ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

www.pis.gr

ΤΕΥΧΟΣ 129 • ΙΟΥΝΙΟΣ - ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2011

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Συζήτηση με τον υπουργό Υγείας για τις συγχωνεύσεις των Νοσοκομείων
- Αποτελέσματα Δ.Σ. και εκλεκτόρων Ιατρικών Συλλόγων 2011
- ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ: Συμμετοχή Π.Ι.Σ. σε Πανελλαδική Απεργία ΑΔΕΔΥ-ΓΣΕΕ

Κως 10-11 Ιουνιου 2011, Ευρωπαϊκη Εκδηλωση Π.Ι.Σ.: Ολοκληρωση και διαμόρφωση των Ευρωπαϊκων Αρχών Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας Συνάντηση CEOM (Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Ιατρικών Συλλόγων)

Επιστολή προέδρου του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Ιατρικών Συλλόγων (Conseil Européen des Ordres des Médecins- CEOM)

Ψήφισμα των συμμετεχόντων στην συνδιάσκεψη της CEOM (Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Ιατρικών Συλλόγων), Κως 10-11 Ιουνίου 2011 προς την UNESCO: Υποβολή υποψηφιότητας ώστε το Ασκληπιείο της Κω να ανακηρυχθεί σε μνημείο παγκόσμιας πολιτιστικής κληρονομιάς της UNESCO

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΙΣ
ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΤΗΣ ΚΩ
ΟΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
Η ΕΠΙΣΗΜΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΑΡΧΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΤΙΣ 10-11 ΙΟΥΝΙΟΥ 2011

ΙΑΤΡΙΚΟ ΘΕΜΑ

Προστατίτιδα, τι νεότερο;

Το **ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ** στο Internet www.iatrikionline.gr

ISSN 1106-5249
ΚΩΔ. ΕΝΤΥΠΟΥ 2049
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠΑ
Αριθμός Άδειας 262/1988
ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3, 106 75 ΑΘΗΝΑ

ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΣΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ - ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΠΙΣ
ΕΚΔΟΣΗ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΤΕΥΧΟΣ 129 • ΙΟΥΝΙΟΣ - ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2011

ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

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

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ..... ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ..... Γεν. Γραμματέας
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ..... Α΄ Αντιπρόεδρος
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ..... Β΄ Αντιπρόεδρος
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ..... Ταμίας

Μέλη

ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ.....Μέλος ΔΣ
ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ.....Μέλος ΔΣ
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ.....Μέλος ΔΣ
ΤΣΟΥΚΑΛΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ - ΝΑΠΟΛΕΩΝ.....Μέλος ΔΣ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ.....Μέλος ΔΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ.....Καθ. Παθολογίας
ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ .....Χειρουργός
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤ. .Δ/ντής Ψυχιατρικής Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ.....Καθ. Παθολογίας
ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ .....Ορθοπαιδικός
ΒΙΔΑΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ..... Ψυχίατρος, Δ/ντης Οφθαλμολογίας
ΓΑΡΤΑΓΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ..... Καθ. Οφθαλμολογίας Πάτρας
ΓΕΡΟΛΟΥΚΑ - ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ ..... Καθ. Αναισθησιολογίας
ΓΕΤΤΙΜΗΣ ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ..... Καθ. ΩΡΛ
ΔΑΪΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ .....Αν. Καθ. Παθολογίας Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΝΩΛΗΣ .....Δ/ντής Παθολόγος, Αν. Καθ. Αγγειολόγος
ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ .....Δ/ντής Πνευμονολογίας
ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ..... Δ/ντής Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου «ΩΝΑΣΕΙΟ»
ΚΑΣΤΑΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ ..... Α. Δ/ντρια Πλαστικής Χειρουργικής
ΚΟΡΡΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Καθ. Ορθοπαιδικής
ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ.....Καθ. Μαιευτικής Γυναικολογίας
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ .....Καθ. Πνευμονολογίας
ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΗΛΙΑΣ.. Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΜΗΛΙΩΤΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ..... Αγγειοχειρουργός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ .....Ενδοκρινολόγος
ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ .....Δ/ντής Ακτινολόγος
ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ .....Παιδίατρος
ΟΡΦΑΝΙΔΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ .....Δ/ντής Νευροχειρουργός
ΠΑΓΩΝΗ ΣΤΑΜΑΤΑ.....Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ..... Ακτινολόγος
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Καθ. Χειρουργικής
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ - ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ ΛΙΛΑ.....Αν. Καθ Αναισθησιολογίας
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ .....Ιατρός Εργασίας
ΠΑΠΑΠΟΛΥΧΡΟΝΙΑΔΗΣ ΚΩΝΣΤ. ..... Καθ. Χειρουργικής Α.Π.Θ.
ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ - ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ .....Δ/ντρια Μ.Ε.Θ.
ΠΙΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ...Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α., «Ο Αγ. Παντελεήμων Νίκαιας»
ΠΙΣΙΩΤΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ.....Αν. Καθ. Χειρουργικής
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ .....Οφθαλμίατρος
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ..... Αν. Καθ. Χειρουργικής Ακτινολογίας
ΤΣΙΠΡΑΣ ΗΡΑΚΛΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής
ΤΣΙΦΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ..... Καθ. Χειρουργικής
ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Καθ. Χειρουργικής

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ.....Γεν. Γραμματέας ΠΙΣ

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

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 215, 115 25 ΑΘΗΝΑ - ΤΗΛ.: 210-67.77.590, FAX: 210-67.56.352
e-mail: kafkas@otenet.gr, website: kafkas-publications.com

ΕΚΔΟΤΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: ..... Νατάσσα Παπαθανασίου
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ..... Μαρία Μητά, Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: ..... Μαρία Γκελντή
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ: ..... Νίκος Τζουρμέτης
ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ..... ΝΙΚΗ εκδοτική

ΣΗΜΕΙΩΜΑ της ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Βρισκόμαστε σε κατάσταση μεγάλης ανησυχίας και έντονου προβληματισμού για το μέλλον χιλιάδων ιατρών και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας η οποία θα διαμορφωθεί στον τόπο μας.

Αποφάσεις Υπουργικές και Προεδρικά Διατάγματα χωρίς διάλογο ουσίας με τους ιατρούς και χωρίς να ληφθούν υπόψη οι προτάσεις του Π.Ι.Σ. και των λοιπών επαγγελματικών φορέων των ιατρών (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε. και Π.Ο.Σ.Ε.Υ.Π.Ι.Κ.Α.) με περικοπές καθαρά οικονομοτεχνικών τεχνασμάτων. Αποφάσεις Υπουργικές και Προεδρικά Διατάγματα που διευκολύνουν ουσιαστικά τη συρρίκνωση και κατεδάφιση του δημόσιου συστήματος υγείας, την επιδείνωση της πρόσβασης των πολιτών στο ΕΣΥ την ώρα που η χρησιμότητά του στη δοκιμαζόμενη ελληνική κοινωνία γίνεται ακόμη πιο απαραίτητη, στο βωμό της συμμόρφωσης στις μνημονιακές υποδείξεις.

Ως Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. τονίζω ορισμένες κομβικές θέσεις οι οποίες θα υπηρετήσουν τη βασική υγειονομική κάλυψη του Έλληνα πολίτη:

Ο Π.Ι.Σ. επιμένει στη θεσμοθέτηση γενικής συλλογικής σύμβασης με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με ελεύθερη ένταξη των επιθυμούντων ιατρών.

Αμοιβές κατά πράξη και περίπτωση βάσει του ισχύοντος ιατρικού κοστολογίου χωρίς αριθμητικό περιορισμό των προσερχόμενων ασθενών και με διατήρηση του δικαιώματος στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση με πλήρη ισοτιμία της ιατρικής υπογραφής.

Καταχώρηση της υπηρεσιακής και ασφαλιστικής υπόστασης όλων των υπηρετούντων ιατρών στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ανεξαρτήτως από τις περαιτέρω δομές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ολοκληρώνοντας τις κρίσεις των ιατρών, με την καθιέρωση ενός ενιαίου εξωνοσοκομειακού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την κάλυψη των ασφαλιστικών οργανισμών στη σωστή ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στον Έλληνα πολίτη.

Άρτια στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων οι οποίες πειραματικά θα προκύψουν από τις συνενώσεις νοσοκομείων, με πρόσληψη αναγκαίου αριθμού ιατρών και ειδικευόμενων ιατρών, με ασφαλή πρότυπα προγραμμάτων εφημερίας, με απορρόφηση τμήματος της ιατρικής ανεργίας και των νέων ιατρών. Οι αλλαγές αυτές θα μπορέσουν να αποδώσουν, εάν πραγματοποιηθούν, καλές πρακτικές και λύσεις υγείας και όχι μόνο ασκήσεις επί υγειονομικού χάρτου της χώρας μας.

Εμπρός στα υπάρχοντα μεγάλα προβλήματα των ιατρών, με την υπερβολική φορολόγηση, τη συστηματική δυσφήμιση του ιατρικού σώματος, την ιατρική ανεργία και υποαπασχόληση και στα πιλοτικά επιχειρησιακά σχέδια ανασύνταξης του Ε.Σ.Υ., το ιατρικό σώμα, σε συνεργασία με τους κοινωνικούς φορείς κάθε περιοχής, πρέπει να προωθήσουν κοινές δράσεις για την αποτροπή του ακρωτηριασμού του ΕΣΥ και να αντισταθούν με αγωνιστικές κινητοποιήσεις ενωμένοι, ώστε με δυναμική παρουσία να διασωθεί η αξιοπρέπεια του ιατρικού σώματος και η σωστή παροχή υγείας του Έλληνα πολίτη.

Θα επαναλάβουμε για μια ακόμη φορά ότι είναι επιτακτική ανάγκη να συμβιώσει ο δημόσιος με τον ιδιωτικό τομέα στα πλαίσια πάντοτε των αρχών που επιβάλουν οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας για την ανύψωση του κύρους του Έλληνα ιατρού και την προσφορά υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες όπως αυτοί προσδοκούν και δικαιούνται.

Δρ Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός
Χειρουργός
Πρόεδρος Π.Ι.Σ.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΙΣ

Συζήτηση ΔΣ ΠΙΣ με τον υπουργό Υγείας για τις συγχωνεύσεις των Νοσοκομείων

Αθήνα, 19.7.2011

Συζήτησε επί δίωρο, το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ., το θέμα των συγχωνεύσεων των νοσοκομείων της χώρας με τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κ. Ανδρέα Λοβέρδο και τον Υφυπουργό, κ. Μ. Τιμοσίδη.

Ο Π.Ι.Σ. δήλωσε ότι στο κείμενο που του δόθηκε από το υπουργείο υπάρχουν σοβαρά λάθη, προχειρότητα σε στοιχεία, τόσο όσον αφορά στις Μ.Ε.Θ. αλλά και σε πολλές άλλες μονάδες Υγείας. Επίσης, επισήμανε λάθη οργάνωσης σε νοσοκομεία αιχμής, όπως «Ευαγγελισμός», «Γεν. Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών», «Γεν. Κρατικό νοσοκομείο Νίκαιας», «Ερυθρός Σταυρός», κ.ά.

Ο Π.Ι.Σ. επιμένει ότι απαιτείται από το Υπουργείο να εγγυηθεί τη λειτουργία ενός τουλάχιστον νοσοκομείου σε κάθε Νομό πλήρως εξοπλισμένο, στελεχωμένο με υπηρεσίες υγείας Β' βαθμού. Για τα νοσοκομεία της Α και Β' ΔΥΠΕ Θεσσαλονίκης επισημάνθηκε η ανάγκη δημιουργίας τεσσάρων κυρίως συγκροτημάτων Πανεπιστημιακών και Νοσοκομειακών μονάδων του Ε.Σ.Υ. Άξονες ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, Παπαγεωργίου και Παπανικολάου.

Η μείωση των κλινών προϋποθέτει άριστη οργάνωση, στελέχωση και εξοπλισμό των Νοσοκομειακών μονάδων για να ανταποκρίνονται σε ένα υψηλό επίπεδο περίθαλψης και για την ταχύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών.

Ο Π.Ι.Σ. ζητά από την Κυβέρνηση την ενίσχυση όλων των μονάδων παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και του ΕΚΑΒ με διπλασιασμό των ιατρών και εδραίωση σύγχρονης εκπαίδευσης και αντίληψης στη λειτουργία του.

Η ηγεσία του υπουργείου ζήτησε να επαναληφθεί η συνάντηση κατά το άμεσο προσεχές διάστημα. Διαβεβαίωσε τον Π.Ι.Σ. ότι θα λάβει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του και θα διορθώσει όσα λάθη έχουν γίνει. Επίσης δήλωσε ότι δεν πρόκειται να καταργηθούν Διαβητικά Κέντρα.

Επιπροσθέτως, ο Π.Ι.Σ. ζήτησε από την ηγεσία του Υπουργείου να ενημερώνεται έγκαιρα για κάθε θεσμικό μέτρο και τόνισε ότι επιζητά διάλογο ουσίας ο οποίος μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει. Επίσης, δήλωσε, ότι είναι κατηγορηματικά αντίθετος σε συγχωνεύσεις και σε οποιεσδήποτε περικοπές για οικονομικούς λόγους που θα είναι σε βάρος των υπηρεσιών υγείας του λαού.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ Κώστας Αλεξανδρόπουλος

Αποτελέσματα Δ.Σ. και εκλεκτόρων Ιατρικών Συλλόγων 2011

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Διοικητικό συμβούλιο

ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ	Πρόεδρος
ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ	Ταμίας
ΝΤΕΜΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
	ΖΗΣΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ
	ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
	ΚΟΥΣΟΥΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
	ΣΑΦΑΡΙΚΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ
	ΤΣΑΤΣΑΡΩΝΗ ΛΥΓΕΡΗ
	ΤΣΟΥΤΣΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΖΗΣΙΜΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΖΗΣΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ
ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
ΜΠΙΣΣΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΡΤΑΣ

Διοικητικό Συμβούλιο

ΜΑΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Πρόεδρος
ΧΑΡΜΠΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΑΛΕΞΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Ταμίας
ΑΝΔΡΕΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΓΚΡΕΣΤΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
	ΜΑΓΚΛΑΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΞΥΛΟΓΙΑΝΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
	ΠΑΝΤΑΖΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
	ΠΑΠΑΚΙΤΣΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

ΤΥΜΠΑΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΧΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΓΚΡΕΣΤΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
ΑΝΔΡΕΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΤΥΜΠΑΝΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΣΚΟΡΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

Διοικητικό συμβούλιο

ΟΥΖΟΥΝΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Πρόεδρος
ΚΟΝΤΟΚΩΤΣΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΠΑΠΑΞΑΝΘΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	Ταμίας
ΨΕΥΤΟΓΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΦΛΩΡΟΥ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ
	ΤΕΛΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
	ΜΠΑΜΠΑΡΑΜΟΥ ΜΑΡΙΑ-ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΔΡΟΣΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΨΕΥΤΟΓΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΡΑΜΑΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Πρόεδρος
ΙΝΤΖΕΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΤΣΙΜΠΟΥΚΕΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Ειδικός Γραμματέας
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Ταμίας
ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ	Α' Αντιπρόεδρος
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Β' Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΤΖΗΜΟΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ
	ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ
	ΜΑΝΤΖΑΛΑΡΔΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ
	ΓΚΙΟΓΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΣΑΡΑΚΩΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΤΖΕΓΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ
ΙΝΤΖΕΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΒΑΜΒΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΥΒΟΙΑΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΚΟΝΤΟΥΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Πρόεδρος
ΦΩΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΣΗΦΟΥΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Ταμίας
ΧΑΛΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΒΟΣΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΒΡΑΚΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
	ΓΥΦΤΟΝΙΚΟΛΟΥ-ΚΑΣΕΛΙΜΗ ΕΛΕΝΗ
	ΔΑΥΡΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ
	ΔΗΜΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
	ΜΠΕΛΗΓΙΑΝΝΗ ΕΥΜΟΡΦΙΑ
	ΚΑΡΛΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΒΛΑΧΟΓΕΩΡΓΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΒΡΑΚΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΣΟΦΙΑΔΗΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ
ΛΕΥΘΕΡΙΩΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΤΕΡΖΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΦΩΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΜΑΘΙΑΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΙΣΑΑΚΙΔΗΣ ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ	Πρόεδρος
ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Γενικός Γραμματέας
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	Ταμίας
ΠΡΟΔΡΟΜΙΔΗΣ ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΠΕΤΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
	ΚΟΝΤΟΤΑΣΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
	ΣΑΜΑΝΙΔΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ
	ΚΟΚΟΡΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΓΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ
	ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
	ΚΟΡΔΑΤΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
ΚΟΥΠΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ
ΛΥΣΙΤΣΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΧΑΤΖΗΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΤΗΛΕΜΑΧΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Διοικητικό συμβούλιο

ΠΑΣΠΑΤΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ	Πρόεδρος
ΚΑΡΑΝΤΙΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΓΑΛΑΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Ταμίας
ΚΟΧΙΑΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ ΧΑΡΗΣ
	ΠΡΟΚΟΠΑΚΗΣ ΠΡΟΚΟΠΙΟΣ
	ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ
	ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
	ΜΕΡΑΜΒΕΛΛΙΩΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
	ΑΒΡΑΜΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΠΕΡΥΣΙΝΑΚΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ
	ΧΟΝΔΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΚΑΡΑΝΤΙΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ
ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΛΥΡΩΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΛΥΔΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΒΑΜΒΑΚΑΣ ΛΑΜΠΡΟΣ
ΚΑΤΡΙΝΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΒΟΥΡΒΑΧΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΚΟΝΤΟΠΟΔΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΧΟΝΔΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ ΚΩΣΤΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΛΟΥΚΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	Πρόεδρος
ΓΑΡΓΑΛΑ ΕΥΔΟΚΙΑ	Γενικός Γραμματέας
ΚΑΝΤΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Ταμίας
ΤΣΙΡΗΣ ΝΙΚΗΤΑΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΔΗΜΑΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ
	ΜΠΙΤΧΑΒΑΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ
	ΝΟΒΑΚΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΣΕΓΓΟΥΝΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ
ΦΑΤΣΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΒΑΛΑΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΚΡΟΚΙΔΗΣ ΞΕΝΟΦΩΝ	Πρόεδρος
ΤΣΕΚΜΕΖΟΓΛΟΥ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ ΣΤΕΦΑΝΟΣ	Ταμίας
ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ ΣΑΒΒΑΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΑΡΓΥΡΙΟΥ ΑΡΓΥΡΙΟΣ
	ΔΕΪΡΜΕΝΤΖΟΓΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΣ
	ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
	ΚΕΡΑΜΥΔΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
	ΜΑΡΣΕΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
	ΜΗΤΚΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
	ΤΟΥΡΑΜΑΝΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΑΜΠΕΡΙΑΔΗΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ
ΖΑΡΟΜΥΤΙΔΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΖΕΚΕΡΙΔΗΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ
ΚΕΡΑΜΥΔΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΣΩΤΗΡΙΟΥ ΜΙΧΑΗΛ
ΤΣΑΡΙΔΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΙΛΚΙΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ	Πρόεδρος
ΒΑΒΑΚΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΚΟΡΟΜΗΛΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Ταμίας
ΤΣΙΡΑΜΠΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΜΑΪΔΑΝΟΓΛΟΥ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
	ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ
	ΜΠΟΥΜΠΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ
	ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΔΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ
	ΠΕΤΡΙΔΗΣ ΙΣΑΑΚ
	ΣΙΚΑΛΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΜΑΪΔΑΝΟΓΛΟΥ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ
ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΔΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ
ΤΣΙΡΑΜΠΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ

Διοικητικό συμβούλιο

ΠΑΝΟΗΛΙΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	Πρόεδρος
ΡΟΥΣΣΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΛΗΜΝΑΙΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Ταμίας
ΠΙΤΣΙΚΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ ΕΛΙΣΑΜΠΕΤΑ
	ΖΟΡΠΑΣ ΜΙΧΑΗΛ
	ΒΟΥΛΓΑΡΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
	ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ
	ΠΑΝΑΡΙΤΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞ.
	ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΠΑΝΟΗΛΙΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ
ΖΟΡΠΑΣ ΜΙΧΑΗΛ
ΜΠΑΛΤΑΡΕΤΣΟΥ ΕΛΙΣΑΜΠΕΤΑ
ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ

Διοικητικό συμβούλιο

ΝΙΚΟΛΑΡΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Πρόεδρος
ΚΑΤΑΣΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΜΠΕΡΚΟΒΙΤΣ - ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Ταμίας
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΑΝΔΡΕΑΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
	ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
	ΓΕΩΡΓΟΛΙΟΥ-ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗ ΑΝΤΩΝΙΑ
	ΠΑΓΚΑΛΟΣ ΑΡΗΣ
	ΣΠΗΛΙΑΡΩΤΗ ΟΛΓΑ
	ΤΙΜΟΘΕΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
	ΦΑΝΟΥΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
ΑΝΔΡΕΑΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΑΤΑΣΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΡΟΔΟΠΗΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΚΥΡΙΑΖΙΔΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ	Πρόεδρος
ΜΑΪΝΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Γενικός Γραμματέας
ΣΙΜΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ	Ταμίας
ΓΙΑΓΤΖΟΓΛΟΥ ΠΕΤΡΟΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	ΑΡΓΥΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
	ΕΜΙΝΟΓΛΟΥ ΜΕΜΕΤ
	ΜΑΝΩΛΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ
	ΝΟΥΡΗ ΜΕΧΜΕΤ
	ΝΤΙΑΚΑΛΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
	ΦΑΚΙΡΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
	ΧΑΡΙΤΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΚΥΡΙΑΖΙΔΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ

⇨

ΜΑΪΝΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ
ΚΙΑΜΗΛΟΓΛΟΥ ΜΠΟΥΛΕΝΤ
ΝΤΙΑΚΑΛΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
ΛΑΖΑΡΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΠΑΛΗΟΓΙΑΝΝΗ ΕΛΕΝΗ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΧΡΟΝΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

Διοικητικό συμβούλιο

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	Πρόεδρος
ΜΠΑΡΜΠΑΡΟΥΣΗΣ ΜΙΧΑΗΛ	Γενικός Γραμματέας
ΨΑΡΡΑ-ΓΕΡΟΘΑΝΑΣΗ ΜΑΡΙΑ	Ταμίας
ΛΙΑΚΟΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ	Αντιπρόεδρος
Μέλη	
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	
ΚΟΚΚΙΝΗΣ ΦΟΙΒΟΣ-ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	

Εκπρόσωποι στον Π.Ι.Σ.

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ
ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
ΛΙΑΚΟΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ
ΜΠΛΟΥΝΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΧΑΝΤΖΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΧΡΟΝΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ
Συμμετοχή Π.Ι.Σ. σε Πανελλαδική Απεργία ΑΔΕΔΥ-ΓΣΕΕ

Αθήνα, 14.6.2011

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος στηρίζει την 24ωρη γενική Πανελλαδική Απεργία που προκήρυξε η ΑΔΕΔΥ και η ΓΣΕΕ, για την Τετάρτη 15 Ιουνίου 2011 αντιδρώντας στη λαίλαπα των νέων οικονομικών μέτρων που πλήττουν δραματικά τα εισοδήματα του λαού.

