ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

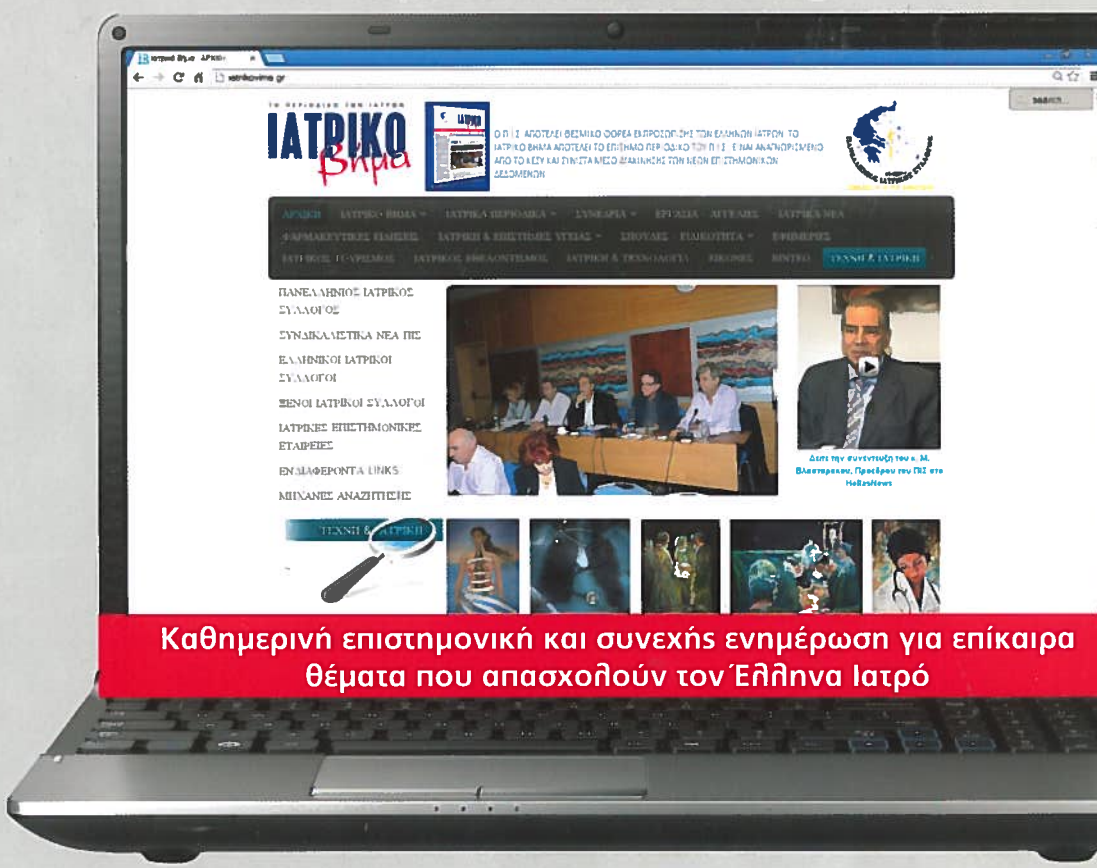
ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

www.pis.gr ΤΕΥΧΟΣ 132 ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2013

Γνωρίστε το **www.iatrikovima.gr**

ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

- Γενικό ψήφισμα Γενικής Συνέλευσης του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου
- Πανελλαδικό μέτωπο ιατρών για τη σωτηρία του δημόσιου συστήματος Υγείας
- Συνάντηση του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τον Υπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης κ. Άδωνι Γεωργιάδη
- Δηλώσεις του Προέδρου του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκου στην ημερίδα με θέμα: «Διαφάνεια - Δεοντολογία στο χώρο της Υγείας»
- Συνάντηση του ΔΣ του ΠΙΣ με τους προέδρους των ιατρικών συλλόγων νησιωτικών και ακριτικών περιοχών
- Επίσκεψη του ΠΙΣ στη Μυτιλήνη
- Δράσεις ΠΙΣ για τη στήριξη του Δημόσιου αλλά και Ιδιωτικού Συστήματος Υγείας
- Συνάντηση προεδρείου ΠΙΣ με τον υπουργό Εργασίας κ. Ι. Βρούτση
- Ο ΠΙΣ ζητάει την άμεση εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών του ΕΟΠΥΥ
- Επιστολή ΠΙΣ προς τους αρμόδιους υπουργούς σχετικά με τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ταμείων



Καθημερινή επιστημονική και συνεχής ενημέρωση για επίκαιρα θέματα που απασχολούν τον Έλληνα Ιατρό

ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

- Διαβήτης και Οφθαλμός
- Ιός του δυτικού Νείλου: ανασκόπηση
- Συνδυασμοί Αντιαιμοπεταλιακών Φαρμάκων σε ασθενείς με ΟΞΥ Στεφανιαίο Σύνδρομο ή μετά από Αγγειοπλαστική

ISSN 1106-5249 ΚΩΔ. ΕΝΤΥΠΟΥ 012049

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

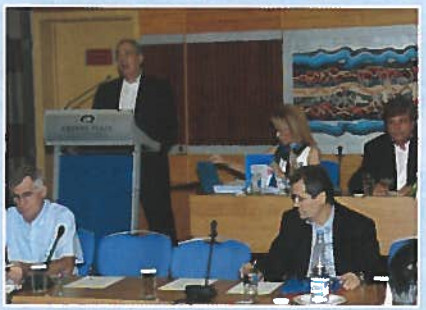
ΕΚΔΟΣΗ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα
ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΕΥΧΟΣ 132· ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2013

ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΔΙΑΣΚΕΨΗ ΤΟΥ ΠΙΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ



ΓΕΝΙΚΟ ΨΗΦΙΣΜΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Ή ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

9 **ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

10 **ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ**
ΓΕΝΙΚΟ ΨΗΦΙΣΜΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ✦ ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗΣ ΠΙΣ ✦ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΟ ΜΕΤΩΠΟ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΤΗΡΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ✦ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ Π.Ι.Σ. ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ Κ. ΑΔΩΝΙ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ ✦ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΟΥ ΠΙΣ Κ. ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: «ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ - ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» ✦ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΣ ΤΟΥ ΠΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΚΡΙΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ✦ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΥ ΠΙΣ ΣΤΗ ΜΥΤΙΛΗΝΗ ✦ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ✦ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΠΡΟΕΔΡΕΙΟΥ ΠΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Κ. Ι. ΒΡΟΥΤΣΗ ✦ Ο ΠΙΣ ΖΗΤΑΕΙ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΤΩΝ ΛΗΞΙΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΟΦΕΙΛΩΝ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ✦ ΕΠΙΣΤΟΛΗ Π.Ι.Σ. ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥΣ ΥΠΟΥΡΓΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΛΗΞΙΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΟΦΕΙΛΕΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ✦ Η ΡΥΠΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΘΑΛΟΜΙΧΛΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΤΕΡΑΣΤΙΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ!

41 **ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**
ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΟΣ ΔΡ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ν. ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ[1], ΙΩΑΝΝΗΣ Γ. ΤΣΟΥΜΠΡΗΣ[2] [1,2]Χειρουργός Οφθαλμίατρος ΚΕΝΤΡΟ ΩΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΟΣ, Αθήνα ΣΕΛ. 34 ✦ **ΙΟΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΛΕΝΗ ΒΑΣΑΛΟΥ** Ιατρός ΣΕΛ. 34 ✦ **ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Ή ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΥΚΑΣ[1], ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ[2]** , [1]Διευθυντής, Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Καρδ/γική Κλινική ΚΑΤ, [2]Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική ΚΑΤ ΣΕΛ. 34

62 **ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**
ΑΡΘΡΑΛΓΙΕΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΛΑΖΑΡΟΣ Ι. ΣΑΚΚΑΣ, MD, DM(Αθήνα), PhD (Λονδίνο) Καθηγητής Παθολογίας/Ρευματολογίας, Διευθυντής της Πανεπιστημιακής Ρευματολογικής Κλινικής, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα ΣΕΛ. 34 ✦ **ΕΝΘΑΡΡΥΝΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΠΛΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ BOCEPREVIR ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΜΑΝΟΛΗΣ ΣΙΝΑΚΟΣ[1], ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΑΚΡΙΒΙΑΔΗΣ[2]** [1]Παθολόγος – Ηπατολόγος [2]Καθηγητής Α.Π.Θ. ΣΕΛ. 34 ✦ **ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ, ΦΙΒΡΑΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ Δ. ΡΙΧΤΕΡ, MD, FESC, FAHA** Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Γενικός Γραμματέας ΕΕΛΙΑ και ΙΜΕΘΑ., Μέλος ΔΣ ΕΛΙΚΑΡ, Αντιπρόεδρος ΕΚΟΜΕΝ ΣΕΛ. 34

68 **ΕΙΔΗΣΕΙΣ**
ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΔΡΟΜΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ TW.CON. Η ΦΥΣΙΚΗ ΛΥΣΗ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ ✦ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΕΟΦ ✦ ΗΜΕΡΑ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΤΗΣ NOVARTIS HELLAS ✦ Η MSD ΕΠΕΝΔΥΕΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ✦ PHARMATHEN: ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

70 **ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ**
ΤΟ ΑΙΜΑ, ΑΚΡΙΒΟ ΑΓΑΘΟ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

73 **ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ**

74 **ΠΡΟΣΕΧΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

77 **ΤΕΧΝΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ**

82 **ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ**

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

ΤΕΥΧΟΣ 132 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2013

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

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

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΜΙΧΑΗΛ ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ..... ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ..... Γεν. Γραμματέας
ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ..... Α΄ Αντιπρόεδρος
ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ..... Β΄ Αντιπρόεδρος
ΒΑΡΒΑΡΑ ΑΝΕΜΟΔΟΥΡΑ ..... Ταμίας

Μέλη

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΛΥΣΙΤΣΑΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΜΑΡΙΑ ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ-ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ ..... Μέλος ΔΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΡΝΑΒΑΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΒΑΣΙΑΔΗΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ..... Μέλος ΔΣ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ..... Μέλος ΔΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ..... Μέλος ΔΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΡΑΠΤΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Ωτορινολαρυγγολόγος

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤ. ..... Ψυχίατρος
ΑΝΕΜΟΔΟΥΡΑ ΒΑΡΒΑΡΑ ..... Γενικός Ιατρός
ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ..... Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ
ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ..... Ορθοπαιδικός
ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Οφθαλμίατρος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΒΙΔΑΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ..... Ψυχίατρος, Δ/ντης Ε.Σ.Υ.
ΓΑΡΤΑΓΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Οφθαλμολογίας Πάτρας
ΓΕΡΟΛΟΥΚΑ - ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ ..... Επικ. Καθ. Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ
ΓΕΤΤΙΜΗΣ ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ..... Παιδίατρος
ΓΚΟΥΜΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ..... Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Πάτρα
ΔΑΪΚΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ ..... Αν. Καθηγητής Παθολογίας Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΝΩΛΗΣ ..... Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΚΑΡΑΜΠΙΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ..... Δ/ντής Μ.Ε.Θ. Νοσοκομείου «ΩΝΑΣΕΙΟ»
ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ ..... Οφθαλμίατρος, Ε.Σ.Υ.
ΚΑΣΤΑΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ ..... Δ/ντρια Πλαστικής Χειρουργικής
ΚΟΡΡΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Ορθοπαιδικής ΕΚΠΑ
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ ..... Χειρούργος Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΚΡΕΑΤΣΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ..... Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ..... Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιωάννινα
ΚΩΣΤΟΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΗΛΙΑΣ.. Δ/ντής Χειρουργικής Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΛΥΣΙΤΣΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ..... Καρδιολόγος
ΜΠΑΣΚΟΖΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Ενδοκρινολόγος
ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ ..... Ακτινολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΓΩΝΗ ΣΤΑΜΑΤΑ ..... Παθολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ.
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ ..... Ακτινολόγος
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ ..... Καθηγητής Χειρουργικής
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ - ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ ΛΙΛΑ... Αν. Καθ. Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ ..... Ιατρός Εργασίας
ΠΑΝΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ..... Νευροχειρουργός
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. Καθηγητής Χειρουργικής
ΡΟΚΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ..... Οφθαλμίατρος
ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ ..... Αν. Καθ. Ακτινολογίας
ΤΣΙΠΡΑΣ ΗΡΑΚΛΗΣ ..... Δ/ντής Χειρουργικής
ΤΣΙΦΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ..... Καθηγητής Χειρουργικής, Ηράκλειο
ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ ..... Καθηγητής 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
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς

ΣΗΜΕΙΩΜΑ της ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Η πολυεπίπεδη κρίση, που διέρχεται η κοινωνία μας, έχει οδηγήσει σε οριακή κατάσταση λειτουργίας Δημόσιο και Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας.

Ο Υγειονομικός χώρος και οι πολίτες δοκιμάζονται καθημερινά από την αδυναμία παροχής υπηρεσιών υγείας, για τις οποίες χρόνια τώρα κατέβαλαν κόπο και υστέρημα, προκειμένου να αντιμετωπίσουν προβλήματα και ασθένειες, που οι συνθήκες της ζωής δημιουργούν.

Ο ΕΟΠΥΥ αδύναμος να λειτουργήσει, χωρίς στέρεο απαρχής υπόβαθρο, ταλανίζεται από χρέη και αδυναμία είσπραξης εισφορών και λοιπών εσόδων, ενώ η χρηματοδότηση του Κράτους, όχι μόνο δεν φαίνεται ν΄ αυξάνει από το αδύναμο 0,4% του ΑΕΠ, αλλά είναι και στο στόχαστρο για μείωση.

Οι γιατροί παραμένουν απλήρωτοι για χρόνια και πολλά ιατρεία και εργαστήρια κλείνουν με αποτέλεσμα ανεργία και μετανάστευση. Νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, αδυνατούν να καλύψουν τις υποχρεώσεις τους, αφού ο ΕΟΠΥΥ αδυνατεί να πληρώσει και το κράτος προσπαθεί να βρει τρόπους περικοπής των δαπανών και παροχών.

1,2 δις το μέχρι σήμερα έλλειμμα του ΕΟΠΥΥ και με τα ΚΕΝ των Νοσοκομείων θα φθάσει πάνω από 2,5 από ότι υπολογίζεται.

Η ύφεση και ανεργία αδυνατίζει συνεχώς το σκέλος των εσόδων και όσο και αν περικοπούν οι δαπάνες, η επιβίωση του ΕΟΠΠΥ, εάν δεν ληφθούν πρόσθετα μέτρα, είναι αδύνατη.

Η χρηματοδότηση πάνω από 1% του ΑΕΠ, η επιβολή κοινωνικών πόρων σε καπνό, οινόπνευμα, ρυπογόνες βιομηχανίες κ.λπ. ίσως δώσει ανάσα ζωής.

Το Ταμείο των Υγειονομικών (ΤΣΑΥ) αβοήθητο από την Πολιτεία, με ελάχιστο προσωπικό (4-5 άτομα), προσπαθεί να προσφέρει τις κουτσουρεμένες υπηρεσίες, ταλαιπωρώντας προσωπικό και ασφαλισμένους.

Οι συντάξεις ενός υγιούς Ταμείου έχουν φθάσει στα όρια της πείνας και η καθυστέρηση πάνω από 18 μήνες, για την απόδοσή τους, δοκιμάζει την ψυχική αντοχή των Υγειονομικών, που βρίσκονται πλέον στα όρια της επιβίωσης.

Οι νέοι γιατροί, όχι μόνον δεν μπορούν να βρουν δουλειά μετά τόσα χρόνια σπουδών και ταλαιπωρίας, αλλά σιγά-σιγά και η μετανάστευση δεν θα είναι δυνατή.

Η κρίση δημιουργεί πολλές φορές ευκαιρία να διορθώσουμε καταστάσεις και πορεία.

Είναι καιρός η Πολιτεία να δημιουργήσει, αντί να εύχεται και να εξαγγέλλει, να οικοδομήσει την εμπιστοσύνη και στέρεο κοινωνικό κράτος και να δημιουργήσει τους μηχανισμούς εκείνους που η υπευθυνότητα, η αξιοπρέπεια, η συνέπεια και η ευθύνη δεν θα είναι σπάνια στη λειτουργία του κράτους, αλλά προϋποθέσεις υπεύθυνης και έννομης πολιτείας.

ΜΙΧΑΗΛ Π. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Π.Ι.Σ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΙΣ

Γενικό Ψήφισμα Γενικής Συνέλευσης του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου

Πραγματοποιήθηκε η Γενική Συνέλευση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου το Σάββατο 9 Φεβρουαρίου, στην Αθήνα με τη συμμετοχή 300 προέδρων και εκπροσώπων, από όλη τη χώρα.

Συζητήθηκαν εκτενώς, όλα τα προβλήματα, που αφορούν την περίθαλψη του ελληνικού λαού και τη λειτουργία των ιατρών, όπως: ΕΟΠΥΥ, νοσοκομεία, εργασιακά – ασφαλιστικά – συνταξιοδοτικά δικαιώματα των ιατρών, φορολογικά μέτρα, προβλήματα αυτοαπασχολούμενων ιατρών, ανεργία, χάρτης υγείας, εκπαίδευση κλπ.

Καταγγέλθηκε από τη Γενική Συνέλευση η μνημονιακή πολιτική στον τομέα της υγείας που εφαρμόζει η κυβέρνηση και οδηγεί σε αποτελμάτωση, δημόσιο και ιδιωτικό, σύστημα υγείας και αποδυναμώνει την περίθαλψη των ασφαλισμένων πολιτών. Ζητήθηκε ανακατανομή των δημόσιων πόρων υπέρ των κοινωνικών αναγκών και των δημοσίων και κοινωνικο-ασφαλιστικών δομών υγείας, αύξηση των φορολογικών εσόδων με φορολόγηση του συσσωρευμένου πλούτου και πολιτική παραγωγικής και κοινωνικής ανασυγκρότησης με κριτήριο τις κοινωνικές ανάγκες και όχι τις επιταγές των δανειστών και της Τρόικας.

Καταγγέλθηκε η ανυπαρξία διαλόγου της ηγεσίας του υπουργείου Υγείας με το ανώτατο θεσμικό όργανο των ιατρών και κατά νόμο σύμβουλο της πολιτείας, όπως είναι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος. Ο υπουργός Υγείας, παρά τα επανειλημμένα αιτήματα μας για συναντήσεις, προς συζήτηση των προβλημάτων που αφορούν την περίθαλψη του ελληνικού λαού και τη λειτουργία των ιατρών, όπως επιβάλλεται, όχι μόνο κωφεύει στις ως άνω εκκλήσεις μας, αλλά προχωρά άκριτα και αδικαιολόγητα σε επιλογές στην περίθαλψη που επιφέρουν ανθρωπιστική κρίση και που είναι και πάνω από τις επιταγές της Τρόικας.

Ζητήθηκε άμεση αλλαγή της πολιτικής της υγείας και της πολιτικής ηγεσίας του υπουργείου Υγείας.

Ο πρωθυπουργός της χώρας και οι αρχηγοί των κομμάτων που στηρίζουν την κυβέρνηση πρέπει να πάρουν τις αποφάσεις εκείνες για να αλλάξει το απαράδεκτο σκηνικό που δημιουργείται σε όλα τα επίπεδα της περίθαλψης του ελληνικού λαού προτού είναι αργά και η απειλούμενη κατάρρευση του συστήματος δεν είναι αναστρέψιμη.

Απαιτούμε:

-Άμεση εξόφληση όλων των οφειλών προς τους ιατρούς, παρελθόντων ετών που παρά τις υποσχέσεις καθυστερούν αδικαιολόγητα, καθώς και των οφειλών του δεύτερου εξαμήνου του 2012.

-Κανένα φάρμακο να μην χορηγείται (πλην των ΜΗΣΥΦΑ) χωρίς ιατρική συνταγή.

-Να σταματήσει η αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος από τα φαρμακεία, με αλλαγή φαρμάκων, καθώς και ιατρικών πράξεων. Παραβατικά περιστατικά που εμβάλλουν και σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή θα πρέπει να παραπέμπονται στη δικαιοσύνη.

-Να σταματήσει το απαράδεκτο φαινόμενο της ιατρικής διαφήμισης, μέσα από τα ΜΜΕ και το διαδίκτυο, με άμεση εφαρμογή της νομοθεσίας.

-Την υπογραφή Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας με τον ΕΟΠΥΥ, με κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή, για κάθε επίσκεψη προς τους κλινικούς ιατρούς. Καταγγέλλουμε τους λίγους γιατρούς που δεν έλαβαν υπόψη τους τις αποφάσεις των Γενικών Συνελεύσεων του ΠΙΣ και συμβλήθηκαν με τον ΕΟΠΥΥ, με τον πιο ευτελή τρόπο στην ιστορία της ιατρικής στη χώρα μας. Τους καλούμε να αποχωρήσουν, μέσα σε ένα μήνα, ώστε ο ΠΙΣ, μαζί με όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους να αναλάβει τη διεκδίκηση συλλογικών συμβάσεων με αξιοπρεπείς όρους. Διαφορετικά, θα κινηθούν όλες οι νομικές και πειθαρχικές κυρώσεις.

-Οι οποιεσδήποτε συγχωνεύσεις στα νοσοκομεία της χώρας να γίνουν με βάση επιστημονικά και λειτουργικά κριτήρια και αφού εισακουστούν τα θεσμοθετημένα συλλογικά όργανα τα οποία και γνωρίζουν τις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών.

-Τη διατήρηση των σταθερών δομών ΙΚΑ-ΕΟΠΥΥ. Θα αντιδράσουμε δυναμικά σε κάθε απόπειρα κατάργησης και απόλυσης ιατρών.

Καταδικάζουμε την εκτός πλαισίου ΠΙΣ λειτουργία ενώσεων ιατρών, με στενά συμφέροντα ειδικότητας, που λειτουργούν με συντεχνιακή λογική και δυναμιτίζουν τη θεσμοθετημένη λειτουργία του ΠΙΣ.

Καταγγέλλουμε τη ρατσιστική δράση της Χρυσής Αυγής με την εισβολή της στο Παναρκαδικό νοσοκομείο της Τρίπολης ζητώντας στοιχεία από τους ασθενείς και τους συνοδούς για

να εντοπίσουν μετανάστες.

Στηρίζουμε τις αγροτικές κινητοποιήσεις διότι τα αιτήματα των αγροτών διακρίνονται από ρεαλιστική θεώρηση της πραγματικότητας και συνδέονται άμεσα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους για επιβίωση. Ο ρόλος τους είναι ζωτικός για την πρωτογενή παραγωγή και ανάπτυξη και πρέπει να βρεθούν άμεσα λύσεις που να ικανοποιούν τα αιτήματά τους.

Καλούμε τους ιατρούς, μέσα από τους Ιατρικούς Συλλόγους, σε συνεργασία με τους φορείς των εργαζομένων σε ένα μέτωπο υγείας να αγωνιστούμε για την ανατροπή των πολιτικών του μνημονίου.

Η Γενική Συνέλευση του ΠΙΣ αποφάσισε 24ωρη απεργία όλου του ιατρικού κόσμου την Τετάρτη 20 Φεβρουαρίου 2013, συμμετέχοντας στην απεργία ΓΣΕΕ -ΑΔΕΔΥ.

Για μία ακόμη φορά ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος δια όλων των εκπροσώπων του ζητά από τον Πρωθυπουργό της χώρας κ. Αντώνη Σαμαρά να ακούσει την κραυγή αγωνίας των ιατρών για τους κινδύνους που απειλούν την υγεία και περίθαλψη του ελληνικού λαού. Επιπλέον, να καλέσει το ανώτατο θεσμικό όργανο των ιατρών, προκειμένου να αναζητηθούν λύσεις βιώσιμες για το σύστημα υγείας που υπερβαίνουν εμπόδια και λογικές που οδηγούν τον πολίτη σε εγκατάλειψη της υγείας του, σε ανθρωπιστική κρίση και περιθωριοποίηση.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

Εισήγηση Τακτικής Γενικής Συνέλευσης ΠΙΣ

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

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου αποφάσισε τη σύγκληση της σημερινής Γενικής Συνέλευσης, η οποία έχει ως θέματα:

1) Οικονομικός Απολογισμός 2012- Προϋπολογισμός 2013
2) Ε.Ο.Π.Υ.Υ.-Πορεία θεμάτων ιατρών
3) Νοσοκομειακή Περίθαλψη -Πορεία ζητημάτων Νοσοκομειακών ιατρών
4) Τ.Σ.Α.Υ.-Ασφάλιση
5) Πολιτική για το Φάρμακο-Δραστική Ουσία
6) Φορολογικά Μέτρα
7) Εκσυγχρονισμός ιατρικής Νομοθεσίας
8) Γενική Ενημέρωση & Τρέχοντα Θέματα

Το Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο προήλθε από τις εκλογές του Φεβρουαρίου του 2012 είχε να αντιμετωπίσει μια σειρά προβλημάτων τα οποία δημιούργησαν οι αποφάσεις ενός αμείλικτου συστήματος εξουσίας, το οποίο ενήργησε κάτω από τις δεσμεύσεις του μνημονίου και της Τρόικας και οδήγησε ολόκληρο το Σύστημα Υγείας σε τραγικό αδιέξοδο και όριο κατάρρευσης.

Συνεκλήθη άμεσα το Μάρτιο του 2012 η Συνδιάσκεψη Προέδρων των ιατρικών Συλλόγων με το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ι.Σ., η οποία εκτίμησε την γενικότερη κατάσταση Υγείας, όπως είχε δρομολογηθεί και μέσα από εξαντλητική συζήτηση σχηματοποίησε τις δράσεις μέσα από το πλαίσιο, οι οποίες είχαν ορισθεί από τις Γενικές Συνελεύσεις μας.

Επανελήφθη η Συνδιάσκεψη τον Οκτώβριο του 2012, όπου καθορίσθηκε το διεκδικητικό πλαίσιο για σοβαρά ζητήματα όπως: ΕΟΠΥΥ, Νοσοκομεία, ΤΣΑΥ. Αποφασίσαμε να συζητηθούν μέσα από τις Γενικές Συνελεύσεις των ιατρικών Συλλόγων τα θέματα αυτά, όπως και τα άλλα ζητήματα που αφορούν τους ιατρούς και την περίθαλψη, ώστε μέσα από τη σημερινή Γενική Συνέλευση να καθορίσουμε το πλαίσιο διεκδίκησης για το επόμενο χρονικό διάστημα.

Η σημερινή Γενική Συνέλευση γίνεται σ' ένα κλίμα βαρύ για την κοινωνία και το λαό μας, μέσα σε μια οικονομική και κοινωνική κρίση την οποία οδήγησαν οι αποτυχημένες πολιτικές του παρελθόντος.

Οι τεράστιες περικοπές στον Τομέα Υγείας, οι μεγάλες μειώσεις των μισθών των γιατρών νοσοκομείων και των άλλων μισθωτών του Δημοσίου, η απομείωση εργασιακών και ασφαλιστικών δικαιωμάτων, οι μεγάλες ελλείψεις σε έμψυχο και άψυχο υλικό, η πλήρης αποδυνάμωση των δημοσίων δομών υγείας και οι καθυστερήσεις πληρωμών, δημιουργούν ένα σκηνικό οργής, αγανάκτησης και αγωνίας για το αύριο, τόσο των λειτουργών της Υγείας, όσο και των πολιτών.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Το προηγούμενο διάστημα το Διοικητικό Συμβούλιο συνεργάσθηκε και συναντήθηκε με όλους σχεδόν τους επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς προκειμένου μέσα από κοινές δράσεις, όπου ήταν εφικτό, να αντιδράσουμε σε αποφάσεις που οδήγησαν και οδηγούν σε κοινωνικά αδιέξοδα.

Είχαμε συναντήσεις με Τεχνικό Επιμελητήριο, Δικηγορικούς Συλλόγους, Συμβολαιογραφικούς Συλλόγους, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, ΑΔΕΔΥ, ΓΕΣΕΕ, ΓΕΣΕΒΕ,ΕΣΕΕ κ.λπ., καθώς και με Ενώσεις Συνταξιούχων.

Συνεργαζόμαστε στενά με τις Εργασιακές Ομοσπονδίες του χώρου ΟΕΝΓΕ, ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ, προκειμένου μαζί και με όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους και Ενώσεις να επιτύχουμε τη μεγαλύτερη δυνατή συσπείρωση, σε μια εποχή μάλιστα που έχουν αποδυναμωθεί από την κρίση οι αντιστάσεις της κοινωνίας.

Με συνεχή Δελτία και ενημερώσεις των Ιατρικών Συλλόγων, το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. παρενέβη κατ' επανάληψη σε τρέχοντα επί μέρους ζητήματα, προασπίζοντας τις συλλογικές μας αποφάσεις.

Προσπαθήσαμε και παρά τις αντιξοότητες είχαμε συναντήσεις έστω και περιορισμένες με τους Υπουργούς Υγείας και Οικονομικών, μέσα από τις οποίες η συνεχή επίκληση των μνημονιακών δεσμεύσεων καταργούσε κάθε έννοια διαλόγου και πειστικών απαντήσεων.

Ενεργοποιήσαμε το μηχανισμό νομικής υποστήριξης. Προσφύγαμε στο Συμβούλιο Επικρατείας κατά:

- της εφαρμοστικής εγκυκλίου του Ν.3919/2011 περί απελευθέρωσης του ιατρικού επαγγέλματος
- κατά της εφαρμοστικής εγκυκλίου Λοβέρδου και Λυκουρέντζου-Σαλμά, περί αναγραφής της δραστικής ουσίας στη συνταγογράφηση και της χορήγησης του φθηνότερου γενοσήμου.
- Καταθέσαμε αγωγή κατά του ΕΟΠΥΥ με δέσμευση των περιουσιακών του στοιχείων, για μη εξόφληση των οφειλών ⇨

προς τους ιατρούς.
- Έγινε παρέμβαση από τον ΠΙΣ. στα Διοικητικά Δικαστήρια υπέρ των Συλλόγων, Λάρισας, Πειραιώς, Πατρών, Αργολίδος κ.λπ. για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Έχει κατατεθεί μηνυτήρια αναφορά στον Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου για τη Διοίκηση της Τράπεζας της Ελλάδος , σχετικά με τα haircut στις καταθέσεις μας.

Οι προηγούμενες Γενικές μας Συνελεύσεις, αλλά και οι συνδιασκέψεις της Συνόδου των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων, επικαιροποίησαν κατ' επανάληψη το διεκδικητικό πλαίσιο του Π.Ι.Σ. απαιτώντας.

Α) Την καθιέρωση ενός ενιαίου Εξωνοσοκομειακού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο θα εξυπηρετεί ισότιμα όλους τους πολίτες, με πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και που θα αξιοποιεί το σύνολο του εξωνοσοκομειακού δυναμικού και την υφιστάμενη ιατροτεχνολογική υποδομή.

Β) Τη θεσμοθέτηση Γενικής Συλλογικής Σύμβασης του ΕΟΠΥΥ με τον Π.Ι.Σ., με ελεύθερη ένταξη όλων των επιθυμούντων ιατρών, αμοιβές κατά πράξη και περίπτωση και με διατήρηση του δικαιώματος στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και παραπεμπτικολογία των μη συμβεβλημένων ιατρών.

Γ) Τη διασφάλιση της νοσοκομειακής υποδομής σε κάθε νομό με πλήρη εξοπλισμό και στελέχωση με προσωπικό και διασφάλιση αξιόπιστων και ασφαλών προτύπων και προγραμμάτων εφημέρευσης, τα οποία θα χρηματοδοτούνται εξ' ολοκλήρου από τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

Δ) Την παρέμβαση σε ζητήματα που αφορούν τον Τομέα Υγειονομικών (ΤΣΑΥ), το ΕΤΑΑ, τον Υγειονομικό Χάρτη της Χώρας, την υπηρεσιακή και ασφαλιστική υπόσταση των υπηρετούντων στον ΕΟΠΥΥ ιατρών, την εξόφληση των οφειλών των Ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ στους συμβεβλημένους ιατρούς, την ιατρική ανεργία, τον ιατρικό πληθωρισμό, την ιατρική φορολόγηση, την διαρκή επιμόρφωση-εκπαίδευση των ιατρών και τη συκοφάντηση του ιατρικού σώματος.

Οι δραματικές εξελίξεις του τελευταίου χρόνου έχουν οδηγήσει σε αδιέξοδο τις σχέσεις του ιατρικού κόσμου και των συντεταγμένων Κυβερνητικών Οργάνων και έχουν πλήξει καίρια την περίθαλψη των ασφαλισμένων και την οικονομική ζωή και λειτουργία των ιατρών.

ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί μνημονιακή επιλογή, με σκοπό τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών υγείας με κάθε τρόπο. Η μείωση των παρόχων υγείας, η εξευτελιστική αμοιβή τους, η επιβάρυνση του ασφαλισμένου με την αυξημένη συμμετοχή και ο περιορισμός των παροχών υγείας των ασφαλισμένων, από την αρχή της λειτουργίας του, συνοδεύουν τον θνησιγενή αυτόν οργανισμό που απέχει κατά πολύ από οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ο ελλειμματικός προϋπολογισμός του, η ελλιπής κρατική επιχορήγηση (0,5% ΑΕΠ), η μείωση των εισφορών λόγω της μεγάλης ύφεσης και ανεργίας προδιαγράφουν οδυνηρό μέλλον για παρόχους και ασφαλισμένους. Απαιτούνται άμεσα μέτρα προκειμένου πάροχοι υγείας και ασφαλισμένοι να μην γίνουν θεατές της κατάρρευσης αυτού του θνησιγενούς εξαρχής «μορφώματος».

1) Άμεση επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό σε ποσοστό 1% τουλάχιστον του ΑΕΠ και έκτακτη χρηματοδότηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό.
2) Νομοθετική ρύθμιση για απευθείας εισροή στον ΕΟΠΥΥ των ασφαλιστικών εισφορών υγείας, ώστε να μην παρακρατούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία για κάλυψη άλλων αναγκών όπως συντάξεις κ.λπ. Αναλογικός επιμερισμός της περιουσίας και των αποθεματικών, των επιμέρους ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.
3) Ανακεφαλαιοποίηση των απωλειών των ασφαλιστικών ταμείων.
4) Συλλογική σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους ιατρικού Συλλόγους. Ελεύθερη επιλογή ιατρού και κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή όχι μικρότερη των 20 ευρώ για όλους τους ιατρούς. Δυνατότητα αποζημίωσης της αντιστοιχούσας με τον ΕΟΠΥΥ αμοιβής εάν ο πολίτης επισκέπτεται μη συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ ιατρό.
5) Διασφάλιση και ενδυνάμωση της λειτουργίας των σταθερών δομών του ΕΟΠΥΥ, με στελέχωση και πλήρη εξοπλισμό των εργαστηρίων, ώστε να μην υπάρξει πλήρης ιδιωτικοποίηση της Π.Φ.Υ. Ο χρόνος εξέτασης των ασθενών (ραντεβού) δεν πρέπει να είναι κατώτερος των 20'.
6) Κατάργηση του Ν. 3919/2011 με την ψευδεπίγραφη απελευθέρωση του ιατρικού επαγγέλματος και των συνοδευτικών εγκυκλίων.
7) Ανακοστολόγηση ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων ώστε να ανταποκρίνονται στη σύγχρονη πραγματικότητα, χωρίς εκπτώσεις και πλαφόν οροφής μετά από συμφωνία με τους θεσμικούς φορείς. Δυνατότητα σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ όλων των εργαστηρίων.
8) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση ασφαλής, προσβάσιμη και ολοκληρωμένη (όχι το απαράδεκτο σημερινό σύστημα ταλαιπωρίας και ασφάλειας).
9) Θεραπευτικά πρωτόκολλα και έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης με επιστημονικά κριτήρια.
10) Άμεση νομοθετική ρύθμιση, κανένα φάρμακο, πλην των ΜΗΣΥΦΑ, να μην χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή.
11) Όχι στη συνταγογράφηση της δραστικής ουσίας αλλά στη συνταγογράφηση του εμπορικού σκευάσματος. Όχι στην αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και της εκχώρησης στους φαρμακοποιούς να χορηγούν το φθηνότερο γενόσημο της αγοράς. Ναι στα αξιόπιστα γενόσημα και μάλιστα στα ελληνικά που χρόνια τώρα έχουν δοκιμαστεί και αξιολογηθεί, προάγουν την ανάπτυξη του τόπου και θέσεις εργασίας και δεν επιβαρύνουν τον ασθενή. Όχι στα αμφιβόλου ποιότητας και προέλευσης γενόσημα.
12) Όχι στη μετακύλιση του κόστους της περίθαλψης στις «τσέπες» των ασφαλισμένων σε φάρμακα και εξετάσεις.
13) Άμεση εξόφληση των οφειλών προς τους ιατρούς από τα ταμεία που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και του ΕΟΠΥΥ χωρίς εκπτώσεις και «κουρέματα».
14) Ναι στην ισχύουσα νομοθεσία λειτουργίας των εργαστηρίων και απόρριψη της διαβούλευσης όπως αναφέρθηκε στο διαδίκτυο και προσβάλλει τους ιατρούς με τα στοιχεία που περιέχονται σε αυτή.
15) Να δημιουργηθούν νέα ασφαλιστικά ΚΕΝ με αποτίμηση της πραγματικής αξίας και όχι καταστροφικής για τον ΕΟΠΥΥ.
16) Άμεση κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ανέργων- ανασφάλιστων και ένταξή τους στον ΕΟΠΥΥ, με πληρωμή των εισφορών τους μέσω διαφόρων προγραμμάτων, αλλά και του κρατικού προϋπολογισμού.

