθώς αποτρέπονται οι δαπανηρές θεραπείες για τελικά στάδια της νόσου, όπως η αιμοκάθαρση ή η μεταμόσχευση νεφρού.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η ενημέρωση των ασθενών, ώστε να γνωρίζουν τη σημασία των τακτικών ελέγχων και της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Σε πολλές χώρες, οι κυβερνήσεις έχουν αναπτύξει εκστρατείες ενημέρωσης για τη χρόνια νεφρική νόσο, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση, ιδιαίτερα στους ασθενείς με υπέρταση και διαβήτη.

Θα ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμο για τη δημόσια υγεία η συστηματική ένταξη των νεφρικών εξετάσεων στα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τις καρδιομεταβολικές παθήσεις.

Έτσι, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα μπορούσαν να ενσωματώσουν τακτικούς ελέγχους ως μέρος της ρουτίνας των ασθενών τους, βελτιώνοντας την έγκαιρη διάγνωση και μειώνοντας την εξέλιξη της νόσου.

Η επιτυχής αντιμετώπιση του καρδιο-νεφρομεταβολικού συνδρόμου απαιτεί συνεργασία μεταξύ των γιατρών, των ασθενών και των υγειονομικών αρχών.

Η τακτική παρακολούθηση, η ενημέρωση των ασθενών και η προληπτική ιατρική μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στη μείωση των δαπανών για τα συστήματα υγείας.

Με την έγκαιρη διάγνωση και την εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών στρατηγικών, μπορούμε να περιορίσουμε την εξέλιξη του συνδρόμου, να αποτρέψουμε σοβαρές επιπλοκές και να βελτιώσουμε σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η ενίσχυση της πρόσβασης στις προληπτικές εξετάσεις νεφρικής λειτουργίας μέσω εθνικών προγραμμάτων δημόσιας υγείας είναι έργο ζωτικής σημασίας.

Στην πρόσφατη δημοσίευση του London School of Economics, σχετικά με την επιβάρυνση από το διαβήτη στην Ελλάδα, αναφέρεται ότι:

Μία υποσχόμενη προσέγγιση για την ολιστική φροντίδα του διαβήτη είναι η καρδιο-νεφρο-μεταβολική (CRM) προσεγγίση. Εστιάζοντας στη διασύνδεση των καρδιαγγειακών, νεφρικών και μεταβολικών διαταραχών, η προσέγγιση CRM επιτρέπει μια πιο λεπτομερή κατανόηση του φορτίου της νόσου που σχετίζεται με τον διαβήτη.

Αυτό το πλαίσιο μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου, στην εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων και τελικά στη μείωση του κινδύνου επιπλοκών και θνησιμότητας.

Υιοθετώντας την προοπτική CRM, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να επανεκτιμήσουν τον πραγματικό αντίκτυπο του διαβήτη στη δημόσια υγεία. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση του αριθμού των νοσηλείων, των θανάτων και των ετών ζωής που χάνονται λόγω επιπλοκών που σχετίζονται με τον διαβήτη.

Μια τέτοια ολοκληρωμένη αξιολόγηση μπορεί να ενημερώσει τις πολιτικές που βασίζονται σε αποδείξεις και την κατανομή πόρων για την προτεραιοποίηση της πρόληψης και της διαχείρισης του διαβήτη.

Βιβλιογραφία

1. Το κάρδιο-νεφρο-μεταβολικό σύνδρομο: Από την έγκαιρη αναγνώριση στην αποτελεσματική διαχείριση μιας αναδυόμενης απειλής, Θ. Κουφάκης, Δ. Βλάχακος, Χ. Βλάχοπουλος, Ε. Καλλίστρατος, Κ.Κωτσα, Ε. Λυμπερόπουλος, Ι. Στεφανίδης, Ε. Χατζηαγγελιάκη, Ελληνική Καρδιολογική επιθεώρηση
2. The Burden of Diabetes and options for Reform. Insights for the Greek Health System, Madeleine Haig, Panagiotis Therianos, Aurelio Miracolo, Kavyashree Satish, and Panos Kanavos January 2025

Φαρμακευτική Αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας. Παρόν & Μέλλον

ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια Παθολογικής κλινικής Γ.Ν. Λαμίας

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα χρόνιο νόσημα που χαρακτηρίζεται από υπερβολική συσσώρευση λίπους. Έχει λάβει παγκοσμίως χαρακτήρες επιδημίας, οδηγώντας σε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου και συμβάλλοντας στην εμφάνιση Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δυσλιπιδαιμίας, αρτηριακής υπέρτασης και λιπώδους διήθησης του ήπατος. Ακόμη προκαλεί αυξημένο κίνδυνο τόσο για καρδιαγγειακά συμβλήματα όσο και για κακοήθειες.

Το κεντρικό επιχείρημα που ορίζει την παχυσαρκία ως χρόνια ασθένεια, είναι η ξεχωριστή παθοφυσιολογία με αρκετούς παράγοντες να συμβάλλουν στο υπερβολικό βάρος (συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών προτύπων, της σωματικής δραστηριότητας, του ύπνου, των φαρμάκων, γενετικών, επιγενετικών, καθώς και περιβαλλοντικών παραγόντων), σε συνδυασμό με ομοιοστατικούς μηχανισμούς που όχι μόνο εμποδίζουν την απώλεια βάρους, αλλά προάγουν την περαιτέρω αύξηση του.

Αυτοί οι βιολογικοί μηχανισμοί, μπορεί να εξηγήσουν το γιατί οι βραχυπρόθεσμες συμπεριφορικές παρεμβάσεις, είναι συχνά ανεπαρκείς για μακροπρόθεσμη απώλεια βάρους.

Οι βασικοί στόχοι, όσον αφορά στη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι:

- Η πρόληψη των επιπλοκών διατηρώντας τον ασθενή μεταβολικά υγιή (εάν αυτό είναι δυνατόν), για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα.
- Η αποτροπή στην εξέλιξη και η διαχείριση των επιπλοκών, όταν ενδεχομένως ήδη υπάρχουν.
- Η εξάλειψη του στιγματισμού, καθώς και η αποκατάσταση της ευεξίας, της θετικής εικόνας του σώματος και της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

Η θεραπεία της παχυσαρκίας θα πρέπει να αποσκοπεί: στην τροποποίηση του τρόπου ζωής, σε συμπεριφορική θεραπευτική παρέμβαση και τέλος στη φαρμακευτική αγωγή ή / και την βαριατρική (μεταβολική) χειρουργική.

Η ιστορία της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, έχει ένα μακρύ ιστορικό που αποτελείται από πολλά υποσχόμενα φάρμακα που αποσύρθηκαν λόγω αποτυχίας - αρκετών μάλιστα μετά την ευρεία χρήση τους στην αγορά και κάποιων σημαντικών παρενεργειών (όπως καρδιαγγειακών επιπλοκών, αυτοκτονικού ιδεασμού, κινδύνου κατάχρησης και εξάρτησης, ακόμη και συσχέτιση με ανάπτυξη κακοηθειών). Επίσης στις περισσότερες από αυτές τις φαρμακευτικές προσεγγίσεις, υπήρξε αδυναμία απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10% του αρχικού σωματικού βάρους, όταν χορηγούνταν σε ανεκτές δόσεις σε σχέση με το εικονικό φάρμακο.

Η σημαντική πρόοδος που έχει επιτευχθεί στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της παχυσαρκίας, έχει οδηγήσει στη παραγωγή στοχευμένων φαρμάκων, που συνεπικουρούν στην προσπάθεια της θεραπείας της παχυσαρκίας. Νευροενδοκρινή μονοπάτια πάνω στα οποία βασίζεται η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, καθώς και ένας αριθμός σημάτων από ορμόνες, νευροπεπτίδια, θρεπτικά συστατικά και προσαγωγή νεύρα του ΑΝΣ που συγκλίνουν στον εγκέφαλο, για τον έλεγχο της διατροφικής συμπεριφοράς και της ομοιόστασης του σωματικού βάρους, έχουν μελετηθεί και χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία της παχυσαρκίας.

Οι μηχανισμοί, μέσω των οποίων λειτουργούν τα φάρμακα για την θεραπεία της παχυσαρκίας είναι: η μείωση της όρεξης και συνεπώς της πρόσληψης ενέργειας, η αύξηση της ενεργειακής δαπάνης, η μείωση

της απορρόφησης των θερμίδων, καθώς και συνδυασμός των προαναφερθέντων.

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με παχυσαρκία, συστήνεται όταν αυτοί δεν μπορούν να επιτύχουν επαρκή απώλεια βάρους, μέσω των αλλαγών στον τρόπο ζωής τους. Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, πρέπει πληρούν συγκεκριμένες ενδείξεις.

Η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας έχει ένδειξη ως συμπληρωματική αγωγή, σε μια διατροφή μειωμένων θερμίδων καθώς και αυξημένη σωματική δραστηριότητα, για τη διαχείριση του βάρους σε ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ή ΔΜΣ $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ με παρουσία τουλάχιστον μιας συννοσηρότητας σχετιζόμενης με το βάρος, όπως προδιαβήτης ή Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, αποφρακτική άπνοια ύπνου κ.λπ. Η θεραπεία οφείλει να αξιολογείται και να διακόπτεται από τον θεράποντα ιατρό, εάν το άτομο με παχυσαρκία, δεν έχει χάσει τουλάχιστον το 5% του αρχικού σωματικού βάρους του, σε ορισμένο χρονικό διάστημα.

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν λάβει έγκριση για χρήση στην Ελλάδα, για την θεραπεία της παχυσαρκίας, ως τώρα είναι:

- **Η Ορλιστάτη:** λειτούργει μέσω της αναστολής των γαστρεντερικών και παγκρεατικών λιπασών. Η αναστολή αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της υδρόλυσης των τριγλυκεριδίων και μείωση της απορρόφησης των λιπών της τροφής. Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορλιστάτης, αφορούν ποικίλα συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα λόγω της αποβολής λίπους στα κόπρανα (όπως η στεατόρροια).

- **Η Λιραγλουτίδη** είναι ένα ανάλογο της ινκρετινικής, παραγόμενης από το έντερο, GLP-1 ορμόνης. Αρχικά έλαβε έγκριση για χρήση στη θεραπεία του Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Στη συνέχεια δοκιμάστηκε σε μεγαλύτερη δόση στη θεραπεία της παχυσαρκίας. Χορηγείται άπαξ ημερησίως με υποδόρια ένεση, με σταδιακή τιτλοποίηση της δόσης (στα 3 mg). Το ενδογενές παραγόμενο μόριο (GLP-1) επιτελεί πολλαπλές δράσεις μεταξύ των οποίων είναι: η ρύθμιση της γλυκόζης αίματος μέσω της επαγωγής της έκκρισης ινσουλίνης και της αναστολής της έκκρισης γλυκαγόνου από τα παγκρεατικά κύτταρα, η επιβράδυνση της γαστρικής κένωσης και η επαγωγή του μεταγευματικού κορεσμού, καθώς και η μείωση της όρεξης και της πρόσλη-

■ ψης τροφής, μέσω της δράσης του φαρμάκου στον τοξοειδή πυρήνα του εγκεφάλου. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες αφορούν συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα όπως: ναυτία, έμετοι, διάρροια και δυσκοιλιότητα.

- **Ο συνδυασμός Ναλτρεξόνης/Βουπροπριόνης** δρα στους POMC νευρώνες του τοξοειδούς πυρήνα του υποθαλάμου στον εγκέφαλο, οι οποίοι έχουν κατεχολίνη αναεξιογόνο δράση. Η ναλτρεξόνη είναι ανταγωνιστής οπιοειδών, ενώ η βουπροπριόνη είναι αναστολέας της επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης και ντοπαμίνης. Ο συνδυασμός τους έχει συνεργική δράση, με αποτέλεσμα τη μείωση της πρόσληψης τροφής, αλληλά και την μικρή αύξηση της δαπάνης ενέργειας. Τα δισκία του συνδυασμού ναλτρεξόνης/ βουπροπριόνης, λαμβάνονται καθημερινά με σταδιακά αυξανόμενη δοσολογία του φαρμάκου (τιτλοποίηση). Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ναυτία, ζάλη, κεφαλαλγία, δυσκοιλιότητα, εμέτους και ξηροστομία.

- **Η Τιρζεπατίδη** είναι ένας διπλός αγωνιστής των υποδοχέων GLP-1 και GIP, που έχει λάβει έγκριση για την αντιμετώπιση του ΣΔτ2 και της παχυσαρκίας, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη. Στη χώρα μας κυκλοφορεί από το τέλος του 2024, χωρίς όμως να αποζημιώνεται για καμία από τις δύο ενδείξεις. Χορηγείται υποδορίως άπαξ εβδομαδιαίως και είναι ένας πολύ ισχυρός παράγοντας για τη βελτίωση της γλυκαιμίας (μείωση της HbA1c που υπερβαίνει το 2%) και την απώλεια του σωματικού βάρους, καθώς επάγει το αίσθημα του κορεσμού. Σε μελέτη σε άτομα με ΣΔτ2, οδήγησε σε απώλεια του 12, 8% του αρχικού βάρους, ενώ στις μελέτες σε άτομα με παχυσαρκία χωρίς ΣΔτ2, οι απώλειες κυμαίνονται μεταξύ 22% έως 26% στη δόση των 15 mg. Επίσης στο πρόγραμμα κλινικών μελετών Surmount, η ομάδα της τιρζεπατίδης, εμφάνισε επιπρόσθετα οφέλη στις καρδιομεταβολικές παραμέτρους (όπως μειώσεις της αρτηριακής πίεσης, βελτιώσεις σε όλα τα επίπεδα λιπιδίων νηστείας και μεγαλύτερες μειώσεις της HbA1c και της γλυκόζης νηστείας, επιστροφή στη νορμογλυκαιμία κατά 95,3% σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο) και σημαντική βελτίωση των ψυχοσωματικών δεικτών. Η τιρζεπατίδη μείωσε επίσης τη σοβαρότητα της υπνικής άπνοιας έως και σχεδόν κατά 2/3 σε ενήλικες με σύνδρομο υπνικής άπνοιας και παχυσαρκία, με παράλληλη σημα-

ντική μείωση στο σωματικό βάρος (18,1% έως 20,1%). Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν γαστρεντερικές και ήταν ως επί το πλείστον ήπιες έως μέτριες σε βαρύτητα. Το ποσοστό των ενηλίκων που ανέφεραν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν παρόμοιο στις ομάδες της τιρζεπατίδης και του εικονικού φαρμάκου.

- **Η Σεμαγλουτίδη** 2,4 mg είναι ένα νεώτερο ανάλογο της ινκρετινικής, παραγόμενης από το έντερο, GLP-1 ορμόνης (με 94% ομολογία με το ανθρωπικό GLP-1). Είναι ένας πολύ ισχυρός εβδομαδιαίος αγωνιστής υποδοχέων GLP-1, που κυκλοφορεί από τα μέσα του 2021 στη χώρα μας στη δόση του 1 mg, με ένδειξη την αντιμετώπιση του ΣΔ2. Το πρόγραμμα μελετών STEP εξέτασε τη δόση των 2,4 mg εβδομαδιαίως, με καταληκτικό σημείο την απώλεια βάρους και έδειξε απώλειες που άγγιζαν έως και το 18%. Με βάση αυτά τα δεδομένα, η δόση αυτή έχει λάβει άδεια από τον Αμερικανικό και Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και κυκλοφορεί στις ΗΠΑ και αρκετές χώρες της Ευρώπης, με ένδειξη την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Στη μελέτη SELECT σε άτομα με εγκατεστημένη καρδιοαγγειακή νόσο και υπερβαρότητα ή παχυσαρκία χωρίς ΣΔτ2, η σεμαγλουτίδη στη δόση των 2,4 mg οδήγησε στη μείωση κατά 20% των καρδιοαγγειακών συμβαμάτων έναντι εικονικού φαρμάκου. Επιπλέον, έχει επιδείξει ευνοϊκές επιδράσεις σε μελέτες σε ασθενείς με παχυσαρκία και καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF), τόσο παρουσία αλλήλα και απουσία ΣΔτ2. Αναφορικά με τις παρενέργειες, όπως και παλαιότεροι GLP-1 αγωνιστές (Dulaglutide, Liraglutide), η Σεμαγλουτίδη συνδέθηκε με την εμφάνιση γαστρεντερικών ενοχλημάτων (ναυτία, διάρροια, έμετος, δυσκοιλιότητα) σε 74,2 % των ασθενών της αντίστοιχης ομάδας, οι οποίες κατά κανόνα ήταν ήπιες και παροδικές, οδήγησαν εντούτοις, σε πρόωρη διακοπή της αγωγής σε 7% των ασθενών, σε σύγκριση με 3,1 % της ομάδας ελέγχου. Στη χώρα μας δεν έχει κυκλοφορήσει ακόμα στη δόση αυτή.

Άλλα φάρμακα που δοκιμάζονται για την θεραπεία της παχυσαρκίας

Η **Καγριλιντίδη** (Cagrilintide) ένα ανάλογο αμυλίνης, είναι ένας άλλος παράγοντας που επί του παρόντος δοκιμάζεται για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Σε ευρήματα από μια μελέτη φάσης-2 που δημοσιεύθηκε το 2021, οι ενήλικες που έλαβαν

την υψηλότερη δόση των 4,5 mg καγριλιντίδης για 26 εβδομάδες, είχαν μείωση του σωματικού βάρους κατά 10,6%. Ακόμη μεγαλύτερη μείωση στο σωματικό βάρος παρατηρήθηκε όταν η καγριλιντίδη συνδυάστηκε με σεμαγλουτίδη. Στα πρώτα ευρήματα από μια μελέτη φάσης-1β, οι ενήλικες που έλαβαν 2,4 mg καγριλιντίδης σε συνδυασμό με 2,4 mg σεμαγλουτίδης μία φορά την εβδομάδα, παρουσίασαν μείωση του σωματικού βάρους κατά 17.1% στη διάρκεια 20 εβδομάδων. Αναμένονται τα αποτελέσματα μελέτη φάσης-IIIa του διπλού συνδυασμού Καγριλιντίδη και Σεμαγλουτίδης (CagriSema sc 2,4 mg/2,4 mg), που ξεκίνησε τον Νοέμβριο 2022) σε 3400 ασθενείς με υπερβαρότητα ή παχυσαρκία.

Η **Σουρβοντουτίδη**, ένας ενέσιμος αγωνιστής υποδοχέα γλυκαγόνης/GLP-1, συσχετίστηκε με έως και 18.7% απώλεια βάρους έναντι εικονικού φαρμάκου, στις 46 εβδομάδες σε μια μελέτη φάσης - 2, με τους περισσότερους συμμετέχοντες να χάνουν περισσότερο από το 15% του σωματικού βάρους. Όπως και για άλλους αγωνιστές και συνδυασμούς υποδοχέων GLP-1, οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν σχετιζόμενες με το γαστρεντερικό, συμπεριλαμβανομένων της ναυτίας, του εμέτου και της διάρροιας.

Η **Ρετατρουτίδη**, η οποία είναι ενέσιμος άπαξ εβδομαδιαίως τριπλός συνδυασμός αγωνιστή υποδοχέα GLP-1 /GIP /αγωνιστή υποδοχέα γλυκαγόνης. Σε μελέτη φάσης II, (τα αποτελέσματα ανακοινώθηκαν στον Ιούνιο 2023), έδειξε ότι οι ενήλικες με παχυσαρκία που έλαβαν την υψηλότερη δόση ρετατρουτίδης, έχασαν κατά μέσο όρο 24,2% του σωματικού τους βάρους σε 48 εβδομάδες, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Με την υψηλότερη δόση Ρετατρουτίδης των 12 mg, σχεδόν τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων έχασαν το 20% ή περισσότερο του σωματικού τους βάρους, οι μισοί από τους συμμετέχοντες έχασαν το 25% του σωματικού τους βάρους και το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων έχασαν περισσότερο από το 30% του σωματικού τους βάρους.

Η **Ορφοργλιπρόνη**, είναι από το στόματος αγωνιστής των υποδοχέων GLP-1. Σε μελέτη φάσης II, οι ενήλικες με παχυσαρκία που έλαβαν το συγκεκριμένο μόριο, έχασαν 8,6% έως 12, 6% του σωματικού τους βάρους στις 26 εβδομάδες. Σε αυτή τη μελέτη, οι περισσότεροι ενήλικες ■■■



που λάμβαναν 24 mg ή περισσότερο την ημέρα έχασαν 10% ή περισσότερο του σωματικού τους βάρους στις 36 εβδομάδες και η απώλεια βάρους πηλίσασε το 15% στις 36 εβδομάδες στην ομάδα με την υψηλότερη δόση. Σε αντίθεση με ορισμένα άλλα από του στόματος φάρμακα, η Ορφογλίπροννη μπορεί να ληφθεί χωρίς περιορισμούς με τροφή, νερό ή άλλα φάρμακα και έχει χρόνο ημιζωής που επιτρέπει τη χορήγηση της μία φορά την ημέρα. Το φάρμακο είναι ανταγωνιστικό σε σχέση με τους ενέσιμους αγωνιστές των υποδοχέων GLP-1 και έχει το πλεονέκτημα ότι είναι από του στόματος.

Άλλες θεραπείες που δεν έχουν σχέση με εντερικά πεπτίδια:

Η **Bimagrumb**, ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα που συνδέεται με τον υποδοχέα ακτιβίνης τύπου II (ActRII) και αναστέλλει τους φυσικούς συνδέτες που ρυθμίζουν αρνητικά την ανάπτυξη των σκελετικών μυών. Σε μια μελέτη φάσης II το 2021, οι ενήλικες που έλαβαν bimagrumb κάθε 4 εβδομάδες για 48 εβδομάδες, έχασαν το 20,5% της λιπώδους μάζας και κέρδισαν 3,6% σε άλιπη μάζα.

Η **Σετμελανοτίδη**, είναι ένας αγωνιστής του υποδοχέα μελανοκορτίνης-4 (MC4), που εγκρίθηκε από τον FDA το 2020 σε υποδόρια ενέσιμη σύνθεση, για χρόνια διαχείριση βάρους σε ασθενείς ηλικίας 6 ετών και άνω, με παχυσαρκία που οφείλεται σε γενετικές διαταραχές (γενετικές διαταραχές LEPR, POMC or PCSK1 deficiency). Η απώλεια βάρους ήταν μέχρι 25% σε POMC deficiency και 15% σε ανεπάρκεια του υποδοχέα της ηεπτίνης. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν, ήταν αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης και διαταραχές υπερμελάγχρωσης.

Νέες θεραπείες αναμένονται: Σε πολλές μελέτες φάσεις I, II, III διερευνώνται νέα μόρι-

α ως πιθανή φαρμακευτική αγωγή κατά της παχυσαρκίας, όπως: PYY agonists, Amylin agonists (Long-acting amylin agonist-Phase 3, ZP8396 – Phase 1, AZD6234-Phase 1), GLP-1 agonists (Semaglutide 7,2 mg- Phase 3), GLP-1+PY agonists, GLP-1+GIP antagonists (AMG 133-Phase 2), GLP-1+glucagon agonist (Efinopeglutide-Phase 2, Mazdutide-Phase 2, Pemvidutide ALT-801 -Phase 2), Glucagon agonist, GLP-1+GIP+Glucagon agonist (HM15211-Phase 1), GLP-1+GIP agonists (SCO-094-Phase 1, VK2735 oral/subcut-Phase 1, CT388-Phase 1). Επίσης ξεχωρίζουν: ο τριπλός συνδυασμός GLP-1, Oxyntomodulin, και Peptide YY, όπου σε μελέτες παρατηρήθηκε μείωση του σωματικού βάρους κατά 4% σε διαβητικούς ασθενείς με παχυσαρκία, μετά από καθημερινή 12ωρη έγχυση για 28 ημέρες και ο διπλός συνδυασμός secretin / glucagon-like peptide -1 agonist (GUB06 -046), το οποίο αυξάνει την θερμογένεση και μειώνει την πρόσληψη της τροφής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η παχυσαρκία είναι μία χρόνια, εξελισσόμενη και υποτροπιάζουσα νόσος, που απαιτεί μακροχρόνια διαχείριση. Η τροποποίηση του τρόπου ζωής είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης και της θεραπείας της παχυσαρκίας. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση πρέπει να στοχεύει στην κατανόηση της νευρομεταβολικής παθοφυσιολογίας της παχυσαρκίας, εστιάζοντας στην ετερογένεια της απόκρισης και γνωρίζοντας ότι υπάρχουν διαφορετικοί τύποι παχυσαρκίας, που θα ανταποκριθούν διαφορετικά στις προτεινόμενες θεραπείες.

Υπάρχουν νέες και πολλά υποσχόμενες θεραπείες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Τα αποτελέσματα όπως προκύπτει από τις διάφορες μελέτες είναι ανάλογα με την διάρκεια της θεραπείας και διαρκούν τουλάχιστον όσο διαρκεί η φαρμακευτική θεραπεία. Θα πρέπει να κοιτάξουμε πέρα από τη απλή μείωση του βάρους, προτείνοντας ένα συνδυασμό ενεργειών. Θα πρέπει να εξετάσουμε τους στόχους της θεραπείας, και τις αξίες και τις προτιμήσεις του ατόμου με παχυσαρκία και τις συννοσηρότητες και να αξιολογούμε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μας μετά από 3-6 μήνες. Ως εκ τούτου, η θεραπεία της παχυσαρκίας, αποτελεί μεγάλη πρόκληση. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της παχυσαρκίας συμφω-

νούν ότι, η κατάλληλη προσέγγιση για τη διαχείριση του βάρους θα πρέπει να είναι διεπιστημονική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Müller TD, Blüher M, Tschöp MH, et al. Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. *Nat Rev Drug Discov*. 2022; 21(3):201–223.
2. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med*. 2022; 387:205–216.
3. Clément K, van den Akker E, Argente J, et al. Efficacy and safety of setmelanotide, an MC4R agonist, in individuals with severe obesity due to LEPR or POMC deficiency: single-arm, open-label, multicentre, phase 3 trials. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020; 8 (12):960–970.
4. Jepsen MM, Christensen MB. Emerging glucagon-like peptide 1 receptor agonists for the treatment of obesity. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2021; 26(3):231–243.
5. Bajaj HS, Burrows M, Blavignac J, et al. Extended-release naltrexone/bupropion and liver health: pooled, post hoc analysis from four randomized controlled trials. *Diabetes Obes Metab*. 2021; 23(3):861–865.
6. Zhang Q, Delessa CT, Augustin R, et al. The glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) regulates body weight and food intake via CNS-GIPR signaling. *Cell Metab*. 2021; 33(4):833–844.e5.
7. Frias JP, Davies MJ, Rosenstock J, et al. Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2021; 385(6):503–515.
8. Zhong P, Zeng H, Huang M et al. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity: a meta-analysis. *Endocrine*. 2022; 75(3):718–724.
9. Wadden TA, et al. Tirzepatide after intensive lifestyle intervention in adults with overweight or obesity: the SURMOUNT-3 phase 3 trial. *Nat Med*. 2023; doi:10.1038/s41591-023-02597-w
10. Afton M. Koball, PhD; Gretchen E et al. Decoding Obesity Management Medications and the Journey to Informed Treatment Choices for Patients. *Mayo Clin Proc*. 2025; 100(1):111–123
11. M. Kokkorakis, M. Chakhtoura, C. Rhayem et al. Emerging pharmacotherapies for obesity: A systematic review *Pharmacological Reviews* 77 (2025) 100002



Fagron NutriGen

Εξατομικευμένη γονιδιακή διατροφή από επαγγελματίες υγείας

Οι μονονουκλεοτιδικοί πολυμορφισμοί (SNPs) αποτελούν τον πιο συχνό τύπο παραλλαγής DNA στον άνθρωπο και μπορούν να βοηθήσουν στην πρόβλεψη κινδύνου ανάπτυξης ορισμένων ασθενειών και της απόκρισης ενός ατόμου σε ορισμένα τρόφιμα και φάρμακα. Οι γενετικοί παράγοντες καθορίζουν σε ποσοστό 40% έως 70% τον ΔΜΣ ενός ατόμου.¹ Η διατροφογενετική μελετά τις διάφορες αποκρίσεις του σώματος (όπως βάρος, αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη στο πλάσμα ή επίπεδα γλυκόζης) σε ένα συγκεκριμένο τύπο δίαιτας (δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ή μεσογειακή), ανάλογα με το γενετικό προφίλ του ατόμου και παρέχει πληροφορίες για την προσαρμογή μίας εξατομικευμένης διατροφής.

Το Fagron NutriGen είναι η πιο ολοκληρωμένη διατροφογενετική ανάλυση στην αγορά που αποκαλύπτει τον διατροφικό μεταβολισμό του ασθενούς. Αναλύει 3 πολυμορφισμούς εντός 128 SNPs, με αποτέλεσμα την ανάλυση 384 γενετικών παραλλαγών, των πιο σχετικών παραλλαγών κατά την εξατομίκευση ενός προγράμματος διατροφής, αλλά και το ιστορικό του ασθενούς

λαμβάνοντας υπόψη βιοχημικές παραμέτρους, παθήσεις, δυσανεξίες, φυσική δραστηριότητα και συνήθειες. Αυτή η διαδικασία παρέχει πλήρη κατανόηση όλων των παραγόντων που σχετίζονται με τη ρύθμιση του βάρους. Το Fagron NutriGen:

- Προσφέρει πλήρως εξατομικευμένο πρόγραμμα διατροφής που δημιουργείται από έναν πολύπλοκο αλγόριθμο και περιλαμβάνει περισσότερα από 850 τρόφιμα και ποτά
- Αποτελεί ένα αποκλειστικό εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας
- Αναλύει γενετικές παραλλαγές που σχετίζονται με 15 κύριες κατηγορίες όπως μεταβολισμός λίπους, λιπιδίων, υδατανθράκων και γλυκόζης, αποτελεσματικότητα της άσκησης, δυσανεξία, συμπληρώματα διατροφής, φλεγμονές, ορμόνες, κ.α.
- Είναι η τελευταία λέξη της τεχνολογίας και χαρακτηρίζεται από αναπαραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα της τάξεως του 99% κατά τον γενετικό προσδιορισμό
- Αποτελεί εφάπαξ εξέταση

1. Maes HH, et al. Behav Genet. 1997;27: 325–51.

Fagron Hellas

12 χλμ. Ε.Ο. Τρικάλων - Λάρισας
Τ.Κ. 42100, Τ.Θ. 32
Τρίκαλα, Ελλάδα

T +30 24310 83633-5
F +30 24310 83615
www.fagron.gr

Fagron
personalizing
medicine

Υπερτασικές Κρίσεις: Κριτήρια Διάγνωσης & Αλγόριθμος Αντιμετώπισης

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΘΕΟΦΙΛΗΣ, ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΧΑΡΑ ΜΥΣΤΑΚΙΔΗ, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ

3η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η υπερτασική κρίση αποτελεί συχνό αίτιο προσέλευσης στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Η άμεση και σωστή εκτίμησή της είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η απουσία έγκαιρης αντιμετώπισης ενδέχεται να αυξήσει τη θνησιμότητα. Καθοριστικό στοιχείο για τη διαφοροποίηση της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η παρουσία ή μη βλάβης σε όργανο-στόχο. Η αναγνώριση της κατάστασης μέσω του ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και βασικών ή εξειδικευμένων εργαστηριακών εξετάσεων καθοδηγεί τον ιατρό στην επιλογή του κατάλληλου αντιυπερτασικού φαρμάκου, καθώς και στον ενδεδειγμένο ρυθμό και στόχο μείωσης της αρτηριακής πίεσης. Η απότομη μείωση της πίεσης πρέπει να αποφεύγεται, εκτός από περιπτώσεις όπως ο οξύς αορτικός διαχωρισμός, η προεκλαμψία και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ισχαιμικό ή αιμορραγικό). Σε περιπτώσεις όπου δεν υφίσταται βλάβη σε όργανο-στόχο (επείγουσα υπερτασική κρίση), η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει αγωγή από το στόμα στο σπίτι και τακτική παρακολούθηση. Η παρούσα ανασκόπηση συνοψίζει τα διαθέσιμα δεδομένα για την αντιμετώπιση των υπερτασικών κρίσεων, βασιζόμενη κυρίως σε εξειδικευμένες ιατρικές απόψεις.

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μια εξαιρετικά συχνή νόσο στις ανεπτυγμένες χώρες, με την επίπτωσή της να αυξάνεται προοδευτικά με την ηλικία. Παρότι η αντιμετώπιση της χρόνιας υπέρτασης έχει μελετηθεί εκτενώς και υφίστανται σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες από διεθνείς επιστημονικούς φορείς, οι τεκμηριωμένες συστάσεις για τη διαχείριση των υπερτασικών κρίσεων παραμένουν περιορισμένες.

Ως υπερεπείγουσα υπερτασική κρίση (hypertensive emergency) ορίζεται η αιφνίδια και σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συνήθως άνω των 180/110 mmHg, με συνοδό οξεία βλάβη οργάνου στόχου. Η υπερεπείγουσα υπερτασική κρίση μπορεί να αποτελέσει απειλή για την ζωή και απαιτεί άμεση και προσεκτική θεραπευτική παρέμβαση και συνεχή παρακολούθηση. Η συμπτωματολογία εξαρτάται από το όργανο-στόχο που επηρεάζεται σε κάθε περίπτωση και αυτή μπορεί να εμπεριέχει, κεφαλαλγία, διαταραχές όρασης, προκάρδιο άλγος, δύσπνοια, άλλα νευρολογικά σημεία. Σημαντικό να διευκρινιστεί ότι στην υπερτασική εγκεφαλοπάθεια μπορεί να ανευρεθεί επηλυμία, ηπαργικότητα, τονοκλινικοί σπασμοί, φλοι-

ώδης τύφλωση και εν τέλη απώλεια συνείδησης αλλήλ σπάνια εντοπίζονται εστιακά νευρολογικά ευρήματα που θέτουν στην διαφορική διάγνωση το εγκεφαλικό.

Επείγουσα υπερτασική κρίση (hypertensive urgency), η οποία αφορά σοβαρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης χωρίς ενδείξεις οξείας βλάβης σε όργανα-στόχους και συνήθως αντιμετωπίζεται με σταδιακή μείωση της πίεσης και εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση μιας δομημένης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης στους ασθενείς που προσέρχονται με υπερτασική κρίση, συμβάλλοντας στην ασφαλή και αποτελεσματική κλινική διαχείριση.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η επίπτωση της υπερτασικής κρίσης σε άτομα με διαγνωσμένη αρτηριακή υπέρταση εκτιμάται περίπου στο 1–2%, ενώ αντιστοιχεί στο 7–25% των υπερτασικών ασθενών που θα προσέλθουν σε νοσοκομειακή δομή. Η συχνότητα εμφάνισης είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με δευτεροπαθή υπέρταση, ενώ ο ανεπαρκής έλεγχος της αρτηριακής πίεσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλω-

ση υπερτασικής κρίσης.

Σε πρόσφατη μελέτη, η επίπτωση της επείγουσας και υπερεπείγουσας υπερτασικής κρίσης σε ασθενείς που επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών προσδιορίστηκε στο 1,6% και 0,4%, αντίστοιχα¹. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ηλικιωμένοι άνδρες, ενώ παρατηρούνται υψηλότερες τιμές συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης στους ασθενείς με υπερεπείγουσα κρίση. Αξίζει να σημειωθεί ότι η απόλυτη τιμή της αρτηριακής πίεσης ενδέχεται να έχει μικρότερη κλινική σημασία από τον ρυθμό αύξησής της. Ασθενείς με χρόνια υπέρταση συχνά ανέχονται υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης σε σύγκριση με νορμοτασικούς ασθενείς.

Στους ασθενείς με υπερεπείγουσα υπέρταση, περίπου το 40% προσέρχεται με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κυρίως ισχαιμικού τύπου¹. Άλλες συχνές συνυπάρχουσες καταστάσεις περιλαμβάνουν το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (~25%), την οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (~34%), καθώς και τον διαχωρισμό της αορτής, ο οποίος χρήζει ιδιαίτερης προσοχής¹. Οι περισσότεροι ασθενείς με υπερτασική κρίση έχουν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, συχνά σε συνύπαρξη με σακχαρώδη διαβήτη¹.

Όλοι οι ασθενείς με υπερεπείγουσα υπερτασική κρίση απαιτούν ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση, ενώ περίπου το 45–50% των ασθενών με επείγουσα υπερτασική κρίση επίσης θα νοσηλευθούν¹. Από τους νοσηλευόμενους με υπερεπείγουσα κρίση, περίπου το 20–30% θα χρειαστεί εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας¹. Ο ετήσιος κίνδυνος θανάτου σε περιπτώσεις μη θεραπευόμενης υπερεπείγουσας κρίσης μπορεί να υπερβεί το 79%, με μέση επιβίωση περίπου 10 μηνών².

ΠΟΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η παθοφυσιολογία των υπερτασικών κρίσεων φαίνεται να σχετίζεται στενά με τη δυσλειτουργία του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ) και την υπερδραστικότητα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης (ΣΡΑ). Η αυξημένη ενεργοποίηση του ΣΝΣ οδηγεί σε άνοδο της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), προκαλώντας νατριούρηση και συστολή του εξωκυττάριου όγκου, γεγονός που επάγει περαιτέρω ενεργοποίηση του ΣΡΑ. Το τελευταίο ασκεί άμεσες τοξικές επιδράσεις στο αγγειακό ενδοθήλιο, ενισχύοντας τις περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις και προκαλώντας δυ-

► σλειτουργία του ενδοθηλίου, συμβάλλοντας στην περαιτέρω αύξηση της ΑΠ.

Η παρατεταμένη αύξηση της ΑΠ σε συνδυασμό με την ενδοθηλιακή βλάβη προάγουν την υπέρεκφραση μορίων προσκόλλησης και φλεγμονωδών κυτταροκινών, οδηγώντας σε ενίσχυση της φλεγμονής, αγγειοσύσπαση και μικροαγγειακή θρόμβωση. Έτσι η ινδοειδής νέκρωση των μικρών αγγείων του εγκεφάλου, της καρδιάς, των νεφρών και του αμφιβληστροειδούς αποτελούν το χαρακτηριστικό γνώρισμα της οξείας μικροαγγειακής βλάβης/ μικροαγγειοπάθειας. Η οξεία υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια με φλογοειδής αιμορραγία, βαμβακόμορφες κηλίδες, οίδημα οπτικής θηλής αποτελεί την πιο τυπική έκφραση μικροαγγειοπάθειας. Αντίστοιχου παθολογοφυσιολογικού μηχανισμού είναι οι βλάβες που ανευρίσκονται στην υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Πέραν της ιδιοπαθούς υπέρτασης, έχουν αναγνωριστεί και άλλες παθολογικές καταστάσεις που ενδέχεται να αποτελέσουν αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης υπερτασικής κρίσης. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται τα νεφροπαρεγχυματικά νοσήματα, όπως οι αγγειίτιδες, οι σπειραματονεφρίτιδες και η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα. Ενδοκρινικές διαταραχές, όπως η νόσος Cushing και το φαιοχρωμοκύτωμα, καθώς και παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι εγκεφαλικές αιμορραγίες, τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια και οι ενδοκρανιακοί όγκοι, έχουν επίσης ενοχοποιηθεί.

Επιπλέον, ουσίες που προκαλούν υπερδιέγερση του ΣΝΣ, όπως η κοκαΐνη, τα συμπαθομιμητικά φάρμακα, η ερυθροποιητίνη και η κυκλοσπορίνη, μπορούν να οδηγήσουν σε υπερτασική κρίση. Η αιφνίδια διακοπή της αντιυπερτασικής αγωγής, καθώς και φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις – κυρίως με αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) – αποτελούν επίσης σημαντικούς εκλυτικούς παράγοντες. Τέλος, καταστάσεις όπως η εκλαμψία και το σύνδρομο υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. σύνδρομο Guillain-Barré) είναι δυνητικά υπεύθυνες για την εκδήλωση υπερτασικών κρίσεων.

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Αρχική προσέγγιση

Η έγκαιρη και στοχευμένη λήψη ατομι-

κού αναμνηστικού, σε συνδυασμό με λεπτομερή φυσική εξέταση, αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για την αποτελεσματική και στοχευμένη αντιμετώπιση των ασθενών που προσέρχονται με υπερτασική κρίση, με τελικό στόχο τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Προεξάρχουσας σημασίας είναι ο προσδιορισμός των προσβεβλημένων οργάνων-στόχων, τα οποία καθορίζουν την ανάγκη εφαρμογής συγκεκριμένων παρεμβάσεων και τον κατάλληλο χρόνο και βαθμό μείωσης της πίεσης έως την ασφαλή ρύθμισή της.