Καλεί τους ιατρούς όλης της χώρας να συμμετάσχουν σε αυτή, εκφράζοντας την αντίθεσή τους στο νέο μνημόνιο και στο μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα που επιφέρουν ακόμη μεγαλύτερο περιορισμό στη χρηματοδότηση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και ακόμη μεγαλύτερη υποβάθμιση της Υγείας του ελληνικού λαού.

Κατά τη διάρκεια της απεργίας τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά θα αντιμετωπίζονται από το προβλεπόμενο προσωπικό ασφαλείας.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ Κώστας Αλεξανδρόπουλος

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ
Συμμετοχή Π.Ι.Σ. σε Πανελλαδική Απεργία ΑΔΕΔΥ-ΓΣΕΕ

Αθήνα, 27.6.2011

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος στηρίζει τη 48ωρη γενική Πανελλαδική Απεργία που προκήρυξε η ΑΔΕΔΥ και η ΓΣΕΕ, για την Τρίτη 28 και Τετάρτη 29 Ιουνίου 2011 αντιδρώντας στη λαίλαπα των νέων οικονομικών μέτρων που πλήττουν δραματικά τα εισοδήματα του λαού.

Καλεί τους ιατρούς όλης της χώρας να συμμετάσχουν σε αυτή, εκφράζοντας την αντίθεσή τους στο νέο μνημόνιο και στο μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα που επιφέρουν ακόμη μεγαλύτερο περιορισμό στη χρηματοδότηση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και ακόμη μεγαλύτερη υποβάθμιση της Υγείας του ελληνικού λαού.

Κατά τη διάρκεια της απεργίας τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά θα αντιμετωπίζονται από το προβλεπόμενο προσωπικό ασφαλείας.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος
Δρ Εμμανουήλ Γ. Καλοκαιρινός

Ο Γεν. Γραμματέας
Δρ Κώστας Αλεξανδρόπουλος

Κως 10-11 Ιουνιου 2011, Ευρωπαϊκη Εκδηλωση Π.Ι.Σ.: Ολοκληρωση και διαμόρφωση των Ευρωπαϊκων Αρχών Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας Συνάντηση CEOM (Συμβουλιο των Ευρωπαϊκων Ιατρικων Συλλογων)

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε η Ευρωπαϊκή εκδήλωση ΠΙΣ στην Κω στις 10-11 Ιουνίου 2011

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Η διεύρυνση και οι εξελίξεις της Ευρωπαϊκής Κοινότητας παρέχουν τη δυνατότητα στους ιατρούς να αυξήσουν την επιρροή τους, όχι μόνο πάνω σε μία κοινή βάση ηθικής, αλλά επίσης πάνω σε αρχές συμπεριφοράς που θα πρέπει να τηρούνται κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους.

Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Ιατρικής Ηθικής περιλαμβάνει τις αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται η συμπεριφορά των ιατρών κατά την άσκηση της ιατρικής, ανεξαρτήτως του είδους της άσκησης αυτής. Εμπνέεται από τους κώδικες δεοντολογίας των Ιατρικών Συλλόγων και συναφών οργανώσεων που είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν αυτούς τους κανόνες.

Το Ευρωπαϊκό Ιατρικό Σώμα δεσμεύεται να τηρεί τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Ιατρικής Ηθικής.

- Άρθρο 1: Ο ιατρός υπερασπίζει τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου και τον ανακουφίζει από τον πόνο με σεβασμό στη ζωή και στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου χωρίς καμία διάκριση, τόσο σε περίοδο ειρήνης όσο και σε περίοδο πολέμου.
- Άρθρο 2: Ο ιατρός δεσμεύεται να έχει ως προτεραιότητα την υγεία του ασθενούς.
- Άρθρο 3: Ο ιατρός παρέχει την απαραίτητη και καταλληλότερη περίθαλψη στον ασθενή χωρίς καμία διάκριση.
- Άρθρο 4: Ο ιατρός λαμβάνει υπ'όψιν το πλαίσιο ζωής και εργασίας του ασθενούς ως καθοριστικά στοιχεία για την υγεία του.
- Άρθρο 5: Ο ιατρός είναι ο έμπιστος του ασθενούς και σε περίπτωση που αποκαλύψει ό,τι έχει μάθει από τον ασθενή, προδίδει αυτή την εμπιστοσύνη.
- Άρθρο 6: Ο ιατρός χρησιμοποιεί τις επαγγελματικές του γνώσεις μόνο για να βελτιώσει ή να διατηρήσει την υγεία αυτών που τον έχουν εμπιστευθεί ύστερα από αίτημά τους και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί ο ιατρός να ενεργεί εις βάρος των ασθενών.
- Άρθρο 7: Ο ιατρός θα πρέπει να ανατρέχει σε όλες τις πηγές της ιατρικής επιστήμης για να τις εφαρμόζει με τον κατάλληλο τρόπο στον ασθενή του.
- Άρθρο 8: Σεβόμενος την προσωπική αυτονομία του ασθενούς, ο ιατρός κινείται με βάση την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, με γνώμονα την ορθή χρήση των θεραπευτικών μέσων.
- Άρθρο 9: Η προστασία της υγείας συνδυάζεται με τη συνεχή προσπάθεια για διατήρηση της ακεραιότητας του ανθρώπου.
- Άρθρο 10: Ο ιατρός δεν θα πρέπει ποτέ να αποδέχεται ενέργειες βασανισμού ή άλλη βάναυση, απάνθρωπη ή εξευτελιστική συμπεριφορά, οποιαδήποτε και εάν είναι η αιτία, και αυτό ισχύει για όλες τις περιπτώσεις, τόσο στην περίπτωση εμφυλίου πολέμου, όσο και στρατιωτικών συρράξεων. Δεν θα πρέπει ποτέ να είναι παρών ή να συμμετέχει σε αυτές.
- Άρθρο 11: Ο ιατρός ο οποίος επεμβαίνει είτε ως απλός ιατρός ή ως εμπειρογνώμων ή ως μέλος μίας οργάνωσης θα πρέπει να φροντίζει να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή διαφάνεια σε περίπτωση σύγκρουσης συμφερόντων και να ενεργεί με απόλυτη ηθική και τεχνική ανεξαρτησία.
- Άρθρο 12: Εάν οι ηθικές και τεχνικές συνθήκες δεν επιτρέπουν στον ιατρό να ενεργεί με απόλυτη ανεξαρτησία, τότε ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή. Θα πρέπει να διασφαλιστεί το δικαίωμα του ασθενούς στη θεραπεία.
- Άρθρο 13: Όταν ένας ιατρός αποφασίζει να συμμετάσχει σε μία οργανωμένη συλλογική άρνηση παροχής περίθαλψης, δεν απαλλάσσεται από την ηθική υποχρέωση που έχει απέναντι στον ασθενή, στον οποίον θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι θα του παρέχει υπηρεσίες περίθαλψης σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού καθώς και ότι θα παρέχει αυτές που είναι απαραίτητες για τον ασθενή.
- Άρθρο 14: Ο ιατρός δεν θα πρέπει να ικανοποιεί αιτήματα για περίθαλψη τα οποία ο ίδιος δεν εγκρίνει. Ωστόσο, η άσκηση της ιατρικής σχετίζεται με το σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή, την ψυχική αυτονομία και την ελευθερία επιλογής του ασθενούς.
- Άρθρο 15: Ο ιατρός ασκεί το επάγγελμά του με ευσυνειδησία, αξιοπρέπεια προς τον εαυτόν του και τους άλλους, λειτουργώντας με ανεξαρτησία.

⇨

ΣΤΙΓΜΙΟΤΥΠΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΙΣ ΣΤΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΤΗΣ ΚΩ ΟΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ Η ΕΠΙΣΗΜΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΑΡΧΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΙΣ 10-11 ΙΟΥΝΙΟΥ 2011

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ (CONSEIL EUROPEEN DES ORDRES DES MEDECINS- CEOM)

Βρυξέλλες, 16 Ιουνίου 2011

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε, αγαπητέ φίλε,

Με την επιστροφή μας από την Κω, θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε θερμά για την εξαιρετική υποδοχή που μας επιφυλάξατε κατά τη Γενική Συνέλευση της CEOM καθώς και για την αξέχαστη τελετή η οποία θα μείνει για πάντα εντυπωμένη στη μνήμη μας.

Αυτή η συνάντηση στο Ασκληπιείο της Κω ήταν ίσως το θεμελιώδες γεγονός που περίμενε η CEOM και χάρη σ'εσάς και την ομάδα σας μπορέσαμε να πραγματοποιήσουμε την επίσημη ανάγνωση των Ευρωπαϊκών Αρχών Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Σας είμαστε ιδιαίτερα ευγνώμονες.

Με σεβασμό και εκτίμηση,

Τους πιο εγκάρδιους χαιρετισμούς μας σ'εσάς και στην ιδιαίτερα δυναμική και αφοσιωμένη ομάδα σας.

Dr R. Kerzmann — Πρόεδρος

Dr F. Montané — Γενικός Γραμματέας

Ψήφισμα των συμμετεχόντων στην συνδιάσκεψη της CEOM (Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Ιατρικών Συλλόγων) Κως 10-11 Ιουνίου 2011 προς την UNESCO:

Υποβολή υποψηφιότητας ώστε το Ασκληπιείο της Κω να ανακηρυχθεί σε μνημείο παγκόσμιας πολιτιστικής κληρονομιάς της unesco

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Kos, 10 June 2011

RESOLUTION

During the meeting of the members of the European Council of Medical Orders (C.E.O.M.) which was held on the island of Kos, on 10 June, 2011, hosted by the Panhellenic Medical Association (PHMA), and further to the proposal of the PHMA President, Dr Emmanuel Kalokerinos,

it was decided UNANIMOUSLY

to present the candidacy of the "Asclepieion" of Kos to become a world cultural heritage monument of UNESCO.

The present motion shall be forwarded to the UNESCO competent authority.

THE C.E.O.M. PARTICIPANTS

Country	Full Name	Signature
LUXEMBOURG	Dr Roger HEFTRICH	
Luxembourg	Dr. Pit BUCHLER	
Luxembourg	Dr Ronald SCHWARTZ	
Slovenia		
SPAIN		
PORTUGAL		
Portugal	FERNANDO GOMES	
Germany	Alexander Jokel	
Cyprus		

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Country	Full Name	Signature
SLOVENIA	Vida Justin TICA	
FRANCE	JD Colson	
BELGIUM	DESBUQUOIT Jean-Luc	
SWITZERLAND	GAUTHEY Monique	
ITACIA	BIANCO Amedeo	
CPME	Konstantin Radivoj	
FEMS	Claude WETZEL	
AEPH	CLAUDE-FRANÇOIS DEGOS	
GREECE	EMMANOUIL KALOKAIRINOS	

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)
ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr

Προστατίτιδα, τι νεότερο;

■ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΑΝΟΥ[1], ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ[2]
[1]Επιμ. Ά - Ουρολόγος Γ.Ν. Λαμίας, [2]Επιμ. Ά - Παθολόγος Γ.Ν. Λαμίας

Περίληψη: *Η προστατίτιδα και το σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους παραμένουν μια δύσκολη κλινική οντότητα από την άποψη της διάγνωσης και της θεραπείας τόσο για τους ουρολόγους, αλλά και για τους ίδιους τους ασθενείς. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι να δώσει έμφαση στις πιο πρόσφατες εξελίξεις και τις προόδους στον τομέα της χρόνιας προστατίτιδας και του συνδρόμου του χρόνιου πυελικού άλγους, ως προς την αιτιολογία, την παθογένεση, τη διάγνωση και των τρεχουσών προσεγγίσεων στη θεραπεία.*

Λέξεις ευρετηρίου: *Οξεία προστατίτις, χρόνια προστατίτις, σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους, ταξινόμηση.*

Εισαγωγή

Με τον όρο προστατίτιδα χαρακτηρίζονται οι φλεγμονές του προστάτη που οφείλονται στην δράση διαφόρων μικροβίων και διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Έτσι, εννοιολογικά ο όρος σημαίνει φλεγμονή του προστάτη και η πάθηση προσβάλλει κυρίως νεαρούς ενήλικες[1]. Η διαφορά μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων, παρά το ότι αφορούν το ίδιο όργανο και οφείλονται στα ίδια μικρόβια, βρίσκεται στη συμπτωματολογία και στη θεραπεία τους[2,3].

Θεωρείται η τρίτη πιο σημαντική νόσος του προστάτη μετά τον καρκίνο του οργάνου και την καλοήθη υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) και η ιστολογική ανεύρεση προστατικής φλεγμονής σε νεκροτομικές μελέτες κυμαίνεται από 6,3-44%[4].

Η χρόνια μορφή της νόσου, αφορά κυρίως νέους ενήλικες με χρονίζουσα συμπτωματολογία, η οποία είναι άλλοτε ήπια και άλλοτε οξεία και συχνά έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων στους ασθενείς. Ουσιαστικά η προστατίτιδα δεν είναι νόσος, αλλά σύνδρομο που προκαλεί στον ασθενεί κατάθλιψη και δημιουργεί σοβαρά προβλήματα αντιμετώπισης στο θεράποντα γιατρό[5].

Οι συνηθέστεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί που θεωρούνται υπεύθυνοι για τις προστατίτιδες είναι τα αερόβια, αρνητικά κατά Gram βακτηρίδια και πιο συγκεκριμένα τα εξής στελέχη: Esch Coli, Proteus mirabilis και vulgaris, Klebsiella spp, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter cloacae και aerogenes, Providencia spp και Serratia spp[3,6].

Ο Staphylococcus epidermidis, ο Staphylococcus aureus, ο Streptococcus pyogenes, ο Streptococcus agalactiae και άλλα αερόβια, θετικά κατά Gram βακτηρίδια, αμφισβητείται αν είναι πραγματικά παθογόνα. Φαίνεται όμως ότι η κατ΄επανάληψη ανεύρεση τους στο προστατικό έκκριμα ασθενών με συμπτωματολογία προστατίτιδας, θα πρέπει να αποδίδεται σ'αυτά[3].

Ταξινόμηση

Πρόσφατα το National Institutes of Health Consensus Conference on Prostatitis πρότεινε ένα νέο σύστημα ταξινόμησης (Πίνακας 1) το οποίο υιοθετήθηκε και από την (EAU) European Association of Urology[7-9].

Παθογένεια

Για τις προστατίτιδες έχουν γραφτεί πολλές θεωρίες και απόψεις, αλλά καμία δεν καλύπτει πλήρως τον μηχανισμό της δημιουργίας τους. Οι πιθανότεροι τρόποι μόλυνσης του προστάτη φαίνεται να είναι οι εξής:

1) Η ανιούσα οδός με μικρόβια που εισέρχονται στην ουρήθρα, γεγονός που μπορεί να συμβεί κατά την εξέλιξη μιας ουρηθρίτιδας ή μετά από ενδοσκοπικούς χειρισμούς ή κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Τη θεωρία αυτή ενισχύουν δυο παρατηρήσεις:
   α) η ανεύρεση στο ιστορικό των ασθενών επεισοδίων ουρη-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΝΙΗ

1. **Οξεία μικροβιακή προστατίτιδα:** είναι η οξεία λοίμωξη του προστάτη.
2. **Χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα:** είναι η υποτροπιάζουσα λοίμωξη του προστάτη.
3. **Χρόνια μη μικροβιακή προστατίτιδα/σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους (ΧΠΑ):** Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη λοίμωξη.
   Υποομάδες αυτής της κατηγορίας είναι:
   Α) Φλεγμονώδες σύνδρομο (ΧΠΑ): Ανευρίσκονται πυοσφαίρια στο σπέρμα, στο EPS, ή το VB3.
   Β) Μη-φλεγμονώδες σύνδρομο (ΧΠΑ): Δεν ανευρίσκονται πυοσφαίρια στο σπέρμα, στο EPS, ή το VB3.
4. **Ασυμπτωματική φλεγμονώδης προστατίτιδα:** Δεν υπάρχει συμπτωματολογία, αλλά ανευρίσκονται πυοσφαίρια στις προστατικές εκκρίσεις ή στον προστατικό ιστό (βιοψία) κατά τη διάρκεια έρευνας για άλλες διαταραχές.

⇨

θρίτιδας που οφείλονται στο ίδιο μικρόβιο μ'εκείνο που ανευρίσκονται στην προστατίτιδα, και

β) η ανεύρεση του ιδίου μικροβίου στο προστατικό υγρό ανδρών με χρόνια προστατίτιδα και στο κολπικό έκκριμα των συζύγων τους.

2) Παλινδρόμηση ούρων που περιέχουν μικρόβια από την προστατική ουρήθρα στους εκφορητικούς πόρους του προστάτη. Απόδειξη αυτού είναι ότι λιθιασικά συγκρίματα που βρίσκονται στον προστάτη αποτελούνται από συστατικά που περιέχονται στα ούρα.
3) Από επινέμηση μικροβίων από το ορθό, που φθάνουν στον προστάτη μάλλον με την λεμφική οδό και όχι απευθείας κατά συνέχεια ιστού, διότι παρεμβάλλεται η περιτονία του Denonvilliers που αποτελεί φραγμό στο πέρασμα των μικροβίων.
4) Η αιματογενής οδός από φλεγμονώδεις εστίες απομακρυσμένων οργάνων. Η συχνότητα προστατίτιδας που οφείλεται σ'αυτόν τον μηχανισμό είναι μάλλον μικρή[3,10].

Οξεία μικροβιακή προστατίτιδα

Κλινική εικόνα

Η είσοδος των μικροβίων στον προστάτη σημαίνει την έναρξη της νόσου. Μετά την εγκατάσταση και τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων αρχίζει η αντίδραση του οργάνου και η δημιουργία φλεγμονής. Η φλεγμονή αυτή μπορεί να εκδηλωθεί είτε σαν οξεία προστατίτιδα είτε σαν χρόνια, ενώ είναι δυνατόν η οξεία να μεταπέσει σε χρόνια αν γίνει πλημμελώς θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η οξεία προστατίτιδα εκδηλώνεται συνήθως απότομα με υψηλό πυρετό, που συνοδεύεται από ρίγος και γενική κακουχία του αρρώστου, με κυστικά συμπτώματα και περινεϊκό πόνο.

Η διόγκωση του προστάτη και η υπεραιμία της περιοχής έχει ως συνέπεια την εμφάνιση συμπτωμάτων από το έντερο, όπως δυσκοιλιότητα ή διάρροια, και από την ούρηση όπως έντονη δυσουρία και συχνουρία που μπορεί να καταλήξει σε επίσχεση των ούρων[3].

Διάγνωση

Η δακτυλική εξέταση αποτελεί, όπως και σε όλες τις παθήσεις του προστάτη, την βασική εξέταση. Με την δακτυλική εξέταση διαπιστώνεται η ευαισθησία του αδένα, το μέγεθος και η σύσταση του και παρακολουθείται η πορεία της νόσου μετά την έναρξη της θεραπείας. Ο προστάτης είναι θερμός, διογκωμένος και εξωτερικά ευαίσθητος. Η μάλαξη του προστάτη πρέπει να αποφεύγεται διότι αφενός είναι πολύ επώδυνη, αφετέρου μπορεί να προκληθεί βακτηριαιμία ή ακόμη και σηψαιμία[4].

Συνήθως η οξεία προστατίτιδα ανταποκρίνεται καλά στη θεραπεία. Σε αντίθετη περίπτωση, όμως, είναι δυνατή η δημιουργία αποστήματος του προστάτη, οπότε στη δακτυλική εξέταση διαπιστώνεται το χαρακτηριστικό αίσθημα του κλυδασμού.

Επίσης, σημαντική βοήθεια στην διάγνωση παρέχει το υπερηχοτομογράφημα και η υπολογιστική τομογραφία. Η καλλιέργεια ούρων μας δίνει συνήθως και το είδος του μικροβίου, μπορεί όμως να είναι και αρνητική, ιδίως αν έχει προηγηθεί θεραπεία με αντιβιοτικά[3].

Θεραπεία

Η θεραπεία της οξείας προστατίτιδας γίνεται με τη χορήγηση αντιβιοτικού ή συνδυασμού αντιβιοτικών, που συνεχίζεται μέχρι να βγουν τα αποτελέσματα της ουροκαλλιέργειας. Αλλαγή του αντιβιοτικού χρειάζεται να γίνει μόνον αν στο μεταξύ διάστημα δεν έχει παρατηρηθεί καμία υποχώρηση των συμπτωμάτων και το χορηγούμενο φάρμακο δεν αναφέρεται μεταξύ εκείνων στα οποία η ουροκαλλιέργεια έχει δείξει ευαισθησία του μικροβίου. Σε αντίθετη περίπτωση, το ίδιο αντιβιοτικό συνεχίζεται για δέκα τουλάχιστον ημέρες και στη συνέχεια δίνεται, με βάση την ουροκαλλιέργεια, ένα αντιβιοτικό από το στόμα για έναν ακόμα μήνα[10,11].

Παράλληλα με την αντιβίωση χορηγούνται ισχυρά παυσίπονα και ηρεμιστικά, που ανακουφίζουν τον ασθενή από τον ισχυρό πόνο, ιδίως κατά την ούρηση και την αφόδευση.

Η παρεντερική χορήγηση υγρών είναι επιβεβλημένη σε περιπτώσεις υψηλού πυρετού για την ενυδάτωση του αρρώστου και την παρεντερική χορήγηση των αντιβιοτικών.

Σε περίπτωση αποστήματος του προστάτη γίνεται διάνοιξη κάτω από γενική νάρκωση. Όταν δε προκαλείται επίσχεση των ούρων, η καλύτερη μέθοδος ανακούφισης του αρρώστου θεωρείται η υπερηβική παρακέντηση της ουροδόχου κύστεως[3,12,13].

Χρόνια προστατίτιδα

Κλινική εικόνα

Η χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα εμφανίζεται συνήθως με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, ακόμη και μετά τη χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας[3].

Ένα ποσοστό ανδρών προσέρχεται με δυσουρικά ενοχλήματα, άλγος κατά την εκσπερμάτωση, αιμοσπερμία ή πυελικό άλγος, ενώ ένα ποσοστό μπορεί να είναι ασυμπτωματικό.

Η μη μικροβιακή προστατίτιδα/σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους (ΧΠΑ) που παρουσιάζεται συνήθως σε νεαρές ηλικίες, έχει συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της χρόνιας προστατίτιδας, ωστόσο, μπορεί να παρουσιάσει και συμπτωματολογία κυστίτιδας. Το χρόνιο πυελικό (περινεϊκό, υπερηβικό, στο πέος, στους όρχεις) άλγος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα σε αυτές τις περιπτώσεις[14].

Οι ασθενείς με χρόνιο πυελικό σύνδρομο, παραπονούνται για έντονα δυσουρικά ενοχλήματα, τα οποία συνήθως επιδεινώνονται από τη σεξουαλική δραστηριότητα. Επιπλέον, αυτή η ομάδα ασθενών έχει ψυχολογικές διαταραχές, ειδικά νευροφυτικές διαταραχές ή/και κατάθλιψη, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν ή να είναι απόρροια αυτού του συνδρόμου[15].

Διάγνωση

Είναι σημαντικό πριν από κάθε θεραπεία, οι ασθενείς να ταξινομούνται κατάλληλα και φυσικά πριν από όλα ο γιατρός να είναι βέβαιος ότι ο ασθενής έχει πράγματι χρόνια προστατίτιδα[5].