⇨ Πορεία θεμάτων ιατρών ΕΟΠΥΥ

- Επίσπευση νομοθετικής ρύθμισης για ένταξη στο ενιαίο μισθολόγιο του Δημοσίου. Καθυστερεί απαράδεκτα με αποτέλεσμα να μην λαμβάνονται και οι ελάχιστες εναπομείνασες υπερωρίες.
- Η μονιμοποίηση 1860 θέσεων, ενώ έχουν την τελική έγκριση των πινάκων επιλογής από τον ΑΣΕΠ καθυστερεί λόγω έλλειψης πολιτικής βούλησης και δυσκαμψίας παρά τις διαβεβαιώσεις.
- Το επιστημονικό βαθμολόγιο, παρά το σχετικό Π.Δ., παραμένει στα συρτάρια του ΕΟΠΥΥ.
- Ο χρόνος εξέτασης, μέσω των τηλεφωνικών ραντεβού παραμένει απαράδεκτος (10').

Νοσοκομειακή Περίθαλψη - Πορεία Ζητημάτων Νοσοκομειακών Ιατρών

Μετά από 28 χρόνια λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., η σημερινή κατάσταση που βιώνουν τα νοσοκομεία, οι εργαζόμενοι σε αυτά και οι πολίτες αυτού του τόπου είναι επιεικώς απαράδεκτη.

Το Ε.Σ.Υ. παραμένει ο βασικός πυλώνας περίθαλψης του λαού και την τελευταία δεκαετία παρακολουθούμε τη συστηματική απαξίωση του. Η υποχρηματοδότηση, η απουσία αξιολόγησης μονάδων και στελεχών και η σύγχρονη οργάνωση είναι μείζονα προβλήματα που καθιστούν οδυνηρή την καθημερινότητα.

Αποτελέσματα: μη πρόσληψη ιατρικού και λοιπού προσωπικού, έλλειψη ανανέωσης ή προμήθειας εξοπλισμού, συνεχής μείωση αποδοχών, προμήθεια αμφιβόλου ποιότητας φαρμακευτικού και αναλώσιμου υλικού.

Συνολικός σχεδιασμός δεν υπάρχει παρά τα τόσα νομοσχέδια.

Η αποδόμηση του χαρακτήρα λειτουργίας των νοσοκομειακών δομών, οι δραματικές ελλείψεις σε φάρμακα, υλικά, μηχανήματα κ.λ.π., η μεγάλη μείωση των αποδοχών που φτάνει το 45-50% και οι κενές θέσεις ιατρών ΕΣΥ, οδηγεί την νοσοκομειακή περίθαλψη σε αποδυνάμωση και το νέο ιατρό σε ανεργία και μετανάστευση.

Τα προγράμματα εφημέρευσης δεν είναι πλέον ασφαλή και τα νέα οργανογράμματα με τις συγχωνεύσεις καταργήσεις νοσοκομειακών δομών και τις εμβαλωματικές λύσεις των επικουρικών ιατρών οδηγούν σε αποτυχία κάθε επιχειρούμενο σχεδιασμό.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Καμία νοσοκομειακή κλίνη δεν πρέπει να καταργηθεί. Αξιολόγηση κάθε μονάδος και ρεαλιστικές μετατροπές ορισμένων (πχ. σε κέντρα αποκατάστασης. τραυματιολογικά κέντρα, εξειδικευμένα κέντρα κ.λπ. σε περιφερειακές δομές).

Συγχωνεύσεις μόνο σε διοικητικό επίπεδο.

Πλήρωση των κενών θέσεων των ιατρών ΕΣΥ (6.000 περίπου) και προσλήψεις μονίμου ιατρικού προσωπικού. Κατάργηση του θεσμού των επικουρικών ιατρών, ενίσχυση της στελέχωσης των Κέντρων Υγείας με κατάργηση στην πράξη του θεσμού του αγροτικού ιατρού.

Κατάργηση του θεσμού των ιατρών με μπλοκάκι στο ΕΣΥ.

Πλήρωση θέσεων νοσηλευτικού-παραϊατρικού, (22.000 περίπου) τεχνικού, βοηθητικού και διοικητικού προσωπικού.

- Αναμόρφωση του συστήματος προμηθειών υγείας.
- Υγειονομικός χάρτης ολοκληρωμένος και με απεικόνιση της πραγματικότητας δομών και υπηρεσιών, για ουσιαστική συμβολή στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Ο υγειονομικός χάρτης θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανθρωπογεωγραφικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού μας. Ιδιαίτερη σχεδίαση χρειάζεται η περιφέρεια λαμβανομένης υπόψη της δυσκολίας των νησιωτικών περιοχών και της ηπειρωτικής δύσβατων νομών.
- Χρειάζεται ενίσχυση και όχι περικοπές σε μονάδες υγείας νησιωτικών και απομακρυσμένων περιοχών, με ιατρικό προσωπικό ειδικοτήτων «πρώτης γραμμής», χειρουργούς, νευροχειρουργούς, καρδιολόγους, κ.λπ., ώστε να είναι εφικτή η παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδίως τη θερινή περίοδο, όπου ο πληθυσμός αυξάνει σημαντικά.

Αναθεώρηση του ρόλου του ΕΚΑΒ και ενίσχυσή του σε προσωπικό και υλικοτεχνική υποδομή. Είναι σημαντικός ο ρόλος του στην αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

- Αξιολόγηση με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων, των πολυϊατρείων και στελέχωση αυτών με επαρκές προσωπικό.
- Μηχανοργάνωση διοικητικών υπηρεσιών, εργαστηρίων, τμημάτων και κλινικών.
- Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς.
- Οι σφαγιαστικές απώλειες των αποδοχών των νοσοκομειακών ιατρών (οι περικοπές ξεπερνούν το 45%) δεν επιτρέπουν όχι μόνο καμιά περαιτέρω μείωση, αλλά επιβάλλουν στην κυβέρνηση να αναθεωρήσει τις αποφάσεις της, δεδομένου ότι πρόκειται για τους χαμηλότερους μισθούς στην Ε.Ε.
- Η νομιμοποίηση στο «φακελάκι» και η φαλκίδευση της σχέσης πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, θα οδηγήσει σε περαιτέρω μισθολογική υποβάθμιση και θα επιβαρύνει την ήδη δύσκολη κατάσταση των αυτοαπασχολούμενων ιατρών.
- Κατάργηση όλων των «χαρατσιών» στα νοσοκομεία και κάλυψη όλου του πληθυσμού ανεξάρτητα από την ασφαλιστική του κατάσταση και την υπηκοότητα του.
- Βασική εκπαίδευση - εξειδίκευση και συνεχή εκπαίδευση όλου του προσωπικού των υγειονομικών μονάδων.
- Συγκρότηση κοινωνικού μετόχου για την καταπολέμηση της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας, της προκλητής ζήτησης της σπατάλης, της συναλλαγής και της εκμετάλλευσης του αρρώστου.

ΤΣΑΥ - ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Το ταμείο σύνταξης και αυτασφάλισης υγειονομικών ΤΣΑΥ πριν ενσωματωθεί στο ΕΤΑΑ ως τομέας υγειονομικών, δυνάμει του Νόμου 3655/2008, πληρούσε όλες τις προϋποθέσεις επάρκειας, ώστε να χαρακτηρίζεται ως ευγενές ταμείο και παρά τις ελλείψεις ιδιαίτερα σε προσωπικό κατάφερνε να βρίσκεται σε δυναμική τροχιά. Η σημερινή κρίση επηρέασε δραματικά τον ασφαλιστικό τομέα των υγειονομικών (ΤΣΑΥ). Με το πρόσφατο κούρεμα PSI των διαθεσίμων και αποθεματικών στην Τράπεζα της Ελλάδος δέχθηκε επιπλέον βαρύτατο πλήγμα και ανετράπη η οποία αισιόδοξη εικόνα.

Εκτός τούτων, με το Νόμο 4075/2012 νομοθετήθηκε η ενσωμάτωση του κλάδου υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ από 1/6/2012. Με το άρθρο 44 του ιδίου νόμου παρεσχέθη η δυνατότητα κατόπιν αναλογιστικής μελέτης, η μη ένταξη του κλάδου υγείας στον ΕΟΠΥΥ, με ταυτόχρονη μετατροπή σε Ν.Π.Ι.Δ. κατά τα οριζόμενα στα άρθρα 7 και 8 του Νόμου 3029/2002, μετά από αίτημα των αντιπροσωπευτικότερων οργανώσεων των ασφαλισμένων. Λόγω της προοπτικής αυτής μετατέθηκε η ενσωμάτωση του κλάδου υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ μέχρι 31/12/2012.

Το Δ.Σ. του ΕΤΑΑ με τη σύμφωνη γνώμη των τομέων και των φορέων, διατύπωσε την άρνηση ένταξης του κλάδου υγείας ⇨

στον ΕΟΠΥΥ και την εκπόνηση αναλογιστικής μελέτης όπως και οι φορείς.

Ήδη με το Νόμο 4093/2012 καταργήθηκε η προηγούμενη δυνατότητα και εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ, μεταφέρθηκε δε στον ΕΟΠΥΥ προσωπικό και περιουσιακά στοιχεία. Η συνεχιζόμενη κατάργηση των κενών οργανικών θέσεων, το κύμα συνταξιοδοτήσεων, οι αποσπάσεις υπαλλήλων σε άλλες υπηρεσίες και σε πολιτικά γραφεία, καθώς και η απαγόρευση νέων προσλήψεων έχουν δημιουργήσει συνολικά στο ΕΤΑΑ, και ειδικότερα στο ΤΣΑΥ, απαγορευτικές συνθήκες εξυπηρέτησης με επάρκεια, των ασφαλισμένων και συνταξιούχων υγειονομικών. Η μεγάλη έλλειψη προσωπικού προκαλεί αδυναμία ελέγχου των οφειλετών και μείωση των εσόδων. Η καθυστέρηση στην καταβολή της σύνταξης υπερβαίνει σήμερα τους 18 μήνες.

Η ψηφιακή μηχανοργάνωση του ταμείου καθυστερεί από τον ανάδοχο του έργου απαράδεκτα. Το χρονοδιάγραμμα ολοκλήρωσης έχει παραβιαστεί επανειλημμένα, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή, μέχρι σήμερα η ψηφιακή επικοινωνία των ασφαλισμένων με το ταμείο για θέματα, όπως λήψη πληροφοριών, υποβολή ηλεκτρονικών αιτήσεων για έκδοση ασφαλιστικού βιβλιαρίου, ενημέρωση προσωπικών στοιχείων, ασφαλιστική ενημερότητα, κωδικοποίηση παθήσεων, καθώς και αυτοματοποίηση των συναλλαγών των τομέων υγειονομικών, η μηχανοργάνωση λογιστηρίου και διεύθυνση ασθένειας, το ηλεκτρονικό πρωτόκολλο κ.λπ.

Προβλήματα υπάρχουν από το αναχρονιστικό καθεστώς των αντιπροσωπειών του ταμείου.

Παρεμβάσεις για τις δυσλειτουργίες – διεκπεραίωση εκκρεμοτήτων του ΤΣΑΥ.

1) Πλαισίωση υπηρεσιών με πρόσθετο προσωπικό.
2) Ανάκληση όλων των αποσπάσεων προσωπικού του ΤΣΑΥ σε άλλες υπηρεσίες και πολιτικά γραφεία.
3) Ανάθεση εργασίας εκκαθάρισης συνταξιοδοτικών φακέλων και άλλων εκκρεμοτήτων σε ιδιωτικούς φορείς (χρήζει νομοθετικής ρύθμισης).
4) Ανάθεση σε τρίτους του ελεγκτικού έργου (χρήζει νομοθετικής ρύθμισης).
5) Άμεση απόδοση στο ΤΣΑΥ των ασφαλιστικών εισφορών των υγειονομικών που παρακρατούνται από τον ΕΟΠΥΥ.
6) Επίσπευση της μηχανοργάνωσης.
7) Οριστική διεκπεραίωση της εκκρεμότητας των αντιπροσωπειών, ανεξάρτητα της διεργασίας που έχουν σχέση με τον προϋπολογισμό των ασφαλιστικών ταμείων.
8) Εξαίρεση της κατηγορίας μονοσυνταξιούχων από τις μειώσεις συντάξεων, καθόσον προέρχονται από προαιρετικές εισφορές των υγειονομικών κατά μήνα.
9) Επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης της ιδιότητας του υγειονομικού, πέραν από το επάγγελμα.
10) Ασφαλιστική κάλυψη των ημερών ασθένειας κύησης των υγειονομικών.

Η διάσωση του ΤΣΑΥ, η βελτίωση της λειτουργίας του και η προοπτική επιβίωσης το μέλλον, αποτελεί καθήκον για εγρήγορση και περιφρούρηση όλων των υγειονομικών, ώστε να μη χαθούν ο κόπος και η κοινωνική επένδυση ολόκληρης ζωής.

ΦΑΡΜΑΚΟ-ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ

1. Άμεση και πιστή εφαρμογή (νομοθετώντας και πειθαρχικές κυρώσεις) «κανένα φάρμακο χωρίς ιατρική συνταγή» εκτός των ΜΗΣΥΦΑ (μη συνταγογραφούμενα φάρμακα), με έλεγχο από τους Ιατρικούς Συλλόγους και τον ΠΙΣ, όπως συμβαίνει σε όλη την Ευρώπη και Αμερική και σημαίνει ότι ο ιατρός θα ορίζει την αγωγή που θα πάρει ο ασθενής και όχι το αντίθετο. Έτσι αποφεύγεται η σπατάλη φαρμάκων και άλλοι παράμετροι που διαιωνίζουν την πολυφαρμακία και προστατεύεται η Δημόσια Υγεία.
2. Γραμμικός Κώδικας (bar code) σε όλα τα συσκευασμένα φάρμακα (κουτιά) και όχι κουπόνια, τα οποία αποκολλούνται εύκολα, εάν ουσιαστικά θέλουμε να μην έχουμε φαινόμενα φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, υπερσυνταγογραφήσεις με αποτέλεσμα να έχουμε - ίσως - παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων και ανεύρεση κουπονιών σε διάφορους χώρους!!
3. Η χορήγηση φαρμάκων είναι ευθύνη του ιατρού με όλα τα συναφή και η δραστική ουσία (γενόσημα κ.λπ.) δεν μπορούν να επιβληθούν στο θεραπευτικό του έργο, διότι μόνο αυτός φέρει την ευθύνη (όπως ορίζουν αποφάσεις Δικαστηρίων και νομοθεσίες Ευρωπαϊκών Κρατών).
4. Άμεση προσφυγή σε κάθε περίπτωση αλλοίωσης της φαρμακευτικής αγωγής από τον φαρμακοποιό και περιπτώση παρενεργειών αναζήτηση ευθυνών.
5. Άμεση αντιμετώπιση από τον ΕΟΦ των ελλείψεων βασικών φαρμάκων από την ελληνική αγορά, απαραιτήτων για την διασφάλιση της δημόσιας υγείας (πχ. πενικιλίνη, ογκολογικά φάρμακα, κλπ.).

ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος είναι διαχρονικά υπέρ ενός δίκαιου, απλού, σταθερού και αποτελεσματικού φορολογικού συστήματος.

Ο πρόσφατα δημοσιευθείς Νόμος 4110/2013 (ΦΕΚ Α' 17/23-1-2013) καθιερώνει,

1. για τη φορολόγηση των εισοδημάτων από μισθούς, συντάξεις, και μισθούς με έκδοση τιμολογίου ή απόδειξης για παροχή υπηρεσιών, τρία κλιμάκια: α) για εισόδημα μέχρι 25.000,00 Ευρώ, με φορολογικό συντελεστή 22%, β) για εισόδημα από 25.000,00 Ευρώ έως 42.000,00 Ευρώ, με φορολογικό συντελεστή 32%, και γ) για το υπερβάλλον (το ποσόν άνω των 42.000,00 Ευρώ), με φορολογικό συντελεστή 42%,
2. για τη φορολόγηση των εισοδημάτων από ατομική επιχείρηση ή ελευθέριο επάγγελμα, δυο κλιμάκια: α) για εισόδημα μέχρι 50.000,00 Ευρώ, με φορολογικό συντελεστή 26%, και β) για το υπερβάλλον (το ποσόν άνω των 50.000,00 Ευρώ), με φορολογικό συντελεστή 33% (ενώ για νέες ατομικές εμπορικές επιχειρήσεις ή νέους ελεύθερους επαγγελματίες, με πρώτη δήλωση έναρξης επιτηδεύματος από 1ης Ιανουαρίου 2013 και για τρία (3) πρώτα έτη άσκησης της δραστηριότητας τους, ο φορολογικός συντελεστής του πρώτου κλιμακίου μειώνεται κατά 50% και μέχρι 10.000,00 Ευρώ εισοδήματος).

Ο Νόμος 4110/2013 προσθέτει έναν ακόμη κρίκο στην αλυσίδα των περίπου 70 φορολογικών νόμων που έχουν ψηφιστεί την τελευταία 10ετία: είναι φανερό, πως με αυτή την «παραγωγή» δεν δικαιώνεται η κοινωνική (αλλά και η εθνική) αναγκαιότητα για ένα δίκαιο, απλό, σταθερό και αποτελεσματικό φορολογικό σύστημα.

Είναι φανερό πως δεν αντιμετωπίζονται, ριζικά και ενιαία, τα προβλήματα που επισώρευσε, στο σύνολο του φορολογουμένου πληθυσμού, και ειδικότερα στον ιατρικό κόσμο, η λαίλαπα των αλλεπάλληλων, συχνά αψυχολόγητων και όχι σπάνια αλληλοαναιρούμενων, «μέτρων», που λαμβάνονται «εσπευσμένως» και «για τελευταία φορά»...

Η ριζική και ενιαία αντιμετώπιση θα μπο-

ρούσε να επιτευχθεί (με ευεργετικά για τον τόπο αποτελέσματα), αν οι Φορολογικές Αρχές κατόρθωναν να απαλλαγούν από το ατελέσφορο εισπρακτικό άγχος, και επεδείκνυαν ωριμότητα, που θα τους επέτρεπε αφενός να αποδεχθούν τις, νομικά, οικονομικά και ηθικά θεμελιωμένες προτάσεις του Π.Ι.Σ., όπως αυτές, κατ' επανάληψη, έχουν παρουσιαστεί ενώπιον των αρμοδίων Υπουργών, και αφετέρου να αξιοποιήσουν την εμπειρία των ευρωπαίων εταίρων μας, στις Χώρες των οποίων η άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος, και η φορολογική μεταχείρισή του, εντάσσεται αρμονικά στους ρυθμούς μιας ευνομούμενης Πολιτείας, που εμπιστεύεται τους πολίτες της, αναδεικνύει τις ικανότητές τους, στηρίζει τις πρωτοβουλίες τους, σέβεται την προσωπικότητά τους, και τονώνει την αξιοπρέπειά τους.

Με τα άγρια φορολογικά μέτρα που επεβλήθησαν στους ελεύθερους επαγγελματίες είναι βέβαιο ότι τα μικρά και μεσαία ιδιωτικά ιατρεία δεν θα μπορούν να επιβιώσουν.

Η σημερινή ανθρωπιστική κρίση, ο μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων πολιτών και η ιδιαιτερότητα του έργου του ιατρικού επαγγέλματος επιβάλλει αύξηση της δυνατότητας χορήγησης επισκέψεων χωρίς αμοιβή από το 3% που είναι σήμερα στο 20%.

Επιβάλλεται η κατάργηση του βιβλίου επισκέψεων ασθενών ως περιττού.

ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ-ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ

Είναι εδώ και χρόνια πάγιο αίτημα του Π.Ι.Σ. και των Ιατρικών Συλλόγων η αναμόρφωση της νομοθεσίας που διέπει τη λειτουργία τους, όπως:

Η ισχύουσα νομοθεσία με τον Κώδικα Ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος, ΑΝ 1565/1939, τις διατάξεις Ιατρικών Συλλόγων και Πειθαρχικών Συμβουλίων ΒΔ. 11.10/7.11.1957 τις διατάξεις περί Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου Ν.727/1977 πρέπει να τύχουν τροποποίησης σε πολλά σημεία, που σήμερα πλέον δεν ισχύουν ή είναι αναχρονιστικά.

Ενδεικτικά άρθρα που πρέπει να τροποποιηθούν: ΒΔ. 11.10/7.11.1957

Τα 61 και 63 και 65 περί Πειθαρχικών Συμβουλίων Ιατρικών Συλλόγων. Το άρθρο 73 περί Πειθαρχικού Συμβουλίου Π.Ι.Σ.

Επίσης για την ΥΑ:Υ3Β/Γ.Π./24948 το άρθρο 2 και το 6 περί προστίμων και ενστάσεων.

Για τον σκοπό αυτό προτείνεται να συσταθεί 5 μελής επιτροπή από 2 μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου και 3 μέλη από την Γεν. Συνέλευση, τα οποία μαζί με το νομικό συνεργάτη του ΠΙΣ. κ. Χ. Πολίτη θα επεξεργασθεί την ισχύουσα νομοθεσία και θα παρουσιάσει εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος, τις προτάσεις, ώστε να αναμορφωθεί η απαρχαιωμένη σε πολλές περιπτώσεις νομοθεσία και να ισχυροποιηθούν οι Ιατρικοί Σύλλογοι και ο ΠΙΣ.

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΕΡΓΙΑ - ΝΕΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Παρά τις επανειλημμένες επισημάνσεις μας για τον ιατρικό πληθωρισμό, η Πολιτεία αδιαφόρησε να λάβει μέτρα με αποτέλεσμα σήμερα να βιώνουμε τις συνέπειές του.

Η Ελλάδα έχει τους περισσότερους ιατρούς στην Ευρώπη σε σχέση με τον πληθυσμό της και αναμένεται διόγκωση τα προσεχή χρόνια.

Ο Π.Ι.Σ. αντιμετωπίζει με ευαισθησία, τους εν δυνάμει συναδέλφους που σπουδάζουν στην Ελλάδα ή το εξωτερικό. Αποτελεί ωστόσο γενική πεποίθηση ότι η κατάσταση έχει υπερκορεσθεί και συνεχώς επιδεινώνεται.

Επιβάλλεται επομένως να υπάρξει ένας σχεδιασμός σε βάθος χρόνου για τις πραγματικές ανάγκες της χώρας σε ιατρική στελέχωση. Αυτό αποτελεί ένα έργο το οποίο πρέπει να επιτελεσθεί παράλληλα με τη διαμόρφωση του Υγειονομικού Χάρτη.

ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Π.Ι.Σ.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος συμμετείχε παραγωγικά στις εργασίες όλων των Ευρωπαϊκών ιατρικών Οργανώσεων (CPME-UEMS-CEOM- EACCME κ.λπ.).

Οι εκπρόσωποι του Π.Ι.Σ. μετέφεραν τις θέσεις του ιατρικού σώματος, πάνω σε σημαντικά ζητήματα για την Υγεία, όπως η ιατρική Δεοντολογία, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η συνταγογράφηση της δραστικής ουσίας και φαρμάκων, η αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, η διασυνοριακή ιατρική περίθαλψη, κ.λπ.

Στη Σύνοδο της CPME, τον Νοέμβριο του 2012 στη Λεμεσό εγκρίθηκε ομόφωνα το ψήφισμα της Ελληνικής Αντιπροσωπείας σε σχέση με την εφαρμοζόμενη σήμερα πολιτική υγείας.

Το ψήφισμα αυτό κοινοποιήθηκε στην Ελληνική Κυβέρνηση και τα Κόμματα της Ελληνικής Βουλής. Έγινε επιπλέον καταγγελία της ασκούμενης πολιτικής υγείας, από τις χώρες του μνημονίου, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ισπανία, Πορτογαλία, δια των Εθνικών Συλλόγων των χωρών αυτών, και άλλων ιατρικών οργανώσεων.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΙΑΤΡΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

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

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

Η ιατρική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών δυστυχώς επηρεάζεται από ιδιαίτερες σχέσεις και απόψεις, επιδοτήσεις ιδιωτικών και ειδικότερα φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ενώ η παρουσία του Κράτους είναι μηδαμινή.

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

ΔΥΣΦΗΜΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Παρά τις επανειλημμένες παρεμβάσεις του ΠΙΣ προς τις Πολιτικές Ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας και προς το Εθνικό Ραδιοτηλεοπτικό Συμβούλιο παρατηρείται μεθοδευμένη προσπάθεια διαστρέβλωσης της καθημερινής πραγματικότητας της Υγείας, από τα ΜΜΕ και τα Κυβερνητικά στελέχη, με άδικες επιθέσεις εναντίον γενικότερα του Ιατρικού κόσμου και με συνεχείς συκοφαντικές αναφορές που διαταράσσουν τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή - ιατρού και δημιουργούν προβλήματα στην υγεία και περίθαλψη του λαού.

Αρνητικοί χαρακτηρισμοί, που πολλαπλασιάζονται τον τελευταίο καιρό, προκαλούν την εύλογη αντίδραση των Ελλήνων ιατρών, που στη συντριπτική πλειοψηφία τους ασκούν το ιατρικό λειτούργημα με προσήλωση στους κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας.

Ο Π.Ι.Σ. με νέες παρεμβάσεις στην Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και τα ΜΜΕ, ζήτησε να σταματήσει το φαινόμε-

νο αυτό, προκειμένου να διαφυλαχθεί η εμπιστοσύνη των πολιτών στους λειτουργούς της Υγείας και κάλεσε ταυτόχρονα να σταθούν με συνέπεια και σοβαρότητα στην Υγεία του Ελληνικού λαού.

Τα υπαρκτά προβλήματα διαφθοράς και παραοικονομίας πρέπει να αντιμετωπισθούν συλλογικά με πρωτοβουλία και δράσεις που θα προάγουν την αξιοπρεπή άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και θα αίρουν τις αντικειμενικές και οικονομικές αιτίες που τις συντηρούν.

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η παρούσα εισήγηση είναι προϊόν εμπεριστατωμένης ανάλυσης, μελέτης και καταγραφής όλων των ζητημάτων που άπτονται των αρμοδιοτήτων του Π.Ι.Σ. και διαμορφώθηκε με τη συμβολή των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου, μέσα από θεματικές Συνεδριάσεις, αλλά και από παρατηρήσεις και προτάσεις και άλλων συναδέλφων Ιατρικών Συλλόγων.

Η εισήγηση αυτή με τη δική σας συμβολή μπορεί να εμπλουτισθεί, ώστε να περιλάβει προβληματισμούς και προτάσεις όσο το δυνατόν περισσοτέρων συναδέλφων.

Το Διοικητικό Συμβούλιο θα ενεργοποιήσει κάθε δυνατότητα, προκειμένου να προωθηθούν ζητήματα που αναφέρονται.

Η συνεχής ετοιμότητα, επαγρύπνηση και ενεργός παρουσία όλου του ιατρικού κόσμου είναι αναγκαία, προκειμένου να απαιτηθεί δυναμικά, η προώθηση και επίλυση βασικών ζητημάτων μας.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Πανελλαδικό μέτωπο γιατρών για τη σωτηρία του δημοσίου συστήματος Υγείας

Αθήνα, 8.7.2013

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκος στο βήμα.

Ο Υπουργός Υγείας, κ. Άδωνις Γεωργιάδης στο βήμα.

Τη δημιουργία ενός σταθερού μετώπου, καθώς και τον μόνιμο συντονισμό δράσεων, μεταξύ των γιατρών της χώρας, σε μία περίοδο η οποία σημαδεύεται από την ανθρωπιστική κρίση, πρότεινε ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ), κ. Μιχάλης Βλασταράκος, κατά τη διάρκεια της συνδιάσκεψης κορυφής, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το Σάββατο 6 Ιουλίου, με τη συμμετοχή των μελών του Δ.Σ. του Συλλόγου και των Προέδρων όλων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας. Στη συνδιάσκεψη έλαβε μέρος και τοποθετήθηκε επίσης ο Υπουργός Υγείας, κ. Άδωνις Γεωργιάδης.

Χαρακτηριστικά, ο Πρόεδρος του ΠΙΣ τόνισε μεταξύ άλλων: "Οι πολίτες παρακολουθούν σοκαρισμένοι, αδύναμοι να αντιδράσουν, με οργή και αγανάκτηση, τη σειρά μέτρων που τους επιβάλλουν και που οδηγούν πολλούς στον θάνατο ή την αυτοκτονία. Η Υγεία, που έπρεπε τη σημερινή εποχή των μεγάλων περικοπών, των 2.000.000 ανασφαλίστων πολιτών, της ανθρωπιστικής κρίσης, να προσεχθεί ιδιαίτερα, ευρίσκεται στην κλίνη του Προκρούστη και συνεχώς περικόπτονται δαπάνες, αφού δεν μπορούν να χτυπήσουν τη διαφθορά και την κερδοσκοπία, ενώ το κοινωνικό κράτος έχει αποδομηθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε η κοινωνία μας να έχει πλέον παροχές τριτοκοσμικής χώρας".

Ο υπουργός Υγείας απεδέχθη το σχέδιο του ΠΙΣ για τα νησιά.

Το ολοκληρωμένο και τεκμηριωμένο σχέδιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) για τη θωράκιση των υπηρεσιών Υγεί-

Από την αίθουσα συνδιάσκεψης.

Ο Πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Μιχαήλ Βλασταράκος με τον Υπουργό Υγείας, κ. Άδωνι Γεωργιάδη.

ας των νησιωτικών και ακριτικών περιοχών απεδέχθη το Σάββατο 6 Ιουλίου ο Υπουργός Υγείας, κ. Άδωνις Γεωργιάδης, κατά τη διάρκεια της συνδιάσκεψης κορυφής του ΠΙΣ.

Στη συνδιάσκεψη συζητήθηκαν μεταξύ άλλων οι τοπικές ελλείψεις σε διαφόρους νομούς της χώρας σε προσωπικό, καθώς και οι σημαντικές δυσλειτουργίες του δημοσίου συστήματος Υγείας, οι οποίες δημιουργούν κενά στην περίθαλψη, εξαντλούν τους γιατρούς του συστήματος και προκαλούν κινδύνους για την ασφάλεια των ασθενών.

Περαιτέρω, στο πλαίσιο της συνδιάσκεψης κορυφής, συζητήθηκαν μεταξύ των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων και του Δ.Σ. του ΠΙΣ και τα εξής θέματα:

- Θεσμική θωράκιση και ισχυροποίηση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και των Ιατρικών Συλλόγων, κατά τα πρότυπα των Ευρωπαϊκών Εθνικών Συλλόγων.
- Αναμόρφωση της πειθαρχικής διαδικασίας και επιτάχυνσή της σε κάθε επίπεδο.
- Επιβολή μέτρων για τη διαφήμιση ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικών εταιρειών μέσα από Ραδιοτηλεοπτικά Μέσα και το Διαδίκτυο.
- Μεταβίβαση της αρμοδιότητος αδειοδότησης των ιατρικών εργαστηρίων από την Περιφέρεια στους Ιατρικούς Συλλόγους.
- Έλεγχος της πλανοδιακής άσκησης της ιατρικής και των επιχειρήσεων υγείας.
- Αναμόρφωση όλων των αναχρονιστικών διατάξεων, προσαρμοσμένων στην ευρωπαϊκή και διεθνή ιατρική νομοθεσία. Ο κος Υπουργός δεσμεύτηκε σχετικά μετά την τελική διαμόρφωση να προχωρήσει στη νομοθετική ρύθμιση.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Συνάντηση του Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. με τον Υπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης κ. Άδωνι Γεωργιάδη

Αθήνα, 4.7.2013

Πραγματοποιήθηκε συνάντηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) με τον Υπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης κ. Άδωνι Γεωργιάδη, την Τετάρτη 3/7/2013. Συζητήθηκαν όλα τα θέματα που αφορούν τον τομέα της περίθαλψης και τα προβλήματα των ιατρών.

- Σχετικά με τις ληξιπρόθεσμες οφειλές είχαμε την διαβεβαίωση ότι δεν θα υπάρξει καθυστέρηση εξόφλησης, μετά την απόφαση του Υπουργείου Οικονομικών για δημιουργία κλιμακίων ελέγχου των οφειλών. Η Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ μας πληροφόρησε ότι επισπεύδονται οι διαδικασίες.
- Σχετικά με τον ΕΟΠΥΥ καταθέσαμε τις απόψεις του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου όπως έχουν αποφασισθεί μέσα από την Γενική Συνέλευση της 9ης Φεβρουαρίου 2013, που περιλαμβάνουν: χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ πάνω από το 1% του ΑΕΠ, ενίσχυση με κοινωνικούς πόρους, εθνική συλλογική σύμβαση του ΠΙΣ με τον ΕΟΠΥΥ, που να περιλαμβάνει όλους τους ιατρούς (κλινικούς και εργαστηριακούς). Ενίσχυση των δημόσιων δομών του ΕΟΠΥΥ, επίλυση θεμάτων που αφορούν τις σχέσεις λειτουργίας των ιατρών του ΕΟΠΥΥ, αποπληρωμές των οφειλομένων στους ιατρούς κ.λπ. Σε πολυνομοσχέδιο των Υπουργείων Οικονομικών και Υγείας, που θα κατατεθεί την Δευτέρα 8/7/2013 στη Βουλή, υπάρχει νομοθετική πρόβλεψη για την αυτόματη ανανέωση των 1051 θέσεων, με σύμβαση έργου των ιατρών του ΕΟΠΥΥ, (των οποίων οι συμβάσεις έληξαν ή λήγουν) για 1 έτος.
- Όσον αφορά τα Νοσοκομεία, τονίσαμε την μεγάλη αποδυνάμωσή τους σε έμψυχο και άψυχο υλικό, την ανάγκη πλήρωσης των κενών θέσεων μονίμου ιατρικού προσωπικού (6.000 περίπου), την άμεση εξόφληση των εφημεριών των νοσοκομειακών ιατρών, την ενίσχυση της λειτουργίας των ιατρών, την αναμόρφωση της λειτουργίας της Κεντρικής Επιτροπής Προμηθειών, ώστε να σταματήσει το φαινόμενο των απευθείας αναθέσεων, την ανάγκη ταχείας μηχανοργάνωσης όλων των Νοσοκομείων, των τμημάτων και της σύνδεσής τους με κεντρική υπηρεσία ελέγχου και παρακολούθησης. Τονίσαμε ιδιαίτερα την ανάγκη στελέχωσης των νησιωτικών-ακριτικών περιοχών με τα πολλά προβλήματα μεσούσης μάλιστα της τουριστικής περιόδου και τη θωράκιση των υπηρεσιών υγείας αυτών των περιοχών με εξειδικευμένο προσωπικό, ώστε να μην επωφε-

Από τη συνάντηση του Δ.Σ. του ΠΙΣ με τον Υπουργό Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης κ. Άδωνι Γεωργιάδη

λούνται από τις αδυναμίες μας οι Τούρκοι γείτονες.

Καταθέσαμε υπόμνημα με τις θέσεις μας όπως έχουν διαμορφωθεί από τη Γενική Συνέλευση, καθώς επίσης και προτάσεις, οι οποίες χρήζουν άμεσης προτεραιότητας ή νομοθετικής ρύθμισης.

Ήτοι:

1) Επίσπευση της διαδικασίας για εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.
2) Άμεση πρόσληψη μονίμων ιατρών του ΕΣΥ που έχουν επιλεγεί από τα Συμβούλια Κρίσεως και Επιλογής και εκκρεμούν εδώ και δύο χρόνια περίπου. Προτεραιότητα στις νησιωτικές και ακριτικές περιοχές.
3) Νομοθετική ρύθμιση για παράταση ισχύος του Προεδρικού Διατάγματος 84/2001, σχετικά με τις άδειες λειτουργίας παλαιών ιατρείων και εργαστηρίων.
4) Νομοθετική ρύθμιση – κανένα φάρμακο να μην δίνεται χωρίς ιατρική συνταγή.
5) Νομοθετική ρύθμιση για ένταξη των μονίμων και με σύμβαση αορίστου χρόνου ιατρών του ΕΟΠΥΥ στο ενιαίο μισθολόγιο.
6) Νομοθετική ρύθμιση για αυτόματη ανανέωση των συμβάσεων έργου των υπηρετούντων στον ΕΟΠΥΥ ιατρών.
7) Νομοθετική ρύθμιση για συμμετοχή εκπροσώπου του Π.Ι.Σ. στο Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ.

Επίσης ζητήσαμε να εξαιρεθούν από το claw-back τα πάσης φύσεως ιδιωτικά ιατρικά εργαστήρια και να τεθεί πλαφόν στις εργαστηριακές εξετάσεις, σύμφωνα και με τις προτάσεις των Ενώσεών τους.

Ο Υπουργός άκουσε όλες τις απόψεις που διετυπώθησαν, τόνισε ότι θα έχει συνεχή συνεργασία για να δοθούν λύσεις, όπου είναι δυνατές, διέψευσε δε, ότι θα κλείσουν Νοσοκομεία και οι Δημόσιες Δομές του ΕΟΠΥΥ.