Το ιστορικό θα πρέπει να επικεντρώνεται στη διάρκεια και τη βαρύτητα της προϋπάρχουσας αρτηριακής υπέρτασης, στην πιθανή ύπαρξη οργανικών βλαβών από όργανα-στόχους, καθώς και στο φαρμακευτικό προφίλ του ασθενούς.

Είναι απαραίτητο να συλλεχθούν πληροφορίες για την αντιυπερτασική αγωγή, καθώς και για τη χρήση φαρμάκων ή ουσιών που ενδέχεται να συμβάλλουν στην άνοδο της αρτηριακής πίεσης, όπως τα συμπαθομιμητικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), τα κορτικοστεροειδή και ουσίες κατάχρησης. Επιπλέον, θα πρέπει να καταγράφονται αναλυτικά οι συνυπάρχουσες νοσηρότητες, καθώς αυτές ενδέχεται να επηρεάσουν τόσο την κλινική εικόνα όσο και την επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής.

Η ύπαρξη συμπτωμάτων είναι πιο συχνή σε ασθενείς με υπερεπείγουσα υπερτασική κρίση¹. Μεταξύ των συμπτωμάτων, τα πιο συχνά είναι οι νευρολογικές διαταραχές, η θωρακαλγία και η δύσπνοια, ενώ σε ασθενείς με επείγουσα υπερτασική κρίση είναι η θωρακαλγία, η κεφαλαλγία και η δύσπνοια. Σε καταστάσεις υπερεπείγουσας υπέρτασης με προηγούμενο ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα μη ειδικών συμπτωμάτων όπως ο πόνος.

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ και ΔΑΠ) πρέπει να πραγματοποιείται τόσο σε καθιστή όσο και σε όρθια θέση, στα δύο άνω άκρα, καθώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των άκρων μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη αορτικού διαχωρισμού. Ο σκοπός της φυσικής εξέτασης είναι η αναγνώριση βλαβών σε όργανα στόχους. Οι βλάβες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν σοβαρές νευρολογικές διαταραχές, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, εγκεφαλικό έμφρακτο, ενδοκρανιακή αιμορραγία, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, οξεία ανε-

πάρκεια αριστερής κοιλίας, οξύ πνευμονικό οίδημα, αορτικό διαχωρισμό, οξεία νεφρική βλάβη με μικροσκοπική αιματουρία ή εκλαμψία.

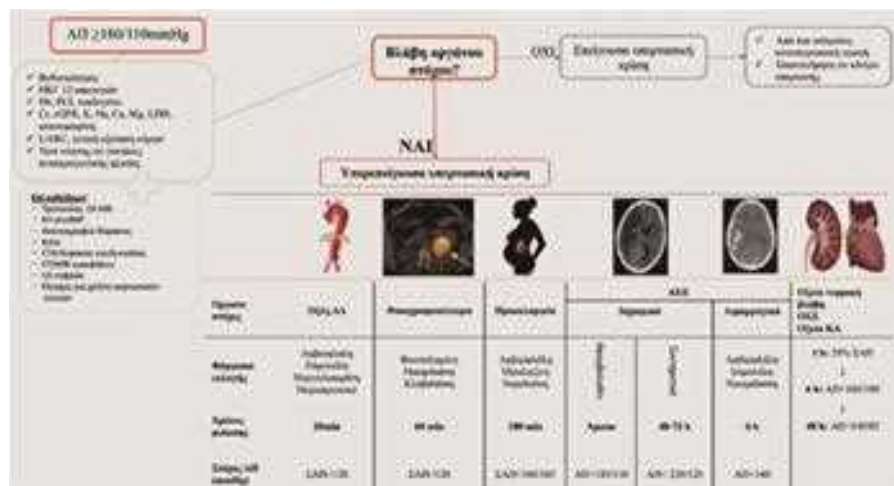
Στη φυσική εξέταση, η διάταση των σφαγιτίδων φλεβών, οι υγροί ρόγχοι, ο τρίτος καρδιακός τόνος, το επίπεδο συνείδησης, η εστιακή νευρολογική σημειολογία και η ύπαρξη μνηιγγικών σημείων πρέπει να ελέγχονται για να αποκλειστούν οι συχνότερες βλάβες σε όργανα στόχους, όπως η καρδιά και ο εγκεφαλος. Για παράδειγμα, η υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, η οποία είναι ένα οξύ σύνδρομο που προκαλείται από ανεπάρκεια στην αυτορρύθμιση της εγκεφαλικής αιματικής ροής, μπορεί να συνοδεύεται από κεφαλαλγία, ναυτία, έμετο, λιθαργικότητα, σύγχυση, οφθαλμικές διαταραχές και σπασμούς.

Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει τη γενική αίματος, την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας με τη μέτρηση της ουρίας, της κρεατινίνης και τον υπολογισμό του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, καθώς και τη μέτρηση των ηλεκτρολυτών (νατρίου και καλίου) στον ορό. Επιπλέον, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η ακτινογραφία θώρακος είναι σημαντικές εξετάσεις που δεν πρέπει να παραλείπονται. Ανάλογα με τα ευρήματα της αρχικής εκτίμησης και του βασικού παρακλινικού ελέγχου, ενδέχεται να χρειαστεί η διενέργεια επιπρόσθετων εξετάσεων, όπως η γενική εξέταση ούρων, η βυθοσκοπήση, η μέτρηση της καρδιακής τροπονίνης, το υπερηχογράφημα καρδιάς και κοιλίας.

Ο πιο εκτεταμένος έλεγχος συνήθως πραγματοποιείται σε μια μειοψηφία ασθενών, κυρίως σε εκείνους που έχουν καρδιολογικές επιπλοκές.

Θεραπευτικοί Στόχοι

Παρά την πληθώρα μελετών και κατευθυντήριων οδηγιών στον τομέα της χρόνιας αρτηριακής υπέρτασης, η αντιμετώπιση των υπερτασικών κρίσεων παραμένει δύσκολη, καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα από τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες που να παρέχουν καθορισμένες κατευθύνσεις. Ο ρυθμός και ο χρόνος μείωσης της αρτηριακής πίεσης (*Πίνακας 1*), καθώς και η φαρμακευτική αγωγή που θα χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη αυτής της μείωσης, στηρίζονται κυρίως σε απόψεις ειδικών και αναδρομικές μελέτες (*Εικόνα 1*). Παρ' όλα αυτά, είναι ξεκάθαρο ότι ο διαχωρισμός μεταξύ υπερεπείγουσας και ε-



Εικόνα 1: Αντιμετώπιση υπερτασικής κρίσης.

ΑΔ: αορτικός διαχωρισμός, ΑΕΕ: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΗΚΓ: ηλκτροκαρδιογράφημα, ΚΑ: καρδιακή ανεπάρκεια, ΟΣΣ: οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, Ηb: αιμοσφαιρίνη, PLT: αριθμός αιμοπεταλίων, Cr: κρεατινίνη, K: κάλιο αίματος, Na: νάτριο αίματος, Ca: ασβέστιο αίματος, Mg: μαγνήσιο αίματος, UARC: λόγος αλβουμίνης προς κρεατινίνη ούρων, Echo: υπερηχοκαρδιογράφημα, US: υπέρηχο, CT: αξονική τομογραφία, MRI: μαγνητική τομογραφία

πείγουσας υπερτασικής κρίσης είναι κρίσιμος για την καθοδήγηση της θεραπευτικής προσέγγισης.

Στην υπερεπείγουσα υπερτασική κρίση, όπου υπάρχει άμεσος κίνδυνος για την ζωή του ασθενούς λόγω οργάνων στόχων που πλήττονται (π.χ., εγκεφαλικό επεισόδιο, αορτικός διαχωρισμός), απαιτείται άμεση και ταχεία μείωση της αρτηριακής πίεσης με ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων. Αντίθετα, στην επείγουσα υπερτασική κρίση, η μείωση της πίεσης πρέπει να γίνει σταδιακά, με τον στόχο να αποφευχθούν ανεπιθύμητες επιπλοκές, όπως η μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή ή η οξεία νεφρική βλάβη.

Αυτός ο διαχωρισμός καθορίζει την επιλογή φαρμάκων και την ένταση της θεραπείας, με την υπερεπείγουσα κρίση να απαιτεί πιο επιθετική παρέμβαση και την επείγουσα κρίση να επιτρέπει μια πιο ήπιη προσέγγιση.

Αντιμετώπιση υπερεπείγουσας υπερτασικής κρίσης

Σε ασθενείς με υπερεπείγουσα υπερτασική κρίση, η έγκαιρη διάγνωση και η έναρξη θεραπείας με βραδείας δράσης παρεντερικά αντιυπερτασικά φάρμακα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την πρόληψη της εξέλιξης βλάβης σε όργανα-στόχους, συμβάλλοντας σημαντικά στη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας³. Οι στόχοι της ΑΠ σε κάθε περίπτωση συ-

νοψίζονται στον **Πίνακα 1**. Μια ταχεία μείωση της ΑΠ θα πρέπει να αποφεύγεται καθώς δυνητικά θα προκαλέσει υποάρδευση ιστών και ισχαιμία⁴. Μια μέγιστη μείωση της τάξης του 20-25% κατά την πρώτη ώρα, με στόχο ΣΑΠ 160mmHg και ΔΑΠ 110-100mmHg εντός 6 ωρών θεωρείται αποδεκτή⁴. Μετά την αρχική μείωση και την αποφυγή της προόδου της βλάβης οργάνων στόχων, μια πιο σταδιακή μείωση της ΑΠ στις επόμενες 24-48 ώρες πρέπει να δοκιμάζεται⁴. Με την επιστροφή της ΑΠ σε φυσιολογικά επίπεδα, πρέπει να πραγματοποιείται η αποτιτλοποίηση της παρεντερικής θεραπείας με έναρξη από του στόματος φαρμάκων⁴.

Όπως σωστά αναφέρεται, ο οξύς αορτικός διαχωρισμός, η προεκλαμψία, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η κρίση ΣΝΣ αποτελούν εξαιρέσεις στον κανόνα της σταδιακής μείωσης της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στην υπερεπείγουσα υπερτασική κρίση. Ο οξύς αορτικός διαχωρισμός είναι μια εξαιρετικά επικίνδυνη κατάσταση με ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα, η οποία μπορεί να φτάσει το 70%. Όταν ο οξύς αορτικός διαχωρισμός συνδυάζεται με υπερτασική κρίση, ο έλεγχος της ΑΠ είναι απολύτως κρίσιμος και έχει αποδειχθεί ότι η επαρκής μείωση της ΑΠ μπορεί να μειώσει τη μονοετή και πενταετή θνητότητα κατά 25% και 50%, αντίστοιχα. Στην περίπτωση αυτή, το φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση εί-

ναι οι ενδοφλέβιοι β-αναστολείς, όπως η λαβηταλόλη και η εσμολόλη, οι οποίοι βοηθούν στην ταχεία μείωση του καρδιακού ρυθμού και της ΑΠ, περιορίζοντας τις δυνάμεις που ασκούνται στον τοίχο της αορτής και μειώνοντας τον κίνδυνο ρήξης.

Η αντιμετώπιση απαιτεί άμεση μείωση της ΑΠ εντός 20 λεπτών, με στόχο να επιτευχθεί ΣΑΠ (συστολική αρτηριακή πίεση) <120 mmHg. Αν αυτή η μείωση δεν επιτευχθεί μετά τη χορήγηση β-αναστολέα, μπορεί να προστεθεί ένας αγγειοδιασταλτικός παράγοντας, όπως η νιτρογλυκερίνη ή το νιτροπρωσσικό, για περαιτέρω μείωση της ΑΠ. Ωστόσο, η χορήγηση του αγγειοδιασταλτικού πρέπει πάντα να ακολουθεί τη χορήγηση του β-αναστολέα, προκειμένου να αποφευχθεί η αντανάκλαστική ταχυκαρδία, η οποία θα μπορούσε να επιδεινώσει την κατάσταση.

Η σωστή και έγκαιρη θεραπευτική προσέγγιση σε αυτή την κρίσιμη κατάσταση μπορεί να μειώσει σημαντικά τη θνητότητα και τις σοβαρές επιπλοκές που σχετίζονται με τον αορτικό διαχωρισμό.

Προχωρώντας στις οξείες εγκεφαλικές αιμορραγίες, η αυξημένη πίεση σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου επέκτασης της αιμορραγίας, θανάτου και χειρότερης ανάρρωσης. Ο χρόνος μείωσης είναι εντός 6 ωρών με τελικό στόχο ΑΠ<140 mmHg αμέσως μετά από το έμφραγμα εντός 1 ώρας και εξεσιμασμένης μείωσης ΣΑΠ>70mmHg καθώς έχει παρατηρηθεί επιδείνωση νευρολογικής εικόνας όπως φάνηκε στις μελέτες INTER-ACT1 και ICH-ADAPT^{6,7}. Τα φάρμακα εκλογής είναι η λαβηταλόλη, η νικαρδιπίνη ή η εσμολόλη, ενώ θα πρέπει να αποφεύγεται το νιτροπρωσσικό νάτριο και η υδραλαζίνη⁵.

Για τα ισχαιμικά ΑΕΕ, ιδανικοί φαρμακευτικοί παράγοντες είναι η λαβηταλόλη και η νικαρδιπίνη⁵. Η μείωση της ΑΠ σε επίπεδα <185/110mmHg πρέπει να επιλέγεται σε ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ που θα υποβληθούν σε θρομβόλυση και να διατηρείται <180/105 για τις επόμενες 24 ώρες⁵. Όσον αφορά την μηχανική θρομβεκτομή (με ή χωρίς θρομβόλυση) παρότι υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα, συστήνεται η μείωση της ΑΠ< 180/105mmHg πριν την επέμβαση και διατήρηση της σε αυτά τα επίπεδα για 24 ώρες. Για άτομα με ΑΠ <220/120mmHg που δεν θα υποβληθούν σε θρομβόλυση, δεν υπάρχει όφελος έναρξης ή επανέναρξης της αντιυπερτασικής αγωγής τις πρώτες 48-72

► 48 ώρες μετά το ΑΕΕ⁵. Για άτομα με ΑΕΕ και ΑΠ >220/120mmHg που δεν θα υποβληθούν σε θρομβόλυση, μια μείωση της ΑΠ κατά 15% τις πρώτες 24 ώρες πιθανώς να είναι ευεργετική⁵. Τέλος για σταθερούς ασθενείς με ΑΠ >140/90mmHg για παραπάνω από 3 ημέρες μετά από οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό συνιστάται η έναρξη ή επανέναρξη της αντι-υπερτασικής αγωγής.

Η προεκλαμψία αποτελεί δύσκολο απειλητικό για τη ζωή της μητέρας και του εμβρύου επιπλοκή της εγκυμοσύνης, η οποία συνήθως εμφανίζεται μετά την 20η εβδομάδα. Ορίζεται ως ΣΑΠ ≥ 140 mmHg ή ΔΑΠ ≥ 90 mmHg σε δύο μετρήσεις με χρονική διαφορά, σε γυναίκα χωρίς προϋπάρχουσα αρτηριακή υπέρταση⁸. Παράλληλα πρέπει να συνυπάρχει και ένα από τα ακόλουθα: πρωτεϊνουρία (0.3g/d), θρομβοπενία (αιμοπετάλια <150.000/μL, αιμόλυση, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη), διαταραχές ηπατικών ενζύμων (αυξημένες τρανσαμινάσες >40U/L με συνοδό πόνο σε δεξιό υποχόνδριο ή επιγάστριο), νέα ή επιδεινούμενη νεφρική δυσλειτουργία (κρεατινίνη >1mg/dL), πνευμονικό οίδημα, εγκεφαλικές διαταραχές (σπασμοί, εναλλασσόμενη επιπέδου συνείδησης, τύφλωση, εγκεφαλικό, κεφαλαλγία, εμμένοντα οπτικά σκοτώματα) και δυσλειτουργία μητρο-πληκουντιακής κυκλοφορίας⁸. Ο τοκετός αποτελεί την θεραπεία της προεκλαμψίας και μπορεί να πραγματοποιηθεί στην 37η εβδομάδα κύησης ή και νωρίτερα εάν πρόκειται για υψηλού κινδύνου περιπτώσεις. Σε εγκύους με προεκλαμψία και σημαντικά αυξημένη πίεση, η μείωση της ΣΑΠ < 160mmHg και ΔΑΠ < 105mmHg εντός 150-180 λεπτών κρίνεται αναγκαία. Επί μη επίτευξης ελέγχου και ρύθμισης ΑΠ εντός 6 ωρών απαιτείται η εισαγωγή σε μονάδα εντατικής φροντίδας και η εκτίμηση πραγματοποίησης τοκετού.

Μέχρι πρόσφατα, η θεραπεία πρώτης γραμμής για την μείωση της ΑΠ στην προεκλαμψία ήταν η ενδοφλέβια λαβηταλόλη ή υδραλαζίνη. Ωστόσο, διατυπώθηκαν ενστάσεις για την ασφάλεια της υδραλαζίνης, που οδήγησε στην πραγματοποίηση κλινικών μελετών για την ανεύρεση αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπειών. Από τα αποτελέσματα των μελετών φάνηκε πως η νιφεδιπίνη είναι μια ασφαλής και αξιόλογη εναλλακτική επιλογή. Από τη μελέτη των Shekhar και συνεργατών φάνηκε πως η νιφεδιπίνη οδηγεί σε ταχύτερη επίτευξη του στόχου ΑΠ (ΣΑΠ ≤ 150 mmHg, ΔΑΠ ≤ 100 mmHg), με ανάγκη για λιγότερες

Πίνακας 1: Στόχοι αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε καταστάσεις υπερεπείγουσας υπερτασικής κρίσης

Βλάβη οργάνου στόχου	Στόχος
Γενικά:	
Οξεία νεφρική βλάβη	↓ ΣΑΠ 25% εντός 1 ώρας
Εγκεφαλοπάθεια	ΑΠ <160/100mmHg εντός των επόμενων 6 ωρών
Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο *	ΑΠ <140/85mmHg εντός 48 ωρών
Οξεία Καρδιακή ανεπάρκεια/ΟΠΟ*	
Εξαιρέσεις:	
*Εξελισσόμενο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου/πνευμονικό οίδημα	<140 mmHg εντός 60 λεπτών
Οξεία εγκεφαλική αιμορραγία	ΣΑΠ <140mmHg (αποφυγή ↓ ΣΑΠ >70mmHg) εντός 6 ωρών
Οξεία ισχαιμικό ΑΕΕ	Θρομβόλυση ΑΠ<185/110mmHg πριν από θρομβόλυση ΑΠ<180/105mmHg για τις επόμενες 24 ώρες (ομοίως για μηχανική θρομβεκτομή) Χωρίς θρομβόλυση ΑΠ: <220/120mmHg Σταθεροί ασθενείς + > 3ημέρες ισχαιμικό ΑΕΕ ΑΠ<140/90 mmHg
Οξύς αορτικός διαχωρισμός	ΣΑΠ <120mmHg εντός 20 λεπτών
Προεκλαμψία	ΣΑΠ <160/105 mmHg εντός 150-180 λεπτών
Κρίση ΣΝΣ (φαιοχρωμοκύττωμα)	ΣΑΠ <140mmHg εντός 60 λεπτών
ΑΕΕ: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΟΠΟ: οξύ πνευμονικό οίδημα, ΣΝΣ: συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ΣΑΠ: συστολική ΑΠ, ΔΑΠ: διαστολική ΑΠ	

δόσεις του φαρμάκου συγκριτικά με τη λαβηταλόλη⁹. Αξίζει να τονισθεί ότι 5 άτομα που δεν πέτυχαν το στόχο με την λαβηταλόλη, είχαν σημαντική μείωση της πίεσης με την έναρξη νιφεδιπίνης⁹. Συγκριτικά με την προαναφερθείσα μελέτη, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ από του στόματος νιφεδιπίνης και ενδοφλέβιας λαβηταλόλης στην τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή των Shi και συνεργατών¹⁰. Παράλληλα, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ νιφεδιπίνης και υδραλαζίνης¹¹. Σημαντικό να σημειωθεί ότι η συγχρόνηση νιφεδιπίνης και θειικού μαγνησίου που απαιτείται σε περιπτώσεις εκλαμψίας, προεκλαμψίας με συνοδό υπέρταση και πρωτεϊνουρία/νευρολογική συμπτωματολογία, μπορεί να προκαλέσει υπόταση και απαιτείται στενή παρακολούθηση. Όσον αφορά τις θεραπείες δεύτερης γραμμής, η ενδοφλέβια νικαρδιπίνη θα μπορούσε να αποτελέσει μια επιλογή στην αποτελεσματική μείωση της ΑΠ. Ωστόσο πρέπει να δίνεται προσοχή σε πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες¹².

Τέλος, η υπερέκκριση κατεχολαμινών, όπως στο φαιοχρωμοκύττωμα, αντιμετωπίζεται με την ενδοφλέβια χορήγηση φαινολαμίνης, νικαρδιπίνης ή κλεβιδιπίνης. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ενδοκρινολογικής Εταιρείας για την αντιμετώπιση του φαιοχρωμοκυττώματος, προτείνεται η μείωση της ΣΑΠ <140mmHg εντός των πρώτων 60 λεπτών με ενδοφλέ-

βια χορήγηση φαινολαμίνης, με προσθήκη επιπλέον ενδοφλέβιων αντιυπερτασικών μέχρι την επίτευξη του στόχου ΑΠ¹³.

Αντιμετώπιση επείγουσας υπερτασικής κρίσης

Στις καταστάσεις επείγουσας υπερτασικής κρίσης, η σταδιακή μείωση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) εντός 24-48 ωρών με από του στόματος αντιυπερτασική αγωγή αποτελεί την πιο ενδεδειγμένη στρατηγική. Η επιθετική και ταχεία μείωση της ΑΠ πρέπει να αποφεύγεται, καθώς μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές.

Η υπερτασική κρίση συχνά προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας χρόνιας, αρρύθμιστης αρτηριακής υπέρτασης. Όταν η ΑΠ μειώνεται πολύ γρήγορα, ειδικά σε υπερτασικούς ασθενείς, μπορεί να συμβούν σημαντικές αλλαγές στην αυτορρύθμιση της πίεσης και της ροής του αίματος, κυρίως στην εγκεφαλική, στεφανιαία και νεφρική μικροκυκλοφορία. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να οδηγήσουν σε υποάρδευση των ιστών και ισχαιμία, που ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες σε αυτά τα όργανα-στόχους, όπως ο εγκέφαλος, η καρδιά και τα νεφρά.

Για το λόγο αυτό, η σταδιακή μείωση της ΑΠ είναι η πιο ασφαλής και αποδοτική προσέγγιση, καθώς επιτρέπει στο σώμα να προσαρμοστεί σταδιακά στις νέες συνθήκες. Ειδικά σε αυτές τις καταστάσεις, η

παρακολούθηση και η καθοδήγηση από εξειδικευμένα ιατρεία υπέρτασης είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί ότι η ΑΠ θα μειωθεί με τον σωστό ρυθμό και να επιτευχθεί ο ιδανικός στόχος ΑΠ με ασφάλεια. Οι τακτικές επισκέψεις και η παρακολούθηση της θεραπείας βοηθούν στην αποφυγή ανεπιθύμητων επιπλοκών και στη βελτίωση της συνολικής υγείας του ασθενούς.

Ένα από τα βασικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της επείγουσας υπερτασικής κρίσης είναι η από του στόματος ή υπογλώσσια καπτοπρίλη, ένας αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης¹⁴. Η από του στόματος χορήγηση αρχίζει να δρα εντός 15-30 λεπτών και διαρκεί για 4-6 ώρες. Η προτεινόμενη δόση είναι 12.5-25mg και μπορεί να επαναληφθεί μετά από 30-60 λεπτά. Σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η υπόταση, η οξεία νεφρική βλάβη και το αγγειοοίδημα. Συγκριτικά με τη νιφεδιπίνη 10mg, η καπτοπρίλη είναι εξίσου αποτελεσματική, με λιγότερες παρενέργειες.

Η νιφεδιπίνη είναι ένας αναστολέας διαύλων ασβεστίου της ομάδας των διϋδροπυριδίνων που χρησιμοποιείται για τις υπερτασικές κρίσεις¹⁴. Η ταχεία δράση νιφεδιπίνης (5-10 mg) μπορεί να προκαλέσει σημαντική και άμεση μείωση της αρτηριακής πίεσης εντός 5-10 λεπτών, με διάρκεια δράσης 6 έως 8 ώρες.

Ωστόσο, λόγω της απρόβλεπτης και ενίοτε υπερβολικής της δράσης, η οποία ενδέχεται να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες, προτιμάται η χρήση νιφεδιπίνης βραδείας αποδέσμευσης (20 mg). Η τελευταία προσφέρει πιο ελεγχόμενη και ασφαλή μείωση της αρτηριακής πίεσης εντός 15-30 λεπτών, με παρατεταμένη διάρκεια δράσης που μπορεί να φτάσει έως και 10-12 ώρες. Η αμιλοδιπίνη είναι μια ακόμα εναλλακτική της ίδιας φαρμακευτικής κατηγορίας με πιο παρατεταμένη διάρκεια δράσης (24-48 ώρες μετά την 1η ώρα)¹⁴.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΕΛΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Οι υπερτασικές κρίσεις είναι συχνές καταστάσεις που ενδέχεται να είναι επικίνδυνες, καθώς μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα και αποτελεσματικά. Ο διαχωρισμός τους σε επεπείγουσες και επείγουσες υπερτασικές κρίσεις, ανάλογα με την ύπαρξη ή την απουσία βλαβών σε όργανα στόχους, είναι ζωτικής ση-

μασίας, καθώς καθορίζει τον τρόπο αντιμετώπισης και τη στρατηγική μείωσης της αρτηριακής πίεσης. Για τους ασθενείς με επείγουσα υπερτασική κρίση, συνήθως δεν απαιτείται νοσηλεία, και η θεραπεία τους πραγματοποιείται μέσω από του στόματος αντιυπερτασικών φαρμάκων, με πιο τακτική παρακολούθηση.

Αντίθετα, οι ασθενείς με επεπείγουσα υπερτασική κρίση (ΑΠ > 180/110 mmHg και βλάβη οργάνου-στόχου) απαιτούν νοσηλεία και άμεση αντιμετώπιση με παρεντερική αντιυπερτασική αγωγή για να αποφευχθεί η πρόοδος της βλάβης στα όργανα-στόχους. Σε αυτή την περίπτωση, η ταχεία μείωση της ΑΠ πρέπει να αποφεύγεται, καθώς μπορεί να προκαλέσει υποάρδευση των ιστών και ισχαιμία, κάτι που μπορεί να βλάψει σημαντικά τα όργανα-στόχους, όπως τον εγκέφαλο, την καρδιά ή τα νεφρά.

Ωστόσο, υπάρχουν εξαιρέσεις σε αυτόν τον κανόνα. Στην περίπτωση επεπείγουσας υπερτασικής κρίσης που συνοδεύεται από οξύ αορτικό διαχωρισμό, προεκλημψία ή οξύ ισχαιμικό ή αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η ταχεία μείωση της ΑΠ μπορεί να είναι απαραίτητη για την αποτροπή περαιτέρω επιπλοκών και την επιβίωση του ασθενούς. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να αποφεύγεται η χρήση διουρητικών, καθώς μειώνουν τον ενδαγγειακό όγκο οδηγώντας σε επιδείνωση της ιστικής αιμάτωσης.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία των συστάσεων για την αντιμετώπιση των υπερτασικών κρίσεων στηρίζεται κυρίως σε απόψεις ειδικών και κλινική εμπειρία, καθώς υπάρχει έλλειψη επαρκών τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών που να παρέχουν ισχυρά και τεκμηριωμένα δεδομένα για τη βέλτιστη προσέγγιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Salvetti M, Paini A, Colanetti E, Tarozzi L, Bertacchini F, Aggiusti C, et al. Hypertensive emergencies and urgencies: a single-centre experience in Northern Italy 2008-2015. *J Hypertens*. 2020;38(1):52-8.
2. Keith NM, Wagener HP, Barker NW. Some different types of essential hypertension: their course and prognosis. *Am J Med Sci*. 1974;268(6):336-45.
3. Vidt DG. Emergency room management of hypertensive urgencies and emergencies. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2001;3(3):158-64.
4. Marik PE, Varon J. Hypertensive crises: challenges and management. *Chest*. 2007;131(6):1949-62.

5. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Jr., Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):1269-324.
6. Anderson CS, Huang Y, Wang JG, Arima H, Neal B, Peng B, et al. Intensive blood pressure reduction in acute cerebral haemorrhage trial (INTERACT): a randomised pilot trial. *Lancet Neurol*. 2008;7(5):391-9.
7. Butcher K, Jeerakathil T, Emery D, Dowlathshahi D, Hill MD, Sharma M, et al. The Intracerebral Haemorrhage Acutely Decreasing Arterial Pressure Trial: ICH ADAPT. *Int J Stroke*. 2010;5(3):227-33.
8. Pregnancy TFOH. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1122-31.
9. Shekhar S, Sharma C, Thakur S, Verma S. Oral nifedipine or intravenous labetalol for hypertensive emergency in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1057-63.
10. Shi DD, Yang FZ, Zhou L, Wang N. Oral nifedipine vs. intravenous labetalol for treatment of pregnancy-induced severe pre-eclampsia. *J Clin Pharm Ther*. 2016;41(6):657-61.
11. Sharma C, Soni A, Gupta A, Verma A, Verma S. Hydralazine vs nifedipine for acute hypertensive emergency in pregnancy: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(6):687 e1- e6.
12. Cornette J, Buijs EA, Duvekot JJ, Herzog E, Roos-Hesselink JW, Rizopoulos D, et al. Hemodynamic effects of intravenous nicardipine in severely pre-eclamptic women with a hypertensive crisis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;47(1):89-95.
13. Lenders JW, Duh QY, Eisenhofer G, Gimenez-Roqueplo AP, Grebe SK, Murad MH, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2014;99(6):1915-42.
14. Maloberti A, Cassano G, Capsoni N, Gheda S, Magni G, Azin GM, et al. Therapeutic Approach to Hypertension Urgencies and Emergencies in the Emergency Room. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2018;25(2):177-89.

Οι μυοκαρδιοπάθειες στη σύγχρονη εποχή | Σημεία κλειδιά για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση τους

ΤΡΙΚΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Md, FESC, FACC

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής ΓΝΑ Ευαγγελισμός
Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Με τον όρο μυοκαρδιοπάθειες εννοούμε τα νοσήματα εκείνα που χαρακτηρίζονται από μορφολογικές ή/και λειτουργικές διαταραχές της καρδιάς που δεν μπορούν να αποδοθούν σε άλλες παθολογικές αιτίες όπως είναι για παράδειγμα η στεφανιαία ή η βαλβιδική καρδιακή νόσος. Η συχνότερη μυοκαρδιοπάθεια είναι η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη υπερτροφία τμημάτων ή και συνολικά όλου του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας. Ακολουθούν σε συχνότητα η διατατική μυοκαρδιοπάθεια, που χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη διάταση των κοιλοτήτων της καρδιάς και η αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας, κατά την οποία προκύπτει προοδευτική αντικατάσταση του φυσιολογικού μυοκαρδίου από παθολογικό, ινολιπώδη ιστό. Δυστυχώς, κάποιες φορές, ο ασθενής, ειδικά στα αρχικά στάδια της νόσου, ενδέχεται να είναι απόλυτα ασυμπτωματικός και η πρώτη εκδήλωση της πάθησης τελικά να είναι ακριβώς ο αιφνίδιος θάνατος.

Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη μεγάλη αξία της πρώιμης εκτίμησης από καρδιολόγους ειδικών τμημάτων, οι οποίοι μέσω της λήψης αναλυτικού ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, της κλινικής εξέτασης, του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, του υπερηχογραφήματος καρδιάς, ή και άλλων, περισσότερο εξειδικευμένων απεικονιστικών εξετάσεων, εφόσον αυτές απαιτούνται, θα θέσουν τη διάγνωση και θα συστήσουν την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση. Κυρίως, όμως, θα προσδιορίσουν τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής να εκδηλώσει στο μέλλον αιφνίδιο θάνατο. Σε περίπτωση που ο κίνδυνος αυτός είναι υψηλός, θα συσταθεί η εμφύτευση απινιδωτή, μιας συσκευής που έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει τις κακοήθεις αρρυθμίες και να τις τερματίζει αυτόματα. Τέλος, καθόσον τα νοσήματα αυτά είναι κληρονομικά σε υψηλό ποσοστό, ο θεράπων θα προβεί και στον ενδελεχή έλεγχο της οικογένειας με σκοπό να εντοπιστούν και άλλα μέλη που πιθανώς διατρέχουν κίνδυνο.

ΒΑΣΙΚΟΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΙ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ

1) Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια

Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη υπερτροφία (πάχος μυοκαρδιακού τοιχώματος ≥ 15 mm) ενός ή περισσότερων μυοκαρδιακών τμημάτων της αριστερής κοιλίας, υπερτροφία δηλαδή που δεν μπορεί να αποδοθεί σε συνθήκες αυξημένης αιμοδυναμικής φόρτισης, όπως για παράδειγμα έχουμε στην αρτηριακή υπέρταση ή σε στένωση της αορτικής βαλβίδας. Η κλινική διάγνωση της νόσου σε συγγενείς 1ου βαθμού ασθενών με επιβεβαιωμένη υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια ακολουθεί την ίδια λογική, με τη διαφορά

ότι εδώ αρκεί η διαπίστωση υπερτροφίας ≥ 13 mm. Ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται σε 0,2% στον ενήλικο πληθυσμό και σε 0,029% στον παιδικό πληθυσμό¹.

Η αρχική διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει, όπως σε όλες τις μυοκαρδιοπάθειες, την αναλυτική λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, την κλινική εξέταση και το καρδιογράφημα 12 απαγωγών. Η λήψη του οικογενειακού ιστορικού οφείλει να είναι ενδελεχής και ο κλινικός γιατρός πρέπει να αναζητήσει την πιθανή ύπαρξη άλλου συγγενικού προσώπου που να πάσχει από μυοκαρδιοπάθεια ή να έχει εμφανίσει αιφνίδιο θάνατο σε νεαρή ηλικία. Η κλινική εξέταση μπορεί να είναι απόλυτα φυσιο-

λογική, αλλά στην αποφρακτική μορφή της νόσου μπορεί να αναδειχθεί συστολικό φύσημα από την απόφραξη που δημιουργείται στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας.

Το καρδιογράφημα 12 απαγωγών, συνήθως, είναι στη φυσική πορεία της νόσου η πρώτη χρονολογικά εξέταση κατά την οποία θα αναδειχθούν παθολογικά ευρήματα σε αυτούς τους ασθενείς, προτού ακόμα προλάβει να εμφανιστεί έκδηλη υπερτροφία στο υπερηχογράφημα καρδιάς. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, λοιπόν, μπορεί να εντοπιστούν διαταραχές εκπόλωσης, αναπόλωσης, παθολογικά κύματα Q, αλλά και ηλεκτροκαρδιογραφικοί δείκτες υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας. Από την άλλη μεριά, το υπερηχογράφημα καρδιάς θα αναδείξει ακριβώς την ύπαρξη, την έκταση και τη σοβαρότητα της μυοκαρδιακής υπερτροφίας σε ένα ή περισσότερα μυοκαρδιακά τμήματα.

Επιπλέον, όμως, θα επιτρέψει τον προσδιορισμό των διαστάσεων και της λειτουργικότητας των καρδιακών κοιλοτήτων αλλά και την εκτίμηση και ποσοτικοποίηση της πιθανής απόφραξης στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας. Κατόπιν αυτών, ο εξειδικευμένος καρδιολόγος θα θέσει ένα holter ρυθμού, προκειμένου να διερευνηθεί εάν ο ασθενής εμφανίζει αρρυθμίες απότοκες της μυοκαρδιοπάθειας και να διεκρινιστεί η προέλευσή τους (κοιλικές ή κοιλικές ταχυαρρυθμίες).

Ακόμη, ο ασθενής θα υποβληθεί σε δοκιμασία κοπώσεως ώστε να μελετηθεί ο τρόπος που απαντά η αρτηριακή πίεση στην άσκηση και τέλος θα παραπεμφθεί και για διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς αποτελεί τα τελευταία χρόνια σημαντικότερο εργαλείο στη διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με μυοκαρδιοπάθεια και αυτό γιατί, εκτός των άλλων, έχει την ικανότητα να μας δίνει πληροφορίες για τον ίδιο το μυοκαρδιακό ιστό (πληροφορίες που δεν μπορεί να μας δώσει το απλό υπερηχογράφημα καρδιάς), και κυρίως να εντοπίσει την πιθανή ύπαρξη οιδήματος ή ίνωσης σε τμήματα του μυοκαρδίου.

Η θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια ακολουθεί δυο βασικούς άξονες: 1) βελτίωση των αποφρακτικών φαινομένων που ενδεχομένως εμφανίζει ο ασθενής (αποφρακτική μορφή της νόσου) και 2) πρόληψη του αιφνιδίου θανάτου. Στο πρώτο σκέλος, διαθέτουμε αρκετούς φαρμακευτικούς παράγοντες (βαναστολείς, βεραπαμίνη, διλιταζέ- ➡

μη, δισοπυραμίδη), ενώ τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί στη θεραπευτική μας φάρμακα και το mavacamten, ένας εκλεκτικός αναστολέας μυοσίνης, που μειώνει την υπερσυσπαστικότητα που εμφανίζουν τα μυοκύτταρα του μυοκαρδιακού ιστού. Στην περίπτωση που τα ανωτέρω μέσα δεν κατορθώσουν να άρουν την απόφραξη στο χώρο εξόδου, υπάρχουν και επεμβατικές μέθοδοι αντιμετώπισης και συγκεκριμένα η κατάλυση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος με αιθυλική αλκοόλη (που πραγματοποιείται από εξειδικευμένο στη συγκεκριμένη παρέμβαση επεμβατικό καρδιολόγο) και η χειρουργική μυεκτομή (που πραγματοποιείται από καρδιοχειρουργό).

Στο δεύτερο σκέλος (σταδιοποίηση κινδύνου και πρόληψη αιφνιδίου θανάτου), χρησιμοποιούνται πληροφορίες από το ατομικό ιστορικό (ηλικία, πιθανή παρουσία συγκοπής), το οικογενειακό ιστορικό (πιθανό ιστορικό αιφνιδίου θανάτου σε συγγενή 1ου βαθμού), στοιχεία από το υπερηχογράφημα (μέγιστο πάχος μυοκαρδίου, διάμετρος αριστερού κόλπου, ενδοκοιλιακή κλίση πίεσης) αλλά και από το holter ρυθμού (πιθανή εκδήλωση επεισοδίου μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας), προκειμένου, μέσω ειδικού αλγορίθμου (HCM-risk score) να καταλήξουμε στην εκτίμηση του κινδύνου που εμφανίζει ο ασθενής για εκδήλωση κακοήθους κοιλιακής αρρυθμίας ή και αιφνιδίου θανάτου. Εάν ο κίνδυνος αυτός είναι υψηλός, στον ασθενή προτείνεται η εμφύτευση μόνιμου διαφιλέβιου απινιδωτή^{1,2}.

2) Διατατική μυοκαρδιοπάθεια και μη διατατικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια της αριστερής κοιλίας

Η διατατική μυοκαρδιοπάθεια χαρακτηρίζεται από διάταση της αριστερής κοιλίας και συστολική δυσλειτουργία αυτής, αρκεί τα ανωτέρω ευρήματα να μην μπορούν και πάλι να αποδοθούν σε συνθήκες αυξημένης αιμοδυναμικής φόρτισης. Ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται σε 0,036-0,4% στον ενήλικο πληθυσμό και σε 0,003-0,006% στον παιδικό πληθυσμό¹. Η αιτιολογία της νόσου είναι εξαιρετικά ετερογενής και τελικά φαίνεται στην εμφάνιση της νόσου να συμμετέχουν τόσο γενετικοί (κληρονομικοί) όσο και μη γενετικοί παράγοντες.

