ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΩΦΕΛΕΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ
www.pis.gr

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

www.iatrikovima.gr

ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2022 - No 141

Εισήγηση του Προέδρου ΠΙΣ κ. Αθανάσιου Εξαδάκτυλου προς την Τακτική Γενική Συνέλευση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου το Σάββατο 16 Απριλίου 2022

- Ετήσια συνάντηση του **Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ιατρικών Συλλόγων** (CEOM)
- Δήλωση **ΠΡΟΕΔΡΟΥ** του **ΠΙΣ Αθανάσιου Εξαδάκτυλου** με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας
- **ΘΕΣΕΙΣ Π.Ι.Σ. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΧΕΔΙΑΖΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ** στην ΠΦΥ & ΕΣΥ
- **ΣΥΝΟΔΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ** των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας
- Ο ΠΙΣ δίπλα στους **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ**
- **ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**
- **ΔΙΚΑΙΩΣΗ** για τον ΠΙΣ η τροπολογία του Υπουργείου Υγείας για την **ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ**
- **ΤΡΙΤΗ ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑ** Ελλήνων ιατρών σε διεθνή οργανισμό. **ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ** στη CPME

- **ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ UEMS** για τη μοριοδότηση των συνεδρίων & Εκλογή Έλληνα αντιπροέδρου στην CEOM με την επόμενη συνάντηση στην Ελλάδα
- **CLAWBACK** Εργαστηριακών Γιατρών
- Μήνας ευαισθητοποίησης για τον **ΚΑΡΚΙΝΟ** του **ΜΑΣΤΟΥ**

Παρουσίαση Ευρείων Περιλήψεων - Συνόψεων Επιστημονικών Εργασιών Ελλήνων Συγγραφέων σε Διεθνή Επιστημονικά Περιοδικά

ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Στρατηγικές φαρμακευτικής πρόληψης εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εκτός από την επαναγγείωση
- Εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων στον βλεννογόνο του στόματος

Long-Post COVID-19

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

Επικαιροποιημένες Οδηγίες - Συστάσεις αντιμετώπισης της COVID-19

- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:** Long-Post Covid, Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:** θεραπευτικός αλγόριθμος ενηλίκων μη-νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19 & ενηλίκων νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:** Προτάσεις της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας για την διαχείριση των ασθενών ΜΕΤΑ από COVID-19
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**: COVID-19 και νόσος Alzheimer

ISSN 1106-5249
ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΣΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ - ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ ΠΙΣ
ΕΚΔΟΣΗ: DOCTORS media

www.iatrikovima.gr

σελ.: **7** **ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ**

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

• **10** Εισήγηση του Προέδρου ΠΙΣ κ. Αθανάσιου Εξαδάκτυλου προς την Τακτική Γενική Συνέλευση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου το Σάββατο 16 Απριλίου 2022 • **31** Ετήσια συνάντηση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ιατρικών Συλλόγων (CEOM) • **32** Δήλωση Προέδρου του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) κ. Αθανάσιου Εξαδάκτυλου με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας • **32** Θέσεις Π.Ι.Σ. σχετικά με τις σχεδιαζόμενες αλλαγές στην ΠΦΥ & ΕΣΥ • **34** Σύνοδος των προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας • **34** Ο ΠΙΣ δίπλα στους νοσοκομειακούς ιατρούς • **36** Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου • **36** Δικαίωση για τον ΠΙΣ η τροπολογία του Υπουργείου Υγείας για την προστασία των Ιατρών • **37** 3η κατά σειρά επιτυχία Ελλήνων ιατρών σε διεθνή οργανισμό. Ελληνίδα αντιπρόεδρος στη CPME • **37** Clawback Εργαστηριακών Γιατρών • **37** Σύνοδος των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων όλης της χώρας • **38** Υπογραφή συμφωνίας με την UEMS για τη μοριοδότηση των συνεδρίων & Εκλογή Έλληνα αντιπροέδρου στην CEOM με την επόμενη συνάντηση στην Ελλάδα • **39** Μήνας ευαισθητοποίησης για τον καρκίνο του μαστού

σελ.: **46** **ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΡΘΡΑ**

- **46** Στρατηγικές φαρμακευτικής πρόληψης εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εκτός από την επαναγγείωση
- **50** Εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων στον βλεννογόνο του στόματος

σελ.: **60** **Long-Post COVID-19**
ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ
Επικαιροποιημένες Οδηγίες - Συστάσεις αντιμετώπισης της COVID-19

- **60** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
- **70** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
- **76** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
- **80** ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

σελ.: **84** **ΕΥΡΕΙΕΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**

70
ΧΡΟΝΙΑ

Η Ελληνική Φαρμακευτική Εταιρεία
στο πλευρό του Ασθενή

FARAN

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

Αγαπητές & Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Μεταβατική κι άκρως ενδιαφέρουσα είναι η περίοδος στην οποία έχουμε εισέλθει, με την πανδημία να βρίσκεται σε μια εύθραυστη αποδρομή και την αναδιαμόρφωση του συστήματος υγείας να είναι το ζητούμενο!

Τα εμβόλια κατά του SARS-CoV-2 και τα φάρμακα κατά της COVID-19 που αναπτύχθηκαν μέσα στα 2,5 χρόνια της πρωτοφανούς υγειονομικής κρίσης η οποία έπληξε όλο τον πλανήτη, αποτελούν τα όπλα της ανθρωπότητας που άλλαξαν τις ισορροπίες δυνάμεων ανθρώπου με τον κορωνοϊό. Έχοντας κάθε λόγο να είμαστε αισιόδοξοι ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τις πιθανές μεταλλάξεις αλλά και νέα κύματα της πανδημίας από το προσεχές φθινόπωρο, το βλέμμα όλων μας, εντός κι εκτός Ελλάδας, στρέφεται στην αναδιαμόρφωση των συστημάτων Υγείας.

Στην Ελλάδα, το πρώτο κομμάτι της αναδιαμόρφωσης αυτής -που αφορά τον οικογενειακό ιατρό- έχει δρομολογηθεί έχοντας ρεαλιστικές πιθανότητες επιτυχίας. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος βέβαια είναι συνεχώς σε ετοιμότητα ώστε με διαρκείς παρεμβάσεις να οδηγήσει τις εξελίξεις προς όφελος των πολιτών και του κλάδου.

Οι παραγωγικές, με επιχειρήματα και σφαιρικά μελετημένες προτάσεις, παρεμβάσεις μας, στόχο έχουν να οδηγήσουν την ηγεσία του ΥΥΚΑ στη δημιουργία μιας λειτουργικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα συμπεριλάβει κάθε γιατρό και μονάδα υγείας σε ένα σύστημα αποτελεσματικό και εύχρηστο για όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες.

Η ανάγκη για τη δημιουργία μιας σύγχρονης ΠΦΥ με την αγαστή συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με σύγχρονα μέσα , τηλεϊατρική, ψηφιοποιημένες υπηρεσίες και οργάνωση σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, ήταν ορατή πριν από την πανδημία. Με την έλευση της COVID-19 ωστόσο στις ζωές μας, έγινε επιτακτική!

Ο ΠΙΣ διαδραμάτισε και συνεχίζει να διαδραματίζει καίριο ρόλο στις εξελίξεις αυτές καταθέτοντας με ψυχραιμία, επιστημονικότητα και διάθεση εποικοδομητικού διαλόγου με την Πολιτεία, προτάσεις κοστολογημένες, μελετημένες από κάθε άποψη και εγκεκριμένες από την πλειοψηφία του ιατρικού Σώματος.

Είναι σαφές πια σε όλους ότι η ψύχραιμη, χωρίς κορώνες και στείρες κραυγές διαχείριση της κατάστασης, την οποία επιλέξαμε ως τακτική, οδηγεί σε βέλτιστα αποτελέσματα για τους γιατρούς της χώρας, φέρνοντας στην επιφάνεια τόσο τα προβλήματα υποστελέχωσης των δημόσιων δομών όσο και τα οικονομικά και επαγγελματικά προβλήματα των γιατρών στον ιδιωτικό τομέα.

Εισερχόμενοι σε μια εποχή γεμάτη προκλήσεις και επικείμενες αλλαγές, οφείλουμε να παραμείνουμε σε εγρήγορση, έτοιμοι να ανταποκριθούμε στο θεσμικό μας ρόλο.

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

MSD
INVENTING FOR LIFE
ΣΚΟΠΟΣ ΜΑΣ, Η ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ
ΣΤΗΝ MSD, ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΗ ΖΩΗ
Αναζητούμε συνεχώς νέες θεραπείες, γιατί έχουμε ένα σκοπό: θέλουμε οι ανακαλύψεις μας να προσφέρουν περισσότερη και καλύτερη ζωή, σε όσο το δυνατό περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως.
Στην MSD πρωτοπορούμε στην έρευνα γιατί ο κόσμος μας έχει ανάγκη από θεραπείες για τον καρκίνο, τη νόσο Αλτσχάιμερ, τον ιό HIV και πλήθος άλλων παθήσεων, που ταλαιπωρούν ανθρώπους και ζώα σε όλο τον κόσμο.
Στόχος μας, να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να απαλλαγούν από τις πιο δύσκολες και απαιτητικές ασθένειες, για να εξακολουθούν να δημιουργούν, να απολαμβάνουν και να ζουν μια καλύτερη ζωή.
MSD. Inventing for Life.
535/17-MSD-10/17
Ακολουθήστε μας:
Copyright © 2022 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved.

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟ Βήμα

2022

ΤΕΥΧΟΣ 141 • ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2022

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΙΔΡΥΤΗΣ - ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

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

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΙΣ

ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Γεν. Γραμματέας
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΥ ΑΝΝΑ, Α΄ Αντιπρόεδρος
ΚΑΨΑΜΠΕΛΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, Β΄ Αντιπρόεδρος
ΨΥΧΟΓΥΙΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Ταμίας

ΜΕΛΗ

ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ ΧΑΡΗΣ, Μέλος ΔΣ
ΒΑΡΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ, Μέλος ΔΣ
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΚΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ ΒΛΑΔΙΜΗΡΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ, Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΝΔΡΟΥΔΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ, Μέλος ΔΣ
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Μέλος ΔΣ
ΨΑΛΤΑΚΟΣ ΜΙΧΑΗΛ, Μέλος ΔΣ
ΨΥΧΑΡΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Μέλος ΔΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ, Καθηγήτρια Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΜΑΣΤΡΟΝΙΚΟΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗΣ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, Αναπλ. Καθηγήτρια Αιματολογίας, ΕΚΠΑ
ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Γενικός Ιατρός, Επιμ Α ΕΣΥ
ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Επίκ. Καθηγητής Επιδημιολογίας και Πρόληψης Νοσημάτων, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
ΒΑΪΤΣΗ ΒΙΟΛΕΤΤΑ, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος
ΓΕΡΟΥΛΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, ΕΚΠΑ
ΓΚΙΚΑΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ, Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΓΡΑΒΑΝΗΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ, Καθηγητής Φαρμακολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΓΩΓΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
ΔΑΡΑΒΕΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ Καθηγητής Υγιεινής - Κοινωνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Κοσμήτορας Επιστημών Υγείας ΑΠΘ
ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
ΚΑΡΔΑΜΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
ΚΑΤΣΑΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Ακτινοδιαγνώστης
ΝΙΚΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ
ΚΟΝΤΟΓΕΩΡΓΑΚΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Επίκ. Καθηγητής Ορθοπαιδικής, ΕΚΠΑ
ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής-Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, ΕΚΠΑ
ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ, Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡΙΝΑ, Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΩΚΡΑΤΗΣ, Αναπλ. Καθηγητής Νευρολογίας, ΕΚΠΑ
ΠΕΤΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Ρευματολόγος
ΠΟΛΙΤΟΥ ΜΑΡΙΑΝΝΑ, Αναπλ. Καθηγήτρια Εργαστηριακής Αιματολογίας-Ανοσοαιματολογίας, ΕΚΠΑ
ΣΤΡΑΒΟΔΗΜΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Καθηγητής Ουρολογίας, ΕΚΠΑ
ΤΖΕΛΕΠΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Διευθυντής Ουρολογίας Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας
ΤΟΥΝΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Καθηγ.Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ
ΤΡΑΚΑΔΑ ΓΕΩΡΓΙΑ, Αναπλ. Καθηγήτρια Θεραπευτικής-Πνευμονολογίας
ΤΣΑΚΡΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Καθηγητής Μικροβιολογίας, ΕΚΠΑ
ΤΣΑΟΥΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος
ΦΕΛΕΚΟΥΡΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ, Καθηγητής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ
ΧΑΤΖΗΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ, Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, 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

DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: Γεώργιος Η. Καυκάς
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: Δρ. Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος MSc
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING & ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: Νατάσα Παπαθανασίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: Ένια Ζεντέλη

Εισήγηση του Προέδρου ΠΙΣ κ. Αθανάσιου Εξαδάκτυλου προς την Τακτική Γενική Συνέλευση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου το Σάββατο 16 Απριλίου 2022

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τρέχουσα περίοδος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου χαρακτηρίζεται εξαρχής από αδικαιολόγητες και ασυνήθιστες δυσκολίες, ξεκινώντας από την ωμή παρέμβαση του Υπουργείου Υγείας της προηγούμενης κυβέρνησης στις εκλογές του 2019. Παρέμβαση που μετά την πάροδο δύο ετών ακυρώθηκε, καταδικάστηκε και διαλευκάνθηκε από πολλαπλές αποφάσεις του ΣτΕ, που δικαίωσαν πλήρως τόσο τις επιλογές μας όσο και τους χειρισμούς μας. Οι άδικοι χαρακτηρισμοί, η λάσπη και η συκοφαντία θα συνοδεύουν πάντα όσους τις επιστράτευσαν και θα αποτελούν παραδείγματα προς αποφυγή.

Πέραν αυτού όμως, η τρέχουσα περίοδος χαρακτηρίστηκε και από την εμφάνιση της πανδημίας στις αρχές του 2020, που ως φυσικό φαινόμενο δημιούργησε νέες ανάγκες, νέες προκλήσεις και μια νέα δημόσια αποστολή με πολλές δυσκολίες για το σύνολο του ιατρικού κόσμου. Στο περιβάλλον αυτό, η ανταπόκριση στα κελεύσματα της κοινωνίας συχνά βρέθηκε σε αντίθεση με την προώθηση κλαδικών στόχων, οδηγώντας τον Π.Ι.Σ. και τους Ιατρικούς Συλλόγους στην ανάπτυξη πολύπλευρης και πολυεπίπεδης δράσης. Οι γιατροί της Ελλάδας εδραιώθηκαν στη συνείδηση των συνανθρώπων τους, λόγω της διαρκούς προσφοράς τους, κάνοντας παράτολμα διεκδικητικά βήματα μοναδικά στην Ευρώπη αλλά και στην ιστορία τους. Το χρόνιο αίτημα για χορήγηση φαρμάκων μόνο με ιατρική συνταγή που επαναλαμβανόταν επί δεκαετίες στις εισηγήσεις των ΓΣ έχει ικανοποιηθεί ως προς τα αντιβιοτικά, οι δε Έλληνες γιατροί που νοσήλευσαν ασθενείς με covid είναι οι μόνοι στην Ευρώπη των οποίων η νομική ευθύνη περιορίζεται με τόσο προστατευτικό τρόπο. Μέσα από τις δυσκολίες προώθησης των στόχων μας, από τα διδάγματα της πανδημίας, από τα αναμενόμενα αλλά και αναπάντεχα προβλήματα που προέκυψαν, είναι η ώρα να σχεδιάσουμε το νέο πρόγραμμα δράσης με βάση το οποίο θα πορευτούμε στα επόμενα βήματά μας.

2. Ο ΠΙΣ ΣΤΗΝ COVID ΕΠΟΧΗ

Επιτρέψτε μου να ξεκινήσω τον απολογισμό της παρουσίας μας στην covid εποχή με δύο κατά την άποψη μου πολύ μεγάλες θεσμικά επιτυχίες:

Πρώτη χρονικά, στην αρχή της πανδημίας η νομοθετική κατοχύρωση της χορήγησης αντιβιοτικών μόνο με ιατρική συνταγή. Μέσα σε ενάμιση χρόνο, μειώθηκε η κατανάλωση τους κατά 18%, περιορίζοντας αφενός σημαντικά τη δαπάνη αλλά και την αντοχή των μικροβίων έναντι αυτών. Είναι απόλυτη επιδίωξή μας, αποτελεί άλλωστε και τεκμηριωμένο επιχείρημα μας, να ισχύσει το ίδιο και για τα υπόλοιπα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Είναι σίγουρο ότι το αποτέλεσμα δεν θα μας εκπλήξει.

Η δεύτερη ήρθε προς το τέλος αυτής της περιόδου κι είναι εξίσου σημαντική. Αφορά την ασυλία, την αστική και ποινική προστασία των γιατρών, έναντι προδήλως αβάσιμων μηνύσεων, κατά τη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους σε ασθενείς που πάσχουν αποκλειστικά από τον κορωνοϊό. Αποτελεί πράξη σεβασμού και αναγνώρισης στους ανθρώπους της "πρώτης γραμμής".

Η ρύθμιση αυτή είναι μοναδική για τα ευρωπαϊκά δεδομένα και επετεύχθη χάρη σε συντονισμένες διαρκείς ενέργειες του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, από το Μάρτιο του 2020. (Άρθρο 165, Ν. 4876, ΦΕΚ Α 251/23.12.2021). Ανάμεσα στην πρώτη, Μάρτιο του 2020, και τη δεύτερη Δεκέμβριο του 2021, σ'αυτόν τον υγειονομικό πόλεμο ως Π.Ι.Σ. ήμασταν διαρκώς παρόντες ως θεσμικός σύμβουλος της πολιτείας καταθέτοντας προτάσεις, αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες και δράσεις επ' ωφελεία της δημόσιας υγείας αλλά και της αξιοπρέπειας του Έλληνα γιατρού.

Πρώτοι προτείναμε τη χρήση μάσκας ως το βασικότερο μέσο ατομικής προστασίας και του περιορισμού της διάδοσης του ιού. Γνωρίζοντας την αξία και τη σημασία της χρήσης της αλλά και των υπολοίπων μέσων ατομικής προστασίας, ζητήσαμε από τους γιατρούς της Χώρας να ασκούν τα καθήκοντα τους αποκλειστικά με τη χρήση αυτών. (26/3/2020, α.π.: 5249).

Δημιουργήσαμε άμεσα HelpDesk, στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, για την ενημέρωση των γιατρών της Χώρας στην αναζήτηση οδηγιών για την αναγνώριση και την

αντιμετώπιση των πασχόντων από covid.

Έχοντας ως βάση τις προτάσεις του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του ΠΙΣ, δώσαμε έμφαση στην προσεκτική διαχείριση των μεταναστών που διαμένουν στις κλειστές δομές. Και με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίστηκαν αργότερα όλες οι κλειστές δομές.

Καταθέσαμε επίσης τις προτάσεις μας για θέματα πολύ σημαντικά για τη δημόσια υγεία όπως για το άνοιγμα του τουρισμού και των κατασκηνώσεων, έχοντας πάντα ως βάση τις θέσεις που επεξεργάστηκαν οι τομείς του Ινστιτούτου.

Αποτελεί κοινή πεποίθηση όλων μας ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας στηρίζεται στη συνεργασία, αξιοποιώντας όλους τους γιατρούς τόσο του κρατικού όσο και του ιδιωτικού τομέα. Στο πλαίσιο αυτό καταθέσαμε δέσμη προτάσεων έχοντας ως στόχο την άμεση, αποτελεσματική και αξιόπιστη περίθαλψη των συμπολιτών μας (23/3/2020,α.π.: 5185):

- Τη σύνταξη από τον ΕΟΔΥ πρωτοκόλλου διαχείρισης των επιβεβαιωμένων ή ύποπτων κρουσμάτων στην κοινότητα με σαφή αναφορά στην παραμετροποίηση των κλινικών και εργαστηριακών σημείων παρακολούθησης των ασθενών από τους θεράποντες ιατρούς.
- Τη δημιουργία τοπικού περιφερειακού συντονιστικού κέντρου υπό την αιγίδα και την απόλυτη καθοδήγηση του ΕΟΔΥ με τη συνδρομή των Ιατρικών Συλλόγων.
- Δημιουργία κέντρων ή κινητών μονάδων COVID-19 ανά νομό, ώστε να πραγματοποιούνται οι απαραίτητες εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις που απαιτούνται για τη διαχείριση της πνευμονίας που προκαλείται από τον κορωνοϊό στην κοινότητα. Σε περίπτωση υιοθέτησης του μοντέλου της κινητής μονάδας, στελέχωση με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τον κατάλληλο εξοπλισμό για την κατ' οίκον εκτίμηση της πορείας του ασθενούς.

Οι κινητές μονάδες δημιουργήθηκαν στο τέλος Απριλίου, χωρίς την παρουσία γιατρού, και χωρίς τη δραστηριοποίησή τους στην κατ' οίκον δράση, ωστόσο συνέβαλαν σημαντικά στην επιτήρηση της πανδημίας κυρίως με την εκτέλεση μαζικών τεστ στον πληθυσμό.

- Δημιουργία δομών δειγματοληψίας (ολοήμερη κάλυψη) ανά νομό σε κοντέινερ (isolation box) για την αρχική κλινική εξέταση και δειγματοληψία των ασθενών. Στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας δημιουργήθηκαν άμεσα, για την καλύτερη απομόνωση των υπόπτων περιστατικών.
- Επιστολή του ΠΙΣ υπέρ της ύπαρξης προδιαγραφών για τη διενέργεια rapid test

Παρέμβαση του ΠΙΣ κατά της διατίμησης (30/11/2020) και του πλαφόν (04/01/21) των διαγνωστικών εξετάσεων ανίχνευσης του ιού SARS-COV-2. Διατίμηση χωρίς αναλυτική κοστολόγηση μπορεί να οδηγήσει σε έκπτωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και να οδηγήσει σε ολιγοπωλιακές καταστάσεις, με προφανή δυσμενή αποτελέσματα στα μικρά και μεσαία εργαστήρια.

Πρόταση υπέρ της πλήρους κάλυψης των εξετάσεων μέσω της Πολιτείας είτε με την απευθείας αποζημίωση των τεστ χωρίς rebate και clawback μέσω ειδικού προϋπολογισμού. Για λόγους προάσπισης της δημόσιας υγείας, έγινε παρέμβαση ώστε να υπάρχουν προδιαγραφές για τη διενέργεια της ταχείας δοκιμασίας (rapid test), η οποία είναι ιατρική πράξη που εκτελείται από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, βάσει των διεθνών προδιαγραφών σε Νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιδιωτικές κλινικές, ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια.

- Την οργανωτική αναδιάταξη ιατρικού δυναμικού που υπηρετεί στις κρατικές δομές (κέντρα υγείας, περιφερικά ιατρεία, ΤΟ.Μ.Υ.), ώστε να καλύψουν την ενίσχυση του ΕΣΥ. Η πρόταση μας δεν αξιολογήθηκε σωστά από το υπουργείο. Αποτέλεσμα αυτού, λίγους μήνες μετά να

φτάσουμε στην επιστράτευση γιατρών σε συγκεκριμένες περιοχές με τις συγκρούσεις και τα αποτελέσματα που οι περισσότεροι γνωρίζετε.

- Την αναδιάταξη και συγχώνευση κλινικών νοσοκομείων με δημιουργία πτέρυγας κορωνοϊού και πτέρυγας ύποπτων κρουσμάτων σε κάθε νομαρχιακό νοσοκομείο.
- Τη σύνταξη ειδικού πρωτοκόλλου από τον ΕΟΔΥ για τη διαχείριση εκτάκτων συμβάντων σε ασθενείς με κορωνοϊό (πχ έμφραγμα του μυοκαρδίου, κάταγμα, τοκετός, αιμοκάθαρση, κλπ.).
- Την αναδιοργάνωση, θωράκιση με αυστηρά μέτρα προστασίας και άμεση ενίσχυση του ΕΚΑΒ ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες.
- Την αναδιοργάνωση του εφημεριακού καθεστώτος στα Νοσοκομεία ώστε να υπάρχουν εφεδρείες σε περίπτωση υποχρεωτικής καραντίνας του υπηρετούντος προσωπικού.
- Την άμεση ανάπτυξη του μέγιστου αριθμού κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Καθώς και την καταγραφή των γιατρών και νοσηλευτών που έχουν εξειδίκευση στις ΜΕΘ προκειμένου να αξιοποιηθούν για τις νέες κλίνες που θα λειτουργούν παράλληλα με τις ΜΕΘ.
- Την πρόβλεψη για δημιουργία εφεδρικών χώρων νοσηλείας (πχ σε κλειστά νοσοκομεία) με τις κατάλληλες προδιαγραφές και πρόσληψη του αντίστοιχου υγειονομικού προσωπικού. Επίσης να σχεδιαστεί κατάλληλα και έγκαιρα η κάλυψη αναγκών νησιωτικών και ακριτικών περιοχών.
- Την πρόβλεψη για επιχειρησιακή γεωγραφική ενίσχυση περιοχών που θα βρεθούν στο επίκεντρο της πανδημίας.
- Στρατηγικό πρωτόκολλο γεωγραφικής διακίνησης νοσηλευόμενων ασθενών που χρήζουν νοσηλείας σε ΜΑΦ ή ΜΕΘ προς τα νοσοκομεία αναφοράς COVID-19.
- Την άμεση πρόσληψη μόνιμου προσωπικού στα Νοσοκομεία και συμβάσεις ειδικού τύπου για την αντιμετώπιση των εκτάκτων αναγκών. Μόλις τον Αύγουστο του 2020, με πράξη νομοθετικού περιεχομένου, δόθηκε η δυνατότητα να προσληφθούν άμεσα γιατροί για να ενισχύσουν την covid λειτουργία των Νοσοκομείων, με ειδικές αμοιβές και καθεστώς αφορολογήτου.

Οι προτάσεις αφορούσαν επίσης την προστασία και τη στήριξη των ιατρών του ιδιωτικού τομέα που έδιναν κι αυτοί τη δική τους μάχη προσπαθώντας να κρατήσουν τους συμπολίτες μας μακριά από τα Νοσοκομεία:

- Διεκδικήσαμε την οικονομική στήριξη των ιδιωτών γιατρών, των Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Διαγνωστικών Κέντρων. Ζητήσαμε να δοθούν οικονομικά μέτρα ελάφρυνσης των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών που διατήρησαν ανοιχτά τα ιατρεία τους με δυσβάσταχτη οικονομική ζημία και τεράστιες υποχρεώσεις (μισθοδοσία προσωπικού, πάγια έξοδα, ασφαλιστικές εισφορές, εφορία, clawback, rebate κλπ). Καθώς και να υπαχθούν στο σύνολο των μέτρων που αφορούν όλες τις επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα.

Εκφράσαμε την έντονη αντίθεση μας στην παρωδία τηλεκπαίδευσης ως προαπαιτούμενο για το voucher ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα με αποτέλεσμα να καταργηθεί και να χορηγηθεί καθολικά στους ιδιώτες ιατρούς.

- Ζητήσαμε να ληφθεί ειδική μέριμνα για τους συναδέλφους που είναι ηλικιωμένοι ή ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες έτσι ώστε να μην εκτίθενται σε κίνδυνο και ταυτόχρονα να μπορούν να προσφέρουν από τη θέση ευθύνης που είχαν.
- Διεκδικήσαμε την εξασφάλιση του αναγκαίου υγειονομικού υλικού για την προστασία του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού) σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, ώστε να μην κινδυνεύσει η υγεία των υγειονομικών. Στο πλαίσιο αυτό ζητήσαμε να αποσταλεί υγειονομικό υλικό ατομικής προστασίας στον ΠΙΣ και στους Ιατρικούς Συλλόγους με ευθύνη της πολιτείας, Να υπενθυμίσουμε ότι την περίοδο εκείνη η προμήθεια αυτού του υλικού από την αγορά ήταν αδύνατη λόγω της κατάσχεσης υπέρ του δημοσίου.

Δυστυχώς δεν εισακουστήκαμε από την Πολιτεία. Ωστόσο, ως Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, δώσαμε τη δυνατότητα στους περισσότερους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας να προμηθευτούν ασπίδες προστασίας, πάρα πολύ νωρίς. Μοιράσαμε επίσης στους Συλλόγους μάσκες για να τις δώσουν στα μέλη τους σε μια εποχή που η προμήθειά τους ήταν και δύσκολη και ιδιαίτερα ακριβή.

- Προτείναμε ότι η καραντίνα και η επάνοδος στην εργασία των συναδέλφων που νόσησαν πρέπει να διασφαλίζεται μόνο με αρνητικό τεστ κορωνοϊού κι όχι με καθαρά ημερολογιακά κριτήρια (7 ημέρες για τους υγειονομικούς 14 για τον υπόλοιπο πληθυσμό)
- Εργασθήκαμε για την ενίσχυση των Νοσοκομείων στις έκτακτες ανάγκες, πιστεύοντας στη συστράτευση δυνάμεων για να αποφευχθούν οι επιστρατεύσεις. Είμασταν στο πλευρό των συναδέλφων που κλήθηκαν αναγκαστικά να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, υποβάλλοντας διαρκείς προτάσεις.
- Τέλος ζητήσαμε την παρουσία των Προέδρων Ιατρικών Συλλόγων στην επιτροπή λοιμώξεων των Νοσοκομείων αναφοράς στις τοπικές ΥΠΕ για ιδιαίτερα ζητήματα που άπτονται της γεωγραφικής διαχείρισης των περιστατικών.

Καταθέσαμε επίσης τις προτάσεις μας για θέματα πολύ σημαντικά για τη δημόσια υγεία όπως για το άνοιγμα του τουρισμού και των κατασκηνώσεων.

Με την έναρξη των εμβολιασμών κατά του covid, και σε απόλυτη συνεργασία με όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της Χώρας δημιουργήσαμε και αποστείλαμε τον κατάλογο όλων των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών της Χώρας που επιθυμούσαν να ενταχθούν στο εμβολιαστικό πρόγραμμα κατά του SARS-CoV-2. (7974/29-12-2020). Για μας ήταν αυτονόητο ότι οι ιατροί της χώρας ήταν ισότιμα εκτεθειμένοι στον κίνδυνο λοίμωξης από κορωνοϊό, αποτελούσαν δυνητικές εστίες διασποράς COVID-19 στους ασθενείς, άνηκαν και ανήκουν και αυτοί σε ευπαθείς ομάδες και δυστυχώς αποτέλεσαν ήδη θύματα (κρατικό και ιδιωτικό τομέα) του κορωνοϊού. Απαιτήσαμε έντονα και επίμονα από την επιτροπή εμβολιασμού την επίσπευση του εμβολιαστικού προγράμματος στον ιδιωτικό τομέα για την προστασία τη δική τους αλλά και των ασθενών τους.

Για τον εμβολιασμό κατ' οίκον από τους ιδιώτες γιατρούς, η συμβολή μας ήταν καθοριστική στο να πετύχουμε μια πραγματικά ιδιαίτερα ικανοποιητική αμοιβή. Αμοιβές ευρωπαϊκές, πρώτη φορά μετά το 2012. Παρόλα αυτά η συμμετοχή μας στο πρό-

γραμμα πανελληνίως δεν ήταν ικανοποιητική κι αυτό πρέπει να μας προβληματίσει.

Επιπλέον, στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, το Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών (ΙΕΕ) του Π.Ι.Σ., σε συνεργασία με το ΑΠΘ από την πρώτη φάση της πανδημίας, μελέτησε συστηματικά τις ψυχικές επιπτώσεις, με τρόπο που έγινε αποδεκτό και εφαρμόστηκε από τις περισσότερες χώρες παγκοσμίως.

Οι προτάσεις, οι παρεμβάσεις και οι δράσεις μας σε αυτήν τη δύσκολη περίοδο, αποτελούν τη βάση, την παρακαταθήκη μας για τη δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας που θα προασπίσει τη δημόσια υγεία αλλά και τη δική μας επαγγελματική αξιοπρέπεια.

3. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΘΕΜΑΤΑ ΕΟΠΥΥ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΠΙΣ - ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Από τους 4.024 οικογενειακούς γιατρούς που είχε προκηρύξει η προηγούμενη κυβέρνηση (1.195 στα ΤΟΜΥ και 2.829 συμβεβλημένοι), στην πραγματικότητα διαθέσιμοι είναι μόνο 1350 (550 ΤΟΜΥ, 800 ΕΟΠΥΥ) Πανελλαδικά.

Οι απώλειες από τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ με τη θέσπιση της σύμβασης των οικογενειακών ιατρών και την καταγγελία περίπου 1.800 συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ δημιούργησε σημαντικό κενό στην ΠΦΥ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού στα ιατρεία, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. Αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας, στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση με τη βοήθεια διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων, αλλά και τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι:

Το Κρατικό Δίκτυο:

1. Τα Κέντρα Υγείας, αγροτικών και ημιαστικών περιοχών.
2. Τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία.
3. Οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
4. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.
5. Οι ΤΟΜΥ

Το Ιδιωτικό Δίκτυο:

1. Τα ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία.
2. Τα διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια.
3. Τα ιδιωτικά οδοντιατρεία και πολυϊατρεία.
4. Τα εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.
5. Τα εργαστήρια φυσικοθεραπείας.
6. Οι ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.

Η ένταξη των ιδιωτικών φορέων στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα γίνεται με την υποβολή δήλωσης συμμετοχής του ενδιαφερόμενου φορέα. Οι εντασσόμενοι στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ιδιωτικοί φορείς υποχρεούνται να εφαρμόζουν τα εκάστοτε ισχύοντα πρωτόκολλα διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας.

Πυλώνες στήριξης, βασικές αρχές ενός αξιόπιστου, λειτουργικού αποτελεσματικού και κοινωνικά δίκαιου συστήματος αποτελούν:

1. Πλήρης διαχωρισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τη δευτεροβάθμια φροντίδα. Το ΕΚΑΒ επιβάλλεται να ανήκει διοικητικά και επιχειρησιακά στην πρωτοβάθμια ως λειτουργικός φορέας διασύνδεσης.
2. Δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με διακομματική θεσμική στελέχωση και 5ετη θητεία.
3. Ανάπτυξη και προγραμματισμός ανά Διοικητική Περιφέρεια με τη συμμετοχή εκπροσώπων της ιατρικής και της νοσηλευτικής κοινότητας. Συλλογική σύμβαση με τους Ιατρικούς Συλλόγους.
4. Συλλογική σύμβαση με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, ως σύμβουλο της πολιτείας αλλά και όργανο ελέγχου και αυτορρύθμισης.
5. Ελεύθερη επιλογή ιατρού από τον πολίτη.
6. Αμοιβή των ιατρών κατά πράξη και περίπτωση.
7. Αξιοποίηση όλου του ιατρικού δυναμικού της χώρας, ελευθέρων επαγγελματιών και του κρατικού τομέα. Η πρωτοβάθμια υγεία στα μεγάλα αστικά κέντρα ασκείται κυρίως από τους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς με αποτελεσματικότητα και αξιοπιστία, γεγονός που επιβεβαιώθηκε κατά την πρώτη φάση, του περιορισμού, της πανδημίας covid 19. Εδραιώνει επίσης την ελεύθερη επιλογή γιατρού από τον πολίτη. Δίδει κίνητρο παραμονής στους νέους γιατρούς, ποιότητα, αξιοπιστία και αποτελεσματικότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Ο οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός, είναι ο ιατρός υπεύθυνος για την πρόληψη, τη διατήρηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, την παρακολούθηση της πορείας και τον συντονισμό της συνεργασίας με τους ειδικούς. Ο οικογενειακός ιατρός είναι δικαίωμα και όχι υποχρέωση του πολίτη. Κάθε πολίτης δικαιούται να επιλέξει ελεύθερα, χωρίς οποιονδήποτε περιορισμό, τον ιατρό του. Οι ειδικοί γιατροί, έχουν την υποχρέωση της συμπλήρωσης του ιατρικού φακέλου του πολίτη κάθε φορά που τον εξετάζουν.

8. Η παραπομπή από ιατρό σε ιατρό είναι ελεύθερη, ψηφιακή και αμφίδρομη.
9. Η διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γίνεται σύμφωνα με τα πρωτόκολλα διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας κατόπιν παραπομπής από τον θεράποντα ιατρό.
10. Η συνταγογράφηση φαρμάκων, γίνεται σύμφωνα με τα πρωτόκολλα πρόληψης και θεραπείας. Η χορήγηση φαρμάκων γίνεται μόνο με ιατρική συνταγή.
11. Η τακτική εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα γίνεται μόνο με παραπεμπτικό σημείωμα του θεράποντος ιατρού και με τη σύμφωνη γνώμη του νοσοκομειακού ιατρού υποδοχής.
12. Εφαρμογή δυναμικού κλειστού προϋπολογισμού ανά ασθενή για εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία και τη νοσηρότητα. Δίδει την δυνατότητα στον ασθενή να αναλάβει τη διαχείριση των οικονομικών της υγείας του. Οι χρόνιες ασθένειες είναι εκτός του ατομικού κλειστού προϋπολογισμού και ακολουθούν το δικό τους, ανά ασθένεια, επιστημονικό πρωτόκολλο.
13. Έμφαση στην πρόληψη αξιοποιώντας τους ενωσιακούς πόρους για τη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης στην κοινότητα, με πρωτοβουλία του Ι.Ε.Ε. σε άμεση συνεργασία με τις Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες.

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να εναρμονίζονται με την ηλικία, τη νοσηρότητα και το φύλο των πολιτών. Ειδική αντιμετώπιση και έμφαση των δυσμενών συνεπειών της νόσου COVID-19 που θα πρέπει να διαγνωσθούν και να χρηματοδοτηθούν με ιδιαίτερα κονδύλια.

14. Αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας που συνδέεται άμεσα με τον δυναμικό κλειστό προϋπολογισμό του πολίτη. Μειώνει την γραφειοκρατία οδηγεί στον εξορ-

θολογισμό και τον διαρκή έλεγχο της δαπάνης επισκέψεων, εξετάσεων και φαρμάκων (επεκταση της άυλης συνταγογράφησης και στα παραπεμπτικά των εξετάσεων -SMS – ειδοποίηση στον πολίτη για κάθε συνταγή που γράφεται).

15. Δημιουργία Αστικού Τύπου Κέντρων Υγείας 24ώρου εφημερίας με καθεστώς μονάδων ημερήσιας νοσηλείας (ΜΗΝ) (αυτόνομα Τμήματα Επειγόντων, μετατροπή των ΤΟΜΥ και των μονάδων υγείας) με ελεύθερους επαγγελματίες γιατρούς των ειδικοτήτων πρώτης γραμμής (αναισθησιολόγος, παθολόγος, παιδίατρος, γενικός ιατρός, ορθοπαιδικός, γενικός χειρουργός, ΩΡΛ, πνευμονολόγος) και συμβάσεις τύπου locum, για την αντιμετώπιση των επειγόντων που δεν χρειάζονται νοσηλεία. Ειδικότητες δεύτερης γραμμής καλύπτονται με εφημερία ετοιμότητας. Προάγουν την ταχύτητα αντιμετώπισης, ελαττώνουν την ταλαιπωρία του ασθενούς, αποφορτίζουν τα νοσοκομεία. Η ανάπτυξή τους ιδιαίτερα στη νησιωτική Ελλάδα ενδυναμώνει το αίσθημα ασφάλειας των συμπολιτών μας.
16. Δημιουργία Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) με το ίδιο καθεστώς και τις προϋποθέσεις Αστικού Τύπου Κέντρα Υγείας 24ώρου λειτουργίας. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται με τον καλύτερο τρόπο τα επείγοντα περιστατικά που δεν χρειάζονται νοσηλεία και μπορεί να ενισχυθεί δυναμικά και η περίθαλψη στη νησιωτική Ελλάδα.
17. Ισοτιμία προδιαγραφών, λειτουργίας και πρόσβασης μεταξύ δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. Αδειοδότηση και εποπτεία λειτουργίας φορέων δημόσιας ΠΦΥ από Ιατρικούς Συλλόγους.

ΕΟΠΥΥ

Παρέμβαση κατά της συστηματικής στοχοποίησης της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών από τον ΕΟΠΥΥ

Λόγω των παρατηρούμενων στρεβλώσεων στη διαδικασία και τα κριτήρια που διατυπώνονται από το νόμο για τον έλεγχο της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών και της έλλειψης προστασίας της ορθολογικής ιατρικής πράξης, προτείνεται η υποβολή ολοκληρωμένης πρότασης του ΠΙΣ προς το Υπουργείο Υγείας για νομοθετική ρύθμιση βελτιστοποίησης των παραμέτρων παρακολούθησης της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών, με την άμεση δημιουργία σύνθετης επιτροπής με συμμετοχή εκπροσώπων του ΠΙΣ από κοινού με τον ΕΟΠΥΥ και εκπροσώπους των επιστημονικών εταιρειών, η οποία θα λειτουργεί ως ανεξάρτητο δευτεροβάθμιο όργανο κρίσης των εξηγήσεων και ενστάσεων των ιατρών και θα εισηγείται προς το Δ.Σ. του Οργανισμού.

Βασικοί άξονες αναμόρφωσης του νομοθετικού πλαισίου

Οι βασικοί άξονες της πρότασης για νομοθετική ρύθμιση θα είναι:

1. η ανάδειξη διακριτών επιπέδων ελέγχου, εξηγήσεων, ενστάσεων ή προσφυγών (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο) κατά την παρακολούθηση της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών ή της ποιότητας παροχής ιατρικού έργου.
2. η αφαίρεση παραμέτρων συνταγογραφικής παρακολούθησης, για τις οποίες δεν υπεισέρχεται ευθύνη του ιατρού (όπως πχ η αναλογία γενοσήμων).
3. ο εξορθολογισμός των παραμέτρων ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς βάσει των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων και των επίσημων κατευθυντήριων οδηγιών των επιστημονικών εταιρειών
4. ο προληπτικός ελεγκτικός ρόλος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς με δικλείδες ασφαλείας που ενεργοποιούνται κατά τη συνταγογράφηση (προελεγκτική διαδικασία). Ο ρόλος της αναδρομικής διαδικασίας ελέγχου μπορεί να παραμείνει σε στενότερο χρονικό ορίζοντα που δεν θα υπερβαίνει την τριετία, εκτός εάν βρεθούν σαφή στοιχεία που να υποδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη της επέκτασης του ελέγχου, χρονικά.
5. ο ενδελεχής έλεγχος των τριγωνικών συναλλαγών, της κατευθυνόμενης συνταγογράφησης και της υπερσυνταγογράφησης με δημιουργία φίλτρων real time ανακοπής των ακραίων συνταγογραφικών συμπεριφορών.
6. η επίσπευση της υιοθέτησης της άυλης συνταγογράφησης με πιστοποίηση της ταυτοπροσωπίας του ασθενούς.
7. η αναλυτική ανάρτηση στην ιστοσελίδα του Οργανισμού επεξηγήσεων επί της παραμετροποίησης του νόμου και οδηγιών συνταγογραφικής συμπεριφοράς σε ιδιαίτερες περιπτώσεις.
8. Μέχρι να τελεσιδικήσει η διαδικασία ελέγχου, να προβλέπεται η ανακοπή εκτέλεσης της επιβολής κυρώσεων, πλην ιδιαίτερων περιπτώσεων που θα κριθούν από το Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ.

Παρέμβαση υπέρ ιατρών κατά των άδικων περικοπών του στατιστικού ελέγχου

Διαπιστώθηκαν πολύ σοβαρές παραλείψεις όσον αφορά την εκδίκαση ενστάσεων των ιατρών για περικοπές που υπόκεινται στο στατιστικό έλεγχο του 10% για την αποζημίωση των ιατρικών επισκέψεων, πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων. Έλλειψη διαδικασίας διεκπεραίωσης ελέγχου χαμένων παραστατικών των ιατρών ή αχνών σφραγίδων κατά το σκανάρισμα από εξοπλισμό χαμηλής διακριτικής ικανότητας. Συνήθως οι ενστάσεις των ιατρών απορρίπτονταν χωρίς περαιτέρω διαδικασία.

Ζητήθηκε να δοθεί δικαίωμα στους ιατρούς να προσκομίσουν πάλι τα χαμένα παραπεμπτικά μαζί με υπεύθυνη δήλωση από ασθενή ότι πράγματι πραγματοποίησε επίσκεψη ή ιατρική πράξη / εξέταση.

Υποβλήθηκε ένσταση κατά της διαγωνιστικής διαδικασίας του ΕΟΠΥΥ για τη φύλαξη, αποθήκευση και διεκπεραίωση στατιστικού ελέγχου με μοναδικό συμμετέχοντα την «ΑΡΧΕΙΟΘΗΚΗ».

Μετά από αυτές τις ενέργειες, παρατηρήθηκε βελτίωση των υπηρεσιών ελέγχου και δικαιότερη αντιμετώπιση από την επιτροπή ενστάσεων.

Επιτροπή clawback του ΕΟΠΥΥ

Οι εκπρόσωποί μας κ. Άννα Μαστοράκου και κ. Φώτιος Πατσουράκος ανέπτυξαν διεξοδικά δέσμη προτάσεών μας, σε συνεργασία και με το συντονιστικό όργανο για το clawback. Έχουν περάσει 9 χρόνια από τη θέσπιση του clawback όπου υπήρξε παντελής αδυναμία ελέγχου των δαπανών και συντονισμένη διαχρονική πολιτική απόφαση άσκησης κοινωνικής πολιτικής και μεταφοράς χρεώσεων του κόστους της διάγνωσης στον ιδιωτικό διαγνωστικό τομέα.

1. Περιορισμός της ζήτησης

Εφαρμογή Διαγνωστικών Πρωτοκόλλων.

- Έλεγχος της συνταγογράφησης ανά ΑΜΚΑ ασφαλισμένων. Έλεγχος ταυτοποίησης με ειδικό αριθμό pin.
- Κλειστός προϋπολογισμός ανά ΑΜΚΑ ασφαλισμένου
- Ηλεκτρονικό κλείδωμα στην αδικαιολόγητη επανάληψη των εξετάσεων
- Real time έλεγχος τριγωνικών συναλλαγών με παρακολούθηση του μέσου όρου χρέωσης ανά ΑΜΚΑ ασφαλισμένου

2. Μέτρα ενίσχυσης της ρευστότητας του διαγνωστικού τομέα

- Δικαίωμα είσπραξης για πρόσθετες υ-

Επενδύουμε στην καινοτομία
που ανοίγει νέους δρόμους στη θεραπεία

GEN/KTX/FACEDNA/2201

Η φαρμακευτική καινοτομία ανοίγει κάθε μέρα νέους δρόμους στη θεραπεία. Όσο η επιστήμη θα παράγει νέα γνώση, τα όρια της υγείας θα διευρύνονται. Το αδύνατο θα γίνεται κάθε μέρα πιο δυνατό.

Γι΄αυτό, στην GENESIS Pharma, εστιάζουμε εκεί όλες μας τις δυνάμεις. Είμαστε η μόνη ελληνική φαρμακευτική εταιρεία με εξειδίκευση στη βιοτεχνολογία εδώ και δύο δεκαετίες, μέσω της αποκλειστικής μας συνεργασίας με πρωτοπόρες διεθνείς φαρμακευτικές εταιρείες που ανακαλύπτουν και αναπτύσσουν θεραπείες αιχμής.

Εργαζόμαστε καθημερινά για να διασφαλίσουμε στους ασθενείς στη χώρα μας, άμεση πρόσβαση σε υψηλής τεχνολογίας φάρμακα για χρόνιες, σπάνιες και σοβαρές παθήσεις, κυρίως στους τομείς της νευρολογίας, της αιματολογίας, της ογκολογίας, της δερματολογίας, της ρευματολογίας και της νεφρολογίας.

Επενδύουμε στην καινοτομία. Παραμένουμε προσηλωμένοι στον στόχο για μια καλύτερη ζωή.

Μάθετε περισσότερα στο www.genesispharma.com

GENESIS pharma

πηρεσίες

- Πλαφόν ανά διαγνωστική δομή κάθε μήνα και ιδιωτικό τιμολόγιο μετά, κατά αναλογία με τον κλινικό συμβεβλημένο ιατρό.
- Κατάργηση του μέτρου της προείσπραξης του 70% του clawback του τρέχοντος έτους και αποπληρωμή του σε 120 δόσεις, όπως προβλέπεται για το clawback του 2020.

3. Αναμόρφωση του προϋπολογισμού

- Ζητήθηκε αύξηση του προϋπολογισμού του 2021 πάνω από 470 εκ. €, αφού κοστολογηθεί και η εξυπηρέτηση του πληθυσμού, που μετακινήθηκε από τα Νοσοκομεία προς τον ιδιωτικό τομέα. Να δοθούν τα 28 εκατ που έχουν κοστολογηθεί από τη μετακίνηση του πληθυσμού για το 2020.
- Να δοθεί μερίδιο από το Ευρωπαϊκό πακέτο στήριξης COVID στον διαγνωστικό τομέα του ΕΟΠΥΥ, λόγω αύξησης της νοσηρότητας του πληθυσμού λόγω COVID και non COVID χρόνιων παθήσεων.
- Να αναζητηθούν πόροι από επιβολή φόρου στον καπνό.

4. Εξορθολογισμός της κατανομής του Clawback

- Κατανομή του προϋπολογισμού και προσδιορισμός του Clawback ανά νομό.
- Να εξαιρεθούν του clawback οι συνιστώμενες προληπτικές εξετάσεις. Η εξαίρεση αυτή θεσμοθετήθηκε για τα προγράμματα πρόληψης του «Απόστολος Δοξιάδης»
- Θέσπιση ατομικού clawback όταν μία δομή αναπτύσσει υποβολές πάνω από το μέσο όρο ανάπτυξης της χώρας και του νομού.
- Πλαφόν ανώτατου ορίου clawback κάτω από 10% το πρώτο έτος, 5% το δεύτερο έτος, 2,5% το τρίτο έτος μέχρι την τελική κατάργησή του. Σε περίπτωση υπέρβασης του πλαφόν, η πολιτεία οφείλει να καλύπτει τη διαφορά.
- Με την εξάντληση του ανώτατου ορίου για κάθε μήνα, όλες οι συνταγές θα εκδίδονται για τις δημόσιες δομές.
- Εφικτός στόχος και ξεκάθαρη θέση και διεκδίκηση του ΠΙΣ αποτελεί η άμεση κατάργηση του clawback στη βάση και των παραπάνω προτάσεων.

Δυστυχώς, οι προτάσεις μας δεν υιοθετήθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ και το Υπουργείο και αυτό οδήγησε στην παραίτηση των εκπροσώπων του Π.Ι.Σ. από την Επιτροπή clawback στις 30/09/2021.

Η εκπρόσωπος του Π.Ι.Σ. παρενέβη κατά της εισήγησης του ΕΟΠΥΥ απαιτώντας σύνταξη ρεαλιστικών προϋπολογισμών του ΕΟΠΥΥ βάσει των αναγκών που δημιούργησε η πανδημία, πλήρη και άμεση κατάργηση του clawback και καταψήφισε την εισήγηση του ΕΟΠΥΥ.

Στις 19/ 03/2021 με απόφαση Υπουργού Υγείας κ. Κικίλια Βασίλειου, ορίσθηκε στη νέα σύνθεση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ., εκπρόσωπος του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

ΔΙΑΦΟΡΑ

Εξετάσεις υποψηφίων οδηγών

Ιατρικές εξετάσεις για τους υποψήφιους οδηγούς από το Δεκέμβριο του 2021 (ΦΕΚ 570Β / 2021) γίνονται ελεύθερα από ιατρό επιλογής των υποψηφίων, καθώς καταργήθηκαν οι αναχρονιστικές και περιοριστικές συμβάσεις.

Το μέτρο αναμένεται να έχει ευεργετική επίδραση σε όλη τη διαδικασία. Οι αμοιβές, εφεξής, καθορίζονται ελεύθερα μεταξύ υποψηφίου και ιατρού.

Προτείνουμε την καθολική χρήση του ηλεκτρονικού συστήματος, άμεσα.

Προγράμματα πρόληψης

Στο πρόγραμμα "Απόστολος Δοξιάδης", που ξεκινά αρχικά με δράσεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, προβλέπονται αμοιβές για τους εργαστηριακούς ιατρούς, χωρίς claw back και rebate, όπως επίσης και αυτοτελείς αμοιβές για τους κλινικούς ιατρούς, οι οποίες για πρώτη φορά βρίσκονται σε αποδεκτά επίπεδα.

Με δικές μας προτάσεις διαμορφώθηκαν οι αμοιβές και η σύμβαση που υπέγραψαν οι ιατροί (αμοιβή για εμβολιασμό κατ' οίκον με εμβόλιο της εταιρείας Pfizer, 30€/εμβολιασμό, ενώ αμοιβή για εμβολιασμό κατ' οίκον με εμβόλιο της εταιρείας Johnson & Johnson, 50€).

Αμοιβή για κλινική εξέταση 30€. Για πρώτη φορά μετά το 2012 είναι πολλαπλάσιες του απαξιωτικού 10ευρου.

Αναμένουμε και άλλα προγράμματα πρόληψης στο πλαίσιο του «Απόστολος Δοξιάδης».

Για την ενίσχυση της πρόληψης και της αλλαγής της νοοτροπίας των πολιτών σε θέματα υγείας, ο ΠΙΣ έχει προτείνει και επιδιώκει από το Υπουργείο Παιδείας την καθιέρωση του μαθήματος - αντικειμένου «Αγωγή Υγείας» ως αυτόνομου μαθήματος στο ωρολόγιο πρόγραμμα στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με ιδιαίτερη ενότητα τη διδασκαλία και εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες – ΚΑΡΠΑ.

Στην ίδια βάση η πρόταση προς τα Υπουργεία Παιδείας και Αθλητισμού για την τοποθέτηση Αυτόματων Εξωτερικών Απινιδωτών σε όλους τους αθλητικούς χώρους και τις σχολικές μονάδες, σύμφωνα με τα ισχύοντα σε πολλές χώρες του εξωτερικού.

Έρευνα εταιρείας GPO για λογαριασμό του Π.Ι.Σ.

Για πρώτη φορά, το Μάρτιο του 2020, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος διενήργησε πανελλαδική έρευνα στους πολίτες, αναφορικά με το σύστημα υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, επιβεβαίωσαν την πάγια θέση μας για ελεύθερη επιλογή ιατρού και αποτελούν βάση για τους σχεδιασμούς μας.

Πρόθεσή μας είναι, παρόμοιες έρευνες να διεξάγονται τακτικά.

ΦΑΡΜΑΚΟ

Από το Μάιο 2020 και μετά από πολλαπλές παρεμβάσεις μας , η χορήγηση αντιβιοτικών γίνεται αποκλειστικά και μόνο με συνταγή ιατρού. Αποτελεί αποφασιστικό βήμα για την κατάκτηση της από δεκαετιών θέσης μας, για τη χορήγηση όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μόνο με συνταγή.

Από την εφαρμογή της ρύθμισης μέχρι σήμερα, παρατηρήθηκε μείωση στην κατανάλωση αντιβιοτικών κατά 18% και αυτό αποτελεί σημαντικό βήμα για την αντιμετώπιση της ανθεκτικότητας των μικροβίων, στην οποία η χώρα μας, δυστυχώς, είναι πρωταθλήτρια.

Η επέκταση του μέτρου σε όλα τα φάρμακα θα συμβάλλει στην αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας και στον εξορθολογισμό της δαπάνης.

Στο πλαίσιο αυτό, περιοριστικά μέτρα όπως τα πρόσφατα για τη συνταγογράφηση ανασφαλίστων από τις δημόσιες δομές, θα καταστούν περιττά από οικονομική άποψη. Παραμένουν βεβαίως και οι ενστάσεις μας για τη συνταγογράφηση των ανασφαλίστων από δημόσιες δομές για λόγους ισοτιμίας υπογραφής των ιατρών και εξυπηρέτησης των πολιτών.

Διεκδικούμε, όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα να χορηγούνται με συνταγή, όπως τα αντιβιοτικά.

4. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗΣ

www.demo.gr

Προοπτική για την Ελληνική Οικονομία

Στη DEMO, περισσότερο από 50 χρόνια, δημιουργούμε ποιοτικά φάρμακα «ισχυρής δράσης» για την Ελληνική Οικονομία.
Με επίκεντρο την έρευνα, την καινοτομία και την υγιή επιχειρηματική ανάπτυξη, παράγουμε τα φαρμακευτικά μας προϊόντα στην Ελλάδα, στο μεγαλύτερο εργοστάσιο της ΝΑ Ευρώπης.
Συνεχίζουμε τις επενδύσεις στη χώρα και στους ανθρώπους, εξασφαλίζοντας εκατοντάδες θέσεις εργασίας και νέες ευκαιρίες απασχόλησης.
Αυτή είναι η δική μας δραστική ουσία:
Επενδύσεις στην Ανάπτυξη της Οικονομίας.

1.000
εργαζόμενοι

57%
των εργαζομένων είναι ηλικίας κάτω των 40 ετών

66.000τ.μ.
συνολική έκταση

4
μονάδες παραγωγής

85+
χώρες δραστηριοποίησης

84%
της ετήσιας παραγωγής εξάγεται σε 5 ηπείρους

2.700+
εγκεκριμένα σκευάσματα

34
βραβεία για την επιχειρηματική πορεία και την κοινωνική υπευθυνότητα

Ελληνικά Φάρμακα
με Παγκόσμια Εμβέλεια

DEMO ΑΒΕΕ
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα Κρατικά Νοσοκομεία ανήκουν στο Ελληνικό Κράτος. Η λειτουργία τους έχει σκοπό τη διασφάλιση ισότιμης παροχής και υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε όλους τους Έλληνες πολίτες ή τους κατοικούντες στη χώρα.

Η "αποδοτικότητα" των Κρατικών Νοσοκομείων αποτελεί σήμερα απαγορευμένη έννοια. Πανάκριβος εξοπλισμός και εξειδικευμένο προσωπικό δεν αξιοποιούνται.

Αποτέλεσμα αυτού, μεγάλες λίστες αναμονής και σπατάλη πόρων. Η αποδοτικότητα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ σύμφωνα με δημοσιεύσεις κυμαίνεται από 50% - 70% στα μικρά και μεσαία Νοσοκομεία και μόνο το 25% των Νοσοκομείων (κυρίως τα μεγάλα Νοσοκομεία) έχουν υψηλότερη αποδοτικότητα.

Κάτι που αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι σήμερα με βάση τα ευρήματα του Ευρωβαρόμετρου, το 75% των Ελλήνων πολιτών έχουν αρνητική άποψη για το Σύστημα Υγείας της χώρας (το χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ), ενώ ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι κάτω του 30%.

Προτείνουμε τη μετατροπή της Νομικής Μορφής των Νοσοκομείων σε «ΝΠΙΔ» μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπως συμβαίνει στη συντριπτική πλειοψηφία των Νοσοκομείων της ΕΕ (Κρατικά ή Κοινωφελή Ιδρύματα).

Το σύνολο των Κρατικών Νοσοκομείων της Χώρας πρέπει να υπάγεται απευθείας σε ένα νέο εξειδικευμένο Δημόσιο Οργανισμό με την ονομασία «ΕΣΥ ΝΠΔΔ». Αποτελεί τον μητρικό φορέα που με τη σύγχρονη οργάνωση και στελεχωμένο από προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης (προσλήψεις μέσω ΑΣΕΠ) έχει ως σκοπό την οργάνωση και τον συντονισμό της λειτουργίας των Νοσοκομείων.

Προτείνουμε επίσης ειδική διαδικασία επιλογής των διοικήσεων των Κρατικών Νοσοκομείων, με τεχνοκρατικά κριτήρια και αδιάβλητο τρόπο, ώστε να αποκλεισθούν πολιτικές παρεμβάσεις.

ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ:

Με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, της αποδοτικότητας και την εξοικονόμηση πόρων, προτείνουμε:

- Αναδιάταξη μονάδων υγείας
- Συνδιοίκηση Νοσοκομείων
- Συνένωση ομοειδών τμημάτων, μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου Νοσοκομείου.
- Συγχώνευση μικρών Νοσοκομείων που γειτνιάζουν
- Μετατροπή μικρών μονάδων και γενικών Νοσοκομείων - Κέντρων Υγείας, σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή Βραχείας, Εξειδικευμένης Νοσηλείας ή Ειδικού σκοπού Μονάδες, που παραμένουν λειτουργικά συνδεδεμένες με τα Νοσοκομεία Αναφοράς.
- Ίδρυση νέων Νοσοκομείων όταν είναι απολύτως απαραίτητο (πχ ίδρυση Νοσοκομείου Παίδων στη Β. Ελλάδα).
- Ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων στη βάση λειτουργικών δεικτών.
- Λειτουργία επιλεγμένων Κρατικών Νοσοκομείων ως εξειδικευμένων Κέντρων Αναφοράς σε ειδικά Θέματα (πχ Καρδιοχειρουργικά, Μεταμοσχευτικά, Παιδοκαρδιολογικά Κέντρα κλπ.)
- Λειτουργία Ειδικών Νοσοκομείων περίθαλψης χρονίως πασχόντων. Κέντρων αποκατάστασης. Κέντρων αντιμετώπισης ασθενών τελικού σταδίου, συνδεδεμένων με ομάδα Νοσοκομείων.

ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:

Πιστεύουμε πως οι καθαρές και διαφανείς λύσεις που προτείνουμε έχουν την αποδοχή της συντριπτικής πλειοψηφίας των Νοσοκομειακών ιατρών. Θα μπορούν να βελτιώσουν το εισόδημά τους με βάση την παραγωγικότητα τους, Θα επιφέρουν βελτίωση της λειτουργίας και αύξηση των εσόδων των Νοσοκομείων. Θα διασφαλίσουν συνθήκες υγιούς ανταγωνισμού Κρατικού και Ιδιωτικού Τομέα έχοντας ως στόχο τη μείωση της παραοικονομίας.

- Προτείνεται η υιοθέτηση του ετήσιου κλινικού προϋπολογισμού ανά τμήμα και η ευθύνη διαχείρισής του από τους Διευθυντές εκάστου τμήματος.
- Επέκταση του θεσμού της ολοήμερης λειτουργίας των Κρατικών Νοσοκομείων και σε χειρουργεία για την άμεση αντιμετώπιση των ασθενών που βρίσκονται στις λίστες αναμονής.
- Αποτελεί δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει με διαφανή διαδικασία τον θεράποντα ιατρό του και υποχρέωση της πολιτείας να το διασφαλίσει.
- Πρόσβαση και των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών στα κρατικά νοσοκομεία προκειμένου να μπορούν να νοσηλεύσουν ασθενείς που παρακολουθούν
- Σύναψη συμβάσεων των Κρατικών Νοσοκομείων με Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες.
- Παροχή ειδικών κινήτρων (οικονομικά, εξέλιξης κλπ.) σε ιατρούς και νοσηλευτές για να υπηρετήσουν σε άγονες και απομακρυσμένες περιοχές.
- Παροχή στις δομές του ΕΣΥ της δυνατότητας να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με Ιδιώτες ιατρούς (part time) μετά από αυστηρή αξιολόγηση και με αμοιβές καθοριζόμενες από το κράτος, προκειμένου να καλύπτουν ανάγκες που οι τοπικές συνθήκες επιβάλλουν.
- Θεσμοθέτηση πρόσληψης για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ιατρών και νοσηλευτών όταν οι περιστάσεις το επιβάλλουν (locum) ελλείποντος προσωπικού, μέχρι την ολοκλήρωση κανονικής πρόσληψης.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΣΥ

- Τα Δημόσια Νοσοκομεία ανήκουν στο Ελληνικό Κράτος και η λειτουργία τους αποσκοπεί στη διασφάλιση ισότιμης παροχής και υψηλού επιπέδου Υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους Έλληνες πολίτες ή τους κατοικούντες στη χώρα.
- Ένας από τους βασικούς λόγους που οδήγησαν στην έγκαιρη λήψη των μέτρων για τον έλεγχο της πανδημίας covid-19 στη χώρα μας, υπήρξε η διάχυτη ανησυχία για τη δυνατότητα του ΕΣΥ να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην περίθαλψη μεγάλου αριθμού νοσούντων. Τη μεγαλύτερη δε ανησυχία δημιουργούσε η κατάσταση στις ΜΕΘ.

Τελικά και μέχρι σήμερα, το ΕΣΥ άντεξε και ανταποκρίθηκε σε μεγάλο βαθμό. Σε αυτό βοήθησε και η οικονομική στήριξη χορηγών.

Η ανοργάνωτη και ανίσχυρη ΠΦΥ έχει αρνητική επίπτωση στα Νοσοκομεία.

Το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από παρωχημένες αρχές και αντιλήψεις και έλλειψη και προφανώς, λόγω των διαχρονικών προβλημάτων υποχρηματοδότησης, υποστελέχωσης και κακοδιοίκησης.

- Υπάρχει απουσία αξιολόγησης ελέγχου και ποιότητας, ηλικιακή γήρανση και εργασιακή κόπωση του υγειονομικού δυναμικού. Είναι «επείγουσα αναγκαιότητα» η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, για να υπάρχει αξιοποίηση των πόρων αποτελεσματικά σε όλες τις δομές.
- Σημαντικές αλλαγές που στοχεύουν στον ορθολογικό σχεδιασμό-Αποκέντρωση-Σύγχρονη Διοίκηση-Αξιολόγηση, καθώς και ένα πλαίσιο συνεργασίας ΔΗΜΟΣΙΟΥ και ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ Τομέα Υγείας, κατά τα πρότυπα Σουηδίας-Καναδά κ.λπ., περι-

onassis.link/orgamites

ΟΡΓΑΝΟΥΛΗΔΕΣ™

ΕΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 7 ΕΩΣ 11 ΕΤΩΝ, ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΩΝΑΣΗ

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ONASSIS HEALTH

©ΟΙ ΟΡΓΑΝΟΥΛΗΔΕΣ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ALL GOOD CO. (CIC). ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΣ ROYDON TURNER. ©COPYRIGHT, CREATIVE AND PRODUCTION BY *AWESONOVA. ALL RIGHTS RESERVED.

γράφονται στην ολοκληρωμένη πρόταση του Π.Ι.Σ.

- Η Ελλάδα διαθέτει 4,2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, περίπου το 65% των κλινών ανήκουν στο Δημόσιο τομέα και το 35% στον Ιδιωτικό τομέα. Είναι έντονα συγκεντρωμένο 34,6% στην Αττική και 16% στην Κεντρική Μακεδονία.
- Οι συνθήκες εργασίας είναι κακές και ελλείπουν πολλές ειδικότητες, με κυριότερη έλλειψη των Αναισθησιολόγων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ

α) Επιτελικός και εποπτικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας στο ΕΣΥ
β) Δημιουργία Κέντρων Στρατηγικού Σχεδιασμού- Αξιολόγησης
γ) Ανασυγκρότηση των ΥΠΕ.
δ) Μετατροπή των Νοσοκομείων ΕΣΥ σε ΝΠΙΔ, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα
ε) Συγχώνευση μικρών πρώην Νομαρχιακών Νοσοκομείων
στ) Αξιοκρατική και τεχνοκρατική στελέχωση των Διοικήσεων
ζ) Παρουσία των Ιατρικών Συλλόγων στις Διοικήσεις των Νοσοκομείων
η) Ίδρυση νέων Νοσοκομείων π.χ. (Παίδων στη Βόρεια Ελλάδα)
θ) Προκηρύξεις νέων επιμελητών ΕΣΥ, με ταχείες διαδικασίες και πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών για άμεση κάλυψη των θέσεων.

- Μέριμνα για τους ήδη υπηρετούντες επικουρικούς συναδέλφους, με ενισχυμένη μοριοδότηση και έγκαιρη παράταση της θητείας τους.
- Προκήρυξη θέσεων σε όλους τους βαθμούς, ιδιαιτέρως σε άγονες προκηρύξεις και ειδικά στο βαθμό του Διευθυντού.
- Οι υγειονομικές περιφέρειες θα συμβαδίζουν με τις διοικητικές περιφέρειες, καθώς οι μεγάλες υγειονομικές περιφέρειες είναι δυσλειτουργικές.
- Ενίσχυση των Νοσοκομείων στον τομέα της διοικητικής υποστήριξης των ιατρών, με πρόβλεψη γραμματειακής υποστήριξης για Τμήματα, Κλινικές και εργαστήρια.

- Γενναία αύξηση του ιατρικού μισθολογίου
- Αποδέσμευση του πλαφόν των εφημεριών
- Μείωση της φορολογίας των εφημεριών και πλήρες αφορολόγητο για τις υπεράριθμες εφημερίες

Ένταξη των ιατρών ΕΣΥ, που επιθυμούν, στα βαρέα και ανθυγιεινά.

ΝΗΣΙΩΤΙΚΗ - ΠΑΡΑΜΕΘΟΡΙΟΣ ΖΩΝΗ

- Ίδρυση ΥΠΕ ξεχωριστή, για τη Νησιωτική Ελλάδα
- Παροχή ειδικών κινήτρων (Οικονομικά-εξέλιξης) σε ιατρούς-νοσηλευτές, για υπηρέτηση σε άγονες περιοχές
- Δυνατότητα πρόσληψης, για συγκεκριμένο διάστημα, σε περιοχές νησιά-παραμεθόριες, ειδικότητες ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού (locum).
- Δυνατότητα Στρατιωτικών ιατρών ειδικευμένων στα Νοσοκομεία της περιοχής που υπηρετούν.
- Μόρια για διεκδίκηση θέσης σε ιατρούς που θέλουν να διεκδικήσουν θέσεις σε Νοσοκομεία του Κέντρου, μετά από ένα χρονικό διάστημα υπηρεσίας σε άγονα Νησιωτικά-Παραμεθόρια
- Επικαιροποίηση των κινήτρων για τις Άγονες περιοχές Α΄ κατηγορίας, με την αναμόρφωση του ιατρικού μισθολογίου.

Επεξεργαζόμαστε συνολική πρόταση για την κάλυψη των αναγκών αυτών των περιοχών, με τη συμπερίληψη και του ιδιωτικού τομέα στο σχεδιασμό.

5. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Οι δυσκολίες της άσκησης της ιατρικής στον ιδιωτικό τομέα το τελευταίο χρονικό διάστημα έχουν προκύψει ως θέμα συζήτησης τόσο διεθνώς με σχετικές πρωτοβουλίες της UEMS, όσο και στη χώρα μας μετά τις για πρώτη φορά παρεμβάσεις του Π.Ι.Σ. προς τα μεγάλα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και τις ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίοι από κοινού και από ετών παρεμβαίνουν στην άσκηση ιατρικής των συνεργατών τους, καθορίζοντας μονομερώς τις αμοιβές που αυτοί εισπράττουν από τους ασφαλισμένους. Με τον τρόπο αυτό, παρεμβαίνουν στη σχέση ιατρού- ασθενούς, καθοδηγούν αθέμιτα τους ασθενείς και στρεβλώνουν τα δικαιώματα των ασφαλισμένων.