Πολλές φορές η χρόνια προστατίτιδα διαγιγνώσκεται λανθασμένα με βάση τα συμπτώματα του ασθενούς (ασαφή άλγη των έξω γεννητικών οργάνων). Πρέπει δε να τονιστεί ότι το πυελοπεριναϊκό άλγος εκτός της προστατικής αιτιολογίας είναι δυνατόν να οφείλεται και σε πλήθος εξωπροστατικών αιτιών[16].

Σε μελέτες έχει βρεθεί ότι το περινεϊκό, το κατώτερο κοιλιακό, το ορχικό, το πεϊκό και το άλγος κατά την εκσπερμάτιση

ήταν οι κύριες ουρολογικές εκδηλώσεις της χρόνιας προστατίτιδας σε σύγκριση με τη συμπτωματολογία ασθενών που υπέφεραν από καλοήθη υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) ή σεξουαλική δυσλειτουργία[15].

Οι απεικονιστικές εξετάσεις μπορεί να αποκαλύψουν καταστάσεις που θεωρούνται επιπλοκές της πάθησης, όπως προστατικοί λίθοι ή άλλα ευρήματα φλεγμονής του αδένα, αλλά βεβαίως τα ευρήματα των προστατόλιθων δεν σχετίζονται απαραίτητα με λοίμωξη και ο αριθμός τους αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας του ασθενούς παρά την απουσία ενεργούς λοίμωξης[17,18]. Η βιοψία προστάτη θα μπορούσε να αποτελεί την πιο αξιόπιστη εξέταση για τη διάγνωση μίας προστατίτιδας όμως σπανίως ενδείκνυται η εκτέλεσή της. Η καλλιέργεια των ιστοτεμαχίων της βιοψίας μπορεί να είναι ψευδώς θετική λόγω μικροβιακής επιμόλυνσης ή ψευδώς αρνητική, διότι η λήψη αυτών των τεμαχίων είναι εστιακή.

Η σημαντικότερη και πιο αξιόπιστη απόδειξη της διάγνωσης της χρόνιας προστατίτιδας παραμένει η εξέταση με τη μέθοδο Stamey-Mears[3,19,20]. Αυτή η εξέταση περιλαμβάνει την κλασματική συλλογή δειγμάτων ούρων πριν και μετά από μάλαξη του προστάτη για τη λήψη προστατικού υγρού (EPS) παρέχοντας μας τη δυνατότητα διαφορικής διάγνωσης των διαφόρων τύπων προστατίτιδας.

Με την μέθοδο αυτή έχουμε την δυνατότητα καλλιέργειας και μικροσκοπικής εξέτασης:

1) των 10 πρώτων ml ούρων (VB1, ουρηθρικό δείγμα).
2) των ούρων του μέσου τη ούρησης (VB2, κυστικό δείγμα).
3) του προστατικού υγρού που λαμβάνεται μετά από μάλαξη του προστάτη (EPS).
4) των πρώτων μετά μάλαξη ούρων (VB3).

Οι υγιείς άνδρες έχουν στείρα ούρα και προστατικό υγρό και δεν παρουσιάζουν κανένα στοιχείο φλεγμονής.

Ανεύρεση πυοσφαιρίων και μικροβίων στο VB1 σε αριθμούς σημαντικά μεγαλύτερούς από το VB2, VB3 δείχνει την ύπαρξη ουρηθρίτιδας. Στις κυστίτιδες, ανευρίσκονται μικρόβια και πυοσφαίρια σε όλα τα δείγματα των ούρων.

Στη χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα ανευρίσκεται μεγάλος αριθμός πυοσφαιρίων και ανάπτυξη βακτηριδίων σε καλλιέργειες προστατικού υγρού.

Οι διαγνωστικοί αριθμοί για τα πυοσφαίρια κυμαίνονται από 2-20 Κ.Ο.Π. με περισσότερο αποδεκτή τιμή τα 10 πυοσφαίρια Κ.Ο.Π.[19,20]. Η ανάπτυξη βακτηριδίων σε καλλιέργειες προστατικού υγρού είναι διαγνωστική σε αριθμούς 10πλάσιους από εκείνους που αναπτύχθηκαν στο VB1 και VB2[21].

Η χρόνια μη μικροβιακή προστατίτιδα/σύνδρομο πυελικού άλγους, και ειδικά η 1η υποομάδα με το φλεγμονώδες σύνδρομο ΧΠΑ, χαρακτηρίζεται από την εκτεταμένη παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων (πυοσφαίρια) στο προστατικό υγρό, αλλά με απουσία μικροβίων στις καλλιέργειες. Είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη μορφή του ΧΠΑ, με συχνότητα εμφάνισης 8πλάσια της χρόνιας μικροβιακής προστατίτιδας[22].

Η 2η υποομάδα με το μη φλεγμονώδες σύνδρομο ΧΠΑ, παρουσιάζει συμπτωματολογία παρόμοια με εκείνη της χρόνιας προστατίτιδας, αλλά το προστατικό υγρό δεν εμφανίζει στοιχεία φλεγμονής (πυοσφαίρια) και η καλλιέργειά του είναι αρνητική για βακτηρίδια ή άλλους μικροοργανισμούς. Η διάγνωση γίνεται κύρια δια αποκλεισμού και δεν βασίζεται σε θετικά κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα.

Στην περίπτωση που δεν στάθηκε δυνατόν να έχουμε προστατικό υγρό με τη μάλαξη του προστάτη, εάν στο VB3 δείγμα έχουμε 4 πυοσφαίρια Κ.Ο.Π. περισσότερα από το VB1, VB2, είναι ισχυρή ένδειξη προστατίτιδας, ενώ τα 10 θεωρούνται σύμφωνα με κάποιες μελέτες παθογνωμονικά[23]. Άλλοι ερευνητές προτείνουν ότι η εφαρμογή αυτής της τεχνικής θα πρέπει να περιορίζεται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Σε μία πρόδρομη μελέτη βρέθηκε ότι ένα screening test, το οποίο απαιτεί μόνο τη λήψη δειγμάτων ούρων πριν και μετά την μάλαξη του προστάτη, είχε σχεδόν την ίδια ευαισθησία και ειδικότητα όπως η Stamey-Meares[24,25].

Αιτιολογία

Στη χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα, όπως και στην οξεία μικροβιακή, ο πιο συνήθης αιτιολογικός παράγοντας είναι η E. Coli ακολουθούμενη από τον Πρωτέα και την Providentia και λιγότερο σπάνια από την Klebsiella, την Pseudomonas, την Serratia και τον εντερόκοκκο. Τα στελέχη της E. Coli που προκαλούν προστατίτιδα συνήθως εκφράζουν αρκετούς ουρολοιμογόνους παράγοντες, όπως τον κυτταροτοξικό νεκρωτικό παράγοντα-1 (CNF-1), την αιμολυσίνη και τα ινίδια p[4,28]. Είναι συζητήσιμο κατά πόσον Gram-θετικοί μικροοργανισμοί, εκτός από τον εντερόκοκκο που η αιτιολογική του σχέση δεν αμφισβητείται, μπορούν να προκαλέσουν χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα.

Η αιτιολογία της χρόνιας μη μικροβιακής προστατίτιδας/σύνδρομο πυελικού άλγους δεν έχει πλήρως κατανοηθεί μέχρι σήμερα. Έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες, όπως χλαμύδια, μυκοπλάσματα, τριχομονάδες ή ιοί, όμως σε αρκετές μελέτες αμφισβητείται αυτή η άποψη[4].

Η εκτέλεση ειδικών καλλιεργειών και η ακολουθία του DNA σε ιστοτεμάχια προστάτη, που ελήφθησαν μετά από βιοψία, υποδηλώνουν ότι μερικές περιπτώσεις μη μικροβιακής προστατίτιδας είναι αποτέλεσμα αποικισμού του προστάτη από βακτήρια με χαμηλή λοιμογόνο δραστικότητα[26,27]. Επιπλέον, δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις για τη συμμετοχή αυτοάνοσου μηχανισμού στην εμφάνιση αυτού του συνδρόμου[28].

Οι προστατικοί λίθοι που αναπτύσσονται σε ηλικιωμένους άνδρες μπορεί να παγιδεύσουν βακτήρια και να προκαλέσουν χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα ή υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Αυτοί οι λίθοι συνήθως αποτελούν το λόγο αποτυχίας της αντιβιοτικής θεραπείας σε ασθενείς με προστατίτιδα, και αυτή η ομάδα ασθενών για να απαλλαγεί από αυτή τη βασανιστική νόσο χρειάζεται να υποβληθεί σε χειρουργική αφαίρεση του προστάτη[29,30].

Η παρεμπόδιση πρόκλησης προστατικής λοίμωξης ξεκινά με την ορμητική ροή των ούρων και του σπέρματος κατά την διάρκεια της ούρησης και της εκσπερμάτισης αντίστοιχα. Ο προστάτης επίσης εκκρίνει διάφορους αντιμικροβιακούς παράγοντες όπως τον ψευδάργυρο και την σπερμίνη. Σε χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα το προστατικό υγρό έχει χαμηλότερα επίπεδα Zn, αλκαλικό pH και χαμηλότερες συγκεντρώσεις ασβεστίου, κιτρικού οξέως και σπερμίνης[31,32].

Στο μη φλεγμονώδες σύνδρομο ΧΠΑ, η αιτιολογία παραμένει ασαφής. Πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει διάφορες θεωρίες.

Η ουροδυναμική μελέτη είναι μη φυσιολογική στο 30% των περιπτώσεων, με μη χάλαση του πυελικού εδάφους ή σπασμό ⇨

του έσω σφιγκτήρα. Μίας συμπαθητικής αιτιολογίας μη-χάλαση του κυστικού αυχένα ίσως αποτελεί την παθοφυσιολογική εξήγηση των ευρημάτων[33]. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της πίεσης στην προστατική ουρήθρα και σε ενδοπροστατική παλινδρόμηση των ούρων με συνέπεια τον σπασμό του κυστικού αυχένα και της προστατικής ουρήθρας που ενοχοποιούνται ως αιτιολογικοί παράγοντες του συνδρόμου. Ο Meares θεωρεί ότι ο σπασμός αυτός διαιωνίζεται από την προκαλούμενη χημική φλεγμονή του προστάτη[37]. Επιπλέον, πιθανή εξήγηση αυτού του συνδρόμου και μετά από μελέτες που έγιναν με video-ουροδυναμική, μπορεί να δοθεί από μια δυσυνέργεια του εξωστήρα και του έσω σφιγκτήρα ή από την μυαλγία τάσεως του πυελικού εδάφους[34-36].

Διάφοροι ερευνητές επίσης, βρήκαν αυξημένα επίπεδα άγχους στους ασθενείς με συμπτωματολογία, μη φλεγμονώδους συνδρόμου ΧΠΑ, αλλά δεν είναι ξεκάθαρο αν το άγχος είναι η αιτία του συνδρόμου ή η επιμένουσα συμπτωματολογία οδηγεί σε αγχώδη συνδρομή[37-39].

Θεραπεία

Στη θεραπεία της χρόνιας μικροβιακής προστατίτιδας υπεισέρχονται πολλοί παράγοντες και στην επιλογή του αντιβιοτικού και στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Οι παράγοντες αυτοί έχουν άμεση σχέση με τον προστάτη και με τις ιδιότητες των φαρμάκων. Σε καταστάσεις χρόνιας φλεγμονής, το PH του προστάτη αυξάνεται πάνω από 8,4. Το αυξημένο αυτό αλκαλικό PH δυσχεραίνει την είσοδο και τη δράση των χημειοθεραπευτικών. Επίσης, η μεμβράνη του προστατικού κυττάρου φλεγμαίνει και δεν επιτρέπει τη διάχυση των φαρμάκων στο προστατικό υγρό[40,41].

Σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία της θεραπείας είναι ορισμένες ιδιότητες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, όπως η δραστικότητα, το αντιμικροβιακό τους φάσμα και η διεισδυτικότητα στον προστατικό ιστό[42].

Το ιδεώδες αντιβιοτικό θα πρέπει:

1) να διαθέτει κατά το δυνατόν, ευρύ αντιμικροβιακό φάσμα,
2) να είναι λιποδιαλυτό, να μην συνδέεται με τις πρωτεΐνες του ορού, να είναι ασθενής βάση και ο συντελεστής του διάσπασης να είναι τέτοιος ώστε το φάρμακο να συγκεντρώνεται κυρίως στον προστάτη με ιονική παγίδευση και όχι στο πλάσμα,
3) να έχει χαμηλή τοξικότητα ακόμη και σε μακρόχρονη χορήγηση, και
4) να διατίθεται για χρήση per os[13,14,43-49].

Σύνηθες σφάλμα στην θεραπευτική αντιμετώπιση της χρόνιας μικροβιακής προστατίτιδας είναι η σύντομη διάρκεια θεραπείας. Απαιτείται παρατεταμένη και ειδική αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία συνήθως 4-16 εβδομάδες με τον κατάλληλο αντιμικροβιακό παράγοντα που μπορεί να επιτύχει θεραπευτικά επίπεδα εντός του εκκριτικού συστήματος του προστάτη[13,50-54].

Λίγοι αντιμικροβιακοί παράγοντες ικανοποιούν αυτά τα κριτήρια, με κύριο εκπρόσωπο την κο-τριμοξαζόλη, που δίνει πολύ καλά κλινικά αποτελέσματα[35,36]. Τελευταία σημαντικός αριθμός εργασιών υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα των νέων φλουοροκινολονών στη θεραπεία της χρόνιας μικροβιακής προστατίτιδας, που επιτυγχάνουν εξαιρετική διείσδυση στον προστάτη και υψηλή in vitro δράση τόσο στα ούρα όσο και στον προστατικό ιστό[6,26,35,55,56,58].

Σε υποτροπή της νόσου συνιστάται η μακροχρόνια χορήγηση χαμηλών δόσεων αντιβιοτικών για την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτείνεται η χορήγηση τριμεθοπρίμης-σουλφομεθοξαζόλης (80mg/400mg x 1) ή οφλοξασίνης (100mg x 1). Σε ασθενείς με έντονη προστατική ασβέστωση που δεν απαντούν στην αντιβιοτική θεραπεία η διουρηθρική χειρουργική έχει θεωρηθεί ότι μπορεί να έχει θέση[26,57].

Πρόσφατα αναφέρθηκε ότι ο συνδυασμός a-blockers με αντιβιοτικά ήταν πιο αποτελεσματικός από τα αντιβιοτικά μόνο[58]. Επίσης, τελευταία, προτείνεται σαν οδός χορήγησης των αντιβιοτικών η διορθική υποβλεννογόνιος[59].

Η θεραπεία της μη μικροβιακής προστατίτιδας δεν έχει ακόμη διευκρινισθεί πλήρως. Σε μερικές μελέτες φαίνεται ότι η αντιβιοτική θεραπεία έχει κάποιου βαθμού αποτελεσματικότητα, ενώ άλλες δεν αναφέρουν καμία ανταπόκριση[4,39]. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν συνιστάται η επαναλαμβανόμενη ή μακρόχρονη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων. Σε αυτή την ομάδα ασθενών έχει προταθεί η χορήγηση μη-στεροειδών σκευασμάτων, a-blockers, φιναστερίδης, αλλαγές στον τρόπο ζωής (άσκηση, σεξουαλική πράξη) και μαλάξεις στον προστάτη[1]. Επίσης, εκχύλισμα γύρης Cerniton® N για τη θεραπεία της μη μικροβιακής προστατίτιδας και του μη φλεγμονώδους συνδρόμου ΧΠΑ[60].

Επιπλέον, σε πρόδρομες μελέτες αναφέρεται ότι η τοπική υπερθερμία του προστάτη TUMT (Transurethral Microwave Thermotherapy) η διουρηθρική διατομή του αυχένα της κύστεως μειώνουν την ένταση των συμπτωμάτων σε αυτούς τους ασθενείς[61-64].

Η θεραπεία στο μη φλεγμονώδες σύνδρομο ΧΠΑ είναι ακόμη περισσότερο εμπειρική. Προτείνεται η μακρόχρονη χορήγηση (8 μήνες) a-blockers, η τοπική υπερθερμία (TUMT) με σημαντική ανακούφιση των συμπτωμάτων, επίσης η χορήγηση αναλγητικών και μυοχαλαρωτικών, η εκτέλεση βιοανάδρασης του πυελικού εδάφους και ασκήσεων χαλάρωσης, καθώς και η εφαρμογή ψυχοθεραπείας ή και χορήγηση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων[4,65,66].

Επίσης, λόγω σπασμού του κυστικού αυχένα και της προστατικής μοίρας της ουρήθρας με αποτέλεσμα την ενδοπροστατική παλινδρόμηση των ούρων και με συνέπεια τη χημική φλεγμονή του προστάτη, φαίνεται ότι η χορήγηση αλλοπουρινόλης έχει ευεργετικά αποτελέσματα[37,71].

Τέλος, σε περιπτώσεις με ουροδυναμικά ευρήματα κωλύματος στο επίπεδο του κυστικού αυχένα, η ετερόπλευρη σχάση του κυστικού αυχένα αποτελεί μια καλή εναλλακτική λύση για υποκειμενική ανακούφιση από τα συμπτώματα και αντικειμενική άρση του κωλύματος. Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ο κίνδυνος της παλίνδρομης εκσπερμάτισης, που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε νέους ενήλικες[66,68].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρόνια προστατίτιδα είναι μία πάθηση που ο ορισμός της είναι ασαφής. Ειδικά οι χρόνιες μορφές περιλαμβάνουν καταστάσεις που ίσως δεν σχετίζονται καθόλου μεταξύ τους. Η συμπτωματολογία της πάθησης είναι μη ειδική και απαιτεί ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών μέσων, έτσι ώστε ο κλινικός να φτάσει σε ένα ασφαλές συμπέρασμα. Η θεραπεία των διάφορων χρόνιων μορφών του συνδρόμου είναι συχνά εμπειρική και οι δια-

θέσιμες θεραπείες χρειάζονται τυχαιοποιημένες μελέτες για να κατακτήσουν μια σταθερή θέση στο οπλοστάσιο μας. Έτσι, η συνεχής έρευνα γύρω από την αιτιολογία, την παθογένεια, την διάγνωση και την θεραπεία, έχει τεράστια σημασία, ώστε να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα και να φωτιστεί αυτό το τόσο σκοτεινό σύνδρομο.

Summary

Prostatitis - what's new?

Ch. Panou, M. Bristianou

Chronic pelvic pain syndromes, including prostatitis, remain a difficult clinical entity in terms of diagnosis and treatment to both urologists and patients. This review attempts to highlight the most recent developments and advances in the field of chronic pelvic pain syndromes in terms of prevalence, aetiology, pathogenesis diagnosis, and current approaches to treatment.

Key words: *Acute prostatitis, chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndromes, classification.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Becopoulos TH. Chronic prostatitis. European Urology Update Series 1994; 3:74-79.
2. Meares EM. Acute and chronic prostatitis. Infect Dis Clin North Am 1987; 1:855.
3. Λυκουρίνας Μ. Παθήσεις του προστάτη αδένα. Αθήνα 1987; p.46–55.
4. Roberts RO, Lieber MM, Bostwick DG, Jacobsen SJ. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. Urology 1997; 49:809-821.
5. Χ. Γ. Θεοδώρου, Θ. Μπεκόπουλος. Χρόνια Προστατίτιδα. Ελληνική Ουρολογία 1999; 11:299-306.
6. K.G. Naber: Prostatitis. Nefrol Dial Trasplant (2001) 16 [Suppl 6] : 132-134
7. Chronic Prostatitis Workshop. National Istitute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Istitutes of Health, Bethesda, Maryland, December 7-8, 1995.
8. Truls E, Bjerklund Johansen. Diagnosis and imaging in urinary tract infections. Current Opinion in Urology 2002; 12:39-43.
9. Naber K, Bergman B, Bishop MC, et al. Guidelines on urinary and male genital tract infections. Amhem, The Netherlands. European Association of Urology 2001.
11. Naber KG. Use of quinolones in urinary tract infections and prostatitis. Rev Infect Dis 1989; 11 Suppl 5S 1321–1337.
12. Fourtillan JB. Pharmakokinetic behaviour of pefloxacin ın man. Pev Med Interne 1986; 7(2):185-195.
13. Aagaard J, Madsen PO. Bacterial prostatitis: new methods of treatment. Urology 1991; 37(3 Suppl):4-8.
14. Kot T, Pettit-Young N. Acute and chronic bacterial prostatitis: a review of treatment approaches. Compr Ther 1990; 16(8):54-59.
15. Krieger JN, Egan KJ, Ross SO, et al. Chronic pelvic pains represent the most prominent symptoms of chronic prostatitis. Urology 1996; 48:715-722.
16. Berghuis JP, Heiman JR, Rothman I, Berger RE. Psychological and physical factors involved in chronic idiopatic prostatitis. J Psychosom Med 1996; 41:313-325.
17. Schaeffer AJ. Diagnosis and treatment of prostatic infections (symptoms of non-prostatic origin). Urology 1990; 36 (suppl.): 13-17.
18. Ludwig M, Weidner W, Schroeder-Printzen I, Zimmermann O, Ringert RH. Transrectal prostatic sonography as a useful diagnostic means for patients with chronic prostatitis or prostatodynia. Br J Urol 1994; 73:664-668.
19. Harada K. Prostatic Calculi. In: Watanabe H, Holmes KK, Holm HH, Goldberg PK (eds). Diagnostic ultrasound in urology and nephrology. Isagu-Shoin, Tokyo. 1981; pp171-175.
22. Drach GW, Fair WR, Meares EM, Stamey TA. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia (letter)? J Urol 1978; 120: 266.
23. Anderson RU, Weller C. Prostatic leucocyte secretion studies in non-bacterial prostatitis (prostatosis). J Urol 1979; 121: 92-294.
24. Meares EM, Stamey TA. Bacteriological localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. Invest Urol 1968; 5:492-518.
25. Schaeffer AJ, Wendel EF, Dunn JK, Grayhack JT. Prevalence and significance of prostatic inflammation. J Urol 1981; 125:215-219.
26. Doble A. Crhonic prostatitis. Br J Urol 1994; 74:537-541.
27. Nichel JC. The pre and post massage test (PPMT): a simple screen for prostatitis. Tech Urol 1997; 3:38-43.
28. Nichel JC. Prostatitis. In: Grant Mulholland S, (ed) Antibiotic therapy in Urology. Lippincot-Raven. Philadelphia New York. 1996; pp57-69.
30. Berger RE, Krieger JN, Rothman I, et al. Bacteria in the prostate tissue of men with idiopathic prostatic inflammation. J Urol 1997; 157:863-865.
31. Rilley DE, Berger RE, Miner DC, Krieger JN. Diverse and related 165 rRNA-encoding DNA sequences in prostate tissues of men with chronic prostatitis. J Clin Microbiol 1998; 36:1646-1652.
32. Alexander RB, Brady F, Ponniah S. Autoimmune prostatitis: evidence of T cell reactivity with normal prostatic proteins. Urology 1997; 50:893-899.
33. Meares EM Jr.Chronic bacterial prostatitis: role of transurethral prostatectomy (TURP) in therapy. In: Weidner W, Brunner H, Krause W, Rothauge CF, eds. Therapy of Prostatitis, Munich: W. Zuckschwerdt Verlag, 1986; p193-197.
34. Schaffer AJ. Urinary tract infection in men. State of the art. Infection 1994; 22:S19-S21.
35. Lipsky BA. Prostatitis and Urinary Tract Infection in Men: What's New; What's True?. Am J Med 1999; 106:327-334.
36. Meares EM Jr. Prostatitis and related disorders. In: Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA, eds. Campbell's Urology 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992; p807-822.
37. Mears EM Jr. Prostatodynia: clinical findings and rationale for treatment. In: Weidner W, Brunner H, Krause W, Rothhauge CF (eds): Therapy of Prostatitis. Munich,W. Zuckss-chwerdt Verlag Gmbh, 1986; pp207-212.
38. Barbalias GA, Meares EM Jr, Sant GR. Prostatodynia: clinical and Urodynamic characteristics. J Urol 1983; 130:514-517.
39. De La Rosette JJ, Hubregtse MR, Meuleman EJ, et al. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes, Urology 1993; 41:301-307.
40. Blacklock MJ. Urodynamic and psycometric observations and their implication in the management of prostatodynia. In: Weidner W, Brunner H, Krause W, Rothauge CF,eds. Therapy of prostatitis. Munich: W. Zuckswerdt Verlag; 1986; p201-206.
41. Pott W, Junk-Overbeck M, Wirsching M. Cronic bacterial prostatitis-Prostatodynia. Differentiation from the psycosomatic point of view. Z Psycosom Med Psycoanal 1991; 37:157-171.
42. De La Rosette JJ, Ruijgrok MC, Jeuken JM, Karthaus HF, Debruyne FM. Personality variables involved in chronic prostatitis. Urology 1993; 42:654-662.
43. Osborn DE, George NJ, Rao PN, Barnard RJ Reading C, Marklow C, et al. Prostatodynia. Physiological charateristics and rational management with muscle relaxants. Br J Urol 1981; 53:621-623.
44. Blacklock N.J, Bearis J.P. The response of prostatic fluid PH in inflammation. Br J Urol 1974; 46:537-542.
45. Fair WR, Cordonnier JJ. The PH of prostatic fluid: a reap-raisal and therapeutic implications. J Urol 1978; 120:695-698.
46. Leroy A, Grise P, Dhib M, Valtchev B, Fillastre J.P. Penetration of lomefloxacin into human prostatic tissue. Urology 1991; 38(2):192.
47. Stamey TA, Meares EM, Winningham DG. Chronic bacterial prostatitis and the diffusion of drugs into prostatic fluid. J Urol 1970; 103:187–194.
48. Bjerklund JTE, Gruneberg RN, Guibert J, Hofstetter A, Lobel B, Naber KG, Palou RJ, van Cangh P.J. The role of antibiotics in the treatment of chronic prostatitis: a consensus statement. Eur Urol 1998; 34(6):456-466.
49. Barza M, Cuchural G. General principles of antibiotic tissue penetration. J Antimicrob Chemoth 1985; 15(supl. A):9-75.
50. Chentag JJ, Gengo FM. Principles of antibiotic tissue penetration and guidelines for pharmacokinetic analysis. Med Clin North Am 1982; 66: 9-49.
51. Dalhoff A, Weidner W. Diffusion of ciprofloxacin into prostatic fluid. Eur J Clin Microb 1984; 3:360.
52. Pfau A. The treatment of chronic bacterial prostatitis. Infection 1991; 19 Suppl 3S:160–164.
53. Neu H.C. The place of quinolones in bacterial infections. Adv Intern Med 1991; 36:1.
54. Weidner W, Scheifer HG, Dalhoff A. Treatment of chronic bacterial prostatitis with ciprofloxacin. Results of a one-year follow-up study. Am J Med 1987; 82 (Suppl 4A):280.
55. Salpigides G, Pangalis A, Kouvelas D, Paradelis AG. Pharmacokinetics of pefloxacin in human prostatic tissue. J Chemother 1995; 7 Suppl 4:105-106.
56. Bressole F, Goncalves F, Gouby A, Galtier M. Pefloxacin clinical pharmacokinetics. Clin Pharmacokinet 1994; 27:418-446.
57. Meares EM Jr. Prostatitis. Med Clin North Am 1991; 75:405-424.