Η αρχική διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει και εδώ την αναλυτική λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, την κλινική εξέταση και το καρδιογράφημα 12

απαγωγών. Αξίζει, μάλιστα, να σημειωθεί ότι, ειδικά σε αρχικά στάδια της νόσου, τόσο κατά τη κλινική εξέταση, όσο και στο ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να μην εντοπιστούν παθολογικά ευρήματα. Το υπερηχογράφημα καρδιάς θα προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για τις διαστάσεις και τη λειτουργικότητα των καρδιακών κοιλοτήτων αλλά, και σε αυτήν την ομάδα μυοκαρδιοπαθειών, βασικότατο απεικονιστικό εργαλείο είναι η μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Η τελευταία μπορεί, μάλιστα, να αναδείξει χαρακτηριστικά πρότυπα ίνωσης που απαντώνται σε συγκεκριμένες υποκατηγορίες διατατικής μυοκαρδιοπάθειας (όπως για παράδειγμα εκείνων που οφείλονται σε μεταλλάξεις του γονιδίου της φιλαμίνης C ή της φωσφολαμπάνης)³.

Δυστυχώς, μόνο σε ποσοστό 30 - 40% των ασθενών με διατατική μυοκαρδιοπάθεια ο γενετικός έλεγχος κατορθώνει να αναδείξει κάποια παθογόνο ή πιθανά παθογόνο μετάλλαξη. Παρόλα αυτά η διενέργειά του θα πρέπει να προτείνεται στους ασθενείς και την οικογένειά τους, αφού είναι γνωστό ότι μεταλλάξεις σε συγκεκριμένα γονίδια, όπως για παράδειγμα της δεσμοπλάκινς, της λαμίνς αλλά και της φιλαμίνς C ή της φωσφολαμπάνης που προαναφέρθηκαν, έχουν αρκετά κακόηθες αρρυθμολογικό δυναμικό και συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου, πληροφορία που όπως συνάγεται είναι βασική στη σταδιοποίηση κινδύνου του ασθενούς.

Από την άλλη μεριά, ο όρος <μη διατατικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια της αριστερής κοιλίας> εισήχθη πρόσφατα¹ προκειμένου να συμπεριλάβει τους ασθενείς εκείνους οι οποίοι, παρότι δεν πληρούν κριτήρια διάγνωσης κλασικής διατατικής μυοκαρδιοπάθειας, εντούτοις, εμφανίζουν ίνωση με μη ισχαιμικό πρότυπο στη μαγνητική τομογραφία καρδιάς ή/και διαταραχές κινητικότητας της αριστερής κοιλίας (είτε τμηματικές, είτε γενικευμένες).

Η διαγνωστική προσέγγιση και εδώ είναι παρόμοια, ενώ όσον αφορά στο σκέλος της σταδιοποίησης κινδύνου και με βάση τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία για τις μυοκαρδιοπάθειες¹, ακολουθείται η ίδια λογική, τόσο στην κλασική διατατικού τύπου, όσο και στη μη διατατικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια της αριστερής κοιλίας. Συγκεκριμένα, ασθενείς που είναι επιζησάντες αιφνιδίου καρδιακού θανάτου ή έχουν εμφανίσει αιμοδυναμικά ασταθή κοι-



λιακή ταχυκαρδία θα πρέπει να λάβουν απινιδωτή, όπως επίσης και ασθενείς με σοβαρά επηρεασμένη συστολική λειτουργία αριστερής κοιλίας (LVEF<35%)^{1,2}.

Σε ασθενείς, πάντως, στους οποίους ο γονιδιακός έλεγχος αναδεικνύει μετάλλαξη σε υψηλού αρρυθμικού ρίσκου γονίδιο, ανεξαρτήτως κλάσματος εξωθήσεως, θα πρέπει ο εξειδικευμένος καρδιολόγος να έχει χαμηλότερο ουδό στο να καταλήξει τελικά να προτείνει την εμφύτευση απινιδωτή¹.

3) Αρρυθμιόγόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας

Η πάθηση χαρακτηρίζεται από προοδευτική ατροφία και ινοποίηση αντικατάσταση του μυοκαρδίου της δεξιάς κοιλίας. Ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται σε 0,078% στον ενήλικο πληθυσμό, ενώ θεωρείται εξαιρετικά σπάνια η εμφάνισή της σε παιδική ηλικία. Οι άνδρες φαίνεται να προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, ενώ η συνήθης ηλικία εκδήλωσης είναι μεταξύ 2ης και 4ης δεκαετίας της ζωής. Αξίζει δε να σημειωθεί ότι κάποιες φορές η ινοποίηση αντικατάσταση φαίνεται να αφορά εκτός από τη δεξιά και την αριστερή κοιλία, ενώ άλλα μέλη της ίδιας οικογένειας μπορεί να εμφανίζουν προσβολή σχεδόν αποκλειστικά της αριστερής κοιλίας.

Η διάγνωση της νόσου είναι δύσκολη και απαιτεί την εκτίμηση πολλών παραμέτρων τόσο από το ηλεκτροκαρδιογράφημα (διαταραχές εκπόλωσης και αναπόλωσης), από το υπερηχογράφημα και τη μαγνητική τομογραφία καρδιάς (διάταση και / ή τμηματικές διαταραχές κινητικότητας της δεξιάς κοιλίας), από το holter ρυθμού (αριθμός και μορφολογία προέλευσης των εκτάκτων κοιλιακών συστολών, επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας) αλλά και το οικογενειακό ιστορικό (έτερο μέλος με επιβεβαιωμένη διάγνωση της νόσου ή και ιστο-

Organmeetings

**«...είναι πιθανότερο
να χρειαστούμε κάποια
στιγμή στη ζωή μας
μόσχευμα παρά να
βρεθούμε στη θέση
να δώσουμε.
Δεν είμαστε άτρωτοι.»**

Σάντυ Λέντη

Λήπτρια μοσχεύματος καρδιάς

Τα Organmeetings είναι μία σειρά ενημερωτικών διαδικτυακών σεμιναρίων σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων. Απευθύνονται σε επιχειρήσεις, οργανισμούς, φορείς και συλλόγους, οι επικεφαλής των οποίων μπορούν να συμπληρώσουν τη σχετική φόρμα συμμετοχής για λογαριασμό όλων των εργαζομένων / μελών τους.

**Γίνε και εσύ κρίκος
στην αλυσίδα της ζωής.**

Το πρόγραμμα υλοποιείται με την υποστήριξη του Ιδρύματος Ωνάση, στο πλαίσιο της Εθνικής Πρωτοβουλίας για τη Δωρεά Οργάνων και τις Μεταμοσχεύσεις.



Μάθετε περισσότερα
στο onassis.org

**ONASSIS
HEALTH**



**ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ**

**ΩΝΑΣΕΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Υπό την επιστημονική αιγίδα

► ρικό αιφνιδίου θανάτου στην οικογένεια) ή και τα αποτελέσματα του γονιδιακού ελέγχου (εφόσον αυτός έχει διενεργηθεί⁴). Σπάνια, μπορεί να απαιτηθεί ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου μέσω βιοψίας μυοκαρδίου. Σε κάθε περίπτωση, όμως, θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι στη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών οι ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές ή η εκδήλωση κοιλιακής εκτακτοσυστολικής αρρυθμίας προηγούνται των έκδηλων μορφολογικών διαταραχών (που θα διαπιστωθούν στο υπερηχογράφημα καρδιάς σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου). Σύνθηες εύρημα από το απλό καρδιογράφημα 12 απαγωγών που θα πρέπει να κινητοποιήσει τον κλινικό γιατρό ώστε να παραπέμψει τον ασθενή για περαιτέρω εξειδικευμένο έλεγχο είναι η παρουσία διαταραχών αναπόλησης (αρνητικά κύματα T) στις απαγωγές V1-V3.

Η θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με αρρυθμιογόνο μυοκαρδιοπάθεια ακολουθεί και εδώ δυο βασικούς άξονες: 1) καταστολή των αρρυθμικών φαινομένων που εμφανίζει ο ασθενής και κυρίως 2) πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου.

Στο πρώτο σκέλος, προτείνεται η χρήση των β αναστολέων ή η αμιωδαρόνη στην περίπτωση που οι πρώτοι δεν αποδειχθούν αποτελεσματικοί. Υπάρχει επίσης η δυνατότητα της κατάλυσης της κοιλιακής εκτακτοσυστολικής αρρυθμίας σε ασθενείς στους οποίους τα προληπτικά θεραπευτικά μέσα έχουν αποτύχει. Ως προς την πρόληψη του αιφνιδίου θανάτου, οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν εμφύτευση απινιδωτή σε ασθενείς που είναι επιζησαντες αιφνιδίου καρδιακού θανάτου ή έχουν εμφανίσει επεισόδιο εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (ανεξαρτήτως του αν έχουν εμφανίσει αιμοδυναμική αστάθεια λόγω αυτής).

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, στοιχεία όπως το ιστορικό μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας, η έκπτωση του κλάσματος εξωθήσεως της δεξιάς ή/ και της αριστερής κοιλίας και η επαγωγή μονόμορφης εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά την προγραμματισμένη ηλεκτρική κοιλιακή διέγερση στην ηλεκτροφυσιολογική μελέτη μπορούν να συνυπολογιστούν ώστε, από κοινού με τον ασθενή, να ληφθεί απόφαση για την εμφύτευση ή μη απινιδωτικής συσκευής¹.

4) Περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια

Πρόκειται για τη σπανιότερη εκ των μυοκαρδιοπαθειών. Χαρακτηρίζεται από περιοριστική φυσιολογία της αριστερής ή /

και της δεξιάς κοιλίας, με φυσιολογικούς, όμως, ή ακόμα και μειωμένους τελωδιαστολικούς όγκους αυτών και φυσιολογικό πάχος μυοκαρδιακών τοιχωμάτων. Το πιο σύνθηες εύρημα είναι η αμφικοιλιακή διάταση. Η συστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας ενδέχεται να είναι διατηρημένη ή ελαφρά επηρεασμένη. Σύνθηες οι ασθενείς με πλήρως εκδηλωμένο φαινότυπο περιοριστικής μυοκαρδιοπάθειας εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως (HFrEF). Η κλινική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει διάταση σφαγιτίδων, ενώ η ηπατομεγαλία και ο ασκίτης εμφανίζονται σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Η εξέταση εκλογής είναι το υπερηχοκαρδιογράφημα, αν και σημαντικές πληροφορίες μπορεί να προσφέρει και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Ο δεξιός καρδιακός κατετηριασμός μπορεί να απαιτηθεί μόνο σε περιπτώσεις όπου η διάγνωση είναι δύσκολη και ουσιαστικά με σκοπό να βοηθήσει στην εκτίμηση του ασθενούς προς πιθανή μεταμόσχευση καρδιάς.

Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Όπως φάνηκε παραπάνω, η συμβολή της γενετικής στον τομέα των μυοκαρδιοπαθειών είναι μεγάλη, καθώς μπορεί πλέον να βοηθήσει σημαντικά τόσο στη διάγνωση όσο και στη σταδιοποίηση κινδύνου των ασθενών. Η διενέργεια του γονιδιακού ελέγχου, όμως, δε βοηθά μόνο τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και την οικογένειά του, καθώς μπορεί να εντοπίσει φορείς της παθολογικής μετάλλαξης μέσα στην ίδια την οικογένεια, πολλοί εκ των οποίων ενδέχεται, ακόμα, να μην έχουν εκδηλώσει οποιοδήποτε σύμπτωμα ή και ηλεκτροκαρδιογραφική ή μορφολογική διαταραχή και εντούτοις να εμφανίζουν αυξημένο αρρυθμιολογικό κίνδυνο⁵. Τα άτομα αυτά τίθενται σε στενή παρακολούθηση ώστε έγκαιρα να λάβουν την ενδεδειγμένη θεραπεία, προτού προλάβει η νόσος να εξελιχθεί. Επιπλέον, ο γονιδιακός έλεγχος μπορεί να βοηθήσει και σε επίπεδο οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς στον ζευγάρι (ένας εκ των οποίων είναι φορέας παθολογικού γονιδίου) δύναται, με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης να επιλέξει να προχωρήσει την κύηση επιλέγοντας το ζυγό που δεν φέρει τη συγκεκριμένη παθολογική μετάλλαξη⁶.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι μυοκαρδιοπάθειες αποτελούν ένα από τα κυριότερα αίτια αιφνιδίου θανάτου, ειδικά σε πληθυσμό νεαρής ή μέσης ηλικίας. Ο μη ειδικός ιατρός θα πρέπει να είναι καταρχήν σε θέση να αναγνωρίσει κάποια βασικά παθολογικά ή ύποπτα στοιχεία από το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, αλλά και από το απλό ηλεκτροκαρδιογράφημα πρεμίας. Ασθενείς νέοι, με επεισόδια απώλειας συνειδήσεως αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, με οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου θανάτου ή/ και με καρδιογραφικές αλλοιώσεις θα πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικά καρδιολογικά τμήματα με εμπειρία στη διαχείριση αυτών των παθήσεων προκειμένου να γίνει σωστή διάγνωση και ακολούθως σταδιοποίηση κινδύνου των ασθενών αλλά και έλεγχος της οικογένειάς τους.

BIBLIOGRAPHY

1. Arbello E, Protonotarios A, Gimeno JR, Arbustini E, Barriales-Villa R, Basso C, et al. [2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies]. G Ital Cardiol (Rome). 2023;24(11 Suppl 1):e1-e127.
2. Boriani G, Mei DA, Vitolo M, Imberti JF. [2022 ESC Guidelines for the management of ventricular arrhythmias and sudden cardiac death: an important focus on a multidisciplinary approach to a tailored diagnostic and therapeutic work-up]. G Ital Cardiol (Rome). 2022;23(12):901-6.
3. Donal E, Delgado V, Bucciarelli-Ducci C, Galli E, Haugaa KH, Charron P, et al. Multimodality imaging in the diagnosis, risk stratification, and management of patients with dilated cardiomyopathies: an expert consensus document from the European Association of Cardiovascular Imaging. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2019;20(10):1075-93.
4. Marcus FI, McKenna WJ, Sherrill D, Basso C, Bauce B, Bluemke DA, et al. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia: proposed modification of the Task Force Criteria. Eur Heart J. 2010;31(7):806-14.
5. Wilde AAM, Semsarian C, Marquez MF, Sepehri Shamloo A, Ackerman MJ, Ashley EA, et al. European Heart Rhythm Association (EHRA)/Heart Rhythm Society (HRS)/Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS)/Latin American Heart Rhythm Society (LAHRS) Expert Consensus Statement on the state of genetic testing for cardiac diseases. J Arrhythm. 2022;38(4):491-553.
6. Yeates L, McDonald K, Burns C, Semsarian C, Carter S, Ingles J. Decision-making and experiences of preimplantation genetic diagnosis in inherited heart diseases: a qualitative study. Eur J Hum Genet. 2022;30(2):187-93.

Αποτελέσματα από την παρακολούθηση ασθενών με έκζεμα

ΣΑΛΑΒΟΥΡΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ, ΛΑΛΙΩΤΗ ΝΙΚΟΛΕΤΑ,
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, ΧΑΤΖΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Τμήμα Αλλεργιολογίας, Ασθματος και Φλεγμονής,
1η Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Η ατοπική δερματίτιδα ή ατοπικό έκζεμα αποτελεί τη συχνότερη δερματοπάθεια της παιδικής ηλικίας και χαρακτηρίζεται η χρόνια υποτροπιάζουσα φλεγμονή του δέρματος, που συνοδεύεται χαρακτηριστικά από έντονο κνησμό. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παρακολούθησης παιδιών με έκζεμα στο Αλλεργιολογικό ιατρείο της κλινικής την περίοδο 2014-2017.

Η αιτιοπαθογένεια της νόσου περιλαμβάνει διαταραχές του δερματικού φραγμού και της φυσικής άμυνας, αλλά σημαντικό ρόλο έχουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου.

Συχνά το έκζεμα αποτελεί την πρώτη εκδήλωση ατοπίας σε παιδιά με γενετική προδιάθεση και το πρώτο στάδιο εκδήλωσης του «ατοπικού βηματισμού» (atopic march), που ακολουθείται από εκδηλώσεις αλλεργικής ρινίτιδας και άσθματος¹. Η συχνότητα εμφάνισης εκδηλώσεων από το αναπνευστικό σε παιδιά με έκζεμα είναι τριπλάσια από ότι στο γενικό πληθυσμό².

Η μελέτη περιλαμβάνει δεδομένα από παιδιά με ατοπική δερματίτιδα, που εξετάστηκαν και παρακολουθούνται στο τμήμα την περίοδο 2013 έως 2017.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο αριθμός των ασθενών, που παραπέμπονται για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση εκζέματος είναι σχετικά μικρός. Μεταξύ των 1090 παιδιών, που παραμέμφθηκαν για έλεγχο αλλεργικού νοσήματος καταγράφονται 120 παιδιά με έκζεμα (11.02%). Το ποσοστό αυτό δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό των παιδιών με έκζεμα στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς πολλά παιδιά με έκζεμα παρακολουθούνται από άλλες παιδιατρικές ειδικότητες, όπως δερματολόγους και οι πιο ήπιες μορφές από καλούς παιδιάτρους. Τα παιδιά, που προσήλθαν με έκζεμα, συνήθως ήταν οι υποτροπιάζουσες ή πιο δύσκολες μορφές της νόσου και αυτές στις οποίες υπήρχε σαφής συσχέτιση είτε του γονιού είτε του θεράποντα γιατρού με κάποια τροφή. Ενδιαφέ-

ρουσα είναι η προς τα πίσω αναδρομική ανάκληση ιστορικού εκζέματος σε μικρή ηλικία σε παιδιά τα οποία εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία με αλλεργική ρινίτιδα και άσθμα. Παρόλα αυτά, από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτουν ορισμένα ενδιαφέροντα στοιχεία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

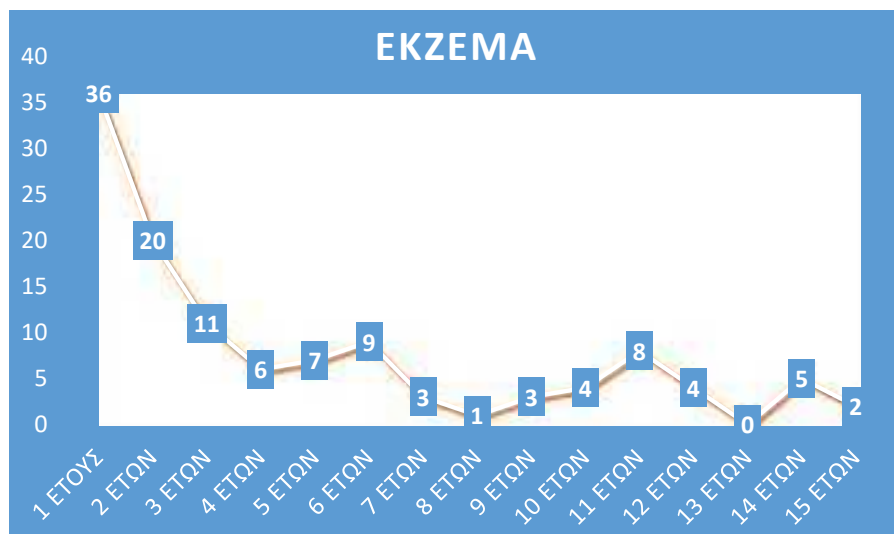
Οι ασθενείς που προσήλθαν για έλεγχο εμφάνιζαν χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα εκζέματος ανάλογα με την ηλικία, όπως περιγράφονται στη βιβλιογραφία³. Η κλινική διάγνωση της ατοπικής δερματίτιδας βασίζεται σε κλινικά κριτήρια (κριτήρια Rajka) από τα οποία μείζονα είναι ο κνησμός, η τυπική κατανομή για την ηλικία και το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό ατοπίας. Ελάσσονα κριτήρια αποτελούν η ξηροδερμία, η keratosis pilaris, η pityriasis alba, η εμφάνιση περιοφθαλμικών και περιωτικών βλαβών, η ιχθίαση και η αυξημένη σκίαγράφηση των γραμμών στα χέρια και στα πόδια, η ευαισθησία σε δερματικές λοιμώξεις από σταφυλόκοκκο aureus και ιούς, κυρίως από έρπητα, η δερματοπάθεια των χεριών και ποδιών, και του τριχωτού της κεφαλής, η χειλίτιδα και τα αυξημένα επίπεδα IgE⁴.

Από τους 121 ασθενείς της μελέτης, οι 70 ήταν αγόρια (58.33%) και οι 50 κορίτσια (41.67%). Μικρός αριθμός ήταν μετανάστες ή Roma (15 ασθενείς, 12,4%). Η ηλικία διάγνωσης φαίνεται στο σχήμα 1. Είναι σαφές ότι 29.75% των ασθενών προσέρχονται για έλεγχο μέχρι την ηλικία του 1 έτους. Πολλοί από τους ασθενείς, προσκομίζονται για έλεγχο σε μεγαλύτερες ηλικίες λόγω επιμονής των συμπτωμάτων, που έχουν εμφανιστεί σε μικρότερη ηλικία.

Η κλινική εικόνα του εκζέματος των ασθενών ήταν ήπια σε 109 ασθενείς (90%), ενώ 12 ασθενείς εμφάνιζαν μέτριο ή σοβαρού βαθμού έκζεμα (9.9%). Οι περισσότεροι από αυτούς χρειάζονται μακροχρόνια παρακολούθηση και συχνά εμφάνιζαν επιμολήσεις, που αντιμετωπίζονταν με ενδοφλέβια ή per os χορήγηση αντιβιοτικού.

ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΕ ΤΡΟΦΙΚΑ ΚΑΙ ΑΕΡΟΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ

Κατά τον έλεγχο με δερματικές δοκιμασίες νυγμού ή μέτρηση της ειδικής IgE στις σοβαρές περιπτώσεις, ευαισθητοποιήσεις σε τροφικά και αεροαλλεργιογόνα εμφάνιζαν 67 ασθενείς με έκζεμα (55.37% του



Σχήμα 1. Η ηλικία διάγνωσης του εκζέματος στο τμήμα.

LIPIKAR BAUME AP+M

ΤΟ 1^ο ΜΑΛΑΚΤΙΚΟ ΒΑΛΣΑΜΟ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ
ΣΤΗΝ ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΒΙΟΦΙΛΜ
ΤΟΥ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟΥ* ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ
ΕΞΙΣΟΡΡΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ

Ανάλαφρη υφή

> ΚΑΤΑ
ΤΟΥ ΚΝΗΣΜΟΥ

> ΑΠΟΤΡΕΠΕΙ
ΤΙΣ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ
ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ
ΜΕ 1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ**



ΝΕΟΓΝΑ
& ΒΡΕΦΗ



ΠΑΙΔΙΑ



ΕΝΗΛΙΚΕΣ



LIPIKAR
BAUME
AP+M

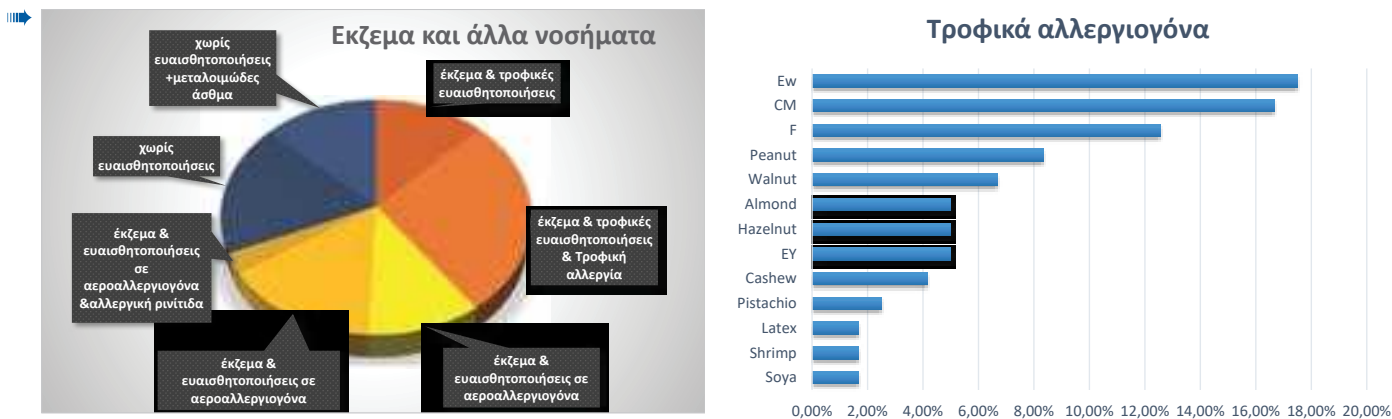


LIPIKAR
BAUME LIGHT
AP+M

* In vitro αξιολόγηση της αποίκησης του S.aureus
σε ανασυσταμένο δέρμα ύστερα
από εφαρμογή Microresyl.

**Μελέτη παρατήρησης, 261 ασθενείς.
Χρήση Lipikar Baume AP+M 1 φορά/ημέρα
για 30 ημέρες.

Η ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ



Εικόνα 2. Ευαισθητοποιήσεις σε τροφικά αλλεργιογόνα

συνόλου), ενώ αρνητικές δοκιμασίες εμφανίζαν 52 ασθενείς (42.9%) και 9 ασθενείς δε χρειάστηκε από το ιστορικό να ελεγχθούν (7.43%) (Εικόνα 1). Θετικές αξιολογήθηκαν οι δοκιμασίες με πομπό $\geq 3\text{mm}$ ή τιμές $\text{IgE} > 0.35 \text{ IU/ml}$.

Οι ασθενείς με ευαισθητοποιήσεις σε τροφικά αλλεργιογόνα ήταν 36 (29.75%), αλλά κλινική εικόνα τροφικής αλλεργίας εμφάνιζαν 23 ασθενείς, δηλαδή 34.32% των ασθενών με θετική δοκιμασία. Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον ότι οι πιο συχνές ευαισθητοποιήσεις σε τροφικά αλλεργιογόνα ήταν στο λεύκωμα του αυγού, το γάλα αγελάδας, το ψάρι και το αράπικο φιστίκι (Εικόνα 1, 2). Ο αριθμός των παιδιών με τροφική αλλεργία και έκζεμα είναι μικρότερος από τον αναφερόμενο στη βιβλιογραφία και αντιπροσωπεύει το 19% του συνόλου των ασθενών με έκζεμα.

Ο αριθμός των ασθενών με έκζεμα και ευαισθητοποιήσεις σε αεροαλλεργιογόνα ήταν 31 (25.6%). Από αυτούς αλλεργική ρινίτιδα ή/και άσθμα εμφάνιζαν 11 ασθενείς (9%). Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι 16 ασθενείς χωρίς ευαισθητοποιήσεις εμφάνιζαν μεταλοιμώδες άσθμα εμφάνιζαν (13.33% του συνόλου). Οι πιο συχνές ευαισθητοποιήσεις σε αεροαλλεργιογόνα ήταν στο Timothy και γενικά στα γρασίδια, στα ακάρια και μάλλισα το pteronissinus, η ελιά και τα επιθήλια ζώων (Εικόνα 1, 3).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από τους 121 ασθενείς με έκζεμα που προσήλθαν για αλλεργιολογικό έλεγχο οι 109 (90%) αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά με οδηγίες περιποίησης και ενυδάτωσης, καθώς και αντιμετώπισης των εξάρσεων με φουσιδικό οξύ και βηταμεθαζόνη

τοπικά για 10 ημέρες (fucicort) ή και χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα. Στη διάρκεια των εξάρσεων τα παιδιά λάμβαναν θεραπεία με αντιισταμινικό για 7 ημέρες. Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στην εκπαίδευση των γονέων και χορηγήθηκαν γραπτές οδηγίες. Σημειώνεται ότι 19 (15.7%) ασθενείς ελάμβαναν και μοντελουκάστη από το στόμα, λόγω συνυπάρχουσας συμπτωματολογίας από το αναπνευστικό. Μόνο 12 (9.9%) ασθενείς χρειάστηκαν μακρόχρονη χορήγηση κορτικοειδών (μομεταζόνη, Elocon) για 1 μήνα με σταδιακά ελαττωμένη δόση ή αναστολέα καλσινευρίνης (pimecrolimus, Elidel) μακροχρόνια, ενώ 1 ασθενής έλαβε γσφαρίνη κατόπιν υποδείξεως από τους δερματολόγους (Εικόνα 4).

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Στον πληθυσμό μας 41 (33.88%) παιδιά είχαν κληρονομικό ιστορικό ατοπίας από τον πατέρα και 46 (38%) από τη μητέρα τους, ενώ τα 21 και από τους δύο γονείς (17.35%). Σημαντικός αριθμός παιδιών δηλαδή 34 παιδιά (28%) είχαν ελεύθερο κληρονομικό ιστορικό. Η συχνότερη συμπτωματολογία των γονέων ήταν αλλεργική ρινίτιδα και άσθμα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συχνότητα του εκζέματος στα παιδιά κυμαίνεται μεταξύ 10-20% σε διάφορες μελέτες και παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία 50 χρόνια σε διάφορες χώρες, που υιοθετούν το Δυτικό πρότυπο ζωής³.

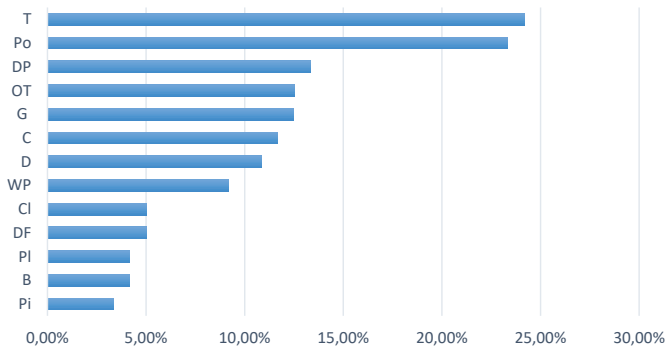
Στο δικό μας δείγμα επιβεβαιώθηκαν ασθενείς με αλλεργικό νόσημα, έκζεμα εμφανίζουν 121/1090 παιδιά (11.1%). Η συχνότητα αυτή δεν αποτελεί την πραγματική συχνότητα της νόσου στον γενικό πληθυσμό.

Το έκζεμα είναι νόσος που αντιμετωπίζεται κυρίως από τους δερματολόγους και το ήπιο έκζεμα από τους θεράποντες παιδιάτρους και τα παιδιά αυτά παραπέμπονται σε αλλεργιολόγο μόνο αν εμφανίζουν και άλλα συμπτώματα ατοπίας ή μόνο αν το έκζεμα υποτροπιάζει και προκαλεί ανησυχία στους γονείς.

Η κλινική εμφάνιση της νόσου είναι ανάλογη με την ηλικία και τα βρέφη παρουσιάζουν φλεγμονή κυρίως στο πρόσωπο και στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων (Εικόνα 5), ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά στις καμπτικές επιφάνειες των άκρων (Εικόνα 6). Αρχικά, οι βλάβες εμφανίζουν έντονη φλεγμονή και έντονο κνησμό, ενώ με την πάροδο του χρόνου ηιξανοποιούνται. Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα σε όλες τις περιπτώσεις είναι ο κνησμός, που βοηθά και στη διαφορική διάγνωση της νόσου. Συχνά τα παιδιά με έκζεμα εμφανίζουν επίσης επιμολύνσεις με σταφυλόκοκκο, που επιδεινώνουν την εμφάνιση του εκζέματος και οδηγούν σε συχνές υποτροπές³. Η βαρύτητα του εκζέματος εκτιμάται με διεθνώς αποδεκτούς κώδικες, όπως το SCORAD⁵.

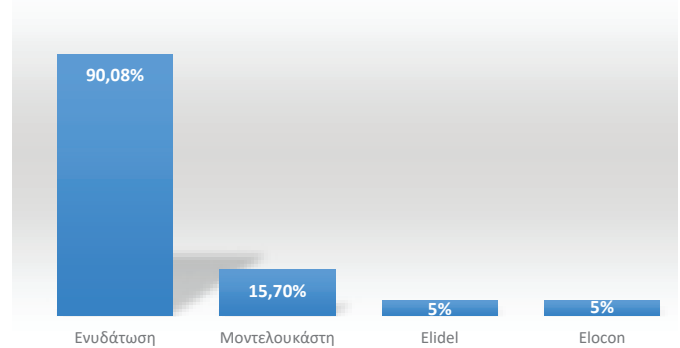
Το έκζεμα στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι είναι συχνότερο στα αγόρια, γεγονός το οποίο αποδεικνύεται και στον δικό μας πληθυσμό⁴. Η ηλικία διάγνωσης, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία είναι η βρεφική και περισσότερα από 60% των παιδιών εμφανίζουν τη νόσο πριν από την ηλικία των 6 μηνών, ενώ περισσότερα από 80% πριν το έτος⁴. Στο δικό μας δείγμα 36 παιδιά (29.75%) είχαν ηλικία διάγνωσης μέχρι το ένα έτος. Σημειώνεται ότι 63 παιδιά (52%) προσήλθαν για έλεγχο σε ηλικία πάνω από 2 ετών, που παρατηρείται ύφεση του εκζέματος σύμφωνα με τη βιβλιογρα-

Αεροαλλεργιογόνα



Εικόνα 3. Ευαισθητοποιήσεις σε αεροαλλεργιογόνα.

Θεραπεία Εκζέματος



Εικόνα 4. Θεραπεία ασθενών με έκζεμα

φία. Η διαφορά αυτή με τη βιβλιογραφία δικαιολογείται από το γεγονός ότι τα παιδιά του δικού μας πληθυσμού απευθύνονταν στο τμήμα για έλεγχο σε μεγαλύτερες ηλικίες όταν συνυπήρχαν και προβλήματα από το αναπνευστικό κυρίως, αλλά γίνονταν εμφανείς και σταθερές οι τροφικές τους αλλεργίες.

Το έκζεμα, όπως αναφέρθηκε, έχει σύνθετη αιτιοπαθογένεια και οφείλεται είτε σε διαταραχές του δερματικού φραγμού με κυριότερο γνωστό αίτιο τις μεταλλάξεις στο γονίδιο της φιλαγκρίνης είτε σε διαταραχές της φυσικής άμυνας, που αποτελούν το γενετικό υπόστρωμα της νόσου. Σημαντικό ρόλο όμως έχουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η επικρατούσα σήμερα άποψη είναι ότι πρόκειται για ατοπική νόσο μικτού τύπου, που οφείλεται κυρίως σε non-IgE μηχανισμό, ενώ οι ευαισθητοποιήσεις που αναπτύσσονται είναι δευτερογενείς και πολλές φορές χωρίς κλινική σημασία (IgE μηχανισμός)^{6,7}.

Η οδός ευαισθητοποίησης σε αυτές τις περιπτώσεις είναι το δέρμα και όχι το γαστρεντερικό ή το αναπνευστικό σύστημα⁷. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι λιγότερο από το 1/3 των ασθενών με ευαισθητοποίηση σε τροφικά αλλεργιογόνα εμφανίζουν συμπτώματα τροφικής αλλεργίας σε διπλή τροφική πρόκληση στα αλλεργιογόνα αυτά⁸. Έτσι τεκμηριώνεται ότι οι περιοριστικές δίαιτες με βάση τον εργαστηριακό έλεγχο δεν συμβάλλουν στην ύφεση της νόσου αφενός και θέτουν σε κίνδυνο τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού αφετέρου⁹.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι από τα παιδιά που ελέγχθηκαν ευαισθητοποιήσεις σε τροφικά αλλεργιογόνα εμ-

φάνιζαν 36 παιδιά (29.75%), ενώ κλινικής σημασίας τροφική αλλεργία είχαν τα 23 παιδιά (19%). Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο από το αναφερόμενο στη βιβλιογραφία γιατί τα περισσότερα παιδιά του δικού μας δείγματος εμφάνιζαν ήπια κλινική εικόνα ή προσκομίζονταν σε μεγαλύτερη ηλικία με συμπτώματα κυρίως από το αναπνευστικό⁸.

Τα συνθεότερα τροφικά αλλεργιογόνα στον δικό μας πληθυσμό ήταν το λεύκωμα του αυγού, το γάλα αγελάδας, το ψάρι και το φυτικό. Τα παραπάνω είναι αντίστοιχα με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία, αν και το γάλα αγελάδας εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα σε άλλες μελέτες⁸.

Επίσης, σε άλλες μελέτες δεν αναφέρεται αντίστοιχα αυξημένη ευαισθητοποίηση στο ψάρι, το οποίο έχει ενδιαφέρον, γιατί το ψάρι μπαίνει καθυστερημένα στο διαιτολόγιο του βρέφους στην ελληνική οικογένεια. Επίσης, συμβαδίζει με την άποψη ότι υπάρχει γεωγραφική κατανομή των ευαισθητοποιήσεων σε αλλεργιογόνα ανάλογα με τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής του κάθε πληθυσμού.

Ευαισθητοποιήσεις σε αεροαλλεργιογόνα εμφάνιζαν 31 ασθενείς (25.6%), που είναι σημαντικό ποσοστό και οφείλεται στη μεγαλύτερη ηλικία παραπομπής για έλεγχο των ασθενών μας. Στη βιβλιογραφία η ευαισθητοποίηση αναφέρεται ότι αφορά κυρίως ενδοοικιακά αλλεργιογόνα και κυρίως ακάρεα¹⁰. Στον δικό μας πληθυσμό, εντύπωση προκαλεί η αυξημένη συχνότητα ευαισθητοποίησης σε γρασίδι και στην ελιά, που αποτελούν γεωγραφική ιδιαιτερότητα του ελληνικού πληθυσμού, στον οποίο από μικρή ηλικία υπάρχει αυξημένη έκθεση στα άγρια κυρίως χόρτα και στον ανθό

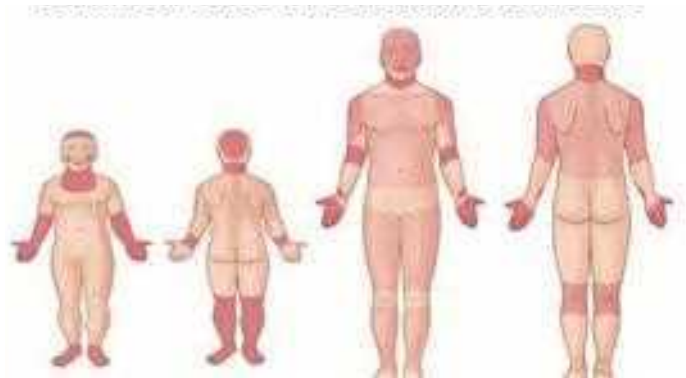
της ελιάς. Επίσης, η υψηλή ευαισθητοποίηση στα επιθήλια της γάτας και του σκύλου είναι δικαιολογημένη λόγω της πληθώρας αυτών των ζώων στις πρώτες εκθέσεις του παιδιού είτε ως κατοικίδια είτε ως ζώα στην αυλή του σπιτιού και τα πάρκα που παίζει το παιδί.

Σχετικά με τη θεραπεία, είναι ενδιαφέρον ότι τα περισσότερα παιδιά παρουσιάζουν ύφεση της νόσου με μη παρεμβατικές τακτικές, όπως η ενυδάτωση. Πιστεύουμε ότι η εκπαίδευση των γονιών και η επιμονή μας στην κατανόηση της πορείας της νόσου και της σωστής θεραπείας είχε σημαντικό ρόλο στα θετικά αυτά αποτελέσματα. Λίγα παιδιά χρειάστηκαν χορήγηση υψηλής δραστηριότητας κορτικοειδών ή αναστολέων καλσινευρίνης, ενώ η συστηματική χορήγηση ανοσοκατασταλτικών περιορίστηκε σε ένα παιδί, στο οποίο χορηγήθηκε γ σφαιρίνη¹². Στα περισσότερα παιδιά που χορηγήθηκε αντισταμινικό (1ης γενιάς σε μικρότερα των 2 ετών παιδιά και 2ης στα μεγαλύτερα) παρατηρήθηκε σχετική μόνο ανταπόκριση στη βελτίωση του κνησμού.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, κληρονομικό ιστορικό ατοπίας εμφανίζει το 80% των παιδιών με έκζεμα και επομένως ο γενετικός παράγοντας ατοπίας είναι πολύ ισχυρός στην εμφάνιση της νόσου¹¹. Στον δικό μας πληθυσμό το 28% των παιδιών είχαν ελεύθερο κληρονομικό ιστορικό, που είναι μεγαλύτερο από το αναφερόμενο στη βιβλιογραφία. Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι 52 ασθενείς (42.9%) δεν εμφάνιζαν καμία ευαισθητοποίηση, που συμβαδίζει με τα προηγούμενα. Φαίνεται λοιπόν, ότι υπάρχει ισχυρός περιβαλλοντικός προδιαθεσικός παράγοντας, που σχετίζεται με τη



Εικόνα 5. Βρεφικός τύπος εκζέματος



Εικόνα 6. Παιδικός τύπος εκζέματος και περιοχές εντόπισης αντίστοιχες με αυτές των ενηλίκων



νόσο. Θεωρούμε ότι η καθυστερημένη έναρξη της συμπληρωματικής διαίτας με στερεές τροφές και η μικρή διάρκεια θηλασμού αποτελούν τις κυριότερες αιτίες αυξημένης συχνότητας εκζέματος στα παιδιά του δικού μας δείγματος.