Προσεκλήθη στη Συνάντηση των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της Χώρας το Σάββατο 6 Ιουλίου 2013, προκειμένου να τοποθετηθεί.

Θα εντείνουμε τις προσπάθειές μας, ώστε να αντιμετωπίσουμε την κρίση στην οποία ευρίσκεται το Σύστημα Υγείας, με συνεργασία και συνέγερση όλων των ιατρικών και κοινωνικών φορέων. Η επίλυση των προβλημάτων του χώρου της υγείας δεν γίνεται με αυστηρή τήρηση των επιλογών της μνημονιακής πολιτικής.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Ανακοίνωση προς τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας

Αθήνα, 21.6.2013

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κατά τη συνεδρίαση της 19.6.2013 αποφάσισε:

-Να εκφράσει την αμέριστη αλληλεγγύη στους Τούρκους συναδέλφους μας ιατρούς, οι οποίοι επιτελώντας το αυτονόητο καθήκον τους - έσπευσαν να περιθάλψουν διαδηλωτές που τραυματίστηκαν - παρεμποδίστηκαν από τις δυνάμεις καταστολής στην άσκηση του ιατρικού τους έργου και πολλοί συνελήφθησαν, διότι ανταποκρίθηκαν στην υποχρέωσή τους να παράσχουν τις ιατρικές τους υπηρεσίες.

-Να ζητήσει από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ να αποσύρει το έγγραφό του σχετικά με την υποχρέωση υποβολής υπεύθυνης δήλωσης και θεώρησης του γνήσιου της υπογραφής από τον θεράποντα ιατρό στο ΚΕΠ ή την Αστυνομία κατά την κατάθεση των ιατρικών γνωματεύσεων στα αρμόδια κέντρα πιστοποίησης αναπηρίας, ΚΕΠΑ.

-Να συστήσει σε όλα τα μέλη του να υποβάλουν μόνο την ιατρική γνωμάτευση, χωρίς υπεύθυνη δήλωση και θεώρηση γνησίου υπογραφής, διότι αυτό ακυρώνει την ιατρική λειτουργία και δεοντολογία, υποβαθμίζει το έργο του ιατρού και υποβάλει ιατρό και ασφαλισμένο σε γραφειοκρατικές δυσλειτουργίες και ταλαιπωρίες.

-Με αφορμή δελτίο τύπου του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, που είδε το φως της δημοσιότητας και αφορούσε επιστολή προς τον υπουργό Υγείας, στην οποία του ζητείται συνάντηση για την τακτοποίηση των ληξιπρόθεσμων οφειλών, που φέρεται ότι προσυπογράφουν Ιατρικοί Σύλλογοι της χώρας και ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχουμε να αναφέρουμε τα κάτωθι:

-Στις 19.6 που εκδόθηκε το δελτίο τύπου ήδη είχε τακτοποιηθεί το ζήτημα με την έγκριση από τη Βουλή σχετικής τροπολογίας (Τροποποίηση της παρ. 2Α και 3 του άρθρου 34 του ν. 4038/2012 (ΦΕΚ 14 Α/2.2.2012)).

-Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος πρωτοστάτησε στις πιέσεις για την τακτοποίηση των ληξιπρόθεσμων οφειλών αλλά δεν απέστειλε καμία επιστολή, στον υπουργό Υγείας, ούτε εξουσιοδότησε οιονδήποτε Σύλλογο για τέτοια ενέργεια.

-Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και ο πρόεδρος του, μετά τη γενική Συνέλευση του Φεβρουαρίου ουδεμία συνάντηση είχαν με τον υπουργό Υγείας. Επίσης ο πρόεδρος δεν είχε επίσημη συνάντηση με τον Υπουργό Υγείας, μόνο του ή παρουσία προέδρων άλλων Ιατρικών Συλλόγων.

-Καλούμε όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους να συστρατευτούν κάτω από τον ΠΙΣ ενδυναμώνοντας και ενισχύοντας τον ρόλο του και όχι επιχειρώντας να τον αποδυναμώσουν με πράξεις και ενέργειες που αντίκεινται στο κοινό όφελος. Να σταματήσουν δε, οι πλειοδοσίες σε αγωνιστικές ⇨

εκδηλώσεις, διότι τα προβλήματα της κοινωνίας και των ιατρών είναι τόσα πολλά, που δεν επιτρέπουν δικαστικές ενέργειες και αποπροσανατολισμό, από τα πραγματικά προβλήματα της περίθαλψης.

Ενημερώνουμε επίσης ότι ο πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ μας δήλωσε ότι μετά την τακτοποίηση νομοθετικά της εμπλοκής για την εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών, από το ελεγκτικό συνέδριο, θα επιταχύνει τις διαδικασίες εξόφλησης των οφειλών προς τους ιατρούς.

Η συνάντηση των προέδρων της 6ης Ιουλίου 2013, με το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου θα οριοθετήσει τις ενέργειες και τις δράσεις για το επόμενο διάστημα. Καλούμε για μία ακόμη φορά την πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας να σταματήσει την πολιτική που οδηγεί στην οικονομική εξαθλίωση του ιατρικού σώματος και την υποβάθμιση της λειτουργίας του, να σεβαστεί την προσφορά ετών, να αποζημιώσει τα δεδουλευμένα και να ενδυναμώσει με κάθε τρόπο το κύρος και το έργο του ιατρού, προκειμένου να ανταποκριθεί στις σημερινές δύσκολες συνθήκες, κάτω από τις οποίες ασθενείς και πολίτες υφίστανται μεγάλη επίθεση στην περικοπή της υγείας και του εισοδήματος τους.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΟ ΤΣΑΥ (ΔΕΧΕΤΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΟ ΑΠΟ 8–1)

Βαθμός Ασφαλείας

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ Π.Ι.Σ 3222 9/6/2013

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Αθήνα 25.6.2013

Αρ.πρωτ.70439

Ε.Τ.Α.Α
ΤΟΜΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΜΗΜΑ :ΕΣΟΔΩΝ
Ταχ. Δ/νση :Αχαρνών 27 – 104 39 Αθήνα
Πληροφορίες : Α. Λαψάτη
Τηλέφωνο : 210.88.30.120
FAX ΤΣΑΥ :210.82.17.398

1. Τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
2. Ελληνική Οδ/κη Ομοσπονδία
3. Παν/νιο Κτηνιατρικό Σύλλογο
4. Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Παρακαλούμε να ενημερώσετε τα μέλη σας ότι στην ιστοσελίδα του Ταμείου (www. tsay.gr) έχουν αναρτηθεί οδηγίες για την έκδοση των ειδοποιητηρίων καταβολής ασφαλιστικών εισφορών α΄ εξαμήνου 2013.
Οι ασφαλισμένοι ,σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην έκδοση των ειδοποιητηρίων ή είναι αναγκαία η επανέκδοση τους ,παρακαλούνται να υποβάλλουν σχετικό αίτημα ,σύμφωνα με τις οδηγίες ,που είναι αναρτημένες στην ιστοσελίδα του Ταμείου, στην κεντρική ή στις περιφερειακές υπηρεσίες (στα αντίστοιχα φαξ ή στο e mail: eisfores@tsay.gr) και να αποφεύγουν την προσέλευσή τους στα γραφεία του Ταμείου προκειμένου να αποτραπεί η περαιτέρω ταλαιπωρία τους.
Τέλος σας ενημερώνουμε ότι με απόφαση της Διοικούσας Επιτροπής Υγειονομικών η καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών α΄ εξαμήνου 2013 παρατείνεται μέχρι 31.7.2013.

Ο Πρόεδρος της Δ.Ε.
Υγειονομικών
Αναστάσιος Βασιάδης

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Δηλώσεις κ. Προέδρου Π.Ι.Σ. Μιχαήλ Βλασταράκου στην ημερίδα με θέμα: «Διαφάνεια – Δεοντολογία στον χώρο της υγείας»

Αθήνα, 19.6.2013

Ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, Μιχάλης Βλασταράκος, μιλώντας στην ημερίδα με θέμα: «Διαφάνεια – Δεοντολογία στο χώρο της υγείας», που διοργάνωσαν το υπουργείο Υγείας και η Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του υπουργείου Δικαιοσύνης, τόνισε: «Δεν καλύπτουμε κανέναν. Τσακίστε τα κυκλώματα. Να φύγει το γκρίζο τοπίο από την υγεία», με αφορμή την αναφορά του Γ. Σούρλα στην ρητή εντολή για πάταξη των κυκλωμάτων, που έλαβε από τον Πρωθυπουργό κ. Α. Σαμαρά όταν ανέλαβε τα καθήκοντά του.

Στη διάρκεια της ομιλίας του επισήμανε ότι: «Η Διαφάνεια στην Υγεία και η Δεοντολογία είναι αρχή, ανάγκη, ζητούμενα σε μία εποχή που η ελληνική κρίση πυροδοτεί πόλεμο ενάντια στην διαφθορά, την αδιαφάνεια και την απάτη. Το κράτος πρώτιστα, οφείλει να εμπεδώσει τον σεβασμό στους πολίτες μέσα από κανόνες διαφάνειας.

Είναι αδιανόητο σήμερα, την εποχή γονιδιακής επανάστασης, την εποχή της πληροφορίας και της ιατρικής γνώσης, να μην υπάρχει πλήρης μηχανοργάνωση του τομέα υγείας. Πολλά νοσοκομεία δεν έχουν μηχανογραφηθεί καθόλου, σε άλλα μερικά τμήματα μόνο, οι μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ δεν διαθέτουν μηχανοργάνωση, με αποτέλεσμα να μην διασυνδέονται μεταξύ τους και με την Κεντρική Διοίκηση.

Η έλλειψη ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς δημιουργεί μεγάλα ελλείμματα και κενά στη διαφάνεια, με αποτέλεσμα την κατασπατάληση υπηρεσιών και πόρων.

Παρά τα σημαντικά βήματα με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την ηλεκτρονική καταγραφή των εξετάσεων, η έλλειψη ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, δημιουργεί προβλήματα στον έλεγχο υπηρεσιών-φαρμάκων και μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην υγεία κάθε πολίτη.

Η αξιοποίηση στη Διοίκηση, όχι των ειδικών και των αρίστων, αλλά πολιτευτών, κομματικών στελεχών και ημετέρων, αποτελεί νοσηρότητα του συστήματος. Η πελατειακή συμπεριφορά, ώστε να χρειάζεται για μια εισαγωγή ασθενούς σ' ένα νοσοκομείο να γίνονται παρεμβάσεις, δείχνει όχι μόνο έλλειψη σεβασμού, αλλά και πως αντιλαμβάνεται και σήμερα ακόμη το σύστημα εξουσίας τη Διαφάνεια και τη Δεοντολογία».

Ακόμη ανέφερε ότι: «Στον χώρο της υγείας την δεκαετία 2000-2010 έγινε μεγάλο πάρτι, ωφελήθηκαν πολλοί από τους εμπλεκόμενους. Είναι δύσκολο να υπολογίσει κανείς πόσο στοίχισε το πάρτι αυτό και πόσο αύξησε το δημόσιο χρέος. Σίγουρο όμως είναι ότι πρέπει να περιορίσουμε με κάθε τρόπο την απάτη, ώστε τα χρήματα του ελληνικού λαού να πηγαίνουν εκεί που πρέπει για να προσφέρουν καλές υπηρεσίες υγείας».

Ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ.
Μ. Βλασταράκος

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΩΦΕΛΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αθήνα 14.6.2013

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ- ΨΗΦΙΣΜΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος καταδικάζει την κυβερνητική απόφαση για την ξαφνική διακοπή της λειτουργίας της Δημόσιας Ραδιοτηλεόρασης, με πράξη νομοθετικού περιεχομένου.

Η απόφαση αυτή πλήττει τους δημοκρατικούς θεσμούς, με καταστροφικές παρενέργειες για την έννομη τάξη και λειτουργία, την πολιτιστική παράδοση και ιστορία της Δημόσιας Ραδιοτηλεόρασης. Στο βωμό της εξυγίανσής της, καθιστά ανέργους 2.500 εργαζόμενους, χωρίς σχέδιο λειτουργίας της, για το μέλλον και την απασχόληση των εργαζομένων.

Η διάλυση Δημόσιων Οργανισμών επακόλουθο, της βίαιης Δημοσιονομικής προσαρμογής και των Μνημονιακών επιλογών, θα θέσει σύντομα σε κίνδυνο την λειτουργία των Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας, Οργανισμών Υγείας, αλλά και άλλων Δημόσιων Υπηρεσιών.

Καλούμε την κυβέρνηση να επανεξετάσει τη στάση της, σε μία εποχή μεγάλης ανεργίας και κοινωνικής αποδυνάμωσης, διότι θα φέρει ακέραια την ευθύνη των κοινωνικών αναταραχών και συγκρούσεων, με καταστροφικά αποτελέσματα.

Για τον Π.Ι.Σ.

Ο Πρόεδρος — Ο Γεν. Γραμματέας

Μ.ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ — Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

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

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Αποφάσεις για προσεχείς ενέργειες από το Δ.Σ του Π.Ι.Σ.

Αθήνα, 10.6.2013

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κατά την συνεδρίαση της 7ης Ιουνίου 2013 αποφάσισε:

*Το Σάββατο 6 Ιουλίου 2013 θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα (στο Ξενοδοχείο CROWNPLAZA, Μιχαλακοπούλου 50), Συνάντηση-Σύσκεψη του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. με τους Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων όλης της Χώρας (ώρα 10.00 π.μ.).

Κύριο θέμα συζήτησης, θα είναι η αναμόρφωση της απαρχαιωμένης Ιατρικής Νομοθεσίας, περί Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και Ιατρικών Συλλόγων.

Θα γίνει σχετική εισήγηση, από τον νομικό συνεργάτη κ. Χάρη Πολίτη και θα συσταθεί επιτροπή, η οποία με τις τεχνικές συμβουλές του νομικού συνεργάτη, θα παρουσιάσει τις τελικές προτάσεις, σε νέα συνάντηση Προέδρων και στη Γενική Συνέλευση του Π.Ι.Σ.

Για την αποζημίωση των ιατρών που εξετάζουν υποψηφίους οδηγούς, αποφασίστηκε να ζητηθεί από τον Υπουργό Ανάπτυξης & Ανταγωνιστικότητας, Υποδομών- Μεταφορών & Δικτύων κ. Κ. Χατζηδάκη, άμεση συνάντηση, προκειμένου να ζητήσουμε την τροποποίηση της αμοιβής των ιατρών, την οποία οι Υπηρεσίες του Υπουργείου καθορίζουν σε 10 ευρώ, σε αντιστοιχία με την αμοιβή των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών.

Ο Νόμος 4155 (άρθρο 52- παράγραφος 3) ορίζει: Για κάθε πρωτοβάθμια ιατρική εξέταση υποψηφίου οδηγού, ο ενδιαφερόμενος καταβάλλει αμοιβή στον γιατρό που διενεργεί την εξέταση αυτή, ίση με το ποσό που ισχύει κάθε φορά, ως κατώτατο όριο αμοιβής των συμβεβλημένων με το Δημόσιο γιατρών, για επίσκεψη στο ιατρείο.

Είναι αδιανόητο η αποζημίωση των ιατρών που εξετάζουν υποψηφίους οδηγούς να ορίζεται σε τέτοια επίπεδα, τη στιγμή που χρειαζόμαστε εμπεριστατωμένη εξέταση για ασφαλή οδήγηση.

Θα πρέπει τουλάχιστον η αμοιβή να καθοριστεί όπως και το Προεδρικό Διάταγμα 127/2005 ορίζει (20 ευρώ).

Πιστεύουμε ότι ο Υπουργός θα αντιληφθεί τη σημασία του προβλήματος αυτού που ανέκυψε και θα πάρει τις ανάλογες αποφάσεις.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου θα εκτιμήσει τα νεώτερα δεδομένα και θα αποφασίσει σχετικά, σε συνεργασία με τους νομικούς συνεργάτες.

Για τις ληξιπρόθεσμες οφειλές, γίνεται προσπάθεια απεμπλοκής από τη γραφειοκρατική αντίληψη παρέδρων του Ελεγκτικού Συνεδρίου, με παρεμβάσεις σε κεντρικό επίπεδο.

Είναι απορίας άξιο, πως και γιατί η καθυστέρηση αυτή εξόφλησης στους ιατρούς, ενώ έχουν εξοφληθεί άλλοι πάροχοι υγείας.

Η Κυβέρνηση σε κάθε περίπτωση που έχει την τελική ευθύνη, ας αναλογιστεί τον γολγοθά που βιώνουν πολλοί συνάδελφοί μας.

Τα προβλήματα υγείας σε όλα τα επίπεδα, τα προβλήματα του ΤΣΑΥ, σε συνδυασμό με την απαξίωση από την Πολιτεία των λειτουργών της υγείας, δημιουργούν σκηνικό τέλματος στην υγεία και περίθαλψη του λαού.

Η Πολιτική Ηγεσία πρέπει να ενεργήσει επιτέλους, αντί να προσπαθεί να δικαιολογήσει τη στάση της και να εξαγγέλλει, γιατί η υγεία του ελληνικού λαού περνά μεγάλη κρίση.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΚΟΙΝΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

ΓΣΕΕ, ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΒΕΕ, ΕΣΕΕ, ΓΕΩΤΕΕ, ΔΣΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ,ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ, ΠΑΣΕΓΕΣ, ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ, ΤΕΕ

Διασυντονιστικό όργανο που θα συνεδριάζει ανά 15νθήμερο και θα αποφασίζει κοινές αντιδράσεις στη "μνημονιακή" λαίλαπα συνέπτυξαν οι επιστημονικοί και συνδικαλιστικοί φορείς της χώρας

Αθήνα, 5.6.2013

Οι επιστημονικοί και συνδικαλιστικοί φορείς της χώρας, ανταποκρινόμενοι στην απαίτηση της κοινωνίας για κοινή αντίδραση στα μέτρα που επιτείνουν την ύφεση και αποδυναμώνουν τον παραγωγικό ιστό της χώρας, αλλά και όσα συνεχίζει να απεργάζεται σε βάρος των πολιτών η αποτυχημένη "μνημονιακή" πολιτική, αποφάσισαν να προχωρήσουν στην σύσταση διασυντονιστικού οργάνου που θα συνεδριάζει ανά 15νθήμερο και θα αποφασίζει, στο εξής, κοινές δράσεις, με κινητοποίηση όλων των υγειών παραγωγικών δυνάμεων του τόπου.

Στην πρώτη συνάντησή τους υπήρξε απόλυτη ομοφωνία, τόσο στην αναγκαιότητα της κοινής δράσης, όσο και στα δέκα σημεία στα οποία θα επικεντρωθούν αυτές σε πρώτη φάση.

Βασικός σκοπός του διασυντονιστικού οργάνου, στην παρούσα φάση, θα είναι η αλληλεγγύη των φορέων της κοινωνίας, της εργασίας και της επιστήμης, η σύγκλιση και ανάδειξη θεμάτων που άπτονται ενός κοινωνικού κράτους, ενός κράτους δικαίου, ενόψει, μάλιστα, της ελληνικής προεδρίας στην ΕΕ, το πρώτο εξάμηνο του 2014. Ως πλαίσιο ορίστηκε η θεσμική και κινηματική κοινή δράση των φορέων που θα συνεργαστούν, ο κύκλος των οποίων θα διευρυνθεί τις αμέσως επόμενες ημέρες.

Τα δέκα σημεία που έτυχαν της ομόφωνης αποδοχής των εκπροσώπων των επιστημονικών και συνδικαλιστικών φο-

ρέων είναι:

1. Ίδρυση και λειτουργία διασυντονιστικού οργάνου των υγειών παραγωγικών δυνάμεων, το οποίο θα συνεδριάζει κάθε πρώτη και τρίτη Δευτέρα του μήνα, θα συζητά τις εισηγήσεις, θα αποφασίζει και θα συντονίζει τις κινητοποιήσεις ή άλλες ενέργειες. Στο διασυντονιστικό θα συμμετέχουν οι πρόεδροι των φορέων ή εκπρόσωποί τους. Τον συντονισμό θα αναλαμβάνει εκ περιτροπής και ένας από τους φορείς που θα μετέχουν στο όργανο.
2. Ανάδειξη, ως μείζονος προβλήματος, της απαξίας της κοινωνίας, της δημοκρατίας, του συνδικαλισμού και της τοπικής αυτοδιοίκησης, που στοχοποιήθηκαν συστηματικά και βάση σχεδίου, τα τελευταία χρόνια από τις κυβερνήσεις. Η αλληλεγγύη και συντονισμένη δράση των φορέων θα αποτελεί στο εξής πάγια πρακτική.
3. Ενημέρωση των ομολόγων φορέων στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, για την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει η χώρα μετά από τρία χρόνια εφαρμογής των "μνημονίων" και κοινές συναντήσεις για ενημέρωση του Προέδρου της Δημοκρατίας, βουλευτών και πολιτικών κομμάτων.
4. Κατάρτιση "Μαύρης Βίβλου" της ελληνικής κοινωνίας, στην οποία θα συμπεριληφθούν οι διατάξεις που θα πρέπει άμεσα να καταργηθούν και αποτελούν κοινό αίτημα των φορέων.
5. Διεκδίκηση της ανακεφαλαιοποίησης του ασφαλιστικού συστήματος, που έχει καταρρεύσει, από τις συνεχιζόμενες κλοπές των αποθεματικών του, της μείωσης των συντάξεων και των παροχών του και τις αυξήσεις των ασφαλιστικών εισφορών.
6. Σύνταξη σχεδίου επανα-οικοδόμησης της παραγωγικής δομής και της κοινωνικής δικαιοσύνης.
7. Ύψωση εμποδίων στο ξεπούλημα της δημόσιας περιουσίας, ιδίως αυτής που αφορά κοινωνικά και δημόσια αγαθά και στρατηγικούς τομείς παραγωγής της χώρας.
8. Κατάθεση συγκεκριμένων προτάσεων για τις πραγματικές διαρθρωτικές αλλαγές που έχει ανάγκη η χώρα, στην κατεύθυνση της αειφορίας, της δημοκρατίας, του κράτους δικαίου, της προστασίας του δημόσιου συμφέροντος και της κοινωνικής συνοχής.
9. Ανάδειξη του ρόλου εκείνων των φορέων, εταιρειών ή και προσώπων, που συνεχίζουν να προσβάλλουν την ελληνική δημοκρατία και τους πολίτες της, εξαιτίας της συνεργασίας τους με την "τρόικα" και διασφάλιση της δημοσιότητας των αποφάσεων, απόψεων και δράσεων του διασυντονιστικού οργάνου, ώστε να αποτραπούν φαινόμενα διαστρέβλωσης των θέσεων των φορέων.
10. Λήψη πρωτοβουλιών, ώστε η «σύγκλιση» και θέματα του κοινωνικού κράτους να ενταχθούν στη διάταξη της ελληνικής Προεδρίας του 2014.

Στις αμέσως επόμενες συνεδριάσεις του οργάνου, θα εξειδικευτούν αυτά τα δέκα σημεία, ενώ για κάθε περίπτωση που παρίσταται ανάγκη, θα συγκροτηθεί ειδική ομάδα εργασίας, έργο της οποίας θα είναι η τεκμηρίωση και εισήγηση δράσεων και αντιδράσεων.

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι έχουμε ευθύνη όλοι μας, οφείλουμε να κινητοποιηθούμε, να συνεργαστούμε, παρά τις όποιες επιμέρους διαφωνίες μας, για κοινές δράσεις. Αυτή είναι η απαίτηση των πολιτών που βιώνουν καθημερινά την ανάλγητη πολιτική της κυβέρνησης και τις απάνθρωπες επιπτώσεις της.

Τέλος, αφού αναφέρθηκαν σε δεδομένα, κατέληξαν συνοψίζοντας τη βασική θέση της συνεργασίας τους στη φράση:

«Οι φορείς μας έχουν ιστορική ευθύνη να δράσουν ενιαία και συντονισμένα.

Να ενημερώσουν τον ελληνικό λαό και να κινητοποιηθούν με όλες τους τις δυνάμεις, για να υπερασπίσουν τη δημοκρατία, το κράτος δικαίου, το εναπομείναν κοινωνικό κράτος, την αξιοπρέπειά μας και να διασφαλίσουν το δημόσιο συμφέρον και την κοινωνική συνοχή.

Όλοι μαζί οι υγιείς παραγωγικές δυνάμεις της Ελλάδας οφείλουμε και μπορούμε να αντισταθούμε, να αγωνιστούμε και να νικήσουμε.»

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Συνάντηση του ΔΣ του ΠΙΣ με τους προέδρους των ιατρικών συλλόγων νησιωτικών και ακριτικών περιοχών

Αθήνα, 27.5.2013

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, συναντήθηκε το Σάββατο 25 Μαΐου στην Αθήνα, με τους προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων των νησιωτικών και ακριτικών περιοχών.

Συζητήθηκαν εκτενώς όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας περίθαλψης, με τις μεγάλες ελλείψεις, τις απλήρωτες εφημερίες, τα κενά που καθιστούν προβληματική τη λειτουργία πολλών νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας και μονάδων του ΕΟΠΥΥ και την προσπάθεια ιδιωτικών κέντρων περίθαλψης της Τουρκίας προσέλκυσης ντόπιων και ξένων ασθενών που επισκέπτονται την Ελλάδα.

Τονίσαμε το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του ΠΙΣ για τις περιοχές αυτές, καθώς και ότι έχουμε ζητήσει από την πολιτεία να δημιουργηθεί ένα τείχος προστασίας της υγείας των περιοχών αυτών προκειμένου να μην θρηνούμε θύματα, να εμπεδώσουμε την ασφάλεια της υγείας που χρειάζονται οι κάτοικοι, καθώς και να ενδυναμώσουμε το τουριστικό ρεύμα προς τη χώρα μας προσφέροντας ασφαλείς υπηρεσίες υγείας. Ανακοινώσαμε στους προέδρους ότι ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Α. Λυκουρέντζος ανακοίνωσε σε απάντηση εισήγησης του προέδρου του ΠΙΣ κ. Μ. Βλασταράκου (σε ιατρικό συνέδριο) την Παρασκευή 24 Μαΐου, την πρόσληψη 150 μόνιμων ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία, σε στοχευμένες θέσεις, με προτεραιότητα στις περιοχές αυτές, και 653 επικουρικών ιατρών.

Τις προτάσεις, εισηγήσεις των προέδρων θα καταθέσουμε στο Υπουργείο και στο Γραφείο του Πρωθυπουργού, ζητώντας, για μία ακόμη φορά την άμεση κάλυψη των αναγκών.

Πιστεύουμε ότι οι συνεχείς παρεμβάσεις μας στην κατεύθυνση αυτή έχουν πείσει, τόσο το Υπουργείο όσο και τον ίδιο τον Πρωθυπουργό, ότι η κάλυψη των αναγκών υγείας των νησιωτικών και ακριτικών περιοχών είναι κοινωνική και εθνική ανάγκη. Πιστεύουμε ότι οι εξαγγελίες θα υλοποιηθούν άμεσα και

θα αγωνιστούμε γι' αυτό. Ο χρόνος έχει περάσει και οι λύσεις έπρεπε να είχαν δοθεί χθες.

Στηρίζουμε την απεργιακή κινητοποίηση των λειτουργών υγείας του δημόσιου τομέα ΟΕΝΓΕ - ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ – ΠΟΕΔΗΝ που έχει εξαγγελθεί για τις 7 Ιουνίου, αντιδρώντας στην επιχειρούμενη διάλυση του δημόσιου τομέα υγείας και στην οικονομική και ηθική απαξίωση των λειτουργών της.

Ενημερώνουμε για μία ακόμη φορά ότι το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από εισήγησή του ΠΙΣ και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, έχει αποδεχθεί την παράταση του Π.Δ 84/2001, όσον αφορά την αδειοδότηση παλαιών ιατρείων – εργαστηρίων – οδοντιατρείων (προ του 2001). Έχει προστεθεί σχετική τροπολογία στο προσχέδιο του υπό κατάθεση νομοσχεδίου για την υγεία.

Συνεχίζονται οι πιέσεις μας, με καθημερινή σχεδόν επικοινωνία, προς τον ΕΟΠΥΥ για την επιτάχυνση της εξόφλησης των ληξιπρόθεσμων οφειλών προς τους ιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με τις διαφημίσεις ιατρικών – εμπορικών επιχειρήσεων που προκαλούν και δημιουργούν προβλήματα θα προσφύγουμε, μετά από νομική τεκμηρίωση, στην δικαιοσύνη (οικονομικούς εισαγγελείς) αλλά και στο ΕΣΡ.

Για το ΤΣΑΥ με τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζει και τις πλημμελείς υπηρεσίες προς τους ιατρούς, αναμένουμε νέα συνάντηση με τον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης κ. Βρούτση προκειμένου να έχουμε τις απαντήσεις του στα ζητήματα που έχουμε θέσει.

Για μία ακόμη φορά ζητούμε από την πολιτεία να ενεργήσει, αφήνοντας λόγια και υποσχέσεις γιατί η υγεία του ελληνικού λαού, τη σημερινή δύσκολη εποχή της κρίσης, της ανεργίας και της ανέχειας, απαιτεί σεβασμό και στέρεες ενέργειες.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος	Ο Γ. Γραμματέας
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ	Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Επίσκεψη του ΠΙΣ στη Μυτιλήνη

Αθήνα, 2.5.2013

Τα προβλήματα υγείας της Λέσβου συζήτησαν την Πρωτομαγιά 2013, κατά την επίσκεψή τους στην Μυτιλήνη, ο πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μ. Βλασταράκος και ο υπεύθυνος της νησιωτικής πολιτικής υγείας, μέλος του Δ.Σ του ΠΙΣ κ. Κ. Κουτσόπουλος με τον πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Λέσβου κ. Π. Προβέτζα και το Δ.Σ.

Ο ΠΙΣ ενημερώθηκε από το ΔΣ του Ιατρικού Συλλόγου Λέσβου για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ιατροί του νησιού τόσο στα νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, περιφερειακά ιατρεία, αγροτικά ιατρεία, όσο και στον ΕΟΠΥΥ και τα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια. Τονίστηκαν οι μεγάλες ελλείψεις που υπάρχουν στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης λόγω της αποχώρησης, με συνταξιοδότηση, αρκετών ιατρών, αλλά και της μέχρι σήμερα αδυναμίας πλήρωσης των κενών θέσεων, με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν ασθενείς, να μεταφέρονται επειγόντως σε νοσοκομεία της Αθήνας, να σπαταλούνται πόροι και να υφίστανται ταλαιπωρία οι κάτοικοι του νησιού. Επισημάνθηκε η προσπάθεια εκμετάλλευσης του υπάρχοντος κενού της περίθαλψης από την απέναντι πλευρά, τη γειτονική Τουρκία, που με τη δημιουργία ταξιδιωτικών γραφείων στο νησί και τη διαφήμιση μέσα από φυλλάδια και το διαδίκτυο στοχεύει στη μεταφορά ασθενών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια της.

Ακολούθησε κοινή συνέντευξη τύπου του ΠΙΣ και του ΙΣ Λέσβου στην οποία υπογραμμίστηκε ότι υπάρχει πλήρης συνεργασία των προέδρων και των Δ.Σ όλων των νησιωτικών και ακριτικών περιοχών με τον πρόεδρο και το Δ.Σ του ΠΙΣ για την ανάληψη κοινών δράσεων, ώστε να δημιουργηθεί ένα τείχος προστασίας της υγείας, με κάλυψη, κατ' εξαίρεση, των αναγκών σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της νησιωτικής και δη της ακριτικής Ελλάδας. Απαιτούμε να διαφυλαχθεί η υγεία των ευαίσθητων αυτών περιοχών, να εμπεδωθεί το αίσθημα υγειονομικής ασφάλειας στους πολίτες, να σταματήσουμε να θρηνούμε θύματα λόγω της έλλειψης ιατρών, σε μικρά και μεγαλύτερα νησιά, και να δοθεί ένα τέλος στην ταλαιπωρία των κατοίκων. Έτσι, θα σταματήσει και η εκμετάλλευση της αγωνίας του αρρώστου από ντόπιους, ξένους και γείτονες κερδοσκόπους, για τους οποίους επιφυλαχθήκαμε να ασκήσουμε όλα τα ένδικα μέσα για την παράνομη διαφημιστική καμπάνια. Η ενίσχυση του τουρισμού και του πολιτισμού της χώρας μας άλλωστε, απαιτεί την ασφαλή υγεία της νησιωτικής Ελλάδας.

Η εξάντληση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου της Μυτιλήνης, λόγω των ελλείψεων και των απλήρωτων εφημεριών και υπερωριών δεν μπορεί να συνεχιστεί. Οι ελλείψεις τουλάχιστον 16 ιατρών, βασικών ειδικοτήτων και 40 νοσηλευτών πρέπει τάχιστα να αποκατασταθούν.

Ο ΠΙΣ με συνεχείς δράσεις στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών των περιοχών αυτών. Η αποδοχή εκ μέρους του Υπουργείου των προτάσεων μας και οι εξαγγελίες προς αυτή την κατεύθυνση του Πρωθυπουργού, πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα. Δεν μπορούμε να παραμείνουμε σε προθέσεις, ευχολόγια και διαπιστώσεις αναγκών. Οφείλουμε να προχωρήσουμε σε ενέργειες και δράσεις γιατί η εποχή δεν επιτρέπει την ολιγωρία.

Το προεδρείο του ΠΙΣ συναντήθηκε την Τρίτη 30 Απριλίου με τον αναπληρωτή υπουργό Υγείας κ. Μάριο Σαλμά και συζήτησαν την πρόθεση της Ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας για εκσυγχρονισμό της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης με ενίσχυση των δημοσίων δομών υγείας, καθώς και τη λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων.

Επιπλέον, συζητήθηκε ο στρατηγικός ρόλος του ΠΙΣ και των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας, στη διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου ΠΦΥ και σύναψης συλλογικών συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ και άλλους ασφαλιστικούς φορείς. Διαπιστώθηκε δε, η ανάγκη επιπλέον χρηματοδότησης των παρόχων υγείας προκειμένου να υπάρξουν κίνητρα για εύρυθμη λειτουργία.

Ο πρόεδρος του ΠΙΣ κ. Μ. Βλασταράκος μετείχε την Δευτέρα 29 Απριλίου σε σύσκε-

ψη των Υπουργών Υγείας και Εργασίας παρουσία των Διοικήσεων του ΕΟΠΥΥ και του ΙΚΑ, για την εξεύρεση τρόπου ομαλής λειτουργίας των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) και την αποφυγή της ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων πολιτών και των ιατρών. Τονίσαμε την ανάγκη υπαγωγής των ΚΕΠΑ στον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος να αποτελέσει τον κύριο διαχειριστικό φορέα, τη στιγμή που οι ιατροί που μετέχουν στις επιτροπές αυτές ανήκουν στον ΕΟΠΥΥ. Με τον τρόπο αυτό οι οποιεσδήποτε δυσλειτουργίες μπορούν να τακτοποιηθούν ευχερέστερα. Η πιστοποίηση της αναπηρίας που είναι έργο των ιατρών πρέπει να ξεχωρίσει από την ασφαλιστική και συνταξιοδοτική παροχή που είναι έργο των ταμείων, καθώς και από τις άλλες πιστοποιήσεις για εφορία, δελτία στάθμευσης αυτοκινήτων, μεταγραφές, ΔΕΗ κλπ. Η προκήρυξη των 400 ιατρών από το ΙΚΑ θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από τον ΕΟΠΥΥ, διότι δεν επιτρέπεται να δημιουργηθεί νέο κέντρο ιατρικών υπηρεσιών σε άλλον φορέα. Οι μετακινήσεις των ιατρών θα πρέπει να γίνονται κατά προτίμηση από όμορους νομούς, από μεικτές επιτροπές ειδικοτήτων και με ανθρώπινους όρους αποζημίωσης οδοιπορικών και διαμονής.

Ο ιατρικός κόσμος συμφωνεί με συνέργειες, προκειμένου να μην ταλαιπωρείται το κοινωνικό σύνολο και ιδιαίτερα τα άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις, αλλά χωρίς να ταλαιπωρούνται όπως σήμερα οι ιατροί. Είναι απαραίτητη δε, προϋπόθεση η χορήγηση των αναπηρικών συντάξεων και επιδομάτων, μέχρι της επανεξετάσεως, όταν αναβάλλονται ή καθυστερούν, με ευθύνη της πολιτείας.

Ο πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ κ. Ε. Παπαγεωργόπουλος μας ενημέρωσε σήμερα, ότι την Τετάρτη 8 Μαΐου, θα αναρτηθεί στο site του Οργανισμού ανακοίνωση, η οποία θα καλεί τους ιατρούς να αποπληρωθούν άμεσα για τις ληξιπρόθεσμες οφειλές. Παρά τις οποιεσδήποτε μέχρι σήμερα καθυστερήσεις, μετά από τις συνεχείς παρεμβάσεις μας, χαιρετίζουμε αυτή την εξέλιξη με την απαίτηση να ολοκληρωθεί πλήρως και σύντομα. Η νομική υπηρεσία του ΠΙΣ θα είναι σε ετοιμότητα, προκειμένου και δικαιώματα ιατρών να μην καταστρατηγηθούν και η αποπληρωμή να ολοκληρωθεί.