Από το 2019 καλέσαμε σε διαπραγμάτευση την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών και πραγματοποιήθηκαν διερευνητικές συναντήσεις με τους εκπροσώπους μας. Οι παρεμβάσεις μας θα είναι διαρκείς οπουδήποτε μας δίνεται η ευκαιρία, πρόσφατα έγινε παρέμβαση στην Ευρωπαϊκή επιτροπή ανταγωνισμού για την άσκηση της ιατρικής σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας. Παρόλα αυτά σημειώνουμε ότι το τελευταίο χρονικό διάστημα υπάρχει επιτάχυνση της καταβολής των ασφαλιστικών αμοιβών στους συνεργάτες των ιδιωτικών κλινικών, μετά από πολυετή ακινησία.

Επιπλέον ζητούμενο είναι η αναγνώριση του επιστημονικού έργου με τρόπο σαφή και αντικειμενικό των ιατρών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, ώστε τα επιστημονικά προσόντα στον κρατικό και ιδιωτικό τομέα να αποτιμώνται εξίσου. Στο πλαίσιο αυτό η συμμετοχή και στην εκπαίδευση δια των επιστημονικών εταιρειών με επίσημο τρόπο, αποτελεί στόχο μας.

Ο ιδιωτικός τομέας κατά τη διάρκεια της πανδημίας και σε όλες τις φάσεις της, είχε έναν ιδιαίτερο ρόλο, στην αντιμετώπιση των ασθενών εκτός Νοσοκομείου, τόσο στην πρόληψη και τη διάγνωση, όσο και στην κατ' οίκον νοσηλεία. Ο ρόλος αυτός που δεν αναδείχθηκε επαρκώς δημοσίως, σε συνδυασμό με το ρόλο των δομών που υπάρχουν στην Π.Φ.Υ., λειτούργησε και λειτουργεί διαρκώς ως καίριο ανάχωμα της υπερφόρτωσης των Νοσοκομείων.

Έχουμε προτείνει και διεκδικούμε σταθερά την προκήρυξη και υλοποίηση προγραμμάτων μέσω ΕΣΠΑ, που να απευθύνονται αποκλειστικά σε ελευθεροεπαγγελματίες ιατρούς για την απόκτηση επιστημονικού εξοπλισμού και την αναβάθμιση ή επέκταση του επαγγελματικού τους χώρου. Οι σχετικές συζητήσεις με το Υπουργείο Ανάπτυξης βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο με τη δέσμευση από πλευράς Υπουργείου για την υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων πολύ σύντομα.

6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Τα προβλήματα που σχετίζονται με τις ιατρικές ειδικότητες είναι πολλά. Στα διαχρονικά ζητήματα και τις μόνιμες παθογένειες του συστήματος της εκπαίδευσης των ειδικευομένων, προστέθηκαν σοβαρά προβλήματα την εποχή της πανδημίας. Τα διαχρονικά, εδώ και δεκαετίες προβλήματα, πρακτικά ταξινομούνται σε τρεις ενότητες.

Η πρώτη αφορά το απαρχαιωμένο, αναχρονιστικό και αναξιοκρατικό σύστημα της λίστας αναμονής για την έναρξη της ειδικότητας, η οποία δεν λαμβάνει υπόψη κανένα αντικειμενικό αξιοκρατικό κριτήριο για την επιλογή των ιατρών για έναρξη ειδικότητας.

Η δεύτερη ενότητα αφορά την απόκλιση και ανομοιομορφία που υπάρχει στο πρόγραμμα εκπαίδευσης των ειδικευομένων με πολύ μεγάλες διαφορές (τόσο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό - κλινικό μέρος της εκπαίδευσης) από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Εδώ μπαίνει το μείζον θέμα της συνεχούς αξιολόγησης των εκπαιδευτικών κέντρων για λήψη (μερικής ή πλήρους) ειδικότητας, τα οποία πρέπει να πληρούν ορισμένα κριτήρια.

58 ΧΡΟΝΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΑ

ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ

ΑΝΑΠΤΥΞΗ

ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ

3 εργοστάσια - Υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις - Βιοκλιματική εφαρμογή

ΠΑΡΑΓΩΓΗ - Τεχνολογία αιχμής

530 εργαζόμενοι

ΕΡΕΥΝΑ **&** ΑΝΑΠΤΥΞΗ - Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα

Συνεργασία **με Ερευνητικά Κέντρα & Ακαδημαϊκά Ιδρύματα**

Καινοτόμες λύσεις - **Επαναστατικά επιτεύγματα**

22 βραβεία & διακρίσεις - **32** διεθνή διπλώματα ευρεσιτεχνίας

Εξαγωγές σε **61** χώρες

ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ - Ηθική - Ακεραιότητα

Σεβασμός στο περιβάλλον ❤ Αλληλεγγύη

OFET
GROUP OF PHARMACEUTICAL COMPANIES

UNI-PHARMA
Pharmaceutical Laboratories S.A.

InterMed
Pharmaceutical Laboratories

PHARMABELLE
LIMITED

UNI HERBO
LABORATORIES

www.uni-pharma.gr • www.intermed.com.gr • www.pharma-belle.com • www.uniherbo.com

Η τρίτη ενότητα αφορά τη λήψη της ειδικότητας, καθώς ο τρόπος εξέτασης, αφενός διαφέρει από πόλη - εξεταστικό κέντρο σε πόλη, και αφετέρου δεν δίνει κανένα εχέγγυο για το αδιάβλητο της διαδικασίας. Σε αυτό το τελευταίο, προστέθηκαν τελευταία και τα προβλήματα από την κατάργηση, ουσιαστικά των περιφερειακών κέντρων εξετάσεων και δημιουργία μόνο δύο εξεταστικών κέντρων, με συνέπειες τόσο για τους εξεταστές όσο και για τους ειδικευομένους.

Προτάσεις

Επιβάλλεται να αναμορφωθεί πλήρως το σύστημα των ιατρικών ειδικοτήτων, με βάση τρεις άξονες:

1) Έναρξη της ειδικότητας μέσα από αντικειμενικό και αδιάβλητο σύστημα αξιολόγησης, της αποδοχής πρωτίστως, των νέων ιατρών.
2) Ενιαία εκπαιδευτικά προγράμματα ειδικευομένων για όλη την Ελληνική Επικράτεια, όπου θα καθορίζονται με σαφήνεια λεπτομέρειες που αφορούν τόσο το θεωρητικό όσο και το κλινικό - πρακτικό μέρος της εκπαίδευσης. Να υπάρχει διαφανής και αντικειμενικός μηχανισμός ελέγχου του εάν τηρούνται σε κάθε νοσοκομείο οι οδηγίες που θα υπάρχουν, με σοβαρές επιπτώσεις στα νοσοκομεία - εκπαιδευτικές μονάδες που δεν τα τηρούν. Βάση των προγραμμάτων εκπαίδευσης πρέπει να είναι τα Ευρωπαϊκά προγράμματα εκπαίδευσης (ETRs).

Απαιτείται επιπλέον: ορθή τήρηση και έλεγχος ημερολογίου εκπαιδευτικής άσκησης (logbook) στις κλινικές. Δημιουργία ψηφιακού logbook.

Δημιουργία ψηφιακής βιβλιοθήκης του Π.Ι.Σ.

3) Για τη λήψη της ειδικότητας, είναι αναγκαίο ενιαίο, σταθερό Πανελλαδικό σύστημα εξετάσεων, εγγυούμενο δίκαιη αξιολόγηση, υπό την ευθύνη των Ιατρικών Εταιρειών, κατά τα πρότυπα του εξωτερικού.

Λόγω της πανδημίας και των μέτρων που εφαρμόστηκαν στα νοσοκομεία της χώρας η εκπαίδευση των ειδικευομένων ιατρών ήταν σε πολλές περιπτώσεις πλημμελής.

Προτάσεις του Π.Ι.Σ.

1. Οι ειδικευόμενοι που ολοκληρώνουν την εκπαίδευσή τους για να διατηρήσουν τα επαγγελματικά τους δικαιώματα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν κανονικά στις εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας. Στη συνέχεια, εφόσον επιθυμούν, είναι σκόπιμο να έχουν την ευκαιρία να καλύψουν τυχόν κενά στα νοσοκομεία.
2. Να δοθεί η δυνατότητα παράτασης ειδικότητας για όσους το επιθυμούν ή όσους δεν επιτύχουν στις εξετάσεις με το καθεστώς του παρατασιακού ειδικευόμενου για χρονικό διάστημα έως 24 μήνες, τοποθετούμενοι σε τμήματα, ιατρεία και εργαστήρια που δεν είχαν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν λόγω της πανδημίας. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην εκτέλεση επεμβατικών πράξεων που μειώθηκαν στο ίδιο χρονικό διάστημα.
3. Ταχύτερη δυνατή επάνοδος σε κανονική λειτουργία των κλινικών και τακτικών ιατρείων. Αποδέσμευση των κλινών που είναι απαραίτητες για θεραπεία.
4. Αποδέσμευση μεγάλων νοσοκομείων από αντιμετώπιση περιστατικών Covid και εμβολιαστικά κέντρα, προκειμένου να αποδοθούν στους ασθενείς και στους εκπαιδευόμενους ιατρούς.
5. Άμεση απαλλαγή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού από τα καθήκοντά τους στα εμβολιαστικά κέντρα, τα οποία θα μπορούν να λειτουργούν με προσλήψεις νέων ειδικών ιατρών με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, ή με ιδιώτες ιατρούς και αποδέσμευση των ειδικευμένων από τις δειγματοληψίες για covid test.
6. Ενίσχυση των νοσοκομείων με το απαραίτητο προσωπικό του οποίου η έλλειψη επηρεάζει την εκπαίδευση (νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό των οποίων καθήκοντα εκτελούν οι ειδικευόμενοι, αναισθησιολόγοι από τους οποίους εξαρτάται ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων).
7. Ενίσχυση της προπτυχιακής εκπαίδευσης - εφόσον οι τελειόφοιτοι έχουν έλλειψη στις κλινικές δεξιότητες και στην επαφή με τους ασθενείς, λόγω Covid.
8. Επιλογή αριθμού ειδικευομένων, ανάλογα με τις ανάγκες και εκπαίδευση στις αντίστοιχες ειδικότητες, στις οποίες υπάρχει έλλειψη και ανάγκη.
9. Διαρκής δυνατότητα διαδικτυακής παρακολούθησης για τους ειδικευόμενους, ως αντισταθμιστική αύξηση των εκπαιδευτικών ευκαιριών.
10. Αύξηση κλινικών που εκπαιδεύουν συγκεκριμένες ειδικότητες, σε αντιστοιχία με τα διεθνή πρότυπα. (π.χ. Νευροχειρουργική- 47 Νευροχ/κές κλινικές, 35 από αυτές δίνουν ειδικότητα. 5.000 νευροχειρουργικά περιστατικά στην Ελλάδα).

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΠΑΙΘΡΟΥ

Υπάρχει ανάγκη συνολικής αναθεώρησης της υπηρεσίας υπαίθρου που ακολουθεί στη χώρα μας έναν παλαιό και παρωχημένο σχεδιασμό. Η ύπαρξη των υφιστάμενων αγροτικών ιατρείων πρέπει να ελεγχθεί ώστε να διατηρηθούν μόνο τα απαραίτητα, στα οποία θα πρέπει να υπηρετούν ιατροί με επαρκή επιστημονικά και άλλα εφόδια για την εκπλήρωση της αποστολής-τους. Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία για δύσβατες και νησιωτικές περιοχές. Η υποχρέωση των νέων συναδέλφων αμέσως μετά τη λήψη του πτυχίου τους για εκπλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου πρέπει να συνοδεύεται από επαρκή προετοιμασία γι' αυτό και από πλήρη υποστήριξη από μονάδες ΠΦΥ ή δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διασύνδεση των αγροτικών ιατρείων με κέντρα υγείας ή περιφερικά νοσοκομεία πρέπει να είναι διαρκής, λειτουργική και να συμβάλλει στη γενικότερη εκπαίδευση των νέων συναδέλφων.

Αποσύνδεση της υπηρεσίας Υπαίθρου από την έναρξη αλλά και λήψη ειδικότητας και συμμετοχής στις εξετάσεις

Η σύνδεση της εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου με τη δυνατότητα συμμετοχής στις εξετάσεις ειδικότητας διακόπτοντας την εκπαιδευτική διαδικασία στη στιγμή της ολοκλήρωσης της είναι αντιεπιστημονική, εκβιαστική και απαράδεκτη. Ζητήσαμε κατ' επανάληψη και επιμένουμε στο αίτημα μας για πλήρη αποσύνδεση της υπηρεσίας υπαίθρου από τις εξετάσεις ειδικότητας.

Δημιουργία προγράμματος διαδικτυακής υποστήριξης των αγροτικών ιατρών. Δικαίωμα εκπλήρωσης της υπηρεσίας υπαίθρου για τους υπόχρεους ειδικευόμενους, στο Νοσοκομείο όπου ασκούνται.

ΚΕΣΥ

Έχει παραχθεί σημαντικό έργο με την παρουσία στην Εκτ. Επιτροπή του ΚΕΣΥ, εκπροσώπου του Π.Ι.Σ.

Επιγραμματικά:

1) Θεσμοθέτηση Foundation year
2) Μνημόνια συνεργασίας μεταξύ Υπουργείου Υγείας και Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών για Αποκατάσταση Ασθενών.
3) Αναγνώριση κλινικών για εκπαίδευση ιατρών σε Νοσοκομεία
4) Προτάσεις Εκπαίδευσης Ιατρική Γενετική – Σ.Δ. κ.λπ.
5) Εκτέλεση υπερήχων Μαιευτικής Γυναικολογίας – Καρδιολογίας, κ.λπ.
6) Αναγνώριση Κέντρων Ειδικών: Εμφύτευσης Βηματοδοτών-Αορτικών Βαλβίδων-Μονάδα Τεχν. Νεφρών, κ.λπ.

Όλα ξεκινούν με μια υπόσχεση

να κάνουμε τη ζωή των ανθρώπων καλύτερη

Προτεραιότητά μας είναι να παρέχουμε υψηλής ποιότητας φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα σε όσους τα έχουν ανάγκη, αλλάζοντας τη ζωή και τις προσδοκίες τους. Να δίνουμε ελπίδα στους συνανθρώπους μας που πάσχουν από σοβαρές και εξουθενωτικές ασθένειες εξασφαλίζοντας έγκαιρη πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπευτικές επιλογές. Να προσφέρουμε υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση & να ανταποδίδουμε στην κοινωνία μέσα στην οποία δραστηριοποιούμαστε.

CO-3-2022A

ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΜΑΣ

Περισσότερες πληροφορίες στο **www.lilly.gr**

Lilly
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος σε συνεργασία με την UEMS, υιοθετεί τη μοριοδότηση όλων των συνεδρίων που θα διεξάγονται στη χώρα μας, με ευρωπαϊκά μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, τα οποία απολαμβάνουν το υψηλότερο κύρος διεθνώς.

Η Ελλάδα γίνεται η δεύτερη χώρα μετά την Ισπανία, που υιοθετεί αυτή την πρακτική και η σχετική σύμβαση με την UEMS υπεγράφη το Σεπτέμβριο 2021 και με την ανάδοχο εταιρεία το Νοέμβριο του 2021, η οποία ήδη κατασκευάζει την αναγκαία σχετική πλατφόρμα.

7. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ

Το ασφαλιστικό σύστημα παραμένει διαχρονικά ένα εξαιρετικά πολύπλοκο θέμα. Δύσκολο στην πλήρη κατανόηση του και ιδιαίτερα στην ορθολογική του εφαρμογή.

-) Τα θετικά στοιχεία στην παρούσα χρονική στιγμή είναι :

1) Η κατάργηση της σύνδεσης των ασφαλιστικών εισφορών με το εισόδημα μετά την εφαρμογή του ν. 4670/2020. Σε συνέχεια και δικαίωση των προσφυγών του Π.Ι.Σ. και Ιατρικών Συλλόγων κατά του «Νόμου Κατρούγκαλου»
2) Η σημαντικότατη συντόμευση στην εκκαθάριση και απόδοση της σύνταξης.
3) Η δυνατότητα του ΕΦΚΑ να μισθώσει ιδιωτικές υπηρεσίες για την ταχύτερη εξυπηρέτηση των δικαιούχων

Και τα τρία αποτελούσαν πάγιες και διαχρονικές διεκδικήσεις των Υγειονομικών

-) Σημαντική επισήμανση για όλους τους ασφαλισμένους αποτελεί ο έλεγχος του Ασφαλιστικού τους Βιογραφικού μέσω του συστήματος ΑΤΛΑΣ προκειμένου να ελέγξουν εάν υπάρχουν ασφαλιστικά κενά ώστε να έχουν το χρονικό περιθώριο αναπλήρωσης πριν την έναρξη της συνταξιοδότησής τους.

-) Οι Υγειονομικοί λαμβάνουν σήμερα σημαντικά μικρότερες συντάξεις.

Με 40 έτη ασφάλισης λαμβάνουν σύνταξη περίπου 800 ευρώ, ενώ οι συντάξεις των λοιπών Επιστημόνων (Νομικοί & Μηχανικοί) φτάνουν ή και υπερβαίνουν τα 1.000 ευρώ (25% μειωμένες).

Αυτό ήταν το αποτέλεσμα διότι το σύστημα υπολογισμού που όρισε ο ν.4387/2016 (Νόμος του Κατρούγκαλου) δεν έλαβε υπόψη του την αναληφθείσα υποχρέωση της Πολιτείας για την αναπλήρωση των κοινωνικών πόρων του ΤΣΑΥ που καταργήθηκαν με την από 7.11.1997 ΠΝΠ που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του ν. 2581/1998.

Η διαφορά δεν είχε καταφανεί με σαφήνεια λόγω της ύπαρξης της Προσωπικής Διαφοράς (που καταργήθηκε το 2019).

Η αδικία επιτείνεται ιδίως αν γίνει σύγκριση με τις προ ν.4387/2016 εκδιδόμενες συντάξεις του ΤΣΑΥ, οι οποίες ήταν σημαντικά υψηλότερες σε ποσοστά που αγγίζουν το 50% και μάλιστα συμπεριλαμβανομένων των μνημονιακών περικοπών.

Επίσης πρέπει να συνεκτιμηθεί το γεγονός ότι οι Υγειονομικοί κατέβαλαν σημαντικά υψηλότερες εισφορές έναντι των λοιπών επιστημόνων και μάλιστα με τη μεγαλύτερη εισπραξιμότητα.

Υπό αυτό το πρίσμα ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος μαζί με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο & τον Πανελλήνιο Κτηνιατρικό Σύλλογο συμφώνησαν σε κοινό μέτωπο αντιμετώπισης & εξεύρεσης πολιτικής λύσης.

-) Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να υπάρξει για τους νέους συναδέλφους των οποίων ο Ασφαλιστικός Βίος ξεκίνησε μετά την εφαρμογή του ν. 4670/2020 (Νόμος κου Βρούτση) με την επισήμανση ότι η επιλογή της χαμηλότερης Ασφαλιστικής Κλίμακας δεν αποτελεί απαραίτητα και την προσφορότερη λύση καθότι θα οδηγήσει σε πολύ χαμηλές συντάξεις, εκτός εάν ταυτόχρονα εκμεταλλευτούν και άλλους πυλώνες Ασφάλισης (Επαγγελματικό Ταμείο ή Ιδιωτική ασφάλιση).

-) Παραμένουν δύο πολύ σημαντικές εκκρεμότητες:

1) Αφορά το θέμα των μονοσυνταξιούχων για το οποίο έχει γίνει Δικαστική προσφυγή ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας κατά της υπ' αριθμ. Φ.11321/οικ.10772/382/9.3.2021 Υπουργικής Απόφασης του Υφυπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων με θέμα «Νέα αναπροσαρμογή κύριων συντάξεων-προστασία καταβαλλόμενων συντάξεων» (ΦΕΚ Β΄ 1082/22.03.2021), καθώς και κάθε άλλης συναφούς πράξης ή παράλειψης κατά το μέρος που αφορά ρυθμίσεις για τους μονοσυνταξιούχους.

Ο ΠΙΣ παρεμβαίνει ως προασπιστής των δικαιωμάτων των ιατρών προβάλλοντας ότι η ανωτέρω απόφαση παραβιάζει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο (αρ. 94 παρ. 5 Ν. 4387 και αρ. 16 Ν. 4578/2018 και αρ. 18 Ν. 1976/1991), ώστε να στερείται νομικού ερείσματος, ότι εκδόθηκε χωρίς νομοθετική εξουσιοδότηση, ότι εισάγει υπέρμετρο περιορισμό της περιουσίας των μονοσυνταξιούχων, παραβιάζοντας τις συνταγματικές και ευρωπαϊκές αρχές και συγκεκριμένα το αρ. 2 παρ. 1, 5 παρ. 1 και 25 παρ. 1 του Συντάγματος καθώς και το αρ. 1 Πρώτο Πρόσθετο Πρωτόκολλο της ΕΣΔΑ.

Δικάσιμος (μετά από οίκοθεν αναβολές) για 19 Σεπτεμβρίου 2022.

2) Αφορά την αποπληρωμή ληξιπρόθεσμων οφειλών προς το ΤΣΑΥ τόσο παλαιών ταμείων (προ του 2012) όσο και εργοδοτικών εισφορών Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων

8. ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΡΑΣΗ

Η περίοδος 2019-2022 ήταν ιδιαιτέρως παραγωγική στη διεθνή παρουσία του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Περιορίζοντας τους εκπροσώπους μας σε 2 σε κάθε Ιατρική Οργάνωση στην οποία συμμετέχουμε, είχαμε διαρκή παρουσία.

Οι ευρωπαϊκές ιατρικές οργανώσεις στις οποίες συμμετέχει ο Π.Ι.Σ. είναι οι: European Union of Medical Specialists (U.E.M.S.), Standing Committee of European Doctors (C.P.M.E.), European Council of Medical Orders (C.E.O.M.), European Association of Senior Hospital Physicians (A.E.M.H.), World Medical Association (W.M.A.)

Η παρουσία αυτή επιβραβεύτηκε με τον πλέον εμφατικό τρόπο, καθώς εκπρόσωποί μας εξελέγησαν μετά από πολλά χρόνια Αντιπρόεδροι στις παρακάτω Οργανώσεις:

U.E.M.S.: Παπανδρούδης Ανδρέας, Αντιπρόεδρος

C.E.O.M.: Κουτσόπουλος Κωνσταντίνος, Αντιπρόεδρος

C.P.M.E.: Πασακιώτου Μαρίλυ, Αντιπρόεδρος

A.E.M.H.: Κουμάκης Κωνσταντίνος, Αντιπρόεδρος

Θέματα που μελετήθηκαν κατά τις συνεδριάσεις των ευρωπαϊκών ιατρικών οργανώσεων και στα οποία συμμετείχε ο Π.Ι.Σ.:

- Υπογραφή Συμφωντικού με την UEMS και Χορήγηση ευρωπαϊκών μορίων Σ.Ι.Ε./Σ.Ε.Α. από τον Π.Ι.Σ., για επιστημονικές ιατρικές εκδηλώσεις, οι οποίες διεξάγονται στην Ελλάδα. (Από το 2005, ο Π.Ι.Σ. έχει υπογράψει συμφωντικό για τη χορήγηση εθνικών μορίων Σ.Ι.Ε./Σ.Ε.Α. για επιστημονικές ιατρικές εκδηλώσεις που πραγ-

Gopain®

Αναλγητικό Αντιφλεγμονώδες

Διπλή δράση στους καθημερινούς πόνους

- Πρωτότυπος σταθερός συνδυασμός Παρακεταμόλης/ Ιβουπροφαίνης στις ελάχιστες θεραπευτικές περιεκτικότητες για
  - ταχύτητα
  - αποτελεσματικότητα
  - ασφάλεια
  - ευελιξία
- Δεν περιέχει οπιοειδή

Με δράση που ξεκινάει στα πρώτα 10 λεπτά

GPN/FPA/11-2021/10

ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφόρος Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 211 -1865347, www.elpen.gr

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Πριν τη σύσταση, ανατρέξτε στην ΠΧΠ του προϊόντος. Χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή. Ε.Λ.Τ. 4,90 €

ματοποιούνται στην Ελλάδα, από Έλληνες διοργανωτές)

- Συμμετοχή και συνδιαμόρφωση έρευνας της UEMS για τους ιδιώτες ιατρούς, με στοιχεία που συνέλεξε ο Π.Ι.Σ. για τη χώρα μας από τους Ιατρικούς Συλλόγους.
- Δημιουργία Thematic Federation in Bioethics στην UEMS

Στη CPME, συνολικά ψηφίστηκαν ομόφωνα και προωθήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας επτά κείμενα (Statements) που αφορούσαν στην Ιατρική Περίθαλψη των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο, των μεταναστών, στην ενσωμάτωση των προσφύγων ιατρών στην Ευρωπαϊκή κοινωνία, στην εξειδικευμένη ανά ομάδες ιατρική περίθαλψη, στην ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης των φαινομένων βίας στα κέντρα προσφύγων στην Μόρια Λέσβου, στην αντιμετώπιση της στοχοποίησης και ποινικοποίησης της αλληλεγγύης που επεδεικνύετο, από άτομα ή μη κυβερνητικές οργανώσεις, στους πρόσφυγες, και τέλος, στην επείγουσα ανάγκη εμβολιασμού των προαναφερομένων ομάδων.

Οι ανισότητες στην περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή κοινότητα ήταν το έναυσμα για τη δημιουργία Ομάδας εργασίας με εισηγήτρια την εκπρόσωπό μας, με αντικείμενο τις ανισότητες των συστημάτων υγείας για τις διάφορες ομάδες της κοινωνίας και τις πενιχρές-κατά τόπους- συνθήκες διαβίωσης των πληθυσμών.

Στην τελευταία Γενική Συνέλευση ομόφωνα ψηφίσθηκε η εισήγηση και προωθείται στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή Υγείας.

Η συμμετοχή του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου σε πλειάδα σοβαρών θεμάτων καθιστούν την περιγραφή αυτών εκτεταμένη και, πιθανώς, να απομειώσουν τη σημαντικότητα των παρεμβάσεών μας.

Θέματα που αφορούν:

- στην ανθεκτικότητα των αντιμικροβιακών φαρμάκων,
- στην πρόληψη του καρκίνου,
- στη σήμανση των συστατικών των τροφίμων,
- στη διασυνοριακή περίθαλψη,
- στην αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων,
- στο ενιαίο- για όλες τις χώρες της ΕΕ- επίπεδο ιατρικών σπουδών,
- στην επαγγελματική εξέλιξη των ιατρών που υπηρετούν στο Ηνωμένο Βασίλειο (μετά το Brexit),
- στην ελάττωση των καρκινογόνων παραγόντων στο περιβάλλον εργασίας πάσης φύσεως εργαζομένων,
- στο φαινόμενο της κλιματικής αλλαγής και των επιπτώσεων στην υγεία των πληθυσμών,
- στην έλλογη χρήση φαρμάκων στις ζωοτροφές (συνεργασία με τον Πανευρωπαϊκό Σύλλογο Κτηνιάτρων)

είναι κάποια από τα θέματα με τα οποία ασχολείται η Μόνιμη Επιτροπή των Ευρωπαίων Ιατρών.

Επιπλέον, θα διεξαχθούν στη χώρα μας οι προσεχείς Γενικές Συνελεύσεις:
CEOM στη Θεσσαλονίκη, 26-27 Μαΐου 2022 και
UEMS στην Αθήνα, 7 – 8 Οκτωβρίου 2022

ΠΙΝΑΚΕΣ ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΕΩΝ

Ελληνικό Φάρμακο η λύση

για την ΥΓΕΙΑ

- Το Ελληνικό Φάρμακο μπορεί να καλύψει άμεσα το **70%** των αναγκών της **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ** και το **50%** των αναγκών της **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**
- Η ανάδειξη και στήριξη του Ελληνικού Φαρμάκου είναι **ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ**, με μια **ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** και με **ΚΙΝΗΤΡΑ** σε Γιατρούς & Φαρμακοποιούς

Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να πετύχουμε:

- **ΜΕΙΩΣΗ** στις άσκοπες εισαγωγές ακριβών φαρμάκων
- **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ** του ελλείμματος στο ισοζύγιο εμπορικών συναλλαγών στα φάρμακα
- **ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ** πόρων για τα καινοτόμα φάρμακα που πραγματικά χρειαζόμαστε

για την ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το Ελληνικό Φάρμακο είναι:

- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ** και **ΑΣΦΑΛΕΣ** γιατί πιστοποιείται από τους σημαντικότερους Οργανισμούς Φαρμάκου παγκοσμίως
- **ΠΟΙΟΤΙΚΟ** γιατί παράγεται σε ελληνικά εργοστάσια που ακολουθούν αυστηρά τα διεθνή πρότυπα διασφάλισης ποιότητας
- **ΔΙΕΘΝΩΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ** γιατί εκατομμύρια ασθενείς σε περισσότερες από 85 χώρες το εμπιστεύονται καθημερινά
- **ΠΡΟΣΙΤΟ** για τον Έλληνα ασθενή γιατί μειώνει το κόστος συμμετοχής των ασφαλισμένων

για την ΑΝΑΠΤΥΞΗ

- Παράγεται σε **27** υπερσύγχρονα ελληνικά **ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ**
- Επηρεάζει πάνω από **53.000 ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**
- Κατέχει την **2η ΘΕΣΗ ΣΤΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ** της Ελλάδας
- Εξάγεται σε **85 ΧΩΡΕΣ**
- Για κάθε €1.000 δαπάνης το **ΑΕΠ ΕΝΙΣΧΥΕΤΑΙ** κατά €3.420
- Συμβάλει συνολικά με **€2,8 δισ.** το χρόνο στο **ΑΕΠ**
- Η Ελληνική Φαρμακοβιομηχανία επενδύει €30 εκατ. ετησίως σε **80 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**, έχοντας πραγματοποιήσει συνολικές **ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ €800 εκατ.** την τελευταία 10ετία

Ελληνικό Φάρμακο

Αποτελεσματικό | Ασφαλές | Προσιτό

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

Αριθμός Εγγράφων

	2019	2020	2021
Γνωμοδοτήσεις	10	43	81
Συνοπτη Οδηγιών	1	4	3
Συνοπτη Ενημερωτικών		3	4
Τμήμα Ειδικοτήτων αποστάλεντα e-mails	2	41	43
Σύνολο ΠΙΣ αποσταλέντα emails	25	380	427
Αναπτυγμένα-εμπλουτισμένα ηλεκτρονικού περιεχομένου (θέματα ΠΙΣ)	291	610	963
Αριθμός Ενεργών Δικαστικών Υπηρεσιών (Μήνυσεις)			17

Σημαντικές Παρεμβάσεις

Παρέμβαση	Τι επιτεύχθηκε	Τι σημαίνει για το Ιατρικό Σώμα
Τεκμήριο Αθωότητας Ιατρών		
Πόθεν Έσχες		
Ασυλία Ιατρών περιστατικά Covid		
Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση Αντιβιοτικών		

(Η τελευταία Γενική Συνέλευση διεθνούς ιατρικής οργάνωσης που φιλοξενήθηκε στη χώρα μας ήταν το 2011 στην Κω)

9. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΩΝ & ΤΟΠΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

1) Από τον Απρίλιο του 2019, λειτουργεί το Τμήμα Αδειών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, που νομοθετήθηκε το 2012. Στο χρονικό αυτό διάστημα, έχουν εξυπηρετηθεί 5.714 ιατροί για άδεια άσκησης επαγγέλματος, 6.025 ιατροί για τίτλο ειδικότητας 3.235 Πιστοποιητικά Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης (Certificates of Good Standing).

Επίσης, χορηγήθηκαν 487 τίτλοι ιατρικής ειδικότητας από την Ευρ. Ένωση, 25 Πιστοποιητικά Γενικής Ιατρικής (άνευ εξετάσεων), 81 Βεβαιώσεις χρόνου ειδικότητας, 238 Βεβαιώσεις Πτυχίου και 137 Βεβαιώσεις Ειδικότητας. Το Τμήμα οργανώνει και τα προγράμματα των εξεταστικών περιόδων για τις εξετάσεις ειδικότητας και λειτουργεί με ισονομία και διαφάνεια, διεκπεραιώνοντας, μία υπηρεσία, το έργο 13 Περιφερειακών Υπηρεσιών, στον ελάχιστο δυνατό χρόνο εξυπηρέτησης.

2) Με τροποποίηση του Ν. 4512/2018, ο Π.Ι.Σ. εφεξής, μπορεί να συμμετέχει σε προγράμματα ερευνητικά, καθώς συμπεριλήφθη στους στόχους του και η έρευνα. Εκκρεμεί η δημιουργία Γραφείου για την κατάρτιση σχετικών προγραμμάτων.

3) Στέγη: Καθώς ο Π.Ι.Σ. δεν διαθέτει ιδιόκτητη στέγη και οι κτηριακές ανάγκες του διαρκώς αυξάνονται, μετά από σχετικές έρευνες, διαπιστώθηκε ότι το κτήριο της παλαιάς Στέγης Υγειονομικών είναι ανεκμετάλλευτο. Διεκδικούμε την παραχώρησή του για τις στεγαστικές μας ανάγκες.

4) Αναμορφώθηκαν τα παράβολα που εισπράττει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος για τις υπηρεσίες του Τμήματος Έκδοσης Αδειών Άσκησης και Τίτλων Ειδικοτήτων. Από τον Αύγουστο του 2021 οι ιατροί επιβαρύνονται με πληρωμή παραβόλου μόνο για την έκδοση άδειας και τη λήψη ειδικότητας, υπηρεσίες που χρειάζονται άπαξ στον εργασιακό τους βίο. Όλες οι υπόλοιπες βεβαιώσεις και πιστοποιητικά που χρειάζονται κατ' επανάληψη, χορηγούνται δωρεάν.

5) Η εκκρεμούσα διασύνδεση των Ιατρικών Συλλόγων με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο αναμένεται να υλοποιηθεί προσεχώς, χρηματοδοτούμενη από αντίστοιχο πρόγραμμα, διατηρώντας τους Ιατρικούς Συλλόγους ως ζωντανά κύτταρα, με διαρκή ρόλο και δράση.

ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ

1) Πρωταρχικό βήμα για την ενίσχυση της λειτουργίας των Ιατρικών Συλλόγων αποτελεί η σημαντική αναβάθμιση της Νομικής Υπηρεσίας του ΠΙΣ με σημαντικό όγκο Γνωμοδοτήσεων και Οδηγιών αλλά και εκπόνηση προτάσεων Πολιτικών Υγείας όπως καταγράφεται στους επισυναπτόμενους πίνακες. (βλ. τέλος παρόντος κεφαλαίου)

2) Για πρώτη φορά από τη σύσταση των Ιατρικών Συλλόγων ως Ν.Π.Δ.Δ. εκπονήθηκε η διαδικασία προς την ΑΑΔΕ - Γενική Δ/νση Φορολογικής Διοίκησης προκειμένου να υπάρξει έκδοση κωδικών για είσπραξη οφειλών υπέρ τρίτων.

3) Επίσης για πρώτη φορά υπήρξε αίτηση υπαγωγής των ιατρικών Συλλόγων σε Πρόγραμμα ΕΣΠΑ προκειμένου να χρηματοδοτηθούν:

- Ανακαίνιση κτηριακών εγκαταστάσεων (με σκοπό την αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό των κτηρίων, την αναβάθμιση υγιεινής και ασφάλειας και παρεμβάσεις για τη διευκόλυνση ΑΜΕΑ)
- Εκπαίδευση ιατρών μέσω των Συλλόγων
- Δημιουργία ψηφιακής βιβλιοθήκης
- Διενέργεια Εξειδικευμένων Μελετών (π.χ. πρόληψη ασθενειών, κλινικών ερευνών)
- Μισθολογικό κόστος εργαζομένων (για νέο προσωπικό)
- Ψηφιακή αναβάθμιση τόσο σε επίπεδο λειτουργικότητας, αλλά και προκειμένου να ολοκληρωθεί η διαδικασία της Διασύνδεσης των Ιατρικών Συλλόγων με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, ώστε να υπάρχει αφενός καλύτερη διαχείριση των ιατρών-μελών των Συλλόγων και αφετέρου να δημιουργηθεί μία ενιαία βάση δεδομένων, όπως απαιτεί η σύγχρονη ψηφιακή εποχή επιλύοντας έτσι χρόνια προβλήματα δυσλειτουργίας (ελλιπής στελέχωση , αδυναμίες ή ανεπάρκειες)

4) Έχει αιτηθεί από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο η μόνιμη εκπροσώπηση των Ιατρικών Συλλόγων στα Δ.Σ. των νοσοκομείων της περιφέρειάς τους.

Με όλες αυτές τις ενέργειες καταδεικνύεται η πρόθεση του ΠΙΣ να ενισχύσει την αυτοδυναμία των Ιατρικών Συλλόγων και να εξισορροπήσει ανισότητες αναγνωρίζοντας ότι αποτελούν πυλώνες στήριξής του.

5) Με ενέργειες του Πανελλήνιου Ιατρικού

Η κάθε μας μέρα, εστιάζει στο να **Αλλάζουμε το Αύριο.**

Στην Astellas κάθε μέρα δεσμευόμαστε να προσεγγίσουμε ακόμη περισσότερο τις ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες των ασθενών, βασιζόμενοι στην εμπειρία μας στους θεραπευτικούς τομείς της ογκολογίας, της ουρολογίας και της μεταμόσχευσης.

Ακολουθούμε την επιστήμη και εφαρμόζουμε πρωτοποριακές έρευνες σε περαιτέρω τομείς θεραπείας, όπως οι νευροεπιστήμες, η οφθαλμολογία, η νεφρολογία, η γυναικολογική υγεία, η ανοσολογία και οι μυϊκές παθήσεις.

Συνεχίζουμε με αφοσίωση την αποστολή μας, να μετατρέψουμε την καινοτομία σε αξία για τους ασθενείς μας.

astellas.com/gr

astellas
Changing tomorrow

© June 2020 Astellas Pharmaceuticals A.E.B.E.
NON_2020_0023_GR

Συλλόγου, νομοθετικά ρυθμίστηκε η απαλλαγή από την υποχρέωση υποβολής «πόθεν έσχες» για τους Προέδρους και τα μέλη των Διοικητικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων.

10. ΣΤΟΧΟΙ

1. Διεύρυνση αρμοδιοτήτων

- Ο ΠΙΣ επιζητά την ανάληψη της αδειοδότησης των επιστημονικών συνεδρίων που αυτή τη στιγμή γίνεται από τον ΕΟΦ.
- Επιδιώκει την διαρκώς αυξημένη συμμετοχή του στη ρύθμιση της εκπαίδευσης των γιατρών δια των επιστημονικών εταιρειών.
- Αντιλαμβάνεται την ανάγκη αξιολόγησης των ιατρών κατά τρόπο αντικειμενικό στα ευρωπαϊκά πρότυπα και οφείλει να προετοιμαστεί ως μόνος εγγυητής της (audit, revalidation, appraisal)
- Διεκδίκηση για διαρκή παρουσία στα Διοικητικά Συμβούλια ΕΟΠΥΥ, ΕΟΔΥ, ΟΔΙΠΥ και ΤΕΚΝΥ.

2. Ιδιοκτησιακό

10 χρόνια μετά την απελευθέρωση του ιδιοκτησιακού καθεστώτος των ιατρείων (51%) οφείλουμε να αξιολογήσουμε τη θετική ή αρνητική επίπτωση του μέτρου στην οικονομία της χώρας, με δεδομένο ότι στην άσκηση της ιατρικής σύμφωνα με τη δεοντολογία μας το αποτύπωμα είναι αρνητικό, οφείλουμε να διεκδικήσουμε εκ νέου το αποκλειστικό δικαίωμα των γιατρών στην ίδρυση και λειτουργία ιατρείων και το 51% σε μονάδες ΠΦΥ.

3. Αμοιβές

Εν μέσω πανδημίας για πρώτη φορά μετά από πολλά χρόνια είδαμε κατά περίπτωση (εμβολιασμοί, προγράμματα πρόληψης, βραχυχρόνιες συνεργασίες) αμοιβές πολύ μεγαλύτερες από τις σταθερά χαμηλές της περιόδου 2012-2019. Παρόλα αυτά οι αμοιβές στη χώρα μας υπολείπονται δραματικά έναντι της πλειοψηφίας των ευρωπαϊκών χωρών ακόμα και όταν η σύγκριση αφορά χώρες όπως η Ρουμανία, η Μάλτα και η Κύπρος. Ο ΠΙΣ θέτει και θα συνεχίσει να θέτει το θέμα διαρκώς, στοχεύοντας οι αυξήσεις που έχουν δοθεί σε επιμέρους πράξεις να αποτελέσουν οδηγό για την αύξηση των αμοιβών του ιατρικού κόσμου συνολικά.

4. Εφαρμογή Ευρωπαϊκής οδηγίας απασχόλησης

Παρά τις ανάγκες αυξημένης υπερωριακής εργασίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας που οδήγησε σε υπερκόπωση και παραίτηση αρκετούς συναδέλφους, η χρονική στιγμή είναι η καταλληλότερη για την υιοθέτηση της Ευρωπαϊκής οδηγίας απασχόλησης στα νοσοκομεία καθώς είναι πλέον σαφές ότι η διαρκής αναβολή της εφαρμογής της ,αφενός επηρεάζει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ,αφετέρου καθιστά ολοένα και πιο δύσκολη την έναρξη της.

5. Ενθάρρυνση συμμετοχής των νέων.

Η συμμετοχή των νέων στα κοινά του ΠΙΣ και των ΙΣ πρέπει να είναι διαρκής επιδίωξη μας για λόγους προφανείς.

Καθώς μεγάλος αριθμός αυτών βρίσκεται στο εξωτερικό, η συμμετοχή τους θα πρέπει να διευκολύνεται με κάθε δυνατό τρόπο και κυρίως με τη χρήση της τεχνολογίας σε όλες τις δραστηριότητες μας.

Χρειαζόμαστε την εμπειρία τους, απαιτείται να δώσουμε λύσεις στα προβλήματα τους, είναι αναγκαία η αναγνώριση των δικαιωμάτων τους κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης με παράλληλη τήρηση των υποχρεώσεων όπως και η ένταξη τους στο σύστημα υγείας μας από το οποίο, ως γνωστόν, απουσιάζουν οι μεσαίες ηλικίες.

6. Ενίσχυση δράσεων γυναικών

Καθώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει σύλλογος ιατρών-γυναικών, που υφίσταται σε πολλές χώρες και σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ΠΙΣ οφείλει να δει τις ιδιαιτερότητες της άσκησης της ιατρικής από τις γυναίκες συναδέλφους.

Πέρα από τα θέματα που σχετίζονται με την οικογένεια και τα παιδιά, είναι χρήσιμο να δημιουργήσουμε το απαραίτητο περιβάλλον για την αποτροπή της άσκησης έμφυλης βίας σε όλα τα επίπεδα και της αποτελεσματικής τιμωρίας της όταν αυτή συμβαίνει. Για να μην συναντήσουμε το ιατρικό "me too", το ακανθώδες αυτό θέμα που ουδέποτε μας απασχόλησε επισήμως, πρέπει να προληφθεί.

7. Βία στην υγεία

Η αντιμετώπιση της βίας στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας υπήρξε προτεραιότητά μας εξαρχής, που δεν ευοδώθηκε λόγω της ατυχούς συγκυρίας.

Η αναγκαιότητα όμως διαρκών δράσεων παραμένει τόσο προς την κοινωνία όσο και προς την πολιτεία, από την οποία ζητούμε το χαρακτηρισμό όλων των αδικημάτων εναντίων λειτουργών υγείας ως ιδιώνυμων, εφόσον αυτά σχετίζονται με την άσκηση επαγγέλματος τους.

Η πανδημία μάς αφήνει, ως παρακαταθήκη, τη δράση σε συνθήκες μοναδικής έκτακτης και μεγάλης χρονικής διάρκειας, σε συνδυασμό με την αυξημένη εμβέλεια στην κοινή γνώμη, λόγω της διαρκούς παρουσίας στην πρώτη γραμμή, τόσο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, όσο και όλων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας.

Οφείλουμε να αξιοποιήσουμε το κεφάλαιο αυτό στις μελλοντικές μας δράσεις, για την επίτευξη των στόχων μας, επ' ωφελεία του συνόλου του ιατρικού κόσμου και πρωτίστως των ασθενών μας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός

Ετήσια συνάντηση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ιατρικών Συλλόγων (CEOM)

Θεσσαλονίκη 27-29/5/2022

Οι σχέσεις ασθενών και γιατρών κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η βία κατά των ιατρών φαινόμενο που εντείνεται το τελευταίο διάστημα, αλλά και ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας τέθηκαν στο τραπέζι των συζητήσεων κατά τη διάρκεια της ετήσιας συνάντησης του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ιατρικών Συλλόγων (Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM), η οποία διοργανώθηκε στην Ελλάδα μετά από 15 χρόνια.

Η συνεδρίαση της ολομέλειας του CEOM πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη το περασμένο Σαββατοκύριακο με την αρωγή του Ιατρικού Συλλόγου της πόλης.

Κατά τη διάρκεια της συνάντησης τέθηκαν ζητήματα κρίσιμης σημασίας ιδιαίτερα τώρα που τα συστήματα Υγείας της Ευρώπης ανασυγκροτούνται μετά τα δύο χρόνια της πανδημίας του covid – 19.

Η ορθή ιατρική πρακτική, αλλά και ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας που θα πρέπει να τηρείται απαρέγκλιτα, αποτέλεσαν τα βασικά ζητήματα που έθεσε ο Πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) κ. Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, ενώ ανέλυσε το πλαίσιο για την καλύτερη συνεργασία ιατρών ασθενών σε μία περίοδο όπου σοβαρά προβλήματα υγείας έχουν μεταχρονολογηθεί ακριβώς εξαιτίας της πανδημίας.

Αίσθηση προκάλεσε έρευνα που παρουσιάσθηκε για πρώτη φορά και έγινε από τον Καθηγητή Χειρουργικής-Αγγειοχειρουργικής της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης κ. Θωμά Γερασιμίδη, σχετικά με τα αίτια θανάτου του Μεγάλου Αλεξάνδρου. Οι ξένοι προσκεκλημένοι της χώρας μας έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα αποτελέσματα της έρευνας, αφού μέχρι σήμερα δεν είχε αποσαφηνισθεί πώς πέθανε ο Έλληνας στρατηλάτης.

Στη συνεδρίαση της ολομέλειας του CEOM παραβρέθηκαν εκτός των άλλων ο Δήμαρχος Θεσσαλονίκης κ. Κωνσταντίνος Ζέρβας και η Αντιπεριφερειάρχης Υγείας της Κεντρικής Μακεδονίας κ. Μελίνα Δερμετζοπούλου. Στην ολομέλεια απηύθυναν χαιρετισμούς η υφυπουργός Υγείας κ. Ζωή Ράπτη και ο Περιφερειάρχης Αττικής και Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Γιώργος Πατούλης.

Την Ελλάδα εκπροσώπησαν ο αντιπρόεδρος της CEOM κ. Κωνσταντίνος Κουτσόπουλος και ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης κ. Νικόλαος Νίτσας.

Στη συνεδρίαση της ολομέλειας συμμετείχαν ο Αντιπρόεδρος της UEMS (Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών) κ. Ανδρέας Παπανδρούδης, εκ μέρους της CPME (Μόνιμη Επιτροπή των Ευρωπαίων Ιατρών) η Αντιπρόεδρος κ. Μαρίλυ Πασακιώτου, ο κ. Κ. Κουμάκης, Αντιπρόεδρος της ΑΕΜΗ (Ευρωπαϊκή Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών), καθώς και από τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο (WMA) ο Γεν. Γραμματέας, Dr. Otmar Kloiber και από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Έμμισθων Ιατρών (FEMS), ο Πρόεδρος Dr Joao De Deus.

Από το Γραφείο Τύπου του Π.Ι.Σ.

Δήλωση Προέδρου του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) κ. Αθανάσιου Εξαδάκτυλου με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας

Αθήνα, 08/04/2022

Η Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, που βρίσκει τη χώρα μας σε μια στιγμή όπου τα διδάγματα της πανδημίας, σε συνδυασμό με τα διδάγματα του παρελθόντος και την αναγκαιότητα συνολικής αναμόρφωσης του χώρου της υγείας, αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Η πρόληψη και ο τρόπος ζωής είναι εξίσου σημαντικές με την ύπαρξη ενός συστήματος υγείας το οποίο θα εξασφαλίζει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα σύμφωνα με τις δυνατότητες της επιστήμης που αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς.

Η Ελλάδα στερείται καθολικού και αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει με πρώτη το 1929.

Η διαχρονική αυτή αποτυχία οφείλεται στους κατά καιρούς σχεδιασμούς που αγνοούσαν την πραγματικότητα και τις προτάσεις του ιατρικού κόσμου. Ο πλούτος των επιστημόνων όλων των ειδικοτήτων της Ελλάδος σε συνδυασμό με τη διαρκή απαίτηση των πολιτών για ελεύθερη επιλογή ιατρού, πρέπει να είναι η βάση κάθε σχεδιασμού.

Συστήματα που προβλέπουν αποκλεισμούς και αντιγράφουν άλλες χώρες, απέτυχαν στο παρελθόν και είναι καταδικασμένα στο παρόν και στο μέλλον.

Με αφορμή την κατάθεση σε δημόσια διαβούλευση του νομοσχεδίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την καθιέρωση του προσωπικού ιατρού, θα πρέπει να αξιοποιηθούν και να ενσωματωθούν οι προτάσεις του ιατρικού κόσμου, καθώς το παρόν νομοσχέδιο δεν καλύπτει τις δυο αυτές βασικές προϋποθέσεις.

Επιπλέον η χρηματοδότηση του τομέα της Υγείας θα πρέπει να αυξηθεί, καθώς η πρόοδος της επιστήμης και η πραγματικότητα το επιβάλλουν.

Οι Έλληνες γιατροί σήμερα είναι από τους χειρότερα αμειβόμενους στη Ε.Ε., γεγονός που οδηγεί δεκάδες χιλιάδες στη μετανάστευση.

Δεσμευόμαστε ότι τα συμφέροντα των ασθενών και τα καλώς νοούμενα συμφέροντα του ιατρικού κόσμου θα καθοδηγήσουν τις ενέργειές μας για τον εκσυγχρονισμό και την αναμόρφωση του τομέα της Υγείας στη χώρα μας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ του ΠΙΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός

Θέσεις Π.Ι.Σ. σχετικά με τις σχεδιαζόμενες αλλαγές στην ΠΦΥ & ΕΣΥ

Αθήνα, 18/03/2022

Τη δυσαρέσκεια του για τις διαρροές από πλευράς υπουργείου Υγείας περί των σχεδιαζόμενων μεταρρυθμίσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και το ΕΣΥ, εκφράζει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ).

Χωρίς καμία διαβούλευση ή ενημέρωση, χωρίς κανένα επίσημο κείμενο, ενημερωνόμαστε από τον Τύπο για σημαντικές αλλαγές στις πολιτικές υγείας, αναφέρει ο ΠΙΣ.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος καλεί τον Υπουργό Υγείας να κοινοποιήσει άμεσα και με θεσμικό τρόπο το κείμενο των προτάσεών του, προκειμένου ο επίσημος θεσμικός φορέας των ιατρών όλης της χώρας, να τοποθετηθεί, να καταθέσει τις προτάσεις του και να διεξαχθεί διάλογος ουσίας και όχι διάλογος εντυπώσεων.

Υπενθυμίζουμε ότι, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος είναι διαχρονικά υπέρ της ελεύθερης επιλογής ιατρού και νοσοκομείου από τον ασθενή και εναντίον του συστήματος ελεγχόμενης πρόσβασης (gatekeeping).

Επίσης ο ΠΙΣ είναι υπέρ της δυνατότητας όλων των ιατρών να συνάψουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση και όχι με capitation.

Τέλος ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θεωρεί ότι η πρόσβαση των πολιτών στο ΕΣΥ θα πρέπει να είναι ισότιμη, δωρεάν και ελεύθερη. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο διαφωνεί με τα απογευματινά ιδιωτικά χειρουργεία στο ΕΣΥ, μέτρο που θα αναγκάσει τους πολίτες να βάλουν βαθιά το χέρι στην τσέπη, τη στιγμή που ήδη έχουν πληρώσει πανάκριβα μέσω των ασφαλιστικών τους εισφορών.

Ο ΠΙΣ συνεχίζει να διεκδικεί αύξηση των δαπανών για την Υγεία, αναβάθμιση του μισθού των νοσοκομειακών ιατρών και ενίσχυση του ΕΣΥ με μόνιμες προσλήψεις.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

MAMMOMAT Revelation

What's new with VC20?

With 50° Wide-Angle Tomosynthesis Superior by design.

siemens-healthineers.com/mammomat-revelation

What's new?

Designed for superior cancer detection[1,2]
Realize the full potential of tomo with 50°

Designed for personalized care
Embrace the uniqueness of every woman

Designed for cost-effectiveness
Experience efficiency in every step

1 Compared to FFDM; PMA P140011/S001 & P140011/S003; Georgian et al. (2019): Can Digital Breast Tomosynthesis Replace Full-Field Digital Mammography? A Multireader, Multicase Study of Wide-Angle Tomosynthesis. AJR 2019, pp. 1-7. doi.org/10.2214/AJR.18.20294.

2 Compared to FFDM; Zackrisson S, Lång K, Rosso A, Johnson K, Dustler M,Förnvik D et al. (2018) One-view breast tomosynthesis versus two-view mammography in the Malmö Breast Tomosynthesis Screening Trial (MBTST): A prospective, populationbased, diagnostic accuracy study. The Lancet Oncology. doi:10.1016/S1470-2045(18)30521-7

SIEMENS Healthineers

Σύνοδος των προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας

Αθήνα, 28/02/2022
Α.Π.: 11945

Η Σύνοδος των προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας διεξήχθη το περασμένο Σάββατο στην Αθήνα με την παρουσία του υπουργού Υγείας, κ. Θάνου Πλεύρη και της υφυπουργού, κ. Ζωής Ράπτη.

Ενόψει των αλλαγών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το προεδρείο του ΠΙΣ έθεσε υπόψη του υπουργού Υγείας εργασιακά θέματα των ιατρών της χώρας, τις προτάσεις τους για τις αναγκαίες αλλαγές σε ΠΦΥ και ΕΣΥ -που εδώ και ένα έτος έχει καταθέσει- αλλά και την ανάγκη υποχρεωτικής συνταγογράφησης όχι μόνο των αντιβιοτικών φαρμάκων, αλλά όλων των φαρμακευτικών σκευασμάτων που δεν είναι ΜΥΣΥΦΑ.

Τονίστηκε εξάλλου εκ μέρους του ΠΙΣ, η ανάγκη δυνατότητας συνταγογράφησης σε ανασφάλιστους πολίτες από όλους τους γιατρούς κι όχι μόνο από αυτούς του δημόσιου συστήματος υγείας με σκοπό τη διευκόλυνση των ασθενών. Ο κ. Πλεύρης δεσμεύτηκε να εξετάσει άμεσα τα ζητήματα που του τέθηκαν κατά τη Σύνοδο των προέδρων ΙΣ και δεσμεύτηκε να επανέλθει σε αυτά σύντομα σε συνάντηση με το προεδρείο του ΠΙΣ. Η κ. Ράπτη εξάλλου, στάθηκε αλληλέγγυα στο αίτημα του ΠΙΣ για τα φάρμακα και κάλεσε σε συνεργασία για καλύτερη ψυχική υγεία.

Να θυμίσουμε ότι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει καταθέσει συγκεκριμένες προτάσεις για αναδιάρθρωση της ΠΦΥ και του ΕΣΥ στην ηγεσία του ΥΥΚΑ από το Νοέμβριο του 2020 ενώ έχει επανέλθει πολλάκις στο θέμα αυτό με αποστολή προτάσεων και διευκρινίσεων.

Τα αιτήματα εκ μέρους της Συνόδου προέδρων ΙΣ περιλαμβάνουν συνοπτικά:

- Κανένα φάρμακο χωρίς συνταγή.
- Συνταγογράφηση για τους ανασφάλιστους από όλους τους γιατρούς.
- Σύγχρονο ΕΣΥ με σχέσεις εργασίας που να εξασφαλίζουν την ενδυνάμωσή του και που δεν θα δημιουργούν προνομιούχες ομάδες γιατρών.
- ΠΦΥ που θα αξιοποιεί τον επιστημονικό πλούτο της χώρας με ευέλικτο σύστημα.
- Αναβάθμιση ιατρικού μισθολογίου και ιατρικών αμοιβών.
- Κατάργηση του clawback του ιδιωτικού διαγνωστικού τομέα και των περικοπών στις αμοιβές του ιατρικού προσωπικού.
- Κατάρτιση πλαισίου μεταπτυχιακής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Θωράκιση ιατρικού έργου και ιατρικής πράξης.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Ο ΠΙΣ δίπλα στους νοσοκομειακούς ιατρούς

Αθήνα, 07/02/2022

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος στέκεται δίπλα στον Έλληνα νοσοκομειακό γιατρό που σε συνθήκες υγειονομικού πολέμου σώζει ζωές με κόστος πολλές φορές τη δική του υγεία.

Στα νοσοκομεία της χώρας δίνεται τα τελευταία δύο χρόνια αξιοθαύμαστη μάχη για την αντιμετώπιση των βαρύτατων περιστατικών με COVID-19 που φτάνουν σε αυτά καθημερινά. Γιατροί όλων των ειδικοτήτων συνδράμουν τους συναδέλφους τους της πρώτης γραμμής, καθώς ολόκληρες κλινικές και το πλήθος των κλινών στα περισσότερα νοσοκομεία έχουν διατεθεί για τους ασθενείς με COVID-19.

Το τελευταίο διάστημα, η πλειοψηφία όσων καταλήγουν στις ΜΕΘ είναι άνω των 70 ετών, με συνοδά νοσήματα και κυρίως ανεμβολίαστοι.

Με τις καθημερινές νέες εισαγωγές να είναι 100άδες, κάποιοι αφήνουν υπόνοιες για την επιστημοσύνη και την εργατικότητα των γιατρών, που ενώ έχουν σηκώσει στις πλάτες τους όλο το βάρος της πανδημίας, συνεχίζουν να προσφέρουν το 100% των δυνατοτήτων τους.

Τα ακριβή στοιχεία του ΕΟΔΥ αναφέρουν ότι οι θάνατοι στην ηλικία > 65 ετών αντιπροσωπεύουν το 82,8%

Η διάμεση ηλικία των διασωληνωμένων είναι τα 65 έτη με το 84,0% να έχει υποκείμενο νόσημα ή/και ηλικία 70 ετών και άνω.

Μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύονται διασωληνωμένοι (551

anaBIOsis

Η Υγεία στο DNA μας!

Αθήνα: Παράπλευρος Λ. Κύμης 3-7, 14122 Νέο Ηράκλειο Αττικής,
τηλ.: 210 271 1020, fax: 210 2712001
Θεσ/νίκη: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης - Μουδανιών, 55535 Θεσ/νίκη,
τηλ.: 2310 489360, fax: 2310 489396
email: info@anabiosis.gr • site: www.anabiosis.gr

anaBIOsis/ADV/ANA/05.2022.

χθες), οι 428 (77.68%) είναι ανεμβολίαστοι ή μερικώς εμβολιασμένοι και μόλις 123 (22,32%) είναι πλήρως εμβολιασμένοι.

Οι άμεσες προσλήψεις μόνιμου ιατρικού προσωπικού και η εναρμόνιση του ιατρικού μισθολογίου στο επίπεδο της ζώνης του ευρώ είναι οι άμεσες διορθωτικές κινήσεις που οφείλει να κάνει η κυβέρνηση για τη στήριξη του ΕΣΥ.

Ο ΠΙΣ δεν θα ανεχτεί καμία υπόνοια για την ποιότητα και το εύρος του έργου των γιατρών στα νοσοκομεία ειδικά από μη επιστήμονες της Υγείας.

Και συγχαίρει τους γιατρούς για την αυτοθυσία με την οποία συνεχίζουν να προσφέρουν τις πολύτιμες υπηρεσίες τους.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καρκίνου

Αθήνα, 04/02/2022

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την καθυστέρηση που παρατηρείται στα προγράμματα πρώιμης πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης των νέων περιστατικών καρκίνου.

Η πανδημία έχει πλήξει τον τομέα της πρόληψης, με τις δυνάμεις του υγειονομικού συστήματος να έχουν στρέψει το μεγαλύτερο μέρος των δυνάμεών του στην αντιμετώπιση του κορωνοϊού, και τους πολίτες να αμελούν τις ετήσιες εξετάσεις τους.

Τα διάφορα είδη καρκίνου ωστόσο δεν «περιμένουν» την πανδημία να εκτονωθεί, ούτε και οι ασθενείς με ογκολογικά και αιματολογικά νοσήματα έχουν άπλετο χρόνο στη διάθεσή τους.

Η Πολιτεία οφείλει να δημιουργήσει άμεσα τις συνθήκες για προσυμπτωματικό έλεγχο, ενημέρωση των πολιτών για όλα τα θέματα που σχετίζονται με τον καρκίνο, πρόσβαση σε νέες θεραπείες και χειρουργεία αιχμής, ώστε οι Έλληνες πολίτες να έχουν όλα τα αναγκαία όπλα στα χέρια τους στον πόλεμο κατά της ασθένειας με τα δεκάδες πρόσωπα.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Δικαίωση για τον ΠΙΣ η τροπολογία του Υπουργείου Υγείας για την προστασία των Ιατρών

Αθήνα, 23/12/2021
Α.Π.:11366

Δικαίωση του ιατρικού κόσμου όλης της χώρας, αποτελεί η ψήφιση από την ηγεσία του υπουργείου Υγείας ειδικής τροπολογίας βάσει της οποίας περιορίζεται η ευθύνη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά την περίθαλψη νοσηλευομένων ασθενών που πάσχουν από κορωνοϊό covid 19, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, προκειμένου να αποφεύγονται αβάσιμες μηνύσεις.

Πρόκειται για μία ρύθμιση που προστατεύει τους ιατρούς αλλά και γενικότερα τους υγειονομικούς που δίνουν τη μάχη στην πρώτη γραμμή έναντι του κορωνοϊού. Παράλληλα η τροπολογία που προστατεύει πλέον το ιατρικό προσωπικό της χώρας, αποτελεί και δικαίωση για τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο ο οποίος σχεδόν από την αρχή της πανδημίας, τον Μάρτιο του 2020, είχε ξεκινήσει συντονισμένες ενέργειες με αλλεπάλληλες παρεμβάσεις του προς τα υπουργεία Υγείας και Δικαιοσύνης αλλά και προς τον υπουργό Επικρατείας. Ο υπουργός Υγείας κ.Θάνος Πλεύρης είχε μάλιστα δεσμευτεί κατά τη διάρκεια της Συνόδου των Προέδρων όλων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας τον Νοέμβριο του 2021, ότι θα εξετάσει το ζήτημα, κάτι το οποίο υλοποιείται σήμερα.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος επισημαίνει ότι η προστασία των ιατρών όλης της χώρας που συμβάλουν στην αντιμετώπιση της πανδημίας στο ΕΣΥ με το ακαταδίωκτο, δεν αποτελεί προνόμιο του κλάδου, αλλά υποχρέωση της Πολιτείας απέναντι σε επαγγελματίες που δίνουν καθημερινή μάχη από την πρώτη στιγμή προκειμένου να σωθούν ανθρώπινες ζωές.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

3η κατά σειρά επιτυχία Ελλήνων ιατρών σε διεθνή οργανισμό. Ελληνίδα αντιπρόεδρος στη CPME

Αθήνα, 01/12/2021
Α.Π.: 11141

Την Παρασκευή και το Σάββατο 26-27 Νοεμβρίου πραγματοποιήθηκε στο Όσλο η πρώτη μετά τον κορωνοϊό, υβριδική Γενική Συνέλευση της CPME (Comité Permanent des Médecins Européens). Στις εργασίες συμμετείχαν εκ μέρους του ΠΙΣ, ο πρόεδρος Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, το μέλος του ΔΣ και αντιπρόεδρος της UEMS, Δρ Ανδρέας Παπανδρούδης και η επικεφαλής της ελληνικής αντιπροσωπείας Δρ Μαρίλυ Πασακιώτου.

Κατά τις εργασίες της συνέλευσης, πραγματοποιήθηκαν αρχαιρεσίες για εκλογή νέου προεδρείου στις οποίες συμμετείχε και εξελέγη στην πρώτη θέση εκ των 4 εκλεγέντων αντιπροέδρων, η Δρ Μαρίλυ Πασακιώτου, ισοψηφώντας με τον Ιρλανδό επανεκλεγέντα αντιπρόεδρο. Η Δρ Πασακιώτου, με μακρά διαδρομή στην CPME ως εκπρόσωπος του ΠΙΣ, ήταν το τελευταίο διάστημα πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας για τους Πρόσφυγες, της οποίας το έργο έχει αναγνωριστεί από όλους τους Ευρωπαίους συναδέλφους οι οποίοι την τίμησαν με την εκλογή στη θέση της αντιπροέδρου.

Η συνέλευση και οι ομάδες εργασίας της CPME, με εκπροσώπους από όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με θέματα προαγωγής της υγείας του πληθυσμού, με έμφαση στην πρόληψη.

Ειδικά, στο μεγάλο ζήτημα της πανδημίας από την COVID-19, η θέση της CPME υπήρξε σαφέστατη υπέρ του εμβολιασμού όλου του πληθυσμού, ως τη μόνη λύση για να τελειώσει η πανδημία και να επανέλθουμε στην κανονικότητα. Να θυμίσουμε ότι αυτή τη στιγμή σε ευρωπαϊκά όργανα κατέχουν θέσεις αντιπροέδρων ο Δρ Α. Παπανδρούδης στην UEMS, ο κ. Κ. Κουτσόπουλος στη CEOM, ενώ από αναπλήρωση ο κ. Κ. Κουμάκης είναι αντιπρόεδρος στην AEMH.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Clawback Εργαστηριακών Γιατρών

Αθήνα, 25/11/2021
Α.Π.: 11100

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) στηρίζει τα δίκαια αιτήματα των εργαστηριακών γιατρών οι οποίοι ζητούν την πλήρη κατάργηση του clawback, το οποίο εδώ και χρόνια ταλανίζει τον κλάδο.

Ο ΠΙΣ θεωρεί ότι το clawback είναι ένα απολύτως άδικο μέτρο το οποίο μάλιστα έπρεπε να είχε καταργηθεί από το 2018, αφού έχουν εκλείψει οι λόγοι θέσπισής του.

Οι ιδιώτες εργαστηριακοί ιατροί (Βιοπαθολόγοι, Ακτινοδιαγνώστες, Πυρηνικοί Ιατροί και Κυτταρολόγοι) οδηγούνται στην εξόντωση με την αναγκαστική επιστροφή των ποσών που τους οφείλει ο ΕΟΠΥΥ για εκτελεσμένες εργαστηριακές εξετάσεις που υπερβαίνουν τον κλειστό προϋπολογισμό.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) αυτονοήτως συμπαραστέκεται στους εργαστηριακούς γιατρούς και στα δίκαια αιτήματά τους.

Γι' αυτό και ζητά από τον υπουργό Υγείας να ξεκινήσει άμεσα διάλογο μαζί τους και να ενσκήψει περαιτέρω στα προβλήματα του κλάδου.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Σύνοδος των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων όλης της χώρας

Αθήνα, 13/11/2021

Τη δέσμευσή του ότι θα εξετάσει το ζήτημα της προώθησης ειδικής ρύθμισης με την οποία θα προστατεύονται με το ακαταδίωκτο οι γιατροί που συμβάλουν στην αντιμετώπιση της πανδημίας στο ΕΣΥ, διατύπωσε μεταξύ άλλων ο υπουργός Υγείας κ.Θάνος Πλεύρης μιλώντας στη Σύνοδο των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων όλης της χώρας, που διεξήχθη σήμερα στην Αθήνα υπό τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Κατά τις εργασίες της συνέλευσης, πραγματοποιήθηκαν αρχαιρεσίες για εκλογή νέου προεδρείου στις οποίες συμμετείχε και εξελέγη στην πρώτη θέση εκ των 4 εκλεγέντων αντιπροέδρων, η Δρ Μαρίλυ Πασακιώτου, ισοψηφώντας με τον Ιρλανδό επανεκλεγέντα αντιπρόεδρο. Η Δρ Πασακιώτου, με μακρά διαδρομή στην CPME ως εκπρόσωπος του ΠΙΣ, ήταν το τελευταίο διάστημα πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας για τους Πρόσφυγες, της οποίας το έργο έχει αναγνωριστεί από όλους τους Ευρωπαίους συναδέλφους οι οποίοι την τίμησαν με την εκλογή στη θέση της αντιπροέδρου. Στη σύνοδο παρέστη και η αναπληρώτρια υπουργός Υγείας κ.Μίνα Γκάγκα η οποία επίσης δεσμεύτηκε να επιλυθεί το θέμα της αστικής ευθύνης όλων των γιατρών που δίνουν μάχη με την covid στα δημόσια νοσοκομεία, με δεδομένο ότι όλος ο κλάδος έχει κληθεί να στηρίξει το ΕΣΥ σε αυτήν την δύσκολη ώρα για τη χώρα.Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος τάχθηκε κατά της επίταξης υπηρεσιών από ιδιώτες γιατρούς, ωστόσο εκφράστηκε από την πλευρά του προεδρείου η πεποίθηση ότι θα εξευρεθούν γιατροί για να καλύψουν τις ανάγκες στην περίπτωση που επιλυθεί το πρόβλημα της αστικής ευθύνης. Η ηγεσία του υπουργείου Υγείας ενώπιον όλων των προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων της χώρας παρουσιάστηκε πρόθυμη να συνεργαστεί με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο ώστε να μη χρειασθεί τελικώς να γίνει η επίταξη υπηρεσιών από ιδιώτες γιατρούς.

Η προτεινόμενη διάταξη του ΠΙΣ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος εδώ και καιρό έχει αποστείλει στην ηγεσία του υπουργείου Υγείας προτεινόμενη διάταξη με την οποία θα προστατεύονται οι γιατροί που θα εργασθούν εν μέσω πανδημίας στο ΕΣΥ.

Η προτεινόμενη διάταξη είναι η εξής:

Προτεινόμενη διάταξη

«Ανεξάρτητα από τυχόν αντίθετη διάταξη οποιουδήποτε άλλου νόμου, οι ιατροί και οι μονάδες υγειονομικής περίθαλψης στις οποίες αυτοί ασκούν το λειτούργημά τους απαλλάσσονται από οποιαδήποτε αστική ή ποινική ευθύνη για τυχόν ιατρικά σφάλματα που προκαλούνται από ενέργειες ή παραλείψεις τους κατά την άσκηση των καθηκόντων τους καθ' όλη τη διάρκεια των έκτακτων συνθηκών αντιμετώπισης ιατρικών περιστατικών της πανδημίας του COVID-19, υπό την προϋπόθεση, ωστόσο, ότι:

(i) οι πράξεις ή παραλείψεις τους αφορούν την περίθαλψη ασθενούς από COVID-19,

(ii) οι πράξεις ή παραλείψεις τους δεν αντίκεινται στα εφαρμοστέα στην Ελληνική Επικράτεια μέτρα για την διαχείριση και αντιμετώπιση της πανδημίας του COVID-19,

(iii) οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται καλόπιστα και οι τυχόν ζημίες από πράξεις ή παραλείψεις δεν οφείλονται σε δόλο ή βαρεία αμέλεια. Σε κάθε περίπτωση το μέτρο ευθύνης τους κατά την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε πάσχοντες από COVID-19 κρίνεται πραγματικά βάσει των έκτακτων συνθηκών της πανδημίας».