Τέλος, σχολιάζουμε το γεγονός ότι στον πληθυσμό μας το κληρονομικό ιστορικό ατοπίας ήταν ίδιας βαρύτητας από τον πατέρα και τη μητέρα, σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία όπου υπερέχει η κληρονομικότητα από τη μητέρα¹¹. Σχολιάζουμε ότι συχνότερα ισχυρό ιστορικό κληρονομικότητας από τη μητέρα παρατηρήθηκε σε παιδιά με αλλεργική ρινίτιδα και άσθμα και όχι με έκζεμα. Επίσης, δεν υπάρχει γεωγραφική κατανομή των περιστατικών μας, ώστε να θεωρείται υπεύθυνος κάποιος παράγοντας του περιβάλλοντος, για παράδειγμα η ατμοσφαιρική ρύπανση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η μελέτη του εκζέματος στον πληθυσμό που ελέγχεται στο αλλεργιολογικό ιατρείο έχει πολλά ενδιαφέροντα σημεία. Η κλινική προβολή στις περισσότερες περιπτώσεις ήταν ήπια και τα μισά περίπου παιδιά μόνο εμφάνιζαν ευαισθητοποιήσεις σε τροφικά και αεροαλλεργιογόνα.

Όπως αναμένεται, αυτά τα παιδιά εμφανίζουν και άλλα νοσήματα συχνότερα τροφικές αλλεργίες, μεταλοιμώδες άσθμα και λιγότερο συχνά αλλεργική ρινίτιδα και άσθμα. Ενδιαφέρον έχει επίσης η ύφεση

της νόσου με απλές πρακτικές αποκατάστασης του φραγμού στα περισσότερα από τα παιδιά αυτά.

SUMMARY

Atopic dermatitis or atopic eczema is the most frequent skin disease of childhood and it is characterized by chronic recurrent inflammation of the skin accompanied by significant pruritus. There are presented the data of investigation and follow up of children with eczema in our department the period 2014-2017.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Saito H. State of the art: atopic dermatitis. *Allergol Int.* 2013 Jun; 62(2):149.
2. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Feb;70(2):338-51
3. Wolter S1, Price HN2. Atopic dermatitis. *Pediatr Clin North Am.* 2014 Apr;61(2):241-60
4. Eichenfield LF1, Tom WL1, Chamlin SL et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Feb;70(2):338-51. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.010. Epub 2013 Nov 27.
5. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis.

Dermatology. 1993; 186(1):23-31.

6. Wollenberg A, Feichtner K. Atopic dermatitis and skin allergies - update and outlook. *Allergy.* 2013 Dec;68(12):1509-19
7. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/ American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *J Allergy Clin Immunol.* 2006 Jul;118(1):152-69
8. Gittler JK, Krueger JG, Guttman-Yassky E. dermatitis. *J Am Acad Dermatol. Allergy Clin Immunol.* 2013 Feb;131(2):300-13
9. Mohajeri S1, Newman SA. Review of evidence for dietary influences on atopic dermatitis. *Skin Therapy Lett.* 2014 Jul-Aug; 19(4):5-7.
10. Nankervis H1, Pynn EV, Boyle RJ, et al. House dust mite reduction and avoidance measures for treating eczema. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jan 19; 1:CD008426. doi: 10.1002/14651858.CD008426.pub2.
11. Rushton L, Williams HC, Hewson DM, Platts-Mills T. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Dec; 71(6):1218-33.
12. Schneider L, Tilles S, Lio P, Boguniewicz M et al. Atopic dermatitis: a practice parameter update 2012. *J Allergy Clin Immunol.* 2013 Feb;131(2):295-9



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Συστάσεις για τη διάγνωση & τη θεραπεία των λοιμωδών παροξύνσεων της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ)

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Νικόλαος Σύψας

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Μάρκος Μαραγκός

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Αικατερίνη Αργυράκη

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Διαμαντής Κοφερτίδης

ΤΑΜΙΑΣ:
Στυλιανός
Ασημακόπουλος

ΜΕΛΗ:
Βασίλειος
Παπασταμόπουλος
Άγγελος Πεφάνης
Αριστοτέλης Τσιάκαλος
Μαρία Χίνη

Συντονίστρια: Αικατερίνη Αργυράκη, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Συντ. Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ν.Θ.Α. "Η Σωτηρία"
Ομάδα Εργασίας: Μπληζιώτης Ιωάννης, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας
Σαμαράς Χαρίλαος, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας
Χειλάς Γεώργιος, Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. "Η Σωτηρία"
Φράγκου Αρχοντούλα, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια Παθολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. "Η Ελπίς"
Τελική επεξεργασία κειμένων: Άγγελος Πεφάνης, Μαρία Χίνη
Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων: Ιούνιος 2024

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΧΑΠ

Η παρόξυνση ΧΑΠ ορίζεται ως ένα συμβάν που χαρακτηρίζεται από αύξηση της δύσπνοιας ή/και του βήχα και της απόχρεμψης που επιδεινώνεται σε διάστημα <14 ημερών και μπορεί να συνοδεύεται από ταχύπνοια ή/και ταχυκαρδία και συχνά συσχετίζεται με αυξημένη τοπική και συστηματική φλεγμονή η οποία προκαλείται από λοίμωξη, ρύπανση ή άλλο ερέθισμα στους αεραγωγούς.

Το 80% των παροξύνσεων ΧΑΠ είναι λοιμώδους αιτιολογίας. Οι ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις είναι τα συχνότερα αίτια που προκαλούν παρόξυνση. Σπανιότερα είναι τα άτυπα παθογόνα (Πίνακας 1). 10-20% των παροξύνσεων λοιμώδους αρχής, οφείλονται σε περισσότερα από ένα παθογόνα (συνήλοιμωξεις).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες (εισπνοή μικροσωματιδίων-ατμοσφαιρική ρύπανση) μπορεί επίσης να δρουν ως εκλυτικά αίτια ή να επιβαρύνουν μία παρόξυνση λοιμώδους αιτιολογίας. Τέλος, η διακοπή της συστηματικής αγωγής για την ΧΑΠ μπορεί επίσης να οδηγήσει σε επιδείνωση των συμπτωμάτων και εικόνα παρόξυνσης.

Πίνακας 1.
Λοιμώδη αίτια που προκαλούν παρόξυνση ΧΑΠ

Λοιμώδεις παράγοντες - παθογόνοι μικροοργανισμοί

Ιοί
• Rhinovirus
• Influenza A και B
• Parainfluenza 1,2 και 3
• Coronavirus
• Adenovirus
• Respiratory Syncytial Virus (RSV)
• Metapneumovirus (HMPV)
Βακτήρια
• Haemophilus Influenzae
• Streptococcus pneumoniae

• Moraxella catarrhalis

• Haemophilus parainfluenzae

• Εντεροβακτηριακά (Klebsiella pneumoniae)

• Pseudomonas aeruginosa

• Staphylococcus aureus

Άτυπα (ένδοκυττάρια) παθογόνα

• Chlamydia pneumoniae

• Mycoplasma pneumoniae

2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΑΠ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Τα κλινικά συμπτώματα αποτελούν ιδιαίτερα χρήσιμους και αξιόπιστους δείκτες βακτηριακής λοίμωξης σε μία οξεία παρόξυνση ΧΑΠ, όπως έχει ήδη προταθεί με τα κριτήρια Anthonisen: α) τη δύσπνοια, β) την αυξημένη παραγωγή πτυέλων και γ) την αλληλαγή/επιδείνωση στο χρώμα των πυέλων (απαιτούνται τουλάχιστον 2 στα 3). Τα κριτήρια Anthonisen έχουν ευαισθησία για τη διάγνωση των παροξύνσεων λοιμώδους αρχής, αλλά χαμηλή ειδικότητα στο διακρίνουν τις υπόλοιπες παροξύνσεις ΧΑΠ. Εξ ου και η παρουσία πτυέλων (και όχι η αύξηση της ποσότητάς τους ή η επιδείνωση της πυώδους υφής) δεν αποτελεί από μόνη της ένδειξη χορήγησης αντιμικροβιακής αγωγής. Η παρουσία πυώδων πτυέλων και η αύξηση του όγκου τους κατά τη διάρκεια της παρόξυνσης ΧΑΠ αποτελεί ένδειξη για έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής, σε αντίθεση με την οξεία βρογχίτιδα σε ασθενείς χωρίς ΧΑΠ όπου τα πυώδη πτύελα δεν προδικάζουν βακτηριακή λοίμωξη, αλλά εμφανίζονται συχνά σε ιογενείς βρογχίτιδες.

Η χρώση Gram και η καλλιέργεια πτυέλων δεν είναι απαραίτητες για τη διαχείριση της πλειοψηφίας των παροξύνσεων ΧΑΠ στην κοινότητα. Έχει φανεί σε μελέτες με μοριακές μεθόδους ανίχνευσης ότι οι καλλιέργειες πτυέλων έχουν σχετικά περιορισμένη ευαισθησία. Θετικές καλλιέργειες πτυέλων διαπιστώνονται στο 84% των ασθενών με πρασινόχρωα και πυώδη πτύελα, ενώ σε ασθενείς με διαυγή πτύελα διαπιστώνονται θετικές καλλι- ➡



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

έργειες στο 38% των περιπτώσεων. Η απομόνωση ενός παθογόνου του αναπνευστικού συστήματος στην κατ'ημέριαν πτυέλων δεν μπορεί να διακρίνει εάν πρόκειται για χρόνια αποικισμό ή οξεία λοίμωξη. Έλεγχος των πτυέλων με κατ'ημέριαν και Gram χρώση πρέπει να πραγματοποιείται σε ασθενείς με: α) συχνές παροξύνσεις, β) χρόνια αποβολή πυωδών πτυέλων, και γ) μη ικανοποιητική ανταπόκριση στη θεραπεία. Θεωρείται σκόπιμο σε ασθενείς με ΧΑΠ, κατά τακτά χρονικά διαστήματα, να γίνεται μια αξιόπιστη κατ'ημέριαν πτυέλων ώστε να ανευρίσκεται εάν υπάρχει αποικισμός, με ποια μικρόβια καθώς και την ευαισθησία τους (ιδίως σε πιθανό αποικισμό με *Pseudomonas aeruginosa*).

Οι μοριακές τεχνικές ανίχνευσης παθογόνων του αναπνευστικού (multiplex PCR) έχουν μάλλον περιορισμένη χρησιμότητα σε παρόξυνση ΧΑΠ που δεν απαιτεί νοσηλεία. Αντιθέτως τα τεστ ταχείας ανίχνευσης αντιγόνων αναπνευστικών ιών, μπορούν να βοηθήσουν αφενός στην άμεση έναρξη της ενδεικνυόμενης αντιικής αγωγής σε περίπτωση γρίπης ή COVID-19 και αφετέρου στην αποφυγή κατάχρησης αντιμικροβιακών.

Με βάση τα τρέχοντα δεδομένα, δεν συστήνεται η αξιολόγηση της CRP ή της προκαλσιτονίνης για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων σε ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ. Διάφορες μελέτες προσπάθησαν να συσχετίσουν τους δείκτες φλεγμονής (CRP ή προκαλσιτονίνη) με το βακτηριακό ή μη-αίτιο της παρόξυνσης, με αντικρουόμενα όμως αποτελέσματα. Ο προσδιορισμός των λευκών αιμοσφαιρίων δεν παρέχει συνήθως χρήσιμες πληροφορίες.

Η Ακτινογραφία θώρακα δεν είναι διαγνωστική, αλλά μπορεί να βοηθήσει στις περιπτώσεις άτυπης κλινικής εικόνας και εμμόνης των συμπτωμάτων ή διαφοροδιαγνωστικά σε υποψία άλλης πάθησης. Τα άτομα με ΧΑΠ έχουν αυξημένο κίνδυνο για οξεία συμβάματα με παρόμοια συμπτωματολογία, όπως π.χ. απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας, σοβαρή πνευμονία, πνευμονική εμβολή κ.ά, τα οποία μπορεί να μιμούνται ή και να προκαλούν την παρόξυνση. (Σχήμα 1)

2.1 Εκτίμηση βαρύτητας της Παρόξυνσης ΧΑΠ

Η βαθμονόμηση της έντασης της δύσπνοιας, τα αέρια του αρτηριακού αίματος, η οξυμετρία- όταν δεν υπάρχει δυνατότητα λήψης αερίων, και τα ζωτικά σημεία -όπως ο αριθμός των αναπνοών και η καρδιακή συχνότητα- είναι απαραίτητα τόσο για την εκτίμηση της βαρύτητας της παρόξυνσης όσο και για την ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς. Τιμή CRP > 10 mg/L ίσως να βοηθά στη διάκριση μεταξύ ήπιας και μέτριας βαρύτητας παρόξυνσης, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες.

Οι παραπάνω κλινικές παράμετροι (συμπτώματα, ζωτικά σημεία και κορεσμός) θεωρήθηκαν σημαντικές από μία ομάδα ειδικών από Ευρώπη και Αμερική που πρότειναν μία καινούργια, βελτιωμένη κλινική ταξινόμηση της παρόξυνσης ΧΑΠ ("The Rome proposal", Σχήμα 1). Βάσει αυτής μπορούμε να εντοπίσουμε ασθενείς που θα ωφεληθούν από νοσηλεία, όπως και τους νοσηλευόμενους που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Μάλιστα, η

Σχήμα 1. Ταξινόμηση των παροξύνσεων της ΧΑΠ ανάλογα με τη βαρύτητα

Επιβεβαίωση της διάγνωσης παρόξυνσης ΧΑΠ. Καθορισμός της βαρύτητας του επεισοδίου	Διαφορική διάγνωση παρόξυνσης ΧΑΠ
Βαρύτητα	Κριτήρια καθορισμού βαρύτητας παρόξυνσης ΧΑΠ
Ήπια	- Δύσπνοια VAS < 5 - RR < 24 αναπνοές/λεπτό - HR < 95bpm - SaO₂ > 92% στην ηρεμία, στον αέρα (ή στη συνήθη χορηγούμενη συγκέντρωση O₂) ή μεταβολή < 3% (όταν είναι γνωστός) - CRP < 10mg/L (εάν υπάρχει)
Μέτρια (τουλάχιστον 3 στα 5)	- Δύσπνοια VAS > 5 - RR > 24 αναπνοές/λεπτό - HR > 95bpm - SaO₂ < 92% στην ηρεμία, στον αέρα (ή στη συνήθη χορηγούμενη συγκέντρωση O₂) ή μεταβολή > 3% (όταν είναι γνωστός) - CRP > 10mg/L (εάν υπάρχει). Από τα αέρια αίματος (εάν έχουν ληφθεί) μπορεί να υπάρχει υποξυγοναιμία (PaO₂ < 60mmHg) και/ή υπερκαπνία (PaCO₂ > 45mmHg), αλλά όχι οξέωση (PH > 7,35)
Σοβαρή	- Δύσπνοια, RR, HR, SaO₂, όπως στη μέτρια βαρύτητα και από τα αέρια αίματος υπερκαπνία και οξέωση (PaCO₂ > 45mmHg & PH < 7,35)
Αναζήτηση αιτίου (καλλιέργεια πτυέλων, έλεγχος για ιούς κλπ)	

VAS (Visual Analogue Dyspnea Scale): κλίμακα αξιολόγησης δύσπνοιας [από 0-10 με το 0 «χωρίς καθόλου δύσπνοια» και 10 «το χειρότερο αίσθημα δύσπνοιας που έχω αισθανθεί ποτέ»]. RR: αριθμός αναπνοών. HR: καρδιακή συχνότητα. CXR: ακτινογραφία θώρακα.

*The ROME proposal: προσαρμογή από: Celli et al Am J Respir Crit Care Med. 2021.

Πίνακας 2. Παθογόνα που ενοχοποιούνται σε παροξύνσεις ΧΑΠ, ανάλογα με τη βαρύτητα του επεισοδίου.

Ομάδα	Σοβαρότητα παρόξυνσης	Μικροοργανισμοί
A	Ήπια παρόξυνση ΧΑΠ Ασθενείς που δεν χρειάζονται εισαγωγή στο νοσοκομείο Ασθενείς χωρίς παράγοντες κινδύνου για δυσμενή έκβαση	<i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>Loi</i>
B	Μέτρια παρόξυνση ΧΑΠ, με προδιαθετικούς παράγοντες για δυσμενή έκβαση αλλά χωρίς παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από <i>Pseudomonas aeruginosa</i> *	Ό,τι στην ομάδα A και επιπλέον: <i>Enterobacteriaceae</i> (<i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Enterobacter</i> spp., κλπ.)
Γ	Σοβαρή παρόξυνση ΧΑΠ με παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από <i>Pseudomonas aeruginosa</i> *	Ό,τι στην ομάδα B και επιπλέον: <i>P. aeruginosa</i>

* Παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από *P. aeruginosa* είναι: πρόσφατη νοσηλεία σε νοσοκομείο, συχνή χρήση αντιβιοτικών, απομόνωση *P. aeruginosa* κατά τη διάρκεια προηγούμενης παρόξυνσης, αποικισμός με *P. aeruginosa* κατά τη διάρκεια της σταθερής φάσης της ΧΑΠ, ύπαρξη βρογχεκτασιών, χρόνια συστηματική χρήση κορτικοειδών.

Ο λαιμός μου. Η φωνή μου. Το isla μου.

isla®

ΕΡΕΘΙΣΜΕΝΟΣ ΛΑΙΜΟΣ; ΝΙΩΣΤΕ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ!

Μαλακές παστίλιες για το λαιμό
Με υδατικό εκχύλισμα βρύων Ισλανδίας
(Iceland moss)



Για την ανακούφιση των ενοχλήσεων του λαιμού από κρυολόγημα



Με Υαλουρονικό

Παιδιά από 6 ετών και άνω



Παιδιά από 4 ετών και άνω

Για τη βραχνάδα και την ξηροστομία



Παιδιά από 4 ετών και άνω

Αν παρατηρήσετε κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια μετά τη χρήση αυτού του προϊόντος, παρακαλείσθε να επικοινωνήσετε με έναν επαγγελματία υγείας ή με τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Μεσογείων 284, 15562 Χολαργός, Αθήνα, τηλ.: 213 2040528/542, e-mail: vigilancematerial@eof.gr).

• Να φυλάσσεται σε θέση που δεν προσεγγίζουν τα παιδιά

ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ CE

FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

Θέση Ρίκια, 19300 Ασπρόπυργος, Αττική
τηλ: 210 5777140 | fax: 210 5788791
www.farmasyn.gr


ENGELHARD

Παραγωγός
Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG
An der Rosenhelle 2b
D-61138 Niederdorfelden
www.engelhard.de



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

συγκεκριμένη κατηγοριοποίηση είναι εύκολο να γίνει ο-πουδήποτε εκτιμάται ο ασθενής – ιατρείο, ΤΕΠ, Κέντρο Υγείας, νοσοκομείο κλπ. Η κατηγοριοποίηση αυτή έχει επίσης σημασία και γιατί τα είδη των υπεύθυνων παθογόνων στις παροξύνσεις της ΧΑΠ ποικίλλουν και μπορεί να εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της παρόξυνσης. (Πίνακας 2).

Στις ήπιες βαρύτητας παροξύνσεις επικρατούν κυρίως οι ιοί, ο αιμόφιλος, ο πνευμονιόκοκκος και η *Moraxella catarrhalis*. Οι παροξύνσεις για τις οποίες ευθύνονται ιοί τείνουν γενικά να είναι πιο σοβαρές, με μεγαλύτερη διάρκεια και συχνά να απαιτούν νοσηλεία. Στις σοβαρές παροξύνσεις αυξάνεται το ποσοστό συμμετοχής των Gram αρνητικών εντεροβακτηριακών. Επίσης, ιδιαίτερα συχνή είναι η ανίχνευση *Pseudomonas aeruginosa* σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου*. (Πίνακας 2)

3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΠΑΡΟΞΥΝΣΕΩΝ ΤΗΣ ΧΑΠ

Τα αντιβιοτικά έχουν ένδειξη χορήγησης σε ασθενείς με παρόξυνση ΧΑΠ, που εκδηλώνουν δύο τουλάχιστον, από τα τρία κύρια συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την παρόξυνση της ΧΑΠ, δηλαδή:

- αύξηση δύσπνοιας,
- αύξηση όγκου πτυέλων,
- εμφάνιση ή επίταση πυώδους χροιάς πτυέλων

εφόσον το ένα εκ των δύο αφορά τη διαπύηση των βρογχικών εκκρίσεων. Τα αντιβιοτικά, όταν ενδείκνυνται, μπορεί να συντομεύσουν την ανάρρωση, να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής, τον κίνδυνο νοσηλείας και τον κίνδυνο αποτυχίας της θεραπείας. Από τις μελέτες έχει δείξει όφελος από την αγωγή με αντιβιοτικά για την αντιμετώπιση των μέτριας βαρύτητας και σοβαρών παροξύνσεων ΧΑΠ. Για την επιλογή του κατάλληλου αντιβιοτικού πρέπει να συνεκτιμώνται το αντιμικροβιακό φάσμα, η αντοχή των συνήθων παθογόνων στα αντιβιοτικά σε τοπικό επίπεδο, η πηλεονεκτική φαρμακοκινητική στο τραχειοβρογχικό δέντρο και στα πτύελα καθώς και τυ-

χόν γνωστοί αποικισμοί. Επίσης, εάν έχει προηγηθεί λήψη αντιβιοτικού τους τελευταίους τρεις μήνες για οποιοδήποτε άλλο λόγο θα πρέπει να επιλέγεται ιδανικά αντιβιοτικό άλλης κατηγορίας (Πίνακας 3).

Η αντιμικροβιακή θεραπεία πρέπει να διαρκεί έως 5ημέρες στους ασθενείς που δεν χρειάζονται νοσηλεία, με εξαίρεση το τριήμερο σχήμα της αζιθρομυκίνης, που βασίζεται στο μακρό χρόνο ημισείας ζωής της, και ως 7 ημέρες στα άτομα με παρόξυνση ΧΑΠ που νοσηλεύονται. (Πίνακας 4).

Η αμοξυκιλλίνη και η δοξκυκλίνη αποτελούν θεραπευτικές επιλογές μόνο σε ήπιες βαρύτητας περιστατικά, χωρίς παράγοντες κινδύνου για βαριά νόσο. Μία μετα-ανάλυση 12 τυχαιοποιημένων μελετών σε >2.100 ασθενείς έδειξε ότι ο συνδυασμός αμοξυκιλλίνης-κλαβουλανικού, οι μακρολίδες, οι 2ης ή 3ης γενιάς κεφαλοσπορίνες και οι φθοριοκινολόνες ήταν περισσότερο αποτελεσματικές από ότι η αμοξυκιλλίνη, η αμπικιλλίνη, η κοτριμοξαζόλη και η δοξκυκλίνη για τη θεραπεία των παροξύνσεων ΧΑΠ (OR: 0,51, 95% CI 0,34-0,75).

Σε ασθενείς με γνωστό αποικισμό από *Pseudomonas aeruginosa* θα πρέπει να χορηγηθεί σιπροφλοξασίνη. Εάν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για *Pseudomonas aeruginosa* χωρίς όμως μικροβιολογική τεκμηρίωση τότε είναι προτιμότερη η χορήγηση λεβοφλοξασίνης λόγω της αποτελεσματικότητάς της έναντι του πνευμονιόκοκκου. Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με σοβαρή παρόξυνση, συννοσηρότητες και παράγοντες κινδύνου, θα μπορούσε να χορηγηθεί εμπειρικά αγωγή με αντιψευδομοναδική β-λακτάμη +/- αναστολέα αναμένοντας τα αποτελέσματα της καλλιέργειας πτυέλων.

Οι μοριακές τεχνικές ανίχνευσης παθογόνων του κατώτερου αναπνευστικού μπορούν επίσης να φανούν χρήσιμες, ιδίως εάν έχει προηγηθεί λήψη αντιβιοτικών, πα-

Πίνακας 4. Ενδεικνυόμενα, από του στόματος, αντιμικροβιακά και η δοσολογία τους.

Κατηγορία	Αντιβιοτικό
Μακρολίδες	- Αζιθρομυκίνη: 500 mg x 1 για 3 ημέρες - Κλαριθρομυκίνη: 500 mg x 2 ή Κλαριθρομυκίνη ER 1.000 mg x 1
Κεφαλοσπορίνες β' γενιάς	Κεφουροξίμη αζετλ: 500 mg x 2
Κεφαλοσπορίνες γ' γενιάς	- Κεφίξιμη: 400 mg x 1 - Κεφντιπορένη 400 mg x 2 - Κεφοντοξίμη 200 mg x 2
Τετρακυκλίνες	Δοξκυκλίνη: 100 mg x 2
Κινολόνες	- Μοξιφλοξασίνη: 400 mg x 1 - Λεβοφλοξασίνη: 750 mg x 1 - Σιπροφλοξασίνη: 750 mg x 2*
Αμινοπενικιλίνες	- Αμοξυκιλλίνη: 1 g x 3 - Αμοξυκιλλίνη/Κλαβουλανικό: 875/125 mg x 2 ή 500/125 mg x 3
Σουλφοναμίδια	Τριμεθοπρίμη-Σουλφαμεθοξαζόλη: 960 mg x 2**

* Μόνο για ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη από *Pseudomonas aeruginosa* ή γνωστό αποικισμό

** Η κοτριμοξαζόλη θα πρέπει να χορηγείται μόνο εφόσον υπάρχει μικροβιολογική τεκμηρίωση και επιβεβαιωμένη ευαισθησία ή επί αλλεργίας σε άλλα αντιβιοτικά

Πίνακας 3. Θεραπευτικός αλγόριθμος χορήγησης αντιμικροβιακών σε παρόξυνση ΧΑΠ.

Ομάδα	Από του στόματος αγωγή	Εναλλακτική Αγωγή	Εναλλακτική Αγωγή
A	β-λακτάμη (αμοξυκιλλίνη) ή τετρακυκλίνη ή TMP/SMX	β-λακτάμη + αναστολέας (αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό) ή μακρολίδη ή 2ης -3ης γενιάς κεφαλοσπορίνες	
B	β-λακτάμη + αναστολέας	Φθοριοκινολόνες (levofloxacin, moxifloxacin)	β-λακτάμη + αναστολέας αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό, αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη ή 2ης -3ης γενιάς κεφαλοσπορίνες
Γ	Φθοριοκινολόνες (ciprofloxacin, levofloxacin, σε μεγάλη δόση)		Φθοριοκινολόνες (ciprofloxacin, levofloxacin, σε μεγάλη δόση) ή αντιψευδομοναδική β-λακτάμη ± αναστολέας



www.loimoxeis.gr





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

ρέχοντας μια ταχεία απάντηση για τους λοιμώδεις παράγοντες που ευθύνονται. Μετά από 48-72 ώρες, επί μη κλινικής ανταπόκρισης και αφού έχει βελτιστοποιηθεί η λοιπή αγωγή της ΧΑΠ (βρογχοδιασταλτικά, κορτικοειδή), θα πρέπει να επανεξετάζεται το ενδεχόμενο άλλης αιτιολογίας των συμπτωμάτων. Η αντιμικροβιακή αγωγή θα πρέπει να τροποποιείται αναλόγως των αποτελεσμάτων των καλλιέργειών και να αποκλιμακώνεται όποτε αυτό είναι δυνατό.

Σε περίπτωση παρόξυνσης ΧΑΠ λόγω γρίπης θα πρέπει να χορηγείται οσελταμιβίρη. Αντίστοιχα, τα άτομα με ΧΑΠ σε παρόξυνση, στα οποία διαπιστώνεται COVID-19 θα πρέπει να λαμβάνουν αντιική αγωγή με nirmatrelvir-ritonavir, εάν δεν χρειάζονται νοσηλεία, ή ενδοφλέβια ρεμδεσιβίρη σε σοβαρή λοίμωξη με ανάγκη νοσηλείας. Τέλος, να σημειωθεί ότι στα άτομα με ΧΑΠ είναι επιβεβλημένος ο ετήσιος αντιγριπικός εμβολιασμός, ο εμβολιασμός έναντι του πνευμονιόκοκκου, εμβολιασμός έναντι SARS CoV-2 με το εκάστοτε επικαιροποιημένο εμβόλιο καθώς και ο εμβολιασμός με Tdap.

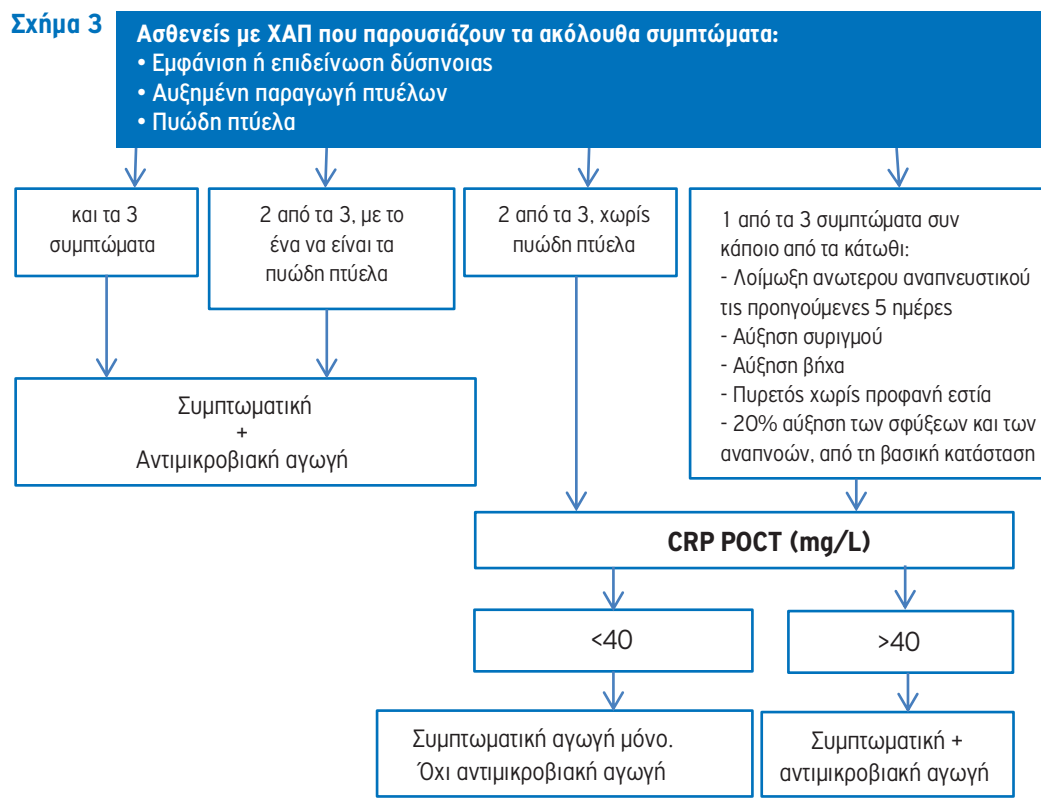
Ο προτεινόμενος αλγόριθμος της εμπειρικής αντιμετώπισης των λοιμωδών παροξύνσεων της ΧΑΠ από την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία παρουσιάζεται στο Σχήμα 2.

Ένας απλουστευμένος αλγόριθμος με βάση τα κριτήρια Anthonisen και τη χρήση point of care μέτρησης της CRP (CRP POCT), παρουσιάζεται στο Σχήμα 3.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2024 GOLD Report <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
2. Jouneau S et al. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Guidelines from the Société de pneumologie de langue française. Rev Mal Respir 2017;34:282-322.
3. Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και θεραπεία των λοιμώξεων. 2η Έκδοση. Αθήνα 2015.
4. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Εθνικές Οδηγίες Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας. Αθήνα 2020.
5. Salachas C, Gounana C, Beduneau G et al. Diagnostic yield of viral multiplex PCR during acute exacerbation of COPD admitted to the intensive care unit: a pilot study. Sci Rep 2024;14:1057.
6. Adams SG, Anzueto A. Antibiotic therapy in acute exacerbations of chronic bronchitis. Sem Resp Infect. 2000;16:234-47.
7. Celli BR, Fabbri LM, Aaron SD et al. An updated definition and severity classification of Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbations: The Rome Proposal. Am J Respir Crit Care Med. 2021;204:1251-8.
8. Dimopoulos G, Siempos II, Korbila IP, Manta KG, Falagas ME. Comparison of first-line with second-line antibiotics for acute exacerbations of chronic bronchitis: a metaanalysis of randomized controlled trials. Chest. 2007;132:447-55.
9. Van Velzen P, Ter Riet G, Bresser Pet al. Doxycycline for outpatient-treated acute exacerbations of COPD: a randomised double-blind placebo-controlled trial. Lancet Respir Med 2017;5:492.
10. Albert RK, Connett J, Bailey WC et al. Azithromycin

Σχήμα 3



CRP POCT: point of care μέτρηση της CRP.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Συστάσεις εμβολιασμού για την πρόληψη σοβαρής λοίμωξης από τον Αναπνευστικό Συγκυτιακό Ιό (RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS - RSV)

Επιμέλεια

Στυλιανός Φ. Ασημακόπουλος, Αν. Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών, Υπεύθυνος Μονάδος
Ειδικών Λοιμώξεων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών.

RSV: μετάδοση, επιδημιολογία, κλινικές εκδηλώσεις

Ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (respiratory syncytial virus - RSV) είναι ένας RNA ιός που συχνά προκαλεί λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού. Τα άτομα που έχουν μολυνθεί με RSV συνήθως παρουσιάζουν αρχικά συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό για αρκετές ημέρες (ρινική συμφόρηση, ρινόρροια) και ακολουθούν τα συμπτώματα από το κατώτερο αναπνευστικό μετά από αρκετές ημέρες (παραγωγικός βήχας, συριγμός, αναπνευστική δυσχέρεια). Ο RSV είναι σχετικά συχνό αίτιο πνευμονίας στους ενήλικες, καθώς ανιχνεύεται στο 3% των ασθενών με πνευμονία της κοινότητας (5ος κατά σειρά αιτιολογικός παράγων), ενώ παράλληλα αποτελεί την 1η αιτία ιογενούς λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού σε παιδιά <5 ετών. Τα άτομα που έχουν μολυνθεί με RSV είναι μεταδοτικά για 3 έως 8 ημέρες, ενώ ορισμένα άτομα μπορεί να μεταδίδουν τον ιό για έως και 4 εβδομάδες. Ο RSV επιβιώνει σε επιφάνειες, όπως έπιπλα, δέρμα, υφάσματα και γάντια για μεγάλα διαστήματα. Η επαφή με ένα μολυσμένο άτομο ή η επαφή με μια μολυσμένη επιφάνεια, καθώς και ο αυτο-ενοφθαλμισμός, είναι απαραίτητα για τη μετάδοση του RSV.

Το φορτίο των λοιμώξεων από RSV στην Δημόσια Υγεία

Στις χώρες του βόρειου ημισφαιρίου οι επιδημίες από RSV εμφανίζονται συνήθως από Σεπτέμβριο έως Απρίλιο με κορύφωση τους μήνες Δεκέμβριο-Ιανουάριο. Μια συντηρητική εκτίμηση της επίπτωσης της συμπτωματικής RSV λοίμωξης είναι 3-8% το χρόνο, ενώ η επίπτωση των νοσηλείων είναι ιδιαίτερος αυξημένη σε άτομα άνω των 65 ετών (136-255 νοσηλείες ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο) και σε βρέφη μέχρι την ηλικία των 6 μηνών (κατά μέσο όρο στην Ευρώπη 38.9 νοσηλείες / 1000 παιδιά το χρόνο). Ο ιός RSV προκαλεί 336,000 νοσηλείες και 14,000 θανάτους παγκοσμίως σε ενήλικες 65 ετών και άνω. Στην Ευρώπη, για την περίοδο 2006-2017, ο εκτιμώμενος μέσος όρος RSV-σχετιζόμενων νοσηλείων ετησίως ήταν 158.229, και αφορούσε κυρίως άτομα >65 ετών. Η ύπαρξη συννοσηροτήτων όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), άσθμα, στεφανιαία νόσος, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αιματολογικές κακοήθειες, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), χρόνια νεφρική νόσος, χρόνια ηπατοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης και ανοσοκαταστολή αυξάνουν

τον κίνδυνο σοβαρής νόσησης, νοσηλείας, επιπλοκών (παρόξυνση ΧΑΠ, καρδιαγγειακά συμβάματα) και θνητότητας. Η θνητότητα από RSV σε νοσηλευόμενους ασθενείς άνω των 60 ετών ή με συννοσηρότητες κυμαίνεται στις περισσότερες μελέτες από 5% ως 10%, ενώ η επίπτωση δυσμενούς έκβασης (διασωλήνωση ή θάνατος) στους νοσηλευόμενους ασθενείς άνω των 60 ετών είναι διπλάσια συγκριτικά με τη γρίπη.

Εμβόλια έναντι του RSV

Υπάρχουν διαθέσιμα 2 εμβόλια που έχουν πάρει έγκριση από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) το 2023 για την προστασία από τον RSV:

- Το εμβόλιο RSVpreF (Abrysvo[®], Pfizer) είναι ένα διδύναμο εμβόλιο υπομονάδας (πρωτεϊνικό) που περιέχει το σταθεροποιημένο προ της σύντηξης αντιγόνο F του RSV των υποομάδων A και B. Η εγκριτική μελέτη έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα μίας δόσης του Abrysvo στην πρόληψη επιβεβαιωμένης λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού από τον ιό RSV, σε 18.488 ενήλικες ≥60 ετών ήταν 88.9% την πρώτη ετήσια περίοδο αναπνευστικών λοιμώξεων και 77,8% για την επόμενη περίοδο αναπνευστικών λοιμώξεων (συνολική αποτελεσματικότητα για 2 έτη 81.5%). Επιπλέον, η χορήγηση του εμβολίου σε εγκύους ηλικίας 18-49 ετών, στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της κύησης, οδήγησε σε μείωση κατά 81,8% των σοβαρών RSV λοιμώξεων στα νεογνά στους πρώτους τρεις μήνες ζωής και κατά 69,4% στο πρώτο εξάμηνο.
- Το ανοσοενισχυμένο εμβόλιο RSVPreF3 (Arexvy[®], GSK) περιέχει την ανασυνδυασμένη γλυκοπρωτεΐνη F του RSV σταθεροποιημένη στη μορφή προ της σύντηξης, συνδυασμένη με το ανοσοενισχυτικό AS01E. Η εγκριτική μελέτη έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα μίας δόσης του Arexvy στην πρόληψη επιβεβαιωμένης λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού από τον ιό RSV, σε 12.466 ενήλικες ≥60 ετών ήταν 82,6% την πρώτη ετήσια περίοδο αναπνευστικών λοιμώξεων και 56,1% για την επόμενη περίοδο αναπνευστικών λοιμώξεων (συνολική αποτελεσματικότητα για 2 έτη 74,5%). Όσον αφορά την πρόληψη επιβεβαιωμένης σοβαρής λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού από τον ιό RSV, σε ενήλικες ≥60 ετών, η αποτελεσματικότητα του εμβολίου ήταν 94,1% την πρώτη ετήσια περίοδο αναπνευ-



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

στικών λοιμώξεων και 64,2% για την επόμενη περίοδο αναπνευστικών λοιμώξεων (συνολική αποτελεσματικότητα για 2 έτη 82,7%).

