ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΠΑΚΩΣΤΙΔΗ ΑΡΙΣΤΟΥΛΑ, ιατρός, Αθήνα

Θεματική ενότητα: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Προσδιορίζοντας τις υγειονομικές και οικονομικές συνιστώσες του αντιγριπικού εμβολιασμού στην ΕΕ των 25 κρατών-μελών

Ryan J, Zoellner Y, Gradl B, Palache B, Medema J.
Vaccine 2006 Aug 4; [Epub ahead of print]

Εισαγωγή: Το 2003, το Συμβούλιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Assembly - WHA) εξέδωσε ψήφισμα σχετικά με την πρόληψη και τον έλεγχο τόσο μιας μελλοντικής πανδημίας γρίπης όσο και των ετήσιων επιδημιών, σύμφωνα με το οποίο τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 25 (ΕΕ-25) υποχρεούνται: (α) να καθιερώσουν και να εφαρμόσουν στρατηγικές προαγωγής του αντιγριπικού εμβολιασμού των ομάδων υψηλού κινδύνου, περιλαμβάνοντας τους ηλικιωμένους και τους χρονίως πάσχοντες, με στόχο την επίτευξη εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού των ηλικιωμένων τουλάχιστον στο 50% το 2006 και στο 75% ως το 2010, και (β) να αξιολογήσουν την επιβάρυνση των ατόμων από τη νόσο, καθώς και την κοινωνικοοικονομική επίπτωση των ετήσιων επιδημιών γρίπης, που θα αποτελέσει βάση για το σχεδιασμό και την υλοποίηση πολιτικών πρόληψης μιας ενδεχόμενης επιδημίας. Αυτή η απόφαση επικυρώθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), όπου τα κράτη-μέλη συμφώνησαν να κάνουν πρόσθετες προσπάθειες ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των εμβολιασμών, σύμφωνα με τις συστάσεις, και να επιτευχθεί ο στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για την κάλυψη του 75% του συνόλου των ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πριν το 2010. Επίσης επισημάνθηκε ότι η μεταβολή του δημογραφικού προφίλ του πληθυσμού της ΕΕ θα οδηγήσει σε αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, οι οποίοι περιλαμβάνονται στις ομάδες-στόχους.

Στόχος: Να προσδιοριστεί ο αριθμός των ατόμων που είναι κατάλληλοι για αντιγριπικό εμβολιασμό στην ΕΕ και ο υπολογισμός του κόστους και των συνεπειών του μη εμβολιασμού αυτού του πληθυσμού σε 5 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο.

Μέθοδος: Έχει αναπτυχθεί ήδη ένα μαθηματικό μοντέλο στο οποίο τα δεδομένα της κατανομής του εμβολιασμού συνδυάζονται με δημογραφικά και οικονομικά στοιχεία, ώστε να καθοριστούν οι επιπτώσεις μιας επιδημίας γρίπης στη δημόσια υγεία και οι πιθανές στρατηγικές παρέμβασης. Το μοντέλο επεκτάθηκε με τη χρήση συγκεκριμένων δημογραφικών στοιχείων των ομάδων υψηλού κινδύνου στην ΕΕ-25. Για κάθε χώρα, υπολογίστηκε και το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται εκτός των συστάσεων του WHA. Επισημάνθηκαν και άλλες ομάδες-στόχοι για εμβολιασμό, εκτιμώντας το ποσοστό των πασχόντων από νόσους του αναπνευστικού ή καρδιαγγειακού συστήματος, διαβήτη, AIDS, των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνων, όπως επίσης και των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, υπολογίστηκε το μέγεθος του πληθυσμού-στόχου και το εύρος κάλυψης σε εμβολιασμούς στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 25 κρατών-μελών, μαζί με το πιθανό κόστος και τις συνέπειες για τη δημόσια υγεία.