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Υπογραφή συμφωνίας με την UEMS για τη μοριοδότηση των συνεδρίων & Εκλογή Έλληνα αντιπροέδρου στην CEOM με την επόμενη συνάντηση στην Ελλάδα

Αθήνα, 01/11/2021
Α.Π.: 10925

Το Σάββατο 23 Οκτωβρίου 2021 στη Λεμεσό της Κύπρου διεξήχθη η Γενική Συνέλευση της UEMS (UEMS Council) με υβριδική μορφή, η πρώτη φορά από την έναρξη της πανδημίας κατά την οποία υπήρχε η δυνατότητα και για δια ζώσης παρουσία.

Στη διάρκεια της συνεδρίασης, υπεγράφη η συμφωνία του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου με τη UEMS η οποία προβλέπει την αναβάθμιση της μοριοδότησης όλων των συνεδρίων και επιστημονικών εκδηλώσεων που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα, τα οποία είχαν ως τώρα μοριοδότηση από τον ΠΙΣ. Εφεξής, και μετά την ολοκλήρωση των απαραίτητων τεχνικών ρυθμίσεων, θα υπάρχει ηλεκτρονική πλατφόρμα του ΠΙΣ η οποία θα οδηγεί σε διασύνδεση και μοριοδότηση των συνεδρίων από την UEMS και το EACCME (European Accreditation Council for Continuous Medical Education), με μόρια ECMECs. Τα μόρια αυτά θα έχουν πλέον διεθνή αναγνώριση καθώς υπάρχει επιπλέον αμοιβαία συμφωνία αναγνώρισης μεταξύ της UEMS και του αντίστοιχου οργανισμού των ΗΠΑ. Η συμφωνία ήταν το αποτέλεσμα πολύμηνης προετοιμασίας, συζητήσεων, διαπραγματεύσεων και τηλεδιασκέψεων του ΠΙΣ με την UEMS στα οποία συμμετείχαν το Διεθνές, το Νομικό και το τμήμα Πληροφορικής του ΠΙΣ, με τον συντονισμό και την ιδιαίτερη συμμετοχή των εκπροσώπων του ΠΙΣ στην UEMS, Δρ Αν-

δρέα Παπανδρούδη (Head of PhMA Delegation και UEMS Vice President) και κ. Χάρη Κούλα (PhMA Delegate).

Σημειώνεται ότι η Ελλάδα, μέσω ΠΙΣ, γίνεται η δεύτερη μόλις ευρωπαϊκή χώρα με την οποία η UEMS φτάνει σε ανάλογη συμφωνία, ενώ υπάρχουν ήδη αιτήσεις και από άλλες χώρες.

Στο UEMS Council της Λεμεσού συμμετείχαν και υπέγραψαν τη συμφωνία εκ μέρους του ΠΙΣ, ο Πρόεδρος Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος και ο Γενικός Γραμματέας Δρ Γεώργιος Ελευθερίου ενώ συμμετείχε και την συνυπέγραψε εκ μέρους της UEMS ο Αντιπρόεδρός της Δρ Ανδρέας Παπανδρούδης. Συμμετείχε επίσης ο εκπρόσωπος του ΠΙΣ (Delegate) κ. Χάρης Κούλας. Ο Αντιπρόεδρος της UEMS, ο οποίος συνέβαλε αποφασιστικά στην ολοκλήρωση της συμφωνίας μέσω και της συμμετοχής του στην Enlarged Executive Committee της UEMS, στη διάρκεια του Council παρουσίασε επίσης τα αποτελέσματα της πολύ σημαντικής Πανευρωπαϊκής έρευνας που διεξήγαγε η UEMS για τα προβλήματα των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών, της οποίας είχε τον συντονισμό από κοινού με τον επίσης Αντιπρόεδρο Dr Marc Hermans (Βέλγιο).

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα συνεχίσει να αγωνίζεται για την αναβάθμιση της μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης στη χώρα μας καταθέτοντας συγκεκριμένες προτάσεις στο υπουργείο Υγείας και επιδιώκοντας την υλοποίησή τους.

Εκλογή Κωνσταντίνου Κουτσόπουλου στη θέση του αντιπροέδρου της CEOM

Την Κυριακή, στην ετήσια συνεδρίαση του CEOM άλλος ένας Έλληνας εξελέγη σε τιμητική θέση, αυτήν του αντιπροέδρου, στο προεδρείο του European Council of Medical Orders εκπροσωπώντας τον ΠΙΣ και τη χώρα μας. Πρόκειται για τον Β' αντιπρόεδρο ΔΣ του ΠΙΣ, Κωνσταντίνο Κουτσόπουλο. Εξάλλου, όπως αποφασίστηκε, η επόμενη συνάντηση της CEOM θα γίνει στη Θεσσαλονίκη.

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Μήνας ευαισθητοποίησης για τον καρκίνο του μαστού

Αθήνα, 04/10/2021
Α.Π.: 10681

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) συμμετέχει στον αγώνα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Ο Οκτώβριος έχει καθιερωθεί διεθνώς ως μήνας ευαισθητοποίησης για αυτό το είδος καρκίνου που όταν εντοπίζεται στα πρώτα στάδια, μπορεί να αντιμετωπισθεί πλήρως.

Βασική προϋπόθεση είναι όλες οι γυναίκες ειδικά να υποβάλονται σε ετήσια μαστογραφία μετά τα 40 έτη ενώ αν έχουν επιβαρυμένη κληρονομικότητα αυτό πρέπει να γίνεται από νωρίτερα, όπως συστήνει ο εκάστοτε θεράπων ιατρός. Ο ΠΙΣ καλεί όλες τις γυναίκες να κάνουν ανελλιπώς και χωρίς καθυστέρηση ετησίως την εξέταση αυτή, με σκοπό να μειωθούν στο ελάχιστο τα περιστατικά εντοπισμού καρκίνου του μαστού σε προχωρημένα στάδια. Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται άλλωστε και ο ΕΟΠΥΥ με την εισαγωγή και νέων διαγνωστικών «όπλων» που θα βοηθήσουν πολλές γυναίκες να κερδίσουν τη μάχη.

Η πανδημία δημιούργησε δυσμενείς συνθήκες στη πρόσβαση των πολιτών σε ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα και νοσηλευτήρια από τον φόβο επαφής με τον κορωνοϊό. Αλλά είναι βέβαιο ότι αν αμελούμε τις ετήσιες προληπτικές εξετάσεις που πρέπει αν γίνονται ανά φύλο και ηλικία σε ορισμένους χρόνους και με περιοδικότητα, θα οδηγηθούμε σε νέες «πανδημίες». Στη χώρα μας, ο καρκίνος του μαστού είναι πρώτος σε συχνότητα εμφάνισης και δεύτερος ως αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα.

Ετησίως καταγράφονται περί τα 5.000 νέα περιστατικά που αντιστοιχούν στο 28% όλων των καρκίνων στις γυναίκες.

Αλλά το αισιόδοξο είναι ότι το 85% των ασθενών παρουσιάζει επιβίωση άνω της 5ετίας με το γεγονός αυτό να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην έγκαιρη διάγνωση.

Η πρόληψη σώζει κυριολεκτικά λοιπόν τις γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού!

Για το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ.
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος
Πλαστικός Χειρουργός
Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Δρ Γεώργιος Ελευθερίου
Αγγειοχειρουργός

Νέες καινοτόμες θεραπείες, βασικοί παράγοντες κινδύνου και δράσεις ενημέρωσης για τον Καρκίνο του Ήπατος

Κοινή Συνέντευξη Τύπου παραχώρησαν την Τετάρτη 20 Οκτωβρίου, ο Σύλλογος Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας», η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος (ΕΕΜΗ) και η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ), στα πλαίσια του Επίσημου Μήνα Ευαισθητοποίησης για τον Καρκίνο του Ήπατος.

Με κεντρικό μήνυμα την πρόληψη μέσα από έγκαιρες εξετάσεις και ενημέρωση για μια νόσο η οποία βάσει στοιχείων του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας κατέχει την **3η θέση σε θανάτους**, χαρτογραφήθηκαν ενδελεχώς οι **παράγοντες κινδύνου, οι νέες καινοτόμες θεραπείες** που βρίσκονται στην επιστημονική φαρέτρα, καθώς και αντίστοιχα **προγράμματα και δράσεις ενημέρωσης** προς αυτή την κατεύθυνση.

Η κα. **Ζένια Σαριδάκη - Ζώρα**, Πρόεδρος Δ.Σ της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ), αναφερόμενη στις **νέες καινοτόμες θεραπείες** για τη νόσο, προσέθεσε: *«Όλο και περισσότερα είναι τα όπλα που διαθέτουμε στη φαρέτρα μας για την καταπολέμηση του ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Η εξατομικευμένη προσέγγιση, με την χρήση νέων καινοτόμων στοχευμένων θεραπειών, οι οποίες είναι βασισμένες στην βιολογία του νοσήματος, και η ανοσοθεραπεία, που έχει αλλάξει την ιστορία σε πολλούς τύπους καρκίνου, επιτρέπουν επιτέλους στους ασθενείς μας και σε μας τους θεράποντες γιατρούς τους να ελπίζουμε»*.

Ζένια Σαριδάκη - Ζώρα, Πρόεδρος Δ.Σ της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος (ΕΟΠΕ)

Ιωάννης Ελευσινιώτης, Πρόεδρος του Δ.Σ της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης του Ήπατος (ΕΕΜΗ)

Σκιαγραφώντας τους **βασικούς παράγοντες κινδύνου** που προκαλούν τη νόσο, ο Πρόεδρος του Δ.Σ της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης του Ήπατος (ΕΕΜΗ), Καθηγητής κ. **Ιωάννης Ελευσινιώτης**, ανέφερε χαρακτηριστικά:

«Η πρόληψη μέσα από εξετάσεις, έγκαιρη ενημέρωση, ορθό τρόπο ζωής και τακτική επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, αποτελούν διαχρονικά την κατάλληλη ασπίδα προστασίας απέναντι στον Καρκίνο του Ήπατος, μια ασθένεια με σοβαρές συνέπειες για τον άνθρωπο που πολλές φορές τυχάνει ελλιπούς ενημέρωσης και πληροφορίας».

Τη Συνέντευξη Τύπου χαιρέτησαν οι κα. **Μαρία Σπυράκη**, Μέλος του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και της Επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Καταπολέμηση του Καρκίνου, αναφερόμενη τόσο στην ανάγκη της πρόληψης, όσο και στην ταχεία όξυνση των γενικότερων θεμάτων υγείας ενόψει της συνεχιζόμενης κλιματικής αλλαγής και κ. **Γιώργος Καλαμίτσης**, Πρόεδρος του Δ.Σ του Συλλόγου Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας», αναφερόμενος στις δυσκολίες πρόσβασης σε θεραπεία ασθενών με χρόνια ηπατικά νοσήματα συναρτήσει και της πανδημίας COVID-19.

Τέλος, ο **Βασίλης Γράβαρης**, Υπεύθυνος Επικοινωνίας του Συλλόγου Ασθενών Ήπατος Ελλάδος «Προμηθέας», παρουσίασε συνοπτικά τις **δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης** του Προμηθέα προς αυτή την κατεύθυνση λέγοντας:

«Η ενημέρωση αμφότερων των ασθενών ήπατος, των συγγενών αυτών, καθώς και του γενικού πληθυσμού που ενδέχεται να ανήκει σε ομάδα υψηλού ρίσκου χωρίς να το γνωρίζει, πάντοτε αποτελούν το καλύτερο «εμβόλιο» απέναντι σε μια παγκόσμια συνεχιζόμενη πανδημία, όπως αυτή του καρκίνου του ήπατος, η οποία εξακολουθεί να μην λαμβάνει τη δέουσα προσοχή από τα συστήματα υγείας».

Η Boehringer Ingelheim ανακοινώνει τις επικαιροποιημένες για το 2030 δεσμεύσεις της για την περιβαλλοντική βιωσιμότητα

Η Boehringer Ingelheim λειτουργεί με στόχο να εξυπηρετεί τις ανάγκες της υγείας των ανθρώπων και των ζώων

Αυτό καθιστά τη θέση της εταιρείας μοναδική στο να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της αειφόρου ανάπτυξης. Το πλαίσιο «Αειφόρος Ανάπτυξη - Για Γενεές» έχει τρεις πυλώνες: 'More Health', 'More Green' και 'More Potential'. Μέσω των τριών αυτών πυλώνων, η Boehringer Ingelheim εφαρμόζει 20 πρωτοβουλίες σε ολόκληρο τον κόσμο που καθοδηγούν τη συνεισφορά και την επίδραση της εταιρείας. Αυτές οι πρωτοβουλίες είναι σε συμφωνία με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών. Προκειμένου να επιτύχει τους στόχους αυτούς, η εταιρεία έχει ανανεώσει τη δέσμευσή της για συμμετοχή σε μεγάλο εύρος συνεργασιών που απαιτείται για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων προκλήσεων παγκοσμίως.

Με την ευκαιρία της Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για την Κλιματική Αλλαγή 2021 (COP26) η Boehringer Ingelheim ανακοινώνει την επικαιροποιημένη στρατηγική της προσέγγιση για τη βιωσιμότητα. Ειδικότερα, τον πυλώνα MORE GREEN με τις σχετικές δεσμεύσεις για περιβαλλοντική βιωσιμότητα, ως έναν από τους τρεις πυλώνες του πλαισίου «Αειφόρος Ανάπτυξη - Για Γενεές».

Συνεχίζοντας ένα ταξίδι το οποίο ξεκίνησε πριν από 135 χρόνια, η Boehringer Ingelheim συνεχίζει να προσφέρει λύσεις για ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες και ενισχύει τις φιλοδοξίες για την αντιμετώπιση παγκόσμιων υγειονομικών και περιβαλλοντικών προκλήσεων. Η ανανεωμένη στρατηγική προσέγγιση εξακολουθεί να εστιάζει στη δύναμη και στην αξία της μακροχρόνιας συνεργασίας που συμβάλλει σε ένα υγιέστερο και περισσότερο βιώσιμο μέλλον για την κοινωνία.

Με τον πυλώνα MORE GREEN, η Boehringer Ingelheim σκοπεύει να καταστεί ακόμα περισσότερο περιβαλλοντικά βιώσιμη, συνεχίζοντας τη σημαντική μείωση των εκπομπών αερίων του θερμοκηπίου, της χρήσης ενέργειας και πόρων καθώς και του αποτυπώματος νερού. Ανανεώνει τους στόχους περιβαλλοντικής βιωσιμότητας, δεσμευόμενη να:

- Να εξασφαλίσει ουδέτερο ισοζύγιο άνθρακα για τις επιχειρησιακές της λειτουργίες έως το 2030
- Να μειώσει περαιτέρω το αποτύπωμα νερού, ιδιαίτερα σε περιοχές που επηρεάζονται από τη διαθεσιμότητα του νερού, καθώς και να προστατέψει το καθαρό νερό στις κοινότητες στις οποίες η εταιρεία δραστηριοποιείται.
- Να εφαρμόσει αρχές κυκλικότητας για τη μείωση των λειτουργικών αποβλήτων στους χώρους υγειονομικής ταφής, καθώς και αρχές οικολογικού σχεδιασμού και πράσινης χημείας για όλα τα νέα προϊόντα.

Ο πυλώνας MORE GREEN εμπεριέχει αναθεωρημένους στόχους περιβαλλοντικής βιωσιμότητας για την αντιμετώπιση των πιο πιεστικών θεμάτων που αντιμετωπίζει ο πλανήτης μας. Στην Boehringer Ingelheim, το να κάνουμε τον πλανήτη μας υγιέστερο αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του στόχου μας να αναπτύσσουμε πρωτοποριακές θεραπείες που μεταμορφώνουν τις ζωές των ανθρώπων και των ζώων για πολλές γενεές. Η υποβάθμιση του περιβάλλοντος δεν επιδεινώνει μονάχα τα υφιστάμενα υγειονομικά ζητήματα, αλλά δημιουργεί επίσης νέες προκλήσεις.

Το πλαίσιο «Αειφόρος Ανάπτυξη - Για Γενεές» φιλοδοξεί να αναπτύξει καλύτερες θεραπείες, να προσφέρει καλύτερες λύσεις υγειονομικής φροντίδας και να συμβάλλει συνεχώς σε έναν καλύτερο κόσμο για τις μελλοντικές γενεές. Επιπλέον, εξελίσσει τις δεσμεύσεις της Boehringer Ingelheim και αυξάνει σημαντικά την επίδραση της εταιρείας σε υγειονομικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά θέματα, σε συμφωνία με τους Στόχους Αειφόρου Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών για το 2030.

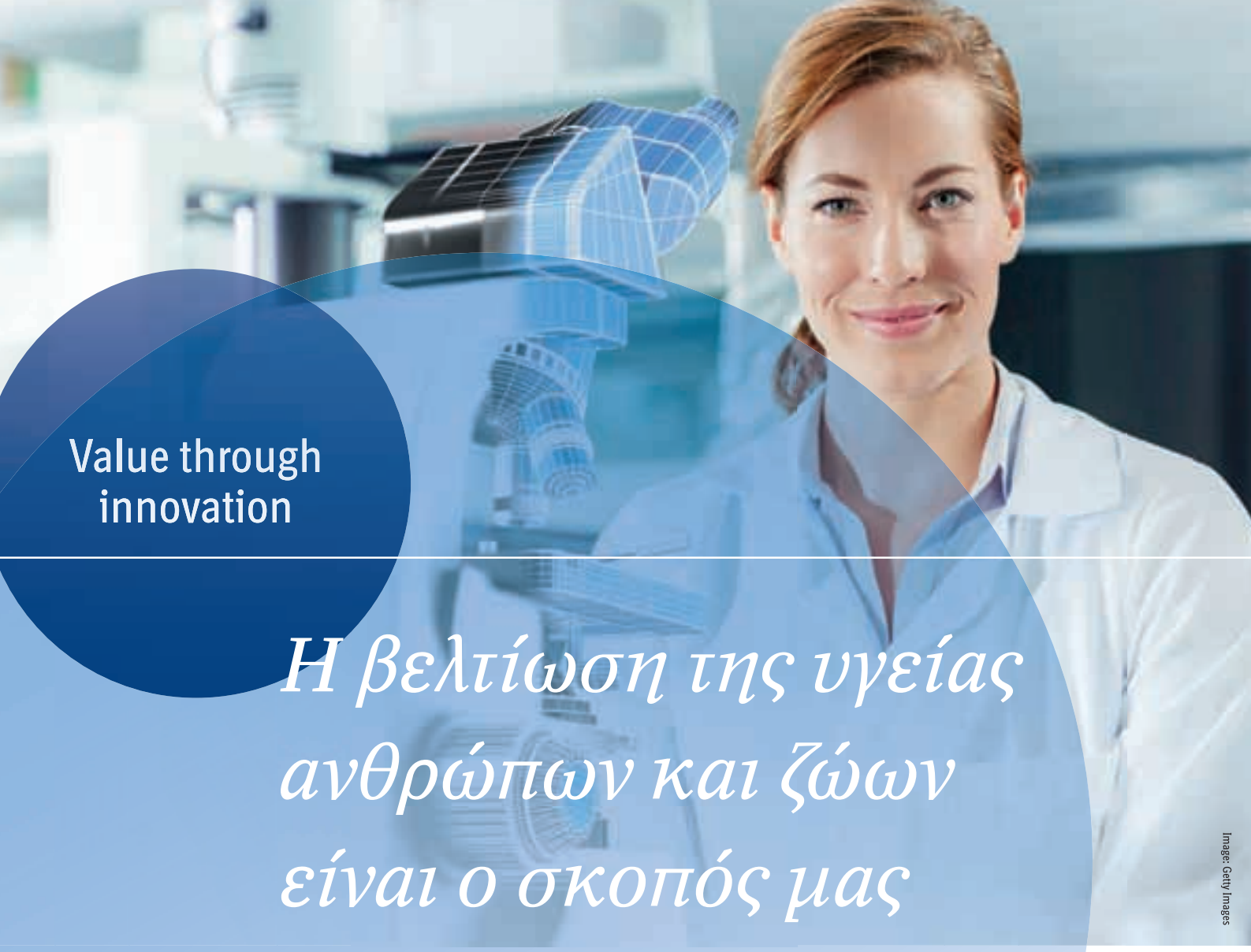
Η δέσμευση της εταιρείας για ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΠΡΑΣΙΝΟ, υπογραμμίζεται από μια σειρά πρωτοβουλιών. η εταιρεία επικαιροποιεί άμεσσα και εξελίσσει μεγάλο αριθμό εργασιών και πρωτοβουλιών - πολλές από τις οποίες είναι ενεργές για περισσότερο από μια δεκαετία. Τα κυριότερα ορόσημα περιλαμβάνουν:

- Για να προωθήσει τη χρήση τεχνολογιών και λύσεων με χαμηλό αποτύπωμα άνθρακα, η Boehringer Ingelheim εφαρμόζει εσωτερικό πρόγραμμα τιμολόγησης 100 EUR ανά τόνο εκπομπών CO2 για τις επενδύσεις. Το σύστημα τιμολόγησης διασφαλίζει ότι οι επενδύσεις βασίζονται στις εκπομπές CO2 που δημιουργούνται (και είναι υψηλότερο από το κόστος των εκπομπών που όρισε η ομοσπονδιακή νομοθεσία το 2021).
- Η πρωτοβουλία «Clean Water» διασφαλίζει ότι τα ίχνη φαρμακευτικών ουσιών στα λύματα παραμένουν σημαντικά χαμηλότερα από οποιοδήποτε επίπεδο επίδρασης. Αν και η Boehringer Ingelheim προσπαθεί να επιτύχει χαμηλά επίπεδα φαρμακευτικών υπολειμμάτων στα λύματα, η πρωτοβουλία Clean Water στοχεύει να οδηγήσει τα επίπεδα αυτά ακόμα χαμηλότερα καθώς και να δεσμεύσει σχετικά και τους προμηθευτές.
- Το «Ταμείο MORE GREEN» υποστηρίζει ειδικά προγράμματα μείωσης του αποτυπώματος άνθρακα, νερού και κυκλικής οικονομίας. Η Boehringer Ingelheim εστιάζει στην περιβαλλοντική βιωσιμότητα στα κυριότερα έργα της και προσφέρει 130 εκατομμύρια ευρώ επιπλέον για πράσινα έργα που συμβάλλουν στους παγκόσμιους στόχους της πρωτοβουλίας MORE GREEN. Το ταμείο έχει ήδη βοηθήσει να ξεκινήσουν περίπου 40 νέα έργα περιβαλλοντικές βιωσιμότητας από το 2020.
- Ο πυλώνας MORE GREEN είναι ο ένας από τους τρεις πυλώνες του πλαισίου «Αειφόρος Ανάπτυξη - Για Γενεές» της Boehringer Ingelheim μαζί με τον πυλώνα MORE POTENTIAL, που στοχεύει στη συν-δημιουργία υγιών, χωρίς αποκλεισμούς και βιώσιμων κοινωνιών, και τον πυλώνα MORE HEALTH που έχει στόχο να εξασφαλίσει καλύτερη υγεία για τους ανθρώπους και τα ζώα.

Η Boehringer Ingelheim λειτουργεί με στόχο να εξυπηρετεί τις ανάγκες της υγείας των ανθρώπων και των ζώων. Αυτό καθιστά τη θέση της εταιρείας μοναδική στο να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της αειφόρου ανάπτυξης. Το πλαίσιο «Αειφόρος Ανάπτυξη - Για Γενεές» έχει τρεις πυλώνες: 'More Health', 'More Green' και 'More Potential'. Μέσω των τριών αυτών πυλώνων, η Boehringer Ingelheim εφαρμόζει 20 πρωτοβουλίες σε ολόκληρο τον κόσμο που καθοδηγούν τη συνεισφορά και την επίδραση της εταιρείας. Αυτές οι πρωτοβουλίες είναι σε συμφωνία με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών. Προκειμένου να επιτύχει τους στόχους αυτούς, η εταιρεία έχει ανανεώσει τη δέσμευσή της για συμμετοχή σε μεγάλο εύρος συνεργασιών που απαιτείται για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων προκλήσεων παγκοσμίως.

Η Boehringer Ingelheim δραστηριοποιείται για περισσότερο απο μιο αιώνα στην Ελλάδα, εχοντας εργοστάσιο στο Κορωπί. Το εργοστάσιο αποτελεί κεντρο εξαγωγών, πραγματοποιώντας το 2, 2 % των εξαγωγών της χωρας ανεξαρτητως κλάδου. Παράλληλα συμμετέχει στο πρόγραμμα Be Green της μητρικής εταιρείας αποτελώντας ένα παραδειγμα αειφόρου ανάπτυξης προς μίμηση.

Η Boehringer Ingelheim Hellas βραβευτηκε το 2021 με το Silver EHS award στην υποκατηγορία «δράσεις πρόληψης COVID-19».



Value through innovation

Η βελτίωση της υγείας ανθρώπων και ζώων είναι ο σκοπός μας

Image: Getty Images

Οι άνθρωποι της Boehringer Ingelheim αποτελούμε το πολυτιμότερο αγαθό της, καθώς συμβάλλουμε αποφασιστικά στην ανάπτυξη και στην εδραίωσή της. Με τη δική μας δημιουργική συμβολή, δέσμευση και ενθουσιασμό προάγουμε το όραμα της εταιρίας προσφέροντας περισσότερη υγεία για τους ανθρώπους, τις οικογένειες, την κοινωνία.

www.boehringer-ingelheim.com

Boehringer Ingelheim

ΝΕΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο Κοκκύτης εντάχθηκε στους εμβολιασμούς των ενηλίκων

ΙΩΑΝΝΑ ΤΣΙΑΟΥΣΗ
Γυναικολόγος -Μαιευτήρας Md, MBA, Head of MedicalVaccines, Business Unit, Biotechnology Division, ΒΙΑΝΕΞ ΑΕ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για τον κοκκύτη, μία νόσο του αναπνευστικού συστήματος, που προκαλείται από την μπορντετέλλα του κοκκύτη (Bordetella pertussis) και μεταδίδεται μέσω αναπνευστικών σταγονιδίων μετά από βήχα ή φτέρνισμα. Ωστόσο, ενώ μέχρι σήμερα ο κοκκύτης θεωρούνταν παιδική κυρίως νόσος, το ενδιαφέρον εστιάζεται περισσότερο σε νέα δεδομένα, που καταδεικνύουν μία σημαντική επιβάρυνση της νόσου στους ενήλικες και ιδιαίτερα σε ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα. Επιδημιολογικά φαίνεται ότι ο κοκκύτης είναι μια ενδημική ασθένεια με αιχμές κάθε 2 έως 5 έτη. Δεν υπάρχει σταθερό εποχιακό μοτίβο.

Το 2018 για παράδειγμα αναφέρθηκαν 35.627 κρούσματα κοκκύτη στην Ευρώπη. Το υψηλότερο ποσοστό παρατηρήθηκε σε βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους, ενώ σημειώθηκαν αυξημένες νοσηλείες από κοκκύτη και σε ενήλικες. **Στοιχεία από την Γαλλία δείχνουν ότι την χρονική περίοδο 2006-2012 σημειώθηκαν 7058 νοσηλείες από κοκκύτη από τις οποίες ποσοστό 22.5% παρουσιάστηκαν μεταξύ ενηλίκων άνω των 50 ετών**. Παράλληλα το συνολικό ποσοστό σοβαρών περιστατικών κοκκύτη κυμάνθηκε σε ποσοστό 8.8%, το οποίο ήταν το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό μετά τα παιδιά ηλικίας <3 μηνών.

Ο κίνδυνος των επιπλοκών από κοκκύτη αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας.Σύμφωνα με την μελέτη De Serres et al από τον Καναδά, 28% των ενηλίκων με κοκκύτη είχαν πάνω από μία επιπλοκή σε σύγκριση με 16% των εφήβων. Οι επιπλοκές του κοκκύτη αφορούν κυρίως αναπνευστικές επιπλοκές καθώς και καρδιαγγειακά συμβάματα. Η πνευμονία από κοκκύτη παρατηρείται κυρίως σε ενήλικες, και οδηγεί σε νοσηλεία σε ποσοστό 37% άνω των 65 ετών.

Μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες από την Αυστραλία δείχνουν ότι η μέση επίπτωση της νόσου είναι 83.9/100,000 ανθρωπο-έτη για ηλικίες άνω των 45 ετών με μέσο όρο νοσηλειών 4.3 /100,000 ανθρωπο-έτη

Εκείνο που ωστόσο υποσημειώνεται από όλες τις μελέτες του κοκκύτη είναι ότι πρόκειται για μία νόσο που δεν γνωρίζουμε την ακριβή της επιδημιολογία καθώς χαρακτηρίζεται από σημαντική υπο -διάγνωση ιδιαίτερα στους ενήλικες. Οι λόγοι της υποδιάγνωσης είναι η καθυστερημένη επίσκεψη στον γιατρό και η απόδοση του βήχα σε άλλες αιτίες και όχι στον κοκκύτη. Επιπρόσθετα υπάρχει εγκατεστημένη μία λανθασμένη αντίληψη ότι ο κοκκύτης είναι μία παιδική νόσος που δεν συναντάται στους ενήλικες. Για αυτό τον λόγο σήμερα μία σειρά από επιστημονικούς φορείς εξέδωσαν ειδικά διαγνωστικά κριτήρια προκειμένου να διαγνώσκονται και να καταγράφονται τα περιστατικά του κοκκύτη καθώς είναι εξαιρετικά σημαντικό να αναγνωρισθεί και να αντιμετωπισθεί έγκαιρα.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι ενήλικες με Άσθμα και ΧΑΠ, αποτελούν μία ομάδα ασθενών που κινδυνεύουν περισσότερο από σοβαρή νόσηση και από επιβάρυνση της ίδιας της πάθησής τους.

Τα νέα επιστημονικά στοιχεία συνθέτουν μία νέα εικόνα του κοκκύτη καθώς δημιουργούνται 2 πληθυσμιακές ομάδες που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Από τη μία οι ενήλικες που υποδιάγνωσκονται και από την άλλη τα βρέφη που δεν μπορούν να εμβολιασθούν τους πρώτους μήνες της ζωής τους. Και οι δύο ομάδες μπορούν να μολυνθούν, να νοσήσουν και να αναπτύξουν επιπλοκές.

Πως μπορούμε να προστατεύσουμε τον ενήλικα από τον κοκκύτη

Μετά την αξιολόγηση διαφορετικών στρατηγικών εμβολιασμού,όπως μαζικού εμβολιασμού βρεφών και εφήβων η επιστήμη οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι απαιτείται συστηματικός αναμνηστικός **εμβολιασμών και των ενηλίκων ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Η εξάλειψη μπορεί να επιτευχθεί με τον εμβολιασμό των παιδιών τον εμβολιασμό των εφήβων και ενηλίκων με αναμνηστικές δόσεις ανά 10 ετία**

Τι μας συστήνει το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών των ενηλίκων 2022

Για τους ενήλικες αναφέρεται ότι:

- Σε ενήλικες που έχουν πλήρη εμβολιασμό έναντι του τετάνου κατά την παιδική ηλικία προτείνεται μία δόση Tdap ή Tdap-IPV μεταξύ 18 και 25 ετών και μετά αναμνηστική δόση Td ή Tdap ανά δεκαετία.
- Ενήλικες με άγνωστο ή ελλιπή εμβολιασμό έναντι του τετάνου πρέπει να αρχίζουν ή να συμπληρώνουν με μία δόση Tdap. Σε ενήλικες που εμβολιάζονται για πρώτη φορά, θα πρέπει να χορηγούνται οι πρώτες δύο δόσεις με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 4 εβδομάδων και η τρίτη δόση 6-12 μήνες μετά την δεύτερη. Σε ατελώς εμβολιασμένους ενήλικες (λιγότερες από 3 δόσεις) θα πρέπει να συμπληρώνονται οι δόσεις που υπολείπονται.
- Σε κάθε κύηση χορηγείται μία δόση εμβολίου Tdap ή Tdap-IPV,κατά προτίμηση από την 27η έως την 36η εβδομάδα κύησης, καθώς και σε ανεμβολίαστες λεχωΐδες, ανεξάρτητα από το διάστημα που μεσολάβησε από προηγούμενο εμβολιασμό με Td/Tdap.

Σύμφωνα δε με τις πρόσφατες συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον εμβολιασμό των ενηλίκων κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19:

«Οι χώρες με υφιστάμενα προγράμματα εμβολιασμού πνευμονιοκόκκου, γρίπης **ή κοκκύτη** για μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες και άτομα αυξημένου κινδύνου θα πρέπει να διατηρήσουν τα προγράμματα αυτά, εφαρμόζοντας παράλληλα μέτρα για την αποφυγή της εξάπλωσης του COVID-19, ειδικά για εκείνους που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής νόσου, όπως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ενήλικες»

Μεταφράζοντας τις επίσημες οδηγίες στην καθημερινή πρακτική, φαίνεται ότι ο αναμνηστικός εμβολιασμός ενηλίκων έναντι νοσημάτων που προσβάλλουν το αναπνευστικό σύστημα όπως ο κοκκύτης, θα πρέπει να ενισχυθεί, ιδιαίτερα για τις ομάδες αυξημένου κινδύνου.

Με ποια εμβόλια πραγματοποιείται ο εμβολιασμός εφήβων και ενηλκίκων

Στους ενήλικες συστήνεται το τριδύναμο εμβόλιο έναντι της Διφθερίτιδας, του Τετάνου, του Κοκκύτη ανά 10 χρόνια.Επίσης συστήνεται να εμβολιασθούν και οι έγκυες έναντι του κοκκύτη για να προστατευτούν τα νεογνά τους.

Η εφαρμογή του εμβολιασμού των ενηλίκων με εμβόλιο έναντι της Διφθερίτιδας, του Τετάνου, του Κοκκύτη ανά 10 χρόνια αναμένεται να μεταβάλλει την αυξημένη επίπτωση του κοκκύτη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

ΞΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

Στρατηγικές φαρμακευτικής πρόληψης εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εκτός από την επαναγγείωση

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΤΡΙΚΑΣ
Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος ΓΝΑ « Η Ελπίς»
Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί την προεξάρχουσα αιτία καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ). Η έγκαιρη αναγνώριση ύπαρξης καρδιαγγειακής νόσου και άρα πρώιμης διάγνωσης καρδιακής ανεπάρκειας συμβάλλει στη μείωση της θνητότητας των ασθενών, της νοσηρότητας, αλλά και των επανεισαγωγών.
Εκτός από τις υπάρχουσες στρατηγικές επαναγγείωσης με τις αντίστοιχες ενδείξεις τους, σε ασθενείς με οξέα στεφανιαία σύνδρομα, όλοι οι ασθενείς θεωρούνται υποψήφιοι θεραπειών δευτερογενούς πρόληψης[1].

Σύμφωνα με τη Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA/ACC) στα προοδευτικά στάδια έως την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας (A έως και D) περιλαμβάνονται η αρχική αναγνώριση της ύπαρξης παραγόντων κινδύνου προϊούσης της ηλικίας, η ασυμπτωματική ακολούθως, εμφάνιση δομική νόσου, η έναρξη της συμπτωματολογίας καρδιακής ανεπάρκειας που συμπίπτει συνήθως με την κοιλιακή αναδιαμόρφωση και τέλος η διαστολική και συστολική δυσλειτουργία.

Στους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, ως γνωστόν, περιλαμβάνονται γενετικοί παράγοντες, η ηλικία, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, το μεταβολικό σύνδρομο και η παχυσαρκία η δυσλιπιδαιμία, η αρτηριακή υπέρταση, αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η έκθεση σε στρες, τοξίνες κτλ. Όλοι αυτοί οι παράγοντες, μεμονωμένοι ή σε συνδυασμό θα αλληλεπιδράσουν με τα κύτταρα του οργανισμού διαμορφώνοντας μέσω μηχανισμών υπερτροφίας, ίνωσης, απόπτωσης, το παθολογικό υπόστρωμα καρδιακής αναδιαμόρφωσης που θα οδηγήσει σε μυοκαρδιακή δυσλειτουργία. Η καρδιακή ανεπάρκεια ορίζεται ως το κλινικό σύνδρομο απώτερο δομικής ή λειτουργικής καρδιακής διαταραχής που οδηγεί σε αδυναμία πλήρωσης των κοιλιών ή εξώθησης αίματος[2]. Σε αντίθεση με τον ορισμό του εμφράγματος, δεν υπάρχει «διεθνής ορισμός» για την καρδιακή ανεπάρκεια και η διάγνωση είναι ετερογενής μεταξύ των μελετών[3].

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο κυρίαρχος ρόλος της επαναγγείωσης αφορά στην εισαγωγή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής στην θεραπευτική φαρέτρα των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (ΟΣΣ) που οδήγησε σε μείωση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) από 20% στα τέλη του 1980 έως περίπου 5-7% σε μια σειρά μελετών και μάλιστα αυτή η μείωση αφορούσε ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε πρωτογενή αγγειοπλαστική με ή χωρίς μεσολάβηση θρομβόλυσης[4, 5].

Σε μια Ιταλική μελέτη κοορτής που μελέτησε 2089 εμφραγματίες μεταξύ των ετών 1995 και 2005 που αντιμετωπίσθηκαν με πρωτογενή αγγειοπλαστική, το 17% εμφάνισε στην εισαγωγή ΚΑ και μόνο το 1% κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν και από τις μεγάλες μελέτες HORIZONS-AMI cohort και SWEDEHEART Registry[6]. Αντιθέτως, τα αποτελέσματα της μελέτης Framingham δεν επιβεβαίωσαν τα προηγούμενα, αφού ανεδείχθη αύξηση της επίπτωσης της ΚΑ με την πάροδο του χρόνου μετά από ΟΕΜ. Ενδεικτικά, σε 676 ασθενείς που ανέπτυξαν πρώτο επεισόδιο ΟΕΜ μεταξύ χρονολογιών 1970-1999 τόσο η 30ήμερη όσο και η 5ετής επίπτωση της ΚΑ αυξήθηκε[7].

Οπότε, επειδή τα αποτελέσματα των μελετών φαίνονται αντικρουόμενα δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι για την αληθή επίπτωση της ΚΑ μετά από ΟΕΜ στην εποχή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής.

Δεν πρέπει επίσης να λησμονούμε, τις διαφορετικές εποχές, τους διαφορετικούς πληθυσμούς ως προς το φύλο, τη φυλή, την ηλικία, σε αυτές τις επιδημιολογικές μελέτες. Δεν είναι ξεκάθαρο λοιπόν, αν τελικά από μόνη της η επεμβατική επαναγγείωση μειώνει την επίπτωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και δυσμενών καρδιαγγειακών συμβάντων σε ασθενείς με ΟΕΜ, πόσο μάλλον όταν πρόκειται και για πολυαγγειακή νόσο[8].

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Αρκετοί αλληλεπικαλυπτόμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί συμβάλλουν στην εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας μετά από ΟΕΜ. Σε αυτούς περιλαμβάνονται: το «ζαλισμένο» μυοκάρδιο (myocardial stunning), οι φλεγμονώδεις και ινωτικές διεργασίες, η νευρο-ορμονική ενεργοποίηση, η βλάβη της επαναγγείωσης (reperfusion injury), η έκταση της μυοκαρδιακής νέκρωσης και η μικροαγγειακή απόφραξη με ή χωρίς αιμορραγία. Αυτοί σε συνδυασμό με φόρτιση υγρών ή σκιαγραφικού, νεφρική δυσλειτουργία ή μηχανικές επιπλοκές ΟΕΜ, θεωρούνται υπεύθυνοι για την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Όσον αφορά την όψιμη εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας, αυτή οφείλεται στην αναδιαμόρφωση (remodeling) της αριστερής κοιλίας[9].

ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΑΝΑΓΕΙΩΣΗ

Όπως τονίσθηκε και προηγουμένως, συμπεραίνεται από διάφορες νεότερες μελέτες ότι την εποχή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής, μπορεί να φαίνεται αυξημένη η επίπτωση της ΚΑ στην εισαγωγή, όμως η θνητότητα είναι μικρότερη συγκρινόμενη με τις παλαιότερες ιστορικές μελέτες. Ακόμη, η πρωτογενής αγγειοπλαστική μειώνει και την ανάπτυξη ΚΑ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ωστόσο σε κάθε περίπτωση εμφάνισης ΚΑ η πρόγνωση παραμένει

σοβαρή[10]. Οι εμφραγματίες που αναπτύσσουν Κ.Α θα έχουν κλινικό προφίλ υψηλού κινδύνου και μεγαλύτερη θνητότητα, η οποία βέβαια μειώνεται με την εφαρμογή επαναγγείωσης. Στοχεύοντας στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών ίσως οδηγηθούμε σε βελτίωση των μετεμφραγματικών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένης και της ΚΑ[11].

Σημαντικός προγνωστικός δείκτης έκβασης και άρα πιθανότητας ανάπτυξης καρδιακής ανεπάρκειας είτε κατά τη διάρκεια είτε και μετά τη νοσηλεία είναι η έκταση της μυοκαρδιακής νέκρωσης συνεπεία του ΟΕΜ και η πιθανότητα ύπαρξης βιώσιμου ιστού. Το γεγονός αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η κλάση Killip στην εισαγωγή του ασθενούς, ο χρόνος που μεσολάβησε από τη διάγνωση μέχρι την επαναγγείωση, η εμφάνιση στηθάγχης κατά τη διάνοιξη του αγγείου, οι ροές κατά TIMI μετά την αγγειοπλαστική, η συμμετοχή ή μη του προσθίου κατιόντα κλάδου ως ένοχο αγγείο. Φαίνεται ότι ο κλινικός φαινότυπος σε συνδυασμό με απεικονιστικούς δείκτες καθορίζουν την αναγνώριση των ασθενών-υποψηφίων για εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας. Επιπροσθέτως, των προαναφερθέντων κλινικών και αγγειογραφικών δεικτών, καθοριστική σε αυτή την πρώιμη εντόπιση είναι η συμμετοχή της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς με αξιολόγηση της μικροαγγειακής απόφραξης με ή χωρίς την ύπαρξη αιμορραγίας, αλλά και του καρδιακού remodeling. Βιοχημικοί δείκτες, επίσης είναι χρήσιμοι και αξιολογούνται, όπως η υψηλής ευαισθησίας τροπονίνη Ι και το BNP.

Σύμφωνα με τη μελέτη CARE ασθενείς με εμφάνιση όψιμης μετεμφραγματικής ΚΑ εμφανίζουν 10πλασιο κίνδυνο θανάτου. Σημαντικό ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και η αναγνώριση των υψηλού κινδύνου[12].

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΣΣ

Η βασική ταξινόμηση της εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο αφορά κυρίως στο χρόνο εκδήλωσής της, δηλαδή με την εισαγωγή του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών που συνήθως θα εκδηλωθεί με εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος, ειδικά σε πρόσθια εκτεταμένα ΟΕΜ, κατά τη διάρκεια νοσηλείας ή όψιμα, δηλαδή μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο[13].

Στις στρατηγικές πρόληψης ΚΑ μετά από ΟΣΣ συμπεριλαμβάνονται η πρώιμη φαρμακευτική τιτλοποίηση των ενδεδειγμένων φαρμάκων για τη δευτερογενή πρόληψη στεφανιαίας νόσου, η συχνή παρακολούθηση των ασθενών, οι υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις, ο τακτικός εργαστηριακός έλεγχος και η συχνή αξιολόγηση ποιοτική και ποσοτική του λειτουργικού τους status είτε με ερωτηματολόγια (όπως το Kansas questionnaire) είτε με δοκιμασίες κόπωσης αντιστοίχως. Στις λειτουργικές δοκιμασίες σημαντικό ρόλο για αξιολόγηση ικανότητας για άσκηση δύναται να διαδραματίσει η εργοσπιρομετρία[14].

Η έγκαιρη αναγνώριση των εν κινδύνω για ΚΑ ασθενών με ΟΕΜ, αυτών δηλαδή με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, όπως αρτηριακή υπέρταση, διαβήτης, δυσλιπιδαιμία είναι ακρογωνιαίος λίθος στην ορθή αντιμετώπιση τους.

Στην πρώιμη διάγνωση υποκλινικής ΚΑ συμβάλλουν και οι νεότερες υπερηχογραφικές τεχνικές με χρήση λογισμικού αξιολόγησης της παραμόρφωσης (strain και strain rate) που υπερέχει του κλασικού κλάσματος εξώθησης ή του δείκτη κινητικότητας τοιχωμάτων (wall motion score index)[15].

Η συνέντευξη ασθενούς σε κάθε επίσκεψη είναι εξίσου σημαντική για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και της συμμόρφωσης με τη θεραπεία. Οι στόχοι θεραπειών πρέπει εξαρχής να καθορίζονται και να επιτυγχάνονται. Αυτοί αφορούν στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (Συστολική <140mmHg), του λιπιδαιμικού προφίλ (LDL<55mg/dl), του γλυκαιμικού προφίλ (HbA1c<6.0%), στη διακοπή καπνίσματος και την έναρξη ή συνέχιση τακτικής αερόβιας φυσικής δραστηριότητας που σημαίνει 20-30λεπτά τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα. Οι ασθενείς οφείλουν να κατανοούν πια ότι η νέα τους καθημερινότητα θα περιλαμβάνει υγιεινοδιαιτητική συμπεριφορά και άσκηση. Όλα τα ανωτέρω είναι στοιχεία δευτερογενούς πρόληψης στεφανιαίας νόσου βάσει των κατευθυντηρίων οδηγιών και μάλιστα δεν σχετίζονται μόνο με την αποφυγή εκδήλωσης νέου ΟΣΣ αλλά και με την μείωση κινδύνου εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας είτε πρώιμης είτε όψιμης. Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη αυτή καθαυτή διαδραματίζει η σχέση ιατρού-ασθενή, ενώ ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού θα αποτελέσει τον πρώτο σταθμό ελέγχου της ανταπόκρισης των ασθενών στην υπάρχουσα θεραπεία με την επίτευξη των στόχων, αλλά και την αναγνώριση νέων κλινικών εκδηλώσεων.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως έχει προαναφερθεί η μυοκαρδιακή ισχαιμία αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνοντάς τον κατά 2 με 3 φορές. Παράλληλα, διεγείρει την καρδιακή αναδιαμόρφωση, οπότε φάρμακα τα οποία επιδρούν και παρεμποδίζουν την εξέλιξή της θα είναι αυτά που θα μειώσουν την επιδείνωση της συστολικής δυσλειτουργίας, την ανάγκη νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια μετά από ΟΣΣ και τελικά τη θνητότητα. Τα φάρμακα αυτά είναι οι β-αναστολείς, οι αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ACEi), οι ανταγωνιστές του υποδοχέα της αγγειοτενσίνης ΙΙ (ARBs) και οι ανταγωνιστές αλδοστερόνης (MRAs).

Η έναρξή τους επί ενδείξεων απαιτείται ήδη από το πρώτο 24ωρο νοσηλείας για ΟΣΣ με εξαίρεση τους β-αναστολείς για τους οποίους απαιτείται προσοχή στη χορήγηση σε περίπτωση εκδήλωσης ΟΕΜ με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια λόγω της αρνητικής ινότροπης δράσης τους. Τα φάρμακα αυτά πρακτικά «ξεκουράζουν» την καρδιά και μακροπρόθεσμα βοηθούν στην μείωση εμφάνισης και νοσηλειών από ΚΑ.

Πιο αναλυτικά, οι αναστολείς του συστήματος ρενίνης- αγγειοτενσίνης (RASi: ACEi και ARBs) είναι φάρμακα θεμελιώδους σημασίας για την μετεμφραγματική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Μειώνουν τους θανάτους, τις επανεισαγωγές για ΚΑ καθώς και την επανεμφάνιση ΟΕΜ εφόσον βέβαια χορηγηθούν μετεμφραγματικά.

Πρέπει να χορηγούνται και να τιτλοποιούνται πρώιμα και μάλιστα στο πρώτο 24ωρο σε όλους τους ασθενείς, ειδικά με πρόσθιο STEMI, καρδιακή ανεπάρκεια ή κλάσμα εξώθησης μικρότερο ή ίσο του 40%.

Στις αντενδείξεις χορήγησης των RASi περιλαμβάνεται η νεφρική ανεπάρκεια και η αλλεργική αντίδραση. Οι μελέτες που έχουν εδραιώσει τους RASi είναι: SAVE, AIRE,TRACE για τους ACEi και OPTIMAAL, VALIANT για τους ARBs. Ο παθοφυσιολογικός τους ρόλος έγκειται στην μείωση της φλεγμονής, της ίνωσης και της ασβέστωσης του μυοκαρδίου, μείωση του αρρυθμιολογικού θανάτου λόγω της καλιοσυντηρητικής τους συνιστώσας, μείωση εμφάνισης ή προόδου υπερτροφίας τη αριστερής κοιλί-

ας, βελτίωση της διαστολικής λειτουργίας, σταθεροποίηση αθηρωματικής πλάκας και βελτίωση ενδοθηλιακής λειτουργίας.

Οι β-αναστολείς, εδραιωμένοι στην παρούσα ένδειξη από τις μελέτες CAPRICORN και COMMI-CC2 μακροπρόθεσμα μειώνουν τον κίνδυνο επανεμφράγματος και θανάτου κατά 20-25% σε μεσοδιάστημα δύο ετών. Παράλληλα, μειώνουν τις επανεισαγωγές ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια κατά 40% ,αλλά προσοχή απαιτείται όπως προαναφέρθηκε, σε ασθενείς με εκδήλωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας επί μυοκαρδιακής ισχαιμίας λόγω αύξησης κινδύνου εμφάνισης καρδιογενούς σοκ και θανάτου σε πολύ πρώιμη χορήγησή τους συγκριτικά με placebo.

Αρχικά πάντως προτιμάται η χορήγηση βραχείας δράσης β-αναστολέων λόγω ευκολίας στην τιτλοποίηση, ενώ μακροπρόθεσμα η χορήγηση παρατεταμένης δράσης καρβεδιλόλης ή μετοπρολόλης σε ασθενείς με εκδήλωση καρδιακής ανεπάρκειας ή δυσλειτουργίας αριστερής κοιλίας.

Οι αναστολείς αλδοστερόνης εδραιώθηκαν με τις μελέτες RALES, EPHESUS και ALBATROSS. Συγκεκριμένα, η EPHESUS έδειξε μείωση της ολικής θνητότητας ασθενών με ΟΕΜ κατά 15% μετά από χορήγηση επλερενόνης. Βάσει των Αμερικανικών κατευθυντηρίων οδηγιών για το STEMI, πρέπει να χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά με τους RASi σε ασθενείς με κλάσμα εξώθησης μικρότερο ή ίσο του 40%, με καρδιακή ανεπάρκεια ή διαβήτη, αφού η πρώιμη έναρξη τους, μειώνει τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου. Τέλος, η χρήση τους σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια θα πρέπει να είναι περιορισμένη και προσεκτική.

Ο έτοιμος συνδυασμός αναστολέα αγγειοτενσίνης (βαλσαρτάνη) και αναστολέα νεπριλυσίνης (σακουμπιτρίλη), το επονομαζόμενο ARNI, αφορά μια νεότερη κατηγορία φαρμάκου, εδραιωμένη όμως με τη μελέτη PARADIGM-HF, που επιδρά εκτός από τον άξονα ρενίνης -αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης και στο σύστημα των νατριουρητικών πεπτιδίων εμποδίζοντας την πρώιμη αποδόμηση τους με όλες τις ευεργετικές δράσεις που αυτό προσφέρει τόσο στο θέμα της συμφόρησης, αλλά και σημαντικότερα στον κοιλιακό remodeling και στον αρρυθμιολογικό κίνδυνο.

Η μελέτη PARADISE-MI δεν έδειξε κατωτερότητα των ARNIs σε σχέση με τη ραμιπρίλη στη μείωση εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς μετά από ΟΕΜ[16].

Τα διαβητολογικά, αλλά τελικά μάλλον περισσότερο καρδιολογικά φάρμακα της κατηγορίας των αναστολέων των συμμεταφορέων γλυκόζης-νατρίου (SGLT2) με τις πλειοτροπικές δράσεις τους κερδίζουν έδαφος στην ήδη εγκατεστημένη ΚΑ με τις γνωστές μελέτες των τελευταίων ετών και επέκταση χρήσης τους και σε μη διαβητικούς ασθενείς. Εδραιώθηκαν για την καρδιαγγειακή τους ασφάλεια αρχικά σε διαβητικούς ασθενείς με τις μελέτες EMPA-REG για την εμπαγλιφλοζίνη, DECLARE-TIMI για την δαπαγλιφλοζίνη και CANVAS για την καναγλιφλοζίνη, ενώ το καρδιαγγειακό τους όφελος επεκτάθηκε και σε μη διαβητικούς ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με τις μελέτες DAPA-HF (δαπαγλιφλοζίνη) και EMPEROR -reduced(εμπαγλιφλοζίνη). Για την εμπαγλιφλοζίνη συγκεκριμένα αναμένονται και τα αποτελέσματα της μελέτης EMMY που αφορά στην αξιολόγηση βιοδεικτών καρδιακής ανεπάρκειας σε μετεμφραγματικούς ασθενείς με ή χωρίς διαβήτη μετά από χορήγηση του συγκεκριμένου SGLT2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αποτελεί αδήριτη ανάγκη η καλύτερη αξιολόγηση των ασθενών για την έγκαιρη ανίχνευση των υψηλού κινδύνου ασθενών για εμφάνιση ΚΑ μετά από ΟΕΜ, καθώς επίσης και η ανάγκη ανεύρεσης στοχευμένων θεραπειών. Η μέγιστη δυνατή και έγκαιρη όσο το δυνατόν τιτλοποίηση βάσει όσο το δυνατόν αντικειμενικότερων μεθόδων παρακλινικής αξιολόγησης είναι επίσης στοιχείο που δεν πρέπει να παραλείπεται. Η ΚΑ ακόμη και αυτή που ορίζεται ως ισχαιμικής αρχής αποτελεί ετερογενές κλινικό σύνδρομο και ποικίλοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί μπορεί να συμμετέχουν άλλοτε σε διαφορετικό βαθμό για την εκδήλωσή της μετεμφραγματικά παρά την επαρκή επαναιμάτωση. Με τα ανωτέρω δεδομένα ο κλινικός ιατρός οφείλει να είναι σε επαγρύπνηση και σε διαρκή ενημέρωση για να προσφέρει τη βέλτιστη δυνατή βοήθεια στους ασθενείς του, καθώς το «προλαμβάνειν καλύτερον εστί του θεραπεύειν».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Klein, et al. Coronary artery disease and prevention of heart failure. Med Clin North Am. 2004.
2. Yancy CW, et al. ACCF/AHA guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013, σσ. 62:e147-e239.
3. McKee PA, et al. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. N Engl J Med. 1971, σσ. 285:1441-1446.
4. Jernberg T., et al. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. JAMA. 2011.
5. Puymirat, et al. Association of changes in clinical characteristics and management with improvement in survival among patients with ST-elevation myocardial infarction. JAMA. 2012, σσ. 998-1006.
6. European Journal of Heart Failure. 14 Jan 2014, Τόμ. 10, 8, σσ. 780-785.
7. Velagaleti, Raghava S. Long-Term Trends in the Incidence of Heart Failure After Myocardial Infarction. Circulation. Τόμ. 118, 20, σσ. 2057-2062.
8. Min Joo Ahn, et al. Impact of Complete Revascularization on six-year Clinical Outcomes and Incidence of Acute Decompensated Heart Failure in Patients with ST-segment Elevation Myocardial Infarction and Multivessel Coronary Artery Disease. The American Journal of Cardiology. 2017.
9. Cahill T., et al. Heart failure after myocardial infarction in the era of primary percutaneous coronary intervention: Mechanisms, incidence and identification of patients at risk. World J Cardiol. 2017.
10. G. Santoro, N. Carrabba, et al. Acute heart failure in patients with acute myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention. Eur J Heart Fail. 10 Aug 2008, σσ. (8): 780-5.
11. R. Shah, D. Holmes, et al. Risk of heart failure complication during hospitalization for acute myocardial infarction in a contemporary population: insights from the National Cardiovascular Data ACTION Registry. Circ Hear Fail. 5 Nov 2012, σσ. (6):693-702.
12. E. Lewis, L. Moye, et al. Predictors of late development of heart failure in stable survivors of myocardial infarction: The CARE study. J Am Coll Cardiol. Oct 2003, σσ. 42(8)1446-1453.
13. D. Jenca, V. Melenovsky et al. Heart failure after myocardial infarction: incidence and predictors.
14. Kunz, et al. Cardiopulmonary exercise testing in the early phase of myocardial infarction. Rev. bras.fisioter. 2012.
15. M. Antoni, J. Bax. Prognostic importance of strain and strain rate after acute myocardial infarction. Eur Heart Journal. 2010.
16. Prospective ARNI vs ACE inhibitor trial to Determine Superiority in reducing heart failure Events after Myocardial Infarction-PARADISE-MI. May 2021.

Εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων στον βλεννογόνο του στόματος

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ν. ΛΟΥΜΟΥ-ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ
Στοματολόγος - Ιατρός - Οδοντίατρος - Δρ. ΕΚΠΑ
Επιστημονική Συνεργάτις Νοσ. "Αττικόν"
Β' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Πολλά τοπικά και συστηματικά νοσήματα του στοματικού βλεννογόνου εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και στους ενήλικες.
Συστηματικά νοσήματα κατά την διάρκεια της φυσικής πορείας τους μπορεί να εκδηλώσουν κλινικά σημεία και συμπτώματα στο στόμα, με επακόλουθο διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα.
Οι στοματικές εκδηλώσεις των νοσημάτων αυτών μπορεί να είναι συχνές / πρώιμες/ μοναδικές, να συνυπάρχουν ή να ακολουθούν τις συστηματικές εκδηλώσεις, να συμβάλλουν στην διάγνωση/παρακολούθηση του νοσήματος ή να αποτελούν την διάγνωση, να εμπλέκονται και στην θεραπευτική διαδικασία.

Το παρόν κείμενο είναι ενδεικτικό, επιγραμματικό, με ελάχιστο αριθμό παρουσιαζομένων νοσημάτων ως παραδείγματα, με κύριο σκοπό «την υπενθύμιση» και του στόματος ως πεδίου εντοπίσεως διαφόρων συστηματικών νοσημάτων. Το στόμα ως ανοικτή κοιλότητα είναι προσιτό στην κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση) και μπορεί να συμβάλλει στην εκτίμηση των νοσημάτων αυτών. Η προσέγγιση του θέματος αυτού για το παρόν άρθρο έγινε κυρίως με γνώμονα να έχει πρακτική σημασία και ελήφθησαν υπόψιν τα εξής:

1. τα νοσήματα να αφορούν κυρίως την καθ' ημέραν πράξη
2. το στόμα να είναι η κύρια εντόπιση του νοσήματος ή από τις κύριες εντοπίσεις
3. να παρουσιάσει γενικές κατευθύνσεις στην εκτίμηση των στοματικών βλαβών μερικών συστηματικών νοσημάτων.

Δεν αποτελεί διεξοδική παρουσίαση του θέματος, για το οποίο παρατίθεται αντιπροσωπευτική -ενδεικτική βιβλιογραφία.

I. ΓΕΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Συστηματικά νοσήματα – Στόμα

1. Υπάρχει πληθώρα τοπικών και συστηματικών νόσων με μορφολογικά ίδιες βλάβες, που μπορεί να εκδηλωθούν στο στόμα. Κλασσικά παραδείγματα η χρόνια δήξη, η στοματίτιδα εξ επαφής από κανέλλα, οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψιν στην διαφορική διάγνωση της Τριχωτής Λευκοπλακίας στην λοίμωξη HIV.
2. Μπορεί να υπάρχει τροποποίηση της στοιχειώδους βλάβης του νοσήματος στον στοματικό βλεννογόνο, λόγω τοπικών συνθηκών στο στόμα π.χ. μάσηση, ύπαρξη επανορθωτικών, προθετικών εργασιών. Κλασσικό παράδειγμα η πέμφιγα όπου η στοιχειώδης βλάβη (πομφόλυγα) δεν ανευρίσκεται στο στόμα· οι πομφόλυγες σπάζουν και ανευρίσκονται διαβρώσεις· ο γιατρός δηλ. ψάχνει πομφολυγώδες νόσημα, απουσία πομφόλυγος.
3. Να αξιολογηθεί η στοιχειώδης βλάβη στο στόμα π.χ. αν πρόκειται για διάβρωση - έλκος, πλάκα, όγκο, κ.ά.
4. Η ενδοστοματική εντόπιση των βλαβών πολλές φορές είναι πολύ χρήσιμη στην διαφορική διάγνωση π.χ. οι άφθες προσβάλλουν μη κερατινοποιημένα μέρη του στοματικού βλεννογόνου, ενώ ο έρπητας κερατινοποιημένα.
5. Να αξιολογηθεί το οξύ η το χρόνιο χαρακτηριστικό των σημείων/συμπτωμάτων, η ηλικία και το φύλο.
6. Να αξιολογηθούν τυχόν συνοδά σημεία και συμπτώματα.

Τα στοματικά ευρήματα μπορεί να αποτελούν την μοναδική εκδήλωση του συστηματικού νοσήματος, αλλά μπορεί να συνυπάρχουν με βλάβες άλλων βλεννογόνων/ με δερματικές βλάβες /με βλάβες/συμπτώματα σε άλλα όργανα και συστήματα ή να είναι αποτέλεσμα λήψης φαρμάκων .

Η αξιολόγηση - αντιμετώπιση των ασθενών αυτών απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία.

II. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Πληθώρα συστηματικών νοσημάτων μπορεί να προσβάλλει το στόμα π.χ. Ιογενείς λοιμώξεις, Βακτηριακές λοιμώξεις, Μυκητιάσεις, Δερματικά νοσήματα, Νοσήματα πεπτικού, Μεταβολικά νοσήματα, Ενδοκρινολογικά νοσήματα, Αυτοάνοσα νοσήματα, Νοσήματα με πιθανό ανοσολογικό μηχανισμό, Νοσήματα αίματος,

Νοσήματα λεμφοποιητικού συστήματος, Κοκκιωματώδεις νόσοι, Γενετικά νοσήματα, Ψυχοσωματικά νοσήματα, Βλάβες από φάρμακα κ.ά.

Ακολουθούν παραδείγματα από τα ανωτέρω νοσήματα.

ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ (με εντόπιση στο στόμα)

- Πρωτοπαθής Ερπητική Ουλοστοματίτις (HSV1, HSV2),
- Δευτεροπαθής Έρπης (HSV1, HSV2)
- Έρπης Ζωστήρ (VZV)
- Νόσος Χειρών - Ποδών - Στόματος (ιοί Coxsackie κυρίως A16)
- Ερπητική Κυνάγχη (Coxsackie A1-6, 8, 10, 12, 22)
- Λοιμώδης Μονοπυρήνωση (EBV)
- Ιλαρά
- Ανεμευλογιά
- Λοίμωξη HIV κ.ά.

1. Πρωτοπαθής Ερπητική Ουλοστοματίτις (HSV1, HSV2) Εικ. 1

Είναι η πιο συχνή οξεία ιογενής νόσος του στόματος.

Αφορά παιδιά και νέα άτομα, έχει οξεία εμφάνιση, με αιφνίδιο υψηλό πυρετό (39-40°C).

Στο στόμα παρατηρούνται πολλαπλές συρρέουσες διαβρώσεις (κυρίως στις κερατινοποιημένες περιοχές π.χ. ερυθρό κράσπεδο χειλέων, ούλα, σκληρά υπερώα. Το κλινικό αυτό εύρημα βοηθάει σημαντικά στην κλινική διαφορική διάγνωση).

Ειδικώτερα τα ούλα είναι ερυθρά - διογκωμένα, μπορεί να υπάρχει γενικευμένη ερυθρότητα, σιαλόρροια, δυσκαταποσία, δυσκολία στην ομιλία, εντόπιση στην περιστοματική περιοχή (φυσαλίδες). Συνυπάρχει επώδυνη υπογνάθια/τραχηλική λεμφαδενίτιδα (αμφοτερόπλευρα).

Η διάγνωση είναι συνήθως κλινική και η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: Το Πολύμορφο Ερύθημα (μερικές φορές έχει μόνο στοματική εντόπιση), Ερπητόμορφα έλκη(είναι σπάνια μορφή αφθών που όμως δεν έχουν πυρετό), την Φαρμακευτική Στοματίτιδα, την Οξεία Ελκονεκρωτική Ουλίτιδα, την Ερπητική Κυνάγχη, την Οξεία Στρεπτοκοκκική Φαρυγγοαμυγδαλίτιδα κ.ά.

2. Λοίμωξη HIV (Στοματικές Εκδηλώσεις)

Οι συνηθέστερες στοματικές εκδηλώσεις της λοίμωξης HIV είναι: Η Καντιντίαση(ψευδομεμβρανώδης, ερυθηματώδης **Εικ. 2, 3**), η Τριχωτή λευκοπλακία, η Ελκονεκρωτική Ουλίτις - Στοματίτις, Σάρκωμα Kaposi. Να τονισθεί ότι αρκετές φορές τα νοσήματα αυτά στο στόμα μπορεί να είναι η μόνη εκδήλωση της λοίμωξης HIV και ο ασθενής να μην γνωρίζει ότι είναι οροθετικός.

Η καντιντίαση βέβαια είναι πολύ συχνό εύρημα στην καθ' ημέρα πράξη σε ασθενείς χωρίς λοίμωξη HIV και πρέπει να συνεκτιμάται όλο το ιστορικό με προσοχή (Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση στοματικής καντιντίασης -π.χ. τοπικοί παράγοντες, φάρμακα, ανοσοανεπάρκειες, στερητικές καταστάσεις, ορμονικές διαταραχές-).

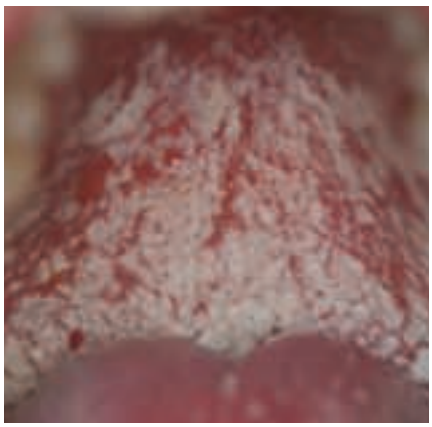
Τριχωτή Λευκοπλακία-HIV Εικ. 4

Παρατηρούνται λευκές μη αποκολλούμενες βλάβες στα πλάγια χείλη της γλώσσας καθέτως στον προσθιοπίσθιο άξονα της γλώσσας.

Ο ιός Epstein-Barr ευθύνεται για την βλάβη.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως: την Λευκοπλακία, τον Ομαλό Λειχήνα, την Καντιντίαση, Χρόνια Δήξη, την Στοματίτιδα από Επαφή Κανέλλας κ.ά.

Εικ. 1.Πρωτοπαθής Ερπητική Ουλοστοματίτις



Εικ. 2.Ψευδομεμβρανώδης Καντιντίαση

Εικ. 3. Ερυθηματώδης Καντιντίαση

Εικ. 4.Τριχωτή Λευκοπλακία-HIV

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΜΑΤΟΣ-ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΛΕΜΦΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ (με εντόπιση στο στόμα)

- Σιδηροπενική Αναιμία
- Μεγαλοβλαστική Αναιμία
- Κυκλική Ουδετεροπενία
- Ακοκκιοκυτταραιμία
- Απλαστική Αναιμία
- Συγγενής Ουδετεροπενία
- Θρομβοκυττοπενία
- Non - Hodgkin λεμφώματα
- Hodgkin Λέμφωμα
- Πολλαπλούν Μυέλωμα
- Μυελοδυσπλαστικά Σύνδρομα
- Λευχαιμίες (Οξείες, Χρόνιες) κ.ά.

Οι κλινικές εκδηλώσεις των αιματολογικών νοσημάτων στο στόμα δεν είναι παθογνωμονικές και δεν μπορούν να διαφοροδιαγνώσουν αυτές τις νόσους μεταξύ τους.

Μνημοτεχνικά οι ελκώσεις του βλεννογόνου του στόματος μπορεί να παραπέμπουν σε Ουδετεροπενία, οι αυτόματες αιμορραγίες των ούλων σε Θρομβοκυττοπενία και οι εξεσημασμένες (κυρίως) υπερπλασίες ούλων σε Νεοπλασματικής αιτιολογίας νοσήματα (συνήθως λευχαιμίες- στην Οξεία Μυελοκυτταρική Λευχαιμία μπορεί οι διογκώσεις των ούλων να είναι το πρωϊμότερο σημείο της νόσου).

Εικ. 5. Ανεπάρκεια Β12

Σιδηροπενική Αναιμία-Ανεπάρκεια Β12 -φυλλικού οξέος Εικ. 5, 6

Οι βλάβες στο στόμα είναι πρώιμες και συχνές. Μπορεί να ευρεθεί: ωχρότητα βλεννογόνου, ατροφία / απόπτωση τριχοειδών / μυκητοειδών θηλών γλώσσας με επακόλουθο λεία και στιλπνή γλώσσα. Συγχειλίτις, καντιντίαση, ερυθρότητα γλώσσας, γενικώς ερυθρότητα βλεννογόνου, αίσθημα καύσου, γλωσσοδυνία, διαταραχές γεύσης.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ (με εντόπιση στο στόμα)

- Νόσος Crohn
- Ελκώδης Κολίτις
- Εντεροπάθεια Από Γλουτένη (Κοιλιοκάκη) κ.ά.

Νόσος Crohn (Στοματικές βλάβες)

Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται στο 10-20% των περιπτώσεων και μερικές φορές οι βλάβες αυτές είναι η πρώτη εκδήλωση της νόσου. Οι στοματικές εκδηλώσεις είναι πολυάριθμες και μπορεί να ευρεθούν τα εξής: Κοκκιωματώδης Χειλίτις **Εικ. 7**, Οίδημα του βλεννογόνου, Πολλαπλά οζίδια (εμφάνιση λιθόστρωτου), Συγχειλιτίδα, Διόγκωση των ούλων (Κοκκιωματώδης ουλίτις **Εικ. 8**), Βλάβες τύπου αφθών, Άτυπα έλκη, Γευστικές διαταραχές, Βλαστική πυοστοματίτις, Ερύθημα και απολέπιση στην περιστοματική περιοχή.

Η διαφορική διάγνωση των στοματικών εκδηλώσεων περιλαμβάνει: Την Κοκκιωματώδη χειλίτιδα, την Ελκώδη κολίτιδα, την Σαρκοείδωση, Νεοπλάσματα, Αγγειοοίδημα, Απόστημα, κ.ά. Η δραστηριότητα των στοματικών βλαβών δεν φαίνεται να συνάδει με την δραστηριότητα στο έντερο.