Αναμένουμε από την πολιτεία λύσεις και δράσεις που να στηρίζουν τη λειτουργία του ιατρικού σώματος και να ενισχύουν την περίθαλψη των πολιτών, τη στιγμή της κρισιμότητας για την ελληνική κοινωνία, κατά την οποία η ενδυνάμωση αξιών και λειτουργών είναι άκρως απαραίτητη.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Δράσεις ΠΙΣ για τη στήριξη του Δημόσιου αλλά και Ιδιωτικού Συστήματος Υγείας

Αθήνα, 24.4.2013

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος αισθάνεται ικανοποίηση και χαιρετίζει την καταψήφιση από την Βουλή της τροπολογίας, με την οποία είχε εισαχθεί νομοθετική ρύθμιση για την ένταξη των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ, καθώς και των κλάδων υγείας άλλων ταμείων.

Προσπαθήσαμε όλο το προηγούμενο διάστημα να συνεργήσουμε μαζί με τους άλλους επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς, προκειμένου να μην ψηφιστούν από την Βουλή ρυθμίσεις, που υφαρπάζουν αποθεματικά υγειών κλάδων ταμείων, υποβαθμίζουν την περίθαλψη των κλάδων, των υπό ένταξη φορέων, αλλά και αδυνατούν μόνο με τον τρόπο αυτό να δώσουν τη δυνατότητα βιωσιμότητας σε έναν "θνησιγενή" ΕΟΠΥΥ.

Καλέσαμε τους βουλευτές ιατρούς του Κοινοβουλίου να αντιταχθούν στην περαιτέρω αποδυνάμωση του κλάδου υγείας των υγειονομικών, με την ένταξη στον ΕΟΠΥΥ και τους ζητήσαμε να αποτρέψουν τέτοιες πρακτικές.

Η κινητοποίηση μας - με τις απεργιακές κινητοποιήσεις του Πανεπιστημονικού μετώπου και με τις άλλες δράσεις - μας δίνει το δικαίωμα να αισθανόμαστε ικανοποιημένοι, από την σημερινή εξέλιξη και να συνεχίσουμε την προσπάθεια να αποτρέψουμε και στο άμεσο μέλλον, κάθε προσπάθεια που θα επιχειρηθεί στην κατεύθυνση της ένταξης των κλάδων υγείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ.

Καλούμε όλο τον ιατρικό κόσμο της χώρας αλλά και τον επιστημονικό, σε εγρήγορση προσπάθεια και δράση, ώστε πολιτικές που δεν έχουν κοινωνική αποδοχή και στήριξη όχι μόνο να απορριφθούν αλλά και να καταδικαστούν.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος	Ο Γ. Γραμματέας
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ	Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Συνάντηση προεδρείου ΠΙΣ με τον Υπουργό Εργασίας κ. Ι. Βρούτση

Αθήνα, 12.4.2013

Το προεδρείο του ΠΙΣ, με τη συμμετοχή και του προέδρου της Διοικούσας Επιτροπής του ΤΣΑΥ κ. Α Βασιάδη, πραγματοποίησε σήμερα, Παρασκευή 12 Απριλίου, συνάντηση με τον Υπουργό Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας κ. Ιωάννη Βρούτση. Τέθηκαν σε κάθε λεπτομέρεια τα προβλήματα του ιατρικού κόσμου που άπτονται των αρμοδιοτήτων

του υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων όπως: ΤΣΑΥ (Ταμείο Συντάξεων και Ασφάλισης Υγειονομικών) , ΚΕΠΑ (Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας) και ληξιπρόθεσμες οφειλές ταμείων.

-Όσον αφορά το ΤΣΑΥ τέθηκαν υπόψη του υπουργού και ζητήθηκε παρέμβαση του, σε μία σειρά ζητημάτων που αφορούν την καθυστέρηση της μηχανοργάνωσης του ταμείου, τη μεγάλη έλλειψη προσωπικού, την καθυστέρηση απονομής συντάξεων που εγγίζει τα δύο χρόνια, τις μεγάλες αναμονές και την ταλαιπωρία εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων του ταμείου μας για τρέχουσες συναλλαγές. Επίσης την εκκαθάριση ασφαλιστικών λογαριασμών εργοδοτών και ασφαλισμένων, την απόδοση των οφειλομένων από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση, στα πλαίσια της τριμερούς χρηματοδότησης που ανέρχονται στο ποσό των 250 εκατομμυρίων ευρώ, τον κλάδο των μονοσυνταξιούχων ιατρών, την έγκριση του υπουργείου για μεταφορά της στέγης υγειονομικών στον κλάδο σύνταξης, και υπόλοιπα ζητήματα που αφορούν τη λειτουργία του ταμείου.

-Όσον αφορά τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας ετέθη στον Υπουργό η θέση του ιατρικού κόσμου για μεταφορά της διαχείρισής τους στον ΕΟΠΥΥ, τη στιγμή που το ιατρικό προσωπικό που χρησιμοποιείται ανήκει πλέον στον ΕΟΠΥΥ, καθώς και την αντίθεση πρόσληψης από το ΙΚΑ 400 ιατρών για κάλυψη των αναγκών των ΚΕΠΑ και την πρόσληψή τους από τον ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, ζητήσαμε να συνεχιστεί η απόδοση των συντάξεων αναπηρίας και επιδομάτων σε όσους τα λαμβάνουν χωρίς διακοπή μέχρι να επανελεγχθούν από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές. Είναι αδιανόητο να διακόπτονται οι αναπηρικές συντάξεις και τα επιδόματα σε ανθρώπους που έχουν άμεση ανάγκη, χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση, τη στιγμή που για την όλη καθυστέρηση οργάνωσης και εξέτασης ευθύνεται η πολιτεία. Επίσης, επισημάναμε ότι απαιτείται πρόσληψη επίμαχων ειδικοτήτων καρδιολόγου, νευρολόγου και ψυχιάτρου που αφορούν την πλειονότητα των περιστατικών, καθώς και να προτιμούνται για μετακίνηση οι ιατροί από όμορους νομούς και να γίνει αύξηση των εξόδων κίνησης και αποζημίωσης.

-Όσον αφορά τις ληξιπρόθεσμες οφειλές από τα διάφορα ταμεία προς τους ιατρούς ζητήσαμε από τον Υπουργό, ως εμπλεκόμενο Υπουργείο, την παρέμβασή του για την άμεση εξόφληση, η οποία καθυστερεί παρά τις συχνές υποσχέσεις και διαβεβαιώσεις.

Η σοβαρότητα των ζητημάτων αυτών απαιτεί συνέχιση της συζήτησης με τον Υπουργό, όπως και ο ίδιος διαπίστωσε, και θα επαναληφθεί εντός των προσεχών ημερών, προκειμένου να έχουμε τις απαντήσεις του στα ως άνω θέματα και τις οποιεσδήποτε παρεμβάσεις του στην πιο πάνω κατεύθυνση με τη συμμετοχή και του προέδρου του ΕΤΑΑ κ. Σελιανάκη και υπηρεσιακών παραγόντων του υπουργείου.

Ο ιατρικός κόσμος της χώρας, με μεγάλη αγωνία παρατηρεί τη συνεχή αποδυνάμωση του Ταμείου, που μετά και τη μείωση των αποθεματικών εξαιτίας του PSI, έχει δημιουργήσει προβλήματα στη βιωσιμότητα του και οι μεγάλες ελλείψεις του προσωπικού δημιουργούν βασανιστική ταλαιπωρία στους ιατρούς, που προστρέχουν σε αυτό για σύνταξη ή οποιαδήποτε άλλη συναλλαγή.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Ο ΠΙΣ ζητάει την άμεση εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών του ΕΟΠΥΥ

Αθήνα, 13.3.2013

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, για μια ακόμη φορά, ζητά από την Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τη Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ να προχωρήσουν άμεσα σε εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών των ταμείων, που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ.

Παρά τη νομοθετική ρύθμιση για πρόχειρο λογιστικό έλεγχο και προκαταβολή του 90% των οφειλών και παρά την υπόσχεση για εξόφληση μέχρι 31/3/2013, διαπιστώνουμε για μία ακόμη φορά παρελκυστική τακτική και κωλυσιεργία, η οποία για μας είναι ακατανόητη.

Παρά τα όποια δημοσιονομικά προβλήματα, η στάση πληρωμών προς ιδιώτες από το δημόσιο δημιουργεί ασφυκτικό κλίμα στη λειτουργία των ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών και εν γένει της αγοράς.

Καλούμε τους αρμόδιους της Πολιτικής Ηγεσίας του Υπουργείου και της Διοίκησης του ΕΟΠΥΥ, να τηρήσουν τα υπεσχημένα, να προχωρήσουν άμεσα σε εξόφληση των ληξιπρόθεσμων οφειλών, προτού αντιμετωπίσουμε οδυνηρές καταστάσεις στο χώρο της ιδιωτικής περίθαλψης, με επακόλουθα την επαγγελματική ασφυξία των ιατρών και το κλείσιμο χιλιάδων ιατρείων.

Ζητούμε παράλληλα από τον Πρωθυπουργό και τον υπουργό Οικονομικών να ενισχύσουν άμεσα τον ΕΟΠΥΥ, με αύξηση της κρατικής επιχορήγησης στο 1% του ΑΕΠ από 0,5%, αλλά και σε έκτακτη επιχορήγηση, προκειμένου να στηριχθεί και να μην καταρρεύσει, δεδομένης της μεγάλης απώλειας εσόδων από τη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών, λόγω της μεγάλης ύφεσης που πλήττει τον ιδιωτικό τομέα.

Εάν καταρρεύσει ο ΕΟΠΥΥ θα παρασύρει και την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή περίθαλψη και η κρίση στον τομέα της υγείας θα καταστεί ανεξέλεγκτη. Πριν είναι αργά και θρηνήσουμε θύματα ασφαλισμένων πολιτών, αλλά και επαγγελματιών της υγείας, η πολιτεία οφείλει με υπευθυνότητα και περίσκεψη να αντιμετωπίσει άμεσα τα προβλήματα, προβάλλοντας τις αναγκαίες αντιστάσεις σε εκείνους που ερήμην της Ελλάδας επεξεργάζονται σενάρια λιτότητας και δημοσιονομικών περιορισμών.

Για τον Π.Ι.Σ
Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

Επιστολή Π.Ι.Σ. προς τους αρμόδιους υπουργούς σχετικά με τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ταμείων

Αθήνα, 22.1.2013
Αρ. Πρωτ. :153

ΠΡΟΣ: Τον Υπουργό Οικονομικών, Κύριον Ιωάννη Στουρνάρα
Τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κύριον Ανδρέα Λυκουρέντζο
Τον Αναπληρωτή Υπουργό Οικονομικών, Κύριον Χρήστο Σταϊκούρα
Τον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας, Κύριον Μάριο Σαλμά

Αξιότιμοι κύριοι Υπουργοί,

Εν όψει της έκδοσης της Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΚΥΑ) που θα καθορίζει το ποσοστό της έκπτωσης (haircut) των ληξιπρόθεσμων οφειλών των ταμείων που εντάχθηκαν στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) μέχρι 30.11.2011, επαναλαμβάνουμε τη θέση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) ότι οποιαδήποτε έκπτωση στις οφειλές των ιατρών είναι όχι μόνο άδικη, αλλά θα δημιουργήσει προβλήματα στη λειτουργία των περισσοτέρων ιατρείων. Οι καθυστερήσεις στην εξόφληση έχει ως επακόλουθο τις οικονομικές επιβαρύνσεις των ιατρών από τραπεζικά δάνεια, leasing, factoring κλπ. οι οποίες οδηγούν σε αδυναμία συνέχισης λειτουργίας, ιατρείων και εργαστηρίων. Υπενθυμίζουμε ότι το κόστος των ιατρικών επισκέψεων και πράξεων και των εργαστηριακών – διαγνωστικών εξετάσεων παραμένει χαμηλό, καθώς έχουν να αναπροσαρμοστούν πλέον της 20ετίας και δεν επιτρέπουν εκπτώσεις. Η θέση μας ότι οι εκπτώσεις δεν θα πρέπει να αφορούν ιατρούς, κλινικούς και εργαστηριακούς προέρχεται μέσα από ρεαλιστική προσέγγιση του θέματος, καθώς η προσφορά της περίθαλψης στους πολίτες από τους παρόχους υγείας – μέλη μας - πραγματοποιείται με χαμηλές αποζημιώσεις. Ελπίζουμε να στηρίξετε με την απόφασή σας την κοινωνική προσφορά των ιατρών και τον καθημερινό κόπο που καταβάλλουν, ιδιαίτερα, σε μία εποχή που η κοινωνία έχει ανάγκη ιατρικής φροντίδας από το σύνολο των λειτουργών της υγείας. Οι εκπτώσεις στις οφειλές, θα δημιουργήσουν εκπτώσεις στην παροχή φροντίδας υγείας της κοινωνίας, για τις επιπτώσεις των οποίων, θα έχετε την πλήρη ευθύνη.

Με τιμή,
Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

Ο Γ. Γραμματέας
Κ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Η μεγάλη ρύπανση του περιβάλλοντος από την αιθαλομίχλη δημιουργεί τεράστιους κινδύνους για τη δημόσια υγεία!

Αθήνα, 3.1.2013

Μετά από την επίσημη ανακοίνωση του ΚΕΕΛΠΝΟ για την επικίνδυνη κατάσταση για την υγεία των πολιτών, ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού (παιδιά, ηλικιωμένοι, άτομα με χρόνιες πνευμονοπάθειες, καρδιοπάθειες κλπ), από την αιθαλομίχλη που έχει δημιουργηθεί, σε πολλές περιοχές της χώρας (Αττική, Βοιωτία, Θεσ/νικη κλπ), από την καύση προϊόντων ξύλου, ως πηγή θέρμανσης, επισημαίνουμε τους κινδύνους για τη δημόσια υγεία και την εν γένει νοσηρότητα του πληθυσμού.

Καλούμε την Πολιτεία να λάβει όλα τα αναγκαία μέτρα προκειμένου να προστατευθεί ο πληθυσμός από τις επιβλαβείς συνέπειες της καύσης προϊόντων ξύλου, οι οποίες θα έχουν απρόβλεπτες επιπτώσεις στην Υγεία και το Περιβάλλον.

Η προώθηση με οικονομικά κίνητρα της χρήσης πετρελαίου και φυσικού αερίου, ως πηγών θέρμανσης από τους πολίτες, μεγάλο μέρος των οποίων αδυνατεί λόγω της οικονομικής κρίσης να χρησιμοποιήσει, είναι επιτακτική ανάγκη.

Η Υγεία ως κοινωνικό αγαθό είναι ανεκτίμητη και η απρόβλεπτων διαστάσεων νοσηρότητα του πληθυσμού θα δημιουργήσει και τεράστιο οικονομικό κόστος.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θεωρεί αδιανόητο η Πολιτεία να μη λάβει όλα τα προληπτικά μέτρα που απαιτούνται. Οι συστάσεις και μόνο στον οικονομικά χειμαζόμενο πληθυσμό, δεν αρκούν.

Χρειάζεται συνεργασία όλων των αρμοδίων παραγόντων προκειμένου να διαφυλαχθούν η Δημόσια Υγεία και το Περιβάλλον.

Για τον Π.Ι.Σ

Ο Πρόεδρος
Μ. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ
Ο Γ. Γραμματέας
Κ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ

Διαβήτης και Οφθαλμός

Δρ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ν. ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ[1], ΙΩΑΝΝΗΣ Γ. ΤΣΟΥΜΠΡΗΣ[2]
[1,2]Χειρουργός Οφθαλμίατρος ΚΕΝΤΡΟ ΩΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΟΣ, Αθήνα

Περίληψη: *Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) αποτελεί την πρώτη αιτία τύφλωσης στον επαγγελματικά ενεργό πληθυσμό. Η εμφάνιση της ΔΑ, αφορά και τους δύο τύπους του σακχαρώδη διαβήτη (Ι και ΙΙ) και σχετίζεται κυρίως με τη διάρκεια της νόσου. Τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια τη διαιρούμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες, την πρώιμα εμφανιζόμενη μη παραγωγική ΔΑ ή υποστρώματος (ΔΑΥ) και την παραγωγική ΔΑ (ΠΔΑ). Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι καθοριστικής σημασίας για τον ασθενή. Σήμερα η ΔΑ αντιμετωπίζεται με laser φωτοπηξία, ενδοβολβικές ενέσεις ή ένθετα κορτιζόνης, ενδοβολβικές ενέσεις anti-VEGF. Σε προχωρημένα στάδια παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ένδειξη έχει η χειρουργική αντιμετώπιση.*

Λέξεις ευρετηριασμού: *Μη παραγωγική ΔΑ, παραγωγική ΔΑ, διαβητικό οίδημα ωχράς, laser φωτοπηξίας, ενδοβολβικές ενέσεις.*

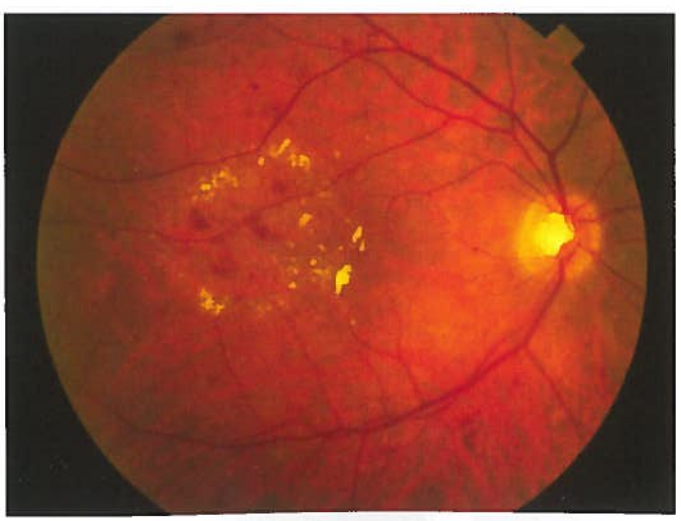
Εισαγωγή:

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) αποτελεί την πρώτη αιτία τύφλωσης στον επαγγελματικά ενεργό πληθυσμό (δηλ. μεταξύ 20 και 65 ετών). Οι διαβητικοί έχουν 25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο τύφλωσης από τους μη διαβητικούς. Το 12% των νέων περιπτώσεων τύφλωσης οφείλονται στον σακχαρώδη διαβήτη[1].

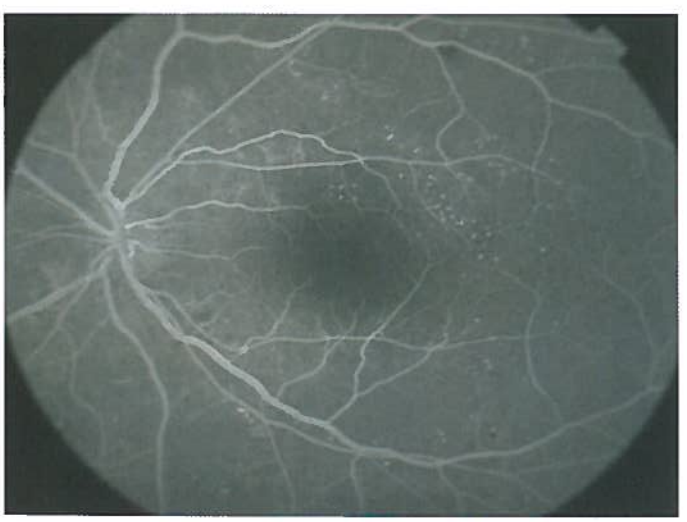
Η εμφάνιση της ΔΑ, αφορά και τους δύο τύπους του σακχαρώδη διαβήτη (Ι και ΙΙ) και σχετίζεται κυρίως με τη διάρκεια της νόσου. Είναι σπάνια τα πέντε πρώτα έτη από την εμφάνιση της νόσου, αλλά παρουσιάζεται στο 50% των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη επί 10ετία και στο 80% - 90% των ασθενών που πάσχουν επί 20 έτη[1]. Για την εμφάνιση της ΔΑ, εκτός από τη διάρκεια της νόσου αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες η κακή ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη, η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης, νεφρικής ανεπάρκειας, κύησης, υπερδιλιπιδαιμίας, καπνίσματος, παχυσαρκίας, αναιμίας και υπνικής άπνοιας.

Τη ΔΑ, τη διαιρούμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Την πρώιμα εμφανιζόμενη μη παραγωγική ΔΑ ή υποστρώματος (ΔΑΥ) και την παραγωγική ΔΑ (ΠΔΑ). Στη ΔΑΥ, παρατηρούνται μικροανευρύσματα (που αποτελούν και την πρώτη κλινικά ορατή βλάβη), ενδοαμφιβληστροειδικές αιμορραγίες, σκληρά εξιδρώματα και οίδημα στην ωχρά. Το οίδημα της ωχράς αποτελεί και τη συχνότερη αιτία μείωσης της οράσεως, σε ασθενείς με ΔΑ. Η ΠΔΑ, έχει ως παθογνωμονικό στοιχείο τη νεοαγγείωση, που μπορεί να βρίσκεται στην οπτική θηλή ή τον αμφιβληστροειδή. Επιπλοκές της ΠΔΑ είναι η προαμφιβληστροειδική αιμορραγία, η υαλοειδική αιμορραγία, οι ινοαγγειακοί σχηματισμοί, η ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς και η νεοαγγείωση της ίριδος ή της γωνίας του προσθίου θαλάμου (νεοαγγειακό γλαύκωμα)[1].

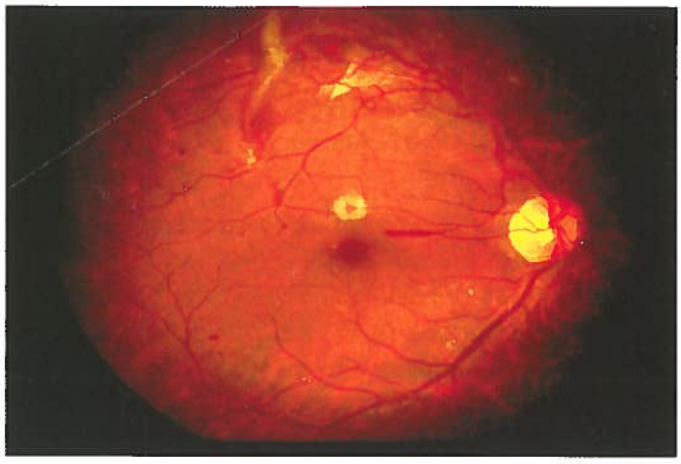
Το στάδιο πρό-παραγωγική ΔΑ (ΠΠΔΑ), που χρησιμοποιείτο κυρίως κα-



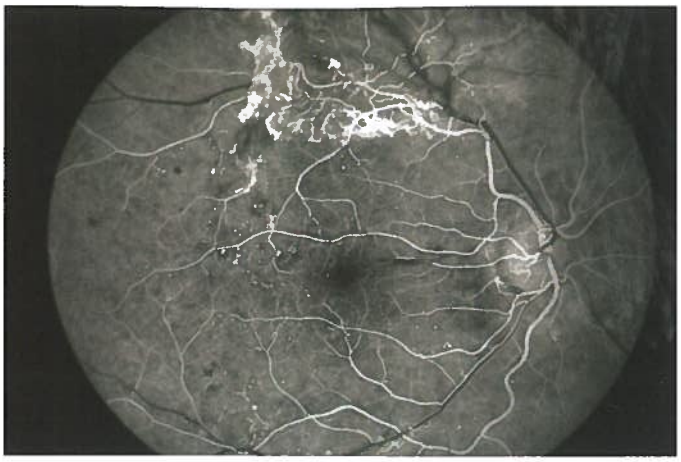
Εικόνα 1: Έγχρωμη φωτογραφία βυθού διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας υποστρώματος.



Εικόνα 2: Φλουοροαγγειογραφία διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας υποστρώματος.



Εικόνα 3: Έγχρωμη φωτογραφία βυθού ασθενούς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.



Εικόνα 4: Φλουοροαγγειογραφία παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας του ιδίου ασθενούς.

τά το παρελθόν, είναι σήμερα τμήμα της ΔΑΥ και δηλώνει μία κατάσταση μεταξύ ΠΔΑ και ΔΑΥ. Οφείλεται στην αμφιβληστροειδική ισχαιμία και οφθαλμοσκοπικά διακρίνουμε βαμβακόμορφα εξιδρώματα, απόφραξη τριχοειδών, ενδοαμφιβληστροειδικές μικροαγγειακές διαταραχές (IRMA), κομβολογιοειδείς φλέβες, στένωση ή απόφραξη στα αρτηριόλια.

Επί υπάρξεως τριών εκ των ανωτέρω στοιχείων της ΠΠΔΑ, σε διάστημα 2 ετών, το 50% των ασθενών που τα εμφανίζουν, θα εκδηλώσουν ΠΔΑ. Τα μάτια που πάσχουν από ΠΔΑ και δεν αντιμετωπισθούν, έχουν μεγάλο κίνδυνο για σοβαρή μείωση της οράσεως. Μετά την εμφάνιση ΠΔΑ, το 50% των ματιών θα έχουν οπτική οξύτητα < 1/20 (νομικά τυφλοί) εντός 5ετών, αν δεν υποβληθούν σε θεραπεία. Επί υπάρξεως ΠΔΑ, υψηλό κίνδυνο για σοβαρή μείωση της οράσεως (Ο.Ο<1/20), έχουν οι ασθενείς που παρουσιάζουν τρία από τα τέσσερα ακόλουθα σημεία: Α)Ύπαρξη νεοαγγείωσης Β) Νεοαγγείωση επί της Ο.Θ ή σε απόσταση μίας θηλαίας διαμέτρου από την Ο.Θ και εκτάσεως της νεοαγγείωσης> του 1/4 της επιφάνειας της Ο.Θ. Γ) Νεοαγγείωση στον αμφιβληστροειδή, εκτάσεως > του ½ της επιφάνειας της Ο.Θ. Δ) Υαλοειδική ή προαμφιβληστροειδική αιμορραγία. Οι ανωτέρω ασθενείς, πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπισθούν με παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία, η οποία ελαττώνει τον κίνδυνο τύφλωσης κατά 50%. Επί υπάρξεως δύο εκ των τεσσάρων ανωτέρω σημείων και υπό την προϋπόθεση ότι ο ασθενής θα βρίσκεται υπό τακτική ιατρική παρακολούθηση, η εφαρμογή παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας δεν ελαττώνει στατιστικά σημαντικά το ποσοστό των ασθενών που θα καταστούν νομικά τυφλοί.

Παρακολούθηση

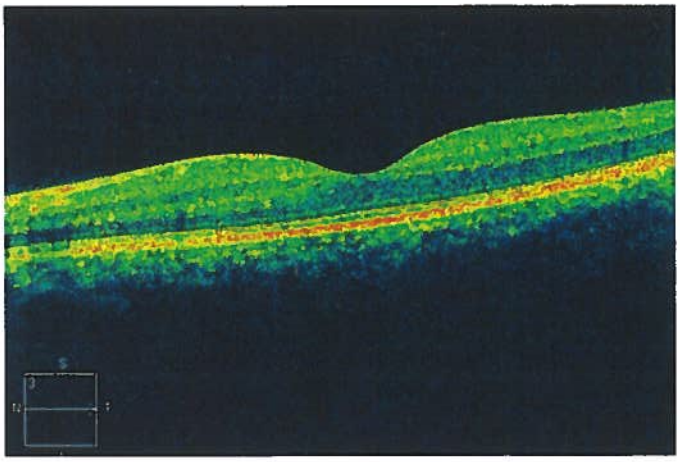
Η σωστή παρακολούθηση των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και δεν παρουσιάζουν καθόλου ή παρουσιάζουν ελάχιστες αλλοιώσεις ΔΑΥ, επιβάλλει πλήρη οφθαλμολογική εξέταση μία φορά το χρόνο. Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και με ΔΑΥ, χωρίς κλινικά σημαντικό οίδημα ωχράς, χρειάζονται εξέταση ανά 6μηνο, ενώ επί υπάρξεως ΔΑΥ με κλινικά σημαντικό οίδημα ωχράς, επί ΠΠΔΑ ή επί ΠΔΑ, επιβάλλεται εξέταση ανά 3-4μήνες. Επί εφαρμογής φωτοπηξίας, ο ασθενής, επανεξετάζεται ανά 3-4μήνες, μέχρι σταθεροποιήσεως της καταστάσεώς του και μετά ανά 6μηνο για την υπόλοιπη ζωή του. Η επανεξέταση μετά από ενδοβολβικές ενέσεις για την αντιμετώπιση του οιδήματος της ωχράς, μπορεί να είναι ακόμη και ανά μήνα.Η βιομικροσκόπιση, αποτελεί την κύρια διαγνωστική εξέταση της ΔΑ[1].

Μεγάλη βοήθεια μπορούν να προσφέρουν οι παρακλινικές εξετάσεις α)φλουοροαγγειογραφία β)οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) και γ) β-υπερηχογραφία (επί υπάρξεως υαλοειδικής αιμορραγίας), τόσο για τη διάγνωση, όσο και στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου.

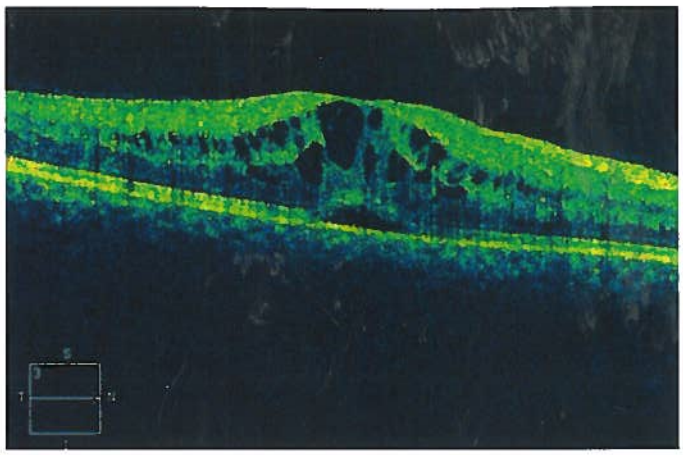
Θεραπεία

Ι. LASER Φωτοπηξία

Ασθενής με ΔΑΥ χωρίς κλινικά σημαντικό οίδημα στην ωχρά δεν χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση. Επί υπάρξεως κλινικά σημαντικού οιδήματος της ωχράς εφαρμόζεται φωτοπηξία. (Ως κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς ορίζεται η πάχυνση του αμφιβληστροειδούς σε απόσταση έως 500μm από το κεντρικό βοθρίο ή η ύπαρξη σκληρών εξιδρωμάτων σε απόσταση έως 500μm από το κεντρικό βοθρίο συνοδευόμενα από πάχυνση του αμφιβληστροειδούς ή η ύπαρξη οιδήματος του αμφιβληστροειδούς τουλάχιστον μίας θηλαίας διαμέτρου του οποίου οποιοδήποτε τμήμα βρίσκεται εντός μιας θηλαίας διαμέτρου από το κεντρικό βοθρίο)[2]. Επί εστιακής διαρροής εφαρμόζουμε εστιακή φωτοπηξία, επί διαχύτου οιδήματος ενδείκνυται η φωτοπηξία δίκην δικτύου, ενώ επί κατά τόπους διάχυτου οιδήματος εφαρμόζουμε τροποποιημένη φωτοπηξία δίκην δικτύου. Πρέπει να τονισθεί ότι η ύπαρξη κλινικά σημαντικού οιδήματος ωχράς δεν διαπιστώνεται με την φλουοροαγγειογραφία, αλλά μόνο με τη βιομικροσκόπιση και τον έλεγχο με OCT (είναι δυνατόν να υπάρχει διαρροή στην φλουοροαγγειογραφία, χωρίς την ύπαρξη οιδήματος στην ωχρά, κατάσταση η οποία δεν χρειάζεται αντιμετώπιση). Ο ασθενής μετά την εφαρμογή της φωτοπηξίας επανεξετάζεται σε 3-4 μήνες κι επί παραμονής υπολλειματικού οιδήματος μπορεί να γίνει συμπληρωματικό laser. Η εφαρμογή laser στο εστιακό ή διάχυτο οίδημα της ώχρας έχει κυρίως αποτέλεσμα στην πρόληψη της περαιτέρω μειώσεως της οπτικής οξύτητας και μόνο στο 15-20% των οφθαλμών θα επιτευχθεί τελική οπτική οξύτητα μεγαλύτερη



Εικόνα 5: OCT ωχράς φυσιολογικού οφθαλμού.



Εικόνα 6: OCT ασθενούς με διαβητικό οίδημα ωχράς.

από την υπάρχουσα προ της φωτοπηξίας[1]. Όσο χειρότερη είναι η οπτική οξύτητα προ του laser, τόσο μικρότερο και το ποσοστό βελτιώσεώς της. Τα αποτελέσματα του laser επί της οπτικής οξύτητας εκτιμώνται 6-8 εβδομάδες μετά την εφαρμογή του. Στην παραγωγική Δ.Α. κι επί υπάρξεως 3 ή 4 από τους παράγοντες υψηλού κινδύνου απαιτείται (όπως ήδη αναφέρθηκε) παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία. Η φωτοπηξία προτιμάται να γίνει σε 2-3 συνεδρίες (με μεσοδιάστημα μεγαλύτερο της εβδομάδος) και η αναισθησία είναι τοπική (με σταγόνες) ή οπισθοβόλβιος. Για μια πλήρη παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία απαιτούνται περί τις 2000 βολές, αν και πολλάκις για να επιτευχθεί πλήρης υποστροφή της νεοαγγειώσεως μπορεί να απαιτηθούν 5000 βολές. Οι βολές εκτείνονται μέχρι τον ισημερινό, και αποφεύγουμε τα μεγάλα αμφισβληστροειδικά αγγεία, τις περιοχές με χοριοαμφιβληστροειδικές συλές και τις περιοχές του αμφιβληστροειδούς με υπεγερμένη νεοαγγείωση .Η παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία μπορεί σπάνια να προκαλέσει επιπλοκές, όπως αποκόλληση του χοριοειδούς, εξιδρωματική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, εμφάνιση ή επιδείνωση οιδήματος της ωχράς, ιατρογενή χοριοειδική νεοαγγείωση με τις περισσότερες των επιπλοκών να υποχωρούν μόνες τους[3].

ΙΙ.Φαρμακευτική Θεραπεία

Μέχρι πρόσφατα η μέθοδος εκλογής για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς ήταν το argon laser. Τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευτεί μελέτες που αλλάζουν τα δεδομένα στον τρόπο αντιμετώπισης του διαβητικού οιδήματος της ωχράς και η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με ενδοβολβικές ενέσεις ή συνδυασμό ενδοβολβικών ενέσεων και laser.

Anti-VEGF παράγοντες

Ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας (VEGF-Vascular endothelial growth factor) προάγει τη δημιουργία και ανάπτυξη νεοαγγείωσης σε ασθενείς με ΔΑ και αυξάνει τη διαπερατότητα των αμφιβληστροειδικών αγγείων. Η συγκέντρωσή του αυξάνεται στο υαλοειδές σε διαβητικούς ασθενείς, ειδικά όταν υπάρχει αμφιβληστροειδική ισχαιμία. Από μερικών ετών χρησιμοποιούμε ενδοβολβικές ενέσεις αντι-VEGF παραγόντων, που μπλοκάρουν και αδρανοποιούν τον VEGF, άρα και τις εκ του οφθαλμού επιπλοκές του. Οι συνήθως χρησιμοποιούμενοι anti-VEGF παράγοντες είναι η Ranibizumab (Lucentis) και η Bevacizumab (Avastin). Η Ranibizumab είναι ένα ανθρωποποιημένο τμήμα αντισώματος έναντι όλων των ισομορφών του VEGFA και ειδικά σχεδιασμένο για ενδοβόλβια χρήση. Έλαβε ευρωπαϊκή άδεια το 2011 για τη χρήση στο διαβητικό οίδημα της ωχράς. Υπάρχουν πολλές πολυκεντρικές μελέτες (όπως READ -2, RESOLVE, RESTORE, όπου μελετήθηκε η δράση και η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου στο διαβητικό οίδημα της ωχράς (μόνο του ή σε συνδυασμό με laser), με πολύ θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας και τη μείωση του οιδήματος[4-6]. Η bevacizumab είναι ένα ανασυνδυασμένο ανθρωποποιημένο αντίσωμα έναντι όλων των ισομορφών του VEGF. Έχει λάβει έγκριση από FDA για ενδοφλέβια χρήση κατά διαφόρων τύπων κακοήθων παθήσεων. Η χρήση του είναι "off-label" στην οφθαλμολογία. Έχουν δημοσιευθεί πολλές μελέτες με τα αποτελέσματα της χρήσης του bevacizumab στο διαβητικό οίδημα της ωχράς είτε σαν μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με laser με πολύ θετικά αποτελέσματα. Η VEGF Trap-Eye (Aflibercept) είναι μια διαλυτή πρωτεΐνη που δημιουργήθηκε τεχνητά και δεσμεύει όλες τις μορφές των VEGF παραγόντων. Πλεονέκτημα της VEGF-Trap είναι η μεγάλη δεσμευτική ικανότητα της με τους υποδοχείς VEGF (που είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ranibizumab και bevacizumab), με αποτέλεσμα μεγαλύτερη διάρκεια δράσης. Σύμφωνα με τη μελέτη DAVINCI υπήρχε βελτίωση στην οπτική οξύτητα στους ασθενείς που έλαβαν VEGF Trap σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε laser φωτοπηξία για το οίδημα της ωχράς[7]. Πρόκειται σύντομα να λάβει άδεια και για την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς (έχει ήδη λάβει άδεια για τη θεραπεία της εξιδρωματικού τύπου ηλικιακής εκφύλισης ωχράς).