Τα πρώτα δεδομένα σε πραγματικές συνθήκες από τη χρήση των δύο εμβολίων έναντι του RSV στις ΗΠΑ την περίοδο 2023-2024 επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών, αφού αναφέρεται σημαντική προστασία έναντι της σοβαρής νόσου από RSV (αποτελεσματικότητα έναντι της σχετιζόμενης με RSV νοσηλείας 73-82%, ανάλογα με τον εξεταζόμενο πληθυσμό και το δίκτυο επιτήρησης).

Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες των δύο εμβολίων είναι τοπικές αντιδράσεις με άλγος στο σημείο της ένεσης. Οι συχνότερα αναφερόμενες συστηματικές αντιδράσεις μετά τον εμβολιασμό είναι κόπωση, κεφαλαλγία, μυαλγίες ή αρθραλγίες.

Σύμφωνα με τον EMA και τα δύο εμβόλια έχουν ένδειξη την ενεργό ανοσοποίηση για την αποτροπή των σχετιζόμενων με RSV λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού σε ενήλικες ≥60 χρόνων. Το εμβόλιο της Pfizer (Abrysvo®) έχει επιπλέον ένδειξη την ανοσοποίηση εγκύων (την 24η-36η εβδομάδα κύησης) για την αποτροπή των σχετιζόμενων με RSV λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού στα νεογνά από την γέννηση μέχρι τους 6 μήνες ζωής.

Συστάσεις εμβολιασμού για τον RSV από την Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων

Με βάση τα ανωτέρω δεδομένα, τις εγκριτικές μελέτες των δύο διαθέσιμων εμβολίων, τις ενδείξεις για τη χορήγηση τους όπως αυτές εγκρίθηκαν από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) και περιλαμβάνονται στο εγκεκριμένο φύλλο οδηγιών (SPC) των εμβολίων, αλλά και τις διεθνείς συστάσεις για τον εμβολιασμό έναντι του RSV, η Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων συστήνει τον εμβολιασμό έναντι του RSV στις ακόλουθες ομάδες του πληθυσμού:

A. Εποχιακός εμβολιασμός τον Οκτώβριο με μια δόση Abrysvo ή Arexny σε ενήλικες ηλικίας 60 ετών και άνω, με προτεραιότητα όσους έχουν τουλάχιστον μία εκ των κατωτέρω συννοσηροτήτων ή καταστάσεων, που προδιαθέτουν σε σοβαρή νόσο από τον ιό RSV:

- χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
- άσθμα
- καρδιακή ανεπάρκεια
- στεφανιαία νόσο
- αγγειακή νόσο του εγκεφάλου
- σακχαρώδη διαβήτη
- χρόνια νεφρική νόσο
- χρόνια ηπατοπάθεια
- ανοσοκαταστολή (συγγενή ή επίκτητη)
- διαβίωση σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας

B. Εμβολιασμός εγκύων: Με βάση τα Ελληνικά επιδημιολογικά δεδομένα προτείνεται ο εμβολιασμός των εγκύων, με μια δόση Abrysvo®, να διενεργείται μεταξύ 32ης και 36ης εβδομάδας κύησης κατά τους μήνες επο-

χιακής έξαρσης του RSV (Σεπτέμβριο - Μάρτιο). Εντούτοις, ενθαρρύνεται ο εμβολιασμός καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, με στόχο την αύξηση της συμμόρφωσης των γυναικών και την κατά το δυνατόν πληρέστερη προστασία των βρεφών.

Συγχορήγηση

Το Arexny® μπορεί να χορηγηθεί συγχρόνως με το εμβόλιο κατά της εποχικής γρίπης (τετραδύναμο, τυπική δόση, μη ανοσοενισχυμένο, αδρανοποιημένο) σε άλλο σημείο. Το Abrysvo® μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης (QIV, επιφανειακό αντιγόνο, αδρανοποιημένο, ανοσοενισχυμένο), ενώ συνιστάται να μεσολαβεί ένα ελάχιστο διάστημα δύο εβδομάδων μεταξύ της χορήγησης του Abrysvo και της χορήγησης του εμβολίου τετάνου/διφθερίτιδας/ακυτταρικό κοκκύτη (Tdap).

Βιβλιογραφία

1. McLaughlin JM, Khan F, Begier E, Swerdlow DL, Jodar L, Falsey AR. Rates of Medically Attended RSV Among US Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. Open Forum Infect Dis. 2022 Jun 17;9(7):ofac300.
2. Branche AR, Saiman L, Walsh EE, Falsey AR, Sieling WD, Greendyke W, Peterson DR, Vargas CY, Phillips M, Finelli L. Incidence of Respiratory Syncytial Virus Infection Among Hospitalized Adults, 2017-2020. Clin Infect Dis. 2022;74(6):1004-1011.
3. Osei-Yeboah R, Spreuwerberg P, Del Riccio M, Fischer TK, Egeskov-Cavling AM, Boas H, van Boven M, Wang X, Lehtonen T, Bangert M, Campbell H, Paget J; Respiratory Syncytial Virus Consortium in Europe (RESCEU) Investigators. Estimation of the Number of Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalizations in Adults in the European Union. J Infect Dis. 2023;228(11):1539-1548.
4. Surie D, Yuengling KA, DeCuir J, Zhu Y, Gaglani M, Ginde AA, Talbot HK, Casey JD, Mohr NM, Ghamande S, Gibbs KW, Files DC, Hager DN, Ali H, Prekker ME, Gong MN, Mohamed A, Johnson NJ, Steingrub JS, Peltan ID, Brown SM, Leis AM, Khan A, Hough CL, Bender WS, Duggal A, Wilson JG, Qadir N, Chang SY, Mallow C, Kwon JH, Exline MC, Laurant AS, Shapiro NI, Columbus C, Vaughn IA, Ramesh M, Safdar B, Halasa N, Chappell JD, Grijalva CG, Baughman A, Rice TW, Womack KN, Han JH, Swan SA, Mukherjee I, Lewis NM, Ellington S, McMorrow ML, Martin ET, Self WH; IVY Network. Disease Severity of Respiratory Syncytial Virus Compared with COVID-19 and Influenza Among Hospitalized Adults Aged ≥60 Years - IVY Network, 20 U.S. States, February 2022-May 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72(40):1083-1088.
5. Havers FP, Whitaker M, Melgar M, Chatwani B, Chai SJ, Alden NB, Meek J, Openo KP, Ryan PA, Kim S, Lynfield R, Shaw YP, Barney G, Tesini BL, Sutton M, Talbot HK, Olsen KP, Patton ME; RSV-NET Surveillance Team. Characteristics and Outcomes Among Adults Aged ≥60 Years Hospitalized with Laboratory-Confirmed Respiratory Syncytial Virus - RSV-NET, 12 States, Ju-



Lio vital® AD

Βιταμίνες Α - Β1 - D - Ε
Μουρουνέλαιο
Γύρη και Βασιλικός πολτός
Γλυκίνη και Ψευδάργυρος
Συμπλήρωμα Διατροφής

- Συμβάλλει στη διατήρηση της φυσιολογικής κατάστασης των βλεννογόνων και στη φυσιολογική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος
- Συμβάλλει στη φυσιολογική απορρόφηση του ασβεστίου, του φωσφόρου και συνεισφέρει στη διατήρηση της φυσιολογικής κατάστασης των οστών
- Συμβάλλει στη φυσιολογική γνωσιακή λειτουργία
- Συνεισφέρει στη φυσιολογική λειτουργία του νευρικού συστήματος, των μεταβολικών διεργασιών για την παραγωγή ενέργειας και στην προστασία των κυττάρων από το οξειδωτικό στρες
- Περιέχει ουσίες με υψηλή διατροφική αξία
- Χωρίς γλουτένη



10 ΦΙΑΛΙΔΙΑ ΜΟΝΗΣ ΔΟΣΗΣ
ΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ
ΜΕ ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΟ ΠΩΜΑ

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 76384/23-07-2020. Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σαν υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διαίτας και δεν προορίζονται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου.





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

- ly 2022-June 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72(40):1075-1082.
- Melgar M, Britton A, Roper LE, Talbot HK, Long SS, Kotton CN, Havers FP. Use of Respiratory Syncytial Virus Vaccines in Older Adults: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023 Jul 21;72(29):793-801.
 - Papi A, Ison MG, Langley JM, Lee DG, Leroux-Roels I, Martinon-Torres F, et al. Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine in Older Adults. N Engl J Med. 2023;388(7):595-608.
 - Walsh EE, Pérez Marc G, Zareba AM, Falsey AR, Jiang Q, Patton M, et al. Efficacy and Safety of a Bivalent RSV Prefusion F Vaccine in Older Adults. N Engl J Med. 2023;388(16):1465-77.
 - Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simoes EAF, Pahud BA, Llapur C, et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. N Engl J Med. 2023;388(16):1451-64.
 - Addo M, Cornely O, Denking M, Ertl G, Herold S, Pletz M, Rohde G, Welte T, Windisch W, Witzenth M. RSV vaccination strategies for high-risk patients 2023: a collaborative position paper by leading German medical societies and organizations. Infection. 2024 Feb;52(1):285-288.
 - Ruiz-Galiana J, Canton R, De Lucas Ramos P, Garcia-Botella A, Garcia-Lledo A, Hernandez-Sampelayo T, Gomez-Pavon J, Gonzalez Del Castillo J, Martin-Delgado MC, Martin Sanchez FJ, Martinez-Sellés M, Mole-ro Garcia JM, Moreno Guillén S, Rodriguez-Artalejo FJ, Rodriguez Fernandez R, Kestler M, Bouza E. Respiratory syncytial virus: A new era. Rev Esp Quimioter. 2024 Apr;37(2):134-148.
 - The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Maternal Respiratory Syncytial Virus Vaccination (Last Updated December 11, 2023). <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2023/09/maternal-respiratory-syncytial-virus-vaccination>
 - https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/abrysvo-epar-product-information_en.pdf.
 - https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/arexvy-epar-product-information_en.pdf.
 - <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2024-06-26-28/02-RSV-Adult-Munj-al-508.pdf>
 - <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2024-06-26-28/07-RSV-Adult-Surie-508.pdf>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Οι Κεφαλαλγίες στους ηλικιωμένους

Κλάδος Κεφαλαλγίας της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας: Μ.Βικέλης, Ε.Δερμιτζάκης, Π.Μητσιάς

Οι αλλοιγίες στην ανατομία και τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος με την πρόοδο της ηλικίας δημιουργούν ορισμένες ιδιαιτερότητες στα είδη και τα χαρακτηριστικά των πονοκεφάλων στους ηλικιωμένους. Ο πονοκέφαλος στα άτομα άνω των 65 ετών, αν και λιγότερο συχνός από ό,τι στους νεότερους, εξακολουθεί να αναφέρεται τουλάχιστον μία φορά ετησίως από τους μισούς ανθρώπους· απαιτεί δε διερεύνηση σε νευρολόγο για να αποκλειστεί η περίπτωση να αποτελεί σύμπτωμα κάποιας άλλης παθολογικής κατάστασης.

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, καθώς στους μεγαλύτερους σε ηλικία είναι συχνό να συνυπάρχουν και άλλα νοσήματα, ο μεταβολισμός και η απέκκριση των φαρμάκων μεταβάλλεται, η ανοχή τους σε φάρμακα που με ευκολία λαμβάνουν οι νεότεροι είναι μειωμένη, ενώ караδοκεί και ο κίνδυνος της πολυφαρμακίας και της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης αναλγητικών.

Αν και οι λεγόμενοι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι, όπως η ημικρανία και ο πονοκέφαλος τάσεως, είναι οι πιο συχνές αιτίες σε όλες τις ηλικίες, στους μεγαλύτερους η πιθανότητα ο πονοκέφαλος να είναι σύμπτωμα κάποιας άλλης νοσήματος, δηλαδή πονοκέφαλος ανησυχητικός ή επικίνδυνος, είναι αυξημένη.

Ιδιαίτερη υποψία ότι ο πονοκέφαλος οφείλεται σε άλλη πάθηση (είναι, δηλαδή, δευτεροπαθής) προκαλεί η εμφάνιση ενός νέου πονοκέφαλου σε ένα ηλικιωμένο άτομο. Και πάλι όμως, τα δύο τρίτα των πονοκεφάλων στους ηλικιωμένους είναι πρωτοπαθείς.

Αξίζει επίσης να θυμόμαστε ότι το ένα τρίτο των ημικρανικών συνεχίζει να υποφέρει και μετά το κατώφλι της τρίτης ηλικίας. Η διερεύνηση των πονοκεφάλων είναι σκόπιμο να περιλαμβάνει αξονική τομογραφία εγκεφάλου για τις οξείες περιπτώσεις και μαγνητική τομογραφία για τα χρόνια ενοχλήματα.

Μια πολύ σημαντική πάθηση που πρέπει να αποκλειστεί σε οποιοδήποτε άτομο άνω των 50 ετών με πρωτοεμφανιζόμενο πονοκέφαλο ή αλλοιγία στα χαρακτηριστικά προϋπάρχοντος πονοκέφαλου είναι η κροταφική (ή γιγαντοκυτταρική) αρτηρίτιδα.

Πρόκειται για αυτοάνοσο νόσημα που συνήθως εκδηλώνεται με πόνο στη μία πλευρά του προσώπου/κεφαλή (όχι μόνο στον κρόταφο), ενώ μπορεί να οδηγήσει και σε διαταραχές στη μάσηση, καταβολή, ανορεξία, απώλεια βάρους και μυϊκούς πόνους.

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι υψίστης σημασίας, καθώς ελλοχεύει σημαντικός κίνδυνος για την ό-



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.enet.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Γεώργιος Τσιβούλης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Κωνσταντίνος
Βαδικόλιας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Νικόλαος Γρηγοριάδης

ΤΑΜΙΑΣ:
Γιομπος Ρούντολφ

ΜΕΛΗ:
Κωνσταντίνος
Βουμβουράκης,
Σωτήριος
Γιαννόπουλος,
Ιωάννης Ελλούλ,
Κωνσταντίνος
Κυλιντήρας,
Τριαντάφυλλος
Ντόσκας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.enee.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ραση του ασθενούς. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει συνήθως τη λήψη γλυκοκορτικοστεροειδούς για αρκετό χρονικό διάστημα.

Μία σημαντική αιτία πονοκεφάλου, ιδιαίτερα στους πιο ευπαθείς ηλικιωμένους, είναι τα υποσκληρίδια αιματώματα, συνήθως ως συνέπεια πτώσης στο έδαφος. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το χτύπημα στο κεφάλι δεν χρειάζεται να είναι πολύ έντονο και ότι τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ακόμη και εβδομάδες μετά.

Αν χτυπήσει το κεφάλι του ένα ηλικιωμένο άτομο και ακολουθήσει εμφανίσει πονοκέφαλο, «ζάλη», υπνηλία, εμέτους ή διπλωπία η διενέργεια νευρολογικής εκτίμησης και αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου δεν πρέπει να καθυστερήσει, ειδικά αν ο ασθενής λαμβάνει φάρμακα που επηρεάζουν την πήξη του αίματος, κάτι αρκετά συχνό σε αυτές τις ηλικίες.

Ο φόβος του ασθενούς για κάποιο όγκο στο κεφάλι είναι συχνός όταν πρωτοεμφανιστεί πονοκέφαλος ακόμη και στους νεότερους, ενώ ενίοτε και ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ιδίως αν είναι αιμορραγικό, μπορεί να εκδηλωθεί ως πόνος στην περιοχή της κεφαλής. Λοιμώξεις όπως η μηνιγγίτιδα ή ο έρπητας ζωστήρας εμφανίζονται συχνά με πονοκέφαλο.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ακολουθείται ο ίδιος διαγνωστικός αλγόριθμος όπως και στους νεότερους. Ο έρπητας ζωστήρας οφείλεται σε επανενεργοποίηση του ιού της ανεμευλογιάς και συνήθως διαγιγνώσκεται εύκολα λόγω του συνοδού εξανθήματος. Ενδέχεται ο πόνος να επιμένει και μετά τη θεραπεία και την υποχώρη-

ση του εξανθήματος.

Η κατάσταση αυτή καλείται μεθερπητική νευραλγία και ευτυχώς ανταποκρίνεται συνήθως στα ειδικά φάρμακα που θα χορηγήσει ο νευρολόγος. Συχνότερη μετά την ηλικία των 50 ετών είναι η νευραλγία του τριδύμου, που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους, έντονους πόνους στη μία πλευρά του προσώπου, σαν ηλεκτρικά σοκ ή «σουβλιές» μικρής διάρκειας.

Θεραπευτικά συνήθως χορηγούμε αντιεπιληπτική αγωγή με αρκετά καλά αποτελέσματα (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η πάθηση σχετίζεται με επιληψία).

Μια σημαντική ιδιαιτερότητα της τρίτης ηλικίας είναι η πιθανότητα νοτικής έκπτωσης, που αυξάνεται μαζί με την ηλικία. Στη χώρα μας, μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, το 7,6% παρουσιάζει άνοια.

Η νοτική διαταραχή δεν επηρεάζει μόνο τη μνήμη και τον προσανατολισμό, όπως συνήθως νομίζει το κοινό, αλλά και την κρίση και την ικανότητα συνειδητοποίησης και περιγραφής των συμπτωμάτων του ατόμου, ενώ παράλληλα ενδέχεται παλαιά ενοχλήματα να αναφέρονται σταθερά και αφού υποχωρήσουν, λόγω εμμονών.

Ο πονοκέφαλος, ως ένα από τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα στην κλινική πράξη, πολλές φορές προβλήεται και από άτομα με άνοια· συνιστά δε σημαντικό διαγνωστικό και θεραπευτικό ζήτημα, καθώς ο πόνος είναι υποκειμενικός -συνεπώς δεν υπάρχει δυνατότητα αντικειμενικής επιβεβαίωσης- ενώ σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών προσπαθούμε η χρήση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων να γίνεται με φειδώ.

Συμπερασματικά, επειδή στους ηλικιωμένους συχνά συνυπάρχουν πολλαπλά προβλήματα υγείας και η εμφάνιση ενός νέου πονοκεφάλου είναι πιθανό να συνιστά εκδήλωση υποκείμενου νοσήματος, η διαγνωστική διερεύνηση απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή.

Θεραπευτικά, πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπ' όψιν η κατανάλωση και άλλων, συνήθως, φαρμάκων, καθώς και η πιθανότητα κατάχρησης αναλγητικών, που μπορεί η ίδια να πυροδοτεί καθημερινούς πονοκεφάλους.

*Εκ μέρους του Κλάδου Κεφαλαλγίας
της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας,
Σεπτέμβριος 2023.*

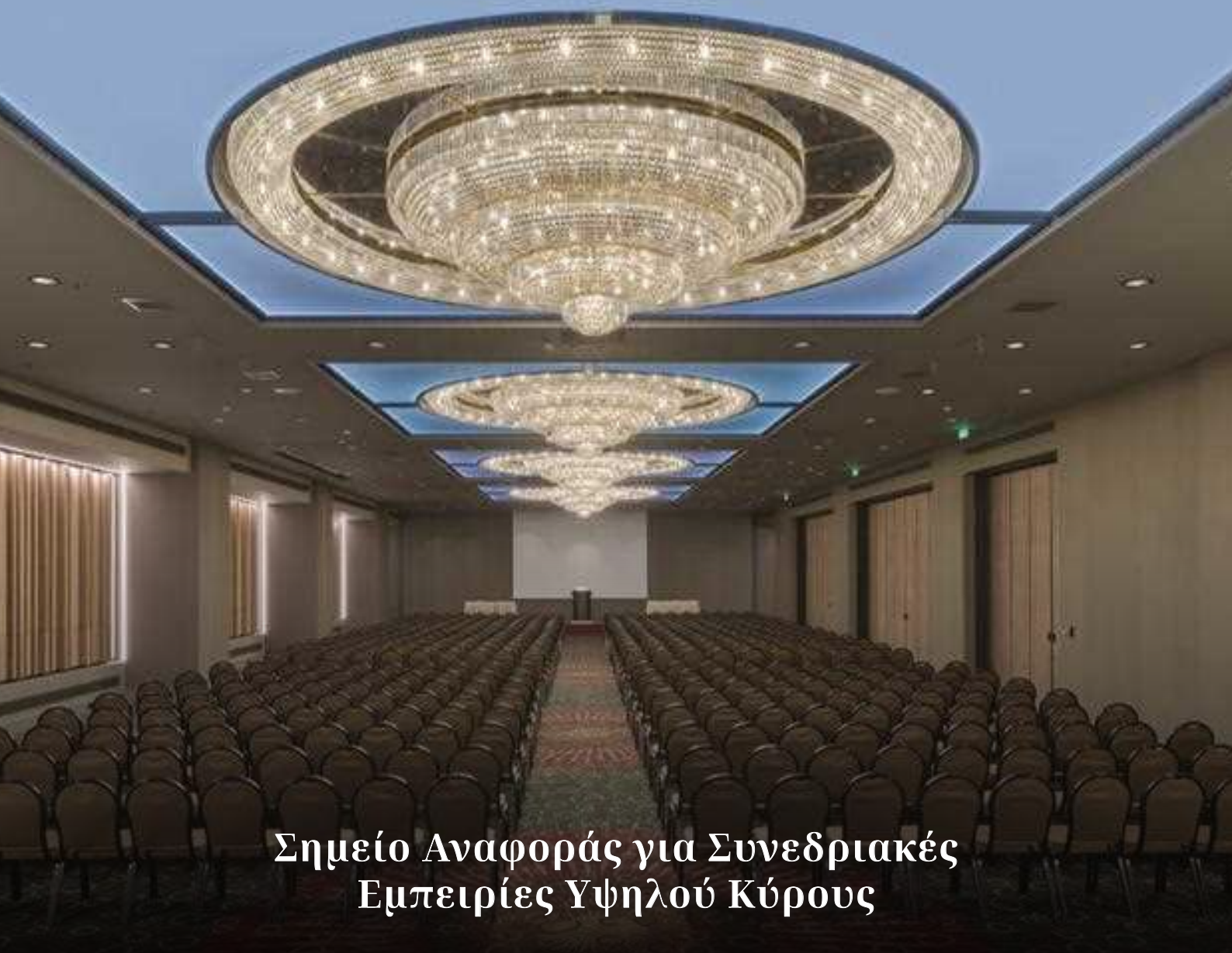
Ενδεικτική βιβλιογραφία

Robert G Kaniecki, Andrew D Levin. Headache in the elderly. Handb Clin Neurol 2019;167:511-528.

Tara L Sharma. Common Primary and Secondary Causes of Headache in the Elderly. Headache 2018 Mar;58(3):479-484

George S Vlachos et al. Prevalence of Mild Cognitive Impairment in the Elderly Population in Greece: Results from the HELIAD Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 2020 Apr-Jun;34(2):156-162





DIVANIS.COM

ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ ΑΠΟ ΤΟ 1958

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Υπερηχογράφημα και Καρκίνος Θυρεοειδούς

Δρακωνάκη Έλενα, Ακτινολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Ανατομίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΕμμανουήλ
ΣαλούστροςΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Αριστοτέλης ΜπάμιαςΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Μιχαήλ ΛιόντοςΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Νικόλαος ΤσουκαλάςΤΑΜΙΑΣ:
Ευθαλία ΛάλλαΜΕΛΗ:
Αναστάσιος Μπούτης,
Μιχαήλ Νικολάου

www.neaeope.gr

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ:
Ελένη Γαλάνη,
Μιχαήλ Νικολάου

Τι είναι ο ΟΖΟΣ του θυρεοειδούς;

Είναι συμπαγή ή κυστικά (περιέχουν υγρό) ογκίδια που αναπτύσσονται μέσα στον αδένα και μπορεί να είναι καλοήθη ή κακοήθη (καρκίνος). Οι κακοήθεις όζοι περιλαμβάνουν τον καρκίνο (θηλώδης, θυλακιώδης, μυελοειδής και αναπλαστικός) και το λέμφωμα του θυρεοειδούς.

Σε έδαφος θυρεοειδίτιδας Hashimoto είναι δυνατόν να αναπτυχθούν κακοήθεις όζοι. Η ανίχνευση των θυρεοειδικών όζων μπορεί να γίνει με ψηλάφηση από τον γιατρό, αρκεί ο όζος να έχει ένα κρίσιμο μέγεθος ώστε να είναι ψηλαφητός (συνήθως πάνω από 1-1,5 εκ). Οι μικρότεροι όζοι (κάτω του 1 εκ) δεν είναι ψηλαφητοί και ανιχνεύονται μόνο με υπερηχογράφημα. Οι όζοι θυρεοειδούς είναι πολύ συχνόι στον γενικό πληθυσμό (από υπερηχογραφικές μελέτες έχει βρεθεί ότι μία στις τρεις γυναίκες φέρουν τουλάχιστον ένα οζίδιο στο θυρεοειδή τους). Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι όζοι είναι καλοήθεις και αβλαβείς, ενώ το ποσοστό κακοηθείας είναι περίπου 5%.

Ο χαρακτηρισμός του όζου ως ύποπτου για κακοήθεια γίνεται με το υπερηχογράφημα υψηλής ανάλυσης, με εντοπισμό συγκεκριμένων υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών, όπως η ηχογένεια, η αγγείωση, το σχήμα ή παρουσία ασβετώσεων. Τα τελευταία χρόνια νέες τεχνικές, όπως η ελαστογραφία χρησιμοποιούνται βοηθητικά προς το υπερηχογράφημα υψηλής ανάλυσης για να επιβεβαιώσουν την υποψία για κακοήθεια σε ένα όζο.

Σε τι χρησιμεύει το υπερηχογράφημα θυρεοειδούς;

Το υπερηχογράφημα επιτρέπει τον χαρακτηρισμό ενός όζου ως ύποπτου για κακοήθεια, με εντοπισμό συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, όπως η ηχογένεια, η αγγείωση, το σχήμα ή παρουσία ασβετώσεων. Ο ρόλος του υπερηχογραφήματος είναι πολλαπλός:

1. Ανίχνευση Όζων. Αυτό είναι σχετικά απλή διαδικασία και μπορεί να γίνει και με τα συνήθη μηχανήματα υπερήχων και οδηγεί σε μια σύντομη γνωμάτευση του αναφέρει το μέγεθος και τον αριθμό των όζων. Η διαδικασία αυτή γίνεται είτε από ακτινολόγους είτε από ενδοκρινολόγους, κατόχους ειδικής άδειας από το Υπουργείο Υγείας για εκτέλεση υπερήχων.
2. Χαρακτηρισμός των όζων. Αυτό είναι πιο εξειδικευμένη διαδικασία που απαιτεί υψηλής ανάλυσης μηχανήματα υπέρηχου και ειδική εμπειρία και εκπαίδευση του ακτινολόγου. Ο στόχος είναι η διάκριση των ακίνδυνων από τους ύποπτους για κακοήθεια όζους. Αυτό γίνεται μελετώντας τα χαρακτηριστικά του όζου με υπερηχογράφημα υψηλής ανάλυσης και ελαστογραφία. Η διαδικασία καταλήγει σε μια εκτίμηση της πιθανότητας κακοήθειας για κάθε όζο που εκφράζεται με διάφορα συστήματα βαθμονόμησης (συστήματα TIRADS).
3. Προεγχειρητική χαρτογράφηση. Σε ένα ασθενή που είναι γνωστό ότι έχει κακοήθεια στον θυρεοειδή πρέπει πριν το χειρουργείο να γίνει οπωσδήποτε αναλυτικός έλεγχος των λεμφαδένων του τραχήλου για πιθανές μικρομεταστάσεις. Αυτό γίνεται ελέγχοντας διεξοδικά τους λεμφαδένες για ύποπτα ευρήματα. Αν προκύψουν από τη διαδικασία αυτή ύποπτοι λεμφαδένες πρέπει να παρακεντηθούν για επιβεβαίωση της υποψίας ώστε να αφαιρεθούν ταυτόχρονα με τον θυρεοειδή αδένα.
4. Μετεγχειρητική χαρτογράφηση. Η παραπάνω διαδικασία της χαρτογράφησης γίνεται επίσης για να εντοπιστεί υπολειμματικός ιστός στην θέση του χειρουργείου ή μεταστάσεις σε λεμφαδένες.

Τι είναι η υπερηχογραφική ελαστογραφία θυρεοειδούς αδένα;

Η υπερηχογραφική ελαστογραφία εφαρμόζεται για μελέτη των όζων του θυρεοειδούς, για να βοηθήσει στην διάκριση των καλοήθων από τους κακοήθεις όζους. Η





ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

ελαστογραφία είναι μια τεχνική που χρησιμοποιεί τους υπερήχους για να εκτιμήσει τη ελαστικότητα (σκληρότητα) των ιστών. Υπάρχουν δυο τύπων ελαστογραφίες, η ελαστογραφία πίεσης (stain) και η ελαστογραφία επιμηκών κυμάτων (shearwave). Οι δύο τεχνικές διαφέρουν στον τρόπο εκτέλεσης και στην τεχνολογία τους και δίνουν αποτελέσματα που αξιολογούνται με διαφορετικό τρόπο. Σε καμία περίπτωση δεν αντικαθιστά το υπερηχογράφημα ή την παρακέντηση αλλά δίνει μια επιπλέον πληροφορία που συνεκτιμάται με τις υπόλοιπες για τον χαρακτηρισμό του όζου και την λήψη αποφάσεων.

Η ελαστογραφία έχει δυσκολίες στην εκτέλεση και στην ερμηνεία και πρέπει να εφαρμόζεται από ακτινολόγους με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία, διαφορετικά μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένα αποτελέσματα και επικίνδυνες γενικεύσεις

Τι είναι η παρακέντηση FNA θυρεοειδούς

Η παρακέντηση θυρεοειδούς με λεπτή βελόνη (FNA) είναι μια διαδικασία που λαμβάνει υλικό από τον όζο για κυτταρολογικό έλεγχο. Η παρακέντηση γίνεται υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, δηλαδή με συνεχή παρακολούθηση της βελόνας με υπέρηχο, ώστε να εξασφαλιζόμαστε: α) ασφάλεια από πιθανή κάκωση παρακείμενων δομών β) λήψη υλικού από τον όζο και όχι από τον παρακείμενο φυσιολογικό ιστό γ) λήψη υλικού από την πιο ύποπτη περιοχή του όζου. Η FNA με υπερηχογραφική

καθοδήγηση είναι εύκολα ανεκτή από τον ασθενή και ασφαλής διαδικασία και αν γίνει με σωστές προδιαγραφές και από έμπειρο ιατρό, η ευαισθησία της ξεπερνάει το 95%, ενώ η ειδικότητα είναι πάνω από 90% (ανάλογα με την ιστολογική διάγνωση).

Βιβλιογραφία

1. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. *N Engl J Med*. 2016 Aug 18;375(7):614-7.
2. Cantisani V, Grazhdani H, Drakonaki E, D'Andrea V, Di Segni M, Kaleshi E, Calliada F, Catalano C, Redler A, Brunese L, Drudi FM, Fumarola A, Carbotta G, Frattaroli F, Di Leo N, Ciccariello M, Caratozzolo M, D'Ambrosio F. Strain US Elastography for the Characterization of Thyroid Nodules: Advantages and Limitation. *Int J Endocrinol*. 2015; 2015:908575.
3. Singh Ospina N, Brito JP, Maraka S, Espinosa de Ycaza AE, Rodriguez-Gutierrez R, Gionfriddo MR, Castaneda-Guarderas A, Benkhadra K, Al Nofal A, Erwin P, Morris JC, Castro MR, Montori VM. Diagnostic accuracy of ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy for thyroid malignancy: systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2016 Sep;53(3):651-61. doi: 10.1007/s12020-016-0921-x. Epub 2016 Apr 12. PMID: 27071659.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΠΑΤΡΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ: Επιπτώσεις στη γονιμότητα και κίνδυνοι για τους απογόνους



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.huanet.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Ανδρέας Σκολαρίκος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
Γεώργιος Ζουπάνος

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Χαράλαμπος Θωμάς

ΕΙΔΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Πέτρος Σουντουλίδης

ΤΑΜΙΑΣ
Παναγιώτης
Καλλιδώνης

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ Δ.Σ.
Μάρκος Καραβιτάκης
Ηράκλής Μητσογιάννης

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ 2023-2025:

Πρόεδρος: Αθανάσιος Ζαχαρίου

Αντιπρόεδρος: Χρήστος Φλιόπουρας

Γραμματέας: Άρης Καλτσάς

Μέλη: Ιωάννης Παπαϊωάννου, Ελένη Πασχαλίδου, Γεώργιος Σεμίνης, Ευάγγελος Σπυρόπουλος

Γράφει ο κος Άρης Καλτσάς, Επιμελητής Β' Ουρολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ», Γραμματέας Σ.Ε. του Τμήματος ΑΝΔΡ.ΥΠΟ

Η αναπαραγωγή σε προχωρημένη ηλικία δεν αφορά μόνο τις γυναίκες· τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί έμφαση και στην επίδραση της ηλικίας του πατέρα στη γονιμότητα και στην υγεία των απογόνων. Ο μέσος όρος ηλικίας πατρότητας έχει αυξηθεί σημαντικά, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται αλλαγές στην ποιότητα του σπέρματος, σε ορμονικούς δείκτες, αλλά και σε γενετικούς και επιγενετικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη σύλληψη, την εξέλιξη της κύησης και την υγεία των απογόνων¹.

Πρώτον, είναι τεκμηριωμένο ότι με την αύξηση της ηλικίας παρατηρούνται αλλαγές στον όρχι και στη σπερματογένεση. Καθώς ένας άνδρας μεγαλύν-

ει, τείνει να μειώνεται ο όγκος των όρχεων, εμφανίζεται μερική δυσλειτουργία των κυττάρων Sertoli (που στηρίζουν και θρέφουν τα γεννητικά κύτταρα) και των κυττάρων Leydig (που παράγουν τεστοστερόνη), γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ενδοκρινολογική ισορροπία.

Έχει επίσης βρεθεί ότι τα επίπεδα τεστοστερόνης μειώνονται προοδευτικά μετά τα 50 έτη, ενώ αυξάνεται η FSH (ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη), υποδηλώνοντας δυσκολίες στη ρύθμιση της σπερματογένεσης¹. Δεύτερον, η ποιότητα του σπέρματος συχνά επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Σε άνδρες άνω των 35-40 ετών, παρατηρούνται σταδιακές μειώσεις στην ποσότητα του σπερματικού υγρού, στη συγκέντρωση, στην κινητικότητα και στη μορφολογία ➔



Άρθρο του τμήματος
ανδρολογίας/υπογονιμότητας
(ΑΝΔΡΥΠΟ)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.huanet.gr

Η Επίδραση της προχωρημένης πατρικής ηλικίας στη γονιμότητα και στον κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μάρκος Καραβιτάκης

ΜΕΛΗ:
Μιχαήλ Σαμαρίνας
Αικατερίνη Τσιόγκα
Ιωάννης Μικονιάτης
Βασίλης Τατάνης
Χρίστος Ζαμπάιτης
Λάζαρος Τζελέβης
Θεόδωρος Σπίνος
Φίλιππος Νικητάκης
Ιωάννης Γλύκας

των σπερματοζωαρίων. Παρότι η μείωση δεν είναι πάντα αιφνίδια, επηρεάζει σημαντικά τη γονιμότητα, ειδικά όταν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες (π.χ. γενετικές μεταλλάξεις, περιβαλλοντικοί παράγοντες)². Ιδιαίτερα κρίσιμος αποδεικνύεται ο ρόλος της ακεραιότητας του DNA στα σπερματοζωάρια. Οι μελέτες δείχνουν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία του άνδρα, τόσο αυξάνονται ο κατακερματισμός του DNA (DNA fragmentation) και οι μεταλλάξεις που αθροίζονται στη γενετική αλληλοπλοχία των σπερματοζωαρίων.

Επιπλέον, το φαινόμενο της αύξησης των τελομερών στα σπερματοζωάρια (σε αντίθεση με τα σωματικά κύτταρα, όπου τα τελομερή μικραίνουν με την ηλικία) δεν αρκεί για να αντισταθμίσει τις βλάβες που συσσωρεύονται. Παράλληλα, έχουν παρατηρηθεί χρωμοσωμικές ανωμαλίες (π.χ. ανευπλοειδία) που συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα για αποβολές, εκ γενετής ανωμαλίες ή και σπάνιες κληρονομικές παθήσεις^{2, 3}.

Οι αλλαγές αυτές αντικατοπτρίζονται σε δυσκολίες τεκνοποίησης και σε επιπλοκές της κύησης. Μελέτες δείχνουν ότι τα ζευγάρια στα οποία ο άνδρας είναι άνω των 40–45 ετών μπορεί να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υπογονιμότητας ή αυξημένη πιθανότητα αποβολών και πρόωρου τοκετού, ακόμα και όταν υποβάλλονται σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) και η μικρογονιμοποίηση (ICSI).

Παρότι η ηλικία της μητέρας παραμένει καθοριστική, η συμβολή και της πατρικής ηλικίας δεν πρέπει να υποτιμάται. Το πιο ανησυχητικό όμως είναι ότι η προχωρημένη πατρική ηλικία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νευροαναπτυξιακών και ψυχιατρικών διαταραχών στους απογόνους, όπως αυτισμός, σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή, αλλά και μερικών σωματικών παθήσεων (π.χ. παιδική λευχαιμία).

Εικάζεται ότι οι αυξημένες νέες μεταλλάξεις (de novo)

στα σπερματοζωάρια των μεγαλύτερων πατέρων διαταράσσουν κρίσιμα γονίδια ή επιγενετικές ρυθμίσεις που συμμετέχουν στην εγκεφαλική ανάπτυξη και στη συνολική υγεία του παιδιού¹. Συνεπώς, η έγκαιρη ενημέρωση των ζευγαριών για τις επιπτώσεις της αναβολής τεκνοποίησης είναι καίριας σημασίας. Ενώ η κοινωνική τάση για απόκτηση παιδιών σε μεγαλύτερη ηλικία συνεχίζει να αυξάνει, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υπογραμμίζουν τους ενδεχόμενους κινδύνους, ώστε να λαμβάνονται ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό. Σε περιπτώσεις ανδρών μεγαλύτερης ηλικίας με δυσκολίες σύλληψης, ενδείκνυνται επιπλέον εξετάσεις (π.χ. έλεγχος κατακερματισμού DNA σπέρματος) και στοχευμένες παρεμβάσεις, ενώ απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εμβάθυνση στους μοριακούς μηχανισμούς που εμπλέκονται.

Βιβλιογραφία:

1. Kaltsas, A.; Moustakli, E.; Zikopoulos, A.; Georgiou, I.; Dimitriadis, F.; Symeonidis, E.N.; Markou, E.; Michaelidis, T.M.; Tien, D.M.B.; Giannakis, I.; et al. Impact of Advanced Paternal Age on Fertility and Risks of Genetic Disorders in Offspring. *Genes (Basel)* 2023, 14, doi:10.3390/genes14020486.
2. Kaltsas, A.; Zikopoulos, A.; Vrachnis, D.; Skentou, C.; Symeonidis, E.N.; Dimitriadis, F.; Stavros, S.; Chrisofos, M.; Sofikitis, N.; Vrachnis, N.; et al. Advanced Paternal Age in Focus: Unraveling Its Influence on Assisted Reproductive Technology Outcomes. *J Clin Med* 2024, 13, doi:10.3390/jcm 13102731.
3. Kaltsas, A.; Zikopoulos, A.; Kojovic, V.; Dimitriadis, F.; Sofikitis, N.; Chrisofos, M.; Zachariou, A. Paternal Contributions to Recurrent Pregnancy Loss: Mechanisms, Biomarkers, and Therapeutic Approaches. *Medicina (Kaunas)* 2024, 60, doi:10.3390/medicina60121920.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ & ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.edae.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Σωτήριος Γ. Θεοχάρης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Ηλέκτρα Νικολαΐδου

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Ζωή Απόλλα

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Παντελεήμων
Παναγάκης

ΤΑΜΙΑΣ:
Ιωάννης Κασαντώνης

ΜΕΛΗ:
Τηλέμαχος Ανθόπουλος
Ελισάβετ Λαζαρίδου
Μαρία Πολίτου
Δημήτριος Ρηγόπουλος



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Παντελεήμων
Παναγάκης

ΜΕΛΗ
Στράτος Βακιρλής
Σταμάτης Γρηγορίου

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Βαλαθάνης
Κωνσταντίνος
Γεωργίου Σοφία
Ελευθεριάδης Βλάσσης
Ευθυμίου Ουρανία
Κούστα Φιόρη
Κρύγκερ Σαμπίνε
Μαλούχου
Κατερίνα-Αθηνά
Μπεφόν Αγγελική
Σιδερόπουλος
Θεόδωρος
Σπανού Παναγιώτα

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΛΕΥΚΗ:

Παρόν και μέλλον στην αντιμετώπιση

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Ηλέκτρα Νικολαΐδου

Καθηγήτρια Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Υπεύθυνη Ιατρείου Λεύκης Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», Αντιπρόεδρος ΔΣ ΕΔΑΕ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η λεύκη είναι μία επίκτητη νόσος του δέρματος και των βλεννογόνων, που προκαλείται από μία προοδευτική απώλεια των λειτουργικών μελανοκυττάρων.