Το κάπνισμα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου του Crohn.

ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ/ΜΕ ΠΙΘΑΝΟ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (με εντόπιση στο στόμα)

- Σύνδρομο Sjögren
- Ερυθηματώδης Λύκος
- Σκληρόδερμα
- Δερματομυοσίτις
- Νόσος από Αντίδραση Μοσχεύματος Έναντι του Λήπτη (GVHD)
- Σύνδρομο Αδαμαντιάδη - Behçet
- Σύνδρομο PFAPA (Υποτροπιάζων περιοδικός πυρετός, aphthous-like βλάβες, φαρυγγίτιδα, τραχηλική λεμφαδενίτιδα)
- Κοκκιωμάτωση Wegener κ.ά.

1. Σύνδρομο Sjögren Εικ. 9

Πρόκειται για λεμφοκυτταρική διήθηση των εξωκρινών αδένων, κυρίως σιαλογόνων και δακρυϊκών με αποτέλεσμα η ξηροστομία και η ξηροφθαλμία να είναι τα κύρια κλινικά συμπτώματα. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες με αναλογία: γυναίκες / άνδρες (9:1), μεταξύ 40-50 ετών. Εξωαδενικές εκδηλώσεις (συστηματικές εκδηλώσεις) περίπου στο 1/3 των ασθενών.

Οι στοματικές εκδηλώσεις του Sjögren είναι πολυάριθμες: Ξηροστομία, βλεννογόνος ερυθρός, στιλπνός, ξηρός, γλώσσα λεία και πολλές φορές με αυλακώσεις στη ραχιαία επιφάνεια, ατροφία τριχοειδών θηλών, απουσία ή πυκνός σίελος, δυσφαγία, δυσκαταποσία, πολυτερηδονισμός δοντιών, περιοδοντίτιδα, καντιντίαση -70% των ασθενών-, συγχειλιτίδα, διόγκωση παρωτίδων ή άλλων μεγάλων σιαλογόνων αδένων στο 70% των ασθενών με πρωτοπαθές Sjögren, βακτηριακή σιαλαδενίτις, ξηρότητα χειλέων.

2. Δισκοειδής Ερυθηματώδης Λύκος (Στοματικές βλάβες)

Το ποσοστό προσβολής του στοματικού βλεννογόνου ανέρχεται στο 3-20 % .Οι συχνότερες θέσεις εντοπίσεως των βλαβών είναι κυρίως η παρειά, το κάτω χείλος, η υπερώα. Ανευρίσκεται ερυθηματώδης περιοχή (συνήθως μονήρης), η οποία περιβάλλεται από λευκές γραμμώσεις σέ ακτινωτή διάταξη. Οι βλάβες του στόματος συνήθως συνυπάρχουν με αυτές του δέρματος. Η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως από τον Ομαλό Λειχήνα.

3. Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (Στοματικές βλάβες)

Οι ελκώσεις στο στόμα αποτελούν ένα από τα 11 βασικά κλινικά κριτήρια για την διάγνωση της νόσου. Τ ο ποσοστό προσβολής του βλεννογόνου του στόματος ανέρχεται στο 20-40%. Συχνότερες θέσεις εντοπίσεως των βλαβών είναι κυρίως η υπε-

Εικ. 6. Σιδηροπενική Αναιμία-Συγχειλίτις

Εικ. 8. Νόσος Crohn-Κοκκιωματώδης Ουλίτιδα

Εικ. 7. Νόσος Crohn-Κοκκιωματώδης Χειλίτιδα

Εικ. 9. Σύνδρομο Sjögren - Ξηροστομία - Καντιντίαση

ρώα, παρειές, χείλος. Ανευρίσκονται: διαβρώσεις- ελκώσεις (πολλαπλές), ερύθημα -ερυθηματώδεις πλάκες, πετέχιες, αιμορραγίες, λειχηνοειδείς βλάβες, ξηροστομία.

Οι βλάβες είναι μη παθογνωμονικές. Η διαφορική διάγνωση των βλαβών στο στόμα περιλαμβάνει κυρίως τον Ομαλό Λειχήνα, την Πέμφιγα, την λήψη Φαρμάκων . Η δραστηριότητα των στοματικών βλαβών συνάδει με την δραστηριότητα του νοσήματος και οι στοματικές βλάβες αξιολογούνται κατά την διαδικασία παρακολούθησης.

Στην Ελλάδα σε πρόσφατη μελέτη (Nikolopoulos et al Lupus, 2020 'Attikon' cohort) ευρέθη ποσοστό γυναίκες / άνδρες (9:1) και μέση ηλικία διάγνωσης 38, 3 έτη. Στην ίδια μελέτη ευρέθη ότι κατά την διαδικασία της διάγνωσης το 17, 7 των ασθενών παρουσίαζε στοματικά έλκη. Παρότι δεν είναι παθογνωμονικά, η παρουσία στοματικών ελκών πρέπει να ανεβάζει τον βαθμό υποψίας για την νόσο.

4. Σύνδρομο Αδαμαντιάδη - Behçet

Είναι Χρόνιο πολυσυστηματικό νόσημα (πολυσυστηματική αγγειΐτιδα). Στο στόμα παρατηρούνται υποτροπιάζουσες ελκώσεις. Η παρουσία τους αποτελεί βασική προϋπόθεση για την διάγνωση του νοσήματος. Η κλινική εμφάνιση των ελκώσεων αυτών δεν είναι παθογνωμονική. Μπορεί να έχουν τους κλινικούς χαρακτήρες των αφθών (και των τριών κλινικών μορφών δηλ.μικρές άφθες, μεγάλες άφθες,ερπητόμορφα έλκη), των Aphthous-like ελκώσεων ή των άτυπων ελκών. Έχουν συχνές υποτροπές (>3/χρόνο), είναι επιμένουσες, και συνήθως είναι πολλές (>3-4). Σε μερικούς ασθενείς η έναρξη παρουσίας αφθών αναφέρεται σε ηλικία > 30 ετών.

Το στόμα προσβάλλεται σχεδόν πάντοτε και συχνά οι στοματικές βλάβες προηγούνται των άλλων εκδηλώσεων.

Για την διάγνωση του νοσήματος συνήθως απαιτούνται υποτροπιάζοντα έλκη στόματος και δύο από τα εξής ευρήματα :

1. υποτροπιάζοντα γεννητικά έλκη
2. οφθαλμικές βλάβες (επιπεφυκίτις, ιριδίτις με υπόπυον, αγγειίτις του αμφιβληστροειδούς)
3. δερματικές βλάβες (βλατίδες, φλύκταινες, οζίδια, οζώδες ερύθημα, θυλακίτις, νεκρωτική αγγειίτις και έλκη)
4. δοκιμασία pathergy θετική

Τα έλκη του στόματος παρουσιάζονται στο 100% των ασθενών. Οι οφθαλμικές βλάβες στο 70-80%, τα έλκη στα γεννητικά όργανα στο 50-60%, οι βλάβες του δέρματος στο 40% - 50%. Η αναλογία άνδρες / γυναίκες είναι (5-10:1) (20-30 ετών). Τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του νοσήματος είναι: αρθραλγίες, αρθρίτιδα, θρομβοφλεβίτιδα, αποφράξεις αρτηριών και ανευρύσματα, περικαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, επιδιδυμίτιδα, προσβολή αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος, προσβολή του ΚΝΣ.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (με εντόπιση στο στόμα)

- Πέμφιγα
- Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων
- Πομφολυγώδες Πεμφιγοειδές
- Πεμφιγοειδές της Κύησης
- IgA Πομφολυγώδης Δερματοπάθεια
- Επίκτητη Πομφολυγώδης Επιδερμόλυση
- Πολύμορφο Ερύθημα
- Ομαλός Λειχήνας
- Δισκοειδής Ερυθηματώδης Λύκος κ.ά.

Πέμφιγα (Στοματικές βλάβες)

Το στόμα προσβάλλεται κυρίως από την κοινή πέμφιγα.

Στο 75% των περιπτώσεων η νόσος αρχίζει από το στόμα. Ποσοστό >95% των ασθενών έχουν και στοματική προσβολή.

Στο στόμα παρατηρούνται: Διαβρώσεις που επιμένουν, επεκτείνονται, οι οποίες μπορεί να είναι το μόνο σημείο της νόσου (πρώιμες και μοναδικές) και πρέπει να εγείρουν την υποψία για ύπαρξη του νοσήματος. Συνυπάρχουν πόνος, δυσφαγία, δυσκαταποσία, Nikolsky θετικό, αποφλοιωτική ουλίτιδα.

Όσον αφορά την εντόπιση οι κύριες θέσεις είναι η μαλθακή υπερώα (78% των ασθενών) **Εικ. 10**, οι παρειές, το κάτω χείλος **Εικ. 11**, η γλώσσα, τα ούλα, το άνω χείλος, το έδαφος τού στόματος.

Η μέση ηλικία προσβολής είναι τα 54 χρόνια. Βλάβες παρατηρούνται και σε άλλους βλεννογόνους, όπως βλεννογόνος μύτης, λάρυγγος, φάρυγγος, οισοφάγου, επιπεφυκότες, βλεννογόνος γεννητικών οργάνων και πρωκτού.

Στο δέρμα παρατηρούνται ρυτιδωμένες πομφόλυγες, που σπάζουν, καταλείποντας διαβρώσεις.

Η Κλινική Διαφορική Διάγνωση Στοματικών Βλαβών στην Κοινή Πέμφιγα περιλαμβάνει: το Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, το Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές, το Πολύμορφο ερύθημα, τον Ομαλό Λειχήνα (διαβρωτική και πομφολυγώδη μορφή), τις Ελκώσεις από φάρμακα, το Σύνδρομο

Εικ. 10. Πέμφιγα

Εικ. 11. Πέμφιγα

Stevens- Johnson/TEN, τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, Άλλες πέμφιγες, Άφθες, Ερπητική Λοίμωξη κ.ά. Για την τελική διάγνωση χρειάζεται η λεπτομερής αξιολόγηση των στοιχειωδών βλαβών και εντοπίσεων στο δέρμα και στους βλεννογόνους και η εργαστηριακή διερεύνηση.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (με εντόπιση στο στόμα)

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Υποθυρεοειδισμός
- Νόσος Addison κ.ά.

Σακχαρώδης διαβήτης: επιπλοκές στο στόμα

Οι επιπλοκές αφορούν κυρίως άτομα με μη ρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη. Ανευρίσκονται Καντιντίαση, Ξηροστομία, Συγχειλίτιδα, Γλωσσοδυνία (αίσθηση καύσου), οι οποίες μπορεί να είναι και πρώιμες και οι ασθενείς να μην γνωρίζουν ότι είναι διαβητικοί (κυρίως τύπου 2).

Άλλες στοματικές βλάβες είναι: Διαταραχές γεύσεως, Τριχωτή γλώσσα, Κακοσμία, Σιαλαδενίτις.

Η συχνότητα Περιοδοντικής Νόσου (Ουλίτιδα, Περιοδοντίτιδα) στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είναι διπλάσια από ότι στους μη διαβητικούς, λόγω της μικροαγγειοπάθειας. Επίσης έχουμε αυξημένα ποσοστά τερηδόνας.

ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το 90-95 % των κακοήθων νεοπλασμάτων του στόματος αφορούν το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι: κάπνισμα, αλκοόλ, HPV, κα

Κλινική εικόνα: Λευκή πλάκα, Ερυθρή πλάκα, Συνδυασμός ερυθρής - λευκής πλάκας **Εικ. 12**, Μικρό ογκίδιο, Διάβρωση - έλκος, Βαθύ έλκος με επηρμένα χείλη και σκληρή βάση, Εξωφυτικός συνήθως εξελκωμένος όγκος, Διηθητική σκληρία, Διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων.

Από τις ενδοστοματικές εντοπίσεις > 50% των περιπτώσεων εντοπίζονται στα πλάγια χείλη της γλώσσας.

Διάγνωση:

1. Υψηλός δείκτης υποψίας για την νόσο, ώστε η διάγνωση να γίνεται σε πρώιμο στάδιο **Εικ. 13**
2. Γνώση των κλινικών χαρακτήρων
3. Λήψη βιοψίας και ιστοπαθολογική εξέταση.

III. ΠΡΟΣΘΗΚΗ

1. Φάρμακα - βλάβες στοματικού βλεννογόνου - Εικ. 14

Θεωρητικά όλα τα φάρμακα δύνανται να προκαλέσουν βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο. Μπορεί να αναπτυχθούν: Ελκώσεις, διαβρώσεις, καντιντίαση, ξηροστομία, υπερπλασία ούλων, μελάγχρωση, λειχηνοειδείς αντιδράσεις, αγγειοοίδημα, σύνδρομο Stevens - Johnson κ.ά.

Οι βλάβες μπορεί να εντοπίζονται αποκλειστικά στο στόμα ή να συνυπάρχουν με βλάβες στο δέρμα ή σέ άλλους βλεννογόνους. Τα πλέον συνήθη φάρμακα είναι: αντιβιοτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, κυτταροστατικά, αντιεπιληπτικά, αλλοπουρινόλη, νικορανδίλη, καπτοπρίλη, διφωσφονικά, β-blockers, αναστολείς διαύλων ασβεστίου κ.ά.

2. Παρατίθενται δύο εργασίες για την ιστορία της περιγραφής του συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behçet.

1. Λασκαράτος Ι. Ιστορία του συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behçet, Ιατρικά Χρονικά Ζ:(11) 803-811,1984
2. Zouboulis C., Keitel W. A historical review of early descriptions of Adamantiades-Behçet's disease. J Invest Dermatol 2002 Jul;119(1):201-5.

IV. ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

Τα Νοσήματα του Στοματικού Βλεννογόνου μπορεί να καταταγούν ως εξής:

1. Τοπικά νοσήματα
2. Συστηματικά νοσήματα
3. Κύστεις μαλακών μορίων - Προκαρκινικές βλάβες - Όγκοι Καλοήθεις / Κακοήθεις

Βλεννογόνος Στόματος

1. **Πολλαπλά Οξέα Έλκη:** Στην κλινική διαφορική διάγνωση ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί κυρίως:
   1. HSV1, HSV2
   2. Άφθες - Ερπητόμορφα έλκη
   3. Πολύμορφο Ερύθημα
2. **Πολλαπλά Έλκη:** Παραπέμπουν κυρίως σε συστηματικά νοσήματα
3. **Πολλαπλά Χρόνια Έλκη:** Παραπέμπουν κυρίως σε συστηματικά νοσήματα, όπως Δερματοβλεννογόνια (π.χ. Πέμφιγα), Αίματος, κα
4. **Μονήρες Έλκος:** Επιμένον περισσότερο από τρεις εβδομάδες, μπορεί να σημαίνει κακοήθη νεοπλασία
5. **Το πιο σύνηθες Οξύ Έλκος:** Συνήθως πρόκειται για τραυματικό έλκος
6. **Υποτροπιάζοντα Έλκη:** Το πιο σύνηθες αίτιο είναι οι άφθες
7. **Οι ελκώσεις - διαβρώσεις:** Συχνές στοιχειώδεις βλάβες,οι οποίες χρήζουν κλινικής εκτίμησης στην καθ' ημέραν πράξη. Ένας ενδεικτικός πίνακας είναι ο εξής:

Πιν. Α. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΚΑΙ ΑΦΘΕΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ή ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΜΟΙΑΖΟΥΝ ΜΕ ΑΦΘΕΣ (APHTHOUS-LIKE)

- Ιογενείς λοιμώξεις (πρωτοπαθής, δευτεροπαθής ερπητική στοματίτις, νόσος χειρών - ποδών - στόματος, ερπητική κυνάγχη, CMV: ανοσοκατεσταλμένους)
- Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet
- Νόσος Crohn, Ελκώδης Κολίτις, Εντεροπάθεια από Γλουτένη
- Κυκλική Ουδετεροπενία
- Στερητικές Αναιμίες (Σιδηροπενική Αναιμία, Ανεπάρκεια B12, Φυλλικού Οξέος)
- Λευχαιμία
- Σύνδρομο Sweet
- Σύνδρομο PFAPA (Υποτροπιάζων περιοδικός πυρετός, aphthous - like βλάβες, φαρυγγίτιδα, τραχηλική λεμφαδενίτιδα) σε παιδιά
- Σύνδρομο MAGIC (Θεωρείται μορφή Αδαμαντιάδη Behçet) (Μεγάλες άφθες, aphthous - like στα γεννητικά όργανα, υποτροπιάζουσα περιχονδρίτιδα)
- Αντιδραστική Αρθρίτις (Reactive arthritis

Εικ. 12. Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα

Εικ. 13. Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα (πρώιμο)

Εικ. 14. Έλκωση από Μεθοτρεξάτη

MAG-IASIS®

Magnesium 243mg

Συνδυασμός

Κιτρικού & Ασπαρτικού Μαγνησίου

σε **αναβράζοντα, διχοτομούμενα δισκία**

Mag-Iasis/05/05.22

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε:
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ τα Φάρμακα**
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

IASIS PHARMA

Ελληνικό Φάρμακο

IASIS PHARMACEUTICALS HELLAS ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΩΝ
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY
Έδρα – Εργοστάσιο 1: Λεωφ. Φυλής 137, 134 51 Καματερό Αττικής
Εργοστάσιο 2: Αρχιμήδους 8-10, 194 41 Κορωπί Αττικής
Γραφ. Επιστημ. Ενημ.: Λ. Καματερού 2-4, 134 51 Καματερό Αττικής
Τηλ.: 210 23 11 031, Fax: 210 23 15 889
e-mail: iasis@iasispharma.gr, **www.iasispharma.gr**

Για συνταγογραφικές πληροφορίες, συμβουλευθείτε την ΠΧΠ του Προϊόντος ή / και απευθυνθείτε στην εταιρεία IASIS PHARMA

- Reiter's Syndrome)
- Ακανθοκυτταρικό Ca
- Σύφιλη (πρωτοπαθές έλκος, βλεννώδεις πλάκες)
- HIV λοίμωξη

8. Τι είναι Άφθες; Άφθες είναι επώδυνες στοματικές ελκώσεις, πού χαρακτηριστικά υποτροπιάζουν μέσα σέ χρονικό διάστημα, πού κυμαίνεται από ημέρες, μήνες ή ακόμη και χρόνια.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με άφθες είναι κατά τ' άλλα υγιή άτομα με κανένα ιστορικό ή ένδειξη συστηματικής (ιδιοπαθής νόσος). Ευρήματα υποδηλώνοντα συστηματικό νόσημα; (Περαιτέρω αξιολόγηση ασθενών με άφθες)

- Πολλές υποτροπές
- Επιμένουσες
- Μεγάλες άφθες
- Ερπητόμορφα έλκη
- Χρόνος 1ης εμφάνισης αφθών σε μεγάλη ηλικία
- Ελκώσεις πού μοιάζουν με άφθες (aphthous -like) αλλού π.χ. γεννητικά όργανα)
- Άφθες μη ανταποκρινόμενες στην τοπική θεραπεία
- Παρουσία άλλων στοματικών ευρημάτων (π.χ. καντιντίαση, πετέχειες, υποπλασία αδαμαντίνης, συγχειλιτίδα)

9. Χείλη - Ερυθρό Κράσπεδο - Συστηματικά Νοσήματα

Τα συνηθέστερα συστηματικά νοσήματα με εντόπιση στο ερυθρό κράσπεδο των χειλέων:

- Πέμφιγα
- Παρανοεπιδερμιδικά Πέμφιγα
- Ερυθηματώδης Λύκος (ΔΕΛΣΕΛ)
- Πολύμορφο ερύθημα
- Stevens-Johnson
- Φάρμακα
- Έρπης
- Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα

V. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εκδηλώσεις Συστηματικών Νόσων στο Στόμα. Λάσκαρης Γ. Στο: Δερματολογία - Αφροδισιολογία. Αντωνίου Χ. Κατσάμπας Α. 2015, σελ.771-792
2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ Γ.Χ. ΛΑΣΚΑΡΗΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ,2012
3. Laskaris G. Pocket atlas of oral diseases.Thieme Publishers, NewYork, Stuttgart. 2019
4. Oral manifestations of systemic disease. Porter SR, Mercadante V, Fedele S. Br Dent J. 2017 Nov 10;223(9):683-691. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.884. PMID: 29123296
5. Oral Manifestations of Systemic Disease. Am Fam Physician. 2010;82(11):1381-1388. ANGELA C. CHI, BRAD W. NEVILLE, JOE W. KRAYER, WANDA C. GONSALVES
6. Oral ulcers:clinical aspects A tool for dermatologists Part I. Acute ulcers 289-294, 2009 Part II. Chronic ulcers 456-461, 2009 Clinical and Experimental Dermatology M. Munoz - Corcuera,G. Esparza-Gomez, M.A. Gonzalez - Moles and A.Bascones - Martinez
7. Manifestations buccales des maladies systémiques. Huttenberger B. et Vaillant L. D`après: Beauvillain de Montreuil et Jacques Billet.Pathologie de la muqueuse buccale,2009, pages 333-342

adelco

Liovital® AD

Βιταμίνες A - B1 - D - E
Μουρουνέλαιο
Γύρη και Βασιλικός πολτός
Γλυκίνη και Ψευδάργυρος

Συμπλήρωμα Διατροφής

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

10 | ΦΙΑΛΙΔΙΑ ΜΟΝΗΣ ΔΟΣΗΣ ΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕ ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΟ ΠΩΜΑ

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

adelco

Εισαγωγή - διανομή από την Adelco Α.Ε.
Βιομηχανία Φαρμάκων & Καλλυντικών
Πειραιώς 37, 183 46 Μοσχάτο, Τηλ. 210 4819311-13
e-mail: info@adelco.gr, www.adelco.gr

PHARMALINE
More than Health

Προϊόν της Pharmaline Italy

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hts.org.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Λουκίδης Στυλιανός

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Τζανάκης Νικόλαος

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Ζέρβας Ελευθέριος

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Μπακάκος Πέτρος

ΤΑΜΙΑΣ: Μόσχος Χαράλαμπος

ΜΕΛΗ: Ροβίνα Νικολέττα Κατσαούνου Παρασκευή

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Long-Post Covid, Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση

Ομάδα Εργασίας: Τζουβελέκης Αργύριος, Βιττωράκης Στυλιανός, Καραμπιτσάκος Θεόδωρος, Σωτηροπούλου Βασιλική, Μπούτου Αφροδίτη, Δανιήλ Ζωή, Αντωνίου Αικατερίνη, Ασημάκος Ανδρέας, Σταύρου Θ. Βασίλειος, Μπούτλας Στυλιανός, Βαβουγιός Δ. Γεώργιος, Τουρλακόπουλος Κωνσταντίνος, Βογιατζής Ιωάννης, Γουργουλιάνης Ι. Κωνσταντίνος.Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας

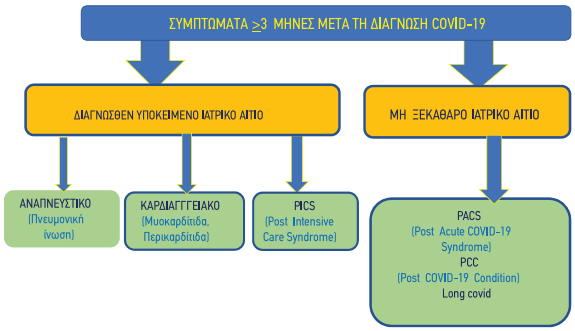
Ορισμός

Ο όρος "σύνδρομο Long- Covid"περιλαμβάνει τα συμπτώματα και σημεία αλλά και τις επιπλοκές (όψιμες ή μακροχρόνιες) που εμμένουν ή εμφανίζονται 4 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη με SARS-COV-2.

Εν τη απουσία καθολικά αποδεκτών ορισμών το National Institute for Health and Care Excellence (NICE)[1] προτείνει την ακόλουθη ορολογία για τις φάσεις που έπονται της λοίμωξης από τον ιό SARS-COV-2:

1. **Οξεία Covid-19** (Acute Covid-19): αφορά σε σημεία και συμπτώματα **έως 4 εβδομάδες**
2. **Συνεχιζόμενη συμπωματική Covid-19** (On going symptomatic Covid-19): αφορά σε σημεία και συμπτώματα από **4 έως 12 εβδομάδες**
3. **Μετά-Covid-19 σύνδρομο** (Post-Covid-19 syndrome): αφορά σε σημεία και συμπτώματα που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή μετά από τη λοίμωξη με Covid-19 και συνεχίζουν **για περισσότερο από 12 εβδομάδες,** χωρίς να μπορούν να αποδοθούν σε εναλλακτική διάγνωση(1). Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ό όρος long Covid περιλαμβάνει τη συνεχιζόμενη συμπωματική Covid-19 και το μετά Covid-19 σύνδρομο.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Mount Sinai, τόνισε το γεγονός ότι ο Covid-19, πέραν του ότι είναι ιός που προσβάλλει το αναπνευστικό, επηρεάζει και άλλα συστήματα. Έτσι οι ασθενείς με εμμένοντα συμπτώματα μετά από 3 μήνες, θα πρέπει σαφώς να ξεκινούν το διαγνωστικό έλεγχο από το αναπνευστικό σύστημα (για την περίπτωση της επαγόμενης από Covid-19 διάμεσης πνευμονοπάθειας γίνεται ειδική αναφορά στο τέλος του κειμένου). Στην περίπτωση που ο έλεγχος του αναπνευστικού δεν καταλήξει στην επαρκή αιτιολόγηση της συμπτωματολογίας, ο έλεγχος θα πρέπει να συνεχιστεί στο καρδιαγγειακό και σε οντότητες που αναγνωρίστηκαν πρόσφατα, όπως φαίνεται στο σχήμα 1. Το παρόν κείμενο αποτελεί συνδυασμό των οδηγιών διεθνών οργανισμών όπως το NICE[1] και το CDC[2] και ερευνητικών ομάδων[3-4] καθώς και των θέσεων της ΕΠΕ και προτείνεται μόνο ως συμπληρωματικό εργαλείο για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των ασθενών με long- Covid σύνδρομο.



Σχήμα 1. Προσαρμοσμένος αλγόριθμος διαγνωστικής προσέγγισης long covid από το mount sinai (May 2020)

Συμπτωματολογία και επιπλοκές long-Covid

Κάθε ασθενής που νοσεί από Covid-19 θα πρέπει να ενημερώνεται για την πιθανότητα εμμενόντων συμπτωμάτων που συνήθως υποχωρούν μέσα σε 12 εβδομάδες και εμφανίζονται ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου και την προηγούμενη κατάσταση της υγείας του. Σε περίπτωση μη βελτίωσης ή εμφάνισης νέων συμπτωμάτων οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται από τον θεράποντα ιατρό τους. Εμμένοντα συμπτώματα εμφανίζονται συχνότερα σε νοσηλευόμενους ασθενείς (Post Intensive Care Syndrome, προσβολή αναπνευστικού και καρδιαγγειακού). Ωστόσο συμπτωματολογία που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής των ασθενών μπορεί να εμφανίζεται και σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς. Η νόσος covid-19 πέραν του αναπνευστικού μπορεί να προσβάλλει πολλά συστήματα. Γι' αυτό και είναι αναγκαία η γνώση τους αλλά και η συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα κύρια συμπτώματα και νοσήματα/επιπλοκές (**πίνακας 1**) του Post-Covid συνδρόμου[3].

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΕ COVID-19- ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ
Αναπνευστικές
Βήχας/δύσπνοια, μειωμένη ικανότητα για άσκηση και υποξαιμία Διάμεση Πνευμονοπάθεια με μειωμένη διαχυτική ικανότητα και περιορισμό, αλλοιώσεις θαμβής υάλου και ινωτικές βλάβες στην απεικόνιση, πνευμονική εμβολή. Σχετιζόμενες με το ανώτερο αναπνευστικό και ΩΡΛ: Ανοσμία-Αγευσία.
Καρδιαγγειακές
Αίσθημα παλμών, δύσπνοια και θωρακικό άλγος. Μυοκαρδίτιδα, μυοκαρδιακή ίνωση, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, περικαρδίτιδα, ορθοστατική υπόταση
Νεφρικές
Χρόνια νεφροπάθεια με μειωμένο EGFR έχει αναφερθεί 6 μήνες μετά
Δερματολογικές
Η τριχόπτωση είναι το κύριο σύμπτωμα και εμφανίζεται σε περίπου 20% των ασθενών. Εξάνθημα (πχ κνίδωση)
Ρευματολογικές
Αντιδραστική αρθρίτιδα, ινομυαλγία, νοσήματα συνδετικού ιστού
Ενδοκρινικές
Εμφάνιση ή επιδείνωση σακχαρώδη διαβήτη, υποθυρεοειδισμός, υποξεία θυρεοειδίτιδα, διαταραχές εμμήνου ρύσης
Νευροψυχιατρικές

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.hts.org.gr

Καταβολή, μυαλγίες, κεφαλαλγία, αδυναμία, διαταραχές αυτόνομου, γνωσιακές διαταραχές, διαταραχές μνήμης , οσφρητικές / γευστικές διαταραχές, Ανησυχία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, μετατραυματικό στρες (PTSD)
Αγγειακές
Θρομβοεμβολικά επεισόδια (πνευμονική εμβολή, αρτηριακή θρόμβωση, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση)
Ουρολογικές
Ακράτεια, σεξουαλική δυσλειτουργία
Γαστρεντερικές
Έχει παρατηρηθεί παρατεταμένη απέκκριση του ιού στα κόπρανα ακόμα και σε ασθενείς με αρνητικό ρινοφαρυγγικό επίχρισμα. Η νόσος μπορεί δυνητικά να μεταβάλει το μικροβίωμα του εντέρου και να οδηγήσει σε εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων.
Άλλα
Παρατεταμένη δεκατική πυρετική κίνηση, απώλεια βάρους, έλλειψη βιταμίνης D, αλλεργίες και σύνδρομο ενεργοποίησης μαστοκυττάρων, χρόνια άλγη, επιδείνωση συνοσηροτήτων.

Αναπνευστικές επιπλοκές Long-Covid συνδρόμου

Σε μία μελέτη παρατήρησης 38 νοσοκομείων στις ΗΠΑ, στις 60 ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, απεβίωσε το 6,7% των ασθενών ενώ το 15,1% χρειάστηκε επανεισαγωγή[5]. Το 32,6% των ασθενών ανέφερε εμμένοντα συμπτώματα και το 18,9% νέα συμπτωματολογία.

Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν η **δύσπνοια** στην άνοδο μιας σκάλας (22,9%), ο **βήχας** (15,4%) και η εμμένουσα απώλεια γεύσης/όσφρησης (13,1%). Σε άλλη μελέτη νοσηλευόμενων ασθενών[6] το 68% και το 49% των ασθενών εμφάνιζε τουλάχιστον 1 σύμπτωμα στους 6 και 12 μήνες αντίστοιχα, με συχνότερα στους 6 μήνες την **καταβολή** (52%), τις **διαταραχές ύπνου** (27%), την τριχόπτωση (22%) και τις διαταραχές όσφρησης (11%).

Ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης αυτής αποτελεί η αύξηση του ποσοστού των ασθενών που εμφάνιζαν δύσπνοια κατά mMRC>1 από τους 6 (26%) στους 12 μήνες (30%).

Το συχνότερο εύρημα στις λειτουργικές δοκιμασίες των πνευμόνων είναι η μείωση στη διαχυτική ικανότητα DLCO η οποία σαφώς συσχετίζεται με τη βαρύτητα της νοσηλείας.

Διαχείριση ασθενούς με long-Covid σύνδρομο

Δεδομένου του σημαντικού αριθμού νοσούντων με Covid-19, σκοπός των οδηγιών είναι η αξιολόγηση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, η έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών της νόσου και η μείωση των μακροπρόθεσμων επιπλοκών της[4] (**Πίνακας 2**).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΤΟΧΟΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ COVID-19 ΝΟΣΟ
Αξιολόγηση και θεραπεία οξέων συμπτωμάτων/σημείων όπως μεταλοιμώδους βήχα,δύσπνοιας, καταβολής, υποξαιμίας.
Η αναγνώριση των μακροπρόθεσμων αναπνευστικών επιπλοκών της πνευμονίας από COVID-19 και η παρακολούθηση των ασθενών.
Η αναγνώριση σε πρώιμο στάδιο των πιο σοβαρών επιπλοκών που δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν αναπηρία όπως η πνευμονική ίνωση και η πνευμονική αγγειακή νόσος.
Η επιβεβαίωση της πλήρους ύφεσης των απεικονιστικών ευρημάτων των ασθενών με πνευμονία COVID-19
Η ολιστική προσέγγιση της νόσου (πχ ψυχολογική υποστήριξη σε αγχώδη διαταραχή ή γνωσιακές διαταραχές, θεραπεία αποκατάστασης σε σαρκοπενία μετά από παρατεταμένη νοσηλεία/ΜΕΘ κά)

Εκτός από τη φυσική εξέταση και την λήψη αναλυτικού ιστορικού μπορεί να είναι αναγκαία και η διενέργεια περαιτέρω εργαστηριακού ελέγχου. Δεν υπάρχει εργαστηριακή εξέταση που να διαχωρίζει τις Post-Covid καταστάσεις από άλλες αιτιολογίες και νοσήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος ιατρού, κατόπιν αξιολόγησης των συμπτωμάτων (είδος, βαρύτητα, διάρκεια) του ασθενούς, των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης, της βαρύτητα της νόσησης από COVID-19 και των συνοσηροτήτων του ασθενούς. Δεν χρειάζεται όλοι οι ασθενείς που νόσησαν από COVID-19 να υποβληθούν σε εργαστηριακό έλεγχο.

Προτείνεται ένας βασικός εργαστηριακός έλεγχος (**πίνακας 3**) για τους ασθενείς που έχουν εμμένοντα συμπτώματα με σκοπό τη διάγνωση κι εκτίμηση καταστάσεων που ενδεχομένως χρειάζονται θεραπεία, μέχρι να υπάρξουν επαρκή δεδομένα για την αντιμετώπιση των Post-Covid καταστάσεων. Προτείνεται επίσης ένας πιο ειδικός έλεγχος (**πίνακας 4**) ανάλογα με την κλινική υποψία ή τα συμπτώματα του ασθενούς[2].

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΒΑΣΙΚΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
Γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, κρεατινίνη, ουρία
Γενική ούρων
Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας,CPK
CRP, TKE, φερριτίνη
Θυρεοειδικός έλεγχος (TSH, FT4), D-dimer, ινωδογόνο, Τροπονίνη, Βιταμίνη D, Βιταμίνη B12

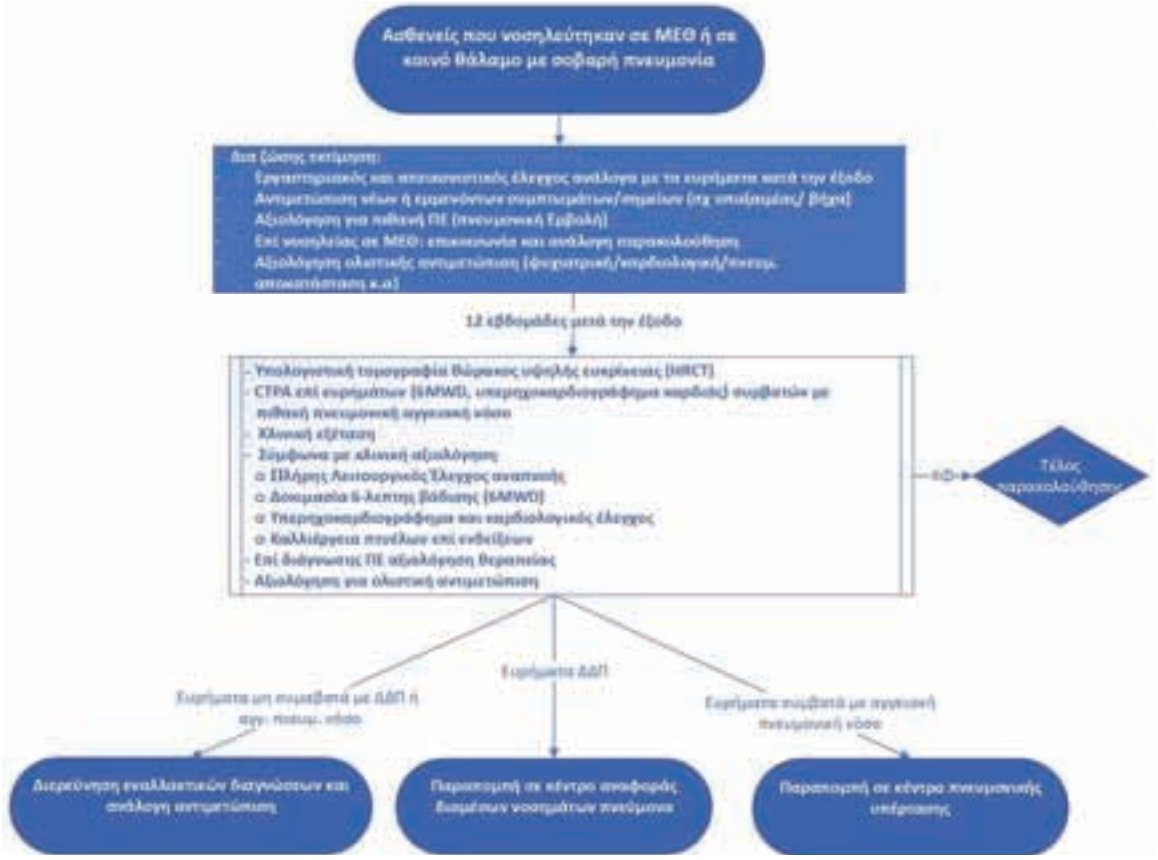
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΕΙΔΙΚΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
Ρευματολογικές καταστάσεις
Αντιπυρηνικά αντισώματα, ρευματοειδής παράγοντας, αντι-CCP, αντισώματα καρδιολιπίνης και CRP
Διαφοροδιάγνωση πνευμονικών ή καρδιακών συμπτωμάτων
B- νατριουρητικό πεπτίδιο

Κατά την αξιολόγηση της δύσπνοιας ασθενών συνιστάται η χρήση ερωτηματολογίων πχ mMRC και δοκιμασιών όπως της 6MWT. Άλλα ερωτηματολόγια (μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, στρες). μπορεί να φανούν χρήσιμα στην κλινική πράξη[35]

Οι ασθενείς πιθανόν να χρειαστεί να υποβληθούν σε Αξονική τομογραφία θώρακος υψηλής ευκρίνειας (HRCT) και CT αγγειογραφία πνευμόνων (CTPA) ενώ επί ενδείξεων ή ανάλογα με τις επιπλοκές της νόσου κατά τη νοσηλεία ή το ιστορικό του ασθενούς υπερηχοκαρδιογράφημα και καρδιολογικό έλεγχο. Ο υπέρηχος πνεύμονα μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση των εμμενουσών βλαβών μετά από πνευμονία Covid-19[36]. Για την παρακολούθηση των ασθενών δεν υπάρχει δοκιμασμένος αλγόριθμος. Η BTS προτείνει έναν αλγόριθμο από τον Μάιο του 2020 βασισμένο στην βαρύτητα της πνευμονίας από Covid-19[1]. Παρακάτω προτείνεται ο αλγόριθμός αυτός τροποποιημένος από την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Ο 1ος αλγόριθμος αφορά ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ή σε κοινό θάλαμο με σοβαρή πνευμονία και ο 2ος ασθενείς με ήπια ή μέτρια πνευμονία που νοσηλεύτηκαν σε κοινό θάλαμο ή κατ΄οίκον. Ο 2ος αλ-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.hts.org.gr



Αλγόριθμος 1: Παρακολούθηση ασθενών με σοβαρή πνευμονία που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ή σε κοινό θάλαμο

γόριθμος πιθανώς να μπορεί να εφαρμοστεί και σε αρκετούς ασθενείς που παρέμειναν κατ΄οίκον και παρουσίασαν πνευμονική νόσο από τον ιό (που παρέμεινε αδιάγνωστη καθώς δεν έγινε ο απαραίτητος έλεγχος), ή έπασχαν από συν-νοσηρότητες που απορρυθμίστηκαν ή τέλος ανέπτυξαν συμπτώματα που εμμένουν.

Διαχείριση ασθενών με Διάμεση πνευμονοπάθεια επαγόμενη από Covid-19

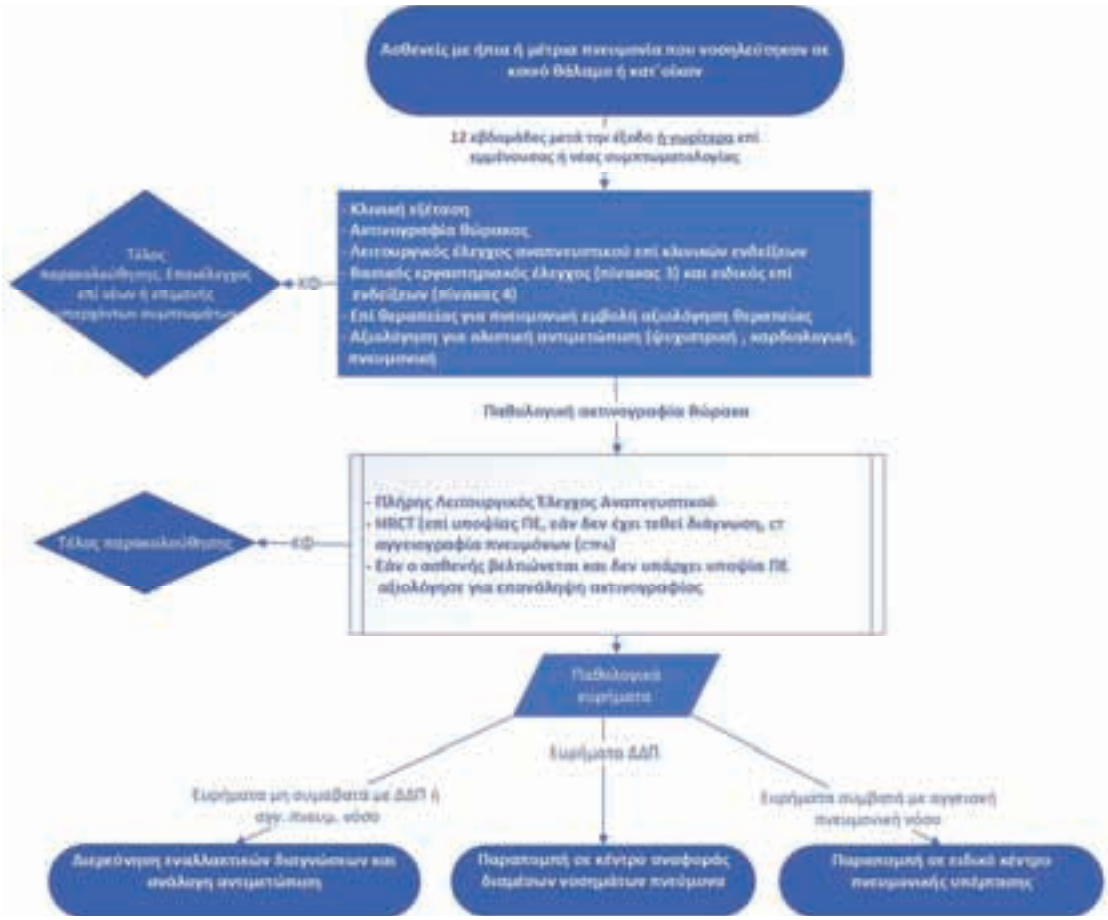
Εμμένοντα συμπτώματα, όπως βήχας και δύσπνοια στην κόπωση, μπορεί να σχετίζονται με ανάπτυξη **ινωτικής διάμεσης πνευμονοπάθειας**[7]. Η έγκαιρη διάγνωση αυτής είναι καθοριστική, αν αναλογιστεί κανείς την προϋπάρχουσα εμπειρία από την Ιδιοπαθή Πνευμονική Ίνωση[8-10]. Αξίζει να σημειωθεί πως ασθενείς με ιστορικό λοίμωξης από τον ιό Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) και Middle East Respiratory Syndrome (MERS) παρουσίαζαν ακτινολογικές και λειτουργικές διαταραχές σε ποσοστό 4.6% ένα χρόνο μετά τη λοίμωξη και 3.2% δεκαπέντε έτη μετά τη λοίμωξη, αντίστοιχα[11-13].

Σε μία μελέτη 114 ασθενών με ιστορικό νοσηλείας για Covid-19, το 62% παρουσίαζε κάποιου βαθμού υπολειπόμενα ακτινολογικά ευρήματα 6 μήνες μετά τη λοίμωξη[14-16]. Είναι ωστόσο κεφαλαιώδους σημασίας η διάκριση των ακτινολογικών ευρημάτων σε ινωτικά και μη-ινωτικά πρότυπα. Επιπρόσθετα, αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος εξακολουθεί να αποτελεί το αν η πνευμονική ίνωση σ' αυτούς τους ασθενείς είναι μια εγκατεστημένη ή μια δυνητικά αναστρέψιμη κατάσταση[17]. Ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η συχνότητα πρόκλησης αυτοάνοσων φαινομένων από την Covid-19.

Ωστόσο, το ποσοστό των ασθενών που θα αναπτύξει ινωτική διάμεση πνευμονοπάθεια επαγόμενη από την Covid-19 δεν έχει προς το παρόν προσδιοριστεί από μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες. Προς το παρόν οι ακτινολογικοί φαινότυποι της επαγόμενης από Covid-19 διάμεσης πνευμονοπάθειας ταξινομούνται σε δυο βασικές κατηγορίες: 1) τον φλεγμονώδη (μη ινωτικό) φαινότυπο με περισσότερα φλεγμονώδη στοιχεία όπως περιοχές οργανοποιού πνευμονίας (πυκνωτικά διηθήματα) και θαμβής υάλου καθώς και μωσαϊκού προτύπου (εναλλαγές περιοχών αυξημένης με μειωμένη ακτινοσκιερότητα λοβιώδους κατανομής) χωρίς όμως αρχιτεκτονική αναδιαμόρφωση (πχ βρογχεκτασίες εξ' έλξεως και δικτυωτό πρότυπο). Τα διηθήματα αυτά φαίνεται να υποχωρούν αυτόματα με την πάροδο του χρόνου χωρίς επιπρόσθετη αγωγή ενώ μελέτες εξετάζουν τη χρήση από του στόματος κορτικοστεροειδών σε εξατομικευμένες περιπτώσεις και κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού (βλέπε παρακάτω). Ο άνωθεν φαινότυπος είναι και ο συχνότερα απαντώμε-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.hts.org.gr



Αλγόριθμος 2: Παρακολούθηση ασθενών με ήπια ή μέτρια πνευμονία που νοσηλεύτηκαν σε κοινό θάλαμο ή κατ΄οίκον

νος στην κλινική πράξη έως σήμερα (90%), 2) ο ινωτικός φαινότυπος με διαταραχές της αρχιτεκτονικής του πνεύμονα όπως βρογχεκτασίες εξ' έλξεως, βρογχιολεκτασίες και εικόνα κηρύθρας καθώς και δικτυωτό πρότυπο με πάχυνση μεσολοβιδίων και ενδολοβιδίων διαφραγματίων. Ο συγκεκριμένος φαινότυπος απαντάται συχνότερα σε ένα ποσοστό βαρέως πασχόντων ασθενών από νόσο COVID19 και φαίνεται να απαιτεί θεραπευτική αγωγή με από του στόματος κορτικοστεροειδή και αντι-ινωτικούς παράγοντες σε εξατομικευμένη βάση (βλέπε παρακάτω).

Παράγοντες κινδύνου

Παρόλο που ακόμα και ασυμπτωματικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν αλλοιώσεις διάμεσης πνευμονοπάθειας, στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξή της περιλαμβάνονται: ηλικία>50 έτη, πολλαπλά συνοδά νοσήματα, άρρεν φύλο, διάρκεια νοσηλείας> 3 εβδομάδες, εμμένουσα δύσπνοια και ταχυκαρδία, εκτεταμένα πυκνωτικά διηθήματα και διηθήματα θαμβής υάλου κατά τη νοσηλεία και η εφαρμογή μηχανικού αερισμού[3, 14-16, 18, 19].

Με βάση τα παραπάνω, στους παρακείμενους αλγορίθμους προτείνεται εκτός από την κλινική αξιολόγηση και η διενέργεια ακτινογραφίας θώρακος στις 12 εβδομάδες μετά τη νόσηση σε όλους τους ασθενείς που εκδήλωσαν ήπια νόσο και νοσηλεύθηκαν οίκοι ή σε κοινό θάλαμο. Εν συνεχεία, ανάλογα με τα ευρήματα του αρχικού ελέγχου, οι ασθενείς μπορεί να υποβάλλονται σε υπολογιστική τομογραφία θώρακος (HRCT ή/και CTPA) ή να μη χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Συμπληρωματικά, κατά την κρίση του κλινικού ιατρού, προτείνεται η διενέργεια πλήρους λειτουργικού ελέγχου του αναπνευστικού, δοκιμασίας εξάλεπτης βάδισης (6MWT), καλλιέργειας πτυέλων ή διαθωρακικού υπερηχογραφήματος καρδιάς. Για εκείνους τους ασθενείς που εκδήλωσαν σοβαρή νόσηση και νοσηλεύθηκαν σε κοινό θάλαμο ή στη ΜΕΘ προτείνεται η διενέργεια υπολογιστικής τομογραφίας θώρακος υψηλής ευκρίνειας (HRCT) εξαρχής στις 12 εβδομάδες μετά τη νόσηση καθώς και η διενέργεια του άνωθεν παρακλινικού ελέγχου (πλήρης λειτουργικός έλεγχος αναπνευστικού, δοκιμασία εξάλεπτης βάδισης, καλλιέργειας πτυέλων και διαθωρακικού υπερηχογραφήματος καρδιάς).Επί ευρημάτων ενδεικτικών διάμεσης πνευμονοπάθειας συνιστάται παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο αναφοράς διαμέσων νοσημάτων πνεύμονα. Επί ευρημάτων του παρακλινικού ελέγχου (δοκιμασία εξάλεπτης βάδισης, λειτουργικός έλεγχος αναπνευστικού – δυσανάλογα ελαττωμένη διαχυτική ικανότητα πνεύμο-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.hts.org.gr

να -DLCO συγκριτικά με τους δυναμικούς και στατικούς όγκους του πνεύμονα – FEV1, FVC, TLC, και υπερηχογράφημα καρδιάς) ενδεικτικών πνευμονικής αγγειακής νόσου συνιστάται περαιτέρω διενέργεια CTPA και παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο αναφοράς πνευμονικής υπέρτασης. (Κρίνεται σκόπιμο ακόμη να τονιστεί η κατά περιπτώσεις ανεπάρκεια της απλής σπιρομέτρησης να εκτιμήσει την αναπνευστική λειτουργία των νοσούντων από Covid-19, δεδομένου ότι η συχνότερα ανευρισκόμενη διαταραχή στους ασθενείς αυτούς είναι μειωμένη διαχυτική ικανότητα (DLCO)[6]. Τέλος, είναι σημαντικό να δίνεται έμφαση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς η υπάρχουσα βιβλιογραφία καταγράφει σημαντικούς περιορισμούς της, σε ποσοστό έως και 44% των ασθενών,60 μέρες μετά τη λοίμωξη[20].

Σύσταση 1: Όλοι οι ασθενείς με **εμμένοντα συμπτώματα**, όπως δύσπνοια, βήχα, αδυναμία, και καταβολή, κατά τη διάρκεια της ημέρας ή της άσκησης,που νοσηλεύθηκαν σε κοινό θάλαμο ή οίκοι, με ήπια ή μέτρια πνευμονία,οφείλουν να απευθύνονται στον θεράποντα πνευμονολόγο τους ή σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου παρακολούθησης ασθενών με Covid-19 και να υποβάλλονται στον απαραίτητο διαγνωστικό έλεγχο όπως ακτινογραφία θώρακος, λειτουργικό έλεγχο αναπνευστικού, 6MWT, διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς και καλλιέργεια πτυέλων. **Από την άλλη μεριά** συστήνεται όλοι οι ασθενείς με ιστορικό σοβαρής πνευμονίας από Covid-19 που νοσηλεύθηκαν σε κοινό θάλαμο ή ΜΕΘ να υποβάλλονται σε χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων μετά τη λοίμωξη από covid-19 σε υπολογιστική τομογραφία θώρακος υψηλής ευκρίνειας (HRCT), αξιολόγηση δύσπνοιας, πλήρη λειτουργικό έλεγχο του αναπνευστικού, και δοκιμασία εξάλειπτης βάδισης. Ένας δεύτερος ακτινολογικός και λειτουργικός έλεγχος του αναπνευστικού δύναται να πραγματοποιείται στους 6 έως 12 μήνες σε μία μειοψηφία ασθενών (5-10%) με ευρήματα ινωτικής διάμεσης πνευμονοπάθειας (αρχιτεκτονική αναδιαμόρφωση πνευμονικού παρεγχύματος με βρογχεκτασίες εξ' έλξεως, βρογχιολεκτασίες, κηρύθρα και δικτυωτό πρότυπο), ιδίως σε ασθενείς άνω των 50 ετών, με ιστορικό νοσηλείας άνω των 2 εβδομάδων, ιστορικό διασωλήνωσης και εμμένοντα συμπτώματα όπως δύσπνοια κοπώσεως ή και ημέρας, ταχυκαρδία, αδυναμία, καταβολή. Η παρακολούθηση των τελευταίων ασθενών με ευρήματα ινωτικής διάμεσης πνευμονοπάθειας οφείλει να γίνεται σε εξειδικευμένο κέντρο παρακολούθησης. Ανοσολογικός έλεγχος μπορεί να πραγματοποιείται κατά την κρίση του κλινικού ιατρού και επί ύπαρξης κλινικών σημείων ενδεικτικών αυτοάνοσου νοσήματος.

Θεραπεία της επαγόμενης από Covid-19 διάμεσης πνευμονοπάθειας

Η μειοψηφία των ασθενών με Covid-19 - περίπου 40% - παρουσιάζει εμμένουσες λειτουργικές και ακτινολογικές διαταραχές σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών μετά τη λοίμωξη. Τα ακτινολογικά ευρήματα μπορεί να αφορούν σε φλεγμονώδες (μη- ινωτικό) ή ινωτικό πρότυπο. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση των περιπτώσεων μη-ινωτικού απεικονιστικού προτύπου (θολή ύαλος, πυκνωτικά διηθήματα, απουσία ευρημάτων αρχιτεκτονικής αναδιαμόρφωσης του πνευμονικού παρεγχύματος), θέση μπορεί να έχουν τα από του στόματος κορτικοειδή με μη επαρκή όμως βιβλιογραφική τεκμηρίωση στην παρούσα φάση, ενώ στις περιπτώσεις ινωτικού απεικονιστικού προτύπου (βρογχεκτασίες εξ' έλξεως, κηρύθρα, δικτυωτό πρότυπο) θα πρέπει να αξιολογηθεί η πιθανότητα χορήγησης αντι-ινωτικής αγωγής μόνο σε εξειδικευμένο κέντρο. Η θεραπεία με από του στόματος κορτικοειδή για τρεις εβδομάδες οδήγησε σε κλινική, λειτουργική και ακτινολογική βελτίωση (δύσπνοια, FVC% pred και DLCO% pred, εξάλειπτη δοκιμασία βάδισης, θολή ύαλος, πυκνωτικά διηθήματα), όπως δείχθηκε σε μια κοόρτη 30 ασθενών με ιστορικό λοίμωξης COVID-19[10]. Η ιδανική δόση και διάρκεια χορήγησης γι' αυτούς τους ασθενείς μένει να διευκρινιστεί. Μία τυχαιοποιημένη μελέτη στοχεύει στη σύγκριση της σταδιακά μειούμενης δόσης των 40 mg έναντι της σταθερής δόσης 10 mg πρεδνιζολόνης, ανά ημέρα, για έξι εβδομάδες (NCT04657484). Δεδομένης της επιτυχίας των κορτικοειδών στην οξεία φάση, τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης αναμένονται με ενδιαφέρον[21]. Από την άλλη πλευρά, άγνωστος παραμένει ο ρόλος των από του στόματος κορτικοειδών στην αποτροπή εγκατάστασης πνευμονικής ίνωσης σε ασθενείς με COVID-19[22]. Τέλος, εφιστάται η προσοχή για τις δυνητικά σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν συσχετισθεί με τη χρήση κορτικοστεροειδών, όπως η υπεργλυκαιμία, η καθυστερημένη ιική κάθαρση, η ανοσοκαταστολή και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια[23].

Σύσταση 2: Με βάση τα παραπάνω ΔΕΝ προτείνεται η έναρξη κορτικοειδών σε κάθε ασθενή με συμπτώματα συμβατά με long-covid 19 σε τακτική βάση αλλά ο ενδελεχής έλεγχος, η αξιολόγηση του απεικονιστικού προτύπου και η κατά περίπτωση εφαρμογή θεραπείας με κορτικοειδή για το χρονικό διάστημα που απαιτεί η υποκείμενη παθολογία (προτείνεται η αξιολόγηση από κέντρο διαμέσων πνευμονοπαθειών). Η κατά περίπτωση εφαρμογή θεραπείας με κορτικοειδή για το χρονικό διάστημα που απαιτεί η υποκείμενη παθολογία πρέπει να γίνεται με τεκμηριωμένη αξιολόγηση ενώ σε περίπτωση χορήγησης κορτικοειδών συνιστάται η προφύλαξη με τριμεθοπρίμη / σουλφομεθοξαζόλη επί φυσιολογικής G6PD και ο έλεγχος για φυματίωση και ηπατίτιδες.

Σχετικά με τα αντι-ινωτικά ιδιοσκευάσματα (πιρφενιδόνη, νιντεντανίμπη),τα δεδομένα είναι προς το παρόν λιγοστά. Η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της πιρφενιδόνης διερευνάται στην οξεία φάση του ARDS από SARS-CoV-2, τόσο με τη χορήγηση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα (NCT04653831), όσο και σε εισπνεόμενη μορφή (NCT04282902)[24]. Μένει να απαντηθεί αν η έγκαιρη χορήγηση αντι- ινωτικών μπορεί να αποτρέψει την εγκατάσταση μόνιμων πνευμονικών βλαβών σε ασθενείς με Covid-19, δεδομένου του ανοσοτροποποιητικού/ αντιινωτικού ρόλου αυτών των φαρμάκων και της αποτελεσματικότητάς τους σε πολλές άλλες μορφές πνευμονικής

ίνωσης[25-28]. Για το λόγο αυτό, τα αποτελέσματα των εν εξελίξει μελετών χρήσης της νιντεντανίμπης και της πιρφενιδόνης σε ασθενείς με πνευμονική ίνωση επαγόμενη από την Covid-19 (NCT04541680, NCT04607928) αναμένονται με ενδιαφέρον.

Σύσταση 3: Επί του παρόντος, δεν υπάρχει εγκατεστημένη γνώση υπέρ της χορήγησης συγκεκριμένου ιδιοσκευάσματος σε ασθενείς με διάμεση πνευμονοπάθεια επαγόμενη από Covid-19. Η χορήγηση αντι-ινωτικών ενδεχομένως να είναι ωφέλιμη σε ασθενείς με εμμένοντα συμπτώματα και σημαντικές λειτουργικές/ακτινολογικές διαταραχές. Με βάση τα παραπάνω δεν προτείνεται η έναρξη αντι-ινωτικών σε τακτική βάση αλλά ο ενδελεχής έλεγχος και η αξιολόγηση του απεικονιστικού προτύπου. (αξιολόγηση από κέντρο διαμέσων πνευμονοπαθειών ή/και διεπιστημονική συζήτηση).

Πνευμονική αποκατάσταση

Οι συστάσεις για τις βασικές αρχές του προγράμματος πνευμονικής αποκατάστασης που μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς με long-Covid σύνδρομο συνοψίζονται στα ακόλουθα ερωτήματα[30-34.]:

1. Ποιοί ασθενείς πρέπει να ελεγχθούν ως υποψήφιοι για να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης και πότε;

Υψηλότερη πιθανότητα έντονων συμπτωμάτων καθώς και χειρότερης ποιότητας ζωής παρατεταμένων για μήνες μετά τη νόσηση έχουν ασθενείς που: α) είχαν εισαχθεί στη ΜΕΘ, β) ήταν διασωληνωμένοι, γ) είναι ηλικιωμένοι, δ) είχαν παρατεταμένη νοσηλεία ή ε) τους χορηγήθηκαν υψηλά μείγματα οξυγόνου. Ωστόσο ο έλεγχος για συμπτωματικούς ασθενείς δεν πρέπει να περιοριστεί μόνο στους ανωτέρω καθώς από long COVID σύνδρομο υποφέρουν και αρκετοί που νόσησαν και δεν χρειάστηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ερωτηματολόγια όπως το CAT (COPD assessment tool) και το PCFSS (post-Covid-19 functional status scale)(https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/05/07/13993003.01494-2020) μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν ασθενείς που μπορεί να ωφεληθούν από πρόγραμμα αποκατάστασης (τιμές ≥10 και ≥2 αντίστοιχα). Αντίθετα, ασθενείς που πάσχουν από άνοια, παραπληγία, πολλαπλούς τραυματισμούς ή άλλα σοβαρά ορθοπεδικά και κινητικά προβλήματα που προκαλούν αναπηρία ή πάσχουν από πολύ σοβαρές υποκείμενες ασθένειες όπως τελικό στάδιο καρκίνου καθώς και ασθενείς με νευρολογικές παθήσεις που προκαλούν αναπηρία, απαιτούν εξειδικευμένη αντιμετώπιση και ειδικές παρεμβάσεις (λογοθεραπεία, κινησιοθεραπεία κ.λπ.), οπότε θα πρέπει να κατευθυνθούν σε άλλα προγράμματα. Τόσο η Βρετανική Εταιρεία Θώρακος (BTS) όσο και η Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία (ERS) και Αμερικανική Εταιρεία Θώρακος (ATS) συνιστούν στους ασθενείς να εκτελούν ασκήσεις χαμηλής έντασης, όπως π.χ. καθημερινές δραστηριότητες, για τις πρώτες 6 έως 8 εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Η έναρξη άσκησης υψηλής έντασης νωρίτερα από τις 6 έως 8 εβδομάδες ειδικά αν δεν είναι επιβλεπόμενη ή αν δεν έχει προηγηθεί αξιολόγηση από επαγγελματία υγείας συστήνεται να αποφεύγεται. Οι ασθενείς με εμμένοντα συμπτώματα που οφείλονται σε δυσαυτονομία οφείλουν να καθοδηγούνται σε κέντρα με ανάλογη εμπειρία και να γίνεται προσαρμογή του προγράμματος αποκατάστασης (mount Sinai)

2. Ποια είναι τα μέτρα ασφάλειας που πρέπει να ληφθούν;

Α) Μέτρα πρόληψης διασποράς ιού στις εγκαταστάσεις: Τα μέτρα αυτά περιγράφονται αναλυτικά από το Ελληνικό Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). Αν και η άσκηση δεν περιλαμβάνεται στις δραστηριότητες παραγωγής αερολυμάτων, οι ασθενείς δεν είναι πάντα δυνατό να φοράνε μάσκες κατά τη διάρκεια της άσκησης ώστε να αποφεύγεται η παραγωγή σταγονιδίων. Ένα δωμάτιο με ανοιχτές πόρτες και παράθυρα απαιτεί μία ώρα μεταξύ δραστηριοτήτων που δεν παράγουν αερόλυμα (ή 30 λεπτά όταν ο αέρας κυκλοφορεί ενεργά 10-12 φορές/ωριαία μέσω αντλίας) για την πλήρη ανανέωση του αέρα. Επομένως, η αξιολόγηση και άσκηση των ασθενών συστήνεται να γίνεται σε επαρκώς αεριζόμενους χώρους με κάθε ασθενή ξεχωριστά ανά μία ώρα, ιδιαίτερα σε περιόδους έξαρσης της πανδημίας.

Β) Αποκλεισμός ενεργού λοίμωξης: Οι ασθενείς κατά την άφιξη στη μονάδα θα πρέπει να ελέγχονται για παρουσία πυρετού και νέας εμφάνισης βήχα, αυξημένων πτυέλων, μυαλγιών και καταρροής, ώστε να παραπέμπονται σε κατάλληλες εγκαταστάσεις για περαιτέρω αντιμετώπιση. Βάση των οδηγιών του ΕΟΔΥ τα κριτήρια διακοπής των μέτρων προφύλαξης σε ασθενή με Covid-19 που πήρε εξιτήριο από το νοσοκομείο περιλαμβάνουν: Την πάροδο τουλάχιστον τριών 24ώρων από την υποχώρηση του πυρετού (χωρίς αντιπυρετικά) με βελτίωση των αναπνευστικών συμπτωμάτων ΚΑΙ την πάροδο τουλάχιστον 14 -20 ημερών από την έναρξη των συμπτωμάτων ή δύο διαδοχικούς (με διαφορά 24ώρου) αρνητικούς μοριακούς ελέγχους ρινοφαρυγγικού επιχρίσματος.

3. Για ποιες επιπλοκές της νόσου πρέπει να γίνεται έλεγχος;

Με βάση την BTS θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αρχική αξιολόγηση των ασθενών που θα εισαχθούν στο πρόγραμμα αποκατάστασης τα εξής: (α) Έλεγχος ιατρικού ιστορικού των ασθενών για θρομβοεμβολική νόσο, καθώς και έλεγχος για συμπτώματα συμβατά με ένα νέο επεισόδιο όπως πόνος στο στήθος, δύσπνοια, αιμόπτυση, νέο οίδημα κάτω άκρων (ειδικά μονόπλευρο), αρρυθμία, αίσθημα παλμών, ζάλη κ.λπ. Εάν η πνευμονία από Covid-19 έχει επιπλακεί από θρομβοεμβολική νόσο, τουλάχιστον 4 εβδομάδες αντιπηκτικής θεραπείας πρέπει να ολοκληρωθούν πριν από την έναρξη της αποκατάστασης. (β) Οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται από καρδιολόγο με ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) και υπερηχογράφημα καρδιάς και, εάν χρειάζεται, με Holter ρυθμού εάν υπάρχουν ευρήματα αρρυθμίας, πριν ενταχθούν στο πρόγραμμα αποκατάστασης. Ασθενείς με μυοκαρδίτιδα δεν πρέπει να εντάσσονται σε πρόγραμμα έντονης άσκησης για τουλάχιστον 6 μήνες. Ασθενείς με στεφανιαία νόσο θα πρέπει να ε-

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.hts.org.gr

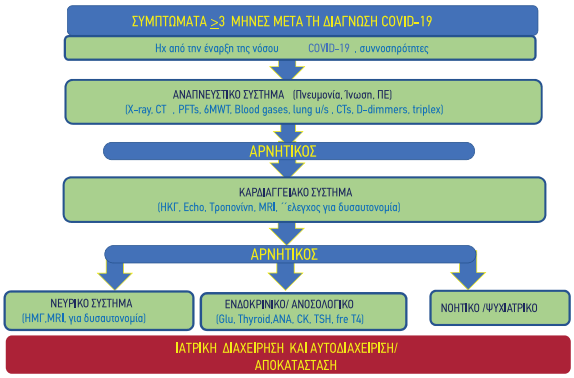
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ LONG COVID ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Μέθοδος άσκησης	Είδος άσκησης	Τύπος άσκησης	Συχνότητα	Διάρκεια Άσκηση- Διάλειμμα	Ένταση	Αίσθημα δύσπνοιας-κόπωσης (Borgscale)
Αερόβια άσκηση	Περπάτημα σε εξωτερικό χώρο	Συνεχόμενο περπάτημα	3 φορές / εβδομάδα	20-30 min	70-80% της VO_{2peak} ή στο 90-110 % της HR_{peak} κατά την 6MWT	5/5
	Ποδηλάτηση σε κυκλοεργόμετρο	Συνεχόμενη ποδηλάτηση	3 φορές / εβδομάδα	20-30 min	50-70% $Watts_{peak}$	4/5
		Διαλειμματική ποδηλάτηση	3 φορές / εβδομάδα	30-40 min 30s έργο, 30s διάλειμμα	80-120% $Watts_{peak}$	s6/s6
	Περπάτημα σε διάδρομο	Συνεχόμενο περπάτημα	3 φορές / εβδομάδα	20-30 min	50 % της km_{peak}	≤5/≤4
		Περπάτημα Μεεναλλαγές ταχύτητας	3 φορές / εβδομάδα	20-30 min	40% και 70% της km_{peak}	4/4
Ασκήσεις με αντιστάσεις	Πολυαρθρικές ασκήσεις	Μεγάλες μυϊκές ομάδες	2 φορές / εβδομάδα	3 σειρές από 12 επαναλήψεις 40s διάλειμμα	60-70 της 1 μέγιστης επανάληψης	6/4
Αναπνευστικές ασκήσεις	Αναπνευστική φυσικοθεραπεία	Διαφραγματικές αναπνευστικές ασκήσεις	4 φορές / εβδομάδα	30s διάλειμμα		
	Εξασκητής αναπνευστικών μυών		4 φορές / εβδομάδα	4 σειρές από 8 επαναλήψεις 30s διάλειμμα	70-80% της μέγιστης εισπνευστικής πίεσης	
	Pranayama yoga breathing	Bhujangasana, Virabhadrasana I καιII	4 φορές / εβδομάδα	2 σειρές από 8 επαναλήψεις 30s διάλειμμα		

ντάσσονται σε πρόγραμμα αποκατάστασης με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντα καρδιολόγου. (γ) Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να ελέγχονται για υποξαιμία κατά τη διάρκεια της άσκησης. (δ) Οι ασθενείς θα πρέπει να ελέγχονται για νέες νευρολογικές βλάβες και για τον κίνδυνο πτώσεων. (ε) Οι εγκαταστάσεις όπου εκτελούνται τα προγράμματα αποκατάστασης πρέπει να είναι εφοδιασμένες με εξοπλισμό ασφαλείας και το προσωπικό να είναι εκπαιδευμένο στις πρώτες βοήθειες.

4. Τι πρέπει να περιλαμβάνει η αξιολόγηση ασθενών;

Με βάση τις οδηγίες BTS και ERS/ATS τα προτεινόμενα εργαλεία αξιολόγησης πρέπει να περιλαμβάνουν την αξιολόγηση: α) Ποιότητας ζωής (συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού stress), β) Νοητικής ικανότητας, γ) Έντασης της δύσπνοιας, δ) Βαρύτητας κόπωσης, ε) Επιπέδου σωματικής δραστηριότητας, στ) Κλίμακας ισορροπίας, ζ) Λειτουργικής ικανότητας και ικανότητας για άσκηση (π.χ. εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης, δοκιμασίες μυϊκής ισχύος (π.χ. δυναμομέτρηση), εργοσπιρομετρία κτλ.), η) Λειτουργικού ελέγχου αναπνευστικού (πλήρους) συμπεριλαμβανομένων δοκιμασίας διαχυτικής ικανότητας και πληθυσμογραφίας.