Αποτελέσματα: Για την ΕΕ-25 βρέθηκε ότι το 49,1% του πληθυσμού (ή 223,4 εκατ. άτομα) αναμένεται να έχει εμβολιαστεί κατά της γρίπης. Αυτό το ποσοστό κυμαίνεται από 41,6% στην Κύπρο έως 56,4% στο Ηνωμένο Βασίλειο. Κατά μέσο όρο διανεμήθηκαν 174 δόσεις εμβολίων ανά 1.000 άτομα που σημαίνει ένα μέσο όρο εμβολιασμού των ομάδων στόχου κατά 35,4% εξαιτίας του περιορισμού στην προμήθεια των εμβολίων. Κατά συνέπεια, έως και 144,4 εκατ. άτομα που θα μπορούσαν να θεωρηθούν υψηλού κινδύνου μπορεί να μην εμβολιαστούν. Η εφαρμογή ενός προγράμματος εμβολιασμού του 100% των ατόμων υψηλού κινδύνου όλων των ομάδων στην ΕΕ-25 θα οδηγούσε σε μείωση των κρουσμάτων γρίπης κατά 7,22 εκατ. άτομα, μείωση κατά 1,96 εκατ. άτομα του αριθμού των επισκέψεων σε ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για θεραπεία των επιπλοκών της γρίπης, καθώς και 796.743 λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο και 68.537 λιγότερους θανάτους σχετιζόμενους με γρίπη στο σύνολο των χωρών της ΕΕ-25. Η εφαρμογή ενός προγράμματος εμβολιασμού του 100% των ομάδων υψηλού κινδύνου στη Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία, και το Ηνωμένο Βασίλειο θα απαιτούσε επιπλέον 1,52 δισ. ευρώ. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα κέρδος 39,45 εκατ. ευρώ χάρη στη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αυτές τις χώρες, και πρόσθετο κέρδος 1,59 δισ. ευρώ λόγω μείωσης του αριθμού των εισαγωγών στα νοσοκομεία.

Συμπέρασμα: Υπάρχει χάσμα μεταξύ της σημερινής αντιγριπικής κάλυψης του πληθυσμού και των συστάσεων του ΠΟΥ. Οι συνέπειες για τη δημόσια υγεία περιλαμβάνουν αύξηση της νοσηρότητας, των εισαγωγών στα νοσοκομεία και της θνησιμότητας. Το μοντέλο που αναπτύχθηκε στη μελέτη είναι χρήσιμο εργαλείο: (α) για να υποβοηθήσει τις αρχές της ΕΕ που ασχολούνται με θέματα δημόσιας υγείας για τη διατύπωση οδηγιών (β) να σχηματοποιήσει την ανάγκη για αυξημένα επίπεδα εμβολιασμού του πληθυσμού, ώστε να επιτευχθεί καλύτερος έλεγχος της γρίπης, και (γ) να επισημάνει τις συνέπειες της μικρής εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού υψηλού κινδύνου.

Προσυμπτωματικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος στην Ελλάδα

Kamposioras K, Casazza G, Mauri D, Lakiotis V, Cortinovis I, Xilomenos A, Peponi C, Golfinopoulos V, Milousis A, Kakaridis D, Zacharias G, Karathanasi I, Ferentinos G, Proiskos A.
Panhellenic Association for Continual Medical Research (PACMeR) Sections of Public-Health
BMC Public Health 2006 Apr 29; 6:113.

Εισαγωγή: Οι αρχές Δημόσιας Υγείας διεθνώς αποθαρρύνουν τη χρήση ακτινογραφίας θώρακος ως μεθόδου προσυμπτωματικού ελέγχου (screening), λόγω της χαμηλής θετικής προγνωστικής αξίας της. Η διαδικασία μπορεί ακόμα να αποβεί επιβλαβής, επιφορτίζοντας με αγωνία και προβληματισμό τα άτομα με ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Παρά τις ποικίλες μελέτες που ενισχύουν την παραπάνω θέση, οι ιατροί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εξακολουθούν να παραπέμπουν τους ασθενείς τους για screening με ακτινογραφία θώρακος. Σκοπός της μελέτης είναι να καταγράψει τη χρήση της ακτινογραφίας θώρακος ως μεθόδου screening του υγιούς πληθυσμού ενηλίκων.

Μέθοδος: Σε δείγμα 5.499 υγιών ενηλίκων, από 26 περιοχές της Ελλάδας, μελετήθηκαν οι πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου στο πλαίσιο εθνικής αντικαρκινικής έρευνας. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν στη χρήση της ακτινογραφίας θώρακος ως μεθόδου screening. Επιπρόσθετα μελετήθηκαν η ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, το οικογενειακό ιστορικό για κακοήθειες και ο επαγγελματικός κίνδυνος για ανάπτυξη πνευμονικής νόσου.