58. Cox CE. Ofloxacin in the treatment of complicated urinary tract infections including prostatitis. Am J Med 1989; 87:61-68.
59. Naber KG. The role of quinolones in the treatment of chronic prostatitis. Infection 1991; 19 (Suppl.3):170-177.
60. Schaeffer AJ. Review of norfloxacin in complicated and recurrent urinary tract infections. Eur Urol 1990; 17 (Suppl.):19-23.
61. Berger RE, Hanno PM. The fine points of prostatitis care. Patient Care 1992; 15:91-107.
62. Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. J Urol 1998; 159:883-887.
63. Shafik KA. Anal submucosal injection: a new modality of treatment with report of eleven cases. Urology 1991; 37:61-64.
64. Rugendorff EW, Wiedner W, Ebeling L, Buck AC. Resultsof treatment with pollen exrsct (Cerniton®R N) in chronic prostatitis and prostatodynia. Br J Urol 1993; 71:433-438.
65. Servadio C, Leib Z. Chronic abacterial prostatitis and hyperthermia. A possible new treatment? Br J Urol 1991; 67:308-311.
66. Nickel JC, Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy for non-bacterial prostatitis: a randomized double-blind sham controlled study using new prostatitis spesific assessment questionnaries. J Urol 1996; 155:1950-1954.
67. Nickel JC, Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy of non bacterial prostatitis and prostatodynia: initial experience. Urology 1994; 44:458-460.
68. Kaplan SA, Te AE, Jacobs BZ. Urodynamic evidence of vesicle neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis and therapeutic role of endoscopic incision of the bladder neck. J Urol 1994; 152:2063-2065.
69. Weidner W. Prostatitis – diagnostic criteria, classification of patients and recommendation for therapeutic trials. Infection 1992; 20:s227-231.
70. Krogh J, Beuke HP, Christensen AB, Sparso BH. Long-term results of bladder neck incision in men. Urol Int 1991; 46:55-57.
71. McNaughton Collins M, Wilt T. Allopurinol for chronic prostatitis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΗ, ιατρός, Αθήνα

Τοπική θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη: Δυνατότητες και περιορισμοί

Eggener S, Salomon G, Scardino PT, De la Rosette J, Polascik TJ, Brewster S.
Section of Urology, University of Chicago Medical Center, Chicago, IL, USA
Eur Urol 2010 Mar 26.

Περιεχόμενο: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που διαγνώσθηκαν με καρκίνο του προστάτη έχουν καλά διαφοροποιημένους και μικρούς σε μέγεθος όγκους, με μικρή πιθανότητα να επηρεαστεί η ποιότητα και η διάρκεια της ζωής τους. Η επιλογή μιας στρατηγικής θεραπείας, μεταξύ πολλών επιλογών, έχει τεράστιες επιπτώσεις για τα άτομα και για τα συστήματα υγείας.

Σκοπός: Σκοπός μας ήταν η ανασκόπηση των τεκμηρίων, των κριτηρίων επιλογής ασθενών, της διαγνωστικής απεικόνισης, της βιοψίας, και των θεραπευτικών επιλογών που είναι διαθέσιμες για την τοπική θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη. Δώσαμε μεγάλη σημασία στις θεωρητικές δυνατότητες και περιορισμούς.

Απόκτηση ενδείξεων: Έγινε με έρευνα στο Pubmed (www.pubmed.gov), από το 1995 ως το 2009, χρησιμοποιώντας τα λήμματα "τοπική θεραπεία" ή "αφαίρεση" και "καρκίνος προστάτη". Επιπρόσθετα άρθρα εξήχθηκαν βασισμένα σε συστάσεις από ειδική ομάδα επιστημόνων συγγραφέων.

Σύνθεση των ενδείξεων: Η τοπική θεραπεία του προστατικού καρκίνου, σε ασθενείς με χαρακτηριστικά χαμηλής κακοήθειας, είναι μια αναπτυσσόμενη θεραπευτική προσέγγιση και στοχεύει να εξαλείψει τα καρκινικά κύτταρα και παράλληλα να ελαχιστοποιήσει τη βλάβη σε γειτονικές δομές που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της ούρησης, της σεξουαλικής λειτουργίας και της λειτουργίας του εντέρου. Θεωρητικά, η τοπική θεραπεία έχει τη δυνατότητα να ελαχιστοποιήσει την τοξικότητα της θεραπείας, χωρίς να κάνει «υποχώρηση» στη θεραπεία του καρκίνου. Οι περιορισμοί συμπεριλαμβάνουν την αδυναμία σταδιοποίησης του καρκίνου επακριβώς, όχι τόσο καλές δυνατότητες απεικόνισης, αβεβαιότητα όσον αφορά τη φυσική ιστορία του καρκίνου, προκλήσεις στην απεικόνιση μετά τη θεραπεία και έλλειψη στοιχείων σχετικά με την ποιότητα ζωής συγκριτικά με εναλλακτικές θεραπείες. Οι πρώιμες κλινικές εμπειρίες με μέτρια παρακολούθηση που αξιολογούν πολλές θεραπείες μας ενθαρρύνουν, αλλά παρακωλύονται από περιορισμούς σχεδιασμού των μελετών και μικρά δείγματα ασθενών.

Συμπεράσματα: Η τοπική θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη είναι μια υποσχόμενη και αναδυόμενη στρατηγική θεραπείας για τους άνδρες με χαμηλής κακοήθειας καρκίνο ή μετάσταση. Η αξιολόγηση των επίσημων κλινικών προοπτικών ερευνών είναι αναγκαία, πριν η νέα αυτή στρατηγική γίνει αποδεκτή στην κλινική πρακτική. Για να είναι επαρκείς, οι έρευνες πρέπει να έχουν το κατάλληλο διάστημα παρακολούθησης, για να είμαστε βέβαιοι για την απουσία καρκίνου στη βιοψία ή τη μείωση της προόδου του καρκίνου, όπως και να συμπεριλαμβάνουν την εκτίμηση της ασφάλειας και τις μακροπρόθεσμες αλλαγές στην ποιότητα ζωής.

Τοξικότητα της θεραπείας και ενόχληση από τα συμπτώματα μετά από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για καρκίνο του προστάτη

Sia M, Rodrigues G, Menard C, Bayley A, Bristow R, Chung P, Gospodarowicz M, Milosevic M, Warde P, Catton C.
Department of Radiation Oncology, The Princess Margaret Hospital and University of Toronto, Toronto, ON
Can Urol Assoc J. 2010 Apr; 4(2):105-11.

Εισαγωγή: Οι ασθενείς ανέφεραν όψιμη εμφάνιση αντιδράσεων και ενοχλήματα που σχετίζονται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη.

Μέθοδοι: Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία μελετήθηκαν, κατά μέσο όρο για 56 μήνες, μετά από ακτινοθεραπεία, χρησιμοποιώντας την πρότυπη μέθοδο Prostate Cancer Radiation

Therapy. Μια αναδρομική μελέτη επιχειρήθηκε για τη λήψη της βαθμολογίας τοξικότητας της ομάδας ακτινοθεραπείας με όψιμες αντιδράσεις (RTOG-LENT) στην αρχή και στο τέλος της παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν 64,5%. Δόση ακτινοθεραπείας 66Gy χρησιμοποιήθηκε κατά μέσο όρο για 14 μήνες μετά το χειρουργείο. Συμπληρωματική ορμονική θεραπεία χορηγήθηκε για 2-3 χρόνια σε 40 ασθενείς. 22 ασθενείς έλαβαν θεραπεία διάσωσης. Οι διαβαθμίσεις PCRT αναφέρθηκαν ως ήπιες για τη γαστρεντερική δυσλειτουργία, μέτριες για τη δυσλειτουργία του ουροποιογεννητικού συστήματος και σημαντικές για τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Η χρήση μίας ή περισσότερων πανών ακράτειας καθημερινά αναφέρθηκε από το 25,6% και ήταν παρόμοια με το 23% που ήταν η χρήση τους στην αρχή της μελέτης. Συχνουρία ή επιδείνωσή της ή αιματουρία αναφέρθηκε από το 4,8% και από το 8,4% που ανέφεραν δυσλειτουργία του εντέρου. Μέτρια ως σοβαρά ενοχλήματα από το έντερο και τη δυσλειτουργία της κύστης αναφέρθηκαν από 5,4% και 2,4% των ασθενών αντίστοιχα. Η στυτική λειτουργία περιγράφτηκε από πτωχή ως ανύπαρκτη στο 88,3% των ασθενών και δυσαρέσκεια σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία αναφέρθηκε από το 42,7%. Ακολούθως, συμβουλευτική ή άλλη θεραπεία προσφέρθηκε στο 59% αυτών.

Συμπέρασμα: Ο συνδυασμός χειρουργείου και μετεγχειρητικής ακτινοβολίας συνδέεται με χαμηλά και μέτρια ποσοστά δυσλειτουργίας του εντέρου και της κύστης αντίστοιχα, με ελάχιστα ενοχλήματα να αναφέρονται. Τα υψηλά επίπεδα σεξουαλικής δυσλειτουργίας έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς που ακολούθησαν αυτή τη θεραπεία. Απαιτείται περισσότερο αποτελεσματική συμβουλευτική πριν και μετά τη θεραπεία, προκειμένου να διαμορφωθούν πιο αποτελεσματικές προληπτικές και θεραπευτικές στρατηγικές.

Βοηθώντας ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη να αποφασίσουν για τη θεραπεία

Birnie K, Robinson J.
Department of Psychosocial Resources, Tom Baker Cancer Center, Calgary, AB T2S 3C1
Can Fam Physician. 2010 Feb; 56(2):137-41.

Αντικείμενο: Να διαφωτίσουμε το ρόλο των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη και πώς οι οικογενειακοί ιατροί μπορούν να βοηθήσουν τέτοιους ασθενείς κατευθύνοντας προς σωστές θεραπευτικές επιλογές.

Ποιότητα ενδείξεων: Με αναζήτηση στο PubMed, βρήκαμε και συμπεριλάβαμε άρθρα σχετικά με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους για τη λήψη αποφάσεων στη θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη. Αποκλείστηκαν άρθρα που συμπεριλάμβαναν άνδρες με μεταστατική νόσο. Δεν είναι μια συστηματική ανασκόπηση και οι συστάσεις μας έχουν εξαχθεί από μελέτες βασισμένες σε ενδείξεις επιπέδου I και II.

Βασικό μήνυμα: Η καλύτερη στρατηγική για τη διαχείριση του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη δεν έχει καθιερωθεί ακόμη και περιλαμβάνει πολλές επιλογές: ενεργό παρακολούθηση, ριζική προστατεκτομή, ακτινοθεραπεία, βραχυθεραπεία και αφαίρεση με κρυοθεραπεία. Συνεπώς, οι άνδρες βρίσκονται αντιμέτωποι με μια εσωτερική πάλη κατά τη διάρκεια της λήψης των αποφάσεων για τη θεραπεία και μερικοί από αυτούς μετανιώνουν ενίοτε για την απόφαση που πήραν τελικά. Οι οικογενειακοί ιατροί, έχοντας επίγνωση των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων για τη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων, μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να παίρνουν καλύτερες αποφάσεις.

Συμπέρασμα: Οι οικογενειακοί ιατροί μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες να μετανιώσουν οι ασθενείς για την απόφαση που πήραν, ενθαρρύνοντάς τους να λάβουν υπόψιν τους εκείνες τις αξίες που έχουν προτεραιότητα γι΄ αυτούς και την υποστήριξη από το κοινωνικό τους περιβάλλον, όπως επίσης και την ακρίβεια και την καταλληλότητα των πληροφοριών που χρησιμοποιούνται για τη λήψη των αποφάσεων αυτών. IB

Ευρωπαϊκή Ημέρα για το Σκληρόδερμα

Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά αποτελεσματικά στην καλύτερη ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από σκληρόδερμα

Αυτό είναι το μήνυμα της φετινής Ευρωπαϊκής Ημέρας για το σκληρόδερμα, την οποία καθιέρωσε για πρώτη φορά πέρυσι η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Ενώσεων για το Σκληρόδερμα (FESCA) και στην οποία συμμετέχει και η χώρα μας, με ενέργειες που πραγματοποιούνται με την ευγενική χορηγία της εταιρείας Actelion.

Το σκληρόδερμα είναι μία σπάνια, χρόνια και επώδυνη ασθένεια, που μπορεί να προσβάλει πολλά σημεία του σώματος. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου υπολογίζεται σε 1:10.000 στο γενικό πληθυσμό. Συνήθως προσβάλλει γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών, με ποσοστό εμφάνισης (4:1).

Τα συμπτώματα του σκληροδέρματος μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, για το λόγο αυτό η διάγνωση της νόσου μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Κάποια από τα συμπτώματα της νόσου, όπως σκλήρυνση και πάχυνση του δέρματος στα χέρια, το πρόσωπο και τα πόδια, αλλά και χέρια που αλλάζουν χρώματα – λευκό, κόκκινο, μελανό (φαινόμενο Raynaud) είναι τα πλέον χαρακτηριστικά, σε αντίθεση με τα πιο σοβαρά συμπτώματα της νόσου, τα οποία επηρεάζουν τα εσωτερικά όργανα και δεν είναι εμφανή.

Δυστυχώς, μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει οριστική θεραπεία για το σκληρόδερμα, αλλά οι έρευνες έχουν προχωρήσει σημαντικά, τα μηνύματα είναι ελπιδοφόρα και η έγκαιρη διάγνωσή του σε συνδυασμό με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των σοβαρών επιπλοκών της νόσου. Δύο από τις πλέον σοβαρές επιπλοκές της νόσου είναι η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση και τα δακτυλικά έλκη.

Η Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση (ΠΑΥ) εμφανίζεται σε περίπου έναν στους επτά ασθενείς με σκληρόδερμα. Ο επιπολασμός είναι έως και 16% σε αυτούς τους ασθενείς. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στο σκληρόδερμα. Δυστυχώς, με συμπτώματα όπως η δύσπνοια, η κόπωση κατά την άσκηση και τα συγκοπτικά επεισόδια, μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα ως μία άλλη αναπνευστική ή καρδιακή ενόχληση με καταστρεπτικές συνέπειες. Επιπλέον, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν ήδη μειωμένες καθημερινές δραστηριότητες (δηλαδή προβλήματα κινητικότητας) και η δύσπνοια μπορεί να μην αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα. Συνεπώς, η ΠΑΥ πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν κατά την καθημερινή αντιμετώπιση των ασθενών με σκληρόδερμα και ο διαγνωστικός έλεγχος είναι το κλειδί για την επίτευξη έγκαιρης διάγνωσης. Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν ετήσιο διαγνωστικό έλεγχο με ηχοκαρδιογραφία Doppler ή/και στην παρουσία ανεξήγητης δύσπνοιας.

Τα δακτυλικά έλκη, δηλαδή οι επώδυνες πληγές στα δάκτυλα των χεριών ή των ποδιών, είναι αποτέλεσμα της περιορισμένης αιμάτωσης των αγγείων και μπορεί να οδηγήσουν έως και στην καταστροφή των οστών των δακτύλων αν μείνουν αθεράπευτα.

Σήμερα, υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, όπως η αγωγή με μποσεντάνη, που μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και την ικανότητα άσκησης, να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου και να βελτιώσουν τη μακροχρόνια έκβαση. Εάν υπάρχει η υποψία ΠΑΥ, θα πρέπει ο ασθενής να παραπεμφθεί σε ένα κέντρο με εξειδίκευση στην Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση.

Η αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή, τόσο της Πνευμονικής Αρτηριακής Υπέρτασης, όσο και των δακτυλικών ελκών, με τη δραστική ουσία μποσεντάνη (bosentan) μπορεί αποδεδειγμένα να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, αφού στην ΠΑΥ επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και βελτιώνει τη μακροχρόνια έκβαση και στα δακτυλικά έλκη περιορίζει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, μειώνει τον αριθμό των νέων δακτυλικών ελκών και καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου. Η χρήση της μποσεντάνης στη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από σκληρόδερμα με δακτυλικά έλκη υποστηρίζεται από τα δεδομένα δυο μεγάλων ερευνών, των RAPIDS-1 και RAPIDS-2 - Randomized Placebo-controlled Investigation of Digital ulcers in Scleroderma.

Σχετικά με το Σκληρόδερμα

Το Σκληρόδερμα ή συστηματική σκλήρυνση, είναι ένα χρόνιο, αυτοάνοσο νόσημα του συνδετικού ιστού, το οποίο χαρακτηρίζεται από υπερπαραγωγή κολλαγόνου (ίνωση) και σκλήρυνση του δέρματος και των εσωτερικών οργάνων, συμπεριλαμβανομένων του γαστρεντερικού σωλήνα, του ήπατος, της καρδιάς και των πνευμόνων. Τα ακριβή αίτια εμφάνισης του σκληροδέρματος είναι μέχρι σήμερα άγνωστα. Εντούτοις, δεν είναι μεταδοτική νόσος, που σημαίνει ότι δεν πρόκειται να αποκτήσετε τη νόσο αν ανταλλάξετε χειραψία, αν αγκαλιάσετε ή φιλήσετε κάποιον, αν έχετε σεξουαλική επαφή με τον ασθενή, αν έρθετε σε επαφή με το αίμα ή τα σωματικά υγρά του και αν χρησιμοποιείτε τα ίδια σκεύη. Επίσης, δεν μεταδίδεται από την εναέριο επαφή, όπως το βήξιμο ή το φτάρνισμα. Στην ανάπτυξή του φαίνεται ότι συμμετέχουν ανοσολογικοί μηχανισμοί, ενώ μπορεί να συμβάλλουν και διάφοροι περιβαλλοντικοί, γενετικοί, ορμονικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Τα συμπτώματα και οι εκδηλώσεις της νόσου προκαλούνται αρχικά από αγγειακή δυσλειτουργία, φλεγμονή και προοδευτική ίνωση, που σταδιακά οδηγούν σε απόφραξη του μικροαγγειακού δικτύου. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου υπολογίζεται σε 1:10.000 στο γενικό πληθυσμό. Συνήθως προσβάλλει γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών, με ποσοστό εμφάνισης (4:1).

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι σκληροδέρματος, το εντοπισμένο και το συστηματικό σκληρόδερμα ή συστηματική σκλήρυνση.

- ***Εντοπισμένο Σκληρόδερμα***

Οι μορφές του εντοπισμένου σκληροδέρματος περιορίζονται στο δέρμα, στον υποδόριο ιστό και σε ορισμένες περιπτώσεις στους υποκείμενους μυς, όχι όμως σε εσωτερικά όργανα. Υπάρχουν δύο τύποι εντοπισμένου σκληροδέρματος, η Μορφαία και το Ταινιοειδές Σκληρόδερμα.

- ***Συστηματικό Σκληρόδερμα***

Στο συστηματικό σκληρόδερμα, η νόσος δεν περιορίζεται μόνο στο δέρμα, αλλά επεκτείνεται στους υποκείμενους ιστούς, στα αι-

μοφόρα αγγεία και σε ζωτικά όργανα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται (παρουσιάζονται) συμπτώματα από το δέρμα, τα αιμοφόρα αγγεία, τις αρθρώσεις, το πεπτικό σύστημα (οισοφάγο, στομάχι) και ορισμένες φορές από τους πνεύμονες (πνευμονική ίνωση, πνευμονική υπέρταση), την καρδιά και τα νεφρά. Το συστηματικό σκληρόδερμα διακρίνεται στο Διάχυτο και στο Περιορισμένο Σκληρόδερμα. Το διάχυτο δερματικό σκληρόδερμα ορίζεται από την πάχυνση της επιφάνειας δέρματος της περιοχής από τους αγκώνες έως τα γόνατα. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει και προσβολή του προσώπου ή του κορμού. Το περιορισμένο δερματικό σκληρόδερμα ορίζεται από πάχυνση του δέρματος μόνο σε απομακρυσμένες περιοχές από τους αγκώνες και τα γόνατα. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει προσβολή του δέρματος του προσώπου.