Σχήμα 2. Ολιστική προσέγγιση ασθενών long covid. Προτεινόμενος αλγόριθμος από τη συνεργασία με το σύλλογο ασθενών long covid (36)

5. Ποια είναι η συνιστώμενη δομή και διάρκεια ενός προγράμματος αποκατάστασης;

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης πραγματοποιείται από διεπιστημονική ομάδα που μπορεί να περιλαμβάνει εργοφυσιολόγο, φυσικοθεραπευτή, ψυχολόγο, διαιτολόγο και ιατρό με εμπειρία και ενασχόληση με το αντικείμενο, οι οποίοι, ως ομάδα, σχεδιάζουν προγράμματα εξατομικευμένα στις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει αερόβιες ασκήσεις καθώς και ασκήσεις ενδυνάμωσης, φυσιοθεραπευτικές παρεμβάσεις (πχ αναπνευστικές ασκήσεις) ψυχολογική υποστήριξη, διαιτολογικές συμβουλές, ιατρικές συμβουλές κτλ. Η διάρκεια του προγράμματος ποικίλει αλλά η μικρότερη συχνότητα πρέπει να είναι δύο φορές την εβδομάδα και η διάρκεια όχι μικρότερη των 6-12 εβδομάδων (Πίνακας 3). Η μορφή και η σύσταση των προγραμμάτων αποκατάστασης ποικίλει, ειδικά τα τελευταία χρόνια με την εφαρμογή προγραμμάτων τηλε-αποκατάστασης, ενώ αυξάνονται τα δεδομένα που αφορούν στην εφαρμογή μερικώς ή μη επιβλεπόμενων προγραμμάτων αποκατάστασης κατ' οίκον, με βάση συγκεκριμένες οδηγίες της ομάδας των ειδικών, σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς. Ωστόσο και σε αυτά τα προγράμματα συστήνεται η εφαρμογή των ανωτέρω μέτρων ασφαλείας και η ενδελεχής αξιολόγηση των ασθενών που μετέχουν.

Το παρόν κείμενο παρουσιάζεται μόνο ως βοήθημα για τον ιατρό και κυρίως τον Πνευμονολόγο που αντιμετωπίζει Post-Covid-19 ασθενείς και δεν υποκαθιστά την εξατομικευμένη προσέγγιση που πρέπει να έχει για κάθε ασθενή. Καμία σύσταση δεν πρέπει να εφαρμόζεται καθολικά σε όλους τους ασθενείς και καμία κλινική πράξη δεν πρέπει να μην εκτελείται ή να καθυστερεί επειδή δεν περιλαμβάνεται στους παρόντες αλγόριθμους.

Βιβλιογραφία

https://hts.org.gr/assets/Long%20Covid_Epe2022.pdf

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

www.loimoxeis.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Σωτήριος Τσιόδρας

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μάρκος Μαραγκός

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Νικόλαος Σύψας

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Βασίλειος Παπασταμόπουλος

ΤΑΜΙΑΣ: Αικατερίνη Αργυράκη

ΜΕΛΗ: Χαράλαμπος Γώγος, Συμεών Μεταλλίδης, Αθανάσιος Μίχος, Μαρία Χίνη

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Θεραπευτικός αλγόριθμος ενηλίκων μη-νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19*

ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 14-2-2022

Το παρόν κείμενο της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων και της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας αποτελεί αναθεώρηση του Θεραπευτικού Αλγόριθμου που αναρτήθηκε την 23-12-2021. Η αναθεώρηση είναι προσαρμοσμένη στα νέα επιδημιολογικά δεδομένα και συγκεκριμένα την επικράτηση της παραλλαγής B.1.1.529 (Όμικρον) του ιού SARS-CoV-2 σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας.

Όσον αφορά την **πρώιμη θεραπεία** σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς με ήπια/μέτρια νόσο και παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσο, τα μονοκλωνικά αντισώματα **casirivimab/imdevimab** και **regdanvimab** αφαιρέθηκαν από τον αλγόριθμο διότι δεν δρουν στην παραλλαγή Όμικρον.

Η **Βουδεσονίδη** αφαιρέθηκε από τον αλγόριθμο διότι οι αρχικές μελέτες δεν επιβεβαιώθηκαν από νεότερες και δεν υπάρχει αίτημα έγκρισης στον EMA. Από τα καινοτόμα αντι-ιϊκά φάρμακα η **Νιρματρελβίρη / Ριτοναβίρη** έλαβε έγκριση από τον EMA και αναμένεται να γίνει σύντομα διαθέσιμη και η **Μολνουπιραβίρη** είναι ήδη διαθέσιμη, αλλά με προσωρινή σύσταση μέχρι εγκρίσεως του αιτήματος για πλήρη άδεια.

Τέλος εισάγεται η έννοια της **προφυλακτικής αγωγή πριν την έκθεση,** δηλαδή χορήγηση του συνδυασμού των μονοκλωνικών αντισώματων **tixagevimab / cilgavimab**, σε ασθενείς οι οποίοι ΔΕΝ έχουν τρέχουσα λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 και ΔΕΝ έχουν γνωστή, πρόσφατη έκθεση στον SARS-CoV-2, αλλά έχουν σοβαρή ανοσοκαταστολή, που δεν τους επιτρέπει να αναπτύξουν ανοσιακή απάντηση στον εμβολιασμό ή δεν μπορούν να εμβολιαστούν για ιατρικούς λόγους (προσωρινή σύσταση μέχρι εγκρίσεως του αιτήματος για πλήρη άδεια από τον EMA).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19* (ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 14-2-2022)

Σοβαρότητα Νόσου	Θεραπευτική παρέμβαση*
Εξω-νοσοκομειακός ασθενής με ήπια προς μέτρια νόσο (κορεσμός οξυγόνου >94% σε αέρα δωματίου), που δεν έχει παράγοντες κινδύνου[1] για σοβαρή νόσο[2]	Δεν χορηγείται ειδική φαρμακευτική αγωγή Ο ασθενής παρακολουθεί τη θερμοκρασία του και τον κορεσμό οξυγόνου με οξύμετρο τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα. Προτείνεται καλή ενυδάτωση, λήψη αντιπυρετικών και κλινοστατισμός μέχρι την πλήρη υποχώρηση του πυρετού. Επί ενδείξεων: Χορηγούνται αντιβιοτικά[3] επί κλινικών, απεικονιστικών ή εργαστηριακών ενδείξεων συλλοίμωξης με βακτηριακή πνευμονία, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων για την πνευμονία της κοινότητας
Εξω-νοσοκομειακός ασθενής με ήπια προς μέτρια νόσο (κορεσμός οξυγόνου >94% σε αέρα δωματίου), που έχει παράγοντες κινδύνου[1] για σοβαρή νόσο[2] (Βλ. **Παράρτημα 1**)	Δεν χορηγείται ειδική φαρμακευτική αγωγή Ο ασθενής παρακολουθεί τη θερμοκρασία του και τον κορεσμό οξυγόνου με οξύμετρο τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα. Προτείνεται καλή ενυδάτωση, λήψη αντιπυρετικών και κλινοστατισμός μέχρι την πλήρη υποχώρηση του πυρετού. Επί ενδείξεων Χορηγούνται αντιβιοτικά[3] επί κλινικών, απεικονιστικών ή εργαστηριακών ενδείξεων συλλοίμωξης με βακτηριακή πνευμονία, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων για την πνευμονία της κοινότητας **Πρώιμη θεραπεία για την αποφυγή της προόδου σε σοβαρή νόσο[4]** Υπάρχουν οι παρακάτω επιλογές: • **Μολνουπιραβίρη[5]** από του στόματος (Προσωρινή σύσταση. Εκκρεμεί αίτημα για έγκριση από τον EMA) • **Νιρματρελβίρη / Ριτοναβίρη[6]** από του στόματος • **Ρεμδεσιβίρη[7] IV για 3 ημέρες** • **Μονοκλωνικά αντισώματα.** Τις πρώτες 5 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων ή την θετικοποίηση του τεστ (αντιγονικό ή μοριακό) χορηγείται: • Sotrovimab[8]

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hts.org.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Λουκίδης Στυλιανός

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Τζανάκης Νικόλαος

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Ζέρβας Ελευθέριος

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: Μπακάκος Πέτρος

ΤΑΜΙΑΣ: Μόσχος Χαράλαμπος

ΜΕΛΗ: Ροβίνα Νικολέττα, Κατσαούνου Παρασκευή

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.hts.org.gr

Εξω-νοσοκομειακός ασθενής με ήπια προς μέτρια νόσο (κορεσμός οξυγόνου >94% σε αέρα δωματίου), είτε έχει είτε δεν έχει παράγοντες κινδύνου1 για σοβαρή νόσο[2]	ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ να χορηγούνται τα παρακάτω σκευάσματα σε ασθενείς με COVID-19 που δεν νοσηλεύονται • Ιβερμεκτίνη • Δεξαμεθαζόνη ή άλλα κορτικοειδή • Εισπνεόμενα φάρμακα εκτός αν ο ασθενής έχει ΧΑΠ ή/και άσθμα. • Αζιθρομυκίνη ή Κλαριθρομυκίνη ή κινολόνες • Ηπαρίνη ή άλλα αντιπηκτικά φάρμακα[9] • Χλωροκίνη / Υδροξυχλωροκίνη • Κολχικίνη
Εξω-νοσοκομειακός ασθενής με ή χωρίς παράγοντες κινδύνου.	Εάν ο ασθενής διαπιστώσει υποξία (κορεσμός <94%), ή/και πυρετό >38oC>5-7 ημέρες, δύσπνοια, ή άλλο σύμπτωμα σοβαρής νόσου ή γενικώς δεν νοιώθει καλά πρέπει να μεταβεί άμεσα σε δομή υγείας για έλεγχο.
Εξω-νοσοκομειακός ασθενής χωρίς τρέχουσα λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 και χωρίς γνωστή, πρόσφατη έκθεση στον SARS-CoV-2, αλλά με σοβαρή ανοσοκαταστολή, που δεν του επιτρέπει να αναπτύξει ανοσιακή απάντηση στον εμβολιασμό ή δεν μπορεί να εμβολιαστεί για ιατρικούς λόγους (Βλ. Παράρτημα 2)	**Προφυλακτική αγωγή πριν την έκθεση στον SARS-CoV-2** • **tixagevimab / cilgavimab**[10] ενδομυϊκά εφάπαξ. (Προσωρινή σύσταση. Εκκρεμεί αίτημα για έγκριση από τον EMA)

ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. **Παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσο**: άτομα ηλικίας > 65, παχυσαρκία (BMI>35), ανοσοκαταστολή, αιμοκάθαρση, χρόνια καρδιοπάθεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διαβήτης, αιμοσφαιρινοπάθειες, εγκυμοσύνη 3ου τριμήνου. Ο μη εμβολιασμός ή διάστημα > 6 μηνών από τον εμβολιασμό, χωρίς ενισχυτική δόση, αυξάνουν επιπλέον τον κίνδυνο που επιφέρουν οι επιμέρους παράγοντες κινδύνου.
2. **Συμπτώματα και σημεία σοβαρής νόσου**: κορεσμός οξυγόνου <90% σε αέρα δωματίου (ή <94% αλλά ταχέως επιδεινούμενος), ή/και σημεία σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας (>30 αναπνοές/λεπτό, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών, αδυναμία εκφοράς πλήρων προτάσεων) ή/και εκτεταμένα διηθήματα (>50%) στην απεικόνιση θώρακα ή/και συνδυασμός εργαστηριακών (λεμφοκύτταρα <1000/μl, φεριττίνη > 1000 mg/ml, CRP>100 mg/l με φυσιολογική τιμή <5 mg/l).
3. Οδηγίες θεραπείας των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος από την Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων, www.loimoxeis.gr. Να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες το ποσοστό τεκμηριωμένης συν-λοίμωξης με κοινά παθογόνα κατά την εισαγωγή ασθενών με COVID-19 είναι μικρότερη του 10%. Πρέπει να αποφεύγεται η υπερκατανάλωση αντιβιοτικών.
4. **Η πρώιμη θεραπεία** με φαρμακευτικούς παράγοντες χορηγείται σε ασθενείς που δεν χρήζουν νοσηλεία, και έχουν παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσο1. Η πρώιμη θεραπεία χορηγείται για την αποτροπή της προόδου της νόσου από ήπια/μέτρια σε σοβαρή νόσο που απαιτεί νοσηλεία. Εάν ένας ασθενής χρειαστεί εισαγωγή στο νοσοκομείο μετά την έναρξη της πρώιμης θεραπείας, ο θεράπων ιατρός μπορεί να επιλέξει την ολοκλήρωση του σχήματος με nirmatrelvir / ritonavir, remdesivir, ή molnupiravir. Η πρώιμη θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε νοσηλευόμενους ασθενείς, που νοσηλεύονται για άλλο λόγο εκτός COVID-19, υπό τον όρο ότι έχουν ήπια/μέτρια COVID-19 και παράγοντες κινδύνου για πρόοδο σε σοβαρή νόσο.
5. Δοσολογικό σχήμα : Caps **Molnupiravir (Lagevrio)** 800 mg X2 από του στόματος, για 5 ημέρες. Έναρξη της αγωγής εντός 5 ημερών από την εισβολή των συμπτωμάτων της COVID-19 ή τη θετικοποίηση του τεστ (αντιγονικό ή μοριακό). Δεν χορηγείται σε εγκυμονούσες γυναίκες ή γυναίκες που σχεδιάζουν εγκυμοσύνη. Προτείνεται **αντισύλληψη στην περίοδο της θεραπείας και 4 ημέρες μετά την λήξη της θεραπείας.** Οι άνδρες που είναι σεξουαλικά ενεργοί με γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία θα πρέπει να χρησιμοποιούν **αντισύλληψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τουλάχιστον 3 μήνες μετά την τελευταία δόση** της μολνουπιραβίρης. Χορηγείται μόνο σε άτομα ηλικίας ≥ 18 ετών.
6. Δοσολογικό σχήμα : Tabl 300mg **Νιρματρελβίρης** και 100 mg **ριτοναβίρης (Paxlovid)** από του στόματος X 2, για 5 ημέρες. Έναρξη της αγωγής εντός 5 ημερών από την εισβολή των συμπτωμάτων της COVID-19. Η δόση τροποποιείται σε nirmatrelvir 150 mg και ritonavir 100 mg X2 σε ασθενείς με estimated glomerular filtration rate [eGFR] μεταξύ ≥30 και <60 mL/min. Δεν χορηγείται σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια (eGFR of <30 mL/min) ή ηπατική ανεπάρκεια (Child-Pugh Class C). **Η Νιρματρελβίρη / Ριτοναβίρη έχει πολλές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν εξαιρετικά επικίνδυνες παρενέργειες.** Πριν τη συνταγογράφηση ο θεράπων Ιατρός πρέπει να ανασκοπήσει τα άλλα φάρμακα που τυχόν παίρνει ο ασθενής και να εκτιμήσει τον κίνδυνο για αλληλεπιδράσεις. Στις εγκριτικές μελέτες δεν περιλήφθηκαν γυναίκες σε εγκυμοσύνη ή θηλασμό, επομένως η χορήγηση του φαρμάκου στις ομάδες αυτές γίνεται μόνο όταν το αναμενόμενο όφελος υπερβαίνει κατά πολύ τους πιθανούς κινδύνους.
7. Η **ρεμδεσιβίρη (Veklury)** χορηγείται σε δόση 200mg X 1 ενδοφλέβια την ημέρα 1 και ακολούθως 100mg ημερησίως τις ημέρες 2-3. Η έναρξη της χορήγησης ρεμδεσιβίρης πρέπει να γίνεται το αργότερο εντός 7 ημερών από την έναρξη των συμπτωμάτων. Η συνολική διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να είναι 3 ημέρες.
8. Το δοσολογικό σχήμα του **sotrovimab (Xevudy)** είναι 500 mg IV εφάπαξ. (δεν είναι ακόμα διαθέσιμο)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hts.org.gr

9. Εάν ο ασθενής λαμβάνει ήδη αντιπηκτική αγωγή για άλλο υποκείμενο νόσημα ΔΕΝ πρέπει να τη διακόψει ή να τροποποιήσει το δοσολογικό σχήμα. Άλλες εξαιρέσεις στον κανόνα ισχύουν: συμβουλευτείτε τις οδηγίες της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας (Τμήμα Αιμόστασης www.eae.gr). Συνιστάται η επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό.

10. Δοσολογικό σχήμα : 150 mg **tixagevimab** και 150 mg **cilgavimab (Evuseld)** χορηγούνται ενδομυϊκά, σε δύο ξεχωριστές, διαδοχικές ενδομυϊκές ενέσεις.

*Ο θεραπευτικός αλγόριθμος στηρίζεται σε δημοσιευμένες μελέτες, όπως αυτές αξιολογήθηκαν από τα μέλη της συντακτικής ομάδας και σε δημοσιευμένες εγκριτικές αποφάσεις του EMA. Μπορεί να αναθεωρηθεί εάν προκύψουν δεδομένα για νέες θεραπευτικές επιλογές.

**Για όλα τα αναφερόμενα φάρμακα συμβουλευτείτε το φύλλο οδηγιών (SPC) του φαρμάκου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Κριτήρια προτεραιοποίησης της χορήγησης πρώιμης θεραπείας με μονοκλωνικά αντισώματα, μολνουπιραβίρη, νιρματρελβίρη / ριτοναβίρη, ρεμδεσιβίρη

Νοσήματα υψηλού κινδύνου		ICD 10
Μεταμόσχευση	Μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων ή αιμοποιητικών κυττάρων	Z94, T86
	Άτομα σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση οργάνου	
Νεφρική ανεπάρκεια	Υποβολή σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση	N18, N19, Y84.1
	Κυστική Ίνωση	E84
Καρκίνος υπό αγωγή	Καρκίνος συμπαγούς οργάνου σε άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία ή άλλη θεραπεία)*	C00 ως 97 (εκτός αιματολογικού καρκίνου)
	Αιματολογικές κακοήθειες το τελευταίο έτος**	D37 ως D48
		C81 ως C86, C88
		C90 ως C95
Πρωτοπαθείς ανοσοανεπάρκειες & 2-παθείς λόγω θεραπείας με B-ειδικούς παράγοντες π.χ. Rituximab		D80-D84
HIV με CD4<200 κύτταρα/μL		
Εγκυμοσύνη τρίτου τριμήνου		Z32.1
Επί επιδημικών εξάρσεων σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων		

*Άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο από 1/11/2020
**Άτομα που έχουν διαγνωσθείμε αιματολογικό καρκίνο από 1/11/2020

Οι ασθενείς που μπορεί να είναι κατάλληλοι για πρώιμη θεραπεία, είναι ενήλικες εξωτερικοί ασθενείς, έχουν βρεθεί θετικοί στον COVID-19, με την εμφάνιση ήπιων έως μέτριων συμπτωμάτων του COVID-19 τις τελευταίες 5 ημέρες, με σοβαρό κίνδυνο επιβάρυνσης της κατάστασής τους, με τους παράγοντες υψηλού κινδύνου που αναφέρονται στον παραπάνω πίνακα.

Πρόσθετα κριτήρια είναι νοσήματα και καταστάσεις που οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο για σοβαρή νόσο όπως:

- Ηλικία $\geq$ 65 ετών
- BMI $\geq$ 35
- Χρόνια νεφρική νόσος
- Χρόνια Αναπνευστική ανεπάρκεια υπό οξυγονοθεραπεία
- Ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση
- Διαβήτης υπό θεραπεία
- Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια (NYHA $\geq$ Class II)
- Χρόνια ηπατική νόσος
- Καρδιαγγειακή νόσος
- Αρτηριακή Υπέρταση υπό θεραπεία
- Εγκυμοσύνη 2ου τριμήνου
- Θαλασσαιμία - Δρεπανοκυτταρική αναιμία.

Ο μη-εμβολιασμός αυξάνει επιπλέον τον κίνδυνο που επιφέρουν οι επιμέρους παράγοντες κινδύνου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ιατρικές καταστάσεις ή θεραπείες που προκαλούν σοβαρή ανοσοκαταστολή και μη επαρκή ανοσιακή απόκριση στον εμβολιασμό για την COVID-19 (ενδεικτικά):

- Ενεργή θεραπεία για συμπαγείς όγκους ή αιματολογικές κακοήθειες, ιδιαίτερα ΧΛΛ, πολλαπλούν μυέλωμα.
- Μεταμοσχευμένοι ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή
- Θεραπεία με chimeric antigen receptor (CAR)-T-cell ή αλλογενής μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (εντός των 2 προηγούμενων ετών)
- Πρωτοπαθής ανοσοανεπάρκεια π.χ. σύνδρομα DiGeorge, Wiskott-Aldrich
- HIV λοίμωξη με CD4 cell <200/mm^3
- Ενεργός θεραπεία με κορτικοειδή ($\geq$20 mg πρεδνιζόνης ημερησίως για $\geq$2 εβδομάδες) αλκυλιούντες παράγοντες, αντιμεταβολίτες, αντι-tumor-necrosis (TNF) παράγοντες, παράγοντες που προκαλούν αφανισμό των B λεμφοκυττάρων (π.χ. rituximab) και άλλα ισχυρά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

PROSPAN®

κατάλληλο για παιδιά από 4 ετών και άνω

Το ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ και ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΥΝΙΣΤΟΥΝ:
Διαβάστε προσεκτικά τις οδηγίες χρήσης, συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας.

Κάτοχος άδειας κυκλοφορίας FarmaSyn SA PHARMACEUTICALS

Αθήνα: Θέση Ρίκια, 19300 Ασπρόπυργος • Τηλ: 210 5777140 • Fax: 210 5788791 • e-mail: info@farmasyn.gr • **www.farmasyn.gr**
Γραφείο Β. Ελλάδος: Βασιλίσσης Όλγας 226, 55134 Καλαμαριά • Τηλ: 2310 703856 • Fax: 2310 703718 • e-mail: thess@farmasyn.gr

Προϊόν της: ENGELHARD
Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG
Herzbergstraße 3, 61138 Niederdorfelden,
Germany. E-Mail: info@engelhard.de

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hts.org.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Θεραπευτικός αλγόριθμος ενηλίκων νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19*

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19* (ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 14/2/2022)	
Σοβαρότητα Νόσου	**Θεραπευτική παρέμβαση***
Νοσηλευόμενος ασθενής που δεν χρήζει παροχής συμπληρωματικού οξυγόνου	• Σε ασθενείς άνευ παραγόντων κινδύνου για επιδείνωση[1]: δ**εν χορηγείται ειδική φαρμακευτική αγωγή** • Σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για επιδείνωση[1]: **Ρεμδεσιβίρη**[4] (τριήμερο σχήμα) και **ιππαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική δόση**[6]
Νοσηλευόμενος ασθενής που λαμβάνει συμπληρωματικό οξυγόνο χωρίς συμπτώματα και σημεία σοβαρής νόσου[2]	• **Ρεμδεσιβίρη**[4] ενδοφλέβια. • Σε ασθενείς με **αυξανόμενες ανάγκες σε συμπληρωματικό οξυγόνο: ρεμδεσιβίρη**[4] **και δεξαμεθαζόνη**[5] ενδοφλέβια. • Σε ασθενείς με **πνευμονία** και σοβαρό κίνδυνο για αναπνευστική ανεπάρκεια, όπως καθορίζεται από τα επίπεδα ορού της πρωτεΐνης soluble urokinase plasminogen activator receptor **(suPAR) ≥ 6 ng/ml προστίθεται anakinra**[8] • Σε όλους τους ασθενείς χορηγείται **ιππαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική δόση**[6] **Επί ενδείξεων** Χορηγούνται αντιβιοτικά μόνο επί κλινικής/απεικονιστικής/εργαστηριακής τεκμηρίωσης ή υποψίας βακτηριακής πνευμονίας, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων για την πνευμονία της κοινότητας[7]
Νοσηλευόμενος ασθενής σε υψηλή παροχή οξυγόνου (high-flow) ή σε μη-μηχανική υποστήριξη της αναπνοής ή/και με συμπτώματα και σημεία σοβαρής νόσου[2]	• **Ρεμδεσιβίρη**[4] **και δεξαμεθαζόνη**[5] ενδοφλέβια. • Σε **μη βελτιούμενους ασθενείς με αυξημένους δείκτες φλεγμονής προστίθεται baricitinib**[9] **ή tocilizumab**[10]**, ***** • Σε ασθενείς με **πνευμονία** που λαμβάνουν συμπληρωματικό οξυγόνο υψηλής παροχής και σοβαρό κίνδυνο για αναπνευστική ανεπάρκεια, όπως καθορίζεται από τα επίπεδα ορού της πρωτεΐνης soluble urokinase plasminogen activator receptor **(suPAR) ≥ 6 ng/ml προστίθεται anakinra**[8] • Σε όλους τους ασθενείς χορηγείται **ιππαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική δόση**[6] Ο ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση **Επί ενδείξεων** Χορηγούνται αντιβιοτικά μόνο επί κλινικής/απεικονιστικής/εργαστηριακής τεκμηρίωσης ή υποψίας συνυπάρχουσας βακτηριακής πνευμονίας, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων για την πνευμονία της κοινότητας ή την νοσοκομειακή πνευμονία[7]
Νοσηλευόμενος ασθενής σε μηχανικό αερισμό ή ECMO3	**Το πρώτο 24ωρο από την εισαγωγή στη ΜΕΘ** • **Δεξαμεθαζόνη**[5] εφόσον δεν έχει ήδη χορηγηθεί ή δεν έχουν συμπληρωθεί 10 ημέρες χορήγησης του φαρμάκου **σε συνδυασμό με tocilizumab**[11] εφόσον δεν έχει ήδη χορηγηθεί και δεν υπάρχουν αντενδείξεις (λοίμωξη).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ & ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

www.loimoxeis.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hts.org.gr

Νοσηλευόμενος ασθενής σε μηχανικό αερισμό ή ECMO3	• **Ρεμδεσιβίρη** χορηγείται μόνον εφόσον πρόκειται για συνέχιση θεραπείας και μέχρι τη συμπλήρωση του πενθήμερου σχήματος. • Σε όλους τους ασθενείς χορηγείται **ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική δόση**[6] **Επί ενδείξεων** Χορηγούνται αντιβιοτικά μόνο επί κλινικής/απεικονιστικής/εργαστηριακής τεκμηρίωσης ή υποψίας συνυπάρχουσας βακτηριακής πνευμονίας, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων για την πνευμονία της κοινότητας ή τη νοσοκομειακή πνευμονία[7]

ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. **Παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσο:** 1 άτομα ηλικίας > 65, παχυσαρκία (BMI>35), ανοσοκαταστολή, αιμοκάθαρση, χρόνια καρδιοπάθεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια υπό οξυγονοθεραπεία, Ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση, διαβήτης, αιμοσφαιρινοπάθειες, εγκυμοσύνη 3ου τριμήνου. Ο μη εμβολιασμός ή διάστημα > 6 μηνών από τον εμβολιασμό αυξάνουν επιπλέον τον κίνδυνο που επιφέρουν οι επιμέρους παράγοντες κινδύνου.
2. **Συμπτώματα και σημεία σοβαρής νόσου**: κορεσμός οξυγόνου <90% σε αέρα δωματίου (ή <94% αλλά ταχέως επιδεινούμενος), ή/και σημεία σοβαρής αναπνευστικής δυσχέρειας (>30 αναπνοές/λεπτό, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών, αδυναμία εκφοράς πλήρων προτάσεων) ή/και εκτεταμένα διηθήματα (>50%) στην απεικόνιση θώρακα ή/και συνδυασμός εργαστηριακών (λεμφοκύτταρα <1000/μl, φεριττίνη > 1000 mg/ml, CRP>75 mg/l με φυσιολογική τιμή <5 mg/l).
3. **ECMO**: έξω-σωματική οξυγόνωση μέσω μεμβράνης
4. Η **ρεμδεσιβίρη** (πενθήμερο σχήμα χορηγείται σε δόση 200mg Χ 1 ενδοφλέβια την ημέρα 1 και ακολούθως 100mg ημερησίως τις ημέρες 2-5. Το τριήμερο σχήμα (200mg Χ 1 ενδοφλέβια την ημέρα 1 και ακολούθως 100mg ημερησίως τις ημέρες 2-3) χορηγείται ως πρώιμη θεραπεία σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Η έναρξη της χορήγησης ρεμδεσιβίρης πρέπει να γίνεται το αργότερο εντός 7 ημερών από την έναρξη των συμπτωμάτων ή τη θετικοποίηση της PCR.
5. Η **δεξαμεθαζόνη** χορηγείται σε δόση 6mg ενδοφλέβια, άπαξ ημερησίως για 10 ημέρες ή μέχρι το εξιτήριο εάν γίνει νωρίτερα. Εάν το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενούς χορηγείται από το στόμα
6. Η **ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους** δίδεται σε προφυλακτική δόση. Αν ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι υπάρχουν κλινικές ή εργαστηριακές ενδείξεις πνευμονικής εμβολής ή περιφερικής θρόμβωσης χορηγείται σε θεραπευτική δόση. Σχετικές οδηγίες: Συστάσεις θρομβοπροφύλαξης σε ασθενείς με COVID-19, Τμήμα Αιμόστασης Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας, www.eae.gr
7. Οδηγίες θεραπείας των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος από την Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων, www.loimoxeis.gr. Να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες το ποσοστό τεκμηριωμένης συλλοίμωξης με κοινά παθογόνα κατά την εισαγωγή ασθενών με COVID-19 είναι μικρότερο του 10%. Πρέπει να αποφεύγεται η υπερκατανάλωση αντιβιοτικών.
8. Το **anakinra** χορηγείται σε δόση 100mg Χ1 SC Χ 10 ημέρες. Σύμφωνα με τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της μελέτης SAVE-MORE (Nat Med 2021; 27: 1752), στην περίπτωση που δεν είναι άμεσα διαθέσιμη η μέτρηση του βιοδείκτη suPAR, μπορεί να αξιολογηθούν οι τιμές της ασπαρτικής αμινοτρανσφεράσης (AST, τιμή κινδύνου >44 U/l), του λόγου ουδετεροφίλων/λεμφοκυττάρων από τη γενική αίματος (τιμή κινδύνου >5,5), της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP, τιμή κινδύνου >50 mg/l) και της φερριτίνης (τιμή κινδύνου >700 ng/ml). Η ανεύρεση τουλάχιστον δύο τιμών μεγαλύτερων από την τιμή κινδύνου δίνει συνολική πρόγνωση για εξέλιξη σε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια ισοδύναμη του suPAR.
9. Το **baricitinib** χορηγείται σε δόση 4mg, από του στόματος, άπαξ ημερησίως για 14 ημέρες ή μέχρι να εξέλθει ο ασθενής, αν το εξιτήριο είναι πριν τις 14 ημέρες θεραπείας. Το φάρμακο δεν έχει λάβει ακόμα έγκριση για χρήση στην COVID-19 από τον EMA.
10. Το **tocilizumab** χορηγείται σε δόση 8mg/kg (400mg – 800mg ανάλογα με το βάρος) IV, εφάπαξ.

*Ο θεραπευτικός αλγόριθμος στηρίζεται σε δημοσιευμένες μελέτες, όπως αυτές αξιολογήθηκαν από τα μέλη της συντακτικής ομάδας. Μπορεί να αναθεωρηθεί εάν προκύψουν δεδομένα για νέες θεραπευτικές επιλογές.

**Για όλα τα αναφερόμενα φάρμακα συμβουλευτείτε το φύλλο οδηγιών (SPC) του φαρμάκου.

***Δεν συν-χορηγούνται τα φάρμακα anakinra, baricitinib και tocilizumab.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hcs.gr

Προτάσεις της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας για την διαχείριση των ασθενών ΜΕΤΑ από COVID19

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Ιωάννης Κανακάκης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
Γεώργιος Κοχιαδάκης

Τ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Ιωάννης Γουδέβενος,

ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Κωνσταντίνος Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ
Αλέξανδρος Πατριανάκος

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ
Νικόλαος Καυκάς,
Γεώργιος Σιάνος,
Αλέξανδρος Στεφανίδης,
Χριστίνα Χρυσοχόου,

ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ
Εμμανουήλ Μαντζουράνης

Κοχιαδάκης Γεώργιος
Αντιπρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας
Καθηγητής Καρδιολογίας Παν/μιου Κρήτης Γ.Γραμματέας ΕΚΕ
14 Φεβρουαρίου 2022

Υπεύθυνοι σύνταξης κειμένου: Εκ μέρους της ΕΚΕ: Ιωάννης Κανακάκης, Διευθυντής ΕΣΥ, Πρόεδρος ΕΚΕ, Χριστίνα Χρυσοχόου, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μέλος ΔΣ ΕΚΕ, Αλέξανδρος Πατριανάκος, Διευθυντής ΕΣΥ, Μέλος ΔΣ, Εκ μέρους του Ειδικού Κέντρου Καρδιάς Αθλητών και Νέων (ΕΚΚΑΝ): Χαράλαμπος Βλαχόπουλος. Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ

Κατηγοριοποίηση της COVID-19

Η COVID-19 μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως εξής ανάλογα με την κλινική πορεία της:

- ***Οξεία*** *COVID-19 με συμπτώματα και σημεία που διαρκούν έως 4 εβδομάδες.*
- ***Συνεχιζόμενη συμπωματική*** *COVID-19 με διάρκεια από την 4η έως την 12η εβδομάδα και*
- ***Μετά COVID19*** *περίοδο με συμπτώματα και σημεία συμβατά με τη νόσο που παραμένουν για παραπάνω από 12 εβδομάδες και δεν μπορούν να εξηγηθούν από άλλη νοσογόνο κατάσταση.*
- ***Η μακρά COVID19 ή "longCOVID"*** *περίοδος αναφέρεται σε συμπτώματα και σημεία που συνεχίζονται πέρα από την οξεία λοίμωξη και περιλαμβάνει τόσο στη συνεχιζόμενη συμπωματική (4-12 εβδομάδες) όσο και το σύνδρομο post-COVID-19 (12 εβδομάδες και μετά)*

Διαδικασία σύνταξης των παρουσών συστάσεων

Για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του συνδρόμου έχουν εκδοθεί οδηγίες βασισμένες σε γνώμες ειδικών από διεθνείς οργανισμούς όπως το **NICE** και το **CDC** ενώ έχουν δημοσιευτεί παρόμοιες οδηγίες από adhoctaskforces. Το παρόν κείμενο αποτελεί συνδυασμό των οδηγιών αυτών και των θέσεων της **ΕΚΕ**.

Ειδική μνεία γίνεται στην αξιολόγηση των **αθλητών** ερασιτεχνικού ή επαγγελματικού επιπέδου. Για την άσκηση αναψυχής η προτεινόμενη αντιμετώπιση αναφέρεται στο **Σχήμα 1**. Οι προϋποθέσεις επιστροφής στην άθληση σε **παιδιά και εφήβους** αναφέρονται στο **Παράρτημα.**

Όσον αφορά την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των ασθενών με **long-COVID** σύνδρομο προτείνεται μόνο ως συμπληρωματικό εργαλείο. Για την περίπτωση της επαγόμενης από COVID-19 **διάμεσης πνευμονοπάθειας** γίνεται ειδική αναφορά στο τέλος του κειμένου.

Καρδιακές επιπλοκές μετά από COVID-19

Κάθε ασθενής που νοσεί από COVID-19 θα πρέπει να ενημερώνεται για την πιθανότητα εμμενόντων συμπτωμάτων που συνήθως υποχωρούν μέσα σε 12 εβδομάδες από την έναρξη της νόσου και εμφανίζονται ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου και την προηγούμενη κατάσταση της υγείας του. Σε περίπτωση μη βελτίωσης ή εμφάνισης νέων συμπτωμάτων οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται από τον θεράποντα ιατρό τους.

Οι καρδιακές επιπλοκές που έχουν αναφερθεί μετά από COVID19 είναι **επιδείνωση καρδιακής ανεπάρκειας, νεοεμφανιζόμενη καρδιακή ανεπάρκεια, μυοκαρδίτιδα, θρομβοεμβολική νόσος, περικαρδίτιδα, και ισχαιμικό στεφανιαίο επεισόδιο**. Ένα σημαντικό ποσοστό που αναφέρεται έως 28% εμφανίζει αυξημένες τιμές τροπονίνης κατά τη νοσηλεία του. Η αύξηση της τροπονίνης δύναται να οφείλεται σε πολλαπλούς λόγους και όχι σε εμφάνιση στεφανιαίου συνδρόμου, μυοκαρδίτιδας ή περιμυοκαρδίτιδας, αλλά στην ίδια τη φλεγμονώδη διαδικασία, σε μυοκαρδιοπαθεια προκαλούμενη από το stress (πχ Takatsubo), σε υπόταση, σηπτική πορεία, μικροαγγειακή ενδοθηλιακή νόσο, υποξαιμία, κοιλιακή/κολπική αρρυθμία.

Ασθενείς αυξημένου κινδύνου για καρδιαγγειακές επιπλοκές

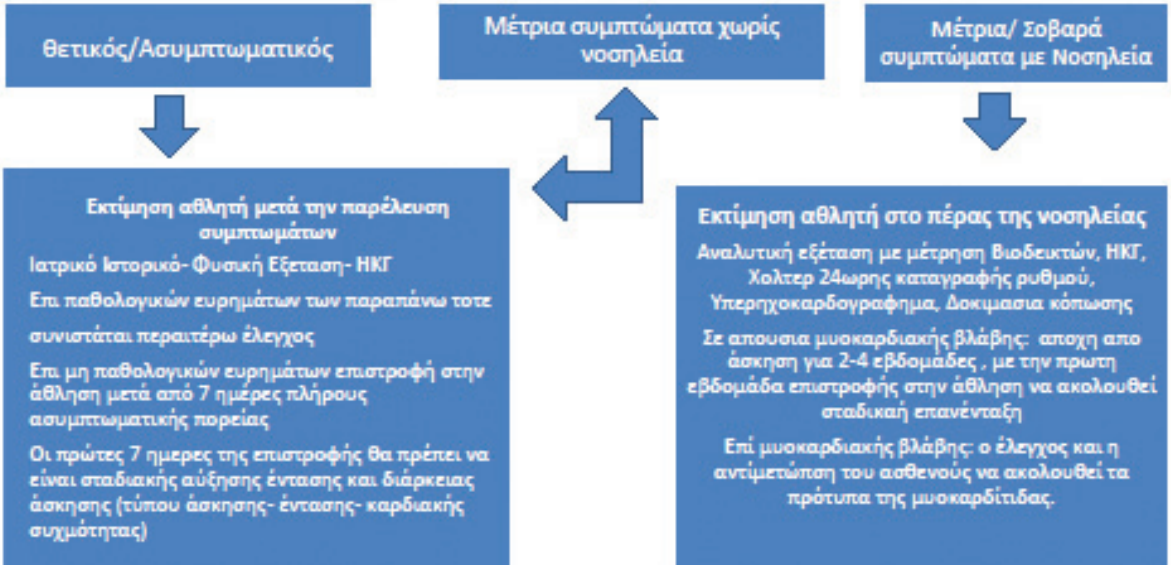
Οι παρακάτω ομάδες ασθενών δύναται να έχουν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρή νόσο ή/και να εμφανίσουν επιπλοκές κατά τη νόσηση από SARS-COV-2

- Ασθενείς που νόσησαν και χρειάστηκαν νοσηλεία (ιδιαίτερα με ανάγκη χορήγησης οξυγόνου υψηλής ροής ή υποβλήθηκαν σε διασωλήνωση)
- λήψη ανοσοκατασταλτικής θεραπείας
- αναμονή σε λίστα προς μεταμόσχευση ή έχουν ήδη μεταμοσχευθεί
- μονήρη κοιλία (κυκλοφορία Fontan)
- σύμπλοκη συγγενή καρδιοπάθεια μη διορθωμένη, ή εν αναμονή καρδιοχειρουργικής διόρθωσης
- συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας
- ανεπάρκεια της συστηματικής κοιλίας (μετά από εγχείρηση Senning / Mustard ή με συγγενώς διορθωμένη μετάθεση των μεγάλων αγγείων)
- σύμπλοκη συγγενή καρδιοπάθεια με χαμηλό κορεσμό < 90% (κυανωτική νόσος)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hcs.gr

Σχήμα 1 Επιστροφή στην ενεργό άθληση μετά από Λοίμωξη/Νόσηση από SARS-COV



- καρδιακή νόσο που έχει χαρακτηριστεί ανεγχείρητη, ιδιαιτέρως όταν συνδυάζεται με κυάνωση
- συγγενή καρδιοπάθεια με συνοδό πνευμονική υπέρταση
- σοβαρού τύπου μυοκαρδιοπάθεια
- σοβαρή πνευμονική υπέρταση
- Πρόσφατο ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο

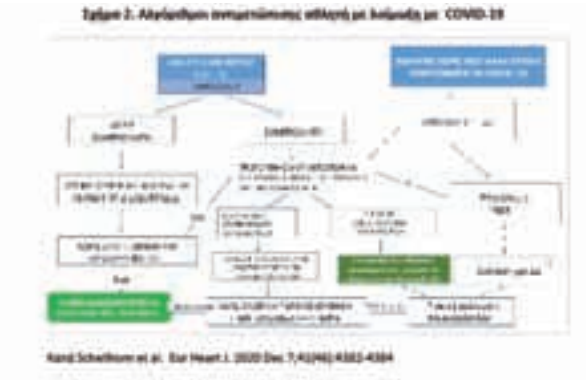
Διαγνωστική προσπέλαση μετά από COVID19

Η παρακολούθηση μετά τη λοίμωξη αποσκοπεί στην εκτίμηση της **μυοκαρδιακής λειτουργίας**, ιδιαίτερα εάν υπήρχαν σημεία επιβάρυνσής της (κλινικά, απεικονιστικά ηήαύξηση τιμών τροπονίνης ορού), στην παρακολούθηση της αποκατάστασής της και στην αποτύπωση **παραμονής χρονίων βλαβών** (σε απεικονιστικό και κλινικό έλεγχο).

Σε ασθενείς μετά από COVID-19 κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια κάποιων βασικών και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και πιο εξειδικευμένων εξετάσεων **επί κλινικών ενδείξεων. Δεν υπάρχουν καρδιολογικές εξετάσεις οι οποίες να ενδείκνυνται ως εξετάσεις ρουτίνας στο σύνολο των ασθενών που νόσησαν από COVID-19, συμπεριλαμβανομένων παιδιών και εφήβων.**

Οι προτεινόμενες εξετάσεις που δύναται να ζητηθούν **μέσα στον 1° μήνα** της ανάρρωσης από COVI19, αναλόγως κλινικής υποψίας είναι: • Ηλεκτροκαρδιογράφημα • Ακτινογραφία θώρακος • Δοκιμασία κόπωσης/ Δυναμική Υπερηχοκαρδιογραφία • Υπερηχοκαρδιογράφημα • Holter Ρυθμού • Γενική αίματος • Σάκχαρο και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη • Ουρία, κρεατινίνη • D Dimers • Troponin I/T • NtproBNP • hsCRP

Στον **3° μήνα** από τη νόσηση από COVID19 δύναται περαιτέρω να συνταγογραφηθεί: • Μαγνητική τομογραφία καρδιάς (επί κλινικών ενδείξεων μυοκαρδίτιδας) • Καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (εργοσπιρομετρία) ιδίως για την επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες • Περαιτέρω εξετάσεις αναλόγως κλινικών ενδείξεων



Η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία προσδιορίζει ως ομάδα προτεραιοποίησης για την διενέργεια κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων μετά από COVID-19 τις κατηγορίες ασθενών που αναφέρονται **στην παράγραφο Ασθενείς αυξημένου κινδύνου για καρδιαγγειακές επιπλοκές.**

Επιστροφή στην άσκηση και την άθληση και μετά από COVID19

1: Το σχέδιο επιστροφής στην **ψυχαγωγική άσκηση** περιγράφεται στον **ΠΙΝΑΚΑ 1** του **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ**

2: Η διαχείριση των αθλητών ΜΕΤΑ από COVID-19 περιγράφεται στο **ΣΧΗΜΑ 1** (**ισχύει ο πιο αναλυτικός ΠΙΝΑΚΑΣ 1.**)

Η διαχείριση των αθλητών ΚΑΤΑ και ΜΕΤΑ από COVID-19 περιγράφεται στο **ΣΧΗΜΑ 2**

Βιβλιογραφία

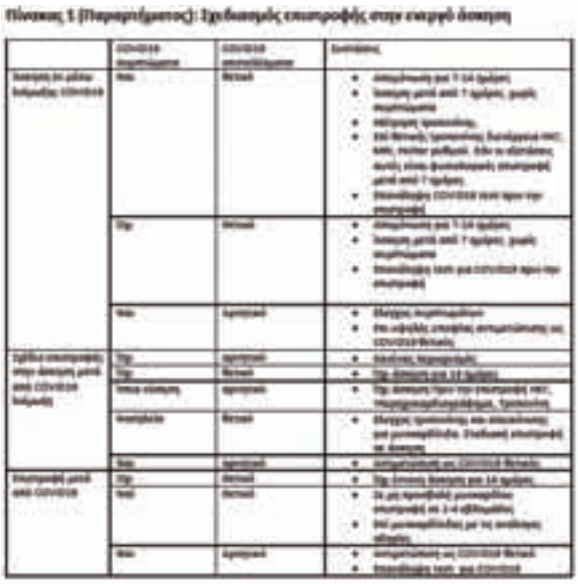
1. Augustine DX, Keteepe-Arachi T, Malhotra A. Coronavirus Disease 2019: Cardiac Complications and Considerations for Returning to Sports Participation. Eur Cardiol. 2021 Mar 2;16:e03. doi: 10.15420/ecr.2020.36.
2. Wilson MG, Hull JH, Rogers J, et al. Cardiorespiratory

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

www.hcs.gr

considerations for return-to-play in elite athletes after COVID-19 infection: a practical guide for sport and exercise medicine physicians [published online ahead of print, 2020 Sep 2]. Br J Sports Med. 2020;bjsports-2020-102710.

3. https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2020/10/28/17/29/coronavirus-disease-2019-and-the-athletic
4. Pelliccia A, Solberg EE, Papadakis M, et al. Recommendations for participation in competitive and leisure time sport in athletes with cardiomyopathies, myocarditis, and pericarditis: position statement of the Sport Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J 2019;40:19–33.
5. PhelanD., Kim J, ElliottM et al Screening of Potential Cardiac Involvement in Competitive Athletes Recovering From COVID-19: An Expert Consensus Statement JACC Cardiovasc Imaging 2020 Dec;13(12):2635-2652. doi: 10.1016/j.jcmg.2020.10.005. Epub 2020 Oct 28.
6. Schellhorn P, Klingel K, Burgstahler C. Return to sports after COVID-19 infection. Eur Heart J. 2020 Dec 7;41(46):4382-4384. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa448.
7. Luna Cavigli, Michele Cillis. Br J Sports Med. 2021 Nov 29;bjsports-2021-104764. doi: 10.1136/bjsports-2021-104764
8. Phelan D, Kim JH, Chung EH. A game plan for the resumption of sport and exercise after coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. JAMA Cardiol. 2020. doi:10.1001/jamacardio.2020.2136
9. American Academy of Pediatrics. COVID-19 interim guidance: Return to sports [Internet]. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2020; [cited 2020 August 2]. Available from: https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-interim-guidance-return-to-sports/.
10. 28. Dean PN, Jackson LB, Paridon SM. Returning to play after coronavirus infection: Pediatric cardiologists' perspective: American College of Cardiology; 2020 updated July 14, 2020; [cited 2020 August 20]. Available from: https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2020/07/13/13/37/returning-to-play-after-coronavirus-infection.
11. 29. Elliott N, Martin R, Heron N, et al. Infographic. Graduated return to play guidance following COVID-19 infection. Br. J. Sports Med. 2020; 54:1174–5.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.enee.gr

COVID-19 και νόσος Alzheimer

Ελισσάβετ Καπάκη
Καθηγήτρια Νευρολογίας ΕΚΠΑ
Α΄ Νευρολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών
Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Γεώργιος Τσιβγούλης

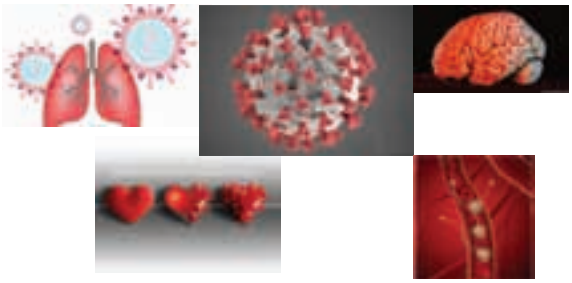
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Κωνσταντίνος Βαδικόλιας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:
Νικόλαος Γρηγοριάδης

ΤΑΜΙΑΣ:
Γιομπστ Ρούντολφ

ΜΕΛΗ:
Θεόδωρος Αβραμίδης
Κωνσταντίνος Βουμβουράκης
Ιωάννης Ελλούλ
Κωνσταντίνος Κυλιντηρέας
Τριαντάφυλλος Ντούσκας

SARS-COV-2 ΚΑΙ COVID-19 - Πολυσυστηματική νόσος



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΥΣΜΕΝΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Μεγάλη ηλικία
- Άρρεν φύλλο
- Κάπνισμα
- Συννοσηρότητες
- υπέρταση
- σακχαρώδης διαβήτης
- στεφανιαία νόσος
- ΧΑΠ κ.α.

ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΚΑΙ COVID-19

- Η νόσος Alzheimer και άλλα ανοϊκά σύνδρομα είναι νοσήματα που σχετίζονται με την ηλικία
- Αν και αυτά καθ' αυτά πιθανότατα δεν αυξάνουν τον κίνδυνο για προσβολή του αναπνευστικού συστήματος από τον SARS-CoV-2, εντούτοις, οι ασθενείς με άνοια σε οποιοδήποτε στάδιο αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα από τον λοιπό πληθυσμό

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

- Μπορεί να ξεχνούν να πλύνουν τα χέρια τους
- Δυσκολεύονται στην κατανόηση και εφαρμογή των συνιστώμενων προφυλάξεων για την πρόληψη της νόσου, όπως να φορούν μάσκα ή να τηρούν αποστάσεις.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
www.enee.gr

- Προσαρμόζονται δυσκολότερα σε συνεχώς μεταβαλλόμενους περιορισμούς και οι οδηγίες που επιβάλλονται.
- Μεγάλη επιβάρυνση και στους περιθάλποντες, είτε αυτοί είναι άτομα του συγγενικού περιβάλλοντος, είτε επαγγελματίες υγείας.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

- Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι γνωστό ότι εμφανίζουν διαταραχές της συμπεριφοράς, ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια, οι οποίες είτε θα αναδυθούν ευκολότερα, είτε θα επιταθούν.
- Η απομόνωση, η μειωμένη δυνατότητα επικοινωνίας με τους οικείους, η αδυναμία εξόδου από το σπίτι και όλες οι αλλαγές της καθημερινής ρουτίνας μπορεί να προκαλέσουν άγχος, εκνευρισμό, ευερεθιστότητα και σωματική δυσφορία στα άτομα με άνοια.
- Στα πιο προχωρημένα στάδια, συμπτώματα όπως η άσκοπη κινητικότητα, το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις μπορεί να αναδυθούν ή να επιδεινωθούν.

ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

- Λοιμώξεις από τον ιό της γρίπη και άλλους ιούς είναι γνωστό ότι μπορεί να επιδεινώσουν την προϋπάρχουσα νοητική έκπτωση που σχετίζεται με την άνοια.
- Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση του κορωνοϊού, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι η προσβολή αυτή πολλές φορές εκδηλώνεται άτυπα και αργεί να γίνει αντιληπτή με αποτέλεσμα να καθυστερεί η διάγνωση, με προφανείς συνέπειες ιδιαίτερα για κλειστές δομές, όπως οι οίκοι ευγηρίας.

ΣΥΓΧΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (DELIRIUM)

- Υπάρχουν σαφείς αναφορές ότι η κλινική εκδήλωση της COVID19 σε άτομα με άνοια μπορεί να είναι άτυπη, επηρεάζοντας την πρώιμη διάγνωση, την καθυστέρηση της αντιμετώπισης και τη λήψη μέτρων προστασίας.
- Η(οξεία) συγχυτική κατάσταση (delirium) αναγνωρίζεται ως άτυπη εκδήλωση COVID-19, πριν ακόμα εμφανιστούν πυρετός και βήχας.
- Ο υπότυπος με υποκινητικότητα (hypoactivity) είναι συχνότερος από εκείνον με υπερκινητικότητα (hyperactivity) και είναι εκείνος ο οποίος πιο συχνά παραβλέπεται ή δεν αξιολογείται αναλόγως
- Ο υπότυπος αυτός επίσης συνδέεται με αυξημένη θνητότητα σε μονάδες αυξημένης φροντίδας

ΣΟΒΑΡΗ COVID-19 ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

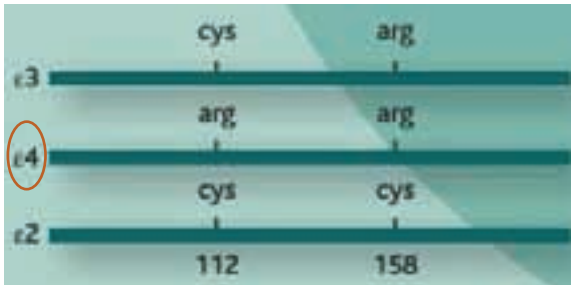
- Μελέτες πλέον δείχνουν ότι οι άνθρωποι με άνοια έχουν υψηλότερο κίνδυνο για σοβαρή Covid-19, η προέρχεται από
  - την προχωρημένη ηλικία
  - τις συνέπειες της άνοιας
  - την πιθανότερη έκθεση στον κορωνοϊό, ιδιαίτερα σε στους οίκους ευγηρίας.
- Η σοβαρή Covid-19 συνδέεται με αυξημένη θνητότητα

ΓΕΝΕΤΙΚΗ, Ν. ALZEIMER, COVID19

- Η σοβαρότερη νόσος CoVID-19 και η μεγαλύτερη θνητότητα στους ασθενείς με νόσο Alzheimer, οφείλεται επίσης και σε υποκείμενη γενετική αιτία, που εξηγεί τόσο τον κίνδυνο για άνοια όσο και για σοβαρή Covid-19.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΑ ΓΟΝΙΔΙΑ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΙ APO-E ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΑΛΛΗΛΙΩΝ

Φυσιολογικοί ν.	Alzheimer
76%	58%
16%	>40%
8%	2%



APOE E4 ΚΑΙ COVID-19

- Δύο αντίγραφα ε4 του γονιδίου της APOE που συνεισφέρουν μεγαλύτερο κίνδυνο για νόσο Alzheimer, διπλασιάζουν τον κίνδυνο για σοβαρά συμπτώματα COVID-19 ως αποτέλεσμα λοίμωξης από τον SARSCoV-2, σύμφωνα με την μελέτη

Kuo et al 2020 The Journals of Gerontology:

Η COVID-19 ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ

- Η COVID-19 προκαλεί μαζική απελευθέρωση φλεγμονωδών μορίων στον εγκέφαλο με αντίκτυπο στη μνήμη και τη νόηση
- Ακόμη και η χρόνια ήπια φλεγμονή, αναγνωρίζονται πλέον ως παράγοντες κινδύνου για άνοια και νοητική έκπτωση κατά τη γήρανση.
- Μακροχρόνιες αλλαγές στον εγκέφαλο μετά από νόσο (καρδιακά νοσήματα) συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο νοητικής έκπτωσης που σχετίζεται με την ηλικία και την νόσο Alzheimer

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΥΑΛΩΤΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

- Οι ασθενείς με άνοια είναι ένας ιδιαίτερα «κλινικά ευάλωτος» πληθυσμός
- Είναι χρέος όλων μας με κάθε τρόπο να τον προστατεύουμε, καθώς και να παρέχουμε βοήθεια στα άτομα που τους φροντίζουν.

IB

ΒΟΗΘΗΣΤΕ ΤΟΥΣ ΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΟΥΝ ΤΙΣ ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΣΟ ΜΟΝΑΔΙΚΑ ΟΣΟ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΟΙ ΜΕ FILLERS ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ JUVÉDERM®

Medical Beauty AWARDS 2021 PLATINUM INJECTABLE TREATMENTS

Medical Beauty AWARDS 2021 GOLD FILLERS TREATMENT

Juvéderm Greece

Μάθετε περισσότερα στο
www.juvederm.gr

Allergan Aesthetics
an AbbVie company

© 2022 AbbVie. All rights reserved. All trademarks are the property of their respective owners. • GR-JUV-220013

Οι διεθνείς πρωτοβουλίες της συνεργασίας μεταξύ της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας, σχετικά με την ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της επιδημίας του COVID-19

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ν. ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ[1], ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΣ[2], ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ[3], ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ[4], AFZAL JAVED[5]

[1]Καθηγητής Ψυχιατρικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2]Πλαστικός Χειρουργός, Πρόεδρος Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου
[3]Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
[4]Καθηγητής Κτηνιατρικής, Πρύτανης Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
[5]Εκλεγμένος Πρόεδρος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας και Επίτιμος Αναπληρωτής Καθηγητής, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Warwick, Ηνωμένο Βασίλειο, και Πρόεδρος του Κέντρου

The international initiatives of the collaboration between the Aristotle University of Thessaloniki School of Medicine, the Panhellenic Medical Association and the World Psychiatric Association, concerning mental health during the COVID-19 outbreak

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: PSYCHIATRIKI – Quarterly Journal of the Hellenic Psychiatric Association, Volume 31, Issue 4, doi:10.22365/jpsych.2020.314.289

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας της νόσου του κορονοϊού το 2019 (COVID-19), όλες οι ευρωπαϊκές χώρες επλήγησαν, αλλά τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν ετερογενή, με ορισμένες χώρες να πλήττονται πολύ σκληρά, ενώ άλλες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, είχαν πολύ χαμηλότερο ποσοστό θανάτων. Η υπερταχεία εφαρμογή μέτρων ήταν πιθανώς ο λόγος αυτής της εξαιρετικής επιτυχίας[1].

Η επιδημία αυτή αναμένεται να πυροδοτήσει συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και άγχους, ως αντίδρασεις σε μια ακραία απειλή προς την κοινότητα και το άτομο. Επιπλέον, οι αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά, καθώς και στις συνθήκες εργασίας, τις καθημερινές συνήθειες και τη ρουτίνα, αναμένονται να προκαλέσουν περαιτέρω άγχος, ειδικά με την προοπτική μιας επικείμενης οικονομικής κρίσης και πιθανής ανεργίας. Στην Ελλάδα, όπου ο εγκλεισμός (lockdown, συχνά χρησιμοποιείται και ο αδόκιμος όρος «καραντίνα») ήταν εξαιρετικά επιτυχής όσον αφορά τον περιορισμό της επιδημίας, κυριάρχησαν επίσης ανησυχίες σχετικά με τις πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.

Κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19 αναπτύχθηκε μια συνεργασία για την ψυχική υγεία μεταξύ της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου και της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας. Δύο μεγάλες πολυεθνικές μελέτες ξεκίνησαν, μία για τον γενικό πληθυσμό και μία για φοιτητές πανεπιστημίου.

Η ψυχική υγεία των φοιτητών είναι ένας τομέας ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, τόσο λόγω της ευαλωτότητας αυτής της ηλικιακής ομάδας όσο και επειδή οποιαδήποτε διατάραξη των σπουδών έχει σημαντικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων, και αυτό μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και άγχους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελληνικού βραχίονα της μελέτης για τους φοιτητές, κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, τα δύο-τρίτα των φοιτητών ανέφεραν τουλάχιστον «πολύ» αύξηση στο άγχος, το ένα τρίτο στα συναισθήματα κατάθλιψης και το 2,59% σε σχεση με αυτοκτονικές σκέψεις. Υπήρξε επίσης επιδείνωση της ποιότητας ζωής και διαταραχή σε θέματα τρόπου ζωής. Μείζων κατάθλιψη ήταν παρούσα στο 12,43%, με ένα επιπλέον 13,46% να αντιμετωπίζει σοβαρή δυσφορία. Η πίστη σε θεωρίες συνωμοσίας απολάμβανε ευρεία αποδοχή που κυμαινόταν μεταξύ 20-68%, με φοιτητές Νομικής, Φιλολογίας, Παιδαγωγικής, Πολιτικών Επιστημών και άλλων σχετικών σπουδών, να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά αποδοχής. Το γυναικείο φύλο και η κατάθλιψη/δυσφορία, και τα δυο ανεξάρτητα αλλά και σε αλληλεπίδραση, σχετίζονταν με υψηλότερα ποσοστά τέτοιων πεποιθήσεων[2, 3].

Τα αποτελέσματα του ελληνικού βραχίονα της μελέτης για το γενικό πληθυσμό έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, η κλινική κατάθλιψη υπήρχε στο 9,31%, με ένα επιπλέον 8,5% να αντιμετωπίζει σοβαρή δυσφορία. Αυξημένο άγχος και συναισθήματα κατάθλιψης (συμπεριλαμβανομένων και των υποκλινικών περιπτώσεων) υπήρχαν σε περισσότερο από το 40% του πληθυσμού. Σε άτομα με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, το 23,31% εμφάνισε κατάθλιψη έναντι του 8,96% των περιπτώσεων χωρίς προηγούμενο ιστορι-

κό, που βίωναν το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα οικογενειακά δυναμικά έδειξαν ότι οι λιγότερες συγκρούσεις και η καλύτερη ποιότητα σχέσεων παραδόξως σχετιζόταν με υψηλότερο άγχος και συναισθήματα κατάθλιψης, υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και δυσφορίας, και υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικών σκέψεων.

Τελικά, οι πνευματικές και θρησκευτικές προσκολλήσεις θα μπορούσαν να προστατεύσουν το άτομο από τις αναδυόμενες αυτοκτονικές σκέψεις. Καθώς η συσχέτιση δεν υπονοεί και αιτιότητα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι θεωρίες συνωμοσίας θα μπορούσαν να είναι είτε η αιτία της κατάθλιψης, ή, αντίθετα, ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της ανάπτυξης κατάθλιψης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι και στο οικογενειακό περιβάλλον η έκφραση θυμού φάνηκε να είναι προστατευτικός παράγοντας, η πιο πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι η πίστη σε θεωρίες συνωμοσίας είναι ένας μηχανισμός αντιμετώπισης και «προστασίας» κατά της εμφάνισης της κατάθλιψης.

Αυτές οι μελέτες ήταν από τις πρώτες που δημοσιεύθηκαν, πήγαν βαθύτερα όσον αφορά τη συλλογή δεδομένων και οδήγησαν ακόμη και στη δημιουργία ενός μοντέλου διακριτών σταδίων για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού. Η ανάλυση των διεθνών δεδομένων θα δώσει πιθανότατα περαιτέρω πληροφορίες για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών και των παγκόσμια κοινών αλλά και πολιτισμικά εξειδικευμένων μοντέλων και παραγόντων που αφορούν την ανάπτυξή τους. Κατά τη στιγμή που το άρθρο αυτό ήταν υπό δημοσίευση, συμμετείχαν περισσότερες από 40 χώρες που αντιπροσωπεύουν περισσότερα από τα δύο-τρίτα του πληθυσμού της γης και είχαν συγκεντρωθεί ήδη περισσότερες από 45.000 απαντήσεις.

REFERENCES

1. Fountoulakis KN, Fountoulakis NK, Koupidis SA, Prezerakos PE. Factors determining different death rates because of the COVID-19 outbreak among countries. Journal of public health (Oxford, England). 2020.
2. Patsali ME, Mousa DV, Papadopoulou EVK, Papadopoulou KKK, Kaparounaki CK, Diakogiannis I, et al. University students' changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19 lockdown in Greece. Psychiatry Res. 2020; 292: 113298.
3. Kaparounaki CK, Patsali ME, Mousa DV, Papadopoulou EVK, Papadopoulou KKK, Fountoulakis KN. University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. Psychiatry Res. 2020; 290: 113111.

Συγκριτική ανάλυση της κινητικής παραγωγής anti-Spike RBD IgGs και εξουδετερωτικών αντισωμάτων σε λήπτες του BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) mRNA εμβολίου σε σχέση με ασθενείς COVID-19

ΙΩΑΝΝΗΣ Π. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ, PHD[1], ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΕΡΠΟΣ, MD[2],ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ-ΜΕΛΕΤΙΟΣ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, MD[2]
[1]Τομέας Βιολογίας Κυττάρου και Βιοφυσικής, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ
[2]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Comparative kinetics of SARS-CoV-2 anti-spike protein RBD IgGs and neutralizing antibodies in convalescent and naïve recipients of the BNT162b2 mRNA vaccine versus COVID-19 patients

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: BMC Medicine 19, Article number: 208 (2021) doi : 10.1186/s12916-021-02090-6

Η νόσος COVID-19 η οποία σχετίζεται με μόλυνση από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2 έχει προκαλέσει μέχρι τις αρχές Μαρτίου 2022, πάνω από 440 εκατομμύρια γνωστές μολύνσεις και σχεδόν 6 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως. Αν και η πλειονότητα των μολύνσεων αφορά σε σχετικά ήπια (ή καθόλου) συμπτώματα, κάποιοι φορείς, κυρίως προχωρημένης ηλικίας ή με υποκείμενα νοσήματα, θα αναπτύξουν βαριά νόσο COVID-19 λόγω (μεταξύ άλλων) οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (acute respiratory distress syndrome, ARDS), η οποία μπορεί να προκαλέσει συστημική κατάρρευση και τελικά θάνατο[1].

Δεδομένης της αυξημένης θνητότητας, η πανδημία COVID-19 προκάλεσε μια άνευ προηγουμένου κινητοποίηση της παγκόσμιας ερευνητικής κοινότητας η οποία κατέστησε δυνατή τόσο την κατανόηση της μοριακής-κυτταρικής βιολογίας της ιϊκής λοίμωξης και παθολογίας όσο και της ανάπτυξης κάποιων υποσχόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων αλλά και προφυλακτικών εμβολίων[2-5]. Ειδικότερα, όσον αφορά στη διαδικασία μόλυνσης είναι πλέον γνωστό ότι ο ιός SARS-CoV-2 μολύνει τα ανθρώπινα κύτταρα μέσω πρόσδεσης της ιϊκής πρωτεΐνης ακίδας (spike

protein) και ειδικότερα του ακραίου της τμήματος (receptor binding domain – RBD) σε μια επιφανειακή μεταλλοπρωτεάση των ανθρωπίνων κυττάρων που ονομάζεται μετατρεπτικό ένζυμο-2 της αγγειοτενσίνης (angiotensin-converting enzyme 2, ACE2)[6].

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης[7] αναλύθηκε η ανάπτυξη χυμικής όσο και κυτταρικής ανοσίας μετά από εμβολιασμό με το BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) mRNA εμβόλιο σε σύγκριση και με ασθενείς COVID-19. Ειδικότερα μετρήθηκαν οι τίτλοι ολικών IgGs κατά της ακίδας-RBD (anti-S-RBD) και εξουδετερωτικών αντισωμάτων (NAbs) σε εμβολιασμένους δότες (n = 250) ένα μήνα μετά τη 2η δόση. Επίσης μετρήθηκαν οι τίτλοι αντισωμάτων και η παρουσία Τ κυττάρων ειδικών για την πρωτεΐνη ακίδα του ιού πέντε μήνες μετά τη 2η δόση (n=21), καθώς οι αντισωματικές απαντήσεις anti-S-RBD και NAbs σε ασθενείς COVID-19 με ήπια ή βαριά νόσο (n=60) ή μετά την ανάρρωση από COVID-19 (n =34).

Τα ευρήματά μας δεικνύουν ότι η 1η δόση του εμβολίου ενεργοποιεί ισχυρή και σύντομη ανοσο-απάντηση (anti-spike-RBD IgGs, NAbs) σε υγιείς λήπτες του εμβολίου που είχαν προηγουμένως μολυνθεί με τον κορωνοϊό, ενώ στους λήπτες που δεν είχαν εκτεθεί στον κορωνοϊό (προηγούμενη νόσηση) απαιτούνται και οι δύο δόσεις εμβολιασμού προκειμένου να αναπτυχθούν υψηλοί τίτλοι προστατευτικών αντισωμάτων. Επιπλέον αναλύσεις πέντε μήνες μετά τη 2η δόση έδειξαν τη διατήρηση υψηλών τίτλων anti-spike-RBD IgGs και NAbs αντισωμάτων καθώς και την παρουσία ειδικών κλώνων Τ κυττάρων (κυτταρική ανοσία) έναντι της πρωτεΐνης ακίδας σε εμβολιασμένα άτομα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό θετικών σε PCR για μόλυνση από SARS-CoV-2 δεν φαίνεται να είχαν αναπτύξει αντισωματικές απαντήσεις πιθανότατα λόγω ισχυρού εγγενούς ανοσοποιητικού συστήματος. Επίσης στα πλαίσια των ευρημάτων της παρούσας μελέτης προτάθηκε ότι η 2η δόση θα μπορούσε ενδεχομένως να χορηγηθεί σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 3 εβδομάδων χωρίς να μειωθεί η αποτελεσματικότητα.

Η συγκεκριμένη προσέγγιση επιβεβαιώθηκε και από πρόσφατες μελέτες ερευνητών από το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, Ηνωμένο Βασίλειο[8]. Σε παράλληλες αναλύσεις (μη εμβολιασμένων) ασθενών με ήπια ή σοβαρή νόσο COVID-19 βρέθηκε ότι η νόσος προκαλεί μια πιο πρώιμη, σε σχέση με τον εμβολιασμό, χυμική ανοσολογική απάντηση η οποία είναι πιο έντονη σε ασθενείς με βαριά νόσο[7]. Οι τίτλοι αντισωμάτων διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα και μετά την ανάρρωση από COVID-19. Τέλος βρέθηκε ότι η ενισχυτική 2η δόση του εμβολίου παράγει τίτλους αντισωμάτων σημαντικά πιο υψηλούς σε σχέση με αυτούς που βρέθηκαν σε νοσηλευόμενους ασθενείς COVID-19[7].

Τα ευρήματά μας αυτά υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των δύο δόσεων του mRNA εμβολίου BNT162b2 στην ανάπτυξη ικανοποιητικής και πιθανότατα μακροχρόνιας προστατευτικής ανοσίας έναντι της νόσου COVID-19.