Κορτικοστεροειδή

Τα κορτικοστεροειδή προκαλούν μείωση στη διαπερατότητα του αγγειακού τοιχώματος στα αμφιβληστροειδικά αγγεία και έχει βρεθεί ότι αναστέλλουν την παραγωγή VEGF. Έχουν γίνει διάφορες μελέτες όπου συνέκριναν τα αποτελέσματα θεραπείας με εστιακή και δίκην δικτύου φωτοπηξία, έναντι ενδοβόλβι-

ου χορήγησης τριαμσινολόνης σε ασθενείς με διαβητικό οίδημα ωχράς, με αποθαρρυντικά αποτελέσματα για την τριαμσινολόνη. Πρόσφατα εγκρίθηκε η χρήση ενός νέου σκευάσματος (ILUVIEN)[6] σε μερικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόκειται για ενδοϋαλοειδικό ένθετο με παρατεταμένη απελευθέρωση fluocinolone acetonide, που παρέχει θεραπευτικό αποτέλεσμα, με μία μόνο ένθεση, έως και 36 μήνες.Το ILUVIEN έχει ένδειξη σε ασθενείς με χρόνιο διαβητικό οίδημα της ωχράς. Η ενδοβόλβια χορηγούμενη κορτιζόνη, υπό οποιαδήποτε μορφή, προκαλεί σε υψηλό ποσοστό καταρρακτογένεση και αύξηση της ενδοφθαλμίου πιέσεως (γλαύκωμα)[8].

III. Χειρουργική Αντιμετώπιση

Υπάρχει απόλυτη ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης σε επιμένουσα αιμορραγία υαλοειδούς, καθώς και σε ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς με συμμετοχή της ωχράς, όπως και σε συνύπαρξη ελκτικής, με ρηγματογενή αποκόλληση αμφιβληστροειδούς. Σε περίπτωση οιδήματος ωχράς, υπάρχει ένδειξη υαλοειδεκτομής, επί υπάρξεως υαλοαμφιβληστροειδικής έλξεως[1].

Εκτός της ΔΑ που αναλύθηκε ανωτέρω, οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα και σε μικρότερη ηλικία καταρράκτη, προβλήματα εκ του οπτικού νεύρου (πρόσθια ισχαιμική οπτικοπάθεια) ή παραλυτικούς στραβισμούς.

Summary

Diabetic retinopathy is the leading cause of blindness in the working population. The appearance of diabetic retinopathy in both types of diabetes (I and II) is associated with disease duration. Diabetic retinopathy is classified into non proliferative and proliferative diabetic retinopathy. Early diagnosis and treatment is crucial for the patient. Today diabetic retinopathy is treated with laser photocoagulation, intravitreal injections or cortisone inserts and intravitreal anti-VEGF injections. In severe cases of proliferative diabetic retinopthy surgery is the treatment of choice.

Keywords: *Non proliferative diabetic retinopathy, proliferative diabetic retinopathy, diabetic macular edema, laser photocoagulation, intravitreal injections.*

Βιβλιογραφία

1. R.Joseph Olk et al. Diabetic 1. R.Joseph Olk et al. Diabetic Retinopathy Practical Management.
2. Photocoagulation for diabetic macular edema. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report numberω1. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study research group. Arch. Ophthalmol. 1985 Dec;103(12):1796-806.
3. Photocoagulation for diabetic macular edema: Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Report no.4. The Early Treatment Retinopathy Study Research Group. Int Clin 1987 Winter;27(4):265-72.
4. Nguyen QD et.al Two-year outcomes of the ranibizumab for edema of the mAcula in diabetes (READ-2) study Ophthalmology. 2010 Nov;117(11):2146-51.
5. Massin P et al. Safety and efficacy of ranibizumab in diabetic macular edema (RESOLVE Study): a 12-month, randomized, controlled, double-masked, multicenter phase II study. Diabetes Care. 2010 Nov;33(11):2399-405.
6. Lang GE, Berta A et al.Two-Year Safety and Efficacy of Ranibizumab 0.5 mg in Diabetic Macular Edema: Interim Analysis of the RESTORE Extension Study. Ophthalmology. 2013 May 29.
7. Do DV et.al The DA VINCI Study: phase 2 primary results of VEGF Trap-Eye in patients with diabetic macular edema. Ophthalmology. 2011 Sep;118(9):1819-26.
8. Peter A. Campochiaro et al.Long-term Benefit of Sustained-Delivery Fluocinolone Acetonide Vitreous Inserts for Diabetic Macular Edema Ophthalmology Volume 118, Issue 4, Pages 626-635.e2,April 2011.

esaote

ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Καρδιολογικό
Γυναικολογικό/Μαιευτικό
Πνευμονολογικό
Ακτινολογικό
Ουρολογικό
Αγγειολογικό
Ενδοκρινολογικό
Γαστρεντερολογικό
Παθολογικό
Ορθοπεδικό

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε μαζί μας
Κρίτωνος 9, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ.54639
Τηλ: +30 2310 853290, Κιν: +30 6972530996, Fax: +30 2310 853290, email: info@m-d-s.gr

Ιός του δυτικού Νείλου: ανασκόπηση

ΕΛΕΝΗ ΒΑΣΑΛΟΥ
Ιατρός

Περίληψη: *Ο ιός του Δυτικού Νείλου (WNV) μεταδίδεται από το θηλυκό κουνούπι Culex pipiens. Κλινικά, ο χρόνος επώασής του διαρκεί 2-14 ημέρες και τα κύρια συμπτώματα αφορούν: πυρετό, κεφαλαλγία, κόπωση, περιστασιακά εμφάνιση εξανθήματος και λεμφαδενοπάθεια. Η κύρια αντιμετώπισή του περιλαμβάνει την πρόληψη δλδ τον έλεγχο κουνουπιών. Προς το παρόν δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο για τον άνθρωπο, ούτε ειδική θεραπεία για τη λοίμωξη από τον ιό του ΔΝ, ενώ ο εμβολιασμός είναι διαθέσιμος μόνο για ιπποειδή.*
Λέξεις ευρετηριασμού*: ιός του Δυτικού Νείλου, κουνούπι, εγκεφαλίτιδα*

Εισαγωγή

Ο ιός του Δυτικού Νείλου (ΙΔΝ) είναι RNA ιός και ανήκει στην οικογένεια των φλαβοϊών (flaviviridae). Συγγενεύει με τον ιό της ιαπωνικής εγκεφαλίτιδας, της εγκεφαλίτιδας του St. Louis και άλλους παρόμοιους ιούς που προκαλούν εγκεφαλίτιδες.

Απομονώθηκε για πρώτη φορά στην επαρχία του ΔΝ στην Ουγκάντα το 1937, από όπου και πήρε το όνομά του.

Μεταδίδεται μέσω δήγματος μολυσμένων κουνουπιών και όχι από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Η κύρια δεξαμενή του ιού στη φύση είναι τα πτηνά, ενώ οι άνθρωποι και τα θηλαστικά θεωρούνται ως αδιέξοδοι ξενιστές καθώς ο τίτλος του ιού στο αίμα τους, κατά τη διάρκεια της ιαιμίας, είναι χαμηλός και δεν επαρκεί για τη μόλυνση των κουνουπιών.

Η πλειονότητα των ανθρώπων (>80%) που μολύνονται με τον ιό είναι ασυμπτωματικοί, περίπου 20% εμφανίζουν ήπια αυτοπεριοριζόμενη νόσο με συμπτώματα γριπώδους συνδρομής και λιγότεροι από 1% παρουσιάζουν σοβαρότερες εκδηλώσεις από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, κυρίως εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, οξεία χαλαρή παράλυση. Οι πιο σοβαρές εκδηλώσεις εμφανίζονται σε ηλικιωμένα άτομα και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

Η επιδημιολογική επιτήρηση, το συστηματικό και έγκαιρο πρόγραμμα καταπολέμησης των κουνουπιών και η ενημέρωση του κοινού για την προστασία από τα κουνούπια, αποτελούν διεθνώς τα σημαντικότερα μέτρα για την πρόληψη της νόσου.

Επιδημιολογία

Επιδημίες σε ανθρώπους έχουν αναφερθεί στην Αφρική, τη Μέση Ανατολή, την Ευρώπη, την Αυστραλία και την Ασία. Στο Ισραήλ δηλώνονται ανθρώπινα κρούσματα κάθε χρόνο από το καλοκαίρι μέχρι το φθινόπωρο.

Το 1999 ο ιός ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά στη Νέα Υόρκη και στη συνέχεια μεταδόθηκε σε όλες τις πολιτείες των ΗΠΑ και στον Καναδά. Έκτοτε, χιλιάδες κρούσματα καταγράφονται κάθε χρόνο στη Β. Αμερική, όπου πλέον η νόσος θεωρείται ενδημική, ενώ από το 1999 έχουν καταγραφεί 1065 θάνατοι.

Στην Ευρώπη εκδηλώθηκε η πρώτη επιδημία το 1996 στη Ρουμανία, ενώ σποραδικά κρούσματα σε ανθρώπους έχουν καταγραφεί σε Πορτογαλία, Ισπανία, Γαλλία, Τσεχία και Ουγγαρία.

Συρροές κρουσμάτων λοίμωξης από τον ΙΔΝ με εκδηλώσεις εγκεφαλίτιδας εμφανίζονται στην Ευρώπη από το 2008, σε περιοχές της Ιταλίας, Ουγγαρίας και Ρουμανίας. Το 2010 πιθανά κρούσματα έχουν δηλωθεί μέχρι τώρα από την Πορτογαλία.

Το καλοκαίρι-φθινόπωρο 2010 εμφανίσθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα επιδημία λοίμωξης από τον ΙΔΝ, με επίκεντρο περιοχές της Κεντρικής Μακεδονίας. Ωστόσο, παλαιότερες οροεπιδημιολογικές μελέτες (δεκαετία 1980, 2007) έχουν αναδείξει την ύπαρξη αντισωμάτων κατά του ιού του ΔΝ σε περίπου 1% του υγιούς πληθυσμού από συγκεκριμένες περιοχές της Κεντρικής Μακεδονίας. Από τις αρχές Αυγούστου μέχρι το Νοέμβριο 2010, διαγνώστηκαν συνολικά 262 περιστατικά, από τα οποία 191 ήταν κρούσματα με εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα (εγκεφαλίτιδα ή/και μηνιγγίτιδα ή οξεία χαλαρή παράλυση) και 71 κρούσματα με ήπιες εκδηλώσεις (κυρίως εμπύρετο νόσημα). Σημειώθηκαν συνολικά 35 θάνατοι, όλοι σε υπερήλικα άτομα με υποκείμενα νοσήματα.

Το 2011 διαγνώστηκαν συνολικά 101 κρούσματα λοίμωξης από τον ΙΔΝ, από τα οποία 76 εμφάνισαν εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα και 25 κρούσματα με ήπιες εκδηλώσεις. Καταγράφηκαν 9 θάνατοι σε ασθενείς άνω των 65 ετών και με υποκείμενα νοσήματα. Το τελευταίο περιστατικό εμφάνισε συμπτώματα στις 18 Οκτωβρίου 2011 (Εικόνα 1).

Το 2012 διαγνώστηκαν συνολικά161 εγχώρια κρούσματα λοίμωξης από τον ΙΔΝ, από τα οποία 109 εμφάνισαν εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα και 52 κρούσματα ήπιες εκδηλώσεις. Καταγράφηκαν 18 θάνατοι σε ασθενείς άνω των 70 ετών με υποκείμενα νοσήματα.

Από τα διαθέσιμα δεδομένα στην ελληνική επικράτεια το τελευταίο θετικό κρούσμα λοίμωξης από τον ΙΔΝ σε άνθρωπο ανέφερε έναρξη συμπτωμάτων στις 7/10/2012, ενώ το τελευταίο θετικό αποτέλεσμα από όλα τα συστήματα καταγράφηκε σε ιπποειδές στις 10/10/2012.

Τρόποι Μετάδοσης του ιού

Οι κύριοι ξενιστές του ιού είναι τα άγρια πτηνά και τα κουνούπια. Μετά την ιαιμία, που διαρκεί 1-4 ημέρες, το πτηνό, αν επιβιώσει, αποκτά ανοσία.

Ο άνθρωπος μολύνεται κατά κύριο λόγο μέσω του δήγματος κυρίως από το κοινό κουνούπι (Culex spp.). Τα κουνούπια μολύνονται όταν τρέφονται από μολυσμένα πτηνά (Εικόνα 2).

Δεν είναι ακριβώς γνωστό πώς ο ιός επιβιώνει τις ξηρές περιόδους και κατά τους χειμερινούς μήνες. Ένας από τους γνωστούς μηχανισμούς είναι η επιβίωση του ιού σε μολυσμένα θηλυκά κουνούπια Culex, τα οποία πέφτουν σε χειμερία νάρκη.

Η λοίμωξη των ανθρώπων, των αλόγων και άλλων θηλαστικών δεν είναι συχνή και τα είδη αυτά δεν αναπτύσσουν υψηλά επίπεδα ιαιμίας. Για το λόγο αυτό ο ιός δεν μεταδίδεται περαιτέρω από αυτά.

Εκτός από την περίπτωση του τσιμπήματος από το κοινό κουνούπι, δεν έχει αναφερθεί μετάδοση του ΙΔΝ από μολυσμένο ζώο στον άνθρωπο.

Επιπλέον τρόποι μετάδοσης του ΙΔΝ που έχουν επίσης περιγραφεί είναι:

- Μετάδοση μέσω μεταμοσχευθέντων οργάνων
- Μετάδοση μέσω μετάγγισης μολυσμένου αίματος (μεμονωμένα περιστατικά)
- Κάθετη μετάδοση από την μητέρα στο έμβρυο (μεμονωμένα περιστατικά)
- Μετάδοση μέσω του θηλασμού (μεμο-

νωμένα περιστατικά)
- Επαγγελματική έκθεση σε εργαζόμενους σε Μικροβιολογικά Εργαστήρια (μεμονωμένα περιστατικά).

Κλινική Εικόνα της νόσου στον Άνθρωπο

Η πλειοψηφία των ατόμων που μολύνονται με τον ΙΔΝ παραμένουν ασυμπτωματικοί. Το ποσοστό τους σύμφωνα με δεδομένα από επιδημίες στο Β ημισφαίριο ανέρχεται περίπου σε 80%.

Περίπου 20% των ατόμων που μολύνονται με τον ΙΔΝ εμφανίζουν την ήπια μορφή της νόσου, η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως με τον όρο «Πυρετός του Δ.Ν».

Λιγότερο από 1% των ατόμων που μολύνονται εμφανίζουν σοβαρή νόσο που προσβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (εγκεφαλίτιδα/μηνιγγίτιδα ή οξεία χαλαρή παράλυση).

Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 2-14 ημέρες, αν και μακρύτεροι χρόνοι επώασης έχουν αναφερθεί σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

Κλινικά συμπτώματα και σημεία λοίμωξης ήπιας μορφής από τον ΙΔΝ αποτελούν:
- Πυρετός
- Κεφαλαλγία
- Κακουχία
- Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα στον κορμό (λιγότερο συχνά)
- Διόγκωση λεμφαδένων (λιγότερο συχνά)
- Οπισθοβολβικός πόνος (λιγότερο συχνά)

Παρ' όλα αυτά, ένα πολύ μικρό ποσοστό (<1%) μπορεί να παρουσιάσει λοίμωξη από τον ΙΔΝ με επιπλοκές από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ).

Όταν προσβάλλεται το ΚΝΣ, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα εγκεφαλίτιδας ή/και άσηπτης μηνιγγίτιδας, με κλινική εικόνα παρόμοια με αυτή που προκαλείται από άλλους ιούς.

Η κεφαλαλγία είναι συχνό σύμπτωμα της ήπιας νόσου και δεν αποτελεί ειδικό εύρημα που υποδηλώνει τη συμμετοχή του ΚΝΣ.

60-75% των ασθενών που εμφανίζουν συμπτώματα από το ΚΝΣ εκδηλώνουν εγκεφαλίτιδα ή μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, η οποία περιλαμβάνει διαταραχή του επιπέδου συνείδησης και εμφάνιση εστιακών νευρολογικών ευρημάτων.

25-35% των ασθενών που εμφανίζουν συμπτώματα από το ΚΝΣ εκδηλώνουν μηνιγγίτιδα χωρίς συνοδό εγκεφαλίτιδα.

Η μηνιγγίτιδα από τον ΙΔΝ εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία και μηνιγγισμό, καθώς και αυξημένα λευκοκύτταρα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ). Μπορεί να συνυπάρχει ήπια, συνήθως, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης.

Η εγκεφαλίτιδα από τον ΙΔΝ είναι η σοβαρότερη μορφή επιπλοκής από το ΚΝΣ και εκδηλώνεται με πυρετό, κεφαλαλγία, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης από λήθαργο έως κώμα. Μπορεί επίσης να συνοδεύεται από εστιακά νευρολογικά ευρήματα, όπως πάρεση περιφερικών νεύρων ή κρανιακών συζυγιών. Έχουν επίσης καταγραφεί τρόμος, διαταραχές της βάδισης και άλλες κινητικές διαταραχές.

Τέλος, έχει επίσης περιγραφεί χαλαρή παράλυση (εκδηλώσεις πολιομυελίτιδας) από τον ιό του ΔΝ, η οποία όμως εμφανίζεται πιο σπάνια από την εγκεφαλίτιδα και τη μηνιγγίτιδα. Το σύνδρομο αυτό εκδηλώνεται συνήθως με αιφνίδια ασύμμετρη χαλαρή πάρεση ή παράλυση των άκρων, χωρίς απώλεια της αισθητικότητας. Πόνος μπορεί να προηγηθεί της παράλυσης στα προσβεβλημένα άκρα, ενώ το σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί και χωρίς συνοδό πυρετό, κεφαλαλγία ή τα άλλα συχνά συμπτώματα της νόσου. Η συμμετοχή των αναπνευστικών μυών μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική ανεπάρκεια.

Μακροχρόνιες διαταραχές μπορεί να παραμείνουν μετά την ανάρρωση από την οξεία φάση (τρόμος, χρόνια κόπωση, κατάθλιψη).

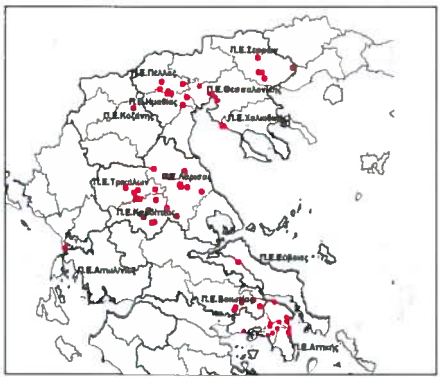
Συγκεκριμένα κλινικά συμπτώματα και σημεία λοίμωξης από ΙΔΝ με επιπλοκές από το ΚΝΣ είναι:
- Πυρετός
- Συμπτώματα από το γαστρεντερικό
- Αταξία και εξωπυραμιδικά σημεία
- Οπτική νευρίτιδα
- Σπασμοί
- Αδυναμία
- Διαταραχές του επιπέδου συνείδησης
- Μυελίτιδα και ριζίτιδα
- Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα σε τράχηλο, κορμό και άκρα (σπάνια)
- Οξεία χαλαρή παράλυση
- Μυοκαρδίτιδα, παγκρεατίτιδα και ηπατίτιδα έχουν επίσης περιγραφεί

Παράγοντες κινδύνου

Μέχρι στιγμής η ηλικία είναι ο μόνος παράγοντας κινδύνου που έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση επιπλοκών από το ΚΝΣ. Η μέση ηλικία των ασθενών που εμφανίζουν εγκεφαλίτιδα κυμαίνεται μεταξύ 62-64 ετών, ενώ η μέση ηλικία θανάτου μεταξύ 78-80 ετών.

Εργαστηριακή διάγνωση

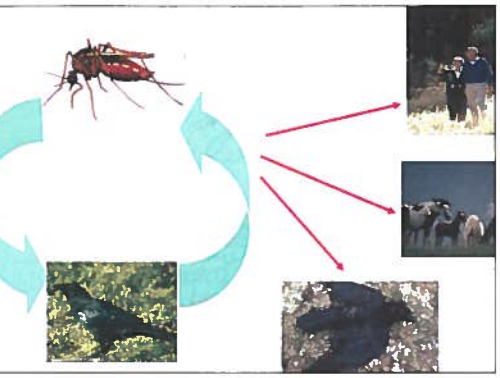
Σε κλινική υποψία λοίμωξης από τον ιό του ΔΝ, ιδιαίτερη σημασία έχει ο σωστός εργαστηριακός έλεγχος προς επιβεβαίωση της διάγνωσης.
- Ορολογική εξέταση για την ανίχνευση ειδικών IgM και IgG αντισωμάτων στον ορό και στο ΕΝΥ. Η παρουσία αντισωμάτων IgM στο ΕΝΥ υποδηλώνει τη συμμετοχή του ΚΝΣ στη λοίμωξη, αφού αυτή η κατηγορία αντισωμάτων δεν περνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Σημαντική αύξηση του τίτλου ειδικών αντισωμάτων μεταξύ δειγμάτων ορού από την οξεία φάση και από τη φάση αποδρομής είναι επίσης διαγνωστική της οξείας λοίμωξης. Ασθενείς που έχουν πιθανόν εμβολιαστεί στο αμέσως προηγούμενο χρονικό διάστημα με εμβόλια κατά άλλων φλαβοϊών (π.χ. κίτρινος πυρετός ή ιαπωνική εγκεφαλίτιδα) ή έχουν νοσήσει από αυτούς, μπορεί να εμφανίσουν ψευδώς θετικό αποτέλεσμα λόγω διασταυρούμενης ανοσολογικής απάντησης.
- Αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR): χρησιμοποιείται επίσης για τη διάγνωση της λοίμωξης, αλλά η χρησιμότητά της στην ανίχνευση γενετικού υλικού του ιού στον ορό περιορίζεται από τη βραχεία περίοδο ιαιμίας.
- Καλλιέργεια του ιού: από αίμα, ΕΝΥ ή νεκροτομικό υλικό από τον εγκέφαλο ή από συμπαγή όργανα. Θεωρείται η εξέταση εκλογής, αλλά είναι σπάνια θετική. Νεκροτομικό υλικό μπορεί επίσης να εξεταστεί με τεχνικές ανοσοϊστοχημείας.



Εικόνα 1: Χάρτης με αποτύπωση του τόπου κατοικίας/έκθεσης των ασθενών με εργαστηριακή διάγνωση λοίμωξης από ΙΔΝ με εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα, Ελλάδα, 2011.

Εργαστηριακά ευρήματα σε σοβαρή νόσο

- Περιφερική λευκοκυττάρωση, με αύξηση των λεμφοκυττάρων
- Υπονατριαιμία, συνήθως στους ασθενείς με εγκεφαλίτιδα
- ΕΝΥ: αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, συνήθως λεμφοκυττάρωση, αυξημένη πρωτεΐνη, φυσιολογικές τιμές γλυκόζης.
- Η αξονική τομογραφία δεν βοηθά στη διάγνωση, αλλά μπορεί να αποκλείσει άλλα αίτια μηνιγγοεγκεφαλίτιδας.
- Η μαγνητική τομογραφία είναι συνήθως ⇨



Εικόνα 2: Κύκλος μετάδοσης του ΙΔΝ.

φυσιολογική, εμφανίζει μη ειδικά ευρήματα μόνο σε 25-35% των ασθενών, όπως λεπτομηνιγγική ενίσχυση με το ενδοφλέβιο σκιαγραφικό και αλλοιώσεις σήματος του εγκεφαλικού παρεγχύματος

Δειγματοληψία και αποστολή δείγματος

Η διάγνωση του ιού στην Ελλάδα γίνεται στα εξής εργαστήρια:

1) Εργαστήριο Αναφοράς αρμποϊών και αιμορραγικών πυρετών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Αναπ. Καθ. κα Άννα Παπά, Α΄ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 54124, Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310-999 006, 2310-999 151.
2) Μονάδα Ανοσολογίας Λοιμώξεων, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών, Καθ. κος Αθανάσιος Τσακρής, Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Μ. Ασίας 75, 115 27, Αθήνα, Τηλ: 210-746 2140, 210-746 2133, 210-746 2129, 210-746 2054.

Κριτήριο για την αποστολή δείγματος προς το εργαστήριο αναφοράς είναι η εμφάνιση εγκεφαλίτιδας/μηνιγγίτιδας ή οξείας χαλαρής παράλυσης χωρίς καθορισμένο αίτιο, λαμβάνοντας υπόψη ότι εγκεφαλίτιδα/μηνιγγίτιδα από τον ΙΔΝ εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (>50 ετών).

Για να διευκολυνθεί η διάγνωση, απαιτείται η αποστολή όλων των παρακάτω δειγμάτων:

- Ορός (διαχωρισμένος μετά από φυγοκέντρηση)- ελάχιστη ποσότητα 1ml
- ΕΝΥ (σε περίπτωση ΟΝΠ)- ελάχιστη ποσότητα 0,5ml

Τα δείγματα αποστέλλονται στο εργαστήριο κατόπιν συνεννόησης. Τα φιαλίδια μεταφοράς πρέπει να κλείνονται καλά με πώμα, ούτως ώστε να μην διαφύγει το υλικό κατά την μεταφορά του δείγματος.

Στη συνέχεια το φιαλίδιο τοποθετείται σε ειδικό δοχείο μεταφοράς (τριπλό κουτί) για βιολογικά δείγματα (Εικόνα 3):

- Αρχική συσκευασία (ή κύρια συσκευασία):Υδατοστεγές δοχείο/ φιαλίδιο με ετικέτα, που περιορίζει κάθε διαρροή και περιέχει το δείγμα (π.χ. φιαλίδιο με ορό και ελαστικό πώμα ή φιαλίδιο με ΕΝΥ και ειδικό πώμα). Σημείωση: Για περισσότερα από ένα δείγματα, κάθε φιαλίδιο θα πρέπει να είναι τυλιγμένο μεμονωμένα με απορροφητικό υλικό για να μη σπάσει κατά τη μεταφορά.
- Δεύτερη συσκευασία (ή επικουρική συσκευασία): (1)Απορροφητικό υλικό που περικλείει την αρχική συσκευασία δηλ. το υδατοστεγές δοχείο που περιέχει το δείγμα. (2)Υδατοστεγές ανθεκτικό δοχείο που περιορίζει κάθε διαρροή και εσωκλείει την αρχική συσκευασία.
- Τελική συσκευασία (ή εξωτερική συσκευασία): Δοχείο/κουτί που περιλαμβάνει τη δεύτερη συσκευασία και προστατεύει το περιεχόμενο από επιρροές του εξωτερικού περιβάλλοντος (φυσική καταστροφή, νερό). Η τελική συσκευασία θα πρέπει να είναι υδατοστεγής στις περιπτώσεις που χρειάζεται υγρός πάγος για τη μεταφορά του δείγματος.

Η τελική συσκευασία θα πρέπει να φέρει ετικέτα κινδύνου για μολυσματικά υλικά (Biohazard), ιδιαίτερα όταν πρόκειται να γίνει μεταφορά με μέσα συγκοινωνίας (αεροπλάνο, πλοίο κλπ), καθώς και ειδική ετικέτα προσανατολισμού συσκευασίας.

Σε όλα τα δείγματα τοποθετείται ετικέτα, όπου σημειώνονται τα στοιχεία του ασθενούς, η ημερομηνία λήψης του δείγματος και το Νοσοκομείο από το οποίο προέρχεται το δείγμα.

Τα δείγματα συνοδεύονται ΠΑΝΤΟΤΕ από το ειδικό «Συνοδευτικό δελτίο αποστολής κλινικού δείγματος» του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ- – Προσοχή!: όχι τυλιγμένο γύρω από το δείγμα.)

Δήλωση Κρούσματος στο ΚΕΕΛΠΝΟ

Ταυτόχρονα με την αποστολή κλινικού δείγματος, οι ιατροί θα πρέπει να συμπληρώνουν και να αποστέλλουν στο ΚΕΕΛΠΝΟ το ειδικό δελτίο δήλωσης λοίμωξης από ΙΔΝ. Η αποστολή θα γίνεται με φαξ, στο: Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕΕΛΠΝΟ, τηλ: 210.8899.000, Φαξ: 210.8818868, 210.8842.011.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για τη λοίμωξη από τον ΙΔΝ. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική και δεν υπάρχουν ειδικά αντιϊκά φάρμακα, ούτε διαθέσιμο εμβόλιο.

Στις περιπτώσεις σοβαρής νόσου, η αντιμετώπιση συνίσταται κυρίως στην παροχή υποστηρικτικής θεραπείας με εισαγωγή στο νοσοκομείο, παροχή υγρών, υποστήριξη του αναπνευστικού και πρόληψη των δευτερογενών λοιμώξεων.

Κλινικές μελέτες για τη χρήση διαφόρων φαρμακευτικών παραγόντων βρίσκονται σε εξέλιξη. Η ιντερφερόνη α-2β έχει χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των νευρολογικών επιπτώσεων της νόσου, με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Η θεραπευτική αυτή αγωγή δεν είναι αναγνωρισμένη από το ΕΜΑ στην Ευρώπη, ούτε από το FDA στις Η.Π.Α.

Ιδιαίτερη προσοχή συνίσταται σε ασθενείς με νοσήματα κολλαγόνου που λαμβάνουν θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα (INFLIXIMAB) για τυχόν εμφάνιση σοβαρών νευρολογικών εκδηλώσεων από τον ΙΔΝ.

Μέτρα πρόληψης και προστασίας από τα κουνούπια

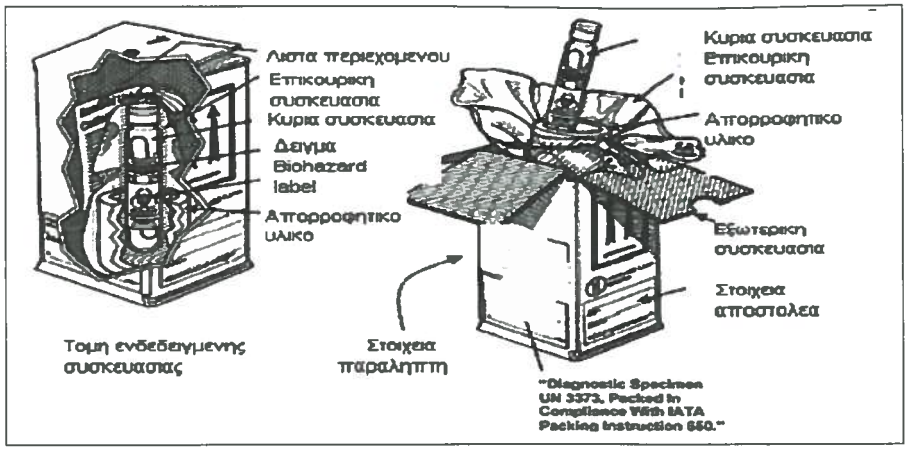
- αντικουνουπικά πλέγματα (σήτες), που εμποδίζουν τη δίοδο των κουνουπιών στα ανοίγματα του σπιτιού (π.χ. παράθυρα, φεγγίτες, αεραγωγοί τζακιού). Προσοχή απαιτείται στον περιοδικό έλεγχο και τη συντήρησή τους.
- χρήση εντομοκτόνων στον αέρα. Περιέχουν πυρεθρινοειδή (π.χ. περμεθρίνη). Κυκλοφορούν στο εμπόριο στις εξής μορφές: αερόλυμα (αεροζόλ), ταμπλέτες, εξατμιζόμενο διάλυμα, σπιράλ («φιδάκια») κ.λπ. Τα εντομοκτόνα δεν πρέπει να εφαρμόζονται στο δέρμα. Σε όλες τις περιπτώσεις θα πρέπει να ακολουθούνται οι οδηγίες χρήσης του σκευάσματος ή της συσκευής.
- χρήση κουνουπιέρας σε περιοχές με μεγάλη πυκνότητα κουνουπιών ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χρήση άλλων προστατευτικών μέσων (όπως για παράδειγμα η χρήση εντομοαπωθητικών με DEET, σε βρέφη μικρότερα των 2 μηνών).
- απομάκρυνση του στάσιμου νερού από λεκάνες, βάζα, γλάστρες, παλιά λάστιχα, υδρορροές και άλλα μέρη του κήπου, ώστε να μην έχουν πρόσβαση τα κουνούπια σε λιμνάζοντα νερά, που αποτελούν σημεία εναπόθεσης των αυγών τους. Ακόμα και το έδαφος που παραμένει για μεγάλα διαστήματα υγρό μετά το πότισμα, μπορεί να αποτελέσει σημείο εναπόθεσης αυγών.
- χρήση ανεμιστήρων ή κλιματιστικών. Ο δροσερός αέρας μειώνει τη δραστηριότητα των κουνουπιών, αλλά δεν τα σκοτώνει. Η χρήση ανεμιστήρων (ιδίως οροφής) δυσχεραίνει την προσέγγιση των εντόμων.
- κούρεμα γρασιδιού, θάμνων και φυλλωσιών (σημεία που βρίσκουν καταφύγιο τα ενήλικα κουνούπια).
- χρήση λαμπτήρων κίτρινου χρώματος για το φωτισμό εξωτερικών χώρων (προσελκύουν λιγότερο τα κουνούπια).

⇨ Προστασία Επαγγελματιών Υγείας

Η λοίμωξη από τον ιό του ΔΝ δεν μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Απαιτείται όμως, όπως πάντοτε, η χρήση των βασικών μέτρων προφύλαξης. Πιο συγκεκριμένα για τη νοσηλεία των ασθενών με λοίμωξη από τον ΙΔΝ:

- Για την αντιμετώπιση της λοίμωξης από ΙΔΝ δεν απαιτείται νοσηλεία σε εξειδικευμένα νοσοκομεία. Επαρκεί η νοσηλεία σε απλό θάλαμο Γενικού Νοσοκομείου.
- Δεν απαιτείται η απομόνωση των ασθενών (ύποπτων ή επιβεβαιωμένων κρουσμάτων) με λοίμωξη από τον ΙΔΝ, ούτε συνιστώνται ειδικά μέτρα επαφής πέραν αυτών που συνιστώνται για όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς.
- Η ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ υπαγορεύεται καθαρά από την κλινική εικόνα του ασθενούς. Σε τέτοια περίπτωση δεν απαιτείται εξειδικευμένο Νοσοκομείο, ούτε ειδικά μέτρα απομόνωσης και προστασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ακόμα και στην περίπτωση επαγγελματικού ατυχήματος (π.χ. τρύπημα από βελόνα) δεν υφίσταται κίνδυνος μετάδοσης.

Ο ΙΔΝ καταστρέφεται από το ηλιακό φως, τη θερμότητα και σε συνθήκες ξηρασίας. Δεν απαιτούνται ειδικά μέτρα για την απολύμανση και αποστείρωση των εργαλείων και του ιατρικού εξοπλισμού. Η απολύμανση και αποστείρωση τους θα πρέπει να γίνεται με τις συνήθεις διαδικασίες του νοσοκομείου και σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών.



Εικόνα 3: Ειδικό δοχείο μεταφοράς βιολογικού δείγματος – βιολογικό κουτί.

Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον χειρισμό νεκρών σωμάτων ασθενών που απεβίωσαν από λοίμωξη ΙΔΝ θεωρείται πολύ μικρός. Ωστόσο, πρέπει να τηρούνται οι συνήθεις βασικές προφυλάξεις κατά τον χειρισμό νεκρών σωμάτων.

Summary

The West Nile virus (WNV) is transmitted by the female mosquito Culex pipiens. Clinically, the incubation time lasts 2-14 days and the main symptoms are: fever, headache, fatigue, occasional rash and lymphadenopathy. The main management includes prevention measures against mosquitoes. At the moment, there is no vaccine available for humans, nor a specific treatment for infection by West Nile virus, while vaccination is only available for horses.

Keywords: *West Nile virus, mosquito encephalitis*

Βιβλιογραφία

1. http://www.keelpno.gr/
2. http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/west_nile_fever/Pages/index.aspx
3. http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/
4. http://www.uaex.edu/depts/entomology/west_nile_virus_update_110602.ppt.