Χαρακτηρίζεται από διαφορετικού μεγέθους σαφώς περιγεγραμμένες λευκές κηλίδες. Είναι μία αυτοάνοση νόσος, στην παθογένεια της οποίας συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η λεύκη είναι η συχνότερη από τις νόσους που προκαλούν υπομελάγχρωση στο δέρμα. Ο επιπολασμός της λεύκης παγκοσμίως κυμαίνεται από 0,5-2% του γενικού πληθυσμού.

Η ηλικία έναρξης κυμαίνεται από την παιδική ηλικία έως και την τρίτη ηλικία. Η λεύκη εμφανίζεται εξίσου και στα δύο φύλα.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η λεύκη είναι μία πολυπαραγοντική νόσος στην εκδήλωση της οποίας συμμετέχουν τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες και η οποία χαρακτηρίζεται από την καταστροφή των λειτουργικών μελανοκυττάρων.

Τα μελανοκύτταρα είναι τα κύτταρα του δέρματος που παράγουν την μελανίνη, η οποία δίνει στο δέρμα το χαρακτηριστικό του χρώμα.

Ο μηχανισμός καταστροφής των μελανοκυττάρων από το πάσχον δέρμα δεν έχει πλήρως διαλευκανθεί. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες παθογενετικές θεωρίες για την λεύκη, από τις οποίες η επικρατέστερη είναι η αυτοάνοση. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η IFN-γ, μέσω του μονοπατιού JAK-STAT, συντελεί στην ενεργοποίηση ειδικών για τα μελανοκύτταρα κυτταροτοξικών CD8+ T λεμφοκυττάρων, τα οποία καταστρέφουν τα μελανοκύτταρα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η λεύκη εμφανίζεται με την μορφή λευκών κηλίδων, που διαχωρίζονται σαφώς από το γύρω υγιές δέρμα. Οι βλάβες είναι συχνά συμμετρικές και δεν συνοδεύονται από κνησμό ή πόνο.

Η λεύκη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Σημεία με συχνότερη εντόπιση είναι το πρόσωπο, οι μασχάλες, οι θηλές των μαστών, οι αγκώνες, τα γόνατα, τα γεννητικά όργανα και οι ραχιαίες επιφάνειες των άκρων χειρών και άκρων ποδών.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Η λεύκη ταξινομείται στην μη δερματομακρή και την δερματομακρή λεύκη.

Μη δερματομακρή λεύκη

- **Γενικευμένη:** αμφοτερόπλευρες, συχνά συμμετρικές κηλίδες, που διασπείρονται σε ολόκληρο το σώμα
- **Ακροπροσωπική:** οι κηλίδες εντοπίζονται στο πρόσωπο, στις άκρες χείρες και στους άκρους πόδες
- **Βλεννογονική:** οι κηλίδες εντοπίζονται στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας και των γεννητικών οργάνων
- **Εστιακή:** μία ή δύο κηλίδες που περιορίζονται σε ένα σημείο του σώματος και δεν ακολουθούν δερματομακρή κατανομή. Μπορεί να εξελιχθεί σε γενικευμένη μη δερματομακρή λεύκη ή σε δερματομακρή λεύκη
- **Καθολική:** οι κηλίδες καλύπτουν το 80-90% της επιφάνειας του σώματος. Αποτελεί συνήθως εξέλιξη της γενικευμένης μορφής.

Δερματομακρή λεύκη

- Οι βλάβες εντοπίζονται σε μια περιοχή του σώματος («δερμοτόμιο») ετερόπλευρα

Η πορεία της λεύκης δεν είναι προβλέψιμη. Η νόσος συνήθως επεκτείνεται με αργό ρυθμό, ωστόσο ενδέχεται





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ & ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.edae.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ται να σταθεροποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ή να επιδεινωθεί απότομα. Οι ασθενείς συχνά αναφέρουν επιδείνωση μετά από στρες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η λείκη είναι ένα χρόνιο νόσημα, που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η κατανόηση του γιατρού για το πρόβλημα των ασθενών είναι πολύ σημαντική και εκτιμάται σε μεγάλο βαθμό από αυτούς.

Θεραπευτική αγωγή που να οδηγεί σε ίαση της νόσου σε όλους τους ασθενείς δεν υπάρχει. Με τις υπάρχουσες αγωγές, όμως, αρκετοί ασθενείς επιτυγχάνουν την αποκατάσταση του χρώματος του δέρματός τους σε ικανοποιητικό βαθμό.

Η διάρκεια της αγωγής για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού αποτελέσματος είναι αρκετοί μήνες έως 1-2 χρόνια. Μετά τη διακοπή της θεραπείας, η νόσος μπορεί να εμφανιστεί ξανά στα ίδια ή σε άλλα σημεία του σώματος.

Η ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή εξαρτάται κυρίως από την εντόπιση των βλαβών και το φωτότυπο του ασθενούς. Καλύτερη ανταπόκριση έχουν οι σκούροι φωτότυποι (III έως V, σε σχέση με I έως II) και οι βλάβες του προσώπου, του λαιμού και της κοιλιακής χώρας.

Οι βλάβες στις άκρες χείρες, στους άκρους πόδες και στις γωνίες του στόματος είναι ιδιαίτερα ανθεκτικές στην αγωγή.

Για την αντιμετώπιση της λείκης μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε:

A) τοπική αγωγή

Τοπικά κορτικοστεροειδή

Τοπικούς αναστολείς καλσινευρίνης (τακρόλιμους και πιμεκρόλιμους)

B) φωτοθεραπεία

Ακτινοβολία με υπεριώδη ακτινοβολία B στενού φάσματος (311 nm)



Γ) laser

Excimer laser 308nm

Δ) χειρουργικές επεμβάσεις

Διάφορες τεχνικές αυτόλογης μεταμόσχευσης (μοσχευμάτων ολικού ή μερικού πάχους από το υγιές δέρμα του ασθενή, καλλιέργημένων αυτόλογων μελανοκυττάρων, μη καλλιέργημένων εναιωρημάτων επιδερμικών κυττάρων (κερατινοκυττάρων και μελανοκυττάρων) έχουν αναπτυχθεί για την αντιμετώπιση της λείκης με αποτελέσματα που ποικίλουν.

Ε) αποχρωματισμό του φυσιολογικού δέρματος

Ο αποχρωματισμός του δέρματος εφαρμόζεται σε ασθενείς με καθολική σταθερή λείκη, που εμφανίζουν λίγες νησίδες φυσιολογικού δέρματος. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται συνήθως ο μονοβενζιληθέρas της υδροκινόνης σε συγκέντρωση 20%.

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Πρόσφατα εγκρίθηκε στην Αμερική και στην Ευρώπη ο αναστολέας JAK1 και JAK2 ruxolitinib, σε μορφή κρέμας, για την αντιμετώπιση της λείκης.

Η κρέμα χορηγείται στην Ελλάδα με Σύστημα Ηλεκτρονικής Προέγκρισης Φαρμάκων και απευθύνεται σε ασθενείς άνω των 12 ετών, οι οποίοι εμφανίζουν λείκη και στο πρόσωπο. Εφαρμόζεται σε έκταση έως 10% της επιφάνειας του σώματος. Οι αρχικές μελέτες του φαρμάκου έδειξαν, μετά από 1 έτος αγωγής, 90% επαναμελάγχρωση του προσώπου στο 33% των ασθενών και 50% επαναμελάγχρωση του σώματος στο 50% των ασθενών. Η βελτίωση συνεχίζεται και στο 2ο έτος αγωγής. Αν, μετά από 1 έτος αγωγής, δεν έχει επιτευχθεί βελτίωση τουλάχιστον κατά 25%, η αγωγή διακόπτεται. Η κρέμα ruxolitinib αντενδίδνεται στην κύηση και τον θηλασμό.

Σε μελέτες φάσης 2 και 3 για την αντιμετώπιση της λείκης βρίσκονται και οι συστηματικά χορηγούμενοι JAK αναστολείς ritlecitinib, ponocritinib και upadacitinib.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ
& ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ
Μέλος της Ευρωπαϊκής
Εταιρείας Αθηροσκληρώσεως
και της Διεθνούς Εταιρείας
Αθηροσκληρώσεως

www.eelia.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Δημήτριος Ρίκτηρ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Γιωργία Υφαντή

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Κωνσταντίνος
Μακρυλάκης

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Χαράλαμπος
Βλαχόπουλος

ΤΑΜΙΑΣ:
Θεοφάνης Αποστόλου

ΜΕΛΗ:
Μελπομένη Πέπη
Ευγενία Μαυροκέφαλου
Παντελέμω
Γουνόπουλος
Λουκιανός Ραλλίδης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Γεώργιος Ανδρικόπουλος
Χρήστος Μιχαλακάς



ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ
& ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Λουκιανός Ραλλίδης

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ
ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δημοσθένης
Παναγιώτακος
Κωνσταντίνος Βέμμος

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ & ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Φάρμακα για τη στυτική δυσλειτουργία. Μήπως τελικά κάνουν καλό στους καρδιαγγειακούς ασθενείς;

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Στέργιος Σουλαϊδόπουλος, MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος - Εξειδικευόμενος Επεμβατικής Καρδιολογίας

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Αναστολείς φωσφοδιεστεράσης 5 (PDE5i) – Μηχανισμός δράσης

Οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης 5 (Phosphodiesterase-5 inhibitors - PDE5i) αποτελούν μια κατηγορία φαρμάκων που έχει γίνει ευρέως γνωστή λόγω της ευρείας χρήσης τους για τη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας.

Τα φάρμακα αυτά, που περιλαμβάνουν την σιλδεναφίλη (Viagra), τη βαρδεναφίλη (Levitra) και την ταδαφαφίλη (Cialis), δρουν παρατείνοντας τη δράση του μονοξειδίου του αζώτου (NO) στα λεία μυϊκά κύτταρα. Πιο συγκεκριμένα, κατά τη σεξουαλική διέγερση, το NO απελευθερώνεται στο σπραγγώδες σώμα του πέους, οδηγώντας σε αυξημένα επίπεδα κυκλικής μονοφωσφορικής γουανοσίνης (cGMP) και με τον τρόπο αυτό προκαλεί χαλάρωση των λείων μυϊκών ινών και αγγειοδιαστολή. Η φωσφοδιεστεράση 5 (PDE5) διασπά το cGMP και με τον τρόπο αυτό διακόπτει τη δράση του NO. Αντίθετα, οι PDE5i αναστέλλουν αυτό το ένζυμο, επιτρέποντας τη συσσώρευση του cGMP με αποτέλεσμα να παρατείνεται η δράση του NO στις λείες μυϊκές ίνες. Το αυξημένο cGMP τελικά οδηγεί σε χαλάρωση των λείων μυϊκών ινών στις αρτηρίες του πέους, προάγοντας τη ροή του αίματος και διευκολύνοντας τη στύση.

Με την παράταση της δράσης του cGMP, το PDE5i ενισχύει τη φυσιολογική διαδικασία, βοηθώντας τους άνδρες με στυτική δυσλειτουργία να επιτύχουν και να διατηρήσουν ικανοποιητική στύση για σεξουαλική δραστηριότητα.

Χορήγηση PDE5i σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο

Η ασφαλής χορήγηση των PDE5i σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο αποτελούσε για χρόνια ένα ερώτημα που δεν είχε αποσαφηνιστεί. Μάλιστα, η ανάγκη να δοθεί συγκεκριμένη απάντηση γινόταν ακόμα πιο επιτακτική, δεδομένου ότι στυτική δυσλειτουργία και καρδιαγγειακή νόσος είναι νοσήματα που πολύ συχνά συνυπάρχουν, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία που χρησιμοποιούν τους PDE5i να πάσχουν ταυτόχρονα από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα¹.

Πράγματι, είναι πλέον καλά τεκμηριωμένο ότι η στυτική δυσλειτουργία αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μελλοντικών κλινικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Πιο συγκεκριμένα, η στυτική

δυσλειτουργία και η στεφανιαία νόσος μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου ενώ παρουσιάζουν βασικές ομοιότητες στην παθογένειά τους, με πρωτεύον χαρακτηριστικό την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία.

Οι PDE5i βελτιώνουν την ενδοθηλιακή λειτουργία κυρίως μέσω της ενίσχυσης της βιωσιμότητας του μονοξειδίου του αζώτου, προκαλώντας την κατάλληλη εξαρτώμενη από το ενδοθήλιο αγγειοδιαστολή που είναι απαραίτητη για την επίτευξη στύσης. Θεωρητικά, λόγω του μηχανισμού δράσης τους, οι PDE5i θα μπορούσε να είναι χρήσιμοι για τη θεραπεία καρδιαγγειακών διαταραχών.

Στην πραγματικότητα, αυτά τα φάρμακα αναπτύχθηκαν αρχικά στα τέλη της δεκαετίας του 1980 για την ανακούφιση της στηθάγχης, με τις πρώιμες μελέτες ωστόσο να αποκαλύπτουν την θετική τους επίδραση στη στύση του πέους. Μετά την επανάσταση που έφεραν στο πεδίο αυτό, που σηματοδοτήθηκε από την εισαγωγή του sildenafil στην αγορά το 1998, η χορήγηση των PDE5i περιορίστηκε για πολλά χρόνια σε άνδρες που έπασχαν από στυτική δυσλειτουργία. Ωστόσο, η αυξανόμενη εμπειρία από τη χρήση των PDE5i στη στυτική δυσλειτουργία σε συνδυασμό με τη βαθύτερη κατανόηση των μηχανισμών που ρυθμίζονται από τη μονοφωσφορική κυκλική γουανοσίνη (cGMP), προκάλεσε σταδιακά το επιστημονικό ενδιαφέρον για περαιτέρω χρήση αυτών των συγκεκριμένων θεραπευτικών παραγόντων σε άλλες παθήσεις. Έτσι, μεταγενέστερες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η χορήγηση PDE5i σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση βελτιώνει τις πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις καθώς και αρκετές κλινικές μεταβλητές μέσω αγγειοδιαστολής που προκαλείται στο πνευμονικό αγγειακό δίκτυο με τη μεσολήβνηση του NO². Αυτά τα ευρήματα οδήγησαν το 2005 στην έγκριση του sildenafil ως στοχευμένη θεραπεία της πνευμονικής αρτηριακής υπέρτασης.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι αρχικές ανησυχίες για την ασφάλεια έδωσαν σταδιακά τη θέση τους σε μια αυξανόμενη πεποίθηση ότι η χρήση των PDE5i μπορεί να παρουσιάσει αρκετά καρδιαγγειακά οφέλη. Ξεκινώντας από πειραματικά μοντέλα, το PDE5i βρέθηκε ότι μετριάξει την ισχαιμία - τραυματισμό του μυοκαρδίου επαναιμάτωσης και μειώνει το φορτίο αρρυθμίας σε πειραματόζωα με προκαλούμενη ισχαιμία του μυοκαρδίου, υποστηρίζοντας την καρδιοπροστατευτική δράση των PDE5i³.

Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ανθρώπους, μέσω ενός συνδυασμού άμεσων δράσεων στον μυοκάρδιο και έμμεσων ευνοϊκών επιδράσεων τόσο στη



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ
& ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ
Μέλος της Ευρωπαϊκής
Εταιρείας Αθηροσκληρώσεως
και της Διεθνούς Εταιρείας
Αθηροσκληρώσεως

www.eelia.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ & ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

συστηματική όσο και στην πνευμονική κυκλοφορία, οι PDE5i φαίνεται να βελτιώνουν ουσιαστικά τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου και διάφορες κλινικές παραμέτρους σε ασθενείς με συστολική καρδιακή ανεπάρκεια. Στην ίδια κατεύθυνση, η χρήση PDE5i έχει φανερί ότι μειώνει την σύνθεση και παραγωγή προφλεγμονωδών μεσοθηλιακών και βελτιώνει τους δείκτες αγγειακής γήρανσης σε ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία⁴. Επιπρόσθετα, η παρατεταμένη χορήγηση PDE5i σε διαβητικούς ασθενείς με ή χωρίς στυτική δυσλειτουργία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει διάφορους δείκτες της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, όπως η εξαρτώμενη από το ενδοθηλίο αγγειοδιαστολή (flow-mediated dilation, FMD) και μειώνει τους ορολογικούς δείκτες αγγειακής φλεγμονής.

Επιδημιολογικά δεδομένα

Πρόσφατα, η προσοχή στράφηκε στην επίδραση των PDE5i στα σκληρά καρδιαγγειακά καταληκτικά σημεία. Συγκεκριμένα, δεδομένα από μεγάλης επιδημιολογικής μελέτες υποδηλώνουν ότι η χρήση PDE5i πιθανώς σχετίζεται με χαμηλότερο μακροπρόθεσμο κίνδυνο θανάτου και κίνδυνο μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Αυτά τα δεδομένα αποκτούν μεγαλύτερο ενδιαφέρον από το γεγονός ότι αφορούν κυρίως ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία, που είναι αναγνωρισμένος προγνωστικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου.

Πιο συγκεκριμένα, σε μια μεγάλη βρετανική επιδημιολογική μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2016 και συμπεριέλαβε περίπου 6000 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που λάμβαναν PDE5i για στυτική δυσλειτουργία παρουσίαζαν περίπου 31% μικρότερο κίνδυνο ολικής θνητότητας και 38% χαμηλότερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου σε 7,5 έτη παρακολούθησης συγκριτικά με αυτούς που δεν λάμβαναν PDE5i⁵. Κατά αντίστοιχο τρόπο, το 2021 δημοσιεύτηκε μια μεγάλη σουηδική, επιδημιολογική μελέτη που συμπεριέλαβε άνδρες με στυτική δυσλειτουργία και ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου ή στεφανιαίας επαναγγείωσης. Συγκεκριμένα συγκρίθηκαν 16.548 άνδρες που έλαβαν θεραπεία με PDE5i με 1.994 που έλαβαν θεραπεία με αλπροσταδίνη. Η μέση παρακολούθηση ήταν 5,8 χρόνια, με 2.261 θανάτους (14%) στην ομάδα PDE5i και 521 (26%) στην ομάδα της αλπροσταδίνης.

Η θεραπεία με PDE5i σε σύγκριση με τη θεραπεία με αλπροσταδίνη συσχετίστηκε με 12% χαμηλότερη θνητότητα, ενώ αντίστοιχη συσχέτιση βρέθηκε και για τα καταληκτικά σημεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της καρδιακής ανεπάρκειας, της καρδιαγγειακής θνητότητας και της επαναγγείωσης του μυοκαρδίου⁶. Παρόμοια αποτελέσματα και σε μια επιδημιολογική μελέτη προερχόμενη από τη Δανία που συνέκρινε 71.710 ασθενείς που ελάμβαναν PDE5i για στυτική δυσλειτουργία με άνδρες από το γενικό πληθυσμό. Όπως και στις προηγούμενες μελέτες, η λήψη PDE5i συσχετίστηκε με μικρότερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και καρδιακής ανεπάρκειας στα 3 έτη παρακολούθησης⁷.

Ενθαρρυντικά είναι επιπλέον τα μέχρι στιγμής δεδο-

μένα για την χορήγηση των PDE5i σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Για παράδειγμα, η μελέτη RELAX έδειξε ότι η χορήγηση sildenafil για 6 μήνες σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης είχε ως αποτέλεσμα σημαντική βελτίωση στη λειτουργική ικανότητα των ασθενών σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο⁸.

Ωστόσο, λόγω της μεγάλης ετερογένειας των μελετών αυτών όσον αφορά το σχεδιασμό, τα χαρακτηριστικά των ασθενών και τον τύπο και τη δόση του φαρμάκου, απαιτείται προσεκτική ερμηνεία των αποτελεσμάτων των παραπάνω μελετών, ενώ η ακριβής επίδραση των PDE5i στα μείζονα καρδιαγγειακά καταληκτικά σημεία παραμένει να διερευνηθεί σε τυχαίοποιημένες μελέτες.

Συμπέρασμα

Η θεραπεία με PDE5i θα μπορούσε να προσφέρει σημαντικά κλινικά οφέλη σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ασθενών πέρα από τη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας. Μέχρι στιγμής, τα επιδημιολογικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η χρήση των PDE5i σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο ολικής θνητότητας και μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με ή χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Το ακριβές όφελος από τη χορήγηση PDE5i σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα μένει να καθοριστεί μελλοντικά σε μεγάλες, τυχαίοποιημένες μελέτες.

Βιβλιογραφία

1. Terentes-Printzios D, Ioakeimidis N, Rokkas K, et al. Interactions between erectile dysfunction, cardiovascular disease and cardiovascular drugs. *Nat Rev Cardiol*. 2022;19(1):59–74.
2. Wilkins MR, Wharton J, Grimminger F, Ghofrani HA. Phosphodiesterase inhibitors for the treatment of pulmonary hypertension. *Eur Respir J*. 2008;32(1):198–209.
3. Maas O, Donat U, Frenzel M, et al. Vardenafil protects isolated rat hearts at reperfusion dependent on GC and PKG. *Br J Pharmacol* 2008;154(1):25–31.
4. Vlachopoulos C, Ioakeimidis N, Rokkas K, et al. Acute effect of sildenafil on inflammatory markers/mediators in patients with vasculogenic erectile dysfunction. *Int J Cardiol* 2015;182:98–101.
5. Anderson SG, Hutchings DC, Woodward M, et al. Phosphodiesterase type 5 inhibitor use in type 2 diabetes is associated with a reduction in all-cause mortality. *Heart*. 2016;102(21):1750–6.
6. Andersson DP, Landucci L, Lagerros YT, et al. Association of Phosphodiesterase-5 Inhibitors Versus Alprostadil With Survival in Men With Coronary Artery Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2021;77(12):1535–50.
7. Vestergaard N, Sogaard P, Torp-Pedersen C, et al. Relationship between treatment of erectile dysfunction and future risk of cardiovascular disease: A nationwide cohort study. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(14):1498–505.
8. Redfield MM, Chen HH, Borlaug BA, et al. Effect of phosphodiesterase 5 inhibition on exercise capacity and clinical status in heart failure with preserved ejection fraction: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;309(12):1268–77. **IB**



Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων καθήλωσης των δερματικών μοσχευμάτων: Μετα-ανάλυση δικτύου

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΕΡΕΤΗΣ, M.D., M.SC., PH.D., ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΠΟΥΝΑΣ, M.D., M.SC.

Πανεπιστημιακή Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Securing skin grafts: A network meta-analysis»

Δημοσιεύτηκε: Journal of Plastic reconstructive and Aesthetic Surgery, 2024 Sep; 96: 146-157
doi: 10.1016/j.bjps.2024.07.005.

Η χρήση αυτομοσχευμάτων δέρματος (ΔΜ) παραμένει από τις πιο συχνές επεμβάσεις στην Πλαστική Χειρουργική για την αποκατάσταση ελλειμμάτων.

Η βέλτιστη όμως μέθοδος καθήλωσης τους παραμένει υπό διερεύνηση.

Διάφορες τεχνικές έχουν προταθεί, καθεμία με τα δικά της πλεονεκτήματα και περιορισμούς.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η συγκριτική αξιολόγηση των διαθέσιμων μεθόδων καθήλωσης μέσω μετα-ανάλυσης δικτύου, ώστε να αναδειχθεί η πλέον αποτελεσματική στην κλινική πράξη.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση δικτύου, βασισμένη στις αναθεωρημένες οδηγίες PRISMA. Η αναζήτηση διενεργήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων έως τον Οκτώβριο του 2023, συμπεριλαμβάνοντας κλινικές μελέτες που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων μεθόδων καθήλωσης μοσχευμάτων σε ενήλικες.

Οι ομάδες παρέμβασης περιλάμβαναν την ομάδα TOB (επανάδεση, tie-over-bolster), FIB (κόλλα ινικής) και NPWT (θεραπεία αρνητικής πίεσης).

Στην ομάδα ελέγχου έγινε χρήση συμβατικών μεθόδων καθήλωσης (ράμματα, επίδεση, κλπ). Κύριο αποτέλεσμα ενδιαφέροντος ήταν η επιτυχής πρόσληψη του μοσχεύματος (αριθμός συμβάντων, ποσοστό

πρόσληψης) και δευτερεύοντα αποτελέσματα ήταν τα ποσοστά επιπλοκών (λοίμωξη, αιμάτωμα και ορώδης συλλογή).

Το frequentist μοντέλο τυχαίων επιδράσεων εφαρμόστηκε για τη στατιστική ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις 5662 μελέτες που ανακτήθηκαν, συμπεριλήφθηκαν 27 στην ανάλυση με συνολικό δείγμα 1937 ασθενείς. Οι τεχνικές καθήλωσης των μοσχευμάτων εφαρμόστηκαν για 3-7 ημέρες, με 15 ομάδες παρέμβασης να χρησιμοποιούν NPWT, 10 FIB και 7 TOB.

Παρόμοια χαρακτηριστικά στις ομάδες ασθενών επιβεβαιώθηκαν όσον αφορά την ηλικία (21 μελέτες), το φύλο (21 μελέτες) και τη συνολική μεταμοσχευμένη επιφάνεια (13 μελέτες). Κατά συνέπεια, οι ομάδες ήταν καλά σταθμισμένες ως προς γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες.

Η καθήλωση του μοσχεύματος με εφαρμογή αρνητικής πίεσης εμφάνισε τα καλύτερα ποσοστά πρόσληψης, στατιστικώς σημαντικά σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μεθόδους, αντλώντας δεδομένα από 21 μελέτες.

Παρόμοια αποτελέσματα για την NPWT ανευρέθηκαν κι όταν η πρόσληψη του μοσχεύματος εξετάστηκε ως ξεχωριστό γεγονός και όχι ως ποσοστό ενώ, απεναντίας, η συνήθης μέθοδος ακινητοποίησης με επανάδεση (tie-over bolster) παρείχε τα χειρότερα αποτελέσματα (σε σύνολο 27

μελετών). Διαπιστώθηκε ότι η χρήση κόλλας ινικής και η επανάδεση μειώνουν τα ποσοστά αιματώματος και ορώδους συλλογής, όταν οι δύο επιπλοκές εξετάστηκαν αθροιστικά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μετα-ανάλυσης υπογραμμίζουν την κλινική υπεροχή της μεθόδου NPWT στην πρόσληψη των ΔΜ, συγκριτικά με τις υπόλοιπες εφαρμοζόμενες μεθόδους.

Αντίθετα, η ευρέως εφαρμοζόμενη επανάδεση αποδείχθηκε λιγότερο αποτελεσματική, με αποτελέσματα υποδεέστερα κι από την ομάδα ελέγχου.

Τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία, περί μη υπεροχής της μεθόδου TOB έναντι άλλων στην αποτελεσματικότητα και τη μείωση της συχνότητας επιπλοκών.

Η NPWT αναδεικνύεται ως η βέλτιστη κλινικά μέθοδος καθήλωσης των μοσχευμάτων όμως το υψηλό κόστος εφαρμογής της παραμένει τροχοπέδη για την καθημερινή κλινική πράξη, γεγονός που απαιτεί περαιτέρω μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας που θα προάγουν την πιο ευρεία χρήση της μεθόδου.

Παράλληλα, η χρήση κόλλας ινικής και η επανάδεση προκρίνονται ως αποτελεσματικοί μέθοδοι μείωσης των ποσοστών αιματώματος και ορώδους συλλογής, ειδικά σε ασθενείς που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας.



SmartHypnos: Μια εφαρμογή Android, χαμηλού κόστους, για αυτο-παρακολούθηση ύπνου και εξατομικευμένη προτεινόμενη παραγωγή

ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ ΧΡΙΣΚΟΣ¹, ΧΡΗΣΤΟΣ Α. ΦΡΑΝΤΖΙΔΗΣ^{1,2,3}, ΧΡΙΣΤΙΝΑ Σ. ΠΛΩΜΑΡΙΤΗ¹, ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ¹, ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΠΑΤΑΚΑ⁴, ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΚΟΥΡΤΙΔΟΥ - ΠΑΠΑΔΕΛΗ³, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΜΠΑΜΙΔΗΣ¹

¹Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

²School of Engineering and Physical Sciences, College of Health and Science, University of Lincoln, Lincoln, Ηνωμένο Βασίλειο

³Ελληνικός Ιατρικός Σύλλογος Αεροδιαστημικής και Διαστημική Έρευνα (GASMA-SR), Θεσσαλονίκη

⁴Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΑΠΘ, Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

SmartHypnos: An Android application for low-cost sleep self-monitoring and personalized recommendation generation

Δημοσιεύτηκε στο: Computers in Biology and Medicine, Volume 184, January 2025, 109306, doi.org/10.1016/j.compbiomed.2024.109306

Ο ποιοτικός ύπνος είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία όπως αποδεικνύεται από τον μεγάλο αριθμό μεθόδων που έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγησή του. Οι υπάρχουσες μέθοδοι όμως βασίζονται σε εκτενή ερωτηματολόγια ή κλινικές διαδικασίες όπως η πολυυπνογραφία οι οποίες είναι χρονοβόρες και ειδικά στην περίπτωση της πολυυπνογραφίας ιδιαίτερα παρεμβατικές.

Για τον λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί διάφορες εφαρμογές για φορητές συσκευές, συνήθως κινητά τηλέφωνα, που ως στόχο έχουν την παρακολούθηση του ύπνου. Οι περιορισμοί των εφαρμογών αυτών περιλαμβάνουν ζητήματα ιδιωτικότητας του χρήστη, την υψηλή κατανάλωση ενέργειας (μπαταρίας) και την ανάγκη ύπαρξης εξωτερικών αισθητήρων ή/και συσκευών. Για την επίλυση των παριών αναπτύχθηκε μία εφαρμογή για συσκευές Android το SmartHypnos με διεπαφή φιλική προς το χρήστη υποστηρίζοντας την αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου και την καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα των χρηστών.

Το SmartHypnos υλοποιήθηκε ακολουθώντας τις ακόλουθες αρχές ανάπτυξης:

1. Ευκολία στη χρήση: διεπαφή που βασίζεται σε μεγάλα κουμπιά με εικόνες και χαμηλό αριθμό λέξεων.
2. Ελάχιστη παρεμβατικότητα: χωρίς ενοχλητικές ειδοποιήσεις ή υπενθυμίσεις.
3. Προστασία της ιδιωτικότητας: τα δεδομένα αποθηκεύονται στη συσκευή, χω-

ρίς αναγκαία σύνδεση στο διαδίκτυο ή εγγραφή του χρήστη.

4. Υποστήριξη συσκευών χαμηλών δυνατοτήτων: βελτιστοποίηση για να υποστηρίζεται και από παλαιότερες συσκευές Android με χαμηλή κατανάλωση μνήμης και μπαταρίας.
5. Απαίτηση μόνο μίας συσκευής με επιταχυνσιόμετρο (accelerometer): δεν είναι αναγκαίες πολλαπλές συσκευές εξαλείφοντας προβλήματα συνδεσιμότητας και ιδιωτικότητας, και
6. Υποστήριξη πολλαπλών γλωσσών: η τρέχουσα έκδοση υποστηρίζει την Ελληνική και Αγγλική γλώσσα με δυνατότητα εισαγωγής επιπλέον μεταφράσεων.

Οι διαθέσιμες λειτουργίες του SmartHypnos είναι οι εξής:

1. Καταγραφή φυσικής δραστηριότητας: με το επιταχυνσιόμετρο της συσκευής καταγράφεται παθητικά ο αριθμός βημάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας.
2. Ερωτηματολόγιο ποιότητας του ύπνου: συμπλήρωση ερωτηματολογίου με 3 τυχαίες ερωτήσεις καθημερινά (από 25) σχετικά με την ποιότητα του ύπνου, του περιβάλλοντος του δωματίου και της διάθεσής του χρήστη.
3. Ερωτηματολόγιο επιπέδων άγχους: προαιρετική συμπλήρωση ερωτηματολογίου με 3 τυχαίες ερωτήσεις (από 20) σχετικά τα επίπεδα άγχους του.
4. Εισαγωγή φυσικής δραστηριότητας: όταν η καταγραφή δεν είναι δυνατή μέσω του επιταχυνσιομέτρου.
5. Εισαγωγή σημειώσεων: εισαγωγή πα-

ρατηρήσεων σχετικά με τον ύπνο ή παράγοντες που τον επηρεάζουν.

6. Καταγραφή ήχου: προαιρετικά υπάρχει η δυνατότητα καταγραφής ήχων που σχετίζονται με τον ύπνο για περαιτέρω ανάλυση.
7. Εξαγωγή δεδομένων: εξαγωγή των καταγεγραμμένων δεδομένων σε μορφή CSV για διάθεση στον θεράποντα ιατρό.
8. Παραγωγή προσωποποιημένων προτάσεων: μέσω ενός δέντρου απόφασης παρουσιάζεται στον χρήστη μία πρόταση για την βελτίωση της ποιότητας του ύπνου του (<https://smarthypnos.weebly.com/recommendation.html>).

Η εφαρμογή SmartHypnos αξιολογήθηκε από 48 ενήλικες που την χρησιμοποίησαν για περίοδο μίας εβδομάδας και την αξιολόγησαν, σε κλίμακα από το 1 έως το 9 (μέση τιμή τυπική απόκλιση) ως προς:

- Ευκολία μάθησης (8.31 0.72),
 - Ευκολία χρήσης (8.17 0.98),
 - Σταθερότητα (8.04 1.17),
 - Χρόνος ολοκλήρωσης εργασίας (7.94 0.91),
 - Απλή Σχεδίαση (7.90 0.83),
 - Άνεση χρήστη (7.90 0.91),
 - Ευκολία ολοκλήρωσης εργασίας (7.79 0.82),
 - Καθαρότητα περιεχομένου (7.79 0.87),
 - Χρησιμότητα προτάσεων (7.08 1.30),
 - Οπτική ελκυστικότητα (6.06 1.67),
- με τιμή Κλίμακα Ευχρηστίας Συστήματος (SUS) 83.72 4.96.

Συνοψίζοντας, το SmartHypnos αποδείχθηκε ένα αποτελεσματικό και προσιτό για τους χρήστες εργαλείο για την παρακολούθηση του ύπνου με δυνατότητα περαιτέρω ανάπτυξης.



Πρωτοπαθής συστροφή επιπλόου στα παιδιά την εποχή της λαπαροσκόπησης: Τι έχουμε μάθει μέχρι τώρα;

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ¹, ΞΕΝΟΦΩΝ ΣΙΝΩΠΙΔΗΣ², ΑΣΠΑΣΙΑ ΛΟΥΤΑ³, ΧΡΗΣΤΟΣ ΔΑΜΑΣΚΟΣ^{4, 5, 6}, ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΡΜΠΗΣ^{4, 7}, ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΤΣΟΥΡΟΥΦΛΗΣ^{4, 7}, ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΚΥΚΑΛΟΣ^{4, 7}, ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΑΜΠΟΥΡΗ⁸, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΜΠΛΕΥΡΑΚΗΣ⁹, ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΡΟΥΠΑΚΙΑΣ², ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΔΗΣ¹, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ^{4, 7}.

***ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΜΕ ΙΣΟΤΙΜΗ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ**

¹Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων Πατρών

²Τμήμα Παιδοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών

³Μονάδα Ενδοσκόπησης, Β' Χειρουργικό Τμήμα, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁴Ομάδα Σπουδών Ελληνικής Ελάχιστα Επεμβατικής και Ρομποτικής Χειρουργικής (M.I.R.S.), Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁵Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁶Ν.Σ. Χρηστέας, Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁷Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁸Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

⁹Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «ΠΑΓΝΗ», Ηράκλειο Κρήτης

Primary omental torsion in children in the laparoscopy era: What have we learned so far?

Δημοσιεύτηκε στο: In Vivo May 2024, 38 (3) 1030-1041; DOI: <https://doi.org/10.21873/invivo.13536>

Η πρωτοπαθής συστροφή του μείζονος επιπλόου αποτελεί σπάνια νοσολογική οντότητα στην παιδική ηλικία. Μιμείται την οξεία σκωληκοειδίτιδα καθώς και άλλες οξείες παθολογικές καταστάσεις της κοιλίας.

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της λαπαροσκόπησης στη διάγνωση και αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς συστροφής του επιπλόου. Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στην αγγλοσαξονική, στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus, χωρίς χρονικό περιορισμό.

Χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis). Το αποτέλεσμα της έρευνας περιελάμβανε 16 άρθρα, δημοσιευμένα μέσα σε χρονική περίοδο 23 ετών (2001-2023), που αφορούσαν 56 παιδιά ηλικίας 4-16 ετών, εκ των οποίων τα 44 ήταν αγόρια (75%). Το κύριο κλινικό εύρημα που ήταν παρόν

σε όλους τους ασθενείς ήταν το κοιλιακό άλγος, με εντόπιση στη δεξιά κοιλία στο 85.7% των ασθενών. Άλλα συμπτώματα και κλινικά σημεία ήταν η μυϊκή σύσπαση (37.5%), ο χαμηλός πυρετός (26.7%), ο έμετος (23.2%), η ναυτία (16.0%) και η αναπνευστική ευαισθησία (10.7%).

Η CRP ήταν αυξημένη στο 37.5% των ασθενών, ενώ 35.7% παρουσίασε ήπια λευκοκυττάρωση. Το 82.1% των ασθενών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο διαγνωστικός έλεγχος των ασθενών με υπερηχογράφημα, καθώς η διαγνωστική ικανότητα ήταν εξαιρετικά χαμηλή (11.3%).

Η αξονική τομογραφία παρουσίασε καλύτερη διαγνωστική ευκρίνεια (72.7%) στους ασθενείς όπου πραγματοποιήθηκε, ενώ MRI πραγματοποιήθηκε σε έναν ασθενή με θετική διάγνωση. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε λαπαροσκόπηση.

Η σκωληκοειδής απόφυση ήταν φυσιολογική σε όλους. Σε όλες τις περιπτώσεις η αιτία της κλινικής εικόνας ήταν η συστροφή

του επιπλόου το οποίο είτε ήταν ελεύθερο, είτε εμφάνιζε πρόσφυση σε διάφορες δομές της κοιλίας όπως το κοιλιακό τοίχωμα ή το παχύ έντερο.

Η πιο συχνή περιστροφή ήταν αυτή των 720°. Συνήθως ήταν η παρουσία ελεύθερου οροαίματρου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η απομάκρυνση του νεκρωμένου επιπλόου είχε ως αποτέλεσμα ταχεία ολιγοήμερη ανάρρωση, χωρίς μείζονες επιπλοκές.

Τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης μπορούν να συνοψισθούν στις εξής παρατηρήσεις: Η πρωτοπαθής συστροφή του επιπλόου συνδέεται με την ύπαρξη παχυσαρκίας και τα συμπτώματά της μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνα της οξείας σκωληκοειδίτιδας καθώς η εντόπισή της είναι κατά κύριο λόγο στη δεξιά κοιλία.

Ενώ το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία δεν παρουσιάζουν ικανοποιητική διακριτική διαγνωστική ικανότητα, με τη λαπαροσκόπηση είναι εφικτή η εντόπιση της βλάβης σε κάθε περίπτωση.



Επιπλέον, η λαπαροσκόπηση υπερέρχει και της ανοικτής μεθόδου προσπέλασης για πιθανή οξεία σκωληκοειδίτιδα, καθώς εκτός του ότι πρόκειται συνήθως για παχύσαρκα παιδιά που καθιστούν την ανοικτή προσπέλαση δυσχερή, είναι εφικτή η αναγνώριση του προβλήματος στις περιπτώσεις που η εντόπιση της συστροφής του επιπλόου είναι απομακρυσμένη από το

περιορισμένο οπτικό πεδίο του παιδοχειρουργού.

Πέραν τούτου, αναγνωρίζεται άμεσα σκωληκοειδής απόφωση, ενώ παράλληλα είναι εφικτή η αναγνώριση άλλων ενδοκοιλιακών παθολογιών που ενδεχόμενα υπάρχουν.