Αποτελέσματα: Το 20% (n=1.099) των ατόμων υπεβλήθησαν σε ακτινογραφία θώρακος στο πλαίσιο screening τουλάχιστον μία φορά τα προηγούμενα 3 χρόνια. Ανάμεσα σε αυτούς, 24% επαναλαμβάνουν τον έλεγχο με συχνότητα ≥ 1 φοράς ετησίως, και 48% με συχνότητα ίση ή μεγαλύτερη της μίας φοράς στα 3 χρόνια. Ο έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος ήταν πιο συχνός στους άντρες (OR 1,130 95% CI 0,988-1,292), τους συνταξιούχους (OR 1,319, CI 1,093-1,593) και στα άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο πνεύμονα (OR 1,251, CI 0,988-1,583).

Συμπέρασμα: Παρά τις επίσημες συστάσεις, η ακτινογραφία θώρακος ως screening αποτελεί κοινή πρακτική στην Ελλάδα, αν και αμφισβητείται, καθώς η θετική προγνωστική αξία μιας ακτινογραφίας θώρακος είναι χαμηλή. Η εφαρμογή μιας σχετικά φτηνής απεικονιστικής μεθόδου σε εθνική κλίμακα επιβαρύνει σημαντικά τα οικονομικά της υγείας και το φόρτο εργασίας των ακτινολογικών εργαστηρίων.

Η ευαισθητοποίηση των ελλήνων ιατρών σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου

Xilomenos A, Mauri D, Kamposioras K, Gkinosati A, Zacharias G, Sidiropoulou V, Papadopoulos P, Chatzimichalis G, Golfinopoulos V, Peponi C.
Panhellenic Association for Continual Medical Research (PACMeR).
BMC Gastroenterol 2006 Jun 6; 6:18.

Εισαγωγή: Η σύγκριση στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων SEER και EUROCARE έδειξε ότι η επιβίωση από καρκίνο του παχέος εντέρου στις ΗΠΑ είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τα ευρωπαϊκά κράτη. Δεδομένου ότι κατά τη στάθμιση των στοιχείων ως προς το στάδιο της νόσου τη στιγμή της διάγνωσης μειώθηκε αξιοσημείωτα η διαφορά που παρατηρήθηκε στην επιβίωση, έγινε η υπόθεση της επίδρασης διαφορετικού προτύπου προσυμπτωματικού ελέγχου (screening). Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει την ευαισθητοποίηση των Ελλήνων ιατρών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Μέθοδος: 211 ιατροί ΠΦΥ συμμετείχαν στην έρευνα, συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο. Μελετήθηκαν τόσο η στάση των ιατρών ως προς τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου όσο και το είδος των παραπομπών για screening καρκίνου παχέος εντέρου κατά τη διάρκεια συνήθων επισκέψεων ασθενών για check up.

Αποτελέσματα: Μόνο 50% των ιατρών βρέθηκε να συνιστούν screening για καρκίνο του παχέος εντέρου κατά τη διάρκεια των συνήθων επισκέψεων για check up, και μόνο το 25% υποδείκνυε στους ασθενείς τους μεθόδους με καλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Το ποσοστό των ιατρών που συνιστούσαν Mayer κοπράνων και ορθοσιγμοειδοσκόπηση ήταν 24% και 4% αντίστοιχα. Μόνο 48% και 23% των ιατρών αναγνώρισε πως έχει διαγνωστική αξία ο εργαστηριακός έλεγχος για την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα και η ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Οι συστάσεις για screening παχέος εντέρου ήταν στατιστικά λιγότερες μεταξύ των νέων ιατρών, ηλικίας κάτω των 30 ετών (p=0,012). Δε βρέθηκε διαφορά εξετάζοντας το δείγμα κατά φύλο, βαθμίδα και ειδικότητα, αν και οι ειδικευμένοι γενικοί ιατροί βρέθηκε να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι (p=0,054).

Συμπέρασμα: Οι σύγχρονες συστάσεις που αφορούν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν τηρούνται στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Απαιτείται εκπαίδευση και παρακολούθηση της τακτικής που εφαρμόζεται ώστε να επιτευχθεί σημαντική συμβολή των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη μείωση της θνητότητας από καρκίνο παχέος εντέρου.