Οι εκδηλώσεις του σκληροδέρματος ποικίλουν αρκετά από ασθενή σε ασθενή, όπως και η βαρύτητα της νόσου, η οποία εξαρτάται τόσο από τα όργανα που προσβάλλονται, όσο και από την έκταση προσβολής τους.

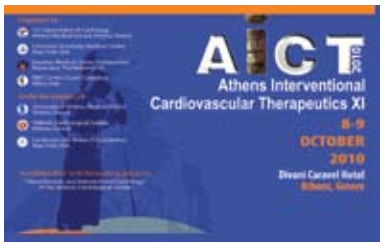
- Σταδιακή σκλήρυνση και πάχυνση του δέρματος στα χέρια, το πρόσωπο και τα πόδια.
- Εμφάνιση φαινομένου Raynaud, σε πάνω από το 90% των ασθενών με σκληρόδερμα, που μπορεί να προηγηθεί κατά πολλά χρόνια από τις άλλες εκδηλώσεις. Το φαινόμενο Raynaud ορίζεται ως περιοδικός σπασμός των μικρών αρτηριών των δακτύλων των χεριών πρωτίστως, που με τη σειρά τους οδηγούν σε περιορισμό ή διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος στα δάκτυλα των χεριών, κυρίως μετά από έκθεση σε κρύο ή συναισθηματικό στρες. Σαν αποτέλεσμα, παρατηρείται μια χαρακτηριστική εναλλαγή στο χρώμα του δέρματος από λευκό, σε μελανό και στη συνέχεια κόκκινο.
- Εμφάνιση δακτυλικών ελκών. Τα δακτυλικά έλκη οφείλονται στις βλάβες των αγγείων και είναι μία από τις συχνότερες επιπλοκές της νόσου με ποσοστό εμφάνισης 30-60%. Τα έλκη δυσκολεύουν τις καθημερινές δραστηριότητες και μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε νέκρωση των δακτύλων επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου.

- Εμφάνιση μυϊκής αδυναμίας.
- Πόνος στις αρθρώσεις.
- Ερεθισμός και αίσθημα κνησμού (φαγούρα) στο δέρμα.
- Απώλεια βάρους.
- Τριχόπτωση.
- Κόπωση και αδυναμία.
- Δυσκολία στην αναπνοή.
- Αίσθημα καύσου / πόνου στον οισοφάγο.
- Προσβολή των πνευμόνων. Στους ασθενείς με σκληρόδερμα παρατηρείται προσβολή των πνευμόνων, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονική ίνωση, με συνέπεια τη διαταραχή της λειτουργίας των πνευμόνων, αναπνευστική ανεπάρκεια και πρώιμο θάνατο. Επίσης, συχνή επιπλοκή είναι η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση που εμφανίζεται στο 16% των ασθενών.

Τα συμπτώματα του σκληροδέρματος μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, για το λόγο αυτό η διάγνωση της νόσου μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Κάποια από τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα εμφανή, όπως αυτά που παρουσιάζονται στο δέρμα των χεριών, σε αντίθεση με τα πιο σοβαρά συμπτώματα της νόσου, τα οποία επηρεάζουν τα εσωτερικά όργανα. Συχνά η δυσκολία και η αβεβαιότητα της διάγνωσης επηρεάζει ψυχολογικά τους ασθενείς, οι οποίοι περιγράφουν την όλη διαδικασία διάγνωσης ως το πιο δύσκολο στάδιο της ασθένειάς τους. Η διάγνωση της νόσου γίνεται από εξειδικευμένο ιατρό με τη βοήθεια του ιατρικού ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και κάποιων διαγνωστικών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένων εξειδικευμένων αιματολογικών εξετάσεων και αυτήν της τριχοειδοσκόπισης που ενδείκνυται για τα δακτυλικά έλκη.

Οριστική θεραπεία για την αντιμετώπιση του σκληροδέρματος δεν υπάρχει. Υπάρχουν όμως θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες περιορίζουν την εμφάνιση συγκεκριμένων εκδηλώσεων της νόσου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει φάρμακα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, κατάλληλη φροντίδα του δέρματος και ειδικές ασκήσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί η μακροχρόνια πρόγνωση της νόσου και η επιβίωση των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, η έγκαιρη διάγνωση του σκληροδέρματος σε συνδυασμό με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή μπορούν να βελτιώσουν τα συμπτώματα της νόσου, την ποιότητα ζωής των ασθενών και να μειώσουν την πιθανότητα ανεπανόρθωτης βλάβης.

Η φαρμακευτική εταιρεία βιοτεχνολογίας Actelion εδρεύει στην Ελβετία και έχει παρουσία σε περισσότερες από 26 χώρες σε όλες τις ηπείρους, απασχολώντας πάνω από 2.050 εξειδικευμένους επιστήμονες παγκοσμίως και επικεντρώνει τη δράση της στην ανακάλυψη, στην ανάπτυξη καινοτόμων φαρμάκων, καλύπτοντας ανεκπλήρωτες θεραπευτικές ανάγκες μέχρι σήμερα, με στόχο τη βελτίωση της υγείας, αλλά και της ποιότητας ζωής των ασθενών.



11ο Συνέδριο Επεμβατικής Καρδιολογίας
AICT 2010

Οι τελευταίες εξελίξεις στην επεμβατική καρδιολογία

Οι τελευταίες εξελίξεις στην επεμβατική καρδιολογία ανακοινώθηκαν στο 11ο Συνέδριο Επεμβατικής Καρδιολογίας AICT 2010 που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Αθήνα.

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου παρουσιάστηκαν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για το νέο επενδεδυμένο stent που σταθεροποιεί την αθηρωματική πλάκα και εξελίχθηκε στη χώρα μας. Ανάμεσα στα άλλα κύρια θέματα, ήταν οι νέες τεχνικές απεικόνισης της ευάλωτης αθηρωματικής πλάκας (οπτική συνεκτική τομογραφία, ενδοστεφανιαία θερμογραφία, εικονική ιστολογία), και η εφαρμογή τους ως ερευνητικό αλλά και ως κλινικό εργαλείο, τα νέα stent, η διαδερμική αντιμετώπιση των βαλβιδοπαθειών και οι νεώτερες ενδείξεις της αγγειοπλαστικής. Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου πραγματοποιήθηκαν ζωντανές μεταδόσεις περιστατικών από νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Νέα stent για τη σταθεροποίηση της αθηρωματικής πλάκας - μακροχρόνια αποτελέσματα

Η ανάπτυξη νέων ειδικών stent για την αντιμετώπιση της ευάλωτης αθηρωματικής πλάκας έχει δημιουργήσει νέα δεδομένα στην αντιμετώπιση της ευάλωτης αθηρωματικής πλάκας και τη μείωση του αθηρωματικού φορτίου. Είναι γνωστό ότι με τη χρήση των στατινών μειώνεται το αθηρωματικό φορτίο στις στεφανιαίες αρτηρίες κατά 8-9%. Το φαινόμενο όμως αυτό δεν περιορίζεται μόνο στις επικίνδυνες αθηρωματικές πλάκες. Στην Α΄ Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών δημιουργήθηκε και εξελίχθηκε πρόσφατα ένας νέος τύπος stent που επενδύεται με τη φαρμακευτική ουσία μπεβασιζουμάμπη, η οποία αναστέλλει τη δημιουργία νεοαγγείων. Τα αποτελέσματα της χρήσης αυτού του stent είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Από τις πρώτες μελέτες σε ανθρώπους που έχουν πραγματοποιηθεί κατά το τελευταίο έτος φαίνεται ότι η ουσία αυτή έχει πολύ μικρό ποσοστό επαναστένωσης (2-3%), όπως όλα τα νέα stent, ενώ παράλληλα μειώνει σε πολύ μεγάλο βαθμό τα νεοαγγεία. Με αυτό τον τρόπο διατηρεί την αθηρωματική πλάκα σταθερή και προλαμβάνει νέα εμφράγματα.

Όπως παρουσιάσθηκε στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας (29 Αυγούστου - 3 Σεπτεμβρίου 2010, Στοκχόλμη, Σουηδία) η τετραετής παρακολούθηση των ασθενών στους οποίους εμφυτεύθηκε αυτό το stent, έδειξε ότι η χρήση τους είναι ασφαλής και ότι παρουσιάζουν ποσοστά επαναστένωσης ανάλογα με αυτά των άλλων stent, χωρίς να είναι απαραίτητη η λήψη διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής για διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.

Νέες τεχνικές για την ανίχνευση των επικίνδυνων αθηρωματικών πλακών που προκαλούν έμφραγμα του μυοκαρδίου

Η «ευάλωτη» αθηρωματική πλάκα, δηλαδή η αθηρωματική πλάκα που έχει υψηλό κίνδυνο να ραγεί και να προκαλέσει καρδιακό επεισόδιο, έχει ορισμένα μορφολογικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά. Για την ανίχνευση αυτών των χαρακτηριστικών έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι, που περιλαμβάνουν την ενδοστεφανιαία θερμομέτρηση, την οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT) και την εικονική ιστολογία (VH). Ο συνδυασμός αυτών των τεχνικών αυξάνει τη διαγνωστική δυνατότητα για την εύρεση των επικίνδυνων αθηρωματικών πλακών, με απώτερο στόχο τη μείωση του ποσοστού των οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και της θνητότητας της στεφανιαίας νόσου. Είναι χαρακτηριστικό ότι από μελέτες της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, φαίνεται ότι αθηρωματικές πλάκες με αυξημένη θερμοκρασία (>0,10^{o}C) και πολύ λεπτή κάψα που καλύπτει την αθηρωματική πλάκα (<60-70μm) ρήγνυνται σε μεγάλο ποσοστό και προκαλούν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 70-80% των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά.

Σε πρόσφατη μελέτη της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαπιστώθηκε ότι ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η υπεύθυνη αθηρωματική πλάκα έχει συγκεκριμένα μορφολογικά χαρακτηριστικά, όπως λεπτή ινώδη κάψα, έχουν ελάχιστο όφελος αν αντιμετωπιστούν με θρομβόλυση μετά την εκδήλωση του εμφράγματος.

Επίσης, νέες μελέτες έδειξαν ότι οι επικίνδυνες αθηρωματικές πλάκες έχουν αυξημένη νεοαγγείωση. Τα νέα αυτά αγγεία (vasa vasorum) τροφοδοτούν την αθηρωματική πλάκα με φλεγμονώδη στοιχεία και την καθιστούν πιο ευάλωτη στη ρήξη και επομένως στην πρόκληση οξέος εμφράγματος. Τα νέα αγγεία στις αθηρωματικές πλάκες αυξάνονται κατά 50-60 φορές σε σχέση με το φυσιολογικό αγγειακό τοίχωμα, ιδιαίτερα σε νέους ασθενείς με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης. Για την ανίχνευση αυτών των νέων αγγείων, αναπτύχθηκε από την Α΄ Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Houston, μια τεχνική, που βασίζεται στη χρήση μικροφυσαλίδων. Αυτές εισέρχονται στα νέα μικρά αγγεία και γίνονται ευδιάκριτες με το ενδοαγγειακό υπερηχογράφημα. Έτσι, αυξάνεται η πιθανότητα της αναγνώρισης των επικίνδυνων αθηρωματικών πλακών.

Διαδερμική εμφύτευση βαλβίδων

Η πιο συχνή βαλβιδική νόσος των ενηλίκων είναι η στένωση της αορτικής βαλβίδας. Σύμφωνα με προσφάτως δημοσιευμένα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, περίπου το 33% των ασθενών ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών με σοβαρή συμπτωματική στένωση, δεν υποβάλλονται σε χειρουργική αντικατάσταση της βαλβίδας, παρά το ότι αυτό αποτελεί τη μόνη σωστή θεραπεία. Προφανώς ο λόγος που η χειρουργική επέμβαση δεν πραγματοποιείται είναι ο υψηλός ή απαγορευτικός χειρουργικός κίνδυνος για μία τέτοια επέμβαση, λόγω των ⇨

σημαντικών συνυπαρχόντων προβλημάτων υγείας που συχνά συνοδεύουν ασθενείς προχωρημένης ηλικίας (νεφρική ανεπάρκεια, βαρύ βρογχικό άσθμα, καρκίνος,…). Το γεγονός αυτό οδήγησε στην επινόηση νέων διαδερμικών μεθόδων και τεχνικών, που να επιτρέπουν την αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας χωρίς τη διενέργεια χειρουργικής θωρακοτομής, σε αυτούς ακριβώς τους ασθενείς.

Στην Ελλάδα, στο Ιπποκράτειο ΓΝΑ, στην Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική πραγματοποιείται η πρωτοποριακή αυτή επέμβαση με απόλυτη επιτυχία. Ήδη έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 40 επεμβάσεις χωρίς θανάτους ή σοβαρές επιπλοκές και όλοι οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί έκτοτε. Εδώ πρέπει να τονισθεί η συνεργασία μεταξύ της καρδιολογικής ομάδος, καθώς και η σημαντική συνεισφορά του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτήν την υψηλών απαιτήσεων επέμβαση. Η βαλβίδα που τοποθετήθηκε στις επεμβάσεις μας είναι μία τρίπτυχη βιοπροσθετική (Core Valve) . Η βαλβίδα τοποθετείται στη θέση της υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της βαλβίδας είναι ότι μπορεί επί μη ικανοποιητικού αποτελέσματος να αφαιρεθεί πριν την τελική της απελευθέρωση.

Μία σημαντική εναλλακτική τεχνική της εν λόγω μεθόδου έχει εφαρμοσθεί επίσης για πρώτη φορά στον ελληνικό χώρο στην Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική και αφορά τη χρήση της υποκλειδίου αρτηρίας για την τοποθέτηση της αορτικής βαλβίδας. Η εν λόγω μέθοδος έχει πραγματοποιηθεί σε μικρό αριθμό και στην Ευρώπη. Οι επεμβάσεις διαρκούν περίπου 1.30-2 ώρες και γίνονται στην κλινική του ΙΓΝΑ χωρίς γενική νάρκωση.

Οι νέες τεχνικές απεικόνισης της ευάλωτης αθηρωματικής πλάκας, τα νέα stent, η διαδερμική αντιμετώπιση των βαλβιδοπαθειών και οι νεώτερες ενδείξεις της αγγειοπλαστικής είναι οι τελευταίες εξελίξεις που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο

Πρόσφατα, στο συνέδριο επεμβατικής καρδιολογίας στις Η.Π.Α (TCT Σεπτέμβριος 2010, Washington, U.S.A) ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης PARTNER σύμφωνα με τα οποία, η διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων κατά 46% συγκριτικά με την συντηρητική αντιμετώπιση, ή την βαλβιδοπλαστική. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς αυτοί έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και μπορούν ζήσουν την καθημερινότητά τους με πολύ λιγότερα συμπτώματα.

Τα αποτελέσματα είναι μέχρι σήμερα ενθαρρυντικά και αν επιβεβαιωθούν, τότε πολλοί ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας, που δεν είναι δυνατόν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση θα θεραπευθούν, ενώ οι πιο αισιόδοξοι προβλέπουν και την πλήρη αντικατάσταση της χειρουργικής επέμβασης από τη διαδερμική αντικατάσταση των αορτικών βαλβίδων.

Νέα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα

Είναι γνωστό ότι τα stent που εκλύουν φαρμακευτικές ουσίες αναστέλλουν επιτυχώς την επαναστένωση σε ποσοστά 5-10%, αλλά έχουν το πρόβλημα της όψιμης θρόμβωσης. Το ποσοστό της όψιμης (μετά το πρώτο 6μηνο) θρόμβωσης (η οποία έχει θνητότητα 40-50%) αυξάνεται κατά 0,5% κάθε έτος συγκριτικά με τα μεταλλικά stent. Για την αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής χορηγούνται μακροχρόνια αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα (ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη).

Το τελευταίο διάστημα, δύο νέες μελέτες ανέδειξαν το ρόλο δύο νέων αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων στην πρόληψη της θρόμβωσης και της επαναστένωσης στα φαρμακοεκλυόμενα stent. Η μελέτη TRITON-TIMI 38 συνέκρινε την πρασουγκρέλη με την κλοπιδογγρέλη σε 13.000 ασθενείς με ασταθή στηθάγχη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου οι οποίοι υπεβλήθησαν σε αγγειοπλαστική.

Οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με πρασουγγρέλη παρουσίασαν 19% μείωση στα ποσοστά του θανάτου καρδιαγγειακής αιτιολογίας, στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και στο εγκεφαλικό επεισόδιο, με μια ταυτόχρονη αύξηση των ποσοστών των αιμορραγιών.

Αντίστοιχα, η μελέτη PLATO ανέδειξε τη χρήση ενός άλλου πολλά υποσχόμενου αντιαιμοπεταλιακού παράγοντα, του ticagrelor, στην ίδια ομάδα ασθενών. Η χορήγηση αυτού του φαρμάκου οδήγησε σε σημαντική μείωση των θανάτων και της θρόμβωσης του stent συγκριτικά με την κλοπιδογρέλη, χωρίς να προκαλεί ταυτόχρονα αύξηση των αιμορραγιών.

Τρίτης γενιάς επικεκαλυμμένα stent

Για να μειωθεί ο κίνδυνος θρόμβωσης, η έρευνα εστιάστηκε τόσο στη βελτίωση του σχεδιασμού των stent, όσο και στη χρήση άλλων νεότερων φαρμακευτικών ουσιών για την επικάλυψη των stent. Μία από αυτές τις ουσίες είναι το everolimus.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης (SPIRIT IV) που πραγματοποιήθηκε σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Ασίας, με το stent που εκλύει το everolimus, η ανεπιθύμητη επαναστένωση συμβαίνει σε ποσοστό 1,3%. Στους 6 μήνες μετά την τοποθέτηση των νέου τύπου stent, παρατηρήθηκαν μέσα σε αυτά θρομβώσεις σε αναλογία 1 στους 200 ασθενείς, έναντι 1 στους 85 ασθενείς που παρατηρήθηκε στην ομάδα του παλαιότερου τύπου επικεκαλυμμένου με φάρμακο stent.

Μια εξίσου νέα ουσία στην εφαρμογή της, που τοποθετείται σε άλλο τύπο stent, η ουσία zotarolimus, βρέθηκε μετά από μελέτη διάρκειας 3 ετών, ότι παρουσιάζει μηδαμινά ποσοστά θρόμβωσης του stent, που φτάνουν το 0,5% ανά έτος, αποτελέσματα πολύ ενθαρρυντικά για την περαιτέρω χρήση των νέων stent σε μεγάλο αριθμό ασθενών. Πρόσφατα στο Ευρωπαικό Συνέδριο Επεμβατικής Καρδιολογίας (Παρίσι, Απρίλιος 2010) ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της πρώτης μεταξύ τους σύγκρισης δύο τρίτης γενιάς stent, του zotarolimus και του everolimus, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό επαναστένωσης και η ανάγκη για νέα αγγειοπλαστική ή χειρουργείο ήταν ίδια και για τα δύο stent και ήταν σε πολύ χαμηλά ποσοστά. Πολύ σημαντικό ήταν το γεγονός ότι η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό αντιπροσωπευτικό του αληθινού πληθυσμού και όχι σε επιλεγμένους ασθενείς.

13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου

Κινδυνεύουν και τα παιδιά από υπέρταση

«Συχνότερη από όσο πιστεύουν οι περισσότεροι (περίπου 1-2%) είναι σήμερα η υπέρταση στα παιδιά και τους εφήβους.

Μάλιστα τα τελευταία χρόνια, η μέση αρτηριακή πίεση στο γενικό πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων έχει αυξηθεί και κατά συνέπεια και η συχνότητα της υπέρτασης».

Αυτά τόνισε ο Γεώργιος Σ. Στεργίου, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας-Υπέρτασης από το Κέντρο Υπέρτασης της Γ' Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Σωτηρία, μιλώντας στο 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου.

«Η αύξηση αυτή αποδίδεται κυρίως, όπως ανέφερε ο κ. Στεργίου, αλλά όχι πλήρως, στην αυξανόμενη παχυσαρκία. Σε παιδιά κάτω των 12 ετών, συχνότερα αίτια υπέρτασης είναι η νεφρική βλάβη και η στένωση της νεφρικής αρτηρίας, ενώ μετά τα 12 έτη η ιδιοπαθής υπέρταση (η γνωστή «πίεση» των ενηλίκων) είναι η συχνότερη αιτία. Η ιδιοπαθής υπέρταση στα παιδιά και τους εφήβους είναι κυρίως μεμονωμένη συστολική ή συστολική και διαστολική και πολύ σπάνια μόνο διαστολική».

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, η υπέρταση στα παιδιά δεν είναι αθώα και συχνά προκαλεί πρώιμη βλάβη οργάνων-στόχων (υπερτροφία της καρδιάς, κ.λπ.) χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα. Αρχικά χρειάζεται σχολαστική αξιολόγηση για την αποκάλυψη της πιθανής αιτίας της υπέρτασης.

«Αν η πίεση είναι λίγο πάνω από το διαγνωστικό όριο, συνήθως χρειάζονται μόνο λίγες και απλές εξετάσεις, ιδίως αν υπάρχει ισχυρό οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης (π.χ. δύο γονείς υπερτασικοί) και αυξημένο σωματικό βάρος. Σε όλες τις περιπτώσεις σταθερής αύξησης της πίεσης πάνω από την 99η εκατοστιαία θέση (υπολογίζεται για κάθε παιδί με βάση το φύλο, την ηλικία και το ύψος), χρειάζεται διερεύνηση για δευτεροπαθή αίτια υπέρτασης».

Τρόπος μέτρησης της παιδικής αρτηριακής πίεσης

Για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο, προτείνεται η χρήση συμβατικού υδραργυρικού πιεσομέτρου με περιχειρίδα κατάλληλων διαστάσεων για το βραχίονα κάθε παιδιού. Η χρησιμοποίηση περιχειρίδας μικρότερων διαστάσεων υπερεκτιμά την αρτηριακή πίεση και μεγαλύτερων την υποτιμά, μπορεί μέχρι και 30mmHg. Για την παρακολούθηση στο σπίτι και την 24ωρη καταγραφή της πίεσης προτείνονται ηλεκτρονικά πιεσόμετρα βραχίονα, τα οποία πρέπει να είναι αποδεδειγμένα αξιόπιστα, ειδικά στα παιδιά.

Για την σωστή αξιολόγηση της αρτηριακής πίεσης και τη διάγνωση της υπέρτασης χρειάζονται επανειλημμένες επισκέψεις (τουλάχιστον 2-3) με 2-3 μετρήσεις της πίεσης ανά επίσκεψη. Τα όρια για τη διάγνωση της υπέρτασης στα παιδιά και τους εφήβους βασίζονται σε πίνακες εκατοστιαίων θέσεων της αρτηριακής πίεσης, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το ύψος, οι οποίες προέκυψαν από ανάλυση πολλών μελετών.

Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης:

- Φυσιολογική: αρτηριακή πίεση <90η εκατοστιαία θέση.
- Υψηλή-φυσιολογική: μεταξύ 90-95ης εκατοστιαίας θέσης (στους εφήβους και ≥120/80mmHg ακόμα και αν είναι <90η θέση).
- Υπέρταση: >95η εκατοστιαία θέση (μεταξύ 95-99ης εκατοστιαίας θέσης +5mmHg θεωρείται υπέρταση σταδίου 1 και υψηλότερες τιμές σταδίου 2).

Όπως και στους ενήλικες, τα φαινόμενα της υπέρτασης λευκής μπλούζας (αυξημένη πίεση στο ιατρείο και χαμηλή στο σπίτι) και της συγκαλυμμένης υπέρτασης (πίεση αυξημένη στο σπίτι αλλά χαμηλή στο ιατρείο) δεν είναι σπάνια και στα παιδιά. Επομένως, οι τεχνικές μέτρησης της πίεσης εκτός ιατρείου (24ωρη καταγραφή ή στο σπίτι) είναι συχνά απαραίτητες. Στα παιδιά, η υπέρταση της λευκής μπλούζας είναι εξίσου συχνή με την σταθερή υπέρταση, ενώ η συγκαλυμμένη υπέρταση φαίνεται να είναι συχνότερη. Σε μελέτη στο Αρσάκειο Σχολείο Ψυχικού, σε 778 παιδιά 6-18 ετών, η συχνότητα της ιδιοπαθούς υπέρτασης ήταν 1,8%, της υπέρτασης λευκής μπλούζας 2,1% και της συγκαλυμμένης υπέρτασης 4,2% (Stergiou GS, et al. Amer J Hypertens 2009). Πίνακες για την αξιολόγηση της 24ωρης καταγραφής της πίεσης στα παιδιά (εκατοστιαίες θέσεις) έχουν συνταχθεί με βάσει τα αποτελέσματα Γερμανικής μελέτης (Soergel M, et al. J Pediatr 1997), ενώ για τις μετρήσεις στο σπίτι πίνακες με εκατοστιαίες θέσεις έχουν συνταχθεί με βάσει τα αποτελέσματα της μελέτης του Αρσακείου Σχολείου (Stergiou GS, et al. J Hypertens 2007).

Στόχος η μείωση της αρτηριακής πίεσης των παιδιών

Στόχος της παρέμβασης είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης κάτω από την 95η εκατοστιαία θέση. Αν υπάρχει βλάβη οργάνων-στόχων (υπερτροφία αριστερής κοιλίας, νεφρική βλάβη, κ.λπ.) ο συνιστώμενος στόχος-πίεση είναι <90η θέση και αν υπάρχει λευκωματουρία πολύ χαμηλότερα (<50η θέση). Φαρμακευτική θεραπεία συνιστάται όταν αποτύχει η προσπάθεια μείωσης της πίεσης με την εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέσων για μερικούς μήνες (ανάλογα με τα επίπεδα της πίεσης και την παρουσία βλάβης οργάνων-στόχων). Στα παιδιά και τους εφήβους, αντιυπερτασικά φάρμακα πρώτης γραμμής θεωρούνται τα θειαζιδικά διουρητικά, οι β-αποκλειστές, οι ανταγωνιστές ασβεστίου, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου και αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης. Από κάθε κατηγορία προτιμώνται τα πιο μελετημένα μόρια σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Στα παιδιά και τους εφήβους, τα αντιυπερτασικά φάρμακα συχνά είναι αποτελεσματικά σε δόσεις μικρότερες από αυτές που χρησιμοποιούνται στους ενήλικες. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη μελέτη όλων των αντιυπερτασικών φαρμάκων στα παιδιά. IB

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ (6th PAN-HELLENIC CONGRESS ON EPILEPSY)
24-26 Ιουνίου 2011, Θεσσαλονίκη
INFO: C & C International Group of Companies
Τηλ.: 210 6889130
Fax: 210 6844777
Website: www.candc-group.com

14ο ΕΛΛΗΝΟ-ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ
06-10 Ιουλίου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athens Hilton
Organization: Greek-German Urological Association
INFO: First Conferences & Events Ltd
Tel.: +30 210 7787016
Fax: +30 210 7787566
E-mail: firstce@hol.gr
Website: www.firstconferences.gr, www.firstconferences.gr/pdf/06-0_07_2011ann.pdf

13th EARA CONFERENCE EUROPEAN ASSOCIATION FOR RESEARCH ON ADOLESCENCE
29 Αυγούστου - 1 Σεπτεμβρίου 2011, Σπέτσες
INFO: Triaena Tours & Congresses S.A.
Tel.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: congress@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

OSTEOSYNTHESE INTERNATIONAL 2011
14-17 September 2011, Thessaloniki, Greece
Organization: Gerhard Kuntscher Society
INFO: City Congress
Tel.: 210 3232433
Fax: 210 3232338
E-mail: info@aktinacitycongress.com
gks2011@aktinacitycongress.com
Website: www.aktinacitycongress.com
www.kuentschersociety.org

4η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Ο.ΝΟ.ΓΟ. ΤΗΣ Ε.Ο.Ε.
22-25 Σεπτεμβρίου 2011, Ιωάννινα
Συνεδριακό κέντρο Du Lac
Οργάνωση: Η 4η Πανελλήνια Επιστημονική Συνάντηση του τμήματος Ο.ΝΟ.ΓΟ. της Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας θα πραγματοποιηθεί μαζί με την 8η Φθινοπωρινή Ουρολογική Συνάντηση
INFO: Website: www.huanet.gr/index.php?id=3&sub=5&lang=1

9th INTERNATIONAL SCIENTIFIC MEETING
27-30 September 2011, Athens
Megaro Athens International Conference Centre, Athens, Greece
Organization: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Hellenic Obstetric & Gynaecological Society
INFO: Erasmus Conferences Tours & Travel SA
E-mail: info@rcog2011.com
Website: www.rcog2011.com

10th CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE (EFIM)
05-08 October 2011, Athens, Greece
Athens Hilton Hotel
Organization: European Federation of Internal Medicine, Hellenic Society of Internal Medicine
INFO: C & C International Group of Companies
Tel.: +30 210 6889130
Fax: +30 210 6844777
E-mail: efim2011@candc-group.com
Website: www.efim2011.org

EFIM 2011 (EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE)
06-09 Οκτωβρίου 2011, Αθήνα
Athens Hilton Hotel
INFO: AC & C, Professional Congress Organiser
Τηλ.: 210 6889100
Fax: 210 6844777
Website: www.candc-group.com

67ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
12-16 Οκτωβρίου 2011, Αθήνα
Ξενοδοχείο Athens Hilton
Οργάνωση: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ (ΕΕΧΟΤ)
INFO: City Congress
Τηλ.: 210 3232433
Fax: 210 3232338
E-mail: info@eexot2011.gr
Website: www.eexot2011.gr, www.aktinacitycongress.com

17ο ΚΟΙΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΧΕΡΙΟΥ & ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ
01-03 Δεκεμβρίου 2011, Θεσσαλονίκη
The Met Hotel
INFO: Symvoli Conference & Event Organisers
Tel.: 2310 433099
Fax: 2310 43599
E-mail: microhand2011@symvoli.gr
Website: www.microhand2011.gr

14th WORLD CONGRESS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS, PACING AND ELECTROPHYSIOLOGY
04-07 Δεκεμβρίου 2011, Αθήνα
INFO: Triaena Tours & Congress S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

10ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ
09-11 Δεκεμβρίου 2011, Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Makedonia Palace
INFO: Global Events
Τηλ.: 2310 247743
Fax: 2310 247746
E-mail: info@globalevents.gr
Website: www.globalevents.gr

13th EARA CONFERENCE EUROPEAN ASSOCIATION FOR RESEARCH ON ADOLESCENCE
29 Αυγούστου - 01 Σεπτεμβρίου 2012, Σπέτσες
INFO: Triaena Tours & Congresses S.A.
Τηλ.: 210 7499300
Fax: 210 7705752
E-mail: info@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr

3ο ΕΤΗΣΙΟ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2010-2011
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Μοριοδότηση με 40 μόρια συνεχιζόμενης Ιατρικής εκπαίδευσης με τα κριτήρια EACCME-UEMS.
Οργάνωση: Παθολογική Κλινική και Ερευνητικό Εργαστήριο Παθολογίας, Διευθυντής Καθηγητής Γεώργιος Ν. Νταλέκος
INFO: Νίκος Πολύζος, Γραμματεία Παθολογικής Κλινικής Π.Θ.
Τηλ.: 2413502799
Website: http://www.med.uth.gr/UploadFiles/file/3o_Metekpaideutiko_programma_pathologias_%202010_11.pdf

Ανάγκη ψυχολογικής στήριξης για τους ασθενείς με ψωρίαση

Μεγάλη ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης έχουν επτά στους δέκα ασθενείς με ψωρίαση, όπως δείχνουν τα πρώτα στοιχεία από τη λειτουργία της Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Υποστήριξης (801-11-772-772), η οποία έκλεισε ένα χρόνο λειτουργίας. Η πρωτοβουλία ανήκει στο Σωματείο Ασθενών με Ψωρίαση – ΚΑΛΥΨΩ και τα στοιχεία ανακοινώθηκαν με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Ψωρίασης.

Όπως ανακοίνωσε το Σωματείο ΚΑΛΥΨΩ, τα κύρια ευρήματα από τη λειτουργία της γραμμής είναι τα εξής:

- Το 70% των τηλεφωνημάτων αφορούσαν στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με ψωρίαση ή συγγενικών τους προσώπων.
- Το 65% των τηλεφωνημάτων ήταν εκτός Αττικής, ενώ το 35% από την Αττική.
- Το 85% των τηλεφωνημάτων ήταν από τους ίδιους τους ασθενείς και 15% από συγγενικά ή κοντινά τους πρόσωπα.
- Οι ηλικίες των ανθρώπων που καλούσαν κυμαίνονταν από 35 μέχρι και 76 ετών.

Τα βασικά θέματα που φαίνεται να απασχολούν τους ασθενείς με ψωρίαση είναι:

- Η εξωτερική τους εμφάνιση. Οι πάσχοντες από τη νόσο νοιώθουν απέχθεια με την εικόνα του ίδιου τους του εαυτού, αλλά και ντροπή προς τον κοινωνικό περίγυρο.
- Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο στην ερωτική τους ζωή, όσο και στον εργασιακό χώρο.
- Οι νέες θεραπείες και οι παρενέργειες τους.
- Η ένταξη της θεραπείας στην καθημερινότητάς τους.
- Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου και πώς να την αντιμετωπίσουν αισιόδοξα.

Σύμφωνα με την πρόεδρο του Σωματείου «ΚΑΛΥΨΩ» Δρ. Ευαγγελία Άνθη, «πολλοί ασθενείς υποφέρουν από συναισθήματα αμηχανίας, κατάθλιψη, άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα οποία με τη σειρά τους δημιουργούν ένα επίπεδο ψυχικής αναστάτωσης, που κάνει την αντιμετώπιση της νόσου δυσκολότερη. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ασθενείς λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν οδηγούνται συχνά στην ανεργία, αλλά και στη στέρηση συνηθισμένων καθημερινά δραστηριοτήτων, όπως ομαδικές ή ατομικές δραστηριότητες, είσοδος σε κοινόχρηστους χώρους κ.λπ.».

Τι αποκαλύπτει έρευνα του Ελληνικού Συλλόγου Υποστήριξης Ασθενών με Οστεοπόρωση

Ο Ελληνικός Σύλλογος Υποστήριξης Ασθενών με Οστεοπόρωση, ύστερα από εκτενή μελέτη και έρευνα σε 10.000 γυναίκες σε όλη την Ελλάδα, δημοσιοποιεί μέρος των ευρημάτων της έρευνάς του:

- Ο Σύλλογος μέτρησε 10.000 γυναίκες και για πρώτη φορά εξήγαγε τα επιδημιολογικά στοιχεία της οστεοπόρωσης στην Ελλάδα. Τα στοιχεία αναλύθηκαν στατιστικά στο Εργαστήριο Έρευνας Μυοσκελετικών Παθήσεων του Πανεπιστημίου Αθηνών και δημοσιεύθηκαν στο επιστημονικό περιοδικό του Ελληνικού Ιδρύματος Οστεοπόρωσης «Σκελετική Υγεία».
- Διαπιστώθηκε ότι το 20% των γυναικών μπαίνει στην εμμηνόπαυση με ήδη προυπάρχουσα οστεοπόρωση.
- Επιπλέον, σε ηλικία 70 ετών, περισσότερες από τις μισές Ελληνίδες έχουν εγκατεστημένη οστεοπόρωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΣΚΗΣΗΣ:

ΠΟΤΕ–ΣΠΑΝΙΑ	82%
1-2 ΩΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	5,3%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	5,5%

- Επίσης, 3 στα 4 υπερήλικα άτομα έχουν σοβαρό πρόβλημα οστεοπόρωσης.
- Στις γυναίκες κάτω των 50 ετών, δηλαδή γυναίκες πολύ νέες που δεν έχουν μπει στην εμμηνόπαυση, βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (35,4%) έχει ήδη ελαττωμένη οστική μάζα, στοιχείο που δημιουργεί ανησυχία.
- Στο σύνολο του γυναικείου Ελληνικού πληθυσμού άνω των 50 ετών (2.400.000, απογραφή 2003) οι 855.500 Ελληνίδες έχουν οστεοπόρωση, δηλαδή το 35%.
- Το 51% των Ελληνίδων άνω των 50 ετών που είχαν ήδη μπει στην εμμηνόπαυση δεν είχε κάνει μέτρηση οστικής πυκνότητας, ενώ στις περισσότερες αγροτικές και ορεινές περιοχές της πατρίδας μας το 48% αγνοούσε τελείως το γεγονός και συμμε-

τείχε τυχαία στη μελέτη.

- Οποιοσδήποτε έχει πάθει ένα τουλάχιστον κάταγμα χαμηλής βίας στο παρελθόν, σε οποιοδήποτε σημείο του σκελετού του, έχει υψηλό κίνδυνο οστεοπόρωσης. Στην Ελλάδα, το 32% των γυναικών άνω των 50 ετών αναφέρει ότι έχει υποστεί ένα κάταγμα στο παρελθόν.
- Το 85% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών βρέθηκε ότι πέφτει μία τουλάχιστον φορά το χρόνο.

Κοινωνική συμπεριφορά και οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση και κυρίως τα κατάγματα, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ακόμα και μετά την ίασή τους. Είναι σίγουρο ότι μετά από ένα κάταγμα μειώνεται η κινητικότητα και λειτουργικότητα των ατόμων. Το πρόβλημα οξύνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Τα σπονδυλικά κατάγματα προκαλούν παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης, κύφωση (καμπούρα) και πόνο. Οι συνέπειες αυτές οδηγούν τα άτομα σε κοινωνική απομόνωση.

Το 50% των Ελληνίδων ενοχλούνται πολύ από τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα τους, ενώ το 35% δήλωσε ότι ενοχλείται λίγο.

Άσκηση

Άλλος παράγοντας που μελετήθηκε ήταν η άσκηση και η ενασχόληση γενικά με φυσικές δραστηριότητες. Και εδώ τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά (πίνακας 1).

Διατροφή

Η διατροφή αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόληψης κατά της οστεοπόρωσης και αναντικατάστατο κομμάτι της θεραπείας της. Το ασβέστιο αποτελεί το κυριότερο μέταλλο στη δομή του οστού. Η επαρκής διαιτητική πρόσληψη ασβεστίου είναι αναγκαία σε όλες τις ηλικιακές ομάδες για την πρόληψη της οστεοπόρωσης και αποτελεί μέρος της αντιμετώπισής της. Το ασβέστιο συμβάλλει στην απόκτηση της κορυφαίας οστικής πυκνότητας και στην πρόληψη της οστικής απώλειας.

- Ένα εύρημα της έρευνάς μας που επιβεβαίωσε το μέγεθος του προβλήματος της κακής διατροφής των νέων Ελληνίδων (γυναίκες μικρότερες των 50 ετών) είναι, ότι μόνο το 32% παίρνει καθημερινά τις απαραίτητες ποσότητες ασβεστίου.
- Επίσης, το 72,6% των γυναικών άνω των 50 ετών λαμβάνει καθημερινά ποσότητες ασβεστίου κατά πολύ μικρότερες των διεθνώς συνιστώμενων δόσεων.
- Η χαμηλή μάζα σώματος συνήθως συνδέεται με την ελλιπή διατροφή. Η ελλιπής διατροφή μπορεί επίσης να επηρεάσει τη σκελετική υγεία, κυρίως όταν το διατροφολόγιο μας είναι ελλιπές σε πρόσληψη ασβεστίου. Το ασβέστιο είναι ένα απαραίτητο συστατικό της οστικής πυκνότητας, αλλά είναι επίσης απαραίτητο για τους μύες, τα νεύρα και άλλα κύτταρα στο σώμα.
- Η βιταμίνη D είναι επίσης απαραίτητη αφού βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου. Στα παιδιά και στους ενήλικες, η συνηθισμένη έκθεση του προσώπου, των χεριών και των βραχιόνων για 10-15 λεπτά την ημέρα στον ήλιο, είναι συνήθως αρκετή για την πρόσληψη βιταμίνης D.
- Επομένως, η σωστή διατροφή σε συνδυασμό με την συχνή άσκηση είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες για την πρόληψη της οστεοπόρωσης. Te que egervidie etiquam multo virtu mod rehebem meis.

Αναγκαία η ενημέρωση των ασθενών με καρκίνο μαστού

Σημαντικά κενά πληροφόρησης των Ελληνίδων ασθενών με καρκίνο μαστού, σχετικά με παραμέτρους της νόσου τους, καταγράφει έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σχεδόν οι μισές από τις ασθενείς δηλώνουν ότι είναι λίγο ή καθόλου ενημερωμένες ακόμη και σε σχέση με τον τύπο του καρκίνου τους.

Η έρευνα είναι σε εξέλιξη και έχει δώσει πρώτα αποτελέσματα σε 198 γυναίκες με πρώιμο καρκίνο μαστού, ηλικίας 26 έως 78 ετών, από την Αθήνα, την Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο και την Πάτρα. Στόχος της είναι η αξιολόγηση του επίπεδου γνώσης των ασθενών με διαγνωσμένο καρκίνο μαστού για τον HER2 (τον υποδοχέα του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα τύπου 2), η καταγραφή της πορείας των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας από τη στιγμή του εντοπισμού του όγκου μέχρι την πρόσβαση στον εξειδικευμένο ιατρό και η καταγραφή του βαθμού ενημέρωσης των ασθενών.

Όπως τόνισε η Δρ. Ελίζα Φερεκύδου, βιολόγος, επιστημονική συνεργάτης του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, «παρά την επιβεβαιωμένη σπουδαιότητα του συστηματικού και ποιοτικά ορθού ελέγχου για τον παράγοντα HER2, τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι οι ασθενείς στην Ελλάδα δεν γνωρίζουν τον HER2 και δεν αναγνωρίζουν τη σημασία του στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για εκείνες. Είναι χαρακτηριστικό ότι μόλις μία στις τέσσερις θυμάται τον παράγοντα ως στοιχείο της βιοψίας της και μόνο έπειτα από διευκρίνιση».

Σύμφωνα με τον Χρήστο Α. Παπαδημητρίου, παθολόγο-ογκολόγο, αναπληρωτή καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών, «η εξέταση HER2 πρέπει να πραγματοποιείται πάντα τη στιγμή της διάγνωσης, καθώς προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό την κατάλληλη θεραπευτική επιλογή. Περίπου 30% των γυναικών με καρκίνο μαστού έχουν HER2 θετική νόσο και η συγκεκριμένη διάγνωση επηρεάζει το κλινικό αποτέλεσμα, καθότι υπάρχουν πλέον διαθέσιμες βιολογικές θεραπείες που στοχεύουν αποκλειστικά το HER2-θετικό καρκίνο μαστού και παρέχουν αποδεδειγμένο όφελος επιβίωσης».

Οι μισές Ελληνίδες θετικές στον ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων

Το 50% των Ελληνίδων γυναικών που προσέρχονται στα νοσοκομεία της χώρας για έλεγχο με τεστ Παπανικολάου, είναι θετικές στον ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV), ενώ ο ιός αυτός εντοπίζεται στο 75% των παθολογικών τραχηλικών δειγμάτων των γυναικών που υποβάλλονται σε εξέταση κατά Παπανικολάου.

Αυτό επισημαίνεται σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα και παρουσιάστηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο Γυναικολογικού καρκίνου, που έγινε στην Πράγα. Η μελέτη αναφέρει επίσης, ότι όσον αφορά στους κυριότερους τύπους του ιού, φαίνεται ότι στην Ελλάδα οι πιο συχνοί καρκινικοί τύποι του ιού HPV είναι οι 16, 18, και οι πιο συχνοί καλοήθεις, είναι οι 6 και 11. Οι τύποι αυτοί προκαλούν το 70% του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και το 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων αντίστοιχα, παγκοσμίως.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, ο περιορισμός των νοσημάτων αυτών θα επιτευχθεί με τη μαζική εφαρμογή του εμβολιασμού έναντι του Ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV). Ο εμβολιασμός έναντι του HPV, ο οποίος εφαρμόζεται σήμερα σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι η σύγχρονη μέθοδος πρόληψης του καρκίνου, αλλά και των προκαρκινικών μορφών του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου και του κόλπου. Στη χώρα μας, ο εμβολιασμός έναντι του ιού HPV έχει ενταχθεί επίσημα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών του Υπουργείου Υγείας. Τα εμβόλια χορηγούνται δωρεάν σε όλα τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες ηλικίας 12-26 ετών.

Ο HPV εμβολιασμός αποτελεί εμβόλιο ρουτίνας για τα κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών για λόγους που δεν έχουν να κάνουν μόνο με την επικείμενη ή όχι έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Η ηλικία αυτή, με αιχμή την ηλικία των 12 ετών, είναι η περίοδος όπου ολοκληρώνεται όλη η σειρά των εμβολίων του εθνικού προγράμματος εμβολιασμών, καθώς η ανταπόκριση στους εμβολιασμούς είναι η βέλτιστη και η συμμόρφωση των εφήβων στις ιατρικές συστάσεις υψηλή.

Ακριβές οι συνέπειες της κολπικής μαρμαρυγής

Ταλαιπωρία για τον ασθενή και την οικογένειά του, αλλά και τεράστιο κόστος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, προκαλεί η κολπική μαρμαρυγή.

Το άκρως δαπανηρό αυτό νόσημα κοστίζει ετησίως – κατά μέσο όρο – σχεδόν € 3.000 ανά ασθενή, κόστος το οποίο μπορεί να «εκτιναχθεί» στις € 6.500, αν χρειαστεί επεμβατική μέθοδος. Με αυτά τα δεδομένα, οι περίπου 100.000 Έλληνες ασθενείς, κοστίζουν σε ετήσια βάση σχεδόν 300 εκατομμύρια ευρώ. Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί την πλέον συχνή μορφή αρρυθμίας και συνδέεται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Η άμεση αντιμετώπισή της θεωρείται επιβεβλημένη, προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρές επιπλοκές. Η εξέλιξη των φαρμακευτικών επιλογών έχει μειώσει σημαντικά τις ανάγκες νοσηλείας των ασθενών, βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής τους και συμβάλλοντας στον έλεγχο του κόστους.