Η δυνατότητα ευχερούς απομάκρυνσης του παθολογικού ιστού και ευχερούς από-

κτησης ιστοτεμαχίων την καθιστά επίσης χρήσιμη στην έρευνα της παθοφυσιολογίας αυτής της οντότητας.

Συμπερασματικά, η λαπαροσκόπηση έχει σημαντικά αυξήσει την διαγνωστική ικανότητα και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της πρωτοπαθούς συστροφής του επιπλόου στα παιδιά, με ένα ελάχιστο παρεμβατικό και τραυματικό τρόπο.

Τεχνητός Νεφρός: Προκλήσεις και Ευκαιρίες

ΦΙΛΙΠΠΟΣ Φ. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΣ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΟΥΛΦΑΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Κέντρο Έρευνας και Καινοτομίας στη Μεταμόσχευση Στερεών Οργάνων, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, Θεσσαλονίκη

Artificial kidney: Challenges and opportunities

Δημοσιεύτηκε στο: World J Transplant 2024; 14(1): 89025 [PMID: 38576754 DOI: 10.5500/wjt.v14.i1.89025]

Κάθε όργανο στο ανθρώπινο σώμα έχει τουλάχιστον μια λειτουργία και πολλές φορές αυτή είναι αναντικατάστατη.

Έτσι και οι νεφροί έχουν ποικίλες λειτουργίες για τον άνθρωπο. Ο νεφρός είναι το πρώτο όργανο που αντικαταστάθηκε ex vivo. Σήμερα λόγω του μεγάλου αριθμού νεφροπαθών τελικού σταδίου η ανάγκη για τεχνητούς νεφρούς είναι τεράστια και αυξανόμενη.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Μία από τις κύριες προκλήσεις δημιουργίας τεχνητού νεφρού είναι η βιοσυμβατότητα των υλικών, ώστε να μην προκαλούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, όπως πήξη του αίματος και ανοσολογικές αντιδράσεις.

Επιπρόσθετα, ο τεχνητός νεφρός πρέπει να εξασφαλίζει ομοιόσταση, ρυθμίζοντας την αρτηριακή πίεση, την αποβολή τοξινών καθώς και την ισορροπία ηλεκτρολυτών.

Επίσης, η ανάπτυξη ενός εμφυτεύσιμου νεφρού είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του περιορισμένου διαθέσιμου χώρου στο ανθρώπινο σώμα.

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Η αιμοκάθαρση αποτελεί την κυρίαρχη

μέθοδο υποστήριξης ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια. Η αιμοκάθαρση φιλτράρει το αίμα εξωσωματικά, ενώ η περιτοναϊκή κάθαρση χρησιμοποιεί την κοιλιακή κοιλότητα ως φυσικό φίλτρο.

Παρότι οι μέθοδοι αυτές ουσιαστικά σώζουν ζωές, μειονεκτούν στο γεγονός ότι δεν αναπληρώνουν τις ορμονικές και μεταβολικές λειτουργίες των νεφρών και απαιτούν συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία, επηρεάζοντας ουσιαστικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΦΟΡΕΤΕΣ (WEARABLE) ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΝΕΦΡΟΥ

Για να ξεπεραστούν οι περιορισμοί της αιμοκάθαρσης και της περιτοναϊκής κάθαρσης, έχουν αναπτυχθεί φορετές τεχνητές συσκευές νεφρού (WAK), που προσφέρουν συνεχή κάθαρση του αίματος. Οι πρώτες προσπάθειες, όπως εκείνη του Willem Kolff, απαιτούσαν μεγάλο όγκο διαλυτικού υγρού.

Στις μέρες μας υπάρχουν πιο σύγχρονες συσκευές, όπως η συσκευή WAK, AWAK (Automated Wearable Artificial Kidney), WEAKID (WEearable Artificial KIDney) και Carry Life System. Ωστόσο, αυτές οι συσκευές δεν είναι διακριτικές και η εφαρμογή τους μπορεί να επηρεάζει την κοινωνική αποδοχή των ασθενών.

ΒΙΟΤΕΧΝΗΤΟΙ ΝΕΦΡΟΙ

Οι βιοτεχνητοί νεφροί (BAK) συνδυάζουν προηγμένα φίλτρα με βιοαντιδραστήρες που περιέχουν νεφρικά κύτταρα, με στόχο την προσομοίωση των λειτουργιών των νεφρών.

Οι πρώτες κλινικές δοκιμές, όπως εκείνες του David Humes, χρησιμοποίησαν ανθρώπινα επιθηλιακά νεφρικά κύτταρα, αλλά προέκυψαν δυσκολίες όπως στη διατήρηση των κυττάρων και στην ασφάλεια της συσκευής.

Ο εμφυτεύσιμος βιοτεχνητός νεφρός (iBAK), αναπτυγμένος από τους Shuvo Roy και William Fissell, δεν απαιτεί εξωτερική παροχή ρεύματος, καθώς χρησιμοποιεί μεμβράνες με βάση το πυρίτιο και λειτουργεί με τη φυσική πίεση του αίματος στον ανθρώπινο οργανισμό.

Παρόλο που αποτελεί πολλά υποσχόμενη τεχνολογία, εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις, όπως η απόφραξη των φίλτρων και η μακροχρόνια βιωσιμότητα των κυττάρων.

ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Καινοτόμες τεχνολογίες, όπως η 3D βιοεκτύπωση, τα όργανα-σε-μικροσίπ (organ-on-a-chip) και η αναγεννητική ιστρική, δείχνουν ένα μοναδικό δρόμο για τη δημιουργία λειτουργικών νεφρών από βι-



οϋλικά. Ακόμα τεχνικές όπως η αποκυτταροποίηση και η επανακυτταροποίηση υλικών επιδιώκουν να δημιουργήσουν νεφρούς από ανθρώπινα κύτταρα, ανοίγοντας τον δρόμο για εξατομικευμένες θεραπείες στο μέλλον.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τη σημαντική πρόοδο στην ανάπτυξη τεχνητών νεφρών, δυστυχώς δεν έχει επιτευχθεί πλήρης αναπαραγωγή των φυσικών λειτουργιών του νεφρού. Οι φορετές και οι εμφυτεύσιμες συσκευές προτείνονται

ως εναλλακτικές λύσεις στην κλασική αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση, όμως απαιτούν περαιτέρω έρευνα για τη βελτίωση της βιοσυμβατότητας, της μακροχρόνιας απόδοσης και της οικονομικής βιωσιμότητας.

Σύνδρομο Κούνη: Ένα φυσικό παράδειγμα για την πρόληψη Θρομβώσεων και εμφραγμάτων

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Γ. ΚΟΥΝΗΣ¹, ΒΙΡΓΙΝΙΑ ΜΠΛΑΝΗ², ΙΩΑΝΝΑ ΚΟΝΙΑΡΗ¹

¹Καρδιολογικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

Kounis syndrome: A natural paradigm for preventing mast cell activation-degranulation

Δημοσιεύτηκε στο: International Journal of Cardiology. 2025 Jan 15;419:132704.doi: 10.1016/j.ijcard.2024.132704

Σήμερα, το σύνδρομο Κούνη χαρακτηρίζεται ως ένα ξεχωριστό είδος οξέος αγγειακού συνδρόμου που επηρεάζει όχι μόνο τις στεφανιαίες αρτηρίες που προκαλεί στηθάγχη, έμφραγμα και θρόμβωση στα στεντς αλλά και το εγκεφαλικό, το μεσεντέριο, το περιφερικό αρτηριακό αλλά και το φλεβικό σύστημα.

Επιπλέον, το σύνδρομο Κούνη δεν είναι μια μονοοργανική αγγειακή διαταραχή αλλά είναι μια πολυσυστηματική νόσος.

Αυτό το σύνδρομο προκαλείται από τους φλεγμονώδεις μεσολαβητές που απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια μιας αλλεργικής προσβολής από την αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων και άλλων αλληλεπιδρώντων κυττάρων, συμπεριλαμβανομένων των Τ λεμφοκυττάρων, μακροφάγων, και ηωσινοφίλων.

Τα αιμοπετάλια επίσης λαμβάνουν μέρος στην όλη αυτή διαδικασία.

ΚΟΙΝΗ ΟΔΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΛΛΕΡΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ

Μια κοινή οδός μεταξύ αλλεργικών και μη αλλεργικών στεφανιαίων επεισοδίων βρέθηκε σε περιπτώσεις μη αλλεργικού μεταθανάτιου οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Κατά τη σύγκριση των σημείων ραγίσματος ή ρήξης της αθηρωματικής πλάκας με

κοντινές αγγειακές περιοχές ή ακόμη και πιο απομακρυσμένα τμήματα αγγείων, οι ερευνητές έχουν δείξει σημαντικά υψηλότερο (200:1) βαθμό αποκοκκίωσης μαστοκυττάρων.

Ο τρόπος με τον οποίο ανιχνεύθηκαν τέτοιες υψηλές συγκεντρώσεις αποκοκκισμένων ιστιοκυττάρων στις θέσεις ραγίσματος ή ρήξης της πλάκας ήταν το ερώτημα που τέθηκε σε αυτήν την έκθεση, δεδομένου ότι η ωρίμανση των μαστοκυττάρων και η απελευθέρωση των μεσολαβητών τους μπορεί να διαρκέσει ημέρες ή εβδομάδες.

Φαίνεται πιθανό ότι τα ώριμα μαστοκύτταρα θα βρίσκονταν στις θέσεις ραγίσματος ή ρήξης πριν από το οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, προετοιμασμένα για αποκοκκίωση και απελευθέρωση του περιεχομένου τους. Η αναστολή της αποκοκκίωσης των μαστοκυττάρων και το επακόλουθο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να έχει σημαντικές θεραπευτικές και κλινικές επιπτώσεις στην πρόληψη των στεφανιαίων πλακών και στην ανάπτυξη ασταθών βλαβών.

Στην πραγματικότητα, φάρμακα και φυσικές ενώσεις που σταθεροποιούν τη μεμβράνη των μαστοκυττάρων και τα μονοκλωνικά αντισώματα που θωρακίζουν την επιφάνεια των μαστοκυττάρων μπο-

ρεί να γίνουν νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που μπορούν να σταματήσουν τα οξεία στεφανιαία και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Η ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΑΠΟΤΡΕΨΕΙ ΤΙΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η αναστολή της αποκοκκίωσης των μαστοκυττάρων θα μπορούσε να αποτρέψει τη θρόμβωση και το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Οι ενέργειες που αναφέρονται παρακάτω μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αναστολή της ενεργοποίησης και της αποκοκκίωσης των μαστοκυττάρων:

1. Η αναστολή του SCF με τη στόχευση φαρμάκων έχει περιοριστεί λόγω της τοξικότητας που σχετίζεται με την ενεργοποίηση των μαστοκυττάρων. Ωστόσο, η χρήση διαμεμβρανικού παράγοντος των μαστοκυττάρων (stem cell factor-) ενσωματωμένου σε πρωτεολιποσώματα ή λιπιδικούς νανοδίσκους μπορεί να αναστείλει την ενεργοποίηση των μαστοκυττάρων. Τέτοιες θεραπείες μπορούν να προσφέρουν προληπτικά και θεραπευτικά πλεονεκτήματα χωρίς να προκαλούν παρενέργειες.



2. Ο σχετιζόμενος με τη Mas υποδοχέας συζευγμένος με πρωτεΐνη G X2 (MRG-PRX2) είναι ένας υποδοχέας στα μαστοκύτταρα που προκαλεί αποκοκκίωση ανεξάρτητη από ανοσοσφαιρίνη IgE και έχει εμπλακεί σε πολλαπλές διαταραχές που προκαλούνται από μαστοκύτταρα. Με τη χρήση ανταγωνιστών MRGPRX2 μπορούν να αναστείλουν την αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων.

3. Η σταθεροποίηση της μεμβράνης των μαστοκυττάρων με χρωμογλυκικό νάτριο και η μείωση της φλεγμονής με δεξαμεθαζόνη, έχει αποτρέψει όψιμα θρομβωτικά επεισόδια.

4. Εξανθρωπισμένα μονοκλωνικά αντισώματα όπως το omalizumab έναντι των αντισωμάτων IgE ως θεραπεία για στεφανιαία σύνδρομα που προκαλούνται από IgE έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί με ε-

πιτυχία για τη θεραπεία του υποτροπιάζοντος συνδρόμου Κουνίς.

Όλα τα παραπάνω πρέπει να επιβεβαιωθούν από μελλοντική προοπτική έρευνα ή/και επιτακτικά αποτελέσματα από εκτεταμένες σειρές αναδρομικών αναλύσεων. Εξακολουθούμε να θεωρούμε ότι το σύνδρομο Κούνις είναι ένα φυσικό παράδειγμα που μας διδάσκει πώς να αποφύγουμε τα οξέα στεφανιαία συμβάντα.

Η έκφραση των πρωτεϊνών cMYC, Cyclin D1 και Ki-67/MIB-1 σε καλοήθεις και κακοήθεις νόσους του θυρεοειδή αδένος: Υπάρχει κάποια διαγνωστική αξία;

ΕΥΡΩΠΗ ΦΟΡΟΖΙΔΟΥ MD, MSc¹, ΑΝΤΩΝΙΑ ΣΥΡΝΙΩΤΗ MD², ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΛΑΣΚΟΥ MD³, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΠΟΥΤΟΓΛΙΔΗΣ MD, MSc⁴, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΑΠΑΛΙΔΗΣ MD, PhD⁵, ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΑ ΚΟΛΕΤΣΑ MD, PhD⁶

¹Ειδικευόμενη Ιατρός, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γ.Ν Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

²Ειδικευόμενη Ιατρός, Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³Γενική Χειρουργός, Γ' Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁴Ωτορινολαρυγγολόγος, Τμήμα Ανατομίας και Χειρουργικής Ανατομίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁵Καθηγητής Χειρουργικής, Γ' Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁶Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής, Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

The expression of c-MYC, Cyclin D1 and Ki-67/MIB-1 in benign and malignant thyroid tissues: is there any diagnostic value?

Δημοσιεύτηκε στο: Rom J Morphol Embryol. 2024 Apr-Jun;65(2):267-271.
doi: 10.47162/RJME.65.2.13. PMID: 39020541; PMCID: PMC11384854.

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει γίνει μεγάλη ερευνητική προσπάθεια ανεύρεσης βιοδεικτών με διαγνωστική, προγνωστική και προβλεπτική αξία για τα νεοπλάσματα, συμπεριλαμβανομένων και αυτών του θυρεοειδούς αδένος¹.

Η ταυτοποίηση ενός δείκτη με διαφοροδιαγνωστική συμβολή στη διάκριση μεταξύ αδενώματος και καρκινώματος του θυρεοειδούς αδένος ή με δυνατότητα υποτυποποίησης των κακοηθειών κρίνεται σημαντική, δεδομένων των επακόλουθων προγνωστικών και θεραπευτικών προεκτάσεων². Στην τρέχουσα βιβλιογραφία είναι διαθέσιμα περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τη χρήση δεικτών στην διαγνωστική προσέγγιση και τυποποίηση των όζων του θυρε-

οειδούς και ιδιαίτερα αυτών που εγείρουν έντονο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα ή που είναι αδύνατο να προσδιοριστεί η βιολογική τους συμπεριφορά³⁻⁶.

ΣΚΟΠΟΣ:

Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η ανοσοϊστοχημική έκφραση και η διαγνωστική αξία των πρωτεϊνών cMYC, cyclin D1 και Ki-67/MIB-1 σε θυλακιώδη αδενώματα (FAs), θυλακιώδη καρκινώματα (FCs), ελάχιστα διαφοροποιημένα (PDTCs) και αναπλαστικά καρκινώματα του θυρεοειδούς (ATC), καθώς και συγκριτικά στον αντίστοιχο, παρακείμενο του νεοπλάσματος, μη νεοπλασματικό ιστό (NNT).

ΜΕΘΟΔΟΣ

Από τα αρχεία του Εργαστηρίου Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Α.Π.Θ, ανακτήθηκαν οι είκοσι οκτώ (28) πιο πρόσφατες περιπτώσεις νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς, 13 εκ των οποίων διαγνώστηκαν ιστολογικά ως FA, 11 ως FC και 4 ως PDTCs/ATCs. Κατασκευάστηκαν μικροσυστοιχίες ιστών (Tissue microarrays, TMAs) με ιστικούς κυλίνδρους (cores) που ελήφθησαν από τα θυρεοειδικά νεοπλάσματα και από τους αντίστοιχους NNTs. Πραγματοποιήθηκε ανοσοϊστοχημική διερεύνηση της έκφρασης των πρωτεϊνών cMYC και cyclin D1 και εκτίμηση του δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67/MIB-1. Ακολούθησε εκτί-



■ μηση της ανοσοαντίδρασης και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics v25.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πυρηνική θετικότητα cMYC παρατηρήθηκε σε τέσσερις (4/11) περιπτώσεις FCs και σε τρεις (3/4) PDTcs/ATCs. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της έκφρασης των υπό μελέτη δεικτών μεταξύ των νεοπλασμάτων και των αντίστοιχων NNTs, με υψηλότερη πυρηνική έκφραση cMYC και κυκλίνης D1 να παρατηρείται στα νεοπλάσματα ($p=0,017$ και $p=0,001$, αντίστοιχα). Εν αντιθέσει, κυτταροπλασματική θετικότητα της πρωτεΐνης cMYC βρέθηκε σε 16/24 NNTs και σε κανένα από τα νεοπλάσματα ($p=0,001$). Θετικότητα της κυκλίνης D1 σημειώθηκε σε έντεκα (11/13) περιπτώσεις FA, επτά (7/11) FC, δύο (2/4) PDTcs/ATC και μόνο σε έναν NNT. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική, θετική συσχέτιση, μεταξύ του ποσοστού της θετικότητας του δείκτη MIB1 και της πυρηνικής θετικότητας cMYC ($p=0,04$). Επιπλέον, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με την έκφραση του cMYC μεταξύ διαφοροποιημένων (FA και FC) και χαμηλής διαφοροποίησης/αδιαφοροποίησης (PDTc/ATC) νεοπλασμάτων ($p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματά μας δείχνουν μια σαφή διαφορά στην ανοσοϊστοχημική έκφραση του

cMYC και της κυκλίνης D1 μεταξύ διαφορετικών τύπων νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς, καθώς και μεταξύ του νεοπλασματικού και μη νεοπλασματικού θυρεοειδικού ιστού. Συγκεκριμένα, η πυρηνική θετικότητα στο cMYC αποκλείει την καλοήγη φύση μιας βλάβης του θυρεοειδούς, σε αντίθεση με την κυτταροπλασματική θετικότητα, η οποία υποστηρίζει τη φυσιολογική/υπερπλαστική φύση.

Αν και παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των MIB-1 και cMYC, η διαγνωστική αξία του εντοπισμού της ανοσοθετικότητας στο cMYC αποδεικνύεται ανώτερη από τον δείκτη του κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι η πυρηνική θετικότητα της πρωτεΐνης cMYC θα μπορούσε να αποτελέσει ένα δυνητικό διαφοροδιαγνωστικό δείκτη μεταξύ των θυλακιδωδών αδενωμάτων και καρκινωμάτων, ιδίως στις περιπτώσεις όπου τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του νεοπλάσματος δεν μπορούν να θέσουν με ακρίβεια τη φύση του όγκου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kitahara CM, Schneider AB. Epidemiology of Thyroid Cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2022 Jul 1;31(7):1284-1297. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-21-1440. PMID: 35775227; PMCID: PMC9473679.
2. Saltman B, Singh B, Hedvat CV, Wreemann VB, Ghossein R. Patterns of expression of cell cycle/apoptosis genes

along the spectrum of thyroid carcinoma progression. Surgery. 2006; 140(6):899 - 905. doi: 10.1016/j.surg.2006.07.027

3. Wiseman SM, Masoudi H, Niblock P, Turbin D, Rajput A, Hay J, Bugis S, Filipenko D, Huntsman D, Gilks B. Anaplastic thyroid carcinoma: expression profile of targets for therapy offers new insights for disease treatment. Ann Surg Oncol. 2007;14(2):719-729. doi: 10.1245/s10434-006-9178-6.
4. Smith N, Nucera C. Personalized therapy in patients with anaplastic thyroid cancer: targeting genetic and epigenetic alterations. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(1):35-42. doi: 10.1210/jc.2014-2803.
5. Tallini G, Santoro M, Helie M, Carlomagno F, Salvatore G, Chiappetta G, Carcangiu L, Fusco A. RET/PTC oncogene activation defines a subset of papillary thyroid carcinomas lacking evidence of progression to poorly differentiated or undifferentiated tumor phenotypes. Clin Cancer Res. 1998;4(2):287-294.
6. Puxeddu E, Moretti S, Elisei R, Romei C, Pascucci R, Martinelli M, Marino C, Avenia N, Rossi ED, Fadda G, Cavaliere A, Ribacchi R, Falorni A, Pontecorvi A. BRAFV599E mutation is the leading genetic event in adult sporadic papillary thyroid carcinomas. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89(5):2414-2420. doi: 10.1210/jc.2003-031425.

Συν-λοιμώξεις από Αναπνευστικούς Ιούς: Κλινικές Επιπτώσεις και Προκλήσεις

ΒΑΣΙΛΙΚΗ Ε. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Insights from respiratory virus co-infections

Δημοσιεύτηκε στο: World J Virol. Dec 25, 2024; 13(4): 98600, doi: 10.5501/wjv.v13.i4.98600

Οι αναπνευστικοί ιοί αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, με τις συν-λοιμώξεις να επιδεινώνουν την κλινική εικόνα και να αυξάνουν την ανάγκη για νο-

σηλεία και υποστηρικτική θεραπεία.

Παρά την ευρεία χρήση μοριακών τεχνικών για την ανίχνευση αναπνευστικών ιών, οι συν-λοιμώξεις συχνά δεν αναγνωρίζονται, γεγονός που περιορίζει την κατα-

νόηση της επιδημιολογίας και της παθογένειας αυτών των λοιμώξεων. Οι κλινικές επιπτώσεις των συν-λοιμώξεων περιλαμβάνουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, αυξημένες επιπλοκές, υψηλότερο κόστος ■■



υγειονομικής περίθαλψης και αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε ευπαθείς ομάδες.

Η συχνότητα των συν-λοιμώξεων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, η ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων. Οι πιο συχνά παρατηρούμενες συν-λοιμώξεις περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ του αναπνευστικού συγκυτιακού ιού (RSV), της γρίπης, του ανθρώπινου μεταπνευμοϊού (hMPV) και του ρινοϊού. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η συν-λοίμωξη από RSV και γρίπη σχετίζεται με πιο σοβαρή κλινική εικόνα και αυξημένη ανάγκη για μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Αντίστοιχα, σε παιδιά και ηλικιωμένους, οι συν-λοιμώξεις από πολλαπλούς ιούς συχνά οδηγούν σε βαριές πνευμονικές επιπλοκές, όπως οξεία βρογχιολίτιδα και πνευμονία.

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιών επηρεάζουν τη δυναμική της μόλυνσης και την ανοσολογική απάντηση. Ορισμένοι ιοί μπορεί να ενισχύουν τη λοιμογόνο δράση άλλων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η παρουσία ενός δεύτερου ιού μπορεί να περιορίσει την αναπαραγωγή του πρώτου. Η

κατανόηση αυτών των μηχανισμών είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση των θεραπευτικών στρατηγικών και την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων. Επιπλέον, η ανοσολογική απόκριση στις συν-λοιμώξεις χαρακτηρίζεται από αυξημένη παραγωγή προφλεγμονωδών κυτοκινών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υπερφλεγμονώδη αντίδραση και σοβαρή νόσο.

Η έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση των συν-λοιμώξεων είναι απαραίτητες για τη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων. Οι παραδοσιακές μέθοδοι, όπως η ιοκαλλιέργεια και οι ορολογικές δοκιμές, συχνά αποτυγχάνουν να ανιχνεύσουν πολλαπλές ταυτόχρονες λοιμώξεις. Οι μοριακές τεχνικές, όπως η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης σε πραγματικό χρόνο (RT-PCR), προσφέρουν μεγαλύτερη ακρίβεια και επιτρέπουν τον εντοπισμό πολλαπλών ιών σε ένα δείγμα. Ωστόσο, η υψηλή ευαισθησία αυτών των μεθόδων μπορεί να οδηγήσει στην ανίχνευση ασυμπτωματικών λοιμώξεων, γεγονός που περιπλέκει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Από την πλευρά της δημόσιας υγείας,

as, απαιτούνται στοχευμένες στρατηγικές για την πρόληψη και τον έλεγχο των συν-λοιμώξεων. Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης και του RSV μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο σοβαρών συν-λοιμώξεων, ενώ η ανάπτυξη νέων αντιικών θεραπειών μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση των ασθενών. Επιπλέον, η βελτίωση των συστημάτων επιτήρησης και η αύξηση της ευαισθητοποίησης των κλινικών γιατρών είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική διαχείριση αυτών των λοιμώξεων.

Συνολικά, οι συν-λοιμώξεις από αναπνευστικούς ιούς αποτελούν μια πολυπαραγοντική πρόκληση που απαιτεί συνδυασμένη προσέγγιση στην κλινική πράξη, τη διάγνωση και τη δημόσια υγεία. Η περαιτέρω έρευνα στους μοριακούς μηχανισμούς των συν-λοιμώξεων και η ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών στρατηγικών είναι κρίσιμες για τη βελτίωση της αντιμετώπισης αυτών των λοιμώξεων στο μέλλον.

Λέξεις-κλειδιά: αναπνευστικοί ιοί, συν-λοιμώξεις, διαγνωστικές προκλήσεις, ανοσολογικές αλληλεπιδράσεις, στρατηγικές δημόσιας υγείας.

Καθοριστές της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων με τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη και πολυνοσηρότητα: μια συγχρονική μελέτη

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΚΙΝΤΖΟΓΛΑΝΑΚΗ¹, ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΠΑΥΛΟΥ-ΣΚΑΝΤΖΗΣ², ΤΑΤΙΑΝΑ ΘΕΜΕΛΗ², ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΚΥΠΡΙΑΝΟΥ³, ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ Α. ΠΑΣΧΟΥ⁴

¹Τοπική Ομάδα Υγείας Εθήβας, Εθήβα, Βοιωτία

²Γενικό Νοσοκομείο Εθήβας, Εθήβα, Βοιωτία

³Ανεξάρτητος Ερευνητής, Αθήνα, Αττική

⁴Ενδοκρινολογική Μονάδα και Διαβητολογικό Κέντρο, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Αττική

Determinants of health-related quality of life of patients with type 2 diabetes and multimorbidity: a cross-sectional study

Δημοσιεύτηκε στο: *Hormones* 23, 407–414 (2024). <https://doi.org/10.1007/s42000-024-00545-y>

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health-related quality of life, HRQoL) παραδοσιακά αναγνωρίζεται ως ο σημαντικότερος δείκτης υγείας¹.

Παρότι ο τύπου 2 σακχαρώδης διαβήτης (Τ2Δ) συχνά εξετάζεται με το «μοντέλο του ενός νοσήματος», οι ασθενείς με Τ2Δ (ΑσθΤ2Δ) συνήθως ζουν με πολυνοσηρό-

τητα (η συνύπαρξη τουλάχιστον άλλης μίας χρόνιας νόσου μαζί με τον Τ2Δ), η οποία επηρεάζει τα αποτελέσματα υγείας και μειώνει την HRQoL^{1,2}.



Η HRQoL στον T2Δ σχετίζεται με την καλή γλυκαιμική ρύθμιση μόνο υπό την προϋπόθεση ότι δεν είναι αυξημένα το «φορτίο» της θεραπείας και οι υπογλυκαιμίες¹.

Αντίθετα, σχετίζεται σταθερά με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες όπως το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και το φύλο αλλά και η πολυνοσηρότητα¹.

Παράλληλα, η πολυνοσηρότητα στον T2Δ, ενώ σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα και υπογλυκαιμίες, δεν σχετίζεται πάντα με ελλιπή γλυκαιμική ρύθμιση³.

Αντίθετα, πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν ότι μπορεί να σχετίζεται με καλή γλυκαιμική ρύθμιση⁴, καθιστώντας την ελλιπή γλυκαιμική ρύθμιση απίθανο να εξηγήσει την αυξημένη θνητότητα που παρατηρείται στους ΑσθT2Δ και πολυνοσηρότητα^{3,4}.

Τα ανωτέρω επιβεβαιώνουν την ανάγκη για μία στροφή στην διαχείριση του T2Δ προς μία γενική προσέγγιση των σύνθετων αναγκών των ΑσθT2Δ που ζουν με πολυνοσηρότητα, στο πλαίσιο των κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν^{5,6}.

Αυτό το παράδειγμα φροντίδας, που επικεντρώνεται στο άτομο και όχι στην νόσο, χαρακτηρίζει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) που ασχολείται με μεγάλο εύρος χρόνιων νόσων⁶.

Έτσι, πρωτίστως αναζητήσαμε καθοριστές της HRQoL μεταξύ μεταβλητών κοινωνικο-δημογραφικών, ειδικών για τον T2Δ και πολυνοσηρότητας και δευτερευόντως εκτιμήσαμε την επίδραση της πολυνοσηρότητας στους θεραπευτικούς στόχους του T2Δ.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Συνολικά 179 ΑσθT2Δ και πολυνοσηρότητα απάντησαν στο ερωτηματολόγιο 15 dimension HRQoL (15D) για την εκτίμηση της HRQoL, στην ΠΦΥ μίας πόλης της Ελλάδας με πληθυσμό 23,000 κατοίκους, μεταξύ 8/2019-3/2020 και 5/2020-10/2020 εξαιτίας των περιορισμών της πανδημίας COVID-19.

Καταγράφηκαν χαρακτηριστικά κοινωνικο-δημογραφικά (π.χ. οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, εισόδημα), ειδικά για τον T2Δ (π.χ. γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (A1C), χρήση ινσουλίνης, αυτομετρήσεις) και πολυνοσηρότητας.

Η πολυνοσηρότητα κατηγοριοποιήθηκε ως συναφής (π.χ. υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσος) ή μη συναφής (π.χ. μυοσκελετική νόσος, κατάθλιψη) αν σχετίζονταν ή όχι με την παθοφυσιολογία του T2Δ⁵.

Ανεξάρτητοι καθοριστές του 15D score εξετάστηκαν σε μοντέλα παλινδρόμησης μεταξύ μεταβλητών κοινωνικο-δημογραφικών, ειδικών για τον T2Δ και πολυνοσηρότητας.

Δευτερευόντως, εκτιμήθηκε η συσχέτιση της πολυνοσηρότητας με την A1C και την low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 44.1% ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία 67.7 9.2 έτη, η μέση A1C 6.9 1.3%, η μέση LDL-C 100.2 33.1 mg/dl, το μέσο 15D score 0.85 0.11 και η μέση πολυνοσηρότητα 4.3 1.8. Κανένας συμμετέχων δεν νόσησε από SARS-CoV-2 κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Σημαντικοί καθοριστές υψηλότερου 15D score ήταν το άρρεν φύλο, ο γάμος, το υψηλότερο εισόδημα και η φυσική δραστηριότητα.

Σημαντικοί καθοριστές χαμηλότερου 15D score ήταν η εργασία, η κατάθλιψη, η μυοσκελετική νόσος, η στεφανιαία νόσος, η νευροπάθεια και το άθροισμα της πολυνοσηρότητας, αλλά η μη συναφής είχε ισχυρότερο αποτέλεσμα από την συναφή πολυνοσηρότητα.

Η υψηλότερη πολυνοσηρότητα δεν σχετίζονταν σημαντικά με την A1C και σχετιζόταν σημαντικά με χαμηλότερη LDL-C.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη, πολλοί μη ιατρικοί παράγοντες όπως κοινωνικο-δημογραφικοί (φύλο, γάμος, εισόδημα, εργασία) και ένας συμπεριφορικός όπως η φυσική δραστηριότητα, παρά ειδικοί για τον T2Δ, επηρέασαν την HRQoL, ανταποκρινόμενοι στους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας.

Επιπρόσθετα, η αυξανόμενη πολυνοσηρότητα μείωσε την HRQoL, αλλά η μη συναφής είχε ισχυρότερη επίδραση από την συναφή πολυνοσηρότητα, υπονοώντας μία γενική προσέγγιση του συνόλου των χρόνιων νόσων με τις οποίες οι ΑσθT2Δ μπο-

ρεί να ζουν.

Αυτό είναι σημαντικό ειδικά αφού οι ΑσθT2Δ και πολυνοσηρότητα δεν είχαν χειρότερα (A1C) και πέτυχαν καλύτερα (LDL-C) θεραπευτικά αποτελέσματα, πράγμα που σημαίνει ότι η πολυνοσηρότητα ίσως δεν αποτελεί εμπόδιο στην αποτελεσματική διαχείριση του T2Δ.

Μία ολιστική προσέγγιση των μη ιατρικών αναγκών και των συνολικών χρόνιων νόσων των ΑσθT2Δ θα μπορούσε να προταθεί στην ΠΦΥ, στα πλαίσια των κοινωνικών καθοριστών της υγείας και της πολυνοσηρότητας.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Rubin RR, Peyrot M (1999) Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 15(3):205-218. doi: 10.1002/(sici)1520-7560(199905/06)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o.
2. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C et al (2015) The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One* 10(1):e0115796. doi:10.1371/journal.pone.0115796.
3. Chiang JI, Jani BD, Mair FS et al (2018) Associations between multimorbidity, all-cause mortality and glycaemia in people with type 2 diabetes: A systematic review. *PLoS One* 13(12):e0209585. doi: 10.1371/journal.pone.0209585.
4. Chiang JI, Hanlon P, Li TC et al (2020) Multimorbidity, mortality, and HbA1c in type 2 diabetes: A cohort study with UK and Taiwanese cohorts. *PLoS Med* 17(5):e1003094. doi:10.1371/journal.pmed.1003094.
5. Piette JD, Kerr EA (2006) The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care* 29(3):725-731. doi:10.2337/diacare.29.03.06.dc05-2078.
6. Luijckx HD, Lagro-Janssen ALM, van Weel C (2016) Multimorbidity and the primary healthcare perspective. *J Comorb* 6(2):46-49. doi:10.15256/joc.2016.6.84



C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: Παθοφυσιολογία, Διάγνωση, Ψευδή Αποτελέσματα, Τεστ και Ένας Καινοτόμος Διαγνωστικός Αλγόριθμος για Κλινικούς Ιατρούς

ΔΗΜΗΤΡΑ Σ. ΜΟΥΛΙΟΥ

Διπλωματούχος Βιοχημικός-Βιοτεχνολόγος, BSc, MSc

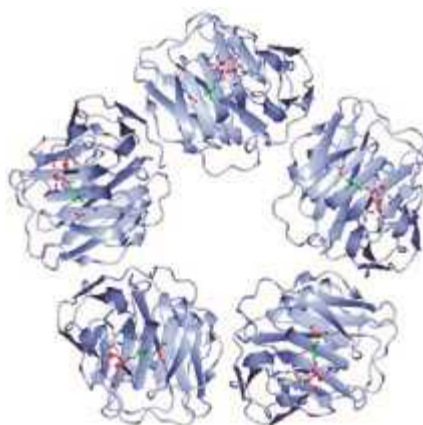
C-Reactive Protein: Pathophysiology, Diagnosis, False Test Results and a Novel Diagnostic Algorithm for Clinicians

Δημοσιεύτηκε στο: Diseases- MDPI, Volume 11, Issue 4, σελίδες 132. doi: 10.3390/diseases11040132

Η τρέχουσα βιβλιογραφία παρέχει αμέτρητα στοιχεία σχετικά με την C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη (C-Reactive Protein, CRP) και τον πιθανό ρόλο της στη φλεγμονή, ωστόσο, τα περισσότερα από τα αποδεικτικά στοιχεία είναι περιορισμένα και αμφιλεγόμενα. Η CRP θεωρείται ένας καθιερωμένος και αξιόπιστος διαγνωστικός δείκτης για την ανίχνευση ή τον αποκλεισμό της φλεγμονής -με την βοήθεια ποικίλων εργαστηριακών τεχνικών-, ενώ έως τώρα, έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες επιστημονικές προσπάθειες για την ανίχνευση των πολυποικίλων λειτουργιών της.

Η CRP ανακαλύφθηκε το 1930 στο Πανεπιστήμιο Ροκφέλερ ως ένα σωματικό κλάσμα που καθιζάνει στον ορό ασθενών με πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις, αργότερα συσχετίστηκε με φλεγμονώδεις καταστάσεις, ενώ προσδιορίστηκε να συνδέεται με την πνευμονιοκοκκική φωσφοχολίνη.

Εικάζεται να πρόκειται για μια πενταμερή πενταζίνη με χαρακτηριστική κυκλική δομή πέντε σφαιρικών μη γλυκοζυλιωμένων μονομερών 206 αμινοξέων μοριακού βάρους ~23 kDa έκαστο, και με γονιδιακό τόπο την χρωμοσωματική περιοχή 1q23.2, ενώ εκφράζεται και συντίθεται σε ποικίλους ιστούς. Αν και οι κυριότερες μορφές της είναι η πενταμερής φυσική και η μονομερής τροποποιημένη CRP, φαίνεται, βάσει μικροπεριβαλλοντικής οξύτητας, να έχουν εντοπιστεί ποικίλα ινιδώδη και μη σύμπλοκα μετουσιωμένων συσσωματωμένων μο-



νομερών, διαμορφώνοντας ικρίωματα με ποικίλες θέσεις αλληλεπιδράσεων και διαφόρων συνδετών. Εκτιμάται να έχουν ρόλο σε έμφυτες και προσαρμοστικές ανοσολογικές αποκρίσεις, ωστόσο είναι αδιευκρίνιστος και αντικρουόμενος στις φλεγμονώδεις διεργασίες -όπως είναι και των αντιαντισωμάτων κατά της CRP.

Βέβαια, σημαντικές συγκεντρώσεις της πρωτεΐνης έχουν αναφερθεί σε παθολογικές καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών διαταραχών και του καρκίνου αλλά και λοιμώξεων -σε πολύ υψηλές συγκεντρώσεις έχει συνδεθεί με τον θάνατο.

Τα όχι συχνά δημοσιευμένα ψευδή αποτελέσματα επάνω στην CRP, σε συνδυασμό με ποικίλες επιστημονικές άγνοιας και αντιφάσεις αλλά και την πιθανή ομολογία της με άλλες ανθρώπινες πρωτεΐνες και βακτηριακές δομές, εγείρουν πολλά ερωτήματα για τον ρόλο της στην φλεγμονή.

Η οξείωση και η συστηματική φλεγμονή φαίνεται να αποτελούν τον κοινό παρονομαστή πολλών ιατρικών νοσημάτων, καθώς η χρόνια χαμηλού έως μέτριου βαθμού φλεγμονή φαίνεται να πυροδοτεί την εκδήλωσή τους.

Η συστηματική φλεγμονή φαίνεται να σχετίζεται με μεταβολικές διεργασίες με την παραγωγή όξινων μεταβολιτών και όχι μόνο, που επηρεάζουν εν τέλει την λεμφική κυκλοφορία διευκολύνοντας τη διασπορά βακτηρίων, όπως οι στρεπτόκοκκοι, συμβάλλοντας σε ποικίλου βαθμού φλεγμονώδεις αποκρίσεις πολλαπλών συστημάτων.

Η αξιολόγηση της CRP ως προγνωστικού δείκτη σε διάφορες ασθένειες μπορεί να περιέχει σφάλματα, καθώς οι αυξημένες συγκεντρώσεις δεν αποτελούν απαραίτητα αιτιολογικό παράγοντα κάποιας νόσου, έτσι το άρθρο προτείνει έναν καινοτόμο διαγνωστικό αλγόριθμο για την εκτίμηση του εν λόγω βιοχημικού αποτελέσματος, απαιτώντας συνεκτίμηση κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων.

Η συγκεκριμένη μονογραφία εκτείνεται σε σχεδόν 50.000 λέξεις με 1246 βιβλιογραφικές πηγές και αποτελεί επιτυχώς την 3η πιο προβεβλημένη δημοσίευση του περιοδικού έως σήμερα, αριθμώντας περισσότερες από 20.000 προβολές και 60 αναφορές από τον πρώτο κιόλας χρόνο της δημοσίευσής της, ενώ η ενότητα των πιθανών βιοχημικών και γενετικών ιδιοτήτων της CRP έχει δημοσιευτεί και στην Εγκυκλοπαίδεια της Ακαδημαϊκής Κοινότητας του MDPI.