REVIVAL
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ | ΠΡΟΪΟΝΤΑ | ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Έδρα: Βασ. Αλεξάνδρου 10 Β' - Καισαριανή 161 21 Αθήνα
Τηλ. 210 72 55 011-2 Fax. 210 72 54 454

Υποκατάστημα: Ψαρών 12, Πειραιάς
Τηλ. 210 46 20 001, Fax. 210 46 21 860

e-mail: revival@revival.gr http://www.revival.gr
Τα προϊόντα διατίθενται μέσω e-shop

ΟΞΥΓΟΝΟθεραπεία

Η οξυγονοθεραπεία είναι η μέθοδος παροχής καθαρού οξυγόνου σε όλους όσους:
✓ *έχουν προβλήματα υγείας και ο γιατρός τους συνιστά την παροχή οξυγόνου ως θεραπευτικό μέσο*
✓ *σε οποιονδήποτε επιθυμεί να ορίσει την υγεία του ενάντια σε παθολογικές αιτίες*

ΦΙΑΛΕΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ ΜΕ ΜΕΙΩΤΗΡΑ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΤΗ ΡΟΗΣ

Οι κλασσικές φιάλες όλων των μεγεθών με πιστοποιημένο μειωτήρα και ρυθμιστή ροής ειδικά για ιατρικό οξυγόνου.

ΦΟΡΗΤΕΣ ΦΙΑΛΕΣ OXYTRANS

Τεχνολογικά εξελιγμένες φιάλες με ενσωματωμένο ρυθμιστή ροής, έτοιμες προς λειτουργία, χωρίς την απαίτηση προσθήκης η αφαίρεσης κανενός οργάνου.
Ιδανικές για παροχή οξυγόνου σε έκτακτη ανάγκη αλλά και για κάθε εφαρμογή που απαιτείται εφεδρεία οξυγόνου.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΗΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ

Ο συγκεντρωτής οξυγόνου αποτελεί μία από τις πλέον αξιόπιστες πηγές επί τόπου παραγωγής οξυγόνου. Εξοπλισμένος με ροόμετρο για την ρύθμιση της παροχής από 0-5 λίτρα ανά λεπτό και με ελάχιστο θόρυβο, έχει ως μοναδική απαίτηση την τροφοδοσία του με ηλεκτρικό ρεύμα από απλή επιτοίχια πρίζα 220 V.

ΟΛΑ ΤΑ ΕΙΔΗ ΠΡΟΣΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΕ ΤΙΜΕΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

Συνδυασμοί Αντιαιμοπεταλιακών Φαρμάκων σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο ή μετά από Αγγειοπλαστική

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΥΚΑΣ[1], ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΠΑΜΠΑΛΗΣ[2]
[1]Διευθυντής, Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Καρδ/γική Κλινική ΚΑΤ,
[2]Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική ΚΑΤ

Περίληψη: *Κατά τη διάρκεια ενός οξέος στεφανιαίου συνδρόμου μειώνεται σημαντικά η αιματική ροή προς το μυοκάρδιο. Στόχος της θεραπείας είναι η άμεση επαναιμάτωση και η σταθεροποίηση της βλάβης. Ειδικότερα στις περιπτώσεις αγγειοπλαστικής, αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων, στους οποίους η ασπιρίνη εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια επιλογή.*

Λέξεις ευρετηριασμού: *Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, αντιαιμοπεταλιακά, αγγειοπλαστική*

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (ΟΣΣ) περιλαμβάνει τη ρήξη ή διάβρωση της αθηρωματικής πλάκας, με διαφορετικό βαθμό θρόμβωσης, αγγειόσπασμου και περιφερικής εμβολής, με αποτέλεσμα την αιφνίδια και κριτική μείωση της αιματικής ροής και με συνέπεια τη μυοκαρδιακή υποάρδευση[1,2]. Η σχέση αθηρωματικής πλάκας και στεφανιαίων κλινικών συνδρόμων φαίνεται στην εικόνα 1. Οι ασθενείς με ΟΣΣ ταξινομούνται ως εξής:

Α) Ασθενείς με τυπικό θωρακικό πόνο και επίμονη (>20 min) ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI). Σκοπός της θεραπείας είναι η ταχεία και σταθερή επαναιμάτωση με πρωτογενή αγγειοπλαστική ή θρομβολυτική αγωγή[3].

Β) Ασθενείς με τυπικό θωρακικό πόνο χωρίς επίμονη ανάσπαση του διαστήματος ST, NSTE-ACS (επίμονη ή πρόσκαιρη κατάσπαση του διαστήματος ST ή αναστροφή των κυμάτων Τ, επιπέδωση των κυμάτων Τ, ψευδονορμαλοποίηση των κυμάτων Τ ή χωρίς ΗΚΓραφικές μεταβολές). Με τη μέτρηση της τροπονίνης, τα NSTE-ACS χωρίζονται σε εμφράγματα χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (NSTEMI) και ασταθή στηθάγχη.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι κατά κανόνα παρόμοια και στις δύο καταστάσεις[4]. Σκοπός της θεραπείας είναι α) η σταθεροποίηση και αδρανοποίηση της οξείας στεφανιαίας βλάβης, β) η θεραπεία των ισχαιμικών υποτροπών και γ) η μακροχρόνια δευτερογενής πρόληψη. Αυτά επιτυγχάνονται με την αντιισχαιμική αγωγή, την αντιθρομβωτική/αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, την επαναιμάτωση και την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου. Η θεραπευτική προσέγγιση επηρεάζεται από το εάν ο ασθενής αντιμετωπιστεί συντηρητικά ή θα υποβληθεί σε στεφανιογραφία και επαναιμάτωση. Η επαναιμάτωση μπορεί να γίνει είτε με αγγειοπλαστική είτε με αορτοστεφανιαία παράκαμψη.

Αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες

Ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη)

Η ασπιρίνη με μη αναστρέψιμο τρόπο αναστέλλει την κυκλοοξυγενάση (COX-1) των αιμοπεταλίων, περιορίζει το σχηματισμό θρομβοξάνης A_2 και έτσι εμποδίζει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Μεταναλύσεις[5] έχουν δείξει μείωση κατά 46% των αγγειακών επεισοδίων σε ασθενείς με NSTE-ACS με τη χορήγηση ασπιρίνης. Δόση 75-150 mg/24ωρο ήταν το ίδιο αποτελεσματική με μεγαλύτερες δόσεις, χωρίς τον κίνδυνο αιμορραγιών και δεν έχει αποδειχθεί ισχυρή συσχέτιση δόσης και αποτελεσματικότητας. Αρχική δόση, μασώμενη, μη εντεροδιαλυτή, 160-325 mg συνιστάται για να μειωθεί η καθυστέρηση αναστολής της COX-1. Εναλλακτική λύση είναι η ενδοφλέβια χορήγησή της, αλλά δεν έχει εκτιμηθεί σε μελέτες. Η γαστρεντερική δυσανεξία είναι 5-40% και οι αιμορραγίες από το γαστρεντερικό είναι 0,93%. Εναλλακτική θεραπεία είναι η χορήγηση θειενοπυριδινών (κλοπιδογρέλη, τικλοπιδίνη). Έτσι σε κάθε ασθενή με ΟΣΣ που αντιμετωπίζεται είτε συντηρητικά είτε επεμβατικά, η χορήγηση ασπιρίνης θεωρείται «εκ των ουκ άνευ» και συνιστάται δόση φόρτισης 160-325 mg (μη εντεροδιαλυτή) και δόση συντήρησης 75-100 mg ημερησίως (ένδειξη I-A) εφ' όρου ζωής. Όλα τα άλλα αντιαιμοπεταλιακά που θα αναφερθούν χορηγούνται επιπλέον της ασπιρίνης.

Θειενοπυριδίνες

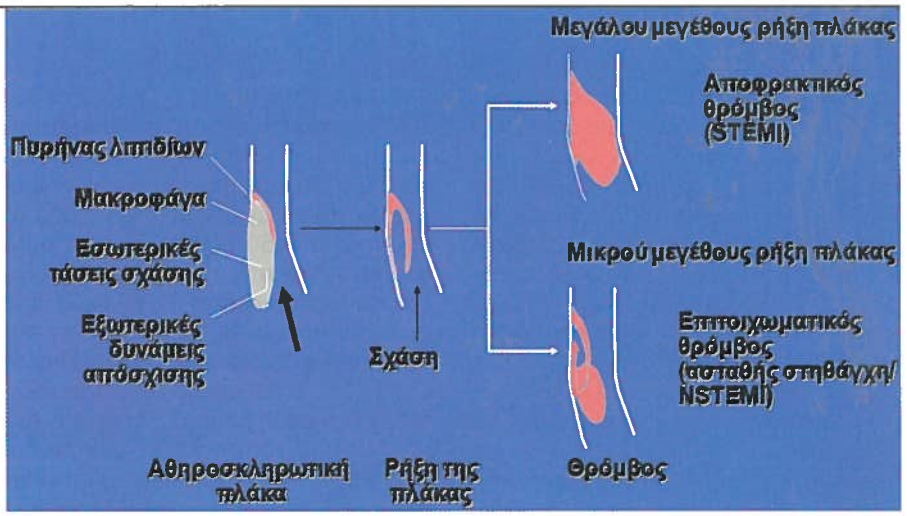
Η **κλοπιδογρέλη** και η **τικλοπιδίνη** είναι ανταγωνιστές των υποδοχέων ADP και αναστέλλουν την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων μέσω αναστολής ειδικά του P2Y12 ADP υποδοχέα. Σε μελέτη χορήγησης τικλοπιδίνης σε ασθενείς με NSTE-ACS, παρατηρήθηκε μείωση του θανάτου και του εμφράγματος στους έξι μήνες κατά 46%. Η χρήση τικλοπιδίνης έχει μειωθεί λόγω των σοβαρών παρενεργειών από το γαστρεντερικό, του κινδύνου ουδετεροπενίας και θρομβοπενίας και της βραδείας έναρξης δράσης της. Έτσι έχει αντικατασταθεί από την κλοπιδογρέλη που έχει ασφαλέστερο προφίλ. Η κλοπιδογρέλη είναι προφάρμακο και μεταβολίζεται στο ήπαρ από το κυτόχρωμα P4503A4 σε έναν ενεργό μεταβολίτη που αναστέλλει τον υποδοχέα P2Y12 ADP των αιμοπεταλίων εμποδίζοντας έτσι την ενεργοποίησή τους. Το 85% της κλοπιδογρέλης μετατρέπεται από εστεράσες σε ανενεργούς μεταβολίτες αφήνοντας έτσι μόνο το 15% να μετατραπεί σε ενεργό μεταβολίτη. Η ενεργοποίηση γίνεται σε 2 εξαρτώμενα από το κυτόχρωμα P450 βήματα (εικόνα 2).

Στη μελέτη CURE[6] ασθενείς με NSTE-ACS, έλαβαν είτε συνδυασμό ασπιρίνης και κλοπιδογρέλης (75 mg/24ωρο για 9-12 μήνες, μετά δόση φόρτισης 300 mg) είτε ασπιρίνη μόνο. Στην ομάδα

της κλοπιδογρέλης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια, του μη θανατηφόρου εμφράγματος και του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (9.3% έναντι 11.4%, p<0.001). Συμπερασματικά, όλοι οι ασθενείς με NSTEMI πρέπει να λαμβάνουν αμέσως κλοπιδογρέλη σε δόση φόρτισης 300 mg και δόση συντήρησης 75 mg/24ωρο, για τουλάχιστον 12 μήνες (ένδειξη I-A). Όσον αφορά το σκέλος της μελέτης που οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν επεμβατικά, μελέτη PCI-CURE[7] και εδώ παρατηρήθηκε υπεροχή της ομάδας της κλοπιδογρέλης όσον αφορά το σύνθετο καταληκτικό σημείο, θάνατος καρδιαγγειακής αιτιολογίας ή έμφραγμα μυοκαρδίου (12.6% έναντι 8.8%, p=0.02 και σχετική μείωση του κινδύνου κατά 31%).

Είτε πρόκειται για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, είτε για εκλεκτική PCI, το θέμα της δόσης φόρτισης, της δόσης συντήρησης και η διάρκεια χορήγησης για την κλοπιδογρέλη έχει απασχολήσει επί μακρόν πολλούς ερευνητές και έχουν γίνει αντίστοιχες τυχαιοποιημένες μελέτες.

Όσον αφορά τη δόση φόρτισης, οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα 300 mg πιθανότατα επαρκούν εάν χορηγηθούν >6h πριν την επέμβαση, ενώ τα 600 mg πρέπει να προτιμώνται όταν επιθυμείται ταχύτερη αναστολή των αιμοπεταλίων. Η δόση φόρτισης των 600 mg, δεν προκαλεί αύξηση του κινδύνου αιμορραγικών επεισοδίων, ενώ επιτυγχάνει ταχύτερη (σε σχέση με τα 300 mg) αναστολή των αιμοπεταλίων, στις 4-8h. Δόσεις φόρτισης >600mg που έχουν δοκιμασθεί, δεν φαίνεται να προσφέρουν περαιτέρω όφελος[8]. Η κλασσική δόση συντήρησης που έχει καθιερωθεί σε όλες σχεδόν τις μελέτες είναι τα 75 mg/24h. Στη μελέτη CURRENT-OASIS 7 δοκιμάσθηκε μετά από φόρτιση με 600 mg, διπλή δόση συντήρησης με 75x2 mg/24h για 7 ημέρες και μετά την κλασική δόση 75 mg/24h. Βρέθηκε ότι αυτοί που έλαβαν τη διπλή δόση παρουσίασαν λιγότερα καρδιαγγειακά συμβάντα και μικρότερο ποσοστό θρόμβωσης, με το τίμημα του αυξημένου ποσοστού μειζόνων αιμορραγιών στις πρώτες 30 ημέρες, σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν εξαρχής την κλασική δόση. Δεν βρέθηκε κάποιο όφελος από την αυξημένη δόση ασπιρίνης που επίσης δοκιμάσθηκε[9]. Η τακτική αυτή ακολουθείται από μερικούς επεμβατικούς καρδιολόγους, αλλά δεν έχει ευρέως καθιερωθεί, καθώς θεωρείται ότι απαιτούνται νέες μελέτες.



Εικόνα 1. Σχέση αθηρωματικής πλάκας και στεφανιαίων συνδρόμων

Η διάρκεια της χορήγησης κλοπιδογρέλης είναι ένα ακόμη θέμα που βρίσκεται υπό συζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία. Τα ελάχιστα όρια ασφαλείας είναι ένας μήνας μετά αγγειοπλαστική με τοποθέτηση απλών (μη φαρμακευτικών) stents και 6 μήνες για τα φαρμακευτικά stents. Όταν δεν υπάρχει σοβαρός λόγος διακοπής συνιστάται η χορήγηση κλοπιδογρέλης για τουλάχιστον 12 μήνες, ενώ πολλοί καρδιολόγοι παρατείνουν τη χορήγηση στους 18-24 μήνες[10,11]. Σε ασθενείς με NSTE-ACS που αντιμετωπίζονται συντηρητικά η χρονική διάρκεια χορήγησης της κλοπιδογρέλης είναι τουλάχιστον ένας μήνας και κατά προτίμηση μέχρι 12 μήνες. Ένα σημαντικό θέμα που διαπιστώθηκε μετά τη διαδεδομένη χρήση της κλοπιδογρέλης είναι η αντίσταση που εμφανίζουν μερικοί ασθενείς σε αυτήν. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται πολύ στις διάφορες καταγραφές, καθώς αναφέρονται ποσοστά από 4% έως 68%. Πιθανώς η αντίσταση αυτή να οφείλεται στις γενετικές διαφορές που υπάρχουν στον P2Y12 ADP υποδοχέα των αιμοπεταλίων στον οποίο δρα η κλοπιδογρέλη. Οι γονιδιακοί αυτοί πολυμορφισμοί αφορούν κυρίως το ένζυμο CYP2C19 που όπως αναφέρθηκε συμμετέχει και στα δύο βήματα μετατροπής της κλοπιδογρέλης στον ενεργό μεταβολίτη της. Υπάρχουν σήμερα διαθέσιμες τεχνικές με τις οποίες ανιχνεύεται αυτός ο πληθυσμός ασθενών με διαφορετικά πλεονεκτήματα η κάθε μία. Στην καθημερινή πράξη η μέθοδος VERIFY NOW είναι η πιο δημοφιλής, καθώς γίνεται εύκολα παρά την κλίνη του ασθενούς. Η κλινική σημασία της «εργαστηριακής» αυτής αντίστασης στην κλοπιδογρέλη δεν έχει μεν ακόμη πλήρως διευκρινισθεί, αλλά υπάρχουν μελέτες στις οποίες βρέθηκαν περιπτώσεις υποξείας θρόμβωσης (επιπλοκή δυνητικώς θανατηφόρα) ανάμεσα σε αυτούς που παρουσίασαν αντίσταση στην κλοπιδογρέλη. Έτσι, θεωρείται ότι μειωμένη απάντηση στην κλοπιδογρέλη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφράγματος μυοκαρδίου και θρόμβωσης του stent. Το θέμα αυτό περιπλέκεται ακόμη περισσότερο από τη διαπίστωση ότι η αντίσταση στην κλοπιδογρέλη δεν είναι σταθερή στον ίδιο ασθενή, αλλά παρουσιάζει διαφορές που πιθανότατα σχετίζονται με τη χρονική διάρκεια λήψης του φαρμάκου. Έχει δειχθεί ότι η αντίσταση στην κλοπιδογρέλη μειώνεται μετά τις 30 ημέρες από την εκδήλωση του ΟΣΣ. Οι οδηγίες του ACC/AHA για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου προτείνουν την αύξηση της δόσης στα 150 mg/24h[12,13,14]. Εναλλακτική επίσης λύση που τείνει να καθιερωθεί είναι η αντικατάσταση της κλοπιδογρέλης με έναν από τους νεότερους ανταγωνιστές ADP, πρασουγρέλη ή τικαγκρελόλη.

Ένα άλλο λιγότερο σημαντικό από ότι αρχικά θεωρήθηκε θέμα, είναι η αλληλεπίδραση της κλοπιδογρέλης με τους PPIs (Proton Pump Inhibitors) που συχνά συγχορηγούνται για γαστροπροστασία. Τα φάρμακα αυτά δρουν μέσω του κυτοχρώματος P450, εμποδίζοντας την παραγωγή του ενζύμου CYP2C19 και έτσι αρχικά θεωρήθηκε ότι όλοι σχεδόν οι PPIs πιθανώς αναστέλλουν τη δράση της κλοπιδογρέλης. Δύο κυρίως μελέτες (CREDO και αναδρομικά δεδομένα από την National Medco Integrated Database) συνέδεαν τους PPIs με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάντα. Αυτή η υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε στην κλινική πράξη, καθώς δευτερογενής ανάλυση δεδομένων δύο μελετών στεφανιαίων ασθενών (PRINCIPLE-TIMI 44, TRITON-TIMI 38) δεν έδειξε κάποια δι- ⇨

αφορά σε σχέση με την εμφάνιση καρδιοαγγειακού θανάτου, εμφράγματος, ή εγκεφαλικού επεισοδίου. Όσον αφορά λοιπόν τη συγχορήγηση κλοπιδογρέλης και PPIs, η SCAI (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions) εξέδωσε ανακοίνωση σύμφωνα με την οποία οι PPIs θα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς που χρειάζονται γαστροπροστασία και λαμβάνουν κλοπιδογρέλη.

Η κλοπιδογρέλη χρησιμοποιείται στα οξέα εμφράγματα και όταν αυτά αντιμετωπίζονται συντηρητικά, καθώς χορηγούμενη παράλληλα με θρομβόλυση και ασπιρίνη, διευκολύνει την ταχεία επαναιμάτωση, βελτιώνει τη βατότητα της ενόχου αρτηρίας και προφυλάσσει από πιθανή επανέμφραξή της, χωρίς αύξηση του αιμορραγικού κινδύνου. Έτσι η κλοπιδογρέλη βρέθηκε ότι μειώνει (στις πρώτες 30 ημέρες) τη συνολική θνητότητα, την καρδιαγγειακή θνητότητα, την πιθανότητα υποτροπιάζουσας ισχαιμίας, ενώ οδηγεί σε μείωση της ανάγκης για επείγουσα επαναγγείωση κατά 20% περίπου. Η χρονική διάρκεια χορήγησης της είναι τουλάχιστον ένας μήνας και κατά προτίμηση μέχρι 12 μήνες. Η κλοπιδογρέλη χορηγείται σε δόση εφόδου 300 mg εφάπαξ, το ταχύτερο δυνατό (προτείνεται σε ηλικία > 75 ετών η δόση αυτή να είναι 75 mg). Η δόση συντήρησης είναι 75 mg, 1 φορά ημερησίως[15,16].

Νεώτεροι $P2Y_{12}$ ADP αναστολείς

Νεώτεροι αναστολείς υποδοχέων ADP έχουν δοκιμαστεί, κυρίως σε ασθενείς με ΟΣΣ που προγραμματίζονται για πρώιμη επεμβατική αντιμετώπιση. Οι αναστολείς αυτοί (prasugrel, ticangrelol) είναι ειδικότεροι και έχουν ταχύτερη έναρξη δράσης. Οι δύο πιο δοκιμασμένοι τέτοιοι παράγοντες είναι η πρασουγρέλη και η τικαγρελόλη[4].

Πρασουγρέλη

Για να γίνει κατανοητή η διαφορά με την κλοπιδογρέλη πρέπει να ανατρέξουμε στο μηχανισμό δράσης της κλοπιδογρέλης και να τον συγκρίνουμε με αυτόν της πρασουγρέλης. Η πρασουγρέλη και η κλοπιδογρέλη είναι προφάρμακα που μεταβολίζονται σε ενεργούς μεταβολίτες που συνδεόμενοι με τον υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων εμποδίζουν την δέσμευση της διφωσφορικής αδενοσίνης (ADP) αναστέλλοντας με αυτόν τον τρόπο την ενεργοποίηση και κατ' επέκταση τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Οι μεταβολικές οδοί όμως που οδηγούν στην ενεργοποίηση της πρασουγρέλης και της κλοπιδογρέλης διαφέρουν (εικόνα 2). Η ενεργοποίηση της κλοπιδογρέλης γίνεται σε 2 εξαρτώμενα από το κυτόχρωμα P450 βήματα. Τα δύο αυτά βήματα ελέγχονται κυρίως από 5 ένζυμα του κυτοχρώματος P450. Δύο από αυτά τα ένζυμα συμμετέχουν και στα δύο βήματα (ένα εκ των οποίων είναι το CYP2C19). Η πρασουγρέλη μεταβολίζεται επίσης σε 2 βήματα. Το πρώτο βήμα γίνεται με εστεράσες στο έντερο, στο αίμα και στο ήπαρ, οπότε και δημιουργείται ένας ενδιάμεσος μεταβολίτης που μετατρέπεται σε ενεργό μεταβολίτη από οποιοδήποτε από τα 5 ένζυμα του κυτοχρώματος P450. Η σημαντική λοιπόν διαφορά με την κλοπιδογρέλη είναι ότι πιθανή δυσλειτουργία κάποιου εξ αυτών των ενζύμων δεν επαρκεί για να εμποδίσει τη μετατροπή της πρασουγρέλης σε ενεργό μεταβολίτη. Συνεπώς, παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη μείωση της δραστικότητας ενός CYP ενζύμου (πχ γενετικοί παράγοντες ή συγχορήγηση άλλων φαρμάκων), αν και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της παραγωγής του ενεργού μεταβολίτη της κλοπιδογρέλης, δεν θα επηρεάσουν τον σχηματισμό του ενεργού μεταβολίτη της πρασουγρέλης. Η δεύτερη σημαντική διαφορά είναι ότι ο ενεργός μεταβολίτης της πρασουγρέλης επιτυγχάνει τη μέγιστη συγκέντρωσή του στο πλάσμα σε 30 λεπτά, σε σύγκριση με τις 4-8 ώρες που απαιτούνται για την κλοπιδογρέλη.

Η μελέτη που καθιέρωσε την πρασουγρέλη είναι η TRITON-TIMI 38[17]. Συμπεριέλαβε 23.608 μέτριου-υψηλού κινδύνου ασθενείς με ΟΣΣ που ήταν προγραμματισμένοι για PCI και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες που τυχαιοποιήθηκαν στη χορήγηση πρασουγρέλης και ασπιρίνης ή κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης και αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα (καρδιαγγειακός θάνατος, μη-θανατηφόρο ΑΕΕ, μη-θανατηφόρο έμφραγμα μυοκαρδίου και θρόμβωση του stent) και η ασφάλεια (σοβαρή αιμορραγία κατά TIMI, δηλαδή μείωση της αιμοσφαιρίνης ≥5g/dL)

Η πρασουγρέλη βρέθηκε αποτελεσματικότερη της κλοπιδογρέλης στην πρόληψη εμφάνισης του σύνθετου καταληκτικού σημείου (καρδιαγγειακός θάνατος και μη-θανατηφόρο ΑΕΕ και μη-θανατηφόρο έμφραγμα) στους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο έπειτα από αγγειοπλαστική. Επίσης, η πρασουγρέλη μείωσε το ΕΜ κατά 24% στους διαβητικούς ασθενείς, τη θρόμβωση του stent κατά 52% και τα ισχαιμικά επεισόδια στις: 3, 30, 90, & 450 ημέρες. Αντίθετα, η πρασουγρέλη αύξησε τα αιμορραγικά επεισόδια στους ασθενείς >75 ετών και <60Kg.

Έχει καθιερωθεί η χορήγηση πρασουγρέλης στα ΟΣΣ που αντιμετωπίζονται επεμβατικά με αγγειοπλαστική με δόση φόρτισης 60 mg και δόση συντήρησης 10 mg/24h για 12 μήνες τουλάχιστον. Στην πρωτογενή αγγειοπλαστική η πρασουγρέλη δείχνει να κερδίζει έδαφος, λόγω της ταχύτερης δράσης της, ενώ έχει ουσιαστικά καθιερωθεί σαν εναλλακτική θεραπεία στους ασθενείς που έχουν υποστεί οξεία ή υποξεία θρόμβωση του stent και ελάμβαναν κλοπιδογρέλη και σε εκείνους που εμφανίζουν αντίσταση στην κλοπιδογρέλη. Ακόμη πρόσφατα η μελέτη TRILOGY έδειξε τη δυνατότητα χορήγησης της πρασουγρέλης σε ασθενείς με ΟΣΣ που αντιμετωπίζονται συντηρητικά[18]. Η πρασουγρέλη πάντως δεν συστήνεται σε ασθενείς ηλικίας άνω των 75 ετών, καθώς σοβαρές αιμορραγίες, περιλαμβανομένων και των θανατηφόρων, είναι πιο συχνές σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Εάν η θεραπεία ασθενών ηλικίας ≥75 ετών κριθεί αναγκαία μετά από προσεκτική εξατομικευμένη εκτίμηση του λόγου οφέλους/κινδύνου από τον θεράποντα ιατρό, τότε μετά τη δόση φόρτισης των 60mg, θα πρέπει να χορηγηθεί η μειωμένη δόση συντήρησης των 5mg/24h. Οι ασθενείς με βάρος σώματος <60kg θα πρέπει να λαμβάνουν μειωμένη δόση συντήρησης των 5mg, καθώς η έκθεση στον ενεργό μεταβολίτη της πρασουγρέλης αυξάνεται όσο μειώνεται το σωματικό βάρος. Η δόση φόρτισης δεν χρειάζεται αναπροσαρμογή. Η σύσταση πάντως για χρήση μειωμένης δόσης των 5mg βασίζεται σε φαρμακοδυναμικές/κινητικές αναλύσεις. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν κλινικά στοιχεία αναφορικά με τη συνολική αποτελεσματικότητα ή την ασφάλεια αυτής της δόσης. Η πρασουγρέλη, τέλος, δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ιστορικό Παροδικού Ισχαιμικού Επεισοδίου ή Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου[17].

Τικαγρελόλη

Η τικαγρελόλη είναι ένας από του στόματος χορηγούμενος άμεσος, αναστρέ-

αφορά σε σχέση με την εμφάνιση καρδιοαγγειακού θανάτου, εμφράγματος, ή εγκεφαλικού επεισοδίου. Όσον αφορά λοιπόν τη συγχορήγηση κλοπιδογρέλης και PPIs, η SCAI (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions) εξέδωσε ανακοίνωση σύμφωνα με την οποία οι PPIs θα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς που χρειάζονται γαστροπροστασία και λαμβάνουν κλοπιδογρέλη.

Η κλοπιδογρέλη χρησιμοποιείται στα οξέα εμφράγματα και όταν αυτά αντιμετωπίζονται συντηρητικά, καθώς χορηγούμενη παράλληλα με θρομβόλυση και ασπιρίνη, διευκολύνει την ταχεία επαναιμάτωση, βελτιώνει τη βατότητα της ενόχου αρτηρίας και προφυλάσσει από πιθανή επανέμφραξή της, χωρίς αύξηση του αιμορραγικού κινδύνου. Έτσι η κλοπιδογρέλη βρέθηκε ότι μειώνει (στις πρώτες 30 ημέρες) τη συνολική θνητότητα, την καρδιαγγειακή θνητότητα, την πιθανότητα υποτροπιάζουσας ισχαιμίας, ενώ οδηγεί σε μείωση της ανάγκης για επείγουσα επαναγγείωση κατά 20% περίπου. Η χρονική διάρκεια χορήγησης της είναι τουλάχιστον ένας μήνας και κατά προτίμηση μέχρι 12 μήνες. Η κλοπιδογρέλη χορηγείται σε δόση εφόδου 300 mg εφάπαξ, το ταχύτερο δυνατό (προτείνεται σε ηλικία > 75 ετών η δόση αυτή να είναι 75 mg). Η δόση συντήρησης είναι 75 mg, 1 φορά ημερησίως[15,16].

Νεώτεροι P2Y$_{12}$ ADP αναστολείς

Νεώτεροι αναστολείς υποδοχέων ADP έχουν δοκιμαστεί, κυρίως σε ασθενείς με ΟΣΣ που προγραμματίζονται για πρώιμη επεμβατική αντιμετώπιση. Οι αναστολείς αυτοί (prasugrel, ticangrelol) είναι ειδικότεροι και έχουν ταχύτερη έναρξη δράσης. Οι δύο πιο δοκιμασμένοι τέτοιοι παράγοντες είναι η πρασουγρέλη και η τικαγρελόλη[4].

Πρασουγρέλη

Για να γίνει κατανοητή η διαφορά με την κλοπιδογρέλη πρέπει να ανατρέξουμε στο μηχανισμό δράσης της κλοπιδογρέλης και να τον συγκρίνουμε με αυτόν της πρασουγρέλης. Η πρασουγρέλη και η κλοπιδογρέλη είναι προφάρμακα που μεταβολίζονται σε ενεργούς μεταβολίτες που συνδεόμενοι με τον υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων εμποδίζουν την δέσμευση της διφωσφορικής αδενοσίνης (ADP) αναστέλλοντας με αυτόν τον τρόπο την ενεργοποίηση και κατ' επέκταση τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Οι μεταβολικές οδοί όμως που οδηγούν στην ενεργοποίηση της πρασουγρέλης και της κλοπιδογρέλης διαφέρουν (εικόνα 2). Η ενεργοποίηση της κλοπιδογρέλης γίνεται σε 2 εξαρτώμενα από το κυτόχρωμα P450 βήματα. Τα δύο αυτά βήματα ελέγχονται κυρίως από 5 ένζυμα του κυτοχρώματος P450. Δύο από αυτά τα ένζυμα συμμετέχουν και στα δύο βήματα (ένα εκ των οποίων είναι το CYP2C19). Η πρασουγρέλη μεταβολίζεται επίσης σε 2 βήματα. Το πρώτο βήμα γίνεται με εστεράσες στο έντερο, στο αίμα και στο ήπαρ, οπότε και δημιουργείται ένας ενδιάμεσος μεταβολίτης που μετατρέπεται σε ενεργό μεταβολίτη από οποιοδήποτε από τα 5 ένζυμα του κυτοχρώματος P450. Η σημαντική λοιπόν διαφορά με την κλοπιδογρέλη είναι ότι πιθανή δυσλειτουργία κάποιου εξ αυτών των ενζύμων δεν επαρκεί για να εμποδίσει τη μετατροπή της πρασουγρέλης σε ενεργό μεταβολίτη. Συνεπώς, παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη μείωση της δραστικότητας ενός CYP ενζύμου (πχ γενετικοί παράγοντες ή συγχορήγηση άλλων φαρμάκων), αν και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της παραγωγής του ενεργού μεταβολίτη της κλοπιδογρέλης, δεν θα επηρεάσουν τον σχηματισμό του ενεργού μεταβολίτη της πρασουγρέλης. Η δεύτερη σημαντική διαφορά είναι ότι ο ενεργός μεταβολίτης της πρασουγρέλης επιτυγχάνει τη μέγιστη συγκέντρωσή του στο πλάσμα σε 30 λεπτά, σε σύγκριση με τις 4-8 ώρες που απαιτούνται για την κλοπιδογρέλη.

Η μελέτη που καθιέρωσε την πρασουγρέλη είναι η TRITON-TIMI 38[17]. Συμπεριέλαβε 23.608 μέτριου-υψηλού κινδύνου ασθενείς με ΟΣΣ που ήταν προγραμματισμένοι για PCI και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες που τυχαιοποιήθηκαν στη χορήγηση πρασουγρέλης και ασπιρίνης ή κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης και αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα (καρδιαγγειακός θάνατος, μη-θανατηφόρο ΑΕΕ, μη-θανατηφόρο έμφραγμα μυοκαρδίου και θρόμβωση του stent) και η ασφάλεια (σοβαρή αιμορραγία κατά TIMI, δηλαδή μείωση της αιμοσφαιρίνης ≥5g/dL)

Η πρασουγρέλη βρέθηκε αποτελεσματικότερη της κλοπιδογρέλης στην πρόληψη εμφάνισης του σύνθετου καταληκτικού σημείου (καρδιαγγειακός θάνατος και μη-θανατηφόρο ΑΕΕ και μη-θανατηφόρο έμφραγμα) στους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο έπειτα από αγγειοπλαστική. Επίσης, η πρασουγρέλη μείωσε το ΕΜ κατά 24% στους διαβητικούς ασθενείς, τη θρόμβωση του stent κατά 52% και τα ισχαιμικά επεισόδια στις: 3, 30, 90, & 450 ημέρες. Αντίθετα, η πρασουγρέλη αύξησε τα αιμορραγικά επεισόδια στους ασθενείς >75 ετών και <60Kg.

Έχει καθιερωθεί η χορήγηση πρασουγρέλης στα ΟΣΣ που αντιμετωπίζονται επεμβατικά με αγγειοπλαστική με δόση φόρτισης 60 mg και δόση συντήρησης 10 mg/24h για 12 μήνες τουλάχιστον. Στην πρωτογενή αγγειοπλαστική η πρασουγρέλη δείχνει να κερδίζει έδαφος, λόγω της ταχύτερης δράσης της, ενώ έχει ουσιαστικά καθιερωθεί σαν εναλλακτική θεραπεία στους ασθενείς που έχουν υποστεί οξεία ή υποξεία θρόμβωση του stent και ελάμβαναν κλοπιδογρέλη και σε εκείνους που εμφανίζουν αντίσταση στην κλοπιδογρέλη. Ακόμη πρόσφατα η μελέτη TRILOGY έδειξε τη δυνατότητα χορήγησης της πρασουγρέλης σε ασθενείς με ΟΣΣ που αντιμετωπίζονται συντηρητικά[18]. Η πρασουγρέλη πάντως δεν συστήνεται σε ασθενείς ηλικίας άνω των 75 ετών, καθώς σοβαρές αιμορραγίες, περιλαμβανομένων και των θανατηφόρων, είναι πιο συχνές σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Εάν η θεραπεία ασθενών ηλικίας ≥75 ετών κριθεί αναγκαία μετά από προσεκτική εξατομικευμένη εκτίμηση του λόγου οφέλους/κινδύνου από τον θεράποντα ιατρό, τότε μετά τη δόση φόρτισης των 60mg, θα πρέπει να χορηγηθεί η μειωμένη δόση συντήρησης των 5mg/24h. Οι ασθενείς με βάρος σώματος <60kg θα πρέπει να λαμβάνουν μειωμένη δόση συντήρησης των 5mg, καθώς η έκθεση στον ενεργό μεταβολίτη της πρασουγρέλης αυξάνεται όσο μειώνεται το σωματικό βάρος. Η δόση φόρτισης δεν χρειάζεται αναπροσαρμογή. Η σύσταση πάντως για χρήση μειωμένης δόσης των 5mg βασίζεται σε φαρμακοδυναμικές/κινητικές αναλύσεις. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν κλινικά στοιχεία αναφορικά με τη συνολική αποτελεσματικότητα ή την ασφάλεια αυτής της δόσης. Η πρασουγρέλη, τέλος, δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ιστορικό Παροδικού Ισχαιμικού Επεισοδίου ή Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου[17].