Τα παραπάνω προκύπτουν, μεταξύ άλλων, από τα αποτελέσματα της μελέτης, με θέμα «Διαχείριση και Οικονομική Αξιολόγηση της Κολπικής Μαρμαρυγής στην Ελλάδα», η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) με την υποστήριξη της φαρμακευτικής εταιρείας sanofi-aventis. Επιστημονικά υπεύθυνος ήταν ο Καθηγητής κ. Ιωάννης Κυριόπουλος και στην ερευνητική ομάδα συμμετείχαν οι Κ. Αθανασάκης, Ε. Καραμπλή και Μ. Ολλανδέζος. Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή του τρόπου διαχείρισης των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή στην Ελλάδα, των υγειονομικών υπηρεσιών και πόρων που καταναλώνονται, αλλά και η εκτίμηση του οικονομικού βάρους από τη νόσο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η έρευνα διεξήχθη το χρονικό διάστημα Ιουνίου – Ιουλίου 2009, με τη συμμετοχή 150 καρδιολόγων από όλη τη χώρα, καθώς και τη συμβουλευτική υποστήριξη μιας ομάδας διακεκριμένων, ευρύτατα αναγνωρισμένων ιατρών - καρδιολόγων στη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τη μελέτη, το άμεσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή με κολπική μαρμαρυγή ανέρχεται στα € 2.947. Το κόστος διαφέρει μεταξύ των βασικών θεραπευτικών στρατηγικών που ακολουθούνται. Στη στρατηγική διατήρησης του ρυθμού, το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή είναι € 3.184. Στη στρατηγική ελέγχου της καρδιακής συχνότητας φτάνει τα € 2.095, ενώ το κόστος για τη διαχείριση των ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζονται επεμβατικά υπολογίζεται κατά μέσο όρο στα € 6.452. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, η συνολική δαπάνη για τους περίπου 100.000 πάσχοντες άνω των 60 ετών στην Ελλάδα υπολογίζεται στα 292 εκατομ. ευρώ ετησίως.

Σε ότι αφορά τη διαχείριση της κολπικής μαρμαρυγής, η πλειονότητα των θεραπόντων ιατρών (89,6%) επιλέγουν τη χορήγηση φαρμακοθεραπείας ως αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής. Το 5,2% των ασθενών αντιμετωπίζονται με επεμβατική διαδικασία, ενώ ένα ποσοστό 5,2% δεν λαμβάνει καμία θεραπεία. Η επικρατέστερη θεραπευτική στρατηγική (60%) είναι η αποκατάσταση και διατήρηση του φλεβοκομβικού ρυθμού μέσω ανάταξης ή/και χορήγησης αντιαρρυθμικής αγωγής. Το ποσοστό αυτό δεν είναι πολύ μεγαλύτερο του αντίστοιχου της στρατηγικής ελέγχου της καρδιακής συχνότητας. Από τη μελέτη προκύπτει επίσης, πως η κολπική μαρμαρυγή συνδέεται με σημαντικό αριθμό εισαγωγών στο νοσοκομείο λόγω υποτροπών ή επιπλοκών της νόσου. Επιπλέον, συνδέεται και με υψηλή συχνότητα απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων, καθώς και ιατρικών επισκέψεων. Σχολιάζοντας τα ευρήματα, η ερευνητική ομάδα της ΕΣΔΥ υπογραμμίζει ότι η κολπική μαρμαρυγή είναι ένα νόσημα με υψηλές απαιτήσεις φροντίδας και εντατική χρήση των υπηρεσιών Υγείας. Το συμπέρασμα επιβεβαιώνεται σε μεγάλο βαθμό από το γεγονός ότι ένα μεγάλο κομμάτι του κόστους οφείλεται στις δαπάνες εξετάσεων και παρακολούθησης (54,8%), καθώς και τις δαπάνες νοσηλείας (20,8%) έναντι των άλλων μεταβλητών.

Ίδρυση του σωματείου «Ελληνική εταιρεία ναυτικής - ταξιδιωτικής ιατρικής»

Δυνάμει της υπ΄ αρίθμ. 4161/2010 Απόφασης του Μονομελούς Πρωτοδικείου Αθηνών, (Τμήμα Εκουσίας Δικαιοδοσίας), αναγνωρίστηκε το Σωματείο με την επωνυμία «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΑΥΤΙΚΗΣ – ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (HELLENIC ASSOCIATION OF MARITIME – NAVAL - TRAVEL MEDICINE)», έδρα την Αθήνα και με σκοπούς:

Την προαγωγή της Ναυτικής Ιατρικής στην Ελλάδα επ΄ωφελεία της υγείας των ανθρώπων που υπηρετούν, εργάζονται ή επιβαίνουν ως ταξιδιώτες επί πλοίου αλλά και της προαγωγής των γνώσεων ιατρών και εν γένει επαγγελματιών του κλάδου υγείας, σε θέματα ιατρικής υποδομής και φροντίδας επιβατών και πληρωμάτων εν πλω, ιατρικής της υποβρύχιας δραστηριότητας και νόσου των δυτών, άσκησης προληπτικής ιατρικής επιβατών και πληρωμάτων που ταξιδεύουν σε προορισμούς με ιδιάζουσες κλιματικές και υγειονομικές συνθήκες, μελέτης ελληνικής και διεθνούς νομοθεσίας για την άσκηση ιατρικής επί πλοίου και τέλος μελέτης της Ναυτικής ιστορίας.

Το πρώτο Δ.Σ. της Εταιρείας απαρτίζεται ως εξής:

1. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	*Προεδρος*
2. ΚΟΣΜΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	*Α΄ Αντιπροεδρος*
3. ΠΟΛΥΧΡΟΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	*Β΄ Αντιπροεδρος*
4. ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ	*Γεν. Γραμματεας*
5. ΜΠΟΥΡΟΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ	*Ειδ. Γραμματεας*
6. ΚΑΣΑΡΤΖΙΑΝ ΠΕΤΡΟ	*Ταμίας*
7. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	*Μέλος σύμβουλος*
8. ΚΑΛΛΙΚΑΖΑΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	*Μέλος σύμβουλος*
9. ΛΥΣΙΜΑΧΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	*Μέλος σύμβουλος*

ΕΙΔΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΧΩΡΟ

Ερευνητικό Πειραματικό Κέντρο ELPEN

Το Ερευνητικό Πειραματικό Κέντρο της ELPEN είναι το πρώτο εργαστήριο Βιοϊατρικής, Έρευνας και Εκπαίδευσης, που προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα και από την ελληνική παραγωγική βιομηχανία.

Επικεντρώνεται κυρίως σε ασθένειες που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, τη φλεγμονή, τα αντιοξειδωτικά μόρια, το αναπνευστικό και την καρδιολογία.

Όπως διευκρίνισε ο Αντιπρόεδρος της ELPEN κ. Θεόδωρος Τρύφων «σε συνεργασία με εταιρείες, Πανεπιστήμια, φορείς και επιστήμονες της Ελλάδος και του εξωτερικού, συνεχίζουμε την υλοποίηση δικών μας ερευνητικών πρωτοκόλλων και προγραμμάτων σε σημαντικές θεραπευτικές κατηγορίες, με αιχμή βέβαια το αναπνευστικό και την καρδιολογία».

Συγκεκριμένα, πρόσθεσε ο κ. Τρύφων, εξειδικευόμαστε σε τεχνολογία συσκευών για το αναπνευστικό σε σταθερούς συνδυασμούς και σε νέες φαρμακευτικές μορφές. Τεχνολογία που καταλήγει σε προϊόντα, τα οποία απευθύνονται κυρίως στην αγορά του εξωτερικού.

Όπως τόνισε ο κ. Τρύφων, η ELPEN διαθέτει προϊόντα για το αναπνευστικό σε πάνω από 20 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Μέσης Ανατολής. Για το λόγο αυτό δημιουργεί και τρίτη παραγωγική μονάδα στην Κερατέα.

Το Κέντρο είναι πλήρως εξοπλισμένο, σημείωσε ο Διευθυντής του κ. Απόστολος Παπαλόης, για την υλοποίηση προκλινικών μελετών σε μόρια που αφορούν στις παραπάνω κατηγορίες. Ιδιαίτερα στον τομέα της Καρδιολογίας και σε συνεργασία με άλλους φορείς, αξιοποιήθηκαν οι υπάρχουσες υποδομές για τη φαρμακολογική μελέτη της δράσης των μορφοκλινικών παραγώγων στην αθηρωμάτωση. Οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν σε πειραματικά ζωϊκά μοντέλα, ενώ τα αποτελέσματα έχουν ήδη δημοσιευτεί σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά. Παράλληλα, οι επιστημονικές μας συνεργασίες με το εξωτερικό (π.χ. Imperial College Λονδίνου) αποδίδουν σταθερά θετικά αποτελέσματα.

Στο Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο, ανέφερε ο κ. Παπαλόης, έχουν επιτευχθεί μέχρι σήμερα επιστημονικές εργασίες και εκπαιδευτικά προγράμματα με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Συγκεκριμένα:

- 200 Διδακτορικές Διατριβές έχουν εκπονηθεί ή βρίσκονται σε φάση εκπόνησης, καθώς και 12 ολοκληρωμένα Masters.
- Άνω των 160 πρωτοκόλλων έχουν ολοκληρωθεί και περισσότερα από 40 βρίσκονται σε εξέλιξη.
- Περισσότερα από 400 Επιστημονικά Σεμινάρια εκ των οποίων το 80% με πρακτική άσκηση.
- Περισσότερες από 600 παρουσιάσεις και διαλέξεις σε επιστημονικά συνέδρια και εταιρείες.
- Περισσότερες από 150 παρουσιάσεις και διαλέξεις σε επιστημονικά συνέδρια και εταιρείες.
- Περισσότερες από 100 δημοσιεύσεις σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά.
- Περισσότερες από 7.000 επισκέπτες επιστημονικού ενδιαφέροντος μέχρι τον Ιούλιο του 2010.

Όπως ενημέρωσε ο κ. Τρύφων, μέσα στον επόμενο χρόνο, θα δημιουργηθεί πρότυπο Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο της ELPEN και στη Θεσσαλονίκη, που θα απευθύνεται στην επιστημονική κοινότητα της Βορείου Ελλάδος, αλλά και των Βαλκανικών χωρών.

Η παροχή υγείας γίνεται ασφαλέστερη;

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΡΟΥΛΑΚΟΣ, FRCS, FRCSE, DIC, PHD
Πρόεδρος της Βασιλικής Αγγειολογικής Ιατρικής Εταιρείας της Αγγλίας (Royal Society of Medicine, London), Consultant Vascular Surgeon Ealing Hospital και Charing Cross Hospital, Λονδίνο
g.geroulakos@imperial.ac.uk

Τους τελευταίους μήνες, ένας αυξανόμενος αριθμός περιπτώσεων ιατρικής αμέλειας είδε το φως της δημοσιότητας, θέτοντας στο προσκήνιο την ασφάλεια των ασθενών. Προφανώς τα ιατρικά σφάλματα είναι ένα διεθνές φαινόμενο και η χώρα μας δεν θα μπορούσε να αποτελέσει εξαίρεση.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου 1.000.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, πολλοί εκ των οποίων από ιατρικά σφάλματα[1]. Μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι μεταξύ 3% και 17% των εισαγωγών στα νοσοκομεία περιπλέκονται από ιατρικά σφάλματα και ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 28 μέχρι 75% από αυτά μπορούν να προληφθούν[2,3]. Η ασφάλεια των ασθενών είναι προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής πολλών χωρών την τελευταία δεκαετία. Σημαντικές προσπάθειες έχουν γίνει για να μειωθούν οι ιατρικές παραλείψεις. Είναι φυσικό να διερωτάται κανείς αν οι προσπάθειες αυτές είχαν θετικά αποτελέσματα. Είναι οι ασθενείς σήμερα ασφαλέστεροι;

Για να απαντήσουμε στην ερώτηση αυτή θα χρησιμοποιήσουμε παραδείγματα από τη Μεγάλη Βρετανία, από τις ΗΠΑ και αλλού, όπου υπάρχουν λεπτομερή στατιστικά στοιχεία και θα επικεντρωθούμε σε μια σειρά από σημαντικούς δείκτες που αντανακλούν την ποιότητα παροχής περίθαλψης. Οι δείκτες αυτοί αναφέρονται σε επιπλοκές όπως θνητότητα, νοσηρότητα, νοσοκομειακές λοιμώξεις και σε σφάλματα, όπως η παροχή φάρμακων σε διαφορετική δόση ή είδος από ό,τι συνταγογραφήθηκε.

Ο δείκτης της νοσοκομειακής θνητότητας έχει σημαντικά μειωθεί την τελευταία δεκαετία στη Μεγάλη Βρετανία. Μετά από έλεγχο και προσαρμογή διαφόρων παραγόντων όπως ηλικία, διάγνωση, φύλο, κοινωνικοοικονομική τάξη, παράγοντες κινδύνου, το είδος νοσοκομειακής εισαγωγής, επείγουσα ή προγραμματισμένη, ο δείκτης της θνητότητας έπεσε από το 114 το 1996-7 στο 82 το 2006-7[4]. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του νοσοκομείου Walsall που είχε τον μεγαλύτερο δείκτη θνητότητας στην Αγγλία το έτος 2000. Μετά τη δημοσίευση των στοιχείων αυτών, η διοίκηση του νοσοκομείου εγκατέστησε 7 διαφορετικές ελεγκτικές επιτροπές για να επιβλέψουν την εφαρμογή αλλαγών για την παροχή υπηρεσιών στην αντιμετώπιση καρδιοαγγειακών παθήσεων, νεοπλασιών, πνευμονικών παθήσεων, διαβήτη, νεφρικών νόσων, ορθοπεδικών περιστατικών και εντατικής νοσηλείας. Μια τετραετία αργότερα, ο δείκτης θνησιμότητας μειώθηκε από 130 στο 92.8. Η μεγαλύτερη μείωση ήταν στους θανάτους από καρδιοαγγειακές παθήσεις (44%) και αναπνευστικές παθήσεις (30%)[5].

Ένας άλλος δείκτης που παρουσιάζει βελτίωση είναι η μετεγχειρητική θνητότητα. Μια ανάλυση στατιστικών στοιχείων από 118 νοσοκομεία στις ΗΠΑ, όπου συμμετέχουν στο εθνικό πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας παροχής χειρουργικών υπηρεσιών, έδειξε ότι κατά την τριετία 2005-2007, 66% από τα νοσοκομεία αυτά βελτίωσαν το δείκτη θνητότητας[6]. Ελάττωση των μετεγχειρητικών θανάτων παρατηρήθηκε και στην Μεγάλη Βρετανία. Η θνητότητα από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις στη Βόρειο Αγγλία από 2,4% το 1997-8 έπεσε στο 1,8% το 2004-2005[7].

Μείωση παρουσιάζουν επίσης ορισμένες σοβαρές νοσοκομειακές λοιμώξεις. Από το 2001, στη Μεγάλη Βρετανία είναι υποχρεωτική η αναφορά στην κεντρική υγειονομική υπηρεσία περιστατικών βακτηριαιμίας από ανθεκτικό χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (MRSA) και από το 2004 περιστατικών βακτηριαιμίας από Clostridium Difficile. Οι αναφορές αυτές υποβάλλονται κάθε μήνα και υπογράφονται από το Διευθύνοντα Σύμβουλο του νοσοκομείου. Έτσι, η μείωση των λοιμώξεων έγινε κεντρική προτεραιότητα της διεύθυνσης των νοσοκομείων. Τα διαθέσιμα στοιχεία μέχρι τώρα δείχνουν μείωση των λοιμώξεων αυτών[8]. Αντιθέτως, σε μια σειρά από δημοσιεύσεις, φαίνεται ότι τα σφάλματα στη δόση και το είδος των φαρμάκων δεν έχουν ελαττωθεί.

Το συμπέρασμα είναι ότι ένας σημαντικός αριθμός εργασιών και στατιστικών στοιχείων δείχνουν ότι με την πάροδο του χρόνου η παροχή υγείας γίνεται ασφαλέστερη. Ο τομέας της υγείας μπορεί να αντλήσει έμπνευση και ιδέες από άλλους οργανισμούς, όπου τα λάθη είναι ολέθρια και λειτουργούν με συστήματα ασφαλείας πολύ υψηλών προδιαγραφών, όπως η εναέριος κυκλοφορία και οι πυρηνικοί σταθμοί ηλεκτρικής ενέργειας.

Είναι αξιοσημείωτο ότι για την Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες. Ένα ηλεκτρονικό σύστημα υποχρεωτικής καταγραφής της θνητότητας και των επιπλοκών για τις χειρουργικές επεμβάσεις σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, προσβάσιμο από τους πολίτες κατά το πρότυπο άλλων ευρωπαϊκών χωρών, θα μπορούσε να ήταν ένα πρώτο βήμα διαφάνειας και δείκτης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Όπως ήταν αναμενόμενο, λόγω του ελλείμματος των νοσοκομείων που ξεπερνά τα 6,5 δισ. ευρώ και της κακής οικονομικής κατάστασης, η προσοχή των αρμοδίων εστιάζεται στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία.

Ελπίζουμε ότι η πολιτεία στη χώρα μας θα δώσει, τη νέα δεκαετία, εξίσου μεγάλη προσοχή στην ασφάλεια και ποιότητα, όπως και στις οικονομικές δαπάνες στο χώρο της υγείας.

Βιβλιογραφία

1. World alliance for patient safety. WHO guidelines for safe surgery. Geneva: World Health Organisation 2008.
2. Sari ABA, Sheldon TA, Cracknell A et al. Extend, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. Qual Saf Health Care 2007; 16:434-439.
3. Foster AJ, Asmis TR, Clark HD et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. CAMJ 2004; 170:1235-40.
4. Vincent C, Aylin P, Franklin BD et al. Is health care getting safer? BMJ 2008; 337:1205-1207.
5. Jarman B, Bottle A, Aylin P, Browne M. Dr Foster's case notes. Monitoring changes in hospital standardised mortality ratios. BJM 2005; 330:329.
6. Hall BL, Hamilton BH, Richards K et al. Does Surgical Quality Improve in American College of Surgeons National Quality Improvement Program. An evaluation of all participating hospitals. Ann Surg 2009; 250:363-376.
7. Bridgewater B, Grayson AD, Brooks N et al. Has the publication of cardiac surgery outcome data been associated with changes in practice in northwest England: an analysis of 25 730 patients undergoing CABG surgery under 30 surgeons over eight years. Heart 2007; 93:744-748.
8. Health Protection Agency. Quarterly reporting results for Clostridium difficile infections and MRSA bacteraemia. 2008. www.hpa.org.uk/web/HPAweb&Page&HPAwebAutoListName/Page/1191942126541.

Η επίδραση των Ελλήνων Φιλοσόφων στην Ιατρική γενικά και ειδικότερα στο ζήτημα της Ευθύνης των Ιατρών

The influence of the Greek Philosophers in Medical Science in general and specifically in the Medical Liability issue

■ **Dr ΑΛΕΞΙΑΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ-ΣΟΦΙΑ**
Διδάκτορας Φιλοσοφίας - Φιλοσοφικής Σχολής ΑΠΘ

Περίληψη: *Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης εμφανίζεται ήδη από το 1900 π.Χ. Αφορά στην ευθύνη του ιατρού απέναντι στον ασθενή, προκειμένου να τον θεραπεύσει είτε από τυχόν λάθος διάγνωση της νόσου του, είτε από κάποιο αδέξιο χειρισμό. Έχει παρατηρηθεί ότι οι Έλληνες Φιλόσοφοι είχαν μεγάλη επίδραση στην Ιατρική Επιστήμη. Η Φιλοσοφία και η Ιατρική στην ουσία αναπτύχθηκαν και εξελίχθηκαν ταυτόχρονα. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο Ιπποκρατικός Όρκος είναι το πρώτο επίσημο γραπτό κείμενο που αφορά στην καθιέρωση της Ιατρικής Ευθύνης.*

Λέξεις ευρετηρίου: *ιατρική ευθύνη, ιστορία της Ιατρικής, Φιλοσοφία, ιατρός-ασθενής, Ιπποκρατικός Όρκος.*

1. Η καθιέρωση της Ιατρικής ευθύνης στις χώρες της Μεσοποταμίας

Από αρχαιοτάτων χρόνων είχε αρχίσει η αναζήτηση ευθύνης από τον ιατρό, λόγω αδέξιου χειρισμού ή λάθος διάγνωσης της νόσου, με αποτέλεσμα να οδηγείται ο ασθενής είτε στο θάνατο είτε σε κατάσταση μόνιμης αναπηρίας.

Αν ανατρέξει κανείς στον «Κώδικα του Hammurabi» το γνωστό και μεγίστης ιστορικής αξίας έργο της βασιλείας της Βαβυλωνίας το έτος 1900 π.Χ., θα διαπιστώσει πράγματι ότι υπήρχαν σε αυτόν διατάξεις και θέσπιζαν την ευθύνη του ιατρού από ενδεχομένως αστοχίες του, από πράξεις ή παραλείψεις του στον ασθενή. Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 218 του Κώδικα ορίζονταν ότι:

- Εάν ένας ιατρός προκαλέσει τομή ή με χειρουργικό μαχαίρι από χαλκό και θεραπεύσει τον ασθενή ή εάν ανοίξει ένα απόστημα με χειρουργικό μαχαίρι και σώσει το μάτι του ασθενή θα πάρει δέκα σέλεκς – μοίρες αργύρου. Εάν όμως πρόκειται για δούλο ο κύριός του θα πληρώσει δυο μοίρες αργύρου στον ιατρό.
- Αντίθετα, εάν ο ιατρός προκαλέσει σοβαρό τραύμα με χειρουργικό μαχαίρι και ο ασθενής πεθάνει, ή εάν ανοίξει ένα απόστημα με χειρουργικό μαχαίρι και καταστρέψει το μάτι, τότε τα χέρια του θα του κοπούν.
- Εάν ο ιατρός προκαλέσει σοβαρό τραύμα με χάλκινο χειρουργικό μαχαίρι σε δούλο ενός ελεύθερου ανθρώπου και ο δούλος πεθάνει πρέπει τότε ο ιατρός να αντικαταστήσει το δούλο με άλλο δούλο. Εάν όμως αυτός ανοίξει ένα απόστημα με χάλκινο χειρουργικό μαχαίρι και καταστρέψει το μάτι, θα πληρώσει τη μισή αξία του δούλου.
- Εάν ο ιατρός θεραπεύσει ένα οστό που πάσχει ή ένα όργανο που νοσεί, θα παίρνει πέντε μοίρες αργύρου. Εάν πρόκειται για δούλο που έχει απελευθερωθεί, θα πληρωθεί με τρεις μοίρες αργύρου. Εάν όμως είναι δούλος, τότε ο κύριος του δούλου, θα δίνει στον ιατρό δυο μοίρες αργύρου[1,2].

Κατά συνέπεια οι Βαβυλώνιοι ήταν οι πρώτοι που προχώρησαν στον καθορισμό της ιατρικής ευθύνης.

Όσον αφορά στη διάγνωση της νόσου των ασθενών ο Ηρόδοτος υποστήριζε την άποψη ότι οι συγγενείς των ασθενών μετέφεραν αυτούς στην αγορά της πόλης όπου διέμεναν και στην συνέχεια διέρχονταν από αυτή οι ιατροί οι οποίοι υποχρεώνονταν να συνομιλήσουν με τους ασθενείς προκειμένου να διαπιστώσουν αν η νόσος από την οποία έπασχαν την είχαν περάσει και οι ίδιοι ή όχι. Επίσης, θεωρούσε ότι υπήρχαν αρκετοί ιατροί οι οποίοι εξέταζαν τους ασθενείς τους εντελώς δωρεάν εφόσον βέβαια ήταν φτωχοί[3].