Επιβεβαιώθηκαν δε περαιτέρω και σε αντίστοιχη πρόσφατη μελέτη μας, που αφορά σε μετρήσεις εννέα μήνες μετά την 2η δόση του εμβολίου[9]. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεικνύουν ότι η συμπωματική νόσος COVID-19 προκαλεί μια ισχυρή κινητοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος που, όπως έδειξαν πρόσφατα και άλλες μελέτες[10, 11], πιθανότατα σχετίζεται με την ανάπτυξη παρατεταμένης φυσικής ανοσίας έναντι του ιού SARS-CoV-2.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Trougakos IP, Stamatelopoulos K, Terpos E, et al. Insights to SARS-CoV-2 life cycle, pathophysiology, and rationalized treatments that target COVID-19 clinical complications. J Biomed Sci. 2021 Jan 12;28(1):9.
2. Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. Nature. 2020a;580(7805):576–7.
3. Baum A, Ajithdoss D, Copin R, et al. REGN-COV2 antibodies prevent and treat SARS-CoV-2 infection in rhesus macaques and hamsters. Science. 2020;370(6520):1110–5.
4. Tortorici MA, Beltramello M, Lempp FA, et al. Ultrapotent human antibodies protect against SARS-CoV-2 challenge via multiple mechanisms. Science. 2020. https ://doi.org/10.1126/science.abe33 54.
5. Wu Y, Wang F, Shen C, et al. A noncompeting pair of human neutralizing antibodies block COVID-19 virus binding to its receptor ACE2. Science. 2020;368:1274–8.
6. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. Cell. 2020;8674(20):30229–34. https ://doi. org/10.1016/j.cell.2020.02.052.
7. Trougakos IP, Terpos E, Zirou C, Sklirou AD, Apostolakou F, Gumeni S, Charitaki I, Papanagnou ED, Bagratuni T, Liacos CI, Scorilas A, Korompoki E, Papassotiriou I, Kastritis E, Dimopoulos MA. Comparative kinetics of SARS-CoV-2 anti-spike protein RBD IgGs and neutralizing antibodies in convalescent and naive recipients of the BNT162b2 mRNA vaccine versus COVID-19 patients. BMC Med. 2021 Aug 23;19(1):208. doi: 10.1186/s12916-021-02090-6.
8. Payne RP, Longet S, Austin JA, Skelly DT, Dejnirattisai W, Adele S, Meardon N, Faustini S, Al-Taei S, Moore SC, Tipton T, Hering LM, Angyal A, Brown R, Nicols AR, Gillson N, Dobson SL, Amini A, Supasa P, Cross A, Bridges-Webb A, Reyes LS, Linder A, Sandhar G, Kilby JA, Tyerman JK, Altmann T, Hornsby H, Whitham R, Phillips E, Malone T, Hargreaves A, Shields A, Saei A, Foulkes S, Stafford L, Johnson S, Wootton DG, Conlon CP, Jeffery K, Matthews PC, Frater J, Deeks AS, Pollard AJ, Brown A, Rowland-Jones SL, Mongkolsapaya J, Barnes E, Hopkins S, Hall V, Dold C, Duncan CJA, Richter A, Carroll M, Screaton G, de Silva TI, Turtle L, Klenerman P, Dunachie S; PITCH Consortium. Immunogenicity of standard and extended dosing intervals of BNT162b2 mRNA vaccine. Cell. 2021 Nov 11;184(23):5699-5714.e11. doi: 10.1016/j.cell.2021.10.011.
9. Terpos E, Karalis V, Ntanasis-Stathopoulos I, Apostolakou F, Gumeni S, Gavriatopoulou M, Papadopoulos D, Malandrakis P, Papanagnou ED, Ko-

rompoki E, Kastritis E, Papassotiriou I, Trougakos IP, Dimopoulos MA. Sustained but Declining Humoral Immunity Against SARS-CoV-2 at 9 Months Postvaccination With BNT162b2: A Prospective Evaluation in 309 Healthy Individuals. Hemasphere. 2021 Dec 17;6(1):e677. doi: 10.1097/HS9.0000000000000677.
10. Alejo JL, Mitchell J, Chang A, Chiang TPY, Massie AB, Segev DL, Makary MA. Prevalence and Durability of SARS-CoV-2 Antibodies Among Unvaccinated US Adults by History of COVID-19. JAMA. 2022 Feb 3:e221393. doi: 10.1001/jama.2022.1393.
11. Marcotte H, Piralla A, Zuo F, Du L, Cassaniti I, Wan H, Kumagai-Braesh M, Andréll J, Percivalle E, Sammartino JC, Wang Y, Vlachiotis S, Attevall J, Bergami F, Ferrari A, Colaneri M, Vecchia M, Sambo M, Zuccaro V, Asperges E, Bruno R, Oggionni T, Meloni F, Abolhassani H, Bertoglio F, Schubert M, Calzolai L, Varani L, Hust M, Xue Y, Hammarström L, Baldanti F, Pan-Hammarström Q. Immunity to SARS-CoV-2 up to 15 months after infection. iScience. 2022 Feb 18;25(2):103743. doi: 10.1016/j.isci.2022.103743.

Ανοσοτροποποιητική αγωγή στην COVID-19 και μείωση του θρομβοεμβολικού κινδύνου: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΑΓΡΗΣ[1], ΜΑΤΙΛΝΤΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΝ[2], ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΤΑΣΟΥΔΗΣ[1], ΕΛΕΝΗ ΚΟΡΟΜΠΟΚΗ[3,4], ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΤΣΕΛΗΣ[1], ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΣ-ΜΠΟΥΡΜΠΟΥΛΗΣ[5], ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΜΗΛΙΩΝΗΣ[2], JAMES DOUKETIS MD[6], ALEX C SPYROPOULOS MD[7, 8, 9], ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΝΤΑΛΕΚΟΣ[1], ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΝΤΑΙΟΣ[1]

[1]Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας
[2]Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα
[3]Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
[4]Imperial College London, London, United Kingdom
[5]4η Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
[6]Department of Medicine, McMaster University, 1200 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 3Z5, Canada
[7]The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell
[8]The Institute for Health Innovations and Outcomes Research - The Feinstein Institutes for Medical Research
[9]Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services Northwell Health at Lenox Hill Hospital

Immunomodulation and Reduction of Thromboembolic Risk in Hospitalized COVID-19 Patients: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Journal of Clinical Medicine, Published: 18 November 2021
(J. Clin. Med. 2021, 10, 5366. https://doi.org/10.3390/jcm10225366)

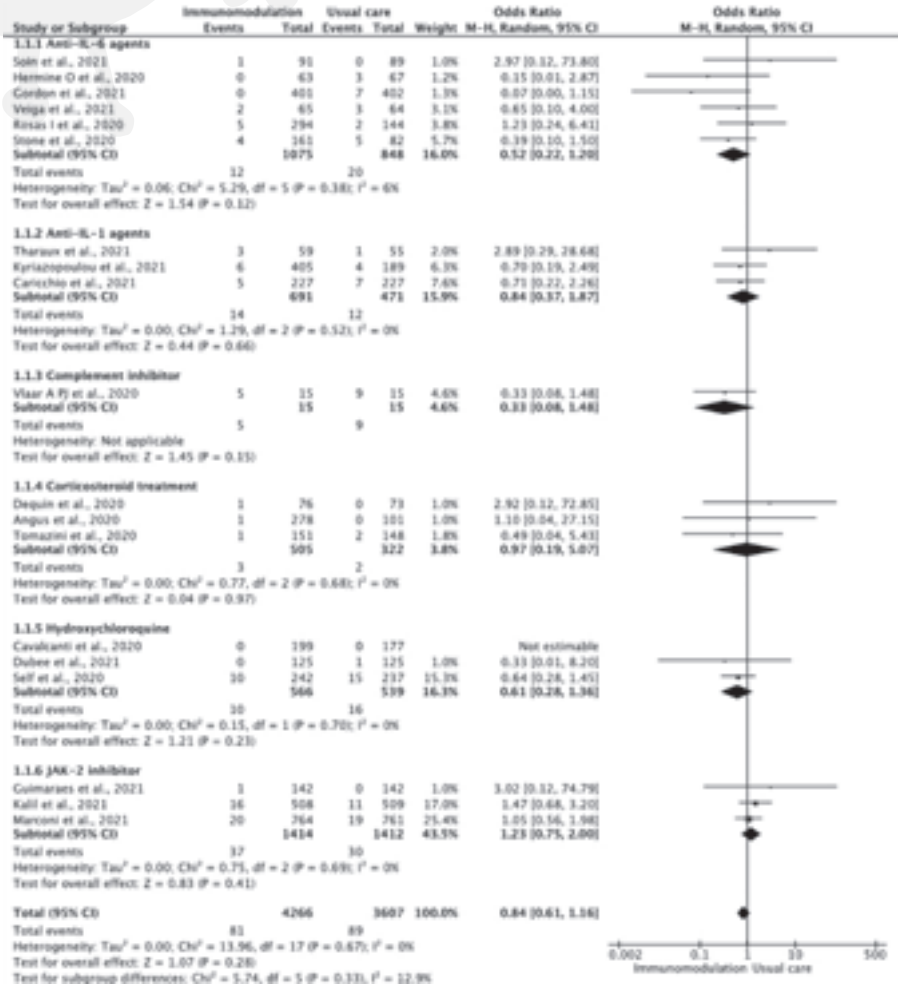
Από την έναρξη της πανδημίας COVID-19, παρατηρήθηκε υψηλή επίπτωση θρομβοεμβολικών επεισοδίων, ιδίως επεισοδίων φλεβικής θρομβοεμβολής (ΦΘΕ), σε ασθενείς με σοβαρή και μέτριας βαρύτητας νόσο. Προηγηθείσες μετα-αναλύσεις μελετών παρατήρησης ανέδειξαν ότι σε νοσηλευόμενους ασθενείς με COVID-19 οι οποίοι ελέγχθηκαν συστηματικά για την ανεύρεση ΦΘΕ, ο επιπολασμός της κυμαινόταν από 23,9% έως 40,3%.

Κατά τη διάρκεια της COVID-19 η υπερέκκριση προφλεγμονωδών κυτταροκινών, όπως ο παράγοντας νέκρωσης όγκων-α (TNF-α), η ιντερλευκίνη (IL) 1β και οι χημειοτακτικές κυτοκίνες [π.χ., η IL-8 και η χημειοελκυστική πρωτεΐνη μακροφάγου-1 (MCP-1)] οδηγούν σε μια διαρκή αύξηση των επιπέδων της IL-6.

Η εκσεσημασμένη απελευθέρωση της IL-6 σε συνδυασμό με την ενεργοποίηση του συμπληρώματος και του ενδοθηλίου φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη και διατήρηση ενός φαύλου κύκλου υπερφλεγμονής και υπερπηκτικότητας.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης των ανοσοτροποποιητικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στην COVID-19, στον κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Αναζητήσαμε στη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία (PubMed και Scopus) μέχρι και τον Οκτώβριο του 2021 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση της COVID-19 και γινόταν συστηματική καταγραφή των θρομβοεμβολικών επεισοδίων, των επεισοδίων ΦΘΕ, του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισο-



Εικόνα: Επίδραση των ανοσοτροποποιητικών παραγόντων στον κίνδυνο εμφάνισης ΦΘΕ

δίου ή συστηματικής εμβολής και του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Με στόχο τον υπολογισμό της σχετικής πιθανότητας εμφάνισης των ανωτέρω καταληκτικών σημείων με τη χρήση ανοσοτροποποιητικών παραγόντων στην COVID-19, υπολογίσαμε τον σχετικό λόγο (Odds ratio, OR) και τα διαστήματα εμπιστοσύνης, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο τυχαίων αλληλεπιδράσεων Mantel – Haenszel.

Από την αναζήτηση στη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία προέκυψαν 22 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές στις οποίες συνολικά συμπεριελήφθησαν 8499 ασθενείς. Μεταξύ αυτών, 4638 έλαβαν κάποια ανοσοτροποποιητική αγωγή, ενώ 3861 αντιμετωπίσθηκαν με τη συνήθη ιατρική πρακτική όπως αυτή οριζόταν από την εκάστοτε μελέτη.

Στους ασθενείς που έλαβαν ανοσοτροποποιητική αγωγή, επεισόδια ΦΘΕ παρατηρήθηκαν σε 1,77 ασθενείς ανά 100 ανθρωπο-μήνες, ενώ σε όσους έλαβαν τη συνήθη αγωγή καταγράφηκαν 2,30 επεισόδια ΦΘΕ ανά 100 ανθρωπο-μήνες (OR: 0.84, 95% CI: 0.61–1.16; I2: 0%) (Εικόνα).

Στην υποομάδα των ασθενών που έλαβαν ανταγωνιστή της ιντερλευκίνης-6 (IL-6), καταγράφηκαν 12 επεισόδια ΦΘΕ μεταξύ 1075 ασθενών έναντι 20 μεταξύ 848 ασθενών που έλαβαν τη συνήθη αγωγή (OR: 0.52, 95%CI: 0.22-1.20, I2: 6%) (Εικόνα).

Η χορήγηση ανοσοτροποποιητικής αγωγής δε μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου ή συστηματικής εμβολής (OR: 1.10, 95% CI: 0.50–2.40; I2: 0%) ή εμφράγματος του μυοκαρδίου (OR: 1.06, 95% CI: 0.47–2.39; I2: 0%) ενώ παρατηρήθηκε μη σημαντική μείωση όλων των θρομβοεμβολικών συμβάντων (OR: 0.86, 95% CI: 0.65–1.14; I2: 0%)

Η δυνατότητα του SARS-CoV-2 να πυροδοτεί έναν καταρράκτη προφλεγμονωδών κυτταροκινών αποτελεί το πρώτο βήμα προς έναν φαύλο κύκλο υπερφλεγμονής και ενεργοποίησης των μηχανισμών της πήξης, με άμεσο στόχο την προσβολή του ενδοθηλίου.

Αυτή η αλληλεπίδραση μεταξύ φυσικής ανοσίας, παραγόντων πήξης, αιμοπεταλίων και ενδοθηλιακών κυττάρων κατά τη διάρκεια της COVID-19 μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ανοσολογικά επαγόμενης μικροαγγειακής θρόμβωσης και υπερπηκτικότητας.

Σε αυτό το πλαίσιο, εγείρεται η υπόθεση ότι η χορήγηση ανοσοτροποποιητικών παραγόντων όπως ανταγωνιστές IL-6 ή IL-1, αναστολείς του συμπληρώματος, κορτικοστεροειδή, ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη (IVIG) και υδροξυχλωροκίνη που έχουν τη δυνατότητα να επεμβαίνουν στα ανωτέρω παθοφυσιολογικά μονοπάτια θα μπορούσαν ενδεχομένως να περιορίσουν το φαινόμενο και σε συνδυασμό με την ηπαρίνη μικρού μοριακού βάρους που χρησιμοποιείται ευρέως σε νοσηλευόμενους ασθενείς με COVID-19 να συνεισφέρουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση της ανοσοτροποποιητικής αγωγής στην πρόληψη των θρομβοεμβολικών συμβάντων σε ασθενείς με COVID-19.

Ωστόσο, δεδομένης της μεγάλης επίδρασης τους στη σχετική μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΦΘΕ, ειδικά σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ανταγωνιστές της IL-6, δε μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ευεργετικής δράσης των ανοσοτροποιητικών παραγόντων στον κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

DOCTOR'S FORMULAS

ΦΟΡΜΟΥΛΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

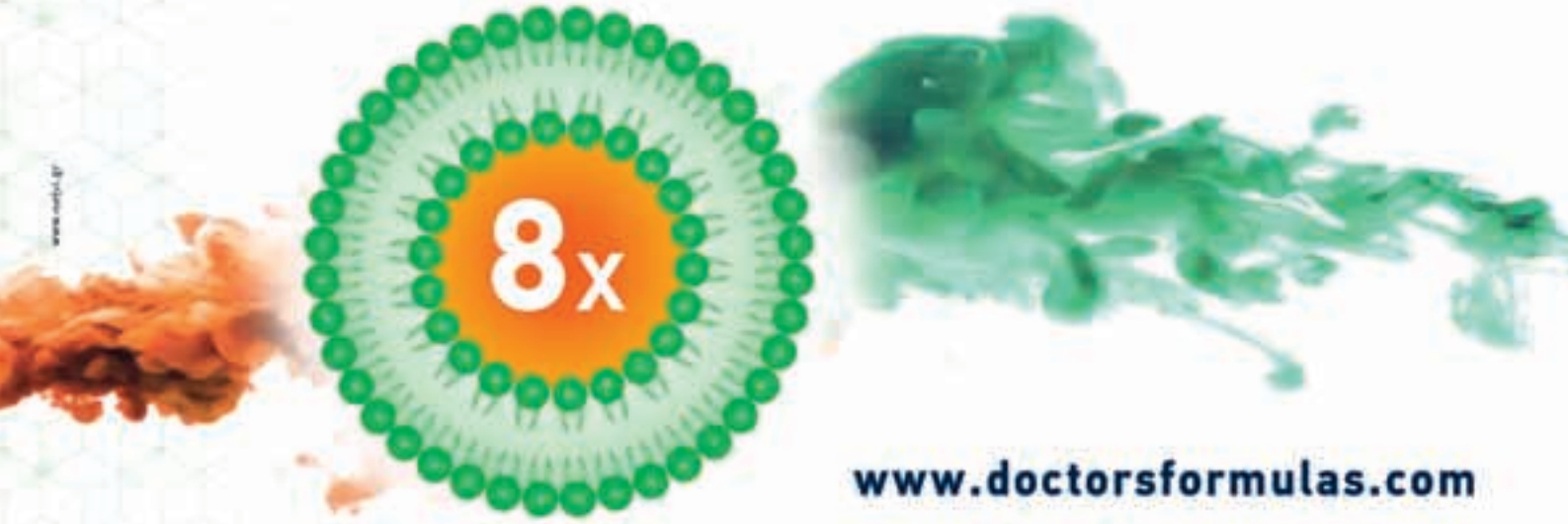
Η **ΛΙΠΟΣΩΜΙΑΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ** είναι μια εναλλακτική και πρωτοποριακή τεχνολογία, ικανή να συντελέσει στην καλύτερη υγεία και απευθύνεται στο σύγχρονο και ενημερωμένο καταναλωτή. Όταν τα συμπληρώματα διατροφής είναι σε λιποσωμιακή μορφή, αποκτούν **ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΒΙΟΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ** και **ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ**.

Τα φυσικοχημικά χαρακτηριστικά των λιποσωμιακών συμπληρωμάτων της **DOCTOR'S FORMULAS** έχουν ερευνηθεί από το **εργαστήριο φαρμακευτικής τεχνολογίας του τμήματος Φαρμακευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστήμιου Αθηνών**, υπό την επίβλεψη του **καθηγητή φαρμακευτικής νάνο-τεχνολογίας Δεμέτζου Κωνσταντίνου**. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έχουν δημοσιοποιηθεί στο έγκριτο επιστημονικό περιοδικό με κριτές Advanced Science, Engineering and Medicine (ASEM).

ΛΙΠΟΣΩΜΙΑΚΕΣ ΦΟΡΜΟΥΛΕΣ

Το Μέλλον των Συμπληρωμάτων Διατροφής

8x βιοδιαθεσιμότητα



www.doctorsformulas.com

Στοιχεία της Th1/Th2 ανοσολογικής απάντησης και βαρύτητας νόσου σε ασθενείς με λοίμωξη COVID-19

ΚΑΡΟΛΙΝΑ ΑΚΙΝΟΣΟΓΛΟΥ[1,2], ΑΝΝΑ-ΛΙΖΑ ΔΕΛΑΣΤΙΚ[1], ΒΑΣΙΛΙΝΑ ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ[1], ΜΑΡΚΟΣ ΜΑΡΑΓΚΟΣ[1,2], ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΓΩΓΟΣ[1,2]

[1]Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ρίο, Ελλάδα

[2]Τμήμα Λοιμωξιολογίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ρίο, Ελλάδα

Μετάφραση-περίληψη: **ΑΝΝΑ-ΛΙΖΑ ΔΕΛΑΣΤΙΚ* ΚΑΙ ΚΑΡΟΛΙΝΑ ΑΚΙΝΟΣΟΓΛΟΥ****

*MD,PhD Αιματολόγος, Επιστημονική συνεργάτιδα, Εργαστήριο Ανοσοαιματολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών Επιμ. Β Τμήμα Αιμοδοσίας, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

** MD,PhD Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών

Elements of Th1/Th2 response and disease severity in COVID-19 patients: A short report

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: J Med Virol. 2022 Jan;94(1):404-406. doi: 10.1002/jmv.27313. Epub 2021 Sep 4.PMID: 34460125

Η λοίμωξη με SARS-CoV-2 είναι ασυμπτωματική στα περισσότερα παιδιά και στο 40% των ενηλίκων. Παρά αυτό το γεγονός, περίπου το 20% των ασθενών αναπτύσσουν σοβαρή νόσο που οδηγεί σε εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Σε αυτή την ομάδα ασθενών η θνητότητα μπορεί να ανέλθει έως και 25%, όπου οι περισσότεροι θάνατοι αποδίδονται σε σοβαρή φλεγμονή που αντικατοπτρίζεται στην υποκείμενη καταιγίδα κυτταροκινών και θρομβοεμβολικές επιπλοκές. Είναι λοιπόν επιτακτική η ανάγκη για την έγκαιρη ταυτοποίηση των ασθενών αυξημένου κινδύνου σοβαρής νόσησης και πτωχής πρόγνωσης ώστε να διασφαλιστεί η άμεση ιατρική παρέμβαση.

Πρόσφατα δεδομένα έχουν αναδείξει μία πολύπλοκη ανοσολογική απορρύθμιση στους ασθενείς με COVID-19 που περιλαμβάνει πληθώρα κυτταροκινών που επηρεάζουν την τελική έκβαση αλλά και προσφέρουν στόχους για φαρμακολογική ανοσοτροποποίηση[1]. Ωστόσο, τα δεδομένα για την Th1/Th2 πόλωση της ανοσολογικής απάντησης των ασθενών παραμένουν λίγα και ετερόκλητα[1-3]. Διερευνήσαμε την υπόθεση ότι ο λόγος των Th1/Th2 κυτταροκινών των ασθενών κατά την έναρξη της νοσηλείας τους θα μπορούσε να προβλέψει την έκβασή τους, παρέχοντας ένα χρήσιμο εργαλείο για άμεση και στοχευμένη ανοσοτροποποίηση. Επιλέξαμε να αξιολογήσουμε εάν ο λόγος Th1/Th2 διαφέρει μεταξύ των ασθενών με σοβαρή και ήπια νόσο κατά την εισαγωγή, χρησιμεύοντας ως προγνωστικός δείκτης βαρύτητας.

Πρόκειται για μια μονοκεντρική προοπτική μελέτη, που υλοποιήθηκε στην κλινική COVID-19 ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Ελλάδας. Το ερευνητικό πρωτόκολλο έλαβε την έγκριση της επιτροπής Βιοηθικής του νοσοκομείου και διεκπεραιώθηκε σύμφωνα με τους κανόνες ορθής πρακτικής στην κλινική έρευνα. Μετά τη λήψη έγγραφης συγκατάθεσης, συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική COVID-19 του Πανεπιστημιακού Γενικού νοσοκομείου Πατρών στο διάστημα 4 μηνών με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από SARS-CoV-2 μέσω PCR. Αποκλείσθηκαν ασθενείς σε κύηση, με ιστορικό HIV, αυτοανοσίας ή νεοπλασματικής νόσου ή υπό θεραπεία με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα συμπεριλαμβανομένων των κορτικοειδών. Τα επιδημιολογικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα των ασθενών αντλήθηκαν από τον ιατρικό τους φάκελο, ενώ η λήψη δείγματος ορού από το περιφερικό αίμα έγινε κατά την εισαγωγή τους. Οι ασθενείς διαστρωματώθηκαν με βάση την κλίμακα κλινικής βελτίωσης κατά WHO, σε ήπια νόσο (βαθμολογία 3-4) και σοβαρή νόσο (βαθμολογία μεγαλύτερη από 5), αναλόγως των αναγκών σε παροχή οξυγόνου[4]. Τα κύρια καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της υποκείμενης Th1/Th2 πόλωσης της ανοσολογικής απάντησης, όπως αυτό αντικατοπτρίζεται στα επίπεδα των προ- και αντι-φλεγμονοδών διαμεσολαβητών της φλεγμονής στον ορό των ασθενών, σε συσχέτιση με τη βαρύτητα της νόσου και την κλινική τους έκβαση. Για τη σύγκριση των κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Fischer exact test. Το Mann-Whitney U test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των μη κανονικών συνεχών μεταβλητών, ενώ το Kruskal-Wallis για την ανίχνευση διαφορών στα δεδομένα που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Η κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων αξιολογήθηκε με τις δοκιμασίες Kormogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk χρησιμοποιώντας p=0.05.

Από τους 65 ασθενείς που ελέγχθηκαν, συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 27 σύμφωνα με τα κριτήρια εισαγωγής. Εννέα εξ αυτών παρουσίαζαν σοβαρή νόσο. Οι ομάδες μελέτης ήταν συγκρίσιμες ως προς την ηλικία, το φύλο, το διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων και την κλίμακα συννοσηροτήτων κατά Charlson. Η βαθμολόγηση κατά SOFA παρουσίαζε σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων, αλλά όχι οι τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων, της CRP ή της φερριτίνης. Μετά τη σύγκριση των λόγων Th1/Th2 κυτταροκινών δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων μελέτης. Αντίθετα, οι μεμονωμένες τιμές της IL-6 και της IL-10 αλλά και ο μεταξύ τους λόγος έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με σοβαρή και ήπια νόσο στην εισαγωγή (IL-6 p=0.004, IL-10 p=0.04, λόγος IL-6/IL-10 p=0.02). Τέλος, δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην έκβαση μεταξύ των δύο ομάδων.

Από δημοσιευμένες μελέτες άλλων ερευνητικών ομάδων έχει αναφερθεί αύξηση στα

επίπεδα των IL-2, IL-10, TNF-α, IL-7, MCP-1, MIP-1α σε ασθενείς με SARS-CoV-2 που εισήχθησαν σε ΜΕΘ σε σύγκριση με αυτούς που νοσηλεύθηκαν εκτός ΜΕΘ[3]. Αυτοί οι ασθενείς παρουσίασαν αυξημένες επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων δευτερογενών λοιμώξεων, ARDS και καρδιαγγειακών συμβαμάτων, και τελικά μεγαλύτερη θνητότητα. Αντιθέτως, σε συμφωνία και με τα δικά μας δεδομένα, άλλες μελέτες δεν παρατήρησαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με ήπια και σοβαρή νόσο, ενώ τα επίπεδα των κυτταροκινών IL-6 και IL-10 ήταν σημαντικά αυξημένα στην ομάδα ασθενών που κατά τη νοσηλεία παρουσίασαν αυξημένες ανάγκες αναπνευστικής υποστήριξης[5, 6]. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες παρατηρήσεις όπου η συνδυαστική τους χρήση προσφέρει σχεδόν 100% ειδικότητα και 83,3% ευαισθησία για τη διαστρωμάτωση των ασθενών σε σοβαρή και ήπια νόσο, ενώ ο λόγος IL-6/IL-10 μπορεί να είναι προβλεπτικός του κλινικού αποτελέσματος[7]. Το σύνολο αυτών των ευρημάτων θα μπορούσε να προέρχεται από μια απρόσφορη και επίμονη ενεργοποίηση των μονοκυττάρων στους ασθενείς με σοβαρή SARS-CoV-2 που οδηγεί σε παραμονή των M1 μακροφάγων στους ιστούς κυρίως του αναπνευστικού συστήματος, οδηγώντας σε απορρύθμιση της φλεγμονής τόσο τοπικά όσο και συστηματικά. Τα αίτια αυτού παραμένουν ακόμα ασαφή, καθώς μπορεί να συμβάλλουν τόσο το αυξημένο ιϊκό φορτίο όσο και ενδογενή αίτια που αλλάζουν την ισορροπία της ανοσολογικής απάντησης. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι η επιζήμια ανοσοαπόκριση στην πορεία της λοίμωξης μπορεί να παραμένει διαμερισματοποιημένη με κύριο στόχο τον πνεύμονα και να μην αντικατοπτρίζεται στα επίπεδα των κυτταροκινών που ανιχνεύονται στη συστηματική κυκλοφορία[8, 9].

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει μια σειρά περιορισμών, καθώς πρόκειται για μιας μικρής κλίμακας έρευνα που περιορίζεται σε ένα κέντρο και αναφέρεται στο πρώτο επιδημιολογικό κύμα στη χώρα μας (αν και πρόκειται για τριτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς για SARS-CoV-2). Μια σειρά ασθενών με προϋπάρχοντα συστηματικά νοσήματα ή υπό ανοσοτροποποιητική αγωγή αποκλείσθηκαν από τη μελέτη, περιορίζοντας το μέγεθος του δείγματος. Οι τελικές ομάδες μελέτης παρόλα αυτά ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Θα ήταν σκόπιμη η επανάληψη των μετρήσεων σε διαφορετικά σημεία της νοσηλείας, από διαφορετικούς προσβεβλημένους ιστούς και σίγουρα η ένταξη μεγαλύτερου αριθμού ασθενών σε επόμενη μελέτη ώστε η πολυπαραγοντική ανάλυση να προσθέσει στα ήδη υπάρχοντα ευρήματα και να διαχωρίσει ασθενείς με υψηλή πιθανότητα δυσμενούς πρόγνωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Del Valle DM, Kim-Schulze S, Huang H-H, Beckmann ND, Nirenberg S, Wang B, et al. An inflammatory cytokine signature predicts COVID-19 severity and survival. Nat Med. 2020 Oct;26(10):1636–43.
2. Tang Y, Liu J, Zhang D, Xu Z, Ji J, Wen C. Cytokine Storm in COVID-19: The Current Evidence and Treatment Strategies. Front Immunol. 2020;11:1708.
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497–506.
4. COVID-19 Therapeutic Trial Synopsis [Internet]. [cited 2022 Apr 4]. Available from: https://www.who.int/publications-detail-redirect/covid-19-therapeutic-trial-synopsis
5. Wan S, Yi Q, Fan S, Lv J, Zhang X, Guo L, et al. Relationships among lymphocyte subsets, cytokines, and the pulmonary inflammation index in coronavirus (COVID-19) infected patients. Br J Haematol. 2020 May;189(3):428–37.
6. Dhar SK, K V, Damodar S, Gujar S, Das M. IL-6 and IL-10 as predictors of disease severity in COVID-19 patients: results from meta-analysis and regression. Heliyon. 2021 Feb;7(2):e06155.
7. McElvaney OJ, Hobbs BD, Qiao D, McElvaney OF, Moll M, McEvoy NL, et al. A linear prognostic score based on the ratio of interleukin-6 to interleukin-10 predicts outcomes in COVID-19. EBioMedicine. 2020 Nov;61:103026.
8. Zhang Y-Y, Li B-R, Ning B-T. The Comparative Immunological Characteristics of SARS-CoV, MERS-CoV, and SARS-CoV-2 Coronavirus Infections. Front Immunol. 2020;11:2033.
9. Wilson JG, Simpson LJ, Ferreira A-M, Rustagi A, Roque J, Asuni A, et al. Cytokine profile in plasma of severe COVID-19 does not differ from ARDS and sepsis. JCI Insight. 2020 Sep 3;5(17):140289.

Η αναγκαιότητα του εμβολιασμού για COVID-19 σε ασθενείς με αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα

ΠΕΤΡΟΣ Π. ΣΦΗΚΑΚΗΣ, ΓΙΩΡΓΟΣ ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ
Ρευματολογική Μονάδα Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Better outcomes of COVID-19 in vaccinated compared to unvaccinated patients with systemic rheumatic diseases

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: **BMJ Journals, Annals of the Rheumatic Diseases, doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221539**

Η πανδημία COVID-19 επηρέασε την καθημερινή μας ζωή και δραστηριότητες, οδηγώντας ταυτόχρονα σε σημαντικό αριθμό νοσηλειών και θανάτων την τελευταία διετία . Ο εμβολιασμός ευτυχώς αναχαίτισε την πορεία αυτή, τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε πιο ευάλωτες ομάδες (π.χ. ασθενείς με αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητική θεραπεία).

Ωστόσο, φάνηκε ότι λοιμώξεις COVID-19, μπορεί να εμφανιστούν και σε εμβολιασμέ-

να άτομα (breakthrough λοίμωξη) με ή χωρίς υποκείμενα νοσήματα. Σε μία μεγάλη πολυκεντρική μελέτη, που δημοσιεύτηκε στο πλέον έγκυρο επιστημονικό περιοδικό στη ρευματολογία (Papagorasetal. AnnRheumDis 2021), συγκρίναμε την πορεία και τα αποτελέσματα της λοίμωξης με SARS-CoV2, σε ασθενείς με αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα που είχαν εμβολιασθεί δυο φορές, σε σχέση με αυτούς που ήταν ανεμβολίαστοι.

Μεταξύ 1ης Μαρτίου 2020 και 31ης Αυγούστου 2021, συλλέχθηκαν δεδομένα από 195 ασθενείς που νόσησαν με COVID-19 . Από αυτούς οι 147 ήταν ανεμβολίαστοι. Οι υπόλοιποι 48 είχαν λάβει τουλάχιστον μια δόση εμβολίου, δηλαδή 19 ασθενείς ανέπτυξαν breakthrough λοίμωξη σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 14 ημερών μετά τον δεύτερο εμβολιασμό (πλήρως εμβολιασμένοι) ενώ οι υπόλοιποι, σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 14 ημερών από τον εμβολιασμό (μερικώς εμβολιασμένοι).

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι οι νοσηλείες ήταν πολύ χαμηλότερες (21.1%, 10.1%) σε ασθενείς που ήταν εμβολιασμένοι (μερικώς ή πλήρως, αντίστοιχα) σε σχέση με τους ανεμβολίαστους (29.3%). Σε συμφωνία με αυτά τα ευρήματα, θάνατοι σημειώθηκαν μόνο στην ομάδα των ανεμβολίαστων ασθενών (4.1%). Είναι σημαντικό ότι οι συγκρινόμενες ομάδες είχαν συγκρίσιμα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο), τύπο ρευματικού νοσήματος, ανοσοτροποποιητική θεραπεία που έχει ληφθεί αλλά και βασικές συννοσηρότητες (καρδιαγγειακά και πνευμονολογικά νοσήματα, νεοπλασίες). Επομένως, σε αυτήν τη μελέτη καταδείχθηκε με τον καλύτερο τρόπο, η αναγκαιότητα του εμβολιασμού στην ευπαθή ομάδα των ασθενών με αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα.

Κατά την εξέλιξη της πανδημίας, προέκυψε η ανάγκη για επαναληπτική δόση του εμβολίου (booster). Αρχικές μελέτες, δημοσιευμένες στα μεγαλύτερα περιοδικά της εσωτερικής παθολογίας, που αφορούσαν το γενικό πληθυσμό, έδειξαν ότι η επαναληπτική δόση μείωσε σημαντικά τις νοσηλείες και τους θανάτους που σχετίζονται με Covid-19. Στο τμήμα μας (Α' Προπαιδευτική κλινική, «Λαϊκό» νοσοκομείο), με μία μονοκεντρική μελέτη που βρίσκεται υπό δημοσίευση σε έγκριτο ρευματολογικό περιοδικό (Fragoulis et al RMDOpen 2022), μελετήσαμε ποιά είναι τα αποτελέσματα της επαναληπτικής δόσης στους ασθενείς με αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα. Μεταξύ 1η Μαρτίου 2020 έως το Φεβρουάριο του 2022, καταγράψαμε όλους τους ασθενείς μας που εμφάνισαν COVID-19, δηλαδή 65 ασθενείς που είχαν κάνει και την τρίτη επαναληπτική δόση, 36 πλήρως εμβολιασμένοι ασθενείς (2 δόσεις) και 60 ανεμβολίαστοι ασθενείς. Οι σχετιζόμενες με Covid-19 νοσηλείες ήταν πολύ λιγότερες (3.1%) σε αυτούς που είχαν λάβει την επαναληπτική δόση του εμβολίου, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν λάβει 2 δόσεις εμβολιασμού (13.9%) και σε σχέση με τους ανεμβολίαστους (30.0%). Αντίστοιχα, θάνατοι παρατηρήθηκαν μόνο στην ομάδα των ανεμβολίαστων ατόμων, σε ποσοστό 6.7%.

Τέλος, θέλοντας να δούμε αν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ασθενών με αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα και υγιών μαρτύρων, όσον αφορά στην πορεία της λοίμωξης από SARS-CoV-2 μετά από την επαναληπτική δόση εμβολιασμού, συγκρίναμε τα αποτελέσματα των 65 ασθενών που είχαν κάνει την επαναληπτική δόση, με αυτά υγιών μαρτύρων (v=80) οι οποίοι ήταν εργαζόμενοι του νοσοκομείου μας ή φίλοι/συγγενείς των ασθενών. Η έκβαση της λοίμωξης από SARS-CoV-2 ήταν παρόμοια μεταξύ ασθενών και υγιών. Αναλυτικότερα, δεν αναφέρθηκαν θάνατοι σε καμία από τις δύο ομάδες, ενώ νοσηλείες για Covid-19 καταγράφηκαν σε 3.1% των ασθενών και σε 1.25% των υγιών. Να σημειωθεί εντούτοις ότι η διάρκεια των συμπτωμάτων ήταν μεγαλύτερη (σε βαθμό στατιστικά σημαντικό) στους ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς (6.1± 3.2 και 4.9±3.1 ημέρες, αντιστοίχως).

Συμπερασματικά, οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν τη σημασία του εμβολιασμού (του κανονικού προγράμματος και της επαναληπτικής δόσης) στους ασθενείς με αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα.

Όπως αποδείχθηκε, οι ασθενείς που είχαν ακολουθήσει το πρόγραμμα εμβολιασμού είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα (νοσηλεία και θάνατος), τα οποία ήταν συγκρίσιμα με αυτά του γενικού πληθυσμού.

Είναι απαραίτητο να συνεχιστεί η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τον εμβολιασμό, παρακολουθώντας και ενσωματώνοντας παράλληλα, τα δεδομένα που συνεχώς ανακύπτουν από μελέτες που δημοσιεύονται σχετικά με το ζήτημα.

Η οδηγός πίεση σχετίζεται με τη διάρκεια της αναπνευστικής δυσχέρειας πριν τη διασωλήνωση σε ασθενείς με COVID-19 ARDS

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΤΣΟΛΑΚΗ[1], ΓΙΩΡΓΟΣ Ε ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ[1], ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΝΤΖΑΡΛΗΣ[1], ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΔΕΣΚΑΤΑ[1], ΜΑΡΙΑ-ΕΙΡΗΝΗ ΠΑΠΑΔΟΝΤΑ[1], ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΕΙΟΥ[3], ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ ΜΑΝΟΥΛΑΚΑΣ[1], ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ[1], ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ[2], ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΜΑΚΡΗΣ[1]

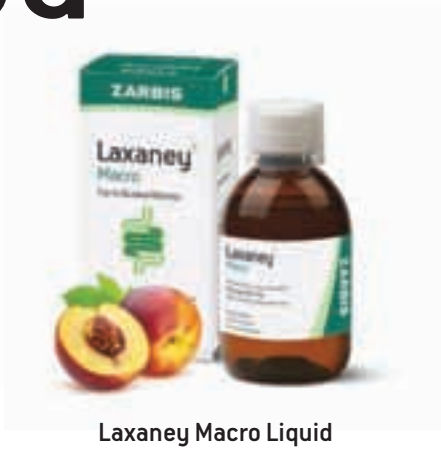
[1]Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα.
[2]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα.
[3]Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα.

Driving Pressure in COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome Is Associated with Respiratory Distress Duration before Intubation

ολοκληρωμένη γαστρεντερική φροντίδα

Υπόθετο και μικρόκλυσμα
γλυκερίνης για ενήλικες, παιδιά και βρέφη

Laxaney Macro Sachet
Macrogol 4000 σε φακελίσκους για συστηματική χρήση και προετοιμασία ενδοσκοπικών εξετάσεων



Laxaney Macro Liquid
Macrogol 4000 σιρόπι με γεύση ροδάκινο
Το πρώτο για βρέφη από 6 μηνών

Laxaney Prebio
Πρεβιοτικά ζελεδάκια με 3gr φυτικών ινών ινουλίνης ραδικιού

FLEX Enema Phosphates
Κλύσμα φωσφορικών αλάτων με πρωτοποριακό σχεδιασμό για άνεση και ασφάλεια

Laxaney Tabs
Χάπια με σέννα, αλόη και μάραθο για τη ρύθμιση της εντερικής λειτουργίας χωρίς πόνο

Diaraney
Κάψουλες διοσμεκτίτη και σιμεθικόνης κατά της διάρροιας και του φουσκώματος

50 χρόνια καινοτομίας

ZARBIS
Pharmaceutical Laboratories

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Volume 204, Issue 4 doi.org/10.1164/rccm.202101-0234LE

Ο κατάλληλος χρόνος για την έναρξη επεμβατικού μηχανικού αερισμού σε ασθενείς με Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας των Ενηλίκων (ARDS) λόγω Covid-19 αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα κατά τη διάρκεια της πανδημίας[1,2]. Αν και επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα των κλινών, ο χρόνος διασωλήνωσης θα μπορούσε να επηρεάσει και την έκβαση των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η επίδραση που πιθανώς έχουν στην οδηγό πίεση (Driving Pressure, DP), παράγοντες που σχετίζονται με αναπνευστική δυσχέρεια σε ασθενείς με Covid-19 ARDS.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Εισήχθησαν προοπτικά όλοι οι ασθενείς με Covid-19 ARDS, που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας (Απρίλιος έως Δεκέμβριος 2020). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με τη μηχανική του πνεύμονα κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Η αναπνευστική δυσχέρεια, (respiratory distress, RD) πριν τη διασωλήνωση ορίστηκε ως οι ώρες που πέρασαν οι ασθενείς με υποξαιμία πριν διασωληνωθούν (PaO2/FIO2<150mmHg,PaO2/FIO2<100mmHg,PaO2/FIO2<50mmHg) και ταχύπνοια (αναπνευστική συχνότητα [RR]>25/λεπτό και RR >30/λεπτό). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με τη χαμηλότερη DP που επιτυγχάνονταν το πρώτο 24ωρο της εισαγωγής στη ΜΕΘ: ασθενείς με DP<14 cmH2O και ασθενείς με DP>14 cmH2O.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ογδόντα πέντε ασθενείς με Covid-19 εισήχθησαν στη μελέτη. Στον Πίνακα 1 φαίνονται τα βασικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων και οι παράμετροι που σχετίζονται με DP >14cmH2O. Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ανέδειξε ότι μόνο η RD100/25 (ώρες με PaO2/FIO2<100mm Hg και RR>25/λεπτό) σχετίζονταν με την DP (R2 =0.265, P<0.001;

Πίνακας 1

Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών

	Driving Pressure ≤14 cmH2O (n=57)	Driving Pressure >14 cmH2O (n=26)	P value
Ηλικία	68.1 12.2	68.1 10.9	0.987
Άνδρες, n (%)	37 (64.9)	19 (73.1)	0.468
BMI, kg/m2	27.4 0.8	27.5 1.1	0.907
ΧΑΠ, n (%)	4 (7.0)	3 (11.5)	0.429
Υπέρταση, n (%)	35 (61.4)	20 (76.9)	0.122
Σακχαρώδης Διαβήτης, n (%)	23 (40.3)	6 (23.1)	0.06
Καπνιστική συνήθεια, n (%)	21 (36.8)	5 (19.2)	0.081
Διάρκεια συμπτωμάτων COVID-19, ημέρες	9.5 4.7	10.9 5.5	0.23
PaO2/FiO2 κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, mmHg	237.8 109.2	211.8 121.9	0.335
Διάρκεια νοσηλείας πριν τη διασωλήνωση, ημέρες	4.2 0.5	7.9 1.2	0.001
Αναπνευστική δυσχέρεια (RD) (ώρες) (n)			
RD150/25	18.7 19.2 (41)	67.2 78.5 (23)	<0.0001
RD150/30	5.2 7.9 (28)	35.3 49.8(23)	<0.0001
RD100/25	9.3 14.4 (33)	63.3 72.5 (23)	<0.0001
RD100/30	4.4 7.5 (28)	36.9 49.5 (23)	<0.0001
HFNCχρήση*, ώρες (n)	1.8 7.2 (7)	40.8 77.9 (11)	0.007
NIV χρήση, ώρες (n)	0.6 3.7 (2)	2.2 6.2 (4)	0.165
Χρόνος με διασωλήνωση (λεπτά πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ)	29.8 6.2	39.8 12.3	0.423
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ			
APACHE II#	14.5 5.5	20.2 8.1	<0.0001
SOFA	7.2 1.8	8.7 2.1	0.001
PaO2/FiO2, mmHg (προ διασωλήνωσης	103.1 41.5	61.1 23.4	<0.0001
PaO2/FiO2, mmHg (μετά τη διασωλήνωση)	121.2 45.2	95.4 41.1	0.01
Αναπνευστικό πηλίκο	1.9 0.6	2.7 1.1	<0.0001
Vt, ml	462.3 55.5	442.3 54.7	0.131
Vt/IBW, ml/kg	7.1 0.7	6.9 0.8	0.360
RR (στο μηχανικό αερισμό)	21.9 3.1	25.1 3.8	<0.001
Κατά λεπτόν αερισμός	10.2 1.8	11 1.8	0.048
Οδηγός πίεση cmH2O	11.5 2.1	18.3 3.6	<0.0001
Ελαστικότητα αναπνευστικού συστήματος, cmH2O/ml/kg	1.6 0.4	2.6 0.7	<0.0001
PEEP, cmH2O	11.6 3.1	11.2 2.9	0.581
Pplat, cmH2O	23.2 4.2	29.1 4.9	<0.0001
CRS, ml/cmH2O	41.8 10.9	25.1 6.4	<0.0001
Πρηνής θέση	11 (19.3)	11 (42.3)	0.002
Νοραδρεναλίνη (μg/kg/min)	0.2 0.3	0.6 0.5	<0.0001
Βαζοπρεσσίνη (n)	0	5	0.001

Ελάχιστη επεμβατικότητα

για απλά ή περισσότερο σύνθετα προβλήματα

LEONARDO DUAL®

Universal and ingenious

Η κλινικά αποδεδειγμένη, ελάχιστα επεμβατική χειρουργική με laser σε:

- Φλεβολογία
- Γυναικολογία
- Γενική Χειρουργική
- Ουρολογία
- Νευροχειρουργική
- Θωρακοχειρουργική

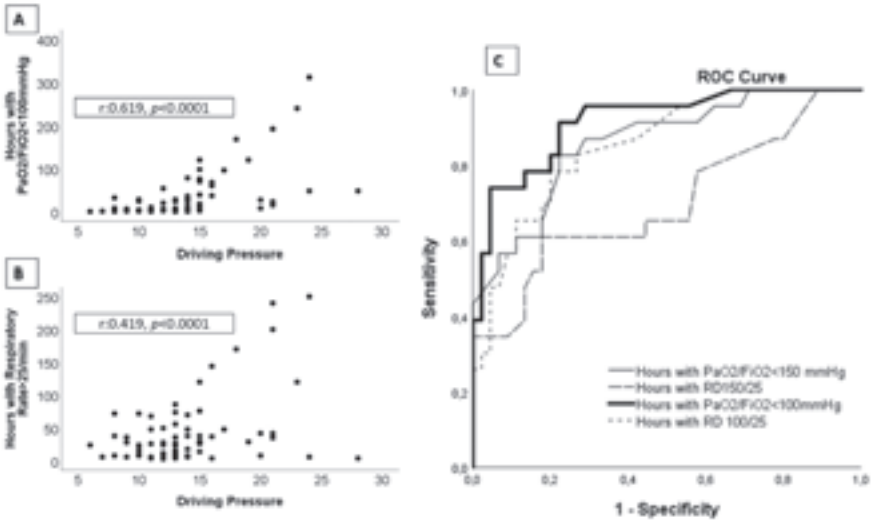
endotech

ΠΟΙΟΤΗΤΑ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ

Λεωφ. Αμαρουσίου 5, Λυκόβρυση, 14123, Αθήνα • Τηλ.:210 2852400 • Fax : 210 2852693 • info@endotech.gr • www.endotech.gr

CRP, mg/dl (<0.5)	8.8 9.1	11.1 10.6	0.327
D-dimers, ng/ml (<300)	1138.3 1365.5	2035.2 1836.9	0.015
Φερριτίνη, ng/ml (24-336)	1710.9 3231.8	4862 12785.3	0.089
WBC x 106/L (4000-10000)	8914.1 4686.9	12319.2 6327.9	0.008
Λεμφοκύτταρα x 106/L (1000-4800)	678.8 611.5	587.5 292.3	0.472
Επεισόδια επιλοιμώξεων στη ΜΕΘ			
Μικροβιαιμία	1 Candida albicans 1 Stenotrophomonas maltophilia	1 Acinetobacter baumannii	
Λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού συστήματος	1 Staphylococcus aureus (MSSA)		
Έκβαση			
Διάρκεια μηχανικού αερισμού, ημέρες	14.5 8.0	11.2 7.6	0.079
Επιβίωση 28 ημερών, (n)%	29 (50.9)	6 (23.1)	0.01

APACHE II, Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II; BMI, δείκτης μάζας σώματος; ΧΑΠ, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια Covid-19, Coronavirus Disease -2019; CRP, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη; CRS, διατασιμότητα πνευμονικού συστήματος-; HFNC, High Flow Nasal Cannula; MSSA, Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus, PEEP, θετική τελοεκπνευστική πίεση Pplat, Plateau πίεση; RR, αναπνευστική συχνότητα; RD, αναπνευστική δυσχέρεια; SOFA, Sequential Organ Failure Assessment; Vt, αναπνεόμενος όγκος; Vt/IBW, αναπνεόμενος όγκος/ιδανικό σωματικό βάρος; WBC, λευκά αιμοσφαίρια
Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση (mean SD)
*Τρεις ασθενείς στην ομάδα με DP≤14 cmH2O και 2 στην ομάδα με DP>14 cmH2O δεν είχαν PaO2/FiO2<150 mmHg πριν την εισαγωγή τους. Οι ασθενείς αυτοί διασωληνώθηκαν με ταχύπνοια και ταχυκαρδία. Όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν στη ΜΕΘ μετά τη διασωλήνωση.
APACHE II score μετρήθηκε μετά την εισαγωγή στη ΜΕΘ.



A. Συσχέτιση Pearson ανάμεσα στις ώρες με PaO2/FiO2 <100 mmHg και την οδηγό πίεση (DP) (r=0.619, p<0.0001).
B. Συσχέτιση Pearson ανάμεσα στις ώρες με αναπνευστική δυσχέρεια Respiratory Distress100/25 και την οδηγό πίεση (DP) (r=0.419, p<0.0001).
C. ROC ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με οδηγό πίεση DP>14 cmH2O.
PaO2/FiO2 <100 mmHg, ώρες: AUC 0.916, (95%CI 0.846-0.986), p<0.0001
PaO2/FiO2<150 mmHg, ώρες: AUC 0.861, (95%CI 0.768-0.954), p<0.0001
Respiratory Distress100/25, ώρες: AUC 0.855, (95%CI 0.764-0.946), p<0.0001
Respiratory Distress150/25, ώρες AUC 0.700, (95%CI 0.557-0.842), p<0.0001

Β =0.044, P =0.009). Όταν τα στοιχεία της αναπνευστικής δυσχέρειας αναλύθηκαν ξεχωριστά (χρόνος με υποξαιμία, χρόνος με ταχύπνοια), μόνο η διάρκεια (σε ώρες) με PaO2/FIO2<100mmHg σχετίζονταν ανεξάρτητα με την DP (R2 =0.381, Β = 0.044, P,0.0001). Στην Εικόνα 1 απεικονίζεται η συσχέτιση των στοιχείων αναπνευστικής δυσχέρειας με την DP.

Η ROC ανάλυση έδειξε ότι η διάρκεια της υποξαιμίας (εκφραζόμενη σε ώρες με RD100/25 ή ώρες με PaO2/FIO2<100mmHg) μπορούσε να προβλέψει την ύπαρξη DP>14 cmH2O. Ειδικότερα, διάρκεια RD100/25 περισσότερο από 7 ώρες, είχε 83% ευαισθησία και 73% ειδικότητα στην αναγνώριση ασθενών με DP>14 cmH2O (AUC, 0.855; 95% CI, 0.764–0.946), ενώ διάρκεια PaO2/FIO2<100mmHg για περισσότερο από 21.5 ώρες παρουσίαζε 83% ευαισθησία και 80% ειδικότητα (AUC, 0.916; 95%CI, 0.846–0.986) (Εικόνα 1).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι 1) η οδηγός πίεση (DP) (δείκτης των μηχανικών ιδιοτήτων του πνεύμονα) ήταν πάνω από 14 cmH2O στο 32% των ασθενών με COVID-19 ARDS, 2) η DP σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάρκεια της αναπνευστικής δυσχέρειας πριν τη διασωλήνωση και 3) η διάρκεια της υποξαιμίας (PaO2/FiO2<100 mmHg) για περισσότερο από 21.5 ώρες ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας που προέβλεπε DP> 14 cmH2O.

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που προσπαθεί να εκτιμήσει ασθενείς με COVID-19 ARDS με βάσει διαφορές στην οδηγό πίεση, η οποία αντικατοπτρίζει την πίεση που διατείνει το πνευμονικό παρέγχυμα κατά την εισπνοή. Επίσης η DP αντικατοπτρίζει την πνευμονική διατασιμότητα [3,4]. Οι παράγοντες που φάνηκαν να σχετίζονται με την οδηγό πίεση ήταν ο χρόνος με υποξαιμία (PaO2/FiO2 <100 mmHg) και ο συνδυαστικός χρόνος με υποξαιμία και ταχύπνοια (αναπνευστική δυσχέρεια RD100/25). Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών και η ημέρα νόσου Covid-19 δεν φαίνεται να είχαν κάποια επίδραση. Βέβαια, η πιο βαριά νόσος σε ορισμένους ασθενείς θα μπορούσε να εξηγεί τη διαταραγμένη οδηγό πίεση και τη μηχανική του

πνεύμονα. Όμως φαίνεται ότι η παρατεταμένη αναπνευστική δυσχέρεια μπορεί να επιδεινώσει μια ήδη υπάρχουσα πνευμονική βλάβη (από Covid-19). Τα δεδομένα της μελέτης συμφωνούν με δημοσιευμένα στοιχεία πάνω στην αρνητική επίδραση της έντονης αναπνευστικής προσπάθειας, παρατεταμένης διάρκειας, η οποία μπορεί να επάγει μια δευτερογενή πνευμονική βλάβη [1,5].

Στην παρούσα μελέτη η διάρκεια της υποξαιμίας σχετίστηκε με τη διαταραχή των μηχανικών ιδιοτήτων του πνεύμονα. Η πλειοψηφία των ασθενών με DP<14 cmH2O είχαν υποξαιμία και ταχύπνοια αλλά για μικρότερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με τους ασθενείς με DP >14 cmH2O. Διάρκεια PaO2/FIO2<100 mmHg για πάνω από 21.5 ώρες και αναπνευστική δυσχέρεια RD100/25 για πάνω από 7 ώρες προέβλεπε DP>14cmH2O. Τα παρόντα ευρήματα μπορεί να βοηθήσουν στον καθορισμό ορίων διάρκειας υποξαιμίας και αναπνευστικής δυσχέρειας για την ανεύρεση του κατάλληλου χρόνου διασωλήνωσης στους ασθενείς με COVID-19 ARDS [1,2,6].

Συμπερασματικά, στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η διάρκεια της αναπνευστικής δυσχέρειας και της υποξαιμίας σχετίζονταν με κακή μηχανική του πνεύμονα (DP>14 cmH2O) σε ασθενείς με COVID-19 ARDS.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Marini JJ, Gattinoni L. Management of COVID-19 respiratory distress. JAMA 2020;323:2329–2330.
2. Tobin MJ, Laghi F, Jubran A. Caution about early intubation and mechanical ventilation in COVID-19. Ann Intensive Care 2020;10:78.
3. Amato MB, Meade MO, Slutsky AS, Brochard L, Costa EL, Schoenfeld DA, et al. Driving pressure and survival in the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2015;372:747–755.
4. Goligher EC, Costa ELV, Yarnell CJ, Brochard LJ, Stewart TE, Tomlinson G, et al. Effect of lowering Vt on mortality in acute respiratory distress syndrome varies with respiratory system elastance. Am J Respir Crit Care Med 2021;203:1378-1385.
5. HurtadoDE, Erranz B, Lillo F,Sarabia-VallejosM, IturrietaP,Morales F, et al. Progression of regional lung strain and heterogeneity in lung injury: assessing the evolution under spontaneous breathing and mechanical ventilation. Ann Intensive Care 2020;10:107.
6. Hernandez-Romieu AC, Adelman MW, Hockstein MA, Robichaux CJ, Edwards JA, Fazio JC, et al.; Emory COVID-19 Quality and Clinical Research Collaborative. Timing of intubation and mortality among critically ill coronavirus disease 2019 patients: a single-center cohort study. Crit Care Med 2020;48:e1045–e1053.

Οκτώ εβδομάδες μη εποπτευόμενη πνευμονική αποκατάσταση σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν μετά από νόσηση SARS-CoV-2

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Θ. ΣΤΑΥΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
Εργαστήριο Εργοσπιρομετρίας & Πνευμονικής Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, Πνευμονολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Eight Weeks Unsupervised Pulmonary Rehabilitation in Previously Hospitalized of SARS-CoV-2 Infection

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: **Journal of Personalized Medicine, Volume 11, Issue 8, 18 August 2021, MDPI**
doi.org/10.3390/jpm11080806

Τα προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης στοχεύουν στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, στη βελτίωση της λειτουργίας των σκελετικών μυών και στην απευαισθητοποίηση της δύσπνοιας. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνήσει τον αντίκτυπο των 8 εβδομάδων μη εποπτευόμενης Πνευμονικής Αποκατάστασης (ΠΑ) σε ασθενείς που είχαν νοσήσει και νοσηλευτεί από τον COVID-19 και να καταγράψει πιθανές μεταβολές στα ανθρωπομετρικά και μορφολογικά χαρακτηριστικά σε δείκτες οξειδωτικού στρες και φυσικής κατάστασης.

Στη μελέτη μας συμμετείχαν 20 ασθενείς (Ηλικία 64.1± 9.9 έτη, 75% άνδρες, διάρκεια νοσηλείας 15.1± 14.8 ημέρες, 20% στη ΜΕΘ, 10% είχαν καπνιστική συνήθεια, 10% είχαν ΧΑΠ, 65% είχαν υπέρταση, 20% είχαν σακχαρώδη διαβήτη, 10% είχαν καρδιαγγειακή νόσο) που είχαν νοσηλευτεί στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά την περίοδο του Σεπτεμβρίου 2020 έως και Δεκέμβριο 2020. Όλοι οι ασθενείς εντάχθηκαν στο πρόγραμμα ΠΑ δύο μήνες μετά το εξιτήριο τους με κριτήρια εισόδου τη μη χρήση συμπληρωματικού οξυγόνο, απύρετοι για τουλάχιστον 48 ώρες χωρίς χρήση αντιπυρετικών και να είναι σταθεροί. Τα κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν οι αντενδείξεις για 6-λεπτη δοκιμασία βάδισης (6ΛΔΒ), η χαμηλή ικανότητα ισορροπίας, ψυχικές ασθένειες, μυοσκελετικές διαταραχές που θα επηρέαζαν την ικανότητα για άσκηση και δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) >40 kg/m2. Αρχικά συμπληρώθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, καταγράφθηκε το ιατρικό ιστορικό και συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο ποιότητας ύπνου και εν συνεχεία έγινε καταγραφή ανθρωπομετρικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών, σύσταση σώματος, λειτουργικού ελέγχου του αναπνευστικού, συλλέχθηκε αίμα και υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση ικανότητας για άσκηση με τις μεθόδους: 6ΛΔΒ,

χειροδυναμομέτρηση και 30s Sit-to-Stand. Η ίδια διαδικασία επαναλήφθηκε μετά από 8 εβδομάδες ΠΑ.

Το πρόγραμμα ΠΑ πραγματοποιόταν 3 φορές την εβδομάδα για 8 εβδομάδες, ενώ η κάθε συνεδρία είχε διάρκεια 100 λεπτά. Η κάθε συνεδρία περιελάμβανε 5 λεπτά προθέρμανση και 5 λεπτά αποθεραπεία με ασκήσεις ευλυγισίας και κινητικότητας, 50 λεπτά συνεχόμενο περπάτημα (ένταση βάδισης στο 75-110 % της ΚΣμεγ από 6ΛΔΒ) για βελτίωση της αερόβιας ικανότητας, 20 λεπτά ασκήσεις γιόγκα για βελτίωση της αναπνοής και της ιδιοδεκτικότητας (Utkatasana, Utthita hasta padangusthasana, Parsvottanasana, Virabhadrasana I, II & III, Vrksasana, Bhujangasa) και 20 λεπτά πολυαρθρικές ασκήσεις ενδυνάμωσης (2-3 σειρές από 12-16 επαναλήψεις και αντίσταση το βάρος του σώματος). Για τον κάθε ασθενή δόθηκαν διατροφικές οδηγίες για πρόσληψη, απώλεια ή διατήρηση βάρους.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης παρατηρήθηκαν μεταβολές προ και μετά της ΠΑ στη συστολική αρτηριακή πίεση στην ηρεμία (138.7± 16.3 έναντι 128.8± 8.6 mmHg, p=0.005) και στο τέλος της 6ΛΔΒ (159.8± 13.5 έναντι 152.0 ±12.2 mmHg, p=0.025), στην καρδιακή συχνότητα στο τέλος της 6ΛΔΒ (112.5± 18.3 έναντι 106.9± 17.9 bpm, p=0.039), στην διαφορά του κορεσμού του αρτηριακού O2 στο αίμα ηρεμίας / τέλος 6ΛΔΒ (2.8± 2.7 έναντι 1.4± 2.3 %, p=0.008), στο αίσθημα δύσπνοιας κατά κλίμακα Borg (CR10) στο τέλος της 6ΛΔΒ (1.3± 1.5 έναντι 0.6± 0.9 score, p=0.005), στην καλυφθείσα απόσταση κατά την 6ΛΔΒ (433.8± 102.2 έναντι 519.2± 95.4 m, p<0.001), στην εκτιμώμενη πρόσληψη O2 κατά την 6ΛΔΒ (4.9± 2.4 έναντι 16.9± 2.2 ml/min/kg, p<0.001), επαναλήψεις κατά τη δοκιμασία 30s sit to stand (11.4± 3.2 έναντι 14.1± 2.7 επαναλήψεις, p<0.001), στην αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος (2528.3± 303.2 έναντι 2864.7± 574.8 U.cor., p=0.027), στο ποσοστό σωματικού λίπους (32.2± 9.4 έναντι 29.5± 8.2 %, p=0.003), στη μυϊκή μάζα (30.1± 4.6 έναντι 34.6± 7.4 kg, p=0.030), στην περίμετρο λαιμού (39.9± 3.4 έναντι 37.8± 4.2 cm, p=0.006), στην ποσοστιαία διαφορά της περιμέτρου θώρακος κατά τη μέγιστη εισπνοή / εκπνοή (4.2± 2.3 έναντι 6.0± 1.9 %, p=0.001) και στην ποιότητα ύπνου (6.7± 3.9 έναντι 5.6± 3.3, p=0.036).

Η μελέτη μας ήταν η πρώτη που αξιολόγησε την επίδραση ενός μη εποπτευόμενου προγράμματος ΠΑ στην αποκατάσταση ασθενών με COVID-19 και κατέγραψε βελτίωση σε δείκτες σωματικής δραστηριότητας, υποδεικνύοντας ότι η στοχευμένη και ολιστική αποκατάσταση μπορεί να είναι ευεργετική για την αποκατάσταση της ποιότητας ζωής των ασθενών με COVID-19. Καταγράψαμε σημαντικές αλλαγές σε παραμέτρους όπως ο κορεσμός του αρτηριακού O2 στο αίμα, συστολική αρτηριακή πίεση, καρδιακός ρυθμός και δύσπνοια κατά τη διάρκεια 6ΛΔΒ, στην αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος, στη σύσταση του σώματος και στην ποιότητα του ύπνου. Σύμφωνα με αυτό, προτείνουμε ότι η πνευμονική αποκατάσταση χωρίς επίβλεψη θα μπορούσε να είναι μια αποτελεσματική και ωφέλιμη πρακτική για την προώθηση της άσκησης και τη μείωση των συμπτωμάτων μετά το COVID-19, καθώς και μια νέα προσέγγιση σχετικά με τη θεραπεία της επίμονης κόπωσης που προκαλείται από τον SARS-CoV-2. Τέλος, ένα ολιστικό μη εποπτευόμενο πρόγραμμα ΠΑ μπορεί να ωφελήσει ασθενείς που αδυνατούν να συμμετάσχουν σε οργανωμένα κέντρα ΠΑ λόγω οικονομικών, κοινωνικών και γεωγραφικών δυσκολιών.

Οξεία περικαρδίτιδα στην εποχή της πανδημίας COVID-19

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΖΑΡΟΣ
Μονάδα Νόσων Περικαρδίου Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών

A case series of acute pericarditis following COVID-19 vaccination in the context of recent reports from Europe and the United States

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: VACCINE, Volume 39, Issue 45, 29 October 2021, pages 6585-6590, doi 10.1016/j.vaccine.2021.09.078

Η οξεία περικαρδίτιδα ανήκει στις φλεγμονώδεις νόσους της καρδιάς, μαζί με την οξεία μυοκαρδίτιδα και τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα. Μεταξύ αυτών η οξεία περικαρδίτιδα είναι η συχνότερη με εκτιμώμενη επίπτωση 28 περιπτώσεων ανά 100.000 άτομα γενικού πληθυσμού ετησίως.

Στο 80-85% των περιπτώσεων στο Δυτικό κόσμο η περικαρδίτιδα είναι ιογενούς αιτιολογίας ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις εμφανίζεται σαν μία από τις εκδηλώσεις ενός γενικότερου συστηματικού νοσήματος όπως αυτοάνοσα ή αντιφλεγμονώδη νοσήματα, κακοήθειες χρόνια νεφρική νόσος κλπ. Στην εποχή της πανδημίας COVID-19 η οξεία περικαρδίτιδα (καθώς και η οξεία μυοκαρδίτιδα) βρέθηκε στο κέντρο του ενδιαφέροντος και της ιατρικής κοινότητας αλλά και του κοινού και των μέσων ενημέρωσης, δεδομένου ότι αποτελεί μία από τις επιπλοκές της COVID-19, αλλά εκδηλώνεται και μετά από εμβολιασμό έναντι COVID-19 κυρίως με τα εμβόλια που βασίζονται στην τεχνολογία mRNA.

Συγκεκριμένα με βάση την παγκόσμια εμπειρία το ποσοστό οξείας περικαρδίτιδας σε ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο με COVID-19 είναι ~1.5%. Σε ότι αφορά στον εμβολιασμό το ποσοστό εμφάνισης περικαρδίτιδας κυμαίνεται κατά μέσο όρο από 1/10.000 έως ανά 1/100.000 άτομα που υποβάλλονται στον εμβολιασμό,

Φάσμα

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΤΙΡΙΩΝ

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

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

Φάσμα

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

Φάσμα

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

Φάσμα

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

Φάσμα

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

ανάλογα με τον τύπο του εμβολίου και κυρίως το φύλο και την ηλικιακή ομάδα. Η περικαρδίτιδα εμφανίζεται στο 40% των περιπτώσεων μετά την πρώτη δόση mRNA στο ~40% των περιπτώσεων και μετά τη δεύτερη στο υπόλοιπο 60%. Εκδηλώνεται σε όλο το ηλικιακό φάσμα κατά μέσο όρο 20 ημέρες μετά την πιο πρόσφατη δόση του εμβολίου. Επισημαίνεται ότι σύμφωνα με τις σύγχρονες θεωρήσεις, θεωρείται ότι η περικαρδίτιδα συσχετίζεται με το εμβόλιο εφόσον εμφανίζεται κατά προσέγγιση εντός 1 μηνός από τη χορήγηση του εμβολίου. Συγκριτικά με την προ-COVID-19 περίοδο, ο μέσος μηνιαίος αριθμός περιπτώσεων οξείας περικαρδίτιδας από δεδομένα στις ΗΠΑ αυξήθηκε από 49.1 σε 78.8 περιπτώσεις.

Οι μηχανισμοί που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση περικαρδίτιδας σε COVID-19 και μετά εμβολιασμό έναντι COVID-19 είναι υπό διερεύνηση και από προκαταρκτικά δεδομένα φαίνεται ότι σχετίζονται μεταξύ άλλων με το φύλο, ηλικία, γενετικό υπόστρωμα, αντιδράσεις υπερευαισθησίας, σήψη, συννοσηρότητες και παράγοντες που σχετίζονται με την παραγωγή και συντήρηση του εμβολίου, δεδομένου ότι το mRNA είναι ασταθές μόριο και τα προϊόντα αποδόμησής του μπορούν να ενεργοποιήσουν τη φυσική ανοσία και να επάγουν φλεγμονή σε κατάλληλο υπόστρωμα.

Πρόσφατα δημοσιεύθηκε στον διεθνή τύπο η αρχική εμπειρία της Α΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής του Ιπποκράτειου Γ.Ν. Αθηνών που αφορά σε 9 διαδοχικές περιπτώσεις (σε 8 ασθενείς) οξείας περικαρδίτιδας στα πλαίσια εμβολιασμού έναντι COVID-19 (Lazaros G, Anastassopoulou C, Hatziantoniou S, Kalos T, Soulaidopoulos S, Lazarou E, Vlachopoulos C, Vassilopoulos D, Tsakris A, Tsioufis C. A case series of acute pericarditis following COVID-19 vaccination in the context of recent reports from Europe and the United States. Vaccine. 2021 Oct 29;39(45):6585-6590). Είναι αξιοσημείωτο ότι ένας ασθενής εμφάνισε περικαρδίτιδα μετά και από τις 2 δόσεις του εμβολίου. Με βάση τα ευρήματα της παραπάνω δημοσίευσης 5 περιπτώσεις εκδηλώθηκαν μετά την πρώτη δόση του εμβολίου και 4 μετά τη δεύτερη. Ο ενδιάμεσος χρόνος μεταξύ εμβολιασμού και εμφάνισης συμπτωμάτων ήταν 7 ημέρες (όρια 3-28ημέρες). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 65.8± 10.2 και η σχέση ανδρών γυναικών 3/5. Νοσηλεία απαιτήθηκε σε 4 περιπτώσεις. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν ο πλευριτικού τύπου θωρακικός πόνος, ακολουθούμενος από δύσπνοια και πυρετό (3 ασθενείς). Περικαρδιακή συλλογή υγρού, συνήθως μικρή, παρατηρήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις. Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρήθηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής, ενώ τυπικό ηλεκτροκαρδιογράφημα με ανασπάσεις του ST διαστήματος δεν παρατηρήθηκε σε καμία περίπτωση. Κανένας από τους ασθενείς δεν είχε δυσμενή κατάληξη (θνητότητα 0%), ενώ 2 ασθενείς εμφάνισαν καρδιακό επιπωματισμό και απαιτήθηκε επεμβατική παροχέτευση του περικαρδίου. Επισημαίνεται ωστόσο ότι στην Κλινική μας ως κέντρο αναφοράς των Περικαρδιακών Συνδρόμων απευθύνονται οι σοβαρότερες περιπτώσεις που δεν αντανακλούν το μέσο περιστατικό οξείας περικαρδίτιδας στην κοινότητα. Θεραπευτικά όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν όπως εκείνοι με κοινή ιογενή περικαρδίτιδα με βάση τις τρέχουσες σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες. Τα στοιχεία της σειράς των ασθενών μας είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα που προέρχονται από την υπόλοιπη Ευρώπη και Αμερική όπως αυτά αποτυπώνονται σε σχετικές βάσεις καταγραφής επιπλοκών σχετιζόμενων με εμβολιασμό έναντι COVID-19 (EEA και VAERS αντίστοιχα).