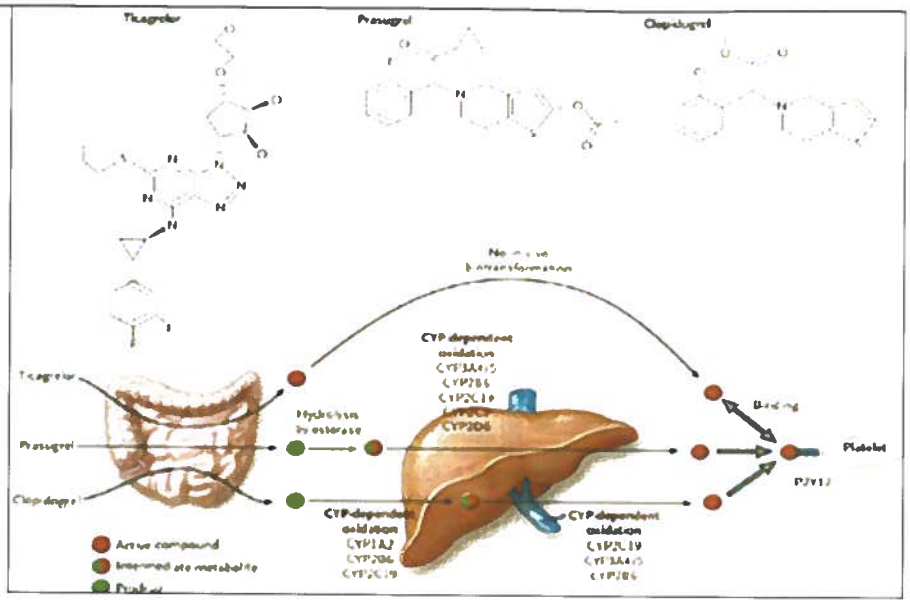
Τικαγρελόλη

Η τικαγρελόλη είναι ένας από τους στόματος χορηγούμενος άμεσος, αναστρέ-

ψιμος αναστολέας των υποδοχέων της ADP $P2Y_{12}$ των αιμοπεταλίων. Έχει άμεση και ταχεία έναρξη δράσης, καθώς δεν είναι προ-φάρμακο (εικόνα 2). Επιτυγχάνει ισχυρότερη αναστολή και έχει αναστρέψιμη δράση με αποτέλεσμα την ταχεία λήξη δράσης της και τη λειτουργική αποκατάσταση όλων των αιμοπεταλίων. Το φάρμακο αυτό καθιερώθηκε από τη μελέτη PLATO.[19] Συμπεριέλαβε 18.624 ασθενείς με ΟΣΣ και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες που τυχαιοποιήθηκαν στη χορήγηση τικαγρελόλης και ασπιρίνης ή κλοπιδογρέλης και ασπιρίνης και αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια. Η τικαγρελόλη βρέθηκε αποτελεσματικότερη της κλοπιδογρέλης στα τελικά σημεία του καρδιαγγειακού θανάτου, του ΑΕΕ και του εμφράγματος, ενώ παρουσίασε μείωση των θρομβώσεων του stent, με μικρή αύξηση στα αιμορραγικά επεισόδια. Ίσως το σημαντικότερο εύρημα της μελέτης ήταν το όφελος στην επιβίωση με μία απόλυτη μείωση της ετήσιας θνητότητας της τάξεως του 1.4% και σχετικής μείωσης περίπου 22%. Ακόμη η τικαγρελόλη αποδείχθηκε ότι υπερτερεί έναντι της κλοπιδογρέλης και στους ασθενείς με ΟΣΣ που αντιμετωπίζονται συντηρητικά (ετήσια συνολική θνητότητα 3.1% έναντι 4.0% p=0.01)[20]

Η τικαγρελόλη χορηγείται σε δόση φόρτισης 180 mg και δόση συντήρησης 90mg x2/24h για 12 μήνες τουλάχιστον και η χορήγησή της έχει καθιερωθεί στα ΟΣΣ που αντιμετωπίζονται είτε συντηρητικά είτε επεμβατικά με αγγειοπλαστική. Φτάνει στο μέγιστο της δράσης της στις 1-2 h μετά τη δόση φόρτισης, ενώ η λειτουργία των αιμοπεταλίων αποκαθίσταται στις 3 ημέρες μετά τη διακοπή της (σε σύγκριση με τις 5 ημέρες που απαιτούνται για την κλοπιδογρέλη)[19]. Παρ' όλα αυτά για τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης, καρδιακής ή εξωκαρδιακής, απαιτείται η διακοπή του φαρμάκου για τουλάχιστον 7 ημέρες. Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες, το αίσθημα δύσπνοιας ήταν συχνότερο στην ομάδα της τικαγρελόλης (13.8% έναντι 7.8%), ενώ λίγοι ασθενείς διέκοψαν το φάρμακο εξαιτίας δύσπνοιας (0.9% έναντι 0.1%). Ακόμη οι ασθενείς της ομάδας της τικαγρελόλης εμφάνισαν την 1η εβδομάδα χορήγησης και όχι στις 30 ημέρες, κοιλιακές παύσεις που δεν συνδυάζοταν με συμπτώματα ή εμφύτευση βηματοδότη.

Μικρή αναφορά πρέπει να γίνει και στη σιλοσταζόλη που είναι ένας αντιαιμοπεταλιακός παράγοντας που χρησιμοποιήθηκε αντί για την κλοπιδογρέλη σε μερικές Ασιατικές χώρες. Επίσης δοκιμάσθηκε σε τριπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (μαζί με την ασπιρίνη και την κλοπιδογρέλη) σε περιπτώσεις θρομβώσεων stents.



Εικόνα 2. Βιομετατροπή αναστολέων ADP

Όσον αφορά τη διενέργεια χειρουργικών-επεμβατικών πράξεων σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, αυτές εκτελούνται μετά από διακοπή της διπλής αγωγής για επτά περίπου ημέρες, με κίνδυνο θρόμβωσης των stents, κίνδυνος που μειώνεται όσο απομακρυνόμαστε από το χρόνο διενέργειας της αγγειοπλαστικής. Θα πρέπει να τονισθεί ότι η συνήθης πρακτική της υποτιθέμενης αντικατάστασης της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ), είναι λανθασμένη. Η μόνη λογική προσέγγιση θα μπορούσε να είναι η ενδοφλέβια χορήγηση ενδονοσοκομειακά, αναστολέων των αιμοπεταλιακών υποδοχών IIb/IIIa μετά τη διακοπή των από του στόματος χορηγούμενων αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων.

Συμπεράσματα

Η ασπιρίνη θεωρείται αναντικατάστατο φάρμακο για τους ασθενείς που πάσχουν από ΟΣΣ ή έχουν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική και έτσι η επιλογή υπάρχει για το δεύτερο αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο (κλοπιδογρέλη ή πρασουγρέλη ή τικαγρελόλη) που απαιτείται για αυτούς τους ασθενείς. Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC του 2007 και του 2010, ισχύουν τα εξής:

Ασπιρίνη:
- Σε όλους (πλην δυσανεξίας), φόρτιση 160-325 mg (όχι εντεροδιαλυτή), δόση συντήρησης 75-100 mg (I-A), συντηρητικά ή αγγειοπλαστική.

Κλοπιδογρέλη:
- Σε ασθενείς με STEMI (I-C), συντηρητικά ή αγγειοπλαστική.
- Σε ασθενείς με NSTEMI (I-A), συντηρητικά ή αγγειοπλαστική.
- Δόση φόρτισης 300 mg και συντήρησης 75 mg (I-A).
- Δόση φόρτισης σε περίπτωση PCI 600 mg (IIa-B).

Πρασουγρέλη:
- Σε ασθενείς με NSTEMI (IIa-B) και αγγειοπλαστική.
- Σε ασθενείς με STEMI (I-B) και αγγειοπλαστική.
- Δόση φόρτισης 60 mg και συντήρησης 10 mg.

Τικαγρελόλη:
- Σε ασθενείς με NSTEMI (I-B), συντηρητικά ή αγγειοπλαστική.
- Σε ασθενείς με STEMI (I-B), συντηρητικά ή αγγειοπλαστική.
- Δόση φόρτισης 180 mg και συντήρησης 90 mg x 2.

Summary

During an acute coronary syndrome blood flow to the myocardium is significantly reduced. The goal of treatment is the immediate revascularization and stabilization of the lesion. Particularly in the case of angioplasty, this is achieved by the administration of antiplatelet agents, among which aspirin remains the primary choice.

Keywords: acute coronary syndrome, antiplatelet therapy, angioplasty

Βιβλιογραφία

1. Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Heart (2000) 83:361–366.
2. Libby P. Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. Circulation (2001) 104:365–372.
3. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KA, Julian D, Lengyel M, Neumann FJ, Ruzyllo W, Thygesen C, Underwood SR, Vahanian A, Verheugt FW, Wijns W. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J (2003) 24:28–66.
4. Bassand J-P, Hamm WC, Ardissino D, et al. on behalf committee for Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J (2007) 28(13) :1598–1660.
5. Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ (2002) 324:71–86.
6. Budaj A, Yusuf S, Mehta SR, Fox KA, Tognoni G, Zhao F, Chrolavicius S, Hunt D, Keltai M, Franzosi MG. Benefit of clopidogrel in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation in various risk groups. Circulation (2002) 106:1622–1626.
7. Berger PB, Steinhubl S. Clinical implications of percutaneous coronary intervention-clopidogrel in unstable angina to prevent recurrent events (PCI-CURE) study: a US perspective. Circulation. 2002 Oct 22;106(17):2284-7.
8. Von Beckerath N, Taubert D, Pogasta-Murray G, et al. Absorption, metabolization and antiplatelet effects of 300-, 600-, and 900-mg loading doses of clopidogrel: results of the ISAR-CHOICE Trial. Circulation 2005;112:2946.
9. Mehta SR - Double-dose versus standard-dose clopidogrel and high-dose versus low-dose aspirin in individuals undergoing percutaneous coronary intervention for acute coronary syndromes (CURRENT-OASIS 7): a randomised factorial trial. Lancet 2010; 376(9748): 1233-43.
10. Lewis BS. Benefit of clopidogrel according to timing of percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndromes: further results from the Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) study. - Am Heart J 2005; 150(6): 1177-84.
11. Tanzilli G. Effectiveness of two-year clopidogrel + aspirin in abolishing the risk of very late thrombosis after drug-eluting stent implantation (from the TYCOON [two-year ClOpidOgrel need] study). - Am J Cardiol 2009; 104(10): 1357-61.
12. Moerenhout CM Clinical relevance of clopidogrel unresponsiveness during elective coronary stenting: experience with the point-of-care platelet function assay-100 C/ADP. - Am Heart J 2010; 159(3): 434-8.
13. Pinto Slottow TL. Prevalence of aspirin and clopidogrel resistance among patients with and without drug-eluting stent thrombosis. - Am J Cardiol 2009; 104(4): 525-30.
14. Collet JP. Randomized comparison of platelet function monitoring to adjust antiplatelet therapy versus standard of care: rationale and design of the assessment with a double randomization of (1) a fixed dose versus a monitoring-guided dose of aspirin and clopidogrel after DES implantation, and (2) treatment interruption versus continuation, 1 year after stenting (ARCTIC) study. - Am Heart J 2011; 161(1).
15. Marc S. Sabatine, MD, Christopher P. Cannon, MD, C. Michael Gibson, MD, MS Jose L. López-Sendón, MD, Gilles Montalescot, MD, PhD, Pierre Theroux, MD, Basil S. Lewis, MD Sabina A. Murphy, MPH, Carolyn H. McCabe, BS, Eugene Braunwald, MD, for the Clopidogrel as Adjunctive Reperfusion Therapy (CLARITY)–Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) 28 Investigators. Effect of Clopidogrel Pretreatment Before Percutaneous Coronary Intervention in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction Treated With Fibrinolytics The PCI-CLARITY Study JAMA, September 14, 2005—Vol 294, 1224-1232.
16. Authors/Task Force Members: Frans Van de Werf, Chairperson (Belgium)*, Jeroen Bax (The Netherlands), Amadeo Betriu (Spain), Carina Blomstrom-Lundqvist (Sweden), Filippo Crea (Italy), Volkmar Falk (Germany), Gerasimos Filippatos (Greece), Keith Fox (UK), Kurt Huber (Austria), Adnan Kastrati (Germany), Annika Rosengren (Sweden), P. Gabriel Steg (France), Marco Tubaro (Italy), Freek Verheugt (The Netherlands), Franz Weidinger (Austria), Michael Weis (Germany). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology: European Heart Journal (2008) 29, 909–2945.
17. Wiviott S, Braunwald E, McBabe C, et al, for the TRITON-TIMI 38 investigators. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med 2007; 357: 2001-2015.
18. Roe MT, Ohman EM; TRILOGY ACS Investigators. Prasugrel versus clopidogrel for acute coronary syndromes. N Engl J Med. 2013 Jan 10;368(2):188-9.
19. Wallentin L, Becker R, Budaj A, et al. Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes N Engl J Med 2009; 361: 1045-57.
20. James SK, Roe MT, Cannon CP, Cornel JH, Horrow J, Husted S, Katus H, Morais J, Steg PG, Storey RF, Stevens S, Wallentin L, Harrington RA; For the PLATO Study Group. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes intended for non-invasive management: substudy from prospective randomised PLATelet inhibition and patient Outcomes (PLATO) trial. BMJ. 2011 Jun 17;342.

Αρθραλγίες: διαγνωστική προσέγγιση

ΛΑΖΑΡΟΣ Ι. ΣΑΚΚΑΣ, MD, DM(Αθήνα), PhD(Λονδίνο)
Καθηγητής Παθολογίας/Ρευματολογίας, Διευθυντής της Πανεπιστημιακής Ρευματολογικής Κλινικής, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Οι αρθραλγίες είναι πολύ συχνό σύμπτωμα. Τα ερωτήματα που έχει να απαντήσει ο θεράπων Ιατρός είναι:

(α) Οφείλεται η αρθραλγία σε φλεγμονή;

(β) η φλεγμονή είναι στην άρθρωση (αρθρίτιδα) ή στο υπερκείμενο δέρμα;

Για να απαντήσομε στο πρώτο ερώτημα, έχομε στη διάθεσή μας την κλινική εξέταση της άρθρωσης, και τις εργαστηριακές εξετάσεις αίματος για δείκτες φλεγμονής. Μπορούμε επίσης να παρακεντήσομε την άρθρωση, εάν έχει αρθρικό υγρό για να εξετάσομε το αρθρικό υγρό, και, για εν τω βάθει αρθρώσεις να κάνομε απεικονιστικές εξετάσεις της άρθρωσης.

Τα κύρια γνωρίσματα της φλεγμονής, που αναζητούμε στην άρθρωση είναι διόγκωση, θερμότητα, ερυθρότητα, ευαισθησία με την πίεση, και πρωινή δυσκαμψία. Η θερμότητα και ερυθρότητα δείχνουν έντονη φλεγμονή που υπάρχει συνήθως σε μικροβιακή και κρυσταλλική αρθρίτιδα. Η πρωινή δυσκαμψία είναι χαρακτηριστική εκδήλωση της αρθρίτιδας. Έτσι, εάν η αρθρίτιδα αφορά τις μικρές αρθρώσεις των άκρων χειρών ρωτάμε τον ασθενή: έχεις δυσκολία να ανοίξεις και να κλείσεις τα δάκτυλα των χεριών σου το πρωί όταν ξυπνάς;

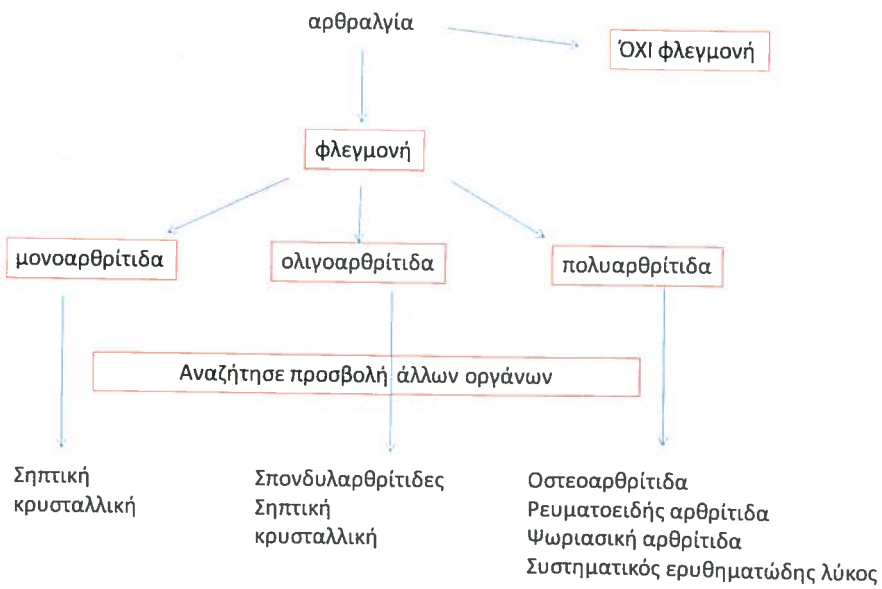
Η διόγκωση της άρθρωσης μπορεί να είναι σκληρή στη σύσταση οπότε οφείλεται σε διόγκωση οστού και άρα δεν σχετίζεται με φλεγμονή, ή να είναι μαλακή διόγκωση. Η τελευταία οφείλεται σε πάχυνση του αρθρικού υμένα, οπότε οφείλεται σε φλεγμονή, είτε σε συλλογή αρθρικού υγρού.

Εξετάσεις αίματος που κάνομε για τη φλεγμονή είναι η Γενική αίματος, η ΤΚΕ και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Στη γενική αίματος ενδείξεις φλεγμονής είναι η αναιμία, ορθοκυτταρική (με φυσιολογικό MCV), και ορθόχρωμη (με φυσιολογικό MCH), η λευκοκυττάρωση, και η θρομβοκυττάρωση. Η CRP είναι πρωτεΐνη οξείας φάσης και παράγεται από το ήπαρ με την επίδραση των κυτταροκινών ιντερλευκίνη(IL)-1, IL-6, και ιντερφερόνη (IFN)-γ.

Στο αρθρικό υγρό, ο αριθμός των κυττάρων δείχνει εάν υπάρχει φλεγμονή ή όχι. Στη φλεγμονή τα κύτταρα του αρθρικού υγρού είναι >2.500/μL.

Χρειάζεται να κάνομε απεικόνιση της άρθρωσης για να δούμε εάν έχει φλεγμονή; ΟΧΙ για επιπολής άρθρωση με πρόσφατη αρθραλγία. Μπορούμε με την ψηλάφηση μόνο να εκτιμήσομε εάν υπάρχει αρθρίτιδα. Όμως, για εν τω βάθει αρθρώσεις, όπως το ισχίο ή οι αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης, μπορεί να χρειασθεί να κάνομε απεικονιστικές εξετάσεις. Στο ισχίο κάνομε υπερηχογράφημα σε συνδυασμό με power Doppler. Για τη σπονδυλική στήλη (ΣΣ), όταν τα συμπτώματα/σημεία υποδηλώνουν φλεγμονή και υπάρχει αυξημένη ΤΚΕ ή CRP, ή υπάρχει νευρολογικό έλλειμμα, τότε κάνομε μαγνητική τομογραφία (MRI).

Απαντάμε στο δεύτερο ερώτημα εύκολα με την κλινική εξέταση: σε αρθρίτιδα, υπάρχει ευαισθησία με την πίεση σε όλες τις επιφάνειες της άρθρωσης, την εκτατική, την καμπτική και τις πλάγιες επιφά-



Σχήμα 1: Αλγόριθμος αρθραλγίας

νειες. Στη δερματίτιδα υπάρχει ευαισθησία με την πίεση μόνο σε μία επιφάνεια της άρθρωσης, εκεί που είναι η φλεγμονή του δέρματος. Επίσης, στην αρθρίτιδα υπάρχει περιορισμός κινητικότητας της άρθρωσης σε όλα τα επίπεδα (κατευθύνσεις), ενώ στη δερματίτιδα υπάρχει περιορισμός της κινητικότητας της άρθρωσης μόνο προς την κατεύθυνση της φλεγμονής του δέρματος ή και την αντίθετη της.

Αφού καθορίσαμε ότι υπάρχει φλεγμονή στην άρθρωση (αρθρίτιδα), πρέπει να απαντήσομε στα ακόλουθα ερωτήματα: αφορά η αρθρίτιδα μία μόνο άρθρωση (μονοαρθρίτιδα), 2-4 αρθρώσεις (ολιγοαρθρίτιδα) ή >4 αρθρώσεις (πολυαρθρίτιδα).

Μονοαρθρίτιδα

Τα κυριότερα αίτια της μονοαρθρίτιδας είναι:

- μικρόβια (συνήθως S.aureus)
- κρύσταλλοι (Ουρικού νατρίου ή πυροσφωσφορικού ασβεστίου)

Η μικροβιακή (σηπτική) μονοαρθρίτιδα και η κρυσταλλική μονοαρθρίτιδα χαρακτηρίζονται συνήθως από έντονα σημεία φλεγμονής τοπικά στην άρθρωση. Μπορεί να υπάρχουν και γενικά συμπτώματα/σημεία φλεγμονής με πυρετό, καταβολή, αυξημένους δείκτες φλεγμονής στο αίμα (ΤΚΕ/CRP). Στις περιπτώσεις αυτές αναζητούμε σημεία φλεγμονής σε άλλα μέρη του σώματος, όπως στο δέρμα, τους πνεύμονες (με α/α πνεύμονος), και το ουροποιητικό (με καλλιέργεια ούρων). Αναζητούμε επίσης μικρόβια σε καλλιέργεια αίματος, καλλιέργεια αρθρικού υγρού (και με PCR, εάν είναι διαθέσιμη), και με αντισώματα για ειδικά μικρόβια, αντίδραση Wright για Brucella, εάν είμαστε σε περιοχή με κρούσματα βρουκέλλωσης.

Η ουρική αρθρίτιδα είναι σχετικά εύκολη διάγνωση. Το ιστορικό βοηθάει πολύ. Η ουρική αρθρίτιδα συνήθως αρχίζει από το μεγάλο δάκτυλο του ποδιού και διαρκεί το πολύ 10 ημέρες, ενώ υποχωρεί γρήγορα με colchicine. Η σφραγίδα της οξείας ουρικής αρθρίτιδας μπαίνει με την εξέταση του αρθρικού υγρού σε μικροσκόπιο με πολωμένο φως. Οι κρύσταλλοι του ουρικού μοιάζουν με βελόνες και έχουν αρνητική διπλοθλαστικότητα, δηλαδή κίτρινο χρώμα οι κρύσταλλοι μιας διεύθυνσης, και μπλε οι κάθετοι στους πρώτους κρύσταλλοι. Η κρυσταλλική αρθρίτιδα από πυροφωσφορικό ασβέστιο (ψευδοουρική αρθρίτιδα) απαντά σε ηλικιωμένα άτομα, και μπορεί να συνοδεύεται με υψηλό πυρετό. Εδώ, η απλή παρακέντηση της άρθρωσης με αφαίρεση αρθρικού υγρού είναι αρκετή για να υποχωρήσει η αρθρίτιδα. Η απλή ακτινογραφία των γονάτων μπορεί να δείξει ασβέστωση των μηνίσκων (παθογνωμονικό εύρημα). Οι υπέρηχοι μπορεί επίσης έχουν χαρακτηριστική εικόνα στην κρυσταλλική αρθρίτιδα.

Ο αποκλεισμός της μικροβιακής αρθρίτιδας είναι πολύ σημαντικός επειδή η μικροβιακή αρθρίτιδα οδηγεί γρήγορα σε καταστροφή της άρθρωσης και η μικροβιακή αιτιολογία πρέπει να μπαίνει πρώτη στη διαφορική διάγνωση της οξείας μονοαρθρίτιδας.

Ολιγοαρθρίτιδα

Η ολιγοαρθρίτιδα μπορεί να οφείλεται σε μικρόβια ή κρυστάλλους, αλλά η μεγάλη κατηγορία εδώ είναι οι σπονδυλαρθρίτιδες. Οι σπονδυλαρθρίτιδες περιλαμβάνουν την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, την ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ), την αντιδραστική αρθρίτιδα, την αρθρίτιδα που συνοδεύει τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, και έχουν κοινά χαρακτηριστικά: προσβολή της ΣΣ με άλγος και πρωινή δυσκαμψία, περιορισμό κινητικότητας της ΣΣ, οξεία ιριδοκυκλίτιδα, και ενθεσίτιδα. Η ενθεσίτιδα είναι φλεγμονή στις ενθέσεις, θέσεις πρόσφυσης τένοντα, συνδέσμου ή αρθρικής κάψας στο οστό. Συχνές ενθεσίτιδες είναι στην πτέρνα (Αχίλλειος τένοντας, και πελματιαία απονεύρωση). Ψωρίαση συνυπάρχει με την ΨΑ. Ένα αρκετά συχνό σενάριο στην έναρξη της ΨΑ είναι τραύμα που προκαλεί διόγκωση της άρθρωσης, και ο θεράπων ιατρός (συνήθως ορθοπαιδικός) το θεωρεί τραυματικής αιτιολογίας, ενώ στην πραγματικότητα είναι ψωριασική αρθρίτιδα. Εδώ, απλή ανάλυση του αρθρικού υγρού με κύτταρα >2.500-3.000/μL δίνει την απάντηση. Μια άλλη χαρακτηριστική εκδήλωση της ψωριασικής αρθρίτιδας είναι η δακτυλίτιδα, η διόγκωση όλου του δακτύλου, σε χέρι ή πόδι. Η ψωρίαση αρκετές φορές δεν είναι ορατή και πρέπει να αναζητηθεί σε σημεία εμφάνισης της ψωρίασης, οπισθο-ωτιαία, αγκώνες, γόνατα, τριχωτό κεφαλής. Η προσβολή της ΣΣ στις σπονδυλαρθρίτιδες χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη οσφυαλγία: πρωινή δυσκαμψία της οσφύος, άλγος τις πρώτες πρωινές ώρες, βελτίωση με την κίνηση. Σε πιο προχωρημένο στάδιο υπάρχει περιορισμός κινητικότητας της οσφυϊκής μοίρας της ΣΣ (ΟΜΣΣ). Όταν ζητήσομε από τον ασθενή να κάνει κάμψη, φυσιολογικά εξαφανίζεται η φυσιολογική λόρδωση της ΟΜΣΣ. Όταν υπάρχει περιορισμός της κινητικότητας της ΟΜΣΣ, η ΟΜΣΣ γίνεται ευθεία ή σε πιο βαριές περιπτώσεις διατηρεί τη λόρδωση στην κάμψη.

Πολυαρθρίτιδα

Τυπικά παραδείγματα πολυαρθρίτιδας είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ), ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ), η ΨΑ, και η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ). Η εντόπιση της αρθρίτιδας, και η συμμετρία έχουν σημασία για τη διάγνωση. Η ΡΑ και ο ΣΕΛ προσβάλλουν τις μετακαρποφαλαγγικές και εγγύς φαλαγγικές αρθρώσεις, ενώ η ΨΑ προσβάλλει τις άπω φαλαγγικές αρθρώσεις των χεριών. Η ΟΑ προσβάλλει τις άπω και εγγύς φαλαγγικές αρθρώσεις και την καρπομετακάρπιο άρθρωση. Η αρθρίτιδα της ΡΑ και του ΣΕΛ έχει εντυπωσιακή συμμετρία, δηλαδή οι ίδιες αρθρώσεις προσβάλλονται και στα δυο χέρια. Στην κατηγορία αυτή της αρθρίτιδας βοηθούν τα αυτοαντισώματα διαγνωστικά. Ο ρευματοειδής παράγοντας, και το αντίσωμα έναντι του κιτριλλιωμένου πεπτιδίου απαντούν στη ΡΑ, ενώ στον ΣΕΛ απαντούν τα αντιπυρηνικά αντισώματα, αντισώματα έναντι διπλής έλικας DNA, αντι-Sm αντισώματα. Τα συστατικά του συμπληρώματος C3και C4 μπορεί να είναι ελαττωμένα στον ορό.

Στις πολυαρθρίτιδες, περισσότερο από κάθε άλλη αρθρίτιδα, αναζητούμε εάν υπάρχει προσβολή άλλων οργάνων. Αυτό γίνεται με κλινική εξέταση για δερματικές εκδηλώσεις, και παρέσεις νεύρων, και με εργαστηριακές εξετάσεις, γενική ούρων για προσβολή νεφρών, τρανσαμινάσες και αλκαλική φωσφατάση για προσβολή ήπατος, CPK για προσβολή μυών, ακτινογραφία πνεύμονος για προσβολή πνευμόνων, γενική αίματος για προσβολή του αιμοποιητικού (αναιμία, θρομβοπενία, λευκοπενία), APTT για διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού.

Αυτή η απλή σειρά της διαγνωστικής σκέψης οδηγεί σε σωστή και γρήγορη διάγνωση και αποφυγή άσκοπων και δαπανηρών εξετάσεων (Σχήμα).

Τριγλυκερίδια, Φιβράτες και Καρδιαγγειακή Νόσος

Δ. ΡΙΧΤΕΡ, MD, FESC, FAHA
Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Γενικός Γραμματέας ΕΕΛΙΑ και ΙΜΕΘΑ.
Μέλος ΔΣ ΕΛΙΚΑΡ, Αντιπρόεδρος ΕΚΟΜΕΝ

Ως γνωστόν η λιπιδαιμική τετράδα αποτελείται από την ολική χοληστερόλη, την LDL, την HDL, και τα τριγλυκερίδια. Όσον αφορά την ολική χοληστερόλη και την LDL, ξέρουμε πως οι στατίνες αποτελούν τα φάρμακα επιλογής με εξαίσια αποτελέσματα τόσο στη μείωση τους, όσο και στη μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Όσον αφορά την HDL και τα τριγλυκερίδια, τα δεδομένα είναι περισσότερο περίπλεγμένα. Για την HDLυπήρξαν φάρμακα που την αύξαναν κατά 140%, αλλά τελικά ήταν επιβλαβή και όχι ωφέλιμα για τον ασθενή και αποσύρθηκαν απ' την κυκλοφορία (αναστολείς της CETP). Μέχρι σήμερα δεν έχουμε καμία άλλη μέθοδο πέραν της απώλειας βάρους, της διακοπής του καπνίσματος και της άσκησης, που να ανεβάζουν την HDL με τρόπο που να ωφελεί στη μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Τα αυξημένα τριγλυκερίδια θεωρούνται και στις πρόσφατες οδηγίες πρόληψης της ESC του 2012, ως ανεξάρτητος παράγοντας εμφάνισης στεφανιαίας νόσου λιγότερο ισχυρός όμως από την υπερχοληστερολαιμία.

Ο κίνδυνος συνδέεται περισσότερο με τη μέτρια υπερχοληστερολαιμία παρά με τη σοβαρού βαθμού (>900 mg/dl) υπερτριγλυκεριδαιμία, η οποία σχετίζεται άμεσα με την παγκρεατίτιδα.

Δεν υπάρχουν όμως ακόμα τυχαιοποιημένες μελέτες, οι οποίες να μας παρέχουν ικανοποιητικά στοιχεία για τις τιμές-στόχο των τριγλυκεριδίων. Ως τιμή στόχος για θεραπεία θεωρούνται σήμερα τα 150mg/dl νηστείας, μολονότι τα μεταγευματικά τριγλυκερίδια θεωρείται πως εμφανίζουν καλύτερη συσχέτιση με τον κίνδυνο, αλλά λόγω έλλειψης συγκεκριμένου τρόπου μέτρησης των, δεν συνιστάται η μέτρηση τους στην καθημερινή κλινική πράξη. Η ύπαρξη σήμερα σταθερισμένου γεύματος με μορφή μους (Ελληνική πατέντα), το οποίο μπορεί να μας δώσει σταθερά δεδομένα για τα μεταγευματικά τριγλυκερίδια, μπορεί να μας βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου αυτού.

Στις οδηγίες των ESC/EAS του 2011 σχετικά με τα λιπίδια, τα τριγλυκερίδια θεωρείται πως πρέπει να μετρώνται, διότι προσθέτουν σημαντικά δεδομένα σχετικά με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και βοηθούν τόσο στη διάγνωση όσο και στην επιλογή της θεραπείας.

Σε άτομα ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου τα τριγλυκερίδια πρέπει να μειώνονται φαρμακευτικά, με τις φιβράτες να έχουν την καλύτερη ένδειξη (IB) και μειώνουν τα τριγλυκερίδια ως και 50%, ποσοστό που κανένα άλλο φάρμακο συμπεριλαμβανομένων των στατινών δεν μπορεί να επιτύχει, και ακολουθούν το νικοτινικό οξύ, τα ω3, και οι συνδυασμοί στατίνης με φιβράτη ή με νικοτινικό (IIa). Οι οδηγίες αυτές βέβαια, δημοσιεύθηκαν το 2011, πριν τη δημοσίευση των ατυχών αποτελεσμάτων της AIM-HIGH και της HPS2-THRIVE, που οδήγησαν τη νέα μορφή νικοτινικού οξέως στην απόσυρση από την αγορά.

Στη χώρα μας, που τα ω-3 δεν συνταγογραφούνται πια, και στη συνιστώμενη για τη μείωση των τριγλυκεριδίων δόση 3-4 γρ. ημερησίως, ακόμα και στη νέα μειωμένη τιμή που έχουν, ένας ασθενής χρειάζεται 40-52 ευρώ το μήνα, ποσό διόλου ευκαταφρόνητο τη σημερινή εποχή.

Οι φιβράτες είναι αγωνιστές των PPAR-α και δρουν στην έκφραση διαφόρων γονιδίων επιτυγχάνοντας με τον τρόπο αυτό πολύ καλή αποτελεσματικότητα τόσο έναντι των τριγλυκεριδίων νηστείας όσο και των μεταγευματικών τριγλυκεριδίων.

Η κλινική δράση των φιβρατών ως μονοθεραπεία χαρακτηρίζεται από 4 προοπτικές, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, τις: Helsinki Heart Study, την VAHIT, τη BIP και τη FIELD. Τα δεδομένα των μελετών αυτών δείχνουν σταθερή μείωση στα ποσοστά των μη-θανατηφόρων εμφραγμάτων (συχνά σε post-hoc αναλύσεις), ιδιαίτερα στα άτομα με αυξημένα τριγλυκερίδια και μειωμένη HDL. Μολονότι η συνολική αποτελεσματικότητα των φιβρατών στη μείωση των καρδιαγγειακών συμβάντων υπολείπεται σημαντικά αυτής των στατινών, πρόσφατη μεταανάλυση του 2010 στο Lancet, έδειξε πως η θεραπεία με φιβράτες μείωσε τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα κατά 13%, ειδικά σε όσους είχαν υψηλά τριγλυκερίδια (>200 mg/dl).

Όσον αφορά τη συγχορήγηση στατινών με φιβράτες, στη μελέτη ACCORD, είδαμε πως μολονότι συνολικά η εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων δεν μειώθηκε στους διαβητικούς ασθενείς που ελάμβαναν σιμβαστατίνη με φαινοφιβράτη έναντι αυτών που ελάμβαναν μόνο σιμβαστατίνη, όταν απομονώθηκαν οι ασθενείς με HDL μικρότερη από 32 mg/dl, και τριγλυκερίδια υψηλότερα από 204 mg/dl, η υποομάδα αυτή φάνηκε να ωφελείται από τη χορήγηση φιβράτης. Παρόμοια αποτελέσματα είδαμε σε post-hoc αναλύσεις των HHS, BIP και FIELD μελετών.

Η συγχορήγηση στατινών και φιβρατών είχε βρεθεί στο στόχαστρο την εποχή της σεριβαστατίνης και της γεμιφροζίλης. Αυτό που φάνηκε στη συνέχεια ήταν πως ειδικά η γεμιφροζίλη αύξανε κατά 15 φορές τον κίνδυνο μυοπάθειας στη συγχορήγηση με στατίνες συγκριτικά με τη φαινοφιβράτη. Σήμερα η γεμιφροζίλη χορηγείται σπάνια και η μόνη φιβράτη που βλέπουμε να συνταγογραφείται με ασφάλεια είναι η φαινοφιβράτη, η οποία έχει δείξει σημαντική αποτελεσματικότητα με ένα πολύ καλό προφίλ ασφάλειας, ανεξάρτητα με το ποιο άλλο υπολιπιδαιμικό φάρμακο θα συγχορηγηθεί.

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα της τριπλής θεραπείας με boceprevir στη Χρόνια Ηπατίτιδα C στη χώρα μας

ΜΑΝΟΛΗΣ ΣΙΝΑΚΟΣ[1], ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΑΚΡΙΒΙΑΔΗΣ[2]
[1]Παθολόγος – Ηπατολόγος
[2]Καθηγητής Α.Π.Θ.

Ο ιός της ηπατίτιδας C (Hepatitis C Virus, HCV) υπολογίζεται ότι έχει προσβάλλει περίπου 150 με 170 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Στην Ελλάδα, 1.5% με 2% του πληθυσμού υπολογίζεται ότι πάσχει από χρόνια ηπατίτιδα C (ΧΗ-C) οφειλόμενη σε λοίμωξη από τον HCV. Μέχρι πρόσφατα, η κλασική θεραπεία (standard of care, SOC) για την αντιμετώπιση της ΧΗ-C ήταν ο συνδυασμός πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης άλφα και ριμπαβιρίνης. Ο συνδυασμός αυτός επιτυγχάνει μακρόχρονη ιολογική ανταπόκριση, που ισοδυναμεί με κάθαρση του ιού, στο 60% περίπου του συνόλου των ασθενών ανάλογα με το γονότυπο του HCV. Οι ασθενείς με γονότυπο 1 ανταποκρίνονται στη SOC σε μικρότερο ποσοστό (περίπου 40%) σε σχέση με τους υπόλοιπους γονοτύπους. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, 45% των ασθενών με ΧΗ-C στην Ελλάδα έχει μολυνθεί με το γονότυπο 1 του HCV.