IB

Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (ΑΤΥ) και οφέλη από τη χρήση της

ΜΕΝΤΗΣ ΙΣΙΔΩΡΟΣ

Φαρμακοποιός (ΕΚΠΑ), Μεταπτυχιακό στη Σχολή Οικονομικών & Πολιτικών Επιστημών - Τμήμα Οικονομικών Επιστημών ΕΚΠΑ (Διοίκηση και Διαχείριση Οικονομικών Μονάδων & Οργανισμών με ειδικότητα «Οικονομικά της Υγείας και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»), Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών, στέλεχος του Τμήματος Παρακολούθησης & Αξιοποίησης Ελέγχων της Διεύθυνσης Φαρμάκου Κεντρικής Υπηρεσίας ΕΟΠΥΥ.*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άρθρο στοχεύει στην αποτύπωση του προκύπτοντος οφέλους από τη χρήση αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας (ΑΤΥ) και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της διεθνούς εμπειρίας στη δημόσια υγεία και στο εγχώριο υγειονομικό σύστημα, με παράλληλη κατάθεση μέτρων βελτιστοποίησης της σχετικής αξιολόγησης. Μέσω χρήσης βιβλιογραφίας-άντλησης άρθρων από σχετικές βάσεις δεδομένων, αναζητήθηκαν στοιχεία της ιστορικής διαδρομής και των ισχυόντων δεδομένων της ΑΤΥ στον ελληνικό και διεθνή χώρο και αναλύθηκαν διεξοδικά προκειμένου να καταστεί εφικτή η σύγκριση μεταξύ διεθνούς εμπειρίας και θεσπισθείσας εγχώριας ΑΤΥ. Επιπρόσθετα, καταγράφηκε η αποτύπωση ομοιοτήτων-διαφορών μεταξύ των χαρακτηριστικών που προσδιορίζουν διεθνώς τις μεθόδους λειτουργίας φορέων ΑΤΥ και επικεφαλής τους στα ελληνικά δεδομένα. Από τη σύγκριση της εγχώριας εφαρμογής ΑΤΥ με τη διεθνή εμπειρία, τεκμηριώθηκε η εναρμόνιση της πρώτης με τα ευρωπαϊκά δεδομένα και αποτυπώθηκαν τα αδιαμφισβήτητα οφέλη για όλους τους συντελεστές της λειτουργίας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος καθώς και για τους ασθενείς, ως αποδέκτες των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών. Η ΑΤΥ αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη βιωσιμότητα και αποτελεσματικότητα των διεθνών συστημάτων υγείας και συνεκδοχικά του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, εξοικονομώντας πολύτιμους πόρους. Παράλληλα, επισημάνθηκε το πλήθος των προκλήσεων οι οποίες αναδύονται από την τεχνολογική πρόοδο που συντελείται στον χώρο της υγείας και κατατέθηκαν προτάσεις βελτιστοποίησης της εφαρμογής ΑΤΥ, προς επίτευξη της αναβάθμισης του επιπέδου υγείας των πολιτών.

ABSTRACT

The article aims to capture benefits from use of health technology assessment (HTA) and the outcomes of international experience in public health and domestic health system, with proposed measures to optimize the HTA procedures. By using bibliography-articles from relevant databases, data were sought on HTA's historical path and current application in Greece and the wider international area and were thoroughly analyzed so as the comparison between international experience and HTA

introduction in Greece could be feasible. Additionally, the identification of similarities-differences between the characteristics that internationally define the methods of HTA bodies was recorded, attempting to apply them to domestic health system. By comparison of HTA application in Greece with international experience, the harmonization of the first with european data was documented as well as the indisputable benefits for all coefficients of the Greek health system and the patients, as users of provided health services. The HTA is crucial factor for the sustainability and efficiency of international health systems' functioning and, by extent, of Greek health system's, saving valuable resources. In parallel, numerous challenges arising

from technological progress in health sector were highlighted and proposals were submitted to optimize the HTA's application, targeting to achieve the upgrading of citizens' health level.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγειονομική περίθαλψη κατοχυρώνεται στην οικουμενική διακήρυξη ανθρωπίνων δικαιωμάτων και επαγωγικά αναπτύχθηκαν διατομεακές υγειονομικές πολιτικές. Πυλώνες των βιώσιμων συστημάτων υγείας θεωρείται η πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους, ενώ η διασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί οικονομικούς πόρους για φάρμακα, αναλώσιμο ιατροτεχνολογικό υλικό, μισθοδοσία υγειονομικού προσωπικού, επενδύσεις σε κτίρια-εξοπλισμό. Δεδομένων των περιορισμένων διαθεσίμων πόρων και αυξανόμενου κόστους, η χάραξη υγειονομικής πολιτικής ερείδεται σε συγκράτηση κόστους, αυξημένη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας ή συνδυασμό αυτών,¹ στοχεύοντας σε παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με τη μικρότερη δυνατή επένδυση πόρων, αντιμετωπίζοντας προκλήσεις, με τα αυξανόμενα κόστη υπηρεσιών υγείας και ζήτησης χρήσης νέων τεχνολογιών υγείας να είναι οι σημαντικότερες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΑΤΥ)

Ως τεχνολογία υγείας ορίζεται κάθε παρέμβαση στοχεύουσα στην προαγωγή υγείας, πρόληψη/θεραπεία/διαχείριση νόσων (φάρμακα, συσκευές, διαδικασίες-οργανωτικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης) και η ΑΤΥ συνιστά διαδικασία ερωτήσεων-απαντήσεων για λήψη αποφάσεων υγειονομικής πολιτικής, μέσω ανασκόπησης ιατρικών-κοινωνικοοικονομικών-δεοντολογικών επιπτώσεων της ανάπτυξης-χρήσης υγειονομικών παρεμβάσεων, αποτρέποντας επένδυση σε παρωχημένες/αναποτελεσματικές τεχνολογίες υγείας και με συνεκδοχική θετική επίδραση στα δημοσιονομικά δεδομένα.² Έτσι επιτυγχάνεται καλύτερη κατανομή κόστους, αύξηση προσβασιμότητας σε καινοτόμες θεραπείες, διασφαλίζοντας οφέλη για τους ενδιαφερόμενους (stakeholders)³ και προώθηση καινοτομίας.⁴ Η οικονομική αξιολόγηση έχει συνήθως μορφή κόστους-οφέλους, καταγράφουσα το κόστος σε χρηματικούς όρους, ενώ το όφελος αντανakλάται σε οικονομικούς/κλινικούς είτε σε ποιότητα ζωής. Επαγωγικώς, απαιτείται καθορι-

*Οι απόψεις στο άρθρο είναι αμιγώς προσωπικές κατά την επιστημονική άποψη του συγγραφέα και δε δεσμεύουν τον ΕΟΠΥΥ.

σμός τιμής-ποσοστού αποζημίωσης και οικονομική αξιολόγηση. Λόγω υψηλού κόστους απόκτησης-χρήσης της, το κόστος φαρμάκων-εξοπλισμού-υγειονομικών εφαρμογών αυξάνεται, ενώ το οικονομικό αποτέλεσμα εξαρτάται από τον επιλεχθέντα τύπο αξιολόγησης.⁵ Οι στόχοι είναι ασφάλεια (διαγνωστική-θεραπευτική), αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, αντίκτυπος στην κοινωνία, ηθικές παράμετροι χρήσης, διαθεσιμότητα πληροφοριών. Η ΑΤΥ απευθύνεται σε κέντρα λήψης αποφάσεων (κρατικές δομές-φορείς χάραξης πολιτικής υγείας), επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία, ιδιωτικές ασφάλειες υγείας, συλλόγους ασθενών, ακαδημαϊκή κοινότητα, ευρύ κοινό και ιατροφαρμακευτική βιομηχανία.² Το πλαίσιο έκδοσης κατευθυντήριων οδηγιών ΑΤΥ αφορά σε διαδικασίες αξιολόγησης-λήψης αποφάσεων, σύζευξη κλινικής αποτελεσματικότητας με κοινωνικές αξίες, δημοσιονομικό αντίκτυπο, οικονομική αποτελεσματικότητα, ηθικές εκτιμήσεις πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται και αξιόπιστες-διαφανείς μεθόδους αξιολόγησης,⁶ με ενοποίηση δεδομένων για ανάπτυξη διαρκώς καλύτερων διαδικασιών-ευχερέστερης πρόσβασης σε αποτελεσματικές νέες τεχνολογίες.⁷

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΦΟΡΕΩΝ ΑΤΥ

Οι οργανισμοί ΑΤΥ υφίστανται κυρίως ως αυτόνομοι κρατικοί φορείς, με συμβουλευτικό ρόλο και τα αξιολογούμενα στοιχεία περιλαμβάνουν τον επιπολασμό-επιβάρυνση νόσου, θεραπευτικά αποτελέσματα-επιπτώσεις στην ασφάλεια, επίπεδο καινοτομίας, κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο, αποτελεσματικότητα και πηγές αποδεικτικών στοιχείων-κριτηρίων. Δεδομένου ότι οι νέες τεχνολογίες είναι ακριβότερες, οι διαθέσιμοι πόροι περιορισμένοι και κάθε νέα τεχνολογία υγείας δεν είναι απαραίτητος καινοτόμος, απαιτείται οικονομική αξιολόγηση. Οι μέθοδοι εξέτασης είναι αναλύσεις ελαχιστοποίησης κόστους (Cost Minimization Analysis-CMA), κόστους-αποτελεσματικότητας (Cost Effectiveness Analysis-CEA), κόστους-οφέλους (Cost Benefit Analysis-CBA) και κόστους-χρησιμότητας (Cost Utility Analysis-CUA), με το ποιοτικώς σταθμισμένο έτος ζωής (Quality Adjusted Life Year-QALY) προτιμώμενο μέτρο οικονομικής αξιολόγησης αξίας υγειονομικών παρεμβάσεων. Επίσης, η διαφοροποιημένη (βάσει μεθόδου) αποτύπωση αξίας και η εθνική προτεραιοποίηση (διαφορετικοί δημοσιονομικοί περιορισμοί-εθνικές προτεραιότη-



Εικόνα 1: Διεκπεραίωση διαδικασιών ΑΤΥ
Πηγή: Angelis, Lange and Kanavos, 2018



Εικόνα 2: Συγκριτική αποτελεσματικότητα χρήσης τεχνολογίας υγείας στη Γαλλία. Πηγή: www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035665/en/methods-for-health-economic-evaluation



Εικόνα 3: Η αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας ως πολυεπιστημονικό πεδίο

τες) παράγουν συχνά διακρατική ετερογένεια αποφάσεων. Πρόσθετα, περιλαμβάνεται και υπολογισμός προεξοφλητικού επιτοκίου, εκτιμώμενου χρονικού ορίζοντα χρήσης και προθυμίας πληρωμής για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Η εφαρμογή αποτελεσμάτων περιλαμβάνει έκθεση αξιολόγησης σε δημόσια διαθεσιμότητα, πολιτικές συνέπειες εφαρμογής (τιμολόγηση-επιστροφή χρημάτων), τρόπο διάδοσης-εφαρμογής αποφάσεων, διαδικασίες προσφυγής-αναθεώρησης συστάσεων, ενώ διαφοροποιούνται βάσει χρηματοδότησης συστήματος υγείας (φορολογία-κοινωνική ασφάλιση), οργάνωσης (κεντρική-περιφερειακή), τύπου ΑΤΥ (οικονομική αξιολόγηση-κλινικό όφελος) και μέτρησης προοπτικής (για το υγειονομικό σύστημα και την κοινωνία)⁸ (Εικόνα 1).

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΑΤΥ

Η ΑΤΥ αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ και αργότερα εισήχθη στην Ευρώπη, με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να καθίσταται παράγοντας προώθησης ΑΤΥ, ενισχύοντας τη συνεργασία φορέων με υποστήριξη προγραμμάτων και αποτέλεσμα την ίδρυση ευρωπαϊκού δικτύου ΑΤΥ με διάδοση αποτελεσμάτων στα κέντρα λήψης αποφάσεων κρατών-

μελών Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).² Τα ευρωπαϊκά δίκτυα ΑΤΥ είναι ο EMA, το EUnetHTA, με στόχο τη σύνδεση εθνικών φορέων ΑΤΥ-ερευνητικών ινστιτούτων-υπουργείων υγείας,⁷ η INAHTA, το ευρωπαϊκό παρατηρητήριο στοχεύοντας σε ανάλυση ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, το διεθνές δίκτυο πληροφοριών για νέες τεχνολογίες υγείας (EuroScan) και το HEN. Σχετικά με εθνικούς φορείς, το NICE, ανεξάρτητος φορέας, αποτελεί σημείο αναφοράς, με προσδιορισμό της κλινικής αποτελεσματικότητας της υπό αξιολόγηση θεραπείας συγκριτικά με το επαγόμενο κόστος στο αγγλικό υγειονομικό σύστημα. Το IQWiG, γερμανικό ανεξάρτητο επιστημονικό ινστιτούτο ΑΤΥ, αξιολογεί αποτελεσματικότητα υγειονομικών παρεμβάσεων για επιβεβαιωμένες ασθένειες, οφέλη και κόστος φαρμάκων, εκδίδοντας κατευθυντήριες γραμμές με κριτήριο τη θεραπευτική υπεροχή έναντι υφισταμένων θεραπειών⁹ (θα πρέπει να αποδεικνύεται η ιατρική αναγκαιότητα της υγειονομικής παρέμβασης).¹⁰ Επίσης, η Haute Autorité de Santé (HAS), ανεξάρτητο συμβουλευτικό όργανο για τις γαλλικές δημόσιες αρχές, αξιολογεί κλινικά οφέλη και ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών, βάσει ιατρικού πλεονεκτήματος (Εικόνα 2) αξιολογούμενο ανά ιατρική υπηρεσία/

► προϊόν, συνεκτιμώντας τη σοβαρότητα διάγνωση και τα δεδομένα χρήσης φαρμάκου για συγκεκριμένη ένδειξη, με τροποποιημένη αξιολόγηση, όταν παράγονται νέα δεδομένα/πιο αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις.⁶ Συχνά, οι φορείς ΑΤΥ διαφέρουν στις ακολουθούμενες πρακτικές, αξιολόγηση-ερμηνεία-προτεραιοποίηση, διασφάλιση διαφάνειας, αποδέκτες παρεμβάσεων και στην αλληλεπίδραση με εθνικές αρχές αποζημίωσης. Ωστόσο, τα γενικά χαρακτηριστικά του ευρωπαϊκού μοντέλου είναι ορατά, οι περισσότερες χώρες εφαρμόζουν έναν τύπο οικονομικής αξιολόγησης και το QALY είναι το προκρινόμενο μέτρο (ορισμένες έχουν καθιερωμένες διαδικασίες υπολογισμού κόστους-αποτελεσματικότητας, ενώ άλλες δεν ενσωματώνουν χρηματοοικονομικά στοιχεία).⁷ Δεδομένου ότι κανένα μοντέλο ΑΤΥ δεν είναι καθολικά εφαρμόσιμο, οι διαδικασίες πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες κάθε χώρας, βάσει χαρακτηριστικών εκάστης (μορφή υγειονομικού συστήματος, εύρος πληθυσμού, διοικητικές δομές, διαθέσιμοι πόροι).

ΘΕΣΠΙΣΗ ΑΤΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι μεικτό, με κοινωνική ασφάλιση και καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το 1983 καταγράφηκε μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης (βάσει προτύπου Bismarck), στοχεύοντας σε μείωση του ιδιωτικού τομέα και καθολική υγειονομική κάλυψη, δίχως όμως συνεκτίμηση κόστους-αποτελεσματικότητας υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η διεθνής προώθηση ΑΤΥ ώθησε τη χώρα σε συμμετοχή σε σχετικά ευρωπαϊκά προγράμματα.¹¹ Μέχρι πρόσφατα, η Ελλάδα δεν είχε θεσμοθετημένα ΑΤΥ, παρά το ότι αποσπασματικές δράσεις είχαν αναδείξει τη σημασία των ευεργετικών αποτελεσμάτων της.¹² Η παλαιότερη νομοθεσία επικαιροποιήθηκε και με τον Ν.4512/2018 (άρθρο 247), συστάθηκε επιτροπή αξιολόγησης και αποζημίωσης φαρμάκων για έκδοση γνωμοδότησης, κατόπιν αξιολόγησης φαρμάκων με άδεια κυκλοφορίας στην Ελλάδα, για ένταξη/από-ένταξη από τον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων (ΚΑΦ). Επίσης, με το άρθρο 254 συστάθηκε επιτροπή διαπραγμάτευσης τιμών φαρμάκων, με αρμοδιότητα να διαπραγματεύεται τιμές/εκπτώσεις φαρμάκων που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ ή προμηθεύονται τα δημόσια νοσοκομεία, να συνάπτει συμφωνίες με κατόχους αδειών κυκλοφορίας (ΚΑΚ)

και να εισηγείται για επίπτωση της αποζημίωσης φαρμάκων στον εθνικό προϋπολογισμό. Τέλος, με το άρθρο 255 συστάθηκε επιτροπή διαπραγμάτευσης αμοιβών-τιμών ιατροτεχνολογικών προϊόντων για διαπραγμάτευση αμοιβών συμβαλλομένων παρόχων, όρων συμβάσεων ΕΟΠΥΥ και τιμών ιατροτεχνολογικών υλικών.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Η ΑΤΥ συμβάλλει σε εξοικονόμηση πόρων και αποτελεσματικότερες θεραπείες, συνιστώντας απάντηση στο αυξανόμενο υγειονομικό κόστος.¹² Επίσης, τονίζεται η αναγκαιότητα εναρμόνισης χωρών με την αρχή της επικουρικότητας για διαχείριση ετερογένειας συστάσεων με διαμοιρασμό πληροφοριών και ευθυγράμμιση χρόνου έγκρισης τεχνολογιών υγείας⁸ και η σημασία της οκδόμησης κλίματος εμπιστοσύνης φορέων ΑΤΥ-αξιολογούμενων εταιρειών. Πρόσθετα, δεδομένου ότι οι τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs) αναγνωρίζονται ως περιορισμένης γενικευσιμότητας-ακρίβειας, αναζητώνται προηγμένες μέθοδοι σύνθεσης κλινικών δεδομένων.¹³ Παράλληλα, προκρίνονται η επιστημονική τεκμηρίωση αποφάσεων (Evidence-Based Medicine), χαρτογράφηση διαθέσιμων ανθρωπίνων πόρων, βέλτιστη κατανομή απαιτούμενων εκπαιδευτικών-τεχνικών πόρων, επένδυση σε επιστημονικό δυναμικό με επαρκή κινητροδότηση, σχεδιασμός ειδικού προϋπολογισμού, διαχωρισμός κατευθυντηρίων οδηγιών, διεύρυνση του υπό μελέτη πληθυσμού, ευχερής πρόσβαση σε δεδομένα, διευθέτηση κοινωνικο-δεοντολογικού πλαισίου και συμμετοχή όλων των φορέων.⁹ Η Ελλάδα οφείλει να αδράξει την ευκαιρία, με την αρωγή του εγκατεστημένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΣΗΣ), αποσαφήνιση του κοινωνικού αντίκτυπου της ΑΤΥ και επικέντρωση σε μεθόδους μέτρησης κλινικής προστιθέμενης αξίας και αντικτύπου στον εθνικό προϋπολογισμό. Η ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών διεξαγωγής φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης με καταγραφή δαπανών-επιδημιολογικών δεδομένων θεωρείται προϋπόθεση επιτυχούς εφαρμογής ΑΤΥ,¹⁴ με παράλληλη υποστήριξη καινοτόμων δράσεων (διάδοση ποιοτικών γενεσιών).¹⁵ Επιπλέον, η Ελλάδα, συμμετέχοντας σε δράσεις φορέων ΑΤΥ, θα μπορούσε να επωφεληθεί από μεταφορά αποτελεσμάτων μέσω κοινών πρωτοβουλιών της ΕΕ.¹⁶ Η συνεργασία ευρωπαϊκών χωρών είναι ζωτικής σημασίας για ενί-

σχυση ΑΤΥ σε αναδυόμενες προκλήσεις¹⁷ (πανδημία Covid-19) **αναδεικνύοντας την ανάγκη διευρυμένης διεθνούς συνεργασίας**¹⁸ ενώ η συμμετοχή ασθενών καθίσταται κρίσιμη για τη συνεκδοχική ανάπτυξη της ευρωπαϊκής ΑΤΥ.¹⁹ Επίσης, η συνεργασία κρατών-μελών θα πρέπει να υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή²⁰ που έχει δημοσιεύσει πρόταση κανονισμού για ΑΤΥ (παρά τις αποκλίνουσες θέσεις)²¹ με παράλληλη μέριμνα για άρση υφιστάμενων εμποδίων (νομοθετικές απαιτήσεις).²² Επιπρόσθετα, προτάσεις έργων από το EUnetHTA **συνεπικουρούν προς επίτευξη συνεργασίας**,²³ ενώ η ενδεχόμενη ίδρυση ενιαίου ευρωπαϊκού φορέα ΑΤΥ θα καταστεί χρήσιμο εργαλείο αντιμετώπισης της διαφοροποίησης πρακτικών ΑΤΥ.²⁴ Με την τελευταία, ως αξιολόγηση άμεσων-επιδιωκόμενων επιπτώσεων και έμμεσων-ακούσιων συνεπειών χρήσης τεχνολογίας υγείας²⁰ και ως πεδίο δράσης κυβερνήσεων, υγειονομικών συστημάτων, φορέων χάραξης πολιτικής, επαγγελματιών υγείας, δημόσιων-ιδιωτικών οργανισμών και ασθενών (Εικόνα 3), εξοικονομούσα χρόνους στο σύστημα υγείας με παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης,¹² θα πρέπει να προτεραιοποιηθεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο η αξιολόγηση της προστιθέμενης θεραπευτικής αξίας νέων φαρμακευτικών θεραπειών, καλύπτοντας το κενό κλινικών αποδεικτικών στοιχείων για έγκριση-αποζημίωση φαρμάκων σε όλες τις χώρες, περιορίζοντας τις εγχώριες διαπραγματεύσεις τιμολόγησης-επίδρασης στον προϋπολογισμό.²⁵ Η εγχώρια εφαρμογή ΑΤΥ προσφέρει πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή, με διάχυση-εφαρμογή αποτελεσματικών τεχνολογιών υγείας να συνιστά το μακροπρόθεσμο όφελος για το σύστημα υγείας, με εξοικονόμηση πολύτιμων πόρων, ενώ η επίτευξη του στόχου απαιτεί ευρεία αποδοχή της θεσπισθείσας διαδικασίας.²⁶

Ιδιαίτερης μνείας χρήζει η επίδραση της ΑΤΥ στους δείκτες υγείας (θετικοί, αρνητικοί-σχετικοί με εμφάνιση νόσων-παθολογικών καταστάσεων, οικονομικοί-διοικητικοί)²⁷ και ως εργαλείο αντιμετώπισης του αυξανόμενου κόστους υπηρεσιών υγείας και σε πιο εξειδικευμένα θέματα (διασφάλιση επαρκών επιπέδων βιταμίνης D, πρόληψη-διαχείριση συμπτωμάτων κατάθλιψης με πολιτικές ανάταξης ανεπαρκούς πρόσληψης βιταμίνης D).²⁸ Καταλυτικός είναι και ο ρόλος της στην αντιμετώπιση ανισοτήτων, μέσω ανασυγκρότησης του συστήματος υγείας, με ανακατανομή ιατρικού προσωπικού για μεγιστοποίη-

ση κοινωνικού οφέλους, ενίσχυση θεσμού οικογενειακού γιατρού, διαχωρισμό πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας περίθαλψης, καθολική υγειονομική κάλυψη, περιορισμό κατανάλωσης φαρμάκων-κόστους ευάλωτων πληθυσμών, συμμετοχή πολιτών σε συναπόφαση διάθεσης πόρων, παρακολούθηση οικογενειακών προϋπολογισμών, θεσμοθέτηση ελαχίστου βιοτικού επιπέδου, εφαρμογή σύγχρονων προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας, μεταφορά πόρων σε ευάλωτες ομάδες, υπολογισμό καταστροφικού κόστους υγείας-συσχέτιση με ανισότητες, ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής ψυχικής υγείας και προώθηση ποιτικών γενεοσήμων φαρμάκων. Επίσης, με αποζημίωση φαρμάκων βάσει σχέσης θεραπευτικού-οικονομικού οφέλους, τη συνεκδοχική απελευθέρωση δημοσιονομικού χώρου και τα εγχώρια συγκριτικά πλεονεκτήματα, η Ελλάδα θα μπορούσε να αποτελέσει κέντρο παραγωγής αξιόπιστων γενεοσήμων, διασφαλίζοντας απρόσκοπτη υγειονομική κάλυψη και πρόσπιση της δημόσιας υγείας.²⁹

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΓΧΩΡΙΩΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΑΤΥ

Στο πανελλήνιο συνέδριο για τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας (2023) και στο 8^ο συνέδριο ΑΤΥ (2023), ο συγγραφέας υπογράμμισε, μεταξύ άλλων, την ανάγκη ενσωμάτωσης στις διαδικασίες ΑΤΥ της ανάληψης αποφάσεων πολυμερών κριτηρίων σταθμισμένων βαρύτητας (MCDA), **ανάδειξης κοινωνικών ζητημάτων για αποδοχή ΑΤΥ** με συμπερίληψη όλων των ενδιαφερομένων, αξιοποίηση του εκτεταμένου ΣΗΣ, επέκταση πεδίου εφαρμογής με ενσωμάτωση σκευασμάτων διατροφής για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς, διεύρυνση έκτασης του υπό μελέτη πληθυσμού στις κλινικές μελέτες, μείωση χρόνου αξιολόγησης-επίσπευση έγκρισης κυκλοφορίας υβριδικών φαρμάκων υψηλού κόστους-ορφανών-σπάνιων ασθενειών και έγκαιρη πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες (γονιδιακές-κυτταρικές) με προσιστό κόστος και επικέντρωση στην κλινική προστιθέμενη αξία, με υπολογισμό πρόσθετου κόστους/μονάδα οφέλους υγείας (QUALY), βάσει προτύπου HAS, **που αξιολογεί τη συγκριτική βελτίωση θεραπευτικού οφέλους**, δια της αξιολογούμενης υγειονομικής υπηρεσίας (Amelioration du Service Medical Rendu-ASMR). **Κάθε παρέμβαση με χαμηλό ICER εκτιμάται ευνοϊκή για αποφάσεις αποζημίωσης με ICER <όριο προθυμίας πλη-**

ρωμής (Willingness To Pay-WTP) κοινωνίας-συστήματος υγείας, οικονομικά αποδοτική και συνιστώμενη για εφαρμογή, ενώ τα φάρμακα με προστιθέμενη θεραπευτική αξία θα πρέπει να εντάσσονται άμεσα στον ΚΑΦ, επιταχύνοντας την πρόσβαση σε αυτά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε εποχές δημοσιονομικών περιορισμών, η πολιτική υγείας οφείλει να υιοθετεί ολιστική προσέγγιση αποδοτικότητας συστημάτων αξιολόγησης με επιτακτική την οικοδόμηση ισχυρού φορέα ΑΤΥ, ο οποίος, ως διεπιστημονικός πυλώνας πολιτικής υγείας, συνεργαζόμενος με όλους τους ενδιαφερόμενους και συνεπικουρούμενος από την τεχνολογία, θα διασφαλίζει το μέγιστο όφελος για τη δημόσια υγεία, τους εθνικούς οικονομικούς στόχους (αποσποβώντας ακροσφαλίες δημοσιονομικές αποφάσεις), την ανταγωνιστικότητα της βιομηχανίας και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, με παροχή εκσυγχρονισμένων υπηρεσιών, μέσω κοινωνικά δίκαιων, οικονομικά προσιτών και έγκαιρης πρόσβασης σε καινοτόμες θεραπείες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

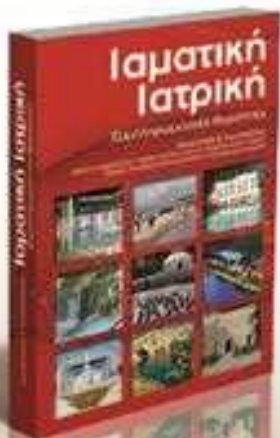
- Μαθλιάρου Μ & Σαράφης Π. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπείου 2012, 11:202-212
- Morfonios A, Kaitelidou D, Baltopoulos G, et al. The international practice of health technology assessment. Arch Hellen Med 2013, 30:19-34
- Κιτρομηλίδου Χ. Αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας & Συμφωνίες επιμερισμού κινδύνου. Εφαρμογή τους στο σύστημα υγείας της Κύπρου. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λασιά, Λευκωσία, 2017
- Turchetti G, Spadoni E, Geisler E. Health technology assessment. Evaluation of biomedical innovative technologies. IEEE Eng Med Biol Mag 2010, 29:70-76
- Μανιαδάκης Ν. Τα οικονομικά της Υγείας από την οπτική του μάρκετινγκ. Στο: Γραμματικοπούλου Ε (Επιμ.) Κοινωνία και υγεία IV. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, 2005:84
- Kerr A, Todd C, Hebborn A, et al. A Comparison of international health technology assessment systems-Does the perfect system exist? Value Health 2014, 7: A441.
- Neumann PJ. Lessons for Health Technology Assessment: It Is Not Only about the Evidence', Value Health 2009, 12(Suppl2):S45-S48.
- Angelis A, Lange A, Kanavos P. 'Using health technology assessment to assess the value of new medicines: Results of a systematic review and expert consultation across eight European countries', Eur J Health Econ 2018, 1:123-152. 9. O'Donnell JC, Pham SV, et al. Health technology assessment: lessons learned from around the world - an overview. Value Health 2009, 12(Suppl2): S1-S5.
- Lampe K, Pasternack I, Saarekas O, et al. Developing the HTA core model for the online environment. Int J Technol Assess Health Care 2014, 5:478-487.

- Kaitelidou D, Katharakis M, Kalogeropoulou M, et al. The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. EJBSS 2016, 4:111-25.
- Βασιλάνου Μ. Η Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας: Η διεθνής και ελληνική εμπειρία. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, 2013
- Raftery J, Roderick P, Stevens A. Potential use of routine databases in health technology assessment. Health technol assess 2005, 9:1-92, iii-iv
- Armataki E, Karampli E, Kyriopoulos J, et al. Health technology assessment of medicines in Greece: Pharmaceutical industry executives' views. Int J Technol Assess Health Care 2014, 30:226-232.
- Mentis I. The market of generic drugs in Southern Europe with the contribution of health technology assessment and competition. Arch Hellen Med 2021, 38: 89-94.
- Kani C, Kourafalos V, Litsa P. Current environment for introducing health technology assessment in Greece. Int J Technol Assess Health Care 2017, 33:396-401.
- Garcia-Mochon L, Balbino JE, DE Labry Lima AO, et al. HTA and decision-making processes in Central, Eastern and Southeastern Europe: results from a survey. Health Policy 2019, 123:182-190
- Cheung KL, Evers SMAA, De Vries H, et al. Most important barriers and facilitators of HTA usage in decision-making in Europe. Expert review of Pharmacoeconomics & outcomes research, 2018, 18:297-304
- Dias-Barbosa C & Hareendran A. Enhancing Patient Centricity of HTA Opportunities in Europe. Navigating the Path to Approval and Access, Evidera, London, 2019:39
- Migliore A. Towards a regulation of HTA in Europe: the proposal from the European Commission. Expert Rev Med Devices 2019, 16:1-2
- Vella Bonanno P, Buccics A, Simoons S, et al. Proposal for a Regulation on Health Technology Assessment in Europe-opinions of policy makers, payers and academics from the field of HTA. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2019, 19:251-261
- Nachtnebel A, Mayer J, Erdos J, et al. HTA goes Europe: European collaboration on joint assessment and methodological issues becomes reality. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw 2015, 109:291-299
- Makady A, Ten Ham R, De Boer A, et al. Policies for use of real-world data in health technology assessment (HTA): a comparative study of six HTA agencies. Value Health 2017, 20:520-532
- Allen N, Liberti L, Walker SR, et al. A comparison of reimbursement recommendations by European HTA agencies: is there opportunity for further alignment? Front Pharmacol 2017, 8:384
- Garattini L & Padula A. HTA for pharmaceuticals in Europe: will the mountain deliver a mouse? Eur J Health Econ 2020, 21:1-5
- Mentis I. The introduction of Health Technology Assessment (HTA) in Greece and comparison with the European experience. Arch Hellen Med 2022, 39:313-321
- Mentis I. Impact of health determinants on Greek health level, as capture of health production function. Arch Hellen Med 2024, 41:699-707
- Mentis I. The effects of vitamin D on mood alteration in women's life: Focus on depression. Acta Neurobiol. Exp. 2023, 83:307-316.
- Mentis I. Impact of Health Indicators and Socio-Economic Inequalities on Greek Population's Health Level in Relation to Causes. Acta Sci. Med. Sc 2022, 6.4: 03-12

Ιαματική Ιατρική

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Κουσκούκης Ε. Κωνσταντίνος
Καθηγητής Δερματολογίας - Νομικός,
Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής,
Πρόεδρος Παγκόσμιας Ακαδημίας Κινεζικής
και Συμπληρωματικής Ιατρικής



Ένα ενδιαφέρον βιβλίο για την «Ιαματική Ιατρική και τις Συμπληρωματικές Θεραπείες» κυκλοφορεί από την Doctors Media με συγγραφέα τον πρόεδρο της Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής Κωνσταντίνο Κουσκούκη

Όπως επισημαίνει στο βιβλίο του ο κ. Κουσκούκης η Ιαματική Ιατρική είναι συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος της Κλασικής Ιατρικής με την οποία συνδυάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται, για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η Ιαματική Ιατρική, με τη βοήθεια της επιστημονικής τεκμηρίωσης της θερμικής, μηχανικής, χημικής και ειδικότερα της βιολογικής και ανοσολογικής δράσης των ιαματικών φυσικών πόρων, αναδείχθηκε ως μία συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος στο θεραπευτικό πλαίσιο της Κλασικής Ιατρικής. Οι θεραπευτικές δράσεις αφορούν σε παθήσεις του μυοσκελετικού, νευρικού, αναπνευστικού, καρδιαγγειακού, αιμοποιητικού, γαστρεντερικού, ουρολογικού και ενδοκρινολογικού συστήματος, καθώς και σε δερματολογικές, γυναικολογικές, αλλεργικές και ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις. Οι θεραπευτικές μέθοδοι της Ιαματικής Ιατρικής με ιαματικούς φυσικούς πόρους είναι η εξωτερική υδροθεραπεία, η ποσιθεραπεία, η εισπνοθεραπεία, η πηλοθεραπεία, η θαλασσοθεραπεία, η σπηλαιοθεραπεία και η βιομετεωρολογική θεραπεία. Από καταβολής κόσμου η υγεία, η ευεξία, η δύναμη και η ομορφιά, συγκαταλέγονται μεταξύ των πολυτιμότερων αγαθών της ζωής. Ακόμη στο βιβλίο αναφέρονται οι προοπτικές ανάπτυξης του τομέα της Ιαματικής Ιατρικής στη χώρα μας και η παρουσίαση προτάσεων για μια ολοκληρωμένη στρατηγική για την σωστή αξιοποίηση και αποτελεσματική εκμετάλλευση τους στην ελληνική αγορά. Πολύ σημαντική εξέλιξη αποτελούν ο Νόμος 4238/2014 που εντάσσει την υδροθεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο Νόμος 4123/2013 που διέπει την εφαρμογή της ευρωπαϊκής οδηγίας στον τομέα της διασυνοριακής περιθαλψής. Σύμφωνα με την οδηγία, τα 24 εκατομμύρια Ευρωπαίων που διακινούνται κάθε χρόνο για λόγους σωματικής και ψυχικής υγείας στις χώρες της Ε.Ε., είτε μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων, είτε μεμονωμένα, από τον Οκτώβριο του 2013 βρίσκονται στο επίκεντρο έντονου ανταγωνισμού καθώς ανοίγουν τα σύνορα για τον Τουρισμό Υγείας σε όλες τις χώρες της Ε.Ε.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ:

DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μεσογείων 256, 15561, Χορλαργός
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Δερματοσκόπηση

Θεωρητικά στοιχεία και εφαρμογή στην κλινική πράξη



Γεώργιος Χαϊδεμένος

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

Η δερματοσκόπηση, αποτελεί τμήμα της «μοντέρνας» Ιατρικής η οποία ολοένα συχνότερα χρησιμοποιεί μη επιθετικές και εύχρηστες απεικονιστικές μεθόδους. Το βιβλίο μπορεί να ικανοποιήσει απαιτήσεις πολλών ταχυτήτων.

Εάν είστε βιαστικός αναγνώστης, μπορείτε να περιηγηθείτε στις περιλήψεις που υπάρχουν στο τέλος των σημαντικών κεφαλαίων και να αποκτήσετε τις βασικές δερματοσκοπικές γνώσεις, μελετώντας τις ρεζάντες των άνω των 210 φωτογραφιών του κειμένου.

Αλλά και οι προσδοκίες των δύσκολων μελετητών πιστεύω πως θα βρουν ανταπόκριση, με τα αναλυτικά και κατά Τομείς Κεφάλαια, τα οποία υποστηρίζονται από βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, οι Πίνακες με κωδικοποιημένα τα δερματοσκοπικά χαρακτηριστικά των παθήσεων και το Παράρτημα στο τέλος του βιβλίου, αποτελούν μια συνοπτική αλη' ουσιαστική μέθοδο αναγνωστικής προσπέλασης.

Υπενθυμίζεται πως με τη δερματοσκόπηση παρέχονται τρεις σημαντικές δυνατότητες στον Κλινικό γιατρό. Επιβεβαιώνεται η κλινική του υποψία. Μειώνεται ο αριθμός των μη απαραίτητων βιοψιών και χειρουργικών εξαιρέσεων. Επιτρέπεται η αναγνώριση των επικίνδυνων ή αμφίβολων για κακοήθεια περιπτώσεων που θα επανεξετασθούν ή θα οδηγηθούν στο χειρουργείο.

Εντυπωσιάζει το πλούσιο φωτογραφικό αρχείο του συγγραφέα, που σχεδόν καλύπτει όλο το φάσμα των παθήσεων που αναλύονται. Εξάλλου, χωρίς εικόνα η δερματοσκόπηση θα παρέμενε γράμμα κενό.

ΤΙΜΗ: 50€
DOCTORS
media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μεσογείων 256, 15561, Χορλαργός
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Lacto Levure®



Νέα προοπτική

Συμπλήρωμα διατροφής για την **προστασία**
& την **αποκατάσταση** της **εντερικής χλωρίδας**

✓ **4** προβιοτικά - **5,5 δισ.** ζωντανά κύτταρα

- *Saccharomyces boulardii*
- *Bifidobacterium lactis*
- *Lactobacillus acidophilus*
- *Lactobacillus plantarum*

• Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 89375/16-12-2011 (Το προϊόν δεν υπόκειται σε διαδικασία αδειοδότησης).
Το συμπληρωμα διατροφής δεν υποκαθιστά την συνήθη διαίτα. Να φυλάσσεται μακριά από παιδιά.

BRABEY-MENO



PRIX GALIEN GREECE
2025 ATHENS
BEST
NUTRACEUTICAL
PRODUCT



Pharmaceutical Laboratories S.A.



61 χρόνια UNI-PHARMA.
Αξία για τον άνθρωπο.
Ευθύνη για την κοινωνία.

14^ο χλμ. Εθνικής Οδού 1, 145 64 Κηφισιά
Τηλ.: 210-80 72 512, Fax: 210-80 78 907
e-mail: unipharma@uni-pharma.gr
www.uni-pharma.gr



Εξελισσόμαστε πέρα από το προφανές

και δημιουργούμε θετικό αποτύπωμα στη ζωή των ανθρώπων

Είμαστε η RAFARM, μία από τις μεγαλύτερες ελληνικές φαρμακευτικές βιομηχανίες που δρα με εξωστρέφεια, επενδύει ετησίως >10% του καθαρού κύκλου εργασιών σε Έρευνα & Ανάπτυξη, δημιουργεί νέες θέσεις εργασίας υψηλής εξειδίκευσης και επεκτείνει την εξαγωγική της δραστηριότητα.