Συμπερασματικά με βάση την Ελληνική και Διεθνή εμπειρία η οξεία περικαρδίτιδα είναι μία σπάνια επιπλοκή μετά από εμβολιασμό κυρίως με mRNA εμβόλια έναντι της COVID-19, που συχνότερα εμφανίζεται σε ηλικίες μεταξύ 18-64 ετών. Η κλινική της εικόνα είναι ήπια και στις περισσότερες περιπτώσεις είτε αυτοπεριοριζόμενη είτε ελεγχόμενη με τη θεραπευτική αγωγή. Σε κάθε περίπτωση είναι πολύ σπανιότερη και με καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με την περικαρδίτιδα που εμφανίζεται σε λοίμωξη από SARS CoV 2. Από προκαταρκτικά δεδομένα φαίνεται ότι η αύξηση του μεσοδιαστήματος χορήγησης μεταξύ πρώτης και δεύτερης δόσης ίσως μειώσει την εμφάνιση καρδιακής φλεγμονής.

Ανασκόπηση μελετών για την ενδοεγκεφαλική αιμορραγία στη COVID-19

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Π. ΜΑΡΓΟΣ[1], ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΜΕΪΝΤΑΝΟΠΟΥΛΟΣ[1], ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΦΙΛΙΟΓΛΟΥ[1], ΙΩΑΝΝΗΣ ΕΛΛΟΥΛ[2]

[1]Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

[2]Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

Intracerebral hemorrhage in COVID-19: A narrative review

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: J Clin Neurosci. 2021;89:271-278. doi:10.1016/j.jocn.2021.05.019

Η πανδημία του κορονοϊού έχει ασκήσει μεγάλη πίεση στα δημόσια συστήματα υγείας παγκοσμίως. Η κατανόηση όμως της νόσου ολοένα και βελτιώνεται. Η COVID-19 προκαλείται από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2).

Ο ιός αυτός, μεταδιδόμενος αερογενώς ή ως αποτέλεσμα επαφής με μολυσμένες επιφάνειες, προσδένεται στους υποδοχείς του μετατρεπτικού ενζύμου-II της αγγειοτενσίνης (ACE), εισέρχεται στα κύτταρα και προκαλεί κυτταρική βλάβη.

Η νόσος μπορεί να χαρακτηρίζεται από απουσία αξιόλογων συμπτωμάτων έως το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ) και την πολυοργανική ανεπάρκεια. Τα συμπτώματα είναι συστηματικά αλ-

λά αφορούν κυρίως το αναπνευστικό σύστημα (πυρετός, ξηρός βήχας, δύσπνοια, κακουχία και κεφαλαλγία). Αναφορικά με το νευρικό σύστημα, οι συχνότερες αρχικές εκδηλώσεις είναι η ανοσμία και η δυσγευσία σε συχνότητα έως και 80%. Βαρέως πάσχοντες ασθενείς εμφανίζουν εγκεφαλοπάθεια σε σημαντικό ποσοστό. Άλλες σπάνιες νευρολογικές εκδηλώσεις αποτελούν το σύνδρομο Guillain-Barré, η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, οι γενικευμένες μυοκλονίες και οι επιληπτικές κρίσεις. Η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία (ΕΕΑ) είναι επίσης σπάνια αλλά καλά τεκμηριωμένη επιπλοκή της νόσου. Προσβάλλονται και άλλα όργανα και συστήματα όπως π.χ. η καρδιά (μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα), το μυϊκό σύστημα (μυοσίτιδα, γενικευμένη μυϊκή αδυναμία) και άλλα, στα πλαίσια της συστηματικής κινητοποίησης του καταρράκτη φλεγμονής και της γενικευμένης προσβολής του ενδοθηλίου.

ΣΤΟΧΟΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Στη μελέτη αυτή αναλύθηκαν 217 περιστατικά καταγεγραμμένης ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας σε ασθενείς με COVID-19, με στόχο τη διερεύνηση της αιτιολογίας των αιμορραγιών, καθώς και την καταγραφή της κλινικής εικόνας, της τοπογραφίας και της έκβασης των περιπτώσεων αυτών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ & ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Το Pubmed και το Google Scholar χρησιμοποιήθηκαν ως πεδία αναζήτησης για τον εντοπισμό σχετικών μελετών και άρθρων (λέξεις κλειδιά: COVID-19, ενδοεγκεφαλική, εγκεφαλική, αιμορραγία) Η αρχική μας αναζήτηση απέδωσε 2365 αποτελέσματα, από τα οποία επιλέχθηκαν 36 μελέτες με βάση τα κριτήρια ένταξής στην ανασκόπησή μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εντοπίστηκαν συνολικά 217 περιπτώσεις ενδοκρανιακής αιμορραγίας (υπαραχνοειδής αιμορραγία, πρωτοπαθής ενδοκοιλιακή αιμορραγία, υποσκληρίδια αιμορραγία), εκ των οποίων τα 188 περιστατικά ΕΕΑ. Οι περιπτώσεις αυτές αναλύονται στον πίνακα 1.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΕΕΑ είναι σπάνια, αλλά απειλητική για την ζωή επιπλοκή της νόσου COVID-19. Στα άρθρα που μελετήθηκαν, η επίπτωση κυμαίνεται από 0,14% έως 0,86% επί των νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19 και είναι σαφώς ανώτερη από την αντίστοιχη στο γενικό πληθυσμό (0,0246% ανά έτος). Η αυξημένη επίπτωση της ΕΕΑ στους άνδρες (64%) αντικατοπτρίζει κατ΄ουσίαν την αντίστοιχη υπεροχή του ανδρικού φύλου στο σύνολο των νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19 και ως εκ τούτου δεν υποδεικνύει το ανδρικό φύλο ως παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης ΕΕΑ.

Προδιαθεσικοί παράγοντες εκδήλωσης ΕΕΑ αποτελούν η ΑΥ, η εισαγωγή στη ΜΕΘ καθώς και η θεραπεία με αντιπηκτικά (η οποία δίδεται προληπτικά σε ασθενείς με SARS-CoV-2 στις ΜΕΘ λόγω της υπερπηκτικής κατάστασης που προκαλεί ο ιός). Ενδεχομένως και άλλοι παράγοντες κινδύνου για ΕΕΑ θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, αλλά δεν αναφέρθηκαν από τις μελέτες που εξετάστηκαν. Η νόσος των μικρών αγγείων (συνηθέστερα εγκεφαλική αμυλοειδική αγγειοπάθεια), τα ανευρύσματα, οι αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες, οι όγκοι του εγκεφάλου, η κατάχρηση αλκοόλ και η γενετική προδιάθεση θα μπορούσαν επίσης να

Πίνακας 1

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ
Επίπτωση	0,25% (106/43,137)	Αφορά νοσηλευόμενους ασθενείς
Ηλικία και φύλο	Διάμεση ηλικία: 58 (εύρος: 52-68), Φύλο: 64% άνδρες	
Ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) και προηγηθείσα λήψη αντιπηκτικών	52% (45/87) ασθενείς με ΑΥ και 75% (88/118) ασθενείς με προηγηθείσα χρήση αντιπηκτικών	
Εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) πριν την εκδήλωση ΕΕΑ	64% (73/115)	
Διάστημα από αρχή συμπτωμάτων COVID-19 έως διάγνωση ΕΕΑ	1 έως 32 ημέρες (διάμεση τιμή: 19,5 μέρες)	
Αιτιολογία και τοπογραφική εντόπιση	Αιτιολογία: 1. 79% (149/188) πρωτοπαθής 2. 15,4% (29/188) αιμορραγική μετατροπή ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) 3. 3,7% (7/188) απότοκη θρόμβωσης εγκεφαλικών φλεβών 4. 1.6% (3/188) απότοκη εγκεφαλίτιδας-εγκεφαλοπάθειας Τοπογραφική εντόπιση (αναφορά σε 114 από τις 188 περιπτώσεις) 1. 56% στους εγκεφαλικούς λοβούς 2. 6,1% στα βασικά γάγγλια 3. 11,4% σε υπερσκηνιδιακές περιοχές 4. 11,4% σε υποσκηνιδιακές περιοχές 5. 8,7% πολυεστιακά 6. 6,1% σε περιοχές εκτός των εγκεφαλικών λοβών	Ανεξαρτήτως ύπαρξης παραγόντων κινδύνου
Θνητότητα	52,7% (49/93)	Ενδο-νοσοκομειακή

θεωρηθούν ως παράγοντες που συμβάλλουν. Σημειώνεται πως η ΕΕΑ στο πλαίσιο του COVID-19 έχει συσχετιστεί με ένα ασυνήθιστο μοτίβο εγκεφαλικών μικροαιμορραγιών στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Επίσης, παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς είχαν ιστορικό ΑΥ, η πλειοψηφία ανέπτυξε ΕΕΑ στους εγκεφαλικούς λοβούς αντί της συνήθους εντόπισης στα βασικά γάγγλια.

Ο χρόνος μεταξύ έναρξης των συμπτωμάτων της COVID-19 και της διάγνωσης ΕΕΑ κυμαίνεται μεταξύ 1 και 32 ημερών (διάμεση τιμή: 19,5 μέρες). Αυτή η μεταβλητότητα θα μπορούσε να εξηγηθεί εν μέρει από την καταστολή του ΚΝΣ με την επακόλουθη αδυναμία επικοινωνίας των ασθενών που εισάγονται στις ΜΕΘ, η οποία αποκρύπτει τα τυπικά συμπτώματα της ΕΕΑ. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να έχει κατά νου την πιθανότητα ΕΕΑ σε ασθενείς με σοβαρή COVID-19 που εισάγονται στη ΜΕΘ και υποβάλλονται σε θεραπεία με αντιπηκτικά.

Η θνητότητα υπολογίστηκε σε 52.7% , όμως δεν είναι σαφές εάν η ΕΕΑ σχετίζεται άμεσα με την COVID-19 ή αντικατοπτρίζει την ούτως ή άλλως πολύ υψηλή που παρατηρείται σε ασθενείς σε σοβαρή κατάσταση.

Συμπερασματικά, η ΕΕΑ αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή κατά τη νόσηση από COVID-19, με υψηλό ποσοστό θνητότητας. Πέραν της παρουσίας τυπικών παραγόντων κινδύνου ΕΕΑ όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση, η εισαγωγή στη ΜΕΘ και η χορήγηση αντιπηκτικών, φαίνεται πως ο ίδιος ο SARS-CoV-2 εμπλέκεται παθοφυσιολογικά στην εκδήλωσή της. Αυτό υποδεικνύεται από την ιδιαίτερη τοπογραφική εντόπιση των περιπτώσεων ΕΕΑ, κυρίως στους εγκεφαλικούς λοβούς, σε αντιδιαστολή με την υπερτασική αρτηριοσκλήρωση.

Σοβαρές επιπλοκές από τα εμβόλια έναντι του COVID-19: μία σύντομη ανασκόπηση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ Χ. ΦΡΑΓΚΟΥ[1], ΔΗΜΗΤΡΑ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ[2]

[1]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[2]Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ Παίδων «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Serious complications of COVID-19 vaccines: A mini-review

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Metabolism Open 2021;12:100145. doi:10.1016/j.metop.2021.100145

Όλα τα εγκεκριμένα εμβόλια για τον SARS-CoV-2 είναι ασφαλή και αποτελεσματικά στη μείωση του κινδύνου σοβαρής COVID-19 λοίμωξης[1,2]. Εκτός από τις κοινές και ήπιες παρενέργειες των εγκεκριμένων εμβολίων, όπως η δεκατική πυρετική κίνηση και ο πόνος στο σημείο της ένεσης[2,3], έχουν αναφερθεί ορισμένες σημαντικές, αλλά εξαιρετικά σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες παγκοσμίως[3]. Στην παρούσα μελέτη, περιγράφουμε εν συντομία τις πιο σοβαρές και σπάνιες επιπλοκές των COVID-19 εμβολίων.

Σπάνιες περιπτώσεις αναφυλαξίας έχουν αναφερθεί μετά τη χορήγηση COVID-19 εμβολίων, με συχνότητα περίπου 11,1 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο χορηγούμενων δόσεων[4]. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων έχουν αναφερθεί με τα mRNA εμβόλια (BTN162b2 και mRNA-1273)[4-6].Η πολυαιθυλενογλυκόλη (PEG) και το πολυσορβικό μπορεί να εμπλέκονται στις σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις από τα mRNA εμβόλια και τα εμβόλια με βάση τον αδενοϊό, αντίστοιχα[7]. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των σοβαρών άμεσων αντιδράσεων υπερευαισθησίας δεν διαφέρουν από άλλες αναφυλακτικές αντιδράσεις. Ωστόσο, άλλες καταστάσεις, όπως βαγοτονικά επεισόδια ή αγχώδεις διαταραχές, θα πρέπει να διακρίνονται από την αληθή αναφυλαξία[8] και τα επίπεδα τρυπτάσης μπορεί να είναι χρήσιμα στην διαφοροδιάγνωση[9]. Σε περιπτώσεις μέτριας και σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης μετά την πρώτη δόση, η χορήγηση της δεύτερης δόσης δεν συνιστάται ή μπορεί να αντικατασταθεί από ένα άλλο είδος εμβολίου[10, 11].

Τον Φεβρουάριο2021, περιγράφηκαν περιπτώσεις θρομβώσεων με συνοδό θρομβοπενία σε άτομα στο Ηνωμένο Βασίλειο που έλαβαν το ChAdOx1 CoV-19, ένα εμβόλιο που βασίζεται σε φορέα αδενοϊό[12, 13]. Αργότερα, παρόμοιες περιπτώσεις αναφέρθηκαν σε άτομα που εμβολιάστηκαν με το εμβόλιο Ad26.COV2.S της Johnson & Johnson[14]. Το σύνδρομο VITT (Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia) ή TTS (Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome) εμφανίζεται 4-42 ημέρες μετά τον εμβολιασμό και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη αρτηριακής ή/και φλεβικής θρόμβωσης (συνήθως σε άτυπες θέσεις, όπως εγκεφαλική και ενδοκοιλιακή θρόμβωση), με θρομβοπενία, υψηλά d-dimers (>4 φορές του φυσιολογικού) και θετικά αντισώματα κατά του παράγοντα 4 των αιμοπεταλίων (PF4, θετική ELISAPF4-ηπαρίνης)[14]. Παρόλο που έχει αναφερθεί μία περίπτωση VITT μετά τον εμβολιασμό με το mRNA-1273 της Moderna, η συντριπτική πλειονότητα αφορά τα εμβόλια Ad26. COV2.S και ChAdOx1 CoV-19[15]. Υπολογίζεται ότι εμφανίζεται σε 0,73 ανά 100.000 πρώτες δόσεις εμβολίου ChAdOx1 CoV-19 [95%CI: 0,43 - 1,23][16]. Η θνησιμότητα είναι 1-2%, ενώ έχει αναφερθεί έως και 20%[14, 17]. Αν και αρχικά προτάθηκε ότι το VITT επηρεάζει κυρίως νεαρές γυναίκες (<60 ετών), μεταγενέστερες αναφορές δεν έδειξαν υπεροχή του γυναικείου φύλου, ενώ περιπτώσεις ηλικιωμένων αναφέρονται συνεχώς[18, 19]. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός του VITT παραμένει άγνωστος, αν και εικάζεται ότι μοιάζει με αυτόν της θρομβοπενίας προκαλούμενης από την ηπαρίνη (HIT) καθώς μιμείται τις επιδράσεις της ηπαρίνης στα αιμοπετάλια μέσω της δέσμευσης σε παρόμοια θέση στο PF4[20, 21].

Τον Ιούνιο 2021, αναφέρθηκε μια πιθανή αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ των mRNA εμβολίων και της μυοκαρδίτιδας/περικαρδίτιδας[22].Το εκτιμώμενο ποσοστό μυοκαρδίτιδας/περικαρδίτιδας είναι 12,6 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο δεύτερης δόσης mRNA εμβολίου σε άτομα 12-39 ετών[23], ενώ ο σχετικός κίνδυνος για μυοκαρδίτιδα/περικαρδίτιδα σε παιδιά και νέους ενήλικες (16-24 ετών) είναι 0,94 (95%CI 0.59–1.52)[23]. Είναι συχνότερα σε άρρενες έφηβους και νέους ενήλικες, χωρίς καρδιαγγειακή υποκείμενη νόσο[24]. Ως παθοφυσιολογικός μηχανισμός έχει προταθεί ο μοριακός μιμητισμός μεταξύ της πρωτεΐνης ακίδας του ιού και μιας καρδιακής πρωτεΐνης, καθώς και η επαγωγή μη ειδικής φλεγμονώδους απόκρισης[22]. Οι περισσότεροι ασθενείς με μυοκαρδίτιδα παρουσιάζουν οπισθοστερνικό άλγος, που επιδεινώνεται με την εισπνοή και ανακουφίζεται με την κλίση προς τα εμπρός. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συνήθως εντός 2-3 ημερών (εύρος:1-7 ημέρες) μετά τη δεύτερη δόση[22]. Χαρακτηρίζεται από αύξηση της τροπονίνης και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα καταδεικνύει ανύψωση του διαστήματος ST, ενώ στο διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα απεικονίζεται από φυσιολογικό ή ήπια μειωμένο κλάσμα εξώθησης έως και καθολική υποκινησία της αριστερής κοιλίας. Η θεραπεία περιλαμβάνει μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, κολχικίνη και κορτικοστεροειδή, ενώ σε νεαρούς ασθενείς (≤18 ετών), έχει χορηγηθεί IVIG (μαζί με κορτικοστεροειδή)[25]. Όλες οι περιπτώσεις ανέπτυξαν μια ήπια νόσο με πλήρη ανάρρωση εντός 1-3 εβδομάδων[22, 25]. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Νοσημάτων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (CDC) περιγράφει ξεκάθαρα τα οφέλη του εμβολιασμού κατά του COVID-19, τα οποία αντισταθμίζουν τους σπάνιους κινδύνους μυοκαρδίτιδας και περικαρδίτιδας και, ως εκ τούτου, συνιστά τον εμβολιασμό σε οποιοδήποτε άτομο είναι >5 ετών[23].

Σπάνιες περιπτώσεις συνδρόμου Guillain-Barré (GBS) έχουν αναφερθεί μετά από COVID-19 εμβόλια με φορέα αδενοϊό (Ad26.COV2.S και ChAdOx1 CoV-19)[26]. Το GBS είναι μια οξεία ή υποξεία ανοσοδιαμεσολαβούμενη νευρολογική νόσος των περιφερικών νεύρων και χαρακτηρίζεται από ανιούσα αδυναμία στα άκρα ή στα κρανιακά νεύρα, χαλαρή παράλυση και απουσία τενόντιων αντανακλαστικών[27, 28]. Έχουν αναφερθεί 7,8 περιπτώσεις GBS ανά εκατομμύριο δόσεις εμβολίου Ad26.COV2.S, με μεγαλύτερη επίπτωση σε άνδρες 50-64 ετών και 227 περιπτώσεις GBS ανά 51,4 εκατομμύρια δόσεις ChAdOx1 CoV-19[29].Το διάμεσο διάστημα έναρξης των συμπτωμάτων είναι 13 ημέρες (εύρος: 0–75 ημέρες)[30] . Οι ασθενείς έλαβαν στεροειδή, IVIG και/ή πλασμαφαίρεση, με μερική ανάρρωση[31]. Σποραδικά κρούσματα GBS έχουν επίσης αναφερθεί μετά τα mRNA εμβόλια[32, 33].

Συνολικά, έχουν αναφερθεί 3 περιπτώσεις οξείας εγκάρσιας μυελίτιδας (ATM) κατά τη διάρκεια της κλινικής δοκιμής Φάσης III του εμβολίου ChadOx1 CoV-19, δύο στο σκέλος του εμβολίου (ο ένας ασθενής είχε διαγνωστεί με προϋπάρχουσα σκλήρυνση κατά πλάκας) και ένα στο σκέλος ελέγχου. Έκτοτε, έχουν περιγραφεί ελάχιστες περιπτώσεις ATM και οξείας διάχυτης εγκεφαλομυελίτιδας[34-36], ενώ έχουν αναφερθεί και 7 περιπτώσεις παράλυσης bell μεταξύ 40.000 συμμετεχόντων στο σκέλος του εμβολίου στις κλινικές δοκιμές για BNT162b2 και mRNA-1273, καθώς και 1 περίπτωση στο σκέλος εικονικού φαρμάκου[37, 38]. Η επίπτωση είναι 3,5-7 φορές υψηλότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό[37, 38]. Τέλος, έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις ραβδομυόλυσης μετά από εμβόλιο[39].

Συμπερασματικά, τα εμβόλια κατά του COVID-19 είναι ο βασικός άξονας για την πρόληψη αυτής της παγκόσμιας πανδημίας. Παρά τις σπάνιες περιπτώσεις επιπλοκών, η αξιολόγηση κινδύνου-οφέλους για τον COVID-19 εμβολιασμό δείχνει μια σαφώς ευνοϊκή ισορροπία ως προς τα εμβόλια για όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου. Ωστόσο, οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου θα πρέπει να εντοπίζονται και να παρακολουθούνται με υψηλή προτεραιότητα προκειμένου να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και σωστά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Different COVID-19 Vaccines|CDC2021. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines.html (accessed August 29, 2021).
2 World Health Organization (WHO). Safety of COVID-19 Vaccines 2021. https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/safety-of-covid-19-vaccines (accessed August 29, 2021).
3 Tavilani A, Abbasi E, Kian Ara F, Darini A, Asefy Z. COVID-19 vaccines: Current evidence and considerations. Metabolism Open 2021;12:100124.
4 CDC COVID-19 Response Team; Food and Drug Administration. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine - United States, December 14-23, 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2021;70:46–51.
5 Shay DK, Gee J, Su JR, Myers TR, Marquez P, Liu R, et al. Safety Monitoring of the Janssen (Johnson & Johnson) COVID-19 Vaccine — United States, March–April 2021. MMWR Recommendations and Reports 2021;70:680–4.
6 CDC COVID-19 Response Team; Food and Drug Administration. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Moderna COVID-19 Vaccine — United States, December 21, 2020–January 10, 2021. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2021;70:125–9.
7 Greenhawt M, Abrams EM, Shaker M, Chu DK, Khan D, Akin C, et al. The Risk of Allergic Reaction to SARS-CoV-2 Vaccines and Recommended Evaluation and Management: A Systematic Review, Meta-Analysis, GRADE Assessment, and International Consensus Approach. The Journal of Allergy and Clinical Immunology In Practice 2021;9.
8 Gold MS, MacDonald NE, McMurtry CM, Balakrishnan MR, Heininger U, Menning L, et al. Immunization stress-related response - Redefining immunization anxiety-related reaction as an adverse event following immunization. Vaccine 2020;38:3015–20.
9 UpToDate. COVID-19: Allergic reactions to SARS-CoV-2 vaccines - UpToDate 2021. https://www.uptodate.com/contents/covid-19-allergic-reactions-to-sars-cov-2-vaccines (accessed October 27, 2021).
10 Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Rivas MF, Fineman S, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. World Allergy Organization Journal 2020;13.
11 Centers for Disease Control and Preven-

tion (CDC). Management of Anaphylaxis at COVID-19 Vaccination Sites | CDC 2021. https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/managing-anaphylaxis.html (accessed October 27, 2021).
12 European Medicines Agency (EMA). Signal assessment report on embolic and thrombotic events (SMQ) with Administrative information 2021. https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/signal-assessment-report-embolic-thrombotic-events-smq-covid-19-vaccine-chadox1-s-recombinant-covid_en.pdf (accessed August 29, 2021).
13 Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE, Weisser K, Kyrle PA ES. Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. The New England Journal of Medicine 2021;384:2092–101.
14 American Society of Hematology. Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome - Hematology.org 2021. https://www.hematology.org/covid-19/vaccine-induced-immune-thrombotic-thrombocytopenia (accessed August 29, 2021).
15 UpToDate. COVID-19: Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT) - UpToDate 2021. https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccine-induced-immune-thrombotic-thrombocytopenia-vitt (accessed August 29, 2021).
16 Chan BT, Mpa M, Bobos P, Odutayo A, Pai M, Chan B, et al. Meta-Analysis of Risk of Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia Following ChAdOx1-S Recombinant Vaccine. Medrvix 2021.
17 Cines DB, Bussel JB. SARS-CoV-2 Vaccine–Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia. The New England Journal of Medicine 2021;384:2254–6.
18 Pavord S, Scully M, Hunt BJ, Lester W, Bagot C, Craven B, Rampotas A, Ambler G MM. Clinical Features of Vaccine-Induced Immune Thrombocytopenia and Thrombosis. The New England Journal of Medicine 2021.
19 Bourguignon A, Arnold DM, Warkentin TE, Smith JW, Pannu T, Shrum JM, et al. Adjunct Immune Globulin for Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia. The New England Journal of Medicine 2021;385:720–8.
20 Tsilingiris D, Vallianou NG, Karampela I, Dalamaga M. Vaccine induced thrombotic thrombocytopenia: The shady chapter of a success story. Metabolism Open 2021;11:100101.
21 Huynh A, Kelton JG, Arnold DM, Daka M, Nazy I. Antibody epitopes in vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopaenia. vol. 596. Nature Publishing Group; 2021.
22 Das BB, Moskowitz WB, Taylor MB PA. Myocarditis and Pericarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination: What Do We Know So Far? Children (Basel, Switzerland) 2021;8:607.
23 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). ACIP June 2021 Presentation Slides | Immunization Practices | CDC 2021. https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/slides-2021-06.html (accessed August 30, 2021).
24 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Selected Adverse Events Reported after COVID-19 Vaccination | CDC 2021. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/adverse-events.html (accessed August 30, 2021).
25 Bozkurt B, Kamat I HP. Myocarditis With COVID-19 mRNA Vaccines. Circulation 2021;144:471–84.
26 World Health Organization (WHO). Statement of the WHO Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS) COVID-19 subcommittee on reports of Guillain-Barré Syndrome (GBS) following adenovirus vector COVID-19 vaccines 2021. https://www.who.int/news/item/26-07-2021-statement-of-the-who-gacvs-covid-19-subcommittee-on-gbs (accessed August 30, 2021).
27 Palaiodimou L, Stefanou MI, Katsanos AH, Fragkou PC, Papadopoulou M, Moschovos C, et al. Prevalence, clinical characteristics and outcomes of Guillain-Barré syndrome spectrum associated with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Neurology 2021;28:3517–29.
28 Sejvar JJ, Baughman AL, Wise M, Morgan OW. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neuroepidemiology 2011;36:123–33.
29 European Medicines Agency (EMA). COVID-19 vaccine safety update VAXZEVRIA AstraZeneca AB 2021.
30 Rosenblum HG, Hadler SC, Moulia D, Shimabukuro TT, Su JR, Tepper NK, et al. Use of COVID-19 Vaccines After Reports of Adverse Events Among Adult Recipients of Janssen (Johnson & Johnson) and mRNA COVID-19 Vaccines (Pfizer-BioNTech and Moderna): Update from the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, July 202. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2021;70:1094–9.
31 Min YG, Ju W, Ha YE, Ban JJ, Lee SA, Sung JJ SJ. Sensory Guillain-Barre syndrome following the ChAdOx1 nCov-19 vaccine: Report of two cases and review of literature. Journal of Neuroimmunology 2021;359:577691.
32 Trimboli M, Zoleo P, Arabia G GA. Guillain-Barré syndrome following BNT162b2 COVID-19 vaccine. Neurological Sciences : Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology 2021.
33 Waheed S, Bayas A, Hindi F, Rizvi Z EP. Neurological Complications of COVID-19: Guillain-Barre Syndrome Following Pfizer COVID-19 Vaccine. Cureus 2021;13.
34 zgen Kenangil G, Ari BC, Guler C DM. Acute disseminated encephalomyelitis-like presentation after an inactivated coronavirus vaccine. Acta Neurologica Belgica 2021;121:1089–91.
35 Pagenkopf C SM. A case of longitudinally extensive transverse myelitis following vaccination against Covid-19. Journal of Neuroimmunology 2021;358.
36 Vogrig A, Janes F, Gigli GL, Curcio F, Negro ID, D'Agostini S, Fabris M VM. Acute disseminated encephalomyelitis after SARS-CoV-2 vaccination. Clinical Neurology and Neurosurgery 2021;208:106839.
37 Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. The New England Journal of Medicine 2021;384:403–16.
38 Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. The New England Journal of Medicine 2020;383:2603–15.
39 Nassar M, Chung H, Dhayaparan Y, Nyein A, Acevedo BJ, Chicos C, et al. COVID-19 vaccine induced rhabdomyolysis: Case report with literature review. Diabetes & Metabolic Syndrome 2021;15:102170.

Δίγκας Γ.
MEDICAL EQUIPMENT

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ_ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ

ΠΡΩΤΕΣ
ΒΟΗΘΕΙΕΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
& ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ
ΕΙΔΗ

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
& ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ
ΠΟΔΟΛΟΓΙΑΣ - NAIL - SPA

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

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

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

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

E-SHOP_www.digas.gr

Νόσος COVID-19, μη ηπαρινοεπαγόμενη θρομβωτική θρομβοκυτοπενία σε γυναίκες και σύνδρομο Kounis. Αλλεπίδραση καταιγίδας κυτοκινών πασπαρτού

ΝΙΚΟΛΑΣ Γ. ΚΟΥΝΗΣ[1], ΙΩΑΝΝΑ ΚΟΝΙΑΡΗ[2], CESARE DE GREGORIO[3], ΣΤΕΛΙΟΣ Φ. ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ[4], ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΕΛΙΣΣΑΡΗΣ[4], MING-YOW HUNG[5,6,7], ΒΙΡΓΙΝΙΑ ΜΠΛΑΝΗ[8], LUCA SABA[9], ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΜΠΡΙΝΙΑ[10], ΣΟΦΙΑ Ν. ΚΟΥΝΗ[11], ΧΡΗΣΤΟΣ ΓΩΓΟΣ[12], MATTIA GIOVANNINI[13] ,ELIO NOVEMBRE[13], VINU ARUMUGHAM[14], DARELL O. RICKE[15], ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ. ΣΟΥΦΡΑΣ[16], KENNETH NUGENT[17], PIERO SESTILI[18] ΚΑΙ ROBERT W. MALONE[19]

[1]Τμήμα Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα
[2]Department of Cardiology, University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust, Manchester, UK
[3]Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Messina, Medical School, Messina, Italy
[4]Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα
[5]Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Shuang Ho Hospital, Taipei Medical University, New Taipei City, Taiwan
[6]Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan
[7]Taipei Heart Institute, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan
[8]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας, Πάτρα
[9]Department of Radiology, Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, Cagliari, Italy
[10]Αλλεργιολογικό Ιατρείο, Πάτρα
[11]Ιατρείο Λογοθεραπείας, Πάτρα
[12]Μονάδα Covid-19, Γενικό Νοσοκομείο ''Παπαγεωργίου'', Θεσσαλονίκη
[13]Allergy Unit, Department of Pediatrics, Meyer Children's University Hospital, Florence, Italy
14Cisco Systems, Inc., San Jose, USA
[15]Group 49 Biological and Chemical Technologies, Lincoln Laboratory, Massachusetts Institute of Technology, Lexington, USA
[16]Τμήμα Καρδιολογίας, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο '' Άγιος Ανδρέας'', Πάτρα
[17]Department of Internal Medicine, Texas Technical University Health Sciences Center, Lubbock, USA
[18]Department of Biomolecular Sciences, Universita degli Studi di Urbino ''Carlo Bo'', Urbino, Italy
[19]Vaccines and Biotechnology, Scottsville, USA

COVID-19 Disease, Women's Predominant Non-Heparin Vaccine-Induced Thrombotic Thrombocytopenia and Kounis Syndrome: A Passepartout Cytokine Storm Interplay

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Biomedicines 2021, 9(8), 959; https://doi.org/10.3390/biomedicines9080959

Η νόσος του κορονοϊού 2019 (COVID-19) και το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο του κορονοϊού 2 (SARS-COV-2) συνιστούν μία από τις πιο θανατηφόρες πανδημίες στη μοντέρνα ιστορία, εμφανίζοντας καρδιαγγειακές, γαστρεντερολογικές, αιματολογικές, βλεννοδερματικές, αναπνευστικές, νευρολογικές, νεφρικές και ορχικές εκδηλώσεις και περαιτέρω επιπλοκές.

Η COVID-19 επαγόμενη εξαιρετικά υπερβολική ανοσιακή απάντηση κυτοκινών συνοδευόμενη από ανεξέλεγκτη απελευθέρωση κυτοκινών που αποκορυφώνεται σε καταιγίδα κυτοκινών φαίνεται να είναι ο κοινός παθογενετικός μηχανισμός αυτών των επιπλοκών. Ο σκοπός αυτής της περιγραφικής ανασκόπησης είναι να φωτίσει τη σχέση ανάμεσα στην αναφυλαξία σχετιζόμενη με σημαντική υπόταση και υποξαιμία και την προφλεγμονώδη απελευθέρωση κυτοκινών. Η σχέση της COVID-19 με το σύνδρομο Kounis και η συσχέτιση του μετα-εμβολιασμού κατά της COVID-19 με την ηπαρινοεπαγόμενη θρομβοκυτοπενία με θρόμβωση (HITT), ειδικά τη θρόμβωση εγκεφαλικών φλεβωδών κόλπων, ανασκοπήθηκαν επίσης.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Μια σύγχρονη έρευνα της βιβλιογραφίας των PubMed, Embase και Google βάσεων δεδομένων, πραγματοποιήθηκε για να αποκαλύψει την παθοφυσιολογία, τον επιπολασμό, κλινικές εκδηλώσεις, συσχετισμό και θεραπεία της COVID-19, αναφυλαξία με σημαντική υπόταση, Kounis οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και θρομβωτικά γεγονότα μετά τον εμβολιασμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ίδιοι ανοσολογικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί κλειδιά και κύτταρα φαίνεται να υπεισέρχονται στις COVID-19 καρδιαγγειακές επιπλοκές και στο συσχετιζόμενο μα αναφυλαξία Kounis σύνδρομο. Ο μυοκαρδιακός τραυματισμός σε ασθενείς με COVID-19 έχει αποδοθεί σε στεφανιαίο σπασμό, διάρρηξη πλάκας και το σχηματισμό μικροθρόμβων, υποξικό τραυματισμό ή καταιγίδα κυτοκινών διαθέτοντας

την ίδια παθοφυσιολογία με τις τρεις κλινικές παραλλαγές του συνδρόμου Kounis. Τα COVID-19 συσχετιζόμενα του εμβολίου έκδοχα όπως πολυσορβικό, πολυαιθυλενική γλυκόλη (PEG) και τρομεταμόλη συνιστούν πιθανές αλλεργιογόνες ουσίες.

Το πολυσορβικό αυξάνει την διαπερατότητα των κυτταρικών μεμβρανών και διαπερνά τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό και διευκολύνει έτσι το περασμα των φαρμάκων από το αίμα στον εγκεφαλικό ιστό και γι'αυτο ειναι συνθετικο φαρμακων για τη θεραπεία των εγκεφαλικών όγκων. Το πολυσορβικό εχει προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις του τύπου IgE αλλά και αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις που οδηγούν σε θρομβώσεις, ιδιαίτερα θανατηφόρες θρομβώσεις εγκεφαλικών φλεβωδών κόλπων πιθανότατα με τον περιγραφέντα πιο πάνω μηχανισμό.

Σε αυτο συνηγορεί και το οτι η κλασσική ηπαρινοεπαγόμενη θρομβοκυτοπενία με θρόμβωση, η οποία δεν σχετίζεται με το πολυσορβικό, ουδέποτε έχει προκαλέσει τις θανατηφόρες θρομβώσεις εγκεφαλικών φλεβωδών κόλπων!

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καλύτερη αναγνώριση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών, κλινικών ομοιοτήτων, πολυοργανικών επιπλοκών της COVID-19 ή άλλων ιογενών μολύνσεων όπως των ιών του Δάγγειου πυρετού και της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, μαζί με τη δράση των φλεγμονωδών κυττάρων που προκαλούν το σύνδρομο Kounis θα μπορούσε να προσδιορίσει καλύτερα ανοσολογικές προσεγγίσεις για πρόληψη, θεραπεία της COVID-19 πανδημίας, όπως επίσης και τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις μετά τον εμβολιασμό κατά της COVID-19.

Ογκολογικά φάρμακα χωρίς πολυσορβικό έχουν ήδη αρχίσει να παρασκευάζονται και να χρησιμοποιούνται στην αγορά των φαρμάκων.

Μπορούν τα πολύ αποτελεσματικά και ασφαλή εμβόλια mRNA να γίνουν ακόμα καλύτερα; Νεότερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν το δρόμο προς την εξάλειψη των σπάνιων αναφυλακτικών αντιδράσεων

ΣΟΦΙΑ ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ[1], ΕΛΕΝΑ Κ. ΜΑΛΤΕΖΟΥ[2], ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΤΣΑΚΡΗΣ[3], GREGORY A. POLAND[4], ΚΛΕΙΩ ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ[3]

[1]Εργαστήριο Φαρμακευτικής Τεχνολογίας, Τμήμα Φαρμακολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα
[2]Διεύθυνση Έρευνας, Μελέτης και Τεκμηρίωσης, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, Ελλάδα
[3]Τμήμα Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα
[4]Mayo Clinic Vaccine Research Group, Mayo Clinic, Rochester, MN, United States

Anaphylactic reactions to mRNA COVID-19 vaccines: A call for further study

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: VACCINE, Volume 39, Issue 19, 6 May 2021, Pages 2605-2607, doi: 10.1016/j.vaccine.2021.03.073

Μόλις ένα χρόνο μετά την εμφάνιση του νέου κορωναϊού SARS-CoV-2 και το ξέσπασμα της πανδημίας, η φαρέτρα μας εμπλουτίστηκε με αρκετά αποτελεσματικά εμβόλια έναντι της προκαλούμενης νόσου COVID-19 που έχει στοιχίσει πάνω από 2 εκατομμύρια ζωές παγκοσμίως (>5,9 εκατομμύρια έως τις 4 Μαρτίου 2022). Μεταξύ αυτών, τα εμβόλια των Pfizer/BioNTech (BNT162b2) και Moderna (mRNA-1273) είναι τα πρώτα με βάση το αγγελιαφόρο RNA (mRNA) που εγκρίθηκαν, αρχικά για επείγουσα χρήση, από τις ρυθμιστικές αρχές της Ευρώπης και των ΗΠΑ (EMA και FDA), εγκαινιάζοντας μία νέα εποχή στην Εμβολιολογία.

Η τεχνολογία των εμβολίων Pfizer/BioNTech και Moderna βασίζεται στη μεταφορά του mRNA που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη της ακίδας του SARS-CoV-2. Προκειμένου να αυξηθεί η σταθερότητά του μορίου mRNA, το οποίο υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι ασταθές, αρχικά τροποποιείται χημικά και στη συνέχεια εγκλείεται σε λιπιδικά νανοσωματίδια που το μεταφέρουν αποτελεσματικά σε κύτταρα στο σημείο της ένεσης και τους λεμφαδένες.

Τα λιπιδικά νανοσωματίδια αποτελούνται από διάφορες κατηγορίες λιπιδίων που προσδίδουν στο νανοσωματίδιο σημαντικές ιδιότητες. Εκτός από τα βοηθητικά λιπίδια, περιέχει και ιονιζόμενα λιπίδια που ρυθμίζουν το φορτίο του νανοσωματιδίου ανάλογα με το περιβάλλον, πεγκυλιωμένα λιπίδια (λιπίδια συνδεδεμένα με πολυαιθυλενογλυκόλη, PEG) που παρατείνουν την κυκλοφορία του στον οργανισμό, αλλά και χοληστερόλη, για ρύθμιση της ρευστότητας του νανοσωματιδίου. Η σύνθεση των εμβολίων αυτών συμπληρώνεται με συστατικά ρυθμιστικών διαλυμάτων, σάκχαρα και νερό.

Η μετάφραση της ιικής ακίδας από τα ριβοσώματα του ανθρώπου οδηγεί στην αναγνώρισή της ως ξένου αντιγόνου, προκαλώντας Β- και Τ-κυτταρικές αποκρίσεις προς δημιουργία, μεταξύ άλλων, αντισωμάτων εξουδετέρωσης που πιστεύεται ότι συμβάλλουν στην προστασία έναντι της νόσου COVID-19. Πράγματι, τα εμβόλια mRNA, που είχαν δώσει αναπάντεχα εντυπωσιακά αποτελέσματα, με ποσοστά άνω του 90%, στις τελικές κλινικές δοκιμές (φάσης III), αποδεικνύονται ιδιαιτέρως α-

ποτελεσματικά και ασφαλή στην πράξη, μετά τη χορήγησή τους σε εκατομμύρια ανθρώπους. Σε σπάνιες περιπτώσεις καταγράφηκαν περιστατικά αναφυλαξίας σε μικρή μερίδα του πληθυσμού που έλαβε τα δύο εμβόλια. Η πιθανή συσχέτιση εμφάνισης αντιδράσεων υπερευαισθησίας ή αναφυλαξίας με τα συστατικά των νέων εμβολίων έχει ήδη αναφερθεί.

Μέχρι στιγμής, η PEG είχε θεωρηθεί ως το κυρίως ύποπτο συστατικό των περιπτώσεων σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης στα εμβόλια mRNA, λόγω της αναφοράς ορισμένων κλινικών περιπτώσεων υπερευαισθησίας σε αυτό το μόριο, που είχαν γίνει πριν από την τρέχουσα πανδημία. Εκτός όμως από την πιθανή συμβολή της PEG στην εμφάνιση σοβαρής μορφής αλλεργίας, δεν πρέπει να παραβλεφθεί ο ρόλος των υπολοίπων συστατικών, στα οποία το κοινό μπορεί να έχει εκτεθεί ήδη λόγω της εκτενούς χρήσης τους σε φάρμακα, καλλυντικά ή τρόφιμα, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων λόγω (της προγενέστερης) ευαισθητοποίησης. Επίσης δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι αρκετά από αυτά τα συστατικά είναι νέα και άρα το αλλεργιογόνο δυναμικό τους δεν είναι ακόμα γνωστό.

Προσφάτως δημοσιευμένα αποτελέσματα σχετικά με την εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων, συμπεριλαμβανομένης της αναφυλαξίας, μετά τη λήψη της πρώτης δόσης των δύο εμβολίων mRNA στις ΗΠΑ, αναφέρουν 4,7 έναντι 2,5 περιστατικών αναφυλαξίας ανά εκατομμύριο δόσεων για το εμβόλιο Pfizer/BioNTech (επί συνόλου 9.943.247 δόσεων) έναντι της Moderna (επί συνόλου 7.581.428 δόσεων), αντίστοιχα, που εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες. Θα μπορούσε ο μικρός, αλλά αυξημένος περίπου στο διπλάσιο αριθμός αναφυλακτικών αντιδράσεων που σημειώθηκαν για το BNT162b2 της Pfizer/BioNTech σε σύγκριση με το εμβόλιο της Moderna, να σχετίζεται με διαφορές στα έκδοχα (λοιπών συστατικών πέρα του δραστικού συστατικού, της ιικής ακίδας) του εμβολίου;

Προκειμένου να βρεθεί ο πραγματικός ένοχος για αυτές τις σπάνιες, αλλά σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες. Από αυτήν την άποψη, θα συνιστούσαμε τον ακόλουθο ερευνητικό προγραμματισμό:

- αξιολόγηση του δυνητικού κινδύνου αλλεργίας που προκαλείται από κάθε συστατικό ξεχωριστά, αλλά και των συνδυασμών τους σε κάθε εμβόλιο.
- διερεύνηση της προοπτικής ανάπτυξης γρήγορων, μη επεμβατικών μεθόδων για τον προσδιορισμό, πριν από τον εμβολιασμό, του κινδύνου εμφάνισης αναφυλαξίας για συστατικά των εμβολίων mRNA σε ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού.
- ταυτοποίηση βιοδεικτών (για παράδειγμα στο αίμα ή το δέρμα) που υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο αντιδράσεων σε κάποιο συστατικό των εμβολίων.

Τα άτομα που κινδυνεύουν από σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις θα πρέπει να εντοπίζονται μέσω ιστορικού αναφυλαξίας και ελπίδα όλων είναι ότι στο εγγύς μέλλον, αυτοί που διατρέχουν κίνδυνο θα ταυτοποιούνται εύκολα μέσω βιοδεικτών. Προκειμένου να εντοπιστεί η αιτία τέτοιων αντιδράσεων στα εμβόλια mRNA είναι απαραίτητη η χρηματοδότηση της έρευνας προς το σκοπό αυτό. Εν όψει της ανάγκης επικαιροποίησης των εμβολίων λόγω των μεταλλάξεων του ιού που προκύπτουν, της επέκτασης του εμβολιασμού στους εφήβους και τελικά στον παιδιατρικό πληθυσμό με την ελπίδα να διακοπεί η μετάδοση του ιού, αλλά και των ενισχυτικών δόσεων (boosters), η διερεύνηση του αλλεργιογόνου δυναμικού των συστατικών των εμβολίων mRNA κρίνεται απαραίτητη.

Αμφοτερόπλευρη παράλυση φωνητικών χορδών μετά από λοίμωξη COVID-19

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΠΟΥΤΟΓΛΙΔΗΣ[1], ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΤΣΕΤΣΟΣ[1], ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΥ[1], ΕΥΡΩΠΗ ΦΟΡΟΖΙΔΟΥ[1], ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΑΡΕΦΗΣ[2], ΣΤΕΡΓΙΑΝΗ ΚΕΡΑΜΑΡΗ[3], ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΒΛΑΧΤΣΗΣ[1]

[1]ΩΡΛ κλινική, Γενικό Νοσοκομείο ''Γ. Παπανικολάου'', Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

[2]Β' Ακαδημαϊκή ΩΡΛ κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

[3]Β' Παιδιατρικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Bilateral vocal fold palsy following COVID-19 infection

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Ear ,Nose & Throat Journal, SAGE journals doi:10.1177/01455613221080987

Ο COVID-19 ευθύνεται για πολλές και ετερογενείς επιπλοκές. Αν και η νευρολογική συμμετοχή είναι πολύ συχνή σε περιπτώσεις υποσμίας ή ανοσμίας, λοιπές κινητικές και αισθητηριακές διαταραχές έχουν καταγραφεί μόνο σπάνια. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση αμφοτερόπλευρης παράλυσης φωνητικών χορδών σε ασθενή μετά από λοίμωξη με COVID-19.

Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση σε ασθενείς με δύσπνοια ή βράγχος φωνής για να αποκλείσουν αυτή τη σπάνια αλλά πολύ σοβαρή οντότητα.

Ένας 63χρονος άνδρας παραπέμφθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μας με ιστορικό ήπιας δύσπνοιας συνοδευόμενης από βράγχος φωνής από 48ώρου.

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς περιελάμβανε πρόσφατη, παρατεταμένη νοσηλεία λόγω επιπλοκών της λοίμωξης από COVID-19. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε λόγω πνευμονίας και αυξημένων αναγκών σε οξυγόνο. Μετά από 20 ημέρες νοσηλείας, ο ασθενής επιδεινώθηκε και διασωληνώθηκε. Δώδεκα ημέρες μετά τη διασωλήνωση, η πνευμονία υποχώρησε και η αποσωλήνωση ήταν επιτυχής. Παρέμεινε στο νοσοκομείο για άλλες 15 ημέρες και τελικά πήρε εξιτήριο χωρίς συμπτώματα. Την ώρα

του εξιτηρίου είχε κανονική φωνή χωρίς δύσπνοια. Ωστόσο, 15 ημέρες αργότερα, παρουσιάστηκε ξανά στο νοσοκομείο μας με τα προαναφερθέντα οξέα συμπτώματα και επίμονη ανοσμία που υπήρχε και κατά την αρχική διάγνωση του COVID. Το ιατρικό του ιστορικό δεν ήταν αξιοσημείωτο για άλλες συννοσηρότητες. Ο ασθενής δεν είχε ποτέ χειρουργηθεί ή ακτινοβοληθεί και έπαιρνε φάρμακα μόνο για υπέρταση. Ήταν ανεμβολίαστος για το SARS-Cov-2, επειδή τη στιγμή της μόλυνσης, τα εμβόλια δεν είχαν εγκριθεί.

Η εύκαμπτη ενδοσκόπηση αποκάλυψε αμφοτερόπλευρες παράλυτες φωνητικές χορδές σε παράμεση θέση. Οι φωνητικές χορδές ήταν ακίνητες και δεν παρατηρήθηκε άλλη παθολογία στον λάρυγγα ή τον υποφάρυγγα. Η εξέταση του τραχήλου, οι εργαστηριακές και οι ανοσολογικές εξετάσεις αίματος ήταν επίσης φυσιολογικές, χωρίς ένδειξη φλεγμονής ή αυτοάνοσης νόσου. Η ηλεκτρομυογραφία του λάρυγγα (LEMG) ήταν σιωπηλή. Η μαγνητική τομογραφία του εγκεφαλικού στελέχους (MRI) και η αξονική τομογραφία (CT) του τραχήλου και του θώρακα δεν αποκάλυψαν παθολογία ή όγκο του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), που θα μπορούσε να επηρεάσει την ακεραιότητα του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου. Η αξιολόγηση της όσφρησης με το τεστ Sniffing Sticks (Burghardt®, Wedel, Γερμανία) επιβεβαίωσε την αναφερόμενη ανοσμία.

Τα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή δεν βελτίωσαν την κινητικότητα των φωνητικών χορδών και τρεις ημέρες μετά από την εισαγωγή στο νοσοκομείο, ο ασθενής συνέχισε να έχει αυξημένη αναπνευστική δυσχέρεια και ήπιο εισπνευστικό συριγμό. Πραγματοποιήθηκε τραχειοτομή για να διασφαλιστεί ο αεραγωγός με την ελπίδα μελλοντικής ανάκαμψης. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο με τη σύσταση μηνιαίας παρακολούθησης. Οι εξετάσεις παρακολούθησης περιλάμβαναν ενδοσκόπηση και LEMG. Επτά μήνες αργότερα, η παράλυση των φωνητικών χορδών παρέμεινε και έχει προγραμματιστεί χορδοτομή για να μπορέσει να καταργηθεί η τραχειοστομία.

Η αμφοτερόπλευρη πάρεση των φωνητικών χορδών που οφείλεται σε ιογενείς λοιμώξεις είναι γνωστή. Οι ιοί Epstein-Barr, κυτταρομεγαλοϊός, έρπης και ο ιός της γρίπης ευθύνονται για την πλειονότητα των περιπτώσεων.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση των νευρολογικών εκδηλώσεων της λοίμωξης COVID-19, η οσφρητική προσβολή αποδείχθηκε ότι φτάνει το 59,45%[1]. Η ανοσμία και η υποσμία θεωρούνται συγκεκριμένα νευρολογικά συμπτώματα του COVID-19, που προκαλούνται από τη νευροτοξική επίδραση του ιού[2]. Η επικρατέστερη θεωρία αναφέρει ότι το SARS-Cov-2 συνδέεται με το μετατρεπτικό ένζυμο-2 της αγγειοτενσίνης για να εισέλθει στο νευρικό σύστημα και τελικά να επηρεάσει τα κρανιακά νεύρα[3].

Παράλυση κρανιακών νεύρων σε ασθενείς μετά την COVID-19 έχουν αναφερθεί πρόσφατα. Η βλάβη του τρίτου, του τέταρτου και του έκτου κρανιακού νεύρου έχει τεκμηριωθεί λίγες ημέρες μετά τη λοίμωξη[4]. Η παράλυση του προσωπικού νεύρου έχει καταγραφεί σε έναν ασθενή μία εβδομάδα μετά τη μόλυνση με τον COVID[5].

Η αμφοτερόπλευρη ακινησία των φωνητικών χορδών δεν είναι αποκλειστικά νευρολογικό φαινόμενο. Η απεξάρθρωση της κρικοαρυταινοειδούς διάρθρωσης δεν είναι σπάνια αιτία. Οι πρώην διασωληνωμένοι ασθενείς και ιδιαίτερα οι ασθενείς με παρατεταμένη διασωλήνωση σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), θα πρέπει να διερευνώνται με LEMG για να αποκλειστεί η παρουσία συμφύσεων στην άρθρωση.

Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει πάντα να εξετάζουν την παράλυση των φωνητικών χορδών κατά τη διαφορική διάγνωση ασθενών με COVID-19 και εισπνευστικό συριγμό που επιμένει μετά την αποδρομή της λοίμωξης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1 Nepal G, Rehrig JH, Shrestha GS, et al. Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review. Crit Care. 2020;24: 421.
2 Vaira LA, Salzano G, Fois AG, Piombino P, De Riu G. Potential pathogenesis of ageusia and anosmia in COVID-19 patients. Int Forum Allergy Rhinol. 2020;10:1103-4
3 Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet. 2020;395:565-574
4 Gutierrez-Ortiz C, Mendez A, Rodrigo-Rey S, et al. Miller fisher syndrome and polyneuritis cranialis in COVID-19. Neurology. 2020;95:601-605
5 Goh Y, Beh DLL, Makmur A, Somani J, Chan ACY. Pearls & Oysters: facial nerve palsy in COVID-19 infection. Neurology. 2020; 95(8):364-367

Η επίπτωση της καθυστερημένης χειρουργικής θεραπείας στον καρκίνο του δέρματος στην εποχή της COVID-19: Συγκριτική μελέτη

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΕΡΕΤΗΣ, M.D., M.SC., PH.D., ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΠΤΣΗ, ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΠΟΠΤΣΗ, M.D., ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΛΥΚΟΥΔΗΣ, M.D., PH.D
Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

The impact of treatment delay on skin cancer in COVID-19 era: a case-control study

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: World Journal of Surgical Oncology volume 19, Article number: 350 (2021) doi:10.1186/s12957-021-02468-z

Η πανδημία λόγω της ασθένειας COVID-19 (Coronavirus disease-19) έχει επηρεάσει όλους τους τομείς της ζωής, παγκοσμίως. Η εφαρμογή της γενικευμένης απαγόρευσης κυκλοφορίας (lockdown) στην Ελλάδα και την υπόλοιπη Ευρώπη στις 11 Μαρτίου 2020 είχε στόχο τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου αλλά και την υποστήριξη των συστημάτων υγείας, με τη διακοπή, μεταξύ άλλων, των προγραμματισμένων χειρουργείων και την περιορισμένη πρόσβαση στα εξωτερικά ιατρεία.

Δεδομένου ότι η πανδημία δεν έχει αντιμετωπιστεί, είναι κρίσιμο να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος του lockdown στη διαχείριση των ογκολογικών περιστατικών και στην προκειμένη περίπτωση ασθενών με καρκίνο του δέρματος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συγκριτική κλινική μελέτη πραγματοποιήθηκε στην κλινική Πλαστικής Χειρουργικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, το μοναδικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο της περιοχής και ένα από τα δεκατρία νοσοκομεία αναφοράς COVID-19 στην Ελλάδα. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με καρκίνο του δέρματος, είτε μη μελανωτικό (NMSC, συγκεκριμένα βασικοκυτταρικό καρκίνωμα-BCC ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα-SCC) είτε μελάνωμα (MM), που χειρουργήθηκαν σε περίοδο 4 μηνών, μεταξύ του τέλους του lockdown και πριν από τους περιορισμούς στο νοσοκομείο λόγω του δεύτερου κύματος (20/5/20 έως 20/9/20). Ασθενείς με άλλους τύπους καρκίνου του δέρματος, προκαρκινικούς και μη καρκινικούς όγκους του δέρματος αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Η ομάδα του 2020 συγκρίθηκε με την ομάδα ασθενών που χειρουργήθηκε την ίδια περίοδο το 2019 (ομάδα ελέγχου). Για τη συλλογή των δημογραφικών, κλινικών και χειρουργικών παραμέτρων του πληθυσμού της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η κλινική βάση δεδομένων και τα παθολογοανατομικά πορίσματα. Αναλύθηκε ο αριθμός και οι τύποι των καρκίνων του δέρματος που αφαιρέθηκαν, τα χαρακτηριστικά κάθε τύπου, οι μέθοδοι αποκατάστασης που χρησιμοποιήθηκαν και το ποσοστό πλήρους εκτομής που επιτεύχθηκε.

Οι συνεχείς μεταβλητές συγκρίθηκαν με τη δοκιμασία t ή Mann-Whitney U ανάλογα με την κατανομή τους, ενώ η ακριβής δοκιμασία Fisher's χρησιμοποιήθηκε για τις κατηγορικές μεταβλητές. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του προγράμματος SPSS και η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε ως $p<0,05$.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά χειρουργημένων ασθενών με BCC, SCC, NMSC.

Variables	BCC		p value	SCC		p value	NMSC		p value
	2020	2019		2020	2019		2020	2019	
Ασθενείς	78	74		55	29		133	103	0.04
NCCN κίνδυνος									
Χαμηλό				1	0				
Υψηλό	4	2		27	13	0.69			
Πολύ Υψηλό	74	72	0.44	27	16				
Τ κατηγορία				29					
1	64	57		19	16		93	73	
2	12	14	0.72	7	9	0.56	31	23	0.71
3	2	3	-	0	3		9	6	
4	0	0		0	1		0	1	
Διάμετρος (mm)	12.45 + 8.67	13.48 + 9.48	0.50	22.00 + 18.56	23.75 + 18.13	0.47			
Θετικά όρια εκτομής									
Όχι	64	58	0.57	48	27	0.53	112	85	0.73
Ναι	14	16		7	2		21	18	
Διαφοροποίηση									
1	-	-		21	9				
2				20	13	0.73	-	-	
3				14	7				
Τύπος αποκατάστασης*									
Άμεση σύγκλειση	22	33		11			33	43	
Δερματικό μόσχευμα	17	15		16	10		33	23	0.006
Κρημνός	39	26	0.036	28	8	0.14	67	37	

NCCN: National Comprehensive Cancer Network; *: Σύγκριση άμεσης σύγκλεισης με μεταμόσχευση / κρημνό

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μελέτη ανέλυσε δεδομένα από 283 περιπτώσεις, 158 το 2020 και 125 το 2019 (αύξηση 26,4%). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την ηλικία και το φύλο για το NMSC. Μεγαλύτερος αριθμός γυναικών με MM χειρουργήθηκε το 2020 ($p<0,05$).

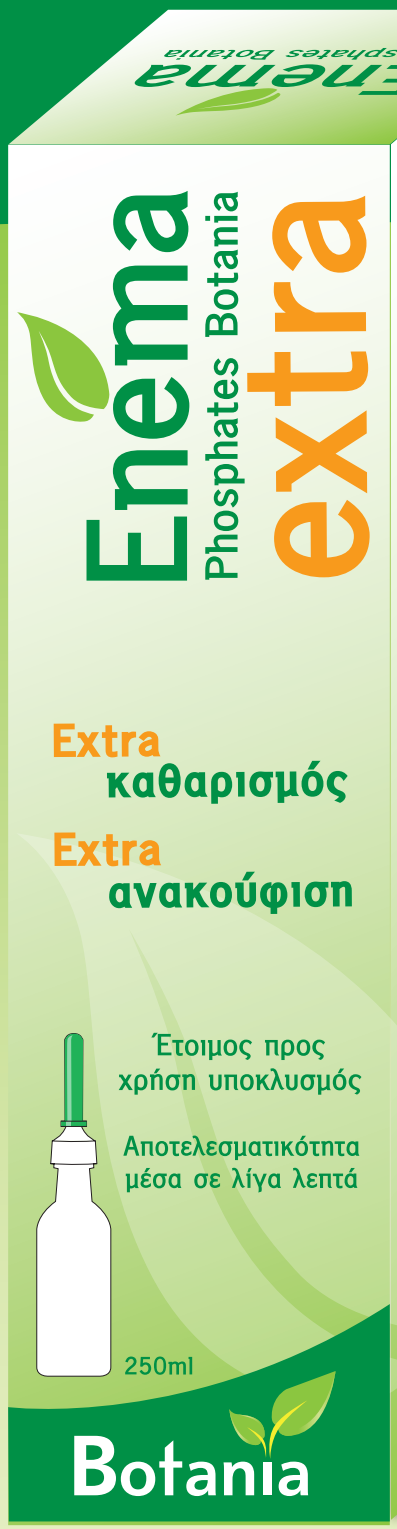
Τα χαρακτηριστικά των περιπτώσεων εκτομής NMSC συνοψίζονται στους Πίνακες 1, 2. Διπλάσιος αριθμός SCC αφαιρέθηκε το 2020. Αν και δεν ανέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές για τα NMSC, BCC, SCC και MM στις διάφορες κλινικές παραμέτρους, ο τύπος αποκατάστασης που απαιτήθηκε για τα NMSC το 2020 ήταν διαφορετικός, απαιτώντας είτε μόσχευμα δέρματος είτε κρημνό ($p=0,006$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί το συχνότερο τύπο καρκίνο που προσβάλλει τον άνθρωπο. Τα ευρήματα της μελέτης κατέδειξαν την αυξημένη ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο του δέρμα-

Enema
Phosphates Botania

Fleet ready to use Enema



Για τον καθαρισμό του εντέρου & την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας

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

Botania ΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Πηγάσου 18, 151 25 Παράδεισος Αμαρουσίου, Τηλ.: 210 6822257, Fax: 210 6822348, email: botania@otenet.gr

τος μετά τον τερματισμό του lockdown. Η αναβολή της παροχής ιατρικής φροντίδας κατά 2 μήνες οδήγησε σε διπλασιασμό του αριθμού των περιστατικών SCC που χειρουργήθηκαν σε διάστημα 4 μηνών. Αν και δεν αναδείχτηκε στατιστικώς σημαντική επιδείνωση στα χαρακτηριστικά των NMSC, διαπιστώθηκε η συχνότερη ανάγκη εφαρμογής πιο πολύπλοκων μεθόδων αποκατάστασης του ελλείμματος. Όσον αφορά το μελάνωμα, η δίμηνη καθυστέρηση δεν φάνηκε να οδηγεί σε πιο προχωρημένα μελανώματα ή τύπο επέμβασης, γεγονός που επιβεβαιώνει την προτεινόμενη διαχείριση του μελανώματος κατά την πανδημία.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αλλεπάλληλα κύματα COVID-19 κρίνεται απαραίτητη η προσαρμογή των συστημάτων υγείας ώστε να διασφαλίζεται η σωστή και έγκαιρη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο του δέρματος. Η τακτική ογκολογική παρακολούθηση μέσω τηλεϊατρικής και εικονικών επισκέψεων θα μπορούσε να εφαρμοστεί για ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης από SARS-CoV-2 και ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος, ώστε ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου να μειωθεί, ενθαρρύνοντας ταυτόχρονα τον τακτικό έλεγχο για την πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του δέρματος.

Η πανδημία έχει αλλάξει βαθιά την καθημερινή πρακτική του χειρουργού, που καλείται να προσφέρει τη βέλτιστη φροντίδα στους ασθενείς με καρκίνο, αποτρέποντας παράλληλα την περαιτέρω εξάπλωση της COVID-19. Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν τις υπάρχουσες οδηγίες, αλλά εγείρουν ανησυχίες σχετικά με τη σωστή διαχείριση του SCC και τις μεθόδους αποκατάστασης που απαιτούνται για το NMSC. Λαμβάνοντας υπόψη τα αλλεπάλληλα κύματα της πανδημίας, η πίεση στο σύστημα υγείας θα συνεχίσει να αυξάνεται. Ως εκ τούτου, τα νοσοκομεία θα πρέπει να αναδιαρθρωθούν για να αντιμετωπίζουν εγκαίρως και άλλα νοσήματα πέραν της COVID-19, όπου συγκαταλέγεται και ο καρκίνος του δέρματος, διασφαλίζοντας παράλληλα επαρκείς πόρους για τη διαχείριση των ασθενών με COVID-19 και την ασφάλεια των ασθενών.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά χειρουργημένων ασθενών με MM.

Μεταβλητές	Μελάνωμα		p value
	2020	2019	
Ασθενείς	25	22	
Διάμετρος (mm)	9.71 + 10.53	17.13 + 14.61	0.07
Breslow επίπεδο διήθησης	8	5	0.02
(mm)	1.31 + 0.59	6.88 + 2.10	
pT κατηγορία			
0	1	3	
1	5	1	0.03
2	2	0	
3	1	0	
4	0	4	
Τύπος επέμβασης			
Αφαίρεση της βλάβης	5	5	
Ευρεία εκτομή	10	7	0.95
Ευρεία εκτομή + SLNB	7	7	
CLND	3	3	

SLNB: Ανεύρεση λεμφαδένα φρουρού, CLND: Λεμφαδενικός καθαρισμός

Η Ψυχολογική αντίδραση του Νοσοκομειακού προσωπικού στην πανδημία σε ένα περιβάλλον χαμηλής επιβάρυνσης από την κρίση COVID 19

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ[1,2], ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΡΟΥΚΑΣ[3], ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΕΥΚΑΡΠΙΔΗΣ[4], ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ[5], ΡΗΓΑΣ ΣΟΛΔΑΤΟΣ[6], ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΑΡΑΪΒΑΖΟΓΛΟΥ[1], ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ[6], ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ[1], ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΗΛΙΟΥ[7], ΠΟΛΥΧΡΟΝΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ[8], ΦΙΛΙΠΠΟΣ ΓΟΥΡΖΗΣ[1], ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΠΟΛΙΤΗΣ[6,9]

[1]Κλινική Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα

[2]Κλινική Ψυχιατρικής και Ψυχοθεραπείας, Klinikum, Rechts Der Isar, Ιατρική Σχολή, Τεχνικό Πανεπιστήμιο Μονάχου, Μόναχο, Γερμανία

[3]Κλινική Ψυχιατρικής, Νοσοκομείο 417, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού (ΝΙΜΤΣ), Αθήνα, Ελλάδα

[4]Τμήμα Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Γενικό Νοσοκομείο Σύρου "Βαρδάκειο και Πρώιο", Ερμούπολη, Ελλάδα

[5]Ειδικό Γραφείο Συμβουλευτικών Υπηρεσιών Υγείας και Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα

[6]Πρώτη Κλινική Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

[7]Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής, Ιατρική Σχολή, Σχολή Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

[8]Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών (Στατιστική), Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα

[9]Κλινική Γηριατρικής Ψυχιατρικής και Νευροψυχιατρικής, Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Johns Hopkins, Βαλτιμόρη, ΗΠΑ

Hospital workforce mental reaction to the pandemic in a low COVID-19 burden setting: a cross-sectional clinical study

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, Published: 27 April 2021, doi:10.1007/s00406-021-01262-y**

Η πανδημία που προκαλείται από τον COVID-19 έχει επιπτώσεις στη ψυχική υγεία τόσο των στελεχών των υγειονομικών υπηρεσιών όσο και τον γενικό πληθυσμό, ιδίως στις περιοχές που έχουν σοβαρά πληγεί από την πανδημική κρίση.

Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο της διαχείρισης της κρίσης αυτής και σηκώνουν ένα εξαιρετικά βαρύ φορτίο. Ιδιαίτερα το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που εργάζεται στις μονάδες COVID-19 και στις μονάδες εντατικής θεραπείας των νοσοκομείων έρχεται αντιμέτωπο με έντονη σωματική και ψυχική επιβάρυνση.

Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν μεταξύ της 1ης Ιουνίου και της 19ης Ιουλίου 2020 στη μονάδα COVID-19 του Νοσοκομείου 417, (ΝΙΜΤΣ) στην Αθήνα, που βρίσκεται στην περιφέρεια Αττικής, στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώιο» της περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου που κατά τη διενέργεια της μελέτης ήταν ένα νοσοκομείο χωρίς μονάδα COVID-19.

Για τον εμπλουτισμό του σχεδιασμού της μελέτης, τα δημογραφικά στοιχεία και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης των εργαζομένων στα ανωτέρω νοσοκομεία συγκρίθηκαν με τα δεδομένα πολιτών των περιφερειών της Αττικής και του Νοτίου Αιγαίου χωρίς ψυχικές διαταραχές που συμμετείχαν σε μια διαδικτυακή έρευνα που διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πρώτης καραντίνας, μεταξύ της 11ης Απριλίου και της 1ης Μαΐου 2020.

Η μελέτη είχε ως στόχο (i) να διερευνήσει τις διαφορές στη σοβαρότητα του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ του προσωπικού στη μονάδα COVID-19 (N=84) και του Νοσοκομείου χωρίς αντίστοιχη μονάδα (N=55), σε σύγκριση με άτομα του γενικού πληθυσμού (N=240) και (ii) να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ αυτών των συμπτωμάτων και της συμπεριφορικής και ψυχολογικής αντίδρασης του προσωπικού των ανωτέρω Νοσοκομείων στην κρίση που προκάλεσε ο COVID-19.

Η αξιολόγηση των συμμετεχόντων στη μελέτη βασίστηκε σε σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία που καταγράφουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους: το εργαλείο Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), το εργαλείο Patient Health Ερωτηματολόγιο (PHQ-9), την κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (HADS) ενώ η συμπεριφορά και η ψυχική αντίδραση στην πανδημία καταγράφηκε με ένα τυποποιημένο σύνολο ερωτήσεων καθώς και με την κλίμακα Impact of Event Scale-revised (IES-R).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το άγχος και η κατάθλιψη ήταν βαρύτερα στο προσωπικό των νοσοκομείων από ό,τι στο γενικό πληθυσμό (P<0,05).

Το άγχος ήταν σοβαρότερο στους εργαζόμενους της πρώτης γραμμής σε σύγκριση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους σε νοσοκομεία (P<0,001). Τα συμπτώματα άγχους γίνονται σοβαρότερα σε όλες τις ομάδες της μελέτης καθώς αυξάνεται η έκθεση σε κρούσματα COVID-19 και μεγιστοποιούνται στην ομάδα της πρώτης γραμμής.

Σημειώνεται πως όλοι οι εργαζόμενοι στη μονάδα COVID-19 ανέφεραν τουλάχιστον πολύ ήπια συμπτώματα άγχους.

Αντίθετα, τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν πιο σοβαρά στους εργαζόμενους που δεν ήταν στην πρώτη γραμμή σε σύγκριση τόσο με τους υγειονομικούς της πρώτης γραμμής όσο και με την ομάδα της διαδικτυακής έρευνας.

Στους εργαζόμενους των νοσοκομείων, τα αγχώδη συμπτώματα συσχετίζονται αρνητικά με την ηλικία (P < 0.001) και την οικογενειακή υποστήριξη (P=0.011) ενώ συσχετίζονται θετικά με αποφευκτικές συμπεριφορές (P=0.028).

Και τα καταθλιπτικά και τα αγχώδη συμπτώματα συσχετίζονται θετικά με παρεισφρητικές σκέψεις (P < 0.001).

Σε σχέση με το μακρό χρόνο συλλογής των δεδομένων, αναδείχτηκε μια αρνητική σχέση ανάμεσα στη διάρκεια της κρίσης και στα καταθλιπτικά συμπτώματα (P = 0.025).