Η πρόσφατη έγκριση από τους διεθνείς οργανισμούς αδειοδότησης των φαρμάκων (FDA, EMA) δύο νέων αντιϊικών παραγόντων (boceprevir, telaprevir), για τη θεραπεία της ΧΗ-C με γονότυπο 1 αύξησε σημαντικά τις πιθανότητες ανταπόκρισης στη θεραπεία σε αυτή τη «δύσκολη» κατηγορία ασθενών[1-4]. Τα νέα φάρμακα είναι αναστολείς πρωτεάσης, ενός ενζύμου απαραίτητου για τον αναδιπλασιασμό του HCV, και χορηγούνται από το στόμα. Η χορήγησή τους γίνεται μόνο σε συνδυασμό με την πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και τη ριμπαβιρίνη. Το ακριβές θεραπευτικό σχήμα και η πιθανότητα ανταπόκρισης στη νέα θεραπεία καθορίζεται, μεταξύ των άλλων, και από την ανταπόκριση του ασθενούς στην προηγηθείσα θεραπεία με SOC. Έτσι, σε περίπτωση υποτροπής του HCV μετά από αρχική ανταπόκριση η κάθαρση του ιού επιτυγχάνεται σε ποσοστό περίπου 80%, ενώ σε περίπτωση μερικής ή μηδενικής ανταπόκρισης στη SOC τα ποσοστά μειώνονται περίπου στο 50% και 35%, αντίστοιχα.

Η χορήγηση ενός από αυτά, του boceprevir, κατέστη δυνατή στη χώρα μας έγκαιρα μέσω ενός προγράμματος πρώιμης πρόσβασης, το οποίο είχε ως χορηγό τη φαρμακευτική εταιρεία Merck, Sharp and Dohme (MSD). Το πρόγραμμα αυτό απευθύνθηκε σε ασθενείς με ΧΗ-C και γονότυπο 1, που είχαν αποτύχει σε προηγούμενη θεραπεία και είχαν προχωρημένου βαθμού ιστολογικές αλλοιώσεις του ήπατος (έντονη ίνωση ή κίρρωση του ήπατος). Όπως είναι εύκολα αντιληπτό, αυτοί οι ασθενείς έχουν και τη μεγαλύτερη ανάγκη θεραπείας, γιατί είναι σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών από την πάθησή τους (ηπατική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, ηπατοκυτταρικό καρκίνο).

Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος πιστοποιήθηκε πρόσφατα η ολοκλήρωση των δύο πρώτων στην Ελλάδα περιπτώσεων επιτυχούς θεραπείας με boceprevir. Πρόκειται για γυναίκες 55 και 59 ετών, που έπασχαν από αντιρροπούμενη κίρρωση του ήπατος και γεφυροποιό ίνωση, αντίστοιχα και δεν είχαν ανταποκριθεί σε επανειλημμένα θεραπευτικά σχήματα στο παρελθόν. Οι ασθενείς βρισκόταν υπό την ιατρική παρακολούθηση του Καθηγητή Α.Π.Θ. Ε. Ακριβιάδη και των συνεργατών του στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Έλαβαν τριπλή θεραπεία με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη (υποδόρια ένεση μια φορά την εβδομάδα), ριμπαβιρίνη (6 δισκία ημερησίως) και boceprevir (12 δισκία ημερησίως) για συνολικά 48 εβδομάδες σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες λήψεως του προϊόντος. Τις πρώτες 4 εβδομάδες έλαβαν μόνο πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη και τις υπόλοιπες το τριπλό σχήμα. Το ιϊκό φορτίο (HCV RNA) αρνητικοποιήθηκε στην πρώτη μέτρησή του μετά την προσθήκη του boceprevir (8η συνολικά εβδομάδα θεραπείας) στην πρώτη ασθενή και στην 12η εβδομάδα στη δεύτερη ασθενή. Η επιτυχία του νέου θεραπευτικού σχήματος πιστοποιήθηκε με μέτρηση του HCV RNA 24 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Οι ασθενείς δεν εμφάνισαν καμιά σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια κατά τη διάρκεια λήψης της τριπλής θεραπείας. Επίσης, δεν αναφέρθηκαν σε σχέση με τη SOC επιπρόσθετες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ιδιαίτερα, δεν παρατηρήθηκε σημαντικού βαθμού δυσγευσία, η οποία αναφέρεται ως συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια του boceprevir, ούτε και σηπτικές επιπλοκές. Δεν απαιτήθηκαν νοσηλεία, μεταγγίσεις ή χορήγηση αυξητικών παραγόντων. Την 24η εβδομάδα της θεραπείας η πρώτη ασθενής εμφάνισε μετρίου βαθμού πτώση του αιματοκρίτη και των λευκών αιμοσφαιρίων, που αντιμετωπίσθηκαν επιτυχώς με ελάττωση των δόσεων της ριμπαβιρίνης και της πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης, αντίστοιχα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αναιμία και λευκοπενία εμφανίζονται συχνά (αν και σε ηπιότερη ένταση) και κατά τη διάρκεια λήψης της μέχρι τώρα καθιερωμένης θεραπείας χωρίς την προσθήκη του boceprevir. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας η ασθενής αποκατέστησε γρήγορα τις τιμές του αιματοκρίτη και των λευκών αιμοσφαιρίων στα φυσιολογικά επίπεδα και

παραμένει σε πολύ καλή γενική κατάσταση.

Η διατήρηση αρνητικού HCV RNA έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση αντιϊικής αγωγής για ΧΗ-C ισοδυναμεί με ίαση από τον HCV. Αυτό σημαίνει ότι η εξέλιξη της ηπατικής βλάβης διακόπτεται και μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος για τις απώτερες επιπλοκές της νόσου. Ο συνδυασμός της πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και της ριμπαβιρίνης με το bocepevir είναι μια νέα θεραπεία που μπορεί να επιτύχει κάθαρση του HCV σε ασθενείς με ΧΗ-C και γονότυπο 1 σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με το παρελθόν προσφέροντάς τους έτσι την ευκαιρία να ιαθούν από μια χρόνια και επικίνδυνη νόσο. Η θεραπεία είναι εφικτή ακόμη και σε προχωρημένη νόσο (κίρρωση) και μπορεί να διενεργηθεί με ασφάλεια από ιατρούς, που έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση των ηπατικών παθήσεων. Η προσεκτική επιλογή των ασθενών και η σωστή παρακολούθησή τους κατά τη διάρκεια της τριπλής θεραπείας εγγυώνται την ομαλή ολοκλήρωση της ελπιδοφόρου αυτής νέας θεραπείας.

Βιβλιογραφία

1. Poordad F, McCone J Jr, Bacon BR, et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. NEJM 2011;364(13):1195-1206
2. Jacobson IM, McHutchison JG, Dusheiko G, et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. NEJM 2011;364(25):2405-2416
3. Bacon BR, Gordon SC, Lawitz E, et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection. NEJM 2011;364(13):1207-1217
4. Zeuzem S, Andreone P, Pol S, et al. Telaprevir for retreatment of HCV infection. NEJM 2011;364(25):2417-2428

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Φ. ΒΛΑΧΟΣ

Αναπλ. Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας

Το εγχειρίδιο, συνοδεύεται από ένα DVD, στο οποίο υπάρχουν επιλεγμένα βίντεο που αφορούν την λαπαροσκοπική ανατομία και επιλεκτικά, μερικές λαπαροσκοπικές επεμβάσεις. Στο σύγγραμμα περιλαμβάνονται και ορισμένοι αλγόριθμοι, οι οποίοι αφορούν την αντιμετώπιση επειγόντων προβλημάτων κατά το λαπαροσκοπικό χειρουργείο και είναι απόρροια της εμπειρίας 2000 λαπαροσκοπικών επεμβάσεων του συγγραφέα τα τελευταία 20 χρόνια.

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

Μεσογείων 215, 115 25 Αθήνα, Τηλ: 210 6777590

Fax: 210 6756352, www.kafkas-publications.com

e-mail: kafkas@otenet.gr

Enema

Phosphates Botania

Για τον καθαρισμό του εντέρου και την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας

Botania

ΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πηγάσου 18, 151 25

Παράδεισος Αμαρουσίου,

Τηλ.: 210 6822257, Fax: 210 6822348,

email: info@botania.gr

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΓΕΝΕΣΙΣ
ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Νέο Επιμορφωτικό Πρόγραμμα στην « Ανθρώπινη Αναπαραγωγή»

Την ακαδημαϊκή χρονιά 2013-2014 η κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε., Παπανικολή 14-16 Χαλάνδρι, αναμένεται να διαθέσει σε συνεργασία με το E-Learning του Κέντρου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Επιμόρφωσης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, το Πρόγραμμα Συμπληρωματικής εξ Αποστάσεως Εκπαίδευσης με τη χρήση καινοτόμων μεθόδων στο εκπαιδευτικό αντικείμενο: **« Ανθρώπινη Αναπαραγωγή»**

Σκοπός του εξ αποστάσεως (μέσω διαδικτύου) προγράμματος είναι η παροχή υψηλού επιπέδου εξειδικευμένης εκπαίδευσης στη Βιολογία, Γενετική, Ενδοκρινολογία της Αναπαραγωγής καθώς και η εκπαίδευση ειδικών (Γυναικολόγων, Ενδοκρινολόγων, Βιολόγων, μαιών, Ερευνητών, Νοσηλευτριών κ.α.) με άρτιο επίπεδο κατάρτισης στο επιστημονικό αυτό πεδίο. Το πρόγραμμα θα συνδυάσει πέραν των μαθημάτων και πρακτική εμπειρία των επί μέρους αντικειμένων ώς και την κλινική έρευνα. Πρέπει ιδιαίτερα να υπογραμμιστεί ότι η πρακτική άσκηση θα γίνει σε χώρους συνεδριάσεων, χώρους χειρουργείου και εργαστηρίων της κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ, ως και χώρους αμιγώς ερευνητικούς, με χρήση ζώντων προτύπων ως και προσομοιωτών με τηλεματική και προσωπική παρουσία των εκπαιδευόμενων.

Τα μαθήματα που περιλαμβάνονται στο Πρόγραμμα είναι τα κάτωθι: Ενδοκρινολογία αναπαραγωγής, Ανδρική υπογονιμότητα, Γυναικεία υπογονιμότητα, Επαναλλαμβανόμενες αποβολές και αίτια ως και αντιμετώπιση αυτών, Διαχείριση του υπογόνιμου ζευγαριού με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συμβουλευτική υποστήριξη ως και το νομικό πλαίσιο που διέπει την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, Τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με πρωτόκολλα διέγερσης, τεχνικής σπερματέγχυσης, γονιμοποίηση ωαρίων και προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, Έρευνα στην υπογονιμότητα με γονιδιωματική και επιγονιδιωματική των βλαστικών κυττάρων, στην παθοφυσιολογία της ενδομητρίωσης, στους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφύτευση, νεώτερα δεδομένα στην IVF, ως και επιγενετικές διεργασίες στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, Μαιευτική παρακολούθηση σε κυήσεις υψηλού κινδύνου, σύγχρονο προγεννητικό έλεγχο, τράπεζα αιμοποιητικών και μεσεγχυματικών κυττάρων, υπερηχογραφική παρακολούθηση καθ'όλη την εγκυμοσύνη ως και την φροντίδα μητέρας και παιδιού.

Την επιστημονική ευθύνη εκ μέρους της Κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε αναλαμβάνει ο Καθηγητής Μ/Γ κ. Ευγένιος Κουμαντάκης ενώ από την πλευρά του Πανεπιστημίου Αθηνών την ακαδημαϊκή ευθύνη του προγράμματος εξ αποστάσεως εκπαίδευσης θα αναλάβει ο Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής κ. Γεώργιος Κρεατσάς και την επιστημονική ευθύνη ο Καθηγητής Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Παναγιώτης Πετράκης.

Έναρξη Μαθημάτων: 28/10/2013

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με τη Γραμματεία E-Learning του Πανεπιστημίου Αθηνών στο τηλέφωνο 210.368.93.54 ή μέσω του site http://elearn.elke.uoa.gr. Πληροφορίες μπορείτε να λάβετε επίσης και μέσω της κλινικής ΓΕΝΕΣΙΣ στο τηλέφωνο 210.689.43.26 και στο email : infokek@genesisathens.gr

Εθελοντική Κοινωνική Προσφορά της Novartis Hellas

Το δικό τους «χέρι» βοηθείας στην ενίσχυση φορέων και δομών κοινωνικής αλληλεγγύης και την ανακούφιση εκατοντάδων δοκιμαζόμενων συνανθρώπων μας, έδωσαν πρόσφατα η Διοίκηση και το Προσωπικό της φαρμακευτικής εταιρείας Novartis Hellas, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων των εταιρειών Alcon και Sandoz, για μια ακόμη χρονιά, τη 17η κατά σειρά!

Όλοι οι συνεργάτες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη συμμετείχαν σε 12 σημαντικές δράσεις που πραγματοποιήθηκαν σε ισάριθμους φορείς των δυο πόλεων, οι οποίοι δραστηριοποιούνται στην παροχή έργου κοινωνικής αλληλεγγύης.

Novartis & Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη:

Η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη αποτελεί μία από τις κύριες προτεραιότητες της Novartis.

Κάθε χρόνο, την άνοιξη, εορτάζεται παγκοσμίως η επέτειος της ημέρας της ίδρυσης της Novartis με ενέργειες αφιερωμένες στην κοινωνία, καθιερώνοντας την ημέρα αυτή ως «Ημέρα Εθελοντικής Κοινωνικής Προσφοράς» προς τους συνανθρώπους μας που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας. Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε επισκεφθείτε τούς δικτυακούς τόπους http://www.novartis.gr και http://www.novartis.com.

Η Φυσική λύση στη λειτουργική δυσπεψία

Η **Pharma Q**, μέλος του ομίλου της **IASIS PHARMA**, βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσει την κυκλοφορία των **mastihatherapy® caps**. Πρόκειται για 100% γνήσια Μαστίχα Χίου σε μορφή κάψουλας, με πιστοποιημένη προέλευση (Π.Ο.Π./ Ε.Μ.Χ.) και τεκμηριωμένη δράση κατά των συμπτωμάτων της **Λειτουργικής Δυσπεψίας**.

Το πολύτιμο «δάκρυ που ανακουφίζει», πλέον διατίθεται στα φαρμακεία, σε **κουτί των 30 καψουλών** και **φιαλίδιο των 90 καψουλών** και έρχεται να δώσει λύση στα ενοχλητικά και επώδυνα συμπτώματα της Λειτουργικής Δυσπεψίας.

Πληροφορίες: Pharma Q A.E. Εφέσου 6, Νέα Σμύρνη, 171-21, Τηλ: 210 9374576-8, Fax: 210 9374579, www.pharmaq.gr

Calciform D3®

Πρωτότυπη μορφή Ασβεστίου & Βιταμίνης D σε αναβράζοντα δισκία

Η IASIS PHARMA έθεσε σε κυκλοφορία το φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα Calciform D3®, συνδυασμό Ασβεστίου και Βιταμίνης D σε πρωτότυπη μορφή αναβραζόντων δισκίων, σε συσκευασία των 30 (3 σωληνάρια των 10) αναβραζόντων δισκίων.

Τα αναβράζοντα δισκία Calciform D3® περιέχουν 1000 mg Ασβεστίου (ως ανθρακικό ασβέστιο) και 880 IU Χοληκαλσιφερόλης (Βιταμίνης D3) και ενδείκνυνται για:

- Πρόληψη και θεραπεία της ανεπάρκειας βιταμίνης D και ασβεστίου σε ηλικιωμέ-

να άτομα.
- Συμπλήρωμα βιταμίνης D και ασβεστίου ως βοηθητικό σε ειδική θεραπευτική αγωγή της οστεοπόρωσης σε ασθενείς που είναι σε κίνδυνο ανεπάρκειας βιταμίνης D και ασβεστίου.

Το Calciform D3®, όπως και το φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα Calciform® (Ασβέστιο 500 mg σε αναβράζοντα δισκία), παράγονται στην Ελλάδα από την πλέον σύγχρονη μονάδα παραγωγής αναβραζόντων δισκίων της IASIS PHARMA. Το Calciform D3®, όπως και το Calciform®, καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Πληροφορίες: IASIS PHARMA HELLAS ABEE, Λεωφ. Φυλής 137, 13451 Καματερό Αττικής, Τηλ.: 210 2311031, Fax: 210 2315889, www.iasispharma.gr

Pharmathen: Διεθνής αναγνώριση

- *Πρώτη ελληνική επιχείρηση σε επενδύσεις έρευνας*
- *42η θέση βάσει των επενδύσεων σε έρευνα ανάμεσα στις 4577 φαρμακευτικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην Ε.Ε.*
- *429η θέση ανάμεσα στις 1000 μεγαλύτερες ερευνητικές εταιρείες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*

Τις ανωτέρω διακρίσεις έλαβε η Pharmathen, σύμφωνα με την κατάταξη «The 2012 EU Industrial R&D Investment Scoreboard», της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Η Pharmathen, περιλαμβάνεται ήδη από το 2007 κάθε χρόνο στη συγκεκριμένη κατάταξη.

Η Pharmathen ιδρύθηκε το 1969 στην Αθήνα, ως ιδιωτική φαρμακευτική εταιρεία. Πρόσφατα ίδρυσε γραφεία στην Ιορδανία και την Κίνα αλλά απέκτησε και μόνιμη αντιπροσώπευση στην Ν. Αμερική, ενώ τα προϊόντα της Εταιρείας είναι εγκεκριμένα σε όλες τις αγορές της Ε.Ε. και τα δικαιώματα διανομής τους εκχωρούνται στις μεγαλύτερες φαρμακευτικές εταιρείες παγκόσμια. Οι πωλήσεις της Pharmathen για το 2012 ανήλθαν στα €160 εκ.

Η Msd επενδύει στην έρευνα

Η MSD (γνωστή ως Merck στις ΗΠΑ και τον Καναδά) επενδύει στην έρευνα και την καινοτομία στην Ελλάδα.

Ο προγραμματισμός της εταιρείας περιλαμβάνει τη διενέργεια 27 κλινικών Μελετών όλων των φάσεων (Φάσεις Ι – IV) στις οποίες συμμετέχουν 192 Ερευνητικά Κέντρα σε όλη την Ελλάδα.

Η MSD (Merck Sharp & Dohme) ξεκίνησε τη λειτουργία της στην Ελλάδα τον Ιούνιο του 2010 απασχολώντας σήμερα περισσότερους από 230 υπαλλήλους. Αποτελεί θυγατρική εταιρεία του πολυεθνικού Ομίλου Merck & Co, με έδρα το NewJersey που απασχολεί 86.000 εργαζομένους σε 140 χώρες σε όλο τον κόσμο. Η εταιρεία λειτουργεί με την ονομασία Merck στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά και με την ονομασία MSD στην Ευρώπη.

Η MSD (Merck Sharp & Dohme) είναι η δεύτερη μεγαλύτερη φαρμακευτική εταιρία παγκοσμίως. Στόχος της, να εκπληρώσει τη βασική της αποστολή: να είναι ο κόσμος καλά. Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.msd.gr.

ΣΥΝΔΕΘΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗ ΝΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ MSD

www.msdhealthnews.gr

Ελεύθερη πρόσβαση, αποκλειστικά για τους επαγγελματίες υγείας

› **Βάση δεδομένων φαρμάκων**
DRIonline: Το εγκυρότερο ελληνικό ηλεκτρονικό συνταγογραφικό βοήθημα

› **Online Medical Library**
Alexandria: Η μοναδική ελληνική, online, ιατρική βιβλιοθήκη με διεθνώς καταξιωμένους τίτλους

› **Ιατρικά Νέα** από την Ελλάδα και τον κόσμο

› **Ενδιαφέρουσες επιστημονικές δημοσιεύσεις**

› **Προϊόντα της MSD**
Όλες οι πληροφορίες για τα προϊόντα της MSD

› Εξατομικεύστε το προφίλ σας ανάλογα με τα πεδία ενδιαφέροντός σας με το **MyMSD**

MSD

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος – **T:** 210 9897300 – **F:** 210 9897444
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης - Θέρμης (Στ. Καζαντζίδη 47) 570 01 Πυλαία – **T:** 2310 863634 – **www.msdhealthnews.gr**

Το αίμα, ακριβό αγαθό σε ανεπάρκεια

Όπως το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελείται, ως ιστός, από πλειάδα παραγόντων και κυττάρων, πράγμα που το καθιστά αναντικατάστατο και απαραίτητο για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους, έτσι περίπου πρέπει να προσεγγιστεί και η αλληλουχία των εμπλεκομένων, ώστε να έχει αποδεκτό και ωφέλιμο αποτέλεσμα η λειτουργία της πολιτείας με τις αντίστοιχες δομές της αιμοδοσίας και τράπεζες αίματος, μετά τη δωρεά από τον αιμοδότη, αυτού του θείου δώρου ζωής στον πάσχοντα…

Δεν είναι δυνατόν να καλούμαστε να πληρώνουμε σχεδόν τριπλάσια του εισαγόμενου την αξία της διαχείρισης του εγχώριου παραγόμενου αίματος και παρ' όλα αυτά να είναι και σε ανεπάρκεια. Κάθε χρόνο, τα τελευταία είκοσι χρόνια, το ελληνικό δημόσιο με συμφωνία που έχει συνάψει με την ελβετική υπηρεσία αιμοδοσίας και τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό, προμηθεύεται 30,000 φιάλες αίματος. Το αντίτιμο αυτής της δαπάνης είναι 5.000.000 ελβετικά φράγκα ή 4.000.000 ευρώ, δηλαδή, περίπου 150 ευρώ για την κάθε μονάδα αίματος. Αυτά ως έξοδα διαχείρισης, αφού δεν έχει εμπορική αξία, με ειδική ρήτρα όμως ώστε στο τέλος της εικοσαετίας να έχει ενεργοποιηθεί η Ελληνική κοινωνία μέσω προγραμμάτων εθελοντικής προσφοράς και να καλυφθούν οι ελλείψεις καθ' έτος, κάτι που δεν έχει γίνει εφικτό, ακόμα. Παράλληλα, ως το 2020 αυτή η ποσότητα θα μειώνεται κατά 2.500 μονάδες κατ' έτος.

Οι ελβετικές υπηρεσίες αναφέρουν επίσης, οικονομικές εκκρεμότητες του ελληνικού δημοσίου από το 2011.

Οι ανάγκες μας κάθε χρόνο είναι 650.000 μονάδες. Από αυτές, οι 120.000 μεταγγίζονται στους 5.000 χρόνια πάσχοντες με μεσογειακή αναιμία και άλλα νοσήματα, κάθε 15 περίπου ημέρες. Η εγχώρια παραγωγή μας είναι κάτω από 600.000 (586.000 το 2011), άρα, είμαστε μονίμως σε αναζήτηση αίματος. Επιπλέον, επειδή το σύστημα συλλογής – επεξεργασίας – διακίνησης – και αποθήκευσης δεν λειτουργεί αρμονικά σύμφωνα με τα διεθνή ενιαία στάνταρ, ούτε και μηχανογραφικά στηρίζεται με on line πανελλήνια ενημέρωση από κάθε αιμοδοτική πύλη, πάρα πολλές μονάδες αχρηστεύονται λόγω λήξεως ή ακαταλληλότητας του δότη (το αίμα αντέχει περίπου 31 ημέρες). Περίπου αυτές οι μονάδες είναι όσες αγοράζουμε. Άρα, το ζητούμενο δεν είναι μόνο το οικονομικό μέγεθος και εάν έχουμε να πληρώνουμε, ούτε ο εθελοντισμός, αλλά ένα ενιαίο και σύγχρονο σύστημα διαχείρισης από το ελληνικό κέντρο αιμοδοσίας έως το τελευταίο νοσοκομείο της χώρας. Για τον κάθε ασκό (μονάδα) παρ' όλα αυτά, το ελληνικό κράτος ως έξοδο μας στοιχίζει 410 ευρώ για το σύνολο της διαχείρισης και μεταφοράς του. Άρα, το πρόβλημα πρέπει να προσεγγιστεί πιο οργανωμένα όχι μόνο στην κοινωνία. Η εθελοντική προσφορά στην Ελλάδα έχει μετρηθεί και υπολείπεται των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών (37,7%) έναντι 62% ή 58% σε Αυστρία και Γαλλία για πολλά χρόνια τώρα. Επίσης, η εκκλησία της Ελλάδος, με ημερίδες και δράσεις, οργανώνει εθελοντικές αιμοδοσίες και κοινωνικές αποστολές, σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς. Παράλληλα, οι Ιατρικοί Σύλλογοι και οι εθελοντικές οργανώσεις στηρίζουν όλο αυτό το ανθρωπιστικό κομμάτι της προσφοράς αίματος. Δεν υπάρχει μέρα που να μην γίνεται αιμοδοσία εθελοντικά κάπου στην Ελλάδα ή σε κάποιο δήμο.

Οι σύλλογοι αιμοδοτών πανελλαδικά (ΠΟΣΕΑ), αποτελούν τη μεγαλύτερη δεξαμενή, το 45% των δωρητών και έχουν καλή οργάνωση, είναι πανταχού παρόντες όπου τους ζητηθεί να συνδράμουν. Αυτό το βιώνουμε με το παραπάνω στην επαρχία μας με τις δράσεις και τις συνεργασίες τους. Αξίζει να αναφέρω ότι, ο Σύλλογος Εθελοντών Αιμοδοτών Κω, έχει καταγεγραμμένα στο μητρώο του πάνω από 400 μέλη. Οι ένστολοι αποτελούν επίσης την κατά 15 με 20% εφεδρεία του αιμοδοτικού μηχανισμού σε κάθε νοσοκομείο μας. Όμως, συνεχίζει παρ' όλα αυτά, να αποτελεί είδος σε ανεπάρκεια που εναγωνίως καθημερινά, αναζητείται σε όλη την Ελλάδα κατά τις επείγουσες ανάγκες μεταγγίσεως. Αυτό καλύπτεται συνήθως από αιμοδοσία που προσφέρεται από συγγενείς, φίλους ή συμπολίτες που καλούνται να βοηθήσουν τον πάσχοντα (35%).

Εάν λοιπόν οργανωθεί αυτή η αλληλουχία πανελλήνια των παραγόντων που αποτελούν τον αιμοδοτικό μηχανισμό προσφοράς, διαχείρισης μεταφοράς, ελέγχου και χρήσης, ούτε απώλειες μονάδων θα έχουμε, σίγουρα δεν θα αγοράζουμε και θα είμαστε αυτάρκεις. Παράλληλα, θα μας στοιχίζει λιγότερο αυτό το πανάκριβο αγαθό. Χρειάζεται ένα νέο σχέδιο κινητοποίησης της εθελοντικής προσφοράς με ενημέρωση από τους αρμόδια εμπλεκόμενους φορείς (Υπουργείο Υγείας, Δήμος, Ιατρικοί Σύλλογοι, εθελοντικές οργανώσεις) σε όλο τον υγιή και δυνητικά αιμοδοτικό πληθυσμό.

Ο Έλληνας ως λαός, θεωρώ ότι, μπορεί και ξέρει να προσφέρει για τον συνάνθρωπο και το αίμα του ακόμα κι αν χρειαστεί. Αυτή η προσπάθεια θα ωφελήσει εμάς τους ίδιους ή κάποιο κοντινό μας άτομο με μαθηματική βεβαιότητα κάποτε. Τα προγράμματα εθελοντισμού πετυχαίνουν όταν είναι ενήμερη η κοινωνία ώστε ο πολίτης υπεύθυνα να ενστερνίζεται ιδέες ως στάση ζωής από την μικρή ηλικία, όλα αυτά με την ευθύνη του κράτους, δήμου και φορέων. Σε όλα αυτά τα δύσκολα θέματα που βιώνουμε, η Κως αποτελεί παράδειγμα και έχει αναγνωριστεί αυτό Πανελλήνια, αφού η προσφορά της κάθε χρόνο, υπερτερεί άλλων περιοχών αναλογικά. Είχαμε την τύχη να οργανωθεί νωρίς εκ του μηδενός εδώ στην Κω (Γενικό Νοσοκομείο) τη δεκαετία του '70 (1974) ο πρώτος αιμοδοτικός σταθμός με ευθύνη και πρωτοβουλία του ιατρού Χαραλάμπου Κιάρη με τη συνδρομή της κοινωνίας και του κράτους, για να ακολουθήσουν μετέπειτα ιατροί, εθελοντές αιμοδότες και προσωπικό του Γ.Ν. Κω που πρόσφεραν το καλύτερο με γνώμονα το κοινό καλό και όφελος.

Θα μνημονεύσω εδώ την αείμνηστη ιατρό Μαρία Τσαγκαλίδου – Ουρανού και τη συνδρομή της να μη λείψει ποτέ το αίμα από το νοσοκομείο μας.

Την κυρία Πέτρου – Κουτουζή Αναστασία που με υπομονή πάντα έβρισκε την καλύτερη λύση για όλες τις επείγουσες ανάγκες. Όλα αυτά σε ένα περιβάλλον ανθρωπιστικής προσφοράς ⇨

από αιμοδότες κατοίκους της Ιπποκρατικής Κω. Η ΠΟΣΕΑ μόνο περγαμηνές επαίνου έχει να αποδώσει στον δικό μας Σύλλογο Αιμοδοτών και στους προέδρους των Δ.Σ. (Αντώνη Κουλιανό και Βαγγέλη Τζόγια).

Να τονιστεί πως υπάρχει και αιμοδοτεί Κώος που έχει δώσει πάνω από 120 φιάλες αίμα μετά το 1974 που λειτούργησε ο αιμοδοτικός σταθμός της Κω. Πώς είναι δυνατόν αυτή η κοινωνία ανθρωπισμού να μην αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση και αισιοδοξίας για τους Έλληνες;

Σήμερα, το τμήμα αιμοδοσίας του νοσοκομείου της Κω, ίσως σε καλύτερη οργανωτική δομή, υστερεί αρκετά όμως των σύγχρονων αιμοδοτικών κέντρων όπως προβλέπεται διεθνώς για το αντίστοιχο έργο που παράγει τις σχεδόν 3.000 μονάδες κάθε χρόνο.

Ίσως αποτελεί και την εξαίρεση της νησιωτικής Ελλάδας αφού οι 2.000 κατ' έτος μονάδες σχεδόν στέλνονται κάθε εβδομάδα μετά από τον κατάλληλο ορολογικό έλεγχο, στα αντίστοιχα κέντρα της Αττικής ή της υπόλοιπης Ελλάδος. Κατά την αναζήτηση των αριθμών (δεδομένα έτους) η αιματολόγος και υπεύθυνη της αιμοδοσίας Δ. Διονυσοπούλου, πάντα πρόθυμη μας έδωσε πληροφορίες για τα τελευταία 15 έτη. Αυτό το τεράστιο έργο από γενέσεως του σταθμού αιμοδοσίας, πρέπει να κωδικοποιηθεί και να καταγραφεί στα υγειονομικά – κοινωνικά δρώμενα ως παράδειγμα δράσης και συνεργασίας εθελοντών, στρατού και υγειονομικών στο Γ. Ν. Κω.

Να σημειωθεί πως, ίσως 1 ή 2 φορές μόνο έχει αναζητηθεί από άλλο μέρος συγκεκριμένη ομάδα αίματος στα 15 τελευταία χρόνια λειτουργίας της αιμοδοσίας του Γ. Ν. Κω. Αυτό και μόνο λέει πολλά. Εάν λοιπόν συμβεί και στην άλλη Ελλάδα αυτό που συμβαίνει ως προσφορά και δράση στην Κω τα τελευταία σχεδόν 40 έτη, δεν έχουμε να φοβηθούμε ούτε για την έλλειψη των 30.000 μονάδων από την Ελβετία (2.500 μονάδες μείωση κατ' έτος έως το 2020), ούτε για το κόστος τους. Ενημερωτικά γνωρίζω πως, ο τελευταίος σχεδιασμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα έχει επίκεντρο τις μονάδες αιμοδοσίας των νοσοκομείων και κατεύθυνση προς την καλύτερη και ορθολογικότερη διαχείριση του αίματος με γνώμονα την ασφάλεια και το χαμηλότερο κόστος για τον Έλληνα πολίτη.

Όλα μπορούν να πετύχουν στην Ελλάδα αν είναι σωστά οργανωμένα και με την συνεργασία των εμπλεκόμενων φορέων.

Γεώργιος Η. Τάλλαρος
Ιατρός – μέλος του ΠΙΣ
π. πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Κω

ΕΚΔΟΣΕΙΣ CMYK
Τετραπόλεως 4-8, 11527, Αθήνα
Τηλέφωνο: 210 7489411
e-mail: info@cmyk.com.gr

Γεώργιος Κ. Ζωγράφος

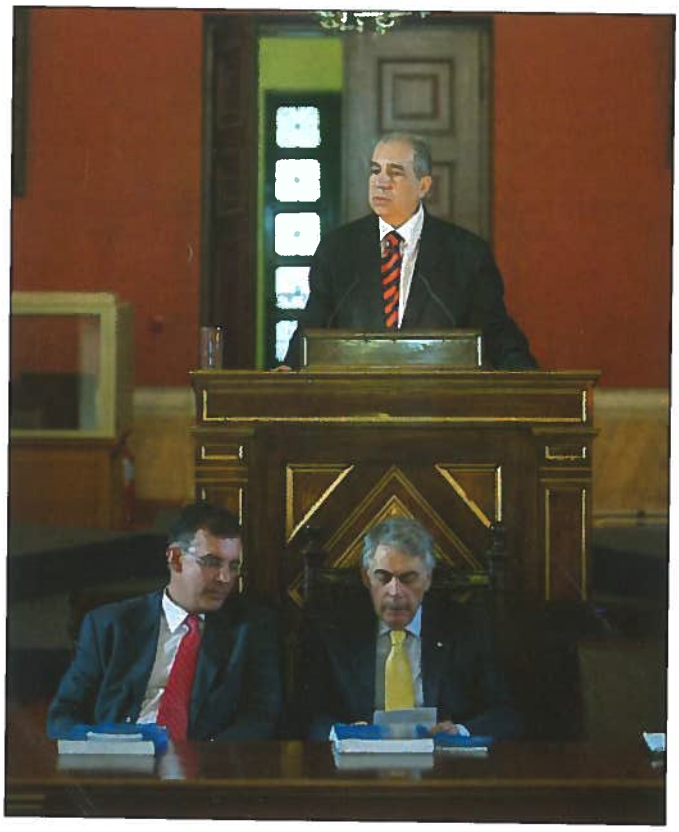
Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

ΕΘΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ (GUIDELINES) ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το παρόν βιβλίο αποτελεί τα πρακτικά του συνεδρίου «Εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες (Guidelines) στη χειρουργική ογκολογία του μαστού» που διεξήχθη στις 25-26 Μαΐου 2012 στην Αίγλη Ζαππείου, στην Αθήνα. Η ιδιαιτερότητα του ανωτέρω συνεδρίου συνίστατο στη φιλοσοφία του, που ήταν η διαμόρφωση κοινά αποδεκτών για τον ελληνικό χώρο προτάσεων σε όλο το εύρος της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, από ιατρούς όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων και φορέων υγείας, με γνώμονα την εμπεριστατωμένη σύγχρονη ιατρική γνώση αλλά και τις ιδιαίτερες συνθήκες της χώρας μας.

Για την εξυπηρέτηση ενός τόσο δύσκολου στόχου, αντίστοιχα ιδιαίτερη ήταν και η οργάνωση του συνεδρίου: ομιλητές, εξειδικευμένοι στο αντικείμενό τους εκλήθησαν να συμπυκνώσουν την τρέχουσα ιατρική γνώση σε ρεαλιστικές για τη χώρα μας προτάσεις, σχολιαστές με σημαντική εμπειρία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού ανέλαβαν να αξιολογήσουν τις προτάσεις αυτές, ενώ το προεδρείο κάθε στρογγυλής τράπεζας είχε το καθήκον της εξασφάλισης εξαγωγής τελικών προτάσεων.

Εν κατακλείδι, τα κεφάλαια του βιβλίου ακολουθούν το πρόγραμμα του συνεδρίου. Οι εισηγήσεις των ομιλητών παρατίθενται αυτούσιες όπως και οι τοποθετήσεις των σχολιαστών, είτε αυτές κατατέθηκαν με ηλεκτρονική μορφή, είτε πραγματοποιήθηκαν προφορικά κατά τη διάρκεια του συνεδρίου. Ακολουθούν οι εθνικές οδηγίες στα θέματα κάθε στρογγυλής τράπεζας. Θεωρήθηκε δε σκόπιμο να προστεθεί παράρτημα με προτεινόμενα έντυπα, με στόχο την ενιαία καταγραφή και επικοινωνία πανελλαδικά, και χρήσιμους πίνακες. Το κύριο δε πρόγραμμα συνοδεύεται από εγχειρίδιο με μόνες της εθνικές προτάσεις.



Φωτογραφίες από την εκδήλωση παρουσίασης του βιβλίου για τον Μαστό, του Καθηγητή κ. Ζωγράφου, στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Στο βήμα ο πρόεδρος του ΠΙΣ κος Μιχαήλ Βλασταράκος, στην έδρα ο Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών κος Μελέτιος-Αθανάσιος Δημόπουλος και ο Πρύτανης του Πανεπιστημίου Αθηνών κος Θεοδόσης Πελεγρίνης.