Παράλληλα, την περίοδο εκείνη παρατηρούμε αρκετούς φιλοσόφους όπως τον Πυθαγόρα, τον Λάο-Τσε, τον Ζωροάστρη, τον Κομφούκιο και άλλους, οι οποίοι παρ' όλο που δεν ήταν ιατροί, εν τούτοις είχαν έντονη επίδραση στη διαμόρφωση της ιατρικής σκέψης. Αποστολή της φιλοσοφίας είναι η μελέτη του ανθρώπου και ο τρόπος της ζωής του, δηλαδή η φιλοσοφία εξετάζει τόσο τη φύση όσο και τον άνθρωπο, ενώ η Ιατρική Επιστήμη αναφέρεται στον άνθρωπο που γίνεται αντικείμενο της έρευνάς της. Επιπλέον, ο Πέρσης φιλόσοφος Ζωροάστρης υποστηρίζει ότι η ασθένεια του ανθρώπου είναι το αποτέλεσμα που προκύπτει από την σύγκρουση του καλού με το κακό[4].

2. Η ευθύνη του Ιατρού κατά το Αιγυπτιακό Δίκαιο

Σύμφωνα με τις φιλοσοφικές απόψεις τόσο του Ηρόδοτου όσο και του Διόδωρου του Σικελιώτη, ο καθορισμός της ιατρικής ευθύνης είχε γίνει από την Ιερή Βίβλο. Σύμφωνα με τις ανωτέρω απόψεις η Ιερή Βίβλος περιελάμβανε τέσσερις βασικές διατάξεις:

- Τη διάταξη του «ανευθύνου» των ιατρών. Σύμφωνα με αυτήν ο κάθε ιατρός που αναλάμβανε να θεραπεύσει τον ασθενή του, για τις τρεις πρώτες ημέρες της θεραπείας του και με κίνδυνο του ίδιου του ασθενή, δεν είχε καμία ευθύνη για την έκβαση της υγείας του.
- Τη διάταξη της απόλυτης ευθύνης των ιατρών. Σύμφωνα με αυτήν ο ιατρός αφού περνούσαν οι τρεις μέρες της θεραπείας του ασθενή του και ενώ συνεχίζονταν αυτή, είχε πλέον από εκεί και μετά την ευθύνη της κατάστασης της υγείας του.
- Ο θεράποντας ιατρός που ακολουθούσε κατά την εφαρμογή στον ασθενή του, τους κανόνες της ιατρικής ακόμη και εάν πέθαινε ο ασθενής, απαλλάσσονταν από κάθε ευθύνη, δηλαδή ίσχυε η διάταξη του «ανευθύνου» των ιατρών.
- Σε περίπτωση όμως που ο θεράποντας ιατρός παρεξέκλινε της εφαρμογής των κανόνων αυτών και ανεξάρτητα από την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του ασθενή του, τιμωρούνταν με θανατική ποινή και αυτό γιατί οι ιατροί δεν γνώριζαν τόσα όσα όριζαν οι κανόνες τους οποίους θέσπισαν οι άριστοι των ειδικών για τα ζητήματα αυτά[1].

Για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος διατυπώθηκαν ορισμένες απόψεις φιλοσόφων: Συγκεκριμένα, ο Όμηρος στο έργο του «Οδύσσεια» αναφέρει ότι η Αιγυπτιακή Ιατρική είναι ανώτερη των άλλων χωρών και προσθέτει ότι «ιατρός δε έκαστος επιστάμενος περί πάντων ανθρώπων».

Ο Ηρόδοτος, ο πατέρας της Ιστορίας, προσθέτει ότι κάθε ιατρός πρέπει να ασχολείται μόνο με μια ασθένεια και όχι με όλες, εισάγοντας έτσι την διάκριση των ιατρικών ειδικοτήτων. Τέλος, ο Διόδωρος ο Σικελιώτης υποστηρίζει την άποψη ότι σε όλη τη χώρα των Αιγυπτίων οι ασθενείς εξετάζονται από τους ιατρούς εντελώς δωρεάν, αφού η μισθοδοσία αυτών καταβάλλεται από την Κοινότητα[3].

3. Η θέση των Ελλήνων Φιλοσόφων για το ζήτημα της Ευθύνης των Ιατρών

Εάν ανατρέξει κανείς στην προ Ιπποκρατική περίοδο θα διαπιστώσει πραγματικά μια αναπτυσσόμενη διαρκώς σχέση μεταξύ Φιλοσοφίας και Ιατρικής, μια σχέση η οποία πηγάζει από την ταυτόχρονη ανάπτυξη της Επιστήμης της Φιλοσοφίας και της Ιατρικής.

Εάν εμβαθύνουμε την έρευνά μας στις πηγές του αρχαίου ελληνικού πολιτισμού, θα διαπιστώσουμε ότι η ιστορία της ιατρικής δύσκολα δύναται να διαχωριστεί από την ιστορία της φιλοσοφίας. Αυτή η ένωση φανερώνει τους ακατάλυτους δεσμούς και την κοινή πορεία των δυο αυτών επιστημών. Με την γένεση της φιλοσοφικής επιστήμης στη σχολή του Θαλή, στη συνέχεια την μορφοποίησή της στην «Θεογονία» του Ησίοδου, με την έκφραση της στα αποφθέγματα των Πυθαγορείων, αλλά και της σχολής του Κρότωνα, φθάνει η φιλοσοφική επιστήμη, μέσα από μια ασφαλή ανάπτυξη, στην Ιπποκρατική Σχολή. Η διαδρομή αυτή αποκαλύπτει την αλληλοεπίδραση των δυο αυτών κλάδων των επιστημών.

Αλλά και κατά την ομηρική εποχή, ο ιατρός ήταν πράγματι ένα σεβαστό πρόσωπο με ξεχωριστές γνώσεις επηρεασμένο από την φιλοσοφική σκέψη. Ο Πάτροκλος στο έργο του «Ιλίας», διευκρινίζει πως θεραπεύθηκε ο ενδοξότερος από τους Έλληνες ήρωες από «σοφούς ιατρούς». Συνεπώς, η γέννηση της Ιατρικής Επιστήμης συμπίπτει με τη γέννηση της Ελληνικής Φιλοσοφίας, όπου για πρώτη φορά διαπιστώνουμε την ύπαρξη ενός συστήματος ερμηνείας των φαινομένων της φύσης και των νόμων. Πριν την περίοδο αυτή, η ιατρική ασκούνταν με βάση την εμπειρία, αλλά θεωρούνταν και μαγική και ιερατική.

Επιπλέον, ο έλληνας φιλόσοφος αντιμετώπιζε όλα αυτά με κριτική σκέψη και άποψη. Δεν μπορεί να παραβλεφθεί ότι στην περίοδο προ της Σωκρατικής Σχολής ορισμένοι μεγάλοι φιλόσοφοι ήταν συγχρόνως ιατροί. Επίσης, υποστηρίχθηκε ότι η γόνιμη φιλοσοφική σχέση προέκυψε από τις ιατρικές γνώσεις. Ένα άλλο στοιχείο το οποίο καταδεικνύει το έντονο ενδιαφέρον της φιλοσοφικής επιστήμης για την φύση και κατ' επέκταση για κάθε μορφή ζωής, οφείλεται στην Ιωνική Φιλοσοφική Σχολή με ιδρυτή αυτής τον Θαλή τον Μιλήσιο[3].

Πράγματι η φιλοσοφία υπάρχει μέσα σε κάθε διαδικασία αναζήτησης στην Ιατρική, αλλά περαιτέρω ασχολείται με την έρευνα της προέλευσης του ανθρώπου στη γη καθώς και κάθε άλλου στοιχείου σχετικού με την ζωή του. Από τα δυο βασικά στοιχεία της έρευνας και του προβληματισμού για την φύση και τον άνθρωπο, η Ιατρική ακολουθεί το δεύτερο ως αντικείμενο έρευνας.

Ανακαλύπτουμε λοιπόν, μια άμεση ή έμμεση επίδραση των σοφιστών στην Ιατρική. Πιο συγκεκριμένα, τόσο οι διάφοροι σοφιστές ανά τον κόσμο όπως ο Κομφούκιος, ο Λάο-Τσε και άλλοι όπως και Έλληνες σοφιστές όπως ο Πυθαγόρας, οι οποίοι δίχως να είναι ιατροί ασκούν έντονη επίδραση στην Ιατρική επιστημονική θεώρηση[4].

Σε αντίθεση με τους άλλους λαούς οι Έλληνες φιλόσοφοι πραγματοποίησαν σημαντικά βήματα στην ιατρική επιστήμη. Ειδικότερα, ο Ιπποκράτης ο οποίος δικαίως ονομάσθηκε ως ο «πατέρας της Ιατρικής», προέβη στην συστηματική κατάταξη της Ιατρικής, αφού καθιέρωσε την μέθοδο της θεραπείας ως ένα τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων νόσων. Δικαιολογημένα λοιπόν, η χώρα μας θεωρήθηκε ως η κοιτίδα της Ιατρικής. Κάθε θεραπεία που εφαρμόζεται στον ασθενή επιβάλλεται να γίνεται συστηματικά έτσι ώστε να αποφεύγονται τυχόν λάθη ή πλημμέλειες, τα οποία είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην επιδείνωση της υγείας του ασθενή και τα οποία όμως λάθη δεν συγχωρούνται. Την περίοδο αυτή παρατηρούμε ότι επικρατεί η αρχή του «ανευθύνου» των ιατρών. Ο Πλάτων θεωρεί ότι δεν υφίσταται ευθύνη για τον ιατρό, όταν αυτός ενεργεί τις πράξεις του καλόπιστα[5,6]. Αντίθετη όμως, άποψη έχει ο Ιπποκράτης ο οποίος εκφράζει τη λύπη του για τη μη θέσπιση ευθύνης για τους ιατρούς[1]. Όμως με το έργο του ανυψώνει την ιατρική επιστήμη και ειδικότερα το έργο του ιατρού, υποστηρίζοντας ότι η λειτουργία του επιβάλλεται εκ των πραγμάτων να είναι ειλικρινής, υψηλή και αυστηρή. Ακόμη, αναφέρει ότι ο ιατρός θα πρέπει να είναι ένας σωκρατικός φιλόσοφος, εμπλουτισμένος με τις ιδιότητες του φιλοσόφου όπως της ανιδιοτέλειας, αξιοπρέπειας, μετριοφροσύνης, γνώσης της Επιστήμης, της αποφασιστικότητας, της ήρεμης σκέψης κ.λπ.

Οι ανωτέρω ιδιότητες προσδίδουν στον ⇨

ιατρό τον χαρακτήρα ενός ανθρώπου που κινείται και λειτουργεί μεταξύ της αγάπης προς την ιατρική επιστήμη και τον άρρωστο. Μια άλλη θεωρία του Ιπποκράτη ήταν ότι «ο φιλόσοφος ιατρός μοιάζει με τον Θεό». Μετά το τέλος της Ιπποκρατικής εποχής υποστηρίχθηκε η άποψη ότι η Φιλοσοφία είχε πολύ στενές σχέσεις με την Ιατρική και ότι αναπτύχθηκε μεταξύ τους μια έντονη αλληλεπίδραση με κατάληξη οι ιατροί να επηρεασθούν έντονα από τη φιλοσοφική σκέψη.

Εξάλλου ο Πλάτων αναφέρει ότι το έργο του Ιατρού Φιλολάου -ενός εκ των πλέον φημισμένων ιατρών της Ιατρικής Σχολής της Σικελίας- επηρεάσθηκε σημαντικά από την φιλοσοφία. Όμως οι βασικές αρχές της Ιπποκρατικής φιλοσοφίας είχαν εισχωρήσει βαθειά στο έργο ενός άλλου Έλληνα μεγάλου φιλοσόφου, του Αριστοτέλη, ο οποίος άσκησε σημαντική επίδραση στη σκέψη του πολιτισμένου κόσμου της περιόδου εκείνης. Ο πατέρας του, Νικόμαχος, ήταν επιφανής ιατρός του Βασιλιά της Μακεδονίας Αμύντα, επηρέασε σημαντικά την επιστημονική σκέψη του υιού του, ο οποίος σπούδασε Βιολογία και διακρίθηκε για το έργο του στον κλάδο αυτό. Το έργο του για την Υγιεινή αποτελεί σταθμό για την περίοδο εκείνη δεδομένου ότι ρυθμίζει την κοινωνική υγιεινή και τη φροντίδα του για τους πάσχοντες. Το έργο αυτό του Αριστοτέλη αποκαλύπτει ότι ο μεγάλος αυτός Έλληνας φιλόσοφος γνώριζε σε βάθος τον κλάδο της Υγιεινής[3,7].

Βέβαια, η ύπαρξη ευθύνης για τον Ιατρό αποτελεί ένα ειδικότερο ζήτημα το οποίο προκύπτει τόσο μέσα από την φιλοσοφική επίδραση των ελλήνων φιλοσόφων προς του ιατρούς και το έργο αυτών, όσο και από το γραπτό κείμενο του Ιπποκρατικού Όρκου. Όσον αφορά τον Όρκο του Ιπποκράτη, πρόκειται για ένα κείμενο καθηκόντων του Ιατρού. Συγκεκριμένα, ορίζεται ότι ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να εκτελεί μια σειρά καθηκόντων απέναντι στον ασθενή του, η μη τήρηση των οποίων ή η κακή εκπλήρωση τους με υπαιτιότητά του σημαίνει ότι ο ιατρός υπέχει εκ του επαγγέλματός του. Άρα, ο Ιπποκρατικός Όρκος αποτελεί το πρώτο επίσημο γραπτό κείμενο για τη θεμελίωση της ευθύνης των ιατρών[8-12].

Summary

The influence of the Greek Philosophers in Medical Science in general and specifically in Medical Liability.
Dr Anastasia-Sofia Alexiadou

The medical liability is found way back in 1900 b.C. It refers to doctor's responsibility towards the patient, in order to treat the patient from a misdiagnose or a bad handling of the patient's disease. It is observed that Greek Philosophers had great influence and impact on medical science. Philosophy and Medicine practically evolved and progressed simultaneously. It is worth noting that Hippocratic Oath is the first official written document concerning the establishment of the medical liability.

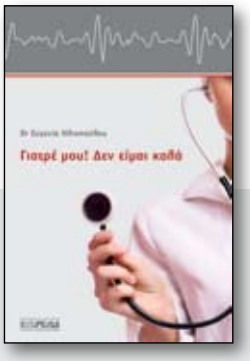
Key words: *medical liability, history of Medicine, Philosophy, doctor-patient, Hippocratic Oath.*

Βιβλιογραφία

1. Κότσιανος Σ. Η Ιατρική Ευθύνη, Θεσσαλονίκη 1977, Εκδόσεις Τριανταφύλλου.
2. Αλεξιάδης Α. Δ. Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, Θεσσαλονίκη 1996, εκδόσεις Μ. Δημοπούλου.
3. Castiglioni A. Ιστορία της Ιατρικής, Αθήνα 1971, εκδόσεις Πυραμίδες, τόμος 1.
4. Πεντόγαλου Γ. Εισαγωγή στην Ιστορία της Ιατρικής, εκδόσεις Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη 1983.
5. Κάτσα Γρ. Στοιχεία Ιατρικής Δεοντολογίας, Αθήνα 1940, σελ. 190 & επόμ.
6. Εγχειρίδιο Ιστορίας της Φιλοσοφίας, μτφρ. Ν.Μ. Σκουτερόπουλος, Εκδόσεις ΜΙΕΤ, Αθήνα 1982, σελ. 114 & επόμ.
7. Κατσουγιαννόπουλος Β., Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική, τ. 1ος , Εκδόσεις Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 2009, σελ. 11 & επόμ.
8. Λυπουρλής Δ., Ιπποκράτης. Ιατρική Δεοντολογία- Νοσολογία, Εκδόσεις Ζήτρος, τ. 3, σελ. 97 & επόμ.
9. Ζερβός Σ. Ιστορία της Ιατρικής, Αθήνα 1914, σελ. 8 & επόμ.
10. Κουτσελίνη Α. Μιχαλοδημητράκη Μ., Ιατρική Ευθύνη, Αθήνα 1984, Εκδόσεις Gutenberg, σελ. 18 & επόμ.
11. Επιβατιανού Π. Ιατρικό Δίκαιο–Δεοντολογία-Προβληματική, Θεσσαλονίκη 1984, University Studio Press, σελ. 65.
12. Πεφάνης Π. Συνοπτική Ιστορία της Ιατρικής- ανιχνεύοντας την αβεβαιότητα, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 2004, σελ. 13 & επόμ.

ΙΒ

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ



Γιατρέ μου! Δεν είμαι καλά

Dr Ευγενία Ηλιοπούλου

Πλαστικός Χειρουργός, Διευθ. Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, ΓΝΑ ΚΑΤ

Η Dr Ευγενία Ηλιοπούλου παραθέτει με γλαφυρές διηγήσεις την σύγχρονη πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά και κατά την ιδιωτική άσκηση του ιατρικού επαγγέλματός τους. Περιγράφει την αντιμετώπιση των ασθενών, τις ανησυχίες και τα παράπονά τους, τις διαμάχες μεταξύ συναδέλφων - ιατρών, αλλά και τη συσπείρωσή τους απέναντι στις σύγχρονες, νέες προκλήσεις της επικαιρότητας.

Με τρόπο σκωπτικό, έντονο, κωμικοτραγικό, αλλά και με μοναδική αμεσότητα και ευαισθησία η συγγραφέας, παρουσιάζοντας μικρές ιστορίες της καθημερινότητας, μυεί τον αναγνώστη στην πολυδιάστατη εικόνα της ελληνικής ιατρικής πραγματικότητας και στα προβλήματα της υγειονομικής περίθαλψης.

Πρόκειται για ένα βιβλίο ρεαλιστικό και επίκαιρο, ένα σύγγραμμα πλούσιο σε εικόνες, συναισθήματα και διηγήσεις που αποτυπώνουν το εργασιακό κλίμα στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, την καθημερινότητα στον χώρο εργασίας ενός ιατρού, την εικόνα που οι ιατροί προβάλλουν και την εντύπωση που αυτή δημιουργεί στον ασθενή και στην ελληνική κοινωνία. Ένα βιβλίο με έντονο προβληματισμό, αλλά και μύχια αισιοδοξία.

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ, Μεσογείων 215, 115 25 Αθήνα, Τηλ.: 210 6777590, Fax: 210 6756352, kafkas@otenet.gr, www.kafkas-publications.com

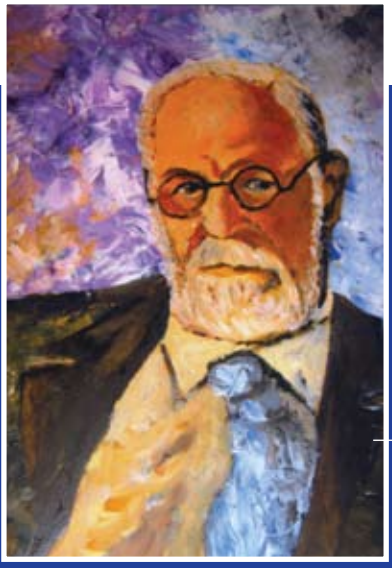
Από τον Θεόδωρο Ντόλατζα, Πρόεδρο της Ε.Ε.Ι.Κ.

Φρόυντ και Γιούνγκ
Δύο πρωτοπόροι της ψυχιατρικής

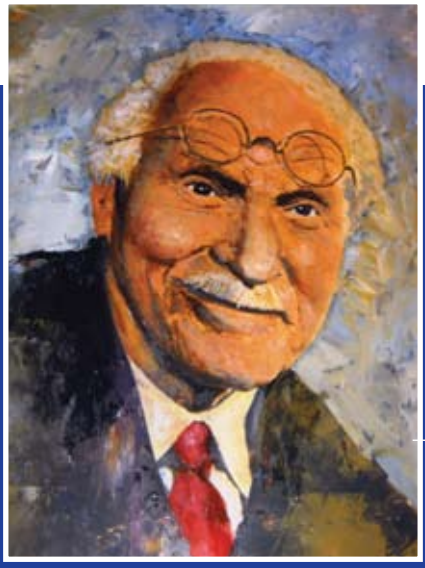
Με μεγάλη επιτυχία έγινε στο φιλολογικό σύλλογο «Παρνασσός» η 4η διημερίδα Ιστορίας της Ιατρικής (4-5 Φεβρουαρίου 2011), υπό την προεδρία του Αν. Καθηγητή Γεωργίου Ανδρούτσου. Το θέμα ήταν «Ιστορία της Ψυχιατρικής».

Στα πλαίσια του συνεδρίου έγινε έκθεση ζωγραφικής του Δρ Θεόδωρου Ντόλατζα, ιατρού-καλλιτέχνη και προέδρου της Ε.Ε.Ι.Κ με θέμα: «Φρόυντ και Γιούνγκ και το έργο τους».

Στην έκθεση αυτή εκτέθηκαν 36 έργα ζωγραφικής όπως ελαιογραφίες, ακρυλικά και σχέδια με το θέμα της ημερίδας. Εκτός από τα προτραίτα των Φρόυντ και Γιούνγκ εκτέθηκαν έργα με θέμα την ερμηνευτική των ονείρων, την παιδική σεξουαλικότητα, το οιδιπόδειο σύμπλεγμα (Φρόυντ), τα αρχέτυπα της γνώσης, το αρχέτυπο της αγάπης (Γιούνγκ), κ.ά.



«Φρόυντ», 40x50 εκ. Ελαιογραφία 2011

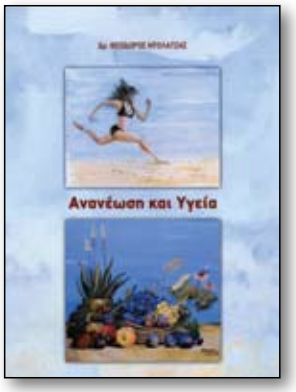


«Γιούνγκ», 40x50 εκ. Ελαιογραφία 2011

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Δρ. Θεόδωρος Ντόλατζας

Ανανέωση και Υγεία



Κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις «Αθέρας» το νέο βιβλίο του Δρ Θεόδωρου Ντόλατζα (τιμή 20€).

Στις 235 σελίδες του βιβλίου περιγράφονται με επιστημονικό τρόπο αλλά απλά και κατανοητά, το οξειδωτικό stress, τα αντιοξειδωτικά τρόφιμα, φάρμακα και ουσίες φυτικής και ζωικής προέλευσης. Τα ελιξήρια της νεότητας και διαρκείς ανανεωτικές θεραπευτικές μέθοδοι. Προϋποθέσεις ανανέωσης όπως το καθαρό νερό, η άθληση, ο έρωτας, το χιούμορ, η εξάσκηση του πνεύματος, η διατροφή, κ.ά. Στο τέλος υπάρχουν χρυσοί κανόνες μακροζωίας και πλούσια βιβλιογραφία.

Πιστεύω ότι και αυτό το βιβλίο μου θα αγαπηθεί από τους νέους αλλά και από τους «ώριμους» συναδέλφους μου.

Πληρ.: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΕΡΑΣ
Κιν.: 6944754891
Website: www.dolatzas.com