Συμπερασματικά, οι παρατηρήσεις αυτές αναδεικνύουν την επείγουσα ανάγκη για παρεμβάσεις αποσυμφόρησης της επιβάρυνσης του προσωπικού των νοσοκομείων, ακόμα και σε περιβάλλοντα χαμηλής επιβάρυνσης με COVID-19 όπως η Ελλάδα κατά το χρόνο διενέργειας της παρούσας μελέτης.

Η ψυχολογική επίπτωση μιας πανδημίας στους επαγγελματίες υγείας: Τι μας δίδαξε η Ιστορία;

ΟΡΕΣΤΗΣ ΤΣΩΝΗΣ

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Εξειδικευόμενος στην Αναπαραγωγική Ιατρική και την Εξωσωματική Γονιμοποίηση, Assisted Conception Unit, Guy's and St Thomas NHS Foundation Trust, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

Psychological burden of covid-19 health crisis on health professionals and interventions to minimize the effect: what has history already taught us?

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: **Rivista di Psichiatria, doi: 10.1708/3594.35763**

Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των υπηρεσιών υγείας από το ξέσπασμα του COVID-19, ανταποκρινόμενοι άμεσα στη διάγνωση, υποστήριξη και θεραπεία μολυσμένων ασθενών.

Ο Δεκέμβριος του 2019 ήταν το ορόσημο της επιδημίας του ιού COVID-19 (νέος κορονοϊός), που προήλθε από τη Γουχάν της Κίνας και εξαπλώθηκε γρήγορα παγκοσμίως.

Μερικούς μήνες μετά, η πρωτόγνωρη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο ήταν πια εμφανής καθώς οι επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να σηκώσουν το βάρος μιας παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει ήδη αναγνωρίσει τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας και τον ουσιαστικό τους ρόλο στον έλεγχο και τη διαχείριση αυτής της ασθένειας.

Μερικές από τις κύριες ανησυχίες του αντίκτυπου της πανδημίας COVID-19 ως προς το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν την εργασιακή υπερφόρτωση, την εξάντληση και τον υψηλό κίνδυνο μόλυνσης, που οι ίδιοι διατρέχουν όπως επίσης και το υψηλό ρίσκο μετάδοσης στα μέλη των οικογενειών τους.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η ψυχική υγεία των υγειονομικών γίνεται αναπόφευκτα ευάλωτη, με έκδηλα τα συμπτώματα του φόβου και του άγχους.

Η αβεβαιότητα, ο φόβος της μετάδοσης, η ενοχή, η απελπισία, ο στιγματισμός και, σε ορισμένες περιπτώσεις, η μακροχρόνια διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) είναι λίγες από τις πιθανές επιπτώσεις που προκαλεί αυτή η υγειονομική κρίση στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

Επιδημιολογικές μελέτες αποκάλυψαν ότι στις δύο προηγούμενες επιδημίες κορονοϊού, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) (2002-2003) και MERS (Middle East Respiratory Syndrome) (2012), το 23,1% και το 9,8% των επαγγελματιών υγείας μολύνθηκαν, αντίστοιχα.

Το κοινωνικό στίγμα είναι αναπόφευκτο και οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν αισθήματα απομόνωσης, έλλειψης εκτίμησης από το κοινωνικό σύνολο καθώς και ανεπάρκειας.

Η πανδημία H1N1 (2009) αποκάλυψε ότι οι βασικές ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας εστιάζονται στην προσωπική τους ασφάλεια καθώς και στην ασφάλεια της οικογένειάς τους.

Συχνά οι γιατροί φαίνεται να δείχνουν μεγαλύτερη προθυμία να παρέχουν φροντίδα όταν τα κίνητρα αυξάνονται από τα ίδια τα υγειονομικά ιδρύματα ή τις κυβερνήσεις.

Η κύρια δυσκολία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι η ανεπάρκειά τους να αντιληφθούν ότι κάτω από αυτές τις συνθήκες η παραδοσιακή περίθαλψη που εστιάζει στον ασθενή πρέπει να διευρυνθεί σε επίπεδο ολόκληρου πληθυσμού. Τα επιστημονικά στοιχεία υπογραμμίζουν την ανάγκη για εκπαιδευτικά προγράμματα που να επικεντρώνονται στην ενίσχυση του επαγγελματισμού που οφείλει να επιδείξει το υγειονομικό προσωπικό κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας κρίσης υγείας.

Μια μελέτη που αφορούσε την περίοδο της επιδημίας SARS, εκτιμά ότι το άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας προσομοιάζει με αυτό των φυσικών καταστροφών ή άλλων απειλητικών για τη ζωή τραυματικών καταστάσεων. Η αρχική φάση της εξάπλωσης της νόσου συνοδεύτηκε από χαοτικές σκέψεις, απώλεια ελέγχου, ευαλωτότητα και απειλή για τη ζωή.

Όταν πλέον η ασθένεια ελεγχόταν επαρκώς, η εργαζόμενοι παρουσίαζαν κατάθλιψη και υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας. Επιπλέον, δεδομένα από την επιδημία MERS αναδεικνύουν τον μακροπρόθεσμο αντίκτυπο αυτής της αντιληπτής «βιο-καταστροφής» που συνοδεύεται από φόβο για ασθένεια, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD).

Η πανδημία HIV/AIDS μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με τα κρούσματα COVID-19 όσον αφορά τον στιγματισμό, τον φόβο για την προσωπική και οικογενειακή ασφάλεια και το άγχος για το μέλλον, όπως αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας σε όλο τον κόσμο.

Πρόσφατα, κατά το ξέσπασμα της νόσου του ιού Ebola (2014-2016) εκτιμήθηκε ότι το 27,5% έως 83,3% των προσβεβλημένων επαγγελματιών υγείας είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους και ότι το 12 έως 75% αυτών των ατόμων ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν σημεία κατάθλιψης.

Η φράση του Ισπανού φιλοσόφου Santayana, «όσοι δεν μπορούν να θυμηθούν το παρελθόν είναι καταδικασμένοι να το ξαναζήσουν», αποτυπώνει εύστοχα την ανάγκη να κατανοήσουμε εμπειρίες του παρελθόντος.

Διδάγματα από προηγούμενες παγκόσμιες υγειονομικές κρίσεις ή πανδημίες, σχετικά με τον ψυχολογικό τους αντίκτυπο στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, βοηθούν στην κατανόηση του προβλήματος και στο βέλτιστο σχεδιασμό διαχείρισης, υποστήριξης και βελτιστοποίησης της προσέγγισής μας σε αυτήν την ιδιαίτερα βαλλόμενη και τόσο αναγκαία ομάδα επαγγελματιών.

Οι στοχευμένες και έγκαιρες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να μειώσουν την ψυχολογική πίεση των επαγγελματιών υγείας, βελτιώνοντας έτσι περαιτέρω την παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών.

(Το παρόν άρθρο βασίστηκε στην πρόσφατη δημοσίευση της εργασίας μας με τίτλο «Psychological burden of covid-19 health crisis on health professionals and interventions to minimize the effect: what has history already taught us?» και doi: 10.1708/3594.35763 στο περιοδικό Rivista di Psichiatria, στην οποία συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας από την Ελλάδα και το εξωτερικό υπό την επίβλεψη της Κας Καθ. Βασιλικής Σιαφάκα, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων)

COVID-19

Παχυσαρκία σε παιδιά και εφήβους κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ ΣΤΑΥΡΙΔΟΥ[1], ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΑΨΑΛΗ[1], ΕΛΕΝΗ ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ[1], ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΘΗΡΙΟΣ[1], ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΠΟΛΥΧΡΟΝΗΣ[1], ΦΛΩΡΑ ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΥ[2], ΘΕΟΔΩΡΑ ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ[1,3], ΜΑΡΙΑ ΤΣΟΛΙΑ[1], ΘΕΟΔΩΡΟΣ Ν. ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ[1,3], ΑΡΤΕΜΙΣ ΤΣΙΤΣΙΚΑ[1]

[1]ΠΜΣ «Στρατηγικές Αναπτυξιακής και Εφηβικής Υγείας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[2]Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής και Έδρα UNESCO Εφηβικής Υγείας και Ιατρικής, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[3]Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Obesity in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Children 2021, 8(2), 135; MDPI doi.org/10.3390/children8020135

Η πανδημία της COVID-19 δημιούργησε αλλαγές στην καθημερινότητα, κυρίως λόγω των περιοριστικών μέτρων που επιβλήθηκαν παγκοσμίως. Υιοθετήθηκαν μέτρα όπως το κλείσιμο των σχολείων, η παραμονή στο σπίτι, η κοινωνική αποσταστιοποίηση, η υποχρεωτική χρήση μάσκας, ο περιορισμός των κινήσεων κ.ά. με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης και της πίεσης που δέχονταν τα συστήματα υγείας.

Αυτές οι αλλαγές ώθησαν τους ανθρώπους να διαφοροποιήσουν τις καθημερινές δραστηριότητες τους και τη διατροφή τους, συμπεριλαμβανομένης της αγοράς και κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων επεξεργασμένου φαγητού λόγω του φόβου έλλειψης. Ταυτόχρονα, ο χρόνος μπροστά από οθόνες (λάπτοπ, κινητά τηλέφωνα, τάμπλετ) καθώς και η καθιστική ζωή ενισχύθηκαν, ενώ παράλληλα περιορίστηκε η σωματική άσκηση.

ΣΚΟΠΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τις καθημερινές αλλαγές που προκάλεσε η πανδημία της COVID-19, η διερεύνηση της επίπτωσης αυτών στην αύξηση του σωματικού βάρους και η πιθανή αύξηση του επιπολασμού σε παιδιά και εφήβους, θεωρήθηκε υψίστης σημασίας. Ο βασικός σκοπός της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η ανάλυση των αλλαγών του σωαμτικού βάρους και της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους (ηλικίας 11 έως 21 χρονών) από την εμφάνιση της COVID-19 και κατά τη διάρκεια της πανδημίας της COVID-19.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, μέχρι τις 10 Νοεμβρίου 2020. Κατά την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν όροι όπως (COVID-19 OR SARS-CoV-19 OR SARS-CoV-2 OR "2019-nCoV" OR "novel coronavirus") και (child OR children OR kid OR kids OR teen OR teens OR adolescent OR adolescents OR teenager OR teenagers) και (obesity OR "weight gain" OR overweight OR obese OR fat) για τον καλύτερο προσδιορισμό του θέματος. Επιπλέον, εξετάσθηκαν και οι βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων και βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων σχετικών με το θέμα, χρησιμοποιώντας την τεχνική της χιονοστιβάδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων ανακτήθηκαν 7171 άρθρα, εκ των οποίων τα 850 ήταν διπλότυπα και τα 5566 απορρίφθηκαν από τον τίτλο και την περίληψη ως μη σχετικά με το θέμα. Περισσότερα από 59 αποτέλεσαν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, ενώ 15 θεωρήθηκαν επιλέξιμα μετά από έλεγχο του κειμένου. Από αυτά, τα 9 αναφέρονταν σε 17,028,111 παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες από 5 έως 25 χρονών, 5 αναφέρονταν σε έρευνες που υπήρχε διαφοροποίηση ως προς την ηλικία (n=20,521) και μια συμπεριλάμβανε γονείς με παιδιά 5 έως 18 ετών (n=584). Κατά τη διάρκεια της περιόδου της COVID-19, τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες αύξησαν την κατανάλωση του φαγητού και ως επακόλουθο το σωματικό τους βάρος. Παρατηρήθηκαν αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, με πιο συχνή την κατανάλωση κρέατος, πατάτας και αναψυκτικών. Ιδιαίτερη ανησυχία προκλήθηκε κυρίως λόγω του φόβου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της τροφής. Επιπλέον, λόγω των περιοριστικών μέτρων και του περιορισμού των κινήσεων, η σωματική άσκηση περιορίστηκε στην απολύτως απαραίτητη, με τους γονείς να αναφέρουν αύξηση στην καθιστική ζωή των παιδιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι περιορισμοί της COVID-19 μετέβαλαν την καθημερινή ρουτίνα των παιδιών, εφήβων και νεαρών ενηλίκων και προκάλεσαν αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες και σωματική δραστηριότητα. Για να μπορέσουν να προστατευθούν, σημαντικό είναι οι επίστημονες υγείας να τονίσουν τους κινδύνους της παχυσαρκίας και να προτείνουν στρατηγικές πρόληψης, πάντοτε με τη συμμετοχή των γονέων. Επιπλέον, παγκόσμιου βεληνεκούς πολιτικές, κατευθυντήριες οδηγίες και προληπτικά μέτρα θα έπρεπε ιδανικά να καθιερωθούν. IB

Ενδο-οικογενειακή βία κατά τη διάρκεια της πανδημίας της COVID-19: Μια συστηματική ανασκόπηση

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΥΡΤΗ[1], ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ ΣΤΑΥΡΙΔΟΥ[1], ΕΛΕΝΗ ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ[1], ΘΕΟΔΩΡΑ ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ[2], ΧΑΡΑ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ[3], ΜΑΡΙΑ ΤΣΟΛΙΑ[1], ΘΕΟΔΩΡΟΣ Ν. ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ[1,2], ΑΡΤΕΜΙΣ ΤΣΙΤΣΙΚΑ[1]

[1]ΠΜΣ «Στρατηγικές Αναπτυξιακής και Εφηβικής Υγείας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[2]Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[3]Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Trauma, Violence & Abuse, Sage Journals ,August 17, 2021, doi.org/10.1177/15248380211038690

Η πανδημία της COVID-19, ώθησε πολλές χώρες στην υιοθέτηση περιοριστικών μέτρων, όπως η επιβολή καραντίνας, η αποφυγή κοινωνικών συνευρέσεων, η υποχρεωτική χρήση μάσκας, η χρήση αντισηπτικών κ.ά. με σκοπό τον περιορισμό της διάδοσης του ιού SARS-CoV-2.

Παρόλο που ο περιορισμός στο σπίτι αποτέλεσε σημαντικό μέτρο προστασίας, προκάλεσε κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές συνέπειες, αναδύοντας ανησυχίες σχετικά με την άνοδο περιστατικών ενδο-οικογενειακής βίας.

ΣΚΟΠΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιάιτερς συνθήκες που προκλήθηκαν κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, συμπεριλαμβανομένου του περιορισμού στο σπίτι και των προστατευτικών μέτρων που υιοθετήθηκαν παγκοσμίως, η αναζήτηση της επίδρασης ενδο-οικογενειακής βίας σε ζευγάρια, παιδιά ή ηλικιωμένους είναι υψίστης σημασίας.

Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση είχε ως βασικό στόχο τη σύνθεση παγκόσμιων ευρημάτων και τάσεων που σχετίζονται με την ενδο-οικογενειακή βία σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού, ερευνώντας τις διαφορές που εμφανίζονται ανά γεωγραφικές περιοχές κατά τη διάρκεια της πανδημίας της COVID-19.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων DOAJ, ERIC, Google Scholar, ProQuest, Pubmed, PsycNet, and SCOPUS, έως και τις 22 Ιουλίου 2020, μέσω του ακόλουθου αλγορίθμου (COVID-19 OR SARSCoV-19 OR SARS-CoV-2 OR "2019-nCoV" OR "novel coronavirus") AND ("domestic violence" OR "family violence" OR "intimate partner violence" OR abuse OR maltreatment OR vulnerability OR assault).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αναζήτησης, αναδυθηκαν 9440 άρθρα, εκ των οποίων τα 2415 ήταν διπλότυπα και τα 6941 αφαιρέθηκαν λόγω μη συσχέτισης με το θέμα από τον τίτλο. Τα 588 υπολειπόμενα άρθρα ερευνήθηκαν με την χρήση της περίληψης, όπου 436 θεωρήθηκαν μη σχετικά με το θέμα, ενώ 75 αποτέλεσαν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Από τα 77 άρθρα που εν τέλει αξιολογήθηκαν πλήρως, τα 32 θεωρήθηκαν ως επιλέξιμα. Δεδομένα που προέρχονταν από τη Βόρεια Αμερική, Ευρώπη, Περιοχή της Ασίας-Ειρηνικού, Αφρική και από όλο τον πλανήτη ανακτήθηκαν.

Σε όλες τις χώρες, παρατηρήθηκε αύξηση της ενδο-οικογενειακής βίας, κυρίως στις πρώτες εβδομάδες της πανδημίας της COVID-19. Ωστόσο, τα ποσοστά είχαν την τάση να μειώνονται καθώς η πανδημία συνεχιζόταν, κυριώς λόγω της προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα και της αναζήτησης βοήθειας. Η βία μεταξύ των συντρόφων μπορούσε να λάβει πολλές μορφές, με την λεκτική να είναι η πιο συχνή. Παράλληλα με την άυξηση βίας μεταξύ των ζευγαριών, παρατηρήθηκε αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τάσεις αυτοκτονίας, σκέψεις αυτοτραυματισμού αλλά και διαταραχές στον ύπνο. Όσο αφορά την παιδική κακοποίηση, παρ'όλο που οι ειδικοί υπολόγιζαν ότι θα υπάρξει μια άνοδος στην παραμέληση και σε περιπτώσεις κακοποίησης, τα ποσοστά που αναφέρθηκαν από τις κοινωνικές υπηρεσίες και την αστυνομία ήταν μειωμένα. Σε αυτό το φαινόμενο, ίσως συνέβαλε και το κλείσιμο των σχολείων για παρατεταμένη χρονική διάρκεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ενδο-οικογενειακή βία είναι ένα σημαντικό θέμα, το οποίο έλαβε παγκόσμιες διαστάσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας της COVID-19.

Ο περιορισμός στο σπίτι ενίσχυσε τον συνεχή έλεγχο του θύτη με το θύμα, οδηγώντας σε αυξημένη βία αλλά μειωμένη δυνατότητα αναζήτησης βοήθειας. Για να μπορέσει το συγκεκριμένο φαινόμενο να λάβει μικρότερες διαστάσεις, είναι σημαντικό να εδραιωθούν προγράμματα στήριξης, δομές υποδοχής και προστασίας θυμάτων, αλλά και καλύτερη ενημέρωση και δράση των κοινωνικών φορέων και της αστυνομίας.

COVID-19

Η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων και νέων ενηλίκων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19

ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ ΣΤΑΥΡΙΔΟΥ[1], ΧΡΥΣΑ ΣΑΜΙΑΚΟΥ[1], ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΥΡΤΗ[1], ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΤΣΙΩΡΟΥ[1], ΕΛΕΝΗ ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ[1], ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΘΗΡΙΟΣ[1], ΘΕΟΔΩΡΑ ΨΑΛΤΟΠΟΥΛΟΥ[2], ΘΕΟΔΩΡΟΣ Ν. ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ[1,2], ΑΡΤΕΜΙΣ ΤΣΙΤΣΙΚΑ[1]

[1]ΠΜΣ «Στρατηγικές Αναπτυξιακής και Εφηβικής Υγείας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

[2]Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Sexual Activity in Adolescents and Young Adults through COVID-19 Pandemic

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Children 2021, 8(7), 577; MDPI doi.org/10.3390/children8070577

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η υιοθέτηση μέτρων προστασίας, όπως η κοινωνική αποστασιοποίηση, η αποφυγή χώρων με κόσμο αλλά και η υποχρεωτική παραμονή στο σπίτι, περιόρισαν τις επαφές μεταξύ των ατόμων, με αποτέλεσμα να μειωθεί η συχνότητα των κοινωνικών επαφών, η διαθεσιμότητα σεξουαλικών συντρόφων αλλά και η σεξουαλική επιθυμία.

Αυτό οδήγησε σε αλλαγές στη σεξουαλική ζωή των ατόμων και περισσότερο των εφήβων και νεαρών ενηλίκων.

ΣΚΟΠΟΣ

Η επίδραση της πανδημίας COVID-19, στη σεξουαλική ζωή των εφήβων και νεαρών ενηλίκων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την έκφραση της σεξουαλικότητας τους.

Μια ενδελεχής έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις μπορεί να τονίσει τις ανάγκες των νέων και να παρέχει σημαντικές πληροφορίες που να προάγουν την ευεξία τους.

Για αυτό τον λόγο, ο σκοπός της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των αλλαγών στη σεξουαλική δραστηριότητα και σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων και νεαρών ενηλίκων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις ακόλουθες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, PsycInfo, PubMed, SCOPUS, and ERIC έως τις 14 Ιουνίου 2021.

Ο αλγόριθμος που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο εξής: (sexual OR sex OR sexuality OR intimate) AND (health OR wellness OR life OR wellbeing OR well-being) AND (teens OR teenagers OR youngster OR youngsters OR adolescence OR adolescent OR adolescents OR "young adults" OR "younger adults" OR "Generation Z" OR juvenile OR juveniles OR youthful) AND (COVID-19 OR SARS-CoV-19 OR SARSCoV-2 OR "2019-nCoV" OR "novel coronavirus")

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων ανακτήθηκαν 20246 δημοσιεύσεις, εκ των οποίων οι 1050 ήταν διπλότυπες.

Μετά από έλεγχο και σύμφωνα με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, 16 έρευνες (που αναφέρονταν σε 49078 άτομα) θεωρήθηκαν επιλέξιμες.

Σε γενικές γραμμές, παρατηρήθηκε μείωση στη σεξουαλική επιθυμία και των δύο φύλων, κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Ο μικρότερος αριθμός σεξουαλικών συνευρέσεων και συμπεριφορών συναισθηματικής πρόσδεσης μεταξύ των συντρόφων συνδέθηκε με τη μοναξιά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Αντιθέτως, σε μερικούς ανθρώπους παρατηρήθηκε αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, με τον αυνανισμό να είναι το πιο συχνό μέσο αυτοϊκανοποίησης.

Επιπλέον, η χρήση της τεχνολογίας και των εφαρμογών γνωριμιών για την εύρεση ερωτικών συντρόφων περιορίστηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση δίνει έμφαση στην πολυπαραγοντική επίπτωση της COVID-19 στη σεξουαλική ζωή των εφήβων και νεαρών ενηλίκων στην εξελισσόμενη πανδημία.

Οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για τη δημιουργία εκπαιδευτικών και προγραμμάτων πρόληψης στο μέλλον, πάντοτε σε συνεργασία με τους γονείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας, που θα στοχεύουν στην καλή σεξουαλική υγεία και ευεξία των εφήβων και νεαρών ενηλίκων.

Συν-λοίμωξη από Λεϊσμανίαση και COVID-19. Μια αναφορά υπόθεσης

ΑΝΤΩΝΗΣ ΠΙΚΟΥΛΑΣ[1,2], ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ-ΘΕΟΦΑΝΩ ΠΙΠΕΡΑΚΗ[3], ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΣΠΑΝΑΚΟΣ[4], ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΜΠΑΡΜΠΑΡΟΥΣΗ[1], ΓΙΑΝΝΑ ΡΕΝΤΖΙΟΥ[1], ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΚΑΛΛΙΑΝΟΣ[1], ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΡΑΚΑΔΑ[1]

[1]Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, Ελλάδα
[2]Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης και Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ηράκλειο Κρήτης, Ελλάδα
[3]Τμήμα Μικροβιολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, Ελλάδα
[4]Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, Βάρη, Ελλάδα

Visceral leishmaniasis and COVID-19 coinfection - A case report

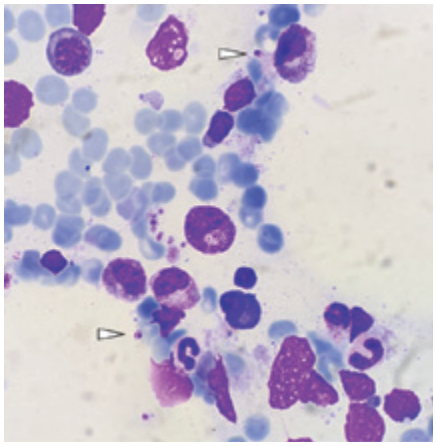
Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: IDCases, Volume 27, e 01358 doi:10.1016/j.idcr.2021.e01358

Στα τέλη του 2019 ένα νέο και πολύ μεταδοτικό στέλεχος κορωνοϊού (SARS-CoV2) εμφανίστηκε. Ο ιός εξαπλώθηκε ταχύτατα στην υφήλιο προκαλώντας την πανδημία της COVID-19[1]. Λόγω της ευρείας γεωγραφικής εξάπλωσης, η λοίμωξη από SARS-CoV2 συνυπάρχει συχνά με λοιμώξεις οφειλόμενες σε άλλα, «παραδοσιακά» παθογόνα οδηγώντας σε μη αναμενόμενες κλινικές εκδηλώσεις.

Η Λεϊσμανίαση είναι μια λοίμωξη που οφείλεται στα παράσιτα του γένους Leishmania. Υπάρχουν 3 κύριες κλινικές μορφές: δερματική, βλέννο-δερματική και σπλαχνική Λεϊσμανίαση (ΣΛ) με την τελευταία να είναι η πιο επικίνδυνη καθώς μπορεί να αποβεί θανατηφόρα χωρίς θεραπεία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μια γυναίκα 22 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω διαρροϊκών κενώσεων από πενθημέρου και εμπύρετου έως 38°C από ημέρας. Κλινικά διαπιστώθηκε επώδυνη, περιφερική λεμφαδενοπάθεια (αυχενικοί, μασχαλιαίοι και βουβωνικοί λεμφαδένες επώδυνοι, κινητοί και θερμοί) και ήπια ήπατο-σπληνομεγαλία. Εμφάνιζε δεκατική πυρετική κίνηση (37,4°C) με φυσιολογικά τα υπόλοιπα ζωτικά σημεία. Η ακρόαση των πνευμόνων και η ακτινογραφία ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η γενική εξέταση αίματος ανέδειξε παν-κυτταροπενία [Αιμοσφαιρίνη 9,3 gr/dL, Ερυθρά 3,53*106/μ, Λευκά 2,2*103/μL (Πολυμορφοπύρηνα 1,1*103/μL, Λεμφοκύτταρα 0,9*103/μL, Μονοκύτταρα 0,06103/μL) και Αιμοπετάλια 102*103/μL] και επηρεασμένη ηπατική λειτουργία: AST: 165 U/L, ALT 84 U/L, INR 1,71 και Αλβουμίνη 3,5g/dL.



Φωτογραφία 1
Επίχρισμα μυελού των οστών. Διακρίνονται αμαστίγωτά Leishmania spp.(λευκά βέλη). Χρώση Giemsa. Μεγέθυνση 1000x.

Το αποτέλεσμα του μοριακού ελέγχου για SARS-CoV2 ήταν θετικό και η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο για διερεύνηση και θεραπεία. Οι αξονικές τομογραφίες θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας που διενεργήθηκαν, επαλήθευσαν την ήπατοσπληνομεγαλία ενώ αποκλείστηκε η πιθανότητα λεμφαδενοπάθειας θώρακα-κοιλιακής χώρας.

Ο ιολογικός έλεγχος για HIV, HBV, HCV, CMV, EBV, HSV 1 &2 και Parvo-B19 καθώς και τα τεστ φυματίνης, η δοκιμασία Rose-Bengal αλλά και τα διαγνωστικά τεστ στον ορό για Leptospira spp., Coxiella spp., Rickettsia spp. και Plasmodium spp ήταν αρνητικά. Αντίθετα ανιχνεύθηκαν αντισώματα έναντι Leishmania spp. (χρήση μεθόδου ELISA). Η βιοψία μυελού των οστών ανέδειξε την παρουσία αμαστίγωτών μορφών παρασίτων Leishmania μεταξύ των κυττάρων του μυελού (φωτ.1). Μέσω μοριακών μεθόδων ταυτοποιήθηκε το είδος L. Infantum[2-3]. Με τη διάγνωση της ΣΛ, η ασθενής έλαβε λιποσωμική αμφοτερικίνη Β (3mg/kg την ημέρα για τις ημέρες 1-5, 14 και 21 με συνολική δόση 21mg/kg). Όσον αφορά στην COVID-19 η ασθενής έλαβε δεξαμεθαζόνη, ενοξαπαρίνη και δύο δόσεις Ρεμντεσιβίρη (διεκόπη λόγω ανόδου στα ηπατικά ένζυμα). Η ασθενής παρέμεινε σε καλή κλινική κατάσταση χωρίς ανάγκη για συμπληρωματικό οξυγόνο και εξήλθε 13 ημέρες μετά την εισαγωγή της.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ΣΛ παραμένει σημαντικό πρόβλημα υγείας σε αρκετές περιοχές του πλανήτη και εμφανίζεται με πυρετό, απώλεια βάρους, αδυναμία και παν-κυτταροπενία[4]. Οι κλινικές εκδηλώσεις της COVID-19 ποικίλουν: από ήπια λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού μέχρι την εκδήλωση ταχέως εξελισσόμενου πολύ-συστηματικού συνδρόμου που οδηγεί σε πολύ-οργανική ανεπάρκεια και θάνατο[5].

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας οι δύο νόσοι θα συνυπάρξουν με άγνωστες συνέπειες. Η ανοσολογική απόκριση έναντι του SARS-CoV2 βασίζεται στη παραγωγή Ιντερφερόνης-γ (IFN-γ) και στην ενεργοποίηση των κατάλληλων κυτταρικών πληθυσμών (NK & CD8+ T κύτταρα). Τα παραπάνω συναντώνται και στην απόκριση του ανοσοποιητικού (Th1) που προσφέρει προστασία απέναντι στη Λεϊσμανίαση[6].

Μια πρόσφατη μελέτη ερεύνησε την επίπτωση, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα της COVID-19 σε ασθενείς που είχαν θεραπευτεί από δερματική Λεϊσμανίαση και φάνηκε σημαντικού βαθμού προστασία αυτών έναντι της COVID-19 σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς[7]. Η σκέψη ότι η ενερ-

Ιαματική Ιατρική

Συμπληρωματικές Θεραπείες

Κουσκούκης Ε. Κωνσταντίνος
Καθηγητής Δερματολογίας - Νομικός,
Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής,
Πρόεδρος Παγκόσμιας Ακαδημίας Κινεζικής
και Συμπληρωματικής Ιατρικής

Ένα ενδιαφέρον βιβλίο για την «Ιαματική Ιατρική και τις Συμπληρωματικές θεραπείες» κυκλοφορεί από την Doctors Media με συγγραφέα τον πρόεδρο της Ελληνικής Ακαδημίας Ιαματικής Ιατρικής Κωνσταντίνο Κουσκούκη

Όπως επισημαίνει στο βιβλίο του ο κ. Κουσκούκης η Ιαματική Ιατρική είναι συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος της Κλασικής Ιατρικής με την οποία συνδυάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται, για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η Ιαματική Ιατρική, με τη βοήθεια της επιστημονικής τεκμηρίωσης της θερμικής, μηχανικής, χημικής και ειδικότερα της βιολογικής και ανοσολογικής δράσης των ιαματικών φυσικών πόρων, αναδείχτηκε ως μία συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος στο θεραπευτικό πλαίσιο της Κλασικής Ιατρικής. Οι θεραπευτικές δράσεις αφορούν σε παθήσεις του μυοσκελετικού, νευρικού, αναπνευστικού, καρδιαγγειακού, αιμοποιητικού, γαστρεντερικού, ουρολογικού και ενδοκρινολογικού συστήματος, καθώς και σε δερματολογικές, γυναικολογικές, αλλεργικές και ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις. Οι θεραπευτικές μέθοδοι της Ιαματικής Ιατρικής με ιαματικούς φυσικούς πόρους είναι η εξωτερική υδροθεραπεία, η ποσιθεραπεία, η εισπνοθεραπεία, η πηλοθεραπεία, η θαλασσοθεραπεία, η σπηλαιοθεραπεία και η βιομετεωρολογική θεραπεία.
Από καταβολής κόσμου η υγεία, η ευεξία, η δύναμη και η ομορφιά, συγκαταλέγονται μεταξύ των πολυτιμότερων αγαθών της ζωής. Ακόμη στο βιβλίο αναφέρονται οι προοπτικές ανάπτυξής του τομέα της Ιαματικής Ιατρικής στη χώρα μας και η παρουσίαση προτάσεων για μια ολοκληρωμένη στρατηγική για την σωστή αξιοποίηση και αποτελεσματική εκμετάλλευση τους στην ελληνική αγορά. Πολύ σημαντική εξέλιξη αποτελούν ο Νόμος 4238/2014 που εντάσσει την υδροθεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο Νόμος 4123/2013 που διέπει την εφαρμογή της ευρωπαϊκής οδηγίας στον τομέα της διασυνοριακής περίθαλψης. Σύμφωνα με την οδηγία, τα 24 εκατομμύρια Ευρωπαίων που διακινούνται κάθε χρόνο για λόγους σωματικής και ψυχικής υγείας στις χώρες της Ε.Ε., είτε μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων, είτε μεμονωμένα, από τον Οκτώβριο του 2013 βρίσκονται στο επίκεντρο έντονου ανταγωνισμού καθώς ανοίγουν τα σύνορα για τον Τουρισμό Υγείας σε όλες τις χώρες της Ε.Ε.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ:

DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Δερματοσκόπηση

Θεωρητικά στοιχεία και εφαρμογή στην κλινική πράξη

ΤΙΜΗ: 50€

DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

Γεώργιος Χαϊδεμένος
τ. Διευθυντής, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη

Η δερματοσκόπηση, αποτελεί τμήμα της «μοντέρνας» Ιατρικής η οποία ολοένα συχνότερα χρησιμοποιεί μη επιθετικές και εύχρηστες απεικονιστικές μεθόδους. Το βιβλίο μπορεί να ικανοποιήσει απαιτήσεις πολλών ταχυτήτων.

Εάν είστε βιαστικός αναγνώστης, μπορείτε να περιηγηθείτε στις περιλήψεις που υπάρχουν στο τέλος των σημαντικών κεφαλαίων και να αποκτήσετε τις βασικές δερματοσκοπικές γνώσεις, μελετώντας τις λεζάντες των άνω των 210 φωτογραφιών του κειμένου.

Αλλά και οι προσδοκίες των δύσκολων μελετητών πιστεύω πως θα βρουν ανταπόκριση, με τα αναλυτικά και κατά Τομείς Κεφάλαια, τα οποία υποστηρίζονται από βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, οι Πίνακες με κωδικοποιημένα τα δερματοσκοπικά χαρακτηριστικά των παθήσεων και το Παράρτημα στο τέλος του βιβλίου, αποτελούν μια συνοπτική αλλ' ουσιαστική μέθοδο αναγνωστικής προσπέλασης.

Υπενθυμίζεται πως με τη δερματοσκόπηση παρέχονται τρεις σημαντικές δυνατότητες στον Κλινικό γιατρό. Επιβεβαιώνεται η κλινική του υποψία. Μειώνεται ο αριθμός των μη απαραίτητων βιοψιών και χειρουργικών εξαιρέσεων. Επιτρέπεται η αναγνώριση των επικίνδυνων ή αμφίβολων για κακοήθεια περιπτώσεων που θα επανεξετασθούν ή θα οδηγηθούν στο χειρουργείο.

Εντυπωσιάζει το πλούσιο φωτογραφικό αρχείο του συγγραφέα, που σχεδόν καλύπτει όλο το φάσμα των παθήσεων που αναλύονται. Εξάλλου, χωρίς εικόνα η δερματοσκόπηση θα παρέμενε γράμμα κενό.

γοποίηση του ανοσοποιητικού έναντι του ενός παθογόνου θα προσφέρει προστασία έναντι και του άλλου φαίνεται λογική αλλά οι αλληλεπιδράσεις των ανοσολογικών αποκρίσεων είναι πολύ πιο πολύπλοκες και το τελικό αποτέλεσμα παραμένει αβέβαιο[8].

Λαμβάνοντας υπόψιν τις ομοιότητες και τις διαφορές των ανοσολογικών αποκρίσεων έναντι του SARS-CoV2 και της Λεϊσμανίασης καθώς και το μεγάλο βαθμό πολυπλοκότητας των ανοσολογικών αλληλεπιδράσεων που δεν έχουν χαρακτηριστεί πλήρως, μια λογική υπόθεση στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι η νόσος COVID-19 οδήγησε σε επανα-ενεργοποίηση λανθάνουσας Λεϊσμανίασης. Η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού για να αντιμετωπίσει την ιογενή λοίμωξη πιθανόν οδήγησε σε αποδυνάμωση των μηχανισμών περιορισμού του παρασίτου οδηγώντας σε επανα-ενεργοποίηση του και σε εκδήλωση ΣΛ. Υπάρχουν δημοσιεύσεις που αναφέρουν πως η COVID-19 οδήγησε σε επανα-ενεργοποίηση χρόνιων λοιμώξεων όπως VZV, EBV, CMV, HSV, HHV6, HBV καθώς και πρωτοζωικών ή μυκητιασικών λοιμώξεων[9-13].

Μια άλλη πιθανή υπόθεση είναι ότι η ΣΛ και η ανοσολογική πόλωση που δημιούργησε κατέστησε περισσότερο ευάλωτη την ασθενή στη λοίμωξη από κορωνοϊό ,ο οποίος της μεταδόθηκε λόγω του μεγάλου φορτίου στην κοινωνία λόγω της πανδημίας. Τα υπάρχοντα δεδομένα δεν επιτρέπουν να διευκρινιστεί ποιά υπόθεση είναι σωστή. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για να κατανοηθεί η συσχέτιση μεταξύ Λεϊσμανίασης και COVID-19 και να καθοριστούν μελλοντικές στρατηγικές θεραπείας και ελέγχου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. Nat Rev Microbiol 2021;19(3):141–54.
2) Weirather JL, Jeronimo SM, Gautam S, Sundar S, Kang M, Kurtz MA, et al. Serial quantitative PCR assay for detection, species discrimination, and quantification of Leishmania spp. in human samples. J Clin Microbiol 2011;49(11):3892–904.
3) Spanakos G, Piperaki ET, Menounos PG, Tegos N, Flemetakis A, Vakalis NC. Detection and species identification of old world leishmania in clinical samples using a PCR-based method. Trans R Soc Trop Med Hyg 2008;102(1):46–53.
4) Sarkari B, Naraki T, Ghatee MA, Khabisi SA, Davami MH. Visceral leishmaniasis in Southwestern Iran: a retrospective clinico-hematological analysis of 380 consecutive hospitalized cases (1999-2014). PLoS One 2016;11(3):1–8.
5) Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. Int J Infect Dis 2020;94:44–8.
6) Bamorovat M, Sharifi I, Aflatoonian MR, Karamoozian A, Tahmouresi A, Jafarzadeh A, et al. Prophylactic effect of cutaneous leishmaniasis against COVID19: a case-control field assessment. Int J Infect Dis 2021;21:757–8.
7) Scott P, Novais FO. Cutaneous leishmaniasis: immune responses in protection and pathogenesis. Nat Rev Immunol 2016;16(9):581–92.
8) Miotti AM, Patacca A, Grosso C, Cristini F. COVID-19 in a patient with visceral leishmaniasis. J Infect Dis Ther 2020;8:4–5.
9) Simonnet A, Engelmann I, Moreau AS, Garcia B, Six S, Kalioubie AE, et al. High incidence of Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, and human-herpes virus 6 reactivations in critically ill patients with COVID-19. Infect Dis Now 2020;51(3):296–9.
10) Le Balc'h P, Pinceaux K, Pronier C, Seguin P, Tadie JM, Reizine F. Herpes simplex virus and cytomegalovirus reactivations among severe COVID-19 patients. Crit Care 2020;24(1):530.
11) Alqahtani SA, Buti M. COVID-19 and hepatitis B infection. Antivir Ther 2020;25(8):389–97.
12) Lupia T, Corcione S, De Rosa FG. Giardiasis reactivation during severe SARS-CoV2 infection. Parasitol Int 2021;80:102241.
13) Heaney AK, Head JR, Broen K, Click K, Taylor J, Balmes JR, et al. Coccidioidomycosis and COVID-19 co-infection. Emerg Infect Dis 2021;27(5):1266–72.

Διευκρίνηση των αντιφάσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ριμπαβαρίνης στην ιλαρά και σε λοιμώξεις από κορωνοϊούς: ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση αυστηρά προσαρμοσμένη στα στάδια της νόσου covid-19

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ. ΛΙΑΤΣΟΣ MD, PhD

Επιμελητής Α Παθολογίας, Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

Controversies' clarification regarding ribavirin efficacy in measles and coronaviruses: Comprehensive therapeutic approach strictly tailored to COVID-19 disease stages

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: **World J Clin Cases 2021; 9(19): 5135-5178 [PMID: 34307564 DOI: 10.12998/wjcc.v9.i19.5135]**

Η ριμπαβιρίνη είναι ένα ευρέως φάσματος νουκλεοσιδικό αντιιϊκό φάρμακο με πολύτροπους μηχανισμούς δράσης αλλά η αποτελεσματικότητά της έχει τεκμηριωθεί μόνο για τις χρόνιες HCV[1-2] και HEV λοιμώξεις σε μεταμοσχευμένους[3-4], RSV λοιμώξεις σε νεογνά και ανοσοκατεσταλμένους[5-6], όπως και σε κάποιους αιμορραγικούς πυρετούς[7].

Μεγάλος αριθμός μελετών αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της ριμπαβιρίνης μόνης ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα έχουν εκπονηθεί σε λοιμώξεις από Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV) στα 2002/2003, Middle-East Respiratory

Syndrome (MERS-CoV) στα 2012/2013, ιλαρά και πρόσφατα στη παγκόσμια από Severe Acute Respiratory Syndrome-2 (SARS-CoV-2) 2019. Όμως, τα συμπεράσματά τους είναι αντιφατικά. Σκοπός της μελέτης είναι να διαλευκάνει τους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες των μελετών αυτών.

Μελετήθηκε εξαντλητικά η βάση δεδομένων Pubmed για χρονικό εύρος 5 δεκαετιών προς ανεύρεση αναφορών σχετικά με τη χρήση ριμπαβιρίνης στην ιλαρά και σε λοιμώξεις από κορωνοϊούς. Συμπεριλήφθηκαν τόσο κλινικές, όσο και μελέτες in vitro και in silico. Τελικά κρίθηκαν επιλέξιμες 32, 18 και 17 μελέτες σχετικά με λοιμώξεις από SARS, MERS και SARS-CoV-2 αντιστοίχως. Είναι αυτονόητο ότι υπό το βάρος των δυσκολιών και πιέσεων μιας αναδυόμενης παγκόσμιας είναι δύσκολος ο σχεδιασμός και διεξαγωγή καλά οργανωμένων, διπλά τυφλών, τυχαιοποιημένων μελετών. Ως εκ τούτου, πολλές από αυτές τις μελέτες υπέπεσαν σε συγκεκριμένες παγίδες που οδήγησαν σε αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Σε αυτήν την ανασκόπηση μετά από προσεκτική διερεύνηση εντοπίσαμε 6 παγίδες στις οποίες υπέπεσαν οι περισσότερες μελέτες για τις προαναφερθείσες λοιμώξεις: 1) ευρεία χρησιμοποίηση της κυτταρικής σειράς Vero λόγω ευκολότερου πολλαπλασιασμού των κορωνοϊών σε αυτή για in vitro μελέτη της δραστικότητας της ριμπαβιρίνης που είναι φυσικά (χωρίς προηγούμενη έκθεση στο φάρμακο) ανθεκτική στη ριμπαβιρίνη αφού αδυνατούν να φωσφορυλιώσουν την ουσία σε μόνο- και τριφωσφορικές μορφές[8] 2) μεσολάβηση μεγάλου χρονικού διαστήματος από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι τη λήψη αντιιϊκής θεραπείας, και οπωσδήποτε αργότερα από το μέγιστο ιϊκό φορτίο και σε κάθε περίπτωση αργότερα από την 1η εβδομάδα της νόσου 3) χορήγηση χαμηλών δόσεων ριμπαβιρίνης <1,200mg ημερησίως, δοσολογίες που χορηγούνται μόνο μακροχρονίως σε χρόνια ιογενή ηπατίτιδα. Μόνο όταν συνδυάζεται με ιντερφερόνες ή άλλα αντιιϊκά μπορεί να μειωθεί η δόση της 4) η ριμπαβιρίνη ή άλλα αντιιϊκά είναι αναποτελεσματικά στα στάδια II-III της νόσου και ειδικά όταν χορηγούνται με καθόλου ή ανεπαρκή δοσολογία κορτικοειδών. Σε αυτά τα στάδια (ARDS/Cytokine storm) πρέπει να χορηγούνται επαρκή ανοσοτροποποιητικά/ανοσοκατασταλτικές θεραπείες ταυτόχρονα με αναπνευστική υποστήριξη 5) σχεδιαστικά λάθη των μελετών με εσφαλμένες γενικεύσεις που δε συνάδουν με τις ειδικές συνθήκες του πρωτογενούς καταλληκτικού σημείου, με αποτέλεσμα αυθαίρετα αποτελέσματα. Επίσης, σύγκριση ανομοιογενών ομάδων, μεροληπτική επιλογή ασθενών (εφαρμογή θεραπείας σε πιο σοβαρά ασθενείς) απουσία ομάδας ελέγχου κλπ 6) πρώιμη χορήγηση στεροειδών κατά τη διάρκεια του σταδίου I της αντιγραφής του ιού καταστέλλει την ανοσολογική απόκριση και οδηγεί σε υψηλότερο ιϊκό φορτίο κορωνοϊού παρατείνοντας έτσι τη φυσική πορεία της νόσου. Ο σχεδιασμός της μελέτης μπορεί να μη συνάδει με την καθιερωμένη κλινική πορεία της νόσου (δηλαδή, χορήγηση αντιιϊκών σε όψιμη πορεία της νόσου ή πρώιμη χρήση κορτικοστεροειδών).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τις μελέτες με τα λιγότερο σημαντικά σφάλματα και τα καλύτερα στατιστικά ευρήματα[9-24] διατυπώθηκαν οι παρακάτω προτάσεις: α) κατά τη φάση I της νόσου[25] COVID-19 (εγκατάσταση του ιού στον ξενιστή, πολλαπλασιασμός) μπορεί να χορηγηθεί ο συνδυασμός Ιντερφερόνης-β + Ριμπαβιρίνη + Λοπιναβίρη/ριτοναβίρη νωρίς μετά την έναρξη της νόσου[24]. Προσοχή: η χορήγηση Ιντερφερόνης-β δε θα πρέπει να υπερβαίνει την πρώτη εβδομάδα της νόσου λόγω της προφλεγμονώδης δράσης της. Τα υπόλοιπα αντιιϊκά φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται για περισσότερο από 7-10 ημέρες και αδιαμφισβήτητα όχι μετά την εγκατάσταση σοβαρής υποξίας λόγω απώλειας του οφέλους τους και επικράτησης των παρενεργειών τους. Λόγω αυξημένης θνητότητας όλοι οι ασθενείς μεγαλύτεροι από 50 ετών [https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html#demographics] θα πρέπει να θεραπεύονται. Για τις νεότερες ηλικίες θα πρέπει να χορηγείται μόνο σε εκείνους με ιστορικό νοσημάτων που αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσο COVID-19. Το αξιοσημείωτο πλεονέκτημα αυτής της θεραπευτικής αγωγής είναι ότι μπορεί να χορηγηθεί κατ'οίκον ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε καραντίνα β) κορτικοστεροειδή και tocilizumab η anakinra χορηγούνται για το στάδιο II της βαριάς πνευμονίτιδας και για το στάδιο III του συστηματικού υπερφλεγμονώδους συνδρόμου με καταιγίδα κυταροκινών. Ο συνδυασμός έχει δειχθεί ότι μειώνει τα ποσοστά διασωλήνωσης και την νοσοκομειακή θνητότητα συγκριτικά με τη standard θεραπεία[26-29]. Οι υψηλές δόσεις κορτικοειδών (0.5-1.0g/ημέρα για 3 ημέρες) έχουν ευρέως μελετηθεί και είναι δραστικές σε μελέτες λοιμώξεων SARS και MERS γ) όσον αφορά την πνευμονίτιδα από ιλαρά, φαίνεται πως η ριμπαβιρίνη σε δόση 600 mg qid για 5-7 ημέρες είναι αποτελεσματική θεραπεία. Σε περιπτώσεις υποκείμενων κακοηθειών και ιδιαίτερα αιματολογικών και σε σοβαρά ανοσοκατασταλμένους ασθενείς μπορεί να χρειάζεται μακρύτερης διάρκειας θεραπεία για 2-3 εβδομάδες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kanda T, et al., Inhibition of subgenomic hepatitis C virus RNA in Huh-7 cells: ribavirin induces mutagenesis in HCV RNA. J Viral Hepat 2004;11:479-487
2. Omata M, et al., Sofosbuvir plus ribavirin in Japanese patients with chronic genotype 2 HCV infection: an open-label, phase 3 trial. J Viral Hepat 2014;21:762-768
3. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis E virus infection. J Hepatol 2018;68:1256-1271
4. Kamar N, et al, Ribavirin for chronic hepatitis E virus infection in transplant recipients. N Engl J Med 2014;370:1111-1120
5. Marcelin JR, Wilson JW, Razonable RR; Mayo Clinic Hematology/Oncology and Transplant Infectious Diseases Services. Oral ribavirin therapy for respiratory syncytial virus infections in moderately to severely immunocompromised patients. Transpl Infect Dis 2014;16:242-250
6. Cooper AC, Banasiak NC, Allen PJ. Management and prevention strategies for respiratory syncytial virus (RSV) bronchiolitis in infants and young children: a review of evidence-based practice interventions. Pediatr Nurs 2003;29:452-456
7. Centers for Disease Control (CDC). Management of patients with suspected viral hemorrhagic fever. MMWR Suppl 1988;37:1-16
8. Shah NR, Sunderland A, Grdzelishvili VZ. Cell type mediated resistance of vesicular stomatitis virus and Sendai virus to ribavirin. PLoS One 2010;5:e11265
9. Chu CM, et al., HKU/UCH SARS Study Group. Role of lopinavir/ritonavir in the treatment of SARS: initial virological and clinical findings. Thorax 2004;59:252-256
10. Zhong H, et al., Efficacy and safety of current therapeutic options for COVID-19 - lessons to be learnt from SARS and MERS epidemic: A systematic review and meta-analysis. Pharmacol Res 2020;157:104872
11. Lee N, et al., A major outbreak of severe

acute respiratory syndrome in Hong Kong. N Engl J Med 2003;348:1986-1994
12. Peiris JS, et al., HKU/UCH SARS Study Group. Clinical progression and viral load in a community outbreak of coronavirus-associated SARS pneumonia: a prospective study. Lancet 2003;361:1767-1772
13. Booth CM, et al., Clinical features and short-term outcomes of 144 patients with SARS in the greater Toronto area. JAMA 2003;289:2801-2809
14. Leung GM, et al., The epidemiology of severe acute respiratory syndrome in the 2003 Hong Kong epidemic: an analysis of all 1755 patients. Ann Intern Med 2004;141:662-673
15. Cheng VC, et al., Medical treatment of viral pneumonia including SARS in immunocompetent adult. J Infect 2004;49:262-273
16. Omrani AS, et al., Ribavirin and interferon alfa-2a for severe Middle East respiratory syndrome coronavirus infection: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis 2014;14:1090-109
17. Habib AMG, et al., Clinical outcomes among hospital patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection. BMC Infect Dis 2019;19:870
18. Arabi YM, et al., Saudi Critical Care Trial Group. Corticosteroid Therapy for Critically Ill Patients with Middle East Respiratory Syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2018;197:757-767
19. Al Ghamdi M, et al., Treatment outcomes for patients with Middle Eastern Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS CoV) infection at a coronavirus referral center in the Kingdom of Saudi Arabia. BMC Infect Dis 2016;16:174
20. Li X, et al., Effect of combination antiviral therapy on hematological profiles in 151 adults hospitalized with severe coronavirus disease 2019. Pharmacol Res 2020;160:105036
21. Yuan J, et al., The correlation between viral clearance and biochemical outcomes of 94 COVID-19 infected discharged patients. Inflamm Res 2020;69:599-606
22. Chen FF, et al., The characteristics and outcomes of 681 severe cases with COVID-19 in China. J Crit Care 2020;60:32-37
23. Eslami G, et al., The impact of sofosbuvir/daclatasvir or ribavirin in patients with severe COVID-19. J Antimicrob Chemother 2020;75:3366-3372
24. Hung IF, et al., Triple combination of interferon beta-1b, lopinavir-ritonavir, and ribavirin in the treatment of patients admitted to hospital with COVID-19: an open-label, randomized, phase 2 trial. Lancet 2020;395:1695-1704
25. Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical therapeutic staging proposal. J Heart Lung Transplant 2020;39:405-407
26. Narain S, et al., Northwell COVID-19 Research Consortium. Comparative Survival Analysis of Immunomodulatory Therapy for Coronavirus Disease 2019 Cytokine Storm. Chest 2021;159:933-948
27. RECOVERY Collaborative Group. , Horby P, et al., Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. N Engl J Med 2021;384:693-704
28. Ramiro S, et al., Historically controlled comparison of glucocorticoids with or without tocilizumab vs supportive care only in patients with COVID-19-associated cytokine storm syndrome: results of the CHIC study. Ann Rheum Dis 2020;79:1143-1151
29. Mikulska M, et al., Tocilizumab and steroid treatment in patients with COVID-19 pneumonia. PLoS One 2020;15:e0237831

Αισθητήρας βασισμένος στο ένζυμο ACE2 για την ταχεία ανίχνευση του ιού SARS-CoV-2 σε βιολογικά δείγματα και η συσχέτισή του με την real-time PCR

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΓΕΩΡΓΑΣ[1]*, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΛΑΜΠΑΣ[2], ΔΗΜΗΤΡΑ ΧΟΥΧΟΥΛΑ[3], ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΣΚΟΥΦΙΑΣ[1], ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ[2], ΙΟΡΔΑΝΗΣ ΤΣΑΦΑΡΙΔΗΣ[4], ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΤΡΙΝΟΣ[5], ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ[6], ANGELO FERRARO[1], ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΧΡΙΤΟΦΟΡΟΥ[1]

[1]Εργαστήριο Ηλεκτρονικών Αισθητηρίων, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο
[2]Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας
[3]Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
[4]Katharsis Technologies Inc., Βανκούβερ, Καναδάς
[5]Πανεπιστήμιο Πατρών
[6]Galenica SA, Κηφισιά

ACE2-based capacitance sensor for rapid native SARS-CoV-2 detection in biological fluids and its correlation with real-time PCR

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Biosensors and Bioelectronics 21 January 2022 https://doi.org/10.1016/j.bios.2022.114021

Η εξάπλωση του SARS-CoV-2 και η αυξανόμενη απειλή του για την ανθρώπινη υγεία σε όλο τον κόσμο έχει καταστήσει επιτακτική την ανάγκη ανάπτυξης νέων τεχνολογικών εργαλείων για την καταπολέμηση του ιού. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη διαγνωστικών μεθόδων που καταγράφουν την εξάπλωση του ιού γρήγορα και αποτελεσματικά. Σε αυτή τη μελέτη αναπτύξαμε έναν βιοαισθητήρα για την ταχεία ανίχνευση του κορονοϊού, που βασίζεται στην ακινητοποίηση της πρωτεΐνης-υποδοχέα ACE2 στην επιφάνεια χρυσών ενδοδιαπλεκόμενων ηλεκτρωδίων. Το ACE2 είναι ο βασικός υποδοχέας για τους ιούς SARS-CoV. Η σύνδεση αυτών των ιών γίνεται με τη βοήθεια της γλυκοπρωτεΐνης S την οποία διαθέτουν στο εξωτερικό τους περίβλημα.

Αρχικά, η πρωτεΐνη-υποδοχέας ακινητοποιείται στην επιφάνεια των ενδοδιαπλεκόμενων ηλεκτροδίων. Στη συνέχεια τοποθετείται βιολογικό δείγμα (ρινοφαρυγγικό ή σάλιο) πάνω στο στρώμα του ACE2. Αν σε αυτό το δείγμα υπάρχουν σωματίδια του ιού, ή και μόνο η πρωτεΐνη S, τα σωματίδια δεσμεύονται από το ACE2 επιφέροντας μια

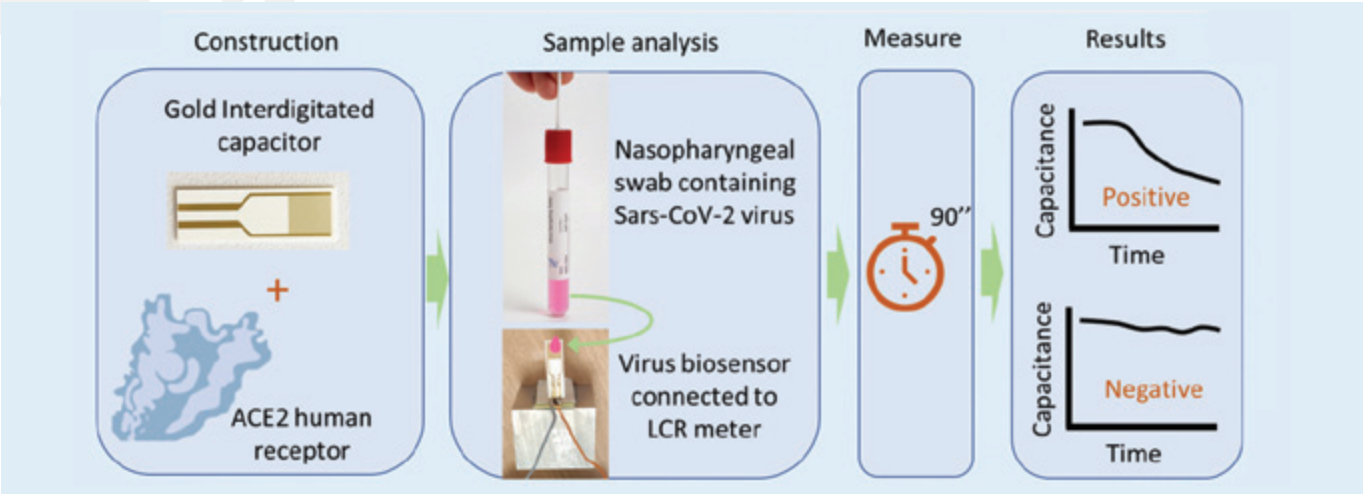
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Η **Doctors Media**, με τα εξειδικευμένα έντυπα που αφορούν στον τομέα της υγείας -βιβλία, εφημερίδες και περιοδικά- βρίσκονται σήμερα ανάμεσα στις κορυφαίες του είδους και κατάφεραν να κερδίσουν την εμπιστοσύνη τόσο του ιατρικού κόσμου, όσο και του ενημερωμένου πολίτη. Παράλληλα, με το άρτια οργανωμένο δημιουργικό τμήμα αποτελούμενο από ειδικευμένο προσωπικό στον τομέα παραγωγής και διαμόρφωσης δημιουργικών concepts, η Doctors Media αναλαμβάνει το σχεδιασμό οποιουδήποτε έντυπου υλικού, καθώς και την κατασκευή ιστοσελίδων και εταιρικών CD-ROM, με τη δυνατότητα παροχής έξυπνων λύσεων και εφαρμογών.

DOCTORS media

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr



αλλαγή στις διηλεκτρικές ιδιότητες του υλικού ή στο πάχος του διηλεκτρικού στρώματος. Αυτή η αλλαγή καταγράφεται ως αλλαγή στην αντίσταση και τη χωρητικότητα μεταξύ των ηλεκτροδίων του πυκνωτή. Η παρακολούθηση της αλλαγής της χωρητικότητας πραγματοποιείται με τον εξής τρόπο: 2 χρυσές βελόνες τοποθετούνται στα άκρα του πυκνωτή, όπου και εφαρμόζεται μια διαφορά δυναμικού. Οι βελόνες είναι συνδεδεμένες με ένα επιτραπέζιο μηχάνημα LCR (Hewlett Packard, μοντέλο 4284A Precision) το οποίο μετράει σε πραγματικό χρόνο τη χωρητικότητα και την αντίσταση.

Τα δείγματα αποκτήθηκαν στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας. Κατά την απόκτηση των δειγμάτων ακολουθήθηκαν όλα τα προβλεπόμενα πρωτόκολλα ασφαλείας, ενώ διατηρήθηκε η ανωνυμία των δοτών για προστασία των προσωπικών τους δεδομένων.

Παράλληλα με τη διαδικασία μέτρησης των δειγμάτων με τον βιοαισθητήρα, τα δείγματα μετρήθηκαν και με την μέθοδο της real-time PCR, ώστε να υπάρξει εκ των υστέρων η συσχέτιση των αποτελεσμάτων. Για την εξαγωγή του RNA χρησιμοποιήθηκε το GXT NA Extraction Kit DNA/RNA 200 virus. Στη συνέχεια το RNA μετατράπηκε σε cDNA και πολλαπλασιάστηκε με χρήση του YouSeq® SARS-CoV-2 COVID-19 RT-qPCR kit (YouSeq, Winchester, England).

Το διάστημα μέτρησης με τον βιοαισθητήρα είναι 1 λεπτό. Σε αυτό το διάστημα παρατηρήθηκαν 3 ενδεχόμενα: Για δείγματα που δεν περιείχαν τον ιο η αλλαγή της χωρητικότητας ήταν μικρότερη του 1%. Για δείγματα που περιείχαν μικρό ιικό φορτίο (<103 virus copy numbers/μL) η αλλαγή στη χωρητικότητα ήταν μεταξύ 1 και 2%. Ενώ για δείγματα με ιικό φορτίο >103 virus copy numbers/μL η αλλαγή στη χωρητικότητα ήταν μεγαλύτερη του 2%.

Όταν ο αισθητήρας χρησιμοποιήθηκε σε εργαστηριακές συνθήκες για τον έλεγχο δειγμάτων που περιείχαν μόνο την πρωτεΐνη S, επιβεβαιώθηκε η δυνατότητα ανίχνευσης με όριο ανίχνευσης [LOD] τα 750 pg/μL/mm^2.

Στην εξέταση ρινοφαρυγγικών δειγμάτων επαληθεύτηκε ότι ο βιοαισθητήρας μπορεί να διακρίνει δείγματα θετικά στον ιό από αυτά που είναι αρνητικά, σε συνολικά 7 θετικά και 16 αρνητικά δείγματα. Ακόμα, δοκιμάστηκε η απόκριση του αισθητήρα σε δείγμα σάλιου, καθώς όταν από τον ίδιο ασθενή αποκτήθηκε και ρινοφαρυγγικό δείγμα και δείγμα σάλιου, παρατηρήθηκε ότι και τα 2 δείγματα μεταβάλλουν τη χωρητικότητα, απλά η μεταβολή που επιφέρει το δείγμα σάλιου είναι μικρότερη, πράγμα λογικό αφού στο σάλιο είναι μικρότερο το ιικό φορτίο.

Επιπλέον, ο βιοαισθητήρας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ημιποσοτική μέτρηση, αφού οι μετρήσεις του χωρίζονται σε 3 περιοχές, τα αρνητικά δείγματα, τα ελαφρώς θετικά και τα θετικά δείγματα. Η αναπαραγωγιμότητα των πειραμάτων αποδείχθηκε με τουλάχιστον 3 επαναλήψεις ανά δείγμα, ενώ για τη δοκιμή της σταθερότητας κάποιοι από τους αισθητήρες διατηρήθηκαν πριν την χρήση τους στο ψυγείο στους 4°C για 7 ημέρες.

Συνεπώς, σε αυτή την εργασία αναπτύχθηκε ένας βιοαισθητήρας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως rapid screening test για την ανίχνευση του SARS-CoV-2 σε λιγότερο από 2 λεπτά. Στη μελλοντική μας εργασία, κομμάτι της οποίας παρουσιάστηκε στο 2ο Διεθνές Ηλεκτρονικό Συνέδριο Βιοαισθητήρων (IECB 2022) στο άρθρο μας με τίτλο "A portable screening device for SARS-CoV-2 with smartphone readout" επιχειρούμε να εξελίξουμε τον βιοαισθητήρα σε μια πλήρως λειτουργική-φορητή συσκευή για την ταχεία ανίχνευση του ιού.

Η συμβολή της τεχνολογίας στη βελτίωση της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας για ευάλωτους πληθυσμούς κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ Δ. ΡΩΜΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, ΒΑΣΙΛΙΚΗ Ι. ΖΗΛΙΔΟΥ, ΣΩΤΗΡΙΑ ΓΥΛΟΥ, ΙΩΑΝΝΑ ΔΡΑΤΣΙΟΥ, ΑΝΝΙΤΑ ΒΑΡΕΛΛΑ, ΒΑΣΙΛΕΙΑ ΠΕΤΡΟΝΙΚΟΛΟΥ, ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ-ΜΑΡΙΝΑ ΚΑΤΣΟΥΛΗ, ΜΑΡΙΑ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΚΑΙ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΜΠΑΜΙΔΗΣ
Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Technology Enhanced Health and Social Care for Vulnerable People During the COVID-19 Outbreak

Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό: Front. Hum. Neurosci., 10 September 2021 | doi.org/10.3389/fnhum.2021.721065

Το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας (imedphys.med.auth.gr) αποτελεί μία δυναμική, διαδραστική κοινότητα και μία από τις μεγαλύτερες ερευνητικές ομάδες του ΑΠΘ. Συμμετέχει σε μία πλειάδα από καινοτόμα ερευνητικά έργα χρηματοδοτούμενα τόσο από την Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και από εθνικούς πόρους, δημόσιους και ιδιωτικούς, ενώ αναγνωρίζεται διεθνώς για την ερευνητική του αριστεία. Όραμά του παραμένει πέρα από το εκπαιδευτικό και ερευνητικό του έργο, η ανιδιοτελής συνέργεια με την κοινωνία για την προώθηση της επιστημονικής γνώσης και τη συνεχή ανάπτυξη. Η κοινωνική προσφορά αποτελεί δέσμευση του Εργαστηρίου αφού συγκροτεί αναπόσπαστο κομμάτι των αξιών της καθημερινής του λειτουργίας και ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια κρίσεων, όπως αυτή της πανδημίας Covid-19.

Η παγκόσμια αυτή κρίση επέφερε αλυσιδωτές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας προκαλώντας όπως ήταν αναμενόμενο μεγάλες ανισότητες διευρύνοντας ακόμη περισσότερο τα προβλήματα που ταλάνιζαν τους ευάλωτους πληθυσμούς και κυρίως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Οι πρωτόγνωρες καταστάσεις που βίωσε ολόκληρη η ανθρωπότητα, έδωσαν τη δυνατότητα για άμεση δράση και συλλογική συνδρομή προσφέροντας λύσεις και δημιουργώντας προστιθέμενη αξία στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η υψηλή εξειδίκευση και η τεχνογνωσία, η κοινωνική αλληλεγγύη και καινοτομία, η κοινωνική επιχειρηματικότητα, καθώς και η υπευθυνότητα του Εργαστηρίου συνέβαλαν στη συλλογική προσπάθεια της μετρίασης μερικών τουλάχιστον από τα πολλαπλά και πολυδιάστατα προβλήματα που επέφερε η παγκόσμια κρίση ενισχύοντας τον άνθρωπο που αποτελεί και τον πυρήνα της κάθε κοινωνίας.

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται την προσπάθεια υποστήριξης και ενίσχυσης των ευάλωτων πληθυσμών κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 σε Ελλάδα και Κύπρο, ενθαρρύνοντας την υιοθέτηση καινοτόμων, ωφέλιμων και ποιοτικών τρόπων διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου τους αξιοποιώντας το Πρόγραμμα Νοητικής Ενδυνάμωσης BrainHQ.

Το πρόγραμμα αποτελεί μέρος του Ολοκληρωμένου Συστήματος Φροντίδας Υγείας LLM Care (LLMcare.gr) και πρόκειται για ένα διαδικτυακό διαδραστικό περιβάλλον εξειδικευμένης νοητικής άσκησης μέσα από ένα σύνολο ασκήσεων με σκοπό την αποτελεσματική βελτίωση της μνήμης, της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών, του προσανατολισμού, όπως επίσης του λόγου, της παρατηρητικότητας, της συμπεριφοράς, της συγκέντρωσης και της κρίσης. Στη μελέτη, αρχικά, προσεγγίστηκαν εκατό σαράντα οκτώ (148) άτομα, τα οποία ενημερώθηκαν για το σκοπό του εγχειρήματος. Μεταξύ αυτών, συνολικά είκοσι τέσσερις (24) συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και θεωρήθηκαν επιλέξιμοι να συμμετάσχουν στη μελέτη με μέση ηλικία 69,3 ± 9,8 έτη και μέσο όρο 12,08 ± 3,84 έτη εκπαίδευσης. Επιπλέον, το 66,7% των συμμετεχόντων έπασχε από κάποια νευροεκφυλιστική νόσο, ενώ το 37,5% από διάφορες συννοσηρότητες.

Η μελέτη περιλάμβανε την παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης και τη δωρεάν διάθεση του Προγράμματος Νοητικής Ενδυνάμωσης ως τεχνολογικό εργαλείο παρέμβασης για την ενίσχυση των νοητικών λειτουργιών των συμμετεχόντων.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής της Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ), ενώ κατάλληλες φόρμες συγκατάθεσης διανεμήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή στους συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, η παρέμβαση ορίστηκε σε διάστημα δώδεκα (12) εβδομάδων με συχνότητα 2-4 φορές την εβδομάδα σε συνεδρίες διάρκειας τουλάχιστον τριάντα (30) λεπτών. Οι συμμετέχοντες αλληλοεπίδρασαν με το πρόγραμμα χρησιμοποιώντας τις προσωπικές τους συσκευές (tablets/laptops) στο δικό τους χώρο, ενώ παράλληλα πιστοποιημένοι εκπαιδευτές LLM Care παρείχαν τεχνική και συμβουλευτική καθοδήγηση.

Οι ψυχομετρικές αξιολογήσεις πραγματοποιούνταν κάθε 2 εβδομάδες με σκοπό την εκτίμηση της ψυχικής τους ευημερίας και περιλάμβαναν τα εργαλεία: WHO-5 (Ψυχική Ευημερία), SAST (Μέτρηση του άγχους), Impact Factor Event Scale- IES-R (Επίδραση τραυματικών γεγονότων στη ψυχική υγεία), καθώς και SUS (System Usability Scale) για τη μέτρηση του βαθμού ευχρηστίας του συστήματος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι συμμετέχοντες που παρουσίασαν βελτίωση στην ψυχική τους ευημερία, εμφάνισαν λιγότερο άγχος που προκλήθηκε από τις τραυματικές συνέπειες που σχετίζονταν με την πανδημία. Μάλιστα, η ενασχόλησή τους με τις νέες τεχνολογίες ενδεχομένως να περιόρισε αυτές τις επιπτώσεις, μετριάζοντας την επίδραση των αρνητικών συμπτωμάτων τους. Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η βελτίωση της ψυχικής τους ευημερίας.

Συμπερασματικά, η παγκόσμια κρίση που επέφερε η πανδημία Covid-19 οδήγησε σε δυσμενή αποτελέσματα σε πολλούς τομείς της καθημερινής ζωής των ατόμων προκαλώντας μεγάλη ανησυχία στη δημόσια υγεία. Η αξιοποίηση του προγράμματος Νοητικής Ενδυνάμωσης φαίνεται να συμβάλλει στη βελτίωση της ευημερίας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και να μετριάζει τις αρνητικές επιπτώσεις που απορρέουν από στρεσογόνες καταστάσεις, όπως αυτή της πανδημίας Covid-19.